



UNIVERSIDAD DE JAÉN

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DEL MIEDO Y
LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
EN ESTUDIANTES DEL
GRADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADA POR:
RICARDO MOLINA BANQUERI**

**DIRIGIDA POR:
DRA. D.^a M^a DOLORES ESCARABAJAL ARRIETA**

JAÉN, 12 DE JULIO DE 2017

ISBN 978-84-9159-137-5



AGRADECIMIENTOS

No es fácil el realizar una Tesis Doctoral, son muchos meses de trabajo que se hacen más sencillos con el asesoramiento, la guía y el consejo de una experimentada investigadora. Es por ello que, en primer lugar, quisiera agradecer a mi tutora y directora, la Dra. María Dolores Escarabajal Arrieta, el acompañamiento realizado a lo largo de este tiempo y todos los aprendizajes recibidos. Ha sido mucho trabajo pero mayor, si cabe, ha sido la recompensa. Gracias por estar siempre disponible dando respuestas a todas mis dudas.

También quiero agradecer la ayuda prestada por la Dra. Gema Torres Luque, por su inestimable asesoramiento con el análisis de los datos. Su atención y trabajo han sido inmejorables.

Muy importante es agradecer la colaboración voluntaria de todos aquellos alumnos y alumnas del campus de Ciudad Real de la Universidad de Castilla-La Mancha, quienes, desde sus aulas, colaboraron activamente en la cumplimentación de las pruebas. Los resultados son de todos y cada uno de ellos.

No hubiera sido posible acceder al alumnado sin el apoyo y esfuerzo de los diferentes Centros a los que se les solicitó. Es por ello que quisiera agradecer el trabajo de organización del Dr. Francisco Ramos de la Flor, de la Escuela Técnica Superior de Ingenieros Industriales de Ciudad Real, y de su Director, Dr. Vicente Feliu Batlle.

En la misma línea, mis agradecimientos por la colaboración de los profesores Jesús Rodríguez de Guzmán Romero del Hombrebueno y José Luis Alberto López López-Menchero y de las Dras. Montserrat Hurtado Molins y Ana Isabel Callejas Albiñana, por su estrecha colaboración desde la Facultad de Educación de Ciudad Real.



Igualmente, mi agradecimiento para la Dra. Mairena Martín López, de la Facultad de Medicina de Ciudad Real, por su colaboración en la planificación y organización de acceso al alumnado, así como del Decano de dicha Facultad, Dr. Juan Emilio Feliú Albiñana.

Especial mención merece la Facultad de Enfermería de Ciudad Real, en la persona de su Decana, la Dra. María del Carmen Prado Laguna, que siempre estuvo atenta al proceso, facilitando y apoyando el presente trabajo de investigación. Mi sincero agradecimiento a todo el claustro de profesores y al personal de administración y servicios.

No puedo pasar por alto la ayuda de Beatriz, Patricia, Javier y Antonio, quienes dedicaron una buena parte de su tiempo a la formación en las pruebas utilizadas y su presencia activa necesaria con todos los grupos. Sin ellos, ese proceso hubiera sido mucho más complicado.

A nivel personal, muchas gracias a mi padre, Mateo, y a mi madre, María Dolores. Siempre habéis estado ahí atendiendo a mis necesidades y las de mi familia. Desde pequeño me dejasteis un buen legado, saber reconocer el valor del trabajo, el esfuerzo, la prudencia, la educación y la constancia, y aquí tenemos el resultado. Nunca sabré agradecerlos lo suficiente todo lo que habéis hecho por nosotros.

A mi mujer Isa, gracias por entender lo que quería hacer, por comprender que todo ese tiempo sin estar a tu lado, pegado a la pantalla del ordenador, era necesario. Confío en que todo este esfuerzo que hemos realizado juntos ha valido la pena. Gracias por aguantar mis malos momentos y por compartir todas las alegrías que nos hemos llevado en estos últimos años... y lo que queda por llegar.

Por último, muy especial, a mis hijos Jimena y Álvaro, no un agradecimiento, sino una disculpa por todos esos momentos en los que no pude estar y por todos esos juegos que no compartí, sabéis que he hecho todo lo posible para estar a vuestro lado cuando lo habéis necesitado. Espero que algún día sabréis valorar el motivo. Lo mismo que hicieron mis padres



conmigo, con este trabajo y todo lo que habéis vivido en torno al proceso, espero haberos enseñado que si uno quiere puede conseguir lo que se proponga, y que el trabajo y el esfuerzo nunca es demasiado si el resultado es satisfactorio. Luchad por vuestros sueños y sed felices, mamá y papá estaremos siempre a vuestro lado. Muchas veces me habéis preguntado: “Papá, ¿has acabado ya la Tesis?”, y hoy puedo deciros: “Sí, hijos míos, ya he acabado la Tesis”.



ÍNDICE

Índice de figuras	VII
Índice de tablas	XV
Resumen	XVII
Abstract	XVIII
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	1
I.1. INTRODUCCIÓN	2
I.2. LA RELIGIÓN Y LA ESPIRITUALIDAD EN LA MUERTE	5
I.2.1. La religión y su relación con la muerte	5
I.2.2. La espiritualidad y su relación con la muerte	8
I.3. LA MUERTE	11
I.3.1. La propia muerte	14
I.3.2. La muerte de otra persona	15
I.4. EL DUELO	16
I.5. LA ANSIEDAD Y EL MIEDO ANTE LA MUERTE	23
I.5.1. La ansiedad ante la muerte	23
I.5.2. El miedo a la muerte	27
I.5.3. Variables individuales	29
I.5.3.1. El género	29
I.5.3.2. La edad	31
I.5.3.3. El estado civil	32
I.6. EL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ENFERMERÍA	32
I.7. EL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS	39
I.7.1. Estudiantes de Enfermería	40
I.8. EL ESTUDIO DE LA MUERTE EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA	44
I.8.1. Formación académica en el Grado en Enfermería	46
I.8.2. Las prácticas clínicas universitarias	51
I.8.3. La percepción de los estudiantes de Enfermería	52



CAPÍTULO II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	56
II.1. OBJETIVOS	57
II.2. HIPÓTESIS	58
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	59
III.1. MUESTRA	60
III.2. INSTRUMENTOS	65
III.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos	65
III.2.2. Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	65
III.2.3. Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	66
III.2.4. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (EMMCL)	67
III.2.5. Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	68
III.3. VARIABLES	69
III.3.1. Variables independientes	69
III.3.2. Variables dependientes	70
III.4. PROCEDIMIENTO	71
III.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	73
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	74
IV.1. ANÁLISIS GLOBAL DE LAS VARIABLES	75
IV.1.1. Análisis de la variable estudios de grado	75
IV.1.2. Análisis de la variable género	82
IV.1.3. Análisis de la variable filiación religiosa	97
IV.2. ANÁLISIS SEGÚN GRADO	104
IV.2.1. Análisis del Grado en Enfermería	104
IV.2.2. Análisis del Grado en Medicina	117
IV.2.3. Análisis del Grado en Ingeniería	129
IV.2.4. Análisis del Grado en Educación	143
IV.3. ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN EL GRADO EN ENFERMERÍA	155



CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	158
V.1. DISCUSIÓN	160
V.2. CONCLUSIONES	173
Referencias bibliográficas	176
Anexos	196
Anexo I. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	197
Anexo II. INVENTARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	199
Anexo III. ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	200
Anexo IV. ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLET-LESTER	201
Anexo V. INVENTARIO DE EXPRESIONES DE ESPIRITUALIDAD	203
Anexo VI. DOCUMENTO INFORMATIVO	205
Anexo VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO	206



Índice de figuras

Figura 1. Defunciones totales y en hospital. España (1941-2011)	12
Figura 2. Fallecimientos en España en los últimos cinco años	13
Figura 3. Distribución de los participantes según el género y sus estudios de Grado	61
Figura 4. Medias de la edad de los participantes según sus estudios de Grado	62
Figura 5. Distribución de los participantes según el estado civil y sus estudios de Grado	63
Figura 6. Distribución de los participantes según la filiación religiosa y sus estudios de Grado	64
Figura 7. Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	79
Figura 8. Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	80
Figura 9. Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	81
Figura 10. Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	82
Figura 11. Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	85
Figura 12. Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	86
Figura 13. Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	87
Figura 14. Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	87



Figura 15. Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	91
Figura 16. Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	92
Figura 17. Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	93
Figura 18. Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	93
Figura 19. Puntuaciones medias según género para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	95
Figura 20. Medias grupo Educación total del DACs por ítem	96
Figura 21. Puntuaciones medias según género para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	96
Figura 22. Puntuaciones medias según género para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	97
Figura 23. Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	101
Figura 24. Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	102
Figura 25. Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	102
Figura 26. Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	103
Figura 27. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	106
Figura 28. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	106



Figura 29. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	107
Figura 30. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	107
Figura 31. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	109
Figura 32. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)	110
Figura 33. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	110
Figura 34. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	111
Figura 35. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	115
Figura 36. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)	115
Figura 37. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	116
Figura 38. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	117
Figura 39. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	119
Figura 40. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de	119



ansiedad ante la muerte (DACs)

Figura 41. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL) 120

Figura 42. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE) 120

Figura 43. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) 122

Figura 44. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs) 123

Figura 45. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL) 123

Figura 46. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE) 124

Figura 47. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) 127

Figura 48. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs) 128

Figura 49. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL) 128

Figura 50. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE) 129

Figura 51. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) 131



Figura 52. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)	131
Figura 53. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	132
Figura 54. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	132
Figura 55. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	134
Figura 56. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)	135
Figura 57. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	135
Figura 58. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	136
Figura 59. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	140
Figura 60. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)	141
Figura 61. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	142
Figura 62. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	143
Figura 63. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad	145



ante la muerte (DAI)	
Figura 64. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	145
Figura 65. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	146
Figura 66. Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	146
Figura 67. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	148
Figura 68. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	149
Figura 69. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	149
Figura 70. Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	150
Figura 71. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)	153
Figura 72. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)	154
Figura 73. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)	154
Figura 74. Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)	155



Figura 75. Frecuencias de respuesta de cada uno de los cursos del Grado en Enfermería sobre la percepción de la formación recibida en relación a la muerte 156



Índice de tablas

Tabla 1. Evolución de los fallecimientos en la población española	12
Tabla 2. Fases del duelo propuestas por diferentes autores	19
Tabla 3. Distribución de la muestra según estudios de grado y género	61
Tabla 4. Medias de la edad de los participantes según sus estudios de Grado	62
Tabla 5. Distribución de la muestra según el estado civil	63
Tabla 6. Distribución de la muestra según filiación religiosa	64
Tabla 7. Resultados según estudios de grado para cada factor de los cuestionarios analizados	70
Tabla 8. Resultados de los participantes hombres según estudios de grado para cada factor de los cuestionarios analizados	82
Tabla 9. Resultados de las participantes mujeres según estudios de grado para cada factor de los cuestionarios analizados	88
Tabla 10. Resultados según género para cada factor de los cuestionarios analizados	94
Tabla 11. Resultados según filiación religiosa para cada factor de los cuestionarios analizados	97
Tabla 12. Resultados según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados	104
Tabla 13. Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados	108
Tabla 14. Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados	111
Tabla 15. Resultados según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados	117
Tabla 16. Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados	121
	124



Tabla 17. Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados	
Tabla 18. Resultados según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados	129
Tabla 19. Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados	133
Tabla 20. Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados	136
Tabla 21. Resultados según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados	143
Tabla 22. Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados	147
Tabla 23. Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados	150
Tabla 24. Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería en relación a su formación académica	156



ANÁLISIS DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES DEL GRADO EN ENFERMERÍA

RESUMEN

El contacto de los profesionales de la Salud con la muerte y sus procesos relacionados conlleva una importante fuente de estrés y ansiedad, aspectos que podrían disminuir con una formación universitaria orientada a estos temas lo que podría minimizar el impacto emocional tras el fallecimiento de un paciente a su cargo. El objetivo de esta Tesis Doctoral ha sido estudiar el constructo miedo a la muerte, la ansiedad producida por esta y las variables asociadas, en una muestra de estudiantes universitarios del Grado en Enfermería y su comparación con estudiantes de Grado de otras ramas de conocimiento. Los resultados obtenidos indican que los estudiantes de Ciencias de la Salud (Enfermería y Medicina) presentan niveles moderadamente altos de ansiedad y miedo a la muerte, que son distintos de los que expresan estudiantes de otras ramas de conocimiento (Educación e Ingeniería). En relación con el género, las mujeres expresan niveles más elevados de ansiedad y miedo a la muerte, que los hombres, aspectos que son independientes del curso académico en el que se encuentren. Los estudiantes indican la necesidad de una formación académica más específica en relación con la muerte para afrontarla adecuadamente en aras de una mejora en la atención sanitaria proporcionada al paciente, y a sus familiares, en el momento final de la vida.

Palabras clave: estudiantes, Enfermería, miedo, ansiedad, muerte.



ANALYSIS OF FEAR AND ANXIETY AGAINST DEATH IN NURSING GRADE STUDENTS

ABSTRACT

The contact of health professionals with death and its related processes leads to an important source of stress and anxiety, aspects that could diminish with an university formation oriented to these subjects which could minimize the emotional impact after the death of a patient in charge. The objective of this Doctoral Thesis has been to study the construct fear of death, the anxiety produced by it and the associated variables, in a sample of university students of Nursing Degree and its comparison with undergraduate students from other branches of knowledge. Results indicate that students of Health Sciences (Nursing and Medicine) have moderately high levels of anxiety and fear of death, which are different from those expressed by students from other branches of knowledge (Education and Engineering). In relation to gender, women express higher levels of anxiety and fear of death than men, this aspects are independent of the academic course in which they are. Students indicate the need of more specific academic training in relation to death to have an adequately address in the interest of improving the health care provided to the patient and their families at the end of life.

Keywords: students, Nursing, fear, anxiety, death.



TESIS DOCTORAL
Ricardo Molina Banqueri

Capítulo I

MARCO TEÓRICO



I.1. INTRODUCCIÓN

La muerte se trata de la única certeza de la existencia humana y de ella se encuentran impregnadas todas las sociedades y culturas a lo largo de la historia de la humanidad. El pobre entendimiento en relación con ella por parte de ser humano ha sido evento inspirador de mitos, leyendas y creencias de muy diferente índole y condición que, independientemente de la cultura y el momento histórico, se han venido mostrando como reflejo del amplio espectro de actitudes humanas que integran desde el miedo hasta la aceptación serena (Pérez, 1998).

La muerte forma parte de la propia naturaleza y de los hechos culturales del ser humano. Fue el *homo sapiens* el que, en un primer momento y desde el punto de vista antropológico, se hizo consciente de la muerte como evento traumático para la vida de las personas, lo cual llevó a la percepción de su propia existencia desde un nuevo e inquietante punto de vista (Aguilera y González, 2009), lo que supuso que el fallecimiento de personas contribuyese al traspaso de una información adquirida a nivel social entre antepasados y descendientes en forma de rituales entre vivos y muertos. De esta forma, se desarrollaron procesos de investidura de poderes (por ejemplo, ayudas o protecciones a los descendientes) que traspasaban la frontera de lo puramente inteligible a la naturaleza del ser humano.

A lo largo de la historia de la humanidad la muerte, y todas las ideaciones relacionadas en torno a la misma, han permanecido presentes en el entorno del ser humano, bien como ritual de carácter social o religioso, o como reflexiones filosóficas o científicas.

En relación con lo expuesto podemos indicar que el ser humano es el único ser vivo consciente de su propia muerte (Aguilera y González, 2009), sin embargo, el estudio de la muerte desde una orientación psicológica es relativamente nuevo. Esto se debe a que el interés por la muerte ha sido campo para otras especialidades científicas como la Filosofía, la Teología o la Antropología (Bayés, 2010).



Por otra parte, las actitudes en torno a la muerte han ido modulándose a lo largo de los siglos. Desde la Grecia clásica, el mundo romano y la Edad Media, la muerte ha venido siendo considerada como un evento lógico, asumible, tolerable y no desesperanzador. Y así continuó hasta mediados del siglo XX, cuando el hecho de la muerte comenzó a ser percibido como la parte última y final del ciclo vital.

A mediados de los años 30 del siglo pasado, a raíz de los avances en el ámbito de la tecnología clínica y sanitaria, la muerte comienza a alejarse del entorno social próximo y pasa a confinarse en el ámbito clínico-hospitalario (Pascual, 2011). De esta forma, la muerte se aleja del proceso natural de la vida y se comienza a percibir como un fracaso tanto desde el punto de vista social como del proceso clínico (Padrón, 2014).

De esta forma, la muerte considerada habitualmente un evento de carácter privado y familiar, donde los seres queridos y su proximidad favorecían el hecho de experimentarla como un paso más en el proceso vital, poco a poco ha ido evolucionando hacia el desarrollo de temores y ansiedades, probablemente ocasionada por un déficit en la generación de valores sociales, una menor tolerancia a la frustración, la pérdida de la espiritualidad o una menor preparación del ser humano para afrontar esta etapa del ciclo vital.

En una sociedad como la actual, marcada por su carácter hedonista, la muerte pasa a convertirse en un elemento tabú, proceso del que se habla poco, y con una elevada tendencia a la evitación e incluso a la ocultación. Tal y como indican López y García (2008), el hecho de que valoremos los objetivos y las metas materiales por encima de los espirituales, lleva a la sociedad a concebir la muerte como un evento final, la mayor pérdida, lo cual dificulta la asunción de esta etapa como parte del proceso vital del ser humano.

Como indican Aguilera y González (2009) lo que conocemos de la muerte son solo las actitudes que los seres humanos tenemos en torno a ella. Es decir, conocemos procesos como el dolor, la agonía, las fases o etapas en



que se desarrolla la enfermedad pero desconocemos los aspectos de la muerte como tal, ese momento en el que la muerte irrumpe en la consciencia y lo desvanece todo. Esto implica que, pese a que la muerte como proceso es un hecho universal para todos los seres vivos, en el caso del ser humano y dada su capacidad de conciencia, cada persona la concibe y afronta de una manera particular, que va a estar determinada por las experiencias previas, la situación presente, los intereses y motivaciones, las creencias espirituales y religiosas, los valores que condicionan su existencia y su personalidad, entre otros (Grau et al., 2008). Además, la muerte de un ser humano no conlleva únicamente fenómenos de carácter psicológicos, sino que, en tanto que el individuo es un ser social, este proceso de pérdida de la vida se asocia a factores conceptuales, históricos, culturales, emocionales o creencias que dan lugar a la unicidad vivencial frente a este hecho (Suárez, 2011).

Resulta de interés poder determinar las diferencias interindividuales que existen en la percepción del hecho de la muerte y los fenómenos asociados a la misma, de forma que no nos quedemos en una mera reflexión sobre la misma (Rodríguez et al., 2006).

La conciencia de la muerte y el miedo que genera, así como los deseos de inmortalidad perseguidos a lo largo de la historia por el ser humano, han venido traduciendo la idea traumática de la muerte en angustia existencial, expresada en ritos funerarios, lágrimas, duelo y luto,... todos considerados como reacciones a diferentes realidades psicológicas y sociales (Gabriel, 2012).

La muerte de los seres humanos ha venido siendo considerado como el desencadenante más importante en los procesos de duelo (Tizón, 2007). En este marco desde la Psicología se estudian el sufrimiento que implica llegar al final de la vida y la relación de la persona con las pérdidas. En este sentido, estudios como los de Lester, Templer y Abdel-Khalek (2007), indican que, en todas las sociedades, para la mayor parte de las personas, el tema de la muerte, pese a la fascinación por lo desconocido, no genera un interés científico y son pocos los profesionales de la Psicología que se involucran en el estudio de este tema, posiblemente porque los trabajos relacionados con



la ansiedad y el miedo a la muerte no se suelen arrojar resultados espectaculares. Por lo que, como apunta Bayés (2010), tener la posibilidad de colaborar tanto en el conocimiento sobre la percepción individual del hecho de la muerte, como en la minimización del sufrimiento humano en relación con esta, son tareas de gran interés que dan sentido a nuestra profesión.

I.2. LA RELIGIÓN Y LA ESPIRITUALIDAD EN LA MUERTE

I.2.1. La religión y su relación con la muerte

La muerte se encuentra asociada al nacimiento de la religión desde el sentido asociado a la trascendencia y la dignidad del ser humano como se constata en multitud de sepulturas paleolíticas (Encinas, 2009).

Así, las creencias religiosas sobre la trascendencia parecen constituir parte de la respuesta del ser humano a los sentimientos de angustia relacionados con lo que puede ocurrir tras la muerte. Esto ha llevado a que las diferentes religiones pongan el acento en que la muerte no es el fin de la vida sino el inicio de otra existencia ya sí eterna, que se iniciaría con la muerte física del cuerpo.

En diferentes culturas la muerte puede ser considerada buena o mala en función de los parámetros culturales establecidos culturalmente para el difunto (Duche, 2011). Desde el punto de vista religioso, la muerte se ha venido conceptualizando como de “buena muerte”, siendo su base la propuesta de que ya estaba prevista o advertida esa finitud del cuerpo que se produce habitualmente entre familia y allegados que acompañan al moribundo en sus últimos momentos (Grau et al., 2008).

En las últimas décadas, el proceso de secularización de la población, así como el avance en tecnología médica y hospitalización de la muerte, ha provocado que la religión tenga un papel de menor importancia en el proceso de morir, y actos como la cremación de los difuntos impliquen una vivencia más rápida de este proceso (Miguel, 1995).



En este marco, la importancia de la investigación sobre los aspectos psicológicos de las creencias religiosas radica en que una parte considerable de la población encuentra la variable psicosocial de la religión como un aspecto que influye en la actitud que tienen sobre sí mismos y sobre los demás, influencia que aumenta en relación con las situaciones críticas de la vida (Raja et al., 2002).

López, Suiero y López (2004), encontraron que tres cuartas partes de la población se define como creyente. En este caso, se observó una relación significativa entre creencias religiosas y ansiedad ante la muerte. Sin embargo, esa significatividad no aclara cuál es la relación entre dichas variables ya que no sabemos si esta influencia aumenta o disminuye la ansiedad ante la muerte. Por su parte, Moya (2007) confirmó que las actitudes religiosas ejercen un control sobre la ansiedad ante la muerte, en el sentido de la mejora, pero aclara que dicha influencia no tiene un peso excesivo.

La creencia en la existencia de Dios y de la vida después de la muerte, tiene la capacidad de generar en las personas un proceso de aceptación de la misma como parte de la vida, lo que favorecería actitudes de acercamiento entre las personas y la muerte, apareciendo correlaciones positivas entre las creencias religiosas y la aceptación de la muerte, de manera que estas creencias disminuirían la ansiedad. Sin embargo esto no garantiza en absoluto que los adultos creyentes se encuentren preparados para afrontar la muerte ya que, aun teniendo presente las creencias relacionadas con la religión, ninguna persona desea morir y la angustia ante la muerte existe igualmente por el miedo a lo desconocido (Uribe, Valderrama y López, 2007).

Estudios posteriores pusieron de manifiesto una diferencia entre hombres y mujeres en relación con la combinación entre religiosidad y miedo a la muerte, de forma que las mujeres que participan en ritos religiosos podrían estar dispuestas a un afrontamiento de la muerte más adecuado, manifestando menos miedo ante lo desconocido (Fabiana, 2010).



Independientemente de la influencia de las creencias religiosas, que se encuentran muy arraigadas en nuestra sociedad, el hecho de la muerte sigue relacionado con el acompañamiento del finado en el último día y la realización de cultos, en la mayoría de los casos de carácter religioso, marcados por la religión católica (Ortega, 2012).

En relación con lo anterior, y ya en el ámbito del personal sanitario, existen estudios que muestran que un alto grado de trabajadores sanitarios se consideran creyentes (casi el 85%), datos que se encuentran por encima de la media española (71,5%) y la europea (67%). Sin embargo, de entre estos trabajadores solo el 47,6% indican ser practicantes activos (Raja et al., 2002). Estos mismos autores pusieron de manifiesto que, aunque no encontraron diferencias, el personal sanitario religioso practicante manifestaba menos ansiedad ante la muerte. Además, se encontró menos ansiedad ante la muerte también entre los no creyentes, por lo que podríamos decir que los extremos dentro de la población, entendiéndolo en el marco religioso como tales a los ateos y a los creyentes practicantes, se da una amortiguación de la ansiedad ante la muerte aliviando el temor ante esta.

Por otra parte, los resultados de las investigaciones sobre las actitudes hacia la muerte en ámbitos clínicos no siempre son consistentes y muestran una gran dependencia de la muestra analizada, lo que da un mayor peso a la cultura y a la religión como aspectos altamente influyentes en la generación de estas actitudes (Braun, Gordon y Uziely, 2010).

En estudios realizados con estudiantes universitarios (Talavera, 2010) se pudo observar que los estudiantes que profesaban la religión católica mostraron una actitud de acercamiento positivo hacia la muerte, contrariamente a lo mostrado por los practicantes de otras religiones. Sin embargo, al analizar la variable de miedo a la muerte, se encontró que todos los estudiantes mostraban niveles altos de temor, independientemente de la religión que profesaban.



Edo, Tomás y Aradilla (2011), encontraron coincidencias con diferentes estudios en los que se estudiaba la relación entre el miedo a la muerte, las creencias, el grado de religiosidad y la práctica religiosa, encontrando que los estudiantes creyentes y practicantes, con mayor grado de religiosidad, expresaban menos miedo a la propia muerte. Sin embargo, la religiosidad no parece disminuir el miedo al propio proceso de morir, ya que estaría más relacionado con aspectos como el sufrimiento físico y emocional. Igualmente, los resultados indicaron que la creencia y práctica religiosa no fueron factores de protección ante el miedo a la muerte de otros. Todo esto facilitó la aparición de la idea de que la religiosidad como factor de protección es útil únicamente para el afrontamiento de la propia muerte.

Muñoz (2013), señaló que existe una relación entre la religión y distintos enfoques de aprendizaje emocional, que le lleva a proponer un amplio punto de vista asociado a la experiencia, la búsqueda del bienestar y la comprensión simbólica de la religión. Esto sugiere una menor influencia religiosa fundamentada en creencias y motivos, y una mayor influencia basada en la experiencia religiosa, su forma de vida y la espiritualidad.

Estudios recientes (Aghababaeia et al., 2016), han asociado la religiosidad con estados psicológicos positivos, al igual que los estudios anteriores. Pero, además, encontraron que la creencia en la Ciencia puede sustituir, en este ámbito, a la religión como fuente de confort emocional. Los resultados sugieren que es la propia creencia, en Dios o en la Ciencia, la que contribuye al bienestar subjetivo a través de conceptos como la esperanza y el propósito de vida.

I.2.2. La espiritualidad y su relación con la muerte

Se ha mencionado anteriormente que creer en la existencia de Dios y en la vida después de la muerte puede llevar a las personas a una mejor aceptación de la muerte, considerándola como parte integral de la vida y dar lugar a una actitud de acercamiento a la misma.



El hecho de que la espiritualidad haya disminuido en las últimas décadas, sobre todo entre la población más joven, implica el cuestionamiento de que existe una vida después de la muerte, lo que supone un aumento del temor a lo desconocido (Falkenhain y Handal, 2003). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que algunos valores espirituales y la filosofía de vida de cada persona podrían actuar como elementos de confort emocional y amparo ante la angustia ocasionada por la presencia de la muerte. De esta forma, la espiritualidad, como tal, puede ayudar a las personas a la elaboración de una explicación más racional de la muerte como paso a otra vida (Lima, Silva y Pereira, 2009).

Así desde esta perspectiva espiritual es posible que creer en la existencia de otra vida después de la muerte permita manejar adecuadamente el miedo ante la misma. Sin embargo, se han obtenido resultados que indican un mayor miedo a la propia muerte en personas que esperan la existencia de otra vida (Sevilla, Ferré y Tahta, 2012). Son pocas las ocasiones en las que se ha llegado a esta conclusión pero existen y ponen de manifiesto el nivel de incertidumbre ante lo que se relaciona con lo que puede pasar tras la muerte (que exista o no el denominado más allá, o la posibilidad de una vida tras la muerte física).

Las investigaciones indican que los pacientes generalmente recurren a la espiritualidad como ayuda para el abordaje de enfermedades físicas graves y que, a muchos de ellos, les gustaría poder compartir esas necesidades con las personas que les cuidan (Mejía, 2008). Este bienestar espiritual correlaciona significativamente con la adaptación y el control de la sintomatología, tanto física como psicológica, y una mejor calidad de vida, independientemente de la percepción subjetiva que el paciente mantenga acerca de la gravedad de su enfermedad.

Muchas personas solas e impotentes ante la muerte, sobre todo ante la sensación de que a su alrededor nadie muestra interés en comprender sus más sentidas necesidades. Esto suele ocurrir porque los acompañantes consideran que hablar sobre este tema podría ser inadecuado, sin embargo, sólo una pequeña proporción de pacientes sugieren tener algún tipo de



diálogo sobre este tema, pese a que la mayor parte de los pacientes mantienen la necesidad de comunicarse y de que le comprendan (Mejía, 2008). En entrevistas con profesionales de la atención sanitaria (Vilalta, 2010), estos detectan en sus pacientes la presencia de necesidades espirituales que no resueltas.

En esta línea, estudios como los de Tosao (2012) que indican que las necesidades existenciales y espirituales de los enfermos hospitalizados en las unidades de cuidados paliativos no se encuentran debidamente atendidas, ya que los profesionales sanitarios suelen mostrar un déficit en relación con la detección de las preocupaciones de sus pacientes en el ámbito espiritual. Esto hace que los pacientes consideren inadecuada la atención que reciben.

Cabe resaltar que no existe una tendencia totalmente definida respecto a la consideración de la muerte como tránsito, sin embargo sí se encuentra un cuestionamiento general entre el personal sanitario sobre lo que puede suceder en el momento de la muerte y justo tras este, junto con las necesidades espirituales de sus pacientes. Esto lleva a la necesidad de indagar más en relación con la espiritualidad y desarrollar programas formativos en relación con el manejo del paciente en el momento de la muerte, poniendo especial énfasis en la calidad humana y profesional del personal de la salud (Ascencio, Allende y Verastegui, 2014).

Por tanto, esta dimensión espiritual del cuidado al final de la vida constituye una nueva dimensión de la atención a las personas en el proceso de morir que requiere, según (Ortega, 2013), una línea específica de investigación orientada a descubrir y profundizar tanto en las necesidades humanas como en la responsabilidad que los profesionales de Enfermería tienen para ofrecer una respuesta de forma integral y comprometida. En este sentido, Souza, Luiz y Luchetti (2011) indican que los profesionales de Enfermería se autoimponen barreras a la hora de comunicar aspectos relacionados con la religión y la espiritualidad con sus pacientes en fase terminal y las familias, principalmente, por el miedo a imponer sus propias



creencias, acompañado de la falta de tiempo y el miedo a ofender a sus pacientes.

I.3. LA MUERTE

A nivel biológico, la muerte, como conceptualización más acertada y generalizada, es considerada como *“un cese irreversible del metabolismo de todas las células del cuerpo, es decir, la muerte del ser humano, es equiparable a la muerte de todas las células del organismo. El criterio diagnóstico es la putrefacción”* (Guacaneme y Pérez, 2007, p. 23).

Se puede considerar que el ser humano cada vez es menos protagonista de su propia muerte ya que el acto de morir, altamente desarrollado en estancias hospitalarias, se ve convertido en un proceso más técnico que humano. Por ello desde los organismos e instituciones relacionadas con la salud se promueve la idea de que se facilite a la persona enferma la posibilidad de morir en su contexto familiar donde, pudiendo recibir los cuidados básicos, se respeten sus derechos y voluntades en un espacio tranquilo de interacción con familiares y allegados.

Según Jiménez (2012) cada vez son más los pacientes que son hospitalizados en las últimas tres décadas, dicho aumento se ve acompañado por un mayor número de fallecimientos producidos en estos ambientes hospitalarios, que casi se ha duplicado.

Es necesario llamar la atención sobre el número de fallecimientos que se producen en los ámbitos institucionalizados (hospitales, residencias para personas mayores,...), y comprobar cómo han evolucionado los mismos en los últimos años. En este sentido, existe un interesante estudio desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2011) que relaciona la evolución de los fallecimientos producidos en los hospitales con el total de fallecimientos en el territorio nacional desde mediados del siglo pasado.

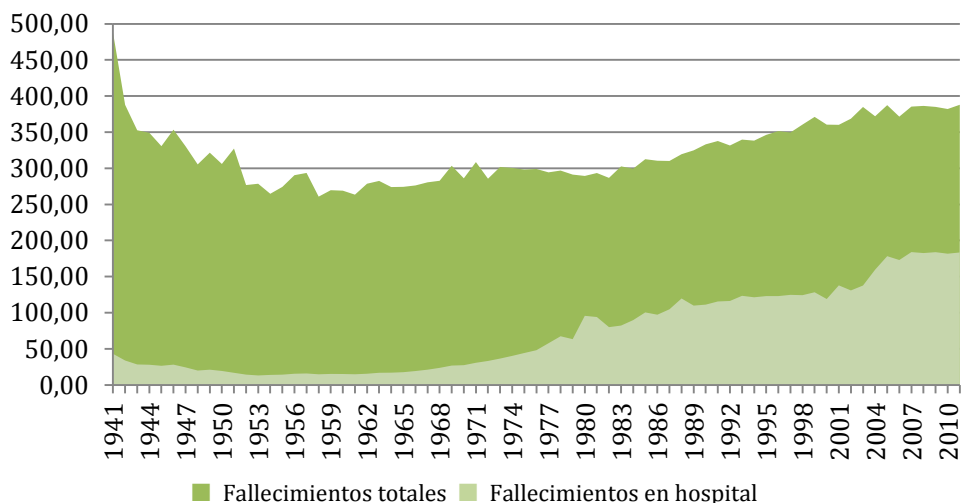


Figura 1: Defunciones totales y en hospital. España (1941-2011)

Fuente: INE (2011)

Tal y como podemos observar en la figura 1, del total de fallecimientos en España los producidos en los ámbitos hospitalarios han seguido una tendencia ascendente hasta llegar a situarse en niveles en los que de cada dos personas fallecidas una de ellas muere en hospital.

Al realizar un análisis más profundo de los últimos años, según datos publicados del Instituto Nacional de Estadística, el número de fallecimientos en España se distribuye de la siguiente forma:

Tabla 1

Evolución de los fallecimientos en la población española

Año	Muertes	Tasa mortalidad	Muertes en hospital	Tasa de muerte en hospital	Porcentaje muerte en hospital del total
2011	387.911	8,26‰	183.410	3,9 %	47,28 %
2012	402.950	8,58‰	188.242	4,0 %	46,71 %
2013	390.419	8,34‰	184.624	4,0 %	47,28 %
2014	395.830	8,48‰	186.717	4,0 %	47,17 %
2015	422.568	9,06‰	201.119	4,2 %	47,59 %



En la tabla 1 se observa, además, la tasa de fallecimiento en España. A nivel gráfico podemos ver la evolución de los datos anteriores en los últimos cinco años de los que se tiene datos en los que se indica la cantidad de personas que fallecen en el ámbito hospitalario del total de fallecidos en territorio nacional.

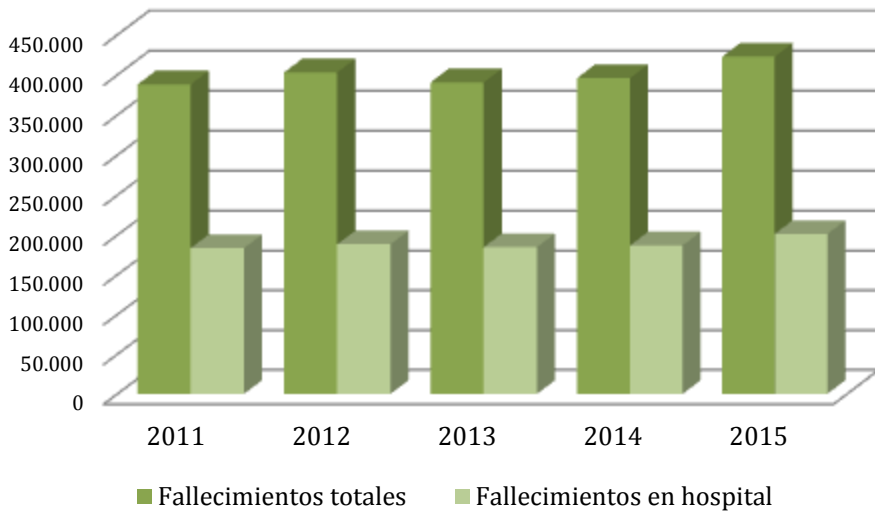


Figura 2: Fallecimientos en España en los últimos cinco años

En la figura 2 se puede observar un progresivo aumento de los fallecimientos en la población española con el transcurso de los años, asociado al cual encontramos que un importante porcentaje de los mismos se produce en el ambiente hospitalario y un aumento paulatino de los mismos. Además, cabe destacar los datos de tasa de muerte en personas hospitalizadas, en los que encontramos que alrededor de 4 de cada 100 personas ingresadas fallecen en el hospital. Por último, hay que hacer mención a la última columna de la tabla en la que se encuentra que, prácticamente, la mitad de las personas que fallecen en España lo hacen en el ámbito hospitalario.

El modelo de trabajo propio de los profesionales de la Enfermería, determinado por la Antropología y la particular visión de la enfermedad y la



muerte, condiciona y determina el afrontamiento integral por parte de estos profesionales ante el sufrimiento de sus pacientes (Pascual, 2011).

Para una completa aproximación al estudio de la muerte deben estudiarse dos formas diferenciadas de la misma en función de la incidencia que tienen sobre las personas, por un lado la muerte propia y, por otro, la muerte ajena.

I.3.1. La propia muerte

En el marco de la enfermedad terminal, es necesario destacar el trabajo de Kübler-Ross (1969) en el que se describen las reacciones emocionales de las personas enfermas a la hora de afrontar el proceso de su propia muerte:

- 1) Negación y aislamiento, ante el conocimiento del diagnóstico.
- 2) Ira y agresividad, hacia los que le rodean.
- 3) Negociación, para prolongar la vida.
- 4) Depresión, comprensión de que no hay nada que hacer.
- 5) Aceptación, de la muerte.

Estas fases no tienen por qué aparecer en todas las personas a la hora de afrontar su proceso de muerte, incluso apareciendo, no se dan sistemáticamente en un orden concreto. Las diferentes maneras en las que las personas asumimos las enfermedades e interpretamos la inmediatez de la muerte y los procesos concurrentes dependen de la personalidad de cada una y del contexto socio-familiar y asistencial en que se desarrolla.

Según la autora, las fases presentadas han de entenderse como estados emocionales que surgen a consecuencia de los diferentes mecanismos de defensa que la persona enferma utiliza como método de adaptación a la realidad que le ha tocado vivir en ese momento.

En relación con la vivencia del proceso de muerte propia, diversos estudios como los de Astudillo, Medineta y Astudillo (1992), Comas (1989),



Lichter (1991), Mouren-Mathieu (1987), Parkes (1980), Penson (1991), Stedeford (1984) y Twycross y Lack (1987), recogidos por Limonero (1996), indican la presencia de tres grupos principales de elementos destacados responsables del impacto emocional ante la muerte.

En el primer grupo, se encuentran los factores relacionados con las diferentes formas en que las personas perciben, piensan, sienten y actúan, es decir, de la personalidad. La ausencia de predicción ante acontecimientos venideros genera en las personas pensamientos de incontrolabilidad en los últimos momentos de la vida.

En el segundo grupo, se sitúan los elementos vinculados con cada enfermedad y el tratamiento que requieran. La enfermedad en sí misma, y su proceso de dolencia, ya constituye un elemento que, de forma lógica, genera malestar personal asociado a los posibles acontecimientos de aumento de dolencias, pérdida de autonomía y evolución de la situación de dependencia.

En el tercer grupo, hallamos los aspectos referentes a la interacción que la persona enferma mantiene con las personas de su ambiente más próximo. Así, la progresiva pérdida de roles en los diferentes contextos provocan que la persona enferma analice y valore las consecuencias que la proximidad de su muerte tendrá para las personas de su entorno familiar, laboral y/o social.

I.3.2. La muerte de otra persona

Cuando el proceso y el hecho de la muerte se producen en otra persona, hemos de afrontar su estudio en función de dos momentos. El primero se produce durante la enfermedad que puede considerarse como terminal y, el segundo, en los momentos posteriores al fallecimiento, cuando se produce el duelo (Limonero, 1996).

Durante el tiempo en que se desarrolla una enfermedad de carácter crónico, en los familiares, allegados y personas que cuidan a la persona enferma, se produce la vivencia de un proceso de agotamiento de carácter



físico y psíquico que provoca desequilibrios en el desarrollo diario. Esas alteraciones se evidencian ante la evaluación del estado individual, donde se pueden desarrollar enfermedades físicas, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, sintomatología relacionada con alteraciones del estado de ánimo, etc., pero también pueden producirse alteraciones a nivel social, que se traducen en problemas en el entorno familiar, dificultades de comunicación o interrelación con los demás, ensimismamiento, pérdida o deterioro de relaciones sociales,...

Resulta evidente que la posible aparición de estas situaciones de desequilibrio personal y/o social se encuentra determinada por las diferentes casuísticas familiares que varían en función de la enfermedad a la que se enfrentan, la edad de la persona enferma, el entorno social y familiar en que se producen, el contexto familiar o institucionalizado en el que se desarrolla, la personalidad de cada persona,... pero, sobre todo, la influencia de mayor calado se encuentra en la relación previamente establecida con la persona enferma y los lazos emocionales instaurados entre ellos (Limonero, 1996).

I.4. EL DUELO

La muerte y el morir son temas de indudable complejidad, sobre todo en aquellos casos de mayor accidentalidad, y que son percibidos y reflexionados de distintas formas en función de la cultura en la que la personas se encuentre inserta. Cuando los elementos que se combinan se asocian a muerte repentina, inesperada, violenta y temprana, conlleva, casi inevitablemente asociados, sentimientos de ira y estrés que pueden provocar problemas psicológicos duraderos (Lima, Silva y Pereira, 2009).

Los familiares de aquellas personas que se encuentran en situación clínica de final de vida, se encuentran en la obligación moral de cuidar de ese ser querido a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Esa situación, como ya se ha comentado anteriormente, no solo conlleva un desgaste físico, sino que también comporta un deterioro emocional caracterizado por la sobrecarga de roles, los sentimientos de ineficacia,... que, a la vez han de



preparar a la persona para enfrentarse al manejo de la inminente pérdida de su ser querido. Una vez producido el fallecimiento, comienza un proceso de duelo, normalmente limitado en el tiempo, caracterizado por una serie de manifestaciones cognitivas, emocionales, comportamentales y físicas (Barreto, Torre y Pérez, 2012). Ese proceso de sufrimiento consecuencia del duelo por la pérdida de una persona cercana es personal, interno e intransferible pero, a su vez, es un hecho universal a todas las personas (Ventura, 2013).

El duelo aparece una vez producido el hecho del fallecimiento. Según recoge Pereira (2010), la definición ofrecida para la palabra duelo según la Real Academia de la Lengua es:

“dolor, lástima, aflicción o sentimiento, además de demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien, y reunión de parientes, amigos o invitados que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio, o a los funerales” (p. 656).

Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014) el duelo sería como un:

“estado de pensamiento, sentimiento y actividad que se produce como consecuencia de la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales. La pérdida es psicológicamente traumática en la misma medida que una herida o quemadura, por lo cual siempre es dolorosa. Necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal que es lo que constituye el duelo” (p. 46).

Según se indica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, 2014, p. 398), se aplica la categoría diagnóstica V62.82 (Z63.4) de duelo no complicado cuando:

“el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un



episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como “normal”, si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como insomnio o anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo” (p. 398).

Ante la pérdida de una persona cercana se experimentan de forma aislada o se simultanean las siguientes manifestaciones del duelo (Fernández y Rodríguez, 2002):

- *Sentimientos*: tristeza, rabia, irritabilidad, culpa y autorreproches, ansiedad, soledad, cansancio, indefensión, shock, anhelo, alivio, anestesia emocional,...
- *Sensaciones físicas*: molestias gástricas, dificultades para tragar o articular, opresión precordial, hipersensibilidad al ruido, despersonalización, sensación de falta de aire, debilidad muscular, pérdida de energía, sequedad de boca, trastornos del sueño,...
- *Cogniciones*: incredulidad, confusión, dificultades de memoria, atención y concentración, preocupaciones, rumiaciones, pensamientos obsesivos, pensamientos intrusivos, etc.
- *Alteraciones perceptivas*: ilusiones, alucinaciones auditivas y visuales, generalmente transitorias y seguidas de crítica, fenómenos de presencia,...
- *Conductas*: hiperfagia o anorexia, alteraciones del sueño, sueños con el fallecido o la situación, distracciones, abandono de las relaciones sociales, evitación de lugares y situaciones, conducta de búsqueda o llamada del fallecido, suspiros, inquietud, hiperalerta, llanto, visita de lugares significativos, atesoramiento de objetos relacionados con la persona, entre otros.



Estas manifestaciones pueden ir apareciendo a lo largo de distintas fases del proceso de duelo. A la hora de elaborar dichas fases existen muchas propuestas y descripciones que varían en número y en la denominación tal y como Sánchez y Martínez (2014) recogieron, como se puede ver en la siguiente tabla.

Tabla 2

Fases del duelo propuestas por diferentes autores (Sánchez y Martínez, 2014)

Fase	Autores
Shock	Engel (1964), Davidson (1979), Bowlby (1980), Backer, Hannon y Russel (1982), Rando (1984), Sanders (1989), D'Angelico (1990), Staudacher (1991), Robinson (1996), Jozefowski (1999), Roccatagliata (2000), Fonnegra (2001), Cabo de Villa (2007).
Negación	Kübler-Ross (1969), Suiza (1974, en Zaragoza Toscano, 2007), Horowitz (1976), Clark (1984), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Reacciones hostiles	Kübler-Ross (1969), Caruso (1989), Horowitz (1976), Backer, Hannon y Russel (1982), D'Angelico (1990), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Culpa	Lindemann (1944), Backer, Hannon y Russel (1982), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Depresión/Tristeza	Kübler-Ross (1969), Staudacher (1991), Robinson (1996), Cabo de Villa (2007).
Aceptación/Reorganización	Engel (1964), Kübler-Ross (1969), Caruso (1989), Suiza (1974, en Zaragoza Toscano, 2007), Horowitz (1976), Davidson (1979), Bowlby (1980), Prigerson, Lindenmann, Brown y Schulz (1980, en Zaragoza Toscano, 2007), Backer, Hannon y Russel (1982), Parkes y Weiss (1983), Rando (1984), O'Connor (1990), D'Angelico (1990), Staudacher (1991), Roccatagliata (2000), Cabo de Villa (2007).



En todas estas fases podemos encontrar elementos comunes como la desorganización, la desesperanza, la depresión, los sentimientos de cólera e ira generalizados, normalmente dirigidos hacia las personas que se considera culpables del fallecimiento, que pueden ser bien un determinado equipo médico o el propio enfermo por falta de autocuidado, incluso pasando por la propia culpa. En los casos de mayor dolor, ira y/o frustración en la etapa de duelo puede aparecer la manifestación de hostilidad hacia las personas que ofrecen compañía y consuelo. Y, por último, salvo en los casos de duelo patológico, todas confluyen en una etapa que se caracteriza por la reorganización y la aceptación de la pérdida.

Estas propuestas tienen en común el factor de la no universalidad de las etapas que se refleja en el hecho de que no en todas las personas se desarrollan todas las etapas ni en el orden que cada uno de los autores propone.

