

Actitudes, Creencias y Ansiedad ante la muerte en los profesionales de salud del Hospital Oncológico SOLCA Ambato

Marlon Mayorga-Lascano^{1*} , Paula López-Márquez² , Daniel Flores³ , Camila Pazmiño⁴ 
, Estefanía Serna⁵ 

<https://dx.doi.org/10.5209/psic.98703>

Recibido: 24 de octubre de 2024 / Aceptado: 20 de febrero de 2025

Resumen: Objetivo: Evaluar los niveles de Actitudes ante la Muerte, Creencias con Relación al Paciente Terminal, y Ansiedad ante la Muerte, y la relación de estas variables en 110 profesionales de salud (médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, y auxiliares de enfermería) del Hospital Oncológico SOLCA Ambato. Método: de tipo cuantitativo, con diseño no experimental y un alcance descriptivo, correlacional, de corte transversal. Las evaluaciones se realizaron a través del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte, el Cuestionario de Creencias con Relación al Paciente Terminal, y la Escala de Ansiedad ante la Muerte. Resultados: Las dimensiones de Actitudes de tránsito y de temor son altas, mientras que las dimensiones de Actitudes de salida, de distanciamiento/aceptación, de impacto emocional y de defensividad son bajas. Las Creencias ante la muerte alcanzaron una intensidad moderada, relacionadas con el dolor y el temor a la pérdida de control; al tiempo que se subraya la importancia de recibir apoyo psicológico. Los resultados de la Ansiedad fueron moderados, sin existir diferencias estadísticamente significativas por sexo. Se observaron correlaciones bajas positivas entre Creencias y Actitudes (particularmente la dimensión actitudinal de Salida); también se halló correlaciones moderadas positivas entre Ansiedad y Actitudes (especialmente con las dimensiones de: Temor, Distanciamiento- aceptación, y Defensividad). Se determinó que las Actitudes predicen en un 17,8 % la presencia de la Ansiedad. Conclusiones: La educación sobre la muerte y cuidados paliativos reduce los niveles de ansiedad, y permiten una actitud más efectiva hacia los enfermos terminales y su familia.

¹ Marlon Mayorga-Lascano. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato. Ecuador. ORCID: 0000-0002-2515-4159.

E-mail: pmayorga@pucesa.edu.ec

² Paula López-Márquez. Área de Psicología Clínica del Hospital SOLCA Ambato. Ecuador. ORCID: 0009-0009-8919-7914

E-mail: psicopaulalopez@gmail.com

³ Daniel Flores. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato. Ecuador. ORCID: 0009-0004-2174-0742.

E-mail: dnflores@pucesa.edu.ec

⁴ Camila Pazmiño. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato. Contribución: construcción del estado del arte, levantamiento de datos, participación en la elaboración de las conclusiones. ORCID: 0009-0009-8026-2388.

E-mail: camila.a.pazmino.l@pucesa.edu.ec

⁵ Estefanía Serna. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato. Ecuador. ORCID: 0009-0003-3397-9147.

E-mail: eserna@pucesa.edu.ec

* Dirección de correspondencia: Marlon Mayorga-Lascano. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Ambato. Ecuador. E-mail: pmayorga@pucesa.edu.ec

Palabras clave: Actitudes, creencias, ansiedad, profesionales de salud, pacientes oncológicos

ENG Attitudes, Beliefs and Anxiety towards death in the health professionals of the SOLCA Ambato Oncology Hospital

ENG Abstract: Objective: To evaluate the levels of Attitudes towards Death, Beliefs regarding the Terminal Patient, and Death Anxiety, and the relationship of these variables in 110 health professionals (treating doctors, resident doctors, nurses, and nursing assistants) from the SOLCA Ambato Oncology Hospital. Method: quantitative, with a non-experimental design and a descriptive, correlational, cross-sectional scope. The evaluations were carried out through the Death Attitudes Questionnaire, the Beliefs Questionnaire Regarding the Terminal Patient, and the Death Anxiety Scale. Results: The dimensions of Attitudes of transit and fear are high, while the dimensions of Attitudes of exit, distancing/acceptance, emotional impact and defensiveness are low. Beliefs about death reached a moderate intensity, related to pain and fear of loss of control, while underlining the importance of receiving psychological support. The Anxiety results were moderate, with no statistically significant differences by sex. Low positive correlations were observed between Beliefs and Attitudes (particularly the attitudinal dimension of Exit), Moderate positive correlations were also found between Anxiety and Attitudes (especially with the dimensions of: Fear, Distancing-acceptance, and Defensiveness). It is estimated that Attitudes predict the presence of Anxiety by 17.8%. Conclusions: Education about death and palliative care reduces anxiety levels and allows a more effective attitude towards the terminally ill and their family.

Keywords: Attitudes, beliefs, anxiety, health professionals, cancer patients

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Resultados 4. Discusión 5. Conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Mayorga-Lascano M, López-Márquez P, Flores D, Pazmiño C, Serna E. Actitudes, Creencias y Ansiedad ante la muerte en los profesionales de salud del Hospital Oncológico SOLCA Ambato. *Psicooncología* 2025; 22: 63-77. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.98703>

1. Introducción

Tanto la muerte como la enfermedad son realidades ineludibles de la condición humana, ambos elementos han tenido una mayor relevancia en momentos de crisis, donde había una mayor prevalencia de estar constantemente expuesto a la experiencia ante la muerte. De esta manera, las personas tenían que enfrentar de forma más directa las consecuencias de las enfermedades y la mortalidad, lo que moldeaba su cosmovisión y sus prácticas culturales en torno a estos fenómenos⁽¹⁾.

El surgimiento de los hospitales institucionalizó la muerte y la enfermedad, pasando a ser fenómenos aislados, ocultos o clandestinos que generaban temor y rechazo en la sociedad, a convertirse en experiencias normales y manejables para las personas. Frente a esta realidad ante la muerte, se dio lugar a una mayor profesionalización en la atención médica y a la creación de prácticas y protocolos para el manejo de la enfermedad y la muerte, así como a un cambio en la forma en que se enfrentaban y se comprendían estos aspectos de la vida humana^(2,4). Sin embargo, en la práctica profesional se sigue evitando y ocultando a la muerte como proceso natural.

