

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud

Departamento de Enfermería



Tesis Doctoral

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.

Jacqueline Schmidt Rio-Valle

Granada 2007

1	Introducción.....	7
1.1	Cuestiones preliminares.....	7
1.1.1	Muerte y morir.....	7
1.1.2	El problema de la muerte en la evolución humana	11
1.1.3	Contextualización socio-cultural de la muerte.....	23
1.1.4	Efectos del Sistema de la Actitud de la Muerte.....	27
1.2	Multiculturalidad, Transculturalidad y Enfermería	35
1.3	Actitudes hacia la muerte.....	37
1.3.1	Concepto y naturaleza de la actitud.....	37
1.3.2	Actitudes ante la muerte	38
1.3.3	Evaluación de las actitudes	41
1.3.4	Actitudes ante la muerte en Ciencias de la Salud.....	41
1.4	Afrontamiento de la muerte.....	44
1.4.1	Modos de afrontamiento	48
1.4.2	El afrontamiento en el contexto “Hospice”	50
1.4.3	Evaluación del afrontamiento.....	51
1.4.4	Afrontamiento de la muerte en Ciencias de la Salud	52
1.5	Formación específica para profesionales sanitarios	54
1.5.1	Importancia de la formación en tanatología	57
2	Justificación y objetivos.....	63
2.1	Objetivos	65
3	Metodología	69
3.1	Fase 1: Validación de los instrumentos.....	69
3.1.1	Descripción de los sujetos participantes en el estudio.....	69
3.1.2	Instrumentos	69
3.1.2.1	Cuestionario “ad hoc”	69
3.1.2.2	Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte.....	70
3.1.2.3	Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte.....	71
3.1.3	Procedimiento.....	72
3.1.4	Análisis de los datos	73
3.2	Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.	74
3.2.1	Descripción de los sujetos participantes en el estudio.....	74
3.2.2	Instrumentos	74
3.2.2.1	Programa de formación	74
3.2.3	Procedimiento.....	76
3.2.4	Análisis de los datos	77
4	Resultados	81
4.1	Fase 1: Validación de los instrumentos.....	81
4.1.1	Cuestionario “ad hoc”.....	81
4.1.1.1	Variables sociodemográficas y de formación.....	81
4.1.1.2	Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas.....	85
4.1.1.3	Cuestionario sobre experiencia asistencial.....	88
4.1.2	Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	92
4.1.3	Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte	104
4.2	Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.	129
4.2.1	Cuestionario “ad hoc”.....	129
4.2.1.1	Variables sociodemográficas y de formación.....	129

4.2.1.2	Cuestionario de experiencia personal con relación a experiencias vitales extremas.....	130
4.2.1.3	Cuestionario sobre experiencia asistencial.....	132
4.2.2	Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte	134
4.2.3	Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	137
5	Discusión.....	149
5.1	Fase 1: Validación de los instrumentos.....	149
5.1.1	Cuestionario “ad hoc”.....	149
5.1.1.1	Variables sociodemográficas y de formación.....	149
5.1.1.2	Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas	151
5.1.1.3	Cuestionario sobre experiencia asistencial.....	152
5.1.2	Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	153
5.1.3	Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte	165
5.1.4	Consideraciones de la Primera Fase	175
5.2	Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.	177
5.2.1	Cuestionario “ad hoc”.....	177
5.2.1.1	Variables sociodemográficas y de formación.....	177
5.2.1.2	Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas.....	178
5.2.1.3	Cuestionario sobre experiencia asistencial.....	179
5.2.2	Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte	180
5.2.3	Perfil revisado de actitudes hacia la muerte	182
5.2.3.1	Valoración de las actitudes hacia la muerte tras el programa de intervención	185
5.2.4	Consideraciones de la Segunda Fase	187
6	Conclusiones.....	191
7	Bibliografía	195
	ANEXO I	221
	ANEXO II	223
	ANEXO III	225
	ANEXO IV.....	227

Preámbulo

Desde hace varios años a un grupo de profesionales vinculados a las Ciencias de la Salud se nos planteó la necesidad de conocer, profundizar y mejorar (considerando que en todos los ámbitos de la vida siempre es posible llevar mejoras a cabo) la actuación de los propios profesionales ante enfermos terminales y moribundos. Este fue el origen de la puesta en marcha de un grupo de investigación, CTS 436 “Aspectos psicosociales y transculturales de la salud y la enfermedad”, dentro del cual cada uno de los miembros ha seguido un proceso de formación y crecimiento profesional y personal con actividades compartidas, en este sentido la presente Tesis Doctoral es consecuencia directa del camino recorrido en común.

En un principio teníamos la sensación de que a pesar de trabajar con pacientes terminales y moribundos; la muerte, presente a lo largo del ejercicio profesional, en cierto modo se obviaba. Por supuesto, que los pacientes eran atendidos pero sin detenerse y no se contemplaba la necesidad de proporcionar cuidados diferentes a cualquier otro paciente dependiente (nutrición, higiene, seguridad, administración farmacológica...). Hemos de tener en cuenta que en la mayoría de los casos se trataba de pacientes moribundos, cuando no agónicos. ¿Qué estaba ocurriendo?, ¿Por qué se producía esta situación?

Para intentar resolver estas cuestiones planteamos un trabajo inicial “Posición del profesional de enfermería ante el paciente moribundo”, que se llevó a cabo entre el personal de enfermería de los hospitales de Granada, y que constituyó mi trabajo fin de carrera.

Seguimos avanzando en esta línea para conocer las actitudes de los profesionales ante la familia y los pacientes terminales y nos encontramos que éstos decían sentir angustia propia ante la muerte de los pacientes, y que el trabajo con las familias y los propios pacientes les producía estrés, generando enorme tensión. Los profesionales expresaban la necesidad de recibir formación pregrado y postgrado para mejorar su actuación profesional.

En este sentido nos planteamos una doble necesidad: conocer las actitudes de los futuros profesionales ante la muerte y poner en marcha un programa de formación que les permitiese tener los conocimientos y las herramientas precisas para enfrentarse de forma adecuada a la muerte de sus pacientes.

A partir de este momento surgen diversas cuestiones: ¿cómo medir las actitudes hacia la muerte?, ¿son iguales las actitudes hacia la muerte de los estudiantes universitarios

de Ciencias de la Salud que las de otros jóvenes universitarios?, ¿mejoraría la capacidad de afrontamiento de la muerte y el trabajo con los pacientes moribundos un programa de intervención?, ¿cómo valorar la idoneidad del programa de intervención? En el intento de contestar a estas y otras preguntas se desarrolla la presente Tesis Doctoral.

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.

Introducción

1 Introducción

“La muerte es espantosa para Cicerón, deseable para Catón, indiferente para Sócrates. La muerte tiene formas variadas unas respecto de otras, y adopta diversas cualidades según la fantasía de cada uno”.

Michael de Montaigne

“Es muy fuerte la situación de... Tus palabras me han hecho cercana su situación y sacudido mi modorra vital. La irreversibilidad, la muerte, eso es comprensible, pero ¿las miserias mientras tanto?”. **Alfonso**

1.1 Cuestiones preliminares

1.1.1 Muerte y morir

En el Diccionario del Español Actual, Manuel Seco (1991) señala varios significados para la muerte: fin de la vida de un animal o vegetal; termino; fin; destrucción; ruina; cosa sumamente ingrata o insufrible y diferentes tipos de muertes: muerte agónica, muerte civil; muerte mortal. El morir es dejar de vivir, acabarse o terminarse.

Los términos muerte y morir no son sinónimos, la muerte es la cesación absoluta de las funciones vitales, mientras que el morir es el proceso por el que se llega a la muerte. El morir se puede considerar un concomitante de desarrollo del vivir, un continuo desde el nacimiento hasta la muerte.

Ciertos rasgos del concepto de muerte le otorgan universalidad y, entre ellos, existen algunos que han trascendido en el tiempo y el espacio. Entre los rasgos universales del concepto de muerte están la suspensión definitiva de la respiración y de la función del corazón y la destrucción paulatina del cuerpo hasta la desaparición física definitiva. Pero a estos criterios tradicionales se han sumado nuevos elementos relacionados con las funciones del cerebro, cerebelo, tallo y bulbo.

Hace aproximadamente cuatro décadas se comenzó a hablar de la muerte cerebral y más tarde de la encefálica. En 1959, Mollaret, profesor del Hospital Bernard de París, empleó por primera vez el término de coma sobrepasado (Machado Curbelo, 1992) para referirse al estado que va más allá del coma profundo, en el cual se asocia “un cerebro muerto a un cuerpo vivo”. Luego surgió el concepto de muerte encefálica como “cese irreversible de todas las funciones del encéfalo, es decir, de los hemisferios cerebrales, del tallo encefálico y del cerebelo”. A finales del siglo pasado, en la década de los ochenta, Walker (1982) publicaba sus consideraciones acerca de las características que debían tener los criterios ideales para determinar la muerte encefálica.

Hay situaciones antagónicas en la definición y declaración de muerte del ser humano; de una parte, se considera como muerte la cesación de la vida biológica, y de otra, la centrada en la cesación de la vida de la persona, como es el caso de la muerte cerebral total con ausencia de conciencia que le da sentido y significado, en claro contraste con las estructuras mecánicas, químicas y biológicas.

La muerte es, por supuesto, un hecho biológico (somos una especie animal) que se caracteriza por el cese irreversible de las funciones vitales, pero tiene además una dimensión social y cultural (somos humanos) que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece. Las costumbres y valores sociales contemporáneos fomentan el rechazo y evitación del tema como actitudes fundamentales y es perfectamente comprobable cómo en nuestra sociedad hablar y abordar un tema como la muerte es complicado y dificultoso. La dificultad para hablar del tema está asociada al hecho de que a diferencia del valor relativo de otras experiencias en la vida, con la muerte el valor se vuelve absoluto, poniendo en escena la indefensión que sentimos frente a la naturaleza. La muerte más tarde o más temprano llama a nuestra puerta y aparece en nuestra vida.

No es lo mismo hablar de miedo a la muerte que de miedo a morir. Una de las diferencias más importantes radica en el modo de entender la muerte: no es lo mismo entenderla como concepto (la muerte), como una idea, algo abstracto o algo que sólo les sucede a los otros, que entenderla como proceso (morir), a saber una realidad única que tendremos que afrontar. Saber de la existencia de la muerte no implica su aceptación.

Afrontar una situación en la que el horizonte sea nuestra propia desaparición requiere de un proceso de acercamiento por medio de las emociones, de los afectos y sentimientos que despierta y promueve en cada cual, pues se trata de un hecho que se sitúa en el ámbito de las experiencias y de las vivencias vitales. El proceso de fin de vida es algo individual y particular, y el modo de afrontarlo dependerá de las circunstancias biográficas, culturales, perceptivas y sociales de cada persona cuando la muerte se presente, y dependerá, asimismo, de cómo ocurra (Bayés, 2001; Cruz Quintana y García Caro, 2007).

Como hemos señalado hoy en día no sólo se teme a la muerte sino que la rechazamos, lo habitual en nuestra cultura actual es que no se piense en la muerte y que la negación y el olvido sean las actitudes más usuales al respecto. Vivimos en una cultura que niega la muerte y hace del hecho de morir un tabú. Esta situación tiene consecuencias (Cruz Quintana y García Caro, 2007):

- En primer lugar, que no se nos educa para la muerte y no se nos prepara con estrategias que nos permitan afrontarla de la forma menos sufrida posible, cuando este hecho se presenta en nuestras vidas.
- En segundo lugar, que al negar la muerte también se está negando todo lo que se relaciona con ella, con el proceso de morir, y con el moribundo. Algunos de los efectos de la negación de este proceso son:
 - i. La indefensión y el aislamiento de las personas que están pasando por este proceso único, es decir los enfermos terminales.
 - ii. La falta de atención y de consideración a sus deseos y a la expresión de su voluntad en el proceso de fin de vida.
 - iii. La ausencia de interés y de esfuerzo en la investigación del propio proceso de morir, o de la paliación del sufrimiento que genera el hecho del morir y la muerte en las personas para que su muerte sea una muerte en paz.

Si nacer y morir son los dos polos del ciclo vital donde transcurre una vida, si en la naturaleza vida y muerte están articuladas, no es la una sin la otra, y si nos reconocemos como seres naturales al nacer, ¿por qué se nos hace tan complicado morir, reconocer nuestra naturaleza mortal?

F. Cruz (2007), plantea que actualmente, las principales líneas de trabajo e investigación en relación con la muerte y el morir se organizan en torno a dos grandes campos de interés o aspectos de este problema:

Por una parte, aquellos que tratan de dar respuesta a la existencia de la muerte y su negación por parte de los seres humanos y que se articulan alrededor de al menos tres preguntas, si tomamos una vía de investigación desde la evolución humana y las investigaciones en el campo de la neurobiología y la neuropsicología:

- ¿Existe en la especie humana alguna característica o circunstancia que explique la imposibilidad de aceptar la muerte?
- ¿Es una condición biológica universal del hombre?
- ¿Sería pertinente indagar en la filogenia de la especie humana y determinar en qué momento y con qué características se presenta el tema de la muerte, para comprender mejor el proceso?

- ¿Es el miedo a la muerte una emoción?, Si es una emoción ¿tiene características especiales?

Por otra parte, aquellos que se dirigen hacia la vertiente más práctica de este tema. La preocupación no es tanto por la conciencia de la muerte sino por el proceso de morir.

- El morir ¿ha sido siempre un problema para los seres humanos?, ¿ha existido algún tiempo en el que morir no significase sufrir?
- ¿Qué mecanismos sociales e individuales han permitido afrontar y responder al problema del morir a lo largo del tiempo?
- ¿Qué medios son los que pueden ayudar a las personas a morir en paz y sin sufrimientos?
- ¿Cuales son los factores que facilitan o dificultan el proceso de adaptación a nuestra muerte y su aceptación tanto en circunstancias normales como extraordinarias?

Puesto que el miedo, el aislamiento y la soledad son situaciones que se presentan ligadas al diagnóstico de una enfermedad, cuya evolución conduce inevitablemente a la muerte, produciendo un considerable sufrimiento, y dado que a mayor evolución de la enfermedad, mayores son el aislamiento y la soledad y más frecuente la aparición del miedo, el interés se centra, desde los planteamientos anteriores, en explorar e indagar sobre la posibilidad de morir bien, o al menos algo mejor de lo que lo hacemos ahora (Urraca Martínez, 1985). Tal y como señala Montoya (2006b) la inmensa mayoría de los estudios realizados en el mundo anglosajón se centran en la calidad de vida de los moribundos, mientras que en España se centran en la ansiedad de los profesionales acerca de la muerte.

En nuestras sociedades occidentales es muy frecuente que se produzca la muerte social del individuo antes de que se produzca la muerte biológica, siendo el miedo una de las causas que mayor sufrimiento genera en las personas que padecen una enfermedad terminal.

Una de las respuestas que se están dando, aunque no resuelven todos los casos de grandes sufrimientos, al proceso de morir, son los Cuidados Paliativos, donde el control del dolor y síntomas, así como la intervención emocional a los pacientes, familia y personal del equipo de salud son dos de los pilares en los que se sustentan estos cuidados.

1.1.2 El problema de la muerte en la evolución humana

Sin duda, siguiendo el trabajo de García Caro, (2004), la conciencia de la muerte se trata de uno de los conceptos y de una de las partes más polémicas en el ámbito de los estudios sobre evolución humana.

Tengamos en cuenta que en la evolución humana, llegado un momento determinado, los procesos de hominización se superponen con otros procesos, los de humanización. Como dice Ayala (1994) la especie humana, *Homo sapiens* ha evolucionado de antepasados que no eran humanos. Una obviedad, que sin embargo tiene el valor de incidir en la idea de cómo algo que no era, ha llegado a ser.

Dentro de la explicación dominante en el ámbito de la biología, de la evolución biológica, a estos otros procesos se les trata de encajar planteando que la evolución humana tiene dos dimensiones: una biológica y otra cultural. De manera que además de la herencia biológica, los seres humanos transmiten a los miembros de su especie una herencia cultural, fruto de todo lo que el hombre hace y es capaz de aprender de otros hombres, con una dimensión histórica, y una función adaptativa más rápida e incluso más potente que la biológica, por cuanto facilita la manipulación ambiental y la generación de artefactos y objetos que suplen algunas de las limitaciones orgánicas de manera casi inmediata (Césarman y Estañol, 1997). De modo que no se sabe muy bien qué hacer con esa especie de efecto secundario que se ha desarrollado en el hombre cuya materialidad no se deja apreciar fácilmente, más que en su dimensión objetal, y que tan escurridiza resulta a microscopios y estudios fósiles convencionales.

La condición biológica del despliegue de la humanización ha sido el potente desarrollo cerebral en una dirección muy concreta: pérdida y/o regresión paulatina de los instintos (pautas de conducta genéticamente programadas) y complejidad cerebral que confiere al ser humano capacidades cognitivas y soporte para impulsar y desarrollar complicados procesos de aprendizaje. Esto significa una naturaleza inespecífica o no especializada, que la configura como una especie abierta y enormemente plástica.

Sin duda, lo que convierte en especial al hombre es su cerebro. Especial puesto que se trata de un cerebro preparado para pensar, para conocer, en tres dimensiones. Dotado de un sistema simbólico con el que se representa el mundo y a sí mismo y un lenguaje soporte y expresión interactiva del mismo, además de estar provisto en su funcionamiento de una plasticidad neuronal capaz de cualquier configuración mental de los individuos que asegura la variabilidad y la particularidad de éstos.

Zeki Semir (1999), lo expresa con claridad aunque de un modo curioso hablando sobre los Esplendores y Miserias del Cerebro: “La variación que subyace a la miseria

psicológica del hombre está en alguna otra parte; puede observarse a través de la conducta, si bien no anatómicamente, y a través de la observación podemos inferir que existen diferencias en la organización cerebral a un nivel que hasta ahora se nos había escapado incluso al estudio microscópico más detallado. Esta variación subyace en las diferencias entre individuos – en su sensibilidad, en su inteligencia, en sus aptitudes, en sus deseos y aspiraciones y en muchas otras cosas. En pocas palabras, la variación está en sus configuraciones mentales.”

Humanización y condición cultural, entonces, por la ausencia de determinación instintiva, por la falta de especialización y por una configuración cerebral evolucionada hacia capacidades intelectivas y simbólicas que lo sitúa en la naturaleza de un modo peculiar. Capaz de adaptarse de múltiples formas al medio en que se encuentra, ha desarrollado una serie de cualidades especiales como la autoconciencia, el conocimiento, la imaginación y el lenguaje simbólico.

Para el problema de la muerte, van a ser fundamentales las capacidades cognitivas de conciencia y autoconciencia, la capacidad de anticipación y de diferir respuestas y el soporte de un lenguaje en su doble dimensión comunicativa y de pensamiento o abstracción. Todas juegan un papel importante, aunque tal vez no todas hayan estado presentes al mismo tiempo en la evolución del hombre. De ellas, es la autoconciencia la que se sitúa a la base del conocimiento de la propia mortalidad, hasta el punto de que se establece el desarrollo de ésta en relación con las muestras halladas de algún tipo de intervención sobre los muertos (sepulturas, ritos funerarios...) que responden a maneras de afrontar la idea de la muerte.

Cognición / Conducta

Es lógico considerar que las acciones realizadas por los seres humanos son consecuencia de los procesos mentales que éstos producen, esto es, los suponemos estrechamente relacionados. De manera que si estudiamos los actos que se realizan (y que han dejado rastro) en un momento determinado podemos analizar los procesos mentales que han dado lugar a éstos. Se entiende que el binomio cognición / conducta ha funcionado igualmente en períodos prehistóricos y por tanto es posible tomar los datos que aporta el registro arqueológico como evidencias del desarrollo de las capacidades intelectivas de nuestros ancestros.

Podemos convenir que todas las formas culturales han tenido que ser creadas en algún momento y transmitidas a las generaciones siguientes. Esto implica la presencia de un tipo de lenguaje capaz de transmitir y representar las vivencias y las experiencias, es decir, un lenguaje simbólico. Por medio de este lenguaje se producen

cambios cognitivos fundamentales para el hombre como son la simbolización, por medio de sonidos, de ideas y sentimientos, la abstracción mental y la construcción de ideas, la conciencia, autoconciencia (individualidad) y el dominio conceptual sobre el tiempo y el espacio.

Desde la arqueología cognitiva, los conceptos de individualidad (personal o social), tiempo y espacio, “son los elementos sobre los que siempre se intentará simbolizar la realidad que podemos apreciar a través de nuestros sentidos, en nuestros intentos de comunicarnos con otros humanos, es decir, de crear un lenguaje” (Rivera Arrizabalaga, 2003).

En el esquema cognición / conducta, la conducta como reflejo de la cognición, depende de la existencia de condicionantes biológicos (cerebro capaz de controlar y crear), socioculturales (interacción intra e intergrupala), demográficos (perduración generacional) y medioambientales. Para la realización de los procesos de pensamiento y conducta simbólicos ha sido necesario un prolongado período de tiempo, cualquier conducta simbólica tendrá un proceso de creación progresivo de las formas más sencillas a las más complejas, de manera que es posible que en su expresión inicial (más elemental) genere dudas sobre su propio contenido simbólico. Sin embargo la secuencia temporal de la presencia de elementos simbólicos será el testimonio de los mismos.

Acciones con una gran carga simbólica han necesitado previamente el desarrollo de estructuras más sencillas o más básicas. Por ejemplo la presencia de ideas religiosas (en objetos, pinturas, rituales...) implica la adquisición previa de la autoconciencia, o más específicamente de la conciencia de la propia muerte.

Claro que este planteamiento tiene sus limitaciones: fenómenos socioculturales con base simbólica pueden no haber dejado registro arqueológico si no ha habido una base social suficiente para mantenerlos y transmitirlos a las siguientes generaciones. Además, un objeto pudo tener en su origen un significado diferente y después haber cambiado con su uso en el tiempo. Por ello, en el análisis e interpretación de la conducta prehistórica, la arqueología cognitiva ha de ser especialmente cuidadosa y “evitar inferir valores o conceptos actuales en la interpretación que realicemos del pasado” (Rivera Arrizabalaga, 2003).

Entre los factores cognitivos con mayor repercusión en las formas de conducta más evolucionadas se encuentra la conciencia humana, autoconciencia o metacognición, entendiéndose por tal el conocimiento subjetivo de los propios procesos mentales, de la información que recibimos y de los actos que realizamos. Para la Psicología

Cognitiva se trata de una cualidad mental adquirida a partir de las capacidades innatas del cerebro estimuladas adecuadamente en un entorno social y cultural. Se desarrolla con el reconocimiento e interiorización del concepto yo, y requiere de un mínimo desarrollo neurológico (alcanzado con los humanos anatómicamente modernos, hasta ahora los únicos que demuestran tener algunos objetos que pueden representar el concepto de individualidad), de una interacción social capaz de confrontar las ideas simbólicas del yo y los otros, un desarrollo generacional que fije plenamente dichos conceptos, y un instrumento adecuado para la transmisión y el aprendizaje como el lenguaje.

Una lectura desde los parámetros simbólicos de las conductas de nuestros antepasados ofrecerá, sin duda, una interpretación diferente del registro arqueológico. Uno de los campos preferidos de aplicación práctica para este planteamiento son los enterramientos del Paleolítico, entre otras cosas porque suponen una conducta intencionada indicativa de la presencia en el hombre de la conciencia y también porque contienen muchos de los elementos de estudio necesarios para argumentar sólidamente sobre el desarrollo simbólico de la época.

Del estudio de los enterramientos, fundamentalmente de los correspondientes al Paleolítico Medio, se ha establecido primero el carácter claramente intencionado de los mismos, aunque se desconozca la intención última de éstos, y segundo dos procesos de distinta significación que han de considerarse siempre en toda inhumación, pero que no siempre van a ir juntos:

- Fin sanitario y práctico
- Fin religioso o simbólico

El fin sanitario y práctico responde básicamente a las dificultades de convivir con un cadáver debido sobretodo a la descomposición biológica y sus efectos, a razones higiénicas (invasión de insectos, infecciones...) y de supervivencia (presencia de animales carnívoros y carroñeros), pero también se consideran causas de orden cognitivo, emocionales y/o sociales, derivadas sobretodo de las relaciones de parentesco y de los vínculos de pertenencia a un grupo, que dificultarían la cercanía al cadáver. Así, ante una muerte dentro de un hábitat se responde bien desplazando el cadáver a un lugar lejano, bien desplazándose el grupo a otras zonas y dejando el cadáver donde murió, o también ocultándolo en un lugar cercano pero con unas características que evitan los inconvenientes mencionados, como puede ser el enterramiento con tierra o piedras, o cuevas apropiadas donde se depositan o arrojan los cadáveres. De entre estas dos formas de proceder, el enterramiento sería el modo

de conducta más simbólico, dado que requiere la construcción de una estructura específica. Constituye la forma más habitual de tumbas realizadas en el mismo lugar de hábitat desde su inicio al final del Paleolítico Medio.

El fin religioso o simbólico va a tener lugar en sociedades donde las facultades cognitivas tienen un cierto desarrollo. Parece necesaria la previa adquisición de conceptos como yo y los otros. En general, la muerte como proceso biológico es difícil de asimilar y comprender, suele abordarse con explicaciones de carácter religioso que se aceptan por el grupo social y responden al deseo o a la intención de no morir nunca. El matiz simbólico de los primeros enterramientos se atribuye a la presencia de elementos que reflejan concepciones religiosas o ritos con repercusión social. Entre estos elementos se sitúa la constatación de afectividad hacia el difunto (por ejemplo el enterramiento de niños presente ya en el Musteriense), algunos indicios de jerarquía social (final del Paleolítico medio) y presencia de rituales religiosos que tratan de satisfacer las necesidades derivadas del modo de concebir la muerte y las exigencias espirituales establecidas socialmente (se encuentran a lo largo del Paleolítico Superior).

El intento de reconstruir el proceso evolutivo de las capacidades cognitivas desde nuestros ancestros resulta una tarea complicada dada la imprecisión y generalidad de su contenido. Además, están las dificultades prácticas, que van desde la necesidad de precisar mejor tanto los métodos como la delimitación del campo de estudio dentro, o al lado, de la paleontología, hasta la falta de huellas, de objetos, de datos objetivos indicativos de la presencia de conductas simbólicas. Sin embargo, no se puede negar que el interés por los aspectos mentales del pasado está en auge.

Desarrollo cerebral, Conciencia y Autoconciencia

Sin duda, ya hemos dicho, que todo este proceso de conocer y elaborar respuestas conductuales que han ido configurando lo que es el hombre hoy, se sustenta en un desarrollo y un funcionamiento cerebral singular que se está empezando a conocer y siquiera a comprender.

Resulta estimulante seguir los planteamientos que los neurocientíficos han empezado a esbozar, interesados por la configuración mental de nuestro cerebro, propiciando un acercamiento a las grandes cuestiones planteadas por la filosofía.

Como dice Zeki Semir (1999) “Por lo general, y científicamente hablando, se piensa que el pasado milenio pertenece a las ciencias físicas en tanto que el futuro estará dominado por las ciencias biológicas, más concretamente por la neurobiología”. Su afirmación se fundamenta en el convencimiento de que el interés de las sociedades

occidentales está cada vez más en propiciar y mejorar el bienestar biológico que seguir apostando por un conocimiento tal vez importante para el progreso, pero no directamente relacionado con la mejora de las condiciones de vida del hombre. El bienestar consiste, a su juicio, “en mejorar nuestra salud y herencia genética, así como en la erradicación de la enfermedad y el sufrimiento físico”. Pero consiste también, sobre todo, en hacer que hombres y mujeres sean más felices aminorando el impacto de lo que Sigmund Freud acusó como la miseria psicológica de la humanidad.

De acuerdo con lo anterior, lo primero que debe quedar claro es que el desarrollo cerebral y nuestra configuración mental son producto de la evolución, algo que confiere ventajas selectivas.

Según Alonso González (1992) “Si es válida la intuición de Sarnat / Netsky de que el cerebro del vertebrado se ha construido según el plan de distinguir las respuestas inmediatas del cerebro posterior, de las respuestas dilatadas (que permiten una asociación, primero, y una integración de la información, después) parece claro que el gran desarrollo del cerebro de los antropomorfos y sobre todo del hombre va ligado al hecho de que esos antepasados nuestros se han situado en una biozona cultural, que da la seguridad para planificar, para imaginar, para soñar el mundo, sin prisas. Los criterios de selección de un cerebro con mayores áreas de asociación, en las que se puede analizar con más detenimiento la información para planificar la acción, han venido dados por la estrategia conductual de una especie humana liberada de la servidumbre de la respuesta inmediata y rápida a la presión ecológica”.

Paul Mac Lean, director del Laboratorio de Evolución Cerebral y Conducta del Instituto Nacional de Salud Pública de California, plantea que en el “Modelo del Cerebro Triuno”, el cerebro humano está conformado por tres sistemas neurales interconectados, tres cerebros integrados en uno, cada uno con sus funciones propias:

- El Cerebro Reptiliano, formado por los ganglios basales, el tallo cerebral y el sistema reticular. Responsable de la conducta automática o programada, no es un cerebro capacitado para pensar, ni sentir, sino para actuar cuando el estado del organismo así lo requiera.
- El Sistema Límbico, formado por los bulbos olfatorios, el tálamo, las amígdalas, el núcleo hipotalámico, el hipocampo, el área septal y la pituitaria. Su función principal es controlar la vida emotiva. Esto incluye sentimientos, género, regulación endocrina, dolor, placer... Puede ser considerado como el cerebro afectivo, el que energiza la conducta para el logro de las metas y parece ser

que toda la información que ingresa al cerebro es supervisada y controlada por este sistema.

- La Neocorteza, formada por los dos hemisferios cerebrales interconectados a través del cuerpo calloso (conglomerado de fibras nerviosas blancas que los conectan y transfieren información de uno a otro), es el lugar donde se llevan a cabo las funciones cerebrales superiores. Es el centro de generación y resolución de problemas, análisis y síntesis de la información, del uso del razonamiento y del pensamiento crítico y creativo.

Al estudio de los hemisferios cerebrales se dedicaron fundamentalmente Roger Sperry (Premio Nóbel de Medicina en 1981) y colaboradores (Gazzaniga, Bogen, Vogel...), del Instituto Tecnológico de California, quienes con sus investigaciones confirmaron los hallazgos sobre la especialización de los hemisferios cerebrales. Diseñaron la técnica de la comisurotomía (corte del cuerpo calloso) y la aplicaron, por primera vez con gatos, para estudiar el funcionamiento de los dos hemisferios por separado, encontrando que el lado izquierdo del cuerpo está controlado principalmente por el hemisferio derecho, y que el lado derecho lo está por el hemisferio izquierdo, excepto los estímulos visuales que llegan a ambos lados del cerebro, pero asimismo trabajaron sobre el intercambio de información entre ambos hemisferios.

Si al principio se pensaba en la dominancia y especialización de los hemisferios cerebrales, llegando incluso a creer que el izquierdo era superior al derecho por encontrarse asociado a la capacidad de hablar, cuando se ha trabajado sobre el intercambio y el procesamiento de la información de ambos hemisferios, lo que se ha encontrado es que muchas de las habilidades mentales específicas están lateralizadas, es decir, son llevadas a cabo y coordinadas por uno u otro hemisferio.

La capacidad de hablar, escribir, leer y trabajar con números corresponde básicamente al hemisferio izquierdo en muchas personas, mientras que la capacidad para percibir y orientarse en el espacio, trabajar con aspectos geométricos, y habilidades para rotar mentalmente formas o figuras, corresponde o son ejecutadas fundamentalmente por el hemisferio derecho.

El modo, el estilo, de procesar la información en ambos hemisferios es diferente. Las diferencias se concretan básicamente en que el hemisferio izquierdo procesa secuencialmente, paso a paso, en un proceso lineal temporal: reconoce que un estímulo viene antes que otro; y el hemisferio derecho parece especializado en un proceso simultáneo, no pasa de una característica a otra, sino que busca pautas, integra partes y las organiza en un todo. Se interesa por las relaciones. De manera

que más que una especialización en una función, lo que hay es una especialización en un modo de procesar, acogiendo cada hemisferio las funciones según se adecuen a un modo de procesamiento u otro (VerLee, 1986).

En cualquiera de los modelos referidos, incluso en algún otro no mencionado, se puede concluir que la característica más destacada es la holonomía, mecanismo referido al modo de funcionamiento en el que se relacionan las partes con el todo, que en el caso del cerebro alude al funcionamiento global del mismo.

La corteza cerebral, cumple un papel fundamental de síntesis y elaboración de la información y de globalización de las funciones nerviosas, produciendo eso que llamamos mental, o también conciencia - autoconciencia, como experiencia inequívocamente humana y subjetiva.

Cada vez se conoce mejor el papel que desempeña el lóbulo prefrontal en los procesos de reflexión y raciocinio, y en la organización del comportamiento. Centraliza en sus circuitos la información codificada de todo el sistema nervioso central, dándose en ellos la máxima convergencia vivencial de la existencia, sobre la base de la experiencia.

Entre sus funciones se encuentra la de programar, regular y verificar la actividad intelectual integrando actividades praxicolingüísticas y simbólicas en los programas de conducta; en el proceso psicomotriz crean intenciones, planifican y programan acciones, controlando su ejecución, comparando efectos, corrigiendo errores; es el substrato biológico de la organización normativa social y ética, lugar de la conciencia de la propia existencia, esto es, lugar del yo y también jugando un gran papel en la vida emocional y afectiva, y en los procesos de memoria y aprendizaje.

La culminación prefrontal de la elaboración informativa se concreta en los procesos de reflexión, futurización y responsabilidad, afectividad, autoconciencia, inteligencia y pensamiento.

Desde un punto de vista anatómico-estructural, la conquista evolutiva del lóbulo prefrontal representa la auténtica hominización, consecuencia de un largo proceso de perfeccionamiento nervioso. (Guirao, Guirao-Piñeyro y Morales-Hevia, 1997)

Conciencia y autoconciencia

David J. Chalmers (2002), Filósofo y Director del Center for Consciousness Studies (Univ. De Arizona. EE.UU.) expone un planteamiento, bastante acertado, sobre los problemas que plantea el estudio de la conciencia por la neurología. Considera que desde un punto de vista objetivo se puede llegar a conocer bastante bien el cerebro,

pero está también el aspecto subjetivo, la experiencia personal, interior, privada, de lo que se percibe, las emociones y los pensamientos. Juntas, estas experiencias constituyen la conciencia, la vida subjetiva, interior, de la mente, y no han tenido cabida en el mundo objetivo de la ciencia hasta el momento actual.

En los últimos años, sin embargo, el interés por el estudio científico de la conciencia se ha hecho patente en neurólogos, psicólogos y filósofos rechazando la idea, tradicionalmente sostenida, de que la conciencia no podía ser estudiada. Es cierto que no hay un acuerdo sobre el método y el contexto teórico de estudio que resulta más apropiado para este objeto, sin embargo hay razones para ser optimistas y esperar resultados que clarifiquen los principios teóricos y las leyes nuevas que nos acercarán al conocimiento y comprensión de uno de los misterios más profundos de la existencia humana.

En su planteamiento, Chalmers, considera prioritario clarificar los problemas que con frecuencia se esconden tras el término conciencia. Con este fin, hace una distinción entre lo que serían los problemas fáciles y el problema duro de la conciencia. Entre los problemas fáciles estarían los relacionados con cómo un sujeto discierne entre un estímulo sensorial y otro, y reacciona ante ellos de forma pertinente, o con cómo integra el cerebro la información que le llega de fuentes dispares y la usa para controlar el comportamiento, o incluso con el porqué se pueden verbalizar los estados internos. Todos ellos tienen de fáciles, que no de triviales, el que se refieren a mecanismos objetivos del sistema cognoscitivo, mecanismos que la investigación de la psicología cognitiva y la neurología están estudiando. Sin embargo el problema duro lo que plantea es cómo los procesos físicos del cerebro dan lugar a la conciencia.

“No niego que la conciencia surja del cerebro. Sabemos, por ejemplo, que la experiencia subjetiva de la visión está íntimamente ligada a los procesos de la corteza visual. Sin embargo, es el vínculo mismo lo que deja perplejo. No es cuestión menor que la experiencia subjetiva parezca salir de un proceso físico, pero no tenemos ni idea de cómo o por qué es así” (Chalmers, 2002). Los problemas fáciles comparten el hecho de tratarse o de referirse a cómo se realiza una función cognoscitiva y/o comportamental, esto es, preguntan por la manera en que el cerebro realiza alguna tarea, son problemas que en algún momento (en cuanto puedan especificar un mecanismo neuronal apropiado) los neurobiólogos van a poder resolver. El problema duro no se resuelve con la clarificación del desempeño de funciones.

A la pregunta de por qué la ejecución de esas funciones se acompaña de la experiencia consciente, no se puede responder con instrumento de explicación física,

o con nuevos descubrimientos de funcionamiento neurológico o de la mecánica cuántica; el tipo de problema que plantea esta pregunta no coincide con la forma en que se plantean la mayoría de los problemas científicos. El problema de la conciencia es un tipo de problema diferente porque va más allá de la explicación de la estructura y de la función.

Es posible que para abordar este problema haya que considerar la conciencia como un elemento fundamental, no reducible a otros que lo sean más, al modo en como ocurre en física con el espacio-tiempo, la masa y la carga. Chalmers propone que se considere a la experiencia consciente un elemento fundamental e irreducible a algo más básico, y que se permita aplicar la misma lógica que se aplica a algunos principios físicos cuando éstos no han podido ser explicados por principios conocidos. De manera que si hay una propiedad fundamental, haya leyes fundamentales que relacionen la experiencia con los elementos físicos. Las leyes podrán servir de puente y especificarán la dependencia de la experiencia de los procesos físicos subyacentes.

Se puede, entonces, empezar a buscar leyes por ejemplo a partir de la “observación de que, cuando somos conscientes de algo, por lo general tenemos la capacidad de actuar al respecto y hablar de ello, y éstas son funciones objetivas físicas. A la recíproca, cuando una información está disponible directamente para la acción y el habla, en general es consciente. Por lo tanto, la conciencia guarda una buena correlación con lo que podríamos llamar percatarse: el proceso gracias al cual la información del cerebro viene a estar globalmente disponible para los procesos motores del estilo del habla o la acción corporal.”(Chalmers, 2002). Un primer acercamiento a una ley psicofísica diría algo así como que “donde se da la acción de percatarse hay conciencia, y al revés”(Ibidem). El objetivo final sería un conjunto de leyes fundamentales, análogo a las leyes fundamentales de la física.

Pero no todos los investigadores que estudian el tema de la conciencia comparten el planteamiento de David J. Chalmers. Por su parte Francis Crick y Christof Koch (2002), investigador en neurobiología y experto en computación y sistemas neuronales respectivamente, consideran que siendo la relación entre mente y cerebro la cuestión por antonomasia de la neurobiología, efectivamente “el punto más enigmático reside en la conciencia, en la percatación, que puede adoptar multitud de formas, desde la de la experiencia del dolor hasta la de la autoconciencia o conciencia de uno mismo.” (Crick y Koch, 2002). Sin embargo para ellos la mejor forma de abordar el problema es “concentrarse en el hallazgo de los correlatos neuronales de la conciencia, los procesos del cerebro responsables y directos de la conciencia”.

La localización cortical de las neuronas que guardan relación estrecha con la conciencia y el descubrimiento de sus conexiones con las neuronas de otras partes del cerebro podrían darnos ideas claves relativas a lo que David J. Chalmers llama problema duro: “una explicación completa de la manera en que las experiencias subjetivas surgen de los procesos cerebrales”.

Crick y Koch (2002b), creen, al igual que Chalmers, que los aspectos subjetivos de una experiencia tienen que estar estrechamente relacionados con el disparo de las neuronas correspondientes a esos aspectos (los correlatos neuronales), pero consideran que no es posible comunicar con palabras e ideas la naturaleza de una experiencia subjetiva, sino que lo posible es comunicar una diferencia entre experiencias subjetivas.

De la misma manera, difieren respecto del planteamiento de introducir la experiencia consciente como un elemento fundamental, ellos prefieren un enfoque basado en el concepto de significado. “El significado dimana de los vínculos entre esas representaciones y otras dispersas por el sistema cortical en una vasta red asociativa, similar a un diccionario o una base de datos relacional. Cuanta mayor diversidad reine en las conexiones, más rico será el significado”. Puede que la información sea el concepto clave (como sospecha Chalmers) y realmente lo que sería útil es intentar determinar qué características ha de tener una red neuronal para generar significado. Opinan que entonces el problema duro de la conciencia aparecería bajo una luz totalmente nueva.

La actualidad en la investigación neurobiológica muestra que aunque hay acuerdo general en que la conciencia involucra al córtex, hay desacuerdo general en cómo lo hace. Mientras que F. Crick (copremio Nóbel de Medicina en 1962) no cree que la conciencia sea una propiedad global del cerebro sino un fenómeno local, en el que sólo unas decenas de miles de neuronas dan lugar al sentimiento de percepción consciente, G. Edelman (también premio Nóbel) defiende que el tráfico de información importante se da entre las distintas áreas sensoriales del córtex, las áreas de la memoria y las áreas que regulan la vigilia. De igual modo, Zeki Semir, lo que plantea es que cada área del córtex, en este caso visual, que es su campo de estudio, tiene su propia microconciencia.

Por otra parte, Antonio R. Damasio (2002), neurobiólogo, investigador interesado asimismo en el tema de la conciencia, parte de la base de que el primer dilema que hay que dilucidar tiene que ver con la perspectiva a adoptar para estudiar la mente en relación con el cerebro, y ésta se concreta en que mientras que el cerebro y el cuerpo

son entidades públicas mostrables y externas, la mente es privada, interna e indiscutiblemente subjetiva. De manera que cualquier correlato de un estado mental no añade nada que se parezca a un verdadero estado mental.

La propuesta que realiza para la solución del enigma de la mente consciente “requiere dividir el problema en dos partes. La primera se refiere a la generación de una película-en-el-cerebro. Me sirve esa metáfora para designar la composición integrada y unificada de diversas imágenes sensoriales (visual, auditiva, táctil y otras) que constituyen el espectáculo multimedia que llamamos mente. La segunda parte concierne al yo y a la generación automática de un sentido de propiedad de esa película-en-el-cerebro. Ambas partes del problema se hallan relacionadas, pues la segunda anida en la primera. Separarlas constituyen una estrategia útil de investigación, ya que cada una demanda su propia solución”.

Damasio (2002) parte del hecho de que el cerebro dispone de un medio natural para representar la estructura y el estado del conjunto del organismo, el fundamento biológico del sentido del yo se encuentra en los mecanismos cerebrales que representan, instante a instante, la continuidad del mismo organismo. El cerebro utiliza las estructuras de representación del organismo y de los objetos externos creando una representación de segundo orden, que no es una abstracción, sino una cartografía del cerebro en interacción con un objeto también cartografiado en el cerebro.

El conocimiento así construido, presenta dentro del proceso mental la información de que el organismo es el propietario de ese proceso. “Aporta una respuesta a la pregunta nunca planteada: ¿a quién le está pasando esto? Se crea, pues, la sensación de un yo en el acto de conocer, lo que constituye la base para la perspectiva de primera persona que caracteriza a la mente consciente. Teniendo en cuenta la metáfora de la película, mi solución al problema de la mente consciente consiste en que el sentido del yo en el acto de conocer emerge en el interior de la propia película. Es decir, la autoconciencia forma, en realidad, parte de esa película, ya que crea, en un mismo marco, lo observado y el observador, lo pensado y el pensador. No hay espectador externo” (Ibidem). De esta manera los procesos objetivos del cerebro construyen la subjetividad de la mente consciente y el sentido del yo aparece como un tipo especial de sentimiento, el sentimiento de lo que ocurre en un organismo que interactúa con un objeto.

La pregunta que formula el profesor M. Guirao cuando habla de la autoconciencia humana: “¿qué tiene el hombre en su cerebro que le haga cargar con la conciencia proyectiva de la muerte y con la creencia en los dioses con la esperanza de un gozoso

y permanente encuentro?” (Guirao, Guirao-Piñeyro y Morales-Hevia, 1997), no sólo es pertinente, sino que no puede estar más en sintonía con el planteamiento del que partimos en la justificación de este trabajo. De momento no parece que haya respuesta posible, pues como se puede comprobar, en los planteamientos que hemos abordado, nada indica que se esté cerca de comprender cómo es la conciencia de la propia finitud en el hombre.

1.1.3 Contextualización socio-cultural de la muerte

Desde las ciencias sociales se ha investigado la concepción y significación de la muerte. (Álvarez, 2001; Ceriani Cernadas, 2001).

La muerte y el morir como objeto de estudio han sido contemplados tradicionalmente en la antropología como parte de culturas aisladas. Con el nacimiento de la antropología crítica, el foco de atención se ha centrado en nuestra propia sociedad.

Ciertas teorías antropológicas contemplan el proceso de morir como una transición de un estado social a otro; Del viviente al no-viviente. Para gestionar el cambio de status, se articulan diferentes ritos de paso. Así aparecen ritos y rituales, cuya función es delimitar el mundo de los vivos y de los muertos, asegurando la transición del alma, espíritu, o individuo de un estado a otro de la existencia (Pacheco Borrella, 2003)

Aunque la muerte es de hecho, algo que nos sucederá a todos, el proceso de morir y el duelo será diferente en función de las actitudes que cada individuo tenga ante la muerte. Las actitudes ante la muerte, el proceso de morir y el duelo van a estar estrechamente relacionadas con un proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. Podríamos decir que la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive (Allué Martínez, 1993; Azulay, 2000).

El sistema de las actitudes por las cuales un determinado sujeto se enfrenta a la muerte y al duelo ha sido llamado “sistema de la muerte” o “death system” (Kastenbaum y Aisenberg, 1972). Un sistema de las actitudes ante la muerte tiene un componente cognoscitivo, uno afectivo y también uno comportamental, es decir, enseña qué pensar de la muerte, cómo sentirse ante ella y qué hacer respecto a ella. Es la respuesta a todas las preguntas relacionadas con la muerte, el morir, la pérdida, el suicidio y la eutanasia en una cultura en un momento dado (Field y Cassel, 1997; Haynes, 1997).

Sin duda, la representación y las actitudes del hombre ante la muerte (costumbres, mitos, creencias, ritos) han sido muy diferentes en distintas épocas y en distintas sociedades. Jean Ziegler (1976) muestra en su obra “Los vivos y la muerte” el modo en el que diferentes culturas afrontan la muerte, destacando de forma precisa el hecho de que en nuestro entorno cultural los acontecimientos tanáticos eran silenciados y prohibidos, por lo que, al no existir un proceso de adaptación respecto a la muerte, ésta generaba más angustia por el hecho de no haber desarrollado ningún medio para afrontarla. Marisel Hartfiel (2005) señala que la muerte es mucho más que una cuestión médico científica y que por todas sus implicaciones culturales debe ser entendida como una Construcción Social e Histórica

El recurso histórico es fundamental para comprender un acontecimiento actual, ya que nos permite entender ¿cómo ha sido construida la imagen o representación y las actitudes que hoy tenemos frente a la muerte?, y ¿bajo qué mecanismo ha sido posible construir esta imagen como natural e inmutable?

El historiador francés Phillippe Aries (1981) postuló que las actitudes respecto a la muerte son indicativas del conocimiento que una persona tiene de ella misma; así como, de su grado de individualidad. Dicho de otro modo, las actitudes sobre la muerte y la pérdida son diferentes en función de las diferentes concepciones existentes respecto a lo que es ser persona, las relaciones del sujeto con su comunidad, con el mundo y con Dios. Aries agrupó las actitudes ante la muerte a lo largo de la historia en cuatro orientaciones básicas que él llamó “la muerte domesticada” (hasta la Edad Media), “la muerte de uno mismo” (S. XII al S. XV), “la muerte del otro” (S. XIX) y “la muerte negada” (S. XX).

Para intentar entender las características que hoy socialmente ha tomado el tema de la muerte, es necesario recurrir a dos momentos históricos relevantes que marcan una ruptura y un cambio estructurales: El siglo XIX, momento en que los médicos comienzan a diagnosticar la muerte y el siglo XX con la introducción de la tecnología médica y la puesta en marcha de las unidades de cuidados intensivos.

Estas rupturas instauran una nueva forma de ver y de hablar, una nueva concepción, una nueva mirada sobre la cuestión de la muerte. ¿Cómo se vive la muerte de los otros?, ¿Qué me imagino de mi propia muerte?, ¿Qué ritos, qué costumbres, qué gestos, qué palabras, qué actitudes esperables se construyen?, todas estas preguntas tienen respuestas diferentes antes y después respecto a los momentos de ruptura.

Tal y como hemos señalado Aries nombra el siglo XX como el periodo de la muerte negada. Para entender esta designación debemos mirar los parámetros de las

actitudes contemporáneas de la muerte. Las diferentes actitudes entre culturas se deben a cuatro factores importantes:

1. La exposición a la muerte.

La exposición a la muerte y a la pérdida es el primer elemento para comprender la muerte. Si uno tiene poca experiencia en la pérdida de otros significados, las actitudes hacia la muerte estarán limitadas por esa inexperiencia.

En la mayoría de las sociedades occidentales los niños crecen no sólo protegidos de la muerte sino que incluso se les “protege” de todo aquello que creemos puede ser frustrante, intentamos cumplir de modo inmediato cualquier deseo y no sólo no conocen la pérdida sino que no conocen que es esperar a cumplir un deseo. Esto no ocurre así en todo el mundo, en otras partes los jóvenes y los niños se exponen absolutamente a la guerra, al hambre y a la muerte. Esta exposición depende en gran medida de las zonas del planeta de la que hablemos y del momento histórico, como ya hemos indicado..

Podríamos decir que España es parte del mundo occidental y la mayoría de los niños y de los jóvenes viven la muerte a través de las noticias y no de un modo cercano. En Cuba, por otra parte, también perteneciente a la sociedad occidental; sin embargo hay ciertas carencias y dificultades que hacen que los jóvenes convivan con la pérdida y la muerte de un modo más continuo.

2. La esperanza de vida

La exposición a la muerte se relaciona con la esperanza de vida. La segunda mitad del siglo XX y el siglo XXI es una época en que en el mundo occidental se incrementa la esperanza de vida; por un lado debido a la disminución de la muerte perinatal y de las infecciones puerperales y por otro, relacionada con las medidas de asepsia, profilaxis, avances de la medicina, vacunaciones masivas... El siglo XX es el de los grandes avances médicos, el de la aparición de los cuidados intensivos.

Estos avances científicos prolongan la vida, modifican los límites de la vida y la muerte; a la vez que la forma de morir. Con el nacimiento de la terapia intensiva la muerte se hace más científica, más técnica y se despoja aun más de todo carácter social y cultural. En este momento se suma a la muerte secularizada, la muerte solitaria, el hombre de hoy muere en el hospital, lejos de sus seres queridos. El moribundo ya no estará acompañado de sus familiares. Estos hechos suponen la medicalización de la muerte.

Chackiel (1987) analiza las causas de muerte en América Latina, explora los datos de Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Uruguay, Guatemala, México y Venezuela e identifica los factores socioeconómicos y biológicos que afectan a la mortalidad.

3. La percepción de control sobre las fuerzas de la naturaleza.

El hombre, en su actividad sociolaboral, ha transformado y humanizado la naturaleza y ha desarrollado la sociedad a la que pertenece; unido a este proceso de transformación ha ido el de su propia naturaleza y así, ha podido desarrollar, conservar o restringir su propia vitalidad (Amaro Cano, 2005)

La mayoría de las personas que viven en las sociedades occidentales se enfrentan a la naturaleza con una actitud de poder y fuerza, la naturaleza está para ser utilizada por el individuo y por la sociedad. No se concibe la naturaleza como algo potencialmente peligroso sino como un lugar idílico donde pasar un puente o las vacaciones.