La superación del duelo está sometida a un esfuerzo y predisposición intensos por parte de la persona que ha sufrido la pérdida de un ser querido. Generalmente, se considera que los sentimientos de tristeza asociados a la pérdida han de ir disminuyendo a partir de los seis meses, aunque esto depende de diversos factores contextuales, sociales y situacionales que determinarán cuándo esas características de duelo traspasarán la línea de lo que se considera un duelo normal a un duelo patológico (Echeburúa y Herrán, 2007).

Algunos de los factores que podrían influir en la resolución del duelo son los siguientes (Ortego y Alconero, 2001):

- *Recursos personales de afrontamiento y adaptación a las crisis.* Por ejemplo, recursos adquiridos tras la vivencia de anteriores experiencias similares.
- *Circunstancias específicas de la muerte.* Por ejemplo, si la muerte es esperada tras una enfermedad crónica o es una muerte inesperada, como la ocasionada por un accidente de tráfico.



- *Vínculos y significado de la pérdida.* Por ejemplo, posibles diferencias existentes entre la pérdida de una pareja, una persona mayor, un hijo,...
- *Recursos de apoyo disponibles.* Las redes de apoyo social son, en estas situaciones, esenciales para equilibrar el desarrollo y la evolución psíquica de las personas que sufren el duelo, ya que ayudan a la comprensión y reorganización de la vida del doliente.
- *Estado físico y emocional.* Las condiciones previas de inestabilidad psíquica y dificultades emocionales, en las personas que sufren el duelo, agudizarían el proceso y dificultarían una evolución positiva.

Resulta evidente que, tras un tiempo de duelo, en la mayoría de las ocasiones, se termina con una resolución favorable del mismo, también existen casos en los que la resolución no se completa. En dichos casos se establece el denominado duelo complicado o patológico.

El DSM-5 (2014), lo define como Trastorno de Duelo Complejo Persistente, caracterizado “por la pena intensa y persistente y por reacciones de luto” (p. 172).

Para el diagnóstico del duelo patológico se establecen las siguientes características (Pereira, 2010):

- Duración superior a dos años.
- Presencia del estupor o shock superior a tres semanas.
- Ausencia de respuestas afectivas en personas en las sí estaban presentes.
- Negación o sentimientos de culpa superiores a seis meses o sentimientos desproporcionados de culpa.
- Cambios de conducta demasiado bruscos para lo que era normal en la persona.
- Percepción idealizada de la persona fallecida, aún más en los casos en los que existía una relación previa de carácter negativo.



- Aparición de sintomatología asociada: insomnio, abuso de tóxicos, ansiedad, fobias, estados depresivos o ideas de suicidio, entre otros.

No todos los procesos de duelo patológicos son similares ya que, al igual que en los procesos expuestos anteriormente, existen factores de variabilidad interpersonal que ejercen una importante influencia en las casuísticas personales. Según recoge Pereira (2010), Parkes y Weiss (1983) expusieron que se pueden establecer tres tipos de duelo complicado o patológico:

- a. *Síndrome de pérdida inesperada*. Dilatado estado de shock que impide una reacción emocional completa que sucede ante pérdidas imprevistas o de personas de corta edad.
- b. *Síndrome de duelo ambivalente*. Reacción ante la muerte en la que se dificulta determinar si la persona doliente presenta sentimientos de tristeza, de alegría o de alivio ante la reciente pérdida, producidas en las situaciones en las que la relación con la persona fallecida eran valoradas como complicadas, por ejemplo, en casos de maltrato o abuso.
- c. *Duelo crónico*. Es el más común ya que, aunque su desarrollo nos haría pensar en un duelo normalizado, su duración se dilata en el tiempo más de lo esperado. La cuestión del tiempo varía en función de la sociedad en la que se desarrolle el duelo, por ejemplo, en nuestra sociedad, se considera un tiempo dilatado todo aquel que supere los dos años tras el fallecimiento.

Como señalan Barreto, Yi y Soler (2008), existen factores protectores que, encontrándose o no en las diferentes personas, les encamina, de algún modo, a desarrollar un proceso de duelo con o sin complicaciones. Así, como factores protectores podemos encontrar la capacidad para encontrar sentido a la experiencia, la competencia en manejo de situaciones (sentimientos de utilidad, la planificación de actividades agradables, la capacidad de generar alternativas) y la gestión de emociones. A todas estas, hemos de añadir la



influencia que ejerce la capacidad de autocuidado, de experimentar emociones positivas y la confianza en la propia recuperación.

Todo esto hace necesario el diseño de programas de intervención donde se desarrollen estrategias de afrontamiento con el fin de afrontar la muerte de la forma más adaptativa posible, mejorar los procesos de adaptación a los duelos y disminuir la presencia de duelos patológicos (Uribe et al., 2008).

I.5. LA ANSIEDAD Y EL MIEDO ANTE LA MUERTE

La ansiedad y el miedo a la muerte son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura (Gala et al., 2002). Sin embargo, cabe destacar que, aun siendo procesos independientes, en la mayoría de las ocasiones los encontramos íntimamente relacionados y experimentados de forma diferente según las personas y los sucesos, ya sea el hecho de hablar o tener experiencias vinculadas con la propia muerte o la muerte de los demás.

Esto conlleva la necesidad de diferenciar los términos en los que estos constructos han sido desarrollados a nivel conceptual así como su relación con las diferentes variables interpersonales que caracterizan la asunción de las vivencias en torno al hecho de la muerte.

I.5.1. La ansiedad ante la muerte

Limonero (1996) desarrolló la idea de que desde el punto de vista de la Psicología Básica, los ámbitos de estudio relacionados con la muerte pueden estar caracterizados por su dificultad y complejidad. Sin embargo, estas características también pueden observarse como sumamente interesantes, ya que nos ofrecen la posibilidad del conocimiento de las emociones y procesos psicológicos más intensos experimentados por el ser humano.



Es indudable que el fenómeno de la muerte en sí escapa al control de las personas y, en la mayor parte de los casos, genera diferentes grados de preocupación que derivan en procesos de ansiedad que son experimentados ante los pensamientos o las propias vivencias en relación con la muerte dentro de una destacada variabilidad interindividual (Tomás y Limonero, 2004).

En un momento en el que se consideraba que no existía un consenso sobre el concepto de ansiedad ante la muerte (Nyatunga, 2006), se comenzaron a desarrollar teorías conceptuales en torno a dicho término.

En este marco hay posturas que consideran que la ansiedad puede ser entendida como un reflejo del miedo que el ser humano presenta ante la muerte. Así, Aradilla y Tomás (2006), definieron la ansiedad ante la muerte como:

“una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o de amenaza, ciertas o imaginadas, a la propia existencia, y que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se hallan condicionados por asociación con los anteriores y sean capaces de provocar una respuesta condicionada, y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionadas con la muerte propia o ajena” (p. 322).

Más tarde, se desarrolló la aproximación a la etiqueta diagnóstica y sus características definitorias para el concepto de ansiedad ante la muerte, así como los factores relacionados con la misma. Evaluados los términos definitorios del concepto, y las diferentes propuestas, el término ansiedad ante la muerte quedó definido como “una sensación inespecífica de incomodidad o malestar producida por la percepción de una amenaza, real o imaginada, a la propia existencia” (Tomás, Fernández, Fernández y Aradilla, 2007, p. 154).

Posteriormente, autores como Naderi y Esmaili (2009), dejaron constancia de las diferencias interindividuales experimentadas y expresadas



por las diferentes personas, añadiendo que, debido a este hecho, la evaluación de la ansiedad ante la muerte y sus aplicaciones terapéuticas aparecen como un problema que debiera ser abordado en la investigación empírica.

Según Hellen y Farchaus (2009), la ansiedad ante la muerte se inicia debido a una mayor conciencia de la importancia de la muerte en las personas como recordatorios de la mortalidad. En este aspecto se identificaron tres categorías:

- a. *Factores ambientales estresantes.* Los hallazgos sugieren que las manifestaciones conscientes de ansiedad ante la muerte pueden fluctuar entre los individuos en función del tipo, el contexto y la duración y estrés relacionados con la muerte.
- b. *El diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal.* Los investigadores han examinado si enfermedad que amenaza la vida se asocia con ansiedad ante la muerte aumentada. Dichas investigaciones, realizadas con pacientes infectados de VIH, con cáncer testicular, con tumor cerebral y con enfermedades terminales, mostraron diferentes grados de ansiedad, pero se encontró un aspecto común asociado con el apoyo social, el cual se hizo particularmente importante al asociar la interacción interpersonal con el alivio de la presencia de ansiedad ante la muerte.
- c. *Experiencias con la muerte y el morir.* Los estudios han explorado el papel de las relaciones que se establecen entre las experiencias con la muerte y la generación de ansiedad ante la muerte. Independientemente de los resultados, se indica que los aspectos espirituales, multiconfesionales y multiculturales, y la comunicación, están íntimamente relacionados en la forma en cómo se desarrolla la presencia de dicha ansiedad.



La ansiedad, como término general, es caracterizada, generalmente, como un estado emocional desagradable en el que la persona, ante la vivencia y experimentación de sentimientos de amenaza y la demanda de recursos exigida por los mismos, no es capaz de identificar la causa u origen del miedo, por lo que se percibe la ansiedad como provocada por el temor a algo desconocido (Herdman y Kamitsuru, 2017).

Los mismos autores, en la edición del Manual Diagnóstico de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) 2015-2017, define la ansiedad como “vaga, intranquila sensación de incomodidad o temor generado por las percepciones de una amenaza real o imaginaria a la propia existencia” (Herdman y Kamitsuru, 2017, p. 334).

Según la NANDA 2015-2017 (Herdman y Kamitsuru, 2017), las características definitorias del diagnóstico ansiedad ante la muerte son las siguientes:

- Preocupación por la tensión en el cuidador.
- Profunda tristeza.
- Temor de desarrollar enfermedades terminales.
- Miedo a la pérdida de habilidades mentales durante el proceso.
- Miedo al dolor relacionado con la muerte.
- Miedo a la muerte prematura.
- Miedo a un prolongado proceso de muerte.
- Miedo al sufrimiento relacionado con la muerte.
- Miedo al proceso de morir.
- Pensamientos negativos relacionados con la muerte y el morir.
- Impotencia.
- Preocupado por el impacto de la propia muerte en otras personas.

Como factores relacionados con el diagnóstico de ansiedad ante la muerte encontramos los siguientes (Herdman y Kamitsuru, 2017):

- Anticipación de efectos adversos de la anestesia.
- Anticipación del impacto de la muerte en otros.



- Anticipación del dolor.
- Anticipación del sufrimiento.
- Confrontar la realidad de la enfermedad terminal.
- Discusiones sobre el tema de muerte.
- Experimentar el proceso de morir.
- Experiencia cercana a la muerte.
- No aceptación de mortalidad.
- Observaciones relacionadas con la muerte.
- Percepción de la inminencia de la muerte.
- Incertidumbre sobre el encuentro con un poder más alto.
- Incertidumbre sobre la vida después de muerte.
- Incertidumbre sobre la existencia de un poder superior.
- Incertidumbre del pronóstico.

Existen investigaciones recientes como la de Juhl y Routledge (2016), que han demostrado que al aumentar, experimentalmente, la conciencia de la muerte aumenta, de forma paralela, la ansiedad en las personas y disminuye el bienestar al carecer de los recursos psicológicos apropiados para su afrontamiento.

I.5.2. El miedo a la muerte

Según los criterios de la NANDA 2015-2017 el miedo o temor se define como “la respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro” (Herdman y Kamitsuru, 2017, p. 336).

De esta forma se inicia el desarrollo del concepto en el que la muerte se reconoce como un peligro ante el que el ser humano puede, dentro del amplio rango de su variabilidad interindividual, desarrollar una reacción de miedo que ha venido siendo estudiada a lo largo de los últimos años.

Según Gala et al. (2002), el miedo a la muerte, como concepto global, ha de ser estudiado desde una doble vertiente:



- a. *El miedo ante la propia muerte.* Esta vertiente del miedo se ve ampliamente influenciada por diferentes factores como la personalidad, la duración de la enfermedad, la interacción con el personal sanitario, la edad del paciente, el lugar de la asistencia, el tipo de enfermedad, el entorno familiar, la educación recibida, las creencias religiosas o espirituales, la presencia o ausencia de dolor,... De hecho, la mayor parte del temor se circunscribe sobre el proceso de la agonía y no el hecho de morir como tal. Así, en esta última etapa de la vida el miedo se evidencia de las siguientes formas:
- Miedo al proceso de la agonía en sí.
 - Miedo a perder el control de la situación.
 - Miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte.
 - Miedo al miedo de los demás.
 - Miedo al aislamiento y a la soledad.
 - Miedo a lo desconocido.
 - Miedo a que la vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado.
- b. *El miedo ante la muerte de otro.* El proceso de fin de la vida de una persona también genera ansiedad y modificaciones actitudinales en familiares, amigos y allegados. En el momento en el que aparece el miedo se ponen en marcha estrategias de defensa como la de eludir el problema del cuidado de la persona enferma con su traslado al entorno hospitalario para que no se afronte la convivencia cotidiana. De esta forma, se evita aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte en sí, lo cual se traduce en un mayor aislamiento de la persona enferma.

Tomás y Limonero (2004), desarrollaron una definición del miedo a la muerte en la que se asume que las personas somos capaces de identificar la causa de nuestros miedos. Así, ese desagradable malestar puede ser originado sólo por el estímulo que surge al esperar un evento previamente observado como algo amenazante o peligroso o, más a corto plazo, como un estado emocional producido durante el transcurso de un evento amenazante.



En la base teórica del miedo también se encuentra la multidimensionalidad de sus causas, entendiendo las reacciones de miedo ante la muerte en función de su consideración como estado de respuesta ante un hecho determinado o como rasgo de personalidad, lo cual provoca que las actitudes y reacciones emocionales sean diferentes entre las diferentes personas (Espinoza, Sanhueza y Barriga, 2011).

Por último, Tau (2014) nos hace mantener la atención en que para el estudio y análisis de la muerte y sus procesos relacionados, al ser un objeto de conocimiento altamente influenciado por aspectos ideológicos y conceptuales, hemos de considerar los procesos psicológicos implicados en el ámbito de las interacciones sociales que vienen provocados por las diferentes variables situacionales de cada individuo.

I.5.3. Variables individuales

A lo largo de las diferentes investigaciones existen una serie de variables que han sido estudiadas por la influencia que la presencia de cada una de ellas aporta a la generación de diferentes niveles de ansiedad y miedo ante la muerte, como son el género, la edad y el estado civil.

I.5.3.1. El género

Un aspecto muy interesante, y ampliamente estudiado tal y como podemos encontrar en la literatura, es el relacionado con las expresiones que hombres y mujeres desarrollan en relación con la ansiedad y el miedo a la muerte.

En este contexto, es interesante hacer referencia a la revisión propuesta por Tomás y Gómez (2003) en la que reunieron los resultados de diferentes estudios (Chiappetta, Floyd y McSevenay, 1977; Sadowski, Davis y Loftus-Vergari, 1979; Tomás y Guix, 2001) que concluyen que las mujeres presentan unos niveles de ansiedad ante la muerte superiores a los de los hombres. Tal era la fiabilidad de dichos estudios que se llega a proponer como un fenómeno universal que afectaría a cualquier comparación entre



géneros, destacando que la mayor parte de los estudios (Davisa, Bremera, Anderson y Tramilla, 1983; López, Sueiro y López, 2004; Lester, Templer y Abdel-Khalek, 2007; Uribe, Valderrama y López, 2007; Abolfathi, Azizah, Ibrahim y Hamid, 2015) proponen una diferenciación entre géneros respecto a cómo se experimenta y se expresa la ansiedad y el miedo a la muerte.

Otros estudios como los de Limonero, Tomás y Fernández (2006), Uribe, Valderrama, Durán y Galeano (2007), Halliday y Boughton (2008), Rivera, Montero y Sandoval (2010) y Restrepo, Trianes, Muñoz y Alarcón (2016), en consonancia con los resultados anteriores, y con los de sus propios estudios, indicaron que las mujeres tienden a experimentar sentimientos más intensos de ansiedad ante la muerte.

Para dar explicación a estos resultados, Tomás (2002) analizó estudios de importantes investigaciones como la de Stillon (1985), quien desarrolló la idea de que las diferencias encontradas entre géneros simplemente reflejan una mayor facilidad de las mujeres para admitir y expresar públicamente sus sentimientos de preocupación, lo cual también explicaría la mayor prevalencia encontrada en el género femenino para los trastornos generales de ansiedad. También recoge estudios como los de Wong, Reker y Gesser (1994) que sugirieron que las diferencias podían deberse a que los hombres mantienen la pretensión de evitar los pensamientos relacionados con la muerte de una forma más intensa que las mujeres, a través del desarrollo de acciones encaminadas a una mayor defensa de pensamientos intrusivos.

Por su parte, Moral y Miaja (2011), al registrar un mayor nivel de ansiedad en las mujeres en comparación con los hombres, atribuyen dichas diferencias, por un lado, a aspectos hormonales desarrollados durante los períodos fértiles sobre la serotonina y, por otro, a una diferenciación psicosocial a través del rol tradicional de género femenino ligado a una mayor vulnerabilidad y sensibilidad, que facilita que los estresores sobrepasen los recursos personales y dificulten el manejo de situaciones ansiógenas y de temor.



Por lo que respecta al género de estudiantes universitarios, las mujeres, al igual que en estudios previos, presentan puntuaciones significativamente superiores a los hombres, lo cual, según Edo, Tomás y Aradilla (2011), podría sugerir que nos encontramos ante un fenómeno universal que puede reflejar que las mujeres presenten una mayor facilidad para la admisión y expresión de los sentimientos de preocupación, miedo o ansiedad ante la muerte.

Cabe señalar que existen una menor cantidad de estudios en los que los resultados muestran aspectos distintos a los señalados anteriormente. Como ejemplo encontramos los estudios de Fabiana (2010), en los que, aun hallando diferencias respecto de las variables de ansiedad y miedo a la muerte entre géneros, no encuentran diferencias estadísticamente significativas en las actitudes ni en el afrontamiento que mujeres y hombres hacen ante la muerte. El mismo resultado fue el encontrado por Talavera (2010) en relación con la variable género y las actitudes ante la muerte.

I.5.3.2. La edad

Respecto a la relación de la ansiedad y el miedo a la muerte con la variable edad, la revisión de la literatura arroja resultados muy diferenciados.

Por un lado, existen estudios que indican la presencia de más temores ante la muerte en los grupos de mayor edad al compararlos con los grupos de primera y segunda senectud y grupos de jóvenes, lo que aporta un valor significativo a esta variable en el cambio de adulto a mayor (Moya, 2007; Restrepo, Trianes, Muñoz y Alarcón, 2016).

Relacionado con esto, Moral y Miaja (2011) encontraron que, aunque baja, existe una correlación directa de la edad con la ansiedad ante la muerte en un amplio rango de edad y en muestras diferentes.

Sin embargo, estudios como los de Russac, Gatliff, Reece y Spottswood (2007) y Talavera (2010) desarrollaron la idea de una asociación de tipo



negativo para la relación edad y miedo a la muerte, en la que a medida que se avanza en edad disminuye el miedo a la muerte.

En esta línea, y coincidente con estudios anteriores, se han encontrado un mayor miedo y ansiedad a la muerte en personas más jóvenes (Limonero, Tomás y Fernández, 2006; Halliday y Boughton, 2008; Aradilla, 2013), que parece indicar que la edad proporciona una mayor experiencia ante circunstancias vitales de pérdida que pueden facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces y la percepción menos traumática del proceso de finitud de la vida.

I.5.3.3. El estado civil

En la relación existente entre la ansiedad y el miedo a la muerte y el estado civil de las personas, existen pocas investigaciones.

Valdés (1994) comparó los niveles de ansiedad ante la muerte en personas cuya pareja estaba hospitalizada en la Unidad de Cuidados Intensivos con población que, teniendo pareja, no estaba en esa situación, encontrando que no existían diferencias significativas en ese aspecto. Concluyó que variables como la ansiedad ante la muerte, el temor ante la muerte ajena y el temor al proceso de morir propio y de los demás, así como aspectos relacionados con la contemplación consciente de la muerte y la evaluación negativa de la misma, son independientes de la situación clínica de la pareja, considerándose como variables estables.

Sí se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la variable estado civil y el miedo a la muerte, indicando actitudes positivas en los casados y solteros y actitudes negativas en los divorciados, pero sólo en la dimensión de aceptación de acercamiento a la muerte (Talavera, 2010).

I.6. EL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ENFERMERÍA

Los sentimientos, los miedos y las actitudes, como procesos íntimamente relacionados con la muerte, generados en las personas, han



sido considerados, desde siempre, de interés investigador para las diferentes disciplinas centradas en el estudio del ser humano como la Antropología, la Medicina, la Enfermería y la Psicología, entre otras (Tomás y Guix, 2001), pues hemos de partir del hecho de que la muerte y sus procesos relacionados “comprometen asuntos biológicos, psicológicos, ideológicos, culturales, políticos e institucionales particulares” (Celma y Strasser, 2015, p. 485).

Hoy en día existe un progresivo envejecimiento de la población que conlleva un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónicas y la mortalidad asociada a la misma (Edo, Monforte y Tomás, 2015). Este hecho, junto al carácter hedonista de la sociedad occidental, implica cierto rechazo ante la miseria, la vejez, el sufrimiento, la dependencia física y mental, la locura, ni la muerte. Son los profesionales y los ámbitos clínicos quienes, en su quehacer cotidiano, hacen frente a estas situaciones (Perraut, 2001).

Esto ha supuesto una modificación del contexto en el que la persona fallece, sustituyendo el lecho familiar por el hospital, donde existen sistemas capaces de mantener la vida del paciente en un afán por prolongar sus días (Tomás y Gómez, 2003). Este aumento progresivo en el cambio de contexto ha dirigido el interés investigador hacia las actitudes ante la muerte en los profesionales de la salud (Tomás y Guix, 2001) y los sentimientos asociados a las mismas y, específicamente, una gran parte de ellas, centradas en los profesionales de Enfermería.

Ha quedado probado que las diferentes situaciones de muerte causan gran sufrimiento en el paciente y en su entorno más cercano y que, además, en ese sufrimiento no debemos olvidar el impacto emocional que producen en los profesionales de Enfermería que los atienden. Como ejemplo, Antunes y Chaves (2007) indican que el sufrimiento y la tristeza son los sentimientos más destacados por el personal de Enfermería.

El constante contacto con el sufrimiento y la muerte es una de las prácticas relatadas como más estresantes por los profesionales de Enfermería, ya que la muerte del otro les evidencia la certeza, irreversibilidad y universalidad de la muerte (Edo, Monforte y Tomás, 2015).



Es por ello que, en los diferentes entornos clínicos, la muerte, en general, y el duelo, en particular, generan transformaciones en el ámbito psicosocial ya que, ante los sentimientos de pérdida, se forjan situaciones de riesgo emocional (Pacheco, 2003).

Por su alcance, la muerte, y el sufrimiento asociado, debería obligar al personal de salud a pensar en ella como una situación cercana ya que tienen, frecuentemente, experiencias cercanas con la misma. Según Pichardo y Diner (2010), dichos profesionales, ante estas situaciones, adoptan, por lo general,

“dos actitudes extremas y opuestas: por un lado, la angustia y el sufrimiento hasta llegar a un estado psicológico de frustración o desgaste emocional; y por otro la actitud indiferente del sepulturero que prepara una fosa para un ataúd más. Se trata de «números»: un paciente menos” (p. 163).

La muerte en el personal sanitario no es vivida como un fracaso profesional, sino que se percibe como un proceso natural. Esto no quiere decir que siempre pueden evitar pensar en la posibilidad de su propia muerte o de algún familiar cercano (Ascencio, Allende y Verastegui, 2014).

Es por ello que los profesionales de Enfermería no deben ocultar los procesos de duelo vividos, pues no deben avergonzarse que el fallecimiento de una persona a la que han cuidado les provoque dolor y sufrimiento, considerando los mismos como sentimientos propios del ser humano. Añadido a esto, intentar racionalizar el dolor puede generar conductas de huida emocional como respuesta defensiva ante el sufrimiento por la pérdida (Ortega, 2012).

Sin embargo, en la práctica diaria se evidencia que para estos profesionales la muerte no sólo implica el hecho biológico de la finitud de la vida a través del cese de las constantes vitales, sino que, en el proceso interviene un andamiaje de sentimientos y actitudes, tanto del enfermo y la familia, como por parte del profesional, que concurren desde el mismo momento en que se plantea la posibilidad del fallecimiento (Padrón, 2014).



En este sentido, cuando pese a los cuidados el enfermo fallece, la relación de comunicación que se establece entre todos los participantes marca la diferencia. Además, también influye la duración del proceso, de manera que, tanto la persona enferma como los profesionales optarían por un fallecimiento de causa súbita, mientras que los familiares aceptan mejor un proceso de muerte más lento (Getino, 2009).

Todo ello implica, al personal sanitario, un esfuerzo físico y emocional de confrontación cotidiano con el sufrimiento y la debilidad, que requiere de un alto sentido de la responsabilidad y compromiso de los profesionales con las personas a las que cuidan (Ramió, 2005).

En este sentido, todo profesional sanitario debería mantener el interés por analizar los componentes del malestar percibido o autogenerado con el fin de tomar conciencia de las razones que le empujan, en ocasiones, a huir de tales situaciones, y así, adaptarse a circunstancias similares (Gómez, 2006).

Autores como Lima, Silva y Pereira (2009), consideran que las vivencias de la experiencia de la muerte vivida por los profesionales de Enfermería hacen que piensen, a menudo, en su propia muerte o en la de otros, lo cual, siendo expuestos a la propia fragilidad y vulnerabilidad del ser humano debido a su carácter finito, les provoca tristeza.

Respecto de estos sentimientos, estudios como los de Carmona y Bracho (2008), se pone de manifiesto que en los profesionales subyacen dos categorías emergentes que son, por un lado, la vivencia anticipada de la propia muerte y, por otro, la impotencia ante la muerte del paciente. Estas categorías se encuentran expresadas en sentimientos de angustia, ansiedad, frustración, fracaso, incompetencia, amenaza, tristeza, negación de la muerte y consciencia de la finitud de la propia vida.

Otros autores (Padrón, 2014) indican que el contacto con la muerte conlleva una importante fuente de estrés y angustia psicológica para estos profesionales, interpretando su aparición como un fracaso personal, porque



ellos son los que pasan más tiempo al lado del paciente, acompañándolo en su proceso de muerte.

Vega et al. (2013) indicaron que a través del cuidado se van formando lazos con los pacientes, siendo, algunos de ellos, muy fuertes y significativos, que provocan que el fallecimiento del paciente sea percibido por los profesionales sanitarios como una pérdida y ello conlleve dolor ante esa experiencia.

Otros estudios consideran que es necesario que los profesionales de Enfermería desarrollen una clara comprensión del hecho de la muerte de sus pacientes, para minimizar el sufrimiento y poder desarrollar un completo control emocional, ya que la simple convivencia diaria con la muerte, no es óbice para que desarrollen sentimientos negativos. Dicho control serviría para su mejora profesional y, de esta forma, se optimizaría la atención a los pacientes y a sus familiares (Souza et al., 2013).

Además, los profesionales de Enfermería no solo ayudan a las familias de los pacientes en los momentos finales de la vida, también los acompañan en las etapas iniciales de luto. En estos casos si los profesionales no utilizan mecanismos de defensa o disocian los sentimientos negativos, se puede producir la aparición o un aumento de la ansiedad y una disminución en el nivel de aceptación de la muerte (Marcysiak, Dąbrowska y Marcysiak, 2013).

La muerte es un proceso que no deja indiferente a nadie. Para todas las personas el trato directo con una persona en proceso de muerte produce modificaciones internas que requieren el desarrollo de estrategias de asunción del momento experimentado. El profesional sanitario después de atender al que va a morir necesita desarrollar una serie de tácticas y habilidades que favorezcan su adaptación a este hecho social y le permita seguir desarrollando su tarea (Chocarro, 2010). Algunas de estas estrategias y mecanismos de defensa son la generación de rutinas nuevas, la negación o el alejamiento, ya sean de forma individual o colectiva (Shimizu, 2007).



La muerte, y los procesos relacionados, son procesos importantes para el ser humano en general, pero especialmente relevante para el personal sanitario, en particular, debido a la presencia que tiene en su ámbito de laboral, tanto porque ocurra como por la posibilidad que amenaza a los cuidados clínicos (Edo, Tomás y Aradilla, 2011), ya que son estos profesionales los que mantienen una relación más estrecha con el paciente y la familia durante todo el proceso de la enfermedad, desde la hospitalización hasta el último momento de su vida. Esta relación, como se ha indicado, puede provocar sentimientos de ansiedad afectándoles a nivel emocional.

Además, los profesionales de Enfermería no están libres de la influencia de los pensamientos sociales ni de la vivencia subjetiva de las emociones generadas por la relación existente entre la muerte y el trabajo con enfermos cercanos al fin de su vida (Maza, Zavala y Merino, 2008).

Estos conceptos, tal y como afirman Hellen y Farchaus (2009), no son nuevos en la Enfermería, pero la investigación sobre el tema no ha seguido el ritmo de la enorme influencia que tiene en este ámbito profesional. Aun siendo bastante estudiado en situaciones de cuidados intensivos y paliativos, sin embargo, la ansiedad y el miedo ante la muerte pueden necesitar más atención en otros entornos, como la atención primaria, en urgencias y emergencias, o en cualquier servicio hospitalario.

La vinculación entre la ansiedad y el miedo a la muerte con los profesionales de Enfermería podría ejercer un efecto negativo e influir en la calidad de los cuidados a los pacientes, los propios miedos ante la muerte pueden generar niveles de ansiedad que podrían dar lugar a una atención inadecuada al enfermo y a sus familiares (Tomás y Limonero, 2004).

En este sentido, los estudios muestran que la ansiedad media ante la muerte es moderadamente baja en los profesionales de la Enfermería (Raja et al., 2002), lo cual es un dato importante a favor de este colectivo, ya que destaca la actitud saludable en el ejercicio profesional. Además, dentro de las diferentes unidades de atención, los enfermeros y enfermeras que desarrollan su labor profesional en las unidades de cuidados intensivos y



cuidados paliativos, presentan niveles de ansiedad más bajos, ya que la muerte está más presente (Dunn, Otten y Stephens, 2005; Sevilla y Ferré, 2013), al igual que los profesionales que trabajan en servicios de oncología o servicios a la comunidad (Peters et al., 2016).

La edad también ha sido considerada como una de las variables que más ayuda a predecir las actitudes de los profesionales de Enfermería frente a la muerte y el cuidado de los pacientes, siendo los profesionales con más experiencia los que tienden a tener actitudes más positivas hacia la muerte y el cuidado de los pacientes moribundos (Lange, Thom y Kline, 2008).

En relación con lo anterior, Peters et al. (2016) mostraron que los profesionales más jóvenes indicaban un miedo más fuerte ante la muerte y actitudes más negativas hacia la atención del paciente al final de su vida, independientemente del servicio en el que se encuentren desarrollando su labor profesional. Esta afirmación ya había sido realizada, su momento, tras investigaciones con profesionales de la salud, por Lara, Ruiz y Balcázar (2009) y Mier y Santisteban (2005). Esto lleva a pensar que la edad, y la experiencia profesional relacionada con la misma, es un factor importante en la observación de la ansiedad percibida.

Por su parte, cabe destacar un reciente estudio de Díaz, Juarros, García y Sáez (2017), en el que concluyen, en una investigación con profesionales de la Enfermería, que, si bien un alto porcentaje de profesionales de la Enfermería, presentaban niveles altos de ansiedad ante la muerte, dichos niveles no se relacionaban ni con la edad, ni los años de experiencia, ni el estado civil, ni la formación recibida sobre el tema o la percepción de estar insuficientemente formados que tenían. Estos datos apoyan los que, en su momento, ya obtuvo Tomás y Gómez (2003), en su estudio sobre las variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.

Hellen y Farchaus (2009) dejan constancia, tras una amplia revisión experimental, que la investigación de Enfermería que examina la ansiedad provocada por el miedo ante la muerte basados en la edad, el género, la



cultura de origen, experiencias personales, y de desarrollo profesional están totalmente justificados y aportan información útil en este campo.

Además, se considera necesario el desarrollo de más investigación para ampliar intervenciones específicas en Enfermería que pudieran reducir las consecuencias de mala adaptación de estos profesionales a procesos asociados con la muerte y la ansiedad provocada por estos procesos.

I.7. EL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

El miedo a la muerte, y la ansiedad generada por este, es un concepto que, como ya se ha comentado, se define como una reacción emocional procedente de la percepción de señales de peligro o amenaza, ciertas o imaginarias de la propia existencia, que han podido desencadenarse ante estímulos ambientales, situacionales, pero también por estímulos internos de la persona, relacionados con la muerte propia o ajena (Espinoza y Sanhueza, 2012).

Este hecho inevitable de la muerte y de los sentimientos que genera, es percibido de una manera especial por los estudiantes universitarios que durante su proceso académico elaboran pensamientos futuros relacionados con su desempeño profesional y que, inevitablemente, les lleva a valorar la relación de influencia, directa o indirecta, que su trabajo va a tener hacia la población.

Sin embargo, existen pocos estudios que hayan analizado esta relación y que nos puedan ofrecer una información fiable y práctica relacionada con la influencia del miedo a la muerte en el desarrollo académico de los estudiantes universitarios.

En el análisis desarrollado entre el contacto previo con la muerte y el miedo a la muerte, se obtienen resultados que muestran que los estudiantes que han sufrido la muerte de alguna persona cercana desarrollan más miedo a la muerte propia (Edo, Tomás y Aradilla, 2011). Además, ese contacto



directo con la muerte es independiente del contexto en el que se ha producido, personal o profesional, y esta vivencia favorece el desarrollo de capacidades y estrategias eficaces en el afrontamiento de la muerte.

Estudios como los de Thiemann, Quince, Benson, Wood y Barclay (2015), centrados específicamente en estudiantes del Grado en Medicina, nos muestran que la ansiedad ante la muerte en dichos estudiante es moderada, sin diferencias por género y, además, se mantiene muy estable en el tiempo.

En otro estudio con universitarios del Grado en Medicina, Cardozo et al. (2014) se hace referencia a que los estudiantes de primer curso presentan niveles inferiores de miedo ante la muerte. Encontraron, al igual que Harding, Flannelly, Weaver y Costa (2005), una correlación negativa entre la edad de los estudiantes y su aceptación el hecho de la muerte como algo cercano y doloroso.

Al hacer referencia a la comparación entre estudiantes universitarios de diferentes ramas de conocimiento encontramos conclusiones que indican diferencias significativas respecto a las actitudes y afrontamiento ante la muerte entre los estudiantes de Ciencias de la Salud y los estudiantes que cursan otras ramas de conocimiento, siendo los alumnos de Ciencias de la Salud los que afrontan mejor la muerte y tienen actitudes más positivas hacia ella (Schmidt, 2007). Por su parte, los estudiantes que cursan estudios universitarios no relacionados con Ciencias de la Salud tienden a evitar los pensamientos sobre la muerte y, en todo caso, lo contemplan como algo neutral.

I.7.1. Estudiantes de Enfermería

Una de las partes más importantes del proceso académico de los estudiantes del Grado en Enfermería son las fases de prácticas o estancias clínicas. En estos periodos no sólo se aprenden y ponen en marcha protocolos, técnicas, procedimientos,... sino que también se vive y aprende del proceso de sufrimiento de las personas enfermas y sus familiares.



Estas vivencias, sin duda, perduran en la memoria de los estudiantes por el impacto emocional recibido ante la percepción de los procesos de impotencia ante la presencia de la muerte y las reacciones que se producen en torno a la misma (Ramíó, 2005). Estos procesos pueden provocar sentimientos de ansiedad no inducidos por un miedo personal a la muerte, sino por la responsabilidad profesional relacionada con el cuidado de la persona que se encuentra en el momento final de su vida (Cooper y Barnett, 2005).

Cuando se han analizado estas situaciones se detecta la existencia de un número significativo de estudiantes que expresan sufrimiento y pensamientos relacionados con la muerte (Alves, Alves y Pineda, 2006).

Normalmente, tal y como muestra Niederriter (2009), suele ocurrir que los estudiantes de Enfermería, en su fase de prácticas, presentan dificultades para hacer frente, de una forma activa y precisa, a los momentos de tensión emocional que se dan en el contexto en el que una persona se está muriendo.

Acompañando a esto, Edo, Tomás y Aradilla (2011) ponen de manifiesto la idea de que lo que produce mayor temor en los estudiantes son los aspectos relativos al dolor, la degeneración física y mental, la pérdida de facultades, la falta de control y la incertidumbre, así como la idea de desaparición del otro.

Gallagher et al. (2014) encontraron que la experiencia de los estudiantes de Enfermería con la muerte se basa en la atención y el apoyo que puedan prestar en el entorno de la muerte, y están vinculadas a las necesidades del paciente y sus familias, la comunicación efectiva y el control de los síntomas, y que dicha percepción no era exclusiva para el ámbito de práctica clínica, sino que se generalizaba a todo el ámbito personal y vital.

El estudiante de Enfermería, al inicio de sus estudios, no se encuentra preparado para afrontar la muerte de un paciente a su cuidado y confrontarla de manera adecuada ya que la muerte como fin de la



hospitalización de un paciente no está presente en las ideas de los estudiantes (Caicedo et al., 2001).

Otras investigaciones con estudiantes de Enfermería (Limonero, Tomás, Fernández, Cladellas y Gómez, 2010) han indicado la existencia de niveles moderados y altos de ansiedad provocada por el miedo a la muerte. Además, dichos autores también destacan que las estudiantes experimentan niveles, de ansiedad ante la muerte, superiores a la de sus compañeros varones, considerando como situaciones más ansiógenas, en especial, aquellas que están relacionadas con estímulos externos como la visión de un cadáver o un ataúd.

Otra variable de influencia en la presencia de ansiedad derivada del miedo a la muerte es la edad de los estudiantes ya que estudios como los de López, Sueiro y López (2004), observaron que, a nivel general, se observa que los estudiantes más jóvenes son los que presentan puntuaciones más elevadas en ansiedad ante la muerte.

Sin embargo, para Marcysiak, Dąbrowska y Marcysiak (2013) la conexión existente entre el miedo a la muerte y la edad puede ser considerada como una de las causas de ansiedad, pero la correlación tiene un carácter demasiado débil y sugieren la existencia de otros factores.

En esta línea, Talavera (2010) indica que los estudiantes de los cursos más avanzados de la carrera presentan más aceptación de la muerte y un nivel inferior de miedo, debido a la interacción producida entre la edad, la madurez psicosocial y las experiencias vividas a nivel laboral, personal y social.

Cabe destacar en este aspecto el estudio de Mondragón, Torre, Morales y Landeros (2015) que concluyeron que el alumnado de cursos más bajos y cursos más altos muestran un menor miedo ante la muerte, encontrando niveles más elevados en segundo y tercer curso.



Esta diferencia también es ratificada por Edo, Tomás y Aradilla (2011), pero añaden que el alumnado de primer curso polariza su ansiedad en mayor medida hacia la muerte ajena que ante la propia, ya que la otra persona es la que será objeto de sus cuidados, pero todavía, en ese momento de inicio de sus estudios de Grado, no han mantenido un contacto directo con la realidad asistencial de un centro clínico. Más tarde, el inicio del contacto con esas situaciones clínicas nuevas podrá actuar como agente estresores que aumente su nivel de ansiedad ante la muerte.

La relación entre el estado civil y la ansiedad ante la muerte, aun teniendo en cuenta que la edad de los estudiantes universitarios es, en su mayor parte, muy homogénea y su estado civil tiende al estado de soltería, los estudios destinados a este fin incluyen a todas las parejas que conviven en el mismo hogar, posean o no una situación legal establecida.

De esta forma, los resultados del estudio de Edo, Tomás y Aradilla (2011) muestran que los estudiantes solteros presentan puntuaciones significativamente más altas en referencia al miedo muerte de otros. Del mismo modo, también presentan puntuaciones más altas en referencia a la propia muerte, pero estos resultados no son estadísticamente significativos. Los autores consideran que la convivencia en pareja en situación de estabilidad minimiza la sensación de soledad ante la posibilidad de la muerte y aumenta los recursos de apoyo y afecto para su afrontamiento. Sin embargo, también indican la existencia de estudios previos que no apoyan la correlación entre el estado civil y la ansiedad derivada del miedo a la muerte, lo cual puede explicarse por la calidad de las redes de apoyo social existentes que proporcionan situaciones de estabilidad emocional similares a las de convivencia en pareja.

Otros autores (Ek et al., 2014) señalan que esta ansiedad ante la muerte se produce por la falta de experiencia en contextos de muerte inminente y que el presenciar una situación de transición a la muerte en un ser humano ayuda a los estudiantes a asumir y normalizar dicho momento. Para ello creen conveniente y necesario que los estudiantes reciban un



continuo apoyo y momentos de reflexión y discusión sobre la muerte y la atención y cuidados en los momentos finales de la vida de sus pacientes.

En este sentido, Silva et al. (2016) señalan que es la inmadurez emocional y la falta de preparación formativa en el contexto académico de los estudiantes universitarios de Grado en Enfermería las que provocan la presencia de sentimientos de miedo, tristeza y angustia ante la muerte.

Según recogen Caicedo et al. (2001), la enfermera Hildegard Peplau, en su momento, contribuyó en esta línea de pensamiento asumiendo como fundamental en el estudiante de Enfermería la presencia de un equilibrio entre salud, física y mental, y el apoyo de una formación que le ofrezca la posibilidad de desarrollar capacidades que le habiliten para asumir las circunstancias más extremas que experimente durante el ejercicio de la profesión sanitaria, como es el caso de la muerte del paciente. Igualmente añaden los métodos de asistencia de Dorothea Orem, quien describió la idea de sostener psicológicamente a la persona, además de enseñarle y guiarle.

I.8. EL ESTUDIO DE LA MUERTE EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

Hallyday y Boughton (2008) pusieron de manifiesto que la experiencia con los procesos relacionados con la muerte genera en las personas una moderada ansiedad que se ve agudizada cuando la exposición es frecuente y forma parte del desarrollo profesional.

Es por ello por lo que se supone que los profesionales sanitarios han de ser los profesionales que reciban una formación más integral por, para y frente la muerte, desde el punto de vista biológico, humano y cultural. Sin embargo, y tal y como señalan Grau et al. (2008) esto no siempre ocurre así debido, principalmente, a tres razones:

1. Por un déficit de formación, se encuentran aspectos deficitarios en relación con la enseñanza sobre las acciones integrales para llevar a cabo ante enfermos incurables y esto no se puede compensar con el deseo de ayudar.



2. Por una sensación de fracaso profesional, a los profesionales de la salud se les forma, principalmente, para salvar vidas y, aunque a lo largo de su desarrollo formativo y profesional tienen presente que la muerte es inevitable, la situación terminal es entendida como signo de impotencia, siendo, muchas veces, una sensación inconsciente.
3. Porque la confrontación con la muerte de su paciente genera en los profesionales angustia ante su propia muerte, ya que bajo el rol de profesional sanitario se encuentra un ser humano y, en contextos como este, afloran prejuicios y creencias, ansiedades y temores ante la muerte y las vivencias personales de cada uno.

Es por todo ello por lo que, hoy en día, se demanda la presencia en los contextos académicos de una formación más específica y rigurosa de los futuros profesionales sanitarios en relación con el aprendizaje de estrategias de afrontamiento ante la ansiedad derivada del miedo a la muerte.

Si se entiende cómo los estudiantes de Grado en Enfermería perciben la muerte como concepto y como proceso, se podrán facilitar líneas de formación en el afrontamiento de estas situaciones. Para ello, es imprescindible el análisis de los resultados de investigaciones desarrolladas a la evaluación de las necesidades físicas, espirituales, emocionales y sociales del alumnado (Niederriter, 2009).

A nivel general, la muerte, como fenómeno natural inherente a la condición humana, no es abordada en ninguno de los momentos de la educación formal más básica de manera sistematizada, según recoge la revisión de la educación formal de Fabiana (2010) y se contempla de forma escasa en el ámbito universitario (Chocarro, 2010), reflejando la poca importancia y presencia de la muerte en la sociedad actual.

Esto lo podemos comprobar en las cuestiones previas del alumnado de primer curso de Grado en Enfermería quien, al ser preguntado, al inicio del curso académico, sobre sus preferencias en relación con su futuro profesional, la mayor parte se decanta por los ámbitos de Pediatría o con los



vinculados con enfermedades agudas, mientras que el trabajo con enfermos de cuidados paliativos se encuentra en los últimos lugares de preferencia (Limonero, Tomás, Fernández, Cladellas y Gómez, 2010).

Por todo ello, se hace necesario que los profesionales sanitarios se encuentren preparados, anímica y profesionalmente, para afrontar adecuadamente las posibles situaciones que puedan surgir en esos momentos.

I.8.1. Formación académica en el Grado en Enfermería

La disciplina de Enfermería mantiene como objetivo la depuración de los procesos de ayuda a la comunidad, la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, por lo que es imprescindible la capacitación integral de estudiantes como base de un correcto desarrollo psicosocial para aportar un equilibrio psicológico con recursos de afrontamiento ante las experiencias vividas con sus pacientes que no condicione negativamente su desarrollo profesional (Caicedo et al., 2001).

Como ya se ha comentado, cada vez existe un mayor número de personas que, a pesar de mostrar preferencia una preferencia por acabar sus últimos días en el ámbito doméstico, dicho proceso se desarrolla y finaliza en el entorno hospitalario. Es por ello, que se considera muy recomendable que los programas de formación académica se ampliaran para afrontar la experiencia de la presencia de ansiedad ante la muerte como un acontecimiento normalizado en los entornos sanitarios (Sharif, Lehto, Ebadi y Peyrovi, 2016).

El análisis de los planes de estudio nos hace valorar, en un primer momento, que existe un gran énfasis en la consideración hacia los aspectos biológicos de los pacientes, pero muy poco hacia los aspectos psicológicos de los mismos (Grau et al., 2008), esto provoca que los estudiantes no se encuentren preparados para el afrontamiento de determinados procesos generadores de ansiedad como es la muerte de pacientes a su cuidado, ya que no se considera a la muerte como el fin de la hospitalización de sus



pacientes (Maza, Zavala y Merino, 2008). Esto ha llevado a los colectivos de profesionales de la salud a manifestar importantes lagunas formativas sobre los aspectos psicológicos relacionados con el final de la vida (Ramíó, 2005) y a dudar y cuestionar la bondad de los planes de estudio universitarios en este ámbito (Chocarro, 2010).

De esta forma, la principal conclusión que se puede extraer del análisis de los planes de estudio es la existencia de deficiencias significativas en el diseño de los contenidos para la adquisición, por parte de los estudiantes universitarios, de actitudes, conocimientos y habilidades, es decir, recursos de afrontamiento para la actuación óptima en el cuidado de pacientes en el momento final de su vida (Benbunan, Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan, 2007; Johnson, 2011).

Según Abu, Al-Sayed, El-Said y Alhujaili (2013) comprobar que los profesionales de Enfermería de mayor edad presentan una actitud más positiva hacia el cuidado de pacientes terminales y la muerte de los mismos, nos puede hacer comprender el efecto positivo de ese conocimiento sobre sus actitudes y guiar la introducción de factores formativos en esa línea en los planes de estudio del Grado en Enfermería.

Iranmanesh (2009) sugirió que tanto a los profesionales como a los estudiantes de Enfermería se les ha de ofrecer la posibilidad de desarrollar una reflexión sobre experiencias y sentimientos propios, así como de acciones y reacciones ante la muerte, con el fin de lograr un aprendizaje constructivo para reconocer los aspectos positivos de su evolución profesional.