Debido a eso, elementos como la actitud ante la muerte, el sistema de creencias ante los pacientes terminales y el nivel de ansiedad asociado a estos fenómenos, son factores que influyen

en la capacidad de afrontamiento frente la muerte en el personal de la salud, en especial en profesionales de cuidados paliativos oncológicos, donde la resiliencia del profesional desempeña un papel crucial en la forma en que se enfrenta la mortalidad de los pacientes⁽⁵⁾. Es común que algunos profesionales perciban la muerte como un fracaso, lo que puede resultar en actitudes evasivas o temerosas hacia el proceso, sin embargo, aquellos con una actitud más centrada en el cuidado y la compasión pueden desarrollar una mayor resiliencia ante estas situaciones⁽¹⁾.

Se entiende por actitud a un estado de disposición mental y nerviosa que dirige la conducta del individuo ante una situación o estímulo determinado⁽⁶⁾. Las actitudes pueden estar formadas por: elementos conativos, elementos afectivos y/o elementos cognitivos⁽⁷⁾. Para Allport⁽⁸⁾, la actitud se construye a partir la experiencia y tiene un componente dinámico, por lo que se modifica y adapta a lo largo de la vida de la persona. Por lo tanto, la actitud representa intenciones conductuales, entendidas como predisposiciones para realizar una determinada conducta con relación al agrado o evitación que despierta un objeto o estímulo o el esquema de interpretación que el individuo tenga sobre este⁽⁹⁾.

Con respecto a la actitud ante la muerte, es la manera en que una persona afronta y percibe el concepto de la muerte, abarca tanto la idea como el proceso de morir, actuando como estímulos frente a los cuales el individuo puede mostrar una aceptación o rechazo, lo que repercute en su comportamiento y emociones. Esta actitud, además, está moldeada por un componente psico-social significativo, influenciado y reforzado por la cultura en la que se desenvuelve el individuo. Este proceso de formación cultural influye en cómo el sujeto se prepara para enfrentar la muerte, así como los elementos asociados, del duelo y los rituales funerarios, contribuyendo así a su percepción y experiencia de este inevitable aspecto de la existencia humana.

Con frecuencia, el personal de cuidados paliativos oncológicos adopta una actitud que implica trasladar a los pacientes fuera del hospital poco después de fallecer, incluso ocultando la muerte al propio moribundo. Además, es común que el médico administre morfina por primera vez, no solo para aliviar el dolor, sino también para sedar al paciente y evitar que sea consciente de su propia muerte, esta manera de proceder puede resultar psicológicamente perjudicial, ya que busca eliminar de manera explícita la enfermedad y la muerte como componentes de la experiencia humana⁽¹⁾.

Por su parte, las creencias son convicciones arraigadas que una persona tiene sobre diversos aspectos de la vida, que pueden incluir religión, moralidad, política o percepciones sobre el mundo y el ser humano⁽¹⁰⁾. Las creencias están conformadas por aspectos cognitivos, emocionales y sociales, donde la influencia de la familia, la educación, la cultura, las experiencias personales y las interacciones sociales, forman la cosmovisión del sujeto⁽¹¹⁾. El proceso de formación de las creencias implica la internalización gradual de ideas y valores a lo largo del tiempo, a través de la observación, la reflexión, la socialización, la crianza, las enseñanzas religiosas, las experiencias de vida y la exposición a diferentes perspectiva, influyendo de cierta manera en el comportamiento, toma de decisiones y las actitudes de la persona, sin embargo, también se pueden generar conflictos y divisiones cuando entran en conflicto con las creencias de los demás⁽¹²⁾.

Este sistema de creencias ante la muerte hace referencia a las ideas, valores y convicciones que una persona tiene respecto al significado, el proceso y el destino que considera que tiene la muerte⁽³⁾. Los elementos de estas creencias incluyen: las perspectivas culturales, religiosas y filosóficas, acerca del simbolismo y la finalidad de la muerte en la vida de las personas⁽¹³⁾. La muerte se presenta como un enigma lleno de atributos que son inevitables, invivibles, impredecibles, incomprensibles, intransferibles, inefables y trascendentes. Estas creencias ante la muerte, puede influir en la percepción del propósito y el sentido de la vida, incluso afectar la forma en como conllevar el duelo y tomar decisiones sobre la atención médica⁽¹⁴⁾. De esta forma la muerte es percibida como un fenómeno que trasciende lo biológico, ingresando en el ámbito de la identidad personal y la experiencia humana.

En lo que respecta al sistema de creencias en el personal de cuidados paliativos oncológicos, estas creencias en torno a la muerte influyen en como los profesionales comunican información sobre los pronósticos de la enfermedad y las opciones de tratamiento, además en la forma en como brindan apoyo emocional y espiritual a los pacientes y sus familias⁽³⁾. Desde esta

perspectiva, se le considera a la muerte no solo como un evento final, sino como un proceso multifacético que abarca desde la transición entre la vida y la muerte hasta el duelo que sigue a la pérdida de un ser querido.

Estos procesos generan ansiedad, la que se considera un estado emocional caracterizado por sentimientos de preocupación, nerviosismo y aprensión, que puede manifestarse tanto a nivel físico como psicológico⁽¹⁵⁾. Sus elementos principales incluyen la percepción de una amenaza o peligro inminente, la anticipación de eventos futuros y la sensación de falta de control sobre situaciones específicas⁽¹⁶⁾. Este estado se forma a través de la interacción compleja entre factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales, donde experiencias pasadas, traumas, y el estrés crónico pueden desempeñar un papel crucial. La ansiedad puede manifestarse a través de síntomas como taquicardia, dificultad para respirar, sudoración excesiva, pensamientos recurrentes y dificultades para concentrarse, estos efectos pueden interferir significativamente con el funcionamiento diario, afectando las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y la calidad de vida en general⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, la ansiedad ante la muerte es una respuesta emocional intensa y perturbadora caracterizada por el miedo y la inquietud ante la inevitabilidad del fin de la vida⁽¹⁸⁾. Sus elementos centrales abarcan la conciencia de la propia mortalidad, la incertidumbre acerca de lo que sucede después de la muerte y la preocupación por dejar atrás a seres queridos o por enfrentarse a un posible sufrimiento. Este tipo de ansiedad se forma a lo largo de la vida a partir de experiencias personales, creencias religiosas, valores culturales y el proceso de envejecimiento, entre otros factores⁽⁴⁾. La contemplación de la muerte puede provocar síntomas como insomnio, pensamientos obsesivos, evitación de situaciones relacionadas con la muerte y crisis existenciales, generando un profundo impacto en la salud mental y emocional, afectando la calidad de vida y el bienestar psicológico del individuo⁽¹⁶⁾.