Catástrofes naturales como el terremoto de Afganistán de marzo de 2002 (5000 muertes) y el Tsunami en Indonesia de diciembre de 2004 (casi 300.000 muertos) nos recuerdan incluso en el siglo XX que hay lugar para la muerte inesperada. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones estos hechos quedan como un titular en la cabecera de un periódico que pronto es sustituido por otro.

Respecto a esta percepción creemos que la situación geográfica de España y Cuba determina diferencias a considerar. Ambos países se sitúan en el hemisferio Norte; pero mientras que Cuba es “visitada” con relativa frecuencia por huracanes y tifones, en España apenas las situaciones de máxima alerta corresponden a lluvias torrenciales o a olas de frío. Curiosamente en la mayoría de las ocasiones los ciudadanos protestan por la poca previsión de los gobiernos que evite las molestias que estos hechos han podido ocasionar, se piensa que la naturaleza se puede controlar, se puede domesticar.

4. La comprensión de lo que es ser un ser humano.

Tal y como señala Aries el elemento más importante del desarrollo de las actitudes hacia la muerte es la percepción que cada sujeto tiene acerca de lo que es ser persona. En la sociedad occidental la mayoría de los individuos creen que la persona es única (Becker, 1973). En una cultura que se enfatice la individualidad y los derechos individuales, los sujetos tendrán unas actitudes hacia la muerte diferentes a las que tengan los sujetos de otra cultura en la que formen parte de un conjunto, religioso o político, o en aquella cultura en la que la existencia de los sujetos no tenga ningún valor en absoluto.

En las sociedades occidentales, la muerte es vivida como una gran pérdida. Es la pérdida de un ser único e irremplazable; mientras que en otras se relaciona el presente con el pasado. En estos países la salud y la muerte se sitúan en un ámbito global en el que se interrelacionan: el ser humano, el medio social y su organización, el medio natural, el mundo de las creencias y el cosmos (Sierra, 2000); en este contexto la muerte puede ser vivida como buena, en busca de un bien común; e incluso sólo como algo que ocurre.

La visión del proceso de morir y el hecho puntual de la muerte, varía según el significado atribuido a la muerte y a la propia existencia. Wright (2003) describe siete relaciones de los pacientes moribundos con la muerte; Vivir bajo la sombra de la muerte, vivir el momento, vivir la muerte como una experiencia más de la vida, transformar el significado de la muerte a través de la fe o de la imaginación, silenciar la muerte o esperar la muerte.

Hoy en día la muerte tiende a verse como un dato objetivo, estanco e indiscutible, y como un hecho biológico e individual, esta concepción sin duda está fuertemente vinculada con la medicalización y con la cientifización de la vida (de la salud y la enfermedad) y por ende de la muerte (Gómez Sancho, 2006b).

Los cambios de valores acontecidos esencialmente en los dos últimos siglos; el individualismo, el consumismo, la idealización de la juventud y la progresiva secularización, han contribuido en mayor o menor medida a la ocultación de la muerte y a que se considere un tabú desde todos los puntos de vista. (Piqué Prado y Pozo Flórez, 1999; Aries, 2002)

1.1.4 Efectos del Sistema de la Actitud de la Muerte

Es instructivo centrarse en los efectos que las actitudes hacia la muerte tienen sobre: el morir, el duelo y los profesionales sanitarios.

Ya hemos señalado como en las últimas décadas se ha vivido en la sociedad occidental un profundo cambio. En este sentido la muerte ha pasado de ser un elemento inexcusable e inherente a la propia existencia a ser algo que nos resulta ajeno y que se oculta (Gala León et al., 2002; Aries, 2002).

Negar la muerte conlleva un serio problema, que es la falta de elaboración del duelo (Moreira y Lisboa, 2006). El hecho de que la muerte se niegue y oculte hace que los pacientes terminales, los moribundos y los familiares que van a sufrir el duelo queden relegados a la espera de un milagro que cambie su situación física sin que se atiendan

las necesidades que presentan en esa situación, muerte próxima. De la consideración de una persona como moribundo dependen muchas decisiones y actitudes de la propia persona y de los que le rodean. El movimiento “hospice” ha demostrado como cuando las necesidades físicas y emocionales de los procesos de fin de vida son atendidas hay menos depresiones, disminuye el sentimiento de culpa en el paciente y la familia, y sobretodo la muerte se vive como la muerte de la persona y no como una enfermedad. Muchas personas llegan a tener cierto sentido de aceptación: la sensación de que la vida es limitada, que no quedan cosas pendientes y que la vida ha sido buena.

A pesar de que el duelo es una de las causas de mayor estrés en la vida de las personas, en muchas ocasiones las personas que han perdido a un ser querido, y tras un año de la muerte, reconocen estas situaciones como una oportunidad de crecimiento personal (Morgan, 1999). La finalidad del duelo es comprender el significado de la muerte, así como el sentido de sus propias vidas que le permitan elaborar la pérdida, quedándose con el recuerdo afectuoso.

En la mayoría de la población la enfermedad y la muerte son vividas más como un mal trance que como una experiencia inherente a la propia vida y que experimentadas adecuadamente constituyen una eficaz, aunque no por ello fácil, posibilidad de crecimiento emocional y personal. Ello no da la espalda al sufrimiento de la pérdida, ni al imprescindible duelo, ni trata de proclamar una fuerza de la que carecemos, ni mucho menos pretende ignorar el abatimiento y el dolor por lo que sucederá con quienes amamos.

Estos cambios culturales afectan en mayor o menor medida a los profesionales de salud y a las instituciones sanitarias. Glasser y Strauss (1969) señalan que los propios profesionales parecen evitar mediante sus conductas y comportamientos a aquellos pacientes que se encuentran cerca de la muerte. Ello se manifiesta en la atención que reciben los enfermos terminales, como si ya estuvieran muertos, aún cuando no lo están (Sudnow, 1970). En ciertos símbolos de aislamiento de los enfermos en procesos de fin de vida en dichas instituciones (Gala León, Lupiani Giménez y Díaz Rodríguez, 1991); por ejemplo, mamparas de separación, habitaciones solas. O cuando el deceso sucede el trato específico que recibe la persona, sacado subrepticamente de la institución hospitalaria, evitando ser visto por los demás.

Allué (1998) muestra que en las instituciones sanitarias existe un fracaso en la gestión social y cultural del proceso de morir. La falta de apoyo y afectividad a los enfermos críticos y terminales, confirma que dentro del hospital no hay lugar para los soportes

que no sean mecánicos y / o biológicos, ya que el enfermo está “socialmente muerto” (Comelles, 1995). Esto causa enorme insatisfacción y conflicto. La gestión de este proceso es crucial para las instituciones dedicadas a la salud. Sudnow (1970) pone de relieve la importancia de “hacer moribundo” en la gestión del morir en el ámbito hospitalario; La clasificación de una persona como “terminal” o moribunda condiciona la actitud social, las opciones y decisiones de tratamiento y desencadena comportamientos destinados a preparar la muerte, tanto en el sujeto, como en la familia como en el personal sanitario. Así pues, el aspecto del moribundo traduce la imagen de la impotencia ante una enfermedad que “ataca”, “destruye” y poco a poco vence (Sontag, 1981); el proceso de morir se asocia a la imagen de “perdedor”.

El cambio en el sistema de actitudes tiene un efecto directo en el modo de interaccionar con el moribundo. Como señala Sudnow (1971) el tratamiento con el moribundo varía según la percepción social que se tenga del mismo; el tipo de atención médica y de los cuidados de enfermería variaban en función del nivel cultural, de la clase social y de la edad. Se llevan a cabo mayores esfuerzos reanimadores en el servicio de urgencias entre los pacientes de clase social elevada. Por otra parte Simpson (1979) resalta como el paciente con apariencia de clase social baja, edad avanzada, síntomas de alcoholismo o drogadicción es sometido a menores esfuerzos de reanimación. Por último, señalar que aquellos casos clínicos descritos y considerados interesantes son objeto de una mayor atención por parte del personal sanitario (Charmaz, 1980).

Además los profesionales sanitarios se sitúan “conjurando” la muerte, luchando contra ella a toda costa. No deja de llamar la atención como la resucitación cardiopulmonar es un procedimiento que se ha extendido a casi la totalidad de los pacientes de un hospital, no se debe permitir a los pacientes morir sin que exista una tentativa de resucitación, aún cuando menos del 20 por ciento sobrevive; lo cual es vivido como un gran fracaso profesional.

Como señalan diversos autores (Limonero, 1994; Bayés, 1991) se puede observar que en épocas anteriores había un mayor contacto con la muerte dado que la mayoría de las personas morían en sus casas acompañadas de sus familiares y amigos, e incluso los niños podían despedirse del familiar moribundo. Aries plantea la desocialización de la muerte, expresión que hace referencia a la falta de solidaridad y al abandono con respecto a los moribundos, los difuntos y también los supervivientes.

Según diversos autores (Allué, 1998; Piqué Prado y Pozo Flórez, 1999; Aries, 2002; Pacheco Borrella, 2003; Gómez Sancho, 2005) los cambios se deben a modificaciones de la estructura social vinculados a:

1. Cambio en las instituciones donde se muere: negación de la muerte.

El desarrollo tecnológico que permite grandes avances en el campo de la medicina, la concentración de la población en grandes núcleos urbanos y la progresiva liberalización e incorporación al trabajo de la mujer hacen que se produzca una redistribución de las funciones en el ámbito de la estructura familiar. Se delega a la institución hospitalaria roles y funciones que antes eran desempeñados en el seno de la familia. Ello lleva a que el enfermo que antes moría “acompañado”, junto a los suyos; ahora muere “tecnológicamente”, solo en un hospital. En un estudio realizado en Cataluña, Ramon et al. (2006) indican que los hospitales son el lugar de elección para morir de la mayoría de los pacientes; según los autores esto puede explicarse porque es en ellos donde se sitúan las unidades de cuidados paliativos.

La muerte se produce por etapas, ya no se logra diferenciar de modo claro y sencillo cuál es la muerte verdadera, si aquélla en la que el enfermo ha perdido el conocimiento o cuando sus órganos han dejado de funcionar. Como ya hemos señalado la muerte además de ser un hecho individual es un hecho social que va indisolublemente ligado y está muy condicionado por la sociedad en la que se vive. La dimensión social se manifiesta en el cambio de interacción en el grupo social del cual la persona forma parte, dado que en el mismo se ha de producir una reacomodación de roles (Méndez Baiges, 2003). Como ya señaló Sendrail (1983) existe una forma cultural del enfermar y morir.

De este modo la muerte ha sido excluida de la sociedad moderna, siempre es una sorpresa, un accidente, y como tal se transforma en un hecho clandestino que debe disimularse, ocultarse y superarse rápidamente. La muerte no puede ser socialmente pensada ni hablada, la única manera de hablar de la muerte es negarla (Thomas, 1991).

2. Cambios en los valores: individualización.

La muerte pasa de ser un espectáculo público a ser un acontecimiento privado, íntimo. A mediados del siglo XX se potencian valores como la productividad, la belleza, el éxito. Se prima la acumulación, no sólo en el plano material, sino acumulación de vida de experiencia, de sensaciones... En este nuevo mundo supuestamente feliz no se soporta la presión que supone la extinción de una vida. La individualidad como gran valor.

3. Cambio de instituciones que se ocupan de la muerte: mercantilización.

La negación de la muerte lleva directamente a la necesidad de que alguien se ocupe por mí, y nace todo un negocio en torno a la muerte.

La religión se ocupó durante siglos de la muerte, tanto en el plano espiritual (alma) como en el material (cementeros adyacentes a las iglesias) delegando esta función en los nuevos especialistas: las funerarias. La muerte es un producto más en un mercado muy competitivo, que adopta una nueva fisonomía mucho más atractiva; los cuerpos se arreglan, se maquillan y se intenta evitar la apariencia de muerto, se busca más una imagen rejuvenecida y que sea agradable de mirar.

La vivencia de la muerte entre los jóvenes

Como ya hemos señalado la muerte es vivida como algo lejano y remoto (Bayés et al., 1999; Rojas Alcántara et al., 2004), a pesar de que a diario recibimos innumerables noticias en la televisión y en los periódicos que reflejan las muertes ocurridas en guerras lejanas, debidas a desastres naturales e incluso en nuestras carreteras. Sin embargo, la mayoría de las personas alcanza la madurez sin haber presenciado una muerte o acudido a un funeral.

Los jóvenes -producto de la sociedad donde viven - ven la muerte como algo lejano (Campos Aranda et al., 2002), como un acontecimiento biológico “Los seres vivos nacen, crecen, se reproducen, envejecen y mueren” y tienden a no tenerla presente. El hecho de reconocer la muerte como un hecho real y natural no supone que haya sido interiorizada y afrontada como algo que va a suceder a los que nos rodean, a los que queremos y a nosotros mismos. Los jóvenes saben que la muerte (abstracta) existe, pero no sienten la necesidad de afrontar la muerte propia ni la ajena, no hay una reflexión sobre la muerte (Eseverri, 2002).

Numerosos estudios han señalado una relación inversa entre ansiedad ante la muerte y edad. Así, las personas mayores mostrarían menor ansiedad ante la muerte que los jóvenes (De Paola et al., 1992; De Paola, Neimeyer y Ross, 1994; Rooda, Clements y Jordan, 1999). Gesser, Wong y Reker (1987-1988) señalan que los jóvenes y las personas de mediana edad tienen más problemas para aceptar la realidad de la muerte que los mayores. Algunos autores precisan que la ansiedad ante la muerte viene dada no por el hecho de la muerte en sí sino más bien tiene que ver con el miedo a lo desconocido, con la incertidumbre del proceso y de lo que pueda existir después de la muerte (Twelker, 2004).

La vivencia de la muerte en los profesionales de la Salud

Gracias a la especialización la sanidad ha alcanzado un gran desarrollo; pero ese afán de especialización tiene una gran desventaja; pues lleva a la despersonalización de la atención de los pacientes. Ya no se trata de un sujeto enfermo, sino de un órgano enfermo. De este modo el paradigma de la atención “biosanitaria” queda consolidado.

El principio del milenio enfrenta la humanidad a un incremento extraordinario de los avances científicos y tecnológicos, pero, paralelamente, en el campo de las ciencias de la salud se ha apreciado una creciente deshumanización (Amaro Cano, 2005; Domínguez Do Nascimento et al., 2006). Como señala Corr (1993) nos enfrentamos a una nueva realidad dada no sólo por el desarrollo tecnológico, sino también, por el aumento de la profesionalización y la especialización en el cuidado de los enfermos en situación terminal. Los profesionales sanitarios, gracias a la tecnología que los separa del paciente, han alcanzado un gran poder sobre éste, unas veces adoptando posturas autoritarias y otras paternalistas; pero siempre desde la posición del que todo lo sabe y todo lo puede. En este sentido algunos pretenden privatizar las definiciones de muerte y sus implicaciones culturales, éticas y hasta jurídicas (Amaro Cano, 2005).

Se da por hecho que el avance de la medicina va a hacer posible mantenernos saludables y vivos. Por ello, existe un sentimiento de que siempre hay algo que hacer y que evite, que posponga, que haga desaparecer la muerte. Tal y como indica Gómez Sancho (2006a) esto tiene como consecuencia que la muerte del enfermo sea asumida como un fracaso profesional por el equipo sanitario y por la sociedad.

Varios estudios se han preocupado de las diversas actitudes ante la muerte de los profesionales. Así por ejemplo, algunos señalan que el temor y el miedo son actitudes dominantes (Cruz Quintana et al., 2001; Hernández Cabrera, G. et al., 2002). Diversos estudios han encontrado mayores índices de ansiedad con el género femenino y con edad media de la vida (Sánchez Caro, 2003; Tomás Sábado, 2002). Algunos autores correlacionan las actitudes ante la muerte con el género, la práctica religiosa y el nivel de contacto con pacientes terminales (Rooda, Clements y Jordan, 1999). La mayoría de los autores están de acuerdo que una mayor preparación de los profesionales disminuye el grado de ansiedad ante la muerte y mejora la atención que profesan a sus pacientes (Kvale et al., 1999; Cruz Quintana et al., 2001; Tomás Sábado y Aradilla Herrero, 2001). Aunque es preciso la evaluación de dichos programas, pues no siempre son efectivos ni se obtienen los efectos esperados (Tomás Sábado y Guix Llistuella, 2001; Kwekkeboom, Vahl y Eland, 2006)

A pesar de esta acuciante necesidad, las actitudes de los cuidadores dejan mucho que desear ya que, ellos mismos experimentan la muerte de los pacientes de forma trágica, aunque no les esté permitido “llorar”. Así aluden a metáforas y mecanismos sutiles para expresar su duelo. (Moss, 2003). Muchos profesionales tiene miedo a la muerte, por ello consideran el cuidado de los moribundos como otra actividad más del día; La muerte es tratada en términos operativos, asépticos, fríos (Forbes, 2001).

El modelo biomédico y el enfoque rehabilitador que las instituciones sanitarias propugnan, influyen en la visión negativa que los profesionales tienen de la muerte. (Kayser Jones, 2002). Entre los factores que hacen que los profesionales comprendan mejor la muerte de sus pacientes, destaca el hecho de que en su vida hayan tenido experiencias de proximidad con la muerte y, por lo tanto, recursos personales. (Black y Rubinstein, 2005).

No podemos olvidarnos de los alumnos de Ciencias de la Salud ya que durante su formación también tienen que vérselas con pacientes terminales y moribundos, sin que dispongan de las herramientas personales, ni profesionales para salir “indemnes”.

La muerte del otro pone en juego toda una serie de condiciones de posibilidad y de imposibilidad, la hace presente, real. En no pocas ocasiones, la experiencia de la muerte del otro no hace más que poner de manifiesto nuestra incapacidad para soportar la misma idea de la muerte lo que nos hace incapaces de soportar el dolor, o incluso de poder actuar profesionalmente, son muchos los que dudan de cómo deben actuar en estas situaciones, tanto con los pacientes como con los familiares de éstos. Y es sin duda una realidad que se hace cada vez más presente, en este sentido se han llevado a cabo numerosos estudios que indagan en las actitudes, la ansiedad y las emociones de los estudiantes ante la muerte (Luna et al., 1987; Rojas Alcántara et al., 1998; Bayés et al., 1999; Colell Brunet, Limonero y Otero, 2003; Rojas Alcántara et al. 2004; Benbunan-Bentata et al., 2007).

Independientemente de esta situación social existe un cambio en la mentalidad de los profesionales de la Salud y hoy en día podemos decir, sin temor a equivocarnos, que existe un movimiento de incorporación de la mentalidad paliativa que arranca en gran parte con un el aumento del protagonismo del paciente, cuando no usuario, éste tiene que decidir, se le deja no sólo que opine sino que sea responsable del proceso en el que está inmerso. Esto es así también con los pacientes inmersos en procesos de fin de vida, el moribundo continúa siendo un sujeto con las características psicobiológicas y sociales propias del ser humano y como tal hay que dirigirse a él (Serret Rodríguez, Smith y Crespo, 1995). El profesional debe actuar cumpliendo los principios bioéticos,

actuando con beneficencia y justicia al respetar la autonomía del moribundo, donde el consentimiento informado desempeña un papel fundamental (Llano, 1990; Amaro et al., 1996).

Este modo de trabajo se hace igualmente presente en Cuba. De modo que el sujeto tiene el derecho y el deber de opinar y participar en las decisiones que se tomen (Luna Vázquez, Valiente Duany y Goderich Lalán, 2000; Amaro Cano, 2005).

La atención a los pacientes y usuarios a principios del siglo XXI no puede estar centrada en la atención de los órganos enfermos, desconociendo la totalidad de la persona a quien pertenece ese órgano. Tampoco puede centrar la atención en el individuo, desconociendo el ambiente físico y social en el cual está inmerso. El enfoque actual debe incluir a la familia y a la comunidad a la que pertenecen las personas; no sólo cuando enferman, sino actuando para que no lo hagan. Muchos teóricos en el campo de ciencias de la salud (Sigerist, 1974; Mena, 1987; García Valdés, 1987; Herreman, 1987; Leininger, 1994; Nadelson, 1999) señalan la imperiosa necesidad de cambiar el paradigma biomédico por el nuevo paradigma sociobiológico, mucho más acorde con las evidencias científicas alcanzadas en este campo.

Estudios como el de Domínguez (2006) profundizan a partir de la metodología cualitativa en el significado que enfermeros y médicos le dan a la muerte de los pacientes en el entorno hospitalario. En este sentido cabe reseñar el proyecto FIS “Pensar en paliativo”, en el que se explora la concepción de la muerte y de los procesos de fin de vida entre enfermeros y médicos en atención hospitalaria y primaria, del que se publicará dos artículos próximamente en la revista ROL de Enfermería, en la que han sido aceptados.

Para muchos pacientes en fase terminal de su enfermedad y los que pueden morir, así como para sus familiares es preciso dotar de significado la muerte y el proceso de morir. Anteriormente este significado se alcanzaba por parte de una inmensa mayoría de individuos a través de la religión. Sin embargo, es necesario que cada persona encuentre su propia “espiritualidad”, (Fryback, 1999) es decir, un significado propio y personal a su propia muerte o la de sus seres queridos.

El papel que juegan los profesionales sanitarios, es el de crear las condiciones de comunicación y cercanía necesarias para facilitar este proceso. Para ello, es necesario practicar la empatía, y enfrentarnos como profesionales y como seres humanos a la finitud de la existencia.

1.2 Multiculturalidad, Transculturalidad y Enfermería

¿Qué es la cultura? No es objeto de esta tesis responder a esta pregunta, pero podría ser asumible por nuestra parte que: cultura es algo que trasciende al hombre y lo comprende, la cultura debe ser entendida como un todo integrado, que abarca desde el sistema de creencias al sistema tecnológico pasando por los conocimientos, costumbres, leyes, artes, etc. y que permite al hombre, al ser humano, vivir en sociedad. Dicho de otro modo, “la cultura confiere sentido a nuestras vidas” (Gómez García, 2000)

El contacto entre culturas lleva hoy a un mayor desarrollo intercultural. El ser humano tiene prioridades relacionadas con las tendencias básicas de su propia naturaleza; la primera es salvaguardar la vida. La lucha por las enfermedades y el interés por la salud son características fundamentales del hombre (Mircea, 2001; Aparicio Mena, 2004). Es en la diversidad cultural en la que van a tener cabida los diferentes significados del cuidar, las diferentes prácticas y creencias que sobre la salud, la enfermedad y la muerte se tengan (Tarrés Chamorro, 2001).

El final del siglo XX y el principio del siglo XXI se han visto marcados por un aumento constante de los flujos de información, productos, culturas y personas. De modo que los cambios en las estructuras sociales europeas, causados por ejemplo por el envejecimiento de la población o la ampliación inminente de la Unión Europea, hacen que la inmigración y la diversidad cultural sean dos de los temas de más actualidad en todos los ámbitos.

El aumento creciente de la diversidad entre los usuarios supone un nuevo reto para los servicios sanitarios, ya que se debe atender a personas y grupos que, por su cultura, tienen una forma distinta de entender, valorar y actuar ante la salud, la enfermedad y la muerte. La atención sanitaria a los inmigrantes no siempre funciona sin problemas, ya que a menudo éstos no conocen bien los sistemas sanitarios a los que acuden y a su vez los centros no están diseñados para adaptarse a la diversidad cultural (Schmidt et al., 2006a, 2006b, 2007).

Las barreras lingüísticas (Bischoff et al., 1999; Perkins, 1999; Toscani et al., 2000; Pitkin y Baker, 2000; Bischoff, 2001, Bischoff, Loutan y Stadler, 2001) han demostrado ser un obstáculo para el acceso a la atención sanitaria, además de afectar negativamente a esos servicios. Pero el idioma no es la única barrera; es preciso conocer el significado que se da a los diversos modos de enfermar y de morir.

La Transculturalidad se define como “aquellos fenómenos que resultan cuando un grupo de individuos que tiene culturas diferentes, toma contacto continuo de primera

mano, con los siguientes cambios en los patrones de la cultura original de uno de los grupos o de ambos.” (Herskovits, 1995). La transculturalidad incide de un modo específico en los sistemas de creencias y valores.

A lo largo del tiempo la enfermería ha cambiado, actualmente los profesionales de ciencias de la salud están demandando una formación más profunda y precisa que les permita enfrentarse de manera adecuada a la multiculturalidad creciente. En este sentido existen proyectos que ya están obteniendo resultados en la sociedad española (Juliano, 1993; Escuredo Rodríguez, Casanovas y Estevé, 2005)

Tal y como señala Tarrés (2001), los profesionales de enfermería tienen cada día una mayor diversidad de pacientes, de personas a las que cuidar, personas que llegan de lugares muy variados y en muchas ocasiones procedentes de culturas diferentes a la nuestra. Y los profesionales deben poder contextualizar a los pacientes en su propia cultura, entender que es la salud y la enfermedad para ellos; para que un profesional de enfermería pueda proporcionar asistencia a un paciente con una cultura distinta a la propia, es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz (Leno, 2006).

La enfermería transcultural es en palabras de su fundadora, Madeleine Leininger (1994): “un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte.” (Galao Malo, 2005).

Actualmente hay un interés creciente entre los profesionales relacionados con la salud en dar una respuesta eficaz a los problemas de salud que pueden presentar los pacientes de otras culturas (Comelles y Martínez Hernández, 1996; Zimmermann, 2000; Salman; 2001; Murray García, 2002; Robinson y Gilmartin, 2002; Giger, Davidhizar y Fordham, 2006). Esto también es así para los procesos de fin de vida; en este sentido encontramos voces discordantes respecto al imperativo de “decir la verdad” en EE.UU. ya que se plantean el hecho de que la forma de informar debe considerar el modo específico en el que cada individuo de un determinado grupo étnico y cultural enfrenta la información sobre la enfermedad y la muerte (Searight y Gafford, 2005)

1.3 Actitudes hacia la muerte

En este apartado pretendemos hacer una pequeña revisión de las características y la evaluación de las actitudes ante la muerte y el proceso de morir.

1.3.1 Concepto y naturaleza de la actitud

La investigación sobre las actitudes entraña gran complejidad. Existiendo numerosas teorías diferentes sobre actitudes (McGuire, 1985), cada una con sus partidarios y limitaciones. Según Lamberth (1982), la actitud se puede definir como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación con un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales. Para Morales, Rebollo y Moya (1995), los tres componentes coinciden en un punto: en que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. Es decir, la percepción o la información puede ser favorable o desfavorable, los sentimientos positivos o negativos y la conducta o intención en conducta de apoyo u hostilidad.

Los primeros teóricos sobre las actitudes consideraban que los tres componentes estaban relacionados entre sí. Es decir, se pensaba que las actitudes consistían en ideas y creencias (componente cognitivo), que estaban relacionadas con ciertas emociones (componente afectivo) y que ambos componentes estaban relacionados con la acción que realiza respecto al objeto de la actitud (componente conductual). Actualmente existe una concepción más compleja, el trabajo teórico y empírico más reciente, mantiene que estos tres componentes pueden estar o no relacionados, dependiendo de muchos factores. Por lo tanto, un sujeto puede sentir algo como positivo y no actuar de acuerdo a este sentimiento (Neimeyer, 1997), por ejemplo el profesional de enfermería puede saber que es bueno tomar la iniciativa y permitir un lugar en el que el paciente pueda hablar de sus miedos y sin embargo, no posibilitar dicho espacio terapéutico (Cruz Quintana et al, 2001). O en el caso de pacientes crónicos que conocen la importancia de determinados cambios en su estilo de vida, creen que son importantes pero son incapaces de llevarlos a cabo de forma continua (Schmidt et al., 2006).

Se han estudiado numerosas variables en relación con el cambio de actitudes; Oskamp (1991) enumeró 65 que se han examinado con frecuencia, McGuire (1985) describió que al menos se debían dar doce pasos sucesivos para que los sujetos pudiesen cambiar su actitud hacia algo. En modo alguno pretendemos hacer un análisis exhaustivo de este tema, sólo queremos dejar constancia de la enorme complejidad que entraña y de la falta de consenso respecto a cómo se forman y se modifican las actitudes.

1.3.2 Actitudes ante la muerte

La actitud frente a la muerte – y al cadáver- es el rasgo natural mediante el cual el hombre se escapa parcialmente de la naturaleza y se vuelve animal culturalizado (Thomas, 1991) En cuanto a esto, se puede afirmar que entre las especies animales vivas, la humana es la única para quién la muerte está omnipresente en el transcurso de la vida (aunque no sea más que una fantasía), la única especie animal que rodea la muerte de un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo; la única especie que ha podido creer y que a menudo cree todavía, en la supervivencia y renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada por la muerte como hecho de cultura.

Como hemos señalado el concepto de muerte que posee el hombre es relativo y temporal, ya que varía a partir del desarrollo evolutivo individual y por la influencia de factores socioculturales. En este sentido, las actitudes que las personas manifiestan ante la muerte, pueden ser también transitorias (Limonero, 1994). En general, la muerte genera una gran diversidad de actitudes y emociones, principalmente de naturaleza aversiva.

Las actitudes incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo, el abandono, la finalidad de la muerte, una vida posterior y el sino del cuerpo, entre otros.

El estudio de la muerte es ahora un campo en continuo desarrollo en nuestro país, comenzó a finales de los ochenta y continua hoy en día; así, han aparecido diversas tesis doctorales que inciden en las actitudes ante la muerte de diversos colectivos: estudiantes (Colell Brunet, 2005), personal sanitario (Pacheco Guevara, 1987; Vega Gutiérrez, 1989; Fernández Fernández, 1990; Busquet Duran, 1992; Entrena Ruiz, 1993; Esteban de la Rosa; 1995; Gómez sancho, 1997; Raja Fernández, 2001; Tomás Sábado y Limonero, 2004) y pacientes o familiares (Barroso López, 1989; Valdés Díaz, 1994; Thompson Hansen, 1995). En la mayoría de estos casos se indaga en las actitudes de los sujetos utilizando diversos instrumentos “ad hoc” y se hace complicado comparar los resultados; por otra parte, se centran en actitudes como el miedo y la ansiedad ante la muerte.

Es en el entorno anglosajón donde se inicia la investigación en esta área. Hermann Feifel en los años 50 y 60 (1955; 1956; 1959; 1965; 1969) se constituye como el pionero en la investigación sobre las actitudes hacia la muerte y el morir en un amplio abanico poblacional. Pero es sin duda a partir de los 70 cuando proliferan los trabajos e investigaciones que tratan el tema de la muerte y comienzan a desarrollarse múltiples instrumentos que evalúan las actitudes hacia la misma (Collet y Lester, 1969;

Hooper y Spilka, 1970; Marshall, 1982; Neimeyer, Bagley y Moore; 1986; Gesser, Wong y Reker, 1987-1988; Wong, Reker y Gesser, 1997). Destacamos la revisión de Neimeyer, Wittkowsky y Moser (2004) en la que los autores desmenuzan y analizan los artículos relacionados con la ansiedad, el miedo, la percepción de amenaza y aceptación vinculados a la muerte y el proceso de morir. Valoran una serie de instrumentos y realizan una serie de recomendaciones respecto a la puesta en marcha de futuras investigaciones en este campo. Una de las recomendaciones es el uso de escalas multidimensionales y fehacientemente validadas para determinar actitudes hacia la muerte (Neimeyer, Moser y Wittkowski, 2003); a pesar de que, la mayoría de los investigadores continúan utilizando instrumentos unidimensionales. Además, señala la importancia de poder utilizar los resultados obtenidos en la clínica de modo que no sirvan únicamente como descriptores de la realidad sino que se utilicen para la puesta en práctica de programas de formación de los cuidadores formales e informales que sirvan para mejorar el proceso de fin de vida de las personas que están a su cargo.

Constatamos que la mayoría de los estudios empíricos se han centrado en la ansiedad ante la muerte como tema dominante (Montoya, 2006a), quedando de manifiesto cuando comprobamos la cantidad de instrumentos que nos permiten valorar ansiedad e incluso miedo ante la muerte respecto a otras posibles actitudes (Marshall, 1981). En la bibliografía se usan de manera indistinta los términos ansiedad ante la muerte y miedo a la muerte. Se acepta de modo generalizado que el miedo a la muerte es un hecho universal y que su ausencia reflejaría negación de la misma (Bakan, 1971; Becker, 1973; Marshall, 1980). Pero la muerte y el proceso de morir son complejos, se teme a la muerte por múltiples razones: la pérdida de sí mismo, lo desconocido más allá de la muerte, el dolor y el sufrimiento durante el proceso, la oportunidad perdida para la expiación y la salvación, y el bienestar de los miembros supervivientes de la familia, son sólo algunas de las causas de miedo a la muerte (Feifel y Nagy, 1981; Fry, 1990; Feifel, 1990; Cruz Quintana y García Caro, 2007)

Otras investigaciones sobre las actitudes hacia la muerte derivan de una perspectiva existencial que postula que los individuos tienden a buscar un significado personal de sus vidas. Esta corriente señala que el miedo a la muerte proviene del fracaso a la hora de encontrar un significado personal a la propia vida y a la propia muerte. Durlak (1972) informó que los sujetos para los que la vida tenía un propósito y significado mostraban menos miedo a la muerte y actitudes más positivas y de aceptación hacia la misma; Quinn y Reznikoff (1985) encontraron niveles de ansiedad hacia la muerte más elevados en aquellos sujetos que manifestaron no tener una sensación de

propósito en sus vidas. Podríamos decir que aquellos sujetos que en general llenan de contenido sus vidas y sus muertes presentarían menos ansiedad y miedo hacia la muerte, esta circunstancia está ampliamente desarrollada por Weiler (2001) de modo que aquellos individuos que envejecen con sentido de plenitud presentan un menor miedo a la muerte y una mejor aceptación de acercamiento. En este sentido las diversas experiencias de la vida harán que las actitudes hacia la muerte evolucionen, de modo que podremos considerar que las actitudes pueden variar a lo largo del tiempo personal (Craig, 2000; Robinson, 2004).

Tal y como señala Feifel (1990) es probable que el miedo y la aceptación de la muerte coexistan en un equilibrio inestable en todos nosotros. Como señalan Flint, Gayton y Ozmon (1983) incluso aquellos sujetos que aceptan la inevitabilidad, la certeza e incluso la bondad de su mortalidad pueden verse embargados por cierta intranquilidad respecto a la propia muerte y sus consecuencias.

Podemos decir que los individuos no siempre se enfrentan a la muerte desde actitudes negativas, en ocasiones la muerte se encara como una parte integral de la vida (Kübler-Ross, 1969) y en este sentido estar vivo supone vivir con la muerte y con el proceso de morir (Sauders y Baines, 1983; Armstrong, 1987) en este caso hablaríamos de aceptación neutral de la muerte.

Existen otras personas que consideran la muerte como el paso a una vida posterior, generalmente a un lugar mejor (Dixon y Kinlaw, 1983); de modo que, existe una correlación positiva entre la creencia en una vida posterior y las prácticas religiosas. Cabría preguntarse si el hecho de aceptar la muerte como el tránsito a una vida mejor hace que las personas creyentes experimenten menos ansiedad y miedo a la muerte que los no creyentes, en este sentido, la relación entre creencias religiosas y miedo a la muerte sigue sin ser concluyente; numerosos autores han encontrado una correlación negativa entre el miedo a la muerte y las creencias religiosas (Templer, 1972; Feifel y Nagy, 1981; Alvarado et al., 1995; Fehring, Miller y Shaw, 1997), otros no han encontrado una relación clara (Feifel, 1974; Raja Hernández et al., 2002) y otros incluso han encontrado una correlación positiva (Templer y Ruff, 1975; Young y Daniels, 1981).

Por último Vernon (1972) señala que en ocasiones la muerte es percibida y aceptada como un hecho liberador; esto ocurre en aquellas situaciones en las que la vida está llena de sufrimiento y dolor, en las que la muerte se ve como la única salida posible. Hablaríamos de aceptación de escape, la muerte no es buena en sí, sino que es la vida la que se hace insostenible.

1.3.3 Evaluación de las actitudes

Sin duda la medición de las actitudes es una tarea compleja y aparecen distintas formas de medirlas. Se puede hacer mediante: autoinformes (creencias, conductas, valores...), la observación sistemática de conductas en situaciones naturales (poco operativo para muestras de estudio amplias), medición de reacciones fisiológicas ante el objetivo, la situación o su representación...

De estos procedimientos el más ampliamente utilizado ha sido el autoinforme o cuestionario. Los cuestionarios están compuestos por un cierto número de proposiciones a las que el sujeto contesta con un sentido positivo o negativo, indicando además el grado en que lo hace. Los resultados se someten a análisis cuantitativo, y como resultado se asigna al sujeto una posición en el continuo de aceptación-rechazo, siendo el reflejo de la actitud de dicho sujeto con respecto al objeto en cuestión (Escámez y Ortega, 1988). En ocasiones se utiliza el cuestionario de Ansiedad ante la muerte de Templer (Raja Hernández et al., 2002; Tomás Sábado y Gómez Benito, 2004; Aradilla Herrero y Tomás Sábado, 2006), la Escala de Collet-Lester (1990) de miedo a la muerte (Bayés et al., 1999; Tomás Sábado, Limonero y Abdel Khalek, 2007) o el desarrollado por Dickinson y Pearson (1980-1981), utilizado por Kvale et al. (1999). Dada la gran variedad de técnicas, muestras y herramientas empleadas es difícil poder comparar resultados (Kastenbaum y Costa, 1997)

El “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte” (PRAM) es un instrumento ampliamente utilizado en lengua inglesa por numerosos autores (Knight y Efenbein, 1996; Payne, Dean y Kalus, 1998; Rooda, Clements y Jordan, 1999; Clements y Rooda, 2000; Knight, Efenbein y Capozzi, 2000; Weiler, 2001; Amy Hui-Mei, 2003; Neimeyer, Moser y Wittkowski, 2003; Mazor, Schwartz y Rogers, 2004; Schiappa, Gregg y Hewes, 2004; Wah Shun, 2004-2005; Dunn, Otten y Stephens, 2005; Wessel y Rutledge, 2005). Además, tal y como señalan los autores, este instrumento PRAM es el único que mide un amplio espectro de actitudes hacia la muerte. No parece adecuado el hecho de estudiar el miedo a la muerte de forma aislada de toda la información posible; es muy probable que el mismo nivel de miedo a la muerte pueda ser debido a actitudes diferentes. Un individuo puede tener un nivel bajo de miedo a la muerte porque cree en la existencia de otra vida tras la muerte o deberse al hecho de ver la muerte como una liberación.

1.3.4 Actitudes ante la muerte en Ciencias de la Salud

La mayoría de los estudios relacionados con las actitudes hacia la muerte, particularmente los setenta y ochenta, estaban centrados en el estudio de la ansiedad ante la muerte. Destacamos el artículo de revisión de Marshall (1982). El instrumento

más utilizado, con diferencia, es la Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAM) que aparece en ocasiones en la bibliografía española con sus siglas inglesas, DAS o Death Anxiety Scale (Ray y Najman, 1974; Twelker, 2004; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007).

Tal y como señala Montoya (2004) en español existe una carencia de estudios cualitativos acerca de la muerte y el morir. Mucho de lo publicado en nuestro idioma son artículos que hablan del proceso de morir desde un punto de vista teórico, o están dedicados a la implementación de protocolos (Poveda Monge et al., 2000). Aunque puedan resultar interesantes, no es posible avanzar en el conocimiento del morir sin artículos originales. Mención aparte merecen las revisiones bibliográficas de distinto enfoque (Allué, 1993; Pacheco, 2003; Santisteban Etxeburu y Mier Zárraga, 2005).

El paradigma cuantitativo sigue en el centro de la producción científica en nuestro idioma. Los diseños de este tipo que más predominan son estudios observacionales, y, entre ellos, los que utilizan cuestionarios validados o no, para medir la ansiedad ante la muerte (Luna et al., 1987; Bayés et al., 1999; Cruz Quintana et al. 2001).

Existe, sobre todo en EE.UU. una arraigada tradición científica sobre la muerte y el morir. Publicaciones como *Death Studies*, *Palliative Medicine*, o *Palliative Care*, corroboran este hecho. Así encontramos una extensa bibliografía que utiliza la metodología cualitativa para comprender algunos aspectos relacionados con el morir.

En la excelente revisión realizada por Montoya (2004), se señala que los autores españoles llevan a cabo sus investigaciones en sus centros de trabajo o en aquellos ámbitos que le son más cercanos; Docentes en centros de enseñanza, clínicos en hospitales, etc. Predomina sobre todo el ámbito hospitalario y se echa en falta más incursiones sobre población general, pacientes terminales y centros para mayores.

En lengua inglesa predominan principalmente como ámbito de estudio las unidades dedicadas al cuidado de pacientes con enfermedad en fase terminal en hospitales de distinto nivel o en hospitales dedicados exclusivamente a estos pacientes (Schwartz et al., 2003). También son abundantes los artículos dedicados al estudio del proceso de morir en residencias de ancianos (*nursing homes, facilities*) y en unidades de cuidados a largo plazo, ya sea a domicilio o en unidades de diálisis y otros hospitales de día. Los estudios sobre población general son escasos. En español, los sujetos que acaparan casi todas las investigaciones seleccionadas son los profesionales sanitarios, y, en concreto los profesionales de enfermería (incluyendo estudiantes). En EE.UU. y Canadá la mayoría de investigaciones se llevan a cabo en pacientes afectos de una enfermedad terminal y sus familias. Los diagnósticos más prevalentes son;

cáncer en estadio avanzado, SIDA, o insuficiencia renal crónica. Abundan también las investigaciones dedicadas a estudiar el comportamiento y creencias de los profesionales de distintos ámbitos que trabajan con estos pacientes.

En español, la ansiedad de los profesionales de enfermería ante la muerte y el morir es la temática más explorada (Schmidt y Navarro, 1996). Para conocer la ansiedad y el miedo ante la muerte se utilizan distintas escalas validadas como la escala de ansiedad ante la muerte (DAS) o bien se pretende conocer de forma indirecta a través de los comportamientos ante los enfermos terminales. Otras temáticas abordadas brevemente en artículos originales son; El significado que tiene la muerte y el morir para adultos mayores o ancianos y la toma de decisiones respecto al paciente moribundo.

En los países de lengua anglosajona, los temas principales de la investigación son más variados y son por orden de prevalencia: La calidad de vida de los pacientes terminales y sus familias, el significado que le dan profesionales, pacientes y familia a la muerte y el morir, la toma de decisiones respecto al paciente moribundo y la actitud de los profesionales implicados en el cuidado directo de los moribundos.

Como hemos mostrado, en otros países existe una mayor tradición en los estudios sobre muerte y morir. Sin embargo, la mayoría de los estudios sobre el proceso de morir, se lleva a cabo en pacientes catalogados como “enfermos terminales”, lo cual nos conduce a obviar el inicio del proceso de morir. La clasificación de una persona como “terminal” o moribunda condiciona la actitud social, las opciones y decisiones de tratamiento y desencadena comportamientos destinados a preparar la muerte, tanto en el sujeto, como en la familia y en el personal sanitario.

Los profesionales sanitarios, juegan el papel de “puerta” al proceso de morir; “permitiendo” o “negando” la entrada a dicho proceso. Por ello no debemos olvidar que la distinción de una persona como moribundo no depende exclusivamente de criterios médicos, sino que entran en juego factores de índole social, cultural o personal.

Revisiones del material de investigación cualitativa muestran que la mayoría de estudios sobre el proceso de morir se han realizado en unidades de enfermos terminales u “hospices”, o han tenido como objeto de estudio a pacientes de cáncer, en los que la cuestión del comienzo del morir está, en parte, solventada (Bailey et al., 2002)

1.4 Afrontamiento de la muerte

Podemos decir que el afrontamiento consiste en hacer frente o encarar un peligro o una situación negativa, es el proceso a través del cual hacemos frente a un acontecimiento estresor, planteándolo en términos neutros y dándole solución; yendo un poco más allá diríamos que son las estrategias que un individuo pone en juego ante un problema para mantener su integridad física y psicológica (Zabalegui Yarnoz et al., 2002).

El afrontamiento es uno de los términos más asociados con el estrés. El afrontamiento o 'coping' es un concepto que se ha empleado con diferentes sentidos. Según Hombrados (1997), el afrontamiento puede ser entendido, en alguna medida, como el intento de extraer recursos de la falta de recursos, es decir, sacar fuerzas de flaqueza. Y esto es así porque se asocia a la doble evaluación del estresor: un momento que es el de la evaluación primaria, en el que se puede apreciar el evento fuente del estrés como dañino, amenazante y/o desafiante, y otro momento de evaluación secundaria en el que se vuelve a apreciar la situación y se valoran también los propios recursos para afrontarla.

En términos generales, actualmente se entiende por afrontamiento, los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente a una situación nociva o percibida como negativa. Por tanto el objetivo del afrontamiento es poder manejar tanto las demandas externas o internas generadoras de estrés como el estado emocional desagradable que suele ir vinculado al mismo (Hombrados, 1997; Sandín, 1995; Robles y Peralta, 2006).

Peralta (2002) plantea que el desarrollo teórico del afrontamiento podría agruparse en dos aproximaciones distintas, una que lo asume como un estilo personal de afrontar el estrés(Byrne, 1964; Miller, 1987; Kohlmann, 1993), y otra que lo entiende como un proceso (Lazarus y Folkman, 1986). Kohlmann (1993), ha realizado una compilación de los estilos de afrontamiento y ha propuesto cuatro patrones de afrontamiento:

- Modo vigilante rígido. Se lleva a cabo por personas con alta vigilancia y baja evitación.
- Modo evitador rígido: característico en personas de baja vigilancia y alta evitación.
- Modo flexible: estas personas usan de manera flexible las estrategias relacionadas con la situación, tienen un patrón de baja vigilancia y baja evitación.

- Modelo inconsistente. Afrontamiento ineficaz. Alta vigilancia y alta evitación. Sufren fuertemente tanto por la incertidumbre de la situación relevante como por la activación emocional elicitada por las señales anticipatorias.

En el estilo de afrontamiento procesual destaca Lázarus y Folkman (1986). Según Lazarus y Folkman (1986), tras producirse la evaluación de la situación, y después de constatar que ésta nos demanda algo que excede o desborda los propios recursos del individuo, se pone en marcha el llamado proceso de afrontamiento al estrés, definido como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales constantemente cambiantes que son desarrollados por el individuo con el objetivo de manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo, así como sus consecuencias emocionales. Según estos autores, los modos de afrontamiento pueden ir dirigidos a la emoción o al problema.

Cuando los modos de afrontamiento van dirigidos a la emoción, los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Todas estas estrategias son utilizadas para que la situación estresante no produzca daño psicológico y por tanto no cause depresión, ansiedad etc. Ciertas formas de afrontamiento del estrés dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación sin cambiar objetivamente. Hay que recordar que existen diferentes estresores con los que no podemos hacer nada, sólo soportarlos. Por tanto es muy importante que nosotros cambiemos nuestra forma de afrontarlos para que no nos produzcan excesivo daño. Un ejemplo de estas situaciones es tener a un familiar con Alzheimer o en un proceso de fin de vida; no se puede cambiar pero si se puede cambiar el modo de percibir la situación (Peralta, 2002).

Por otro lado si los recursos de afrontamiento van dirigidos al problema, las estrategias pueden hacer referencia al entorno o al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

Los principios básicos sobre el proceso de afrontamiento según estos autores son:

- El afrontamiento debe separarse de los resultados, no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos, ya que ello depende de múltiples factores, como la persona, el tipo específico de encuentro, etc.
- El afrontamiento depende del contexto. Es una aproximación orientada contextualmente más que como disposición estable.
- Unas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes que otras a través de las diversas situaciones estresantes. Por ejemplo diversas investigaciones de Lazarus han mostrado datos que indican más estabilidad para la estrategia “reevaluación positiva” que para la “búsqueda de apoyo social”.
- Existen dos funciones principales de afrontamiento. La función de afrontamiento focalizado en el problema y la función de afrontamiento focalizado en la emoción.
- El afrontamiento depende de la evaluación respecto a que pueda o no hacerse algo para cambiar la situación (Sandín, 1995).

Lazarus y Folkman proponen ocho formas habituales de afrontar las situaciones de estrés: Confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, planificación de solución de problemas y reevaluación positiva.

- **CONFRONTACIÓN:** acciones directas y ,en cierto grado, agresivas para alterar la situación.
- **DISTANCIAMIENTO:** esfuerzos para separarse de la situación tratando de olvidarse del problema o negándose a tomarlo en serio.
- **AUTOCONTROL:** Esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones guardando los problemas para uno mismo y procurando no precipitarse.
- **BÚSQUEDA DE APOYO SOCIAL:** acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión de alguna persona. Se trata de hablar con alguien que puede hacer algo concreto.
- **ACEPTACIÓN DE LA RESPONSABILIDAD:** El reconocimiento de la responsabilidad del problema, muchas veces implica culparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema.

- **HUIDA-EVITACIÓN** de la situación de estrés: Implica quedarse parado ante una situación esperando que ocurra un milagro. Puede que la persona con esta estrategia evite el contacto con la gente o tome alcohol o drogas.
- **PLANIFICACIÓN**: Esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a esta. Normalmente se establece un plan de acción y se sigue, intentando cambiar algo para que las cosas mejoren.
- **REEVALUACIÓN POSITIVA**: Esfuerzos para crear un significado positivo de la situación estresante centrándose en el desarrollo personal. Esta estrategia modifica la forma de vivir la situación sin cambiarla objetivamente.

El afrontamiento es un claro mediador de la relación entre la situación estresora y la enfermedad / salud, influyendo a través de las respuestas emocionales como las fisiológicas (Lazarus y Folkmann, 1986; Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988) De todos modos no debemos ver esta categorización de forma absoluta.

Törestad, Magnusson y Oláh (1990) afirman que los individuos tienen tendencias a usar tres estrategias básicas de afrontamiento:

- **Constructivo**: se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a los sucesos estresantes de una manera directa y confrontativa.
- El **afrontamiento pasivo** incluye soluciones dirigidas a la emoción, mediante las cuales no se hace nada ni para separarse de la situación ni para cambiarla.
- El **afrontamiento de escape** hace referencia a las acciones cognitivas y conductuales que implican huir de la situación física o psicológicamente (Sandín, 1995).

Moos (1993) ha catalogado de forma exhaustiva tres grandes categorías: cognitivas, comportamentales y de evitación (cognitivas o comportamentales). Por su parte, aunque de un modo menos exhaustiva, Stone y Neale (1984) han operado con ocho categorías de afrontamiento: distracción, redefinición de la situación, acción directa, catarsis, aceptación, soporte social, relajación y religiosidad.

No existen estilos de afrontamiento que se puedan considerar buenos o malos. Dependiendo del estresor en sí y de la propia personalidad del individuo sería más adecuado utilizar un tipo de estrategias de afrontamiento que otras.

Si nos centramos en el medio sanitario, el afrontamiento se define como el esfuerzo individual que el paciente con problemas de salud realiza para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella (McHaffe, 1992). La North American Nursing Diagnosis

Association (NANDA) identifica este concepto como un diagnóstico de enfermería y Carpenito (2002) lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigidos hacia la adaptación.