Una adecuada formación se muestra como imprescindible para el desarrollo de estrategias, la capacitación en sensación de seguridad para el afrontamiento y el desarrollo de una correcta atención profesional (Vega et al., 2013; Martí, 2014; Sánchez, 2014).

Del análisis de los planes de estudio y de las diversas investigaciones relacionadas con la formación universitaria en este ámbito, surgen una serie



de necesidades que, a día de hoy, no han sido formalizadas para el ámbito universitario de los estudios de Grado en Enfermería:

1. Análisis de percepciones, experiencias y reflexiones del alumnado después de la práctica clínica de situaciones límite de sufrimiento, procesos de muerte y situaciones de transcendencia ética (Ramió, 2005).
2. Mostrar la importancia del constructo de Inteligencia Emocional, sobre todo en los aspectos relacionados con la atención, comprensión y regulación de los sentimientos (Colell, 2005) y la empatía, la escucha activa y la capacidad de gestión emocional (Sánchez, 2013).
3. Disponibilidad de programas de intervención reglada para reducir el estrés causante del impacto de las experiencias de dolor y muerte, independiente de posibles recursos innatos y de la buena voluntad (Benbunan, Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan, 2007).
4. Conocimiento de emociones, comunicación en información, acompañamiento y apoyo, afrontamiento personal y profesional, farmacología, tratamientos específicos y gestión de recursos (García, 2008).
5. Enfatizar en los dominios de los pensamientos, los sentimientos, la comunicación, la diversidad multicultural, la educación y los mecanismos de adaptación esenciales en la formación de Enfermería. Educar a los estudiantes sobre la muerte y el proceso de morir, la competencia cultural, habilidades de comunicación y el afrontamiento del estrés emocional (Niederriter, 2009).
6. Mejora de la comprensión de las diferentes percepciones de los pacientes en torno al final de la vida como método de apoyo a la dignidad y el bienestar (Chocarro, 2010).



7. Formación en habilidades emocionales, desarrollo de estrategias de afrontamiento ante el dolor, el sufrimiento y la muerte, como forma de garantía de consecución de competencias emocionales (Aradilla, 2013).
8. Facilitar herramientas de madurez humana, un modelo de atención integral, habilidades de comunicación y gestión emocional y estrategias de intervención basadas en el counselling (Benito, Maté y Pascual, 2011).
9. Formación en competencias emocionales para dotar de habilidades y estrategias de afrontamiento adecuados, ya que la mejora de los niveles de inteligencia emocional se asocian con un menor miedo a la muerte (Espinoza y Sanhueza, 2012).
10. Obtención de recursos y estrategias de afrontamiento de situaciones provocadoras de ansiedad en los profesionales sanitarios, que impliquen factores negativos para la calidad de los cuidados (Sevilla y Ferré, 2013).
11. Evaluación y concreción de términos relacionados con la muerte como la negación y el ocultamiento (Orozco et al., 2013).
12. Análisis de los problemas de la muerte y el miedo a ésta, para reducir la ansiedad ante esta etapa del ciclo vital (Hanzeliková et al., 2014).
13. Adquisición de conocimientos sobre el proceso de muerte, cómo se elabora el duelo, técnicas de autocuidado y afrontamiento y evitación del síndrome de desgaste por la exposición a la muerte de los pacientes (Sánchez, 2014).
14. Conocimiento y desarrollo de investigación en relación con la muerte y sus procesos relacionados como fuente de deconstrucción de los paradigmas existentes y ampliación del conocimiento (Freitaset al., 2016).



15. Investigación y desarrollo de programas educativos como fuente de exploración y comprensión de actitudes ante la muerte, superación de miedos, aumento de la capacidad de comunicación y mejora de estrategias de afrontamiento (Marchán, 2016).
16. Reducción de la cultura de la muerte como tema tabú y aumento de la mejora de la percepción de la atención para los profesionales de la salud (Sharif, Lehto, Ebadi y Peyrovi, 2016).

Se encuentran estudios (Pascual, 2010) en los que los profesionales sanitarios que dicen no sentirse formados declaran mayores niveles de ansiedad y miedo ante la muerte que los profesionales que sí se sienten formados y otros (Searles y King, 2015) que muestran disminuciones estadísticamente significativas en la ansiedad ante la muerte en grupos de estudiantes participantes en educación ante la muerte, al igual que ocurre con muestras de profesionales de Enfermería en emergencias (Smith-Cumberland y Feldman, 2006).

La educación y la formación sobre la muerte y cuidados paliativos se han mostrado eficaces a la hora de reducir los niveles de ansiedad ante la muerte, mejorar la actitud positiva hacia el enfermo terminal y la eficiencia en el trato con la familia (McClement, Care, Dean y Cheang, 2005; Rivera, Montero y Sandoval, 2010; Sevilla y Ferré, 2013).

También se ha demostrado la eficacia de programas de trabajo para el entrenamiento en Inteligencia Emocional (Restrepo y Pilgrim, 2011), que facilita a los profesionales de Enfermería el acceso a herramientas de apoyo y validación de sus propios sentimientos de estrés, dolor y tristeza, así como de adquisición de recursos de apoyo emocional en prevención del dolor y el agotamiento.

En consonancia con los planteamientos de los profesionales de Enfermería al indicar los sentimientos de incomodidad y desborde emocional en el cuidado de pacientes terminales, Aradilla y Tomás (2006) describen cómo al aumentar la comprensión del significado de la muerte y



asumirla como proceso natural, a través de la adquisición de estrategias de afrontamiento eficaces, se produce una disminución de los niveles de ansiedad ante la muerte. Es decir, que el desarrollo de programas de formación dirigidos a aumentar la competencia, produce mejoras de las actitudes ante la muerte (Schmidt, 2007) y disminución del miedo a los procesos relacionados con la muerte (Linares, 2015).

Para todo ello, en el ámbito de desarrollo de trabajo en formación académica, nos puede servir de gran ayuda la investigación sobre los trastornos de ansiedad, a través de la utilización de la reducción de las conductas de seguridad, la reevaluación cognitiva, mayor enfoque en los objetivos de vida y disfrute de la vida y la prevención de posibles recaídas (Furer y Walker, 2008).

I.8.2. Las prácticas clínicas universitarias

Con la finalidad de poner en marcha todos los aprendizajes basados en los planes formativos e iniciar el contacto con el ámbito clínico, en la formación universitaria del Grado en Enfermería se desarrollan diversos períodos de prácticas en el ámbito hospitalario. Entre sus objetivos también se encuentra el de paliar, en la medida de lo posible, el efecto con los sentimientos negativos relacionados con el sufrimiento y la muerte. La asistencia del alumnado de Enfermería a las prácticas clínicas y la repetición de situaciones propicia que, desde los primeros cursos, los alumnos puedan enfrentarse a sus miedos, a los de los pacientes y a los de las familias, sin embargo, este proceso no se encuentra acompañado de una suficiente formación en el control del dolor psicológico.

Los estudiantes de Enfermería sufren procesos de estrés ante las primeras presencias de sufrimiento ajeno y atención a pacientes en fase terminal (Benbunan, Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan, 2007) y se considera que la convivencia con la experiencia de la muerte y el proceso de morir es una de las vivencias más impactantes a las que los estudiantes se han de enfrentar a lo largo de sus prácticas hospitalarias (Edo, Tomás y Aradilla, 2011; Edo, Tomás, Bardallo y Monforte, 2014), por lo que se considera



imprescindible un entrenamiento adecuado para minimizar el impacto emocional de estas situaciones y asegurar una alta calidad de atención a pacientes y familias en los futuros profesionales de Enfermería.

Según Çelik, Ünsal y Çağan (2014), al ser la ansiedad ante la muerte uno de los problemas más importantes y que más afecta a la calidad de la atención prestada en los períodos de prácticas hospitalarias de los estudiantes de Enfermería, cobra una especial importancia, para su futuro desarrollo profesional, la formación que el estudiante reciba, así como las experiencias personales de afrontamiento de la muerte (Gallagher et al., 2014) en ese preciso momento en relación con los recursos necesarios para reducir el impacto de esa ansiedad.

Es importante abordar, con los estudiantes de Enfermería, estrategias de aprendizaje para que la práctica en estancias clínicas sea fuente de obtención de indicadores de adaptación positivos. De esta forma estarán capacitados para desarrollar una serie de habilidades en torno a procedimientos de Enfermería, vinculados en su amplia mayoría a procesos de dolor, relacionadas con la percepción de expresiones, gestos, actitudes, ... que expresen, como agente de cuidado, comprensión y asunción del sufrimiento del paciente a su cargo (Henao, Fajardo y Núñez, 2016).

1.8.3. La percepción de los estudiantes de Enfermería

Con la finalidad de desarrollar una correcta planificación de la formación de los estudiantes de Enfermería en competencias específicas para el acompañamiento al final de la vida, es necesaria una correcta base de conocimientos respecto de la percepción que los mismos tengan en cuanto a sus miedos relacionados con la muerte y los procesos de ansiedad derivados de ese miedo (Edo, Tomás y Aradilla, 2011).

Una de los primeros estudios con estudiantes de Enfermería (Maza, Zavala y Merino, 2008), comenzó a mostrar el camino, al indicar que ocho de cada diez estudiantes universitarios del Grado en Enfermería poseen una actitud negativa ante la muerte. Además, dichos estudiantes asociaron este



hecho a la percepción de una formación insuficiente en sus estudios universitarios.

Los estudios realizados con estudiantes universitarios muestran como estos no se sienten capaces, por falta de formación, de dar apoyo a los pacientes en los últimos momentos de su vida (Orozco et al., 2013), ya que presentan sentimientos de miedo, tristeza y ansiedad relacionada con la muerte de sus pacientes debido, en gran parte, a la inmadurez emocional y a la falta de preparación académica para hacer frente a este evento (Silva et al., 2016).

La percepción que los estudiantes detallan de sus prácticas clínicas revelan que dicho aprendizaje está impregnado de emociones difíciles de gestionar (Msiska, Smith y Fawcett, 2014). Además, informan que cuando se les ha formado en cuidados en torno a la muerte antes de sus prácticas, además de contribuir a su conocimiento en este tema, también les ha favorecido en la percepción del ambiente en el que se desarrolla dicho proceso y las expectativas relacionadas sobre sus habilidades prácticas (Gallagher et al., 2014).

Es la misma línea, Thiemann, Quince, Benson, Wood y Barclay (2015), exponen que es importante abordar la ansiedad ante la muerte durante la formación clínica con la finalidad de mejorar la salud psicológica de los estudiantes, lo que proporcionará óptima calidad a su futura prestación de cuidados en su desarrollo profesional. Esto contribuirá, a su vez, a una reducción del miedo a la muerte (Goode, 2015), al adquirir valor el uso de estrategias de desarrollo de inteligencia emocional, para la mejora la calidad de la relación terapéutica entre el estudiante y el paciente.

Por su parte Morillo, Galán, Arroyo y Romero (2016), concluyen que los estudiantes universitarios del Grado en Enfermería han de ser formados en competencias específicas de acompañamiento en los momentos finales de la vida de sus pacientes, incluyendo, para ello, un aprendizaje de habilidades personales para el manejo del propio duelo.



Por todo ello parece indudable que los estudiantes universitarios, futuros profesionales de la Enfermería, deben ser conscientes del hecho de la muerte como parte de la vida y como posibilidad real en el marco de los cuidados enfermeros con sus pacientes, sabiendo asumir las situaciones críticas de finitud de la vida y afrontándolo tanto a nivel personal como profesional.

En este sentido, la presente investigación espera poder localizar las diferencias que, con respecto al miedo y la ansiedad ante la muerte, presentan los estudiantes de Grado en Enfermería en relación con otros estudiantes universitarios, algunos de ellos cuya rama de conocimiento se encuentra directamente relacionada con la salud de las personas como es el Grado en Medicina, otros cuya labor profesional se desarrolla directamente con las personas pero no en relación a su salud como es el Grado en Educación, y un último, el Grado en Ingeniería, que desarrollándose profesionalmente en labores de bienestar hacia las personas no ejerce un trabajo directo sobre las mismas.

Además, se completará el estudio determinando las variables que modulan las diferencias entre los estudiantes.

Añadido a esto, se analiza cómo los estudiantes del Grado en Enfermería perciben la formación que, en sus estudios de grado, reciben en torno al concepto de muerte y sus procesos relacionados en los entornos clínicos en los que, en un futuro, se desarrollará la labor profesional de los estudiantes que se preparan para ser enfermeras y enfermeros.

Estas consideraciones nos facilitan la justificación del interés para la investigación científica por la temática relacionada con la ansiedad derivada del miedo a la muerte y su relación con la Enfermería, en especial con la formación de los estudiantes universitarios del Grado en Enfermería (Tomás, 2002; Tomás y Gómez, 2003; Tomás y Gómez, 2005; Tomás y Limonero, 2004; Tomás, Fernández, Fernández y Aradilla, 2007).



Sabiendo que, desde la perspectiva de la Enfermería y de la Psicología, no han sido muchos los estudios que se han interesado por la relación existente entre los profesionales de la Enfermería y la muerte como hecho y como proceso, y que, además, de estos estudios, muy pocos se han centrado en la percepción de esta relación por parte de los estudiantes universitarios del Grado en Enfermería, el presente estudio pretende ofrecer una visión más específica sobre dicha relación y una base teórica para los procesos de mejora de la formación universitaria.



Capítulo II

OBJETIVOS E HIPÓTESIS



II.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estudiar el constructo miedo a la muerte, la ansiedad producida por el mismo y las variables asociadas, en una muestra de estudiantes universitarios del Grado en Enfermería y su comparación con los estudiantes de Grado de otras ramas de conocimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE.1. Medir la ansiedad ante la muerte en estudiantes del Grado en Enfermería.

OE.2. Comparar la ansiedad ante la muerte en estudiantes del Grado en Enfermería y la que presentan otros estudiantes.

OE.3. Evaluar el miedo a la muerte propia y de los demás, y sus procesos relacionados, en estudiantes del Grado en Enfermería.

OE.4. Comparar el miedo a la muerte, y sus procesos relacionados, en estudiantes del Grado en Enfermería con los estudiantes de otras ramas de conocimiento.

OE.5. Determinar si la percepción del miedo y la ansiedad ante la muerte de los estudiantes del Grado en Enfermería varía en función del curso.

OE.6. Determinar si la percepción del miedo y la ansiedad ante la muerte de los estudiantes del Grado en Enfermería varía en función del género.

OE.7. Analizar si los factores religiosidad y espiritualidad influyen en la ansiedad y el miedo a la muerte de los estudiantes universitarios.

OE.8. Determinar si el alumnado del Grado en Enfermería percibe como suficiente la formación que recibe en relación con la muerte.



II.2. HIPÓTESIS

La propuesta de hipótesis en relación con la literatura revisada en esta investigación es la siguiente:

HO.1. Los estudiantes del Grado en Enfermería presentarán niveles moderados y altos de ansiedad ante la muerte.

HO.2. Los estudiantes del Grado en Enfermería presentarán niveles de ansiedad similares a los encontrados en los estudiantes de otras ramas de conocimiento.

HO.3. Los estudiantes del Grado en Enfermería presentarán niveles altos de miedo a la muerte de otra persona y al proceso de muerte propia.

HO.4. Los estudiantes de Ciencias de la Salud (Enfermería y Medicina) presentarán niveles de miedo a la muerte, en general, inferiores a los de los estudiantes de otras ramas de conocimiento.

HO.5. Los estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería presentarán puntuaciones de ansiedad y miedo ante la muerte inferiores a los estudiantes de segundo y tercer cursos.

HO.6. Las estudiantes del Grado en Enfermería de género femenino presentarán niveles superiores a sus compañeros de género masculino, tanto en miedo como en ansiedad ante la muerte.

HO.7. Los estudiantes que profesan una religión, o que tienen un marcado carácter espiritual, presentarán niveles diferenciales de ansiedad y miedo ante la muerte, independientemente de la rama de conocimiento.

HO.8. Los estudiantes del Grado en Enfermería considerarán que su formación respecto al afrontamiento de la muerte es insuficiente.



Capítulo III **METODOLOGÍA**



III.1. MUESTRA

En el presente estudio la muestra ha estado integrada por un total de 815 participantes, todos ellos estudiantes universitarios matriculados, durante el curso académico 2015/2016, en estudios de Grado en la Universidad de Castilla-La Mancha, campus de Ciudad Real.

De los estudios de Grado impartidos en dicho campus se seleccionaron cuatro titulaciones:

- a. Grado en Enfermería.
- b. Grado en Medicina.
- c. Grado en Educación (Infantil y Primaria).
- d. Grado en Ingeniería (Mecánica, Eléctrica, Electrónica Industrial y Automática).

Se selecciona el Grado en Enfermería por ser una muestra de la población objeto del estudio.

El Grado en Medicina es seleccionado para posibilitar la comparación con una muestra de alumnado vinculado con la rama de conocimiento de Ciencias de la Salud.

El Grado en Educación se selecciona porque, al igual que los anteriores, mantendrán un elevado contacto con personas, pero su desarrollo profesional no determina directamente la salud física de las mismas.

Por último, la selección del Grado en Ingeniería se debe a que es una rama de conocimiento que, si bien su trabajo redunda en el bienestar de las personas, su desarrollo profesional, en su mayor parte, no implica el contacto directo con las mismas.

De cada uno de estos estudios de Grado se determinó que se analizarían los resultados del alumnado perteneciente a los tres primeros



cursos de cada una de las ramas de conocimiento. Esta propuesta se basa en que los estudios de Grado en Medicina constan de seis cursos y el resto las titulaciones analizadas de cuatro cursos, y la motivación del alumnado de cuarto curso, en su última fase de estudiante universitario y en período de prácticas, podría sesgar los resultados obtenidos.

La distribución de la muestra en relación con sus *estudios de grado* y *género* se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3
Distribución de la muestra según estudios de grado y género

	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
G. Enfermería	211	84,47	33	13,52	244	29,94
G. Medicina	110	71,89	43	28,10	153	18,77
G. Ingeniería	31	14,22	187	85,78	218	26,75
G. Educación	168	84,00	32	16,00	200	24,54
Total	520	63,80	295	36,20	815	100

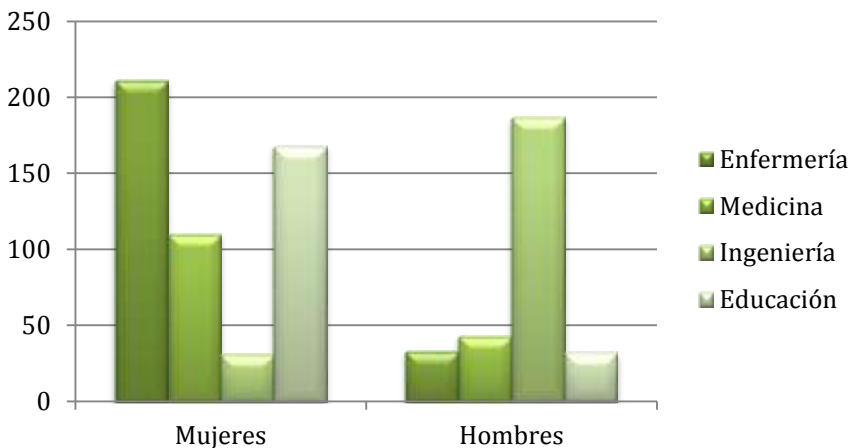


Figura 3: Distribución de los participantes según el género y sus estudios de Grado



Las medias de *edad* de la muestra, según los estudios de grado que cursan, quedan reflejadas en la siguiente tabla.

Tabla 4

Medias de la edad de los participantes según sus estudios de Grado

	\bar{x}	S	Max	Min
G. Enfermería	19,80	1,64	25	18
G. Medicina	19,45	1,08	23	18
G. Ingeniería	20,13	2,01	25	18
G. Educación	20,64	2,00	25	18
Total	20,03	1,80	25	18

La representación gráfica de dichas medias puede ser observada en la figura 4 que se presenta a continuación.

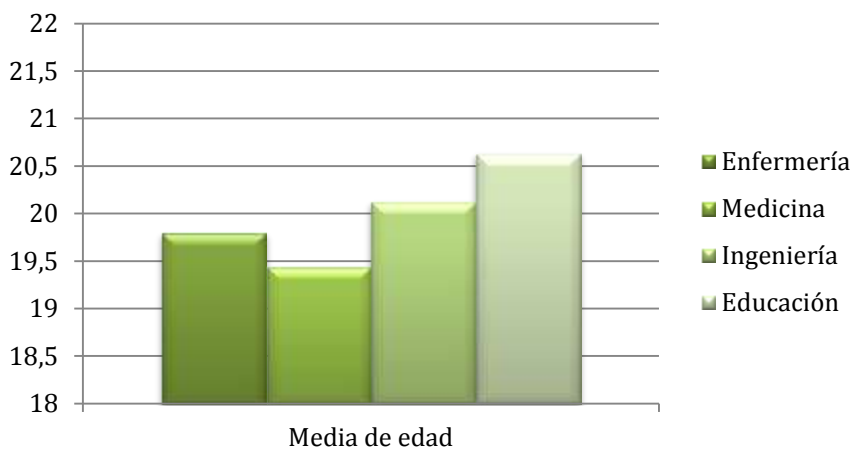


Figura 4: Medias de la edad de los participantes según sus estudios de Grado



La distribución de la muestra según su *estado civil*, en función del grado que cursan, queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 5
Distribución de la muestra según el estado civil

	Soltero/a		Casado/a		Pareja de hecho		Separado/a	
	N	%	N	%	N	%	N	%
G. Enfermería	237	97,13	0	0	2	0,82	0	0
G. Medicina	145	94,77	0	0	8	5,23	0	0
G. Ingeniería	191	87,61	1	0,46	26	11,93	0	0
G. Educación	189	94,50	2	1	9	4,50	0	0
Total	762	93,50	3	0,37	45	5,52	0	0

La representación gráfica de las frecuencias anteriores puede observarse en la figura 5, que se presenta a continuación.

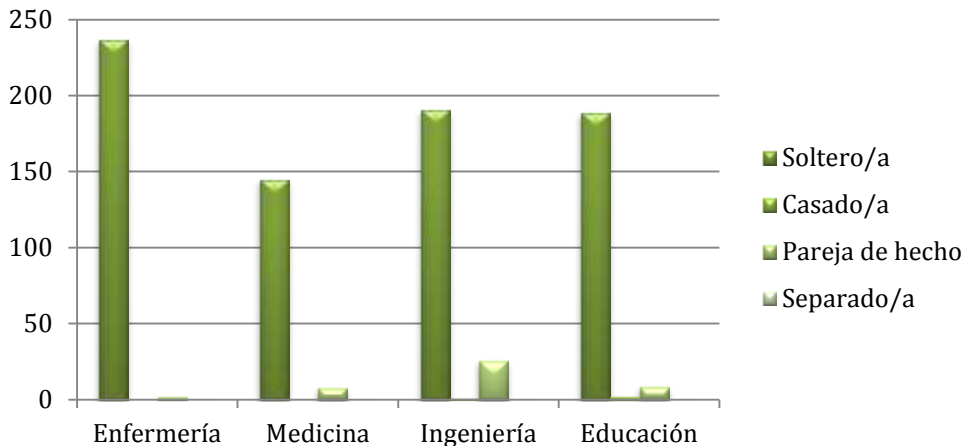


Figura 5: Distribución de los participantes según el estado civil y sus estudios de Grado



La distribución de la muestra según su *filiación religiosa*, en función del grado que cursan, queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 6

Distribución de la muestra según filiación religiosa

	Atea / Agnóstica		Católica practicante		Católica no practicante		Otra practicante		Otra no practicante	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
G. Enfermería	44	18,03	57	23,36	133	54,51	2	0,82	10	4,10
G. Medicina	30	19,61	48	31,37	70	45,75	0	0	5	3,27
G. Ingeniería	64	29,36	41	18,81	102	46,79	4	1,83	7	3,21
G. Educación	10	5	60	30	117	58,50	0	0	7	3,50
Total	152	18,65	206	25,27	422	51,78	6	0,74	29	3,56

La representación gráfica de las frecuencias anteriores puede observarse en la figura 6, que se presenta a continuación.

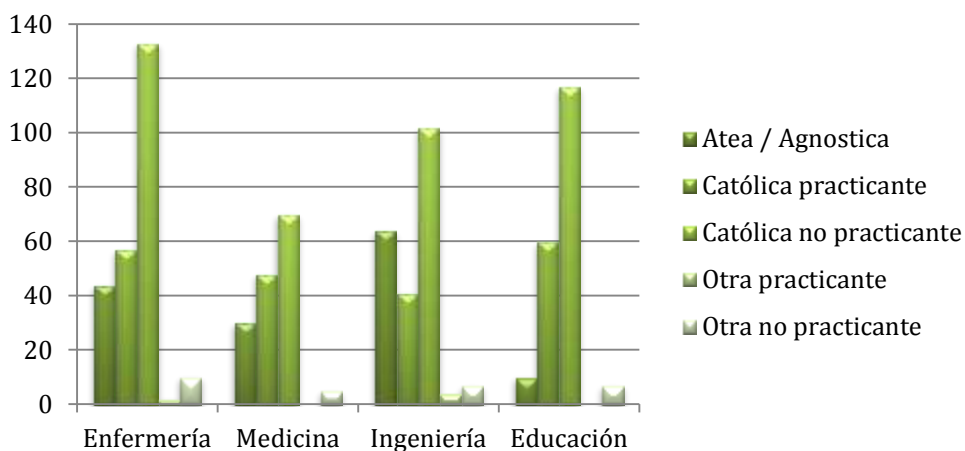


Figura 6: Distribución de los participantes según la filiación religiosa y sus estudios de Grado



III.2. INSTRUMENTOS

III.2.1. Cuestionario de datos sociodemográficos (Véase Anexo I)

Se aplicó, en primer lugar, un cuestionario sociodemográfico con la finalidad de recoger la información cualitativa de los participantes. Las personas encuestadas indicaron sus datos personales tales como lugar de nacimiento, nacionalidad, género, edad, estado civil y número de hijos. Se les solicitó información académica relacionada con los estudios de Grado que estaban realizando y el curso en el que se encontraban.

Del mismo modo, debían indicar datos relacionados con la filiación religiosa, el fallecimiento de familiares cercanos y los familiares a su cargo. Para terminar, utilizando escalas tipo Likert, se les instó a indicar su opinión en relación a la percepción que tenían de su formación académica sobre la temática objeto de estudio.

III.2.2. Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI) de Tomás, J. y Gómez, J. 2005 (Véase Anexo II)

La escala, construida y validada en español por Tomás y Gómez (2005) y proviene de la escala original Death Anxiety Scale (DAS) de Templer (1991).

El DAI es un cuestionario que consta de 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Dichas puntuaciones oscilan en la misma dirección, desde uno para el total desacuerdo, hasta cinco para el total acuerdo, de manera que el posible rango de puntuaciones totales oscila entre 20, que indicará el nivel mínimo de ansiedad ante la muerte, y 100, para el nivel máximo.

El DAI tiene un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,90 y su correlación test-retest a cuatro semanas de 0,94 (Tomás y Limonero, 2004).



El análisis factorial del DAI identifica cinco factores significativos:

- F1. Generadores externos de ansiedad ante la muerte.
- F2. Significado y aceptación de la muerte.
- F3. Pensamiento sobre la muerte.
- F4. Vida después de la muerte.
- F5. Brevedad de la vida.

La distribución de los ítems por factores es la siguiente: F1 (ítems 1, 3, 10, 15 y 19), F2 (ítems 7, 9, 12, 14 y 18), F3 (4, 13, 17 y 20), F4 (ítems 5, 11 y 16) y F6 (ítems 2, 6 y 8).

III.2.3. Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs) de Moya, F. J., Barcia, D., Canteras, M. y Garcés, E. 2010 (Véase Anexo III)

La escala DACs es un cuestionario que consta de 23 ítems con formato de respuesta dicotómica afirmativa y negativa. Para cada respuesta afirmativa se asigna el valor de dos y para cada respuesta negativa se asigna el valor de uno. Los factores que describe la escala son:

- F1. Miedo a pensar en una operación.
- F2. Miedo a tener un ataque al corazón.
- F3. Miedo ante el cáncer.
- F4. Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I).
- F5. Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II).
- F6. Preocupación por el futuro.

Tras el análisis factorial de los ítems que forman la Escala DACs, este arrojó una solución formada de seis factores, los cuales explican conjuntamente el 40,77% de la varianza total para una muestra de 416 participantes (Moya, Barcia, Canteras y Barcés, 2010).

De la misma se desprende que F1 con un autovalor de 8,71 explica el 21,37% de la varianza total inicial (alfa de Cronbach de ,834), F2 con un autovalor de 8,01 explica el 19,65 % de la varianza total (alfa de Cronbach de



,871), F3 con un autovalor de 6,56 explica el 16,10% de la varianza total (alfa de Cronbach de ,795), F4 con un autovalor de 4,70 explica el 11,53% de la varianza total (alfa de Cronbach de ,586), F5 con un autovalor de 4,61 explica el 11,30% de la varianza total (alfa de Cronbach de ,820) y F6 con un autovalor de 4,26 explica el 10,45% de la varianza total (alfa de Cronbach de ,240).

La distribución de ítems para cada factor es la siguiente: F1 (ítems 1 a 6), F2 (ítems 7 a 10), F3 (ítems 11 a 14), F4 (ítems 15 a 19), F5 (ítems 20 y 21) y F6 (ítems 22 y 23).

III.2.4. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (EMMCL) de Tomás, J., Limonero, J. T. y Abdel-Khalek, A. 2007 (Véase Anexo IV)

Esta escala ha sido uno de los instrumentos multidimensionales que, tradicionalmente, se han utilizado con mayor frecuencia con la finalidad de evaluar las actitudes ante la muerte, sobre todo diferenciando entre la muerte en sí y el proceso de morir, referente a la muerte propia y a la muerte de los demás. En este caso en concreto, se ha utilizado la adaptación española de The Collett-Lester Fear of Death Scale de Collet y Lester (1969).

La EMMCL alcanzó un buen nivel de consistencia interna (alfa de Cronbach) de ,72 y estabilidad temporal de ,89. Así mismo, para cada una de las subescalas, las medidas de coeficiente alfa de Cronbach, obtenidos permiten aseverar que los ítems o elementos son homogéneos y que la escala mide de forma consistente la característica para la cual fue elaborada (Tomás, Limonero y Abdel-Khalek, 2007; Restrepo, 2013).

La Escala Miedo a la Muerte de Collett-Lester, en esta versión adaptada al español, está conformada por 4 subescalas que proporcionan información multidimensional sobre:

Subescala 1. Miedo a la muerte propia (MMP). Ítems 1 a 7.

Subescala 2. Miedo al proceso propio de morir (MPP). Ítems 8 a 14.



Subescala 3. Miedo a la muerte de otros (MMO). Ítems 15 a 21.

Subescala 4. Miedo al proceso de morir de otros (MPO). Ítems 22 a 28.

Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno. Las respuestas son de tipo Likert, donde 1 significa “nada” y 5 significa “mucho”. Se obtiene un puntaje total y por cada subdimensión promediando las respuestas respectivamente.

La escala se articula alrededor de dichos factores haciéndola especialmente adecuada para su aplicación a personal sanitario, al contemplar no solo la muerte propia sino también la del otro. Los valores totales de la escala variarán entre un mínimo de 28 y un máximo de 140. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

III.2.5. Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE) de Muñoz, A. 2013 (Véase Anexo V)

Este inventario es la adaptación al castellano del Expressions of Spirituality Inventory – Revised de McDonald (2000).

Esta adaptación, que mostró una estructura factorial igual a la original de McDonald, fue replicada en una muestra española por Restrepo en 2013.

El inventario consta de 30 ítems valorados mediante una escala tipo Likert de cinco puntos que oscila entre 1, en total desacuerdo, y 5, totalmente de acuerdo. Está diseñada para la medición de un modelo desarrollado a través de cinco dimensiones descriptivas de las expresiones de espiritualidad:

EPD. Experiencial / Fenomenológica.

COS. Orientación cognitiva hacia la espiritualidad.

ISF. Bienestar existencial.

PAR. Creencias paranormales.

REL. Religiosidad.



Para la presente investigación se han seleccionado solo los datos referentes a las dimensiones de *orientación cognitiva hacia la espiritualidad* (COS) y de *religiosidad* (REL).

El inventario original validado con una muestra de 534 estudiantes universitarios mostró que para las dimensiones seleccionadas se producen coeficientes de fiabilidad de ,97 para COS y de ,94 para REL (McDonald, 2000).

La dimensión COS se refiere a las expresiones de carácter cognitivo y perceptivo en relación con creencias y actitudes respecto de su naturaleza, significado y relevancia para el funcionamiento personal. Para ello se han seleccionado los valores de los ítems correspondientes a dicha dimensión: 1, 6, 11, 16, 21 y 26 (McDonald, 2000).

La dimensión REL se encuentra relacionada con las expresiones espirituales a través de la religión, las creencias y las prácticas religiosas (McDonald, 2000). Para ello se han seleccionado los valores de los ítems correspondientes a dicha dimensión: 5, 10, 15, 20, 25 y 30 (McDonald, 2000).

III.3. VARIABLES

III.3.1. Variables independientes

VI.1. Género

- Mujer
- Hombre

VI.2. Estudios de Grado

- Enfermería
- Medicina
- Ingeniería
- Educación



VI.3. *Curso*

- Primero
- Segundo
- Tercero

VI.4. *Filiación Religiosa*

- Agnóstica / Atea
- Católica practicante
- Católica no practicante
- Otra practicante
- Otra no practicante

VI.5. *Formación Académica*

- Suficiente
- Insuficiente

III.3.2. Variables dependientes

VD.1. *Ansiedad ante la muerte (DAI)*

- Generadores externos de ansiedad ante la muerte
- Significado y aceptación de la muerte
- Pensamiento sobre la muerte
- Vida después de la muerte
- Brevedad de la vida

VD.2. *Ansiedad ante la muerte (DACS)*

- Miedo a pensar en una operación
- Miedo a tener un ataque al corazón
- Miedo ante el cáncer
- Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)
- Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)
- Preocupación por el futuro



VD.3. Miedo a la muerte (EMMCL)

- Miedo a la muerte propia
- Miedo al proceso de muerte propia
- Miedo a la muerte de otro
- Miedo al proceso de muerte de otro

VD.4. Expresiones de espiritualidad (IEE)

- Espiritualidad
- Religiosidad

III.4. PROCEDIMIENTO

En primer lugar se solicitó una entrevista con los Decanos y Decanas de Facultad y con el Director de la Escuela Universitaria, se les informó de los objetivos de la investigación, la metodología, etc.

Una vez aceptada la participación en el estudio se consensuó un calendario de pase de pruebas en cada una de las Facultades y Escuela Universitaria a lo largo de dos semanas. Al tener la participación un carácter voluntario y desarrollarse en horario lectivo, por lo tanto, dependiente del horario del profesorado, la temporalización de las pruebas para cada uno de los grupos fue integrándose en el calendario de una forma no predeterminada.

La selección de los grupos se llevó a cabo teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- ✓ Equidad de grupos en horario de mañana y de tarde.
- ✓ Siempre en horario de asignaturas obligatorias.
- ✓ Presencia de alumnado de diferentes especialidades (para los Grados de Educación e Ingeniería).

De esta forma, seleccionados los estudios de Grado así como los grupos participantes, se obtuvieron un total de doce grupos.



Todos los cuestionarios fueron explicados y entregados a los participantes por parte de un grupo de ayudantes, previamente informados y entrenados para tal fin.

El acceso a la población objeto de estudio se realizó en las aulas docentes donde, una vez explicada la voluntariedad de la participación y habiendo abandonado el aula todos aquellos que no deseaban participar en la misma, se hizo entrega del *documento informativo* (Véase Anexo VI).

Tras comprobar que todos los participantes habían entendido bien las motivaciones y objetivos del estudio, se les facilitó el documento de *consentimiento informado* (Véase Anexo VII), con la finalidad de que fuera firmado por todos los participantes.

Para finalizar, se entregó el cuadernillo con los cinco cuestionarios seleccionados para la recogida de los datos. No existió límite de tiempo para su cumplimentación, aunque estos eran respondidos dentro del margen temporal de la hora asignada a la asignatura preseleccionada.

Una vez recogidos los cuestionarios se procedió a realizar una depuración de los mismos para el desecho de aquellos que no reunían unos requisitos mínimos. De esta forma se desecharon aquellos que:

- No habían cumplimentado todas las pruebas.
- Presentaban pruebas evidentes de haber sido realizados al azar.
- Signos de haber sido contestados sin leer los ítems.
- Respuestas constantes, sistemáticas o mostrando un patrón.
- Realización de comentarios en sustitución de las respuestas.

Con todas las respuestas se generó una base de datos con lo obtenido en los cuestionarios válidos.



III.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis estadístico se ha llevado a cabo un análisis descriptivo de las medias y desviaciones típicas a través de un ANalysis Of VAriance (ANOVA), en el total de la muestra, para las variables independientes (grado, género y filiación religiosa) de acuerdo con cada uno de los factores descritos en las variables dependientes (DAI, DACS, EMMCL, IEE). Para el análisis de comparaciones múltiples, ha sido utilizada la prueba HSD (honestly significant difference) de Tukey, para determinar la significatividad de las diferencias de medias entre estas variables, estableciéndose el nivel de significación estadística en $p < 0,05$, para todos los análisis.

Posteriormente, se llevó a cabo, dentro de cada uno de los estudios de grado, el análisis ANOVA para las variables independientes género, curso y filiación religiosa, de acuerdo con cada uno de los factores descritos en las variables dependientes (DAI, DACS, EMMCL, IEE).

Para el análisis de comparaciones múltiples, ha sido utilizada la prueba HSD de Tukey, para determinar la significatividad de las diferencias de medias en las variables curso y filiación religiosa.

Para el análisis de comparaciones múltiples de la variable género ha sido utilizada la prueba de Levene.

Se establece el nivel de significación estadística en $p < 0,05$, para todos los análisis.

Para finalizar, el análisis de la percepción de la formación recibida en relación a la muerte por parte de los participantes pertenecientes al Grado en Enfermería, se ha llevado a cabo mediante un análisis de frecuencias para determinar el porcentaje de alumnado que percibe su formación, en este campo, como adecuada y el porcentaje que la percibe como inadecuada.



Capítulo IV

RESULTADOS



Los resultados obtenidos en esta investigación, y que se muestran a continuación, se presentan en tres grandes apartados.

En primer lugar, se exponen las puntuaciones obtenidas por los participantes en la muestra en cada uno de los factores pertenecientes a los inventarios y escalas utilizados, en función de los estudios de grado, género y filiación religiosa.

Posteriormente, se presentan los resultados específicos para cada uno de los estudios de grado en relación con las puntuaciones obtenidas en cada uno de los factores de los inventarios y escalas utilizados, en función del género, el curso y la filiación religiosa de los participantes.

Por último, se exponen las puntuaciones resultantes de la opinión de los estudiantes universitarios del Grado en Enfermería sobre la formación que reciben en los estudios de grado en relación con la muerte y los procesos relacionados con la misma.

IV.1. ANÁLISIS GLOBAL DE LAS VARIABLES

En la primera parte del análisis se muestran los resultados obtenidos para cada uno de los factores de las diferentes pruebas en función de tres de las variables independientes: estudios de grado, género y filiación religiosa.

IV.1.1. Análisis de la variable estudios de grado

En la tabla 7 se exponen los resultados obtenidos para cada uno de los factores de las pruebas utilizadas en función de la variable independiente estudios de grado.



Tabla 7

Resultados según estudios de grado para cada factor de los cuestionarios analizados

	Enfermería N=244	Medicina N=153	Ingeniería N=218	Educación N=200	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)					
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,06±4,40	10,76±3,60	11,90±4,75	14,73±4,81	(1-2) = ,261 (1-3) = ,896 (1-4) = ,000** (2-3) = ,076 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
F2 Significado y aceptación de la muerte	13,79±4,13	14,58±4,09	12,76±4,44	15,91±4,50	(1-2) = ,278 (1-3) = ,051 (1-4) = ,000** (2-3) = ,000** (2-4) = ,022* (3-4) = ,000**
F3 Pensamiento sobre la muerte	10,99±3,34	10,99±3,56	9,69±3,60	11,97±4,45	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,001** (1-4) = ,031* (2-3) = ,006** (2-4) = ,073 (3-4) = ,000**
F4 Vida después de la muerte	8,41±3,49	9,01±3,41	7,90±3,70	9,91±3,40	(1-2) = ,353 (1-3) = ,410 (1-4) = ,000** (2-3) = ,016* (2-4) = ,079 (3-4) = ,000**
F5 Brevedad de la vida	7,02±2,71	7,43±2,54	6,55±2,97	7,88±2,91	(1-2) = ,496 (1-3) = ,276 (1-4) = ,007** (2-3) = ,017* (2-4) = ,435 (3-4) = ,000**
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)					
F1 Miedo a pensar en una operación	8,67±1,68	8,87±1,36	9,02±2,00	7,49±1,61	(1-2) = ,662 (1-3) = ,115 (1-4) = ,000** (2-3) = ,828 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,88±1,43	6,12±1,37	6,24±1,56	5,21±1,75	(1-2) = ,428 (1-3) = ,053 (1-4) = ,000** (2-3) = ,866 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
F3 Miedo ante el cáncer	5,71±0,91	5,78±0,94	5,83±1,33	5,26±1,47	(1-2) = ,928 (1-3) = ,695 (1-4) = ,000** (2-3) = ,983 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**



F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,26±1,36	7,61±1,22	7,63±1,70	6,55±1,38	(1-2) = ,087 (1-3) = ,027* (1-4) = ,000** (2-3) = ,998 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,72±0,85	2,84±0,83	3,05±1,01	2,50±0,81	(1-2) = ,510 (1-3) = ,000** (1-4) = ,058 (2-3) = ,117 (2-4) = ,002** (3-4) = ,000**
F6 Preocupación por el futuro	3,53±0,62	3,69±0,53	3,31±0,75	3,27±0,75	(1-2) = ,099 (1-3) = ,002** (1-4) = ,000** (2-3) = ,000** (2-4) = ,000** (3-4) = ,961
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)					
MMP Miedo a la muerte propia	21,76±6,32	21,91±6,14	18,40±6,38	24,54±6,85	(1-2) = ,996 (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (2-3) = ,000** (2-4) = ,001** (3-4) = ,000**
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,65±5,72	23,47±5,94	20,90±6,45	25,05±5,89	(1-2) = ,992 (1-3) = ,000** (1-4) = ,069 (2-3) = ,000** (2-4) = ,069 (3-4) = ,000**
MMO Miedo a la muerte de otros	28,30±5,25	28,02±5,00	26,21±6,30	30,23±4,03	(1-2) = ,953 (1-3) = ,000** (1-4) = ,001** (2-3) = ,006** (2-4) = ,001** (3-4) = ,000**
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,78±5,69	24,58±5,62	23,60±6,04	28,05±4,96	(1-2) = ,986 (1-3) = ,108 (1-4) = ,000** (2-3) = ,346 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)					
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,45±6,58	16,19±6,48	14,63±6,78	15,11±5,57	(1-2) = ,672 (1-3) = ,545 (1-4) = ,948 (2-3) = ,095 (2-4) = ,398 (3-4) = ,864
REL Religiosidad	13,21±6,51	13,53±6,77	12,33±6,53	14,22±6,34	(1-2) = ,943 (1-3) = ,471 (1-4) = ,365 (2-3) = ,260 (2-4) = ,840 (3-4) = ,017*

1. Grado en Enfermería; 2. Grado en Medicina; 3. Grado en Ingeniería; 4. Grado en Educación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$



La comparación de medias para el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI), que puede observarse en la figura 7, indica que, para el factor “Generadores externos de ansiedad ante la muerte” (DAI-F1), se dan diferencias estadísticamente significativas entre el Grado en Educación y los otros tres grados ($p < 0,001$).

En el segundo factor (DAI-F2), “Significado y aceptación de la muerte”, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de participantes del Grado en Educación con los grupos del Grado en Enfermería y en Ingeniería ($p < 0,001$), y también con el grupo del Grado en Medicina ($p < 0,05$). Además se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los Grados de Medicina e Ingeniería ($p < 0,001$).

En el factor de “Pensamiento sobre la muerte” (DAI-F3), existen diferencias del Grado de Ingeniería con los otros tres grados ($p < 0,05$) y entre los Grados de Enfermería y Educación ($p < 0,05$).

Relacionado con la “Vida después de la muerte” (DAI-F4), se han hallado diferencias estadísticamente significativas del Grado de Educación con los grados de Enfermería e Ingeniería ($p < 0,001$) y entre los Grados de Medicina e Ingeniería ($p < 0,05$).

Para el último factor del DAI, relacionado con la “Brevedad de la vida” (DAI-F5), se han apreciado diferencias estadísticamente significativas entre los Grados en Educación y Enfermería ($p < 0,05$) e Ingeniería ($p < 0,001$). También se han apreciado diferencias estadísticamente significativas entre los grados de Medicina e Ingeniería ($p < 0,05$).

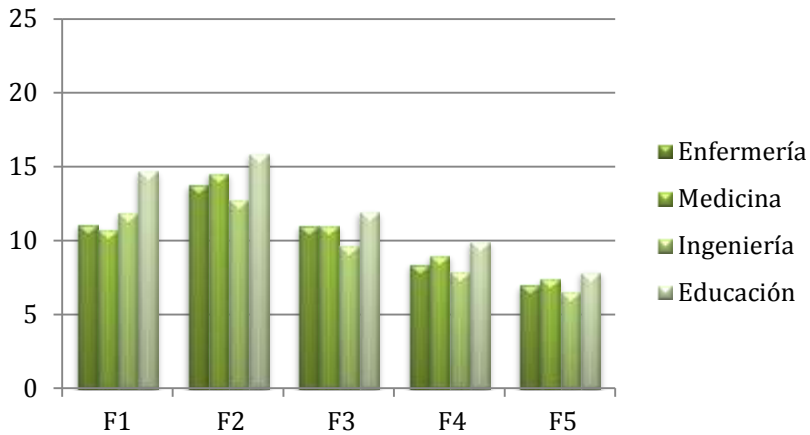


Figura 7: Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Al analizar la Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte (DACCS) en función de las medias de las puntuaciones de los participantes de cada uno de los estudios de grado para cada factor de las pruebas utilizadas, (véase figura 8), se observa que para los cinco primeros factores de dicha prueba relacionados con el “Miedo a pensar en una operación” (DACCS-F1), el “Miedo a tener un ataque al corazón” (DACCS-F2), el “Miedo ante un cáncer” (DACCS-F3) y el “Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I) y (II)” (DACCS-F4 y DACCS-F5) existen diferencias estadísticamente significativas de los participantes del Grado en Educación y los de los otros tres grados ($p < 0,001$).

Sin embargo, para el último factor, relacionado con la “Preocupación por el futuro” (DACCS-F6), se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los participantes del Grado en Enfermería con los de los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,05$), al igual que entre los participantes del Grado en Medicina con los de los grados en Ingeniería y Educación ($p < 0,001$).