Dentro del contexto del profesional de cuidados paliativos oncológicos, la ansiedad de la muerte gira en torno a comprender a conciencia de la enfermedad grave, la incertidumbre sobre el pronóstico o el tratamiento, la preocupación por el sufrimiento físico y emocional asociado con la enfermedad y la muerte^(1,4). Este tipo de ansiedad se forma a partir de la experiencia directa con la fragilidad de la vida, la cercanía con el sufrimiento y la constante exposición a situaciones emocionalmente desafiantes⁽¹⁹⁾. Los profesionales de cuidados paliativos oncológicos enfrentan el desafío de equilibrar su compasión y empatía con la necesidad de mantener la objetividad clínica, al tiempo que brindan apoyo integral y alivio del sufrimiento físico y psicológico a aquellos que se encuentran en el final de la vida⁽¹⁾. Principio del formulario

El objetivo de esta investigación es analizar los niveles de Actitudes ante la Muerte, Creencias con Relación al Paciente Terminal, y Ansiedad ante la Muerte, y la relación entre dichas variables en 110 profesionales de salud del Hospital SOLCA- Ambato. Para ello se han propuesto los siguientes objetivos: 1) medir los niveles de Actitudes ante la Muerte, Creencias con Relación al Paciente Terminal, y Ansiedad ante la Muerte de los participantes; 2) establecer correlaciones entre las variables de estudio. Se hipotetiza que se encontrarán correlaciones positivas entre las variables y se determinarán cuáles funcionan como variables predictoras.

2. Método

Diseño

La presente investigación tiene un diseño no experimental, pues observa el fenómeno en su estado natural sin intervenir en su dinámica; de tipo cuantitativo, ya que recoge y analiza datos numéricos; tiene un alcance descriptivo y correlacional, pues describe el estado de las variables de estudio y luego analiza sus formas de interacción; y es de corte transversal, ya que la información se recogió en un solo momento de tiempo⁽²⁰⁾. La investigación explora la relación entre Actitudes ante la Muerte, Creencias con Relación al Paciente Terminal y Ansiedad ante la Muerte.

Participantes

No fue necesario emplear ningún tipo de método de muestreo, pues se trabajó con toda la población de médicos tratantes, médicos residentes, enfermeras, y auxiliares de enfermería de la institución (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes

Variables	Mínimo	Máximo	\bar{X}	D. T.
Edad	23	57	38,35	8,32
	Frecuencia	Porcentaje	P. Válido	Acumulado
Sexo				
Hombres	30	27,3	27,3	27,3
Mujeres	80	72,7	72,7	100,0
Rol profesional				
Médico tratante	27	24,5	24,5	24,5
Médico residente	19	17,3	17,3	41,8
Enfermera	35	31,8	31,8	73,6
Auxiliar enfermería	29	26,4	26,4	100,0

Nota: n = 110 observaciones

La población que participó en el estudio estuvo conformada por un total de 110 participantes: El rol profesional está distribuido en 27 médicos tratantes (24,5%), 19 médicos residentes (17,3%), 35 enfermeras (31,8%), y 29 auxiliares de enfermería (26,4%) del Hospital SOLCA Ambato; con edades comprendidas entre 23 y 57 años (\bar{X} = 38,35 años, con una D.T. de 8,32). De los 110 participantes, 80 correspondiente al 72,7% eran mujeres, y 30 correspondiente al 27,3% eran hombres, correspondiente al 72,7% y 23,7% respectivamente

Instrumentos

El Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM-2) es un instrumento que consta de 32 ítems que evalúan componentes actitudinales y afectivos hacia la muerte, diseñados específicamente para profesionales de la salud que se capacitan en cuidados paliativos⁽¹⁾. La interpretación del CAM-2 se organiza en seis subescalas: Tránsito (Tr), con una media de 3,97; Temor (Tm), con una media de 5,66; Salida (S), con una media de 4,38; Distanciamiento-aceptación (D/S), con una media de 5,54; Impacto emocional (IE), con una media de 5,51; y Defensividad (D), con una media de 5,16. El Cuestionario ha sido estandarizado y validado para población latinoamericana⁽⁵⁾, y tiene una consistencia interna considerada adecuada (α = 0,71).

El Cuestionario de Creencias con Relación al Paciente Terminal es un instrumento creado por Colle⁽²¹⁾, que consta de 15 ítems diseñados para evaluar las creencias sociales y emociones relacionadas con la muerte y los pacientes terminales. Los ítems se puntúan en una escala Likert de 1 a 7, donde 1 indica “totalmente en desacuerdo” y 7 “totalmente de acuerdo”. La versión original del cuestionario ha sido utilizada y adaptada en varios contextos, aunque su uso es más exploratorio que diagnóstico. El cuestionario ha sido adaptado para población latinoamericana⁽⁶⁾. Y la consistencia interna del mismo también es adecuada (α = 0,70).

La Escala de Ansiedad ante la Muerte es un instrumento elaborado por Templer⁽²²⁾, que consta de 15 ítems con opciones de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso). La puntuación total oscila entre 0 (mínima ansiedad) y 15 (máxima ansiedad). La interpretación corresponde a los siguientes intervalos: 0-4 puntos indica baja ansiedad ante la muerte, 5-9 puntos sugiere ansiedad moderada, y 10-15 puntos refleja alta ansiedad ante la muerte. La versión en español ha sido adaptada

y validada en diferentes por Tomás y Gómez⁽²³⁾ y Rivera et al.⁽²⁴⁾, con un nivel de confiabilidad $\alpha = 0,73$ y $0,86$ respectivamente, las cuales se consideran buenas.

Procedimiento

A fin de llevar a cabo la presente investigación, se realizó un acercamiento al Hospital SOLCA Ambato y se socializaron los objetivos de la investigación con los profesionales de salud, los pacientes y sus familiares, quienes accedieron a participar en la misma.

Con el propósito de respetar las consideraciones éticas la investigación se contó con la aprobación de la Coordinación de Investigación de la PUCE- Ambato, y previo a la aplicación de las herramientas psicométricas, los participantes firmaron una carta de consentimiento informado, con el objetivo de respetar los principios de anonimato, voluntariedad y confidencialidad, este documento fue incluido en la encuesta que se llevó a cabo a través de *Google Forms*. El levantamiento de la información se realizó en los meses de mayo y junio de 2024, la aplicación tuvo una duración estimada de 20 minutos por persona. Una vez recopilados los datos, se procedió a depurar y codificar los mismos, y se realizaron los análisis estadísticos correspondientes, mediante el programa estadístico SPSS *Statistic* 25. Posteriormente se obtuvieron medidas de tendencia central (\bar{X}), de dispersión (mín., máx., D.T.), de distribución (asimetría y curtosis), de comparación para muestras independientes (t), de correlación (r), y de covarianza (σ_{xy}). Finalmente, con estos datos se elaboraron la discusión y conclusiones correspondientes.