Sin embargo, si al paciente no se le está permitido hablar, si no hay lugar para la comunicación ¿cómo se puede enfrentar a lo que cree que está ocurriendo pero se le niega? La experiencia nos dice que los enfermos con cáncer y con otras enfermedades en procesos de fin de vida son conscientes de lo que está sucediendo; sólo el 10% no quiere hablar de su enfermedad ni recibir más información (Sanz Ortiz, 1990), los demás demandan aclaraciones y asesoría sobre la evolución del proceso. La persona quiere saber para poder controlar su vida: aclarar situaciones, resolver conflictos, terminar proyectos, dictar voluntades, disculparse y darse. La finalidad de la información y la comunicación es proveer al enfermo de los elementos necesarios para poder decidir y participar en su situación, su vida y su muerte; de forma que obtenga una mejora sustancial de su estado psicosocial. Para que esto sea posible es necesario que los profesionales sanitarios estén capacitados para poder asesorar y apoyar a los sujetos en procesos de fin de vida (Robbins, 1989).

Además de los pacientes, los profesionales sanitarios tendrán que vérselas con situaciones difíciles o negativas en el desarrollo de su labor profesional (Escribá Agüir y Bernabé Muñoz, 2002). La enfermedad terminal y el proceso de morir son situaciones altamente estresantes, profesionales experimentados indican que estas situaciones le provocan malestar, ansiedad, incertidumbre y desprotección (Cruz Quintana et al, 2001). Sin embargo, parece que aquellos profesionales que se sienten competentes y afrontan mejor la muerte son más eficaces en el desempeño de su labor asistencial (Robbins, 1992).

Por todo ello parece que el afrontamiento es un concepto clave para la teoría e investigación en adaptación y salud.

1.4.1 Modos de afrontamiento

El afrontamiento como predisposición personal

Algunos investigadores consideran que el afrontamiento es más un rasgo estable de la personalidad que un proceso contextual. Hasta la fecha no hay una respuesta clara a esta cuestión. Por ejemplo la asociación entre la personalidad “tipo C” y el desarrollo de cáncer (Temoshok, 1987), o con el mejor afrontamiento del cáncer (Payne, Dean y Kalaus, 1998). Edgar, Rosberger y Nowlis (1992) identifican en un estudio realizado a pacientes con cáncer de mama dos tipos de pacientes: los que no requieren

intervención porque poseen una fuerte predisposición personal a afrontar positivamente la enfermedad y aquellos en los que el afrontamiento es un proceso meramente contextual y, por tanto, tienen una mayor respuesta a la intervención.

A pesar de que los investigadores utilizan instrumentos dirigidos a identificar rasgos o características estables de la personalidad, lo que en muchos casos se encuentra es una considerable variabilidad en los estilos de afrontamiento (Tomás Sábado y Gómez Benito, 2004; Zabalegui et al, 2006). Por esta razón, algunos autores combinan en una única teoría el afrontamiento como estilo personal y como proceso contextual (Heim et al., 1993).

El afrontamiento como un proceso contextual

El hecho de que el afrontamiento cambie con el tiempo y la situación ha supuesto que en su estudio se haya considerado con más frecuencia un proceso contextual que un proceso individual (Lazarus y Folkman, 1984).

En este sentido se han realizado múltiples estudios cualitativos que han permitido identificar las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por pacientes con cáncer durante su tratamiento. Gotay (1984) indica que las estrategias de afrontamiento más habituales en fases tempranas de la enfermedad fueron iniciar una actividad y buscar información, y en fases avanzadas fueron actividades religiosas, rechazo y negación del hecho. Holland (1998) encontró que en los casos que existe apoyo social, éste está relacionado con un mejor afrontamiento de la situación. Severo Duarte (2000) relacionó la cultura con distintos niveles de estrés (respecto a percepción y valoración), de modo que marcan diferencias en los estilos de afrontar la enfermedad.

Barbara Felder (2004) establece, en los pacientes diagnosticados de cáncer, una relación directa entre la esperanza y el afrontamiento. No existen diferencias significativas entre los diversos tipos de cáncer, ni tampoco en la supervivencia de los pacientes; pero si parece fundamental el trabajo realizado por los profesionales de enfermería. Es fundamental que los profesionales estén preparados y pongan en práctica intervenciones que alienten la esperanza en los pacientes.

Antecedentes de afrontamiento relacionados con la persona

Diversos grupos han intentado identificar las variables personales que influyen en el afrontamiento. Los principales determinantes individuales de las estrategias de

afrontamiento incluyen las creencias, los compromisos, los valores y las actitudes en torno a la vida.

La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y creencias que ha ido incorporando con los años (Kroeff, 1999; Zabalegui Yarnoz et al, 2002; Montoya, 2004). Varios autores han identificado las actividades religiosas, dentro de las creencias, como la estrategia de afrontamiento más frecuente utilizada para aplacar la desesperanza en pacientes con cáncer (Sodestrom y Martinson, 1987; Raleigh, 1992; Mickley y Soeken, 1993).

Los compromisos en la vida influyen en la percepción de los peligros y provocan la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento (Lazarus, 1993). Los compromisos que las personas tienen en sus vidas les sirven para orientarles en situaciones que amenazan, dañan o benefician su integridad, como señala Hilton (1993), las personas con un nivel bajo de sentimiento de compromiso hacia la vida y en una situación valorada como de incertidumbre y de amenaza evitarán enfrentarse a la situación, (afrontamiento enfocado en las emociones); mientras que aquellas que valoran la situación como controlable, a pesar de reconocer su amenaza, utilizarán el afrontamiento enfocado en el problema (resolución de problemas, búsqueda de apoyo social) a la vez que el afrontamiento centrado en la emoción (autocontrol). Esto se corrobora en estudios como el de Montoya (2004).

La esperanza es una actitud en torno a la vida que influye en el afrontamiento (Herth, 1989; Mickley y Soeken, 1993) El optimismo es otra actitud determinante del afrontamiento. (Carver et al., 1993)

1.4.2 El afrontamiento en el contexto “Hospice”

Godkin, Krant y Doster (1983-1984) señalan que los pacientes y familiares que estaban en centros para pacientes terminales, “hospice”, se mostraban más satisfechos con la atención recibida en estos centros que con la recibida previamente en contextos curativos. Esto se debe a que los “hospice” están favoreciendo la competencia en el afrontamiento de la muerte; los profesionales y voluntarios de estos centros se forman en el desarrollo de habilidades de comunicación sobre el tema de la muerte, en proporcionar apoyo emocional a los pacientes y familiares, adquieren formación práctica sobre el cuidado físico del moribundo y conocen todo lo relativo a la preparación del cadáver y al funeral. Este énfasis en la competencia puede ser crucial para entender el asunto de la muerte y también puede llevar a los profesionales a desarrollar estrategias de intervención más efectivas (Robbins, 1992)

Rosemary A. Robbins (1997) plantea que tanto la bibliografía profesional como la popular sobre el tema de la muerte se han centrado casi exclusivamente en la ansiedad y el miedo a la muerte. Aunque es incuestionable que los humanos temen a la muerte al menos alguna vez en su vida, no está claro de qué nos servirá entender dicho miedo a la muerte a la hora de afrontar la realidad de nuestra condición existencial. ¿No sería más útil señalar que los humanos también afrontan la muerte y que lo han hecho a su manera, a veces torpe, desde tiempos inmemoriales?

Ver las relaciones humanas con la muerte desde el punto de vista de la competencia y el afrontamiento ante la misma puede hacer que los profesionales de la atención sanitaria ayuden a los pacientes y a sus familias a ser más eficaces respecto a este tema (Bugen, 1977).

1.4.3 Evaluación del afrontamiento

La competencia ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades.

En nuestro medio algunos autores contemplan los diversos modos de afrontamiento de la enfermedad y la muerte (Kroeff, 1999; Severo Duarte, 2000; Pinto Seminotti, 2001) indagando como influyen en él la existencia de sentido de la vida y el tipo de personalidad de los sujetos.

Diversos autores han indagado como la mejora de los conocimientos sobre cuidados paliativos incide en la capacitación de los estudiantes y profesionales sanitarios en la calidad de los cuidados que proporcionan a los pacientes en procesos de fin de vida y a sus familiares. En este sentido destacamos el estudio llevado a cabo por Dunn, Otten y Stephens (2005) en que se parte de estudiantes de enfermería voluntarios que acompañan, asesoran y apoyan a pacientes terminales y a sus familiares. Tras dos semestres de interacción los estudiantes voluntarios son mucho más competentes que aquellos compañeros que no han participado en el programa.

Tal y como señala Robbins (1997), el énfasis en la competencia puede ser importante para evaluar los resultados de la educación sobre la muerte. No sorprende que el primer instrumento psicométrico para la medición de la competencia ante la muerte, la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen, haya surgido en el contexto de los cuidados paliativos o 'hospice'. Bugen ofreció formación orientada al desarrollo de las habilidades de los voluntarios de los 'hospice' e ideó una escala que incluía

competencias específicas que los voluntarios deberían tener después de su formación. Presentó un enfoque de medición como una manera de:

- Medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte.
- Supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz
- Enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia de educación sobre la muerte.

La Escala de Bugen ha servido para operacionalizar la noción de competencia ante la muerte (Robbins, 1990-1991) y ha sido utilizada para valorar el afrontamiento en diferentes colectivos: estudiantes universitarios (Robbins, 1991; Colell Brunet, 2005); voluntarios de 'hospices' (Bugen, 1980-1981; Robbins, 1992; Brysiewicz y McInerney, 2004; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007); en un contexto religioso (Robbins, 1997).

1.4.4 Afrontamiento de la muerte en Ciencias de la Salud

Consideramos al igual que Lazarus y Folkman (1986) que el afrontamiento de la muerte es un proceso, una operación continuada con cambios sucesivos hacia un fin particular, abierto a detectar estímulos y que responde a una situación motivadora: la muerte. Las estrategias de afrontamiento se centran en la valoración de la situación para intentar resolver el problema, en el mismo problema para eliminar las situaciones que lo originan y en la emoción para regular el estrés emocional producido por éste.

El afrontamiento del dolor y la muerte constituyen una de las tareas más difíciles y estresantes a las que se enfrentan los estudiantes de Ciencias de la Salud (Benbunan-Bentata et al., 2007). En la última década numerosos estudios han mostrado que el sentimiento de pérdida, el dolor, el sufrimiento y la muerte son factores estresantes muy potentes en los estudiantes de enfermería; además ponen de manifiesto la insuficiente formación que reciben los profesionales de la salud para el correcto afrontamiento y la escasez de recursos que poseen para atender correctamente a los pacientes y familia en estas situaciones (Rhead, 1995; Salón, 1995).

Las experiencias clínicas generan un elevado impacto emocional en estudiantes de enfermería, existen numerosos estudios que desde las diferentes perspectivas, ponen de manifiesto la complejidad del proceso de adaptación a dichas experiencias e identifican en algunos casos la presencia de altos niveles de estrés, un notable impacto emocional y un alto coste psicológico (Beck, 1993; Aradilla Herrero y Tomás Sábado, 2006). En varios trabajos se ha planteado que son muchos los estudiantes

que deciden abandonar los estudios debido ante todo a la presión emocional que les producen las prácticas (Lindop, 1988, 1989a, 1989b). Uno de los factores de mayor peso en el abandono es precisamente el fracaso en los esfuerzos adaptativos ocasionados por el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas (Lindop, 1993, 1999). Por tanto se pone de manifiesto la necesidad de establecer actuaciones específicas de carácter práctico que garanticen, en la medida de lo posible, el desarrollo de los recursos de afrontamiento necesarios (Jones y Johnston, 1997).

Las experiencias hospitalarias que mayor impacto emocional produce, se identifican con los aspectos relacionados con la muerte, el sufrimiento y el cuidado de enfermos terminales. (Vila y Escayola, 2001; Benbunan-Bentata et al., 2005; Benbunan-Bentata et al., 2007).

Ante las características de estas vivencias, los estudiantes deben desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas en la resolución de problemas, habilidades que les permitirían mantener niveles aceptables de ansiedad y estrés y así no dificultar el proceso enseñanza-aprendizaje (Kleehammer, Hart y Keck, 1990; Godbey y Courage, 1994).

Son múltiples los estudios que comparan los niveles de estrés entre estudiantes de enfermería y el que sufren los estudiantes de otras disciplinas del ámbito sanitario.

Los estudios realizados por Beck et al., (1997), con muestras de estudiantes de medicina, farmacia y trabajo social, arrojan datos muy interesantes. Se comprueba que en todos los casos existen mayores niveles de estrés, tanto de origen fisiológico como psicológico en el grupo de estudiantes de enfermería. Sus puntuaciones resultaron significativamente más altas con independencia del curso en el que se encontraban matriculados.

Resultados similares habían sido obtenidos con anterioridad al comparar grupos de estudiantes de enfermería con estudiantes de otras carreras sanitarias como logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional y enfermería radiológica. En esta ocasión se pretendía estudiar el estado de ánimo y los niveles generales de salud en relación con la práctica de estilos de vida saludables. Los resultados obtenidos mostraban diferencias significativas en la presencia de un estado de ánimo más deprimido y una práctica menor de conductas saludables en la muestra de estudiantes de enfermería (Marais et al., 1990). También encontramos cómo en los trabajos de Parkes, 1986; Russler, 1991 y Lo, 2002, se pone de manifiesto que las diferencias individuales, ambientales y situacionales pueden actuar como predictores significativos de los marcadores de afrontamiento.

1.5 Formación específica para profesionales sanitarios

Existe una larga trayectoria, en Estados Unidos y Canadá, en la formación normalizada de los profesionales que van a estar en contacto directo con los pacientes terminales y moribundos. Así por ejemplo, surge en febrero del 2000 ELNEC, The End-of-Life Nursing Education Consortium, como iniciativa nacional para llevar a la práctica los cuidados paliativos. Este proyecto proporciona formación específica a estudiantes de enfermería, que es impartida por docentes y especialistas en distintas áreas como cuidados paliativos, oncología, cuidados intensivos, geriatría y otros profesionales que estén formados y tengan experiencia en el manejo de pacientes en procesos de fin de vida. Hasta la fecha han recibido esta formación alrededor de 3400 estudiantes de enfermería. El proyecto ELNEC está dirigido por “The Association of Colleges of Nursing” (AACN) y “The Hope National Medical Center of Los Angeles.”

Como representación de esta trayectoria hay numerosos artículos que analizan diversos programas de formación dirigidos a profesionales sanitarios y voluntarios (Youll, 1989; Brysiewicz y McInerney, 2004; Robinson, 2004; Mooney, 2005; Wetle et al., 2005; Kwekkeboom, Vahl y Eland, 2005; Hwang, Lin y Chen, 2005; Kwekkeboom, Vahl y Eland, 2006; Smith-Cumberland y Feldman, 2006; Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007) Los programas más innovadores tratan de implicar de un modo activo a los propios pacientes en el programa de formación de los profesionales sanitarios. Los pacientes no son meros receptores de los cuidados y de las intervenciones de los profesionales sino que al final de la formación evalúan el progreso de los profesionales; este procedimiento claramente experimental precisa una cuidadosa selección de los pacientes involucrados y por el momento, aún pareciendo funcionar no proporciona datos que evidencien una mejora respecto a otros programas de formación más “clásicos” (Kwekkeboom, Vahl y Eland, 2005; McNamara, Sadler y Kelly, 2007).

Esto no es así en nuestro país, aunque cada vez se alzan más voces demandando una formación específica para los profesionales de Ciencias de la Salud (González Quijano et al., 1993; Busquet Duran y Pujol Sabanés, 2001; Cruz Quintana et al., 2001; Núñez Olarte y Guillén, 2001; Campos Aranda et al., 2002; Colell, Limonero y Otero, 2003; Bregel Gabaldón, 2004). En los hospices se desarrollan habilidades, no sólo para comunicarse sobre el tema de la muerte y proporcionar apoyo emocional a los pacientes y a sus familiares, sino también habilidades y formación muy prácticas tales como información sobre el funeral y el cuidado físico del moribundo. Este énfasis en la competencia puede ser crucial para entender que se está poniendo en juego en

el asunto de la muerte y también puede hacer que los profesionales desarrollen estrategias de intervención más efectivas.

Anteriormente hemos mostrado que la experiencia del proceso de morir se halla claramente definida en la literatura especializada como una de las vivencias más impactantes para la mayor parte de los estudiantes. Por este motivo este tema ha sido un importante objeto de interés científico.

El estudio de Cruz Quintana et al., (2001), pone de manifiesto la presencia de dudas, ansiedad, incertidumbre y un sentimiento de desprotección ante las experiencias relacionadas con la muerte, no sólo por parte de los estudiantes de enfermería sino también por parte de los propios profesionales de la salud con años de experiencia. Así mismo se insiste en la necesidad de hacer frente de forma profesional y responsable a la constante demanda social de un trato más humanizado y sensible ante las necesidades de los usuarios. Este es necesario en todas las circunstancias y de forma más especial cuando se trata de pacientes en estado terminal. Y no debe centrarse únicamente en la problemática del propio paciente sino en la que ocasiona en los familiares. La respuesta requiere una implicación personal y profesional de los trabajadores, una respuesta que vaya más allá de la técnica y que esté anclada no sólo en la buena voluntad, sino en una capacitación específica que les permita hacer frente, en las mejores condiciones no sólo al problema de salud concreto sino al coste psicológico y social que este problema ocasiona.

Son numerosos los estudios que identifican el contacto con el dolor ajeno, los sentimientos de pérdida, el sufrimiento de los pacientes y la muerte como factores estresantes muy potentes también en estudiantes de enfermería. Éstos además ponen de manifiesto la insuficiente formación universitaria de los profesionales de la salud para la atención a este tipo de pacientes (Zalon, 1995; Rhead, 1995; Cruz Quintana et al, 2001; Benbunan-Bentata et al., 2006).

En algunos de los trabajos realizados, el objetivo era indagar en la percepción que los estudiantes de enfermería tenían sobre estas experiencias, éstos solían responder que las experiencias constituían “lo malo” de la profesión (Kiger, 1994). En este sentido, estudios fenomenológicos sobre la experiencia directa de la muerte en estudiantes de tercero que realizan sus prácticas al cuidado de pacientes terminales en unidades de cirugía, médicas y gerontología ponen de relieve que los temas más recurrentes en los diarios y materiales analizados son principalmente la muerte súbita y la vulnerabilidad ante la misma. Del mismo modo otorgan gran importancia al apoyo psicológico recibido ante el impacto de estas situaciones (Loftus, 1998).

Debido fundamentalmente a los componentes afectivos de estas vivencias, la implicación en el cuidado de pacientes en estado terminal representa una experiencia emocional muy intensa, impactante y estresante, tanto para los familiares como para el propio personal sanitario. Sin embargo, de acuerdo con las aportaciones de Kiger (1994), también supone para los estudiantes un importante reto que les ayuda a madurar y adaptarse a las tareas propias de su futura profesión, ya que si bien se trata de una intensa experiencia, también posee un carácter activador que estimula el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Como consecuencia de la importancia atribuida a estas vivencias, recientemente y cada vez más, se viene impulsando el desarrollo de numerosas intervenciones programadas para la reducción de la ansiedad en estudiantes de enfermería ante las vivencias de mayor impacto emocional. Estos programas han sido evaluados posteriormente obteniendo resultados que ponen de manifiesto su eficacia en la mayor parte de los casos, aunque no siempre son efectivos a la hora de disminuir la ansiedad de los profesionales (Sansisteban Etxeburu y Mier Zárrega, 2005).

Por otro lado, los pacientes en procesos de fin de vida valoran positivamente el hecho de que los profesionales que les atienden estén formados en técnicas de comunicación (Peñacoba Puente et al., 2004 y 2005); en general que se les acompañe y asesore en todos aquellos aspectos relacionados con el proceso de morir (Wetle et al., 2005). En este sentido es admitido por numerosos autores que la comunicación es esencial en la relación terapéutica (Morrow, Bennet y Carpenter, 1983; Becker, 1999), que influye en el comportamiento del paciente y en los resultados, incluida la satisfacción de los cuidados, las medidas fisiológicas y la adherencia terapéutica (Robbins et al., 1993; Greene et al., 1994; Kravitz et al., 1994; Stewart, 1995; Cruz Quintana et al., 2001; Adolfsson, 2003). La mejora de la comunicación supone una mejora del cuidado prestado y estamos de acuerdo con Fade y Kaplan (1995) en que es el elemento indispensable para poder plantarse al afrontamiento de la muerte. ¿Cómo enfrentarse a algo que se sospecha e intuye pero que nadie nombra?

Sabemos que la comunicación adquiere una especial relevancia para estos pacientes y sus familiares pero que a la vez entraña enormes dificultades (Youll, 1989; Lo et al., 1986; Ong et al., 1995). Opinamos que es mejor hablar con nuestros pacientes pero sin embargo se constata que no es habitual en la práctica profesional y generalmente raramente tomamos la iniciativa (Cruz Quintana et al., 2001). La comunicación influye en los niveles de satisfacción (Butow et al., 1994; Brown et al., 1999), encontrándose los pacientes más satisfechos al ser escuchados y, al percibir un ambiente de confianza y

sinceridad, un mejor conocimiento de su enfermedad (McLoughlin, 2002; Peñacoba et al., 2005).

El objetivo de las unidades de cuidados paliativos es procurar que los pacientes que en ellas estén tengan la mejor calidad de vida posible en cada momento y durante todo el proceso. Creemos que incluso hay que ir más lejos y reivindicar que no sólo este sea el objetivo de las unidades de cuidados paliativos sino el objetivo que deben marcarse todos los profesionales, con independencia del lugar en el que desarrollen su labor asistencial, si se relacionan y trabajan con pacientes en procesos de fin de vida.

Diversos estudios relacionan el afrontamiento de los pacientes en relación con la práctica profesional del personal de enfermería; de modo que, el grado de afrontamiento de los pacientes, y por tanto de satisfacción, se incrementa con intervenciones adecuadas (Felder; 2004; Nagel, 2004). Incidiendo en la importancia de la formación adecuada para poder implementar dichas intervenciones.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el objetivo de estas unidades es procurar el cuidado global y activo de los pacientes cuyo tratamiento no responde a un tratamiento curativo. El control del dolor, de los síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales adquiere en estos pacientes una importancia primordial. Según Bayés (2001) este objetivo se resume en “poner un especial énfasis en tratar de facilitar a cada enfermo las circunstancias personales externas e internas que puedan favorecer su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz”. Somos conscientes de la importancia de incluir y contar con las familias durante todo el proceso, tal y como señala Peñacoba et al. (2004) el objetivo no consiste en evaluar y tratar el dolor y el sufrimiento sino que se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias a lo largo del proceso de enfermedad y muerte (González Barón, Pinto Marín y Gómez Raposo, 2006). Algunos estudios muestran que esto es posible (Viney et al., 1994; Cohen et al., 2001), pero que son necesarios cambios de recursos, sobre todo sociales y culturales. Tal y como señalan Cruz Quintana y García Caro (2007) no hay vuelta atrás no es posible recuperar el momento y reparar los errores, lo que se haga o deje de hacer no se puede cambiar, la muerte es un hecho definitivo.

1.5.1 Importancia de la formación en tanatología

Ante estas evidencias empíricas se plantea la pertinencia de incidir, de forma más puntual y eficaz, sobre la formación de nuestros alumnos para afrontar las tensiones

ocasionadas, por el sufrimiento y la muerte, ofreciendo una guía afectiva y de apoyo por parte de los centros universitarios en este sentido (Kiger, 1994; Colell Brunet, 2005). Todo ello con el objetivo de facilitar el desarrollo de estrategias de afrontamiento y que los alumnos y profesionales encuentren el apoyo institucional necesario para hacer frente a la experiencia de la muerte que permita aplicar cuidados de calidad a los pacientes en estado terminal (Payne et al, 1998; Cruz Quintana et al., 2005).

La investigación muestra que una experiencia positiva directa relacionada con una actitud puede inducir un cambio. En el caso de la educación sobre la muerte es evidente que no es posible proporcionar una experiencia directa con la misma. Pero, es posible utilizar métodos más o menos indirectos que permitan estimular actitudes relacionadas con ella, y de este modo abrirlas al cambio. Éstos métodos incluyen películas, videos, “role playing”, visitas o charlas con enfermos terminales o con personas en proceso de duelo y ejercicios experienciales (Durlak, 1972; Miles, 1980; Glass y Knott, 1984; Wessel y Rutledge, 2005).

Algunos ejercicios experienciales relacionados con la muerte son realizar el certificado de defunción (Simpson, 1975) y establecer un límite a la propia vida de 24 horas (Hammer, 1971). En ambos ejercicios se les pide a los alumnos que o bien completen su propio certificado de defunción o que imaginen que les quedan 24 horas de vida y que escriban que harían en ellas; se dedican unos minutos de introspección a imaginar ambas situaciones; posteriormente en un grupo de discusión grande se exponen las dificultades que han surgido y las emociones que han aparecido durante el proceso. Esta metodología debe ser empleada con cierta cautela, ya que es importante que exista un elevado grado de confianza y cohesión en el grupo de estudiantes; de modo que, las emociones y sentimientos respecto a la muerte que se ponen en juego puedan ser reconducidas dentro del grupo (Corr, 1978).

La visualización de películas sobre estos temas fue una de las estrategias didácticas utilizadas por Johanson y Lally (1991). Los resultados obtenidos apuntan la necesidad de escoger con gran cuidado las estrategias practicadas en cada situación y se establecen algunos de los criterios necesarios para su utilización como herramienta de enseñanza. En este estudio en concreto se observó que, si bien esta estrategia resulta favorable en la reducción de la ansiedad en algunos estudiantes de tercer curso, no ocurrió lo mismo en los de primero. Tras analizar las posibles causas, los autores llegaron a la conclusión de que las diferencias en ambos grupos podían ser debidas a que los alumnos de tercero ya habían tenido experiencias clínicas previas supervisadas, mientras que los alumnos de primero no. El estudio concluye con la

recomendación de ofrecer conocimientos previos junto a alguna experiencia clínica previa, ya que éstos parecen ser necesarios antes de someter a los alumnos a la exposición de estas técnicas audiovisuales.

Los grupos de discusión son otros de los elementos esenciales en los programas eficaces. Las discusiones de grupo contienen factores que contribuyen al cambio de actitudes y favorecen la creación de un clima de apertura y aceptación que ayuda a los participantes a afrontar sus sentimientos respecto a la muerte. Se puede proporcionar información crítica y detallar argumentos específicos respecto a diferentes posiciones en las actitudes (es mejor ocultar o dar información al paciente). También es posible utilizar una lectura o un video para destacar determinados aspectos, clarificar situaciones ambiguas y responder específicamente a las necesidades de los participantes (se pueden plantear temas como el testamento de voluntades anticipadas, la importancia de comunicar los deseos a seres queridos...) Los comentarios y la información sobre las diversas cuestiones pueden inducir a cambios positivos respecto a las actitudes.

Las discusiones en grupo en la educación sobre la muerte fomentan un ambiente de confianza y aceptación; permitiendo a los participantes compartir experiencias y pensamientos con significación personal. Se crea un ambiente social positivo que influye en el desarrollo y en el cambio de actitudes. Tomás Sábado y Aradilla Herrero (2001) pusieron en marcha un curso de educación acerca de la muerte y el morir destinado a estudiantes de enfermería, bajo la hipótesis de la efectividad de la metodología educativa experiencial. Tras la realización del mismo, evidenciaron una significativa reducción en la ansiedad y depresión ante la muerte en el grupo experimental, en comparación con el control.

En resumen podemos decir que los programas experienciales: aumentan la conciencia de las actitudes personales hacia la muerte; desarrollan una atmósfera de grupo que fomenta compartir y aceptar dichas actitudes; y por último, usan técnicas de cambio de actitudes para modificar las creencias de los participantes.

Queremos constatar que los programas de educación sobre la muerte son interacciones complejas que incorporan varios principios de la teoría del cambio de actitudes. Esta incluye provisión de información, apoyo, asesoramiento y varias técnicas de reflexión que son eficaces a la hora de atraer a los participantes y responder a sus necesidades y motivaciones.

Justificación y objetivos

2 Justificación y objetivos

En pleno siglo XXI, época tecnológica por excelencia, la muerte y el buen morir siguen siendo temas pertinentes. Parece evidente que la muerte tiene un carácter irremplazable, es un acontecimiento universal e irrecusable, pero a su vez es un tema que se considera morboso y se oculta.

Los profesionales sanitarios trabajan para proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes, hacen lo indecible para mantenerlos en las mejores condiciones de vida y salud; pero únicamente algunos enfrentan el fin de la vida de forma directa. Son estos últimos los que no sólo procuran una buena muerte sino un proceso de morir en el que el enfermo terminal y el moribundo no es quién va a morir o está a punto de hacerlo sino quién vive “a punto de morir”. Y esta cuestión nos parece esencial porque el paciente no se agota en la muerte. Así como no se agota la muerte en la enfermedad, ya que no morimos por estar enfermos, morimos porque estamos vivos.

En este sentido es esencial que los sujetos, profesionales y pacientes, no sólo sepan de la irreversibilidad de la muerte sino que es necesario ejercitarse y prepararse para morir. Es el proceso de morir el que posibilita la aproximación, permite prepararse. La premeditación de la muerte es la premeditación de la libertad; el sujeto es tal porque puede vivir conscientemente, participar y decidir durante el proceso.

La muerte individual es única y vendrá dada por las circunstancias sociales, culturales y personales. Para poder aproximarnos al significado particular que le damos a la muerte es esencial conocer que actitudes se tienen ante ella, pero no menos importante es saber el modo en que nos enfrentamos a ella, como la afrontamos.

Este es el motivo por el que en esta tesis vamos a analizar tanto actitudes como afrontamiento de la muerte. Para ello vamos a emplear el cuestionario de Wong, Reker y Gesser (1997), “Perfil revisado de actitudes hacia la muerte” y la “Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte” (Bugen, 1980-1981).

Son numerosas las ventajas que proporcionan el uso de instrumentos de medida ya validados y ampliamente utilizados por otros investigadores. En primer lugar, supone un ahorro de tiempo y dinero, ya que el desarrollo de un nuevo instrumento es un proceso lento y costoso. En segundo lugar, el uso de instrumentos idénticos en distintas poblaciones va a permitir comparar los resultados obtenidos en cada una de ellas (Tomás Sábado y Guix Llistuella, 2001).

Al iniciar esta investigación consideramos interesante contar con un instrumento que permitiese comparar los resultados obtenidos en el mundo anglosajón, respecto a las

actitudes ante la muerte, con los resultados de las investigaciones cada vez más profundas que se están llevando a cabo en España. Como hemos señalado, los dos instrumentos que utilizaremos en esta tesis han sido desarrollados, validados y utilizados en países con una lengua y cultura distinta a la nuestra. Un paso previo al empleo de cualquier cuestionario o escala en nuestro medio lo constituye la adaptación transcultural del mismo. En ella podemos distinguir dos componentes, por una parte la traducción de un idioma al otro y por otra parte, la adaptación de una cultura a otra (Guillermin, Bombardier y Beaton, 1993; Más Pons y Escribá Agüir, 2000).

En nuestro caso, como hemos señalado, partimos de dos instrumentos ya validados y ampliamente utilizados en lengua inglesa de los que ya se encuentra publicada una traducción al castellano y que incluso uno de ellos ha sido utilizado parcialmente en nuestro país (Colell Brunet, 2005) pero no hemos constatado que hayan sido ya validados y confirmada la consistencia interna de la versión española. Consideramos que ya que disponemos de una traducción al castellano, publicada y difundida en nuestro país (Neimeyer, 1997) debíamos partir de ésta. Por este motivo, obviemos el primer paso (la traducción de los instrumentos del inglés al español) y por ello, pasamos a comprobar su “funcionamiento” en una amplia muestra hispano-hablante.

La segunda parte que nos proponemos desarrollar en la presente tesis doctoral consiste en la implementación de un programa de formación dirigido a alumnos de primero de Ciencias de la Salud. Los cursos relacionados con la muerte y el proceso de morir son una parte imprescindible en la formación de los profesionales sanitarios (Youll, 1989; Cruz Quintana et al., 2001; Núñez Olarte y Guillén, 2001; Campos Aranda et al., 2002; Colell et al., 2003; Bregel Gabaldón, 2004; Aradilla Herrero y Tomás Sábado, 2006). Es evidente la actual demanda social de profesionales sanitarios cada vez más cualificados, y competentes que respondan a las necesidades crecientes de los pacientes. La concepción actual de los cuidados incorpora el hecho de que los procesos de fin de vida y el duelo requieren una respuesta y un soporte específico: el personal sanitario debe entender que ocurre, las necesidades que surgen para poder intervenir de forma adecuada.

Se solicitan profesionales que no respondan sólo desde la técnica, sino que den una respuesta global a los requerimientos de los sujetos en procesos de fin de vida; que contemplen al individuo como integrante de una comunidad con una determinada cultura, un individuo que va a significar de un modo particular la muerte y el morir.

2.1 Objetivos

- Comprobar la validez y fiabilidad, de la versión española, del **Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte** y la **Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte**.
- Determinar si existen diferencias transculturales, entre estudiantes universitarios españoles y cubanos, con relación al afrontamiento y a las actitudes hacia la muerte.
- Comprobar las diferentes actitudes y afrontamientos hacia la muerte en estudiantes universitarios de diversas titulaciones.
- Implementar un programa de formación para capacitar a los estudiantes de Ciencias de la Salud para el trabajo con pacientes terminales y moribundos.

Para alcanzar estos cuatro objetivos dividimos nuestro trabajo en dos fases:

1. Una primera fase que se llevará a cabo con alumnos de las Universidades de Granada, Cienfuegos y La Habana. En la cual se pretende:
 - Comprobar fiabilidad y validez de los instrumentos ya citados. Así como su aplicabilidad en el contexto sociocultural hispano.
 - Comprobar la existencia o no de diferencias transculturales respecto a la muerte entre estudiantes universitarios españoles y cubanos.
 - Determinar las actitudes y grado de afrontamiento entre estudiantes universitarios de diversas titulaciones.
2. Una segunda fase con el fin de implementar un programa de formación para alumnos de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada. Con el cual se persigue:
 - Capacitar, dotándolos de conocimientos, capacidades y actitudes específicas, para el trabajo con pacientes terminales y moribundos.
 - Confirmar si la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte es un buen instrumento para valorar la efectividad de un programa de formación.
 - Comprobar si mejorando el afrontamiento de la muerte varían las actitudes ante ésta.

Metodología

3 Metodología

3.1 Fase 1: Validación de los instrumentos

3.1.1 Descripción de los sujetos participantes en el estudio

El muestreo se realizó durante los años 2002 al 2004 en la Universidad de Granada (España) y en las Universidades de Cienfuegos y La Habana (Cuba).

Los 916 sujetos del estudio principal pertenecían a la comunidad universitaria cuando contestaron a los diversos cuestionarios.

Para la selección de la muestra se ha seguido un muestreo no probabilístico casual.

3.1.2 Instrumentos

Para llevar a término los objetivos del presente estudio, a cada uno de los sujetos se les entregó un cuestionario “ad hoc” con preguntas sociodemográficas y una batería de ocho cuestiones sobre experiencia personal y asistencial a sujetos graves o moribundos (ANEXO I). Junto a este cuestionario se les proporcionó una copia de la versión española de los dos instrumentos ya mencionados: “Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte” (ANEXO II) y “La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte” (ANEXO III).

3.1.2.1 Cuestionario “ad hoc”

Los registros que aparecen en este cuestionario son:

Registro de datos generales: sociodemográficos y de formación. Se analizaban las siguientes variables: país, género, edad, creencias religiosas y formación.

Respecto a las creencias religiosas nos limitamos a preguntar si profesaban alguna religión. Y que especificasen cual, agrupándolas en católicos o cristianos, musulmanes y otras (dentro de éstas se incluye: Ritos Sincréticos, Yoruba y Cienciología)

En el estudio participaron alumnos universitarios de Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Magisterio, Ciencias Económicas y L. A. D. E., que fueron agrupados en dos grupos en función del contacto que durante y tras su formación podían tener con la enfermedad en general y con pacientes terminales o moribundos, en particular. Un primer grupo constituido por los estudiantes de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, llamado *Ciencias de la Salud*. Un segundo grupo denominado *No Ciencias de la Salud* formado por los alumnos de Magisterio, Ciencias Económicas y L. A. D. E., sin contacto profesional con pacientes.

Una última cuestión consideraba en que curso se encontraba matriculado cada alumno.

Registro de datos socioeconómicos. Respecto a la situación socioeconómica no consideramos, como es habitual, los ingresos familiares ni la renta per capita ya que esto nos hubiera supuesto dificultades a la hora de comparar los datos entre españoles y cubanos. Planteamos dos cuestiones subjetivas:

Sitúe a su familia en alguno de estos rangos económicos. Las respuestas podían ser alto, medio, bajo.

¿Considera que su familia tiene una economía saneada? Las respuestas podían ser sí, no y no contesta.

Cuestionario sobre experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas. Incluye de la pregunta nueve a la trece y tratamos de indagar la existencia de situaciones personales y familiares en la que los sujetos se hubiesen planteado la finitud de la vida.

Cuestionario sobre experiencia asistencial. Incluye de la pregunta catorce a la dieciséis. Tratamos de averiguar la existencia de situaciones en la que los participantes del estudio se hubiesen relacionado con la enfermedad y la muerte. Podría pensarse que los alumnos del grupo No Ciencias de la Salud no debería haber tenido contacto con personas enfermas o moribundas, pero no hay que olvidar el movimiento de voluntariado que hay entre los jóvenes.

3.1.2.2 Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte

El Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PRAM) es una revisión del Perfil de Actitudes Hacia la Muerte (Templer, 1970), un instrumento multidimensional de medida de las actitudes hacia la muerte desarrollado por Gesser y otros (1987-1988) Aunque el PAM es adecuado psicométricamente, el PRAM es más exhaustivo y conceptualmente más puro. El PRAM representa un amplio espectro de actitudes hacia la muerte, oscilando de la evitación a la aceptación neutral y de aquí a la aceptación de acercamiento.

El PAM-R está constituido por cinco dimensiones derivadas factorialmente: a) miedo a la muerte (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte), b) evitación de la muerte (dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte, de modo que la conducta se puede ver afectada), c) aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma), d) aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa) y e) aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se da la bienvenida)

Estas cinco dimensiones vienen dadas por 32 ítems (ANEXO II) que se distribuyen del siguiente modo, ver Tabla 1.

DIMENSIÓN	ÍTEMES
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Tabla 1 Dimensiones del PRAM, Wong et al.

Los coeficientes alfa oscilaban entre uno de 0,65 (aceptación neutral) a uno de 0,97 (aceptación de acercamiento). Los coeficientes de estabilidad oscilaban entre uno de 0,61 (evitación de la muerte) y otro de 0,95 (aceptación de acercamiento). Tomados en conjunto tienen una fiabilidad que va de buena a muy buena.

Cada uno de los 32 ítems se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, en la dirección de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7) Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que la forman.

3.1.2.3 Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte

La competencia ante la muerte es un constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte y también nuestras creencias y actitudes respecto a dichas capacidades.

A partir de los autoinformes de los participantes en un seminario de educación sobre la muerte Bugen (1980-1981) creó su escala, no extraña el desarrollo dentro del contexto

del movimiento “hospice”, siendo el primer instrumento psicométrico para medir la competencia ante la muerte. Bugen ofreció formación orientada al desarrollo de las habilidades de los voluntarios de “hospices” e ideó una escala que incluía competencias específicas que los voluntarios creían que podían tener después de la formación. Con este enfoque pretendía:

- Medir los beneficios de una educación válida sobre la muerte.
- Supervisar si un seminario de educación sobre la muerte es eficaz.
- Enfatizar que el afrontamiento es una consecuencia deseable tras una experiencia en educación sobre la muerte.

La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte es un instrumento que permite discernir entre sujetos control y en formación (Rosemary Robbins, 1997)

Diversos estudios han confirmado la alta consistencia interna de la escala ($\alpha = 0,89$ para $p < 0,001$) para un grupo de estudiantes licenciados y no licenciados (Robbins, 1990-1991); ($\alpha = 0,90$ para $p < 0,001$) en un grupo de voluntarios en centros de paliativos (Robbins, 1992).

La escala está constituida por 30 ítems. Cada uno de ellos se valora en una escala tipo Likert del 1 al 7, de modo que 1 supone estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La puntuación final se consigue invirtiendo el valor de los ítems 13 y 24, y sumando luego todas las puntuaciones.

3.1.3 Procedimiento

Se realizó un estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005).

El interés principal era proceder de un modo similar en todos los centros a la hora de administrar el material, de modo que las instrucciones que recibiesen los participantes fuesen idénticas. Hay que considerar que se administró a 1000 alumnos, en dos países, tres universidades y cinco titulaciones diferentes.

Creemos importante indicar que el procedimiento de distribución y recogida de datos fue similar en España y en Cuba. Se contactaba con los profesores responsables de la asignatura y se les pedía que cediesen una hora de clase para que los alumnos que voluntariamente quisiesen respondieran a los diferentes ítems y preguntas (tarea que podía durar aproximadamente treinta o cuarenta minutos).

Previa a la distribución, se dieron instrucciones generales explicando el motivo del estudio, las características de los instrumentos, el modo de responder a ellos y se

indicó que la participación era voluntaria y anónima. La mayoría de los alumnos se quedaban en el aula y respondían sin dificultad; aunque ocho alumnos tras iniciar la lectura de los ítems los entregaron a medio rellenar pues consideraban no sentirse capaces emocionalmente e incluso nos indicaron que no les interesaba por lo escabroso del tema. El hecho de disponer de una hora facilitó sin duda la colaboración de los participantes.

Sí queremos reseñar que antes de la realización de este estudio hubo que presentar los diferentes test y el cuestionario “ad hoc” a los diferentes Comités Éticos de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos y de la Facultad de Economía de La Habana y a las direcciones de las diferentes Facultades de la Universidad de Granada.

Como ya hemos indicado de los mil participantes iniciales algunos alumnos rehusaron completar el cuestionario y tuvimos que descartar algunos más por las siguientes cuestiones: eran alumnos de intercambio (en España: Magisterio y LADE. En Cuba: Económicas) o no completaron adecuadamente los ítems, 84 en total (14 en Cuba y 70 en España). Por lo que finalmente fueron 916 los sujetos que formaron parte del estudio.

3.1.4 Análisis de los datos

La recogida y análisis de los datos se realizaron a través del programa estadístico SPSS para Windows versión 14.0 (Statistical Package for Social Science) Se trata de un programa informático que se utiliza para realizar una amplia gama de procesos estadísticos; asimismo ofrece un sistema eficiente, integrado, potente y fácil de usar para organizar y analizar datos, bien de manera interactiva (a través de cuadros de diálogo) o como un programa organizado con base en sentencias, en el que se procesan varias tareas de una sola vez (Camacho, 2000).

Para el análisis de la fiabilidad se realizó un alfa de Cronbach. En cuanto a la validez se valoró tanto la validez por un grupo de expertos, profesores de los Departamentos de Enfermería y de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Así como, la consistencia interna del instrumento aplicándole una solución ortogonal Varimax. Respecto al análisis inferencial, en este primer estudio, debido al amplio tamaño de la muestra, optamos por la realización de estadística paramétrica (T-Student) en las variables cuantitativas (aquellas que vienen dadas por la cuantificación de los dos instrumentos: PRAM y EBAM).

3.2 Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.

3.2.1 Descripción de los sujetos participantes en el estudio

En el curso 2004-2005 participaron en esta fase 74 estudiantes de Ciencias de la Salud en la Universidad de Granada, 37 pertenecían al grupo control y 37 al grupo experimental.

Los alumnos del grupo experimental participaron voluntariamente. Respecto al grupo control, el muestreo ha sido no probabilístico casual; tras lo cual se pidió su participación.

3.2.2 Instrumentos

Al igual que en la fase inicial, se les proporcionó un cuestionario “ad hoc” con datos sociodemográficos y una batería de ocho cuestiones sobre situaciones vitales estresantes y experiencia personal con pacientes graves o moribundos (ANEXO I).

Para la determinar el grado de eficacia del programa de mejora del afrontamiento se utilizó el EBAM, descrito en los apartado 3.1.2.3, ANEXOS III. Además se les facilitó, el PRAM con la variación semántica de los ítems 17 y 30 (ANEXO IV).

3.2.2.1 Programa de formación

Creemos importante describir someramente el programa de formación

❖ Objetivos:

Promover el conocimiento del proceso de morir situando los obstáculos culturales, sociales y personales ante la muerte y el morir en nuestra sociedad. Desarrollar el conocimiento, las habilidades y actitudes necesarias para atender a las personas en este momento final de la vida. Conocer el proceso de la enfermedad terminal, la agonía, la muerte y los procesos de duelo. Capacitar a los futuros profesionales para la promoción de una óptima calidad de vida en el enfermo, familia y equipo multidisciplinar.

❖ Contenido Teórico:

Bloque I - Introducción a los cuidados paliativos: definición y objetivos. Criterios que definen la fase terminal. Bases generales de actuación terapéutica. Requerimientos en el tratamiento de la fase terminal. El equipo de cuidados paliativos: composición y funcionamiento.

Bloque II - La muerte y el morir: Aspectos culturales, antropológicos, psicosociales y espirituales. El problema de la muerte en la sociedad actual. Disciplinas científicas y conceptualización de la muerte. Curar / Paliar: Hacia otra mentalidad de los profesionales y de la sociedad.

Bloque III - Evaluación e intervención psicosocial: Perspectiva paliativa en las profesiones sanitarias. La relación terapéutica como marco de la evaluación e intervención psicosocial. Áreas de evaluación psicosocial. Intervención psicosocial. Evaluación e intervención con la familia. Evaluación e intervención con el equipo.

Bloque IV - Aspectos éticos en cuidados paliativos: Un debate necesario y clarificador. La sobreactuación terapéutica. Cuidados paliativos y eutanasia. Testamento Vital.

❖ Metodología didáctica:

Además de clases magistrales se desarrollaron diversos talleres didácticos, con diversas metodologías, que explicitamos brevemente.

Taller I - Visionado del documental de la BBC “El fin de la vida”. En el que se muestra la vida de un hombre desde que recibe el diagnóstico de un cáncer terminal hasta su funeral. Se documentan sus impresiones, las de sus familiares y amigos y el trabajo de un equipo domiciliario de cuidados paliativos. También se plantean cuestiones en relación con el concepto de muerte y conciencia. Tras el documental se realizan una serie de cuestiones relacionadas con los sentimientos que aparecen en los alumnos y el trabajo de los profesionales. Estas cuestiones se trabajan en casa individualmente y en una sesión posterior en equipo. Finalmente se ponen en común.

Taller II - Seminario – coloquio en el cual un equipo de profesionales que trabajan en una unidad de paliativos explica en que consiste su labor. Se pretende establecer un espacio en el que los alumnos puedan preguntar sobre resolución de cuestiones concretas respecto a los cuidados, la comunicación o cualquier otro aspecto relacionado con los pacientes en procesos de fin de vida y sus familiares. Se facilita a los alumnos que lo deseen poder acompañar al equipo en alguna de las visitas domiciliarias.

Taller III – Lectura en pequeños grupos de casos clínicos publicados o / y reales. Los grupos deben responder a cuestiones concretas para cada uno de ellos. Tras lo cual se lleva a cabo una puesta en común en la que se debaten las opiniones y conclusiones de los pequeños grupos. En los diversos casos se contempla un abordaje multicultural.

Taller IV – Trabajo de situaciones de comunicación de malas noticias y acompañamiento emocional durante el proceso de fin de vida y el duelo. La técnica empleada es el “Rol – playing” y la discusión de situaciones en grupo.

Taller V – Taller experiencial en el que los alumnos deben completar el documento de Voluntades Anticipadas o “testamento vital”. Se pretende que tomen conciencia de la posibilidad de su muerte; a la vez que conocen de primera mano un documento fundamental, de modo que posteriormente puedan informar acerca del mismo a los pacientes o familiares.

Taller VI – Taller experiencial se administran distintos documentos (certificado de defunción, permiso de traslado de los cuerpos...) y se informan sobre cuestiones prácticas en relación con los aspectos legales y burocráticos de la defunción. Para que posteriormente se pueda informar a las familias.

3.2.3 Procedimiento

La implementación se realizó en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada. Se trata de un estudio cuasi-experimental (Montero y León, 2005).

Durante el primer cuatrimestre del curso académico 2004-2005 se ofertó entre los estudiantes que iniciaban el primer año en la universidad la realización de un programa de formación para mejorar la actuación ante enfermos terminales y moribundos; así como, en la relación y el trabajo con los familiares de dichos pacientes. Este programa se presentó a los alumnos como asignatura de libre configuración, con la estructura que aparece explicitada en el apartado 3.2.2.1, para más detalles ver ANEXO V.

Accedieron a participar voluntariamente una vez informados 37 sujetos, y se constituyó de este modo el grupo de estudio. De entre el resto de los alumnos de primero se eligieron aleatoriamente 37 sujetos que formarían el grupo control. Ambos grupos eran homogéneos en cuanto a la edad y el género.

Antes de iniciar el programa de formación se solicitó a cada uno de los 74 alumnos que respondiesen a un cuestionario sociodemográficos, junto a una batería de ocho cuestiones. Previa a la distribución, se dieron instrucciones generales explicando el motivo del estudio, las características de los instrumentos, el modo de responder a ellos y se indicó que la participación era voluntaria y anónima. Todos los alumnos, tanto del grupo control como del grupo de estudio accedieron a contestar.

Durante los cuatro meses en los que tuvo lugar el programa de formación todos los alumnos (grupo de estudio y grupo control) realizaron con normalidad su actividad discente, y ninguno de ellos realizó prácticas hospitalarias.

Una vez concluida la formación se administró, a todos los sujetos, los tres instrumentos anteriormente citados. De nuevo, para evitar sesgos, se les explicó el modo de responder a cada uno de ellos.

De esta forma, para cada uno de los instrumentos se aplicó la batería de test preintervención y postintervención.

3.2.4 Análisis de los datos

Al igual que en la fase anterior la organización y análisis de los datos se realizaron a través del programa estadístico SPSS para Windows versión 14.0 (Statistical Package for Social Science).

Considerando el procedimiento habitual se calculó de nuevo para ambos instrumentos el alfa de Cronbach para determinar la fiabilidad; además en esta segunda fase se realizó un retest la tras los cuatro meses de implementación. En el caso del PRAM se calculó la consistencia interna del instrumento; ya que, habíamos alterado la semántica de dos de los ítems.

Por último, para la estadística inferencial el análisis estadístico fue no paramétrico debido al tamaño de la muestra.

Resultados

4 Resultados

4.1 Fase 1: Validación de los instrumentos

4.1.1 Cuestionario “ad hoc”

4.1.1.1 Variables sociodemográficas y de formación

- *Género y País*

En ambos países la mayoría de los participantes son mujeres, más del 75% sin que existan diferencias significativas respecto al género. El 36,7% de los individuos eran cubanos y el resto españoles. No hay diferencias significativas ($p = 0,371$) respecto al género entre los participantes españoles y cubanos.

País	Mujer		Hombre		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
España	460	79,3%	120	20,7%	580	100%
Cuba	258	76,8%	78	23,2%	336	100%
Total grupo	718	78,4%	198	21,6%	916	100%

Tabla 2 Características sociodemográficas: país y género de los participantes

- *Edad*

La media de la edad de los 916 participantes de este estudio fue de 21,24 años, con una desviación típica de 3,17 años (oscilando entre 18 y 48 años), no existiendo diferencias significativas entre las edades de los estudiantes cubanos y españoles ($p = 0,118$).