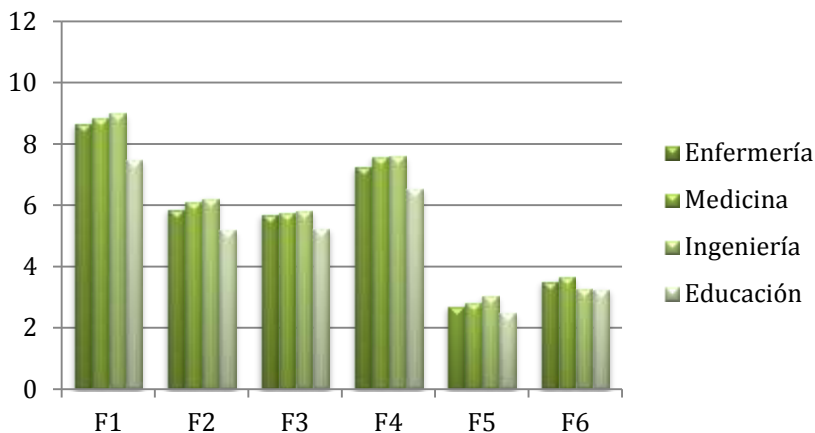


Figura 8: Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)

En el análisis de las medias de las puntuaciones obtenidas en Escala de miedo a la muerte (EMMCL) para cada uno de los grados, se puede observar (véase la figura 9), que para el primer factor, que evalúa el “Miedo a la muerte propia” (MMP), se observan diferencias estadísticamente significativas entre el Grado en Enfermería con los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$), entre el Grado en Medicina con los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$) y entre los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$).

El análisis segundo factor, relacionado con el “Miedo al propio proceso de morir” (MPP), indica diferencias estadísticamente significativas entre los grados de Ciencias de la Salud con el Grado en Ingeniería ($p < 0,001$) y entre este y el de Educación ($p < 0,001$)

Relacionado con el tercer factor de dicha prueba, que evalúa el “Miedo a la muerte de otros” (MMO), se ha observado que existen diferencias que son estadísticamente significativas entre las medias del Grado en Enfermería con las de los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$), entre las del Grado en Medicina con las de los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$) y entre los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,001$).



Por último, en relación con el “Miedo al proceso de morir de otros” (MPO), se ha comprobado que las diferencias son estadísticamente significativas al comparar las medias del Grado de Educación con las de los otros tres grados ($p < 0,001$).

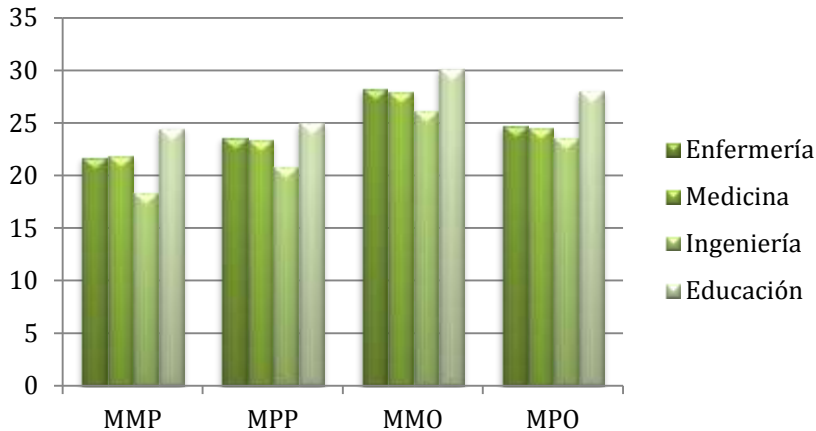


Figura 9: Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Para finalizar con este apartado, del análisis del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE) se han evaluado dos de sus factores (véase figura 10).

El factor “Orientación cognitiva hacia la espiritualidad” (COS), no arroja diferencias entre los distintos grados.

Al analizar el segundo de los factores, que avalúa la “Religiosidad” (REL), se puede comprobar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por los estudiantes de los Grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,05$).

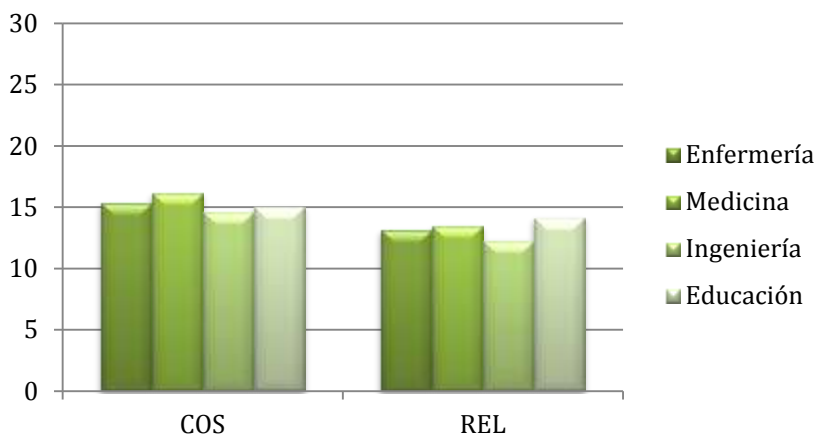


Figura 10: Puntuaciones medias de los diferentes grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.1.2. Análisis de la variable género

El análisis de la variable género, para la muestra tomada en conjunto, se expone en dos partes (según los resultados obtenidos por los hombres y aquellos obtenidos por las mujeres).

En la primera parte, están los resultados, para cada uno de los factores de las pruebas utilizadas, de los participantes de género masculino según los estudios de grado a los que pertenecen (véase tabla 8).

Tabla 8

Resultados de los participantes hombres según estudios de grado para cada factor de los cuestionarios analizados

	Enfermería N=33	Medicina N=43	Ingeniería N=187	Educación N=32	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)					
F1					(1-2) = 1,00
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	9,67±3,23	9,63±3,60	11,63±4,65	12,62±3,76	(1-3) = ,074 (1-4) = ,029* (2-3) = ,031* (2-4) = ,016* (3-4) = ,619
F2					(1-2) = ,137
Significado y aceptación de la muerte	12,79±3,95	14,95±4,30	12,75±4,52	13,37±3,49	(1-3) = 1,00 (1-4) = ,948 (2-3) = ,015* (2-4) = ,403



					(3-4) = ,877
F3					(1-2) = ,652
Pensamiento sobre la muerte	9,85±3,02	10,79±3,38	9,70±3,64	10,87±3,33	(1-3) = ,996
					(1-4) = ,641
					(2-3) = ,262
					(2-4) = 1,00
					(3-4) = ,304
F4					(1-2) = ,475
Vida después de la muerte	7,82±3,64	9,02±3,10	8,02±3,79	8,78±3,09	(1-3) = ,991
					(1-4) = ,705
					(2-3) = ,358
					(2-4) = ,992
					(3-4) = ,690
F5					(1-2) = ,636
Brevedad de la vida	6,27±2,46	7,06±2,58	6,57±3,06	6,87±2,72	(1-3) = ,950
					(1-4) = ,837
					(2-3) = ,735
					(2-4) = ,992
					(3-4) = ,945
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)					
F1					(1-2) = ,838
Miedo a pensar en una operación	9,54±1,69	9,16±1,46	9,20±2,04	8,78±2,43	(1-3) = ,789
					(1-4) = ,407
					(2-3) = 1,00
					(2-4) = ,843
					(3-4) = ,691
F2					(1-2) = ,763
Miedo a tener un ataque al corazón	6,67±1,16	6,28±1,31	6,30±1,58	6,12±2,98	(1-3) = ,668
					(1-4) = ,580
					(2-3) = 1,00
					(2-4) = ,981
					(3-4) = ,951
F3					(1-2) = ,796
Miedo ante el cáncer	6,18±1,13	5,86±0,96	5,88±1,36	5,69±2,81	(1-3) = ,711
					(1-4) = ,555
					(2-3) = 1,00
					(2-4) = ,962
					(3-4) = ,914
F4					(1-2) = ,965
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	8,06±1,32	7,88±1,26	7,66±1,73	7,41±1,60	(1-3) = ,561
					(1-4) = ,361
					(2-3) = ,850
					(2-4) = ,584
					(3-4) = ,839
F5					(1-2) = ,866
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	3,24±0,83	3,07±0,79	3,10±1,01	3,00±0,98	(1-3) = ,866
					(1-4) = ,741
					(2-3) = ,997
					(2-4) = ,990
					(3-4) = ,946
F6					(1-2) = ,300
Preocupación por el futuro	3,48±0,61	3,77±0,53	3,28±0,75	3,53±0,62	(1-3) = ,422
					(1-4) = ,993
					(2-3) = ,000**
					(2-4) = ,470
					(3-4) = ,250



Escala de miedo a la muerte (EMMCL)					
MMP Miedo a la muerte propia	20,69±6,91	20,84±6,76	18,53±6,45	26,25±6,84	(1-2) = 1,00
					(1-3) = ,306
					(1-4) = ,004**
					(2-3) = ,167
					(2-4) = ,003**
(3-4) = ,000**					
MPP Miedo al proceso propio de morir	22,79±5,24	22,42±6,29	20,74±6,44	24,97±5,99	(1-2) = ,994
					(1-3) = ,306
					(1-4) = ,496
					(2-3) = ,386
					(2-4) = ,301
(3-4) = ,003**					
MMO Miedo a la muerte de otros	27,94±6,02	27,30±6,07	26,06±6,49	31,22±4,51	(1-2) = ,971
					(1-3) = ,376
					(1-4) = ,145
					(2-3) = ,636
					(2-4) = ,036*
(3-4) = ,000**					
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,18±7,50	23,42±6,31	23,53±6,15	28,97±4,49	(1-2) = ,951
					(1-3) = ,945
					(1-4) = ,011*
					(2-3) = 1,00
					(2-4) = ,001**
(3-4) = ,000**					
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)					
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,00±5,91	17,16±6,70	14,38±6,79	14,12±4,66	(1-2) = ,475
					(1-3) = ,959
					(1-4) = ,948
					(2-3) = ,057
					(2-4) = ,188
(3-4) = ,997					
REL Religiosidad	12,67±7,35	12,86±6,80	12,25±6,53	12,44±5,37	(1-2) = ,999
					(1-3) = ,986
					(1-4) = ,999
					(2-3) = ,945
					(2-4) = ,993
(3-4) = ,999					

1. Grado en Enfermería; 2. Grado en Medicina; 3. Grado en Ingeniería; 4. Grado en Educación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de las medias de las puntuaciones obtenidas, de los participantes de género masculino de cada uno de los estudios de grado evaluados, para el DAI, se observa (véase figura 11), que para el factor DAI-F1 existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por los participantes de Enfermería y de Educación ($p < 0,05$). Así mismo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de los estudiantes de Medicina y los de Ingeniería y Educación ($p < 0,05$).



Del mismo modo, se observan diferencias estadísticamente significativas para los hombres de los grados de Medicina e Ingeniería para el factor DAI-F2.

Para los factores F3, F4 y F5 del DAI, los resultados no muestran diferencias.

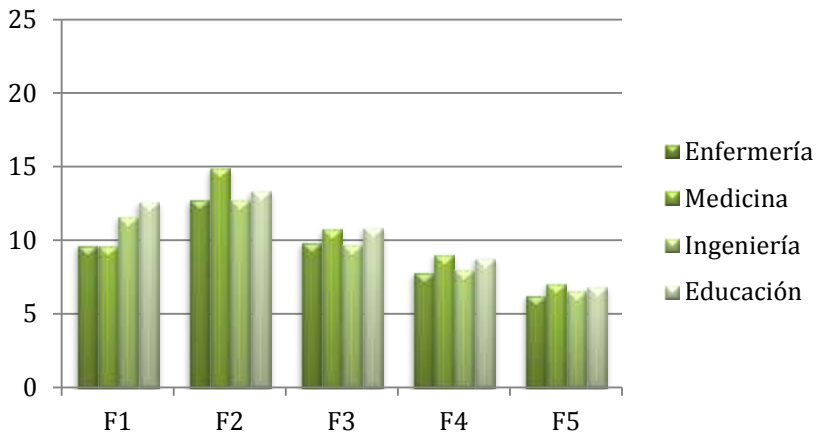


Figura 11: Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

El análisis para las puntuaciones obtenidas por los participantes de género masculino para la escala DACS (véase figura 12), se puede comprobar que existen diferencias estadísticamente significativas en el factor DACS-F6 entre las puntuaciones de los participantes de Medicina e Ingeniería ($p < 0,05$).

Para el resto de los factores de la escala DACS el análisis de las medias no mostró diferencias significativas.

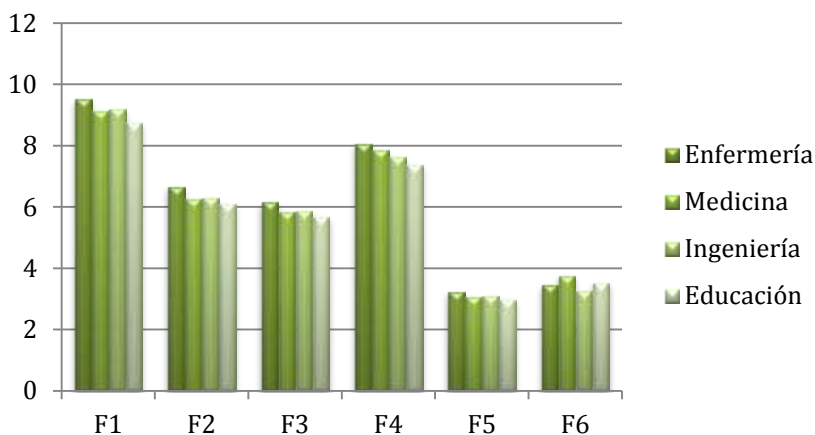


Figura 12: Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)

El análisis de las puntuaciones para los hombres en Escala de miedo a la muerte (EMMCL) para cada uno de los grados, se puede observar (véase figura 13), que para el factor, MMP, se hallan diferencias que son estadísticamente significativas entre los estudiantes del Grado en Educación con los de los otros tres grados analizados ($p < 0,01$).

Respecto del factor MPP, se muestran diferencias estadísticamente significativas para el Grado de Ingeniería y el Grado en Educación ($p < 0,01$).

Relacionado con el factor MMO, se ha observado que existen diferencias significativas entre las medias de los estudiantes del Grado en Educación con las de los estudiantes del Grado en Medicina ($p < 0,05$) y los estudiantes del Grado en Ingeniería ($p < 0,001$).

Por último, en relación con el factor MPO, existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los alumnos del Grado en Educación con las de los alumnos del Grado en Enfermería ($p < 0,05$) y con las de los alumnos de Medicina e Ingeniería ($p < 0,001$).

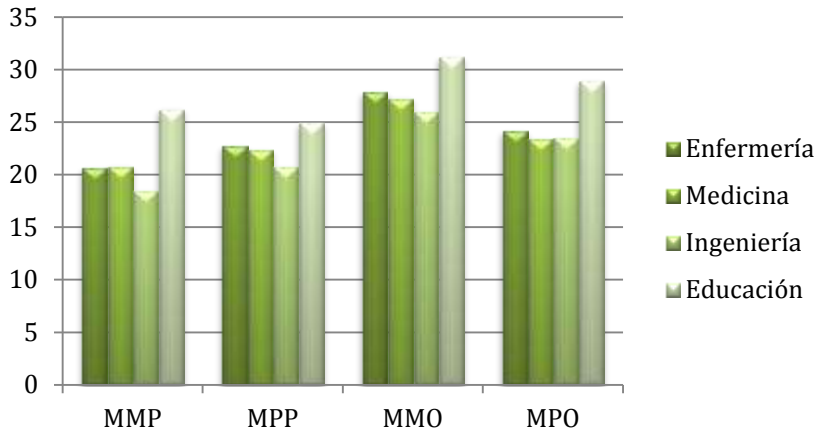


Figura 13: Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Por último, del análisis de las puntuaciones de los participantes de género masculino para el inventario IEE, se desprende que para los factores COS y REL, las diferencias no son significativas.

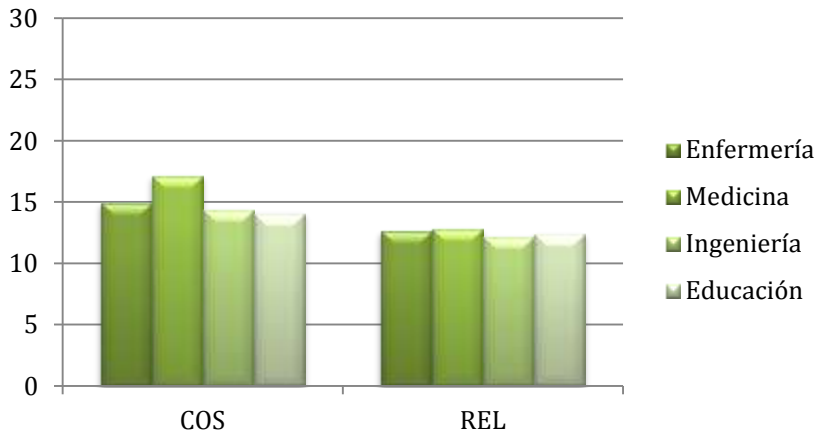


Figura 14: Puntuaciones medias de los participantes hombres por grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)



En la segunda parte, se muestran los resultados, para cada uno de los factores de las pruebas utilizadas, de la medias de las puntuaciones de las participantes de género femenino según los estudios de grado a los que pertenecen (véase tabla 9).

Tabla 9
Resultados de las participantes mujeres según estudios de grado
para cada factor de los cuestionarios analizados

	Enfermería N=211	Medicina N=110	Ingeniería N=31	Educación N=168	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)					
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,91±4,49	11,21±3,51	13,52±5,12	15,13±4,89	(1-2) = ,544 (1-3) = ,245 (1-4) = ,000** (2-3) = ,056 (2-4) = ,000** (3-4) = ,254
F2 Significado y aceptación de la muerte	13,94±4,14	14,44±4,02	12,77±3,99	16,39±4,51	(1-2) = ,755 (1-3) = ,478 (1-4) = ,000** (2-3) = ,217 (2-4) = ,001** (3-4) = ,000**
F3 Pensamiento sobre la muerte	11,17±3,36	11,07±3,64	9,58±3,40	12,18±4,61	(1-2) = ,997 (1-3) = ,145 (1-4) = ,056 (2-3) = ,230 (2-4) = ,092 (3-4) = ,004**
F4 Vida después de la muerte	8,50±3,46	9,00±3,53	7,19±3,09	10,12±3,42	(1-2) = ,609 (1-3) = ,199 (1-4) = ,000** (2-3) = ,050* (2-4) = ,040* (3-4) = ,000**
F5 Brevedad de la vida	7,14±2,73	7,57±2,52	6,48±2,39	8,07±2,92	(1-2) = ,539 (1-3) = ,595 (1-4) = ,006** (2-3) = ,206 (2-4) = ,436 (3-4) = ,016*
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)					
F1 Miedo a pensar en una operación	8,53±1,64	8,75±1,31	7,97±1,33	7,25±1,27	(1-2) = ,553 (1-3) = ,180 (1-4) = ,000** (2-3) = ,038* (2-4) = ,000** (3-4) = ,055
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,75±1,42	6,05±1,38	5,90±1,42	5,04±1,35	(1-2) = ,257 (1-3) = ,944 (1-4) = ,000** (2-3) = ,951 (2-4) = ,000**



					(3-4) = ,009** (1-2) = ,707 (1-3) = ,964 (1-4) = ,000** (2-3) = ,708 (2-4) = ,000** (3-4) = ,191
F3 Miedo ante el cáncer	5,63±0,85	5,75±0,93	5,54±1,12	5,17±1,04	(1-2) = ,077 (1-3) = ,577 (1-4) = ,000** (2-3) = ,998 (2-4) = ,000** (3-4) = ,000**
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,13±1,32	7,50±1,19	7,45±1,54	6,39±1,27	(1-2) = ,589 (1-3) = ,901 (1-4) = ,037* (2-3) = 1,00 (2-4) = ,003** (3-4) = ,154
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,63±0,82	2,75±0,82	2,74±0,93	2,41±0,74	(1-2) = ,384 (1-3) = ,897 (1-4) = ,000** (2-3) = ,390 (2-4) = ,000** (3-4) = ,299
F6 Preocupación por el futuro	3,54±0,62	3,66±0,53	3,45±0,72	3,23±0,76	
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)					
MMP Miedo a la muerte propia	21,93±6,23	22,34±5,86	17,58±5,99	24,21±6,83	(1-2) = ,948 (1-3) = ,002** (1-4) = ,003** (2-3) = ,001** (2-4) = ,076* (3-4) = ,000**
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,78±5,79	23,88±5,77	21,87±6,52	25,07±5,89	(1-2) = ,999 (1-3) = ,327 (1-4) = ,149 (2-3) = ,32 (2-4) = ,354 (3-4) = ,028*
MMO Miedo a la muerte de otros	28,36±5,13	28,30±4,51	27,13±4,97	30,05±3,92	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,511 (1-4) = ,003** (2-3) = ,600 (2-4) = ,012* (3-4) = ,007**
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,88±5,37	25,04±5,29	24,00±5,42	27,88±5,04	(1-2) = ,994 (1-3) = ,821 (1-4) = ,000** (2-3) = ,766 (2-4) = ,000** (3-4) = ,001**
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)					
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,52±6,68	15,81±6,39	16,10±6,66	15,30±5,72	(1-2) = ,979 (1-3) = ,964 (1-4) = ,988 (2-3) = ,996 (2-4) = ,915 (3-4) = ,918



					(1-2) = ,874
					(1-3) = ,984
REL					(1-4) = ,237
Religiosidad	13,29±6,38	13,87±6,76	12,83±6,58	14,56±6,46	(2-3) = ,863
					(2-4) = ,825
					(3-4) = ,529

1. Grado en Enfermería; 2. Grado en Medicina; 3. Grado en Ingeniería; 4. Grado en Educación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Para cada uno de los factores del DAI se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) en el DAI-F1 (véase figura 15) entre las medias para las alumnas de los grados en Ciencias de la Salud y las alumnas del Grado en Educación.

En el factor DAI-F2 pueden observarse diferencias estadísticamente significativas para medias de las estudiantes del Grado en Educación con las de estudiantes de los otros tres grados ($p < 0,001$).

En relación al factor DAI-F3, se muestran diferencias entre los Grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,05$).

Del análisis del factor DAI-F4 se desprenden diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre las medias para el Grado en Educación y los otros tres grados. Y entre el Grado de Medicina y el Grado de Ingeniería ($p < 0,05$).

En el último factor DAI-F5 se obtienen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de las alumnas del Grado en Educación frente a los grados en Medicina e Ingeniería ($p < 0,05$).

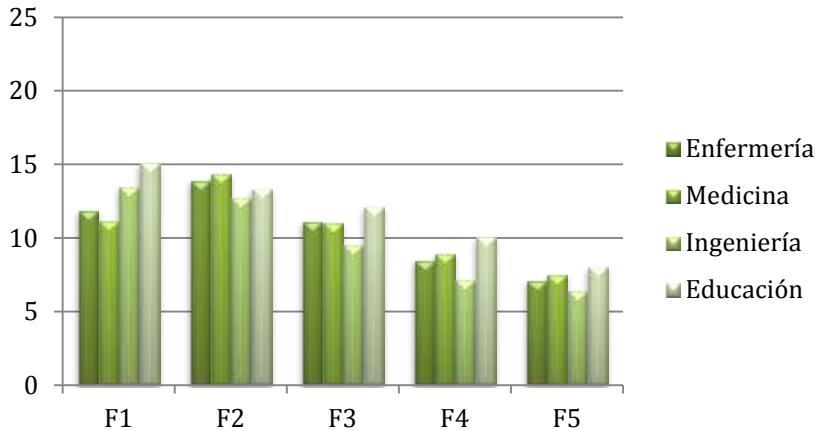


Figura 15: Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Las medias de las puntuaciones obtenidas por las participantes mujeres de cada uno de los grados en relación a los diferentes factores del DACS (véase figura 16) se exponen a continuación.

De este análisis se desprenden diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre las medias de las puntuaciones de las alumnas del Grado en Educación y las de las alumnas de los grados en Ciencias de la Salud para el factor DACS-F1., y para el factor DACS-F2. Además, en este último también existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de las alumnas de los grados de Educación e Ingeniería ($p < 0,05$).

Igualmente, del análisis del factor DACS-F3 se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las puntuaciones de las alumnas del Grado de Educación con las correspondientes a las alumnas de los grados de Enfermería y Medicina ($p < 0,05$).

Las diferencias entre las medias de las alumnas de ambos grados también son estadísticamente significativas para los factores DACS-F6 ($p < 0,001$), DACS-F5 ($p < 0,05$) y DACS-F4 ($p < 0,001$); si bien, para este último factor también se han encontrado diferencias estadísticamente significativas



entre las medias de las puntuaciones de las alumnas de Educación e Ingeniería ($p < 0,001$).

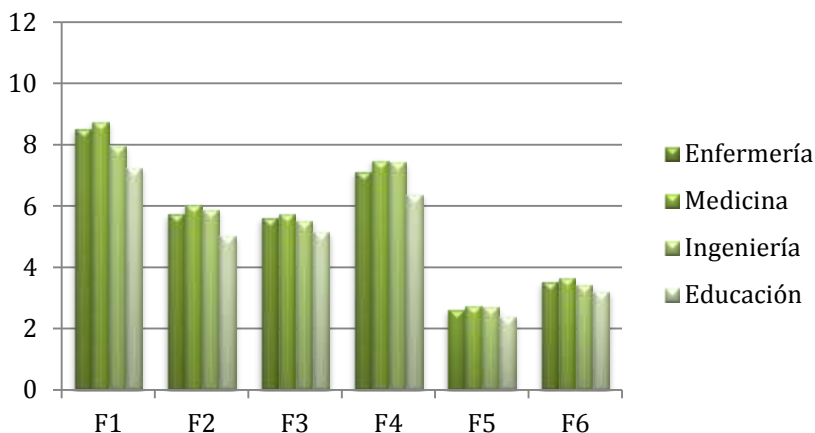


Figura 16: Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

Los análisis de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL) indican (véase figura 17) que en el factor MMP se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre Enfermería frente a Ingeniería y Educación ($p < 0,01$), entre el Grado en Medicina y los grados de Ingeniería ($p < 0,01$) y Educación ($p < 0,05$), y entre Ingeniería y Educación ($p < 0,001$).

En el factor MPP, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las estudiantes de los grados de Ingeniería y Educación ($p < 0,05$).

En el factor MMO, se ha observado que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de las participantes del Grado en Educación con las de los grados de Enfermería e Ingeniería ($p < 0,01$) y Medicina ($p < 0,05$).

Por último, en relación con el factor MPO, obtenemos que existen diferencias entre las medias de las participantes del Grado en Educación con las de las participantes de los otros tres grados analizados ($p < 0,001$).

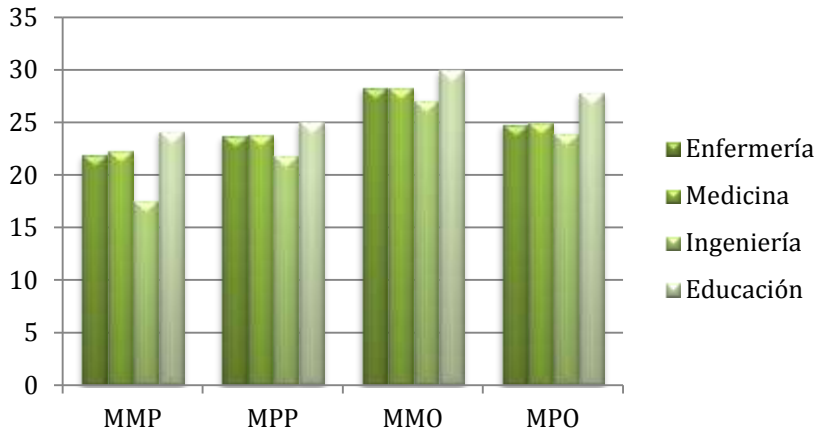


Figura 17: Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Por último, el análisis del inventario IEE para la parte de la muestra correspondiente al género femenino, indica que no se han encontrado diferencias significativas entre las medias de las alumnas de los diferentes grados objeto de estudio para los factores REL y COS (véase figura 18).

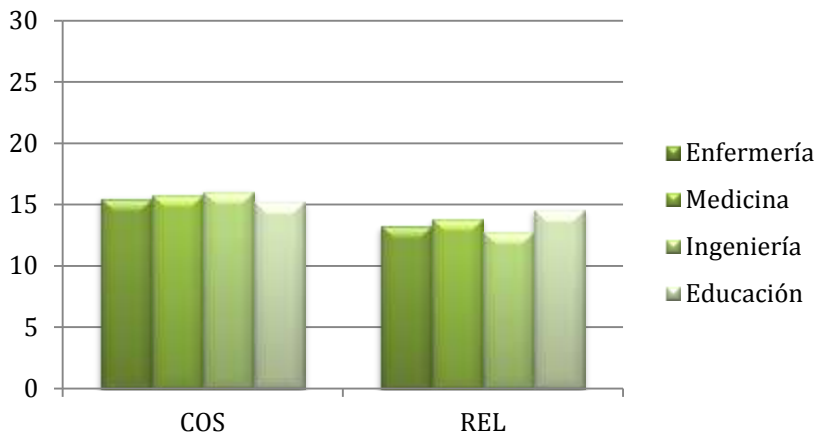


Figura 18: Puntuaciones medias de las participantes mujeres por grados para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

Por último, en la tabla 10, se presentan los resultados, para cada uno de los factores de las pruebas utilizadas, tras la comparación de las participantes mujeres y hombres según sus estudios de grado.



Tabla 10

Resultados según género para cada factor de los cuestionarios analizados

	Género femenino N=520	Género masculino N=295	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)			
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	12,90±4,75	11,23±4,37	F(4,048) = ,045*
F2 Significado y aceptación de la muerte	14,77±4,38	13,15±4,38	F(,090) = ,765
F3 Pensamiento sobre la muerte	11,38±3,91	10,01±3,52	F(2,782) = ,096
F4 Vida después de la muerte	9,05±3,54	8,23±3,62	F(,081) = ,776
F5 Brevedad de la vida	7,50±2,79	6,65±2,90	F(,161) = ,688
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)			
F1 Miedo a pensar en una operación	8,13±1,57	9,19±1,98	F(8,731) = ,003**
F2 Miedo a tener un Ataque al corazón	5,60±1,45	6,13±1,71	F(1,219) = ,270
F3 Miedo ante el cáncer	5,51±0,97	5,89±1,51	F(8,965) = ,003**
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	6,99±1,37	7,71±1,61	F(10,835) = ,001**
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,59±0,82	3,10±0,96	F(4,135) = ,042*
F6 Preocupación por el futuro	3,46±0,68	3,40±0,72	F(1,592) = ,207
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)			
MMP Miedo a la muerte propia	22,49±6,52	19,95±6,98	F(2,952) = ,086
MPP Miedo al proceso propio de morir	24,10±5,90	21,67±6,37	F(1,631) = ,202
MMO Miedo a la muerte de otros	28,82±4,71	27,01±6,37	F(30,701) = ,000**
MPO Miedo al proceso de morir de otros	25,83±5,43	24,18±6,38	F(7,016) = ,008**
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)			
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	13,79±6,51	12,40±6,52	F(,001) = ,970



REL			
Religiosidad	15,54±6,31	14,83±6,53	F(,635) = ,426

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

El análisis del DAI indica diferencias significativas para el factor DAI-F1 ($F_{(4,048)}=0,45$; $p < 0,05$). En el resto de factores se hay diferencias (véase figura 19).

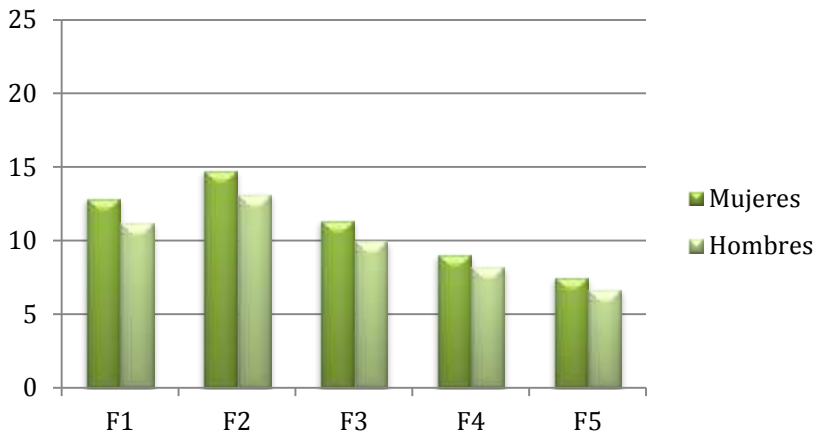


Figura 19: Puntuaciones medias según género para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Para la escala DACS, se observan diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en los factores DACS-F1 ($F_{(8,731)}=,003$; $p < 0,01$), DACS-F3 ($F_{(8,965)}=,003$; $p < 0,01$), DACS-F4 ($F_{(10,835)}= ,001$; $p < 0,001$) y DACS-F5 ($F_{(4,135)}=,042$; $p < 0,05$) (véase figura 20).

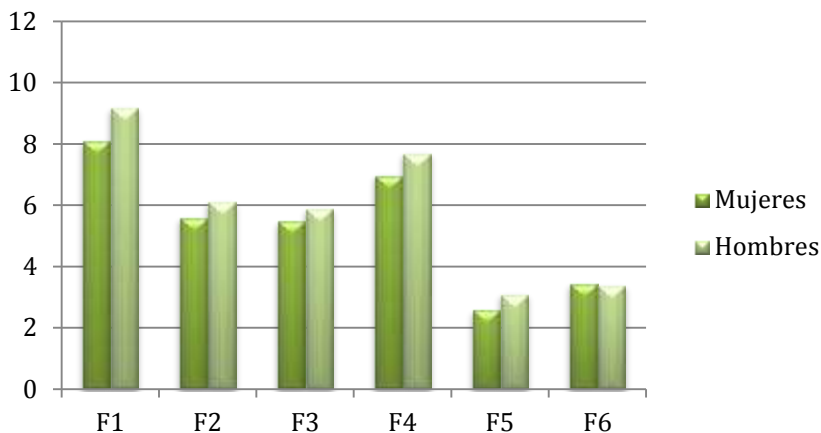


Figura 20: Puntuaciones medias según género para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

El análisis para los resultados de la escala EMMCL indica que existen diferencias, estadísticamente significativas, entre mujeres y hombres en relación con la muerte de otras personas, tanto en el factor MMO ($F_{(30,701)}=,000$; $p<0,001$), como en el factor MPO ($F_{(7,016)}=,008$; $p<0,01$).

Sin embargo, en los factores que evalúan el miedo a la muerte propia la diferencia entre géneros no es estadísticamente significativa (véase figura 21).

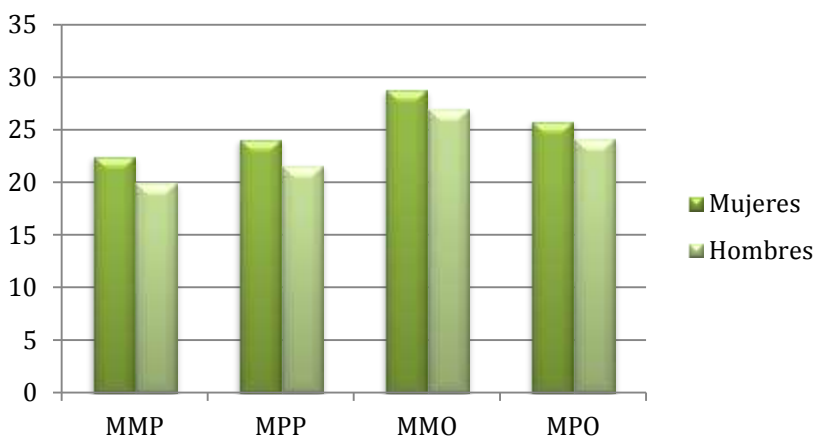


Figura 21: Puntuaciones medias según género para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)



Por último, el análisis para los índices IEE (factor REL y factor COS), no indican diferencias (véase figura 22).

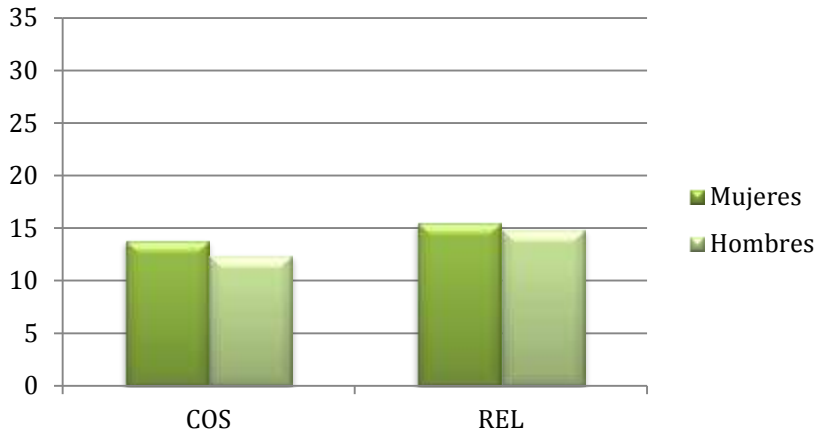


Figura 22: Puntuaciones medias según género para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.1.3. Análisis de la variable filiación religiosa

Para terminar con el análisis del conjunto de los datos obtenidos de la muestra, se presentan (véase tabla 11) los resultados obtenidos para cada factor agrupando las puntuaciones en relación con la variable filiación religiosa.

Tabla 11

Resultados según filiación religiosa para cada factor de los cuestionarios analizados

	Agnóstica /Atea N=152	Católica practicante N=206	Católica no practicante N=422	Otra practicante N=6	Otra no practicante N=29	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)						
F1						(1-2) = ,000**
Generadores						(1-3) = ,000**
externos de						(1-4) = ,936
ansiedad ante						(1-5) = ,996
la muerte	10,51±4,41	12,70±4,45	12,89±4,68	12,00±6,98	10,17±4,64	(2-3) = ,990
						(2-4) = ,996
						(2-5) = ,044*
						(3-4) = ,990
						(3-5) = ,018*
						(4-5) = ,902



F2 Significado y aceptación de la muerte	12,76±4,33	14,56±4,07	14,55±4,53	10,50±5,21	14,28±4,68	(1-2) = ,001** (1-3) = ,000** (1-4) = ,731 (1-5) = ,430 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,168 (2-5) = ,997 (3-4) = ,164 (3-5) = ,997 (4-5) = ,309
F3 Pensamiento sobre la muerte	10,03±3,75	11,32±4,26	11,07±3,57	8,17±4,26	10,00±3,82	(1-2) = ,013** (1-3) = ,033** (1-4) = ,764 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,935 (2-4) = ,264 (2-5) = ,400 (3-4) = ,342 (3-5) = ,584 (4-5) = ,820
F4 Vida después de la muerte	7,34±3,63	8,97±3,43	9,22±3,52	7,83±4,49	8,14±3,42	(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,997 (1-5) = ,794 (2-3) = ,917 (2-4) = ,937 (2-5) = ,760 (3-4) = ,874 (3-5) = ,499 (4-5) = 1,00
F5 Brevedad de la vida	6,80±2,95	7,05±2,66	7,47±2,84	6,17±4,40	6,24±2,80	(1-2) = ,915 (1-3) = ,087 (1-4) = ,984 (1-5) = ,870 (2-3) = ,411 (2-4) = ,943 (2-5) = ,598 (3-4) = ,795 (3-5) = ,158 (4-5) = 1,00
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)						
F1 Miedo a pensar en una operación	9,06±2,06	8,44±1,76	8,34±1,72	8,83±1,33	8,59±1,50	(1-2) = ,011* (1-3) = ,000** (1-4) = ,998 (1-5) = ,688 (2-3) = ,964 (2-4) = ,984 (2-5) = ,994 (3-4) = ,963 (3-5) = ,953 (4-5) = ,998
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	6,32±1,58	5,63±1,45	5,75±1,63	7,33±1,21	6,38±1,24	(1-2) = ,000** (1-3) = ,001** (1-4) = ,520 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,908 (2-4) = ,066 (2-5) = ,112 (3-4) = ,098



						(3-5) = ,216 (4-5) = ,652
F3 Miedo ante el cáncer	5,87±1,33	5,61±1,08	5,58±1,25	5,67±0,52	5,72±0,92	(1-2) = ,255 (1-3) = ,083 (1-4) = ,995 (1-5) = ,977 (2-3) = ,999 (2-4) = 1,00 (2-5) = ,988 (3-4) = 1,00 (3-5) = ,970 (4-5) = 1,00
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,75±1,79	7,23±1,44	7,07±1,38	9,17±0,75	7,07±1,19	(1-2) = ,009** (1-3) = ,000** (1-4) = ,143 (1-5) = ,152 (2-3) = ,969 (2-4) = ,013 (2-5) = ,983 (3-4) = ,005** (3-5) = 1,00 (4-5) = ,013*
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	3,00±1,07	2,76±0,86	2,70±0,85	3,17±0,98	2,86±0,87	(1-2) = ,086 (1-3) = ,003** (1-4) = ,992 (1-5) = ,942 (2-3) = ,932 (2-4) = ,806 (2-5) = ,977 (3-4) = ,708 (3-5) = ,873 (4-5) = ,943
F6 Preocupación por el futuro	3,52±0,65	3,46±0,69	3,39±0,71	4,00±0,00	3,55±0,69	(1-2) = ,912 (1-3) = ,282 (1-4) = ,453 (1-5) = ,999 (2-3) = ,800 (2-4) = ,318 (2-5) = 1,00 (3-4) = ,203 (3-5) = ,958 (4-5) = ,454
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)						
MMP Miedo a la muerte propia	21,45±6,48	22,00±7,50	21,45±6,71	18,67±5,82	21,55±4,22	(1-2) = ,944 (1-3) = 1,00 (1-4) = ,863 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,877 (2-4) = ,761 (2-5) = ,997 (3-4) = ,858 (3-5) = 1,00 (4-5) = ,879
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,57±6,37	23,48±6,72	23,11±5,90	21,50±5,89	21,62±5,28	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,936 (1-4) = ,930 (1-5) = ,529 (2-3) = ,955 (2-4) = ,938



						(2-5) = ,552 (3-4) = ,970 (3-5) = ,720 (4-5) = 1,00
						(1-2) = ,971 (1-3) = ,812 (1-4) = ,603 (1-5) = ,951 (2-3) = ,268 (2-4) = ,494 (2-5) = ,820 (3-4) = ,749 (3-5) = ,999 (4-5) = ,852
MMO Miedo a la muerte de otros	28,41±5,71	28,78±5,38	27,86±5,33	25,17±9,39	27,62±4,58	(1-2) = ,809 (1-3) = ,961 (1-4) = ,988 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,972 (2-4) = ,937 (2-5) = ,989 (3-4) = ,966 (3-5) = 1,00 (4-5) = ,987
						(1-2) = 1,00 (1-3) = ,984 (1-4) = ,997 (1-5) = ,900 (2-3) = ,943 (2-4) = ,996 (2-5) = ,918 (3-4) = ,999 (3-5) = ,750 (4-5) = ,900
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,87±5,79	25,55±6,11	25,24±5,80	23,67±7,26	25,00±4,45	(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (1-5) = ,969 (2-3) = ,000** (2-4) = 1,00 (2-5) = ,000** (3-4) = ,004** (3-5) = ,017* (4-5) = ,000**
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)						
						(1-2) = 1,00 (1-3) = ,984 (1-4) = ,997 (1-5) = ,900 (2-3) = ,943 (2-4) = ,996 (2-5) = ,918 (3-4) = ,999 (3-5) = ,750 (4-5) = ,900
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,39±6,28	15,49±6,29	15,07±6,43	14,50±9,14	16,55±6,77	(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (1-5) = ,969 (2-3) = ,000** (2-4) = 1,00 (2-5) = ,000** (3-4) = ,004** (3-5) = ,017* (4-5) = ,000**
						(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (1-5) = ,969 (2-3) = ,000** (2-4) = 1,00 (2-5) = ,000** (3-4) = ,004** (3-5) = ,017* (4-5) = ,000**
REL Religiosidad	8,40±4,45	19,68±5,83	12,14±5,03	19,67±10,09	9,07±3,66	(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (1-5) = ,969 (2-3) = ,000** (2-4) = 1,00 (2-5) = ,000** (3-4) = ,004** (3-5) = ,017* (4-5) = ,000**

1. Agnóstica/Atea; 2. Católica practicante; 3. Católica no practicante; 4. Otra practicante; 5. Otra no practicante.
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Tras el análisis se observa que, para el factor DAI-F1, existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre los participantes agnósticos y ateos, y los participantes de filiación católica, independientemente de la frecuencia de su práctica. Además, también se encuentran diferencias significativas entre las medias de los participantes



católicos, practicantes o no, con las de los participantes no practicantes de otras religiones ($p < 0,05$).

También se han encontrado diferencias significativas para el grupo de agnósticos y ateos, y los participantes católicos, practicantes o no, en los factores DAI-F2 ($p < 0,001$), DAI-F3 ($p < 0,05$) y DAI-F4 ($p < 0,001$) (véase figura 23).

Para el factor DAI-F5 no se observan diferencias significativas.

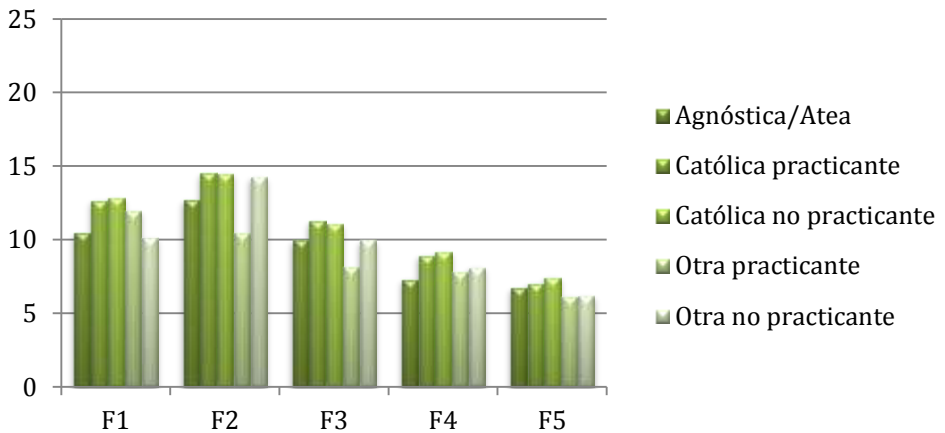


Figura 23: Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para el grupo de ateos y agnósticos en relación con los grupos de filiación católica, practicantes o no, para los factores DACS-F1 ($p < 0,05$), DACS-F2 ($p < 0,001$) y DACS-F4 ($p < 0,05$) (véase figura 24). Además, en este último factor DACS-F4, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo de católicos no practicantes y las del grupo que profesa otra religión ($p < 0,05$).

En el factor DACS-F5 se han encontrado diferencias ($p < 0,05$) entre las medias del grupo de agnósticos y ateos con las del grupo de católicos no practicantes (véase figura 24).



Por último, indicamos que no hemos encontrado diferencias entre los diferentes grupos para los factores DACS-F3 y DACS-F6.

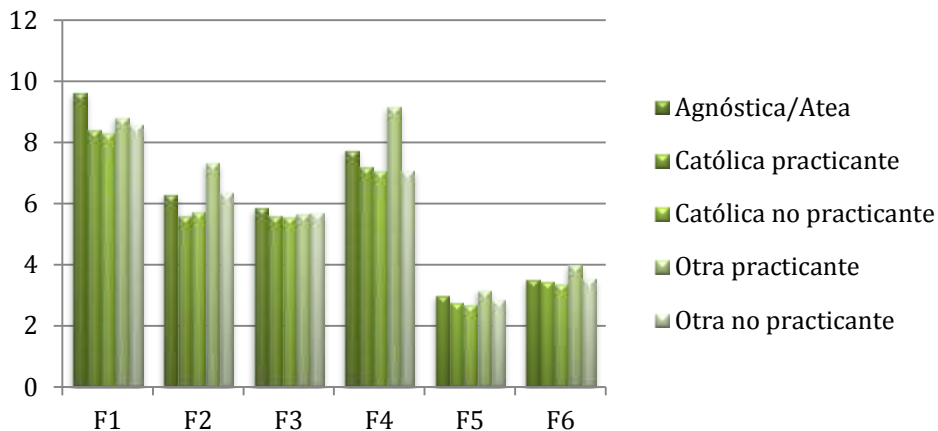


Figura 24: Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

En el análisis de las medias de las puntuaciones obtenidas de la muestra en la escala EMMCL según la variable filiación religiosa (véase figura 25) no muestra diferencias para ninguno de los factores de la escala.