3. Resultados

A continuación, se presenta el análisis descriptivo del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte, se han considerado mínimo (mín.), máximo (máx.), media (\bar{X}) y desviación estándar (D. T.) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Análisis descriptivo del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	D.T.
Ac. Tránsito	,00	7,00	3,88	2,04
Ac. Temor	,00	6,00	3,20	1,85
Ac. Salida	,00	4,00	1,42	1,00
Ac. Distanciamiento/Aceptación	,00	5,00	3,27	1,17
Ac. Impacto Emocional	,00	3,00	1,08	,77
Ac. Defensividad	,00	4,00	1,89	,98
Ac. Total	,00	25,00	15,10	4,72

Nota: n=110 observaciones

Como puede observarse en la tabla 2, las medias obtenidas de las dimensiones de Actitudes de tránsito y Actitudes de temor corresponden a los siguientes valores: 3.88 y 3.2 respectivamente, los cuales se encuentran por encima del punto de corte del instrumento: 3.5 para la dimensión de Actitudes de tránsito y de 3 para la dimensión de Actitudes de temor, lo que revela una tendencia significativa hacia la percepción de la muerte como un paso hacia una nueva etapa, pero también temor ante la misma. Paralelamente, las puntuaciones de las dimensiones de Actitudes de salida, Actitudes de distanciamiento/aceptación, Actitudes de impacto emocional y las Actitudes de defensividad, que corresponden a los valores de: 1,42, 3,27, 1,08 y 1,89 respectivamente, se encuentran por debajo del punto de corte del instrumento: 2 para Actitudes de salida, 3,5 para Actitudes de distanciamiento/aceptación, 1,5 para Actitudes de impacto emocional y 2,5 para Actitudes de defensividad. La media total del instrumento fue 15,10, valor que se encuentra por debajo del punto de corte del instrumento (16) de tal manera que se considera medio baja.

Al analizar las medidas descriptivas del Cuestionario de creencias con relación al paciente terminal, también se han considerado mínimo (mín.), máximo (máx.), media (\bar{X}) y desviación estándar (D. T.) (ver Tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo del Cuestionario de Creencias con Relación al Paciente Terminal

	Mínimo	Máximo	\bar{X}	D.T.
Total Creencias	18,00	97,00	61,48	19,77

Nota: n=110 observaciones

En la tabla 3 el valor medio obtenido de 61,48, este resultado corresponde a Creencias ante la muerte de intensidad moderada (entre 55 a 74 puntos de creencias), la que se caracteriza por revelar una posición neutral o ligeramente de acuerdo con las creencias sobre los pacientes terminales, lo que significa un estado de conformidad que causa un conjunto coherente de respuestas ante una situación particular, en este caso el estado terminal de los pacientes.

Paralelamente, se ha considerado pertinente analizar la media (\bar{X}) y desviación estándar (D.T.), asimetría y curtosis de cada pregunta del Cuestionario de creencias con relación al paciente terminal. La asimetría positiva y negativa nos permitirá saber qué preguntas obtuvieron valores más bajos y más altos en torno a la media, respectivamente. Por su parte, una curtosis positiva (leptocurtosis) indicará en qué preguntas la distribución de datos presenta valores atípicos y extremos, mientras que una curtosis negativa (platicurtosis) revelará en qué preguntas la distribución de datos es más dispersa que la distribución normal. Todo esto, nos brindará una percepción más precisa de las creencias de los profesionales de salud (ver Tabla 4).

Tabla 4. Análisis del Cuestionario de Creencias con Relación al Paciente Terminal por pregunta

	Preguntas	\bar{X}	D.T.	Asimetría	Curtosis
1	Un enfermo moribundo de cáncer es una persona que muere con mucho dolor físico	4,45	2,08	-,31	-1,35
2	A un enfermo terminal se le puede ayudar muy poco	2,79	1,95	,90	-,43
3	El enfermo terminal es un enfermo que presenta muchos síntomas difíciles de tratar	4,00	2,19	-,05	-1,56
4	Enfermería puede intervenir muy poco en el proceso de morir de un enfermo terminal	2,54	1,96	1,19	,05
5	Es preferible ocultar al enfermo que está muriendo	2,30	1,68	1,31	,681
6	Lo mejor es decirle al familiar que su ser querido se está muriendo y esconder la verdad al enfermo	2,94	2,06	,74	-,82
7	Tanto para el familiar como para el enfermo, lo mejor es que muera en su casa	4,55	2,18	-,31	-1,36
8	La morfina se utiliza para el tratamiento del dolor	5,42	2,16	-1,09	-,40
9	Es muy importante para el enfermo terminal, recibir apoyo psicológico y espiritual	5,68	2,20	-1,41	,26

	Preguntas	Ā	D.T.	Asimetría	Curtosis
10	El dolor es el síntoma más difícil de tratar en el enfermo moribundo	5,15	2,09	-,80	-,81
11	La boca seca, el estreñimiento, el cansancio, el desgano son síntomas habituales del enfermo terminal	5,09	2,04	-,92	-,48
12	El familiar no quiere que el enfermo se entere de que está muriendo	3,73	1,87	,14	-1,06
13	La morfina crea adicción y anula la voluntad del enfermo terminal	3,61	2,20	,28	-1,41
14	Lo que más le preocupa al familiar son los aspectos emocionales	4,42	1,99	-,22	-1,15
15	Lo que más preocupa al enfermo terminal en el proceso de morir es el control de los síntomas	4,75	2,04	-,47	-1,12

En los resultados de la Tabla 4, se evidenció que el personal de salud está de acuerdo con la creencia de que a un enfermo moribundo de cáncer es una persona que muere con mucho dolor (-,31), que en general presenta muchos síntomas difíciles de tratar (boca seca, estreñimiento, cansancio y desgano) (-0,5 y -,92), que el dolor es el síntoma más difícil de tratar (-,80), y que lo que más le preocupa al paciente en el proceso de morir es poder controlar esos síntomas (-,47); que la morfina debe utilizarse para el tratamiento del dolor, y que esta no crea adicción o anula la voluntad del paciente (-1,09, y ,28).