País		N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
España	Mujer	460	21,08	21	18	48	3,10
	Hombre	120	21,26	21	18	30	2,24
	Total	580	21,11	21	18	48	2,93
Cuba	Mujer	258	21,28	20	18	36	3,62
	Hombre	78	22,04	21	18	35	3,18
	Total	336	21,45	20	18	36	3,53

Tabla 3 Características sociodemográficas: edad

- *Creencias religiosas*

A la pregunta, ¿Profesa alguna religión?, aproximadamente la mitad (47,2%) de los 916 sujetos ha respondido que sí y la otra mitad que no (45,2%). Sin embargo, se aprecian diferencias significativas ($p < 0,001$) al comparar las respuestas de los universitarios españoles y cubanos. Los españoles reconocen en un 61,7% profesar alguna religión reduciéndose en el caso de los estudiantes cubanos al 22%.

Religión	España		Cuba		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	358	61,7%	74	22,0%	432	47,2%
No	174	30,0%	240	71,4%	414	45,2%
No contesta	48	8,3%	22	6,5%	70	7,6%
Total	580	100%	336	100%	916	100%

Tabla 4 ¿Profesa alguna religión?

Con relación a la religión que profesan los 432 estudiantes universitarios, tanto los cubanos como los españoles, practican mayoritariamente la religión católica o cristiana.

País		N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Católico	264	60,0%	96,7%
	Musulmán	9	1,6%	2,5%
	Otras	3	0,5%	0,8%
	Total	360	62,1%	100%
Cuba	Católico	66	19,6%	91,7%
	Musulmán	4	1,2%	5,6%
	Otras	2	0,6%	2,8%
	Total	72	21,4%	100%

Tabla 5 Religión que profesa

- *Estudios en los que están matriculados*

De los 916 participantes el 75,1% pertenecía al grupo Ciencias de la Salud y el 24,9% al grupo No Ciencias de la Salud. Sin que haya diferencias significativas ($p = 0,185$) entre los alumnos cubanos y españoles.

Formación	España		Cuba		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Ciencias de la Salud	444	76,6%	244	72,6%	491	100%
No Ciencias de la Salud	136	23,4%	92	27,4%	228	100%
Total	580	63,3%	336	36,7%	916	100%

Tabla 6 Estudios que realiza

- *Curso en el que están matriculados*

De los 916 participantes en el estudio el 33,3% estaban matriculados en primero, el 32,4% en segundo y el 34,3% en tercero. Sin embargo existen diferencias ($p = 0,018$) en los grupos por curso entre los universitarios cubanos y españoles.

Curso	España		Cuba		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Primero	191	32,9%	114	33,9%	305	33,3%
Segundo	164	28,3%	133	39,6%	297	32,4%
Tercero	225	38,8%	89	26,5%	314	34,3%
Total	580	100%	336	100%	916	100%

Tabla 7 Datos generales: curso en el que está matriculado

- *Nivel socioeconómico*

Tanto españoles como cubanos consideran que sus familias pertenecen a un nivel económico medio, tal y como se observa en la tabla inferior en ambos casos encontramos valores superiores al 90%. Por otro lado llama la atención que entre los alumnos cubanos consideran en un porcentaje ligeramente superior que su familia tiene un nivel económico alto. Y aparecen diferencias significativas $p = 0,002$

País	Nivel económico	N	Porcentaje
España	Alto	16	2,8%
	Medio	538	92,8%
	Bajo	26	4,5%
	Total	580	100%
Cuba	Alto	22	6,5%
	Medio	306	91,1%
	Bajo	8	2,4%
	Total	336	100%

Tabla 8 Rango económico en el que sitúa a su familia

Respecto a la pregunta, ¿Considera que su familia tiene una economía saneada?, la mayoría de los estudiantes consideran que sí en ambos grupos. Existiendo diferencias significativas $p = 0,000$.

País	Nivel económico	N	Porcentaje
España	Sí	492	84,8%
	No	88	15,2%
	Total	580	100%
Cuba	Sí	249	74,1%
	No	87	25,9%
	Total	336	100%

Tabla 9 ¿Considera que su familia tiene una economía saneada?

4.1.1.2 Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas

Planteamos cuatro cuestiones relacionadas con experiencias personales o familiares que hubiesen podido suponer un planteamiento de la vida y de la existencia de la enfermedad y la muerte, entre los participantes del estudio.

No encontramos diferencias significativas en ninguna de las cuestiones entre los universitarios cubanos y los españoles, Tablas 10, 11, 12 y 13.

País	Existencia de algún familiar enfermo	N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Sí	288	49,6%	50,4%
	No	283	48,8%	49,6%
	No contesta	9	1,6%	
	Total	580	100%	
Cuba	Sí	150	44,6%	46,6%
	No	172	51,2%	53,4%
	No contesta	14	4,2%	
	Total	336	100%	

Tabla 10 ¿Ha habido o hay algún enfermo grave en su familia? (p = 0,269)

País	Perdida de un familiar o ser querido	N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Sí	396	68,3%	69,2%
	No	176	30,3%	30,8%
	No contesta	8	1,4%	
	Total	580	100%	
Cuba	Sí	208	61,9%	63,8%
	No	118	35,1%	36,2%
	No contesta	10	3,0%	
	Total	336	100%	

Tabla 11 ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar próximo o alguien muy querido? (p = 0,096)

País	Existencia de enfermedad grave	N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Sí	18	3,1%	3,1%
	No	554	95,5%	96,9%
	No contesta	8	1,4%	
	Total	580	100%	
Cuba	Sí	16	4,9%	4,9%
	No	308	91,7%	96,9%
	No contesta	12	3,6%	
	Total	336	100%	

Tabla 12 ¿Ha sufrido o sufre alguna enfermedad grave? (p = 0,178)

País	Existencia de un accidente grave	N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Sí	40	6,9%	7,0%
	No	534	92,1%	93,0%
	No contesta	6	1,0%	
	Total	580	100%	
Cuba	Sí	26	7,7%	8,1%
	No	294	87,5%	91,9%
	No contesta	16	4,8%	
	Total	336	100%	

Tabla 13 ¿Ha sufrido algún accidente grave? (p = 0,522)

Pero cuando se les pregunta si esas situaciones le han supuesto un cambio de actitud ante la vida, nos encontramos con diferencias significativas ($p = 0,000$) entre el grupo de universitarios españoles y cubanos. Los estudiantes españoles consideran que esas experiencias les han cambiado significativamente la vida en el sentido de apreciar más lo que se tiene y plantear que la muerte es más dolorosa para los supervivientes; los universitarios cubanos plantean también estas dos cuestiones pero en menor porcentaje y contemplan estas situaciones como no modificadoras de su actitud ante la vida y la muerte.

País	Cambio de actitud ante la vida y la muerte	N	Porcentaje	Porcentaje Válido
España	Sí	240	41,3%	59,9%
	No	161	27,8%	40,1%
	No contesta	179	30,9%	
	Total	580	100%	
Cuba	Sí	84	25,0%	40,4%
	No	124	36,9%	59,6%
	No contesta	128	38,1%	
	Total	336	100%	

Tabla 14 Esas situaciones, ¿cambiaron su actitud frente la vida y la muerte?

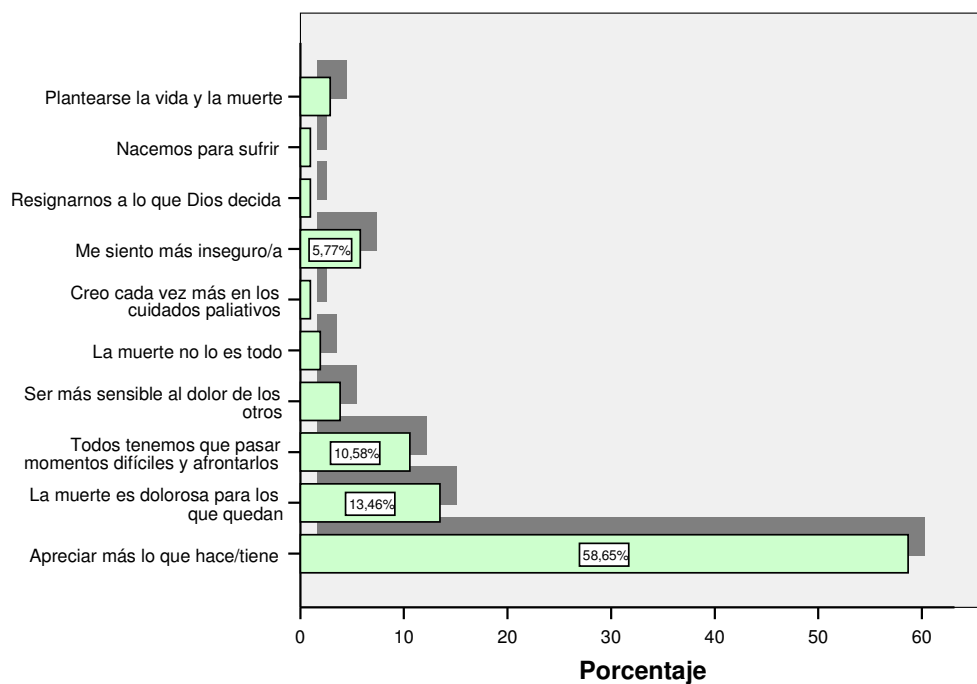


Gráfico 1 ¿Cómo cambió su actitud frente a la vida y a la muerte?

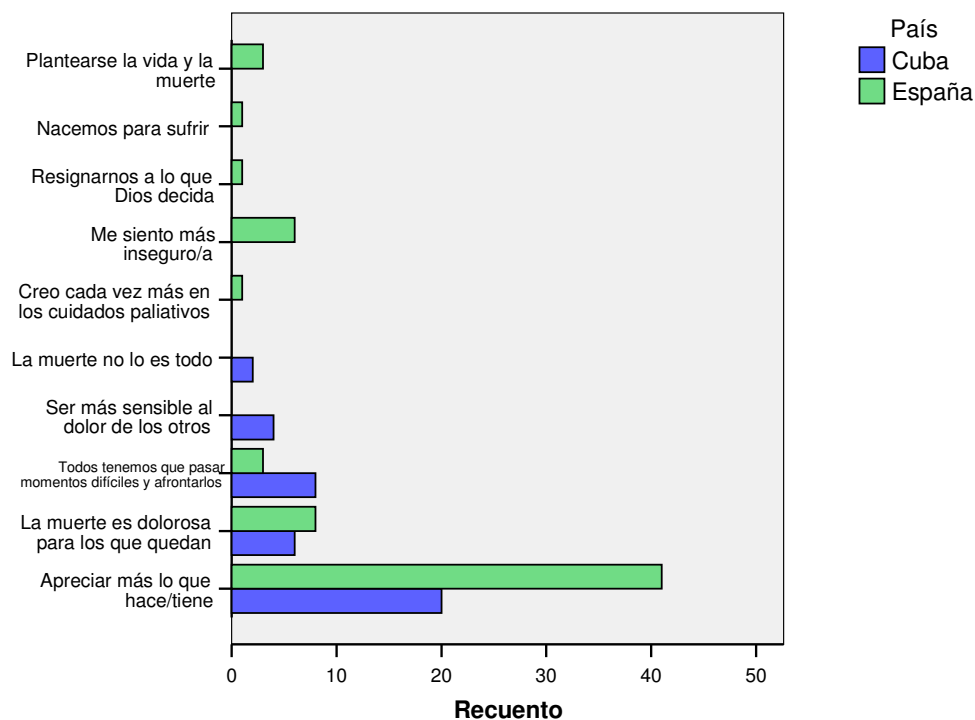


Gráfico 2 Cómo fue la experiencia según país

4.1.1.3 Cuestionario sobre experiencia asistencial

Encontramos diferencias significativas en dos de las tres cuestiones planteadas entre los universitarios cubanos y españoles: *¿Qué experiencia asistencial tiene? ¿Ha tenido alguna experiencia o contacto con moribundos?* Pero no en el modo que vivieron esa situación, *¿Cómo fue esa experiencia?*

Como puede apreciarse en la Tabla 15 los participantes cubanos han realizado en un mayor porcentaje asistencia a ancianos y enfermos que los españoles. Sin embargo, el contacto de los españoles con los enfermos respecto a la práctica asistencial durante su formación es mayor.

	España		Cuba		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Experiencia Asistencial						
Ancianos enfermos	32	5,5%	86	25,6%	118	12,9%
Prácticas formación	322	55,5%	134	39,9%	456	49,8%
Ninguna	226	39,9%	116	34,5%	342	37,3%
Total	580	100%	336	100%	916	100%

Tabla 15 ¿Qué experiencia asistencial tiene? (p = 0,000)

Respecto al contacto con moribundos ya hemos dicho que hay diferencias significativas entre los universitarios cubanos y españoles, en la Tabla 16 se aprecia claramente que los españoles han tenido menos contacto con los moribundos.

	España		Cuba		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Experiencia Moribundos						
Sí	246	42,4%	184	54,8%	430	46,9%
No	334	57,6%	152	45,2%	486	53,1%
Total	580	100%	336	100%	916	100%

Tabla 16 ¿Ha tenido alguna experiencia o contacto con moribundos? (p = 0,001)

En cuanto a la pregunta, *¿Cómo fue la experiencia con los moribundos?*, de los 430 que respondieron haberla tenido sólo respondieron 384. En ambos casos la muerte es vivida con connotaciones altamente negativas que los sujetos verbalizaban con respuestas como: Desagradable, mala, penosa, dolorosa, desconsoladora, frustrante, terrible, horrible, trágica, dramática, angustiada, dura, sin saber como actuar, impactante, como si fuese propia.

Las otras dos agrupaciones corresponden a una experiencia neutra (compleja, puramente profesional, despedida no dolorosa, algo natural pero que no deja indiferente, única para el moribundo) y a una experiencia con connotaciones positivas

(enriquecedora, buena, hermosa, satisfactoria, aprendizaje, la esperanza y el pasaje a otro mundo). Con cargas similares en ambos grupos.

	España		Cuba		Total de grupo	
¿Cómo fue la experiencia?	N	%	N	%	N	%
Negativa	161	72,5%	114	70,4%	275	71,6%
Neutra	19	8,6%	10	6,2%	29	7,6%
Positiva	42	18,9%	38	23,5%	80	20,8%
Total	222	100%	162	100%	384	100%

Tabla 17 ¿Cómo fue la experiencia con los moribundos? (p = 0,429)

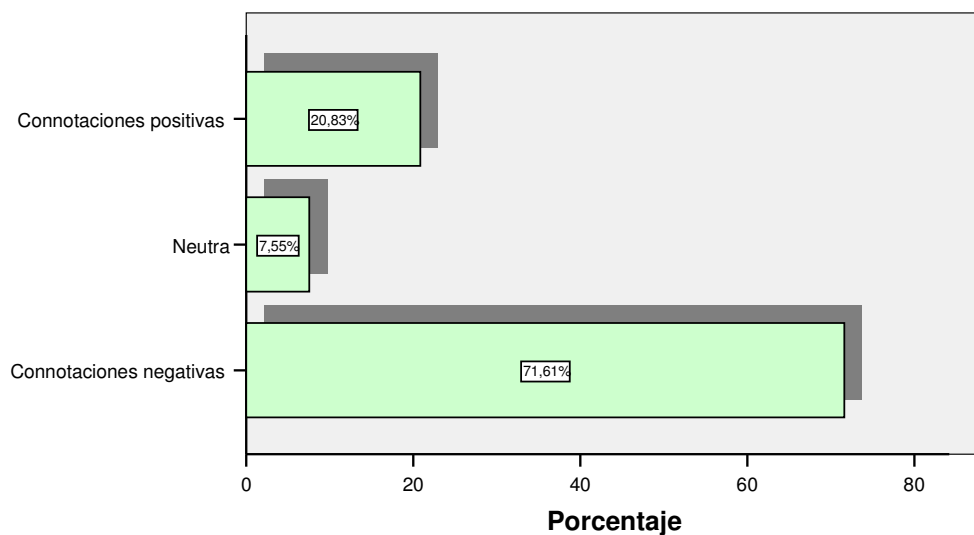


Gráfico 3 Experiencia con los moribundos (n = 916)

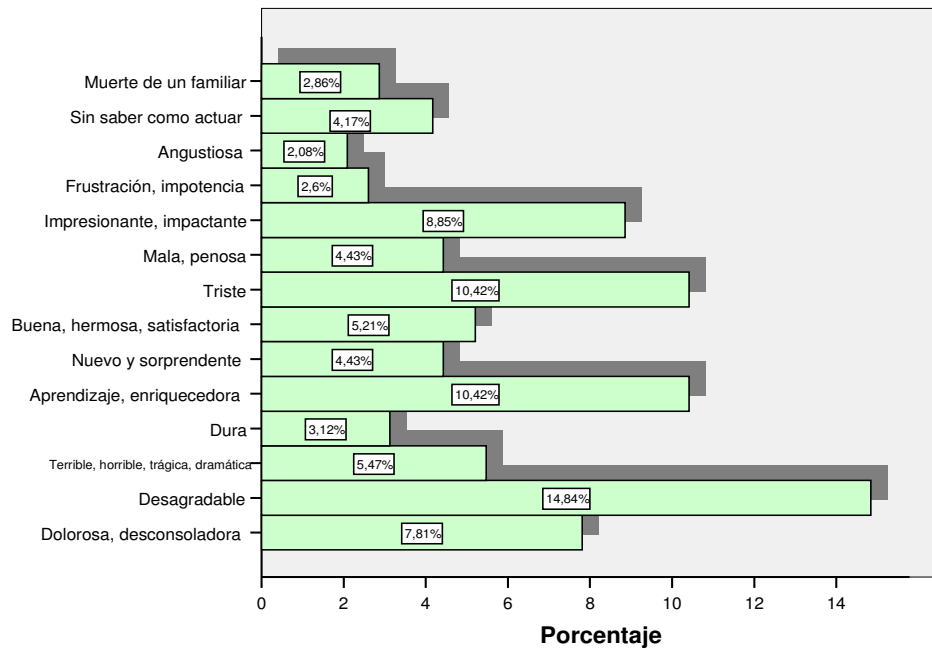


Gráfico 4 ¿Cómo fue esa experiencia con los moribundos? (n = 916)

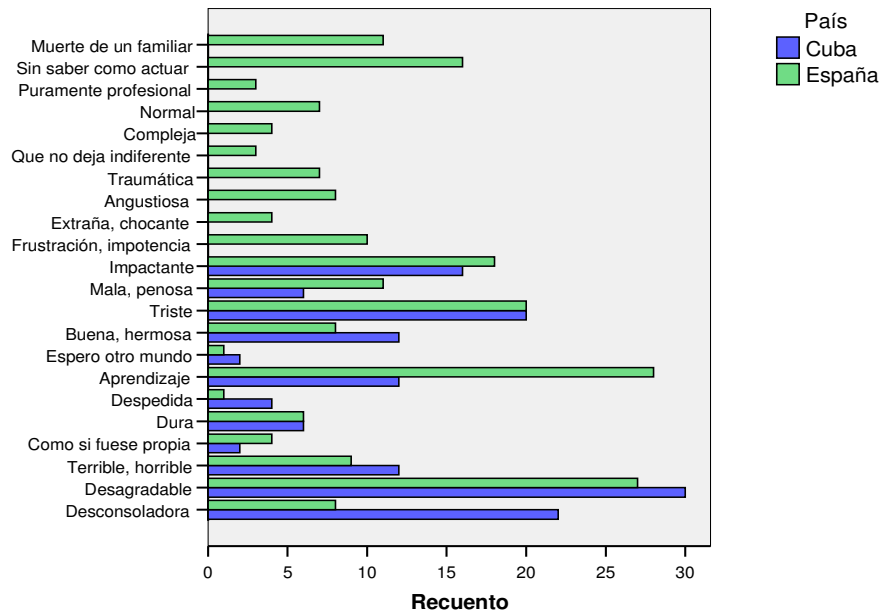


Gráfico 5 Experiencia con los moribundos según país

4.1.2 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte

A fin de examinar las propiedades psicométricas del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (PRAM) se realizó el análisis de la consistencia interna. Se calculó el coeficiente de Cronbach: $\alpha = 0,859$ para el PRAM, este resultado nos indica que es un instrumento altamente fiable.

Para comprobar si se mantenían la estructura interna de estas dimensiones las respuestas emitidas por nuestra muestra de estudio (916 universitarios) se sometieron a un análisis de factores de componentes principales. De acuerdo con la formulación teórica previa se contemplaron cinco componentes y se rotaron para lograr una solución ortogonal (Varimax), Tabla 19. Los resultados del análisis factorial aclaran de modo fehaciente que las cinco dimensiones son independientes. El hecho de que cada ítem tenga una carga mayor en el factor teóricamente apropiado demuestra que los factores son puros y tiene consistencia interna (Wong, 1997).

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (6 ítems)	1, 3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (6 ítems)	2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Tabla 18 Dimensiones del PRAM, Schmidt et al.

Como se puede comprobar en la Tabla 18 se mantienen los cinco componentes iniciales, con una pequeña salvedad en la distribución de los ítems en ellas. Se mantiene constante la ubicación de los ítems en las categorías que hacen referencia a la Aceptación de acercamiento, Aceptación de escape y Aceptación neutral.

Respecto a las otras dos categorías: Evitación de la muerte y Miedo a la muerte, aparece el “baile” de uno de los ítems; en concreto, el ítem 1 “La muerte es sin duda una experiencia horrible” que en el estudio de Wong se situaba como componente de la dimensión Miedo a la muerte y en el nuestro dentro de la dimensión Evitación de la muerte. Cabe reseñar que se mantienen cargas similares de cada uno de los ítems en cada una de las dimensiones.

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE		COMPONENTES				
		1	2	3	4	5
15	La muerte es la unión natural con Dios y con la gloria eterna	,850				
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	,831				
25	Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	,819				
28	Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	,808				
4	Creo que iré al cielo cuando muera	,791				
31	Espero una vida después de la muerte	,775				
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	,770				
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma	,729				
8	La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	,650				
22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	,524				
12	Siempre intento no pensar en la muerte		,835			
3	Evito totalmente pensar en la muerte		,817			
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo		,816			
19	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte		,775			
26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte		,697			
1	La muerte es sin duda una experiencia horrible		,446			
23	Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal			,746		
11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento			,745		
29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida			,733		
9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible			,723		
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones			,659		
32	Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte				,730	
21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin del mundo que conozco				,698	
7	Me trastorna la finalidad de la muerte				,663	
2	La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad				,639	
20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho				,602	
18	Tengo un miedo intenso a la muerte				,549	
24	La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida					,815
14	La muerte es un aspecto natural de la vida					,808
6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable					,741
30	La muerte no es buena ni es mala					,498
17	No temería a la muerte ni le daría la bienvenida					,476

Tabla 19 Matriz de componentes rotados, Schmidt et al.

En la Tabla 20 presentamos los valores de los coeficientes alfa de consistencia interna de cada una de las dimensiones que hemos calculado junto a los obtenidos por Wong. Los valores de los coeficientes alfa oscilan, al igual que ocurre en el estudio de Wong, entre uno bajo de 0,69 (aceptación neutral) a uno alto de 0,93 (aceptación de acercamiento) Tomadas conjuntamente, las escalas o dimensiones del PRAM tiene una fiabilidad que va de buena a muy buena.

DIMENSIÓN	Coefficiente alfa, Wong et al.	Coefficiente alfa, Schmidt et al.
Aceptación de acercamiento	$\alpha = 0,97$	$\alpha = 0,93$
Evitación de la muerte	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,90$
Aceptación de escape	$\alpha = 0,84$	$\alpha = 0,81$
Miedo a la muerte	$\alpha = 0,86$	$\alpha = 0,83$
Aceptación neutral	$\alpha = 0,65$	$\alpha = 0,69$

Tabla 20 Comparativa de los coeficientes alfa de cada una de las dimensiones

En nuestro estudio los cinco componentes explicaban el 61,01% de la varianza, algo menor que en el estudio de Wong (66,2%), ver Tabla 21.

DIMENSIÓN	% de la Varianza	% Acumulado
Aceptación de acercamiento	23,98	23,98
Evitación de la muerte	17,26	41,24
Miedo a la muerte	7,96	49,20
Aceptación de escape	7,37	56,57
Aceptación neutral	4,44	61,01

Tabla 21 Varianza explicada, comparativa.

Al calcular la fiabilidad del conjunto de los ítems de este instrumento observamos que el ítem 17 “No temería a la muerte ni le daría la bienvenida” presentaba una correlación baja respecto a los demás elementos (0,008) y que eliminando dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,862$, pero no de modo significativo.

Esta circunstancia ocurre también en el caso del ítem 30 “La muerte no es buena ni mala”. Para este ítem la correlación es de (0,093); comprobamos que si eliminamos dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,860$, pero no de modo significativo.

Dado que ambos ítems no aumentan significativamente el coeficiente de Cronbach, y a pesar de su bajo peso consideramos que se debe mantener la integridad de la escala; sin eliminar ninguno de los elementos.

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE	Media si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. La muerte es sin duda una experiencia horrible	123,62	709,326	,253	,856
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	124,45	703,850	,279	,856
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	124,46	697,737	,349	,854
4. Creo que iré al cielo cuando muera	124,67	689,194	,466	,850
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	124,68	707,244	,231	,857
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	122,53	726,699	,114	,859
7. Me trastorna la finalidad de la muerte	124,79	707,879	,283	,855
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva	125,04	688,728	,496	,850
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	125,65	699,599	,391	,853
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	124,24	690,995	,405	,852
11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	124,51	698,677	,342	,854
12. Siempre intento no pensar en la muerte	124,20	687,972	,452	,851
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	124,87	680,503	,556	,848
14. La muerte es un aspecto natural de la vida	122,37	723,765	,162	,858
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	124,68	677,513	,599	,847
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	124,88	681,342	,553	,848
17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida	123,54	736,792	,008	,862
18. Tengo un miedo intenso a la muerte	124,93	701,827	,322	,854
19. Evito totalmente pensar en la muerte	124,47	696,571	,369	,853
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	124,86	689,895	,461	,851
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	123,95	696,992	,364	,853
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	124,10	688,739	,446	,851
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	125,06	689,588	,452	,851
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	122,51	720,322	,191	,857
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	124,72	681,818	,492	,850
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	124,72	712,993	,255	,856
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	124,93	686,925	,541	,849
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	124,72	677,999	,561	,848
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	125,41	701,874	,369	,853
30. La muerte no es buena ni mala	123,67	728,678	,093	,860
31. Espero una vida después de la muerte	124,33	682,580	,524	,849
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	123,80	695,969	,375	,853

Tabla 22 Estadísticos de Fiabilidad PRAM (n = 916), relación con alfa de Cronbach

Teniendo claro que la traducción al español (Neimeyer, 1977) del PRAM es un instrumento que puede ser utilizado en la comunidad hispano-cubana y hechas las consideraciones con relación a la composición de las dimensiones (Tabla 18), pasamos a determinar si existían diferencias respecto a las actitudes hacia la muerte de los estudiantes cubanos y españoles. Así como, respecto al género, las creencias religiosas, la titulación universitaria y el curso en que estaban matriculados.

Las puntuaciones en actitudes hacia la muerte de los participantes fueron sometidas a un análisis de la varianza multivariado (ANOVA) de 2 (país, género, creencias religiosas, titulación universitaria...) y de 3 (curso en el que está matriculado y tipo de experiencia asistencial) vías.

- *Actitudes hacia la muerte de universitarios españoles y cubanos*

Tal y como se puede ver en la Tabla 23 aparecen diferencias significativas entre los universitarios españoles y los cubanos en dos de las cinco dimensiones: Evitación de la muerte y Miedo a la muerte. Tal y como se aprecia en la tabla los universitarios cubanos presentan una media mayor en la dimensión Evitación de la muerte; mientras que en la dimensión Miedo a la muerte son los españoles los que presentan una mayor media.

Dimensiones PRAM	Cuba (n = 336)	España (n = 580)	F(1,914)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	3,6386	3,6918	0,277	,599
Desviación típica	1,54721	1,42891		
Evitación Muerte				
Media	4,5810	3,7885	60,596	,000
Desviación típica	1,47803	1,48892		
Aceptación Escape				
Media	3,3807	3,2619	1,346	,246
Desviación típica	1,63376	1,40631		
Miedo Muerte				
Media	3,7051	4,0202	10,758	,001
Desviación típica	1,41865	1,39076		
Aceptación Neutral				
Media	5,3551	5,4937	2,848	,092
Desviación típica	1,37202	1,08366		

Tabla 23 Actitudes hacia la muerte según nacionalidad

En segundo lugar queremos indicar que en la dimensión Aceptación neutral se observan las medias más elevadas en ambos grupos, por encima de cinco.

- *Actitudes hacia la muerte en hombres y mujeres*

El criterio univariado de F mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres en las dimensiones Aceptación de acercamiento y Aceptación neutral. Las medias, desviaciones típicas y ratios de F para el género se muestran en la Tabla 24. El examen de las medias indica un valor mayor para las mujeres en la dimensión Aceptación de afrontamiento y mayor para los varones en Aceptación neutral.

Dimensiones PRAM	Hombres (n = 198)	Mujeres (n = 718)	F(1,914)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	3,4291	3,7393	6,933	,009
Desviación típica	1,39012	1,48873		
Evitación Muerte				
Media	4,0624	4,0839	0,030	,861
Desviación típica	1,50786	1,54027		
Aceptación Escape				
Media	3,2007	3,3344	1,243	,265
Desviación típica	1,42188	1,51295		
Miedo Muerte				
Media	3,8051	3,9321	1,262	,262
Desviación típica	1,31187	1,43365		
Aceptación Neutral				
Media	5,6335	5,3903	6,933	,011
Desviación típica	1,06186	1,22920		

Tabla 24 Actitudes hacia la muerte según el género

- *Actitudes hacia la muerte según profesen o no una religión*

El criterio univariado de F mostró diferencias significativas entre los participantes que decían profesar alguna religión y aquellos que decían no hacerlo en cuatro de las cinco dimensiones: Aceptación de acercamiento, Evitación de la muerte, Aceptación de escape y Miedo a la muerte.

Sólo en el caso de la dimensión Aceptación neutral no aparecen diferencias significativas, con unas medias próximas a cuatro puntos.

Como se aprecia en la Tabla 25 los creyentes presentan una media más elevada en las siguientes dimensiones: Aceptación de acercamiento, Aceptación de escape y Miedo a la muerte. Y un valor inferior en Evitación de la muerte.

Dimensiones PRAM	Profesan una religión (n = 432)	No Profesan una religión (n = 414)	F(1,914)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	4,3827	2,9527	254,350	,000
Desviación típica	1,33735	1,26760		
Evitación Muerte				
Media	3,9610	4,1804	4,274	,039
Desviación típica	1,50140	1,58559		
Aceptación Escape				
Media	3,6268	3,0328	35,175	,000
Desviación típica	1,48114	1,42985		
Miedo Muerte				
Media	4,0575	3,7280	11,534	,001
Desviación típica	1,43592	1,38359		
Aceptación Neutral				
Media	5,5047	5,4070	1,385	,240
Desviación típica	1,10121	1,30974		

Tabla 25 Actitudes según profesen o no una religión

- *Actitudes hacia la muerte de alumnos de Ciencias de la Salud y No Ciencias de la Salud*

En este supuesto como se puede ver en la Tabla 26 el criterio univariado de F muestra diferencias significativas entre los universitarios que cursan estudios relacionados con Ciencias de la Salud (Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional) respecto a los que lo hacen en carreras no relacionadas con Ciencias de la Salud (Magisterio, Ciencias Económicas y L. A. D. E.) en cuatro de las cinco dimensiones: Aceptación de acercamiento, Evitación de la muerte, Aceptación de escape y Aceptación neutral.

Sólo en el caso de la dimensión Miedo a la muerte no aparecen diferencias significativas. Una vez más, al igual que para las otras variables analizadas las medias para la dimensión Aceptación neutral son superiores a cinco.

Dimensiones PRAM	Ciencias de la Salud (n = 668)	No Ciencias de la Salud (n = 228)	F(1,914)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	3,8167	3,2364	27,347	,000
Desviación típica	1,48252	1,35557		
Evitación Muerte				
Media	4,0115	4,2836	5,427	,020
Desviación típica	1,50786	1,54027		
Aceptación Escape				
Media	3,4396	2,9007	22,810	,000
Desviación típica	1,48404	1,45340		
Miedo Muerte				
Media	3,8854	3,9624	0,511	,475
Desviación típica	1,42181	1,36899		
Aceptación Neutral				
Media	5,3729	5,6540	9,507	,002
Desviación típica	1,24172	1,03216		

Tabla 26 Actitudes hacia la muerte según formación

- *Actitudes hacia la muerte de alumnos de diferentes cursos*

En este caso tal y como se puede ver en la Tabla 27 aparecen diferencias significativas para el criterio F univariado entre los diferentes cursos en una de las cinco dimensiones: Aceptación de escape.

La significación para esta dimensión es de $p = 0,048$, en el límite de la significación. Las medias van disminuyendo cuando avanzan los alumnos de curso. Es decir, los alumnos de primero consideran que la muerte puede ser un escape.

En Miedo a la muerte nos acercamos a la significación, pero en este caso no se alcanza $P = 0,55$. En esta dimensión, se detecta un claro incremento de la media cuando avanzan los alumnos de curso. De modo, que los alumnos de tercero tienen más miedo a la muerte.

Dimensiones PRAM	Primero (n = 305)	Segundo (n = 297)	Tercero (n = 314)	F(2,910)	Significación
Acept. Acercamiento					
Media	3,6842	3,7210	3,6147	0,412	,663
Desviación típica	1,44563	1,49989	1,47582		
Evitación Muerte					
Media	4,0121	4,2350	3,9970	2,284	,104
Desviación típica	1,54256	1,52086	1,52748		
Aceptación Escape					
Media	3,4897	3,2401	3,1883	3,588	,048
Desviación típica	1,47126	1,48176	1,51500		
Miedo Muerte					
Media	3,7589	3,9215	4,0302	2,915	,055
Desviación típica	1,38383	1,38182	1,22811		
Aceptación Neutral					
Media	5,3986	5,5620	5,3731	2,213	,110
Desviación típica	1,23879	1,18876	1,16318		

Tabla 27 Actitudes hacia la muerte según curso

- *Actitudes hacia la muerte y existencia de familiares enfermos*

No existen diferencias significativas entre estos dos grupos respecto a las actitudes hacia la muerte.

Dimensiones PRAM	Familiar enfermo (n = 438)	No Familiar enfermo (n = 455)	F(1,893)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	3,6916	3,6586	0,075	,784
Desviación típica	1,48709	1,46675		
Evitación Muerte				
Media	4,0256	4,1381	0,006	,938
Desviación típica	1,55804	1,52436		
Aceptación Escape				
Media	3,3487	3,2984	,031	,860
Desviación típica	1,48871	1,51360		
Miedo Muerte				
Media	3,9130	3,9221	1,080	,299
Desviación típica	1,38046	1,45399		
Aceptación Neutral				
Media	5,5143	5,3944	,537	,464
Desviación típica	1,18430	1,19850		

Tabla 28 Actitudes hacia la muerte según se haya tenido un familiar enfermo

- *Actitudes hacia la muerte y pérdida de seres queridos*

No hay diferencias significativas en ninguna dimensión del PRAM.

Dimensiones PRAM	Pérdida familiar (n = 604)	No pérdida familiar (n = 294)	F(1,898)	Signif.
Acept. Acercamiento				
Media	3,7306	3,5821	,039	,846
Desviación típica	1,48071	1,46989		
Evitación Muerte				
Media	4,0414	4,1724	,046	,830
Desviación típica	1,53664	1,53627		
Aceptación Escape				
Media	3,3850	3,2048	1,477	,225
Desviación típica	1,47663	1,53292		
Miedo Muerte				
Media	3,9145	3,9141	,171	,679
Desviación típica	1,42420	1,40333		
Aceptación Neutral				
Media	5,4504	5,4557	,007	,935
Desviación típica	1,17181	1,22747		

Tabla 29 Actitudes hacia la muerte según la pérdida de un familiar o un ser querido

- *Actitudes hacia la muerte y existencia de enfermedades graves y propias*

No existen diferencias significativas respecto a las actitudes hacia la muerte.

Dimensiones PRAM	Sí Enfermedad (n = 34)	No Enfermedad (n = 862)	F(1,896)	Signif.
Acept. Acercamiento				
Media	4,0572	3,6609	0,495	,482
Desviación típica	1,70430	1,46983		
Evitación Muerte				
Media	4,0067	4,0901	1,934	,165
Desviación típica	1,34300	1,54293		
Aceptación Escape				
Media	3,8558	3,3068	3,101	,079
Desviación típica	1,80693	1,47865		
Miedo Muerte				
Media	3,7765	3,9209	0,822	,365
Desviación típica	1,48681	1,41242		
Aceptación Neutral				
Media	5,4560	5,4574	0,007	,934
Desviación típica	1,13684	1,19096		

Tabla 30 Actitudes hacia la muerte si ha sufrido una enfermedad grave

- *Actitudes hacia la muerte y existencia de accidentes graves*

Hay diferencias significativas en la dimensión Aceptación de escape.

Dimensiones PRAM	Sí Accidentes (n = 438)	No Accidentes (n = 455)	F(1,893)	Signif.
Acept. Acercamiento				
Media	3,7195	3,6688	0,984	,322
Desviación típica	1,63821	1,46705		
Evitación Muerte				
Media	4,1091	4,0837	3,460	,063
Desviación típica	1,34054	1,55414		
Aceptación Escape				
Media	4,0492	3,2665	3,561	,039
Desviación típica	1,68787	1,46459		
Miedo Muerte				
Media	3,8978	3,9219	2,116	,146
Desviación típica	1,28531	1,42693		
Aceptación Neutral				
Media	5,5530	5,4499	0,020	,887
Desviación típica	1,23519	1,18371		

Tabla 31 Actitudes hacia la muerte si ha sufrido un accidente grave

- *Actitudes hacia la muerte y experiencia asistencial*

Existen diferencias significativas en Aceptación de escape y neutral.

Dimensiones PRAM	Ancianos (n = 118)	Prácticas (n = 456)	Ninguna (n = 342)	F(2,910)	Significación
Acept. Acercamiento					
Media	4,0094	3,7783	3,4146	0,161	,852
Desviación típica	1,55106	1,48111	1,39529		
Evitación Muerte					
Media	4,4416	3,9159	4,1720	0,874	,418
Desviación típica	1,59536	1,52982	1,48873		
Aceptación Escape					
Media	3,7560	3,4094	3,0114	3,343	,036
Desviación típica	1,69910	1,44015	1,43517		
Miedo Muerte					
Media	3,7356	3,9314	3,9271	1,305	,272
Desviación típica	1,52474	1,40621	1,36957		
Aceptación Neutral					
Media	5,2931	5,4068	5,5425	5,409	,005
Desviación típica	1,37511	1,20950	1,11132		

Tabla 32 Actitudes hacia la muerte según experiencia asistencial

- *Actitudes hacia la muerte y contacto con moribundos*

Hay diferencias significativas en la dimensión Aceptación neutral.

Dimensiones PRAM	Contacto moribundos (n = 438)	No Contacto moribundos (n = 455)	F(1,893)	Significación
Acept. Acercamiento				
Media	3,7145	3,6349	0,602	,438
Desviación típica	1,49834	1,45033		
Evitación Muerte				
Media	4,0375	4,1161	1,124	,289
Desviación típica	1,56974	1,49949		
Aceptación Escape				
Media	3,4514	3,1763	0,052	,819
Desviación típica	1,50563	1,47313		
Miedo Muerte				
Media	3,8037	3,9939	1,289	,257
Desviación típica	1,43666	1,37842		
Aceptación Neutral				
Media	5,3942	5,4859	5,813	,016
Desviación típica	1,28629	1,11496		

Tabla 33 Actitudes hacia la muerte según el contacto con los moribundos

4.1.3 Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte

A fin de examinar las propiedades psicométricas de La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM) se realizó el análisis de la consistencia interna, correspondiendo un coeficiente de Cronbach: $\alpha = 0,824$. Se trata pues de un instrumento altamente fiable.

Al calcular la fiabilidad de este instrumento observamos que el ítem 1 “Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”, el ítem 13 “Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente” y el ítem 24 “Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo” tenían un funcionamiento deficiente, ver Tabla 34.

Respecto al ítem 1 se detectó que existía una correlación negativa respecto al resto de los ítems (- 0,081) y que excluyendo dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,831$.

En el caso del ítem 13 se detectó que existía una correlación muy baja y además negativa respecto al resto de los ítems (- 0,033) y que excluyendo dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba sutilmente, $\alpha = 0,830$.

Ocurría algo similar para el ítem 24, en este caso también correlacionaba negativamente (- 0,006) Además descartando dicho ítem el alfa de la escala, sería algo superior, $\alpha = 0,827$.

Si dichos ítems no fuesen considerados el instrumento quedaría constituido por 27 elementos y su fiabilidad sería ligeramente superior, $\alpha = 0,830$. Como se ve no parece que el hecho de eliminar los ítems aumente de forma significativa la consistencia interna del instrumento. De modo que en el presente estudio optamos por mantener íntegra la versión española de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, con los 30 ítems iniciales.

Como ya indicamos en el apartado 3.1.2.3 la EBAM se corrige invirtiendo los valores en los ítems 13 y 24, para posteriormente sumar la puntuación con los restantes ítems obteniendo un valor teórico máximo de 210 (todos los ítems estarían marcados con 7) y mínimo de 30 (todos los ítems estarían marcados con 1) Por lo que se entiende la correlación negativa de estos dos pero no del número 1.

En una determinada muestra se hablará de mal afrontamiento cuando los sujetos puntúen por debajo del percentil 33, de buen afrontamiento cuando lo hagan por encima del percentil 66 y de afrontamiento neutro cuando lo hagan en la zona intermedia

Los resultados de nuestros 916 participantes se expresan en la Tabla 35.

Escala de Bugen de Afrontamiento EBAM	Media de la escala si se elimina el ítem	Varianza de la escala si se elimina el ítem	Correlación ítem total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	120,04	544,06	-,081	,831
2. Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir	120,43	509,05	,343	,815
3. La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	120,09	523,53	,148	,822
4. Estoy enterado de los servicios que ofrecen las funerarias	121,48	502,05	,377	,814
5. Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos	121,16	499,07	,404	,813
6. Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano	119,99	506,64	,325	,816
7. Tener la seguridad de que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	119,30	505,70	,309	,817
8. Me siento preparado para afrontar mi muerte	120,74	497,56	,427	,812
9. Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	121,04	497,77	,464	,811
10. Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	119,38	517,80	,215	,820
11. Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	121,45	503,61	,370	,814
12. Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	121,31	513,79	,267	,818
13. Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	119,68	539,02	-,033	,830
14. Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	119,43	510,95	,302	,817
15. Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir	120,01	505,65	,375	,814
16. Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	118,38	530,19	,114	,822
17. Me importa más la calidad de vida que su duración	118,73	519,80	,210	,820
18. Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos	119,76	503,37	,351	,815
19. Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	120,53	489,95	,468	,810
20. Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	120,31	493,53	,524	,809
21. Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	120,61	491,46	,505	,809
22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	119,27	498,30	,496	,810
23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte	120,63	501,31	,410	,813
24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo	119,55	537,88	-,006	,827
25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	120,23	502,41	,401	,813
26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir	119,75	490,62	,567	,807
27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte	120,00	493,26	,484	,810
28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mi alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir	119,86	496,40	,506	,809
29. Me puedo comunicar con los moribundos	120,37	500,53	,444	,812
30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero	118,40	519,81	,244	,818

Tabla 34 Estadísticos de fiabilidad EBAM (n = 916), relación con alfa de Cronbach

Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (n = 916)		
Media		120,00
Mediana		120,00
Desviación Típica		22,210
Varianza		493,263
Mínimo		51
Máximo		183
Percentiles	25	104,00
	33	110,27
	50	120,00
	66	128,00
	75	135,00

Tabla 35 Estadísticos descriptivos de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte

Teniendo claro que la traducción al español (Robbins, 1997) de la EBAM es un instrumento que puede ser utilizado en la comunidad hispano-cubana y hechas las consideraciones con relación a la composición de la misma (ANEXO III), pasamos a determinar si existían diferencias respecto al afrontamiento de la muerte de los estudiantes cubanos y españoles. Así como, respecto al género, las creencias religiosas, la titulación universitaria y el curso en que estaban matriculados; obteniéndose los resultados que pasamos a exponer.

- *Afrontamiento de la muerte de universitarios españoles y cubanos*

Respecto al afrontamiento de la muerte por países hemos constatado diferencias significativas en veintiuno de los treinta ítems, mientras que ni encontramos diferencias significativas ($p > 0,05$) en los nueve restantes: 6, 7, 8, 10, 13, 14, 15, 16 y 27. (Tabla 36)

En conjunto los estudiantes universitarios cubanos muestran un mayor grado de afrontamiento que los españoles (Tabla 37). Situándose los resultados de los españoles entre el percentil 33 y el percentil 50, mientras que los cubanos muestran resultados por encima del percentil 50 y muy próximos al percentil 66. Ambos grupos se encuentran en un rango de normalidad (Tabla 35) según el criterio por el cual los

valores por debajo del percentil 33 harían referencia a un mal afrontamiento y los situados por encima del percentil 66 corresponderían a un buen afrontamiento.

EBAM	País	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	Cuba	336	4,76	2,225	,000
	España	580	3,81	1,740	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	Cuba	336	3,39	2,033	,000
	España	580	3,99	1,640	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	Cuba	336	3,78	2,172	,000
	España	580	4,30	1,767	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	Cuba	336	3,71	2,238	,000
	España	580	2,14	1,649	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	Cuba	336	3,92	2,242	,000
	España	580	2,54	1,757	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	Cuba	336	4,04	2,245	,058
	España	580	4,31	1,892	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	Cuba	336	4,98	2,449	,418
	España	580	4,86	1,987	
Me siento preparado par afrontar mi muerte	Cuba	336	3,55	2,263	,347
	España	580	3,42	1,892	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	Cuba	336	3,38	2,117	,009
	España	580	3,04	1,734	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	Cuba	336	4,83	2,205	,964
	España	580	4,83	1,758	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	Cuba	336	3,14	2,238	,000
	España	580	2,53	1,783	
Últimamente creo que esta bien pensar en la muerte	Cuba	336	2,54	2,060	,000
	España	580	3,10	1,783	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	Cuba	336	4,64	2,337	,226
	España	580	4,46	2,083	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Cuba	336	4,79	2,159	,888
	España	580	4,77	1,731	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	Cuba	336	4,29	2,107	,188
	España	580	4,13	1,698	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	Cuba	336	5,82	1,859	,985
	España	580	5,82	1,285	
Me importa más la calidad de vida que su duración	Cuba	336	5,21	2,160	,001
	España	580	5,63	1,568	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	Cuba	336	4,02	2,254	,000
	España	580	4,69	1,930	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	Cuba	336	4,28	2,403	,000
	España	580	3,33	2,002	

EBAM	País	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	Cuba	336	4,60	1,942	,000
	España	580	3,49	1,697	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	Cuba	336	4,36	2,162	,000
	España	580	3,15	1,772	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	Cuba	336	5,60	1,750	,000
	España	580	4,54	1,654	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Cuba	336	3,79	2,202	,011
	España	580	3,45	1,747	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	Cuba	336	5,09	1,933	,000
	España	580	4,40	1,611	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	Cuba	336	4,24	2,245	,002
	España	580	3,83	1,676	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	Cuba	336	5,07	2,078	,000
	España	580	4,10	1,601	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	Cuba	336	4,23	2,286	,736
	España	580	4,19	1,828	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	Cuba	336	4,95	1,957	,000
	España	580	3,99	1,618	
Me puedo comunicar con los moribundos	Cuba	336	4,02	2,101	,000
	España	580	3,72	1,666	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	Cuba	336	6,25	1,481	,000
	España	580	5,57	1,645	

Tabla 36 Afrontamiento por ítems según el país

EBAM	Cuba (n = 336)	España (n = 580)	F(1,914)	Significación
30 ítems				
Media	127,05	115,91	11,847	,001
Desviación típica	23,63	20,27		

Tabla 37 Afrontamiento global (n = 916)

- *Afrontamiento de la muerte en hombres y mujeres*

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 38 no existen diferencias significativas en el grado de afrontamiento de los participantes en función del género. Ambos grupos muestran una media próxima al percentil 50 (Tabla 35).

EBAM	Género	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	mujer	718	4,10	1,971	,062
	hombre	198	4,39	2,022	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	mujer	718	3,77	1,818	,853
	hombre	198	3,79	1,817	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	mujer	718	4,09	1,972	,497
	hombre	198	4,19	1,824	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	mujer	718	2,65	2,018	,063
	hombre	198	2,96	2,065	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	mujer	718	3,01	2,042	,342
	hombre	198	3,17	2,115	
Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan el duelo humano	mujer	718	4,25	2,094	,266
	hombre	198	4,07	1,781	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	mujer	718	4,84	2,211	,094
	hombre	198	5,13	1,992	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	mujer	718	3,44	2,065	,534
	hombre	198	3,55	1,930	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	mujer	718	3,12	1,922	,186
	hombre	198	3,32	1,761	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	mujer	718	4,85	1,936	,479
	hombre	198	4,74	1,923	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	mujer	718	2,74	2,011	,632
	hombre	198	2,82	1,884	
Ultimamente creo que está bien pensar en la muerte	mujer	718	2,94	1,931	,147
	hombre	198	2,72	1,812	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	mujer	718	4,51	2,189	,792
	hombre	198	4,56	2,151	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	mujer	718	4,80	1,939	,487
	hombre	198	4,69	1,742	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	mujer	718	4,18	1,884	,693
	hombre	198	4,23	1,771	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	mujer	718	5,77	1,589	,036
	hombre	198	6,02	1,220	
Me importa más la calidad de vida que su duración	mujer	718	5,48	1,865	,901
	hombre	198	5,46	1,640	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	mujer	718	4,43	2,106	,758
	hombre	198	4,48	1,982	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	mujer	718	3,65	2,211	,516
	hombre	198	3,77	2,187	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	mujer	718	3,76	1,871	,000
	hombre	198	4,38	1,780	

Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	mujer	718	3,42	2,006	,000
	hombre	198	4,22	1,900	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	mujer	718	4,97	1,739	,234
	hombre	198	4,80	1,854	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	mujer	718	3,53	1,954	,169
	hombre	198	3,74	1,845	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	mujer	718	4,69	1,735	,180
	hombre	198	4,50	1,875	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	mujer	718	3,96	1,906	,611
	hombre	198	4,04	1,943	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	mujer	718	4,40	1,876	,079
	hombre	198	4,66	1,741	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	mujer	718	4,11	2,034	,006
	hombre	198	4,55	1,870	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	mujer	718	4,33	1,823	,710
	hombre	198	4,39	1,765	
Me puedo comunicar con los moribundos	mujer	718	3,86	1,841	,387
	hombre	198	3,73	1,846	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	mujer	718	5,82	1,638	,515
	hombre	198	5,74	1,564	

Tabla 38 Afrontamiento por ítems según género

Como se ve en la tabla superior detectamos diferencias significativas ($p < 0,01$) entre hombres y mujeres en cuatro de los treinta ítems: 16, 20, 21 y 27.

EBAM	Hombres (n = 198)	Mujeres (n = 718)	F(1,914)	Significación
30 ítems				
Media	122,27	119,37	0,673	,412
Desviación típica	22,03	22,23		

Tabla 39 Afrontamiento de la muerte según género (n = 916)

- *Afrontamiento de la muerte según profesen o no una religión*

Tomando los ítems de modo independiente no encontramos diferencias significativas ($p > 0,05$) en la mitad de ellos: 3, 6, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 23, 25, 27 y 29.

