



Universitat
de les Illes Balears

TRABAJO DE FIN DE GRADO

VISIÓN DE LA MUERTE EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Julio Orestes Suárez Mulder

Grado en Medicina
Facultad de Medicina

Año Académico 2022-23

VISIÓN DE LA MUERTE EN LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA

Julio Orestes Suárez Mulder

Trabajo de Fin de Grado
Facultad de Medicina
Universitat de les Illes Balears
Año Académico 2022-23

Palabras clave del trabajo:

muerte, estudiantes, ansiedad, miedo, deshumanización, medicalización, formación, religión, género

Nombre del Tutor: José Antonio Salinas Sanz

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con fines exclusivamente académicos y de investigación

Autor/a		Tutor/a	
Sí	No	Sí	No
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resumen

La muerte es un concepto multidimensional (biológico, filosófico, religioso, espiritual...) sobre el cual lleva reflexionándose desde los inicios del pensamiento humano. Además, su percepción es multifactorial, viéndose influenciada a nivel holístico por multitud de aspectos (cultural, social, familiar, personal...).

La concepción nuclear sobre la muerte, en un estudiante recién comenzado la carrera, es básicamente heredada. Sin embargo, su visión evoluciona durante la formación debido a las variables circunstanciales de su desarrollo vital y a la incorporación de nuevos conocimientos y experiencias que conforman su aprendizaje.

Este estudio descriptivo refleja la valoración actual sobre la muerte de los estudiantes matriculados en la Universitat de les Illes Balears (UIB), alumnos de primero y sexto de medicina. A partir del análisis de las encuestas realizadas se han establecido los patrones o experiencias que más influyen en el desarrollo de la visión, aceptación, abordaje y gestión de la ansiedad ante la muerte. Los resultados señalan que, en los alumnos de primero, las experiencias vitales cercanas a la muerte y el diálogo con familiares y amigos constituyen la base de las herramientas personales para hacer frente a la muerte. En cuanto a los alumnos de sexto, la formación académica, el diálogo sobre la muerte con profesionales y pacientes, y la práctica clínica en relación con la muerte, son los factores de mayor impacto. No obstante, todas estas exposiciones sin la tutorización adecuada, y sin el apoyo de una formación reglada, son fruto de ansiedad en el estudiante, resultando en discomfort hacia la práctica de cuidados paliativos, una actitud esquiva ante la muerte y la afectación de su salud mental.

Otra parte del estudio está enfocado al análisis del miedo a la muerte, teniendo en cuenta diferentes factores sociobiográficos. Se concluye que ser hombre, mayor, religioso y tener formación en la muerte son factores protectores frente a la ansiedad y el miedo. Por otro lado, las preocupaciones principales de los estudiantes son la pérdida de un ser querido, no poder comunicarse más con él, y el dolor y soledad que pueda sufrir durante su proceso de morir.

Por último, el estudio ahonda en las nociones relacionadas con la calidad en el proceso de morir. Las inquietudes más valoradas han sido: la soledad en la muerte, una deficiente relación paciente-familiar-médico, el mal control del dolor, la incapacidad de comunicar malas noticias u ofrecer limitación del soporte vital.

Los resultados de este estudio revelan una transición positiva en el juicio sobre el final de la vida a medida que el estudiante completa su currículum académico. No obstante, los alumnos de sexto perciben la enseñanza como incompleta, pudiendo mejorarse mediante una formación especializada en la muerte. Para ello, es esencial aumentar las habilidades prácticas, incluir el manejo guiado de las emociones ante situaciones de muerte, que se establezcan diálogos clarificadores con tutores y profesionales sobre las experiencias vividas, y elevar la autoconsciencia y autocuidado en el estudiante.

Asimismo, recuperar las humanidades de la ciencia e indagar en las múltiples dimensiones que envuelven la muerte (budismo, mindfulness...) permite al estudiante ampliar su autoformación y disponer de múltiples herramientas para afrontar con calidad situaciones de últimos días.

Índice

Resumen	3
Introducción	6
Metodología	11
Resultados	14
Discusión	26
Las conclusiones	34
Agradecimientos	36
Bibliografía	37
ANEXO 1: Cuestionario sobre la visión de la muerte en estudiantes de Medicina	41
ANEXO 2: Datos sociobiográficos	52
ANEXO 3: Resultados de las experiencias personales de la muerte	53
ANEXO 4: Experiencia personal más relevante en cada escenario	55
ANEXO 5: Resultados de la formación personal (hablar sobre la muerte)	56
ANEXO 6: Resultados de la formación personal (formación académica)	58
ANEXO 7: Resultados de la formación personal (religión y creencias)	61
ANEXO 8: Formación personal más relevante en cada escenario	63
ANEXO 9: Resultados de la subescala 1 - miedo a la propia muerte	64
ANEXO 10: Resultados subescala 2 - miedo a la muerte de otros	66
ANEXO 11: Resultados de la escala de “morir en paz”	68
ANEXO 12: Análisis del bloque “experiencias” en la muerte	71
ANEXO 13: Análisis subescala 1 – miedo a la propia muerte	76
ANEXO 14: Análisis subescala 2 – miedo a la muerte de otros	81
ANEXO 15: Análisis subescala 3 – buen proceso de morir	86
ANEXO 16: Análisis del miedo a la propia muerte con relación al género	92
ANEXO 17: Comparativas entre cursos	96

Introducción

Antes de abordar la piedra angular de este trabajo, *la visión de la muerte en estudiantes de medicina*, es importante contextualizar los 3 pilares que sustentan esta percepción: la sociedad del siglo XXI, la medicina actual y el estudiante de hoy. A fin de cuentas, el estudiante no es más que una herramienta formada para cumplir con las necesidades de la medicina actual, una profesión esculpida a manos de la demanda social.

La sociedad occidental del siglo XXI: La desculturización de la muerte

“A lo largo de los años la cultura, que impregna la identidad individual y global en una sociedad, ha ofrecido significado y ha permitido modular los pensamientos, las creencias, los valores y las costumbres entorno al entendimiento, el enfrentamiento y la relación de las personas con el morir” (1). Es por ello, que resulta interesante considerar los grandes cambios que han marcado la sociedad en los últimos siglos para entender mejor la evolución en la percepción de la muerte y el rumbo natural que parece estar tomando.

1. La evolución de los últimos siglos: La revolución tecnológica

La revolución tecnológica ha supuesto el motor impulsor de grandes cambios sociales como la industrialización, la globalización y el enfoque capitalista de la sociedad. A su vez, estos cambios han influenciado de forma directa sobre la salud de la comunidad y han modificado de forma indirecta muchos otros factores, entre ellos la percepción de la muerte (2).

En primer lugar, con la llegada de la industrialización (la producción de bienes y servicios a gran escala con el objetivo común de maximizar la eficiencia) apareció entre otros la metropolización. El gran flujo migratorio hacia ciudades emergentes supuso el abandono de aquellas zonas rurales saludables, con extensa red social, que facilitaba la autonomía de los más mayores, y cuyos vínculos cercanos y familiares aseguraban unos cuidados mínimos y de bienestar (3). La práctica médica a su vez era personal, cercana y continua, y los procesos de nacer y morir se llevaban a cabo normalmente en las casas, que eran más grandes y albergaban normalmente la mayor parte de la familia, encargada de los cuidados. Por ello, no es de extrañar que Philippe Ariès (erudito francés) describa la muerte en esa época como una muerte domada, doméstica y domesticada (4). Es decir, la muerte y el duelo son procesos que, aunque sean dolorosos y temidos, son conocidos por todos y se viven de forma cercana y familiar, con aceptación en vez de resignación. La población contaba con una larga tradición de rituales tanto religiosos como sociales que ayudaban a marcar los tiempos, las pautas y la cadencia de estos procesos, permitiendo la preparación a la muerte y sirviendo de herramientas para sobrellevar el duelo (5).

Paradójicamente, con el crecimiento poblacional de las ciudades aumentó el aislamiento social y la segmentación familiar, y fueron tomando mayor protagonismo los hospitales

como cuidadores de los pacientes. Se experimenta un enfriamiento drástico dentro la práctica clínica, con un tratamiento más impersonal donde priman la atención y la curación en lugar de los cuidados y la compañía. Por otro lado, el hospital se convierte en el santuario del morir, donde los moribundos pasan sus últimos días alejados de sus redes sociales con imposibilidad de cerrar su ciclo, en un ambiente frío y ajeno, y rodeado de personal normalmente cambiante y estrictamente profesional (3,6).

En segundo lugar está la globalización, que ha permitido la transferencia de conocimientos y prácticas médicas, la divulgación de creencias, así como la homogeneización de los cuidados de forma transfronteriza. No obstante, la imposición de la ciencia y la técnica médica a nivel global ha supuesto también la pérdida de identidad social y cultural, perdiéndose en muchos casos aquellos conocimientos, metáforas, actitudes, valores, símbolos, referencias o rituales relacionados con la salud, y en particular aportando su granito de arena a la desculturización de la muerte (3,5).

Otro gran hito social con gran repercusión en la sanidad ha sido el capitalismo, y en particular la capitalización de la salud. Independientemente del sistema sanitario que rige un país, los valores sociales se han visto arrastrados por este fenómeno económico, repercutiendo tanto en los cuidados como en los cuidadores de la sociedad. Por un lado ha fomentado la inversión de capital en técnicas y tratamientos que mejoran la esperanza y calidad de vida de unos pocos, de la población “rentable”, otorgando a veces una falsa sensación de posibilidad de negociación con la muerte. Por otro lado, este distanciamiento con respecto a los países en vía de desarrollo, donde las guerras, la alimentación o las infecciones siguen suponiendo una tasa de mortalidad alta y bajan considerablemente la esperanza de vida, hacen que la muerte se perciba de forma insensible, morbosa, lejana y ajena(7). Geoffrey Gorer (8) engloba este fenómeno con un término muy acertado, la pornografía de la muerte, confrontando los temas tabú como pudo ser el sexo en su época, y que actualmente es la muerte (9), y el consumo morboso e insensibilizado de muertes o accidentes fatales en las redes. Este tipo de muertes accidentales o masificadas, lejanas e impersonales, nada tienen que ver en cuanto a su percepción comparado con aquellas muertes cercanas y familiares.

Además de los cuidados, el capitalismo también ha afectado directamente sobre la figura del cuidador. La profesionalización de la mujer, así como el retraso en la jubilación, el elevado coste de las residencias privadas, la limitación de ayudas o asistencias por parte de la política pública hacen los cuidados difíciles y bastante precarios (3). Todo ello secunda aún más la soledad del moribundo y el acompañamiento en la distancia del cuidador familiar que antiguamente predominaba en las casas.

Por último, y utilizando la metáfora del capitalismo, en la sociedad actual se ha privatizado la muerte (10). La muerte ha pasado a ser un proceso individual y privado, y el funeral una ceremonia capitalizada donde los intereses de la familia predominan sobre la del difunto.

2. La tendencia: La revolución informática y robótica

Si algo caracteriza el comienzo del siglo XXI son los avances informáticos y la generalización de la robótica y la automatización. La informática ha irrumpido con tanta fuerza en la sociedad, que hasta las ciencias de la salud han adoptado las terminologías y prácticas comunes del mundo computerizado como: la necesidad de crear algoritmos diagnósticos, el diseño de protocolos terapéuticos o de actuación para estandarizar la práctica médica, los procesos de optimización para erradicar los errores “humanos”... Las consultas telefónicas, los resultados por vía telemática, las cirugías robóticas, los autotests, el autorrelleno de las historias clínicas, etc... no son más que realidades cada vez más aceptadas e interiorizadas. Todo ello contribuye cada vez más a la deshumanización de la medicina y al enfriamiento de la relación médico-paciente (11), a la pérdida de las características esenciales de la persona, a ignorar sus inquietudes y personalidad, así como a tipificar un trato que poca cabida tiene en los últimos momentos de vida de un paciente (12,13). Sin embargo, es curioso observar que aun sucumbidos al mundo de la programación, no programar la muerte sigue siendo una desactualización aceptada.

La medicina actual - La medicalización de la muerte

El peso de la revolución científica ha desequilibrado por completo la balanza en los cuidados y la práctica médica. Su rápido crecimiento no ha permitido una adecuada maduración ética y humana en muchos de los aspectos prácticos. Además, la fijación por la evidencia científica ha llevado a dejar de lado muchos otros aspectos biopsicosociales y espirituales que, a pesar de no tener base científica, suponen un apoyo importante en el cuidado integral de las personas, y en especial durante su proceso de morir.

El gran avance biomédico y tecnológico, la medicina basada en la evidencia, ha traído consigo increíbles logros, como la erradicación de enfermedades, el perfeccionamiento de la técnica quirúrgica, el entendimiento de muchos procesos fisiopatológicos y la modernización de la alquimia tradicional. Todo ello ha conseguido domar en cierta manera la percepción de la muerte, secundado por el aumento de la esperanza y calidad de vida (14). En otras palabras, la muerte ha pasado de ser una finitud aceptada e inquebrantable, a un fracaso médico, a una limitación del conocimiento médico actual o un tratamiento todavía por descubrir (15,16).