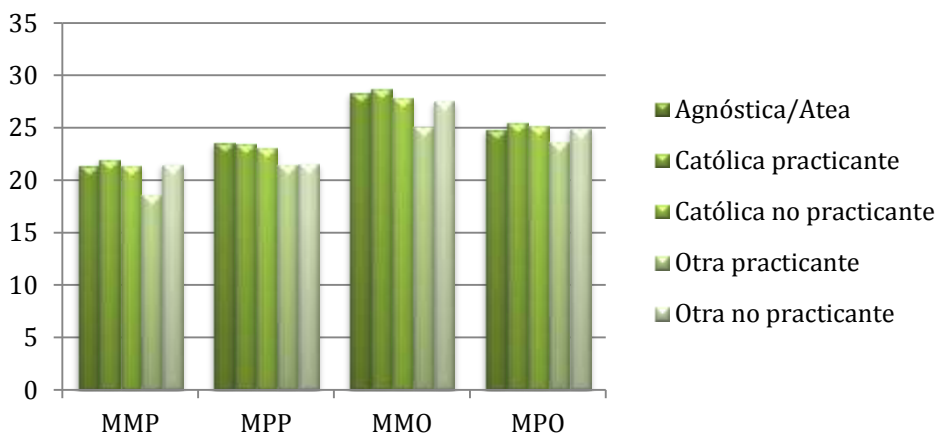


Figura 25: Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)



El análisis de la muestra conjunta según filiación religiosa para el inventario IEE muestra que para el factor COS no existen diferencias significativas. Sin embargo, para el factor REL sí se obtienen para el grupo de agnósticos y ateos con los grupos de católicos, practicantes y no practicantes, y con los participantes que profesan activamente otra religión ($p < 0,001$) (véase figura 26).

Además, aparecen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los grupos de católicos practicantes con las de católicos no practicantes y con los no practicantes de otras religiones ($p < 0,001$). También hay diferencias para el factor REL, de las medias del grupo de católicos no practicantes con las del grupo de practicantes de otras religiones ($p < 0,05$) y del grupo de no practicantes de otras religiones con las de los grupo de practicantes de otras religiones ($p < 0,001$) y no practicantes de la religión católica ($p < 0,05$).

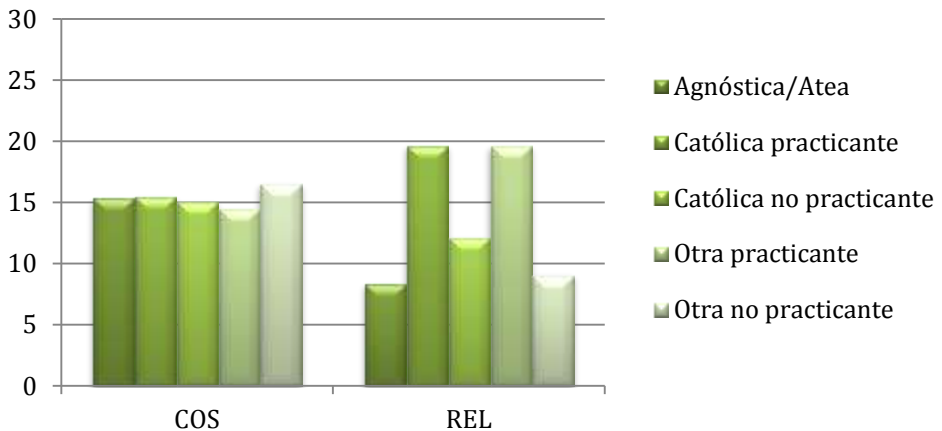


Figura 26: Puntuaciones medias según filiación religiosa para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)



IV.2. ANÁLISIS SEGÚN GRADO

En este apartado el análisis se centra en los resultados obtenidos para los diferentes factores de las variables dependientes en función de las variables género, curso y filiación religiosa.

Se han seleccionado los datos separados según los estudios de grado (Grado en Enfermería en el punto IV.2.1., Grado de Medicina en el punto IV.2.2., Grado de Ingeniería en el punto IV.2.3. y Grado de Educación en el punto IV.2.4.)

IV.2.1. Análisis del Grado en Enfermería

En este punto se presentan, en primer lugar, las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Enfermería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según la variable género (véase tabla 12).

Tabla 12

Resultados según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Género femenino N=211	Género masculino N=33	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)			
F1			
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,91±4,49	9,67±3,23	F(5,258) = ,023*
F2			
Significado y aceptación de la muerte	13,94±4,15	12,79±3,95	F(,017) = ,897
F3			
Pensamiento sobre la muerte	11,17±3,36	8,85±3,02	F(1,598) = ,207
F4			
Vida después de la muerte	8,50±3,46	7,82±3,64	F(,073) = ,787
F5			
Brevedad de la vida	7,14±2,73	6,27±2,47	F(,103) = ,749
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)			
F1			
Miedo a pensar en una operación	8,53±1,64	9,55±1,69	F(,147) = ,702



F2 Miedo a tener un Ataque al corazón	5,75±1,42	6,66±1,16	F(4,039) = ,046*
F3 Miedo ante el cáncer	5,63±0,85	6,18±1,13	F(4,139) = ,043*
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,13±1,32	8,06±1,32	F(212) = ,645
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,63±0,82	3,24±0,83	F(019) = ,889
F6 Preocupación por el futuro	3,54±0,62	3,48±0,62	F(009) = ,931
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)			
MMP Miedo a la muerte propia	21,93±6,23	20,70±6,92	F(888) = ,347
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,78±5,79	22,79±5,24	F(288) = ,592
MMO Miedo a la muerte de otros	28,36±5,14	27,94±6,02	F(432) = ,512
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,88±5,37	24,18±7,50	F(4433) = ,036*
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)			
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,52±6,68	15,00±5,91	F(2,233) = ,136
REL Religiosidad	13,29±6,38	12,67±7,34	F(1,350) = ,246

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Los resultados para el inventario DAI indican, por factores, que solo para el factor DAI-F1 existen diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres ($F_{(5,258)} = ,023$; $p < 0,05$) (véase figura 27).

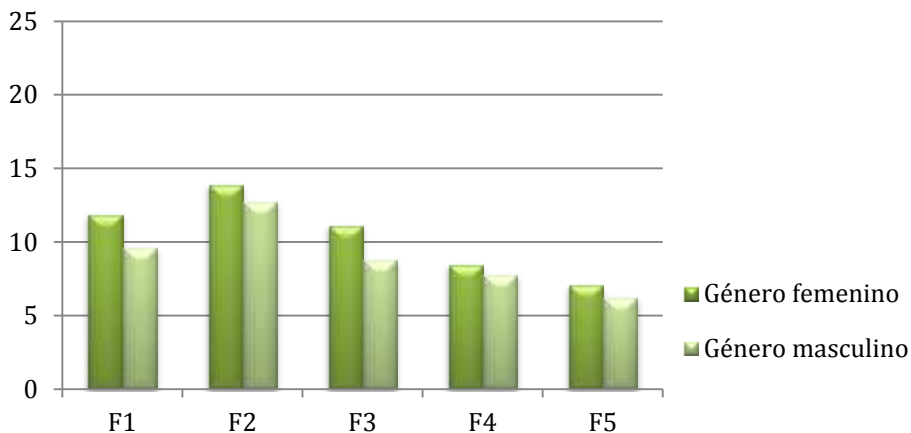


Figura 27: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Los resultados para la escala DACS muestran diferencias estadísticamente significativas entre mujeres y hombres en los factores DACS-F2 ($F_{(4,039)}=,046$; $p<0,05$) y DACS-F3 ($F_{(4,139)}=,043$; $p<0,05$), para el resto de factores no hay diferencias (véase figura 28).

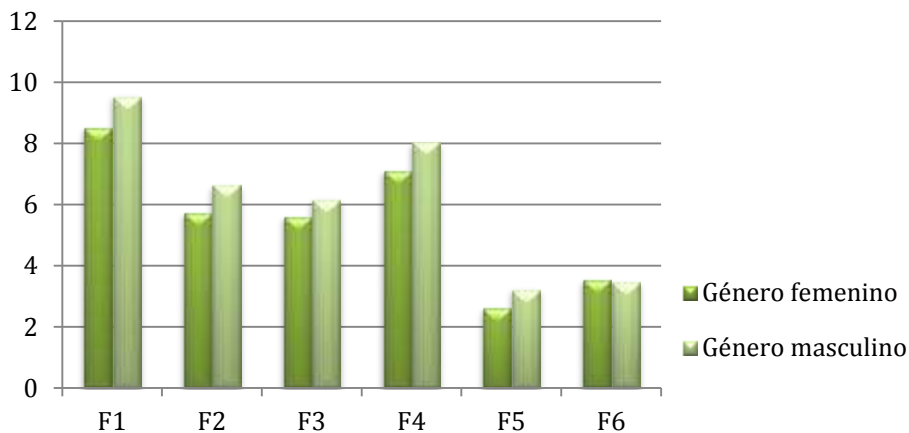


Figura 28: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)



El análisis de la escala EMMCL, en función del género de los participantes del Grado en Enfermería, indica diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los hombres y las mujeres en el factor MPO ($F_{(4,433)}=,036; p<0,05$) (véase figura 29).

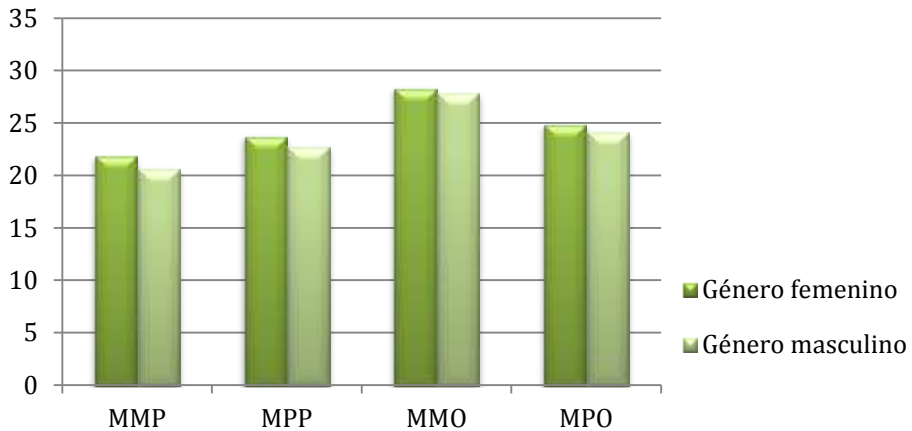


Figura 29: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Los análisis para el inventario IEE no muestran diferencias para los factores REL y COS (véase figura 30).

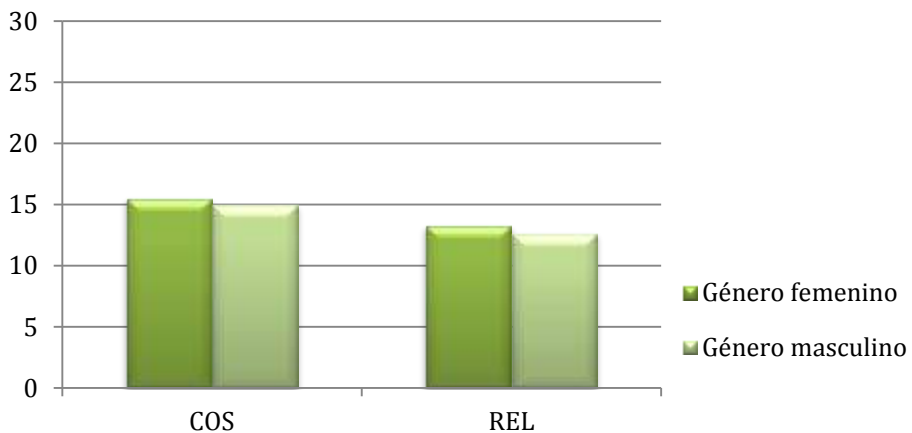


Figura 30: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)



En la tabla 13 pueden observarse las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Enfermería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según el curso en el que se encuentran.

Tabla 13

Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Primer curso N=87	Segundo curso N=89	Tercer curso N=68	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)				
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,60±4,84	11,86±3,77	11,28±4,62	(1-2) = ,915 (1-3) = ,897 (2-3) = ,698
F2 Significado y aceptación de la muerte	14,03±4,33	13,35±3,92	14,04±4,15	(1-2) = ,515 (1-3) = 1,00 (2-3) = ,550
F3 Pensamiento sobre la muerte	11,54±3,43	10,79±3,06	10,53±3,54	(1-2) = ,303 (1-3) = ,148 (2-3) = ,871
F4 Vida después de la muerte	7,94±3,47	8,36±3,34	9,07±3,65	(1-2) = ,706 (1-3) = ,112 (2-3) = ,411
F5 Brevedad de la vida	7,13±2,92	6,97±2,59	6,97±2,63	(1-2) = ,920 (1-3) = ,933 (2-3) = 1,00
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)				
F1 Miedo a pensar en una operación	8,31±1,55	8,76±1,71	9,00±1,76	(1-2) = ,170 (1-3) = ,030* (2-3) = ,655
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,59±1,32	5,93±1,46	6,18±1,47	(1-2) = ,236 (1-3) = ,028* (2-3) = ,532
F3 Miedo ante el cáncer	5,61±0,85	5,62±0,83	5,96±1,03	(1-2) = ,998 (1-3) = ,047* (2-3) = ,053
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,06±1,24	7,40±1,37	7,32±1,48	(1-2) = ,210 (1-3) = ,449 (2-3) = ,927
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,49±0,75	2,80±0,88	2,90±0,88	(1-2) = ,044 (1-3) = ,009** (2-3) = ,741
F6 Preocupación por el futuro	3,36±0,65	3,71±0,50	3,53±0,66	(1-2) = ,000** (1-3) = ,180 (2-3) = ,159
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)				
MMP Miedo a la muerte propia	21,94±6,14	21,52±6,74	21,85±6,07	(1-2) = ,897 (1-3) = ,996 (2-3) = ,942
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,90±5,41	23,02±5,84	24,15±5,95	(1-2) = ,569 (1-3) = ,960 (2-3) = ,442



MMO				(1-2) = ,951
Miedo a la muerte de otros	28,36±4,69	28,61±5,46	27,82±5,69	(1-3) = ,799
				(2-3) = ,626
MPO				(1-2) = ,993
Miedo al proceso de morir de otros	24,80±5,99	24,71±5,76	24,85±5,26	(1-3) = ,998
				(2-3) = ,986
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)				
COS				(1-2) = ,366
Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	16,29±6,66	14,94±6,82	15,03±6,10	(1-3) = ,465
				(2-3) = ,996
REL				(1-2) = ,854
Religiosidad	13,06±6,43	13,58±6,42	12,91±6,79	(1-3) = ,990
				(2-3) = ,798

1. Primer curso; 2. Segundo curso; 3. Tercer curso.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Según se indica, no existen diferencias entre las medias de los diferentes cursos del Grado en Enfermería (véase figura 31) que puedan ser consideradas estadísticamente significativas en ninguno de los factores que forman parte del inventario DAI.

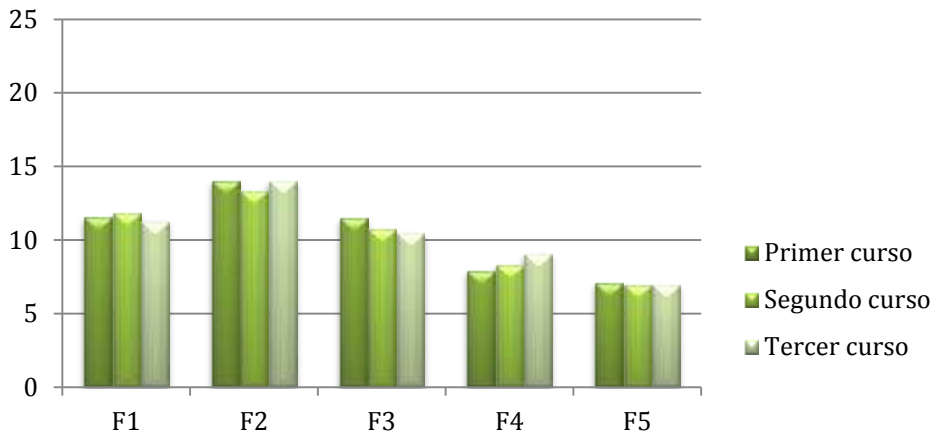


Figura 31: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Por su parte, para la escala DACS, encontramos diferencias de medias entre los cursos primero y tercero, en los factores DACS-F1 ($p < 0,05$), DACS-F2 ($p < 0,05$), DACS-F3 ($p < 0,05$) y DACS-F5 ($p < 0,01$).



En el factor DACS-F6 se encuentran diferencias que son estadísticamente significativas entre las medias del alumnado de primero y segundo ($p < 0,001$). En el factor DACS-F4 no se aprecian diferencias entre sus medias (véase figura 32).

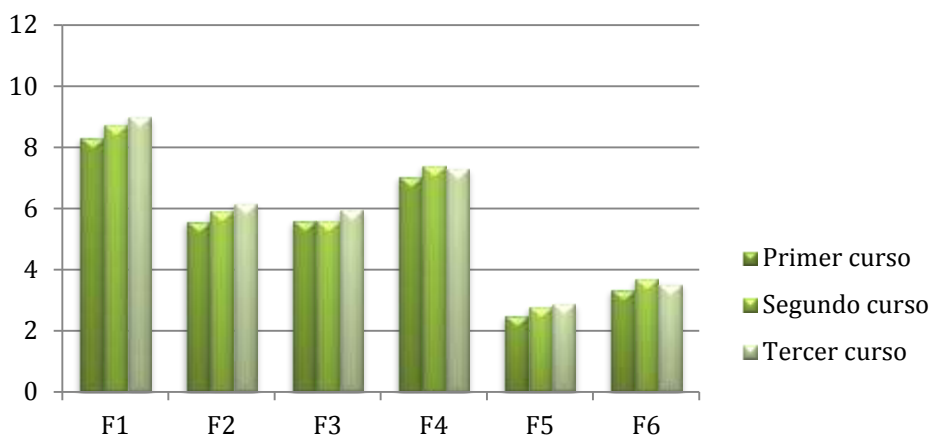


Figura 32: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

Del análisis de la escala EMMCL, se desprende que en ninguno de sus factores se encuentran diferencias significativas.

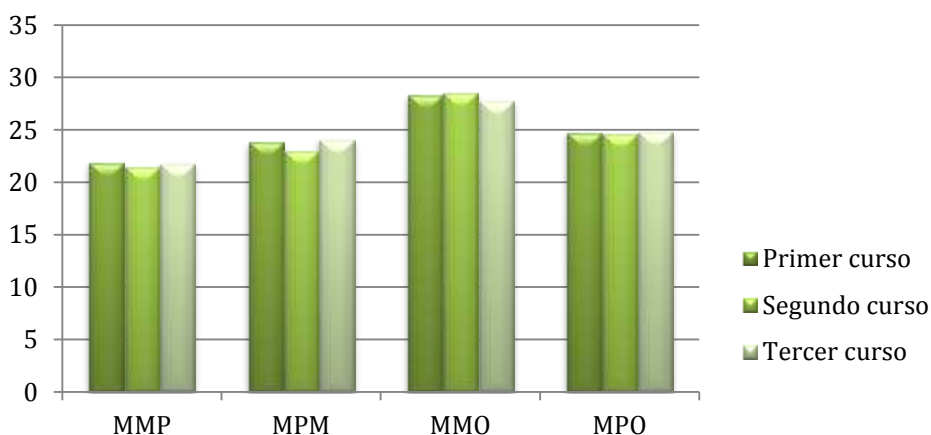


Figura 33: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)



Por último, y una vez analizadas las medias de las puntuaciones de los diferentes cursos en el inventario IEE, ni para el factor REL ni para el factor COS existen diferencias estadísticamente significativas véase figura 34).

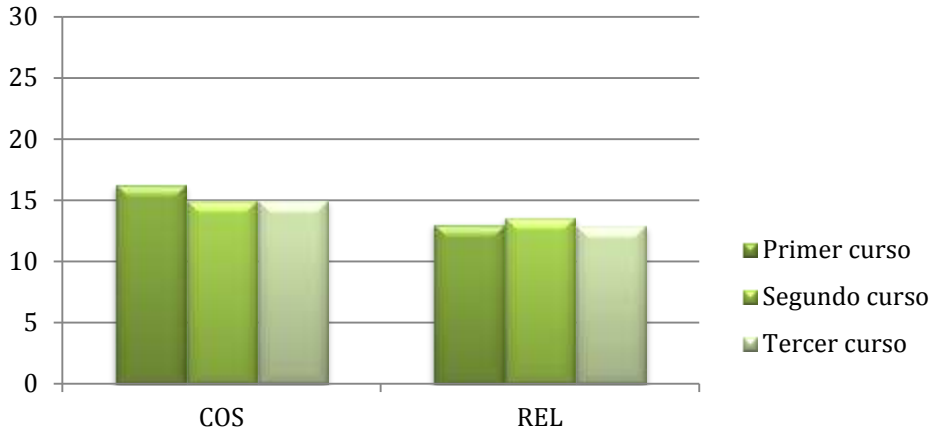


Figura 34: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

Por último, se muestran las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Enfermería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según su filiación religiosa (véase tabla 14).

Tabla 14

Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Agnóstica /Atea N=42	Católica practicante N=57	Católica no practicante N=133	Otra practicante N=2	Otra no practicante N=10	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)						
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	9,93±4,25	11,68±4,01	12,32±4,41	9,00±0,00	9,30±5,31	(1-2) = ,270 (1-3) = ,017** (1-4) = ,998 (1-5) = ,994 (2-3) = ,888 (2-4) = ,910 (2-5) = ,493 (3-4) = ,818 (3-5) = ,211 (4-5) = 1,00



F2 Significado y aceptación de la muerte	12,88±3,89	14,05±4,24	13,99±4,00	7,50±0,71	14,60±5,56	(1-2) = ,625 (1-3) = ,543 (1-4) = ,368 (1-5) = ,756 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,175 (2-5) = ,995 (3-4) = ,175 (3-5) = ,991 (4-5) = ,170
F3 Pensamiento sobre la muerte	10,71±3,70	11,18±3,22	11,10±3,18	7,50±0,71	10,30±4,76	(1-2) = ,961 (1-3) = ,967 (1-4) = ,676 (1-5) = ,997 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,547 (2-5) = ,941 (3-4) = ,559 (3-5) = ,950 (4-5) = ,817
F4 Vida después de la muerte	7,67±3,64	8,44±3,62	8,77±3,36	5,50±2,12	7,20±3,68	(1-2) = ,811 (1-3) = ,383 (1-4) = ,911 (1-5) = ,995 (2-3) = ,976 (2-4) = ,766 (2-5) = ,837 (3-4) = ,680 (3-5) = ,645 (4-5) = ,970
F5 Brevedad de la vida	6,90±2,73	6,75±2,84	7,25±2,67	5,00±0,00	6,50±2,68	(1-2) = ,999 (1-3) = ,953 (1-4) = ,869 (1-5) = ,993 (2-3) = ,781 (2-4) = ,898 (2-5) = ,999 (3-4) = ,773 (3-5) = ,918 (4-5) = ,954
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)						
F1 Miedo a pensar en una operación	8,98±1,65	8,92±1,90	8,50±1,60	9,00±2,83	8,10±1,37	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,490 (1-4) = 1,00 (1-5) = ,575 (2-3) = ,480 (2-4) = 1,00 (2-5) = ,602 (3-4) = ,993 (3-5) = ,952 (4-5) = ,958



F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,81±1,44	5,88±1,50	5,87±1,42	8,00±0,00	5,80±1,03	(1-2) = ,999 (1-3) = ,999 (1-4) = ,213 (1-5) = 1,00 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,236 (2-5) = 1,00 (3-4) = ,225 (3-5) = 1,00 (4-5) = ,272
F3 Miedo ante el cáncer	5,62±0,82	5,65±1,00	5,74±0,90	5,50±0,71	6,00±0,82	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,937 (1-4) = 1,00 (1-5) = ,759 (2-3) = ,965 (2-4) = ,999 (2-5) = ,795 (3-4) = ,996 (3-5) = ,913 (4-5) = ,955
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,38±1,48	7,44±1,38	7,11±1,33	9,00±0,00	7,30±1,06	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,797 (1-4) = ,467 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,552 (2-4) = ,498 (2-5) = ,998 (3-4) = ,292 (3-5) = ,993 (4-5) = ,487
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,81±0,83	2,67±0,89	2,71±0,84	4,00±0,00	2,50±0,71	(1-2) = ,921 (1-3) = ,959 (1-4) = ,297 (1-5) = ,837 (2-3) = ,998 (2-4) = ,187 (2-5) = ,979 (3-4) = ,205 (3-5) = ,946 (4-5) = ,154
F6 Preocupación por el futuro	3,50±0,63	3,58±0,63	3,53±0,61	4,00±0,00	3,40±0,70	(1-2) = ,971 (1-3) = ,999 (1-4) = ,799 (1-5) = ,991 (2-3) = ,984 (2-4) = ,880 (2-5) = ,917 (3-4) = ,821 (3-5) = ,972 (4-5) = ,723



Escala de miedo a la muerte (EMMCL)						
MMP Miedo a la muerte propia	21,05±6,30	23,49±7,29	21,41±5,95	14,00±2,83	21,20±3,26	(1-2) = ,311
						(1-3) = ,998
						(1-4) = ,529
						(1-5) = 1,00
						(2-3) = ,233
						(2-4) = ,221
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,07±6,53	24,88±6,14	23,50±5,27	20,50±9,19	21,60±4,14	(1-2) = ,527
						(1-3) = ,993
						(1-4) = ,971
						(1-5) = ,949
						(2-3) = ,550
						(2-4) = ,824
MMO Miedo a la muerte de otros	28,26±7,14	29,63±4,51	27,92±4,79	30,00±1,41	25,60±5,27	(1-2) = ,967
						(1-3) = ,996
						(1-4) = ,991
						(1-5) = ,596
						(2-3) = ,238
						(2-4) = 1,00
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,71±5,76	26,12±5,85	24,36±5,71	26,50±0,71	22,70±3,47	(1-2) = ,739
						(1-3) = ,997
						(1-4) = ,993
						(1-5) = ,851
						(2-3) = ,288
						(2-4) = 1,00
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	14,07±5,50	15,52±6,89	15,67±6,57	17,50±16,26	17,40±7,50	(1-2) = ,814
						(1-3) = ,648
						(1-4) = ,952
						(1-5) = ,605
						(2-3) = 1,00
						(2-4) = ,994
REL Religiosidad	8,31±5,20	20,21±5,35	12,20±4,87	15,00±9,90	7,00±1,63	(1-2) = ,000**
						(1-3) = ,000**
						(1-4) = ,347
						(1-5) = ,946
						(2-3) = ,000**
						(2-4) = ,596
(2-5) = ,000**						



(3-4) = ,934
(3-5) = ,015*
(4-5) = ,238

1. Agnóstica/Atea; 2. Católica practicante; 3. Católica no practicante; 4. Otra practicante; 5. Otra no practicante.
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

No se obtienen diferencias significativas para los participantes pertenecientes al Grado en Enfermería agrupados según la variable filiación religiosa en el DAI ni en el DACS (véanse figura 35 y figura 36, respectivamente).

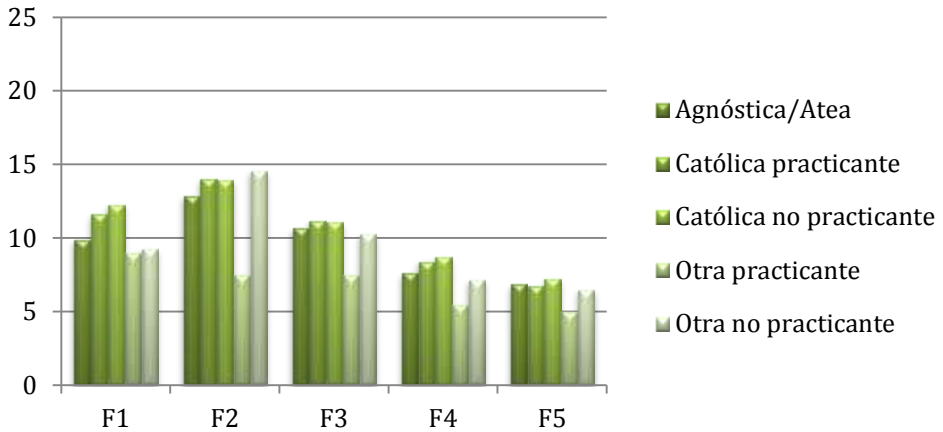


Figura 35: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

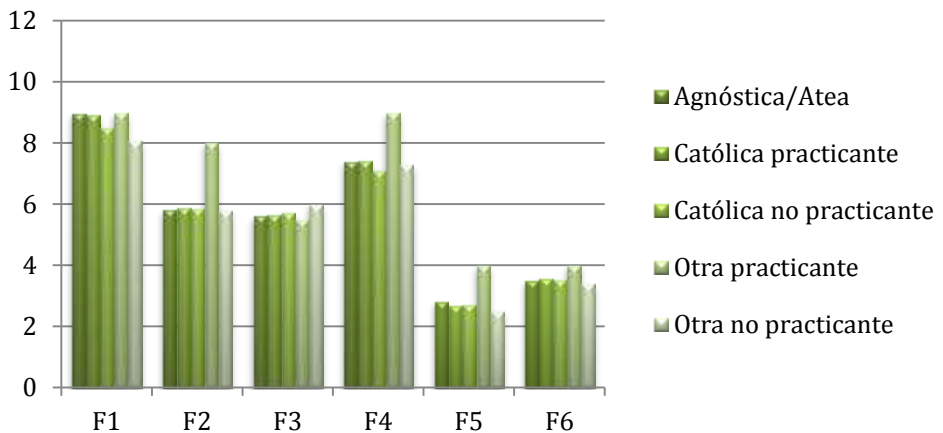


Figura 36: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)



Lo mismo ocurre para la escala EMMCL (véase figura 37).

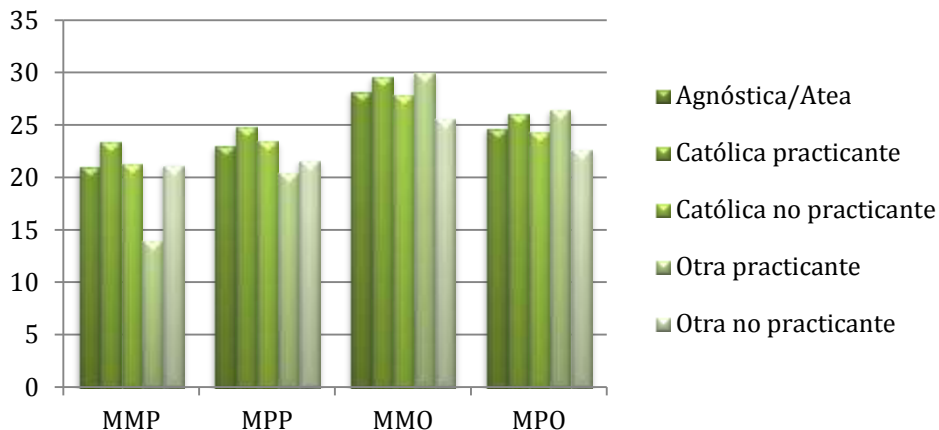


Figura 37: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Los datos para el factor REL del inventario IEE, en su factor REL indica diferencias ($p < 0,001$) entre el grupo de agnósticos y ateos y los grupos de católicos, practicantes y no practicantes.

En este factor también se hallan diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo de católicos practicantes con el grupo de católicos no practicantes ($p < 0,001$) y del grupo de católicos no practicantes con el grupo de alumnado no practicante de otras religiones ($p < 0,05$).

Los resultados para el factor COS no son estadísticamente significativos (véase figura 38).

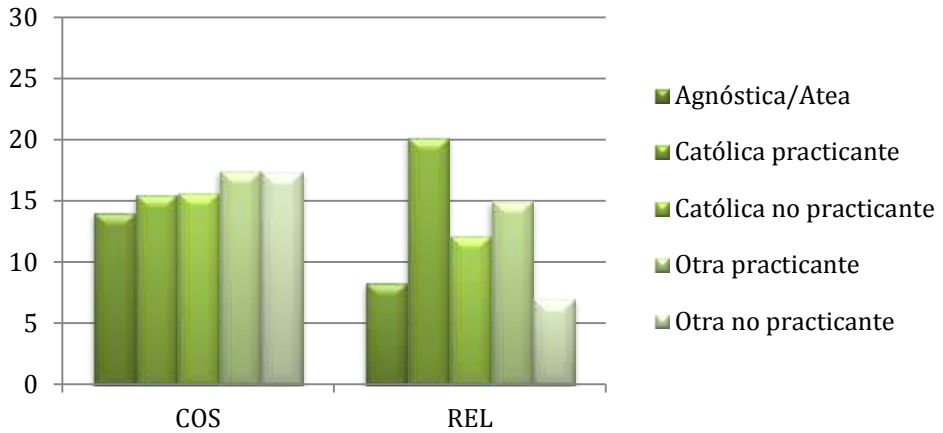


Figura 38: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Enfermería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.2.2. Análisis del Grado en Medicina

En la tablas 15 se muestran las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Medicina, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según la variable género.

Tabla 15

Resultados según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados

	Género femenino N=110	Género masculino N=43	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)			
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,21±3,51	9,63±3,61	F(,012) = ,911
F2 Significado y aceptación de la muerte	14,44±4,02	14,95±4,30	F(,470) = ,494
F3 Pensamiento sobre la muerte	11,07±3,64	10,79±3,38	F(,552) = ,459
F4 Vida después de la muerte	9,00±3,53	9,02±3,11	F(2,761) = ,099
F5 Brevedad de la vida	7,57±2,53	7,07±2,58	F(,050) = ,824



Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)			
F1 Miedo a pensar en una operación	8,75±1,31	9,16±1,46	F(406) = ,525
F2 Miedo a tener un Ataque al corazón	6,05±1,39	6,28±1,32	F(062) = ,804
F3 Miedo ante el cáncer	5,75±0,93	5,86±0,97	F(046) = ,831
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,50±1,19	7,88±1,26	F(156) = ,694
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,75±0,83	3,07±0,80	F(1,735) = ,190
F6 Preocupación por el futuro	3,66±0,53	3,77±0,53	F(2,820) = ,095
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)			
MMP Miedo a la muerte propia	22,34±5,86	20,84±5,76	F(1,896) = ,171
MPP Miedo al proceso propio de morir	23,88±5,77	22,42±6,29	F(358) = ,550
MMO Miedo a la muerte de otros	28,30±4,51	27,30±6,07	F(7,130) = ,008**
MPO Miedo al proceso de morir de otros	25,04±5,29	23,42±6,31	F(1,862) = ,174
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)			
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,81±6,39	17,16±6,70	F(206) = ,651
REL Religiosidad	13,87±6,76	12,86±6,80	F(015) = ,903

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis realizado se concluye que no existen diferencias entre las medias obtenidas por los hombres y por las mujeres del Grado de Medicina para ninguno de los factores del inventario DAI y de la escala DACS (véanse figura 39 y figura 40, respectivamente).

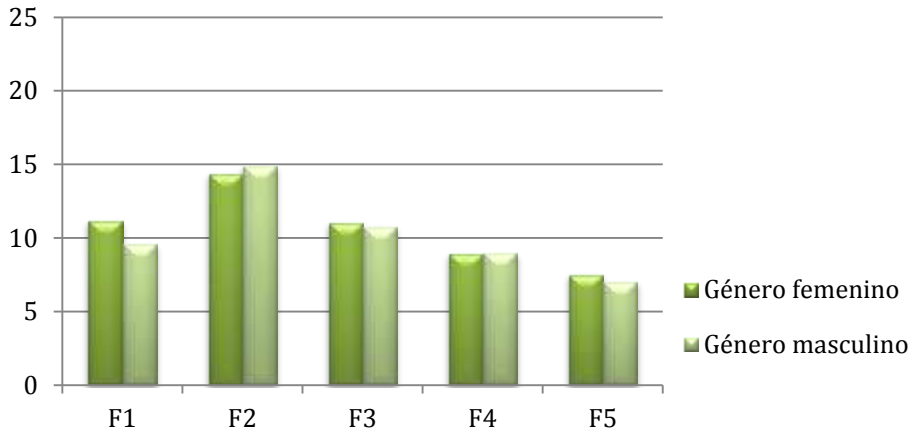


Figura 39: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

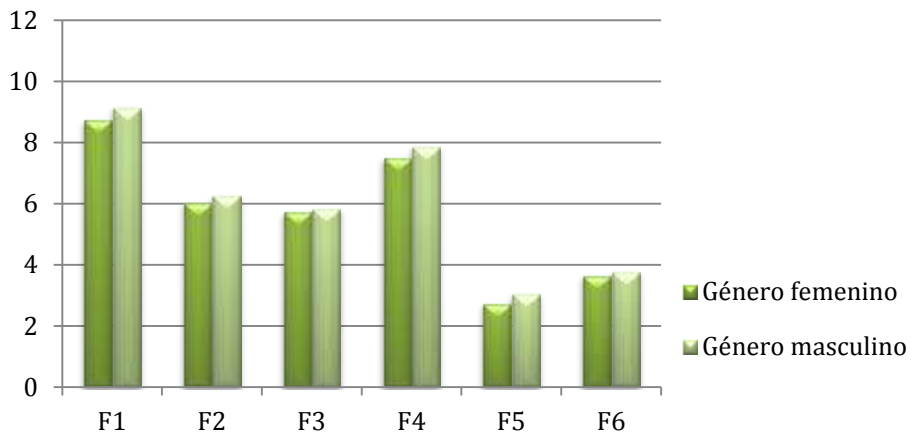


Figura 40: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

En la escala EMMCL se han encontrado diferencias ($F_{(7,130)}=0,008$; $p<0,01$) entre medias presentadas por las mujeres y las presentadas por los hombres del Grado de Medicina (véase figura 41).

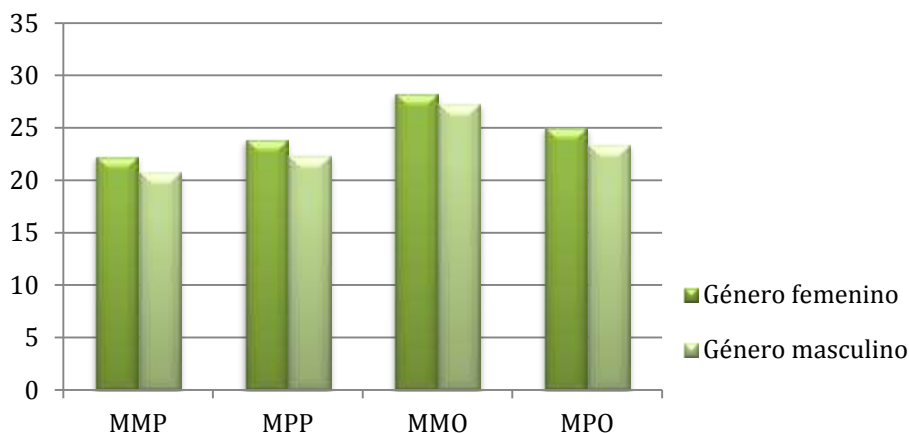


Figura 41: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Las diferencias para los datos de los factores del inventario IEE (factores REL y COS) no son significativos (véase figura 42).

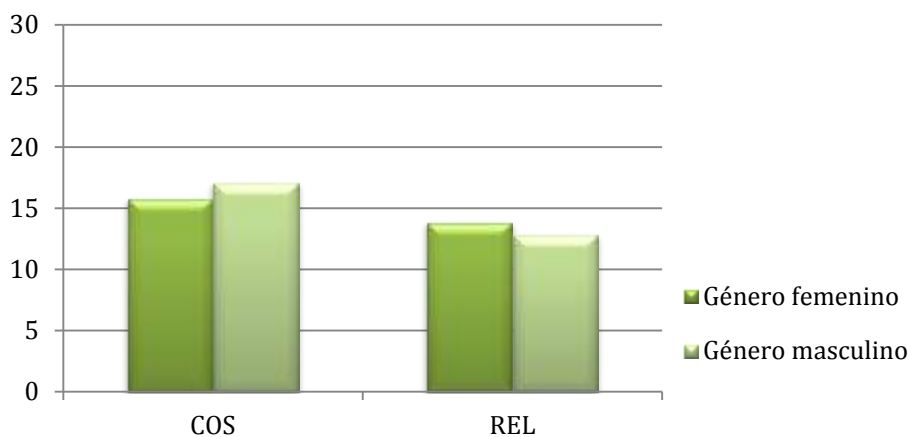


Figura 42: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

A continuación se exponen las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Medicina, para los factores de las



diferentes pruebas utilizadas, según el curso en el que están matriculados (véase tabla 16).

Tabla 16
Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados

	Primer curso N=51	Segundo curso N=50	Tercer curso N=52	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)				
F1				
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	9,71±3,55	11,42±3,58	11,17±3,49	(1-2) = ,042* (1-3) = ,093 (2-3) = ,934
F2				
Significado y aceptación de la muerte	14,59±4,08	14,38±4,21	14,77±4,06	(1-2) = ,965 (1-3) = ,973 (2-3) = ,882
F3				
Pensamiento sobre la muerte	10,45±3,47	11,22±3,70	11,31±3,52	(1-2) = ,525 (1-3) = ,443 (2-3) = ,992
F4				
Vida después de la muerte	9,59±3,38	8,56±3,38	8,87±3,44	(1-2) = ,285 (1-3) = ,529 (2-3) = ,893
F5				
Brevidad de la vida	7,22±2,67	7,42±2,55	7,65±2,44	(1-2) = ,915 (1-3) = ,660 (2-3) = ,889
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)				
F1				
Miedo a pensar en una operación	9,12±1,39	8,76±1,38	8,73±1,32	(1-2) = ,387 (1-3) = ,323 (2-3) = ,994
F2				
Miedo a tener un ataque al corazón	6,10±1,37	6,14±1,37	6,12±1,38	(1-2) = ,987 (1-3) = ,998 (2-3) = ,996
F3				
Miedo ante el cáncer	5,75±0,87	5,80±1,01	5,81±0,95	(1-2) = ,954 (1-3) = ,940 (2-3) = ,999
F4				
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,39±1,13	7,72±1,29	7,71±1,27	(1-2) = ,369 (1-3) = ,381 (2-3) = ,999
F5				
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,86±0,85	2,82±0,83	2,85±0,83	(1-2) = ,964 (1-3) = ,994 (2-3) = ,986
F6				
Preocupación por el futuro	3,65±0,63	3,72±0,50	3,71±0,46	(1-2) = ,770 (1-3) = ,812 (2-3) = ,996
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)				
MMP				
Miedo a la muerte propia	21,12±5,90	22,80±6,56	21,85±5,98	(1-2) = ,356 (1-3) = ,820 (2-3) = ,714



MPP				(1-2) = ,981
Miedo al proceso propio de morir	23,12±6,61	22,90±5,96	24,37±5,18	(1-3) = ,537 (2-3) = ,428
MMO				(1-2) = ,326
Miedo a la muerte de otros	28,25±4,86	26,84±5,70	28,92±4,23	(1-3) = ,773 (2-3) = ,089
MPO				(1-2) = ,970
Miedo al proceso de morir de otros	24,06±5,91	24,32±5,80	25,35±5,15	(1-3) = ,478 (2-3) = ,628
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)				
COS				(1-2) = ,043*
Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	14,71±6,33	17,80±6,15	16,10±6,70	(1-3) = ,514 (2-3) = ,373
REL				(1-2) = ,166
Religiosidad	15,20±7,35	12,76±6,55	12,81±6,22	(1-3) = ,171 (2-3) = ,999

1. Primer curso; 2. Segundo curso; 3. Tercer curso.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

El análisis para los factores del inventario DAI, para el grupo de alumnado del Grado en Medicina, indica diferencias significativas entre las medias de los cursos primero y segundo para el factor DAI-F1 ($p < 0,05$). No siendo significativas en el resto de factores (véase figura 43).

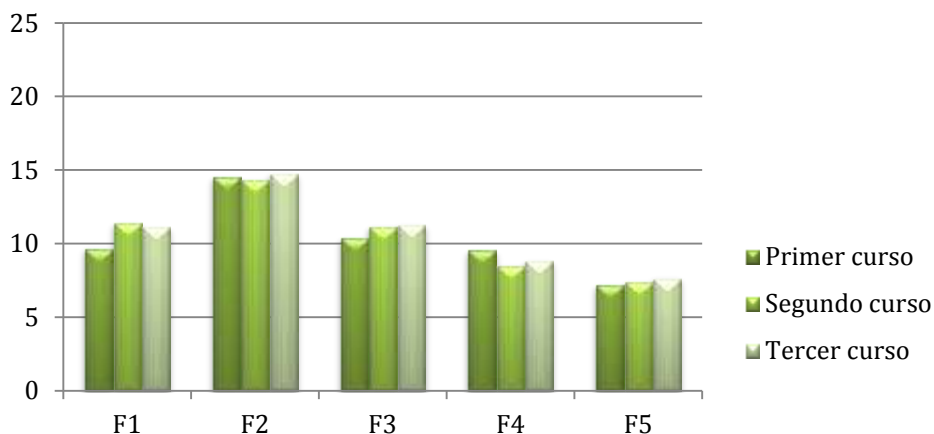


Figura 43: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

El análisis de la escala DACS indica que no hay diferencias para sus factores (véase figura 44).

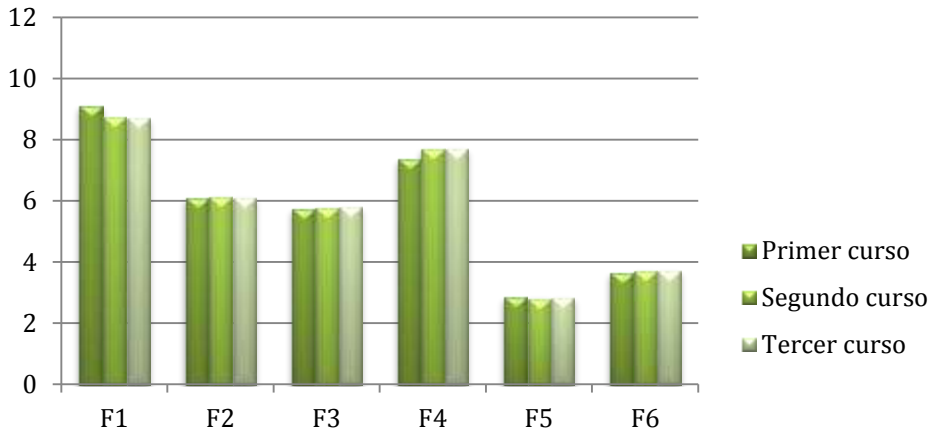


Figura 44: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

Por otra parte, del análisis de las medias de cada uno de los cursos del Grado en Medicina en la escala EMMCL se desprende que no hay diferencias para ninguno de sus factores (véase figura 45).