EBAM	Profesa alguna religión	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	Sí	432	3,87	1,819	,000
	No	414	4,45	2,134	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	Sí	432	3,95	1,695	,002
	No	414	3,57	1,956	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	Sí	432	4,11	1,840	,604
	No	414	4,04	2,064	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	Sí	432	2,42	1,864	,000
	No	414	3,02	2,152	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	Sí	432	2,65	1,850	,000
	No	414	3,49	2,205	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	Sí	432	4,20	1,967	,805
	No	414	4,23	2,096	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	Sí	432	4,74	2,096	,003
	No	414	5,18	2,206	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	Sí	432	3,34	1,963	,023
	No	414	3,66	2,163	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	Sí	432	2,98	1,754	,002
	No	414	3,38	2,055	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	Sí	432	4,83	1,815	,802
	No	414	4,80	2,105	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	Sí	432	2,75	1,907	,963
	No	414	2,75	2,074	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	Sí	432	3,04	1,870	,016
	No	414	2,72	1,962	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	Sí	432	4,51	2,083	,562
	No	414	4,59	2,311	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Sí	432	4,75	1,784	,785
	No	414	4,79	2,072	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	Sí	432	4,11	1,779	,196
	No	414	4,28	1,972	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	Sí	432	5,75	1,429	,109
	No	414	5,92	1,650	
Me importa más la calidad de vida que su duración	Sí	432	5,57	1,639	,242
	No	414	5,43	1,977	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	Sí	432	4,60	1,995	,085
	No	414	4,35	2,210	

EBAM	Profesa alguna religión	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	Sí	432	3,55	2,114	,067
	No	414	3,83	2,311	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	Sí	432	3,63	1,731	,000
	No	414	4,20	1,990	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	Sí	432	3,30	1,851	,000
	No	414	3,93	2,137	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	Sí	432	4,68	1,742	,000
	No	414	5,20	1,780	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Sí	432	3,48	1,835	,269
	No	414	3,62	2,055	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	Sí	432	4,50	1,679	,020
	No	414	4,78	1,863	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	Sí	432	3,88	1,803	,192
	No	414	4,05	2,061	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	Sí	432	4,25	1,747	,001
	No	414	4,66	1,948	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	Sí	432	4,27	1,887	,553
	No	414	4,19	2,134	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	Sí	432	4,19	1,710	,023
	No	414	4,47	1,923	
Me puedo comunicar con los moribundos	Sí	432	3,81	1,760	,847
	No	414	3,84	1,944	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	Sí	432	5,62	1,686	,000
	No	414	6,01	1,503	

Tabla 40 Afrontamiento por ítems según profesen una religión

EBAM	Profesan una religión (n = 432)	No profesan una religión (n = 414)	F(1,914)	Significación
30 ítems				
Media	117,06	123,25	0,304	,000
Desviación típica	21,31	22,81		

Tabla 41 Afrontamiento de la muerte según religión

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 41 existen diferencias significativas en el grado de afrontamiento de los sujetos que dicen profesar una religión respecto de los que dicen no hacerlo. Si bien es cierto que ambos grupos muestran una media entre

los percentiles 33 y 66, aquellos que dicen no profesar una religión presentan valores superiores de afrontamiento (Tabla 35).

- *Afrontamiento de la muerte en Ciencias de la Salud y No Ciencias de la Salud*

Tomando los ítems de modo independiente no encontramos diferencias significativas ($p>0,05$) en: 3, 7, 10, 14, 15, 18, 23, 24, y 30.

EBAM	Matriculado	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	Ciencias de la Salud	688	4,04	1,970	,001
	No Ciencias de la Salud	228	4,54	1,985	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	Ciencias de la Salud	688	3,91	1,810	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,34	1,773	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	Ciencias de la Salud	688	4,15	1,969	,319
	No Ciencias de la Salud	228	4,00	1,854	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	Ciencias de la Salud	688	2,80	2,066	,032
	No Ciencias de la Salud	228	2,47	1,904	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	Ciencias de la Salud	688	3,15	2,113	,010
	No Ciencias de la Salud	228	2,74	1,856	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	Ciencias de la Salud	688	4,42	2,013	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,57	1,953	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	Ciencias de la Salud	688	4,83	2,172	,076
	No Ciencias de la Salud	228	5,12	2,145	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	Ciencias de la Salud	688	3,62	2,036	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,01	1,971	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	Ciencias de la Salud	688	3,31	1,873	,000
	No Ciencias de la Salud	228	2,72	1,871	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	Ciencias de la Salud	688	4,87	1,913	,224
	No Ciencias de la Salud	228	4,69	1,989	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	Ciencias de la Salud	688	2,89	2,054	,001
	No Ciencias de la Salud	228	2,37	1,698	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	Ciencias de la Salud	688	3,11	1,972	,000
	No Ciencias de la Salud	228	2,24	1,521	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	Ciencias de la Salud	688	4,41	2,165	,007
	No Ciencias de la Salud	228	4,86	2,196	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	Ciencias de la Salud	688	4,84	1,888	,091
	No Ciencias de la Salud	228	4,59	1,920	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	Ciencias de la Salud	688	4,20	1,859	,724
	No Ciencias de la Salud	228	4,15	1,862	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	Ciencias de la Salud	688	5,75	1,584	,016
	No Ciencias de la Salud	228	6,03	1,287	

EBAM	Matriculado	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Me importa más la calidad de vida que su duración	Ciencias de la Salud	688	5,55	1,857	,036
	No Ciencias de la Salud	228	5,26	1,681	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	Ciencias de la Salud	688	4,51	2,050	,074
	No Ciencias de la Salud	228	4,23	2,155	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	Ciencias de la Salud	688	3,78	2,202	,011
	No Ciencias de la Salud	228	3,35	2,187	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	Ciencias de la Salud	688	3,97	1,797	,024
	No Ciencias de la Salud	228	3,65	2,054	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	Ciencias de la Salud	688	3,71	1,968	,001
	No Ciencias de la Salud	228	3,22	2,090	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	Ciencias de la Salud	688	5,12	1,652	,000
	No Ciencias de la Salud	228	4,35	1,965	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	Ciencias de la Salud	688	3,61	1,931	,404
	No Ciencias de la Salud	228	3,48	1,936	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	Ciencias de la Salud	688	4,64	1,769	,736
	No Ciencias de la Salud	228	4,69	1,764	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	Ciencias de la Salud	688	4,17	1,909	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,40	1,811	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	Ciencias de la Salud	688	4,58	1,865	,000
	No Ciencias de la Salud	228	4,08	1,754	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	Ciencias de la Salud	688	4,34	1,977	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,80	2,046	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	Ciencias de la Salud	688	4,47	1,799	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,97	1,794	
Me puedo comunicar con los moribundos	Ciencias de la Salud	688	4,02	1,838	,000
	No Ciencias de la Salud	228	3,27	1,742	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	Ciencias de la Salud	688	5,83	1,623	,509
	No Ciencias de la Salud	228	5,74	1,622	

Tabla 42 Afrontamiento por ítems según formación

Tal y como se puede apreciar en las Tablas 42 y 43 existen diferencias significativas en el grado de afrontamiento de los universitarios del grupo Ciencias de la Salud y el de No ciencias de la Salud. Presentando los primeros valores superiores para la media; de modo que se sitúan por encima del percentil 50 y los del grupo No Ciencias de la Salud lo hacen por encima del 33 (Tabla35).

EBAM	Ciencias de la Salud (n = 668)	No Ciencias de la Salud (n = 228)	F(1,914)	Significación
30 ítems				
Media	122,27	113,16	3,335	,000
Desviación típica	21,26	23,61		

Tabla 43 Afrontamiento de la muerte según formación (n = 916)

- Afrontamiento de la muerte de alumnos de diferentes cursos

En la Tabla 44 mostramos las medias y desviaciones globales de los 30 ítems.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 45 existen diferencias significativas en varios de los ítems respecto al grado de afrontamiento en función del curso en el que están matriculados, en concreto: 5, 6, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 25, 26, 27 y 28.

EBAM	Primero (n = 305)	Segundo (n = 297)	Tercero (n = 314)	F(1,914)	Significación
30 ítems					
Media	123,49	120,11	116,51	7,776	,000
Desviación típica	21,82	20,64	23,51		

Tabla 44 Afrontamiento de la muerte según curso (n = 916)

EBAM	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	11,578	2	5,789	1,471	,230
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	1,612	2	,806	,244	,784
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	1,733	2	,866	,230	,795
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	10,955	2	5,477	1,329	,265
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	22,103	2	11,052	2,618	,073
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	54,466	2	27,233	6,683	,001
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	14,751	2	7,376	1,572	,208
Me siento preparado par afrontar mi muerte	44,577	2	22,288	5,429	,005
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	30,957	2	15,479	4,369	,013
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	1,817	2	,908	,243	,784
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	22,727	2	11,363	2,901	,055
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	17,392	2	8,696	2,398	,091
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	52,049	2	26,025	5,530	,004
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	3,195	2	1,597	,443	,642
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	4,641	2	2,321	,671	,511
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	15,445	2	7,722	3,360	,035
Me importa más la calidad de vida que su duración	25,230	2	12,615	3,840	,022
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	75,068	2	37,534	8,832	,000
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	34,284	2	17,142	3,544	,029
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	7,267	2	3,634	1,042	,353
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	9,584	2	4,792	1,188	,305
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	42,060	2	21,030	6,836	,001
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	34,411	2	17,206	4,646	,010
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	7,421	2	3,711	1,189	,305
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	22,969	2	11,485	3,151	,043
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	26,773	2	13,387	3,937	,020
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	65,305	2	32,653	8,236	,000
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	72,599	2	36,300	11,336	,000
Me puedo comunicar con los moribundos	14,859	2	7,430	2,195	,112
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	2,741	2	1,370	,520	,594
EBAM	7558,967	2	3779,483	7,776	,000

Tabla 45 Afrontamiento por ítems por curso

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de familiares enfermos*

Esta variable se encuentra en el límite de la significación, $p = 0,051$ Hay cinco ítems que muestran diferencias significativas; relacionados con el trato con moribundos.

EBAM	Existencia de algún familiar enfermo	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	si	438	4,18	1,974	,890
	no	455	4,16	2,015	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	si	438	3,79	1,831	,674
	no	455	3,74	1,819	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	si	438	4,20	1,943	,260
	no	455	4,05	1,957	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	si	438	2,75	2,062	,440
	no	455	2,64	1,991	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	si	438	3,17	2,131	,056
	no	455	2,91	2,000	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	si	438	4,34	2,029	,064
	no	455	4,08	2,043	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	si	438	5,02	2,159	,053
	no	455	4,74	2,189	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	si	438	3,52	2,034	,291
	no	455	3,38	2,044	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	si	438	3,18	1,922	,667
	no	455	3,12	1,872	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	si	438	4,69	1,984	,055
	no	455	4,94	1,898	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	si	438	3,03	2,086	,000
	no	455	2,48	1,858	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	si	438	2,95	1,943	,554
	no	455	2,87	1,900	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	si	438	4,26	2,267	,001
	no	455	4,75	2,099	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	si	438	4,81	1,965	,583
	no	455	4,74	1,846	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	si	438	4,27	1,886	,127
	no	455	4,08	1,838	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	si	438	5,92	1,425	,073
	no	455	5,73	1,622	
Me importa más la calidad de vida que su duración	si	438	5,60	1,777	,045
	no	455	5,36	1,859	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	si	438	4,50	2,133	,365
	no	455	4,38	2,032	

EBAM	Existencia de algún familiar enfermo	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	si	438	3,80	2,170	,115
	no	455	3,56	2,243	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	si	438	4,08	1,958	,003
	no	455	3,71	1,769	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	si	438	3,64	2,043	,322
	no	455	3,51	1,988	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	si	438	4,87	1,800	,267
	no	455	5,00	1,733	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	si	438	3,57	1,929	,890
	no	455	3,59	1,932	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	si	438	4,52	1,806	,086
	no	455	4,73	1,727	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	si	438	4,01	1,945	,740
	no	455	3,97	1,872	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	si	438	4,48	1,868	,776
	no	455	4,45	1,818	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	si	438	4,19	2,046	,964
	no	455	4,18	1,990	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	si	438	4,37	1,843	,666
	no	455	4,32	1,791	
Me puedo comunicar con los moribundos	si	438	3,98	1,857	,016
	no	455	3,68	1,820	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	si	438	5,83	1,583	,056
	no	455	5,77	1,681	

Tabla 46 Afrontamiento por ítems según existan o no familiares enfermos

Como hemos comentado, se observan diferencias en cinco ítems: 11, 13, 17, 20 y 29. Aunque el conjunto de la escala roza la significación, no se alcanza, Tabla 47.

EBAM	Familiares enfermos (n = 438)	No Familiares enfermos (n = 455)	F(1,893)	Significación
30 ítems				
Media	121,33	118,43	4,533	,051
Desviación típica	23,20	21,07		

Tabla 47 Afrontamiento global según la existencia o no de familiares enfermos

- *Afrontamiento de la muerte y pérdida de seres queridos*

No hay diferencias significativas en el conjunto de la EBAM.

EBAM	Muerte de algún familiar enfermo	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	si	604	4,06	2,024	,016
	no	294	4,40	1,901	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	si	604	3,78	1,852	,931
	no	294	3,76	1,748	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	si	604	4,17	1,988	,333
	no	294	4,03	1,867	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	si	604	2,77	2,039	,138
	no	294	2,55	1,991	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	si	604	3,06	2,066	,682
	no	294	3,00	2,063	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	si	604	4,39	1,997	,000
	no	294	3,82	2,068	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	si	604	4,96	2,130	,099
	no	294	4,71	2,262	
Me siento preparado par afrontar mi muerte	si	604	3,39	2,078	,179
	no	294	3,58	1,953	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	si	604	3,09	1,924	,309
	no	294	3,23	1,815	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	si	604	4,77	1,953	,376
	no	294	4,90	1,911	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	si	604	2,90	2,028	,001
	no	294	2,42	1,865	
Ultimamente creo que está bien pensar en la muerte	si	604	2,95	1,930	,202
	no	294	2,78	1,871	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	si	604	4,43	2,235	,122
	no	294	4,67	2,094	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	si	604	4,80	1,928	,594
	no	294	4,73	1,843	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	si	604	4,20	1,854	,645
	no	294	4,14	1,863	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	si	604	5,88	1,490	,117
	no	294	5,71	1,599	
Me importa más la calidad de vida que su duración	si	604	5,55	1,800	,121
	no	294	5,35	1,834	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	si	604	4,52	2,103	,133
	no	294	4,30	2,028	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	si	604	3,75	2,225	,125
	no	294	3,51	2,159	

EBAM	Muerte de algún familiar enfermo	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	si	604	4,03	1,904	,002
	no	294	3,61	1,768	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	si	604	3,67	2,045	,057
	no	294	3,39	1,925	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	si	604	4,93	1,774	,978
	no	294	4,93	1,731	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	si	604	3,59	1,928	,781
	no	294	3,56	1,931	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	si	604	4,62	1,790	,662
	no	294	4,67	1,709	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	si	604	3,99	1,945	,924
	no	294	3,97	1,828	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	si	604	4,44	1,838	,763
	no	294	4,48	1,865	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	si	604	4,23	2,035	,419
	no	294	4,12	1,955	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	si	604	4,35	1,824	,885
	no	294	4,33	1,790	
Me puedo comunicar con los moribundos	si	604	3,91	1,892	,060
	no	294	3,66	1,721	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	si	604	5,75	1,643	,214
	no	294	5,89	1,609	

Tabla 48 Afrontamiento por ítems según la pérdida de un familiar

Se observan diferencias en cuatro de los treinta ítems: 1, 6, 11 y 20.

EBAM	Pérdida de familiares (n = 604)	No pérdida de familiares (n = 294)	F(1,898)	Significación
30 ítems				
Media	121,33	118,43	2,784	,096
Desviación típica	23,20	21,07		

Tabla 49 Afrontamiento global en la escala según la pérdida de familiares

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de enfermedades graves y propias*

No hay diferencias significativas para el conjunto de la escala.

EBAM	Enfermedad grave y propia	N	Media	Desviación tip.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	si	34	4,45	2,176	,406
	no	862	4,16	1,984	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	si	34	3,85	1,971	,799
	no	862	3,77	1,816	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	si	34	3,71	1,868	,213
	no	862	4,13	1,956	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	si	34	2,79	2,071	,790
	no	862	2,69	2,027	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	si	34	3,62	2,118	,096
	no	862	3,02	2,062	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	si	34	4,65	2,253	,187
	no	862	4,18	2,024	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	si	34	4,85	2,476	,918
	no	862	4,89	2,158	
Me siento preparado para afrontar mi muerte	si	34	2,78	1,710	,050
	no	862	3,48	2,049	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	si	34	2,56	1,355	,067
	no	862	3,17	1,909	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	si	34	4,94	1,841	,717
	no	862	4,81	1,948	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	si	34	3,26	2,405	,124
	no	862	2,72	1,970	
Ultimamente creo que está bien pensar en la muerte	si	34	2,56	2,062	,284
	no	862	2,92	1,913	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	si	34	4,63	2,281	,753
	no	862	4,51	2,191	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	si	34	4,79	1,838	,980
	no	862	4,78	1,904	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	si	34	4,06	1,890	,724
	no	862	4,18	1,861	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	si	34	6,08	1,265	,326
	no	862	5,82	1,521	
Me importa más la calidad de vida que su duración	si	34	5,04	1,978	,148
	no	862	5,50	1,809	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	si	34	4,84	2,232	,268
	no	862	4,43	2,077	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	si	34	4,78	2,105	,003
	no	862	3,63	2,203	

EBAM	Enfermedad grave y propia	N	Media	Desviación tip.	Sig.
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	si	34	3,97	2,181	,787
	no	862	3,88	1,862	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	si	34	3,40	2,146	,610
	no	862	3,58	2,006	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	si	34	5,47	1,582	,071
	no	862	4,91	1,765	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	si	34	3,90	1,914	,337
	no	862	3,58	1,925	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	si	34	3,96	1,709	,022
	no	862	4,66	1,762	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	si	34	4,06	1,496	,804
	no	862	3,98	1,925	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	si	34	5,40	1,834	,003
	no	862	4,43	1,830	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	si	34	5,27	2,031	,001
	no	862	4,15	1,999	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	si	34	5,36	1,696	,001
	no	862	4,31	1,798	
Me puedo comunicar con los moribundos	si	34	4,58	1,779	,014
	no	862	3,80	1,838	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	si	34	6,49	1,055	,012
	no	862	5,78	1,630	

Tabla 50 Afrontamiento por ítems según haber tenido una enfermedad grave

Aquellos sujetos que han tenido enfermedades graves puntúan más alto en los siguientes ítems: 19, 24, 26, 27, 28, 29 y 30.

EBAM	Enfermedad grave y propia (n = 34)	Sin enfermedad grave y propia (n = 862)	F(1,896)	Significación
30 ítems				
Media	124,82	119,70	0,784	,096
Desviación típica	20,80	22,17		

Tabla 51 Afrontamiento global en la escala según se haya padecido una enfermedad grave

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de accidentes graves*

En conjunto la escala muestra que hay diferencias significativas entre aquellos que han sufrido un accidente grave y los que no; con medias superiores en el primer grupo respecto al segundo. El grupo que ha tenido un accidente grave se sitúa por encima del percentil 50 y el otro grupo por debajo del mismo.

EBAM	Ha tenido un accidente grave	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	si	66	4,16	2,099	,980
	no	828	4,16	1,977	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	si	66	4,56	1,680	,000
	no	828	3,72	1,814	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	si	66	4,26	1,858	,535
	no	828	4,11	1,953	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	si	66	3,18	2,230	,046
	no	828	2,66	2,007	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	si	66	3,52	2,135	,047
	no	828	2,99	2,049	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	si	66	4,21	2,062	,975
	no	828	4,20	2,030	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	si	66	4,52	2,334	,165
	no	828	4,91	2,157	
Me siento preparado par afrontar mi muerte	si	66	3,77	1,826	,176
	no	828	3,42	2,049	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	si	66	3,81	1,871	,003
	no	828	3,09	1,878	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	si	66	4,69	1,871	,562
	no	828	4,83	1,941	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	si	66	3,46	2,332	,003
	no	828	2,69	1,952	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	si	66	3,15	1,987	,290
	no	828	2,89	1,913	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	si	66	4,49	2,258	,886
	no	828	4,53	2,187	
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	si	66	5,12	1,683	,146
	no	828	4,77	1,899	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	si	66	4,50	1,831	,155
	no	828	4,16	1,858	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	si	66	5,90	1,286	,700
	no	828	5,82	1,531	
Me importa más la calidad de vida que su duración	si	66	5,39	1,884	,687
	no	828	5,49	1,812	

EBAM	Ha tenido un accidente grave	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	si	66	5,00	1,926	,026
	no	828	4,40	2,089	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	si	66	4,25	1,978	,029
	no	828	3,64	2,218	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	si	66	3,92	2,063	,876
	no	828	3,88	1,850	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	si	66	3,32	1,959	,303
	no	828	3,59	2,008	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	si	66	5,07	1,757	,489
	no	828	4,92	1,762	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	si	66	4,07	1,721	,037
	no	828	3,55	1,938	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	si	66	4,87	1,600	,244
	no	828	4,61	1,777	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	si	66	4,14	1,558	,497
	no	828	3,97	1,932	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	si	66	4,83	1,580	,090
	no	828	4,43	1,854	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	si	66	4,66	1,772	,049
	no	828	4,16	2,019	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	si	66	4,79	1,664	,037
	no	828	4,31	1,815	
Me puedo comunicar con los moribundos	si	66	3,73	1,657	,693
	no	828	3,83	1,860	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	si	66	5,65	1,570	,445
	no	828	5,81	1,623	
EBAM	si	66	126,3332	19,18205	,014
	no	828	119,3617	22,29006	

Tabla 52 Afrontamiento de la muerte por ítems según hayan tenido accidentes graves

Se observan diferencias en diez de los treinta ítems: 2, 4, 5, 9, 11, 18, 19, 23, 27 y 28.

EBAM	Accidente grave (n = 66)	Accidente grave (n = 828)	F(1,894)	Significación
30 ítems				
Media	126,33	119,36	1,193	,014
Desviación típica	19,18	22,29		

Tabla 53 Afrontamiento global en la escala según se haya tenido un accidente grave

- *Afrontamiento de la muerte y experiencia asistencial*

EBAM	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	58,155	2	29,078	7,488	,001
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	44,167	2	22,084	6,774	,001
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	2,557	2	1,278	,339	,713
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	96,243	2	48,121	11,949	,000
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	140,125	2	70,062	17,122	,000
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	90,202	2	45,101	11,176	,000
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	60,119	2	30,060	6,473	,002
Me siento preparado par afrontar mi muerte	25,837	2	12,918	3,131	,044
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	34,301	2	17,151	4,846	,008
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	13,172	2	6,586	1,766	,172
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	51,928	2	25,964	6,683	,001
Ultimamente creo que está bien pensar en la muerte	105,761	2	52,881	14,981	,000
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	29,935	2	14,968	3,164	,043
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	38,355	2	19,177	5,375	,005
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	21,506	2	10,753	3,126	,044
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	,917	2	,458	,198	,820
Me importa más la calidad de vida que su duración	9,528	2	4,764	1,443	,237
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	28,276	2	14,138	3,287	,038
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	120,079	2	60,039	12,660	,000
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	63,946	2	31,973	9,331	,000
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	61,680	2	30,840	7,753	,000
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	203,473	2	101,736	35,085	,000
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	3,206	2	1,603	,429	,651
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	4,451	2	2,226	,712	,491
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	139,995	2	69,998	19,905	,000
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	114,402	2	57,201	17,310	,000
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	29,302	2	14,651	3,659	,026
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	70,604	2	35,302	11,017	,000
Me puedo comunicar con los moribundos	188,426	2	94,213	29,493	,000
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	17,410	2	8,705	3,326	,036
EBAM	23736,755	2	11868,378	25,341	,000

Tabla 54 Afrontamiento por ítems según experiencia asistencial Pruebas de contraste intra-sujeto

EBAM	Ancianos (n = 118)	Prácticas (n = 456)	Ninguna (n = 342)	F(1,914)	Significación
30 ítems					
Media	129,14	122,06	114,09	25,34	,000
Desviación típica	21,49	21,49	21,89		

Tabla 55 Afrontamiento global de la escala según el tipo de experiencia asistencial

- *Afrontamiento de la muerte y contacto con moribundos*

Se observan diferencias significativas en el conjunto de la escala entre los sujetos que han tenido contacto con los moribundos; de modo que presentan un valor de la media global más alto que aquellos estudiantes que no han tenido contacto con personas moribundas (Tabla 56)

EBAM	Experiencia con moribundos	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo	sí	430	4,08	2,092	,265
	no	486	4,23	1,884	
Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir	sí	430	3,93	1,863	,011
	no	486	3,63	1,765	
La muerte es un área que se puede tratar sin peligro	sí	430	4,13	2,051	,742
	no	486	4,09	1,840	
Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias	sí	430	3,04	2,183	,000
	no	486	2,43	1,842	
Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos	sí	430	3,33	2,191	,000
	no	486	2,80	1,900	
Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano	sí	430	4,50	2,049	,000
	no	486	3,96	1,984	
Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida	sí	430	4,88	2,208	,769
	no	486	4,92	2,134	
Me siento preparado par afrontar mi muerte	sí	430	3,68	2,100	,003
	no	486	3,28	1,960	
Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir	sí	430	3,43	1,933	,000
	no	486	2,92	1,819	
Entiendo mis miedos relacionados con la muerte	sí	430	4,93	2,004	,143
	no	486	4,74	1,865	
Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral	sí	430	3,07	2,102	,000
	no	486	2,48	1,831	
Últimamente creo que está bien pensar en la muerte	sí	430	2,95	1,942	,366
	no	486	2,84	1,877	
Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente	sí	430	4,46	2,217	,407
	no	486	4,58	2,147	

EBAM	Experiencia con moribundos	N	Media	Desviación típ.	Sig.
Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte	sí	430	4,83	1,952	,394
	no	486	4,73	1,849	
Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir	sí	430	4,34	1,959	,017
	no	486	4,05	1,756	
Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual	sí	430	5,81	1,625	,733
	no	486	5,84	1,422	
Me importa más la calidad de vida que su duración	sí	430	5,48	1,926	,911
	no	486	5,47	1,719	
Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos	sí	430	4,47	2,041	,716
	no	486	4,42	2,114	
Sé con quién contactar cuando se produce una muerte	sí	430	4,06	2,231	,000
	no	486	3,34	2,127	
Seré capaz de afrontar pérdidas futuras	sí	430	4,18	1,873	,000
	no	486	3,64	1,829	
Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí	sí	430	3,97	2,053	,000
	no	486	3,26	1,909	
Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales	sí	430	5,30	1,683	,000
	no	486	4,60	1,774	
Sé cómo hablar con los niños de la muerte	sí	430	3,75	2,016	,009
	no	486	3,42	1,842	
Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo	sí	430	4,79	1,804	,028
	no	486	4,53	1,726	
Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito	sí	430	4,31	1,944	,000
	no	486	3,68	1,839	
Sé ayudar a la gente con sus pensam. y sentim de la muerte y proceso de morir	sí	430	4,86	1,824	,000
	no	486	4,10	1,802	
Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte	sí	430	4,50	2,007	,000
	no	486	3,95	1,973	
Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir	sí	430	4,58	1,802	,000
	no	486	4,14	1,794	
Me puedo comunicar con los moribundos	sí	430	4,26	1,857	,000
	no	486	3,45	1,745	
Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero	sí	430	5,93	1,534	,029
	no	486	5,70	1,690	

Tabla 56 Afrontamiento de la muerte por ítems según el contacto con moribundos

No se observan diferencias en diez de los treinta ítems: 1, 3, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 17 y 18. Tal y como se ve en la Tabla 56.

EBAM	Contacto con moribundos (n = 430)	Sin contacto con moribundos (n = 486)	F(1,916)	Significación
30 ítems				
Media	125,34	115,27	4,213	,040
Desviación típica	22,83	20,54		

Tabla 57 Afrontamiento global de la escala según haya habido o no contacto con moribundos

4.2 Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.

4.2.1 Cuestionario “ad hoc”

4.2.1.1 Variables sociodemográficas y de formación

- *Género y Edad.*

El 75,7% eran mujeres y el 24,3% restante hombres. Sin que haya diferencias significativas entre ambos grupos ($p = 1$)

La edad media era de $18,80 \pm 1,43$ para los 74 participantes, siendo no significativas las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control ($p = 0,87$).

Grupo		N	Media	Mediana	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
Experimental	Mujer	28	18,96	18	17	24	1,69
	Hombre	9	18,00	18	17	20	1,23
	Total	37	18,73	18	17	24	1,63
Control	Mujer	28	18,89	18	18	22	1,29
	Hombre	9	18,78	18	18	21	1,09
	Total	37	18,86	18	18	22	1,23

Tabla 58 Edad en función del grupo y del género

- *Creencias religiosas*

En cuanto a las creencias religiosas el 68,9 % declaró profesar alguna religión, sin que existan diferencias significativas ($p = 0,209$) entre el grupo experimental y el grupo control. Los 51 sujetos que manifestaron profesar una religión se reconocieron católicos.

Religión	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	28	75,7%	23	62,2%	51	68,9%
No	9	24,3%	14	37,8%	23	31,1%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 59 ¿Profesa alguna religión?

- *Nivel socioeconómico*

Los participantes en este estudio sitúan a su familia en un rango económico medio. No hay diferencias significativas ($p = 0,077$) entre el grupo experimental y el grupo control.

Nivel Económico	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Medio	34	91,9%	37	100%	71	95,9%
Bajo	3	8,4%			3	4,1%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 60 Nivel económico

Respecto a la pregunta, ¿Considera que su familia tiene una economía saneada?, la mayoría de los estudiantes consideran que sí en ambos grupos. Sin que haya diferencias significativas ($p = 0,174$)

Nivel Económico	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	30	81,1%	34	91,9%	64	86,5%
No	7	18,9%	3	8,1%	10	13,5%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 61 ¿Considera que su familia tiene una economía saneada?

4.2.1.2 Cuestionario de experiencia personal con relación a experiencias vitales extremas

Planteamos cuatro cuestiones relacionadas con experiencias personales o familiares que hubiesen podido suponer un planteamiento de la vida y de la existencia de la enfermedad y la muerte, entre los participantes del estudio.

No encontramos diferencias significativas en ninguna de las cuestiones entre el grupo experimental y el grupo control ($p > 0,05$)

	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Familiar Enfermo						
Sí	24	64,9%	19	51,4%	43	58,1%
No	13	35,1%	18	48,6%	31	41,9%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 62 ¿Ha habido o hay algún enfermo grave en su familia? (p = 0,239)

	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Pérdida de ser querido						
Sí	30	81,1%	27	73,0%	57	77,0%
No	7	18,9%	10	27,0%	17	23,0%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 63 ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar próximo? (p = 0,407)

	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Enfermedad grave						
Sí	3	8,1%	1	2,7%	4	5,4%
No	34	91,9%	36	97,3%	70	94,6%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 64 ¿Ha sufrido o sufre una enfermedad grave? (p = 0,304)

	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Accidente grave						
Sí	1	2,7%	3	8,1%	4	5,4%
No	36	97,3%	34	91,9%	70	94,6%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 65 ¿Ha sufrido algún accidente importante? (p = 0,304)

Quando se les pregunta si esas situaciones le han supuesto un cambio de actitud ante la vida tampoco encontramos diferencias significativas (p = 0,254) entre el grupo

experimental y el grupo control. En un porcentaje próximo al 70% (Tabla 66) señalan que este tipo de experiencias les ha cambiado su actitud ante la vida.

Cambio de Actitud	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	24	80,0%	18	66,7%	42	73,7%
No	6	20,0%	9	33,3%	15	26,3%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 66 ¿Cambió su actitud personal frente a la vida y a la muerte?

4.2.1.3 Cuestionario sobre experiencia asistencial

Planteamos tres cuestiones relacionadas con la experiencia asistencial de los participantes, tanto durante su formación como en aquellos casos de voluntariado.

No encontramos diferencias significativas ($p > 0,05$) respecto a la experiencia con ancianos, enfermos y moribundos entre los grupos experimental y control.

Experiencia con ancianos y enfermos	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	5	13,5%	3	8,1%	8	10,8%
No	32	86,5%	34	91,9%	66	89,2%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 67 ¿Ha tenido experiencia asistencial con ancianos y enfermos? ($p = 0,454$)

Experiencia con moribundos	Experimental		Control		Total de grupo	
	N	%	N	%	N	%
Sí	16	43,2%	11	29,7%	27	36,5%
No	21	56,8%	26	70,3%	47	63,5%
Total	37	100%	37	100%	74	100%

Tabla 68 ¿Ha tenido experiencia con moribundos? ($p = 0,227$)

Pero si encontramos diferencias en las respuestas a la pregunta ¿Cómo fue la experiencia con las personas moribundas? Aquellos que pertenecen al grupo experimental verbalizan la experiencia con más connotaciones negativas que los del grupo control, ($p = 0,009$)

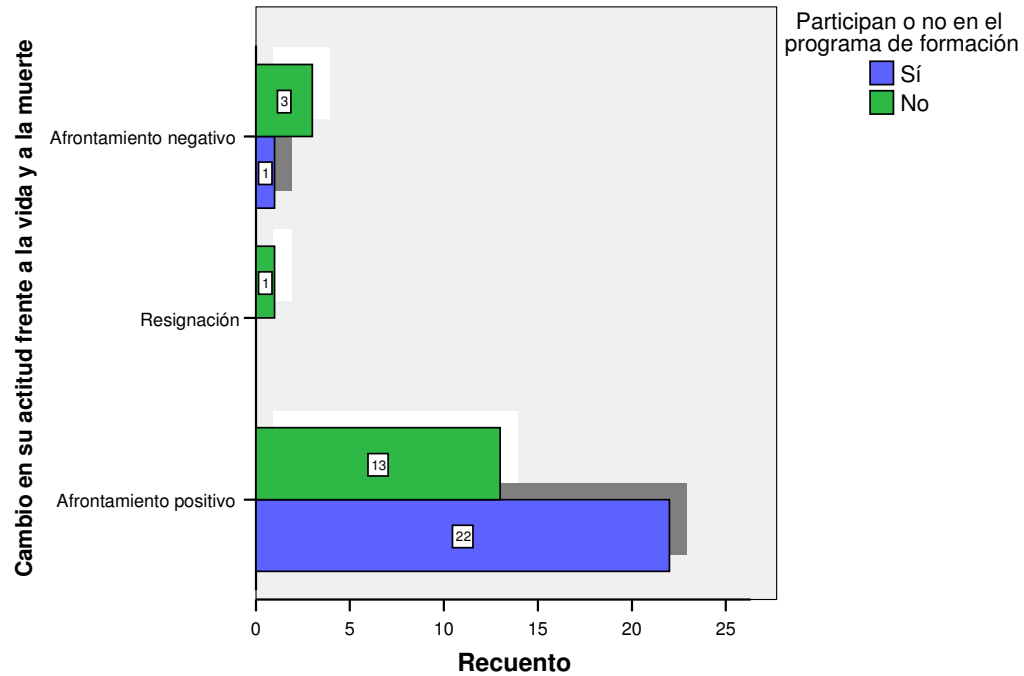


Gráfico 6 Modificación de la actitud ante la vida tras experiencias con moribundos

4.2.2 Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte

Como indicamos previamente se administró el instrumento antes y después del programa de formación.

Consideramos que era necesario examinar más a fondo la fiabilidad de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, por ello se calculo el coeficiente de Cronbach del test tanto antes del inicio del programa de intervención como al finalizar éste:

- EBAM preintervención $\alpha = 0,826$
- EBAM postintervención $\alpha = 0,874$

Tal y como puede apreciarse el instrumento mantiene una alta fiabilidad.

Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (n = 74)		Preintervención	Postintervención
Media		122,61	127,73
Desviación Típica		19,94	21,74
Varianza		397,53	472,80
Mínimo		83	85
Máximo		179	187
Percentiles	25	106,00	116,75
	33	113,50	119,75
	50	127,00	127,00
	66	129,50	135,00
	75	135,00	140,00

Tabla 69 Estadísticos descriptivos para la muestra total preintervención y postintervención

Para comprobar si había o no diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental antes de participar en el programa de intervención aplicamos la prueba de la U de Mann-Whitney. Como se observa en la Tabla 70 no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

EBAM	Experimental (n = 37)	Control (n = 37)	U Mann-Whitney	Significación
30 ítems				
Media	125,32	119,89		
Desviación típica	22,72	17,17		
Rango promedio	38,91	36,09	632,50	,574

Tabla 70 Afrontamiento en el grupo experimental y control, preintervención

Tras realizar el programa de formación ambos grupos contestaron de nuevo la Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y se aplicó la prueba de la U de Mann-Whitney a fin de comprobar si había o no diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de experimental. Como se observa en la Tabla 71 hay diferencias significativas entre ambos grupos.

EBAM	Experimental (n = 37)	Control (n = 37)	U Mann-Whitney	Significación
30 ítems				
Media	137,03	118,43		
Desviación típica	21,18	18,24		
Rango promedio	46,28	28,72	359,50	,000

Tabla 71 Afrontamiento en el grupo experimental y control, postintervención

Comparando las Tablas 70 y 71 se aprecia un claro incremento de la media del EBAM tras la intervención en el grupo que participó en el programa de formación.

Para analizar con más detalle que ocurre en ambos grupos procedimos a comparar los resultados preintervención y postintervención intragrupal.

Tras realizar la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para el grupo experimental se determinó la existencia de diferencias significativas; mientras que en el grupo control no se encontraron diferencias significativas, Tabla 72.

EBAM	Análisis intragrupal Experimental (n = 37)	Análisis intragrupal Control (n = 37)
30 ítems		
Z	-3,191	-0,811
Sig. Asintótica (bilateral)	,001	,417

Tabla 72 Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para EBAM

En el siguiente gráfico podemos ver como se distribuyen los valores de las medias en ambos grupos antes y después de la participación o no en el programa de formación. Tal y como hemos indicado en las tablas 46 y 47 podemos apreciar como el grado de afrontamiento previo a la intervención es muy similar en ambos grupos, estudio y control. Aunque existen dos sujetos en el grupo de estudio que puntúan por encima de la desviación típica.

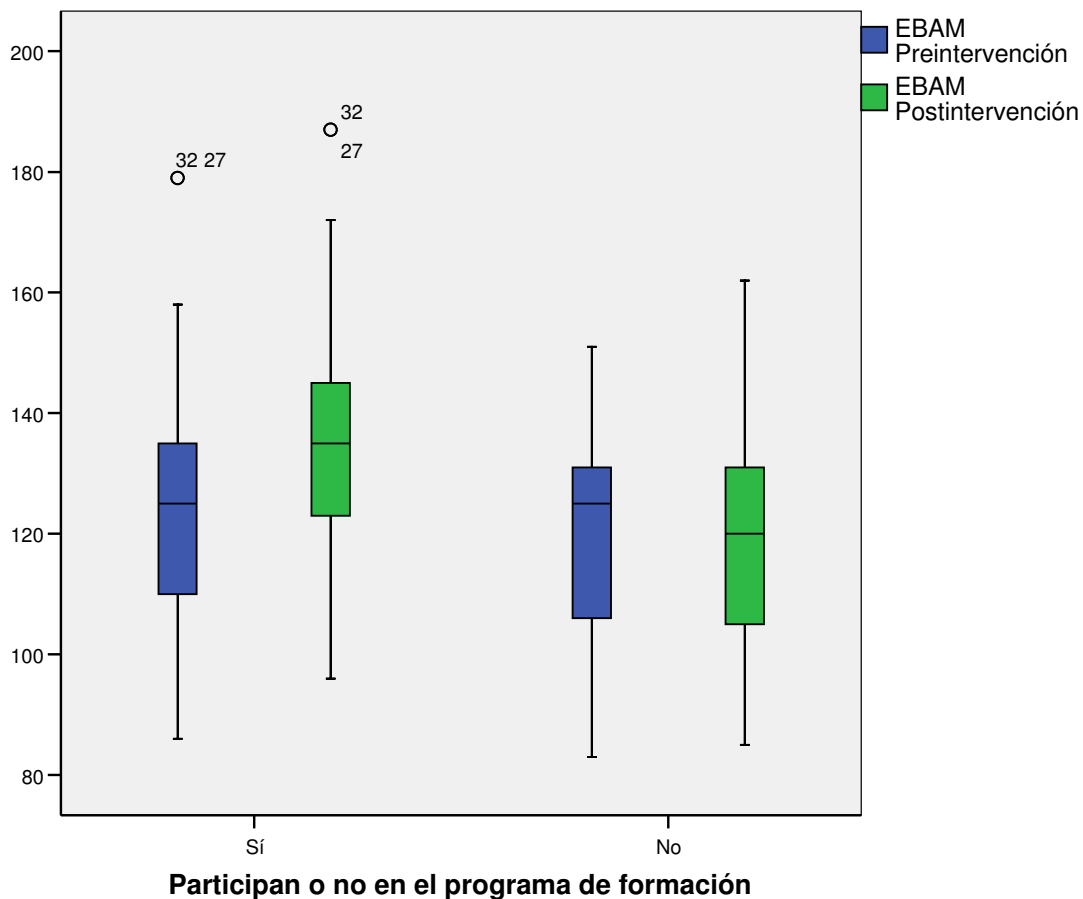


Gráfico 7 Medias para EBAM en los grupos control y estudio pre- y postintervención

Tras el programa de formación se aprecia una ligera disminución del afrontamiento para el grupo control; sin que la variación sea significativa (Gráfico 7). Mientras que en el grupo de estudio se hace patente una clara mejora en el grado de afrontamiento, apreciándose diferencias significativas tras la realización del programa de formación (Tabla 72).

4.2.3 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte

Antes de iniciar la intervención con el programa de formación y con el fin de examinar las propiedades psicométricas del Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (PRAM) se realizó el análisis de la consistencia interna. Se calculó el coeficiente de Cronbach: $\alpha = 0,886$ para el PRAM, este resultado nos indica que es un instrumento altamente fiable.

Tal y como hemos señalado cambiamos la semántica del ítem 17 y 30, según la propuesta de los traductores. Ítem 17 “: “No le temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue” y el ítem 30 “La muerte no es ni buena ni mala”. Y procedimos a calcular la fiabilidad de la escala.

Al calcular la fiabilidad del conjunto de los ítems de este instrumento observamos que el ítem 17 presentaba una correlación baja respecto a los demás elementos (0,199) y que eliminando dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,890$, pero no de modo significativo.

Esta circunstancia ocurre también en el caso del ítem 30 “La muerte no es ni buena ni mala”. Para este ítem la correlación es de (0,182); comprobamos que si eliminamos dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,889$, pero no de modo significativo.

Dado que ambos ítems no aumentan significativamente el coeficiente de Cronbach, y a pesar de su bajo peso consideramos que se debe mantener la integridad de la escala; sin eliminar ninguno de los elementos. (Tabla 73)

Tras el programa de formación, que se realizó durante el primer cuatrimestre, y con los datos obtenidos tanto para el grupo control como el de estudio se calculó el Coeficiente de Cronbach y obtuvimos un valor de $\alpha = 0,893$. Este dato confirma la fiabilidad test-retest y demostró tener una estabilidad adecuada en un periodo de 16 semanas.

Como indicamos se administró el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PRAM) antes y después del programa de formación, el coeficiente de Cronbach:

- PRAM preintervención $\alpha = 0,886$
- PRAM postintervención $\alpha = 0,893$

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. La muerte es sin duda una experiencia horrible	113,12	679,232	,262	,886
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	113,07	664,612	,382	,884
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	113,99	669,849	,366	,884
4. Creo que iré al cielo cuando muera	113,99	666,726	,471	,882
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	113,23	652,070	,473	,882
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	111,01	678,260	,273	,886
7. Me trastorna la finalidad de la muerte	113,74	680,166	,268	,886
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva	113,68	654,250	,554	,880
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible	114,26	675,563	,334	,885
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo	113,62	665,417	,418	,883
11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	113,01	660,918	,429	,883
12. Siempre intento no pensar en la muerte	113,74	671,207	,364	,884
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	114,01	650,205	,563	,880
14. La muerte es un aspecto natural de la vida	110,62	686,430	,249	,886
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	113,81	649,580	,580	,880
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	113,91	647,128	,647	,879
17. No le temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue	111,97	719,177	,199	,890
18. Tengo un miedo intenso a la muerte	113,85	680,649	,241	,887
19. Evito totalmente pensar en la muerte	113,80	678,356	,298	,885
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	113,43	654,687	,580	,880
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco	112,53	662,773	,364	,885
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	112,99	634,644	,748	,876
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal	113,72	662,124	,440	,883
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	111,01	683,986	,260	,886
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	114,01	652,561	,611	,880
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	114,00	685,315	,284	,885
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	113,84	641,371	,756	,877
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	113,51	634,664	,727	,876
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	113,88	652,382	,549	,880
30. La muerte no es ni buena ni mala	111,82	701,791	,182	,889
31. Espero una vida después de la muerte	113,27	645,597	,616	,879
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	112,36	672,975	,328	,885

Tabla 73 Estadísticos total-elemento PRAM (n = 74)

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE		COMPONENTES				
		1	2	3	4	5
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	,923				
25	Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito	,915				
15	La muerte es la unión natural con Dios y con la gloria eterna	,896				
4	Creo que iré al cielo cuando muera	,862				
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma	,825				
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	,824				
28	Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	,793				
31	Espero una vida después de la muerte	,756				
22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir	,719				
8	La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva	,650				
3	Evito totalmente pensar en la muerte		,900			
12	Siempre intento no pensar en la muerte		,839			
19	Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte		,838			
26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte		,789			
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente intento apartarlo		,769			
9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible			,886		
23	Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal			,847		
11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento			,836		
29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida			,692		
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones			,498		
7	Me trastorna la finalidad de la muerte				,712	
21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin del mundo que conozco				,706	
32	Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte				,661	
2	La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad				,660	
20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho				,621	
1	La muerte es sin duda una experiencia horrible				,562	
18	Tengo un miedo intenso a la muerte				,531	
14	La muerte es un aspecto natural de la vida					,881
24	La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida					,854
6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable					,629
30	La muerte no es ni buena ni es mala					,557
17	No le temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue					,483

Tabla 74 Matriz de componentes rotados (n = 74), Schmidt et al.

A continuación se procedió al análisis de factores de componentes principales. De acuerdo con la formulación teórica previa se contemplaron cinco componentes y se rotaron para lograr una solución ortogonal (Varimax), Tabla 74.

Como se puede comprobar en la Tabla 75 se mantienen los cinco componentes iniciales, a los descritos por Wong, Reker y Gesser (1997)

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

Tabla 75 Composición de las dimensiones

En la Tabla 76 presentamos los valores de los coeficientes alfa de consistencia interna junto a los obtenidos en el estudio inicial y los de Wong. Los valores de los coeficientes alfa oscilan, al igual que ocurre en el estudio de Wong, entre 0,71 (aceptación neutral) y 0,95 (aceptación de acercamiento).

DIMENSIÓN	Coeficiente alfa, Wong et al.	Coeficiente alfa, Schmidt et al. Fase Inicial	Coeficiente alfa, Schmidt et al. Programa formación
Aceptación de acercamiento	$\alpha = 0,97$	$\alpha = 0,93$	$\alpha = 0,95$
Evitación de la muerte	$\alpha = 0,88$	$\alpha = 0,90$	$\alpha = 0,91$
Aceptación de escape	$\alpha = 0,84$	$\alpha = 0,81$	$\alpha = 0,87$
Miedo a la muerte	$\alpha = 0,86$	$\alpha = 0,83$	$\alpha = 0,83$
Aceptación neutral	$\alpha = 0,65$	$\alpha = 0,69$	$\alpha = 0,71$

Tabla 76 Comparativa de los coeficientes alfa de cada una de las dimensiones

En nuestro estudio los cinco componentes explican el 68,10% de la varianza, algo mayor que en el estudio de Wong (66,2%), ver Tabla 77.

DIMENSIÓN	% de la Varianza	% Acumulado
Aceptación de acercamiento	27,23	27,23
Evitación de la muerte	18,79	46,01
Miedo a la muerte	9,90	55,91
Aceptación de escape	7,21	63,12
Aceptación neutral	5,70	68,82

Tabla 77 Varianza explicada, comparativa.

En la siguiente tabla (Tabla 78) se muestran las medias y desviaciones típicas de cada una de las dimensiones para el conjunto de la muestra ($n = \text{total}$), participasen en el programa de formación ($e = \text{estudio}$) o no ($c = \text{control}$). Evidentemente estos datos son meramente descriptivos, y no aportan información acerca de las consecuencias del programa de formación.

Dimensiones PRAM	Preintervención			Postintervención		
	(e =37)	(c =37)	(n = 74)	(e =37)	(c =37)	(n = 74)
Acept.						
Acercamiento						
Media	3,69	3,32	3,5041	3,23	3,10	3,1635
Desviación típica	1,31	1,47	1,39828	1,51	1,44	1,46872
Evitación Muerte						
Media	3,36	3,67	3,5162	2,52	3,55	3,0351
Desviación típica	1,48	1,57	1,52172	1,30	1,41	1,44084
Aceptación Escape						
Media	3,73	3,13	3,4297	3,53	2,96	3,2459
Desviación típica	1,46	1,36	1,43219	1,69	1,28	1,51252
Miedo Muerte						
Media	3,94	4,28	4,1100	3,47	3,95	3,7066
Desviación típica	1,36	1,25	1,31187	1,33	1,22	1,29209
Aceptación Neutral						
Media	5,99	5,74	5,8622	5,62	5,53	5,5757
Desviación típica	0,74	0,82	0,78683	1,13	1,06	1,08588

Tabla 78 Descriptivos generales del grupo preintervención y postintervención

Es preciso analizar que ocurre en ambos grupos antes y después del programa de formación. Para comprobar si se producen o no diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental. Antes de participar en el programa de intervención aplicamos la prueba de la U de Mann-Whitney. Como se observa en la Tabla 79 no hay diferencias significativas en ninguna de las cinco dimensiones.

Una vez finalizado el programa de formación ambos grupos contestaron de nuevo el Perfil revisado de actitudes hacia la muerte y se aplicó la prueba de la U de Mann-Whitney a fin de comprobar si había o no diferencias significativas entre el grupo control y el grupo de estudio. Como se observa en la Tabla 80 hay diferencias significativas entre ambos grupos en dos de las cinco dimensiones: Evitación de la muerte y Miedo a la muerte.

Dimensiones PRAM	Rango Promedio (n = 37)	U Mann-Whitney	Significación
Acept. Acercamiento			
Control	35,11		
Experimental	39,89	596,00	,338
Evitación Muerte			
Control	39,53		
Experimental	35,47	609,50	,417
Aceptación Escape			
Control	33,04		
Experimental	41,96	519,50	,074
Miedo Muerte			
Control	40,09		
Experimental	34,31	566,50	,202
Aceptación Neutral			
Control	33,68		
Experimental	41,32	543,00	,124

Tabla 79 Actitudes hacia la muerte en el grupo experimental y control, preintervención

Dimensiones PRAM	Rango Promedio (n = 37)	U Mann-Whitney	Significación
Acept. Acercamiento			
Control	36,31		
Experimental	38,69	640,50	,634
Evitación Muerte			
Control	45,61		
Experimental	29,39	384,50	,001
Aceptación Escape			
Control	33,82		
Experimental	41,18	584,50	,141
Miedo Muerte			
Control	44,23		
Experimental	30,77	489,50	,047
Aceptación Neutral			
Control	35,68		
Experimental	39,32	617,00	,464

Tabla 80 Actitudes hacia la muerte en el grupo experimental y control, postintervención

Para analizar con más detalle que ocurre en ambos grupos procedimos a comparar los resultados intragrupal preintervención y postintervención.