Otro aspecto interesante es el papel que ha adoptado la medicina en la sociedad actual, donde ha pasado de ser una herramienta por y para la salud, a ser una responsabilidad; del médico paternalista a la responsabilidad médica, donde el médico ha pasado a ser responsable de la vida y de la muerte del individuo, responsabilidad que ha empujado a una práctica médica defensiva (17,18) y que consecuentemente ha tenido su impacto en la percepción de la muerte y en el papel del médico en los últimos días de vida del paciente (19).

El estudiante de medicina actual - el futuro profesional de la muerte

Los estudiantes de medicina se forman en base a un conjunto de conocimientos científicos y habilidades tecnológicas que tienen por finalidad la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades humanas, así como la rehabilitación y mantenimiento de la salud. Esta aproximación a la práctica médica actual, construida sobre la evidencia científica, orienta a partir de unas recomendaciones y protocolos de actuación la atención y las curas de enfermedades, no de enfermos (20). Además, la estandarización del cuidado desde una perspectiva puramente científica, la búsqueda de la eficiencia médica y la falta de recursos personales transmitidos durante la carrera convierten la formación en una robotización de la práctica médica. No es de extrañar que en la era de la pantalla, que se interpone entre la persona y sus actividades cotidianas, así como la socialización digital, contribuyan al enfriamiento de la práctica asistencial. Todo ello ha conseguido nublar el pensamiento crítico y el enfoque holístico sobre el enfermo con una percepción dicotómica de la era binomial (21): cumple criterios de patología o no, es susceptible de tratamiento o no, se curará la enfermedad o no, se morirá o no...

No hay que perder de vista el nivel de especialización que está adoptando la profesión médica. Es tal el conocimiento médico obtenido durante la formación, que el estudiante olvida al enfermo e incluso el impacto diferido o colateral de la enfermedad, obcecándose por simplificar la patología hasta sus inicios (una proteína o un gen), eso sí, dentro de su especialidad. Además, la necesidad de abordar temarios tan extensos en periodos limitados de tiempo obliga a excluir de los planes de estudios asignaturas de humanidades, y relegar en la práctica los juicios de valor a comités bioéticos (19,22).

Tras la contextualización de este trabajo, se procede a exponer los objetivos del mismo. El plan académico de la Facultad de medicina de la Universitat de les Illes Balears (UIB) actual tiene como objetivo “la formación de profesionales con conocimientos científicos y habilidades suficientes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades humanas, así como la rehabilitación y mantenimiento de la salud”.

En dicha persecución hacia la curación y búsqueda de la prosperidad vital es difícil encajar un concepto tan antagónico y complejo como es la muerte (23), a pesar de ser una realidad inevitable tanto en la vida personal como en el ámbito profesional sanitario.

La muerte es un concepto multidimensional sobre el cuál se lleva reflexionando desde los inicios del pensamiento humano, analizándose desde múltiples perspectivas: biológica, filosófica, religiosa, social. Además, la percepción de la muerte es multifactorial, viéndose modulada a nivel global por multitud de influencias o capas (cultural, social, familiar, personal...), como si de una matrioska se tratara (3). Aunque la cultura da significado y permite modular los pensamientos, las creencias, los valores y las costumbres entorno al entendimiento, el enfrentamiento y la relación de las personas con el morir, la percepción individual de cada estudiante sobre la muerte viene marcada por una formación y maduración personal que se encuentra en constante evolución gracias a la introducción de nuevos conocimientos y experiencias que forman parte de la ecuación en su desarrollo individual.

Este estudio tiene como objetivo principal: reflejar la visión actual sobre la muerte de los estudiantes de medicina de la UIB (a partir de las similitudes y no las diferencias individuales), intentando establecer aquellos patrones o experiencias que más han influenciado en el desarrollo de su percepción personal, e identificar aquellos aspectos que permitan mejorar su formación de cara al afrontamiento a la muerte en su práctica clínica.

Entre los objetivos secundarios del estudio se encuentra el de analizar las inquietudes y preocupaciones del estudiante entorno a la muerte y el proceso de morir, y ver como varía durante el transcurso de la carrera, intentando destacar aquellos aspectos más relevantes en esa transición. Otro de los objetivos es integrar todos los aspectos mencionados y evaluar cómo puede repercutir la percepción de la muerte del estudiante actual en la práctica médica futura y su salud mental.

Metodología

1. Muestra

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y transversal cuya muestra se ha recogido entre los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universitat de les Illes Balears (UIB), en concreto los alumnos de primer y último año académico.

Los criterios de inclusión son: estar matriculado en la carrera de Medicina, pertenecer a uno de los años académicos mencionados anteriormente, dar explícitamente el consentimiento informado y rellenar de forma individual la encuesta elaborada para este estudio.

2. Instrumentos

Para la recogida de información se ha utilizado una encuesta (cuestionario previamente diseñado e inalterado durante el periodo de sondeo). La encuesta engloba los siguientes bloques [ver encuesta completa en [anexo 1](#)]:

- Bloque 1: Información sobre los objetivos de la encuesta, los términos de anonimato y confidencialidad, y el consentimiento expreso para hacer uso de los datos facilitados y llevar a cabo los análisis correspondientes para la elaboración de este estudio.
- Bloque 2: Cuestionario sobre las características sociobiográficas: curso, rango de edad, género, formación académica previa, situación laboral, situación sentimental, y descendencia.
- Bloque 3: Estudio sobre patrones de impacto en la visión, abordaje y gestión de ansiedad en el estudiante:
 - Cuestionario sobre la familiarización personal con la muerte y el proceso de morir, a raíz de experiencias personales.
 - Cuestionario sobre la reflexión o dialogo relacionado con la muerte con familiares, amigos, compañeros, pacientes o profesionales sanitarios.
 - Cuestionario sobre la formación en la muerte y el proceso de morir.
 - Cuestionario sobre la identificación con creencias religiosas y la autoformación en la percepción personal de la muerte.
- Bloque 4: Cuestionario adaptado sobre la ansiedad o miedo a la muerte, tanto propia como la de otros, basado en escalas validadas de:
 - Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester y el proceso de morir y duelo de Neimeyer (24,25).
 - Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (26).
- Bloque 5: Cuestionario adaptado sobre la percepción de una muerte o proceso de morir de calidad basado en un estudio de “ítems que te ayudan morir en paz” elaborado por la facultad de psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona (27).

El bloque 3, correspondiente al estudio de patrones de impacto sobre la visión de la muerte, engloba preguntas dicotómicas respecto a las experiencias recogidas en el cuestionario, y se acompañan de unos ítems tipo Likert (1: nada a 5: mucho) que valoran el peso de las mismas en el cambio de visión del estudiante, en su utilidad en la aceptación de la muerte y en el nivel de ansiedad o miedo que hayan podido generar. Por último, se solicita al estudiante que asocie a cada ítem (cambios en la visión, aceptación de la muerte, ansiedad), la experiencia que más impacto haya tenido en su situación personal (experiencias vividas, diálogo, religión...).

En cuanto al bloque 4, cuestionario adaptado sobre el miedo a la muerte, consta de 21 ítems tipo Likert (1: nada de ansiedad a 5: muchísima ansiedad), repartido en 2 subescalas. La primera subescala recoge 10 ítems sobre la ansiedad/preocupación a la muerte y proceso de morir de uno mismo, y la segunda subescala recoge 11 ítems sobre la muerte y proceso de morir de los otros o seres queridos.

Por último, el cuestionario adaptado sobre la percepción de una muerte digna o proceso de morir de calidad, bloque 5, consta de 15 ítems tipo Likert (1: nada de ayuda a 5: muchísima ayuda a morir en paz), que cubren distintos aspectos como la comunicación, la autonomía, el control del dolor y la comunicación.

3. Procedimiento

La encuesta fue facilitada y contestada digitalmente a través de una plataforma online de cuestionarios. Los datos fueron recogidos y registrados automáticamente en una hoja de datos tipo Excel. Para el reclutamiento de participantes de primero y sexto de carrera se expuso de forma presencial el estudio en las clases obligatorias impartidas por la universidad para garantizar la llegada del mensaje a la totalidad de estudiantes de cada curso. Además, se difundió varios mensajes a través de la plataforma de mensajería WhatsApp, para recordar y solicitar la participación en el estudio.

Se aseguró que no hubiese duplicidad ni falseamiento de los resultados mediante la recopilación de las cuentas de correo, asegurando en todo momento el anonimato y confidencialidad de los datos facilitados, y solicitando expresamente el consentimiento para dicha actividad.

4. Análisis de datos

Pese a ser un estudio descriptivo, se han analizados los datos y las respuestas de las encuestas con el programa informático de cálculo Microsoft Excel, con el fin de interpretar y correlacionar correctamente los resultados obtenidos. En primer lugar, se han utilizado gráficas circulares para representar los datos relacionados a los cuestionarios sociobiográficos [ver [anexo 2](#)] y las preguntas dicotómicas de cada bloque principal [ver [anexo 3,5,6 y 7](#)]. En segundo lugar, se ha expuesto en gráficas de columnas los resultados obtenidos de los cuestionarios tipo Likert, comparando en todo momento

las valoraciones obtenidas de ambos grupos de forma porcentual, y resaltando las valoraciones promedio correspondiente a cada ítem [ver anexo [3,5,6](#) y [7](#)].

Posteriormente, se han procesado los datos y se han integrado los resultados (dicotómicos y tipo Likert) en una matriz, obteniendo unas gráficas distributivas que permiten valorar visualmente todos los ítems cubiertos en la encuesta y el impacto que tiene cada variable en la perspectiva de la muerte del estudiante [ver anexo [4,8](#) y [12](#)].

Por otro lado, en las subescalas adaptadas del “miedo a la muerte” y la encuesta de “ítems que te ayudan a morir en paz”, primero se ha realizado una comparación porcentual de cada ítem por separado, siempre comparando los resultados entre ambos grupos y representando los valores mediante gráficas representativas con columnas [ver anexos [9, 10](#) y [11](#)]. A continuación, se ha obtenido la distribución estadística normalizada de los resultados [ver anexos [13, 14](#) y [15](#)], permitiendo el cálculo promedio de las tendencias estudiantiles en cada grupo y observar el comportamiento de las gráficas (como la dispersión de las opiniones dependiendo del ítem valorado). Además, se ha realizado un análisis de los distintos ítems de estas subescalas con relación a distintos factores sociobiográficos, en especial el de género [ver anexos [16](#)].

Por último, se han analizado exhaustivamente los distintos ítems por separado, contrastando en cada momento los ítems con respuestas de máxima (4 – 5 en la escala) y mínima (1 – 2 en la escala) puntuación, con aquellos eventos que parecen haber tenido mayor correlación o influencia sobre ese estado ansioso [ver anexo [17](#)]. En otras palabras, se busca patrones comunes de gran impacto en la ansiedad del estudiante, a partir de contrastar las máximas y mínimas puntuaciones de cada ítem con aquellas experiencias (experiencias personales / formaciones, religiones, el hablar sobre la muerte...) que parecen haber influido positiva o negativamente sobre su estado anímico.

Se recogen todas las representaciones gráficas en los anexos del trabajo, explicándose aquellos más relevantes en el apartado de resultados, y reservando las interpretaciones y juicios de valor para el apartado de discusión.

5. Aspectos ético-legales

Con el fin de no incurrir en conflictos ético-legales, los datos de este estudio se han obtenido a partir de una participación voluntaria de los estudiantes mediante unas encuestas debidamente informadas, especificando: los objetivos de la encuesta, los términos de anonimato y confidencialidad, solicitando el consentimiento expreso para hacer uso de los datos facilitados y llevar a cabo los análisis necesarios para la elaboración de este estudio.

Resultados

Los próximos resultados están basados en la encuesta facilitada a los estudiantes de 1º y 6º de carrera, de los cuáles se obtuvieron 41 y 51 contestaciones válidas respectivamente.

Características sociobiográficas de los grupos

En 1º de carrera el perfil mayoritario de los encuestados es; mujer (73%), entre 17-22 años (73%), cursando su primera carrera universitaria (61%), con nula experiencia laboral (71%), sin pareja sentimental (76%) y sin descendencia (95%) [ver anexo 2].

En 6º de carrera el perfil mayoritario es; mujer (70%), entre 23 – 25 años (80%) cursando su primera carrera universitaria (84%), con escasa experiencia laboral (71%), con pareja (53%) y sin descendencia (96%) [ver anexo 2].

De las características sociobiográficas cabe destacar: el ligero aumento de la predominancia femenina en la carrera de medicina, la tendencia creciente en la incorporación de estudiantes con formación sanitaria previa a la carrera de medicina (39% frente al 11.8% en alumnos de 6º), siendo enfermería el estudio previo más frecuente. El 51% de los encuestados de 6º presentaba una pareja estable en el momento de la encuesta, frente al 25% en los estudiantes de 1º.

Bloque sobre la experiencia vital con relación a la muerte y el proceso de morir

A continuación, se presentan los resultados del bloque 3 de la encuesta, relacionado con la experiencia vital del estudiante con relación a la muerte y el proceso de morir [ver anexo 3 y 4]:

El 70% de la totalidad de estudiantes encuestados no ha estado hospitalizado o ha tenido alguna experiencia personal cercana a la muerte. Los alumnos de 1º presentan una mayor tasa de exposición a situaciones cercanas a la muerte (40%), frente a los estudiantes de 6º (25%).