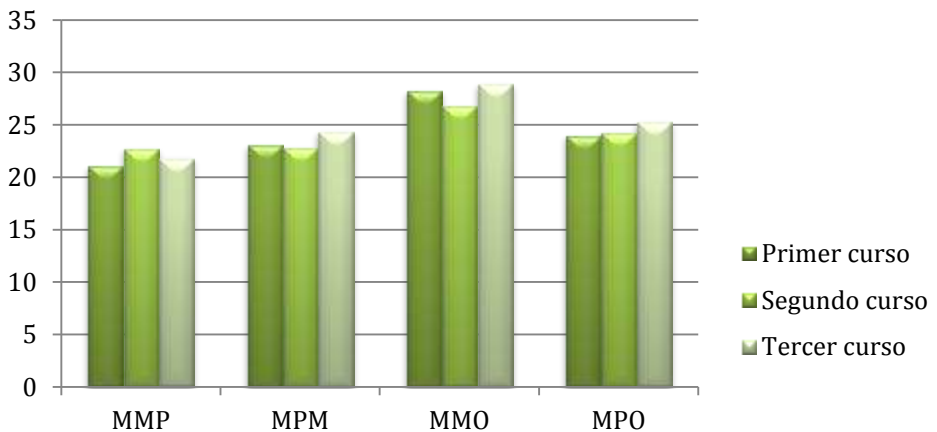


Figura 45: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Tampoco existen diferencias para el factor REL del inventario IEE, aunque estas sí se obtienen para los resultados del factor COS, entre primer y segundo cursos ($p < 0,05$) (véase figura 46).

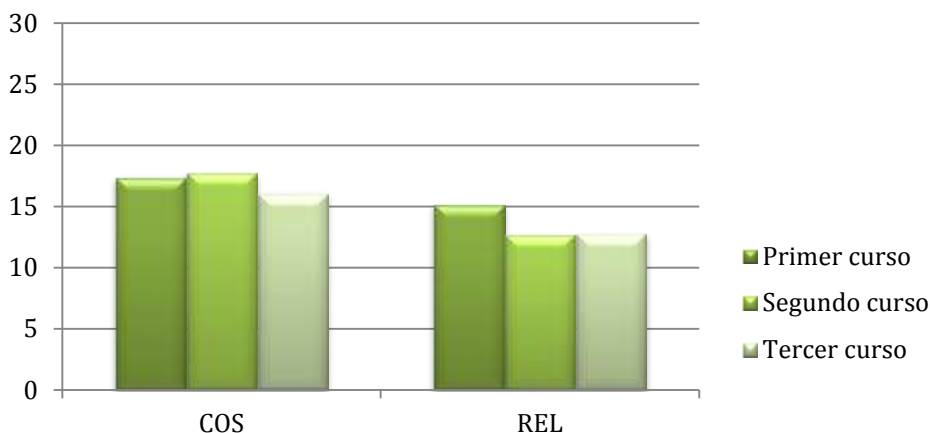


Figura 46: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

Por último, se exponen las medias obtenidas para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según su filiación religiosa (véase tabla 17).

En este análisis se ha omitido el grupo “otra no practicante” al no existir no ningún participante que pertenezca al Grado en Medicina que haya señalado esa opción en esta variable (véase tabla 17).

Tabla 17

Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de los cuestionarios analizados

	Agnóstica /Atea N=30	Católica practicante N=48	Católica no practicante N=70	Otra practicante N=0	Otra no practicante N=10	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)						
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	10,83±3,89	11,25±3,50	10,40±3,57		10,80±3,56	(1-2) = ,960 (1-3) = ,947 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,593 (2-5) = ,993 (3-5) = ,995
F2 Significado y aceptación de la muerte	13,90±4,37	14,50±3,27	14,84±4,45		15,80±4,87	(1-2) = ,923 (1-3) = ,720 (1-5) = ,741 (2-3) = ,971 (2-5) = ,907 (3-5) = ,958



F3 Pensamiento sobre la muerte	11,17±3,60	10,00±3,29	11,59±3,69	11,20±2,77	(1-2) = ,488 (1-3) = ,948 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,082 (2-5) = ,887 (3-5) = ,995
F4 Vida después de la muerte	8,20±3,37	9,15±3,30	8,99±3,49	10,20±3,42	(1-2) = ,420 (1-3) = ,716 (1-5) = ,618 (2-3) = ,906 (2-5) = ,961 (3-5) = ,868
F5 Brevedad de la vida	7,13±2,61	7,31±2,46	7,67±2,61	7,00±2,35	(1-2) = ,990 (1-3) = ,770 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,877 (2-5) = ,994 (3-5) = ,942
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)					
F1 Miedo a pensar en una operación	8,90±1,32	9,04±1,40	8,73±1,40	9,00±0,71	(1-2) = ,971 (1-3) = ,940 (1-5) = ,999 (2-3) = ,617 (2-5) = 1,00 (3-5) = ,974
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	6,67±1,12	6,02±1,38	5,89±1,40	7,00±1,22	(1-2) = ,166 (1-3) = ,041* (1-5) = ,955 (2-3) = ,949 (2-5) = ,406 (3-5) = ,278
F3 Miedo ante el cáncer	5,77±0,94	5,85±1,01	5,79±0,88	5,20±1,10	(1-2) = ,978 (1-3) = 1,00 (1-5) = ,598 (2-3) = ,980 (2-5) = ,453 (3-5) = ,536
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,87±1,43	7,65±1,19	7,50±1,16	7,20±0,84	(1-2) = ,865 (1-3) = ,517 (1-5) = ,672 (2-3) = ,920 (2-5) = ,865 (3-5) = ,952
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,93±0,94	2,90±0,75	2,70±0,80	3,80±0,45	(1-2) = ,997 (1-3) = ,552 (1-5) = ,124 (2-3) = ,571 (2-5) = ,087 (3-5) = ,020*
F6 Preocupación por el futuro	3,67±0,48	3,73±0,49	3,67±0,58	3,80±0,45	(1-2) = ,958 (1-3) = 1,00 (1-5) = ,955 (2-3) = ,939 (2-5) = ,992 (3-5) = ,954



Escala de miedo a la muerte (EMMCL)					
MMP Miedo a la muerte propia	22,77±6,246	21,33±6,41	21,93±6,606	22,20±2,39	(1-2) = ,752 (1-3) = ,925 (1-5) = ,998 (2-3) = ,956 (2-5) = ,991 (3-5) = 1,00
MPP Miedo al proceso propio de morir	24,17±6,79	22,60±6,06	23,54±5,59	26,60±2,88	(1-2) = ,671 (1-3) = ,963 (1-5) = ,831 (2-3) = ,834 (2-5) = ,482 (3-5) = ,683
MMO Miedo a la muerte de otros	28,87±4,79	27,85±5,37	27,67±4,96	29,40±3,28	(1-2) = ,822 (1-3) = ,696 (1-5) = ,996 (2-3) = ,997 (2-5) = ,914 (3-5) = ,879
MPO Miedo al proceso de morir de otros	23,67±6,06	25,06±5,88	24,50±5,31	26,60±4,98	(1-2) = ,712 (1-3) = ,906 (1-5) = ,704 (2-3) = ,951 (2-5) = ,938 (3-5) = ,852
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)					
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	17,93±6,84	15,73±6,00	15,89±6,62	14,40±7,02	(1-2) = ,464 (1-3) = ,472 (1-5) = ,673 (2-3) = ,999 (2-5) = ,972 (3-5) = ,960
REL Religiosidad	9,73±5,20	18,42±6,94	12,21±5,51	9,60±3,36	(1-2) = ,000** (1-3) = ,221 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,000** (2-5) = ,010** (3-5) = ,774

1. Agnóstica/Atea; 2. Católica practicante; 3. Católica no practicante; 4. Otra practicante; 5. Otra no practicante.
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de los datos obtenidos para el inventario DAI se deduce que no hay diferencias en ninguno de sus factores (véase figura 47).

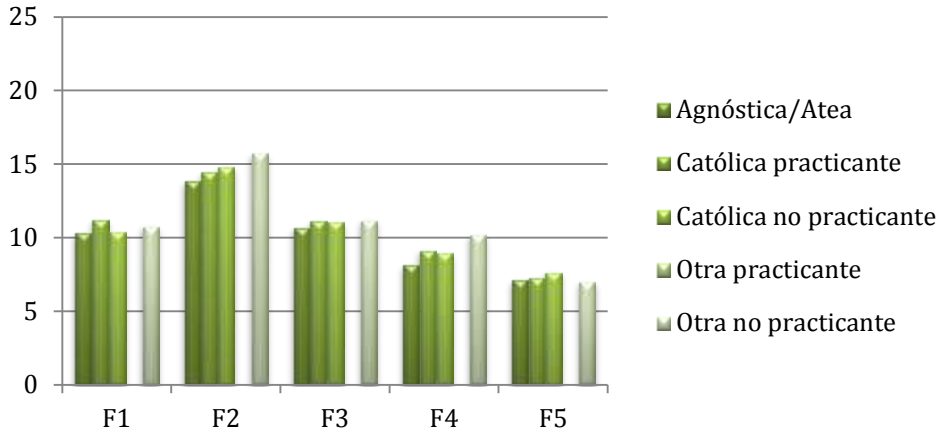


Figura 47: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Del análisis de las puntuaciones de la escala DACS, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas en el factor DACS-F2 entre las medias de los grupos de agnósticos y ateos con el grupo de católicos no practicantes ($p < 0,05$).

Igualmente, se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el factor DACS-F5 entre las medias de los grupos de no practicantes, tanto de religión católica como de otras religiones (véase figura 48).

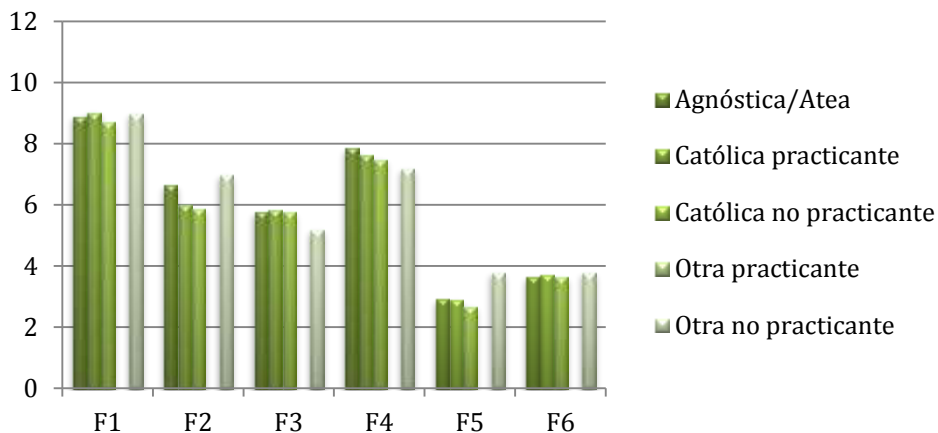


Figura 48: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)

El análisis de la escala EMMCL indica que no hay diferencias entre los grupos en función de la variable filiación religiosa para ninguno de sus factores (véase figura 49).

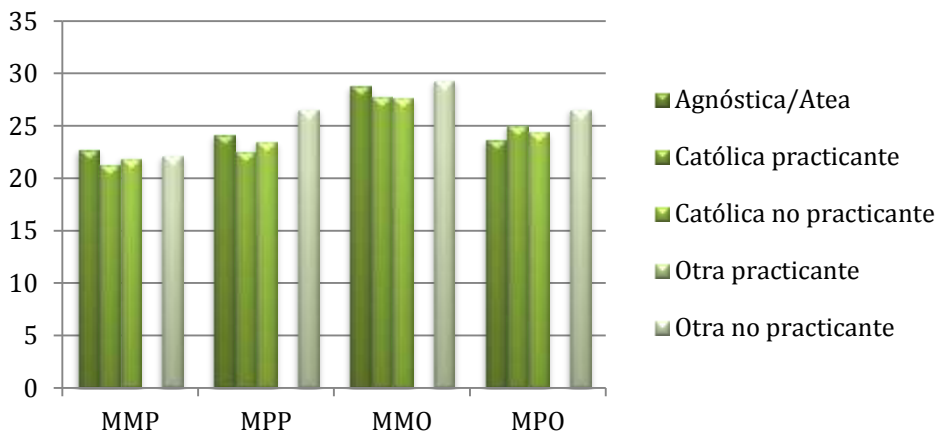


Figura 49: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Los análisis para el factor REL del inventario IEE en estudiantes de Medicina indican diferencias significativas entre el grupo de católicos practicantes con los grupos de ateos y agnósticos ($p < 0,001$), el grupo de



católicos no practicantes ($p < 0,001$) y el grupo de no practicantes de otras religiones ($p < 0,05$).

No se obtienen diferencias para el factor COS (véase figura 50).

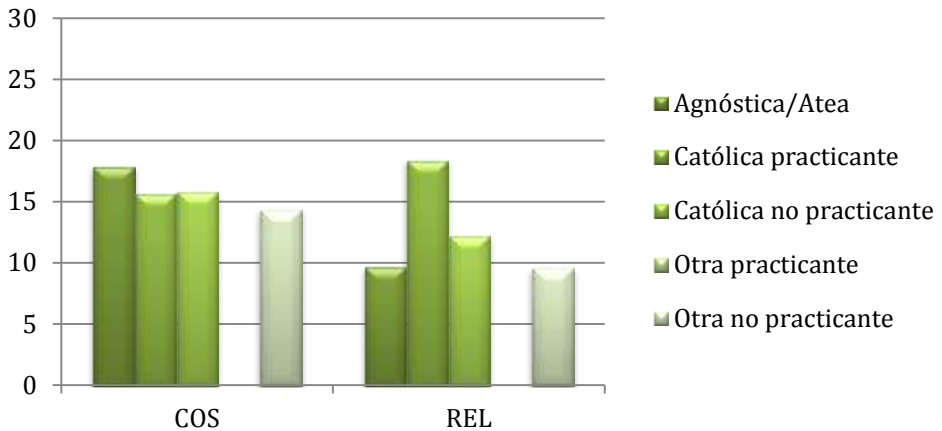


Figura 50: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Medicina para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.2.3. Análisis del Grado en Ingeniería

Se exponen a continuación las medias de las puntuaciones obtenidas en el Grado en Ingeniería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según el género de sus participantes (véase tabla 18).

Tabla 18

Resultados según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Género femenino N=31	Género masculino N=187	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)			
F1			
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	13,52±5,12	11,63±4,65	F(,765) = ,374
F2			
Significado y aceptación de la muerte	12,77±4,00	12,75±4,52	F(,648) = ,422
F3			
Pensamiento sobre la muerte	9,58±3,40	9,71±3,64	F(,025) = ,873



F4 Vida después de la muerte	7,19±3,09	8,02±3,79	F(3,585) = ,060
F5 Brevedad de la vida	6,48±2,39	6,57±3,07	F(2,193) = ,140
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)			
F1 Miedo a pensar en una operación	7,97±1,33	9,20±2,04	F(3,286) = ,071
F2 Miedo a tener un Ataque al corazón	5,90±1,42	6,30±1,58	F(,879) = ,349
F3 Miedo ante el cáncer	5,55±1,12	5,88±1,36	F(,045) = ,833
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,45±1,55	7,66±1,73	F(,378) = ,539
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,74±0,93	3,10±1,01	F(,126) = ,723
F6 Preocupación por el futuro	3,45±0,72	3,28±0,75	F(,102) = ,750
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)			
MMP Miedo a la muerte propia	17,58±5,99	18,53±6,45	F(,019) = ,891
MPP Miedo al proceso propio de morir	21,87±6,52	20,74±6,44	F(,005) = ,945
MMO Miedo a la muerte de otros	27,13±4,97	26,06±6,49	F(2,445) = ,119
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,00±5,42	23,53±6,15	F(1,362) = ,244
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)			
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	16,10±6,66	14,38±6,79	F(,013) = ,911
REL Religiosidad	12,84±6,59	12,24±6,53	F(,080) = ,778

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

En relación al análisis de las puntuaciones obtenidas para el grupo de participantes del Grado en Ingeniería cabe señalar que las medias obtenidas, para el grupo de género masculino y para el grupo de género femenino, no presentan diferencias estadísticamente significativas para el inventario DAI, en ninguno de sus factores, y lo mismo obtenemos con la escala DACS (véanse las figuras 51 y 52, respectivamente).

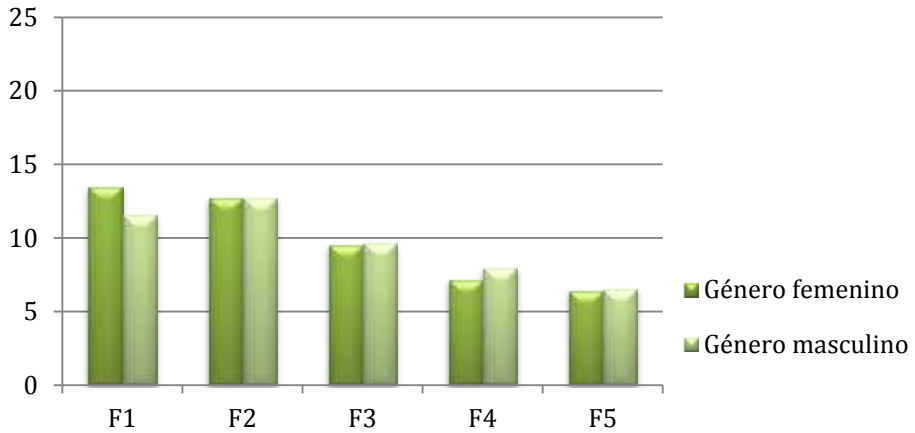


Figura 51: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

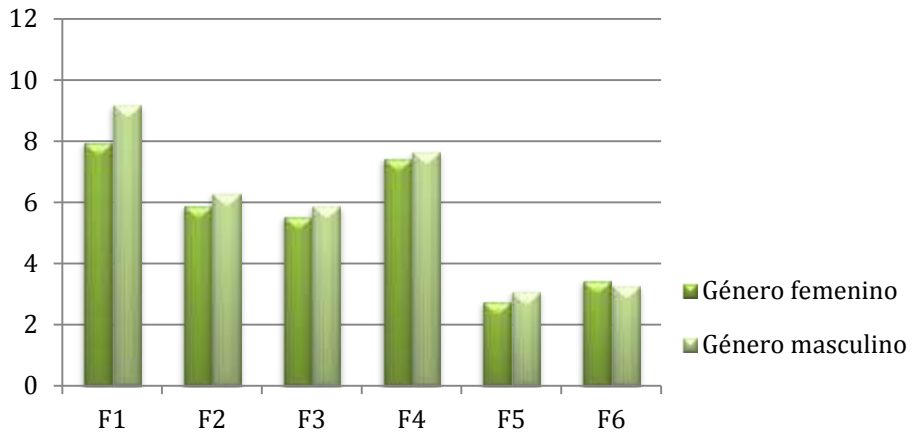


Figura 52: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)

Del análisis de la escala EMMCL se extrae que las medias entre las participantes de género femenino y los participantes de género masculino, del Grado en Ingeniería, no presentan diferencias que puedan ser consideradas como estadísticamente significativas, y lo mismo obtenemos del análisis del inventario IEE (véanse las figuras 53 y 54, respectivamente).

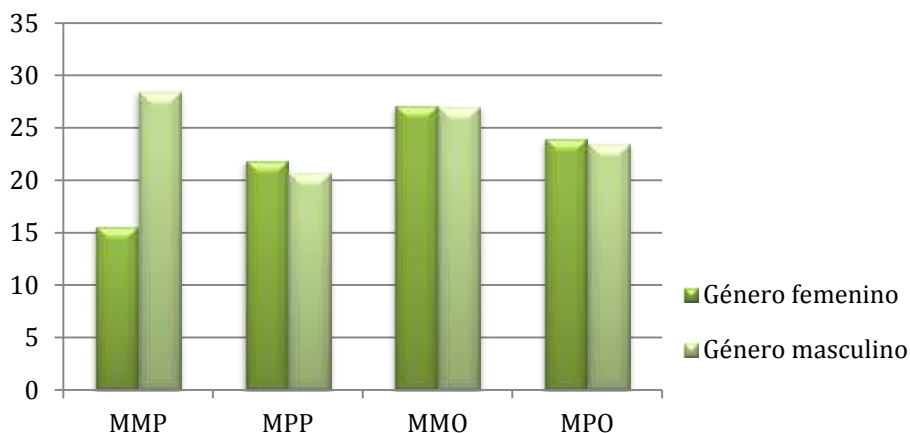


Figura 53: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

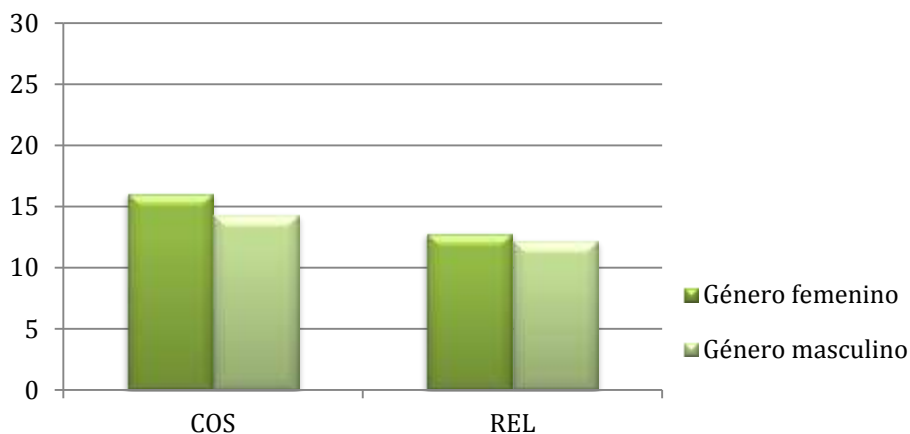


Figura 54: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

En la tabla 19 se exponen las medias de las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Ingeniería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según el curso en el que se encuentran.



Tabla 19
Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Primer curso N=70	Segundo curso N=57	Tercer curso N=91	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)				
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,73±4,40	12,33±5,21	11,76±4,75	(1-2) ,757 (1-3) ,999 (2-3) ,755
F2 Significado y aceptación de la muerte	19,80±4,31	12,91±4,54	11,85±4,34	(1-2) = ,494 (1-3) = ,016* (2-3) = ,330
F3 Pensamiento sobre la muerte	10,36±3,16	9,58±4,35	9,24±3,35	(1-2) = ,445 (1-3) = ,126 (2-3) = ,843
F4 Vida después de la muerte	8,81±3,68	7,63±3,89	7,37±3,50	(1-2) = ,169 (1-3) = ,038* (2-3) = ,909
F5 Brevedad de la vida	6,91±2,73	6,47±3,27	6,33±2,96	(1-2) = ,685 (1-3) = ,434 (2-3) = ,956
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)				
F1 Miedo a pensar en una operación	8,89±1,82	8,96±1,65	9,16±2,33	(1-2) = ,973 (1-3) = ,657 (2-3) = ,826
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,94±1,43	6,36±1,42	6,39±1,71	(1-2) = ,276 (1-3) = ,161 (2-3) = ,994
F3 Miedo ante el cáncer	5,74±1,25	5,70±1,12	5,97±1,51	(1-2) = ,984 (1-3) = ,508 (2-3) = ,438
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,33±1,46	8,05±1,63	7,60±1,87	(1-2) = ,045* (1-3) = ,560 (2-3) = ,260
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,87±0,85	3,03±0,87	3,19±1,18	(1-2) = ,632 (1-3) = ,104 (2-3) = ,603
F6 Preocupación por el futuro	3,10±0,76	3,60±0,65	3,29±0,75	(1-2) = ,001** (1-3) = ,248 (2-3) = ,033*
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)				
MMP Miedo a la muerte propia	18,04±5,87	19,87±6,40	17,75±6,66	(1-2) = ,239 (1-3) = ,954 (2-3) = ,118
MPP Miedo al proceso propio de morir	20,73±6,79	21,93±5,56	20,38±6,68	(1-2) = ,550 (1-3) = ,940 (2-3) = ,333
MMO Miedo a la muerte de otros	26,73±5,05	27,00±5,66	25,32±7,40	(1-2) = ,968 (1-3) = ,337 (2-3) = ,254



Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)				
MPO				
Miedo al proceso de morir de otros	23,69±6,25	24,12±5,45	23,21±6,26	(1-2) = ,914 (1-3) = ,874 (2-3) = ,645
COS				
Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	14,79±7,02	16,28±6,44	13,47±6,65	(1-2) = ,427 (1-3) = ,437 (2-3) = 0,37*
REL				
Religiosidad	13,54±6,66	11,75±6,46	11,76±6,41	(1-2) = ,274 (1-3) = ,198 (2-3) = 1,00

1. Primer curso; 2. Segundo curso; 3. Tercer curso.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de las puntuaciones obtenidas en el inventario DAI en función de la variable curso, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de los cursos primero y tercero ($p < 0,05$) tanto en el factor DAI-F2 como en el factor (DAI-F4).

Para el resto de los factores del inventario DAI, las diferencias entre las medias obtenidas para cada curso del Grado en Ingeniería (véase figura 55) no se han obtenido diferencias.

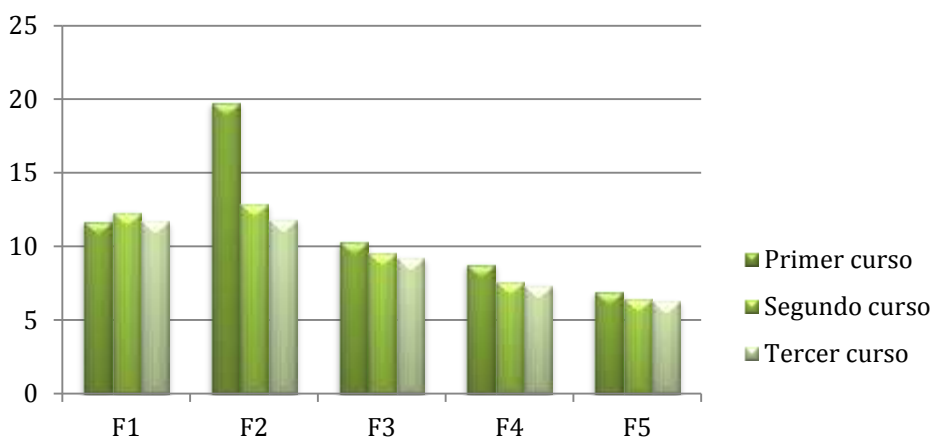


Figura 55: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

En relación con las puntuaciones obtenidas en los factores de la escala DACS, obtenemos diferencias en los cursos primero y segundo, en los factores DACS-F4 ($p < 0,04$) y DACS-F6 ($p < 0,001$). Además, en este último



factor también se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las medias de segundo y tercer curso ($p < 0,05$) (véase figura 56).

Para el resto de los factores de la escala DACS no se han obtenido diferencias.

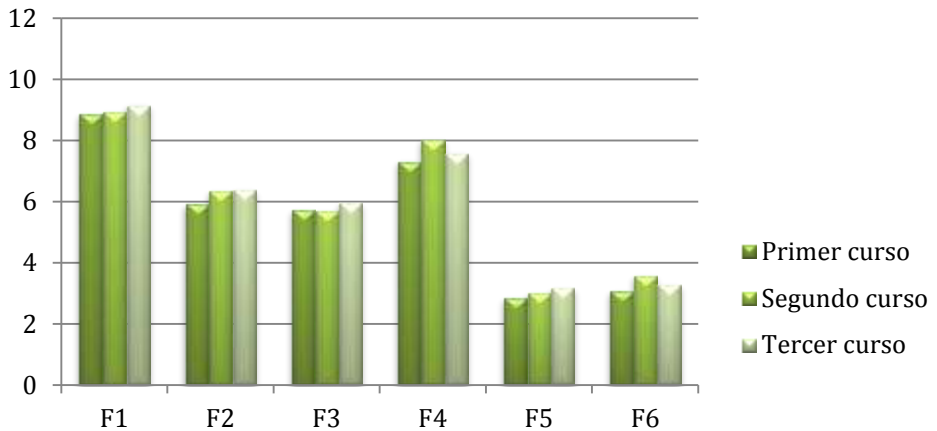


Figura 56: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

Los análisis para la escala EMMCL indican que no hay diferencias (véase figura 57).

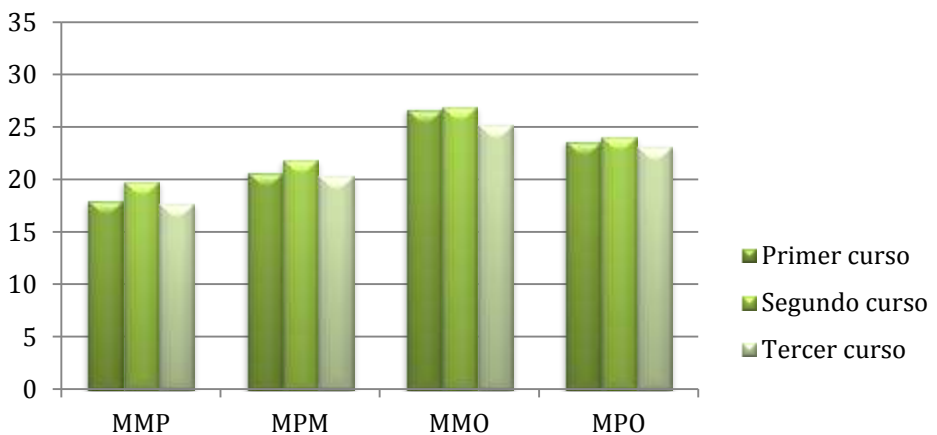


Figura 57: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)



En el inventario IEE se obtienen diferencias para el factor COS para el alumnado de segundo y tercer curso ($p < 0,05$), no se encuentran, sin embargo, para el factor REL (véase figura 58).

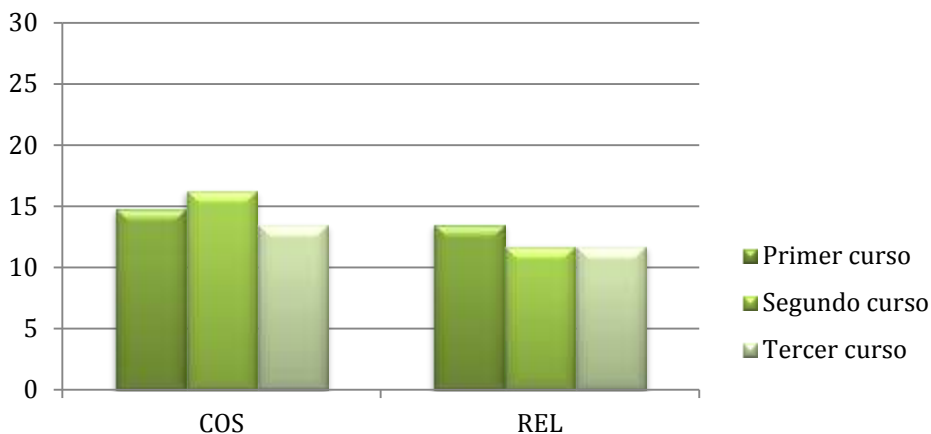


Figura 58: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

En la tabla 20 se muestran las medias de las puntuaciones obtenidas, según la variable filiación religiosa, por los participantes del Grado en Ingeniería, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas.

Tabla 20

Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de los cuestionarios analizados

	Agnóstica /Atea N=64	Católica practicante N=41	Católica no practicante N=102	Otra practicante N=4	Otra no practicante N=7	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)						
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	10,41±4,42	13,37±5,07	12,36±4,49	13,50±8,50	9,29±3,59	(1-2) = ,014* (1-3) = ,066 (1-4) = ,696 (1-5) = ,974 (2-3) = ,769 (2-4) = 1,00 (2-5) = ,203 (3-4) = ,989 (3-5) = ,438 (4-5) = ,597



F2 Significado y aceptación de la muerte	12,05±4,63	12,63±4,29	13,22±4,41	12,00±6,00	13,71±3,25	(1-2) = ,965 (1-3) = ,469 (1-4) = 1,00 (1-5) = ,881 (2-3) = ,955 (2-4) = ,999 (2-5) = ,976 (3-4) = ,984 (3-5) = ,999 (4-5) = ,973
F3 Pensamiento sobre la muerte	9,06±3,85	10,41±3,61	9,83±3,29	8,50±5,44	9,71±4,50	(1-2) = ,333 (1-3) = ,965 (1-4) = ,998 (1-5) = ,991 (2-3) = ,906 (2-4) = ,848 (2-5) = ,989 (3-4) = ,950 (3-5) = 1,00 (4-5) = ,983
F4 Vida después de la muerte	6,70±3,89	8,21±3,61	8,49±3,51	9,00±5,16	7,86±2,73	(1-2) = ,234 (1-3) = ,020* (1-4) = ,740 (1-5) = ,932 (2-3) = ,995 (2-4) = ,994 (2-5) = ,999 (3-4) = ,999 (3-5) = ,992 (4-5) = ,987
F5 Brevedad de la vida	6,47±3,19	6,41±2,60	6,70±2,92	6,75±5,56	6,00±2,88	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,989 (1-4) = 1,00 (1-5) = ,995 (2-3) = ,987 (2-4) = 1,00 (2-5) = ,997 (3-4) = 1,00 (3-5) = ,976 (4-5) = ,995
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)						
F1 Miedo a pensar en una operación	9,64±2,43	8,59±1,86	8,75±1,73	8,75±0,50	10,00±1,41	(1-2) = ,060 (1-3) = ,041 (1-4) = ,905 (1-5) = ,991 (2-3) = ,990 (2-4) = 1,00 (2-5) = ,401 (3-4) = 1,00 (3-5) = ,486 (4-5) = ,849



F2 Miedo a tener un ataque al corazón	6,66±1,72	6,00±1,47	6,02±1,48	7,00±1,41	6,71±0,95	(1-2) = ,212 (1-3) = ,076 (1-4) = ,993 (1-5) = 1,00 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,729 (2-5) = ,789 (3-4) = ,723 (3-5) = ,778 (4-5) = ,998
F3 Miedo ante el cáncer	6,14±1,72	5,88±1,19	5,62±1,11	5,75±0,50	5,86±1,07	(1-2) = ,859 (1-3) = ,100 (1-4) = ,979 (1-5) = ,983 (2-3) = ,825 (2-4) = 1,00 (2-5) = 1,00 (3-4) = 1,00 (3-5) = ,991 (4-5) = 1,00
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	8,02±2,07	7,63±1,66	7,37±1,42	9,25±0,96	7,00±1,41	(1-2) = ,787 (1-3) = ,118 (1-4) = ,610 (1-5) = ,550 (2-3) = ,917 (2-4) = ,354 (2-5) = ,887 (3-4) = ,185 (3-5) = ,979 (4-5) = ,207
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	3,25±1,25	3,20±0,90	2,90±0,87	2,75±0,96	2,71±0,76	(1-2) = ,999 (1-3) = ,192 (1-4) = ,869 (1-5) = ,664 (2-3) = ,510 (2-4) = ,915 (2-5) = ,766 (3-4) = ,998 (3-5) = ,989 (4-5) = 1,00
F6 Preocupación por el futuro	3,44±0,73	3,24±0,73	3,24±0,76	4,00±0,00	3,14±0,90	(1-2) = ,693 (1-3) = ,436 (1-4) = ,588 (1-5) = ,859 (2-3) = 1,00 (2-4) = ,302 (2-5) = ,997 (3-4) = ,264 (3-5) = ,998 (4-5) = ,357



Escala de miedo a la muerte (EMMCL)						
MMP Miedo a la muerte propia	20,37±6,22	16,61±6,91	17,60±6,00	21,00±5,66	21,00±6,16	(1-2) = ,024*
						(1-3) = ,045*
						(1-4) = 1,00
						(1-5) = ,999
						(2-3) = ,913
						(2-4) = ,655
						(2-5) = ,425
						(3-4) = ,822
						(3-5) = ,632
						(4-5) = 1,00
MPP Miedo al proceso propio de morir	22,92±6,07	20,05±7,56	20,09±6,02	22,00±5,35	18,57±6,60	(1-2) = ,163
						(1-3) = ,045*
						(1-4) = ,999
						(1-5) = ,425
						(2-3) = 1,00
						(2-4) = ,977
						(2-5) = ,980
						(3-4) = ,977
						(3-5) = ,973
						(4-5) = ,911
MMO Miedo a la muerte de otros	27,77±5,47	25,41±6,66	25,68±6,46	22,75±11,08	26,43±4,20	(1-2) = ,333
						(1-3) = ,227
						(1-4) = ,529
						(1-5) = ,983
						(2-3) = ,999
						(2-4) = ,927
						(2-5) = ,995
						(3-4) = ,890
						(3-5) = ,998
						(4-5) = ,882
MPO Miedo al proceso de morir de otros	24,53±5,40	22,37±6,62	23,47±6,08	22,25±8,92	25,00±5,86	(1-2) = ,381
						(1-3) = ,806
						(1-4) = ,949
						(1-5) = 1,00
						(2-3) = ,860
						(2-4) = 1,00
						(2-5) = ,824
						(3-4) = ,995
						(3-5) = ,967
						(4-5) = ,950
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)						
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,25±6,68	15,37±7,45	13,98±6,58	13,00±6,48	15,00±7,70	(1-2) = 1,00
						(1-3) = ,769
						(1-4) = ,968
						(1-5) = 1,00
						(2-3) = ,806
						(2-4) = ,964
						(2-5) = 1,00
						(3-4) = ,999
						(3-5) = 995
						(4-5) = ,990



REL	7,84±3,36	19,56±6,28	11,90±5,10	22,00±10,74	11,71±5,22	
Religiosidad						(1-2) = ,000** (1-3) = ,000** (1-4) = ,000** (1-5) = ,306 (2-3) = ,000** (2-4) = ,888 (2-5) = ,002** (3-4) = ,001** (3-5) = 1,00 (4-5) = ,011*

1. Agnóstica/Atea; 2. Católica practicante; 3. Católica no practicante; 4. Otra practicante; 5. Otra no practicante.
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de las puntuaciones obtenidas en el inventario DAI de los participantes del Grado en Ingeniería, agrupados según la variable filiación religiosa, se extrae que en el factor DAI-F1 se localizan diferencias entre las medias del grupo de ateos y agnósticos y las del grupo de católicos practicantes ($p < 0,05$).

Igualmente, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo de ateos y agnósticos y las del grupo de católicos no practicantes ($p < 0,05$) para el factor DAI-F4.

Para el resto de los factores del DAI, las diferencias observadas entre sus medias, no son significativas (véase figura 59).

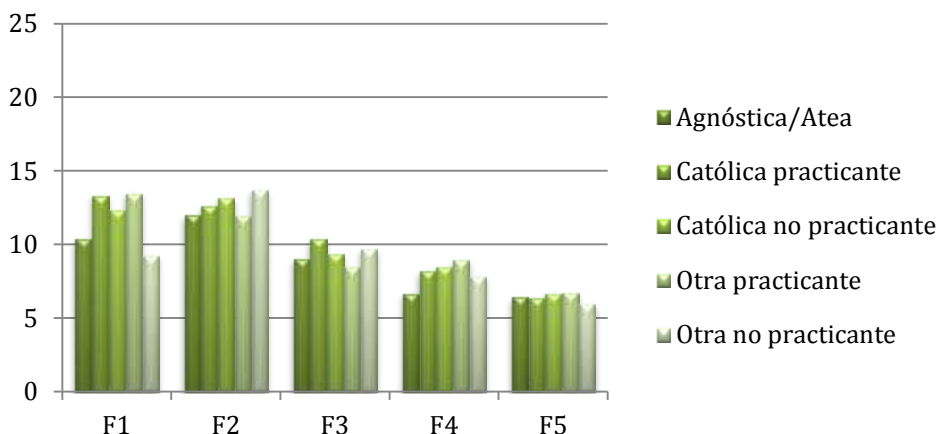


Figura 59: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)



Tampoco son significativas las diferencias para los factores de la escala DACS (véase figura 60).

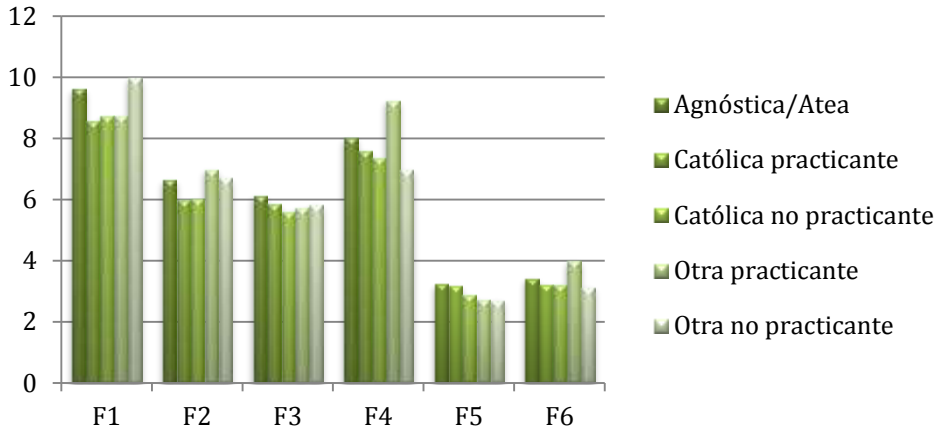


Figura 60: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

En relación al análisis de las puntuaciones en la escala EMMCL se han encontrado diferencias estadísticamente significativas de las medias presentadas por el alumnado ateo y agnóstico, respecto del alumnado católico, tanto practicante como no practicante ($p < 0,05$) en el factor MMP.

También se observan, en el factor MPP, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre las medias del alumnado ateo y agnóstico frente a las del alumnado del grupo católico no practicante.

Para los otros dos factores, MMO y MPO, las diferencias de las medias entre los grupos analizados, no son estadísticamente significativas (véase figura 61).

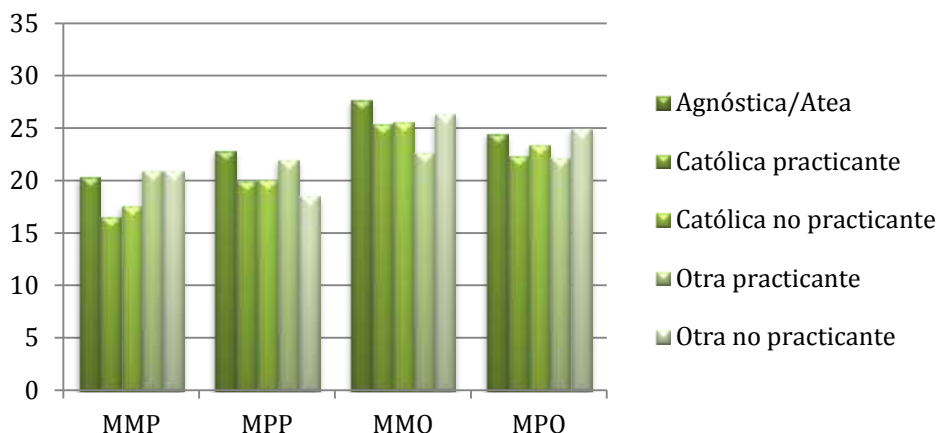


Figura 61: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

En el factor REL se encuentran diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) entre las medias del grupo de agnósticos y ateos como las de los dos grupos de católicos, tanto practicantes como no practicantes. También se encuentran diferencias entre las medias del grupo de católicos practicantes con las del grupo de católicos no practicantes y con las del grupo de no practicantes de otras religiones. De igual forma se localizan diferencias entre las medias que son consideradas como estadísticamente significativas entre el grupo que son practicantes de otra religión con los grupos de católicos no practicantes ($p < 0,001$) y de no practicantes de otra religión ($p < 0,05$) (véase figura 62).

Por el contrario, en el factor COS de dicho inventario, las diferencias no son estadísticamente significativas.

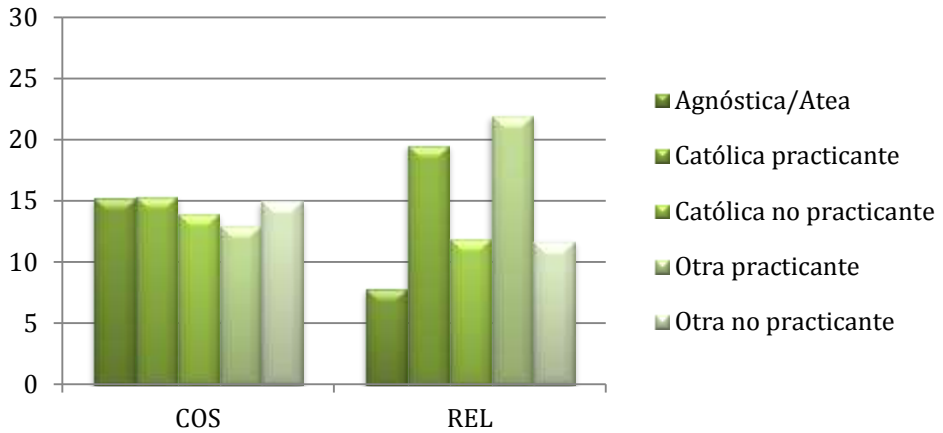


Figura 62: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Ingeniería para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.2.4. Análisis del Grado en Educación

La tabla 21 recoge las puntuaciones obtenidas en el Grado en Educación, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según el género de sus participantes.

Tabla 21

Resultados según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados

	Género femenino N=168	Género masculino N=32	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)			
F1			
Generadores externos de ansiedad ante la muerte	15,13±4,89	12,62±3,77	F(2,999) = ,085
F2			
Significado y aceptación de la muerte	13,39±4,51	13,37±3,50	F(3,603) = ,059
F3			
Pensamiento sobre la muerte	12,18±4,61	10,87±3,33	F(1,965) = ,163
F4			
Vida después de la muerte	10,12±3,42	8,78±3,09	F(,714) = ,399
F5			
Brevedad de la vida	8,08±2,92	6,87±2,72	F(1,676) = ,197
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)			
F1			
Miedo a pensar en una operación	7,25±1,27	8,78±2,43	F(20,175) = ,000**



F2 Miedo a tener un Ataque al corazón	5,04±1,35	6,12±2,98	F(10,839) = ,001**
F3 Miedo ante el cáncer	5,18±1,04	5,69±2,81	F(6,219) = ,013*
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	6,39±1,27	7,41±1,60	F(5,700) = ,018*
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,41±0,74	3,00±0,98	F(10,462) = ,001**
F6 Preocupación por el futuro	3,23±0,76	3,53±0,62	F(2,368) = ,125
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)			
MMP Miedo a la muerte propia	24,21±6,83	26,25±6,84	F(,041) = ,839
MPP Miedo al proceso propio de morir	25,07±5,89	24,97±5,99	F(,123) = ,726
MMO Miedo a la muerte de otros	30,05±3,92	31,22±4,51	F(1,990) = ,160
MPO Miedo al proceso de morir de otros	27,88±5,04	28,97±4,49	F(,185) = ,668
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)			
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	15,30±5,72	14,12±4,66	F(2,206) = ,139
REL Religiosidad	14,56±6,46	12,44±5,38	F(2,425) = ,121

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Los análisis para el inventario DAI indican que no hay diferencias para ninguno de sus factores entre géneros (véase figura 63).