Tras realizar la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon en el grupo control no se encontraron diferencias significativas (Tabla 81) en ninguna de las cinco dimensiones que constituyen el PRAM. Respecto al grupo que participa en el programa de formación podemos apreciar diferencias significativas en tres de las cinco dimensiones: Aceptación de acercamiento, Evitación de la muerte y Miedo a la muerte.

Dimensiones PRAM	Análisis intragrupal Experimental (n = 37)	Análisis intragrupal Control (n = 37)
Acept. Acercamiento		
Z	-2,764	-1,661
Sig. Asintótica (bilateral)	,006	,097
Evitación Muerte		
Z	-3,658	-0,706
Sig. Asintótica (bilateral)	,000	,480
Aceptación Escape		
Z	-1,201	-1,104
Sig. Asintótica (bilateral)	,230	,270
Miedo Muerte		
Z	-2,290	-1,992
Sig. Asintótica (bilateral)	,022	,050
Aceptación Neutral		
Z	-1,496	-1,028
Sig. Asintótica (bilateral)	,135	,304

Tabla 81 Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon para PRAM

En los siguientes gráficos podemos ver como se distribuyen los valores de las medias en ambos grupos antes y después de la participación o no en el programa de formación, para las cinco dimensiones que constituyen el Perfil revisado de actitudes hacia la muerte: Aceptación de acercamiento (Gráfico 8); Evitación de la muerte (Gráfico 9); Aceptación de escape (Gráfico 10); Miedo a la muerte (Gráfico 11); y Aceptación neutral (Gráfico 12).

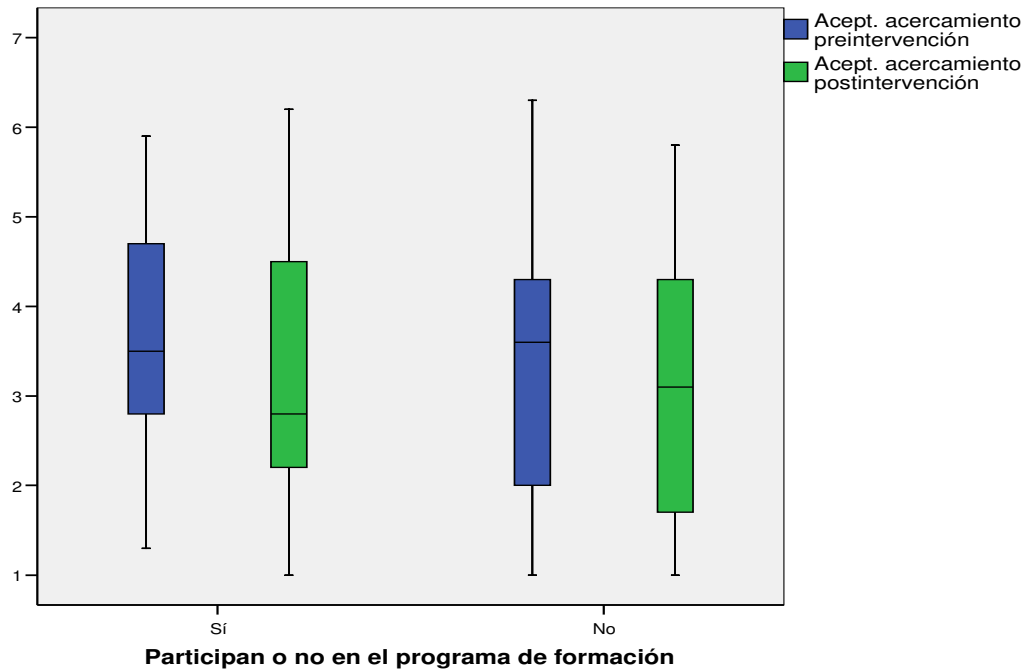


Gráfico 8 PRAM: Media para Aceptación de acercamiento en los grupos control y estudio pre y postintervención

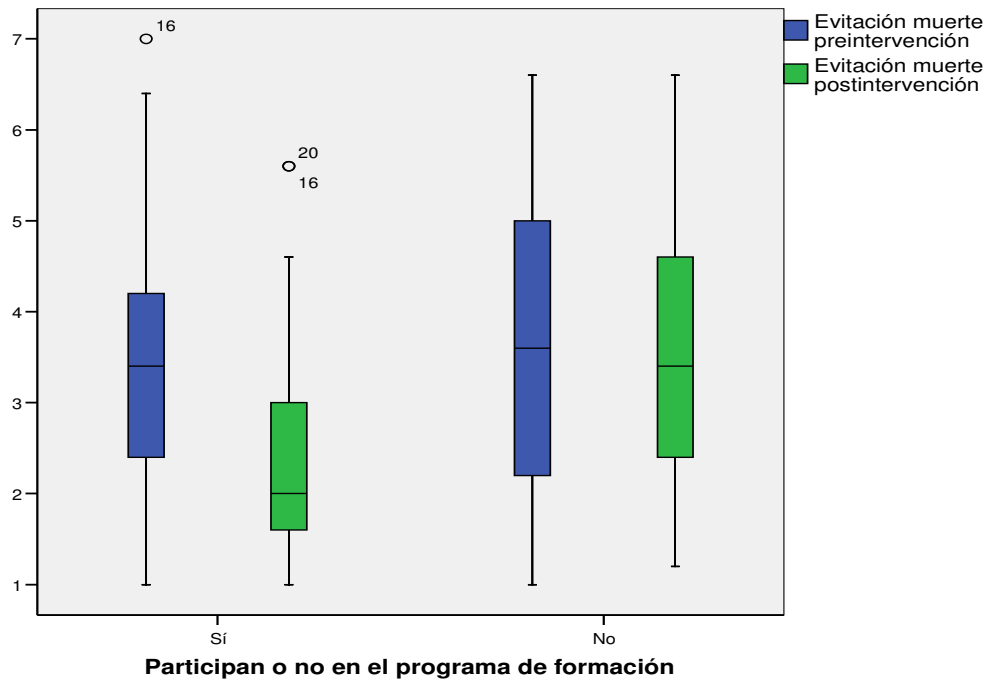


Gráfico 9 PRAM: Media para Evitación de la muerte en los grupos control y estudio pre y postintervención

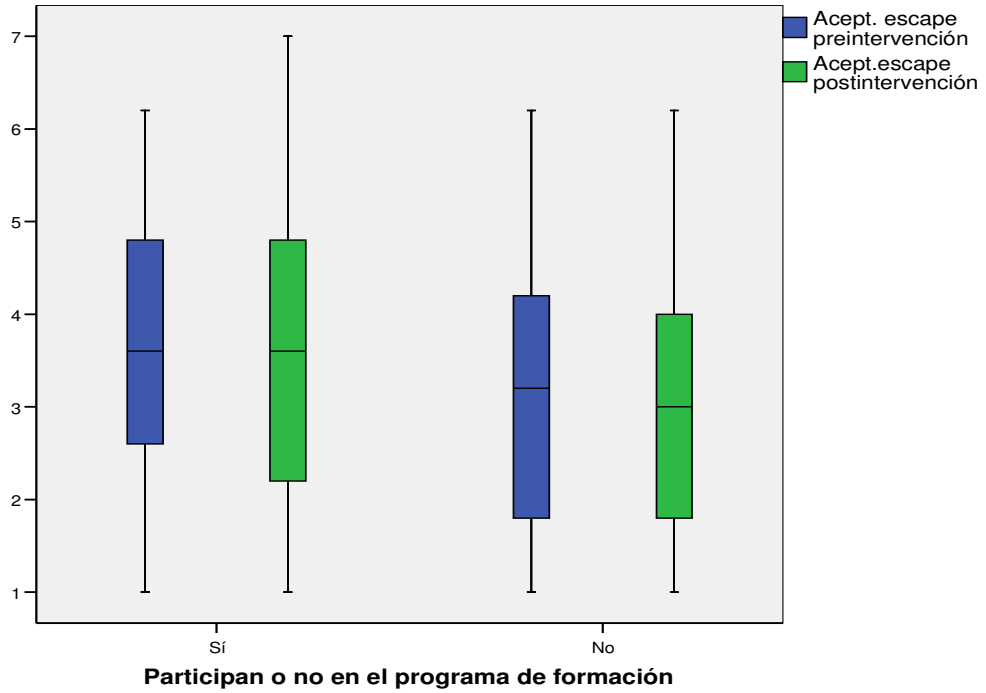


Gráfico 10 PRAM: Media para Aceptación de escape en los grupos control y estudio pre y postintervención

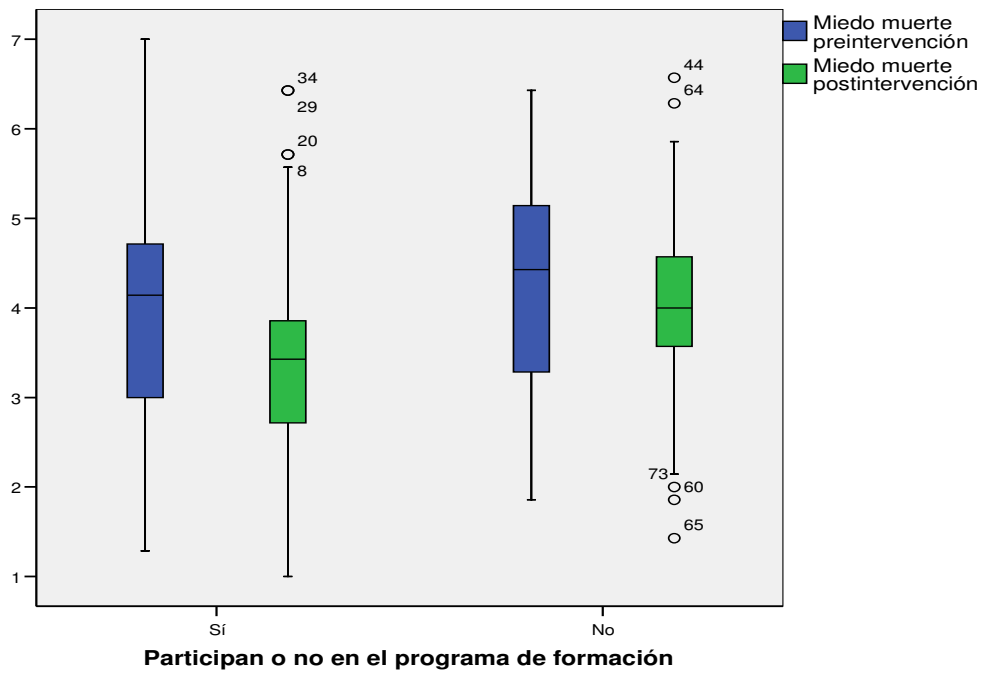


Gráfico 11 PRAM: Media para Miedo a la muerte en los grupos control y estudio pre y postintervención

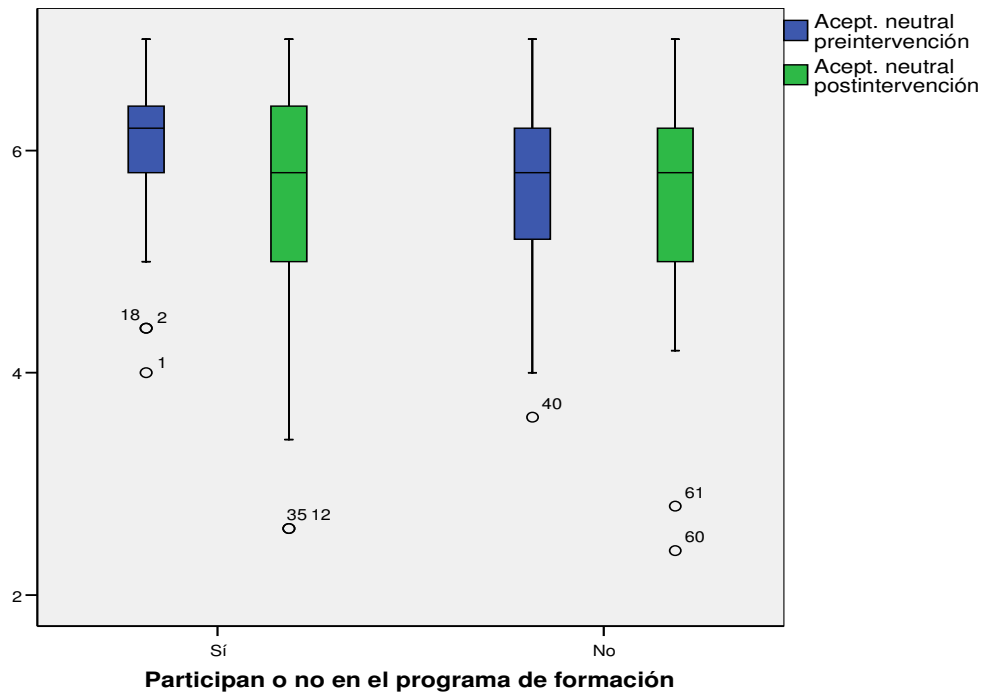


Gráfico 12 PRAM: Media para Aceptación neutral en los grupos control y estudio pre y postintervención

Discusión

5 Discusión

5.1 Fase 1: Validación de los instrumentos

5.1.1 Cuestionario “ad hoc”

5.1.1.1 Variables sociodemográficas y de formación

El número total de alumnos que participaron en el estudio fueron 916, de los cuales, 580 eran españoles y 336 cubanos. La media de edad era de 21,24 años con una desviación típica de 3,17, y un rango de edad que oscilaba entre los 18 y 48 años. La edad en la mayoría de los estudios que se realizan a estudiantes universitarios coincide con los rangos de nuestro grupo de estudio (Campos Aranda et al., 2002; Rojas Alcántara et al., 2004; Colell Brunet; 2005; Benbunan-Bentata, 2007)

En ambos países la mayoría de los participantes son mujeres (>75%) sin que existan diferencias significativas respecto al género. Estas proporciones, dos tercios de mujeres y un tercio de hombres son habituales en titulaciones como magisterio y enfermería. De hecho, en todos aquellos estudios realizados a estudiantes de estas titulaciones y a los postgraduados que realizan su actividad profesional se mantienen las mismas proporciones (Benbunan-Bentata, 2007, Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007) e incluso en algunos el porcentaje de hombres disminuye de forma ostensible (Colell Brunet, 2005).

- *Creencias religiosas*

Respecto a las creencias religiosas realizamos dos preguntas: ¿Profesa alguna religión? y ¿Qué religión profesa?

Respecto a la primera pregunta encontramos diferencias significativas entre los españoles y los cubanos; nuestros resultados coinciden con lo esperado. En España casi el 62% de los estudiantes universitarios dicen profesar alguna religión mientras que en Cuba el porcentaje se reduce al 22%. Aún así, el porcentaje de estudiantes que dicen profesar alguna religión en Cuba manifiestan un aumento; tal y como plantea Ramírez Calzadilla (1997), el cuál señala un incremento religioso desde finales de los ochenta y claramente marcado a partir de lo noventa. Respecto a los estudiantes españoles nuestros resultados coinciden con los de Raja Hernández et al. (2002), ya que indican que la mayoría de los sujetos de su estudio se declaran creyentes con una práctica moderada.

En cuanto a la segunda cuestión, nuestros datos revelan que tanto españoles como cubanos que se manifiestan practicantes en más del 90% se declaran católicos o cristianos; estos datos no coinciden con los que muestra Ramírez Calzadilla (1997); ya que aunque manifiesta un incremento de la presencia de la iglesia católica en la vida social de los cubanos, plantea la existencia de una peculiar complejidad por la diversidad de formas y manifestaciones religiosas; y si bien en la mayoría de la población existen elementos religiosos, no es eminentemente católica, protestante, santera o espiritista. En ella prevalece una religiosidad espontánea, asistemática referida principalmente a la cotidianidad que se expresa de diversas formas y con un contenido mágico y supersticioso.

- Estudios en los que están matriculados

En el proyecto de este estudio contemplamos la inclusión de estudiantes universitarios que tras su formación y en función de su perfil profesional fuesen a relacionarse en mayor o menor grado con pacientes en procesos de fin de vida o moribundos. El diseño se planteó de este modo ya que no sólo nos interesaba conocer las actitudes ante la muerte y el afrontamiento de la misma entre jóvenes universitarios sino que nos interesaba detectar si existían diferencias entre los jóvenes en función de la carrera profesional elegida. Para poder comparar los resultados entre españoles y cubanos mantuvimos la proporción de aproximadamente el 75% de estudiantes del grupo Ciencias de la salud y el 25% del grupo No Ciencias de la Salud.

- *Curso en el que están matriculados*

La inclusión del curso en el que los estudiantes estaban matriculados se consideró relevante para el estudio; puesto que, pretendíamos determinar si existían cambios en las actitudes y el afrontamiento de la muerte en función del contacto que la formación académica propiciaba (prácticas regladas en hospitales y centros de salud) a los estudiantes que pertenecían al grupo de Ciencias de la Salud con respecto a aquellos jóvenes que en su formación no iban a tener un contacto con pacientes en procesos de fin de vida.

A priori el estudio se diseñó para que los tres grupos que venían dados por el curso en el que estaban matriculados, de primero a tercero, estuviesen representados por el 33,33% de los sujetos de la muestra en ambos países. Pero tal y como se hace referencia en los resultados no se ha mantenido la proporción puesto que como ya

indicamos en el apartado de metodología sólo se recuperaron 916 cuestionarios de las 1000 repartidas, alterándose las proporciones iniciales del estudio.

- *Nivel socioeconómico*

La percepción del nivel económico y de la intranquilidad que confiere una economía más o menos precaria podría estar relacionada con las actitudes hacia la muerte por lo que incluimos este parámetro: Sin embargo, tras comprobar que la percepción subjetiva de españoles y cubanos era similar, ambos grupos consideraban que sus familias tenían una economía saneada y las situaban en un nivel socioeconómico medio, no analizamos estas variables respecto a los dos instrumentos utilizados.

Creemos que estos resultados se pueden interpretar considerando la propia naturaleza de la variable, ambas subjetivas y referidas al contexto particular de cada uno de los países. Parece que no es extraño que aquellos sujetos que acceden a la universidad tengan un nivel socioeconómico medio, encontrando porcentajes de más del 90% en España y Cuba.

5.1.1.2 Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas

Sin duda alguna el hecho de haber tenido determinadas experiencias personales o familiares pueden condicionar las actitudes hacia la muerte y el afrontamiento de la misma (Aries, 2002). Para poder comparar a los estudiantes españoles y cubanos debíamos comprobar si los segundos habían tenido un mayor contacto con la muerte; a través de experiencias personales o familiares.

Nuestros resultados muestran que no hay diferencias significativas entre los dos grupos. De modo que, en el momento del estudio, algo más del 50% de los estudiantes españoles y cerca del 47% de los cubanos habían tenido algún familiar enfermo. En ambos casos más del 60% habían perdido algún familiar o ser querido; llegando los españoles casi al 70%. Cerca del 97% no había sufrido ninguna enfermedad grave y aproximadamente el 92% no había tenido accidentes graves. A la vista de estos datos podemos decir que las experiencias personales relacionadas con situaciones vitales extremas tienen que ver sobretudo con lo que les ha ocurrido a familiares y a seres queridos, más que a experiencias directas relacionadas con su propia salud e integridad física.

Sin embargo, el impacto de estas situaciones en las actitudes individuales ante la vida que manifiestan los estudiantes cubanos y españoles es claramente diferente. Por una parte, el 60% de los cubanos consideran que estas situaciones no han cambiado sustancialmente su apreciación de la vida; aún cuando las reconocen como dolorosas. Por otra parte, el 60% de los españoles consideran que estas situaciones han cambiado significativamente sus vidas; en el sentido de apreciar más lo que se tiene y las califican como muy dolorosas para los supervivientes.

Podríamos pensar que esto es así porque en Cuba la muerte se vive de un modo más “natural”; puesto que la mayoría de los cubanos mueren en sus domicilios (Amaro Cano, 2003) y se integra dentro de la cotidianidad. Mientras que en España, el modo tecnológico de morir es mucho más frecuente y se suelen elegir los hospitales como lugares donde preferimos que nuestros familiares mueran (Cornelles, 1995; Esevenri, 2002). Este hecho va a dificultar (Ceriani Cernadas, 2001; Moreira y Lisboa, 2006) la elaboración del duelo y va a originar rupturas en las perspectivas y actitudes de la vida de los individuos.

5.1.1.3 Cuestionario sobre experiencia asistencial

En primer lugar, respecto a la experiencia asistencial comprobamos que los estudiantes cubanos habían tenido mayor contacto con ancianos que los españoles, el 25,6% de los cubanos frente a sólo el 5,5% de los universitarios españoles. Sin embargo, los españoles manifestaban que la experiencia asistencial que había tenido lugar durante su formación académica era mayor que para los cubanos; más del 55% de los universitarios españoles referían haber realizado prácticas durante su formación académica (recordemos que el 75% de la muestra es del grupo perteneciente a Ciencias de la Salud en ambas nacionalidades), mientras que las prácticas asistenciales académicas no llegan al 40% de los universitarios cubanos.

En segundo lugar, pudimos constatar que los universitarios españoles habían tenido menos contacto con pacientes moribundos. Cerca del 55% de los universitarios cubanos habían tenido alguna experiencia o contacto con los moribundos; no llegando al 43% en el caso de los españoles.

Por último, en cuanto a la pregunta, *¿Cómo fue la experiencia con los moribundos?*, no encontramos diferencias entre los universitarios españoles y los cubanos. En ambos casos más del 70% de los sujetos califican la experiencia con connotaciones negativas; sobre el 20% valoran la experiencia como positiva y algo menos del 10% la califica como una situación neutra.

Como hemos indicado la muerte es vivida con connotaciones altamente negativas que los sujetos verbalizaban con respuestas como: Desagradable, mala, penosa, dolorosa, desconsoladora, frustrante, terrible, horrible, trágica, dramática, angustiada, dura, sin saber como actuar, impactante, como si fuese propia. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios que valoran la ansiedad y el miedo a la muerte (Busquet Durán y Pujol Sabanés, 2001).

Las otras dos agrupaciones corresponden a una experiencia neutra: compleja, puramente profesional, despedida no dolorosa, algo natural pero que no deja indiferente, única para el moribundo. Y a una experiencia con connotaciones positivas: enriquecedora, buena, hermosa, satisfactoria, aprendizaje, la esperanza y el pasaje a otro mundo, sabemos que algunos sujetos son capaces de mostrar actitudes positivas hacia el proceso de morir y la muerte (Kastembaum y Aisenberg, 1972; Kübler-Ross, 1981).

De todos modos, no debemos olvidar que estamos planteando lo que produce la experiencia de la muerte de otros, y otros que son pacientes con los que (por lo menos a priori) no tenemos vínculos de carácter afectivo ni familiares.

5.1.2 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte

Tal y como se muestra en el apartado de resultados, el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte, presenta una elevada consistencia interna, similar a la que muestran Wong, Reker y Gesser (1994) y a la obtenida por Clements y Rooda (1999-2000).

Podemos decir que se mantiene la estructura original que plantean Wong, Reker y Gesser, en nuestro estudio se aprecia claramente la existencia de cinco dimensiones. El hecho de que cada ítem tenga una mayor carga en el factor teóricamente apropiado demuestra que los factores son puros y tienen consistencia interna. Los valores oscilan, al igual que ocurre en el estudio de Wong, entre uno bajo de 0,69 (Aceptación neutral) a uno alto de 0,93 (Aceptación de acercamiento). Tomadas conjuntamente, las escalas o dimensiones del PRAM tiene una fiabilidad que va de buena a muy buena.

El modo más coherente y claro de comparar nuestros resultados con los de Wong y Clements es haciéndolo dimensión a dimensión.

La primera dimensión emergente es "Aceptación de acercamiento" y queda constituida por diez ítems (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 y 31), lo mismo ocurrió en el estudio de Wong et al. y en el de Clements et al. Esta dimensión representa el 23,98% de la

varianza, muy próximo al 24% obtenido por Clements y algo alejado del 33,3% del obtenido por Wong.

La segunda dimensión emergente en nuestro estudio es “Evitación de la muerte” con seis ítems (1, 3, 10, 12, 18, 19 y 26). En nuestro caso la dimensión quedaba constituida por un ítem más; el ítem 1 “La muerte es sin duda una experiencia horrible” tiene una carga baja (0,446) pero no se distancia del valor obtenido en el estudio de Wong, Reker y Gesser (0,442), lo que ocurre es que tanto en este estudio como en el de Clements y Rooda se sitúa en la dimensión de “Miedo a la muerte”. Se trata de un intento de mantener la muerte fuera del pensamiento, de la conciencia y que no haya una confrontación de los sentimientos que la muerte provoca. La muerte es horrible y no hablo de ella, la alejo de la conciencia, no pensamos en ello, con lo cual se trataría de evitación y no de miedo.

El hecho de que se incluya un ítem más en esta dimensión supone un incremento en la varianza de la misma (17,26%) con respecto a los resultados obtenidos por Wong, Reker y Gesser (7,69%). Aún así, en el estudio de Clements y Rooda esta dimensión también ocupa, al igual que en nuestro estudio, el segundo lugar y presenta una varianza similar a la nuestra (14,9%); a pesar de que en su caso continúa constituida por los mismos ítems.

Podríamos considerar que según estos datos, la dimensión “Evitación de la muerte” tenga un peso mayor que la dimensión “Miedo a la muerte”, que podría explicarse no sólo por el hecho de la inclusión del ítem 1 en la primera dimensión sino considerando las diferencias culturales existentes entre la cultura anglosajona y la cultura mediterránea. En nuestra sociedad la muerte se oculta y generalmente los usuarios de los hospitales no reciben una información directa y clara del diagnóstico de terminalidad. Evitamos hablar de la muerte, la muerte se niega (Aries, 2002; Moreira y Lisboa, 2006).

En el estudio de Wong et al. la segunda dimensión era “Miedo a la muerte” con una varianza del 13,4%, en el de Clements es la tercera dimensión con un 7,9% y en el nuestro queda relegada al cuarto lugar un 7,4% de la varianza explicada, respectivamente. Llama la atención el hecho de que nuestra varianza se asemeje a la del estudio de Clements y Rooda; aún tratándose de grupos culturales distintos (anglosajones frente a latinos) creemos que este hecho se debe a las características de la muestra respecto a la edad. En ambos estudios se trata de sujetos jóvenes, mientras que en el de Wong et al. la muestra está constituida por jóvenes, adultos y ancianos.

Como hemos señalado, podemos considerar el hecho de que por un lado en el estudio de Wong, Reker y Gesser se sitúe en segundo lugar la dimensión “Miedo a la muerte”, en el de Clements y Rooda lo haga en tercer lugar y, por último, en nuestro caso acabe en la cuarta posición se deba a diferencias culturales entre los sujetos de nuestra muestra (españoles y cubanos) y los de los estudios de los autores ya citados (norteamericanos y canadienses).

La tercera dimensión emergente en todos los estudios es “Aceptación de escape” e incluye cinco ítems (5, 9, 11, 23 y 29). Esta dimensión representa un 7,96% de la varianza, ligeramente superior a los resultados obtenidos por Wong et al. (6%) y por Clements y Rooda (5,2%). El hecho de una mayor carga, sin que haya diferencias significativas entre los tres estudios, podría explicarse considerando que nuestra muestra está constituida en un 75% por sujetos que académicamente y profesionalmente tienen que vérselas con la muerte de otros, de los pacientes a los que van a atender y por tanto, hay una experiencia previa de lo que el proceso de muerte puede poner en juego. De modo, que no se teme tanto a la muerte como al proceso; pérdida de la autonomía, dolor, sufrimiento, incertidumbre... En el estudio de Wong esta dimensión se explica por la existencia de ancianos en la muestra.

Por último, la quinta dimensión “Aceptación neutral” incluye cinco ítems (6, 14, 17, 24 y 30), correspondientes a los resultados obtenidos por Wong. Nuestros resultados explican el 4,44% de la varianza, algo menos que en el estudio de Wong (5,69%). Destacamos que dos de los ítems presentan una carga relativamente baja: ítem 30 “La muerte no es buena ni mala” (0,50) e ítem 17 “No temería a la muerte ni le daría la bienvenida” (0,48). Pero en cualquiera de los dos casos son ligeramente superiores a los obtenidos por Wong, 0,49 para el ítem 30 y 0,40 para el 17.

Por otra parte, al calcular la fiabilidad del conjunto de los ítems del instrumento observamos que el ítem 17 “No temería a la muerte ni le daría la bienvenida” presentaba una correlación baja respecto a los demás elementos (0,008) y que, eliminando dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,862$, pero no de modo significativo.

Esta circunstancia ocurre también en el caso del ítem 30 “La muerte no es buena ni mala”. Para este ítem la correlación es de (0,093); comprobamos que si eliminamos dicho ítem la fiabilidad de la escala aumentaba ligeramente, $\alpha = 0,860$, pero no de modo significativo.

Pensamos que esto se podía deber a un problema de traducción por lo que consideramos pertinente enviar los ítems en inglés y castellano a tres intérpretes independientes que propusieron traducciones alternativas:

- Para el ítem 17: “No le temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue”. “La muerte no me inquieta pero tampoco la deseo”. “Ni me da miedo la muerte ni me alegraría su llegada”
- Para el ítem 30: “La muerte no es ni buena ni mala”

Respecto a estas propuestas en cuanto a la redacción de los ítems las tendremos en cuenta en próximos estudios, en concreto en el programa de formación. Así podremos determinar si el comportamiento anómalo se debe a una dificultad de la comprensión o viene dado por la propia naturaleza de los ítems.

Destacar que estos dos ítems los incluyen Clements y Rooda en una sexta dimensión por considerar que medirían de un modo más puro la Aceptación Neutral de la Muerte y a la luz de los resultados obtenidos en su estudio. No deja de llamar la atención que precisamente la dimensión Aceptación neutral de la muerte es en todos los casos la que tiene un menor peso; es la que presenta un menor coeficiente de Cronbach y la que emerge en último lugar y explica el menor porcentaje de la varianza.

A la vista de estos resultados parece que esta dimensión “Aceptación Neutral” plantea ciertos conflictos. Por un lado, el hecho de que sólo explique un porcentaje mínimo de la varianza. Y por otro lado, el hecho de que dos de los cinco ítems que la constituyen no tengan una carga mayor del 0,60; y que incluso en el estudio de Clements y Rooda se proponga una sexta dimensión que quede constituida por estos dos ítems; sin que realmente aporte mucha más información respecto a las actitudes de los sujetos.

En relación con estos datos, podemos considerar que asumimos de modo racional la existencia de la muerte como parte del ciclo de los seres vivos: nacen, crecen, se reproducen y mueren; sin embargo, sabemos que para el hombre se ponen en juego otros mecanismos cuando contempla el acaecimiento de la finitud de otros hombres o de ellos mismos (Cruz Quintana y García Caro, 2007). Esto coincide con el hecho de que en todos los estudios, incluido el nuestro, los sujetos puntúen con una media superior a cinco en esta dimensión. Sabemos que la muerte es un hecho natural, ¿pero que actitudes se ponen en juego cuando la miramos cara a cara? El que no existan diferencias entre los diferentes grupos de estudio podría hacernos considerar que esto se debe a la lejanía con que los jóvenes perciben la muerte (Bayés et al., 1999; Rojas Alcántara et al., 2004).

En cualquier caso, el conjunto de las cinco dimensiones de Wong explica el 66,2% de la varianza; en nuestro caso representan el 61,1%, superior al obtenido en el estudio de Clements, con seis dimensiones, 60,3% de la varianza. Ya hemos informado de las diferencias de edad entre los tres grupos, en nuestro caso y el de Clements et al. la muestra está constituida exclusivamente por jóvenes y en el de Wong et al. se contemplan tres rangos de edad (jóvenes, adultos y mayores).

Creemos sinceramente que este es un instrumento que puede ser usado por investigadores para profundizar en las actitudes hacia la muerte de grupos poblacionales y personal sanitario (médicos y personal de enfermería) para asesorar y apoyar (Counselling) a sus pacientes en situaciones de fin de vida y en la práctica profesional.

Una vez hechas todas estas consideraciones respecto al instrumento pasamos a discutir los resultados obtenidos en relación con las actitudes hacia la muerte de los estudiantes cubanos y españoles. Así como, respecto al género, las creencias religiosas, la titulación universitaria y el curso en que estaban matriculados.

- *Actitudes hacia la muerte de universitarios españoles y cubanos*

Respecto a las cinco dimensiones que conforman el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte, comprobamos la existencia de diferencias significativas entre los universitarios españoles y los cubanos en dos de ellas: Evitación de la muerte y Miedo a la muerte.

Los estudiantes universitarios cubanos presentan una media mayor en la dimensión “Evitación de la muerte” ($4,6 \pm 1,5$) que los españoles ($3,8 \pm 1,5$). Como hemos señalado esta dimensión hace referencia al modo en que la persona establece un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la conciencia. Podríamos considerar que los estudiantes cubanos procuran no pensar, mantener la muerte apartada, en cierto modo no tener nada que ver con ella; el hecho de nombrarla supondría darle consistencia hay que tener en cuenta la importancia de la muerte en el imaginario mágico cubano (Ramírez Calzadilla, 1997). Estos resultados coinciden con los de Hernández Cabrera et al. (2002) señalando que en un grupo de médicos cubanos existe una elevada ambivalencia, aun apareciendo cierta aceptación prevalecen las actitudes de evitación de la muerte.

Respecto a la dimensión “Miedo a la muerte” ocurre lo contrario. En este caso los universitarios españoles puntúan más ($4,0 \pm 1,4$) que los cubanos ($3,7 \pm 1,4$).

Tengamos en cuenta que los cubanos refieren vivir de un modo más natural la muerte y que dentro de los sistemas religiosos-mágicos el muerto o su espíritu continua formando parte de la cotidianidad del grupo (Figarola, 1999); en este sentido morir no se contempla como dejar de ser, dejar de existir, sino como un cambio en la naturaleza de los individuos. Sin embargo, los estudiantes españoles más inmersos en un modo tecnológico de vivir y como producto del medio en el que viven contemplan la muerte como una ruptura, un dejar de ser, en el que además no participan. La muerte como hecho consumado e irreversible. En este sentido nuestros resultados coinciden con los de Tomás Sábado y Limonero (2004); ya que señalan que las estudiantes de enfermería españolas en relación con las egipcias tienen una mayor dificultad a la hora de aceptar la idea de la muerte y para encontrarle un significado. Tomás Sábado y Limonero estiman que el hecho que un determinado grupo cultural, en su caso estudiantes de enfermería egipcias, tengan un mayor contacto con la muerte supone una causa de incremento de la ansiedad ante la muerte ya que una existencia más visible de la muerte hace que se constituya como una amenaza real.

Como ya hemos comentado no deja de llamar la atención el hecho de que ambos grupos presenten medias elevadas ($5,4 \pm 1,4$, cubanos y $5,5 \pm 1,1$ españoles) en la dimensión “Aceptación neutral”. Teniendo en cuenta que la puntuación máxima es de 7, podemos pensar que al contestar los sujetos lo hacen desde un punto de vista exclusivamente biológico. Sin embargo, estamos de acuerdo con la apreciación de Feifel (1959), el que estos mismos sujetos refieran miedo o evitación de la muerte corrobora el hecho de que para los hombres la cultura en la que crecen condiciona las actitudes ante la muerte; a su vez las actitudes relacionadas con ella condicionaran el significado que el sujeto le va a dar al proceso de morir y van a servir como un proceso organizador importante para determinar como se comportan en estas situaciones.

Comparando nuestros resultados con estudios en los que los sujetos eran adultos y ancianos (Wong, Reker y Gesser, 1988; Amy Hui-Mei, 2003) encontramos que las medias obtenidas para todas las dimensiones son menores es decir; tienen menos miedo a hablar de la muerte, piensan en ella de modo más recurrente, la consideran un escape, creen en una vida después de la muerte y aún considerando que es algo natural, las medias son también menores ($4,39 \pm 0,52$).

- *Actitudes hacia la muerte en hombres y mujeres*

En el estudio de Wong, Reker y Gesser se encontraron diferencias respecto al género en tres dimensiones: Aceptación de acercamiento. Evitación de la muerte y Aceptación

de escape. El examen de las medias demostraba que las mujeres aceptaban significativamente más la vida después de la muerte y la muerte como un escape que los hombres. Por otra parte, los hombres eran más propensos a evitar pensar en la muerte. En nuestro estudio hemos encontrado diferencias significativas en dos de las dimensiones: Aceptación de acercamiento y Aceptación neutral. El examen de las medias indica un valor mayor para las mujeres en la dimensión Aceptación de afrontamiento y mayor para los varones en Aceptación neutral.

A la vista de nuestros resultados podemos decir que coincidimos con los resultados anteriores respecto a la dimensión de Aceptación de acercamiento, siendo las mujeres más proclives a aceptar una vida después de la muerte. En este sentido nuestros resultados coinciden con los de Klenow y Bolin (1989) los cuales encontraron que las mujeres creían más en la vida después de la muerte.

No hemos encontrado diferencias respecto a la Evitación de la muerte y la Aceptación de escape entre los hombres y las mujeres de nuestro grupo, a diferencia de lo mostrado en el estudio de Wong et al. Si queremos comentar el hecho de que las medias de los estudiantes universitarios son mayores para la dimensión de la Evitación y menores para la Aceptación de escape; una vez más esto parece estar relacionado directamente con la diversidad de las muestras respecto a la edad. Los jóvenes evitarían más pensar en la muerte, es algo (Campos Aranda et al. 2002; Twelker, 2004) que no tiene que ver con ellos y no consideran el hecho de ver la muerte como una salida.

Respecto a los resultados obtenidos en la dimensión Aceptación Neutral no coinciden con los de otros estudios existentes en la bibliografía. Aún con medias elevadas en ambos grupos los hombres ven la muerte como un hecho más natural. Rooda, Clements y Jordan (1999) encontraron diferencias significativas entre los hombres y mujeres en Aceptación neutral, puntuando más los hombres.

James Kvale et al. (1999) no encontraron diferencias en función del género respecto a las actitudes hacia la muerte. Si bien es cierto que el cuestionario que utilizaron fue el desarrollado por Dickinson y Pearson (1981). Tampoco encontraron diferencias en las actitudes hacia la muerte respecto al género Knight, Elfenbein y Capozzi (2000); en su estudio utilizaron el PRAM para valorar las actitudes respecto a la primera experiencia con relación a la muerte.

- *Actitudes hacia la muerte según profesen o no una religión*

Respecto a esta variable, sólo en el caso de la dimensión Aceptación neutral no aparecen diferencias significativas, manteniéndose en ambos grupos medias próximas a 5,5, tal y como ha ocurrido respecto a otras variables.

Nuestros resultados muestran que los sujetos que dicen profesar una religión presentan medias más elevadas en tres de las dimensiones: Aceptación de acercamiento, Aceptación de escape y Miedo a la muerte. En este sentido coinciden plenamente con los resultados obtenidos por Rooda, Clements y Jordan (1999), utilizaron el PRAM en un grupo de 403 enfermeras.

No extraña el hecho de que los que se manifiestan creyentes obtengan una media mayor en la dimensión “Aceptación de acercamiento” puesto que ella recoge ítems relacionados con la creencia de una vida feliz después de la muerte. Está bien documentado el hecho de que la creencia en una vida después de la muerte está relacionada con creencias y prácticas religiosas (Peterson y Greil, 1990; Raja Hernández et al., 2002).

En vista de la evidencia de que la creencia en una vida después de la muerte se sustenta en la religiosidad, parece lógico pensar que los sujetos religiosos o que dicen profesar una religión deberían experimentar menos miedo y ansiedad ante la muerte que aquellos que no contemplan la posibilidad de una vida después de la muerte. Sin embargo, la relación entre creencias religiosas y miedo a la muerte sigue sin ser concluyente. Respecto a esta cuestión nuestros resultados muestran que los sujetos que dicen profesar una religión (que además puntúan más en la dimensión de Aceptación de acercamiento) presentan medias superiores ($4,1 \pm 1,4$) en la dimensión “Miedo a la muerte” que los que dicen no profesar ninguna religión ($3,7 \pm 1,4$). Estos resultados muestran una clara correlación positiva entre creencias religiosas y miedo a la muerte; en este sentido coinciden con los obtenidos por diversos autores (Templer y Ruff, 1975; Young y Daniels, 1981). Aunque la mayoría de los estudios describen una correlación negativa entre religiosidad y miedo a la muerte (Templer, 1972; Feifel y Nagy, 1981). Hay algunos, en los que incluso, no se encuentra una relación clara entre religiosidad y Miedo a la muerte (Feifel, 1974; Raja Hernández, 2002). Muchas personas obtienen consuelo y fuerza en la creencia profundamente mantenida de que tras la muerte habrá cierta forma de existencia personal con conciencia de sí mismos, otros parecen encontrar una satisfacción equivalente creyendo que la muerte lleva a la extinción total. Parece que las personas que son firmes creyentes en una vida

después de la muerte o en la no-existencia más allá de ésta tienen menos miedo que aquellos que dudan.

Respecto a la dimensión “Aceptación de escape” nos llama poderosamente la atención el que los que dicen profesar alguna religión presenten medias superiores ($3,6 \pm 1,5$) que los que declaran no profesar ninguna religión ($3,0 \pm 1,4$). Ya hemos señalado que esta dimensión contempla la muerte como la salida de una situación física, emocional en la que el sufrimiento y el dolor tienen pocas opciones de aliviarse; por tanto, la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la ‘bondad’ de la muerte sino en la ‘maldad’ de la vida. En este sentido las personas que muestran una puntuación elevada en esta dimensión se debe a que no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia, y también entre aquellas personas que se han visto sometidos a largas enfermedades o procesos de dependencia.

Por último, queremos indicar que los creyentes presentan una media inferior en Evitación de la muerte. Parece que el hecho de creer en una vida después de la muerte facilita el hecho de hablar y pensar en ella. Muchos de los ritos católicos -la inmensa mayoría, de los participantes en este estudio que dicen profesar una religión, se declaran cristiano católicos- incluyen en sus liturgias la resurrección de la carne y por tanto el hecho de la muerte del cuerpo.

- *Actitudes hacia la muerte de alumnos de Ciencias de la Salud y No Ciencias de la Salud*

Sólo en el caso de la dimensión Miedo a la muerte no aparecen diferencias significativas, con unas medias próximas a cuatro puntos. Lo cual indica que en cualquier caso los jóvenes universitarios muestran un elevado miedo a la muerte, resultado que coincide con los de otros autores (Bayés et al., 1999; Tomás Sábado y Limonero García, 2004).

Para el resto de las dimensiones si se han encontrado diferencias. Los universitarios que cursan estudios relacionados con Ciencias de la Salud (Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional) presentan medias superiores en dos dimensiones: Aceptación de acercamiento y Aceptación de escape.

A la vista de estos datos podríamos inferir que los alumnos matriculados en Ciencias de la Salud son más creyentes que los que cursan otros estudios. Además este dato estaría relacionado con los resultados obtenidos para la variable anterior ya que los que son más creyentes mostraban valores superiores en la dimensión Aceptación de escape; Respecto a la Aceptación de escape podríamos interpretar este resultado

considerando que los alumnos de Ciencias de la Salud han de vérselas con la muerte, ésta es una realidad que encuentran durante el desarrollo de su formación. Ya hemos señalado que una puntuación elevada en esta dimensión se debe a que no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia; de modo que en este caso podría estar indicándonos que los estudiantes del grupo de Ciencias de la Salud prefieren que la muerte acontezca, que finalice, a que se trate de un proceso largo y doloroso (Azulay, 2002; Campos Aranda et al., 2002; Gala León et al., 2002; Moreira y Lisboa, 2006). Por otra parte, podemos decir que los estudiantes del grupo No ciencias de la Salud no tienen que enfrentarse con la muerte y por tanto no se plantean que en un momento determinado sea una liberación, presentando medias inferiores.

Los universitarios que cursan estudios no relacionados con Ciencias de la Salud (Magisterio, Ciencias Económicas y L. A. D. E.) presentan medias superiores en las otras dos dimensiones: Evitación de la muerte y Aceptación neutral.

Estos datos no nos sorprenden, los jóvenes universitarios que en su formación no se relacionan con enfermos ni con pacientes en procesos de fin de vida, no tienen una experiencia personal con estas cuestiones, considerando que además social y culturalmente la muerte está escamoteada, tal y como señalan diversos autores (Cruz Quintana et al., 2001; Aries, 2002) es lógico que este grupo muestre valores de la media superiores en ambas dimensiones. Por una parte, procuran no pensar en la muerte; y por otra parte, si lo hacen se sitúan en la perspectiva biológica no en algo que les va a ocurrir a ellos. Estos resultados coinciden con los de Robinson (2004), el cual realizó un estudio sobre las actitudes hacia la muerte en estudiantes universitarios de sociología (edad media = $22,54 \pm 6,81$) y determinó que se mostraban reacios a tratar temas relacionados con la muerte y la vivían como algo ajeno a ellos.

- *Actitudes hacia la muerte de alumnos de diferentes cursos*

Respecto a esta variable sólo hemos encontrado diferencias significativas en una de las dimensiones: Aceptación de escape.

Los resultados indican que en los sujetos que se encuentran en cursos superiores disminuyen los valores de la media en esta dimensión. Continuando con la lógica de esta variable mostraría que los alumnos se encuentran mejor preparados a medida que pasan los años; no parece que esto sea consecuencia tanto de la formación como de la maduración que supone el paso de los años; los datos hacen referencia al conjunto de los estudiantes universitarios y no sólo a los de Ciencias de la Salud. Aún

así, debemos ser cautos con este resultado ya que las diferencias entre los tres cursos están en el límite de la significación, $p = 0,048$.

- *Actitudes hacia la muerte: existencia de familiares enfermos y pérdida de seres queridos*

A la vista de los resultados no parece que la circunstancia de haber tenido un familiar enfermo suponga un cambio en cuanto a las actitudes hacia la muerte; al menos entre los estudiantes universitarios.

Es destacable el hecho de que un elevado número de sujetos refieran haber sufrido la pérdida de un familiar o ser querido, (en concreto 604 de los alumnos universitarios). Sin embargo no hemos hallado diferencias significativas respecto al grupo de estudiantes que no han pasado por esta situación. Podríamos suponer que por la edad de los integrantes del estudio, la mayoría de las muertes han sido de los abuelos. Lamentablemente no podemos confirmar este hecho, pero consideramos que sería una pregunta imprescindible para incluir en próximos estudios. Sabemos que la percepción y significación de la muerte es diferentes en función de la edad de los sujetos que mueren (Cruz Quintana et al, 2002), además desconocemos si estas muertes han acontecido siendo concientes los sujetos de estudio o por el contrario ocurrieron bien cuando eran niños o bien sin que ellos participasen durante el proceso de las mismas.

- *Actitudes hacia la muerte y existencia de enfermedad propia y grave*

Como ya señalamos en el apartado de resultados (Tabla 42) no hay diferencias significativas en cuanto a las actitudes hacia la muerte en función de que los sujetos hayan sufrido alguna enfermedad grave. En este caso creemos que estos resultados se deben al hecho de que solo 34 de los 896 sujetos respondieron a la pregunta afirmativamente por lo que hay que ser cautos a la hora de valorar los resultados.

- *Actitudes hacia la muerte y existencia de accidentes graves*

Nos ha llamado la atención el elevado número de individuos que dicen haber sufrido un accidente grave, casi el 50%. En este caso hemos encontrado diferencias significativas para la dimensión Aceptación de escape; de modo que los sujetos que manifiestan haber sufrido algún accidentes grave puntúan más alto en dicha

dimensión. Esto quiere decir que los sujetos que de un modo personal se han encontrado en una situación en la que peligraba su vida han considerado la posibilidad de la muerte como alternativa al dolor y al padecimiento. En este sentido, parece que las personas que muestran una puntuación elevada en esta dimensión se debe a que no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia, y también aquellas personas que se han visto sometidos a largas enfermedades o procesos de dependencia.

- *Actitudes hacia la muerte y experiencia asistencial*

El hecho de haber estado en contacto con ancianos y enfermos; ya sea como una actividad dentro de los programas de voluntariado o como una actividad académica (prácticas regladas) marca diferencias en las actitudes hacia la muerte, con respecto a los que no han tenido ninguna experiencia. En este sentido, hemos encontrado diferencias significativas en dos de las cinco dimensiones: Aceptación de escape y Aceptación neutral.

Las medias obtenidas son directamente proporcionales al hecho de haber tenido contacto en primer lugar con ancianos y enfermos; en segundo lugar con la enfermedad durante la realización de las prácticas y por último en aquellos que no han tenido ninguna experiencia asistencial.

De modo que los sujetos que han tenido contacto con enfermos y moribundos presentan mayor media que los que han realizado prácticas asistenciales; éstos a su vez puntúan más que los que no han tenido ninguna experiencia asistencial. Podríamos considerar que el hecho de ver a personas mayores, ancianas, y gravemente enfermas haga considerar a los sujetos jóvenes que es preferible morir. Por otra parte, aquellos que se han enfrentado a la enfermedad no puedan contemplar esta opción.

Como hemos indicado también encontramos diferencias significativas en la Aceptación neutral. Para esta dimensión ocurre al contrario, a menor contacto de los sujetos con la enfermedad existe una percepción más natural de la muerte. Aquellos que han estado en contacto con ancianos y enfermos muestran una media inferior en esta dimensión que aquellos que no tienen ninguna experiencia asistencial.

- *Actitudes hacia la muerte y contacto con moribundos*

Hay diferencias significativas en la dimensión Aceptación neutral. Nos encontramos unos resultados similares, respecto a esta dimensión, que los obtenidos para la variable anterior. Aquellos sujetos que dicen no haber tenido contacto con moribundos puntúan más; es decir, los estudiantes que se han tenido que enfrentar con la muerte de otros contemplan la muerte desde una perspectiva más crítica y no como un hecho biológico sino como algo que conmueve profundamente al ser humano.

5.1.3 Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte

Como hemos señalado en el apartado de resultados La Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM) es un instrumento altamente fiable.

Es lógico esperar que tanto el ítem 13 como el ítem 24 correlacionen negativamente con el resto de los elementos; ya que como hemos señalado para corregir los resultados de la escala las puntuaciones de estos dos ítems deben invertirse, para posteriormente ser sumadas al resto. Este hallazgo no parece tener sentido para el ítem número 1; ya que no debemos invertir su valor para la corrección posterior.

De cualquier modo, podemos decir que en los tres ítems hay un funcionamiento anómalo. No sólo por la correlación negativa, sobretodo por el hecho de la escasa correlación con el resto de los elementos. Podríamos considerar la exclusión de dichos ítems de la escala.

Sin embargo, si dichos ítems no fuesen considerados el instrumento quedaría constituido por 27 elementos y su fiabilidad sería ligeramente superior, $\alpha = 0,830$. Como se ve no parece que el hecho de eliminar los ítems aumente de forma significativa la consistencia interna del instrumento. De modo que en el presente estudio optamos por mantener íntegra la versión española de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte, con los 30 ítems iniciales. Y siguiendo los criterios de corrección del autor.