La tasa de estudiantes que ha visto morir a alguien o ha acompañado algún enfermo en su proceso de morir es del 55%, siendo ligeramente mayor en estudiantes de 6º (59%) en comparación a los de 1º (50%).

Solo el 36% de los estudiantes encuestados ha realizado algún trabajo, voluntariado o práctica en estrecha relación con la muerte, siendo notablemente mayor en estudiantes de 6º (51%) que en estudiantes de 1º (17%, de los cuales la mitad tiene una formación sanitaria previa).

Por último, la tasa de estudiantes que ha perdido algún ser cercano es del 91%, con mínima variabilidad entre ambos grupos (92% de los alumnos de 1º frente a un 90% de los estudiantes de 6º). Sin embargo, aunque la tasa de estudiantes que ha asistido a un funeral o velatorio es similar (89%), se observa mayor variabilidad entre los 2 grupos,

siendo la asistencia de un 96% entre estudiantes de 6º y solo del 80% en los alumnos de 1º. En otras palabras, existe un decremento del 16% en la tasa de asistencia a funerales por parte de los alumnos de 1º, a pesar de haber estado expuesto a la misma tasa de pérdidas de seres queridos que los alumnos de 6º.

En conclusión, existe cierta familiarización con experiencias relacionadas a la muerte entre los estudiantes de medicina, sobre todo aquellas relacionadas con las experiencias vitales que entran dentro de la cotidianidad (pérdida de algún ser cercano y asistencia a algún funeral).

A continuación, se expondrán las valoraciones de los estudiantes (puntuaciones de 1 a 5) correspondientes al nivel de impacto de las experiencias vitales relacionadas a la muerte mencionadas anteriormente [ver anexo [12A](#) y tabla resumen [1](#)]

De los estudiantes con experiencias cercanas a la muerte o que hayan sufrido alguna hospitalización, el 66% coincide que les ha cambiado notablemente su visión sobre la muerte (puntuación 4 o 5). Gran parte de los estudiantes coincide en la idea de que esta experiencia vital le ha servido (valoraciones superiores a 3) para aceptar su propia muerte (76%), la de sus seres queridos (76%) y en la aceptación de la muerte de pacientes (93%). Por otro lado, tildan esta experiencia de bajo impacto sobre su nivel de ansiedad o miedo (puntuaciones de 1 o 2) en la idea de su propia muerte (69%) y la de pacientes (66%). Eso sí, el 55% de los estudiantes valora esta experiencia de aumentar notablemente (puntuaciones 4 a 5) su ansiedad ante la idea de muerte de sus seres cercanos. Por último, la experiencia vital cercana a la muerte ha mostrado tener su mayor impacto sobre la aceptación de la propia muerte en ambos grupos de estudiantes, y manifestar el menor nivel de ansiedad en la idea de la propia muerte.

En referencia al acompañamiento de alguien en su proceso de morir, en general se valora positivamente (puntuaciones superiores a 3) el impacto de dicha experiencia en el cambio de su visión sobre la muerte (80%, de los cuales el 87% puntúa de 4 a 5 el impacto), en la utilidad de dicha experiencia en la aceptación de su propia muerte (80%), de la de sus seres queridos (70%) y la de los pacientes (92%, de los cuales el 83% puntúa de 4 a 5 el impacto). De forma similar a la experiencia cercana a la muerte, gran parte de los estudiantes señalan que acompañar a alguien en su proceso de morir no ha resultado en un aumento de su ansiedad o miedo (puntuaciones de 1 o 2) ante la idea de su propia muerte (52%) o la de pacientes (68%). Eso sí, el 54% de los encuestados coincide en un aumento moderado-alto en la ansiedad o miedo ante la idea de muerte de seres cercanos (puntuaciones 4 o 5). En este caso, la experiencia de acompañar durante el proceso de morir ha mostrado tener su mayor impacto en la aceptación de la muerte en pacientes, y es la que los estudiantes han señalado como la que menor ansiedad genera en referencia a la idea de muerte de sus seres queridos.

En cuanto a la realización de algún trabajo, voluntariado o práctica médica en estrecha relación con la muerte, las valoraciones de aquellos que han realizado dichas prácticas son casi idénticas a las mencionadas anteriormente en el acompañamiento en el proceso de morir. Esta experiencia también tiene su mayor impacto en la aceptación de la muerte en pacientes, con un 85% de valoraciones entre 4 o 5 (frente al 76% en acompañamiento durante el proceso de morir), y es puntuada por los estudiantes como la que menos influencia tiene sobre la ansiedad en referencia a la idea de muerte de pacientes, con un 79% de valoraciones entre 1 o 2 (frente al 68% en el acompañamiento durante el proceso de morir). Se puede observar una representación distributiva en ilustración 1.

En relación con la experiencia relacionada a la pérdida de un ser querido, se aprecian valoraciones altas en ambos grupos (puntuación 4 o 5) con relación al impacto sobre la visión de la muerte en los estudiantes (70% en 1º y 55% en 6º) y la ansiedad generada con respecto a la idea de muerte de los seres queridos (62% en 1º y 57% en 6º). Junto a la asistencia a funerales (la más influyente con 59% de valoraciones 4 a 5 en 1º y 46% en 6º) y la experiencia propia cercana a la muerte (56% en 1º y 38% en 6º), los estudiantes valoran la experiencia de perder un ser querido como uno de los factores más influyentes en la aceptación de la muerte de sus seres queridos (51% en 1º y 43% en 6º).

Por último, destacar que la mayoría de estudiantes de 1º y 6º coinciden que ninguna de las experiencias vitales en relación a la muerte y el proceso de morir tienen gran repercusión en el nivel de ansiedad o miedo hacia su propia muerte o la de pacientes. La única excepción es la ansiedad generada en los estudiantes con respecto a la idea de muerte de sus seres cercanos, mayor en estudiantes de 1º, y siendo la experiencia que más influye en ésta la pérdida de un ser querido.

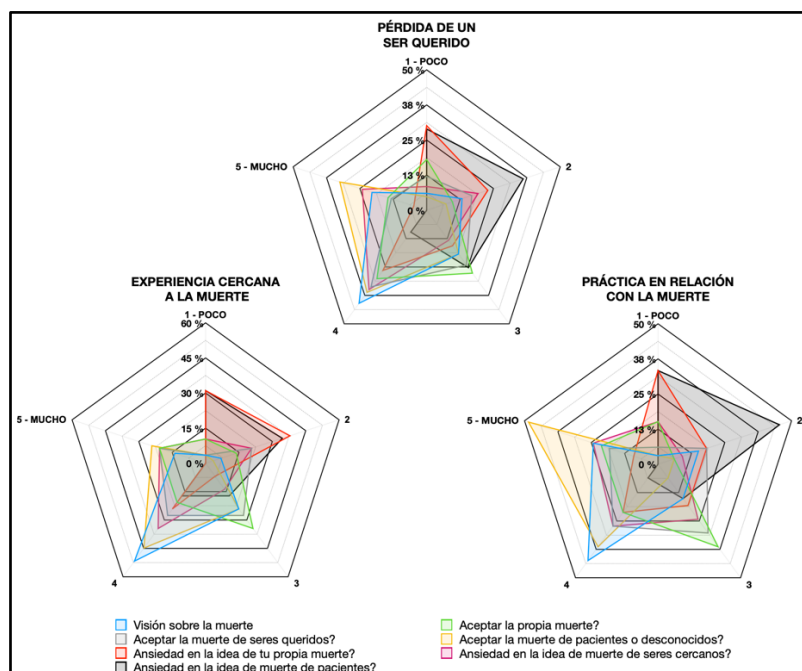


Ilustración 1: Distribución del impacto de las vivencias sobre la visión, aceptación y ansiedad

	Visión	Aceptación	Ansiedad
Experiencia cercana a la muerte		La que más influye sobre aceptación de la propia muerte	La que más disminuye la ansiedad ante la propia muerte
Acompañamiento en la muerte		Las que más influyen sobre la aceptación de muerte en pacientes	La que más disminuye la ansiedad ante la muerte de seres queridos
Práctica clínica con la muerte			La que más disminuye la ansiedad ante la muerte de pacientes
Pérdida de un ser querido	La que más cambia la visión sobre la muerte		La que más ansiedad genera ante la idea de muerte en seres queridos
Asistencia a funeral		La que más influye sobre la aceptación de la muerte de seres queridos	

Tabla 1: Resumen de experiencias de mayor impacto

Bloque del diálogo sobre la muerte en diferentes entornos sociales

Para los estudiantes encuestados es bastante común mantener una conversación sobre la muerte con familiares y amigos, habiendo debatido el 75% de los estudiantes con algún familiar y el 88% de los estudiantes con amigos o compañeros de clase. De los resultados obtenidos cabe destacar que los alumnos de 1º presentan una mayor tasa de diálogo con familiares y amigos (80% frente a un 72% de 6º, y 90% frente a un 86% de 6º, familia y amigos, respectivamente).

En cuanto a haber compartido este debate con algún enfermo o profesional del mundo sanitario los porcentajes son mucho menores. Sólo el 33% de estudiantes de 6º y el 22% de estudiantes de 1º (de los cuáles el 100% dispone de una formación sanitaria previa) han dialogado sobre la muerte con algún enfermo. La tasa de estudiantes que han mantenido conversaciones sobre la muerte con profesionales sanitarios asciende a 68% entre los encuestados de 6º y el 37% entre los de 1º (la mitad dispone de formación previa en formación sanitaria).

En términos generales, el 70% de los estudiantes valoran el diálogo sobre la muerte como un factor de impacto medio-alto (valoraciones ≥ 3) en el cambio de su visión sobre la muerte y creen que les servirá para abordar su propia muerte, la de sus seres más cercanos y la de los pacientes. Además, el 80% percibe el diálogo como un factor de baja carga de estrés (valoraciones ≤ 3) ante la idea de muerte en pacientes y su propia muerte. Las valoraciones son mucho más heterogéneas ante el nivel de estrés generado ante la idea de afrontar la muerte de seres cercanos [ver anexo 5, 12B y [tabla resumen 2](#)].

La valoración de los estudiantes entorno al diálogo con familia, amigos, enfermos o profesionales sanitarios es bastante similar, percibiéndose la conversación con profesionales sanitarios como la más trascendental y favorecedora de la aceptación y

enfrentamiento a la muerte de pacientes. Por otro lado, la conversación con enfermos se contempla como el diálogo que más ha ayudado a la aceptación de su propia muerte y la de seres cercanos. El diálogo con familia y amigos también es valorado por los estudiantes en la aceptación de la muerte de aquellos más allegados. Por último, la generación de ansiedad o miedo en la idea de afrontar la propia muerte o la de los pacientes es mínima, siendo ligeramente más elevada en el caso de afrontar la muerte de seres cercanos (sobre todo en el caso del diálogo con el profesional sanitario). Pero la conversación con familia y amigos, y la conversación con el enfermo, son percibidos por el estudiante como factores de muy baja carga de ansiedad. Las valoraciones promedio (sobre 5) son de 2,33 en los alumnos de 1º y 2,39 en los de 6º con respecto al habla con la familia, y de 2,54 en 1º y 2,30 en 6º en cuanto a la ansiedad generada por el habla con el enfermo.

	Visión	Aceptación	Ansiedad
Diálogo con familia y amigos	<i>Todos</i> considerados factores de impacto en el cambio de visión sobre la muerte	La que más influye sobre la aceptación de la muerte de sus seres cercanos	Las que más disminuyen la carga de ansiedad ante la idea de muerte (propia y de pacientes)
Diálogo con enfermo		La que más influye sobre aceptación de la propia muerte y de seres cercanos	
Diálogo con profesional		Las que más influye sobre la aceptación de muerte en pacientes	La que más ansiedad genera ante la muerte de seres queridos

Tabla 2: Resumen de experiencias de mayor impacto

Bloque sobre la formación del estudiante en la muerte

Tan solo un 13% de los estudiantes ha recibido algún tipo formación sobre la muerte durante su niñez, siendo mínima la diferencia entre ambos cursos. Esta tasa de formación aumenta notablemente durante la fase universitaria, así como la diferencia entre ambos grupos, situándose en un 86% en el caso de estudiantes de 6º y en un 50% en el caso de los encuestados de 1º (40% de los cuales trabaja en el sector sanitario o tiene formación sanitaria previa).

En términos generales, la formación universitaria es percibida por los estudiantes de 6º como un factor mucho más relevante (63% lo valoraron de 4 a 5) para el cambio en la visión sobre la muerte que para los alumnos de 1º (solo el 30% lo tildaron de valor 4 a 5). Las valoraciones sobre su utilidad en el abordaje de la muerte y los niveles de ansiedad generados comparten enorme similitud con la experiencia de hablar con un profesional sanitario sobre la muerte. La única diferencia remarcable es el decremento en la generación de ansiedad o miedo en la idea de muerte de los seres queridos, siendo valorada la formación universitaria solo por un 28% de los estudiantes como generador

de ansiedad alta (valoración 4 a 5), frente al 40% de los encuestados que lo tildaron de alto en la experiencia de hablar con profesionales sanitarios [véase anexos 6, 8 y 12C]. En la visión global, comparando el hablar sobre la muerte con la formación en la muerte, los estudiantes puntúan la formación como factor de más impacto en el cambio de visión sobre la muerte y más favorecedor en el abordaje de la muerte de pacientes, pero hablar sobre la muerte es más valorada para el abordaje y aceptación de su propia muerte y de los seres cercanos.