Los resultados también revelan que el personal de salud cree que no es preferible ocultar al enfermo que está muriendo (1,31), y que no solo debe informarse a la familia que su familiar de este hecho (,74), tampoco están de acuerdo con que los familiares no quieren que el paciente sepa que está muriendo (,14), y coinciden que tanto para el enfermo como para el familiar es preferible que este muera en su casa (-,31); finalmente, los examinados estiman que es sumamente importante para el paciente terminal recibir apoyo psicológico y espiritual (esta fue la creencia con mayor puntaje) (1,41), pues en general lo que más le preocupa a este y a su familia son los aspectos emocionales implicados en el proceso terminal del cáncer (-,47). Sin embargo, el personal de salud estima que solo puede ayudar parcialmente al paciente terminal en este proceso.

Finalmente, al examinar los datos de las medidas descriptivas de la Escala de Ansiedad Ante la Muerte de Templer, se han considerado mínimo (mín.), máximo (máx.), media (Ā) y desviación estándar (D. T.) (ver Tabla 5).

Tabla 5. Análisis descriptivo y comparativo de la Escala de Ansiedad ante la Muerte

Sexo	Mínimo	Máximo	Ā	D.T.	t
Hombres	,00	12,00	6,32	2,82	
Mujeres	,00	12,00	6,10	2,63	
Total	,00	12,00	6,26	2,67	,697

Nota: n=110 observaciones

En la tabla 5, el valor medio obtenido es de 6,26, Estos resultados corresponden a una ansiedad moderada ante la muerte (entre 5 y 9 puntos de ansiedad moderada). Paralelamente, aunque las puntuaciones de los hombres (6,32), fueron ligeramente superiores a las de las mujeres (6,10), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo ($p>0,05$). Esta categoría

se caracteriza por la presencia de ciertas preocupaciones o miedos relacionados con la muerte, pero que generalmente no interfieren significativamente con la vida diaria de las personas, y sugiere que, aunque los individuos pueden tener cierta inquietud al pensar en la muerte, esta ansiedad no es lo suficientemente intensa como para afectar gravemente su bienestar emocional o su funcionamiento diario.

Para el análisis de correlaciones de los valores arrojados por los instrumentos: Cuestionario de actitudes ante la muerte, Cuestionario de creencias con relación al paciente terminal y la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer se empleó el coeficiente de correlación de Pearson, prueba que mide la relación estadística entre dos variables continuas, los resultados se muestran a continuación (ver Tabla 6).

Tabla 6. Análisis correlacional entre Actitudes, Creencias, y Ansiedad ante la Muerte

Variables	Tr.	Tm.	S.	DS.	IE.	D.	Ac. T.	Cr. T.	A. T.
Ac. Transito	1	,007	,002	,297**	,288**	,062	,577**	,028	,140
Ac. Temor		1	,261**	,345**	,299**	,422**	,678**	,160	,383**
Ac. Salida			1	,242*	,165	,131	,429**	,204*	,162
Ac. Dista./Acept.				1	,246**	,338**	,670**	,120	,298**
Ac. Impacto Em.					1	,228*	,563**	,107	,174
Ac. Defensividad						1	,559**	,181	,343**
Actitud Total							1	,215*	,422**
Creencia Total								1	,199*
Ansiedad Total									1

Nota: n=110 observaciones; Tr. (actitudes de tránsito); Tm. (actitudes de temor); S. (actitudes de salida); DS. (actitudes de distanciamiento/aceptación); IE. (actitudes de Impacto emocional); D. (actitudes de defensividad); Ac. T. (puntaje total de actitudes), Cr. T. (puntaje total de creencias con relación al paciente terminal), A. T. (puntaje total de ansiedad ante la muerte).

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se encontraron múltiples relaciones entre las dimensiones que componen el Cuestionario de Actitudes ante la muerte, lo cual se explica debido a que se están correlacionando componentes que corresponden al mismo constructo. En lo que respecta a las correlaciones encontradas entre los tres instrumentos psicométricos utilizados, los resultados revelaron lo siguiente:

Se observó una correlación baja positiva (0,215) estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre el total de Creencias y el total de Actitudes, también se halló una correlación baja positiva (0,204)

estadísticamente significativas ($p<0,05$) entre el total de Creencias y la dimensión actitudinal de Salida. Los datos encontrados también revelaron la existencia de una correlación moderada positiva (4,22) estadísticamente significativa ($p<0,05$) entre el total de Ansiedad y el total de Actitudes; así mismo se evidenciaron correlaciones bajas positiva entre el total de Ansiedad y las dimensiones actitudinales de: Temor (0,383), Distanciamiento- aceptación (0,298) y Defensividad (0,343); dichas correlaciones fueron estadísticamente significativas ($p<0,05$).

Se ha realizado un análisis de regresión lineal, a fin de establecer el potencial predictor entre la variable independiente (Actitud ante la muerte) y la variable dependiente (Ansiedad ante la muerte) (ver Tabla 7).

Tabla 7. Modelo de predicción de las actitudes y la ansiedad ante la muerte

	B	D. E.	Beta	t	Sig.	R ²
β_0	2,658	,781		3,402	,001	,178
Actitud (β_1)	,239	0,49	4,22	4,834	,000	

a. Predictor (R²): Actitud

b. Variable dependiente: Ansiedad

De este análisis se obtiene a través del coeficiente de determinación R², que la Actitud ante la muerte explica en un 17,8% (R²) los cambios en la varianza en la Ansiedad ante la muerte. El valor de la constante de este modelo de predicción corresponde a $\beta_0 = 2,658$, mientras que el valor del coeficiente para la variable independiente es $\beta_1=239$.

4. Discusión

A propósito de nuestra investigación, se ha determinado que la Actitud general de los profesionales de salud que participaron del estudio fue media baja, estos resultados muestran que, de manera general, la actitud ante la muerte de los participantes de este estudio es más bien indiferente. Lo anotado significa que los profesionales pueden aceptar la idea de la muerte sin sufrir un cambio de conducta ante este hecho. Estos trabajos coinciden con los hallazgos de Morales et al.⁽²⁵⁾ quienes establecen que los profesionales de salud que se han habituado en su rutina diaria a observar este fenómeno de manera común, sin involucrar sentimientos o lazos afectivos.