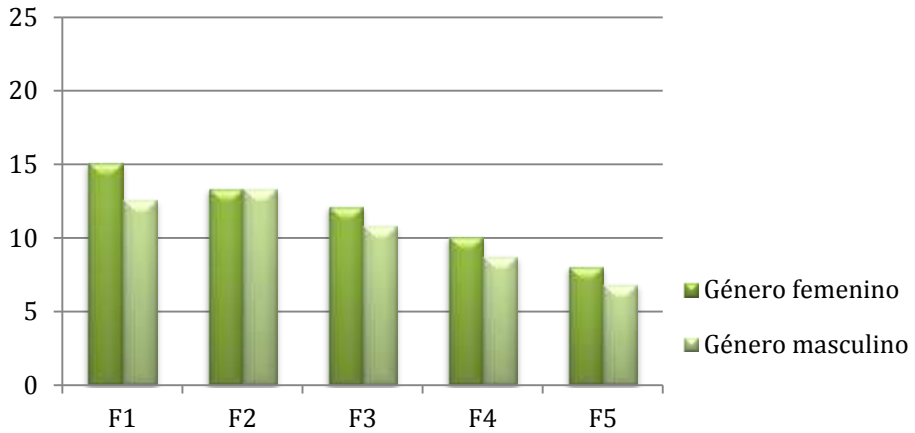


Figura 63: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

El análisis de las puntuaciones del grupo de participantes del Grado en Educación según la variable género en la escala DACS encontramos que sus medias presentan diferencias significativas en los factores DACS-F1 ($p < 0,001$), DACS-F2 ($p < 0,001$), DACS-F3 ($p < 0,05$), DACS-F4 ($p < 0,05$) y DACS-F5 ($p < 0,001$) (véase figura 64). Estas no son significativas para el factor DACS-F6.

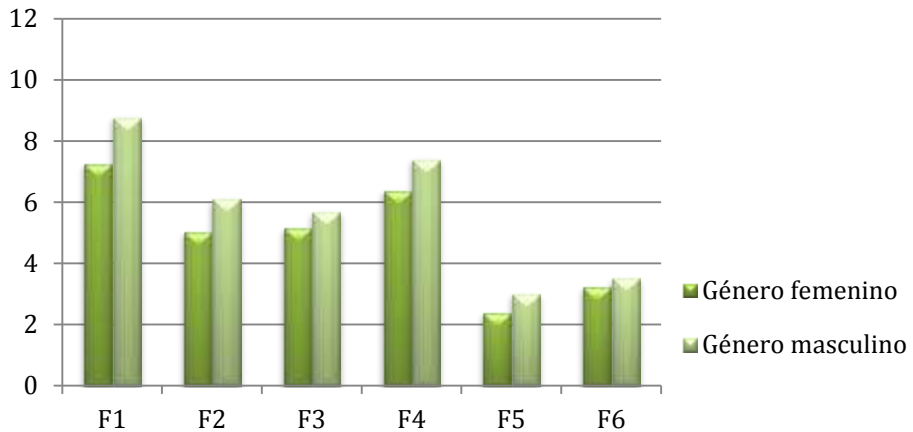


Figura 64: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)



Tampoco hay diferencias para los factores de la escala EMMCL, ni para los de la escala IEE (véanse las figuras 65 y 66, respectivamente).

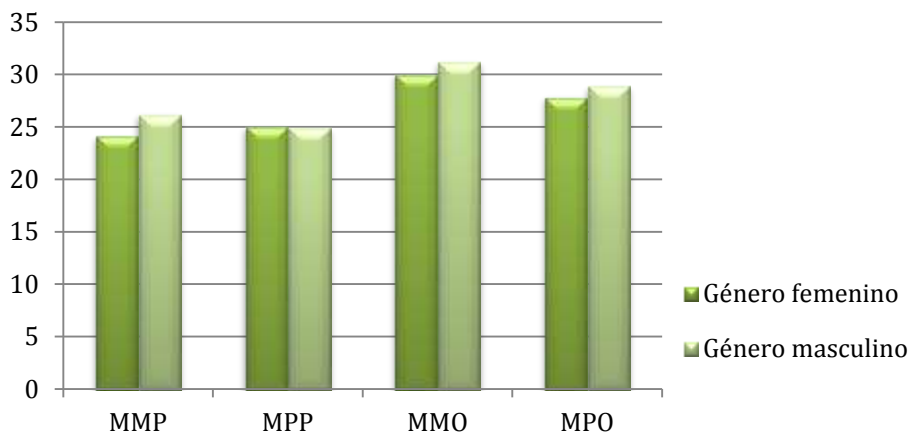


Figura 65: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

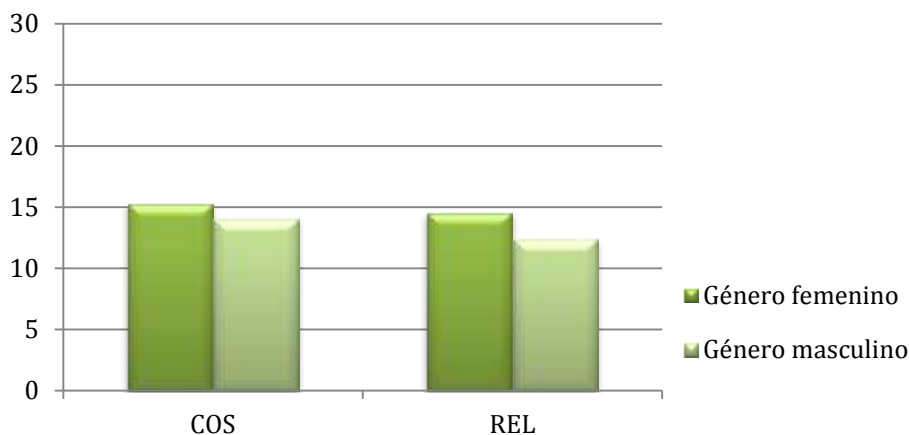


Figura 66: Puntuaciones medias según género de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

La tabla 22 expone las medias de las puntuaciones obtenidas, según el curso de los participantes del Grado en Educación, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas.



Tabla 22
Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados

	Primer curso N=77	Segundo curso N=56	Tercer curso N=67	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)				
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	15,05±5,23	14,18±4,68	14,82±4,42	(1-2) = ,558 (1-3) = ,956 (2-3) = ,742
F2 Significado y aceptación de la muerte	15,14±4,28	16,34±4,72	16,43±4,50	(1-2) = ,283 (1-3) = ,199 (2-3) = ,993
F3 Pensamiento sobre la muerte	11,38±3,48	12,46±5,66	12,28±4,28	(1-2) = ,321 (1-3) = ,411 (2-3) = ,973
F4 Vida después de la muerte	9,94±3,38	9,86±3,56	9,93±3,33	(1-2) = ,991 (1-3) = 1,00 (2-3) = ,993
F5 Brevedad de la vida	7,57±2,89	8,20±2,70	7,99±3,11	(1-2) = ,443 (1-3) = ,673 (2-3) = ,916
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)				
F1 Miedo a pensar en una operación	7,87±2,05	7,11±1,20	7,39±1,21	(1-2) = ,018* (1-3) = ,166 (2-3) = ,592
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,34±2,20	5,05±1,39	5,21±1,42	(1-2) = ,628 (1-3) = ,900 (2-3) = ,877
F3 Miedo ante el cáncer	5,23±1,99	5,23±1,21	5,31±0,87	(1-2) = 1,00 (1-3) = ,944 (2-3) = ,951
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	6,70±1,55	6,18±1,32	6,69±1,16	(1-2) = ,077 (1-3) = ,998 (2-3) = ,102
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,56±0,87	2,30±0,66	2,61±0,85	(1-2) = ,174 (1-3) = ,917 (2-3) = ,091
F6 Preocupación por el futuro	3,35±0,72	3,05±0,80	3,37±0,71	(1-2) = ,060 (1-3) = ,982 (2-3) = ,047*
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)				
MMP Miedo a la muerte propia	24,90±7,13	23,66±6,69	24,87±6,71	(1-2) = ,562 (1-3) = 1,00 (2-3) = ,697
MPP Miedo al proceso propio de morir	25,18±5,70	24,45±6,09	25,40±5,99	(1-2) = ,758 (1-3) = ,973 (2-3) = ,644
MMO Miedo a la muerte de otros	29,92±4,36	30,30±4,05	30,54±3,64	(1-2) = ,853 (1-3) = ,634 (2-3) = ,945



MPO				
Miedo al proceso de morir de otros	28,05±4,82	27,09±5,66	28,87±4,40	(1-2) = ,509 (1-3) = ,587 (2-3) = ,118
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)				
COS				
Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	14,66±5,32	16,12±6,34	14,79±5,12	(1-2) = ,294 (1-3) = ,989 (2-3) = ,383
REL				
Religiosidad	13,65±5,55	13,14±5,84	15,78±7,31	(1-2) = ,890 (1-3) = ,107 (2-3) = ,055

1. Primer curso; 2. Segundo curso; 3. Tercer curso.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de las puntuaciones obtenidas en el inventario DAI observamos que no hay diferencias entre cursos (véase figura 67).

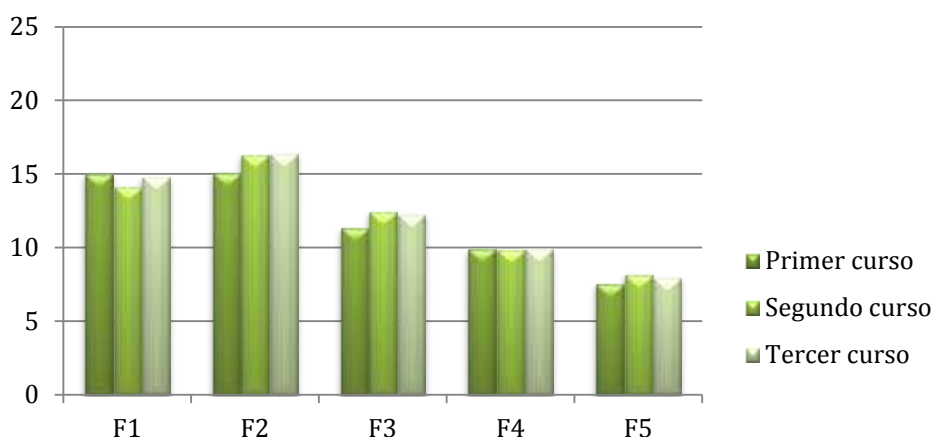


Figura 67: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Al analizar las puntuaciones de los tres cursos para la escala DACS, podemos observar que existen diferencias entre las medias de primer y segundo curso que son estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el factor DACS-F1, y para los cursos segundo y tercero ($p < 0,05$) en el factor DACS-F6.

Para el resto de los factores no se han encontrado diferencias (véase figura 68).

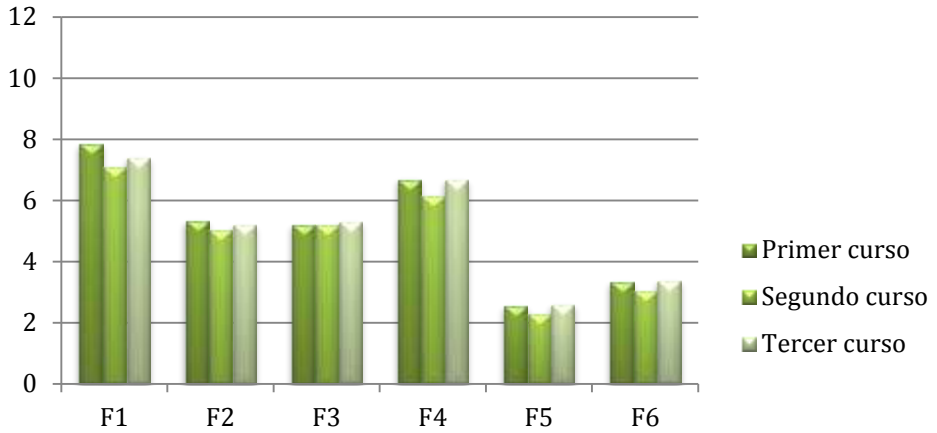


Figura 68: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

El análisis para los factores de la escala EMMCL indican que no hay diferencias significativas (véase figura 69).

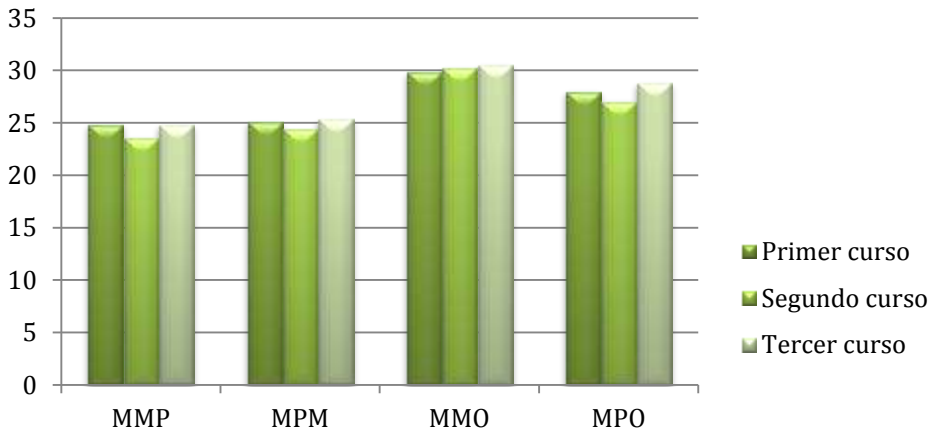


Figura 69: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Tampoco existen diferencias para los factores del inventario IEE por cursos (véase figura 70).

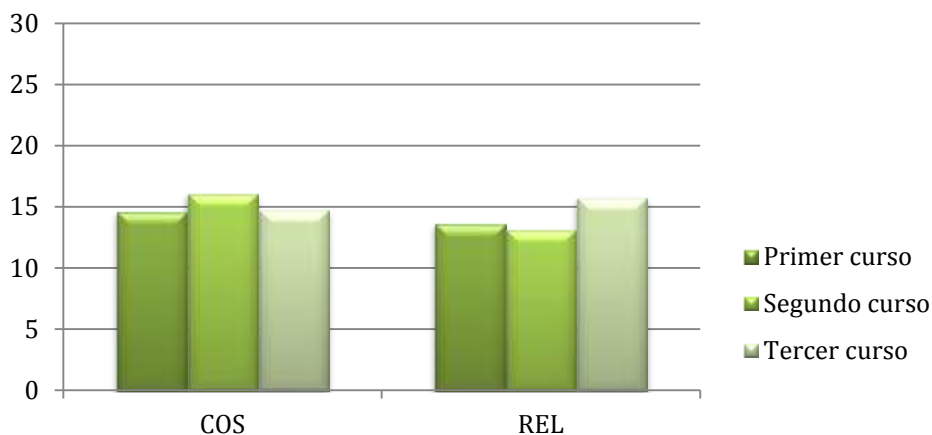


Figura 70: Puntuaciones medias según curso de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

A continuación se exponen las puntuaciones obtenidas por los participantes del Grado en Educación, para los factores de las diferentes pruebas utilizadas, según su filiación religiosa (véase tabla 23).

Tabla 23

Resultados según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de los cuestionarios analizados

	Agnóstica /Atea N=16	Católica practicante N=60	Católica no practicante N=117	Otra practicante N=0	Otra no practicante N=7	P (<0,05)
Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)						
F1 Generadores externos de ansiedad ante la muerte	11,81±5,67	14,38±4,54	15,48±4,59		11,86±5,58	(1-2) = ,214 (1-3) = ,020* (1-5) = 1,00 (2-3) = ,460* (2-5) = ,536 (3-5) = ,199
F2 Significado y aceptación de la muerte	13,12±3,96	16,41±3,62	16,19±4,79		13,29±5,09	(1-2) = ,043* (1-3) = ,049* (1-5) = 1,00 (2-3) = ,988 (2-5) = ,289 (3-5) = ,333
F3 Pensamiento sobre la muerte	10,00±3,03	13,15±5,50	11,81±3,91		9,00±2,45	(1-2) = ,053 (1-3) = ,405 (1-5) = ,958 (2-3) = ,218 (2-5) = ,084 (3-5) = ,350



F4 Vida después de la muerte	7,37±2,70	9,62±3,13	10,51±3,43	8,29±3,73	(1-2) = ,077 (1-3) = ,003** (1-5) = ,929 (2-3) = ,329 (2-5) = ,743 (3-5) = ,311
F5 Brevedad de la vida	7,19±3,27	7,57±2,61	8,28±2,91	5,57±3,55	(1-2) = ,966 (1-3) = ,483 (1-5) = ,602 (2-3) = ,400 (2-5) = ,307 (3-5) = ,076
Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs)					
F1 Miedo a pensar en una operación	7,25±1,39	7,40±1,38	7,57±1,77	5,62±1,63	(1-2) = ,988 (1-3) = ,878 (1-5) = ,972 (2-3) = ,908 (2-5) = ,993 (3-5) = 1,00
F2 Miedo a tener un ataque al corazón	5,62±1,63	4,83±1,14	5,28±1,99	6,43±1,62	(1-2) = ,368 (1-3) = ,880 (1-5) = ,736 (2-3) = ,364 (2-5) = ,101 (3-5) = ,327
F3 Miedo ante el cáncer	5,62±1,15	5,18±1,00	5,23±1,73	5,57±0,79	(1-2) = ,714 (1-3) = ,750 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,997 (2-5) = ,913 (3-5) = ,935
F4 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (I)	7,44±1,90	6,42±1,20	6,49±1,35	6,71±1,50	(1-2) = ,041* (1-3) = ,046* (1-5) = ,645 (2-3) = ,988 (2-5) = ,947 (3-5) = ,973
F5 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (II)	2,62±0,89	2,43±0,74	2,50±0,83	2,86±1,07	(1-2) = ,838 (1-3) = ,945 (1-5) = ,923 (2-3) = ,947 (2-5) = ,564 (3-5) = ,683
F6 Preocupación por el futuro	3,62±0,62	3,27±0,76	3,21±0,76	3,71±0,49	(1-2) = ,318 (1-3) = ,150 (1-5) = ,993 (2-3) = ,954 (2-5) = ,434 (3-5) = ,294
Escala de miedo a la muerte (EMMCL)					
MMP Miedo a la muerte propia	24,37±7,34	24,80±7,01	24,57±6,85	22,14±4,91	(1-2) = ,996 (1-3) = 1,00 (1-5) = ,891 (2-3) = ,997 (2-5) = ,769 (3-5) = ,801



MPP Miedo al proceso propio de morir	26,31±5,96	25,20±6,26	25,03±5,71	21,14±4,85	(1-2) = ,907 (1-3) = ,847 (1-5) = ,214 (2-3) = ,998 (2-5) = ,312 (3-5) = ,325
MMO Miedo a la muerte de otros	30,56±3,41	31,00±3,675	29,79±4,26	30,43±3,31	(1-2) = ,980 (1-3) = ,868 (1-5) = 1,00 (2-3) = ,232 (2-5) = ,958 (3-5) = ,977
MPO Miedo al proceso de morir de otros	28,87±5,68	27,58±5,33	28,24±4,79	27,14±2,68	(1-2) = ,794 (1-3) = ,964 (1-5) = ,869 (2-3) = ,841 (2-5) = ,996 (3-5) = ,942
Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)					
COS Orientación cognitiva hacia la espiritualidad	14,69±4,24	15,33±5,11	14,86±5,96	18,43±5,06	(1-2) = ,976 (1-3) = ,999 (1-5) = ,450 (2-3) = ,951 (2-5) = ,506 (3-5) = ,356
REL Religiosidad	8,37±4,62	20,27±4,90	12,23±4,92	9,00±2,89	(1-2) = ,000** (1-3) = ,017* (1-5) = ,992 (2-3) = ,000** (2-5) = ,000** (3-5) = ,319

1. Agnóstica/Atea; 2. Católica practicante; 3. Católica no practicante; 4. Otra practicante; 5. Otra no practicante.
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Del análisis de las puntuaciones obtenidas en el inventario DAI por parte de los participantes pertenecientes al Grado en Educación agrupados en función de la variable filiación religiosa, se extrae que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias del grupo de ateos y agnósticos y las medias del grupo de católicos no practicantes en relación a los factores DAI-F1 ($p < 0,05$) y DAI-F4 ($p < 0,01$).

Así mismo, se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias presentadas por el grupo de ateos y agnósticos y las presentadas por los grupos de católicos, practicantes o no, en el factor DAI-F2 ($0 < 0,05$).

Para el resto de factores no se han encontrado diferencias (véase figura 71).

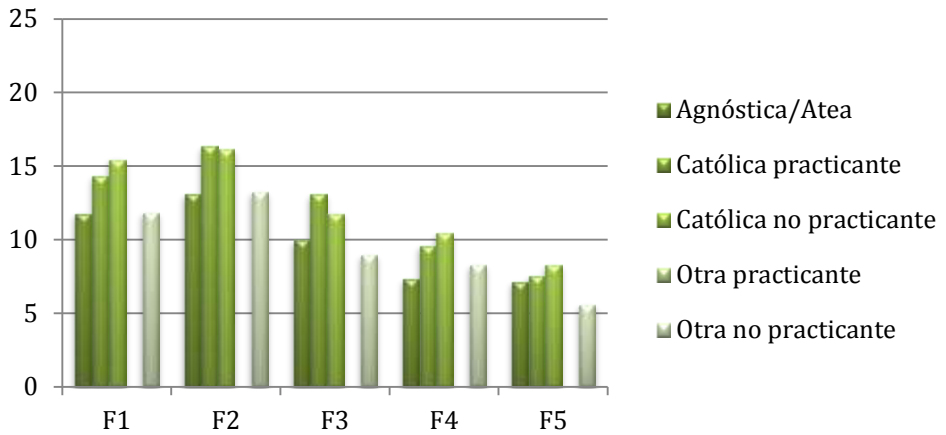


Figura 71: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI)

Del análisis de las puntuaciones correspondientes a este grupo de alumnos y alumnas, agrupadas según la variable filiación religiosa, obtenidas en la escala DACS, se hallan diferencias estadísticamente significativas en el factor DACS-F4 ($p < 0,05$) entre las medias del grupo de ateos y agnósticos con los dos grupos de católicos, tanto practicantes como no practicantes.

Las medias correspondientes al resto de los factores de la escala DACS no son diferentes (véase figura 72).

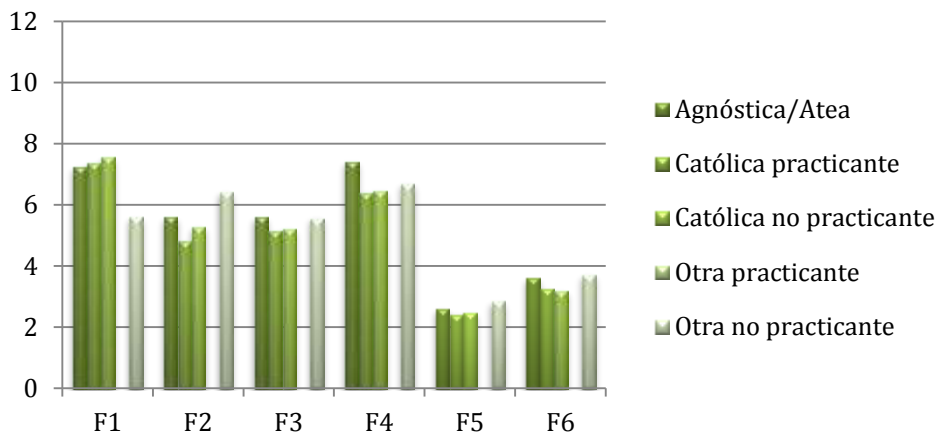


Figura 72: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACS)

Tampoco se obtienen diferencias para los factores de la escala EMMCL (véase figura 73).

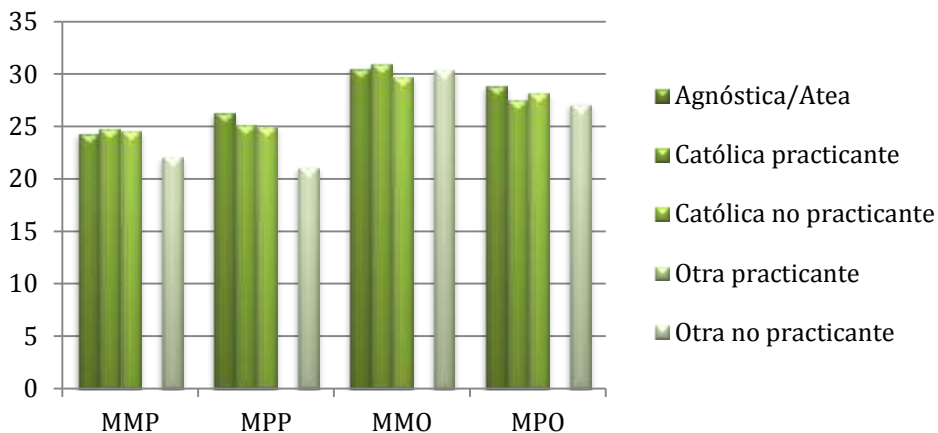


Figura 73: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor de la Escala de miedo a la muerte (EMMCL)

Para finalizar el análisis de las puntuaciones obtenidas por el grupo de alumnado del Grado en Educación, se puede observar que, en relación con las medias obtenidas por los grupos según filiación religiosa en el inventario IEE para su factor REL, se hallan diferencias estadísticamente significativas



entre las medias del grupo de ateos y agnósticos con el grupo de católicos practicantes ($p < 0,001$) y con el grupo de católicos no practicantes ($p < 0,05$). Además, también se encuentran diferencias consideradas como estadísticamente significativas entre las medias del grupo de católicos practicantes con las medias de los grupos de no practicantes, tanto católicos como los pertenecientes a otras religiones ($p < 0,001$).

Las puntuaciones para el factor COS no son estadísticamente significativas (véase figura 74).

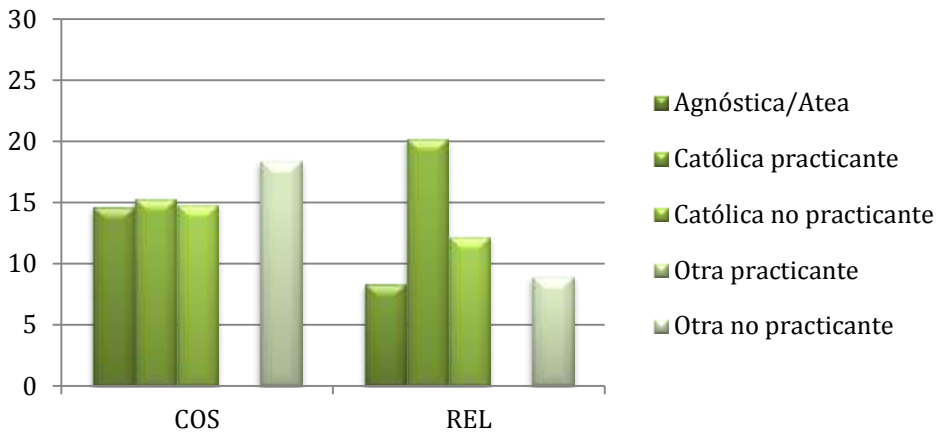


Figura 74: Puntuaciones medias según filiación religiosa de los estudiantes de Grado en Educación para cada factor del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE)

IV.3. ANÁLISIS DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA EN EL GRADO EN ENFERMERÍA

Para finalizar, y centrándonos en los estudiantes de Enfermería (véase tabla 24), se muestran los resultados obtenidos de las respuestas a la pregunta relacionada con la suficiencia de la formación específica, que el alumnado ha recibido, en relación a la muerte.

Se exponen a continuación los porcentajes relacionados con la percepción, por parte del alumnado de los diferentes cursos, de una



formación suficiente o una formación insuficiente, relacionada con la muerte y sus procesos.

Tabla 24

Resultados según curso de los estudiantes de Grado en Enfermería en relación a su formación académica

	Baja percepción		Alta percepción		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Primer curso	76	87 %	11	12,6 %	87	100 %
Segundo curso	67	75,3 %	22	24,7 %	89	100 %
Tercer curso	53	77,9 %	15	22,1 %	68	100 %
Total	196	80,3 %	48	19,7 %	244	100 %

La figura 75 representa las frecuencias anteriormente descritas.

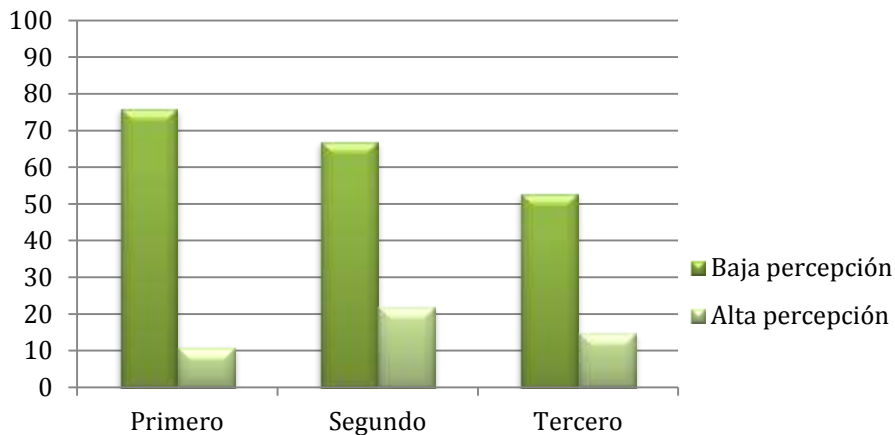


Figura 75: Frecuencias de respuesta de cada uno de los cursos del Grado en Enfermería sobre la percepción de la formación recibida en relación a la muerte



A la vista de los resultados obtenidos podemos afirmar que existe un 80,3 % del alumnado de Grado en Enfermería que percibe su formación como insuficiente en relación al concepto de muerte y sus procesos.

El análisis por cursos muestra que los participantes no consideran suficiente su formación (87,4 % del alumnado de primer curso, 75,3 % del alumnado de segundo curso y un 77,9 % del alumnado de tercer curso).



Capítulo V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



En relación con el objetivo general de nuestro estudio, en el que planteábamos analizar el constructo miedo a la muerte, la ansiedad producida por el mismo y las variables asociadas, en una muestra de estudiantes universitarios del Grado en Enfermería y su comparación con los estudiantes de Grado de otras ramas de conocimiento, y teniendo en cuenta también los objetivos específicos, podemos afirmar que estos objetivos se han llevado a cabo.

Hemos estudiado el constructo de ansiedad ante la muerte en estudiantes del Grado en Enfermería a través de los datos resultantes del Inventario de ansiedad ante la muerte (DAI), y de sus los componentes de ansiedad asociados a dificultades de carácter clínico evaluados a través de la Escala de ansiedad ante la muerte (DACS).

De igual forma se ha conseguido estudiar el constructo de miedo ante la muerte gracias a la Escala de miedo a la muerte (EMMCL), tanto la dirigida hacia la propia persona como hacia otras personas. En ambos constructos se han estudiado la influencia que en ellos ejercen una serie de variables asociadas como son el género, el curso y la filiación religiosa.

Añadido a esto, también se ha estudiado la influencia que sobre el miedo a la muerte tienen los factores de religiosidad y espiritualidad de los estudiantes universitarios, evaluados a través del Inventario de expresiones de espiritualidad (IEE).

Para finalizar con el cumplimiento del objetivo general, se ha realizado una comparación de los datos anteriormente descritos en el alumnado de diferentes estudios de grado, a saber, Enfermería, Medicina, Ingeniería y Educación.

En relación con este objetivo general se propusieron una serie de objetivos específicos de los que, para observar el grado de cumplimiento de los mismos, se desarrollan hipótesis de investigación que han de ser contrastadas con en análisis de los resultados del estudio. Es por ello que, a



continuación, se procede a ofrecer la discusión sobre dichas hipótesis planteadas así como el grado de consecución de los objetivos del estudio.

V.1. DISCUSIÓN

En primer lugar, se planteó como hipótesis de trabajo que los estudiantes universitarios del Grado en Enfermería presentarían niveles moderados y altos de ansiedad ante la muerte. Tal y como se ha expuesto en la tabla 7, se ha analizado la ansiedad ante la muerte mediante dos instrumentos.

Por una parte, se ha utilizado el DAI, para la evaluación del constructo de forma general en la vida de cada uno de los participantes. De estos resultados se observa que los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles moderados de ansiedad ante la muerte en todos los factores evaluados, tanto los relacionados con el concepto de muerte, su aceptación y significado, como de los relacionados con los pensamientos asociados sobre la vida antes y después de la muerte.

Por otra parte, se ha utilizado el DACS, para la evaluación del constructo en relación con el entorno clínico, como facilitador del desarrollo laboral futuro. En este caso, obtenemos que los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles moderadamente altos de ansiedad generados por miedos a enfermedades graves como ataque al corazón o cáncer y preocupación por la muerte y sus procesos. Además, se hace notable la presencia de una elevada ansiedad generada por el miedo a pensar en una operación.

Teniendo en cuenta que los estudios que han evaluado la ansiedad ante la muerte, específicamente en estudiantes universitarios del Grado en Enfermería, los resultados que acabamos de señalar refuerzan lo ya encontrado por Limonero, Tomás, Fernández, Cladellas y Gómez (2010) sobre la existencia de niveles moderados y altos de ansiedad. Según estos autores, esta ansiedad se presenta provocada por el miedo a la muerte.



Podemos coincidir con Ek et al., (2014) en considerar que, dichos estudiantes de Grado en Enfermería, en el momento en el que han sido valorados no han vivenciado experiencias en contextos de muerte social o en contextos clínicos, por edad y por experiencia de práctica clínica, ya que, según el autor los profesionales de Enfermería aprenden a asumir y normalizar los procesos de transición a la muerte en relación con las experiencias vividas. Aquí radica la importancia de las primeras experiencias del estudiante del Grado en Enfermería, ya que, en función de cómo perciban estas vivencias generarán estrategias de afrontamiento del duelo que pasarán a formar parte de su repertorio de conductas profesionales (Gerow et al., 2010; Edo, 2015)

En segundo lugar, se planteó, como hipótesis de trabajo, que los niveles de ansiedad presentados por los estudiantes del Grado en Enfermería serían similares a los de estudiantes de las otras ramas de conocimiento analizadas. Para comprobar dicha hipótesis nos remitimos, de nuevo a la tabla 7 en la que encontramos las puntuaciones medias en el inventario DAI y en la escala DACS para los cuatro estudios de grado analizados y la comparación entre dichas ramas de conocimiento en cada uno de los factores de las pruebas utilizadas.

Se observa cómo, en los resultados que arroja el DAI, los estudiantes del Grado en Enfermería tienen niveles similares de ansiedad, cuando se presentan pensamientos relacionados con la brevedad de la vida, la aceptación de la muerte y la vida después de la muerte, así como una similar afectación de los generadores externos de ansiedad, con respecto a los estudiantes de los grados en Medicina e Ingeniería. Cabe destacar que, en estos factores, los niveles de ansiedad presentados son superiores en los estudiantes del Grado en Educación.

Además, respecto a los niveles de ansiedad indicados ante el simple pensamiento de la muerte, cabría indicar que son similares en los estudiantes del Grado en Enfermería respecto a los estudiantes de los grados en Medicina y Educación, pero inferiores a los de los de Ingeniería.



Al centrar el análisis en los aspectos más clínicos provocadores de ansiedad se encuentra que los niveles de ansiedad provocados por diferentes miedos (pensamientos relacionados con una operación o miedo un ataque al corazón o a padecer un cáncer, así como los miedos relacionados con la muerte y el proceso que lleva a la misma) son similares en los estudiantes del Grado en Enfermería al compararlos con los estudiante de los grados en Medicina e Ingeniería. Sin embargo, en este punto cabe destacar que los niveles de ansiedad respecto de los ambientes clínicos son inferiores en los estudiantes del Grado en Educación.

Estos resultados, en relación con Enfermería y Medicina son similares a los hallados Schmidt (2007), al indicar que son los estudiantes de grados relacionados con Ciencias de la Salud quienes mejor realizan en afrontamiento del final de la vida, presentando menos miedo a la muerte que otros estudiantes universitarios.

Añadido a esto, el análisis del factor relacionado con la preocupación por el futuro, en torno a las variables de la sensación de tiempo perdido y de las personas cercanas a la persona fallecida que quedan, el nivel de ansiedad presentado en este aspecto es mayor en los estudiantes de Ciencias de la Salud (Enfermería y Medicina) frente a los estudiantes de los grados cuyo futuro profesional no está directamente asociado a la responsabilidad sobre la salud clínica de las personas (Ingeniería y Educación).

En tercer lugar, se planteó la hipótesis de que los estudiantes de Enfermería, en relación al constructo de miedo a la muerte, analizado con la escala EMMCL, presentarían niveles altos de miedo a la muerte de otra persona y al proceso su propia muerte.

Los resultados, que pueden observarse en la tabla 7, reflejan consonancia con esta hipótesis. Así, los estudiantes del Grado en Enfermería muestran niveles altos de miedo a la muerte, tanto a la propia como a la de otra persona, y a los procesos asociados a ambas.



Sin embargo, son especialmente altos los niveles de miedo a la muerte de otra persona, tal y como se indica en la hipótesis de trabajo, confirmando lo propuesto anteriormente por Edo, Tomás y Aradilla (2011).

En cuarto lugar, se planteó la hipótesis de que los estudiantes de los estudios de grado relacionados con Ciencias de la Salud presentarían niveles de miedo a la muerte que, en general, fueran inferiores a los de otras ramas de conocimiento.

En la tabla 7 podemos observar que, en general, los estudiantes de los grados pertenecientes a Ciencias de la Salud, presentan niveles de miedo a la muerte muy similares, sin diferencias significativas.

Sin embargo, merece la pena destacar dos aspectos de la comparación del miedo a la muerte respecto de los diferentes estudios de grado. Por una parte, hay que destacar que los niveles de miedo a la muerte de los estudiantes de Ciencias de la Salud son inferiores a los de los estudiantes del Grado en Educación y, por otra parte, los niveles de miedo a la muerte de los estudiantes de Ciencias de la Salud son superiores a los de los estudiantes del Grado en Ingeniería.

Cabe destacar que, las diferencias encontradas en relación con el miedo a la muerte de los estudiantes de Ciencias de la Salud frente a los otros dos grados analizados, concuerdan con anteriores estudios como el de Schmidt (2007) quien, a pesar de encontrar niveles similares de miedo a la muerte en estudiantes de diferentes grados universitarios, hace referencia a que existe una perspectiva diferente sobre la muerte en función de la formación elegida.

En el caso objeto de estudio, los estudiantes del Grado en Educación tienen muy presente que su labor profesional se va a desarrollar, principalmente, con menores de edad con lo que la relación que puedan desarrollar entre dichos menores y el hecho de la muerte podría generar niveles altos de ansiedad. Por el contrario, los estudiantes de Ingeniería tienen menos presente a las personas como objeto directo de su trabajo



diario y los pensamientos relacionados con la muerte poseerían un carácter más neutral con menor afectación.

Por su parte, los estudiantes de Ciencias de la Salud, de los que depende el cuidado de las personas, sí que relacionan la muerte como posible final de los cuidados aportados a nivel profesional por lo que los niveles de miedo generados por este factor de carácter externos son considerados como altos.

Frente a estos resultados, los obtenidos por Edo, Tomás y Aradilla (2011) indican que el miedo a la muerte de estudiantes universitarios es independiente de los estudios de grado, estando más influenciados por las vivencias de una muerte cercana, lo cual desarrolla en la persona más miedo a la muerte propia.

En quinto lugar, se planteó la hipótesis de que los estudiantes del primer curso del Grado en Enfermería presentarían puntuaciones de ansiedad y miedo ante la muerte inferiores a los estudiantes de segundo y tercer cursos (véase tabla 13).

En este sentido, la ansiedad ante la muerte medida con el inventario DAI no muestra diferencias entre los niveles presentados por el alumnado de los diferentes cursos del Grado en Enfermería. Sin embargo, en la evaluación clínica a través de la escala DACS, sí se encuentran diferencias destacables. Así, el análisis de la ansiedad producida por el miedo a una operación o a sufrir un cáncer o un ataque al corazón es significativamente inferior en el grupo de primer curso respecto del tercer curso. Además, aun no siendo significativa, también es inferior el nivel de primero respecto de segundo.

Al analizar la ansiedad producida en el ambiente clínico por la preocupación ante la muerte y sus procesos, que se encuentra dividida en dos factores, encontramos un nivel de ansiedad significativamente mayor en los alumnos de primer curso frente a los de tercer curso, relacionado con el miedo al dolor y a la angustia que una persona pueda sufrir durante el proceso de muerte.



En relación con la ansiedad producida por la preocupación por el futuro, el nivel de ansiedad del grupo de primero respecto del grupo de segundo es significativamente inferior. Además, también es inferior al de tercer curso.

Nuestros resultados son similares a los expuestos por Mondragón, Torre, Morales y Landeros (2015), quienes afirmaron que los estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería presentaban niveles inferiores de miedo ante la muerte. En esta línea, Edo, Tomás y Aradilla (2011) señalaron que el alumnado que inicia sus estudios de Grado en Enfermería presenta niveles mayores de miedo a la muerte de otra persona.

Sin embargo, otros estudios (Talavera, 2010) indican que son los estudiantes de cursos superiores los que presentan niveles menores de ansiedad debido a factores como la edad cronológica y la maduración como personas.

Si relacionamos esta idea con los profesionales de la Enfermería, encontramos estudios que apoyan la relación entre edad y experiencia como factores protectores del miedo a la muerte (Raja et al., 2002; Dunn, Otten y Stephens, 2005; Lange, Thom y Kline, 2008; Sevilla y Ferré, 2013; Peters et al., 2016).

En este sentido, si bien la diferencia de edad entre el alumnado de los tres primeros cursos del Grado en Enfermería es demasiado escasa, la influencia de la misma sobre el miedo a la muerte es demasiado débil como para poder desarrollar unas conclusiones generalizables (Marcysiak, Dąbrowska y Marcysiak, 2013).

Aun no siendo objeto del presente estudio, merece la pena destacar que esta estabilidad en los niveles de ansiedad, inferiores en el alumnado de primer curso respecto de los otros dos cursos en el Grado en Enfermería, no se produce en ninguno de los otros estudios de grado analizados. Independientemente de si las puntuaciones provienen del inventario DAI o de la escala DACS, se obtienen escasas diferencias de carácter significativo



entre los cursos, además no siempre siguen la misma línea de niveles bajos de ansiedad ante la muerte de cursos inferiores respecto de los superiores, ni presentan una estabilidad respecto de los factores en los que se presentan (véanse las tablas 16, 19 y 21).

Del análisis de la comparación del miedo entre los diferentes cursos, según los datos recogidos por la escala EMMCL (véase tabla 13) se puede extraer que el alumnado del Grado en Enfermería presenta niveles similares de miedo a la muerte, sin diferencias que puedan ser consideradas como significativas. Estos niveles similares de miedo a la muerte son independientes del curso que se analice y del factor estudiado. Así, todo el alumnado de los tres cursos analizados del Grado en Enfermería presenta niveles moderadamente altos de miedo a la muerte, tanto a la propia como a la de otras personas y a los procesos relacionados.

Esta estabilidad, en relación con el miedo a la muerte, puede generalizarse para todos los estudiantes de los grados analizados pues, como puede comprobarse en las tablas 16, 19 y 22, en ninguno de ellos confluyen diferencias que puedan ser consideradas como significativas.

En sexto lugar, se planteó la hipótesis de que las estudiantes del Grado en Enfermería de género femenino presentarían niveles superiores a sus compañeros de género masculino, tanto en miedo como en ansiedad ante la muerte.

Según los datos del inventario DAI, existen diferencias por género en el factor referente a los generadores externos de ansiedad, siendo las mujeres las que más ansiedad ante la muerte expresan en este campo (véase En la tabla 12). Sin embargo, para el resto de factores de los que componen la escala DAI las diferencias respecto a las puntuaciones entre mujeres y hombres no son significativas.

Según la escala DACS, respecto del ámbito clínico, existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los factores relacionados, en este caso, con la ansiedad producida por el miedo a sufrir enfermedades, ataque



al corazón y cáncer, pero no en el resto de factores, donde las diferencias no son significativas.

En relación con la escala de miedo ante la muerte, EMMCL, encontramos que, tal y como se presenta en la tabla 12, en el Grado en Enfermería, las diferencias entre el miedo a la muerte entre hombres y mujeres se produce al hacer referencia al miedo al proceso de morir de otros, siendo este miedo más alto en las mujeres.

En la comparación respecto al miedo a la muerte, medido con la escala EMMCL, según la variable género, podemos hacer referencia a cada género por separado y a la comparación entre ambos.

En la tabla 8 podemos observar que son los estudiantes del Grado en Educación los que presentan niveles más altos de miedo a la muerte, superiores a los de los estudiantes de los grados de Ciencias de la Salud, mientras que los estudiantes del Grado en Ingeniería presentan niveles medios de miedo a la muerte.

En la tabla 9 los datos indican que, al igual que ocurre con los hombres, son las pertenecientes al Grado en Educación las que presentan niveles de miedo a la muerte más altos que las de sus compañeras de los otros tres estudios de grado, que presentan niveles moderadamente altos.

Estos resultados están en consonancia con los hallados por Limonero, Tomás, Fernández, Cladellas y Gómez (2010), quienes, en un estudio con estudiantes universitarios de Enfermería, la existencia de niveles de ansiedad mayores en las mujeres que en los hombres de la muestra y que, esta ansiedad se encuentra influenciada por el miedo a la muerte, sobre todos, provocada por estímulos externos a la persona.

Por otra parte, que las mujeres presenten niveles superiores de miedo y ansiedad ante la muerte es una de las premisas que más apoyo ha recibido desde la investigación científica (Chiappetta, Floyd y McSevenay, 1977; McSevenay, 1977; Sadowski, Davis y Loftus-Vergari, 1979; Davisa, Bremera,



Anderson y Tramilla, 1983; Tomás y Guix, 2001; Tomás y Gómez, 2003; López, Sueiro y López, 2004; Lester, Templer y Abdel-Khalek, 2007; Limonero, Tomás y Fernández, 2006; Uribe, Valderrama, Durán y Galeano, 2007; Halliday y Boughton, 2008; Rivera, Montero y Sandoval, 2010; Uribe, Valderrama y López, 2007; Abolfathi, Azizah, Ibrahim y Hamid, 2015; Restrepo, Trianes, Muñoz y Alarcón, 2016) hasta tal punto que se ha llegado a calificar como un fenómeno de carácter universal.

Una de las explicaciones facilitadas para este hecho, expresada por Tomás (2002), es la que hace referencia a la facilidad por parte de las mujeres para admitir y expresar pensamientos de preocupación.

Algunos estudios, en los que aparece que aun siendo mayor la ansiedad y el miedo a la muerte expresado por parte de las mujeres al compararlas con los hombres, no obtienen diferencias significativas en poblaciones de escolares (Fabiana, 2010) o de estudiantes universitarios (Talavera, 2010).

Del análisis de la muestra total (véase tabla 10), se puede afirmar que las estudiantes universitarias de género femenino presentan más ansiedad ante la muerte, por una parte, ante la presencia de generadores externos de ansiedad y, por otra, más ansiedad generada al miedo relacionado con el pensamiento de preocupación ante la muerte y el proceso de morir, a pensar en una operación o ante el cáncer. Además, el miedo es superior en las mujeres que en los hombres cuando está relacionado con la muerte de los demás, tanto en el momento de la muerte como con los procesos de fin de la vida.

Si se amplía la evaluación al resto de estudios de grado, se puede comprobar (véanse tablas 15, 18 y 21) que en los grados de Medicina e Ingeniería, no existen diferencias que sean significativas en la ansiedad ante la muerte en el inventario DAI ni en la escala DACS, entre los participantes hombres y las participantes mujeres.



Sin embargo, en el Grado en Educación, sí obtenemos diferencias estadísticamente significativas en todos los factores, excepto en el factor 6 correspondiente a la preocupación por el futuro, en las que los hombres presentan mayores niveles de ansiedad que las mujeres.

Al centrar la atención en el miedo a la muerte según la variable grado de estudios (tabla 15), podemos observar que, la diferencia que se produce entre mujeres y hombres del Grado en Medicina es especialmente visible al hacer referencia al miedo a la muerte de otros, siendo este miedo mayor en las mujeres.