Por último, el 55% de los estudiantes de 6º y el 76% de estudiantes de 1º puntúan de insuficiente (valoraciones 1 o 2) la formación teórica recibida referente a la muerte durante su carrera académica [véase figura 2]. Esta percepción de escasez formativa es incluso más alta en cuanto a la formación práctica en la muerte (\pm 78% de estudiantes, en ambos grupos) valoraron esta formación como insuficiente (valoraciones 1 o 2).

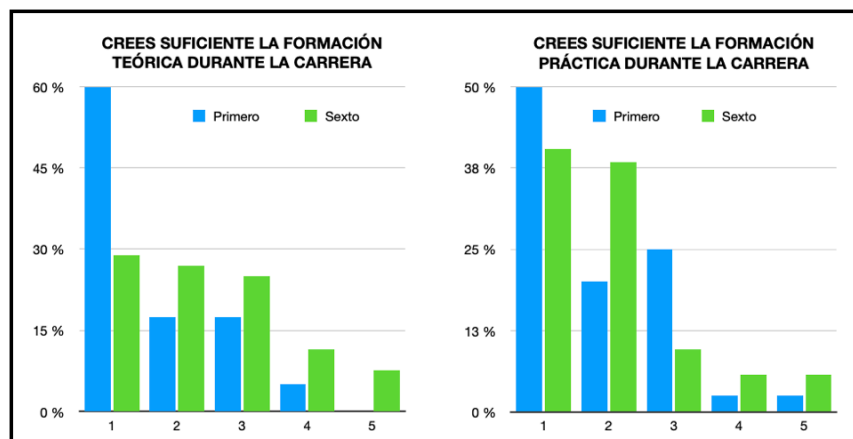


Ilustración 2: Comparativa en la valoración de la formación

Bloque sobre las creencias y autoformación del estudiante en la muerte

En la actualidad, existe mayor número de estudiantes ateos (55%) que estudiantes identificados con alguna religión o creencia (45%), indistintamente del grupo encuestado (primero o sexto). La creencia o religión mayoritaria entre los estudiantes es el cristianismo (40% de los estudiantes). En términos generales, los estudiantes identificados con alguna religión muestran niveles más bajos de ansiedad ante la muerte (ya sea la suya propia, la de sus seres cercanos o la de los pacientes). Sin embargo, en comparación con otros factores como el diálogo o la formación académica en la muerte, el impacto del cristianismo es bastante menor [véase anexos 7 y 12D].

Por otro lado, el budismo y el hinduismo son religiones minoritarias entre los estudiantes de medicina (un total de 4 alumnos se sienten identificados con dicha religión), pero llama la atención que el 100% de estos estudiantes valoran muy positivamente (valoración 4 o 5) la influencia tanto en el cambio de visión, como en el enfrentamiento/aceptación y bajo nivel de ansiedad que sienten ante la muerte.

Además, todos ellos muestran inquietud por la autoformación y aprendizaje sobre la muerte a través de otras creencias, culturas e ideologías.

Por último, se observa una clara transición de preferencias entre aquellas experiencias (vivencias personales, hablar, formarse, creencias...) que consideran los estudiantes de 1º como de mayor impacto en su cambio de visión, abordaje de la muerte y el nivel de ansiedad generado, a las preferencias de los alumnos de 6º [véase [anexo 8](#)].

Entre los alumnos de 1º, los factores influyentes más relevantes sobre la visión de la muerte son las vivencias personales y el hablar con la familia y amigos sobre la muerte. Sin embargo, en 6º son las experiencias prácticas junto al moribundo y la formación académica, incluyendo el poder hablar abiertamente con profesionales sanitarios, son los factores más relevantes en su visión sobre la muerte. Por ejemplo, en la encuesta de asociar aquella experiencia que más ansiedad genera en el estudiante, los alumnos de 6º han marcado en general “ninguna”, mientras que para los estudiantes de 1º, el hablar con familia y amigos y sus vivencias personales con la muerte son los mayores factores de ansiedad ante la muerte (teniendo en cuenta que también son los aspectos más importantes en su cambio de visión y aceptación de la muerte).

Subescala de miedo a la propia muerte

La subescala adaptada de miedo a la propia muerte cuenta con buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,80 en caso de 1º y 0,83 en caso de 6º. El promedio total de miedo correspondiente a los 10 ítems de la subescala es de 2,85 (57%) en caso de los alumnos de 1º, y de 2,71 (54%) en caso de 6º [ver [anexo 13](#) y [17A](#)]. En términos generales [ver [anexo 9](#)], los ítems con mayor impacto sobre la ansiedad de los estudiantes han sido: el dolor generado en aquellos que uno deja atrás tras su muerte (valor promedio de 4 sobre 5), la de morir en soledad (3,5) y la de morir joven (3,5).

En el ítem de ansiedad ante la soledad en el proceso de morir, el promedio entre los alumnos de 6º es de 3,45, presentando una gráfica mucho más dispersa debido a la heterogeneidad entre las valoraciones. Entre los factores atenuantes de la ansiedad, hablar con un profesional sanitario o profesor sobre la muerte ha sido el más importante, seguido del acompañamiento en la muerte, la realización de prácticas clínicas relacionadas con la muerte y la autoformación sobre la muerte en otras culturas. En relación con los alumnos de 1º, el promedio es ligeramente superior (3,51), pero la varianza mucho menor, existiendo más consonancia en las valoraciones. Teniendo en cuenta la falta de formación y práctica clínica en la muerte, el factor atenuante más significativo en este ítem ha sido la experiencia personal cercana a la muerte.

En cuanto a la idea de morir joven, el promedio es ligeramente mayor en los alumnos de 6º (3,47 frente a 3,39 de los estudiantes de 1º), así como la varianza. Entre los estudiantes con más ansiedad ante este ítem, el 68% es ateo. Entre los alumnos de 6º, el

acompañar a un ser querido en su proceso de morir, el hablar de la muerte con algún paciente enfermo o profesional sanitario, y aquellos con formación en la muerte, muestran índices más bajos de ansiedad ante la idea de morir joven. Sin embargo, entre alumnos de 1º el acompañamiento durante el proceso de morir supone uno de los factores que más angustia genera ante la idea de morir joven.

En el ítem relacionado con el dolor causado en otros tras la propia muerte, los estudiantes de 1º muestran ser más proclives a la ansiedad, con un promedio de 4,24 frente a 3,94 de los alumnos de 6º. Debido al escaso número de estudiantes con baja valoración en la ansiedad ante este ítem, la contrastación de resultados tiene menor validez estadística. No obstante, se observa mayor nivel de ansiedad entre aquellos estudiantes con pocas experiencias personales relacionados con la muerte o un déficit en formación en la muerte o en el hablar libremente sobre la muerte con profesionales o enfermos.

Los ítems “desconocimiento sobre la fecha y causa de la muerte” y “pensar que no hay nada más allá de la muerte” no generan mucha ansiedad entre los estudiantes, pero es interesante observar que entre los que viven este ítem con mayor nivel de ansiedad, el 100% ha perdido un ser querido y la mayoría no ha recibido formación ni ha realizado prácticas clínicas con relación a la muerte. Los atenuantes de ansiedad más valorados en estos ítems han sido la conversación sobre la muerte con profesionales sanitarios y enfermos, así como la formación universitaria en relación con la muerte.

La incertidumbre del qué pasara una vez muerto es un ítem de preocupación leve-media compartida por igual entre los estudiantes de ambos grupos (promedio 2,5). Existe más heterogeneidad en las valoraciones de los alumnos de 6º, destacando que el 70% de estudiantes que puntúan este ítem de bajo nivel de ansiedad coinciden en tener una autoformación en la muerte mediante aprendizajes de otras culturas o religiones. Entre los alumnos que valoran con niveles altos de ansiedad este ítem, el 70% son ateos. Otro resultado a destacar es que aquellos que muestran mayor ansiedad ante la incertidumbre han experimentado más eventos de acompañamiento en la muerte y han hablado más abiertamente con familiares sobre la muerte. No obstante, éstos también muestran menor formación académica y experiencias prácticas en relación con la muerte.

En el ítem “el hecho de pactar con tu médico de confianza sobre unas voluntades anticipadas en caso de fallecimiento” es puntuado con valores muy bajos de ansiedad en ambos grupos. En el caso de los alumnos de 6º, el 65% de los estudiantes con perfil de ansiedad bajo ante este escenario, pese a presentar bajas cifras en el acompañamiento en la muerte, prácticas en relación con la muerte o en el habla con enfermos, el 90% coincide en haber recibido una formación universitaria con relación a la muerte.

Las discrepancias más señaladas en las valoraciones entre ambos grupos son: el proceso cadavérico del cuerpo, la exposición del cadáver a la familia o amigos, el dolor en aquellos que se dejan atrás, y el saber que existe algún tratamiento experimental bajo

estudio que puede prolongar la vida pero cuyo acceso es limitado (punto de máxima diferencia), siendo todos estos valorados con menos puntuación de ansiedad entre los alumnos de 6º que los de 1º. La única excepción en el que los alumnos de 1º han puntuado con menos nivel de ansiedad que los de 6º ha sido en el ítem de pensar que no hay nada más allá de la muerte.

Por último, se ha llevado a cabo un estudio de género sobre esta subescala, encontrando los siguientes resultados [véase [anexo 16A](#) y [tabla resumen 3](#)]:

Las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte con respecto a los hombres, tanto en primero como en sexto. Se observa una disminución del nivel de ansiedad en ambos (hombres y mujeres) con el transcurso de la carrera. La mayor discrepancia entre hombres y mujeres [véase [ilustración 3](#)] se ha observado en el ítem correspondiente al duelo que puedan sentir los demás ante tu propia muerte (en el caso de 1º) y el del desconocimiento e incertidumbre alrededor de la muerte (en el caso de 6º).

	Primero	Sexto
Hombre	2,74	2,51
Mujer	2,89	2,79

Tabla 3: Promedio total de la subescala de miedo a la propia muerte

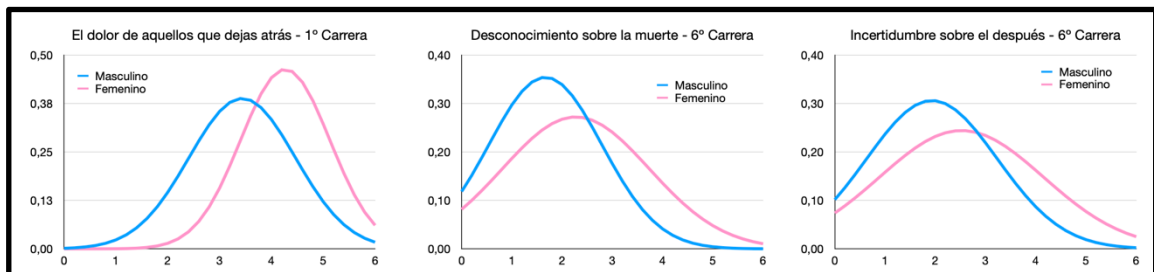


Ilustración 3: Gráficas comparativas de género

Subescala del miedo a la muerte de otros

La subescala adaptada de miedo a la muerte de otros cuenta con buena consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 en caso de 1º y 0,86 en caso de 6º. El promedio total de miedo correspondiente a los 11 ítems de la subescala es de 3,88 (77%) en caso de los alumnos de 1º, y de 3,71 (74%) en caso de 6º [ver [anexo 14](#) y [17B](#)]. En términos generales, los ítems de esta encuesta generan mucha más ansiedad entre los estudiantes que aquellos relacionados con la subescala del miedo hacia su propia muerte. Entre los ítems más puntuados encontramos: “la pérdida de una persona querida”, “no poder despedirse previo a su fallecimiento”, “que el moribundo muera en ausencia de compañía”, y “la agonía o dolor que pueda sufrir durante su muerte”.

En relación con la pérdida de una persona querida, el 90% de estudiantes ha experimentado la pérdida de algún ser cercano. Entre los estudiantes con mayor nivel de ansiedad frecuente el bajo porcentaje de formación en la muerte y la escasez de diálogo con enfermos o profesionales sanitarios [ver [anexo 10](#)].

El no poder despedirse de una persona previo a su fallecimiento es el ítem más valorado entre los alumnos de 1º (promedio 4,49), donde la única diferencia significativa entre ambos grupos es la formación en la muerte. Entre los estudiantes de 6º con altos niveles de ansiedad por este ítem, abunda la escasez de experiencias en el acompañamiento durante el proceso de morir, la falta de habla con el moribundo, y ausencia de prácticas relacionadas con la muerte (menos del 50% en todos estos ítems). Como curiosidad, las pocas personas que han reflejado poca ansiedad ante este evento presentan un 100% de autoformación en la muerte mediante otras culturas y presentan identificación con alguna religión, sobre todo la budista.

El dolor que pueda sufrir el paciente durante su proceso de morir es el ítem de mayor puntuación entre estudiantes de 6º, con un promedio de 4,59 (comparado con los alumnos de 1º, con promedio 4,41).