Las medias obtenidas en la dimensión de Actitud de tránsito hacia la muerte, la cual representa la percepción de la muerte como un tránsito o pasaje hacia una vida mejor o una existencia post- mortem superaron el punto de corte del instrumento, lo que indicaría una fuerte creencia en una vida después de la muerte o en la continuación de otra forma de la existencia⁽¹⁾. Lo señalado no parece coincidir con resultados encontrados en otras investigaciones, en las que la mayoría de los profesionales que trabajan con pacientes con cáncer asume una postura pragmática⁽²⁶⁾. Este fenómeno parece estar influenciado por el pensamiento científico que predomina en la mentalidad de los profesionales de salud de la cultura posmoderna⁽²⁷⁾, lo que forzosamente implica la falta de atención a esa dimensión humana por parte de los profesionales de salud.

La dimensión de Actitud de temor ante la muerte también obtuvo una puntuación superior al punto de corte, lo que implica miedo a la muerte, a contraer enfermedades terminales, o a enfrentarse con la familia de un paciente terminal; lo señalado refleja un alto nivel de ansiedad y miedo ante la perspectiva de la muerte y sus implicaciones para el sujeto o los otros⁽¹⁾. Es notable que otros estudios han mostrado que el personal de salud suele poseer sentimientos de indiferencia respecto al cuidado del paciente ante la muerte⁽²⁵⁾, lo cual puede deberse a que el personal de salud observa este fenómeno de manera cotidiana, y trata de no generar sentimientos o lazos afectivos para con los pacientes, o se le impide demostrarlos vivir el duelo por la pérdida de sus pacientes⁽²⁸⁾.

La media del Cuestionario de Creencias con relación al paciente terminal reveló valores moderados, relacionada con una posición de conformidad adquirida que causa una respuesta consecuente frente al paciente terminal, sus necesidades de manejo y tratamiento e incluso su familia.

Principio del formulario

En cuanto al análisis por pregunta de este cuestionario, la investigación reveló que el personal de salud estima que los síntomas involucrados, particularmente el dolor que se desprende de estos, son la cuestión más difícil de tratar y la que más preocupa al paciente en el proceso de morir, y que, debido a ello, el uso de opiáceos como la morfina son de uso obligatorio, ya que sus beneficios superan con creces a los riesgos que implican; estos resultados no coinciden con los hallazgos encontrados en otras investigaciones⁽⁶⁾, en las que el personal estima que el dolor que el paciente experimenta puede ser controlado, al tiempo que recelan del uso de la morfina, por considerar su potencial adictivo.

Como se ha señalado anteriormente, los participantes del estudio consideran necesario que el enfermo y su familia sean informados de su condición terminal, y concuerdan con los trabajos de Aleaga et al.⁽²⁹⁾, al estimar que el paciente y su familia deben manejar, con las consideraciones del caso, la misma información. Pues una adecuada comunicación permitirá entender apropiadamente las necesidades del paciente (objetivo primordial en el cuidado paliativo). La investigación también revela que tanto para el enfermo como para el familiar es preferible que la mayor parte del tiempo de su última etapa de vida transcurra en su casa⁽³⁰⁾, por tratarse del espacio de preferencia del paciente y las personas encargadas de su cuidado.

Un resultado notable que la investigación realizada ha arrojado es el hecho de que el personal de salud destaca la vital importancia del apoyo psicológico y espiritual que el paciente en estado terminal requiere, pues estima que la mayor preocupación de este y de su familia son los aspectos psicoemocionales que se producen como consecuencia del proceso de enfermedad que atraviesan, lo que ratifica los trabajos de Mayorga y Peñaherrera⁽³¹⁾, quienes señalan que los factores asociados con la fortaleza espiritual se encuentran entre las estrategias de afrontamiento más efectivas en pacientes con cáncer. El apoyo psicológico posibilita el manejo de síntomas psicopatológicos como ansiedad, o depresión, y disminuye el impacto emocional que el paciente experimenta, y facilita su proceso de adaptación a la enfermedad, lo que incluso permite paliar el dolor que se produce como consecuencia de su enfermedad⁽³²⁾. En relación con los familiares, la intervención se centra en atender la sobrecarga de trabajo y el agotamiento emocional que se producen como resultado de la cercanía de la enfermedad y sus múltiples consecuencias⁽³³⁾.

Para terminar el análisis con respecto a las creencias de los profesionales examinados, es necesario destacar que más allá de sus esfuerzos, el personal de salud estima que la asistencia que brinda solo es capaz de ayudar parcialmente al paciente terminal. Otros estudios llevados a cabo en Ecuador⁽³⁴⁾, también reportan que los profesionales de salud que atienden a pacientes en fase terminal experimentaron sufrimiento por impotencia, el cual implica tristeza, incertidumbre e ira ante una situación que parece superar la mayor parte del tiempo sus mejores iniciativas.

Por su parte, la Ansiedad ante la muerte de los profesionales de salud que participaron en el estudio fue moderada, por lo que su miedo ante la muerte de sus pacientes no afecta significativamente sus emociones o directamente su desempeño, estos resultados evidencian que el miedo ante la muerte del personal de salud es menor que el de la población general, probablemente debido a la permanente exposición a este fenómeno⁽³⁵⁾. Sin embargo, otros estudios argumentan que la Ansiedad ante la muerte del personal sanitario tiende a ser mayor que el de sus pacientes, argumentando que la alta exposición a escenarios tan trágicos, sin la suficiente preparación para su afrontamiento, aumenta los niveles de miedo ante la muerte, lo cual no se corrobora en este estudio, en el que tampoco se asoció un mayor temor ante la muerte al hecho de ser mujer^(36,37). El fenómeno descrito, puede deberse a la despersonalización sanitaria, que impediría que el personal de salud identifique y exprese sentimientos ansiosos, llevándolo a presentar cierto nivel de cinismo frente al paciente⁽²⁸⁾.

Finalmente, se encontraron relaciones bajas positivas entre las Creencias con relación al paciente terminal y las Actitudes ante la muerte, este fenómeno resulta previsible, pues las tanto las creencias como las actitudes son estados cognitivos que los sujetos poseen sobre un objeto o fenómeno, y la diferencia entre las dos reside en que, si bien ambas comparten una dimensión cognitiva, las actitudes son fenómenos esencialmente afectivos⁽³⁸⁾. Cabe remarcar que se encontró una mayor asociación entre Creencias y la dimensión actitudinal de Salida, en la que la se percibe la muerte como una forma de liberación o escape de los problemas y sufrimientos de la vida; de tal manera que, los profesionales comparten un criterio similar al respecto de la muerte como una salida a los problemas vitales de los pacientes, que además resulta un alivio a la carga de la vida para ellos.