Consideramos que en estudios posteriores habría que profundizar en el funcionamiento de la escala. Como ya se ha señalado anteriormente, este instrumento ha sido utilizado en su versión traducida por Colell Brunet (2005). Sin embargo no nos es posible contrastar nuestros resultados con los del mencionado autor puesto que en su estudio utilizó exclusivamente once de los treinta ítems propuestos por Bugen; no estando incluidos los tres en los que hemos detectado baja correlación.

Podemos decir que la traducción al español (Robbins, 1997) de la EBAM es un instrumento que puede ser utilizado en la comunidad hispano-cubana (Schmidt et al., 2007).

Si bien la concepción de esta escala la vincula estrechamente con la determinación de la eficacia de un programa de formación, de hecho los diferentes ítems discriminan claramente los sujetos en formación de los sujetos control. Por tanto, cabría pensar que del mismo modo es capaz de discriminar entre sujetos que por su trayectoria personal y académica se hubiesen visto enfrentados a la muerte de algún ser querido o persona a su cargo (durante la realización de las prácticas hospitalarias, como voluntario o como cuidador informal).

Respecto al valor general de la muestra para la Escala de Bugen indicar que los valores obtenidos en nuestro estudio (media = $120 \pm 22,21$) son menores que los obtenidos por Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield (2007). Esta circunstancia sin duda se debe a las dos muestras, la nuestra está constituida por 916 universitarios, mientras que la de Claxton-Oldfield la componen 17 profesionales que trabajan con pacientes terminales.

- *Afrontamiento de la muerte de universitarios españoles y cubanos*

Respecto al afrontamiento de la muerte por países hemos constatado diferencias significativas; de modo que en conjunto los estudiantes universitarios cubanos muestran un mayor grado de afrontamiento que los españoles. Situándose los resultados de los españoles entre el percentil 33 y el percentil 50, mientras que los cubanos muestran resultados por encima del percentil 50 y muy próximos al percentil 66. De cualquier modo ambos grupos se encuentran en un rango de normalidad según el criterio por el cual los valores por debajo del percentil 33 harían referencia a un mal afrontamiento y los situados por encima del percentil 66 corresponderían a un buen afrontamiento.

Los datos obtenidos se pueden comprender considerando que en un principio ambos grupos están compuestos por jóvenes, de nivel medio; con un contexto cultural similar. En general los jóvenes tienen más dificultad para aceptar la realidad de la muerte (Gesser, Wong y Reker, 1987-1988). Sin embargo, el contexto social es diferente y los universitarios cubanos dicen haber vivido más procesos de fin de vida que los españoles. Podríamos considerar que en este sentido los cubanos que han tenido más experiencias relacionadas con la muerte manifiestan una mayor competencia percibida que sus condiscípulos españoles.

El énfasis existencial de que las personas necesitan tener una sensación de significado para afrontar la muerte ofrece un marco conceptual útil para integrar varios patrones de actitudes hacia la muerte.

Si bien existen diferencias significativas en varios de los ítems, no en todos ellos las diferencias van en el mismo sentido.

Por una parte, los universitarios españoles muestran medias más elevadas que los cubanos en los siguientes ítems: *“Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir”*; *“La muerte es un área que se puede tratar sin peligro”*; *“Últimamente creo que está bien pensar en la muerte”*; *“Me importa más la calidad de vida que su duración”*; *“Puedo hablar de mi muerte con mis familiares y amigos”*. El hecho de que los españoles muestren puntuaciones mayores de la media en estos ítems corrobora el hallazgo con relación a las actitudes hacia la muerte (PRAM); la muerte es algo de lo que se habla sin problemas en nuestro país, no es conflictivo pensar en ella.

Por otra parte, los universitarios cubanos muestran medias más elevadas que los españoles en los siguientes ítems: *“Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”*; *“Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias”*; *“Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos”*; *“Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir”*; *“Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral”*; *“Sé con quién contactar cuando se produce una muerte”*; *“Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”*; *“Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”*; *“Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”*; *“Sé cómo hablar con los niños de la muerte”*; *“Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo”*; *“Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito”*; *“Sé ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos de la muerte y proceso de morir”*; *“Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”*; *“Me puedo comunicar con los moribundos”*; *“Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero”*. Ya decíamos respecto a las actitudes ante la muerte que los cubanos preferían no nombrar la muerte ni pensar en ella, había en ellos una actitud de evitación. Sin embargo, se muestran mucho más capaces de afrontar situaciones reales y directas que tienen que ver con el proceso de morir y los moribundos.

- *Afrontamiento de la muerte en hombres y mujeres*

No existen diferencias significativas en el grado de afrontamiento de los participantes en función del género ($p = 0,104$). Ambos grupos muestran una media próxima al percentil 50 ($120,00 \pm 22,21$); en el caso de los hombres ligeramente por encima ($122,27 \pm 22,03$) y en el de las mujeres ligeramente por debajo ($119,37 \pm 22,23$).

Sólo aparecen diferencias en cuatro de los ítems: *“Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual”*; *“Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”*; *“Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”*; *“Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte”*. En todos los casos las medias de los hombres son mayores, refieren una mayor competencia percibida que en las mujeres.

En conjunto nuestros resultados no coinciden con los de Colell Brunet (2005) ya que él señala que los hombres de forma estadísticamente significativa presentan una mayor competencia percibida frente a la muerte. Hay que tener en cuenta que en su caso sólo se han incluido 11 de los ítems de los 30 totales que constituyen la Escala de Bugen de Afrontamiento ante la Muerte. En este sentido creemos que los resultados que expone están sesgados por la segmentación del instrumento; por lo que consideramos que si bien los hallazgos ítem a ítem pueden ser comentados, no es posible inferir un mejor afrontamiento global en función del género de los participantes.

Respecto a los ítems muestra que en su estudio (Colell Brunet, 2005) los hombres han obtenido medias mayores que las mujeres en: *“Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”*; *“Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”*; *“Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte”*; *“Sé como escuchar a los demás, incluidos los enfermos terminales”*; *“Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte”*; *“Me puedo comunicar con los moribundos”*. Como se aprecia coinciden tres de los ítems y en cualquier caso expresan, al igual que nuestros resultados, una mayor seguridad en el caso de los hombres que en el de las mujeres. Podríamos pensar que los hombres opinan que ellos son capaces de afrontarlo y de dar la talla; mientras que las mujeres plantean más dudas respecto a las dificultades con las que se encuentran.

- *Afrontamiento de la muerte según profesen o no una religión*

Hemos encontrado diferencias significativas ($p = 0,000$) en el grado de afrontamiento de los sujetos que dicen profesar una religión respecto de los que dicen no hacerlo.

Aquellos que dicen no profesar una religión presentan valores superiores de afrontamiento.

Tomando los ítems de modo independiente encontramos diferencias significativas en la mitad de ellos, aunque no en todos ellos las diferencias van en el mismo sentido.

Por una parte, los participantes que dicen profesar alguna religión revelan medias más elevadas en dos ítems: *“Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir”*; *“Últimamente creo que está bien pensar en la muerte”*. Podríamos pensar que las personas religiosas esperan una vida mejor después de la muerte y por ello no se preocupan esencialmente por ella.

Por otra parte, los universitarios que dicen no profesar ninguna religión muestran medias más elevadas en: *“Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”*; *“Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias”*; *“Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos”*; *“Saber que moriré no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida”*; *“Me siento preparado par afrontar mi muerte”*; *“Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir”*; *“Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”*; *“Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”*; *“Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”*; *“Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo”*; *“Sé ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos de la muerte y proceso de morir”*; *“Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”*; *“Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero”*. Podríamos decir que se muestran mucho más capacitados para afrontar los asuntos relacionados con la muerte y con el proceso de morir; tanto con los asuntos relacionados con su propia muerte como con la de otros.

Podríamos considerar que las personas que se identifican como no religiosas son concientes de que la vida es finita y por ello consideran que la muerte es un proceso más y se preparan para afrontarlo. Como indican algunos autores (McMordie, 1981; Smith, Nehemkis y Charter; 1984) los sujetos que no tienen fe afrontan mejor la muerte ya que no le tienen miedo.

- *Afrontamiento de la muerte en Ciencias de la Salud y No Ciencias de la Salud*

El hecho de que existan diferencias significativas en el grado de afrontamiento de los universitarios del grupo Ciencias de la Salud y el de No ciencias de la Salud. Nos hace considerar que en el proceso de elección de la formación universitaria los alumnos que cursan estudios relacionados con las Ciencias de la Salud están más inclinados a

considerar la posibilidad de la muerte y de hecho evidencian sentirse más capacitados para afrontarla. Suponemos que aquellos jóvenes que optan por carreras biosanitarias al menos se han planteado que van a trabajar y a relacionarse con sujetos que enferman.

Los del grupo No Ciencias de la Salud consideran que: *“Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo”; “Mi actitud frente a la vida y a la muerte ha cambiado recientemente”; “Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual”*.

Los del grupo de Ciencias de la Salud presentan medias más elevadas en aquellos ítems relacionados con los conocimientos y actitudes que tienen que ver directamente con la muerte y el proceso de fin de vida: *“Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir”; “Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias”; “Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos”; “Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano”; “Me siento preparado para afrontar mi muerte”; “Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir”; “Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral”; “Últimamente creo que está bien pensar en la muerte”; “Me importa más la calidad de vida que su duración”; “Sé con quién contactar cuando se produce una muerte”; “Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”; “Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”; “Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”; “Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito”; “Sé ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos de la muerte y proceso de morir”; “Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte”; “Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”; “Me puedo comunicar con los moribundos”*.

Queremos enfatizar la necesidad de formación tanatológica específica entre los alumnos de Ciencias de la Salud. En este sentido es importante indicar como en diversos estudios son los profesionales que realizan labor asistencial quienes están demandando una formación continua y específica (González Quijano et al., 1993; Cruz Quintana et al., 2001; Cruz Quintana et al., 2005)

- Afrontamiento de la muerte de alumnos de diferentes cursos

Es curioso evidenciar que las diferencias puestas de manifiesto en nuestro estudio señalan que el grado de afrontamiento disminuye a medida que los alumnos progresan en su formación académica. La media global de afrontamiento va disminuyendo a medida que avanzamos en los cursos: primero ($123,49 \pm 21,82$), segundo ($120,11 \pm$

20,64) y tercero ($116,51 \pm 23,52$). Podríamos pensar que a medida que los sujetos maduran son más conscientes de la realidad. Esta circunstancia parece más clara en el caso de los estudiantes de Ciencias de la Salud; ya que, a medida que avanzan en su formación entran en contacto con la realidad de las prácticas asistenciales. En el caso de estos universitarios la muerte se hace presente en lo real, se vuelve tangible y adquiere la cara y los nombres de aquellos que ven morir. Es el momento en el que hay que hacer frente a la muerte del otro como profesional, es el momento de poner en práctica los conocimientos y habilidades precisos para que los pacientes mueran del mejor modo posible. Esta situación evidencia una cierta incongruencia, a medida que aumentan los conocimientos disminuye el afrontamiento. ¿Qué ocurre? La respuesta se hace obvia, es preciso formar a los estudiantes en todos aquellos aspectos relacionados con la muerte y el proceso de morir. Es preciso una formación tanatológica específica (Cruz Quintana et al., 2005).

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de familiares enfermos*

Esta variable se encuentra en el límite de la significación, $p = 0,051$. Incliniéndose en el sentido de un mejor afrontamiento por parte de los sujetos que han tenido algún familiar enfermo. Si es así, podría contradecir el hecho de que el afrontamiento disminuya a medida que aumenta la experiencia; aunque consideramos que no es lo mismo enfrentarse a la enfermedad y a la muerte como familiar que como profesional. Probablemente la presión que se siente como profesional sea distinta que como familiar. En el ámbito familiar lo que se está poniendo en juego son sobretodo emociones y sentimientos; en el ámbito laboral además, entran en juego habilidades y conocimientos profesionales.

Hay cinco items que muestran diferencias significativas. Aquellos sujetos que han tenido algún familiar enfermo: dicen estar más familiarizados con los arreglos del funeral, consideran que les importa más la calidad de vida que su duración, se sienten más capaces de afrontar pérdidas futuras y consideran que se pueden comunicar con los moribundos. Como se ve se trata probablemente de una consecuencia fruto de la relación con una persona, allegado o familiar, gravemente enferma. La experiencia les ha proporcionado información acerca de los cuidados y les ha enfrentado cara a cara con la pérdida.

Respecto a aquellos que no han tenido ningún familiar enfermo detectamos medias superiores con relación al cambio de actitud respecto a la vida. Este hecho se puede entender en el contexto de la propia muestra, se trata de estudiantes universitarios,

jóvenes para los que la propia situación vital está en proceso de construcción y cambio.

- *Afrontamiento de la muerte y pérdida de seres queridos*

No observamos diferencias significativas para el conjunto de la EBAM. Estos resultados nos han llamado poderosamente la atención. En primer lugar, el que entre la muestra haya más sujetos que han sufrido la pérdida de un familiar que los que no. En segundo lugar, que no encontremos diferencias significativas entre ambos grupos.

Podríamos pensar que los resultados se deban a un mal planteamiento de la pregunta, no especificamos cuando se produjo la pérdida y si el sujeto del estudio vivió el proceso de la muerte. No parece ser lo mismo que hayan perdido algún abuelo siendo niños, o aún más no habiendo nacido, que haberlo perdido durante la infancia/adolescencia y siendo concientes de todo ello. Tampoco sabemos si las muertes fueron esperadas o repentinas. Ni el lugar en que se produjeron: casa u hospital. Incluso no precisamos el grado de parentesco del familiar: abuelos, tíos, padres, hermanos.... Consideramos que en este sentido debemos ser más precisos en próximos trabajos.

Aún así comentar que aquellos que dicen haber perdido algún familiar: “Conocen las emociones del duelo humano”; “Están familiarizados con los arreglos previos al funeral”; “Serán capaces de afrontar pérdidas futuras”.

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de enfermedades graves y propias*

No hay diferencias significativas para el conjunto de la escala. Además se da la circunstancia que muy pocos de los sujetos han sufrido una enfermedad grave, por lo que los resultados deben ser analizados con cautela, ya que ambos grupos tienen pesos específicos muy dispares.

Aún así, comentar que los sujetos que han sufrido enfermedades graves dicen sentirse más capaces de: “contactar con quién sea preciso cuando se produce una muerte”; “Ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir”; “decir lo correcto cuando están con alguien que sufre un duelo”; “Hablar con un amigo o familiar sobre la muerte”; “Disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”; “Comunicarse con los moribundos”; “Decirle a la gente que les quiere antes de morir”. Es decir, se muestran más capaces de afrontar los sentimientos en relación con la pérdida.

- *Afrontamiento de la muerte y existencia de accidentes graves*

En conjunto la escala muestra que hay diferencias significativas entre aquellos que han sufrido un accidente grave y los que no; con medias superiores en el primer grupo respecto al segundo. Podemos decir que los sujetos que han sufrido un accidente grave se sienten más capaces de afrontar la muerte.

De nuevo estos resultados deben ser tomados con cautela ya que los grupos a comparar son dispares en cuanto a su tamaño. Hay muchos más alumnos que no han sufrido un accidente. Aún así, los resultados obtenidos eran de esperar. Aquellos sujetos que han tenido un accidente se han enfrentado a la posibilidad real de la muerte, o al menos a la alteración de los proyectos inmediatos como consecuencia del accidente.

Hemos encontrado que aquellos que han tenido un accidente dicen: “Tener una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir”; “Conocer los servicios que ofrecen las funerarias”, “Conocer las distintas opciones para disponer de los cuerpos”; “Sentirse preparados para afrontar su proceso de morir”; “Estar familiarizados con los arreglos previos al funeral”; “Poder hablar de la muerte con los familiares y amigos”; “Saber con quién contactar cuando se produce una muerte”; “Saber hablar con los niños de la muerte”; “Ser capaz de hablar con un amigo o miembro de la familia sobre la muerte”; “Saber disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”.

Es probable que el hecho de haber tenido un accidente y haberse enfrentado a un cambio brusco de las perspectivas vitales haya servido como catalizador e incentivo de la temática en relación con la muerte.

- *Afrontamiento de la muerte y experiencia asistencial*

En conjunto la escala muestra que hay diferencias significativas entre aquellos que han tenido experiencia asistencial y aquellos que no. Los que no han tenido ninguna experiencia muestran una media inferior ($114,09 \pm 21,89$) que los que sí; ya sea con ancianos ($124,14 \pm 21,49$) o como parte de las prácticas ($122,06 \pm 21,49$). Es reconocido en la bibliografía que el grado de afrontamiento aumenta con la experiencia de la muerte.

Respecto aquellos que han tenido alguna experiencia es curioso señalar que los que han realizado labor de voluntariado se encuentran más capaces de afrontar la muerte ($129,14 \pm 21,49$) que los que han realizado prácticas regladas ($122,06 \pm 21,49$). Estos resultados coinciden con los obtenidos respecto a la variable ‘curso en el que se

encuentran matriculados'; el afrontamiento disminuía a medida que los alumnos avanzaban en su formación.

En este sentido nos planteamos que pueda influir no sólo tener que actuar atendiendo a sujetos en procesos de fin de vida, sino que el lugar en el que se produce la muerte puede influir en el grado de afrontamiento de los sujetos. ¿Es distinta la muerte en la casa que en el hospital?, ¿Cómo se produce en cada lugar?, ¿Qué ven los alumnos?, ¿Existe la posibilidad real de actuar en el campo profesional?, y si es posible actuar, ¿Disponen de las herramientas (habilidades, conocimientos y actitudes) necesarias para hacerlo?

- *Afrontamiento de la muerte y contacto con moribundos*

Hay diferencias significativas en el conjunto de la escala entre los sujetos que han tenido contacto con los moribundos; de modo que presentan un valor de la media global más alto que los que no han tenido contacto con personas moribundas. Además las medias de los ítems en los que hay diferencias significativas también son más elevadas: *“Tengo una buena perspectiva de la muerte y el proceso de morir”*; *“Estoy enterado de todos los servicios que ofrecen las funerarias”*; *“Estoy enterado de las diversas opciones para disponer de los cuerpos”*; *“Estoy enterado de todas las emociones del duelo humano”*; *“Me siento preparado par afrontar mi muerte”*; *“Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir”*; *“Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral”*; *“Puedo poner palabras a mis instintos de la muerte y el proceso de morir”*; *“Sé con quién contactar cuando se produce una muerte”*; *“Seré capaz de afrontar pérdidas futuras”*; *“Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí”*; *“Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales”*; *“Sé cómo hablar con los niños de la muerte”*; *“Puedo decir algo mal cuando estoy con alguien que sufre un duelo”*; *“Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito”*; *“Sé ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos de la muerte y proceso de morir”*; *“Sería capaz de hablar con un amigo o miembro de mi familia sobre la muerte”*; *“Sé disminuir la ansiedad de otros respecto a la muerte y el proceso de morir”*; *“Me puedo comunicar con los moribundos”*; *“Puedo decir a la gente, antes de que muramos, cuánto les quiero”*.

En este caso parece evidente que el afrontamiento ha mejorado en relación con el contacto con los moribundos.

5.1.4 Consideraciones de la Primera Fase

Consideramos que nuestro estudio ha servido para confirmar la gran fiabilidad y consistencia interna de los dos instrumentos que hemos utilizado; además de su aplicabilidad en el contexto hispano hablante.

Aún así, es preciso profundizar en el funcionamiento de determinados ítems; en este sentido es esencial realizar nuevos estudios con otros grupos poblacionales que contemplen diferentes rangos de edad. También es necesario perfilar y concretar con mayor precisión algunas de las variables que hemos considerado. Como por ejemplo, las creencias religiosas y el contacto con moribundos.

En relación con el PRAM podemos decir que es un instrumento que puede ser usado por investigadores para profundizar en las actitudes hacia la muerte de grupos poblacionales y personal sanitario (médicos y personal de enfermería) para asesorar y apoyar(Counselling) a sus pacientes en situaciones de fin de vida y en la práctica profesional

- El PRAM es un instrumento adecuado psicométricamente, exhaustivo y conceptualmente puro. Que contempla actitudes hacia la muerte tanto positivas como negativas.
- Hay que profundizar en el funcionamiento de dos de los ítems iniciales 17 y 30. Realizando nuevos estudios con la traducción propuesta para cada uno de ellos.
- Consideramos que es necesario diversificar la muestra de estudio para ampliar el conocimiento sobre la aplicabilidad del instrumento en otros grupos de edad.

En cuanto a la EBAM podemos decir que es un instrumento que permite conocer la competencia percibida de los sujetos en cuanto a conocimientos, habilidades, creencias y actitudes hacia la muerte. De este modo, permite conocer el grado de afrontamiento que expresan los sujetos.

- El EBAM es un instrumento adecuado psicométricamente, exhaustivo y conceptualmente puro.
- En general, la traducción al español del EBAM mantiene su consistencia interna y es un instrumento que puede ser utilizado en la comunidad hispano-cubana.
- Consideramos que es necesario diversificar la muestra de estudio para ampliar el conocimiento sobre la aplicabilidad del instrumento en otros grupos de edad.

En cuanto a nuestros dos grupos poblacionales, universitarios españoles y cubanos, hemos encontrado diferencias tanto en las actitudes hacia la muerte como respecto al afrontamiento de la misma. Podríamos pensar que sin duda el contexto cultural y el conjunto de las creencias de los sujetos condicionan las actitudes de los mismos respecto a la muerte. Pero además existen otra serie de variables que las determinan como son las creencias religiosas; elegir o cursar determinados estudios universitarios; las experiencias personales y asistenciales en relación con situaciones estresantes o de peligro vital. Todos estos aspectos, sociales, culturales y de experiencias personales configuran sin duda las actitudes hacia la muerte y el afrontamiento de la misma.

5.2 Fase 2: Implementación del programa de formación para mejorar el afrontamiento de la muerte en estudiantes de Ciencias de la Salud.

5.2.1 Cuestionario “ad hoc”

5.2.1.1 Variables sociodemográficas y de formación

- *Edad y género*

El número total de alumnos del segundo estudio fueron 74, de los cuales, 37 participaron en el programa de formación y 37 no, por lo que constituyeron el grupo control. La media de edad fue de 18,80 años con una desviación típica 1,43 para los 74 participantes y un rango de edad que oscilaba entre los 17 y 24 años, siendo no significativas las diferencias entre el grupo experimental y el grupo control ($p = 0,87$). La edad en la mayoría de los estudios que se realizan a estudiantes universitarios coincide con los rangos de nuestro grupo de estudio (Campos Aranda et al., 2002; Colell Brunet; 2005; Benbunan-Bentata et al., 2007).

En ambos grupos la mayoría de los participantes son mujeres, más del 75% sin que existan diferencias significativas respecto al género. Estas proporciones, dos tercios de mujeres y un tercio de hombres es habitual en titulaciones como fisioterapia y enfermería. De hecho, en todos aquellos estudios realizados a estudiantes de estas titulaciones y a los postgraduados que realizan su actividad profesional se mantienen las mismas proporciones (Rojas Alcántara; 2004; Benbunan-Bentata, 2007, Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, 2007) e incluso en algunos el porcentaje de hombres disminuye de forma ostensible (Colell Brunet, 2005).

- *Creencias religiosas*

En cuanto a las creencias religiosas el 68,9 % declaró profesar alguna religión, sin que existan diferencias significativas ($p = 0,209$) entre el grupo experimental y el grupo control. Los 51 sujetos que manifestaron profesar una religión se reconocieron católicos. Estos datos coinciden con los del INE para la población general española.

- *Nivel socioeconómico*

La percepción del nivel económico y de la intranquilidad que confiere una economía más o menos precaria podría estar relacionada con las actitudes hacia la muerte por lo

que incluimos este parámetro: Sin embargo, tras comprobar que la percepción subjetiva de los sujetos del grupo control y el experimental era igual, ambos grupos consideraban que sus familias tenían una economía saneada (más del 80%) y las situaban en un nivel socioeconómico medio (por encima del 90%), no analizamos estas variables respecto a los dos instrumentos utilizados.

Creemos que estos resultados se explican considerando la propia naturaleza de la variable. No es extraño que aquellos sujetos que acceden a la universidad tengan un nivel socioeconómico medio.

5.2.1.2 Cuestionario de experiencia personal con relación a situaciones vitales extremas

Sin duda alguna el hecho de haber tenido determinadas experiencias personales o familiares puede condicionar las actitudes hacia la muerte y el afrontamiento de la misma (Aries, 2002). Tras comparar a los estudiantes de ambos grupos nuestros resultados muestran que no hay diferencias significativas.

De modo que, en el momento del estudio, algo más del 50% de los estudiantes del grupo control y cerca del 65% de los del grupo de estudio habían tenido algún familiar enfermo. En ambos casos más del 70% habían perdido algún familiar o ser querido; sobrepasando los del grupo de estudio el 80%. Estos resultados son similares a los obtenidos por Busquet Duran y Pujol Sabanés (2001), ya que cerca del 85% de los alumnos de enfermería dicen haber tenido contacto con la muerte o el morir en el ámbito personal. Más del 90% no había sufrido ninguna enfermedad grave. Y aproximadamente el 92% no había tenido accidentes graves. A la vista de estos datos podemos decir que las experiencias personales relacionadas con situaciones vitales extremas tienen que ver sobretodo con lo que les ha ocurrido a familiares y a seres queridos, más que a experiencias directas relacionadas con su propia salud e integridad física.

Respecto al impacto de estas situaciones en las actitudes individuales ante la vida que manifiestan los estudiantes de ambos grupos tampoco es diferente. Los resultados obtenidos son similares a los de la fase inicial, donde encontramos que el 60% de los españoles consideran que estas situaciones han cambiado significativamente sus vidas; en el sentido de apreciar más lo que se tiene y las califican como muy dolorosas para los supervivientes. En esta segunda fase, la media del conjunto es superior al 70%. Y reafirman el hecho de que estas situaciones han cambiado esencialmente su modo de ver la vida.

5.2.1.3 Cuestionario sobre experiencia asistencial

En primer lugar, respecto a la experiencia asistencial destacar el hecho de que en ninguno de los casos ha habido experiencia asistencial reglada, algo obvio puesto que se trata de alumnos de primero y se excluyeron del estudio aquellos casos que hubiesen tenido formación asistencial previa (se excluyeron auxiliares de enfermería) No encontramos diferencias entre ambos grupos respecto a la atención a ancianos y enfermos, aproximadamente el 10%, en de labores de voluntariado.

En segundo lugar, pudimos constatar que los universitarios del grupo control habían tenido menos contacto con pacientes moribundos, cerca del 30% del grupo control, no llegando al 44% en el de estudio. Aunque no se encontraron diferencias significativas, estos resultados coinciden con los obtenidos Rojas Alcántara et al. (2004) en un estudio realizado entre estudiantes de Ciencias de la Salud (Enfermería, Medicina, Fisioterapia, Psicología y Odontología) refieren que el 35% han estado presentes en el momento de la muerte de alguien, mientras que Busquet Duran y Pujol Sabanés (2001), muestran un contacto con la muerte de casi el 77%. Es preciso señalar que en su estudio participaron alumnos de tercero de enfermería, por lo que evidentemente ya habían realizado prácticas asistenciales dentro de su formación académica.

Por último, en cuanto a la pregunta, ¿Cómo fue la experiencia con los moribundos?, si encontramos diferencias. Aquellos que pertenecen al grupo experimental verbalizan la experiencia con más connotaciones negativas que los del grupo control, ($p = 0,009$)

Como hemos indicado la muerte de otros es vivida con connotaciones altamente negativas, que los sujetos verbalizaban con respuestas como: Desagradable, mala, penosa, dolorosa, desconsoladora, frustrante, terrible, horrible, trágica, dramática, angustiada, dura, sin saber como actuar, impactante, como si fuese propia. Estos resultados coinciden con la mayoría de los estudios que valoran la ansiedad y el miedo a la muerte (Busquet Duran y Pujol Sabanés, 2001) destacando los sentimientos de impotencia e inseguridad.

Las otras dos agrupaciones corresponden a una experiencia neutra: compleja, puramente profesional, despedida no dolorosa, algo natural pero que no deja indiferente, única para el moribundo. Y a una experiencia con connotaciones positivas: enriquecedora, buena, hermosa, satisfactoria, aprendizaje, la esperanza y el pasaje a otro mundo, se sabe que algunos sujetos son capaces de mostrar actitudes positivas hacia el proceso de morir y la muerte (Kübler-Ross, 1981; Haynes, 1987; Schmidt et al., 2007).

De todos modos, no debemos olvidar que estamos planteando lo que produce la experiencia de la muerte de otros, y otros que son pacientes con los que no tenemos vínculos de carácter afectivo y cuanto menos familiares.

5.2.2 Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte

Como hemos señalado en el apartado de resultados la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte (EBAM) es un instrumento altamente fiable.

Respecto a los valores obtenidos para el Coeficiente de Cronbach podemos decir que se mantiene la fiabilidad inicial y tras el retest de cuatro meses. En cuanto a los descriptivos, señalar que la media y los percentiles de este grupo son superiores a los del grupo general de la Fase Inicial. Sin duda, esto se debe a que como señalamos parece evidente que aquellos jóvenes que optan por las carreras sanitarias inicialmente se han planteado que tendrán que trabajar con personas que enferman y probablemente también hayan considerado la muerte. Aún así, nuestros resultados generales antes y después de la intervención, tanto en el grupo de estudio como en el control, son inferiores a los obtenidos por Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield (2007), que como ya hemos indicado que en su caso utilizaron la Escala de Bugen en un grupo de profesionales que trabajaban con pacientes terminales (preintervención: $143 \pm 25,1$; postintervención: $166,9 \pm 20,8$).

Como se indica en el apartado de resultados, es curioso observar que en el transcurso de los cuatro meses en que tiene lugar el programa de formación, simultáneamente a la actividad universitaria, los sujetos del grupo experimental aumentan el valor del rango promedio; mientras que los sujetos del grupo control sufre una disminución del mismo; es decir, disminuye el afrontamiento ante la muerte. Estos resultados coinciden con los obtenidos en el Estudio Inicial, destacando que a medida que los alumnos pasaban de curso se producía una disminución del afrontamiento; en este caso los alumnos no cambian de curso aunque si inician su formación académica teórica. Consideramos que a medida que los alumnos se ven abocados a responder ante los pacientes se generan dudas acerca de las capacidades (habilidades, conocimientos y actitudes) necesarias para dar una respuesta profesional. En este sentido, hacemos hincapié en la importancia de una formación tanatológica pregrado o en su caso postgrado.

En el año 2004, Brysiewicz y McInerney pusieron en marcha un taller dirigido al personal de enfermería, que posteriormente se abrió a otros trabajadores relacionados con la sanidad (farmacéuticos, fisioterapeutas, higienistas orales...), para ello utilizaron

la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte. Los autores pretendían determinar la existencia de habilidades relacionadas con el afrontamiento a la muerte de los pacientes a los que atendían. Al finalizar el estudio detectaron diferencias significativas en el pretest y postest entre el grupo de estudio y el grupo control; nuestros resultados están en la línea de lo observado por dichos autores.

En el año 2005, Kwekkeboom, Vahl y Eland promovieron la participación de estudiantes de enfermería en un programa de cuidados paliativos de la Universidad de Wisconsin-Madison. En dicho programa, a lo largo de un curso académico, se le dio la posibilidad de interactuar de forma voluntaria con pacientes en procesos de fin de vida y sus familiares; de modo que durante este periodo los alumnos tuvieran la oportunidad de incrementar sus conocimientos y enfrentar sus actitudes hacia los cuidados paliativos. A la vez el programa ofrecía a los pacientes y familiares el apoyo, asesoramiento y acompañamiento en forma de cuidados no reglados (voluntariado de los estudiantes). Tras dos semestres se compararon, mediante un cuestionario, los conocimientos de cuidados paliativos, actitudes acerca de los procesos de fin de vida y los cuidados de enfermería a los pacientes moribundos y se encontraron diferencias significativas entre los alumnos que habían participado de forma voluntaria en el programa y aquellos que no lo habían hecho. Los mismos autores repitieron la experiencia un año después utilizando en esta ocasión diversos instrumentos (*Palliative Care Quiz for Nurses; Attitudes Towards Palliative Care* y *Concern About Caring for Dying Patients*) antes y después de la intervención sin que encontrasen diferencias significativas entre el grupo de estudio y el grupo control; a pesar de ello indican como hecho favorable el que los estudiantes de enfermería participantes describiesen la experiencia como positiva y gratificante. Así mismo muestran la imposibilidad de analizar las actitudes de los estudiantes respecto al cuidado de los enfermos moribundos debido a la baja consistencia interna del cuestionario utilizado (*Attitudes Towards Palliative Care*).

En el 2005, Colell Brunet propuso un programa de intervención de duración limitada; cuatro horas de seminarios, entre los estudiantes de primero de la Escuela Universitaria de Enfermería de Lleida y la Escuela Universitaria de Enfermería Virgen de la Macarena de Sevilla. Este autor sólo tuvo un grupo de intervención al que paso parte de la Escala de Bugen y encontró que aumentaba el afrontamiento de los alumnos andaluces tras la intervención.

Más recientemente, Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield (2007) llevaron a cabo un programa de formación que consistió en 9 sesiones, distribuidas semanalmente, de tres horas cada una de ellas. No encontraron diferencias significativas en ninguna de

las subescalas del miedo a la muerte de la Escala de Lester o DAS. Sin embargo, si se encontraron diferencias respecto a la Escala de Bugen, los participantes en dicho programa eran más eficientes a la hora de enfrentarse y afrontar la muerte tras las nueve semanas de preparación. En este sentido nuestros resultados coinciden con los de Claxton-Oldfield, Crain y Claxton-Oldfield, ya que el grupo que participó en el programa de formación presenta un aumento en el valor del rango promedio; mientras que los sujetos del grupo control sufre una disminución del mismo; es decir, disminuye el afrontamiento ante la muerte. Coincidiendo plenamente nuestros resultados con los de dichos autores.

Por último, en nuestro contexto cultural Benbunan-Bentata et al. (2007) muestran los resultados de una propuesta de intervención dirigida a estudiantes de enfermería en la Escuela Universitaria de Melilla centrándose en la ansiedad que el tema de la muerte puede generar en los alumnos de segundo curso. Los autores señalan como tras el programa los sujetos que pertenecen al grupo experimental no sufren cambios, mientras que los del grupo control sufren un aumento de la ansiedad.

Por tanto, podemos decir que aquellos sujetos que participan en programas de formación bien diseñados mejoran su afrontamiento de modo que se sienten más seguros y preparados a la hora de trabajar con pacientes terminales y moribundos. Serán profesionales mejor preparados y cualificados a la hora de trabajar en servicios de cuidados paliativos, o en aquellas situaciones que tengan que intervenir con pacientes en procesos de fin de vida.

5.2.3 Perfil revisado de actitudes hacia la muerte

Tal y como indicamos en el estudio inicial antes de administrar el PRAM en esta segunda fase, cambiamos la semántica del ítem 17 y 30, según la propuesta de los traductores. Ítem 17 “: “No le temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue” y el ítem 30 “La muerte no es ni buena ni mala”. Y procedimos a calcular la fiabilidad de la escala.

Se calculó el coeficiente de Cronbach antes ($\alpha = 0,886$) y después ($\alpha = 0,893$) del programa de formación, con los datos obtenidos tanto para el grupo control como el de estudio. Estos datos confirman la fiabilidad test-retest y demostraron tener una estabilidad adecuada en un periodo de 16 semanas.

El Perfil revisado de actitudes hacia la muerte presenta una elevada consistencia interna, similar a la que muestran Wong, Reker y Gesser (1994) y a la obtenida por Clements y Rooda (2000).

Podemos decir que se mantiene la estructura original que plantean Wong, Reker y Gesser. En nuestro estudio se aprecia claramente la existencia de cinco dimensiones. El hecho de que cada ítem tenga una mayor carga en el factor teóricamente apropiado demuestra que los factores son puros y tienen consistencia interna. Los valores oscilan, al igual que ocurre en el estudio de Wong, entre 0,71 el más bajo (Aceptación neutral) y 0,95 el más alto (Aceptación de acercamiento). Tomadas conjuntamente, las escalas o dimensiones del PRAM tiene una fiabilidad que va de buena a muy buena.

El modo más coherente y claro de comparar nuestros resultados con los de Wong y Clements es haciéndolo dimensión a dimensión.

La primera dimensión emergente es “Aceptación de acercamiento” y queda constituida por diez ítems (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 y 31), lo mismo ocurrió en el estudio de Wong et al. y en el de Clements et al. Esta dimensión representa el 27,23% de la varianza, situado entre el 24% obtenido por Clements y el 33,3% del obtenido por Wong.

La segunda dimensión emergente en nuestro estudio es “Evitación de la muerte” con cinco ítems (3, 10, 12, 18, 19 y 26). La varianza de la misma es mayor (18,79%) respecto a los resultados obtenidos por Wong, Reker y Gesser (7,69%). Aún así, en el estudio de Clements y Rooda esta dimensión también ocupa, al igual que en nuestro estudio, el segundo lugar y presenta una varianza similar a la nuestra (14,9%).

Podríamos considerar que la dimensión “Evitación de la muerte” tenga un peso mayor que la dimensión “Miedo a la muerte”, podría explicarse considerando las diferencias existentes entre la cultura anglosajona y la cultura mediterránea. En nuestra sociedad la muerte se oculta y generalmente los usuarios de los hospitales no reciben una información directa y clara del diagnóstico de terminalidad. Evitamos hablar de la muerte, la muerte se niega (Busquet Duran y Pujol Sabanés, 2001; Cruz Quintana et al., 2001; Gala León et al., 2002).

En el estudio de Wong et al. la segunda dimensión era “Miedo a la muerte” con una varianza del 13,4%, en el de Clements es la tercera dimensión con un 7,9% y en el nuestro queda relegada al cuarto lugar un 7,21% de la varianza explicada, respectivamente. Llama la atención el hecho de que nuestra varianza se asemeje a la del estudio de Clements y Rooda; aún tratándose de grupos culturales distintos (anglosajones frente a españoles) creemos que este hecho se debe a las características de la muestra respecto a la edad. En ambos estudios se trata de sujetos jóvenes, mientras que en el de Wong et al. la muestra está constituida por jóvenes, adultos y ancianos.

La tercera dimensión emergente en todos los estudios es “Aceptación de escape” e incluye cinco ítems (5, 9, 11, 23 y 29). Esta dimensión representa un 9,90% de la varianza, superior a los resultados obtenidos por Wong et al. (6%) y por Clements y Rooda (5,2%). El hecho de una mayor carga, sin que haya diferencias significativas entre los tres estudios, podría explicarse considerando el hecho de que nuestra muestra está constituida en un 100% por sujetos que académicamente y profesionalmente tienen que enfrentarse con la muerte de otros, de los pacientes a los que van a atender y por tanto, imaginario previo de lo que el proceso de muerte puede poner en juego. De modo, que no se teme tanto a la muerte como al proceso; pérdida de la autonomía, dolor, sufrimiento, incertidumbre... en el estudio de Wong esta dimensión se explica por la existencia de ancianos en la muestra.

La cuarta dimensión es “Miedo a la muerte” y queda constituida por siete ítems (1, 2, 7, 14, 18, 24 y 30). Como hemos señalado, podemos considerar el hecho de que por un lado en el estudio de Wong, Reker y Gesser se sitúe en segundo lugar la dimensión “Miedo a la muerte”, en el de Clements y Rooda lo haga en tercer lugar y, por último, en nuestro caso se sitúe en la cuarta posición, lo que quizás se deba a diferencias culturales entre los sujetos de nuestra muestra (españoles) y los de los estudios de los autores ya citados (norteamericanos y canadienses).

Por último, la quinta dimensión “Aceptación neutral” incluye cinco ítems (6, 14, 17, 24 y 30), correspondientes a los resultados obtenidos por Wong. Nuestros resultados explican el 5,70% de la varianza, igual que en el estudio de Wong (5,69%). Destacamos que aparecen dos de los ítems con una carga relativamente baja: ítem 30 “La muerte no es buena ni mala” (0,56) e ítem 17 “No temería a la muerte ni le daría la bienvenida” (0,48). Pero en cualquiera de los dos casos son ligeramente superiores a los obtenidos por Wong, 0,49 para el ítem 30 y 0,40 para el 17.

Mencionar que estos dos ítems, 17 y 30, los incluyen Clements y Rooda en una sexta dimensión por considerar que se mediría de un modo más puro la Aceptación Neutral de la Muerte y a la luz de los resultados obtenidos en su estudio. No deja de llamar la atención que precisamente la dimensión Aceptación neutral de la muerte es en todos los casos la que tiene un menor peso; es la que presenta un menor coeficiente de Cronbach y la que emerge en último lugar y explica el menor porcentaje de la varianza. Estos datos coinciden con los de la fase inicial de nuestro estudio.

En nuestro estudio los cinco componentes representan el 68,10% de la varianza, superando la explicación del estudio de Wong (66,2%) y por supuesto, al de Clements, con seis dimensiones, 60,3% de la varianza. Estos datos probablemente se deban a la

homogeneidad de la muestra de esta segunda parte. Ya hemos informado de las diferencias de edad entre los tres grupos, en nuestro caso y el de Clements et al. la muestra está constituida exclusivamente por jóvenes y en el de Wong et al. se contemplan tres rangos de edad (jóvenes, adultos y mayores). Además en este segundo estudio todos los participantes son universitarios relacionados con las Ciencias de la Salud.

Consideramos que este instrumento mejora sus propiedades con la modificación de los ítems 17 y 30 y que puede ser usado por investigadores para profundizar en las actitudes hacia la muerte de estudiantes de ciencias de la salud y personal sanitario.

5.2.3.1 Valoración de las actitudes hacia la muerte tras el programa de intervención

Respecto a las actitudes hacia la muerte de los estudiantes que participaron y no participaron en el programa de formación encontramos que los rangos promedios, la media y desviación típica de las dimensiones: Aceptación de acercamiento, Aceptación de escape y Aceptación neutral eran algo mayores en el grupo control. Mientras que ocurre lo contrario para las dimensiones: Miedo a la muerte y Evitación de la muerte. Estos resultados pueden estar condicionados por el hecho que los sujetos que participaron en el programa de formación lo hicieron de forma voluntaria y quizá por ello pudiesen estar predispuestos a tratar sobre esta temática; aún así señalar que no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

Tras la realización del programa de formación se administro de nuevo el PRAM y encontramos diferencias significativas en dos de las dimensiones: Miedo a la muerte y Evitación de la muerte. Queremos destacar el hecho de que en los estudiantes del grupo de estudio no sólo disminuyeron su miedo y eran más propensos a hablar sobre los temas relacionados con el proceso de morir y la muerte, sino que, en el mismo periodo los sujetos del grupo control aumentaron los rangos promedios para ambas dimensiones; incluso se encontró que en el caso del Miedo a la muerte rozaba la significación para el grupo control.

Es decir, mientras que tras la intervención en el grupo de estudio disminuyeron claramente el Miedo a la muerte y la Evitación de la muerte. En el grupo control aumentó el Miedo a la muerte. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por nosotros respecto al afrontamiento; el cual mejoraba tras el programa de formación y disminuía en los sujetos del grupo control. Coinciden igualmente con los de Wessel y

Rutledge (2005) y los de Wah Shun (2004-2005) que encontraron una disminución de la dimensión evitación de la muerte tras la realización de un programa de formación. Sin embargo, no podemos establecer comparaciones con el grupo control ya que sólo contaron con un grupo experimental.

Rojas Alcántara et al. (1998) observaron como los alumnos de enfermería referían de modo generalizado un gran miedo a la muerte, concluyendo con la necesidad de programas de formación específicos, sin llevarlo a la práctica por lo que no podemos comparar los resultados.

Respecto al Miedo a la muerte, nuestros resultados coinciden con los obtenidos por Tomás Sábado y Aradilla Herrero (2001) que con la metodología experiencial consiguieron una clara disminución del miedo a la muerte en el grupo de estudio, al mismo tiempo que no se detectaron cambios en el control. Resultados similares, con disminución del miedo a la muerte, obtuvo Mooney (2005) en un programa llevado a cabo entre estudiantes de enfermería australianos. Algunos cursos orientados específicamente a técnicos y personal de emergencias (Smith-Cumberland y Feldman, 2006) revelaron el cambio de actitudes hacia la muerte tras la participación en un programa experiencial. Por el contrario, en un estudio de disminución de la ansiedad ante la muerte dirigida a enfermeras y auxiliares, Tomás Sábado y Guix Llistuella (2001) obtuvieron resultados positivos en las enfermeras pero la ansiedad aumentó en el personal auxiliar, sin que los autores indiquen una posible explicación.

Como hemos señalado la dimensión Evitación de la muerte, hace referencia al modo en que la persona establece un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la conciencia. Podríamos considerar que los estudiantes del grupo de estudio a través de la dirección durante todo el programa de formación pueden pensar abiertamente en la muerte y el proceso de morir. Y este hecho, el poder pensar, hablar de la muerte y trabajar las emociones y sentimientos que la muerte genera hace que disminuya el miedo a la misma. Además durante la formación se dotó a los participantes de los conocimientos teóricos, capacidades y habilidades para poder enfrentarse a la muerte de los otros desde la postura del profesional, lo que sin duda aumentó la confianza y por tanto la competencia percibida y el afrontamiento de la muerte.

Dunn, Otten y Stephens (2005) realizaron un programa de formación dirigido a enfermeras que trabajaban en oncología y cirugía. Entre otros instrumentos utilizaron el PRAM y determinaron la existencia de diferencias significativas respecto al Miedo y la Evitación de la muerte. Además indicaron la importancia del desarrollo continuo de

programas de educación que permitan el mejor afrontamiento de los profesionales para prevenir la ansiedad ante la muerte e identificar las barreras que pueden aparecer en la atención de los pacientes; de modo, que el proceso de consolidación profesional de enfermeras noveles a expertas se lleve a cabo del mejor modo posible para ellas y suponga un incremento de la calidad asistencial.

Respecto al aumento del miedo entre los que no realizan el programa de formación, consideramos que podría deberse al hecho de que la presencia de la muerte a través de la enseñanza reglada se hace real sin que haya una preparación específica y concreta que de respuesta a las dudas que surgen en cuanto al modo de actuar como futuros profesionales. En este sentido nuestros resultados coinciden con los de Colell Brunet (2005) quien informa que al parecer los alumnos no se sienten preparados ni asistencialmente ni emocionalmente para atender a los enfermos al final de su vida e indica la necesidad de hacer hincapié en la preparación del futuro profesional para mejorar la eficiencia en su trabajo. Aspecto que también comparte Alcántara et al. (2004) y González Varón (2006)

Por último, señalar que aunque no se observaron diferencias intergrupales en el resto de las dimensiones, al hacer el análisis intragrupo además de las diferencias ya referidas encontramos que en los sujetos del grupo experimental disminuía de forma significativa la puntuación en la dimensión Aceptación de acercamiento. Probablemente el hecho de enfrentarse de una forma clara, analítica y pormenorizada a la significación de la muerte y el proceso de morir plantee ciertas dudas acerca de una vida después de la muerte. En este sentido será preciso profundizar en estudios futuros.

5.2.4 Consideraciones de la Segunda Fase

Tras el programa de formación hemos encontrado que los participantes refieren un incremento en la competencia percibida; de modo que expresan sentirse más preparados y capaces de trabajar con pacientes en procesos de fin de vida.

Así mismo pensamos que el hecho de ser un programa experiencial ha contribuido al cambio de las actitudes de los participantes. De modo que han disminuido el miedo y la evitación de la muerte; en este sentido el que disminuya el miedo les permite enfrentarse a la muerte con mayor seguridad. El miedo paraliza e impide actuar, esta circunstancia imposibilita la actuación de los profesionales. Por otro lado, la evitación hace desaparecer el problema y sin problema no es necesario intervenir.

Creemos que es primordial el desarrollo de programas de formación pregrado relacionados con los procesos de morir, que proporcionen las herramientas necesarias, conocimientos, habilidades y actitudes a los futuros profesionales que contemplen esta área de trabajo como suya.

Hay que seguir profundizando en este sentido y ampliar los programas de formación a los profesionales en activo de modo que la experiencia de trabajo con los estudiantes sea extrapolable a los profesionales.

Conclusiones

6 Conclusiones

1. Los datos de nuestros estudios ponen de manifiesto la validez y fiabilidad del PRAM y la EBAM, en español.
2. El cambio semántico de los ítems 17 y 30 del PRAM mejora su consistencia interna y fiabilidad.
3. Ambos cuestionarios pueden ser usados en el contexto hispanohablante.
4. Nuestros resultados muestran la existencia de diferencias significativas tanto respecto a las actitudes como al afrontamiento entre los universitarios españoles y cubanos. Los españoles no tienen problemas para hablar de la muerte, sin embargo se paralizan cuando se trata de encarar aspectos prácticos relacionados con la misma. Por el contrario, los cubanos evitan hablar de la muerte pero son capaces de afrontar con efectividad las situaciones relacionadas con ella.
5. Se evidencian diferencias significativas respecto a las actitudes y el afrontamiento ante la muerte entre los estudiantes de Ciencias de la Salud y los de No Ciencias de la Salud. Los alumnos de Ciencias de la Salud afrontan mejor la muerte y tienen actitudes más positivas hacia ella. Los universitarios que cursan estudios no relacionados con Ciencias de la Salud evitan los pensamientos sobre la muerte, y en todo caso, la contemplan como algo neutral.
6. El desarrollo de nuestro programa de formación adecuado aumenta la competencia y mejora las actitudes ante la muerte.
7. En nuestro estudio la EBAM se muestra como un instrumento útil para evaluar la eficacia del programa de formación desarrollado.
8. La EBAM puede ser una herramienta apta para orientar la selección del personal que va a trabajar en cuidados paliativos.
9. El PRAM es un instrumento que puede ser usado por los investigadores para profundizar en las actitudes hacia la muerte de diferentes grupos poblacionales incluidos pacientes y personal sanitario. Su conocimiento permitirá establecer estrategias de actuación dirigidas a evitar el “burnout” entre los profesionales y a mejorar los procesos de fin de vida de los pacientes.

Bibliografía

7 Bibliografía

- Adolffson, J. (2003). Health-related quality of life assessments in palliative with advanced cancer of prostate. *Pharmacoeconomics*, 21, 241-247.
- Alonso González, A. (1992). *La teoría de la Evolución y el estudio del hombre*. Granada: Editorial Universidad de Granada.
- Álvarez, T. (2001). La muerte en la cultura occidental. Aproximación al trabajo de morir. *Revista Universal de Antioquia*, 264.
- Allué Martínez, M. (1993). La antropología de la muerte. *Revista Rol de Enfermería*, 179-180, 33-39.
- Allué Martínez, M. (1998). La gestión del morir: hacia una antropología del morir y de la enfermedad terminal. *Trabajo Social y Salud*, 29, 215-231.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C. y Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 202-204.
- Amaro, M., Marrero, A., Valencia, M., Casa, S. y Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12 (1), 32-39.
- Amaro Cano, M. C. (2005). Consideraciones histórico-culturales y éticas acerca de la muerte del ser humano. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31 (2), 0-0.
- Amy, Hui-Mei Huang Lin. (2003). Factors related to attitudes towards death among american and chinese older adults. *Omega*, 47 (1), 3-23.
- Aparicio Mena, A. J. (2004). Idea de salud intercultural. Una aproximación antropológica a la idea de salud intercultural, derivada de la medicina tradicional china, en contacto con diferentes culturas. *Gazeta de Antropología*, 20, 20-45.
- Aradilla Herrero, A. y Tomás Sábado, 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.
- Aries, P. (1981). *The Hour of Our Death*. New York: Knopf.
- Aries, P. (2002). *Historia de la muerte en occidente: desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: El acantilado.
- Armstrong, D. (1987). Silence and truth in death and dying. *Social Science and Medicine*, 24, 651-657.
- Ayala, F. J. (1994). *La naturaleza inacabada*. Barcelona: Salvat.
- Azulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de la enfermedad terminal y en el proceso de la muerte. *Medicina Paliativa*, 7, 145-156.