En el resto de ítems los alumnos de 6º presentan promedios que discrepan más notablemente (inferiores) a los alumnos de 1º, como es el caso de “tener que ver su cadáver”, “no conocer las necesidades del paciente moribundo”, “que el moribundo muera en ausencia de compañía”, “tener que comunicar que va a morir”, “tener que comunicar a familiares el fallecimiento o un mal pronóstico”, “proponer la limitación terapéutica a un paciente” o que familiares “soliciten la limitación de esfuerzos terapéuticos” o “eutanasia”. Los resultados indican que en la mayoría de los ítems las diferencias vienen marcadas por la formación, la práctica clínica y el diálogo con profesores o enfermos sobre la muerte. Estas diferencias se observan más claramente en los ítems relacionados con la comunicación con familiares y la propuesta de limitación terapéutica, así como el comportamiento ante la solicitud de limitación de esfuerzo terapéutico o eutanasia por parte de los pacientes o familiares. También es interesante observar que para los estudiantes resulta menos estresante acceder a la solicitud de limitación de esfuerzo terapéutico (promedio 2,67) o eutanasia (promedio 2,87) cuando ésta es demandada por la familia o el enfermo, que cuando tienen que ser ellos los que lo comuniquen o propongan (promedio 3,37).

A destacar de esta subescala: entre los estudiantes que perciben con baja ansiedad el no conocer la necesidad del paciente moribundo, la mayoría son hombres tanto en primero como en sexto. Por otro lado, la soledad durante el proceso de morir es otro hito en la generación de ansiedad entre estudiantes, y entre los más ansiosos frecuente la baja experiencia y acercamiento al enfermo y a la muerte (solo el 30% ha hablado con el enfermo, la mitad no han tenido prácticas relacionadas con la muerte y es infrecuente su autoformación en la muerte). En la comunicación de malas noticias a familiares o la proposición de limitación terapéutica, entre los estudiantes de 1º con bajos niveles de

ansiedad, el 100% ha manifestado hablar abiertamente con la familia y amigos sobre la muerte. En el caso de solicitud de eutanasia, los estudiantes ateos presentan menos ansiedad frente a este ítem, siendo mucho más marcada en los estudiantes de 1º que no han recibido formación universitaria o práctica con relación a la muerte.

Por último, se ha llevado a cabo un estudio de género sobre esta subescala, encontrando los siguientes resultados [véase [anexo 16B](#) y [tabla resumen 4](#)]:

Las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte de otros con respecto a los hombres, tanto en primero como en sexto. Se observa una disminución del nivel de ansiedad en ambos (hombres y mujeres) con el transcurso de la carrera. La mayor discrepancia entre hombres y mujeres [véase [ilustración 4](#)] se ha observado en el ítem correspondiente a la pérdida de una persona querida y el de no saber que necesidades presentaba el moribundo durante su proceso de morir (en el caso de 1º), y los problemas de comunicación en el caso de 6º (comunicar que va a morir y proponer la limitación de esfuerzo terapéutico).

	Primero	Sexto
Hombre	3,55	3,49
Mujer	4,14	3,99

Tabla 4: Promedio total de la subescala de miedo a la propia muerte

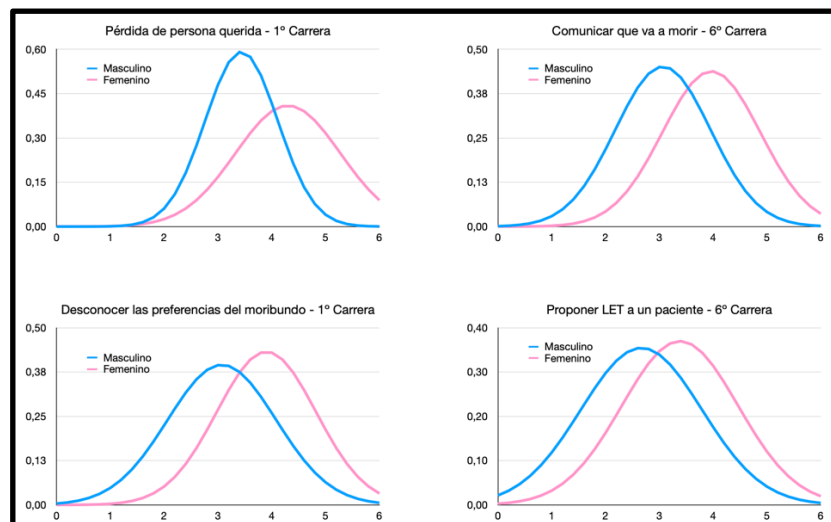


Ilustración 4: Gráficas comparativas de género

Encuesta sobre la muerte o proceso de morir de calidad

En términos generales, a pesar de que el comportamiento de las curvas en las gráficas es similar en ambos grupos [véase [anexos 11](#) y [17C](#)], en todas encontramos un desplazamiento horizontal [véase [anexo 15](#)], y por lo tanto una discrepancia en el

promedio de las valoraciones de un grupo respecto al otro. Las discrepancias más marcadas entre ambos grupos de estudiantes son: “pensar que en caso de irreversibilidad de la enfermedad se prolongará artificialmente mi vida lo máximo posible” y “haber agotado todas las vías terapéuticas posibles, sin importar los efectos secundarios” [véase la [ilustración 5](#)].

A partir de los resultados podemos concluir que los factores que más influyen en la mayoría de las discrepancias entre ambos grupos vienen marcadas por las diferencias entre: experiencias mediante la práctica clínica relacionada con la muerte (40% de diferencia entre 1º y 6º), el hablar con enfermos o profesionales sanitarios (30%) y la formación académica recibida (40%).

Los ítems que más valoran los estudiantes como calidad en el proceso de morir, y ordenados de más puntuados a menos: sentirse acompañado y comunicado con sus seres queridos en sus últimos días (promedio: primero 4,5 / sexto 4,6), pensar que su vida ha tenido un sentido (4,4 / 4,6), poder hablar abiertamente con su médico y familiares sobre su muerte (4,4 / 4,5), que la muerte no suponga una carga insoportable para sus seres cercanos (4,3 / 4,3), el control del dolor o síntomas generadoras de malestar (4,0 / 4,3), el poder controlar personalmente las dosis de calmante y nivel de sedación (4,0 / 4,3), que sea tratado por un médico especializado en cuidados paliativos (3,9 / 4,3), y pensar que se ha hecho todo lo posible por intentar curar (4,1 / 4,1).

Los ítems más señalados como factores de mala calidad del proceso de morir son: sentimientos de culpa por conflictos personales no resueltos (promedio: primero 2 / sexto 1,5), la prolongación artificial de la vida en caso de irreversibilidad de la enfermedad (2,8 / 1,8), y agotar todos los tratamientos posibles sin importar los efectos (3,3 / 2,5).

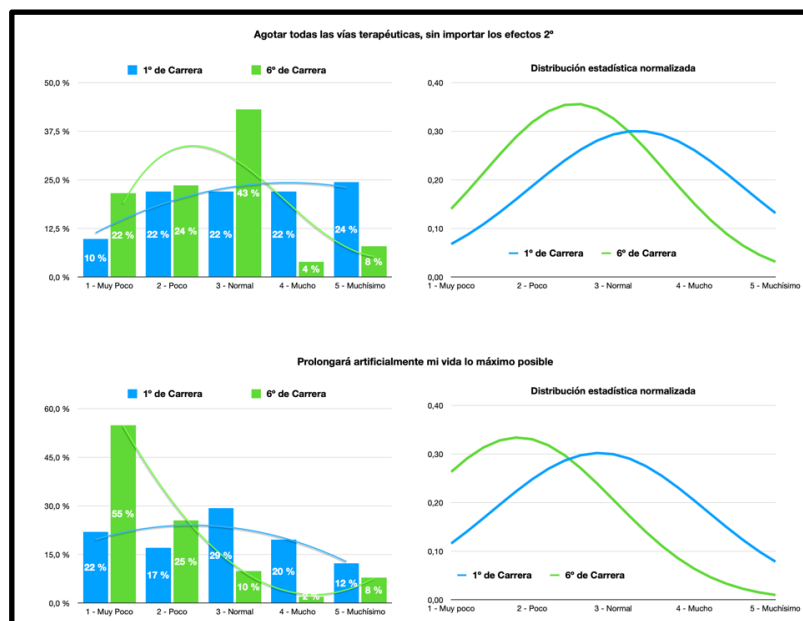


Ilustración 5: Gráficas comparativas entre ambos cursos

Discusión

La muerte es un concepto multidimensional y multifactorial, cuya percepción evoluciona constantemente debido a las variables circunstanciales del desarrollo vital y a la incorporación e interacción de nuevos conocimientos y experiencias que conforman el aprendizaje.

La finalidad de este trabajo no es recoger las individualidades subjetivas de cada estudiante, si no establecer patrones y similitudes que permitan determinar la visión nuclear del estudiante cuando comienza su carrera en medicina y cómo ésta evoluciona durante su formación académica.

Al comienzo de los estudios universitarios

La visión de la muerte en el estudiante de primero es básicamente heredada, dependiendo sobre todo de factores circunstanciales e impuestos que constituyen el “core” del individuo (la cultura, el entorno social y familiar, las políticas, la religión y algunas experiencias vitales). Del estudio se observa que las enseñanzas escolares orientadas a la muerte son escasas o inexistentes, que la tasa de ateos se ha mantenido estable entre las generaciones estudiadas (55%), y que se ha producido un decremento en la asistencia a funerales (un 15% menos con respecto a la generación de sexto). En otras palabras, sus fuentes de mayor impacto en la familiarización con la muerte son las experiencias vitales propias (persona-dependiente), como: experiencias personales cercanas a la muerte, la pérdida de un ser querido, el acompañamiento en el proceso de morir, y el hablar sobre la muerte con familia y amigos. El número de estudiantes expuestos a éstos fluctúa entre el 50 y 80%, dando lugar a una visión heterogénea y grandes diferencias interindividuales en las herramientas personales para abordar y gestionar todo aquello que envuelve la muerte.

A diferencia del estudio de Whyte (28) , donde se plantea que algunas experiencias vitales cercanas a la muerte, como la pérdida reciente de un ser querido, puede interferir negativamente en la práctica médica (por provocar evitación hacia el moribundo, deficiencias en el abordaje y comunicación con familiares, aumento de la ansiedad ante los temas relacionados con la muerte), los resultados de este estudio apuntan a que estos factores vitales se convierten en recursos importantes para el estudiante, permitiendo desarrollar una visión propia y favorecer el abordaje de la muerte (tanto la suya propia, como la de sus seres queridos y potenciales pacientes), como recogen Rhodes-Kropf (29) y Channon (30) en sus estudios. No obstante, es cierto que estas experiencias generan un aumento de la ansiedad en los estudiantes, y que por ello es necesario una formación reglada y una experiencia práctica que ayude a combatir el miedo generado en el estudiante.

Al final de los estudios universitarios

A lo largo de la carrera de medicina impartida por la UIB, el estudiante recibe una formación teórica y práctica con ciertas nociones sobre la muerte y el proceso de morir. Estas enseñanzas son valoradas muy positivamente por parte del alumnado, contribuyendo a un cambio notorio en el orden de preferencias en cuanto a los factores más influyentes en su visión sobre la muerte como reflejan los resultados de este estudio, siendo los de mayor impacto la formación académica, el diálogo con el profesional o enfermo, y la práctica clínica en estrecha relación con la muerte.

Estos aspectos han mostrado cambiar notablemente la visión del estudiante sobre la muerte, ayudando en su abordaje ante la muerte (la propia, la de seres queridos y la de pacientes) y sobre todo en la gestión de su ansiedad. Estos resultados son congruentes con los de Nienaber y Goedereis (31), donde se observa menor nivel de ansiedad ante la muerte y el proceso de morir a medida que progresa en su currículum académico el estudiante (independientemente de la edad y vivencias personales). Además, los resultados apoyan su hipótesis de que los beneficios frente a los niveles de ansiedad derivan de una formación especializada en la muerte, no la educación curricular general. Por otro lado, los resultados de este estudio reflejan que los factores influyentes en la visión del estudiante de 6º ejercen su mayor impacto sobre el abordaje de la muerte en pacientes y en la gestión de la ansiedad que ésta pueda generar, en consonancia con los descubrimientos de Aradilla-Herrero (32) en su estudio sobre estudiantes de enfermería y la disminución de su miedo a la muerte de otros a medida que progresan en su programa de formación.