Los datos también revelaron la existencia de una correlación moderada positiva entre las Actitudes ante la muerte y la Ansiedad ante la muerte. La Ansiedad parece estar afectada principalmente por las actitudes de Temor, Distanciamiento- aceptación y Defensividad; los profesionales de la salud suelen evidenciar ansiedad ante la inminencia de la muerte de sus pacientes, y este fenómeno parece estar vinculado al temor y la evasión que el personal encargado de proveer atención y de administrar cuidados a los pacientes terminales experimenta, lo que puede llegar a generar respuestas conductuales relativamente defensivas, en las que el profesional se aleja con el fin de evitar y eludir la ansiedad^(1,39).

Paralelamente, se aprecia que la presencia de las Actitudes ante la muerte predice hasta en un 17,8 % el cambio en la varianza de la Ansiedad ante la muerte, lo que significa que actitudes adaptativas generarían menores niveles de ansiedad, y actitudes no adaptativas aumentarían los niveles de ansiedad. Por ello, la educación del personal de salud sobre la muerte y los cuidados paliativos resulta, eficiente en la reducción de los niveles de Ansiedad ante la muerte, y permite lograr una actitud más positiva hacia los enfermos terminales, que mejora el trato con el enfermo y su familia^(40,41). Si no se manejan adecuadamente las Actitudes ante la muerte del personal, esto puede ser perjudicial para los enfermos y sus familiares, por lo que será necesario intervenir para modificar la forma de pensar o sentir de los profesionales de salud acerca de los enfermos terminales, y así lograr avances en cuidados paliativos y mejorar las intervenciones dirigidas a disminuir el sufrimiento en el paciente y sus allegados⁽¹⁾.

5. Conclusiones

La actitud del personal examinado lo hace mirar a la muerte como el paso hacia otra forma de existencia, incluso hacia una vida mejor, lo que le permite aceptar la idea de muerte, al tiempo que no le permite ser indiferente ante ella. Esta visión trascendente es contraria a la visión pragmática imperante en la mentalidad científica de la cultura posmoderna. Sin embargo, se encontraron altas puntuaciones de temor y miedo a enfrentar la muerte del paciente, incluida la reacción de los familiares del moribundo; lo que eleva la ansiedad de los profesionales de salud, y significa que la frecuencia con la que se observa este fenómeno no ha eliminado los lazos afectivos con sus pacientes.

Principio del formulario

El efecto de las creencias reveló la percepción de que la sintomatología que se desprende del proceso de enfermedad, particularmente el dolor, es difícil de abordar para tratantes y pacientes, quienes sienten poco control ante esta problemática, lo que hace obligatorio el uso de opiáceos, en independencia de los riesgos que implican. También se evidenció que el personal suele sentir impotencia, pues estima que su asistencia solo ayuda parcialmente al paciente, quien atraviesa una situación que muchas veces excede las posibilidades de los esfuerzos médicos.

Paralelamente, los involucrados (tratantes, paciente y familia) coinciden en la necesidad de que el enfermo y su familia tengan acceso a la información sobre el proceso de enfermedad, y concuerdan en que es mejor vivir esta etapa en su propio hogar; destacando la importancia del apoyo psicológico y espiritual, pues una de las mayores necesidades del paciente y su familia.

La intervención psicoterapéutica ayuda en el manejo de los síntomas psicopatológicos, e incluso permite paliar el dolor físico; y también se extiende a la familia, desgastada física y emocionalmente por la demanda de su familiar enfermo.

Los examinados exhibieron niveles de ansiedad moderados ante la muerte de los pacientes, estos valores no generarían efectos emocionales o funcionales evidentes en su funcionamiento, fenómeno que se presenta en franca independencia del género de los participantes, este particular no ha sido reportado en otras investigaciones, en las que las mujeres suelen presentar mayor implicación emocional con sus pacientes. Es posible que esta condición surja como resultado a la exposición permanente del profesional de salud ante la muerte.

Se encontró la existencia de relaciones positivas existente entre las creencias y las actitudes de los examinados. Esto generaría un efecto recíproco entre las variables, que permite percibir a la muerte como una alternativa de escape ante el sufrimiento ocasionado por determinados problemas vitales (enfermedad, vejez, soledad, entre otros). También existieron correlaciones positivas entre las actitudes y la ansiedad, en las que la primera funciona como factor causal de la segunda. Lo señalado permite que las actitudes sean un factor predictor de la presencia de ansiedad.

Finalmente, la educación sobre la muerte y los cuidados paliativos reduce los niveles de ansiedad, y facilita un abordaje más efectivo, que mejora el trato con el enfermo y su familia; resulta evidente la necesidad de intervenir con los profesionales de salud con el objetivo de mejorar su actitud general ante el proceso de enfermedad y muerte y así lograr progresos en el trabajo destinado a disminuir el sufrimiento en el paciente y su familia. Esta atención psicológica debe llevarse a cabo tras el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, durante el avance de la enfermedad y el proceso de muerte y por último tras la muerte del paciente.

En cuanto a las limitaciones contextuales, se pueden mencionar factores intrínsecos el exceso de carga laboral de los examinados, la cual dificulta la atención a solicitudes de corte científico. En lo que se refiere a las limitaciones de corte metodológico, aunque el tamaño muestral fue apropiado, no se contó con evaluaciones de profesionales de salud de otros hospitales, ni se realizó un estudio de corte longitudinal que permita generalizar los resultados encontrados. Es necesaria continuar este tipo de estudios en instituciones de salud, ya que nos permiten entender fenómenos complejos y favorecen la atención de calidad en favor de los pacientes y sus familiares.

6. Referencias bibliográficas

1. Grau J, Llantá M del C, Massip C, Chacón M, Reyes M, Infante O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico* 2008; 4:27-58. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/801/801116700003.pdf>
2. Souza L, Mota J, Barbosa R, Ribeiro R, Oliveira C. La muerte y el proceso de morir: sentimientos manifestados por los enfermeros. *Enfer Global* 2013; 12: 222-9. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400013
3. Gómez E. El médico frente a la muerte. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2012; 32: 67-82. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-573520120001000064>.
4. Sevilla M, Ferré C. Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos* 2013; 24: 109-14. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300003>
5. Asencio Huertas L, Allende Pérez SR, Verastegui Avilés E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo de cuidados paliativos oncológicos. *Psicooncología*. 2014; 11(1). [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PSICO_VOL11N1_WART8.pdf
6. Martin-Baro I. *Psicología Social*. San Salvador: UCA Editores; 1988 [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.uca.edu.sv/coleccion-digital-IMB/wp-content/uploads/2015/11/1984-Psicologia-Social-V.pdf>