El análisis del Grado en Ingeniería (tabla 18) y del Grado de Educación (tabla 21) indica que los niveles de miedo a la muerte no presentan diferencias significativas, siendo similares en todos los factores analizados.

En séptimo lugar, se plantea como hipótesis que los estudiantes que profesan una religión, o que tienen un marcado carácter espiritual, presentarían niveles diferenciales de ansiedad y miedo ante la muerte, independientemente de la rama de conocimiento.

En la tabla 11, según los resultados presentados en función de la variable filiación religiosa, aquellos estudiantes que profesan algún tipo de religión presentan niveles más altos de ansiedad ante la muerte, medidos con el inventario DAI, que los estudiantes que se declaran como ateos o agnósticos.

Al centrar el estudio en los datos de la escala DACS, se puede comprobar que la relación anterior se invierte, siendo, en este caso, los participantes ateos y agnósticos los que tienden a presentar una mayor ansiedad a los aspectos clínicos.

Esta diferencia entre la ansiedad ante la muerte obtenida a nivel más general y la que se desarrolla en contextos o situaciones clínicas, podría ser explicada por la seguridad favorecida gracias a las creencias religiosas, que



se hace presente cuando las personas asumen aspectos relacionados con la enfermedad y el contexto clínico (Raja et al., 2002).

En relación con lo anterior, debemos indicar que no existe una consistencia clara entre los estudios que analizan las actitudes ante la muerte, cuyos resultados oscilan y varían con gran dependencia en función de la muestra analizada (Braun, Gordon y Uziely, 2010).

Por otra parte, en el estudio del miedo, según la escala EMMCL, todos los estudiantes universitarios que forman parte de la muestra presentan niveles similares de miedo, independientemente de su carácter religioso o espiritual. Tal y como ya habían descrito Uribe, Valderrama y López, 2007, las creencias religiosas, y espirituales, proporcionan a las personas la posibilidad de generar actitudes más positivas hacia el hecho de la muerte, pero no garantiza la disminución del miedo ya que las personas, en general, no desean morir y mantienen presente la angustia hacia la muerte.

También Talavera (2010) encontró niveles altos de miedo a la muerte en estudiantes universitarios, independientemente de la religión que profesaban.

Por el contrario, existen estudios como el de Sevilla, Ferré y Tahta (2012) en el que se advierte la presencia de niveles más elevados de miedo a la propia muerte en personas que esperan la existencia de otra vida después del fin de la vida terrenal. Este dato no se ha localizado en nuestro estudio.

Al observar este hecho en los estudiantes del Grado en Enfermería, donde el 90,05 % profesan la religión católica y el 95,73 % tienen un carácter espiritual, tal y como se puede comprobar en la tabla 14, comprobamos como no existe una diferenciación ni en miedo ni en ansiedad ante la muerte según las creencias de los estudiantes. Existe una diferencia reseñable respecto a la ansiedad ante la muerte ya que se observa que eventos externos al alumnado generan niveles más altos de ansiedad ante la muerte en estudiantes católicos no practicantes en comparación con los ateos y agnósticos.



En el estudio de Raja et al., (2002), también se encontró un alto porcentaje de personal sanitario que profesaban la religión católica y que, al igual que se acaba de describir, no se mostraban diferencias entre estos y los no creyentes respecto al miedo a la muerte.

Por último, se planteó la hipótesis que indicaba que los estudiantes del Grado en Enfermería considerarían que su formación, hasta ese momento, respecto al afrontamiento del hecho de la muerte era insuficiente. Para evaluar este dato remitimos a la tabla 24, en la que se presenta una descripción de frecuencias y porcentajes en relación con lo anterior. Obteniendo que la mayor parte del alumnado del Grado en Enfermería (80,3 %) que forma parte de la muestra tiene la percepción de una inadecuada formación respecto de la muerte.

En su especificación por cursos encontramos que, desde el 75 % del alumnado del segundo curso, hasta el 87 % del alumnado de primer curso, pasando por el 77,9 % del alumnado de tercer curso, perciben en todos los niveles que su formación en este ámbito no es la adecuada. Esta evidencia nos lleva, junto con la propuesta por otros autores (Tomás, 2002; Tomás y Gómez, 2003; Tomás y Gómez, 2005; Tomás y Limonero, 2004; Tomás, Fernández, Fernández y Aradilla, 2007), a formular la necesidad de proporcionar una formación específica en torno a la muerte en el Grado en Enfermería.

En el plan de estudios actual del Grado en Enfermería no se encuentra un especial énfasis en la muerte como final de los cuidados proporcionados por los profesionales de la Enfermería en entornos clínicos, y, cuando se analiza el tratamiento del tema, este se encuentra centrado en los aspectos biológicos del mismo (Grau et al., 2008), descuidando los aspectos psicológicos que rodean al proceso de muerte y al momento de final de la vida tanto en el paciente, como en la familia y en el propio profesional de la Enfermería (Ramió, 2005). Se ha considerado como un aspecto al que se le ha dado poca importancia en el momento de la elaboración de los planes de estudio de Grado en Enfermería (Fabiana, 2010; Chocarro, 2010; Silva et al., 2016).



La formación en Ciencias de la Salud ha de ir dirigida a proporcionar una capacitación integral del futuro profesional de la Enfermería o Medicina (Caicedo et al., 2001) en la que adquieran los recursos necesarios, en forma de actitudes, conocimientos y habilidades (Benbunan, Cruz, Roa, Villaverde y Benbunan, 2007; Johnson, 2011) para afrontar la ansiedad ante la muerte surgida en el entorno clínico (Sharif, Lehto, Ebadi y Peyrovi, 2016).

Dicha formación facilitará el manejo del propio desarrollo profesional (Morillo, Galán, Arroyo y Romero, 2016) a través de la mejora de la salud psicológica de los estudiantes (Thiemann, Quince, Benson, Wood y Barclay, 2015) para reducir el miedo a la muerte (Goode, 2015) y conseguir una actitud más positiva ante el enfermo terminal (McClement, Care, Dean y Cheang, 2005; Rivera, Montero y Sandoval, 2010; Sevilla y Ferré, 2013) y ante la muerte (Abu, Al-Sayed, El-Said y Alhujaili, 2013).

La puesta en práctica de una formación específica ha demostrado mejoras en cuanto a las actitudes ante la muerte en base al conocimiento de la misma y en cuanto a la mejora de los niveles de ansiedad y miedo expresados (Restrepo y Pilgrim, 2011; Schmidt, 2007; Gallagher et al., 2014; Linares, 2015).

En relación con lo anterior, nuestra investigación refuerza la propuesta realizada por Tomás y Limonero (2004) donde se indicaba que la ansiedad y el miedo a la muerte, por parte del estudiante del Grado en Enfermería, puede ejercer un efecto negativo en la calidad de los cuidados de los paciente a su cargo, proporcionando, de este modo, una atención inadecuada al enfermo y su familia.

En definitiva, podemos concluir que los resultados obtenidos en esta investigación confirmarían el hecho de que, aunque la formación general de las carreras sanitarias es adecuada, esta adolece a la hora de proporcionar herramientas para el afrontamiento ante la muerte, y la ansiedad derivada de esta, en los futuros profesionales de Enfermería.



V.2. CONCLUSIONES

- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles moderados de ansiedad ante la muerte (en general, en sus vidas) y niveles moderadamente altos de ansiedad relacionada con el contexto clínico.
- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan, en general, niveles de ansiedad similares a los estudiantes de los grados de Medicina e Ingeniería, tanto al analizar la ansiedad ante la muerte generalizada como la ansiedad ante la muerte relacionada con el contexto sanitario. Sin embargo, los estudiantes del Grado de Educación, que presentan niveles de ansiedad ante la muerte más altos a nivel general, muestran niveles inferiores en relación al contexto clínico.
- Los estudiantes de Ciencias de la Salud, en el análisis de la ansiedad ante la muerte relacionada con el contexto clínico y los pensamientos relacionados con los sentimientos que se generan en torno a un paciente fallecido, presentan niveles superiores a los de sus compañeros de otras ramas de conocimiento.
- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles moderadamente altos de miedo a la muerte, en general, tanto a la muerte propia como a los procesos de muerte propia y de otra persona. Sin embargo, este es, especialmente, elevado respecto del miedo a la muerte de otra persona.
- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles de miedo a la muerte similares a los presentados por los estudiantes del Grado de Medicina.
- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles de miedo a la muerte inferiores que los estudiantes del Grado de Educación, pero superiores que los de los estudiantes del Grado de Ingeniería.



- Los estudiantes de primer curso del Grado en Enfermería presentan niveles similares de ansiedad ante la muerte que sus compañeros de cursos posteriores, sin embargo, si la ansiedad es derivada de diferentes miedos de carácter clínico, el alumnado de primer curso presenta niveles de ansiedad inferiores a los de sus compañeros de segundo y tercer cursos.
- Los estudiantes del Grado en Enfermería presentan niveles de miedo a la muerte, tanto propia como a la de otras personas, moderadamente altos, independientemente del curso en el que se encuentren. Además, este hecho se da también en los otros estudios de grado analizados.
- Las estudiantes de género femenino del Grado en Enfermería presentan niveles de ansiedad ante la muerte superiores a los de sus compañeros de género masculino.
- Las estudiantes de género femenino del Grado en Enfermería presentan, en general, niveles de miedo ante la muerte superiores a los de sus compañeras de género femenino de otros estudios de grado, siendo este nivel especialmente diferenciado en el miedo al proceso de morir de otras personas.
- El miedo a la muerte, en la muestra analizada, es, en general, superior en las mujeres que en los hombres.
- Los estudiantes que profesan algún tipo de religión presentan niveles más altos de ansiedad ante la muerte, al contrario de lo que ocurre al analizar la ansiedad clínica ante la muerte, donde son los estudiantes ateos y agnósticos los que presentan mayores niveles de ansiedad.
- Los estudiantes universitarios presentan niveles similares de miedo a la muerte, independientemente de las creencias religiosas.



- Los estudiantes del Grado en Enfermería, independientemente del curso en el que se encuentren, perciben como inadecuada su formación sobre la muerte y sus procesos relacionados.
- Se considera necesaria la inclusión de formación académica en relación con temas relacionados con la muerte y sus procesos relacionados, desde el punto de vista psicológico, en los planes de estudio de las Facultades de Enfermería, con el fin de capacitar al alumnado para afrontar de forma óptima la atención integral de los pacientes a su cuidado, y su contexto, en el momento final de sus vidas.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Abolfathi, Y., Azizah, S., Ibrahim, R. & Hamid, T. A. (2015). Spousal death anxiety in old age gender perspective. *Omega. Journal of death and dying*, 72(1), 69-80. doi: 10.1177/0030222815574702.
- Abu, M. O., Al-Sayed, S., El-Said, S. G. & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal*, 7(4), 384-394.
- Aghababaeia, N., Sohrabia, F., Eskandaria, H., Borjalia, A., Farrokhia, N. & Chenb, Z. J. (2016). Predicting subjective well-being by religious and scientific attitudes with hope, purpose in life, and death anxiety as mediators. *Personality and Individual Differences*, 90, 93-98. doi:10.1016/j.paid.2015.10.046.
- Aguilera, R. E. & González, J. (2009). La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. *Gazeta de Antropología*, 25(2), artículo 56. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10481/6903>.
- Alves, J. L., Alves, M. & Pineda, J. (2006). Evaluación de los estados emocionales de estudiantes de Enfermería. *Index de Enfermería*, 16(56), 26-29.
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios del DSM-5*. Traducción: Burg Translations, Inc., Chicago (EEUU). American Psychiatric Publishing (Ed.). Whashington, DC. London, England.
- Antunes, E. & Chaves, E. S. (2007). Ansiedades y sentimientos de los profesionales de Enfermería en situaciones de terminalidad en Oncología. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6). doi: 10.1590/S0104-11692007000600012.



- Aradilla, A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería* (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Aradilla, A. & Tomás, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321-326. doi: 10.1016/S1130-8621(06)71239-6.
- Ascencio, L., Allende, S. & Verastegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*, 11(1), 101-115. doi: 10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n1.44920.
- Astudillo, W., Medineta, C. & Astudillo, R. (1992). Los cuidados paliativos: un signo de evaluación. *Dolor*, 7(1), 7-9.
- Barreto, P., Torre, O. & Pérez, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.
- Barreto, P., Yi, P. & Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncología*, 5(2-3), 383-400.
- Bayés, R. (2010). Aproximación a la historia y perspectivas de la psicología del sufrimiento y de la muerte en España. *Información Psicológica*, 100, 7-13.
- Benbunan, B., Cruz, F., Roa, J. M., Villaverde, C. & Benbunan, B. R. (2007). Afrontamiento del dolor y la muerte en estudiantes de Enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 197-205.
- Benito, E., Maté, J. & Pascual, A. (2011). Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. *World Pumps*, 18(7), 392-400. doi: 10.1016/S1134-2072(11)70154-2.



- Braun, M., Gordon, D. & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 37(1), 43-49. doi: 10.1188/10.ONF.E43-E49.
- Caicedo, J., Carvajal, A., García, V., González, G., Munévar, J., Mojica, N. & Sotelo, C. (2001). Reacción del estudiante de Enfermería frente a la muerte del paciente a su cuidado. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, Mayo-Junio-Julio, 29-33.
- Cardozo, R. A., Espig, H., Romano, E., Vilorio, F., Centeno, G. & Medina, M. (2014). Actitud ante la muerte en estudiantes de Medicina al inicio y final de la carrera. *Revista de Bioética Latinoamericana*, 14, 82-104.
- Carmona, Z. E. & Bracho, C. E. (2008). La muerte, el duelo y el equipo de salud. *Revista de Salud Pública*, 2(2), 14-23.
- Celma, A. G. & Strasser, G. (2015). El proceso de muerte y la Enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas entorno a la atención frente a la muerte. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 25(2), 485-500. doi: 10.1590/S0103-73312015000200009.
- Chiappetta, W., Floyd, H. H. & McSevenay, D. R. (1977). Sex differences in coping with death anxiety. *Psychological Reports*, 39, 945-946.
- Chocarro, L. (2010). *Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso* (Tesis Doctoral). Madrid: Universidad Complutense.
- Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de Enfermería de Andalucía y Cataluña* (Tesis Doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma.
- Collett, L. & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.



- Comas, M. D. (1989, mayo). *Quinés el paper del psicòleg en l'atenció deis malalts en situació terminal?* Ponencia presentada al II Congreso de Asociaciones de Terapia y Modificación del Comportamiento de Países de Lenguas Latinas "Latini Dies". Roma. Italia.
- Cooper, J. & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal Palliat Nursing*, 11(8), 423-30. doi:10.12968/ijpn.2005.11.8.19611.
- Çelik, N., Ünsal, A. & Çağan, Ö. (2014). Death anxiety among a health high school of students. *Global Journal on Advances in Applied Sciences*, 4, 94-103.
- Davisa, S. F., Bremera, S. A., Anderson, B. J. & Tramilla, J. L. (1983). The interrelationships of ego strength, self-esteem, death anxiety, and gender in undergraduate College students. *The Journal of General Psychology*, 108(1), 55-59. doi: 10.1080/00221309.1983. 9711478.
- Díaz, M. C., Juarros, N., García, B. & Sáez, C. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de Enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 45, 246-255. doi: 10.6018/eglobal.16.1.232221.
- Duche, A. B. (2011). La antropología de la muerte: Autores, enfoques y períodos. *Sociedad y religión*, 22(37), 206-215.
- Dunn, K. S., Otten, C. & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1), 97-104. doi: 10.1188/05.ONF.97-104.
- Echeburúa, E. & Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y Modificación de Conducta*, 33(147), 31-50.



- Edo, M. (2015). *Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de Enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya*. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universitat Internacional de Catalunya.
- Edo, M., Monforte, C. & Tomás, J. (2015). Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 25(1). doi: 10.1016/j.enfcli.2014.10.002.
- Edo, M., Tomás, J. & Aradilla, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de Enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.01.007.
- Edo, M., Tomás, J., Bardallo, D. & Monforte, C. (2014). The impact of death and dying on nursing students: an explanatory model. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3501-3512. doi: 10.1111/jocn.12602.
- Ek, K., Westin, L., Prahl, Ch., Österlind, J., Strang, S., Bergh, I., Henoch, I. & Hammarlund, K. (2014). Death and caring for dying patients: exploring first-year nursing students' descriptive experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 509-515. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.10.50.
- Encinas, M. R. (2009). Estudio antropológico del comportamiento ante la muerte: humanidad e inhumanidad. *Cauriensia*, IV, 293-328.
- Espinoza, M., Sanhueza, O. & Barriga, O. (2011). Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5), 1171-80.
- Espinoza, M. & Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de Enfermería de Concepción. *Acta Paul Enfermería*, 25(4), 607-13.
- Fabiana, C. (2010). *Educación para la muerte: estudio sobre la construcción del proceso de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el*



ámbito escolar. *Propuesta de un programa de intervención* (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.

- Falkenhain, M. & Handal, P.J. (2003). Religion, death attitudes and belief in afterlife in the elderly: untangling the relationships. *Journal of Religion & Health*, 42(1), 67-76.
- Fernández, A. & Rodríguez, B. (2002). Intervenciones sobre problemas relacionados con el duelo para profesionales de Atención Primaria (I): el proceso de duelo. *Medifam*, 12(3), 218-225.
- Freitas, T. L., Banazeski, A. C., Eisele, A., de Souza, E. N., Bitencourt, J. V. & de Souza, S. S. (2016). The look of nursing on death and dying process of critically ill patients: an integrative review. *Enfermería Global*, 15(1). 348-360. doi: 10.6018/eglobal.15.1.214601.
- Furer, P. & Walker, J. R. (2008). Death anxiety: a cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 167-182. doi: 10.1891/0889-8391.22.2.167.
- Gabriel, T. (2012). *Antropología de la muerte. Construcción cultural de la muerte* (Tesis Doctoral). Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Gala, F. J., Lupiani, M. R., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, M. C. & Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gallagher, O., Saunders, R., Tambree, K., Allix, S., Monterosso, L. & Naglazas, Y. (2014). Nursing student experiences of death and dying during a palliative care clinical placement: teaching and learning implications. In *transformative, innovative and engaging. Proceedings of the 23rd Annual Teaching Learning Forum*. Perth, Australia: The University of Western Australia.



- García, M. P. (2008). *Pensar en paliativo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia* (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Getino, M. R. (2009). *La espera. El proceso de morir en el mundo de los cuidados paliativos* (Tesis Doctoral). Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- Gerow, L., Conejo, P., Alonzo, A., Davis, N., Rodgers, S. & Domian, E. W. (2010). Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), 122-129. doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x.
- Goode, K. (2015). *Enhancing the affective domain in order to reduce fear of death in first-year student nurses* (Tesis Doctoral). Hertford: University of Hertfordshire.
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- Grau, J., Llantá, M. C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M. C., Infante, O., Romero, T, Barroso, I. & Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.
- Guacaneme, F. A. & Pérez, C. P. (2007). *Estrategias de afrontamiento utilizadas por enfermeras de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico frente a la muerte de un niño* (Tesis de Especialización en Cuidado Pediátrico). Colombia: Universidad de la Sabana.
- Halliday, L. E. & Boughton, M. A. (2008). The moderating effect of death experience on death anxiety. Implications for Nursing Education. *Journal of hospice and palliative nursing*, 10(2), 76-82.



- Hanzeliková, A., García, M. V., Conty, M. R., López, B., Barriga, J. M. & Martín, J. L. (2014). Reflexiones de los alumnos de Enfermería sobre el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 33, 133-144. doi: 10.6018/eglobal.13.1.170641.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J. & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8, 253-261.
- Hellen, R. & Farchaus, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and theory for nursing practice: an international journal*, 23(1), 23-41. doi: 10.1891/1541-6577.23.1.23.
- Henaó, A. M., Fajardo, E. & Núñez, M. L. (2016). Vivencias y afrontamiento al causar dolor: la experiencia de estudiantes de Enfermería. *Revista Enfermería Docente*, 105, 13-21.
- Herdman, T. H. & Kamitsuru, S. (Eds.) (2017). *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2015–2017*. Oxford: Wiley Blackwell.
- Iranmanesh, S. (2009). *Caring for dying and meeting death: the views of iranian and swedish nurses and student nurses* (Tesis Doctoral). Suecia: Luleå University of Technology.
- Jiménez, R. (2012). *¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte* (Tesis Doctoral). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Johnson, A. (2011). *Nursing the Dying: A mixed method study* (Tesis Doctoral). Australia: University of Werstern Sydney.
- Juhl, J. & Routledge, C. (2016). Putting the terror in Terror Management Theory. Evidence that the awareness of death does cause anxiety and



undermine psychological well-being. *Current Directions in Psychological Science*, 25(2), 99-103. doi: 10.1177/0963721415625218.

Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Lange, M., Thom, B. & Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959. doi: 10.1188/08.ONF.955-959.

Lara, K. P., Ruiz, N. V. & Balcázar, P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 8, 83-106.

Lester, D., Templer, D. I. & Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: a brief note. *Omega. Journal of death and dying*, 54(3), 255-260. doi: 10.2190/W644-8645-6685-358V.

Lichter, I. (1991). Some psychological causes of distress in the terminally ill. *Paliative Medicine*, 5, 138-146.

Lima, A. A. F., Silva, M. J. P. & Pereira, L. L. (2009). Sufrimiento y contradicción: el significado de la muerte y del morir para los enfermeros que trabajan en el proceso de donación de órganos para trasplante. *Enfermería Global*, 15, 1-17.

Limonero, J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-265.

Limonero, J. T., Tomás, J. & Fernández, J. (2006). Relación entre Inteligencia Emocional Percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 267-278.



- Limonero, J. T. Tomás, J., Fernández, J., Cladellas, R. & Gómez, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 177-188.
- Linares, M. (2015). *Ansiedad, afrontamiento, miedos y conocimiento ante la muerte de estudiantes de Enfermería de la Península del Yucatán* (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- López, I. & García, R. (2008). Actitud de una enfermera ante la muerte. *Enfermería Docente*, 88, 28-30.
- López, A., Sueiro, E. & López, M. C. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología y Educación*, 9(11), 241-254.
- Marchán, S. (2016). Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. *Nure Investigation*, 13(82).
- Marcysiak, M., Dąbrowska, O. & Marcysiak, M. (2013). Acceptance of death as a life attitude for nurses and nursing students. *Program Health Science*, 3(1), 104-110.
- Martí, C. (2014). *Miedo a morir: estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven; aplicaciones en procesos de fin de vida* (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.
- Maza, M., Zavala, M. & Merino, J. M. (2008). Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, XV(1), 39-48. doi: 10.4067/S0717-95532009000100006.
- McClement, S. E., Care, D., Dean, R. & Cheang, M. (2005). Evaluation of education in palliative care: determining the effects on nurses' knowledge and attitudes. *Journal of Palliat Care*, 21(1), 44-48.



- McDonald, D. A. (2000). Spirituality: description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68(1),153-97.
- Mejía, A. (2008). Aspectos psico-emocionales y espirituales al final de la vida: el proceso de morir dignamente. *Medicina naturista*, 2(3), 233-245.
- Mier, O. & Santisteban, I. (2005). Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura. *Medicina paliativa*, 12(3), 169-74.
- Miguel, J. M. (1995). El último deseo: para una Sociología de la muerte en España. *Reis*, 71-72, 109-156.
- Mondragón, E. J., Torre, E. A., Morales, M. L. & Landeros, E. A. (2015). A comparison of the level of fear of death among students and nursing professionals in Mexico. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 23(2), 323-328. doi: 10.1590/0104-1169.3550.2558.
- Moral, J. & Miaja, M. (2011). Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte. *Boletín de Psicología*, 103, 29-44.
- Mouren-Mathieu, A. M. (1987). *Soins palliatifs*. Montreal: Editions Lamarre.
- Morillo, M. S., Galán, J. M., Arroyo, A. & Romero, R. (2016). Factores sociodemográficos que influyen sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Medicina Paliativa*, 23, 113-212. doi: 10.1016/j.mediapa.2013.12.008.
- Moya, F. J. (2007). *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano* (Tesis Doctoral). Murcia: Universidad Católica de Murcia.
- Moya, F. J., Barcia, D., Canteras, M. & Garcés, E. (2010). Escala clínica de ansiedad ante la muerte (DACs). *Edu Psykhé*, 9(2), 147-158.



- Msiska, G., Smith, P. & Fawcett, T. (2014). Exposing emotional labour experienced by nursing students during their clinical learning experience: a malawian perspective. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 1, 43-50. doi. 10.1016/j.ijans.2014.07.001.
- Muñoz, A. (2013). Is religion independent of students' approaches to learning? *Studia Psychologica*, 55(3), 215-220.
- Naderi, F. & Esmaili, E. (2009). Collet-Lester fear of death scale validation and gender-based comparison of death anxiety, suicide ideation and life satisfaction in university students. *Journal of Applied Sciences*, 9(18), 3308-3316.
- Niederriter, J. E. (2009). *Student nurses' perception of death and dying* (Tesis Doctoral). Ohio: Cleveland State University.
- Nyatunga, B. (2006). Towards a definition of death anxiety. *International Journal Palliat Nursing*, 12(9), 410-413. doi: 10.12968/ijpn.2006.12.9.21868.
- Ortega, A. M. (2012). *El proceso de la muerte en el ámbito formal de los cuidados: un estudio cualitativo desde la perspectiva profesional sanitaria de Huelva* (Tesis Doctoral). Huelva: Universidad de Huelva.
- Ortega, A. M. (2013). El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de Enfermería. *Medicina Paliativa*, 23(2), 93-98. doi:10.1016/j.medipa.2013.09.004.
- Ortego, M. C. & Alconero, A. R. (2001). El duelo. *Enfermería Científica*, 236-237, 46-51.
- Orozco, M. A., Tello, G. O., Sierra, R., Gallegos, R. M., Xequé, A. S., Reyes, B. L. & Zamora, A. (2013). Experiencias y conocimientos de los estudiantes de Enfermería ante la muerte del paciente hospitalizado. *Enfermería Universitaria*, 10(1), 8-13.



- Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los cuidados*, 14, 27-43.
- Padrón, L. (2014). Diferentes maneras de conocer la muerte en estudiantes y profesionales de Enfermería. *Rol de Enfermería*, 37(1), 26-29.
- Parkes, C. M. (1980). Aspectos psicológicos. En Cicely M. Saunders (Ed.) *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. (Traducción). Barcelona: Salvat.
- Parkes, C. M. & Weiss, R. (1983). *Recovery for bereavement*. New York: Basic Books.
- Pascual, M. C. (2010). Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de Enfermería de cuidados críticos. *Nure Investigación*, 8(50), 1-12.
- Pascual, M. C. (2011). Ansiedad del personal de Enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería Intensiva*, 22(3), 96-103. doi: 10.16/j.enfi.2011.01.004.
- Penson, J. (1991). Bereavement. En Jenny Penson y Ronald Fisher (Ed.) *Palliative care for people with cancer*. Londres: Edward Arnold.
- Pereira, R. (2010). Evolución y diagnóstico del duelo normal y patológico. *Actualizaciones Formación Médica Continuada*, 17(10), 656-663.
- Pérez, M. (1998). Consideraciones sobre el paciente en estado terminal y muerte. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Colombia*, 46(3), 138-144.
- Perraut, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., Morphet, J. & Shimoinaba, K. (2016). How death anxiety impacts nurses' caring



for patients at the end of life: a review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14-21. doi: 10.2174/1874434601307010014.

Pichardo, L. M. & Diner, K. (2010). La experiencia de la muerte y los cuidados paliativos. Una visión desde la Enfermería. *Anales médicos*, 55(3), 161-166.

Raja, R., Gala, F. J., González, J. M., Lupiani, M., Guillén, C. & Alba, I. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*, 29, 21-36.

Ramió, A. (2005). *Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya* (Tesis Doctoral). Universidad de Barcelona. Barcelona.

Restrepo, E. (2013). *Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población romaní/gitana de ses medio-bajo*. (Tesis Doctoral). Málaga: Universidad de Málaga.

Restrepo, E., Trianes, M. V., Muñoz, A. & Alarcón, R. (2016). Cultural and religious/spiritual beliefs and the impact on health that fear to death has on gender and age, among a romani minority group from southern Spain. *Journal of Immigrant and Minority Health*, March, 1-6. doi: 10.1007/s10903-016-0377-3.

Restrepo, M. & Pilgrim, S. (2011). *Caring for the caregiver: Emotional challenges of pediatric palliative care nurses*. En M. S. Plakhotnik, S. M. Nielsen, & D. M. Pane (Eds.). *Procedente de Tenth Annual College of Education & GSN Research Conference* (pp. 192-199). Miami: Florida International University.

Rivera, A., Montero, M. & Sandoval, R. (2010). Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con



insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 83-91. doi:10.5460/jbhsi.v2.2.26795.

Rodríguez, M. L., Azañón, R., Rodríguez, M. M., Rodríguez, N., Torres, A. & Palma, J. (2006). Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalaria EPES 061 del S.P. de Granada. *Tempus Vitalis*, 6(2), 57-72.

Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M. & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Stud.* 31(6), 549-561.

Sadowski, C. J., Davis, S. F. & Loftus-Vergari, M. C. (1979). Locus of control and death anxiety: A reexamination. *Omega: Journal of Death and Dying*, 10, 203-210.

Sánchez, G. (2013). *Las emociones en la práctica enfermera* (Tesis Doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Sánchez, T. (2014). La atención al duelo en los estudiantes de Grado en Enfermería. *Paraninfo Digital*, VII(20), 1-11.

Sánchez, R. & Martínez, R. (2014). Causas y caracterización de las etapas del duelo romántico. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1329-1343.

Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la "Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "Perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención"* (Tesis Doctoral). Granada: Universidad de Granada.

Searles, I. & King, S. (2015). The impact of death education on fear of death and death anxiety among human services students. *Omega. Journal of death and dying*, 71(4), 343-361. doi: 10.1177/0030222815572606.



- Sevilla, M., Ferré, C. & Tahta, M. (2012). Enfermería y la ansiedad ante la muerte. *Rol de Enfermería*, 35(10), 692-697.
- Sevilla, M. & Ferré, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermas de atención sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114. doi: 10.4321/S1134-928X2013000300003.
- Sharif, H., Lehto, R. H., Ebadi, A. & Peyrovi, H. (2016). Death anxiety among nurses and health care professionals: a review article. *International Journal Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), 2-10.
- Shimizu, H. E. (2007). Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(3), 257-262.
- Silva, E., Agra, G., Formiga, M., Pereira, I., André, B. L. & Lopes, M. M. (2016). The process of death and dying in nursing students perception. *Journal of Nursing*, 10(5), 1709-1716.
- Smith-Cumberland, T. L. & Feldman, R. H. (2006). EMTs' attitudes' toward death before and after a death education program. *Prehosp Emerg Care*, 10(1), 89-95.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2014). *Guía de cuidados paliativos*. Madrid. Recuperado de <http://secpal.com/16-duelo>.
- Souza, C., Luiz, I. & Lucchetti, G. (2011). Comparación de conocimientos y actitudes de los profesores y estudiantes de Enfermería frente a las relaciones entre espiritualidad, religión y salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5).
- Souza, L. P., Mota, J., Barbosa, R., Ribeiro, R. C., Oliveira, C. S. & Barbosa, D. A. (2013). La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfermería Global*, 32, 222-229. doi: 10.6018/eglobal.12.4.163241.



- Stedeford, A. (1984). *Facing death. Patients, families and professionals*. London: Willian Heinemann.
- Stillon, J. M. (1985). *Death and the sexes*. Whashington: Hemisphere Publishing.
- Suárez, V. (2011). Science and religion: views and emotional management of the death and of the grieving process. *Revista de Humanidades*, 18, 49-64.
- Talavera, C. C. (2010). *Actitudes ante la muerte en estudiantes universitarios. Un estudio comparativo* (Tesis Doctoral). Universidad Autónoma. Madrid.
- Tau, R. (2014). La noción de muerte como objeto de investigación de la Psicología del desarrollo. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(1), 9-19. doi: 10.7714/cnps/8.1.101
- Templer, D. I. (1991). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Thiemann, P., Quince, T., Benson, J., Wood, D. & Barclay, S. (2015). Medical students' death anxiety: severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *Journal of Pain and Symptom Managemenr*, 50(3), 335-342. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.03.014.
- Tizón, J. L. (2007). La muerte en tanto que pérdida de la vida. *Clínica en investigación relacional*, 1(2), 372-393.
- Tomás, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.



- Tomás, J., Fernández, P., Fernández, L. & Aradilla, A. (2007). Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enfermería Clínica*, 17(3), 152-156. doi: 10.16/S1130-8621(07)71787-4.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279.
- Tomás, J. & Gómez, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114. doi: 10.1027/1015-575921.2.108.
- Tomás, J. & Guix, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás, J. & Limonero, J. T. (2004). Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería de Egipto y España. *Enfermería Clínica*, 14(6), 328-33. doi: 10.1016/S11308621(04)73911-X.
- Tomás, J., Limonero, J. T. & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish Adaptation of the Collet-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 341(3), 249-260. doi: 10.1080/07481180601152625.
- Tosao, C. (2012). Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos. *Formación Médica Continuada*, 19(6), 331-338.
- Twycross, R. & Lack, S. (1987). *Terapèutica del pacient amb càncer terminal*. Traducción. Vic, Barcelona: EUMO, 1990.
- Uribe, A., Valderrama, L. & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.



- Uribe, A., Valderrama, L., Durán, D. M. & Galeano, C. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 109-120.
- Uribe, A., Valderrama, L., Durán, D. M., Galeano, C., Gamboa, K. & López, S. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 119-126.
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte es cónyuges de pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales* (Tesis Doctoral). Universidad de Sevilla. Sevilla.
- Vega, P., González, R., Palma, C., Ahumada, E., Mandiola, J., Oyarzún, C. & Rivera, S. (2013). Develando el significado del proceso de duelo en enfermeras(os) pediátricas(os) que se enfrentan a la muerte de un paciente a causa del cáncer. *Aquichan*, 13(1), 81-91.
- Ventura, C. (2013). Sufrimiento: análisis del concepto. *Enfoque. Revista Científica de Enfermería*, XIV(9), 24-34.
- Vilalta, A. (2010). *Evaluación de las necesidades espirituales de pacientes diagnosticados de cáncer avanzado y terminal* (Tesis Doctoral). Universitat de Lleida. Lleida.
- Wong, P. T., Reker, G. T. & Gesser, G. (1994). *Death attitude profile – revised*. In: Neymeyer RA (Ed.). *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application*, 121-124. Washington, USA: Ed. Taylor & Francis.



ANEXOS



Anexo I. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. LUGAR DE NACIMIENTO: _____

2. NACIONALIDAD: _____

3. GÉNERO: Mujer Hombre

4. EDAD: _____

5. ESTADO CIVIL:

Soltera/o Casada/o Pareja de hecho
 Separada/o Divorciada/o Viuda/o

6. NÚMERO DE HIJOS: 0 1 2 3 +3

7. ESTUDIOS DE GRADO:

Enfermería Medicina Ingeniería Magisterio

8. CURSO: 1º 2º 3º 4º

9. FILIACIÓN RELIGIOSA:

Agnóstica / Atea
 Católica practicante
 Católica no practicante
 Otra practicante (indicar): _____
 Otra no practicante (indicar): _____

10. HA FALLECIDO UN FAMILIAR DIRECTO
(padre/madre, hija/o, hermana/o, abuela/o):

Hace menos de un mes.
 En los últimos seis meses.
 En el último año.
 Hace más de un año.
 Nunca.



11. TIENE FAMILIARES A SU CARGO:

- Hija / Hijo.
- Madre / Padre.
- Abuela / Abuelo.
- Otro (indicar): _____

12. ¿Cree usted que, a día de hoy, ha recibido en sus estudios de Grado formación específica suficiente para afrontar el hecho de la muerte de una forma adecuada?

1	2	3	4	5
Por ahora no	Muy poco	Algo, pero no suficiente	Suficiente	Todo lo necesario

13. ¿Cree usted que, a lo largo de sus estudios de Grado, se le formará específicamente para afrontar la muerte de una forma adecuada?

1	2	3	4	5
Seguro que no	Creo que no	Lo desconozco	Creo que sí	Seguro que sí



Anexo II. INVENTARIO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAI)

Por favor, indique el grado de acuerdo en relación a las siguientes afirmaciones; siendo 1 el total desacuerdo y 5 el total acuerdo.

		1	2	3	4	5
1.	<i>Me angustia entrar en un cementerio.</i>					
2.	<i>La certeza de la muerte quita significado a la vida.</i>					
3.	<i>Me molesta oír hablar de temas relacionados con la muerte.</i>					
4.	<i>Siempre me ha preocupado la posibilidad de morir joven.</i>					
5.	<i>Me cuesta aceptar la idea de que todo se acabe con la muerte.</i>					
6.	<i>Pienso que sería más feliz si ignorase que he de morir.</i>					
7.	<i>Creo que tengo más miedo a la muerte que la mayoría de personas.</i>					
8.	<i>Me preocupa envejecer.</i>					
9.	<i>Me cuesta mucho aceptar que he de morir.</i>					
10.	<i>Nunca aceptaría trabajar en una empresa funeraria.</i>					
11.	<i>Me asusta la idea de la nada después de la muerte.</i>					
12.	<i>La idea de la muerte me provoca inquietud.</i>					
13.	<i>Muchas veces me pregunto cuál será la causa de mi muerte.</i>					
14.	<i>Me gustaría vivir hasta una edad muy avanzada.</i>					
15.	<i>Los ataúdes me ponen nervioso/a.</i>					
16.	<i>Me preocupa lo que haya después de la muerte.</i>					
17.	<i>A menudo pienso que puedo tener una enfermedad grave.</i>					
18.	<i>La muerte es lo peor que puede sucederme.</i>					
19.	<i>Me impresiona mucho la visión de un cadáver.</i>					
20.	<i>Frecuentemente pienso en mi propia muerte.</i>					



Anexo III. ESCALA CLÍNICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DACs)

Por favor, indique SI o NO en relación a las siguientes afirmaciones:

		SI	NO
1.	<i>Me asusta mucho pensar que tenga que sufrir una operación.</i>		
2.	<i>Temo quedar muy mutilado tras la operación, en perder o no poder utilizar bien algún miembro, o no poder valerse por sí mismo tras la operación.</i>		
3.	<i>En caso de tener que someterme a una operación me asusta el mal éxito de ésta.</i>		
4.	<i>Temo por el dolor que pueda sufrir tras la operación y en el postoperatorio.</i>		
5.	<i>Me asusta pensar en la anestesia cuando creo poder darme cuenta de la operación o no despertar.</i>		
6.	<i>Me asusta pensar en una operación por la propia experiencia.</i>		
7.	<i>Tengo verdadero miedo a tener un ataque al corazón.</i>		
8.	<i>Me asusta el hecho de que un ataque al corazón sea de forma repentina.</i>		
9.	<i>Temo por el dolor que pueda sufrir en ese instante del ataque.</i>		
10.	<i>Me asusta el poder encontrarme solo en ese momento y poder llegar a morir.</i>		
11.	<i>Tengo mucho miedo a sufrir cáncer.</i>		
12.	<i>Cáncer significa muerte.</i>		
13.	<i>El tratamiento del cáncer ocasiona mucho sufrimiento.</i>		
14.	<i>El padecer cáncer supone ser una carga para la familia o allegados.</i>		
15.	<i>Temo a la muerte por lo desconocido.</i>		
16.	<i>Me da mucho miedo la muerte y el proceso de morir.</i>		
17.	<i>Cambiaría muchas cosas de mi vida.</i>		
18.	<i>La vida me parece corta.</i>		
19.	<i>Tengo miedo a que la muerte llegue rápida.</i>		
20.	<i>Temo por el dolor que puede sentir antes de la muerte.</i>		
21.	<i>Temo por la angustia que pueda sufrir en la agonía</i>		
22.	<i>Pienso que el futuro me guarda algo que temer.</i>		
23.	<i>Lo único que no temo del futuro es el estado en que deje a mi familia.</i>		



Anexo IV. ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLET-LESTER (EMMCL)

Lea cada frase y contéstela rápidamente. No utilice demasiado tiempo pensando su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión sobre cómo piensa en este momento. Marque el número que mejor represente su sentimiento.

*¿Qué grado de **preocupación** o **ansiedad** tiene por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir?*

		NADA	MODERADO		MUCHO	
		1	2	3	4	5
En relación con su propia muerte.		1	2	3	4	5
1.	<i>La total soledad de la muerte.</i>					
2.	<i>La brevedad de la vida.</i>					
3.	<i>Todas las cosas que perderá al morir.</i>					
4.	<i>Morir joven.</i>					
5.	<i>Cómo será estar muerto/a.</i>					
6.	<i>No poder pensar ni experimentar nada nunca más.</i>					
7.	<i>La desintegración del cuerpo después de morir.</i>					
En relación con su propio proceso de morir.		1	2	3	4	5
1.	<i>La degeneración física que supone el proceso de morir.</i>					
2.	<i>El dolor que comporta el proceso de morir.</i>					
3.	<i>La degeneración mental del envejecimiento.</i>					
4.	<i>La pérdida de facultades durante el proceso de morir.</i>					
5.	<i>La incertidumbre sobre la valentía con que afrontará el proceso de morir.</i>					
6.	<i>Su falta de control sobre el proceso de morir.</i>					
7.	<i>La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos/as y familiares.</i>					



En relación con la muerte de otros/as.		1	2	3	4	5
1.	La pérdida de una persona querida.					
2.	Tener que ver su cadáver.					
3.	No poder comunicarte más con ella.					
4.	Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva.					
5.	Envejecer solo, sin la persona querida.					
6.	Sentirte culpable por el alivio provocado por su muerte.					
7.	Sentirte solo sin ella.					
En relación con el proceso de morir de otros/as.		1	2	3	4	5
1.	Tener que estar con alguien que se está muriendo.					
2.	Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo.					
3.	Ver cómo sufre dolor.					
4.	Observar la degeneración física de su cuerpo.					
5.	No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de la persona querida.					
6.	Asistir al deterioro de sus facultades mentales.					
7.	Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia.					



Anexo V. INVENTARIO DE EXPRESIONES DE ESPIRITUALIDAD (IEE)

Más abajo aparecen varias frases. Lea cada una de las frases cuidadosamente. Usando la escala de cinco puntos que señalamos a continuación valore el grado en el que cada frase se puede aplicar a usted, y escriba la respuesta en el espacio en blanco que aparece a la izquierda de cada frase. Responda, por favor, con sinceridad, y a todas las frases.

1	2	3	4	5
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

		1	2	3	4	5
1.	<i>La espiritualidad es una parte importante de quien soy como persona.</i>					
2.	<i>He tenido una experiencia en la cual yo parecía estar conectado a todo.</i>					
3.	<i>Parece que siempre hago las cosas mal.</i>					
4.	<i>Es posible comunicarse con los muertos.</i>					
5.	<i>Creo que es importante asistir a celebraciones religiosas.</i>					
6.	<i>La espiritualidad es una parte esencial de la existencia humana.</i>					
7.	<i>He tenido una experiencia en la cual parecía trascender el espacio y el tiempo.</i>					
8.	<i>No estoy a gusto conmigo mismo.</i>					
9.	<i>Creo que la brujería es real.</i>					
10.	<i>Experimento un sentimiento de cercanía a un poder superior.</i>					
11.	<i>Gracias a mi espiritualidad estoy más atento a las elecciones que hago en mi vida diaria.</i>					
12.	<i>He tenido una experiencia mística.</i>					
13.	<i>Muchas cosas de las que hago en la vida parecen torcidas.</i>					
14.	<i>Es posible predecir el futuro.</i>					
15.	<i>Me veo a mí mismo como una persona religiosa.</i>					
16.	<i>Intento considerar todos los elementos de un problema, incluyendo sus aspectos espirituales antes</i>					



	<i>de tomar una decisión.</i>					
17.	<i>He tenido una experiencia en la que yo parecía unido con un poder o fuerza más grande que yo mismo.</i>					
18.	<i>Mi vida es, a menudo, problemática.</i>					
19.	<i>No creo en los espíritus o fantasmas.</i>					
20.	<i>Veo a Dios, o un Poder Superior, presente en todas las cosas que hago.</i>					
21.	<i>Mi vida se ha beneficiado de la espiritualidad.</i>					
22.	<i>He tenido una experiencia en la cual todas las cosas parecían divinas.</i>					
23.	<i>A menudo me siento tenso.</i>					
24.	<i>Pienso que la psicoquinesis, o mover objetos con la mente, es posible.</i>					
25.	<i>Practico alguna forma de oración.</i>					
26.	<i>Creo que es importante atender al crecimiento espiritual de uno mismo.</i>					
27.	<i>He tenido una experiencia en la cual parecía trascender mi propio yo.</i>					
28.	<i>Soy una persona infeliz.</i>					
29.	<i>Es posible dejar tu cuerpo.</i>					
30.	<i>Creo que Dios o un Poder Superior es responsable de mi existencia.</i>					



Anexo VI. DOCUMENTO INFORMATIVO

Estimado/a participante:

El Departamento de Psicología de la Universidad de Jaén, en colaboración con la Facultad de Enfermería de Ciudad Real de la Universidad de Castilla-La Mancha, está llevando a cabo un proyecto de investigación denominado ***“Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería”***.

En el documento que usted está leyendo se le informa de los objetivos y la finalidad del estudio. Si decide participar deberá firmar el Consentimiento Informado que podrá encontrar en las páginas 3 y 4. A continuación encontrará una hoja sobre datos sociodemográficos y cuatro cuestionarios relacionados con el objeto del estudio para que, si lo considera oportuno, los cumplimente.

Por favor, lea con atención tanto las instrucciones como las preguntas de todos ellos y conteste con la mayor sinceridad posible.

El presente documento es totalmente anónimo y los datos obtenidos se utilizarán únicamente con fines experimentales.

Muchas gracias por su colaboración



Anexo VII. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Antes de proceder a la conformidad de este consentimiento informado, lea atentamente la información que a continuación se le facilita y realice las preguntas que considere necesarias.

“Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería”

La finalidad de este proyecto de investigación es determinar el impacto que el miedo a la muerte genera en los estudiantes universitarios de diferentes ramas de conocimiento.

La relevancia del estudio radica en la importancia de determinar los niveles de ansiedad y analizar si existen diferencias entre los estudiantes que cursan distintos Grados.

- **Implicaciones para el/la participante:**

- La participación es totalmente voluntaria.
- Puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin dar explicaciones y sin que esto tenga una repercusión negativa.
- Todos los datos de carácter personal obtenidos en este estudio, son confidenciales y se tratarán conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
- La información obtenida se utilizará exclusivamente para los fines específicos de este estudio.

- **Riesgos de la investigación para el/la participante:**

- La participación en este estudio no conlleva ningún riesgo para el/la participante.

Si requiere información adicional se puede poner en contacto con los responsables del estudio:

- Ricardo Molina Banqueri, teléfono: 953 21 26 64, dirección electrónica: rmb00004@red.ujaen.es



- M^a Dolores Escarabajal Arrieta, teléfono: 953 21 26 64, dirección electrónica: descara@ujaen.es

Declaro que:

1. He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento.
2. He podido hacer preguntas sobre el estudio ***“Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería”***.
3. He recibido suficiente información sobre el estudio ***“Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería”***.
4. He hablado con el encargado de pasar el cuestionario y he resuelto mis dudas.
5. Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.
6. Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.
7. Se me ha informado de que la donación/información obtenida solo se utilizará para los fines específicos del estudio.
8. Comprendo que puedo retirarme del estudio:
 - Cuando quiera.
 - Sin tener que dar explicaciones.
 - Sin que esto repercuta negativamente.

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto de investigación ***“Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería”***.

FIRMA DEL PARTICIPANTE