Las valoraciones correspondientes al nivel de miedo o ansiedad, ante la propia muerte o la de otros, que puedan suscitar la formación académica, el hablar con profesionales o enfermos, o realizar prácticas con relación a la muerte, son todas de leve a moderada (puntuación de 2 a 3 en la escala de Likert 1-5). Este nivel de ansiedad ante la muerte es aceptada, útil y necesaria en el mundo sanitario, tal y como defiende Thiemann et al. (33) en su artículo sobre la severidad y asociación de la ansiedad a la muerte en estudiantes de medicina con la salud mental y las actitudes frente a los cuidados paliativos. Thiemman comenta que valoraciones tanto muy bajas como altas son perjudiciales tanto para el paciente como para el profesional sanitario. Niveles muy bajos de ansiedad corresponden a perfiles poco empáticos con actitudes poco adaptadas a la situación de últimos días. Sin embargo, niveles altos de ansiedad se asocian a discomfort en la práctica de cuidados paliativos, una actitud esquiva ante la muerte y afectación de la salud mental del profesional. A diferencia de sus resultados, donde la ansiedad a la muerte no varía en el alumno a medida que transcurre los años académicos y solo se observa un aumento de la ansiedad hacia la muerte de otros a raíz de la formación práctica, este estudio observa una disminución de la ansiedad a la muerte en los alumnos de sexto con respecto a los de primero, y un cambio notable en la gestión de la ansiedad ante la muerte de pacientes o enfermos sobre todo gracias a la práctica clínica y el hablar con el paciente, el profesional sanitario o el tutor de prácticas. La estrategia de

reflexionar sobre la muerte con tutores o profesionales permite convertir el proceso de morir en un aprendizaje de gran carga significativa, favoreciendo la normalización de los cuidados paliativos, como aboga Trivate et al. (34) en sus reflexiones. Su artículo defiende la importancia del apoyo, por parte de la mano docente, en el acompañamiento de la muerte y en las reflexiones posteriores del estudiante (siempre desde un apoyo docente estructurado, activo, empático y que incluya compañeros de carrera o profesionales sanitarios).

Por último, los alumnos de sexto consideran escasa la formación especializada en la muerte recibida a lo largo de la carrera. Para asegurar una formación académica de calidad es importante acompañar la teoría con la práctica clínica, tal y como recoge Barclay, S et al. (35). En su artículo expone el incremento de actitudes positivas hacia el cuidado paliativo, así como la disminución de la ansiedad en los estudiantes de medicina una vez terminada la experiencia clínica con relación a la muerte. Por ello, una formación especializada en la muerte requiere el acceso completo del estudiante a toda la “experiencia” en relación con la muerte: las nociones teóricas, reflexionar sobre la muerte con profesionales sanitarios, profesores y enfermos, y familiarizarse con el proceso de morir durante las prácticas clínicas. Todo ello otorga unas nociones sobre la muerte más homogéneas con unas herramientas de abordaje más consensuadas, permitiendo al estudiante controlar su ansiedad ante la muerte y el proceso de morir en todos los ámbitos aplicables.

Ansiedad e inquietudes del estudiante de medicina en relación con la muerte

En términos generales, los resultados de las subescalas adaptadas del miedo a la muerte de este estudio reflejan que el estudiante de medicina, independientemente del curso, comparte un perfil solidario/altruista, caracterizado por la generación de mucha más ansiedad ante la muerte y el proceso de morir de otros que al suyo propio, así como una mayor angustia por la pena que pueda causar su muerte en los demás que el suyo propio. Por un lado, el promedio de la subescala del miedo al proceso de morir y propia muerte es de 2,85 entre alumnos de primero y 2,71 en sexto. Sin embargo, el promedio de la subescala del miedo al proceso de morir y muerte de otros es de 3,88 y 3,71 respectivamente. Por otro lado, el análisis del impacto de las distintas dimensiones (vivencias personales, dialogo sobre la muerte, formación, religión...) sobre la ansiedad de los estudiantes también muestra mayor miedo ante la muerte de seres cercanos, seguido por la suya propia y por última la de pacientes.

Todos estos hallazgos concuerdan con las conclusiones de una parte de la literatura al respecto, entre otros el artículo de Firth-Cozens (36), que destaca la obtención de puntuaciones menores por parte de los estudiantes en la valoración del miedo a la propia muerte con respecto a la de otros (31), en especial hacia la muerte de seres cercanos. Otro aspecto interesante de su artículo y compartido con los resultados de este estudio

es la disminución del nivel de ansiedad en las diferentes dimensiones de la muerte a lo largo del tiempo, aunque no sean muy significativas.

En contraposición, autores como Agusti (25) y Thiemann (37) demuestran con su análisis que los estudiantes de Medicina tienen en general un nivel intermedio de miedo a la muerte (similar al resultado obtenido en este estudio), pero siendo su máxima preocupación la propia muerte, seguida de la de los demás y su proceso de morir. Estas discrepancias pueden justificarse por múltiples razones como: el uso de una adaptación de la escala validada usada por estos autores, por la heterogeneidad entre muestras, y por haber integrado a los resultados de las subescalas las interpretaciones hechas a partir del miedo (hacia la propia muerte, muerte de seres querido o muerte de otros) reflejado por los estudiantes en las diferentes dimensiones valoradas de forma independiente (vivencias personales, diálogo sobre la muerte, formación, religión...).

Los resultados obtenidos del bloque referente al miedo a la muerte (las 2 subescalas del propio morir y el de otros) se asemejan muchísimo a los hallazgos descritos por Boceta Osuna (38), llegando a la conclusión de que los estudiantes de medicina comparten (con poco margen de discrepancia) ciertas preocupaciones, y que éstas son generadoras de ansiedad ante la muerte: por un lado Osuna reafirma que los estudiantes muestran más ansiedad ante la muerte de otros que a la suya propia, y por otro lado destaca como los ítems más valorados de las subescalas la pérdida de un ser querido, no poder despedirse o comunicarse más, el dolor y soledad que pueda sufrir durante su proceso de morir.

En cuanto a los resultados obtenidos del bloque referente a la calidad del proceso de morir, se observa uniformidad en cuanto a las pautas a corregir y preocupaciones de mayor peso para el estudiante: la soledad en la muerte, una deficiente relación paciente-familiar-médico, el mal control sobre el dolor, la incapacidad de comunicar malas noticias u ofrecer opciones terapéuticas adversas a la prolongación de la vida. Además, a pesar de observarse un salto cuantitativo y cualitativo en referencia al conocimiento de las pautas relacionadas con un proceso de morir de calidad (entre los estudiantes de sexto y los de primero), la varianza de las valoraciones entre los alumnos de sexto sigue siendo notable y por supuesto, mejorable.

En concordancia a las conclusiones descritas por Firth-Cozens (36) y Osuna (38), se puede afirmar que la formación académica en relación a la muerte recibida por los estudiantes de la UIB (y su consecuente actitud hacia los cuidados paliativos en su práctica clínica futura) podría mejorarse: aumentando las habilidades prácticas durante la formación, con el manejo guiado de las emociones ante situaciones de muerte, con el establecimiento de diálogos clarificadores sobre las experiencias, y elevando la autoconsciencia en el estudiante. Todo ello facilitaría la implementación de las nociones teóricas, y transformaría en niveles de ansiedad tolerables ciertas situaciones ya cubiertas en la carrera: como puede ser el hablar con el moribundo, el acompañamiento en la muerte o el ofrecimiento de la limitación del esfuerzo terapéuticos.

Factores sociobiográficos en el miedo ante la muerte

Existen discrepancias antagónicas en la literatura en cuanto a los resultados relacionados con los factores sociobiográficos que influyen en el miedo o ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina.

Por un lado, se encuentran resultados como los de Boceta (38) , que muestran un mayor índice de miedo ante la muerte en el género femenino en comparación al masculino, tanto en la propia muerte como en la muerte de los otros. Este hallazgo guarda estrecha correlación con los resultados de este estudio, donde las mujeres presentan promedios de miedo mayores tanto en la propia muerte (2,89 en primero y 2,79 en sexto), como en la muerte de otros (4,14 en primero y 3,99 en sexto), en comparación a los hombres (2,74 en primero y 2,51 en sexto con relación a la propia muerte, y 3,55 en primero y 3,49 en sexto con relación a la muerte de otros). En este caso, Boceta (38) y otros autores como Dickinson (39) achacan estas diferencias al carácter cultural, donde el hombre reprime más su estado de ánimo y del que se espera mayor control sobre sus miedos y ansiedades, resultando en la retirada de la emoción y la compasión en su práctica médica.

Por otro lado, encontramos autores como Agusti, Thiemann (25,33) o Rezapour (40) cuyos resultados apoyan una puntuación más baja del miedo/ansiedad ante la muerte en el género femenino (tanto en la propia muerte como en la de otros). Una posible explicación es la mayor predisposición para superar retos y la tendencia cultural de asumir, acompañar y cuidar del otro asociado a la mujer.

En cuanto a la edad como factor sociobiográfico, es difícil valorar su impacto en la ansiedad ante la muerte del estudiante. Estudios como los de Agusti (25) defienden el aumento del miedo a la muerte a mayor edad, dejando entrever que las vivencias personales relacionadas a la muerte durante la carrera fomentan su consciencia y vulnerabilidad, y en consecuencia su miedo. Sin embargo, otros autores como Rezapour (40) y Russac (41) ligaron las fluctuaciones de la ansiedad a la muerte a los estados del ciclo vital, siendo máxima a los 20 años de edad en ambos sexos y disminuyendo significativamente con el paso de los años. En el caso de este estudio, los resultados son poco significantes y vinculantes a este factor puesto que la franja de edad estudiada es muy limitada y la división de los grupos a estudiar se realizó en base al año académico, no a la edad.

Otro de los factores estudiados es el impacto de la religión sobre el miedo a la muerte. La encuesta llevada a cabo en este estudio dedica un apartado en exclusiva a este ítem, preguntando directamente al estudiante si es religioso, con qué religión se identifica y que valor o importancia le da a la religión en su visión a la muerte, como influye su religión en el abordaje de la muerte y en su ansiedad ante la idea de su propia muerte, la de sus seres cercanos y la de otros. Por ello, se desestima los resultados obtenidos de

las subescalas del miedo a la muerte relacionados con la religión, al no poder atribuir con exactitud el impacto de los resultados a una simple variable.

Los resultados obtenidos se alinean con el pensamiento de Bridge (42) y Agusti (25), que defienden que los creyentes presentan mejor afrontamiento y un menor índice de miedo o ansiedad a la muerte, tanto la propia como la de otros. Estos resultados contrarían aquellos expuestos por Boceta (38) o Raja Hernández (43) que apuntan a que la religiosidad vivida de forma intrínseca puede no influir contra la ansiedad a la muerte, pero que la vivida de forma extrínseca la incrementa. Este estudio no ha profundizado sobre la práctica y el nivel de creencia dentro de la religión del estudiante, pero podría ser interesante dividir esta variable como hizo Harding (44) en su estudio sobre parroquianos de la iglesia episcopal. Harding observó que creer en la existencia de un dios y en una vida después de la muerte correlacionaban negativamente con la ansiedad a la muerte (disminuyen la ansiedad) y positivamente con su aceptación (aumentan la aceptación), teniendo en cuenta tal y como remarca Rezapour (40) que ser religioso no implica directamente creer en la vida tras la muerte, ni ser practicante.

Por último, en este estudio los estudiantes identificados con la religión cristiana presentan diferencias ventajosas frente a los ateos a la hora de aceptar la muerte y disminuir su ansiedad. No obstante, estas diferencias son mucho menos significativas en comparación con aquellos que sienten identificación con el budismo. A pesar de representar solo una minoría de la muestra, aquellos estudiantes identificados con el budismo han mostrado uniformidad a la hora de puntuar con las máximas valoraciones el nivel de aceptación y control de su ansiedad ante la muerte. Esta minoría ha mostrado completo interés por racionalizar y autoformarse en la muerte, herramienta fundamental para la autoconsciencia, como defiende Firth-Cozens (36). Por todo ello, y teniendo en cuenta la tesis doctoral de Sansó Martínez (45) que defiende el autocuidado, la autoconsciencia y la atención consciente como principales factores que influyen sobre la competencia de afrontamiento ante la muerte, la formación académica debería mantener abierta la puerta a enseñanzas o herramientas provenientes de otras religiones o filosofías orientales (como el budismo, el mindfulness...) que permitan al estudiante abordar una situación tan compleja como el fin de la vida.

Mejorías de cara al futuro

La figura del médico se encuentra en constante evolución, ajustándose en todo momento a los cambios tecnológicos, sociales y políticos. En las últimas décadas hemos pasado desde un médico paternalista o cuidador, por un doctor responsable de la salud del enfermo, hasta la figura de salvador de la muerte, que es la que predomina en la actualidad. La futilidad de la vida, pese a ser un hecho inevitable, sigue generando ansiedad en la mayoría de los profesionales, dificultando su abordaje en la práctica médica. La falta de herramientas para su confrontación conlleva muchas veces al encarnizamiento terapéutico, evitación y mala comunicación con el paciente, presuponer sus voluntades, y privar la calidad de su final de vida. Para cambiar esta tendencia es necesario formar al médico en la muerte desde sus inicios, guiando su visión intuitiva de curar enfermedades a la de cuidar al enfermo, y transformando su actitud heroica de intentar curar al moribundo a la de acompañar al paciente en sus últimos días de vida centrándose exclusivamente en su calidad de bienestar y buen morir.

El acompañamiento durante el proceso de morir es médico-familia-dependiente y requiere una gran carga de humanidad (46), buena formación ético-deontológica, y sobre todo un abordaje individualizado que ofrezca el final de vida más digno y satisfactorio (tanto para el paciente, como la familia y el profesional sanitario) como bien transmite en su artículo Castellano-Arroyo (47), *“personalizar el final de la vida para procurar a cada enfermo un trato respetuoso y la atención a sus necesidades afectivas, físicas y espirituales, que proporcionen la vivencia de paz que engrandece a la muerte humana”*. Por ello, es importante no conformarse solo con impartir una formación científica de calidad a los estudiantes para conseguir armonizar la visión sobre la muerte y estandarizar el abordaje y gestión de la ansiedad generada, sino que es vital volver a incorporar las humanidades a la ciencia para no caer en la tentación de “tratar la muerte”, y mucho menos enfocarlo como una enfermedad protocolizada.