7. Sabater J. Sobre el concepto de actitud. *Anales de Pedagogía*. 1989; 7:159-87. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://revistas.um.es/analespedagogia/article/view/287671?utm_source=chatgpt.com
8. Allport G. Attitudes. En: Murchison C, editor. *Handbook of Social Psychology*. Worcester: MA: Clark University Press; 1935. p. 798-844.
9. Igartua J. Bases cognitivas y afectivas de la persuasión: El cambio de actitudes a través de la comunicación. Universidad del País Vasco; 1996.
10. Díez A. Más sobre la interpretación (II). Ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 2017; 37:127-43. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100008
11. Murguía A. Las creencias, la mente y la sociedad. *Signos Filosóficos* 2005; 7:73-92. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/343/34301404.pdf>
12. Del Río M. Supuestos, explicaciones y sistemas de creencias: ciencia, religión y Psicología. *Rev Puertorriquena Psicol* 2010; 21:85-112. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1946-20262010000100004
13. Palmer E, Paredes AZ, Tsilimigras DI, Hyer JM, Pawlik TM. The role of religion and spirituality in cancer care: An umbrella review of the literature. *Surg Oncol* 2022; 42:101389. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2020.05.004>
14. Weaver AJ, Flannely KJ. The role of religion/spirituality for cancer patients and their caregivers. *South Med* 2004; 97:1210-4. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146492.27650.1C>
15. García-Cardona DM, Sánchez-Muñoz OE, Bustamante CA, Rivera-Cardona SJ, Landázuri P. Respuesta de cortisol salival y ansiedad en jugadores universitarios de fútbol sala durante competencia. *Rev Iberoam Cienc Act Fis. Deporte* 2024; 13: 195-213. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2017.09.004>
16. García Z, Guerra K, Cano A, Herrera S, Flores P, Medrano L. Propiedades psicométricas del Inventario de ansiedad estado-rasgo en población general y hospitalaria de República Dominicana. *Ansiedad y Estrés* 2017; 23:53-8. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134793717300386?via%3Dihub>
17. Sierral J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade* 2003; 3. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
18. Torrents R, Ricart M, Ferreira M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* 2013; 22:60-4. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100013>
19. Vázquez-García D, de-la-Rica-Escuín M, Germán-Bes C, Caballero-Navarro AL. Ansiedad y miedo ante la muerte en los profesionales sanitarios de los servicios de urgencias hospitalarios en Aragón. *Enferm Clin* 2023; 33:269-77. <https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.03.002>
20. Ramos-Galarza CA. Alcances de una investigación. *CienciaAmérica* 2020; 9:1-6. <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i3.336>
21. Collel R. 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]. [Cataluña]: Universidad Autónoma de Barcelona; 2005. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/4753#page=1>
22. Templer I. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol* 1970; 82:165-77. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
23. Tomás J, Gómez J. Psychometric Properties of the Spanish Form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep* 2002; 91: 1116-20. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>
24. Rivera A, Montero M, Sandoval R. Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer: Propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal JBHSI; 2011; 2:67. <https://doi.org/10.5460/jbhsi.v2.2.26795>
25. Morales F, Ramírez F, Cruz A, Arriaga R, Vicente M, De la Cruz García C, et al. Actitudes del personal de enfermería ante la muerte de sus pacientes. *Revista Cuidarte*. 2020; 12(1). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1081>

26. Espíndula JA, Valle ERM Do, Bello AA. Religion and spirituality: the perspective of health professionals. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18:1229-36. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000600025>
27. Luz MT. Racionalidades e instituciones médicas: Aportes teóricos y metodológicos a la investigación y el pensamiento en salud colectiva. Editora Rede Unida; 2023. <https://doi.org/10.18310/9786554620574>
28. Córdoba-Rojas DN, Sanz-Guerrero D, Medina-Ch AM, Buitrago-Echeverri MT, Sierra-González ÁM. Fatiga por compasión y agotamiento profesional en personal de salud ante el duelo y muerte en contextos hospitalarios. *Saúde e Sociedade* 2021;30(3). <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200478>
29. Aleaga E, Belaunde A, Álvarez R. Ética médica y atención a pacientes en estadio terminal en el nivel primario de atención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2023; 39(5). [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252023000200014&script=sci_arttext
30. Barcos I, Álvarez R, Hernández G. Prevención cuaternaria: de la medicina clínica a la medicina social. *Rev Cubana Salud Pública*; 45(4). [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1506/1329>
31. Mayorga M, Peñaherrera A. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos y cuidadores primarios. *Rev Griot* 2019; 12:16-30. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.upr.edu/index.php/griot/article/view/16986>
32. Mateos J. Trabajo interdisciplinar en los pacientes al final de la vida. En: *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Desclée de Brouwer; 2003. p. 815-30. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433018045.pdf>
33. Ortega C, López F. Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clin Salud* 2005; 16:143-60. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/95782.pdf>
34. Llor L, Riera M. Manejo emocional del profesional de enfermería a pacientes en fase terminal en Hospital Docente, Dr. Abel Gilbert Pontón, noviembre 2018 hasta enero del 2019. [Tesis no publicada]. Universidad de Guayaquil; 2019. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/d0ded5c5-34a5-4339-83b6-a0fc77e2e8da/content>
35. Fuentes L, Mustaca A. Menor miedo a la muerte en profesionales de la salud: ¿Efecto de aprendizaje? *Acta Psicológica Peruana* 2016; 1:139-50. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/article/view/50>
36. Yepes CE, Vanegas CA, Mesa C, Estrada G. Miedo a la muerte y a su proceso en personal de pediatría durante la pandemia COVID-19. *Salud UIS*. 2023; 55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23037>
37. Espinoza M, Sanhueza O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem* 2012; 25: 607-13. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
38. Ubillos S, Páez D, Mayordomo S. Actitudes: definición y medición. Componentes de la actitud. Modelo de acción razonada y acción planificada. En: Fernández I, Ubillos S., Zubietta EM, Páez, Coord. *Psicología social, cultura y educación*. Pearson Educación; 2004. p. 301-26. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.ehu.eus/documents/1463215/1504276/Capitulo+X.pdf>
39. Passot Y. Miedo a la muerte y ansiedad en el contexto Covid-19. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara* 2022; 7. <https://doi.org/10.32351/rca.v7.308>
40. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Rev Psicol Gen Apl* 2003; 56:257-69. [Acceso 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
41. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish Form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep* 2002;91:1116-20. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>