- Bailey, C., Froggat, K., Field, D. y Krsihnasamy, M. (2002). The nursing contribution to qualitative research in palliative care 1990-1999: a critical evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (1), 48-60.
- Bakan, D. (1971). *Disease, pain, and sacrifice: Towards a psychology of sufferin*. Boston: Beacon Press.
- Barroso López, M. P. (1989). Actitudes ante la muerte y los problemas médicos planteados por los enfermos terminales en los médicos en ejercicio de la profesión de la ciudad de Córdoba. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Córdoba.
- Bayés, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Buendía, B., Burón, E. y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6 (4), 140-143.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Beck, C. T. (1993). Nursing initial experience: A phenomenological study international. *Journal of Nursing Studies*, 30, 489-497.
- Beck, D. L., Hackett, M. B., Srivastava, R., Mckim, E. y Rockwell, B. (1997). Perceived level and sources of stress in university professional schools. *Journal of Nursing Education*, 36 (4), 180-186.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Becker, R. (1999). Teaching communication with the dying across cultural boundaries. *British Journal of Nursing*, 8 (14), 938-942.
- Benbunan-Bentata, B., Alfaya Góngora, M. M., Chocrom, S., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C. y Roa Venegas, J. M. El impacto emotivo del hospital. Implicaciones en la formación universitaria de los estudiantes de Enfermería. (2005). *Revista Rol de Enfermería*, 28 (10), 675-682.
- Benbunan-Bentata, B., Cruz-Quintana, F., Roa-Venegas J. M., Villaverde-Gutiérrez C. y Benbunan-Bentata B. R. (2007). Afrontamiento de dolor y la muerte en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 197-205.
- Bischoff, A., Tonnerre, C., Loutan, L. y Stalder, H. (1999). Language difficulties in an outpatient clinic in Switzerland. *Sozial und Präventivmedizin*, 44 (6), 283-287.
- Bischoff, A. (2001). *Overcoming language barriers into health care in Switzerland*. Basilea: Universität Basel.

- Bischoff, A., Loutan, L. y Stadler, H. (2001). Von einer Sprache zur anderen: Kommunikation mit fremdsprachigen Patienten in einer medizinischen Poliklinik. *Soziale Medizin*, 28 (3), 32-37.
- Black, H. K. y Rubinstein, R. L. (2005). Direct Care Workers' Response to Dying and Death in the Nursing Home: A Case Study. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, 60 (1), 3-10.
- Bregel Gabaldón, F. (2004). Hablando de la muerte en el aula. *Educare* 21, 11. <http://www.enfermeria21.com/educare>
- Brown, R., Butow, P. N., Boyer, M. J. y Tattersal, M. H. N. (1999). Promoting patient participation in cancer consultation: evaluation of a prompt sheet and coaching in question asking. *British Journal of Cancer*, 80, 242-248.
- Brysiewicz, P. y McInerney, P. A. (2004). A pilot study of competency amongst health workers in the Uthukela District in Kwazulu-Natal. *Curationis*, 27 (3), 43-48.
- Bugen, L. A. (1977). Human grief: a model for prediction and intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47 (2), 196-206.
- Bugen, L. A. (1980-1981). Coping: Effects of death education. *Journal of death and dying*, 11 (2), 175-183.
- Busquet Duran, F. X. (1992). Morir de cáncer en casa: una aproximación a las actitudes de los profesionales sanitarios de APS del sector sanitario de Manresa. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Busquet Duran, F. y Pujol Sabanés, T. (2001). Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Medicina Paliativa*, 8 (3), 116-119.
- Butow, P. N., Dunn, S. M., Tattersal, M. H. N., y Jones, Q. J. (1994). Patient participation in the cancer consultation: Evaluation of a question prompt sheet. *Annals of Oncology*, 5, 199-204.
- Byrne, D. (1964). *The repression-sensitisation as a dimension of personality*. En B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (pp. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Camacho J. (2000). *Estadística con SPSS para Windows*. Mexico: Alfaomega.
- Campos Aranda, M., Rojas Alcántara, P., Armero Blanco, D., González Quijano, A., Pérez, G. y Hernández Rojas, V. M. (2002). Demandas ante un proceso de muerte. *Enfermería Global*, 1, 22-25.
- Carpenito, L. J. (2002). *Diagnósticos de Enfermería (9ª ed.)*. Barcelona: MacGraw-Hill, Interamericana.

- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 375-390.
- Ceriani Cernadas, C. (2001). Notas histórico antropológicas sobre las representaciones de la muerte. *Archivo Argentinos de Pediatría*, 99 (4), 326-336.
- Césarman, E. y Estañol, E. (1997). Reflexiones en torno al origen del lenguaje. LUDUS VITALIS. *Revista de filosofía de las ciencias de la vida. Número especial: Senderos de la evolución humana*, 1, 113-120.
- Chackiel, J. (1987). Research on causes of death in Latin America. *Notas Población*, 15 (44), 9-30.
- Chalmers, D. J. (2002). La consciencia. *Investigación y Ciencia. Temas* 28, 4-11.
- Charmaz, K. (1980). *The social reality of death. Reading*. Addison Wesley.
- Choen R., Boston, P., Mount, B. M. y Porterfield, P. (2001). Changes in quality of life following admission to palliative care units. *Palliative Medicine*, 15 (5), 363-371.
- Claxton-Oldfield, S., Crain, M. y Claxton-Oldfield, J. (2007). Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. *American Journal Hospital Palliative Care*, 23 (6), 464-468.
- Clements, R., y Rooda, L. (1999-2000). Factors structure, reliability, and validity of Death Attitude Profile-Revised. *Omega*, 40 (3), 453-463.
- Colell Brunet, 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*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Colell, B. R., Limonero, G. T. y Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en Salud*, 5 (2), 104-112.
- Collett, L. y Lester, D. (1969). The fear of death and fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Comelles, J. M. (1995). La sacralización de la práctica hospitalaria. *Seminari d Estudis sobre la Ciència. Malaltia i Cultura*. Valencia. España.
- Cornelles J. P. y Martínez Hernández, A. (1996). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y medicina*. Madrid: Eudema.

- Corr, C. A. (1978). A model syllabus for death and dying course. *Death Education*, 1, 433-457.
- Corr, C. A. (1993). Death in modern society. En Doyle, D., Hanks, G.W.C. y MacDonald, N. (Eds.). *Oxford textbook of palliative medicine* (pp. 28-36)
- Craig, J. V. (2000). Developing beliefs that are compatible with death: Revising our assumptions about predictability, control, and continuity. *Death Studies*, 24 (8), 739-759.
- Crick, F. y Koch, Ch. (2002a). El problema de la Consciencia. *Investigación y Ciencia. Temas 28*, 12-21.
- Crick, F. y Koch, Ch. (2002b). ¿Podría la neurología explicar la consciencia? *Investigación y Ciencia. Temas 28*, 8-9.
- Cruz Quintana, F., García Caro, M. P., Schmidt Rio-Valle, J., Navarro Rivera, M. C. y Prados Peña, D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista Rol de Enfermería*, 24, 664-668.
- Cruz Quintana, F., García Caro, M. P., Schmidt Rio-Valle, J., Prados Peña, D., Muñoz Vinuesa, A. y Pappous, A. (2005). Cuestiones en relación a la formación pregrado en cuidados paliativos. *Enfermería Oncológica*, 1, 11-13.
- Cruz Quintana, F. y García Caro, M. P. (2007). *Dejadme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Ed. Pirámide: Madrid.
- Cruz Quintana, F. (2007). Miedo a la muerte. En: MJ. Álava (Ed). *La psicología que nos ayuda a vivir*. (pp. 913-934). Madrid: La esfera de los libros.
- Damasio, A. R. (2002). Creación cerebral de la mente. *Investigación y Ciencia. Temas 28*, 30-35.
- De Paola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B. y Fiedler, J. (1992). Death concern and attitudes towards the elderly in nursing home personnel. *Death Studies*, 16, 537-555.
- De Paola, S. J., Neimeyer, R. A. y Ross, S. K. (1994). Death concern and attitudes toward the elderly nursing home personnel as a function of training. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29, 231-248.
- Dickinson, G. E. y Pearson, A. A. (1980-1981). Death education and Physicians' attitudes towards dying patients. *Omega*, 2, 167-174.
- Dixon, R. y Kinlaw, B. (1983). Belief in the existence and nature life after death: A research note. *Omega*, 13, 287-292.
- Domínguez Do Nascimento, C. A., De Brito Silva, A. Cabral Da Silva, M. et al. (2006). El significado del óbito en hospitales para enfermeros y médicos. *Revista Rene*, 7 (1), 52-60.

- Dunn, K. S., Otten, C. y Stephens E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32 (1), 97-104.
- Durlak, J. A. (1972). Relationship between individual attitudes towards life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 463.
- Edgar, L., Rosberger, Z. y Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Assessment Interventions*, 69 (3), 817-828.
- ELNEC <http://www.aacn.nche.edu/ELNEC/about.htm>
- Entrena-Ruiz Ogarrio, J. J. (1993). Valoración de las actitudes del personal sanitario de Vizcaya ante la muerte, la enfermedad terminal y la eutanasia. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- Escámez, J. y Ortega, P. (1988). *La enseñanza de actitudes y valores*. Valencia: Nau Llibres.
- Escribá Agüir, V. y Bernabé Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio de entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5), 595-604.
- Escuredo Rodríguez, B., Casanovas Calvet, I. y Esteve Reig, J. (2005). La formación de los profesionales de ciencias de la salud ante la multiculturalidad. El proceso seguido en la Escuela de Enfermería del Hospital de Sant Pau de Barcelona. *Nursing*, 23 (9), 72-76.
- Eserverri, C. C. (2002). La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Revista Index de Enfermería Digital*, 39, 35-39.
- Esteban de la Rosa, M. A. (1995). El enfermo terminal y la muerte: problemas médico-sociales, propuesta de información médica y organización sanitaria. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.
- Fade, A. y Kaplan, K. (1995). Managed care and end of life decisions. *Trends Health Care Law Ethics*, 10 (1-2), 97-100.
- Fehring, R. J., Miller, J. F. y Shaw, C. (1997). Spiritual well being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
- Feifel, H. (1955). Attitudes of mentally ill patients towards death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 122, 375-380.
- Feifel, H. (1956). Older persons look at death. *Geriatrics*, 11, 127-130.

- Feifel, H. (1959). Attitudes towards death in some normal and mentally ill populations. En H. Feifel (Ed.), *The meaning of death* (pp. 114-130). New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H. (1965). The function of attitudes toward death. En International Group for the Advancement of Psychiatry. (Ed.), *Death and Dying: Attitudes of patient and doctor* (pp. 632-641). New York: Mental Health Materials Center.
- Feifel, H. (1969). Perceptions of death. *Annals of New York Academy of Sciences*, 164, 669-677.
- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and terminally ill. *Journal for Scientific Study of Religion*, 13, 353-360.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist*, 45, 537-543.
- Feifel, H. y Nagy, V. T. (1981). Another look at fear death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 278-286.
- Felder, B. E. (2004). Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*, 4, 320-324.
- Fernández Fernández, P. (1990). Actitudes del personal sanitario asturiano ante la muerte y el enfermo terminal. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.
- Field, M. J. y Cassel C. K. (1997). *Approaching Death: Improving Care at the end of life*. (Ed.) Committee on Care at the End of Life, Institute of Medicine.
- Figarola, J. J. (1999). *La muerte en Cuba*. La Habana: Unión.
- Flint, G. A., Gayton, W. F. y Ozmon, K. L. (1983). Relationship between life satisfaction and acceptance of death by elderly persons. *Psychological Reports*, 53, 290.
- Forbes, S. (2001). This is heaven's waiting room. *Journal of Gerontological Nursing*, 27, 37-46.
- Fry, P. S. (1990). A factor analytic investigation of home-bound elderly individuals' concerns about death and dying and their coping responses. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 737-748.
- Fryback, P. Y Reinert, B. R. (1999). Spirituality and people with potentially fatal diagnoses. *Nursing Forum Philadelphia*, 34 (1), 13-23.
- Fundación de Investigación Sanitaria (FIS), (2003-2005). *Pensar en Paliativo*. Grupo CTS-436: "Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad."
- Gala León, F. J., Lupiani Giménez, M. y Díaz Rodríguez, M. (1991). Sobre las concepciones de la muerte. *Revista Rol de Enfermería*, 159, 63-66.

- Gala León, F. J., Lupiani Giménez, M., Raja Hernández, Guillén Gestoso, C. González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. C. y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de medicina forense*, 30, 39-50.
- Galao Malo, Roberto et al. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista del término. *Evidentia*, enero-abril, 2-4. <http://index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>
- García Caro, M^a Paz. (2004). La muerte y el morir desde una perspectiva evolutiva y cultural. *Suficiencia Investigadora*. Programa de Doctorado: Evolución Humana. Bases de la Antropología Física. Universidad de Granada.
- García Valdés A. (1987). *Historia de la Medicina*. Madrid : Interamericana.
- Gesser, G., Wong, P. T. y Reker, G. T. (1987-1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitudes Profile (DAP). *Omega*, 18, 109-124.
- Giger, J. N., Davidhizar, R. E. y Fordham, P. (2006). Multi-cultural and multi-ethnic considerations and advanced directives: developing cultural competency. *Journal of Cultural Diversity*, 13 (1), 3-9.
- Glass, J. y Knott, E. (1984). Effectiveness of a lesson series on death anxiety and attitudes towards older adults. *Death Education*, 8, 299-313.
- Glasser, A. G. y Strauss, A. L. (1969). *The awareness of dying*. New York: Aldine de Gruyter.
- Godbey, K. L. y Courage, M. M. (1994). Stress management program: Intervention in nursing student performance anxiety. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 190-199.
- Godkin, M. A., Krant, M. J. y Doster, N. J. (1983-1984). The impact of hospice care on families. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 153-165.
- Gómez García, P. (2000). Globalización cultural, identidad y sentido de la vida. *Gazeta de Antropología*, 16, 16-02.
- Gómez Sancho, M. (1997). Medicina Paliativa: La respuesta a una necesidad. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Gómez Sancho, M. (2005). *Morir con dignidad*. Madrid: Aran ediciones S. A.
- Gómez Sancho, M. (2006a). *El Hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Aran ediciones S. A.
- Gómez Sancho, M. (2006b). *¿Cómo dar malas noticias en medicina?* Madrid: Aran ediciones S. A.

- González Barón, M., Pinto Marín, A. y Gómez Raposo, C. (2006). Tratamiento paliativo de los enfermos en fase terminal en el hospital. *Revisiones en Cáncer*, 20 (2), 61-75.
- González Quijano, A., López-Ambit Cánovas, M. C., Pina Roche, F., Rojas Alcántara, P., Santesteban de Mingo, M. y Flores Bienert, M. D. (1993). Necesidad de formación específica para atender al paciente terminal. *Enfermería Científica*, 139, 8-14.
- Gotay, C. C. (1984). The experience of cancer during early and advanced stages: The views of patients and their mates. *Social Science and Medicine*, 18 (7), 605-613.
- Greene, M. G., Adelman, R. D., Friedman, E. Y Charon, R. (1994). Older patient satisfaction with communication during an initial medical encounter. *Social Science and Medicine*, 38, 1274-1288.
- Guillermin, F., Bombardier, C. y Beaton D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46 (12), 1417-1432.
- Guirao, M., Guirao-Piñeyro, M. y Morales-Hevia, M. M. (1997) 2ª ed. *Anatomía de la Conciencia. Neuropsicoanatomía*. Barcelona: Masson.
- Hammer, M. (1971). Reflections on one's own death as a peak experience. *Mental Hygiene*, 55, 264-265.
- Hartfiel, M. (2005). La construcción social de la muerte. Una mirada actual. Apuntes de cátedra: Desarrollo humano y actividad física. Magíster en salud y bienestar humano. <http://www.cucaiba.gba.org/002.htm>
- Haynes, S. D. (1997). Death, Society, and Human Experiences. *Death Studies*, 21 (1), 100-107.
- Heim, E., Augustiny, K. F., Blaser, A., Burki, C. Kuhne, D. Rothenbuhler, M. et al. (1993). Coping with breast cancer, a longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomaty*, 48, 44-59.
- Hernández Cabrera, G., González García, V. M., Fernández Machín, L. y Infante Pereira, O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18 (1), 22-32.
- Herremann, R. (1987). *Historia de la Medicina*. México: Editorial Trillas.
- Herskovits, M. (1995). *El hombre y sus obras*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 16, 67-72.
- Hilton, B. A. (1993). Illness, problems and challenges for family coping with breast cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 9 (2), 88-100.
- Holland, J. C. (1998). Clinical course of cancer. En: Holland J. C., Rowland J. R. Editores. *Handbook of psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press, 75-100.
- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Hooper, T. y Spilka, B. (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *Omega*, 1, 49-56.
- Hwang, H. L., Lin, H. S. y Chen, W. T. (2005). Evaluation of life and death studies course on attitudes towards life and death among nursing students. *Kaohsiung Journal of Medicine Sciences*, 21 (12), 552-560.
- Johanson, N. y Lally, T. (1991). Effectiveness of a death-education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega Journal of Death and Dying*, 22, 25-33.
- Jones, M. C. y Johnston, D. W. (1997). Distress, stress and doping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26 (3), 475-482.
- Juliano, D. (1993). *Educación intercultural: escuela y minorías étnicas*. Madrid: Eudema.
- Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The psychology of Death*. New York: Springer Publishing.
- Kastenbaum, R. y Costa, P. T. (1977). Psychological perspectives of death. *Annual Review of psychology*, 28, 225-249.
- Kayser-Jones, J. (2002). The experience of dying: An ethnographic nursing home study. *The Gerontologist: Special Issue III: End-of-Life Research* 42, 11-19.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R. (1988). Behavioural influences on immune function: Evidence for the interplay between stress and health. En T. M. Field, P. M. McCabe y N. Schneiderman, (Eds.) *Stress and coping across development* (pp. 189-206). Hillsdale, NJ: LEA.
- Kiger, A. M. (1994). Student nurses' involvement with death: The image and the experience. *Journal of Advanced Nurse*, 20, 679-686.

- Kleehammer, K., Hart, A. L. y Keck, J. F. (1990). Nursing students perception of anxiety-producing situations in the clinical setting. *Journal of Nursing Education*, 29 (49): 183-187.
- Klenow, D. J. y Bolin, R. C. (1989). Belief in an afterlife: a national survey. *Omega*, 20, 63-74.
- Knight, K. H. y Elfenbein, M. H. (1996). Relationship of death anxiety/fear to health-seeking beliefs and behaviours. *Death Studies*, 20 (1), 23-31.
- Knight, K. H., Elfenbein, M. H., y Capozzi, L. (2000). Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes. *Death Studies*, 24 (3), 201-221.
- Kohlmann, C. W. (1993). Development of the repression-sensitisation construe: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J. G. Draguns, (Eds.). *The concept el defence mechanisms in contemporary psychology: Theoretical, research, and clinical perspectives* (pp. 184-204). Nueva York: Springer Verlag.
- Kravitz, R. L., Cope, D. W., Bhrany, V. y Leake, B. (1994). Internal medicine patients' expectations for care during office visit. *Journal of General y Internal Medicine*, 9, 75-81.
- Kroeff, P. (1999). Afrontando la enfermedad y la muerte: Una investigación en pacientes con cáncer. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Nueva York: MacMillan.
- Kübler-Ross, E. (1981). *Living with death and dying*. Nueva York: MacMillan.
- Kvale, J., Berg, Ll., Groff, J. y Lange, G. (1999). Factors Associated with resident's attitudes towards dying patients. *Family Medicine*, 31 (10), 691-696.
- Kwekkeboom, K. L., Vahl, C. y Eland, J. (2005). Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *The Journal of Nursing Education*, 44 (4), 196-206.
- Kwekkeboom, K. L., Vahl, C. y Eland, J. (2006). Impact of a volunteer companion program on nursing students' knowledge and concerns related to palliative care. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 90-99.
- Lamberth, J. (1982). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.
- Llano E. A. (1990). El morir humano ha cambiado. En: Bioética, temas y perspectivas. Washington, DC: OPS-OMS, 1990:94. (Publicación Científica; 527)
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234-247.
- Leininger, M. (1994). Teoría de los cuidados culturales. En: Ann Marriner-Tomey, *Modelos y teorías de enfermería*. Madrid, Mosby Doyma, Cuidados.
- Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22, 22-32.
- Lester, D. (1990). The Collet-Lester fear of death scale: The original version and a revision. *Death Studies*, 14, 451-468.
- Limonero, J. T. (1994). Evaluación de los aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. *Tesis doctoral inédita*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- 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., Bayés, R.; Piriz, I. y Fisman, N. (2003). Afrontando el proceso de morir. Comparación entre las percepciones de los profesionales sanitarios españoles y argentinos. *Oncología Clínica*, 8 (4), 946-948.
- Lindop, E. (1988). *Giving up*. *Nursing time*, 3 (9), 54-55.
- Lindop, E. (1989a). Individual stress and its relationship to termination of Nurse Training. *Nurse Education Today*, 9 (3), 172-179.
- Lindop, E. (1989b). Stress and student Nurse leavers. *Nursing Times*, 85 (34), 68-73.
- Lindop, E. (1993). A complementary therapy approach to the management of individual stress among student nurses. *Jornal of Advanced Nursing*, 18 (10), 1578-1585.
- Lindop, E. (1999). A comparative study of stress between pre-and post-project 2000 students. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (4), 967-974.
- Lo, R. (2002). Experience before and throughout the nursing career. A longitudinal study of perceived level of stress, coping and self-esteem of undergraduate nursing students: an Australian case study. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (2), 119-126.
- Lo, B., McLeod, G. A. y Saika, G. (1986). Patient attitudes to discissing life-sustaining treatment. *Archives of Internal Medicine*, 146, 1613-1615.
- Loftus, L. A. (1998). Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 641-648.

- Luna, A., Caracuel, M. A., Valenzuela, A. y Osuna, E. (1987). Estudio de la ansiedad y de las actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en estudiantes de enfermería. *Folia Neuropsiquiatrica*, 22 (3), 313-320.
- Luna Vázquez, L., Valiente Dunay, M. y Golderich Lalan, J. M. (2000). Bioética frente al paciente moribundo. *Revista Cubana de Enfermería*, 16 (2), 117-121.
- Machado Curbelo, C. (1992). *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas.
- Marais, R., Oxtoby, R., Schomer, H.H. (1990). Mood states and health behaviours in paramedical first-year student. *Curationis*, 13 (3-4), 1-6.
- Marshall, V. W. (1980). *Last Chapter: A sociology of aging and dying*. Monterey, Ca: Brooks-Cole
- Marshall, V. W. (1981) Death and Dying. En D. Mangen y W. Peterson (comps.), *Research instruments in social gerontology* (pp. 303-381), Minneápolis, University of Minnesota Press.
- Más Pons, R. y Escribá Agüir, V. (1998). La versión castellana de la escala "The Nursing Stress Scale". Proceso de adaptación Transcultural. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (6), 529-538.
- Mazor, K. M., Schwartz, C. E. y Rogers, H. J. (2004). Development and testing of a new instrument for measuring concerns about dying in health care providers. *Assessment*, 11 (3), 230-237.
- McGuire, W. J. (1985). Attitudes and attitudes change, in G. Lindzey y E. Aronson (ed.) *The handbook of social psychology: Vol. II Special fields and applications* (3ª ed.), (pp. 233-346). Hillsdale, NJ, L. Erlbaum Assoc.
- McHaffe, H. E.(1992). Coping: an essential element of nursing. *Journal Advanced Nursing*, 17 (8), 933-940.
- McLoughlin, P. A. (2002). Community specialist palliative care: experiences of patients and carers. *International Journal of Palliative Nursing*, 8, 344-353.
- McMordie, W. R. (1981). Religiosity and fear to death: strength of belief system. *Psychological Reports*, 49, 921-922.
- McNamara, C., Sadler, C. y Kelly, D. (2007). Involving cancer patients in the education of healthcare professionals. *Cancer Nursing Practice*, 6 (1), 29-34.
- Mena, J. M. (1987). *Historia de la Medicina Universal*. Bilbao: Ediciones Mensajeros.
- Méndez Baiges, V. (2003). El modo tradicional y el modo tecnológico de morir. *Revista Rol de Enfermería*, 26 (12), 832-836.

- Mickley, J. y Soeken, K. (1993). Religiousness and hope in hispanic and angloamerican women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 20 (8), 1171-1177.
- Miles, M. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses attitudes towards dying patients and death. *Death Education*, 4, 245-260.
- Miller, S. (1987). Monitoring and Blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Mircea, E. (2001). *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Mollaret P y Goullon M. (1992). Le coma dépassé, citado por Machado Curbelo, C. En: Criterios cubanos para el diagnóstico de muerte encefálica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Montero, I. y León O. S. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Montoya Juárez, R. (2004). El afrontamiento y la pérdida. Visiones positivas de la labor de un cuidador: Nicolás Robles Garbí. *Revista Index de Enfermería*, 13 (44-45), 56-59.
- Montoya Juárez, R. y Calero Martín de Villodres, P. (2004). Gestión e indicadores de calidad en residencias de ancianos: una revisión bibliográfica. *Gerokomos*, 15 (3): 147-153.
- Montoya Juárez, R. (2006). Aquellos que nos verán morir: significado y respuesta de los profesionales sanitarios de una residencia de ancianos ante la muerte y los moribundos. *Index de Enfermería*, 52-53, 25-29.
- Montoya Juárez, R. (2006). Morir. Una revisión bibliográfica sobre experiencias de investigación cualitativa. *Evidentia*, 3 (11). En <http://www.index-f.com/evidentia/n11/259articulo.php>
- Mooney, D. C. (2005). Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students. *American journal Hospital Palliative Care*, 22, 6, 427-432.
- Moos, R. H. (1993). *Doping responses Inventory: adult form Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Morales, J. F.; Rebollo, E. y Moya, M. (1995). Actitudes. En Morales, J. F. (Ed.) *Psicología Social* (pp. 496-523). Madrid: McGraw-Hill.

- Morales, L. S. y Cunningham, W. E. (1999). Are Latinos less satisfied with communication by health care providers? *Journal of General Internal Medicine*, 14 (7), 409-417.
- Moreira, A. y Lisboa, M. T. (2006). La muerte- entre el público y el privado: reflexiones para la práctica profesional de enfermería. *Revista Enfermagem UERJ*, 14 (3), 447-454.
- Morgan, J. D. (1999). *Basic Resources in Death and Bereavement*. International Journal of Group Tensions- Springer.
- Morrow, G. R., Bennett, J. M. y Carpenter, P. J. (1983). Informed consent to treatment in clinical trials. *Biomed Pharmacother*, 37 (1), 10-13.
- Moss, M.S., Moss, S.Z., Rubinstein, R.L. y Black, H.K. (2003). The metaphor of "family" in staff communication about dying and death. *The Journals of Gerontology: Series B Psychological sciences and social sciences*, 58 (5), 290-296.
- Murray-Garcia J. (2002). *Multicultural health 2002: an annotated bibliography*. The California Endowment: Woodlands Hills.
- Nadelson, T. (1999). Approaching death: improving care at the end of life. *The American Journal of Psychiatry*, 156 (4), 655.
- Nagel, T. J. (2004). Help patients cope with chemo. *RN*, 67 (10), 25.
- Neimeyer, R. A. (1997). *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. A., Bagley, K. L. y Moore, M. K. (1986). Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies*, 10, 273-288.
- Neimeyer, R. A., Moser, R. P. y Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes towards dying and death: psychometric considerations. *Omega*, 47 (1), 45-76.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J. y Moser, R.P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Núñez Olarte, J. M. y Guillén G. (2001). Cultural issues and ethical dilemmas in palliative an end-of-life care in Spain. *Cancer Control*, 8 (1), 46-54.
- Ong, L. M., DeHaes, J. C., Hoos, A. M. y Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of literature. *Social y Science Medicine*, 40, 903-918.
- Oskamp, S. (1991). *Attitudes and opinions* (2ª ed.) Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Pacheco Borrella, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura del Cuidado*, 14, 27-43.

- Pacheco Guevara, R. (1987). Estudio de las actitudes ante la muerte y los enfermos terminales en médicos y ATS con ejercicio profesional en la ciudad de Murcia. *Tesis Doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia.
- Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: the role of individual differences, environment factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1277-1292.
- Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalas, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 28 (4), 700-706.
- Peñacoba Puerta, C., Fernández Sánchez, A., Morato Cerro, V. González Gutiérrez, J. L., López López, A. y Moreno Rodríguez, R. (2004). Una aproximación a la calidad de vida de los enfermos ingresados en unidades de cuidados paliativos. *Psicología y salud*, 14, 1, 13-23.
- Peñacoba Puerta, C., Velasco Furlog, L., Mercado Romero, F. y Moreno Rodríguez, R. (2005). Comunicación, calidad de vida y satisfacción en pacientes de cuidados paliativos. *Psicología y Salud*, 15, 2, 195-206.
- Peralta Ramírez, M^a J. (2002). El efecto del estrés cotidiano en la evolución de la sintomatología del Lupus: un estudio prospectivo. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.
- Pérez Tapias, J. A. (2000). *Filosofía y crítica de la cultura*. (2^a ed.) Colección Estructuras y Procesos. Serie Filosofía. Madrid: Trotta, S.A.
- Perkins, J. (1999). Overcoming Language Barriers to Health Care. *Popular Government*, 65 (1), 38–44.
- Peterson, S. A y Greil, A. L. (1990). Death experience and religion. *Omega*, 21, 75-82.
- Pinto Seminotti, R. (2001). La relación médico paciente, el afrontamiento del paciente terminal. Médico pediatra. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Piqué Prado, E. y Pozo Flórez, J. A. (1999). Enfermería y paciente terminal: perspectiva antropológica. *Metas de Enfermería*, 2 (18), 47-51.
- Pitkin, K. y Baker, D. W. (2000). Limited English proficiency and Latinos' use of physicians services. *Medical Care Research and Review*, 57 (1), 76-91.
- Poveda Monge, F., Royo Garrido, A., Aldemunde Pérez, C., Fuentes Cuenca, R., Montesiones de Astorza, C., Juan Ten, C., Ortolá Paris, P. y Oltra Masanet J. A. (2000). Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la

- frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes. *Atención Primaria*, 26 (7), 446-452.
- Quinn, P. K. y Reznikoff, M (1985). The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 21, 197-209.
 - Raja Hernández, R. (2001). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte. *Tesis doctoral*. Facultad de Medicina. Universidad de Cádiz.
 - Raja Hernández, R., Gala León, F. J., González Infante, J. M., Lupiani Jiménez M., Guillén Gestoso, C. y Alba Sánchez I. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*, 29, 21-36.
 - Raleigh, E. D. (1992). Sources of hope in chronic illness. *Oncology Nursing Forum*, 19 (3), 41-45.
 - Ramírez Calzadilla, J. (1997). Religión, cultura y sociedad en Cuba. *Papers*, 52, 139-153.
 - Ramon, I., Alonso, J., Subirats, E., Yanez, A., Santed, R. y Puyol, R. (2006). Place of death of elderly persons in Catalonia. *Revista Clínica Española*, 206 (11), 549-555.
 - Ray, J. J. y Najman J. (1974). Death anxiety and death acceptance: a preliminary approach. *Omega*, 5, 311-315.
 - Rhead, M. M. (1995). Stress among student nurses: Is it practical or academic? *Journal of Clinical Nursing*, 4, 369-376.
 - Rivera Arrizabalaga, A. (2003). Arqueología Cognitiva. Basado en la tesis doctoral "Arqueología cognitiva. Elaboración de un modelo psicobiológico sobre el origen y desarrollo de la conducta simbólica humana. Su aplicación en la transición de Paleolítico medio al superior". En <http://usuarios.iycos.es/arivera52/index.html>
 - Robbins, J. A. (1989). Communications with the patient and family. En: Robbins J. (Ed). *Caring for dying patient and the family* (pp. 13-29). London: Harper Row.
 - Robbins, J. A., Bertakis, K. D., Helms, L. J., Azari, R., Callahan, E. J. y Creten, D. A. (1993). The influence of physician practice behaviours on patient satisfaction. *Family Medicine*, 25, 17-20.
 - Robbins, R. A. (1990-1991). Bugen's coping with death scale: reliability and further validation. *Omega*, 22, 287-299

- Robbins, R. A. (1991). Death anxiety, death competency and self-actualization in hospice volunteers. *The Hospice Journal*, 7 (4), 24-35.
- Robbins, R. A. (1992). Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Studies*, 16 (2), 557-569.
- Robbins, R. A. (1997). Competencia ante la muerte: escala de Bugen de afrontamiento de la muerte y escala de autoeficacia frente a la muerte. En R. A. Neimeyer (Ed.) *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp 159-174). Barcelona: Paidós.
- Robinson, C. (2004). The influence of experiential thanatology education on attitudes toward death and dying. *The Gerontologist*, 44 (1), 137-139.
- Robinson, M. y Gilmartin, J. (2002). Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Education Today*, 22 (6), 457-465.
- Robles Ortega, H. y Peralta Ramírez, M^a I. (2006). *Programa para el control del estrés*. Madrid: Pirámide.
- Rojas Alcántara, P., Muñoz Pérez, G., Alcaraz Escribano, M. L. y Campos Aranda, M. (1998). Características que presentan los alumnos de enfermería en relación a la muerte. *Enfermería Científica*, 200-201, 12-16.
- Rojas Alcántara, P., Armero Barranco, D., Campos Aranda, M., Muñoz Pérez, G, Hernández Roja, V. M., Riquelme Marín, A. y González Quijano A. (2004). Actitud de los jóvenes universitarios de las ciencias de la salud ante el dolor y el sufrimiento en el proceso de muerte. *Enfermería Científica*, 264-265, 61-68.
- Rooda, L. A., Clements, R. y Jordan M. L. (1999). Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26 (10), 1683-7.
- Russler, M. F. (1991). Multidimensional stress management in nursing education. *Journal of Nursing Education*, 30 (8), 341-346.
- Salman R. (2001). Zur Gesundheitsversorgung von Migranten. En: Dagmar Domenig editors. *Professionelle Transkulturelle Pflege* (pp. 87-100), Berna: Verlag Hans Huber.
- Salón, M. L. (1995). Pain management instructions in nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, 34, 2622-2627.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.): *Manual de Psicopatología* (pp. 3-52), vol. 1. Madrid: Pirámide.
- Sánchez Caro, J. y Ramos Campos, F. (2003). Miedo y ansiedad ante la muerte. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 12 (2), 67-80.

- Santisteban Etxeburu, I. y Mier Zárrega, O. (2005). Ansiedad ante la muerte en el personal sanitario: revisión de la literatura. *Medicina Paliativa*, 12 (3), 169-174.
- Sanz Ortiz, J. (1990). La sociedad, la medicina y la muerte. *Medicina Clínica*, 95, 419-420.
- Saunders, C. y Baines, M. (1983). *Living with dying*. London: Oxford University Press.
- Schiappa, E., Gregg, P. B. y Hewes, D. E. (2004). Can a television series change attitudes about death? A study of college students and *Six Feet Under*. *Death Studies*, 28, 459-474.
- Schmidt Rio-Valle, J. y Navarro Rivera, M^a C. (1996). Posición del personal de enfermería frente al paciente moribundo. *Garnata* 91, 10, 19-30.
- Schmidt Rio-Valle, J., Schmidt Rio-Valle, R., Montoya Juárez, R., Pappous, A. y Muñoz Vinuesa, A. (2006). Inmigración un nuevo reto en el ámbito sanitario. *Libro de Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Ciencias de la Salud*. Granada.
- Schmidt Rio-Valle, J., Schmidt Rio-Valle, R., Montoya Juárez, R., Cruz Quintana, F. y García Caro, M. P. (2006). El intérprete para la comunidad: un nuevo miembro del equipo de salud. *Libro de Actas de las III Jornadas Científicas Nacionales y I Internacionales de Ciencias de la Salud*. Granada.
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C., Prados Peña, D., García Caro, M^a P., Muñoz Vinuesa, A. y Pappous, A. (2006). Adecuación terapéutica en hipertensos: estudio cualitativo. *Index de Enfermería*, 54, 25-29.
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C. y Roa Venegas, J. M^a. (2007). Validación de la Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte. *Enfermería Oncológica*, en prensa.
- Schmidt Rio-Valle, J., Montoya Juárez, R., Cruz Quintana, F. y García Caro, M^a P. (2007). Dos procesos de fin de vida: cuando la intervención de los profesionales marcan la diferencia. Libro de Actas del XI Congreso Nacional de Enfermería Oncológica. Granada.
- Schmidt Rio-Valle, J., Cruz Quintana, F., Villaverde Gutiérrez, C. y Roa Venegas, J. M^a. (2007). Validación preliminar de la escala en castellano: Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte. Manuscrito presentado para su publicación.

- Schmidt Rio-Valle, J., Schmidt Rio-Valle, R., Cruz Quintana, F. Y Pappous, A. (2007). Community interpreting in the Zurich health services. Manuscrito presentado para su publicación.
- Schwartz, C. E., Mazor, K., Rogers, J. y Reed, M. Y. (2003). Validation of a new measure of concept of a good death. *Journal of Palliative Medicine*, 6 (4), 575-584.
- Searight, H. R. y Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician*, 71 (3), 515-522.
- Seco Reymundo, M., Andrés Puente, O. y Ramos González, G. (1999). *Diccionario del Español Actual*. (1ª ed., Vols. 1-2). Madrid: Aguilar, lexicografía.
- Sendrail, M. (1983). *Historia cultural de la enfermedad*. Espasa-Calpe.
- Serret Rodríguez, B., Smith Smith, V. y Crespo, E. (1995). *El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia* (pp. 19-93). Santiago de Cuba: Instituto de Ciencias Médicas.
- Severo Duarte, L. R. (2000). El afrontamiento de la enfermedad en la vejez: Un estudio transcultural. *Tesis doctoral*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sierra, M. (2000). *Mapuche, gente de la tierra*. Santiago de Chile: Sudamericana Chilena.
- Sigerist, H. E. (1974). *Historia y Sociología de la Medicina*. Bogotá: Molina.
- Simpson, M. A. (1975). The do-it-yourself death certificate in evoking and estimating student attitudes towards death. *Journal of Medical Education*, 50, 475-478.
- Simpson, M. A. (1979). Social and psychological aspects of dying. En: *Dying, facing the facts*. Washington: Hemisphere.
- Smith, D. K., Nehemkis, A. M. y Charler, R. A. (1983-1984). Fear of death, death attitudes, and religious convictions in the terminally ill. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13, 221-232.
- Smith-Cumberland, T. L. y Feldman, R. H. (2006). EMTs' attitudes' towards death before and after a death education program. *Prehospital Emergencies Care*, 10 (1), 89-95.
- Sontag, S. (1981). *La muerte y sus metáforas*. Barcelona: Munchnick.
- Sodestrom, K. E. y Martinson, I. M. (1987). Patient's spiritual coping strategies: a study of nurses patient perspectives. *Oncology Nursing Forum*, 14 (2), 41-45.

- Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *CMAJ*; 152, 1423-1433.
- Stone, A. y Neale, J. (1984). New measure of daily coping. *Journal of personality and social Psychology*, 46, 892-906.
- Sudnow, D. (1970). *La sociología de la muerte*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Sudnow, D. (1971). *La organización social de la muerte*. Buenos Aires: Tiempo Moderno.
- Tarrés Chamorro, S. (2001). El cuidado del 'otro'. Diversidad cultural y enfermería transcultural. *Gazeta de Antropología*, 17, 17-15.
- Temoshok, L. (1987). Personality coping style, emotion and cancer: towards and integrated model. *Cancer Survival*, 6 (3), 545-567.
- Templer, D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of general Psychologie*, 82, 165-177.
- Templer, D. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports*, 31, 361-362.
- Templer, D. y Ruff, C.(1975). The relationship between death anxiety and religion in psychiatric patients. *Journal of Thanatology*, 3, 165-168.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós. Estudio.
- Thompson Hansen, L. A. (1995). La ansiedad ante la muerte y el propósito en la vida en fin de vida. Tesis doctoral. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Universidad de Deusto.
- Tomás Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Tomás Sábado, J. y Aradilla Herrero, A. (2001). Educación sobre la muerte en estudiantes de enfermería: eficacia de la metodología experiencial. *Enfermería Científica*, (234-235), 65-72.
- Tomás Sábado, J. y Guix Llistuella, E. (2001) Ansiedad ante la muerte. Efectos de un curso de formación en enfermeras auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3). 104-109.
- Tomás Sábado, J. y Gómez Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual: Revista Internacional de psicología Clínica y de Salud*, 1, 79-100.

- Tomás Sábado, J. y Limonero García, J. T. (2004). Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enfermería Clínica*, 14 (6), 328-334.
- Tomás Sábado, J., Limonero García, J. T. y Abdel Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collet-Lester fear of death scale. *Death Studies*, 31 (3), 249-260.
- Törestad, B., Magnusson, D. y Oláh, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety : An interactional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Toscani L, Loutan L y Stalder H. (2000). Accès aux soins: le patient d'une autre culture. *Médecine et hygiène*, 58 (2316), 1933-1937.
- Twelker, P. A. (2004). The relationship between death anxiety, sex, and age. <http://www.tiu.edu/psychology/deathxiety.htm>
- Urraca Martínez, S. (1985). La muerte y el morir (I). *JANO*, 653, 20.
- Urraca Martínez, S. (1985). Estudio evolutivo de la muerte. *JANO*; 653, 43-54.
- Urraca Martínez, S. (1985). Aspectos psicosociales del morir y la muerte (II). *JANO*; 654, 33-35.
- Valdés Díaz, M. (1994). Estudio de las actitudes ante la muerte en conyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.
- Vega Gutiérrez, J. (1989). Muerte y Eutanasia. Valoración de actitudes ante el enfermo terminal. Tesis doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid.
- Vernon, G. (1972). Death control. *Omega*, 3, 131-138.
- VerLee, W. L. (1986). *Aprender con todo el cerebro*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Vila, G. M. y Escayola M. M. (2001). Visión del estudiante de Enfermería sobre sus prácticas clínicas. *Metas de Enfermería*, 4 (40), 25-31.
- Viney, L.L., Walker, B. M., Lilley, B. y Tooth, B. (1994). The quality of life of palliative care staff: A personal construct approach. *Journal of Death and Dying*, 28 (3), 201-217.
- Viney, L.L., Walker, B. M., Robertson, T. y Lilley, B. (1994). Dying in palliative care units and in hospital: A comparison of the quality of life of terminal cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (1), 157-164.
- Walker, A. E. (1982). Cerebral Death. En: *Criterios Cubanos para el diagnóstico de muerte encefálica*. La Habana: Ciencias Médicas.

- Weiler, P. D. (2001). Aging with success: Theory of personal meaning as a model of understanding death attitudes. Thesis doctoral. Trinity Western University, Psychology.
- Wetle, T., Shield, R., Teno, S., Miller, S. C. y Welch, L. (2005). Family perspectives on end-of life care experiences in nursing homes. *The Gerontologist*, 45 (5), 642-651.
- Wessel, E. M., & Rutledge, D. N. (2005). Home care and hospice nurses' attitudes toward death and caring for the dying: Effects of palliative care education. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 7 (4), 212-8.
- Wong, P. T., Reker, G. T. y Gesser, G. (1994). Death Attitudes Profile- Revised. In R. A. Neimeyer (Ed.). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 121-148). Philadelphia: Taylor and Francis.
- Wong, P. T., Reker, G. T. y Gesser, G. (1997). Perfil revisado de actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida multidimensional. En R. A. Neimeyer (Ed.) *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp 131-158). Barcelona: Paidós.
- Wright, K. (2003). Relationships with death: The terminally ill talk about dying. *Journal of Marital and Family Therapy Upland*, 29 (4), 439-453.
- Youll, J. M. (1989). The bridge beyond: strengthening nursing practice in attitudes towards death, dying and the terminally ill, and helping the spouses of critically ill patients. *Intensive Care Nursing*, 5, 88-94.
- Young, M. y Daniels, S. (1981). Religious correlates of death anxiety among high school students in the rural south. *Death Education*, 5, 223-233.
- Zabalegui Yarnoz, A., Vidal Melilla, A., Soler Gómez, M. D., Latre Méndez, E. y Fernández Ortega M. P. (2006). ¿Qué es el afrontamiento? *Revista ROL de Enfermería*, 25 (7-8), 72-76.
- Zabalegui Yarnoz, A., Vidal Melilla, A., Soler Gómez, M. D. y Latre Méndez, E. (2002). Análisis empírico del proceso de afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 12, (1), 29-38.
- Zalon, M. L. (1995). Pain management instruction in nursing curricula. *Journal of Nursing Education*, 34, 2622-2627.
- Zeki, S. (1999). Splendours and miseries of the brain. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 354, 2053-2065.
- Ziegler, J. (1976). *Los vivos y la muerte*. México: Siglo XXI.
- Zimmermann E. (2000). *Kulturelle Missverständnisse in der Medizin: ausländische patienten besser versorgen*. Berna: Verlag Hans Huber.

Anexos

ANEXO I

CUESTIONARIO A ALUMNOS UNIVERSITARIOS

DATOS GENERALES

1. País
 - a. Cuba
 - b. España
2. Género
 - a. Hombre
 - b. Mujer
3. Edad.
 - a. 18-21
 - b. $x > 22$
 - c. Valor Numérico
4. ¿Profesa alguna religión? Especifique cuál.
 - a. Sí
 - b. No
5. Formación que cursa
 - a. Ciencias de la Salud: Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional
 - b. No Ciencias de la Salud: Magisterio, Económicas y L.A.D.E.
6. Curso en el que está matriculado.
 - a. Primero
 - b. Segundo
 - c. Tercero

DATOS SOCIO - ECONÓMICOS

7. Sitúe a su familia en alguno de estos rangos económicos.
 - a. Alto
 - b. Medio
 - c. Bajo
8. ¿Considera que su familia tiene una economía saneada?
 - a. Sí
 - b. No

EXPERIENCIA PERSONAL

9. ¿Ha habido o hay algún enfermo grave en su familia?
 - a. Sí
 - b. No
10. ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar próximo o alguien muy querido?
 - a. Sí
 - b. No
11. ¿Ha sufrido / sufre alguna enfermedad grave?
 - a. Sí
 - b. No
12. ¿Ha sufrido algún accidente importante?
 - a. Sí
 - b. No
13. Estas situaciones, ¿han modificado su actitud frente a la vida y la muerte?
 - a. Sí
 - b. No

EXPERIENCIA ASISTENCIAL

14. ¿Qué tipo de experiencia asistencial tiene?
 - a. Con enfermos o/y ancianos
 - b. He realizado practicas asistenciales durante mi formación académica
 - c. Ninguna de las anteriores
15. ¿Ha tenido alguna experiencia o contacto con moribundos?
 - a. Sí
 - b. No
16. Si ha contestado sí, ¿cómo fue esa experiencia?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO II

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE

Edad: _____ Género: M _____ F _____

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo. Por ejemplo, un ítem puede decir: “la muerte es una amiga”. Indica su grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades: TA = totalmente de acuerdo; A = bastante de acuerdo; MA = algo de acuerdo; I = indeciso; MD = algo en desacuerdo; D = bastante en desacuerdo; TD = totalmente en desacuerdo. Observe que las escalas van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Si está totalmente de acuerdo con la afirmación, ponga un círculo a TA. Si está totalmente en desacuerdo pon un círculo a TD. Si está indeciso ponga un círculo en I. Sin embargo, intente usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1. La muerte es sin duda una experiencia horrible	TD D MD I MA A TA
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	TD D MD I MA A TA
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	TD D MD I MA A TA
4. Creo que iré al cielo cuando muera.	TD D MD I MA A TA
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	TD D MD I MA A TA
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	TD D MD I MA A TA
7. Me trastorna la finalidad de la muerte.	TD D MD I MA A TA
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.	TD D MD I MA A TA
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	TD D MD I MA A TA
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD D MD I MA A TA

11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	TD D MD I MA A TA
12. Siempre intento no pensar en la muerte.	TD D MD I MA A TA
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	TD D MD I MA A TA
14. La muerte es un aspecto natural de la vida.	TD D MD I MA A TA
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	TD D MD I MA A TA
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	TD D MD I MA A TA
17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	TD D MD I MA A TA
18. Tengo un miedo intenso a la muerte.	TD D MD I MA A TA
19. Evito totalmente pensar en la muerte.	TD D MD I MA A TA
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	TD D MD I MA A TA
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.	TD D MD I MA A TA
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.	TD D MD I MA A TA
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.	TD D MD I MA A TA
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	TD D MD I MA A TA
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	TD D MD I MA A TA
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	TD D MD I MA A TA
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	TD D MD I MA A TA
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	TD D MD I MA A TA
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	TD D MD I MA A TA
30. La muerte no es buena ni mala.	TD D MD I MA A TA
31. Espero una vida después de la muerte.	TD D MD I MA A TA
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	TD D MD I MA A TA

- _____ 22. Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales.
- _____ 23. Sé cómo hablar con los niños de la muerte.
- _____ 24. Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo.
- _____ 25. Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito.
- _____ 26. Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.
- _____ 27. Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.
- _____ 28. Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.
- _____ 29. Me puedo comunicar con los moribundos.
- _____ 30. Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.

ANEXO IV

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE

Edad: _____ Género: M _____ F _____

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo. Por ejemplo, un ítem puede decir: “la muerte es una amiga”. Indica su grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades: TA = totalmente de acuerdo; A = bastante de acuerdo; MA = algo de acuerdo; I = indeciso; MD = algo en desacuerdo; D = bastante en desacuerdo; TD = totalmente en desacuerdo. Observe que las escalas van de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

Si está totalmente de acuerdo con la afirmación, ponga un círculo a TA. Si está totalmente en desacuerdo ponga un círculo a TD. Si está indeciso pon un círculo en I. Sin embargo, usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1. La muerte es sin duda una experiencia horrible	TD D MD I MA A TA
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	TD D MD I MA A TA
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	TD D MD I MA A TA
4. Creo que iré al cielo cuando muera.	TD D MD I MA A TA
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	TD D MD I MA A TA
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	TD D MD I MA A TA
7. Me trastorna la finalidad de la muerte.	TD D MD I MA A TA
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva.	TD D MD I MA A TA
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	TD D MD I MA A TA
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD D MD I MA A TA

11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	TD D MD I MA A TA
12. Siempre intento no pensar en la muerte.	TD D MD I MA A TA
13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	TD D MD I MA A TA
14. La muerte es un aspecto natural de la vida.	TD D MD I MA A TA
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	TD D MD I MA A TA
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	TD D MD I MA A TA
17. No temo a la muerte, pero tampoco deseo que llegue	TD D MD I MA A TA
18. Tengo un miedo intenso a la muerte.	TD D MD I MA A TA
19. Evito totalmente pensar en la muerte.	TD D MD I MA A TA
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	TD D MD I MA A TA
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.	TD D MD I MA A TA
22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.	TD D MD I MA A TA
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.	TD D MD I MA A TA
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	TD D MD I MA A TA
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	TD D MD I MA A TA
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	TD D MD I MA A TA
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	TD D MD I MA A TA
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	TD D MD I MA A TA
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	TD D MD I MA A TA
30. La muerte no es ni buena ni mala.	TD D MD I MA A TA
31. Espero una vida después de la muerte.	TD D MD I MA A TA
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	TD D MD I MA A TA