Es importante comprender que la visión, la aceptación y la ansiedad ante la muerte del estudiante de medicina determinará la calidad de su práctica clínica en el futuro. A pesar de ello, todavía existen pocos estudios que ahonden en la visión de la muerte en el estudiante y sobre los cuales puedan construirse un plan académico que guíe en el comportamiento, gestión de las emociones y afrontamiento de la muerte como ya expuso Kimball en su época (48). Es ahora, en los momentos de grandes avances y cambios fugaces, cuando uno debe plantearse qué rumbo debe tomar la medicina, cómo debe enfocar sus cuidados el médico, y cómo podrían mejorar las instituciones académicas la formación al estudiante en la muerte para mejorar la calidad asistencial. Este estudio no pretende sugerir esta formación, si no plantearla como una necesidad, con la misma convicción con la que Gisbert Grifo (49) exige la formación e implementación de unos cuidados paliativos de calidad a la administración sanitaria *“Los cuidados paliativos deben ser asumidos como un deber por parte de la administración sanitaria, dotarlos de recursos necesarios y suficientes para su desarrollo, por lo que se*

entiende que es realmente prioritario y urgente el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud”.

En otras palabras, se debería recuperar la medicina holística, integrando todos aquellos aspectos humanos que conciernen al ser. Para ello, es necesario formarse transversalmente en todas aquellas dimensiones y factores que envuelven la muerte, no exclusivamente la científica. Como bien expresó Pellegrino “la medicina es la más humana de las artes, la más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades” (46).

Limitaciones del estudio

La presentación de los resultados y su correspondiente análisis se ha llevado a cabo sin ningún tipo de conflicto de interés por parte del autor. No obstante, el estudio cuenta con una serie de limitaciones, que se describen a continuación, y que han podido influir sobre la interpretación y las conclusiones derivadas del estudio.

En primer lugar, el estudio cuenta con una base muestral limitada (estudiantes de primero y sexto año de medicina de la UIB). Además, se realiza un estudio descriptivo transversal, por lo que no se puede valorar el impacto de la formación en la muestra poblacional. Esto dificulta la valoración de los factores atribuibles al cambio de visión y perspectiva del estudiante.

En segundo lugar, se ha comparado el estudio con otros artículos de muestras y metodologías similares, sin perder de vista que la muerte es multidimensional y multifactorial, y que la cultura representa un gran componente en su visión. Además, este estudio hace uso de unas escalas adaptadas, que no corresponden en su totalidad a las escalas validadas de otros estudios, siendo menos rigurosa la comparación de resultados. Sin embargo, se debe remarcar que una de las razones que motivaron el cambio en las preguntas del cuestionario fue el objetivo de intentar aislar cada factor o ítem por separado, para evitar así posibles sesgos de confusión en las respuestas.

Otra limitación a tener en cuenta es el estado de ánimo o momento del ciclo vital que atraviesa el estudiante durante la realización de la encuesta, puesto que influye de forma directa sobre la ansiedad o miedo a la muerte como recoge en sus estudios Rezapour u otros autores como Cassell (1).

Por último, aunque los factores sociobiográficos son variables independientes, sus influencias sobre la visión y la ansiedad a la muerte son difícilmente mesurables de forma individual. Por la misma razón, la cuantificación de cada experiencia vital es independiente y difícilmente comparable entre sí.

Conclusiones

La visión de la muerte es una percepción subjetiva, modulada por múltiples dimensiones y factores como resultado del tránsito por la vida. Sin embargo, a partir de una formación reglada en la muerte, que combine la enseñanza de conocimientos teóricos y experiencias prácticas, se puede homogeneizar esa visión y dotar de unas herramientas estandarizadas al estudiante de medicina para favorecer la aceptación, el afrontamiento y la gestión de su ansiedad ante la muerte.

En otras palabras, de la misma manera que con la vocación médica el curar enfermedades “nace”, el acompañar cualitativamente al moribundo se “hace”. Para ello, es importante formar integralmente al estudiante de medicina, tanto en la ciencia como en las humanidades, así como en la autoconsciencia y el autocuidado, para que goce de todas las herramientas necesarias para un abordaje de calidad en el proceso de morir. Todo aquello que enriquezca la familiarización del estudiante con la muerte, y consiga aligerar su miedo ante tal evento ineludible a lo largo de su carrera profesional, influirá de manera positiva en el abordaje clínico que realice el día de mañana.

El núcleo de la visión sobre la muerte en estudiantes de primer año viene determinado básicamente por la herencia social y cultural, y son las experiencias vitales propias (persona-dependiente) como las vivencias cercanas a la muerte, la pérdida de un ser querido, el acompañamiento en el proceso de morir y el diálogo sobre la muerte con familia y amigos, las que terminan de dar forma a su percepción y otorgarle las herramientas personales para afrontar la muerte. No obstante, estas experiencias vitales sin el debido acompañamiento docente son generadoras de ansiedad ante la muerte y por lo tanto negativas para su práctica clínica y su salud mental.

En cuanto a los estudiantes en su último año, se observa una transformación positiva en la visión sobre la muerte durante su desarrollo curricular, que beneficia el abordaje y sobre todo la gestión de su ansiedad ante la muerte. Los cambios más sustanciales son fruto de la formación académica, el diálogo con el profesional sanitario o enfermo, y la práctica clínica en estrecha relación con la muerte. Sin embargo, los alumnos perciben como insuficiente la formación según su plan académico actual. Por ello, se debe proponer una formación de calidad y especializada en la muerte a lo largo de la carrera y la residencia, precisando un “acceso completo a la muerte”: las nociones teóricas, reflexionar sobre la muerte con profesionales sanitarios, profesores y enfermos, y familiarizarse con el proceso de morir durante las prácticas clínicas. Todo ello permite dotar al estudiante de unas nociones más homogéneas y unas herramientas de abordaje mucho más consensuadas, permitiendo así controlar su ansiedad ante la muerte y el proceso de morir.

Independientemente del curso, los estudiantes de medicina comparten un perfil solidario/altruista por el cual experimentan mayor nivel de ansiedad ante la muerte y

proceso de morir de sus seres cercanos que al suyo propio. Esto da lugar a pocas discrepancias a la hora de expresar sus preocupaciones principales, siendo éstas la pérdida de un ser querido, no poder despedirse o comunicarse más con ella, el dolor que pueda sufrir durante su morir, y su muerte en ausencia de compañía.

En cuanto a las pautas de calidad en el proceso de morir, se observa un salto cuantitativo y cualitativo en los estudiantes de sexto en comparación con los de primero. Las inquietudes de mayor peso para el estudiante son: la soledad en la muerte, una deficiente relación paciente-familiar-médico, el mal control sobre el dolor, la incapacidad de comunicar malas noticias u ofrecer opciones terapéuticas adversas a la prolongación de la vida.

Los factores sociobiográficos no son variables determinantes (de forma independiente) en la visión sobre la muerte del estudiante. Es obvio que pueden influir sobre su percepción y nivel de ansiedad, pero actúan de una forma globalizada bajo el paraguas de la cultura y por lo tanto da lugar a muchas discrepancias como las reflejadas en la literatura. No obstante, según los resultados de este estudio, el perfil más afín a presentar ansiedad ante la muerte es la de una estudiante mujer, joven y atea.

En resumen, este trabajo aboga por seguir profundizando en los estudios referente a la visión sobre la muerte del estudiante, con el objetivo de mejorar la formación académica y garantizar la calidad asistencial en los últimos días de la vida.

Para ello, es fundamental aumentar las habilidades prácticas durante la formación, con el manejo guiado de las emociones ante situaciones de muerte, con el establecimiento de diálogos clarificadores sobre las experiencias, y elevando la autoconsciencia en el estudiante. Todo ello facilitaría la implementación de las nociones teóricas, y transformaría en niveles de ansiedad tolerables ciertas situaciones ya cubiertas en la carrera: como puede ser el hablar con el moribundo, el acompañamiento en la muerte o el ofrecimiento de la limitación del esfuerzo terapéuticos.

Agradecimientos

En primer lugar, me gustaría hacer uso de este trabajo para reconocer y premiar el apoyo incondicional de mi familia y amigos en la consecución de mis inquietudes. También me gustaría mostrar mi más sincera gratitud hacia el Dr. Salinas Sanz: primero por otorgarme su confianza, que me ha permitido profundizar y satisfacer mis intereses con total libertad durante el desarrollo de este trabajo, y segundo, por ser el mapa y la brújula que me han guiado en la búsqueda de mi último tesoro, el tema que me empujó a estudiar la ciencia de la vida, “la muerte”.

Por otro lado, me gustaría dedicar parte de este trabajo a los servicios de Geriátría (en especial a la Dra. Fuertes de Gilbert) por ofrecerme su visión sobre la muerte desde la vida y la senectud, de Medicina Legal y Ciencias Forenses (en especial a la Dra. García Ruiz) por su visión sobre la vida desde la muerte y la finitud cadavérica, y de Anestesia (del Hospital Son Llàtzer) por enseñarme a afrontar de forma integral los miedos al dolor y a la muerte en el paciente.

Por último, me gustaría dejar constancia de mi eterna gratitud hacia Beatriz Hernández Rivas, por empujarme desde los precipicios de una enfermedad hacia el abismo de mi sueño más profundo, la medicina, y que ahora al final del camino, gozando de su apoyo y disfrutando de su compañía, hago realidad.

Bibliografía

1. Cassel EJ. The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 1982;306(11):639–45. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJM198203183061104>
2. Bayés Sopena R. *Afrontando la vida, esperando la muerte*. 1ª. Madrid: Alianza Editorial; 2006.
3. Esquerda M, . *Hablar de la muerte para vivir y morir mejor*. Alienta Editorial; 2022. 18–27 p.
4. Ariès P. *Historia de la muerte en occidente*. 4ª. Madrid: El acantilado; 2000. 1–304 p.
5. Han BC. *La Desaparición de los Rituales. Una topología del presente*. 1ª. Kamchatka. *Revista de análisis cultural*. Barcelona: Herder; 2020.
6. Ariès P. *El hombre ante la muerte*. 1ª. Armiño M, editor. MADRID: TAURUS ediciones SA; 1983.
7. O'Mahony S. *The Way We Die Now: A Personal Reflection*. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* [Internet]. 2016;46(4):281–7. Available from: <https://doi.org/10.4997/jrcpe.2016.415>
8. Gorer G. *The Pornography of Death*. New York; 1955.
9. Lee R. *Modernity, Mortality and Re-Enchantment: The Death Taboo Revisited*. *Sociology-the Journal of The British Sociological Association - SOCIOLOGY*. 2008 May;42:745–59.
10. Baquero CS. *Trias ultima la privatización total dels Serveis Funeraris de Barcelona*. *El País*. 2013 Sep 6;
11. Slack W. *Cybermedicine: How Computing Empowers Doctors and Patients for Better Health Care*. *Journal For Healthcare Quality*. 2003 Mar 1;25:52.
12. Haque OS, Waytz A. *Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions*. *Perspectives on Psychological Science* [Internet]. 2012;7(2):176–86. Available from: <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
13. Picard A. *Matters of life and death: Public health issues in Canada*. Vancouver: Douglas & McIntyre; 2017.
14. Aguirre J. *La ilusión tecnológica*. *El diario vasco*. 2010 Jan 10;
15. Sacristán JA. *Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients*. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2013;13(1):6. Available from: <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-6>

16. Marsh H. Ante todo no hagas daño. Barcelona: Salamandra; 2016.
17. Garattini L, Padula A. Defensive medicine in Europe: a “full circle”? *The European Journal of Health Economics* [Internet]. 2020;21(5):815. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01210-y>
18. Chantler C. The role and education of doctors in the delivery of health care. *The Lancet* [Internet]. 1999 Apr 3;353(9159):1178–81. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)01075-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)01075-2)
19. B. Nuland S. *Cómo morimos: reflexiones sobre el último capítulo de la vida*. Madrid: Alianza Editorial; 1995.
20. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo : Historia y teoría [Internet]. Alicante : Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2012; 2012. Available from: <https://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmctf0g8>
21. Mazzetti Latini C, Emanuelli PB, Martínez Arcos CA. Lo tecnológico y la muerte. Supervivencias testamentarias en línea. *Revista Latina de Comunicación Social* [Internet]. 2017 Oct 26;(72):1205–17. Available from: <https://nuevaepoca.revistalatinacs.org/index.php/revista/article/view/656>
22. Callahan D. The Goals of medicine-Setting new priorities. *Hastings Center Report*. 1996;26(6).
23. Callahan D. *The troubled dream of life: In search of a peaceful death*. 1ª. Georgetown: Georgetown University Press; 2000.
24. Venegas ME, Alvarado OS, Barriga O. Validation of Collett-Lester’s Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 Sep;19(5):1171–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500015>
25. Agusti AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. Fear of death in medical students. *Medicina Paliativa*. 2018 Oct 1;25(4):230–5.
26. Rivera-Ledesma Armando AND Montero-LÃ Lena M. Propiedades psicomÃ de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos: mexican psychometric properties. *Diversitas: Perspectivas en PsicologÃa* [Internet]. 2010 May;6:135–40. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000100011&nrm=iso
27. Bayés R, Limonero JT, Romero E, Arranz P. ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2000;115(15):579–82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775300716307>
28. Whyte R, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students experience of personal loss: Incidence and implications. *BMC Med Educ*. 2013;13(1).

29. Rhodes-Kropf J, Carmody SS, Seltzer D, Redinbaugh E, Gadmer N, Block SD, et al. "This is just too awful; I just can't believe I experienced that ...": Medical Students' Reactions to Their "Most Memorable" Patient Death. *Academic Medicine* [Internet]. 2005;80(7). Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/2005/07000/_This_is_just_too_awful__I_just_can_t_believe_1.5.aspx
30. Channon LD. Death and the preclinical medical student: I. Experiences with death. *Death Educ.* 1984;8:231–5.
31. Nienaber K, Phd E. Death Anxiety and Education: A Comparison Among Undergraduate and Graduate Students. *Death Stud.* 2015 May;39:483–90.
32. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Death Attitudes and Emotional Intelligence in Nursing Students. *Omega (Westport).* 2012 Nov 18;66:39–55.
33. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical students' death anxiety: Severity and association with psychological health and attitudes toward palliative care. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Sep 1;50(3):335-342.e2.
34. Trivate T, Dennis AA, Sholl S, Wilkinson T. Learning and coping through reflection: Exploring patient death experiences of medical students. *BMC Med Educ.* 2019 Dec 4;19(1).
35. Barclay S, Whyte R, Thiemann P, Benson J, Wood DF, Parker RA, et al. An important but stressful part of their future work: Medical students' attitudes to palliative care throughout their course. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Feb 1;49(2):231–42.
36. Firth-Cozens J, Field D. Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *Br J Med Psychol.* 1991;64 (Pt 3):263–71.
37. Thiemann P, Quince T, Parker R, Benson J, Wood D, Barclay S. Attitudes towards end of life care among Medical students. Abstracts of the 8th World Research Congress of the European Association for Palliative Care (EAPC). Lleida. *Palliat Med* [Internet]. 2014 Jun 7;28(6):538–913. Available from: <https://doi.org/10.1177/0269216314532748>
38. Boceta Osuna J, Galán González-Serna JM, Gamboa Antiñolo FM, Muniain Ezcurra MÁ. Sociodemographic factors that influence death anxiety in Medical Students. *Educacion Medica.* 2017 Jul 1;18(3):179–87.
39. Dickinson GE, Lancaster CJ, Winfield IC, Reece EF, Colthorpe CA. Detached concern and death anxiety of first-year medical students: Before and after the gross anatomy course. *Clinical Anatomy* [Internet]. 1997 Jan 1;10(3):201–7. Available from: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2353\(1997\)10:3<201::AID-CA5>3.0.CO](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2353(1997)10:3<201::AID-CA5>3.0.CO)
40. Rezapour M. The Interactive Factors Contributing to Fear of Death. *Front Psychol.* 2022 Jun 7;13.

41. Russac RJ, Gatliff C, Reece M, Spottswood D. Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Stud* [Internet]. 2007 Jun 11;31(6):549–61. Available from: <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>
42. Bridge DT, Bennett KS. Spirituality, Suffering, and Healing: A Learning Option for Western Australian Medical Students. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 Mar 1;47(3):659–65. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.022>
43. Raja Hernández R, Gala León FJ, González Infante JM, Lupiani Giménez M, Guillén Gestoso C, Alba Sánchez I. Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*. 2002;21–36.
44. Harding SR, Flannelly KJ, Weaver AJ, Costa KG. The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Ment Health Relig Cult* [Internet]. 2005 Dec 1;8(4):253–61. Available from: <https://doi.org/10.1080/13674670412331304311>
45. Sansó Martínez N. Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. [Palma]: Universitat de les Illes Balears; 2014.
46. Pellegrino 1920- ED. The virtues in medical practice / Edmund D. Pellegrino, David C. Thomasma [Internet]. Thomasma 1939- DC, editor. New York: Oxford University Press; 1993. Available from: <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0603/92049073-t.html>
47. Castellano Arroyo M. Medicine is Science and Art, always with the patient and also in the end of his life. *ANALES RANM*. 2020 Dec 30;137(137(03)):309–14.
48. Kimball CP. Medical education as a humanizing process. *Academic Medicine* [Internet]. 1973;48(1). Available from: https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/1973/01000/Medical_education_as_a_humanizing_process.10.aspx
49. Gisbert Calabuig JA, Gisbert Grifo M, Gisbert Jordá T, Hernández Gil A. *Medicina legal y toxicología* . 7.ª edición. *Medicina legal y toxicología*. Barcelona: Elsevier; 2018.

ANEXO 1: Cuestionario sobre la visión de la muerte en estudiantes de Medicina

Bloque 1: Introducción del estudio

El plan académico actual tiene como objetivo la formación de estudiantes en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades humanas, así como en la rehabilitación y mantenimiento de la salud. En dicha persecución hacia la curación y búsqueda de la prosperidad vital es difícil encajar un concepto tan antagónico y complejo como es la muerte, a pesar de ser una realidad inevitable tanto en la vida personal como en el ámbito profesional sanitario.

La muerte es un concepto multidimensional sobre el cuál se lleva reflexionando desde los inicios del pensamiento humano, analizándose desde múltiples perspectivas: biológica, filosófica, religiosa, social... Nuestra cultura da significado y permite modular los pensamientos, las creencias, los valores y las costumbres entorno al entendimiento, el enfrentamiento y la relación de las personas con el morir. No obstante, nuestra visión integral y personal sobre la muerte forma parte de nuestra maduración personal y la visión que tenemos varía conforme introducimos nuevos conocimientos y experiencias a la ecuación.

Este estudio pretende establecer patrones (a partir de las similitudes y no las diferencias individuales) que permitan valorar la visión de la muerte en los estudiantes de medicina, las repercusiones de esa perspectiva en la práctica médica y qué medidas pueden ayudar a mejorar su relación con la etapa final de la vida.

Consentimiento informado

La información que comparta en este estudio será tratada de manera confidencial y anónima. Bajo ningún concepto se compartirán los datos personales y sociodemográficos con terceros. Además, en ningún caso sus respuestas serán presentadas acompañadas de su nombre o de algún dato que lo identifique.

Su participación es totalmente voluntaria y puede darla por terminada en cualquier momento. Asimismo, puede plantear todas sus dudas respecto a la investigación antes, durante y después de su participación al mail: julio.suarez1@estudiant.uib.cat

Autorización del estudio "visión de la muerte en estudiantes de medicina":

- Acepto participar y que usen mis respuestas para el análisis de este estudio
- Pueden contactar conmigo para profundizar en aspectos de la encuesta

Bloque 2: Factores sociobiográficos

Curso:

- 1º de medicina
- 6º de medicina

Edad:

- 17 - 22
- 23 - 25
- + 25

Género:

- Hombre
- Mujer
- Otro
- Prefiero no revelar

Formación académica

- Es mi primera carrera universitaria
- Dispongo de otra formación previa NO SANITARIA (otra carrera universitaria, formación profesional ...)
- Dispongo de otra formación previa SANITARIA (otra carrera universitaria, formación profesional ...)

Situación laboral

- Nula o escasa experiencia laboral
- No trabajo actualmente, pero he trabajado más de un año en el ámbito sanitario
- No trabajo actualmente, pero he trabajado más de un año en un sector NO sanitario
- Trabajo actualmente en el ámbito sanitario
- Trabajo actualmente en un sector NO sanitario
- Other:

Situación sentimental

- Casado o pareja de hecho
- Con pareja
- Soltero/a

Descendencia

- Tengo hijos
- No tengo hijos

Información aclaratoria sobre la encuesta

La siguiente encuesta consta de 2 tipos de preguntas:

- 1) Preguntas dicotómicas (si o no).
- 2) Valoración cuantitativa (valoración del 1 al 5)
 - Muy poco
 - Poco
 - Indiferente
 - Bastante
 - Mucho

Bloque 3: Encuesta relacionada con la visión, abordaje y gestión de ansiedad

EXPERIENCIAS PERSONALES de la muerte	
1) ¿Alguna vez has estado hospitalizado o tenido una experiencia/accidente cercana a la muerte?	Sí / No
2) ¿Alguna vez has visto morir a alguien o le has acompañado en su proceso de morir?	Sí / No
3) ¿Has perdido alguna vez a alguien cercano (amigo, familiar, compañero de clase o trabajo)?	Sí / No
4) ¿Has realizado algún trabajo, voluntariado o práctica, en estrecha relación con la muerte?	Sí / No
5) ¿Has asistido a algún funeral o velatorio?	Sí / No
• ¿Te ha cambiado la perspectiva sobre la <i>muerte</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>aceptar</u> tu <i>propia muerte</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>aceptar</u> la muerte de <i>seres queridos cercanos</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>aceptar</u> la muerte de <i>pacientes o desconocidos</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más <i>miedo/ansiedad</i> en la <u>idea</u> de tu <i>propia muerte</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más <i>miedo/ansiedad</i> en la <u>idea</u> de muerte de <i>seres cercanos</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más <i>miedo/ansiedad</i> en la <u>idea</u> de muerte de <i>pacientes o desconocidos</i> ?	1 (Poco) - 5 (Mucho)

Marque la experiencia personal (columna) que más le ha influido en aquellos factores recogidos en cada fila

	Ninguna	Experiencia cercana a la muerte	Ver morir a alguien	Pérdida de un ser querido	Estrecha relación práctica con la muerte	Asistencia a un funeral
Cambio de visión sobre la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la propia muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la muerte de seres queridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la muerte de desconocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia mi propia muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia la muerte de seres cercanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia la muerte de desconocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FORMACIÓN PERSONAL sobre la muerte
a) Hablar sobre la muerte

6) ¿Alguna vez has hablado / debatido con tu familia sobre la muerte?	Sí / No
7) ¿Alguna vez has hablado / debatido con tus amigos o compañeros de clase sobre la muerte?	Sí / No
8) ¿Alguna vez has hablado / debatido con algún paciente / enfermo sobre la muerte?	Sí / No
9) ¿Alguna vez has hablado / debatido con algún profesor o adjunto sobre la muerte?	Sí / No
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha cambiado la perspectiva sobre la muerte? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> tu propia muerte? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de seres queridos cercanos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de pacientes o desconocidos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar tu propia muerte? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de seres cercanos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de pacientes o desconocidos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)

FORMACIÓN PERSONAL sobre la muerte
b) Formación en la muerte

10) ¿Has recibido formación / charlas sobre la muerte durante tú niñez?	Sí / No
11) ¿Has recibido formación / charlas sobre la muerte durante tu formación universitaria?	Sí / No
12) ¿Has compartido tus vivencias / ideas / reflexiones o conocimientos sobre la muerte con otras personas?	Sí / No
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha cambiado la visión sobre la muerte tu formación? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> tu propia muerte? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de seres queridos cercanos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de pacientes o desconocidos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar tu propia muerte? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de seres cercanos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de pacientes o desconocidos? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Crees haber recibido la suficiente formación teórica referente a la muerte durante la carrera? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Consideras suficiente la formación práctica recibida para afrontar la muerte en tu práctica clínica? 	1 (Poco) - 5 (Mucho)

FORMACIÓN PERSONAL sobre la muerte
c) Creencias y religión en la muerte

13) ¿Te consideras una persona creyente o religiosa? ¿Con qué religión o movimiento espiritual te sientes más identificado?	- No, soy ateo - Cristianismo - Hinduismo - Islam - Judaísmo - Budismo - Otros
14) - ¿Te has informado o leído sobre la percepción de la muerte en otras culturas o países?	Sí / No
• ¿Te han cambiado esas creencias la visión sobre la muerte tu?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> tu propia muerte?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de seres queridos cercanos?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees que te servirá o ha servido para <u>abordar</u> la muerte de pacientes o desconocidos?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar tu propia muerte?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de seres cercanos?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Te ha generado más miedo/ansiedad en la <u>idea</u> de afrontar la muerte de pacientes o desconocidos?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Crees haber recibido la suficiente formación teórica referente a la muerte durante la carrera?	1 (Poco) - 5 (Mucho)
• ¿Consideras suficiente la formación práctica recibida para afrontar la muerte en tu práctica clínica?	1 (Poco) - 5 (Mucho)

Marque aquella opción que más te ha servido en la formación sobre la muerte

	Ninguna	Hablar con familia / amigos	Hablar con enfermos o moribundos	Hablar con profesionales sanitarios	La religión /creencias	Autoformación
Cambio de visión sobre la muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la propia muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la muerte de seres queridos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceptación de la muerte de desconocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia mi propia muerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia la muerte de seres cercanos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más ansiedad hacia la muerte de desconocidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bloque 4: Subescalas adaptadas sobre la propia muerte y la de otros

SUBESCALA ADAPTADA 1: Miedo a la propia muerte	
Qué grado de <u>preocupación/ansiedad</u> tienes en relación a tu PROPIA MUERTE en...?	
El morir solo: soledad en el momento de la muerte o en el proceso de morir.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Morir joven, esperanza de vida (< 60 años).	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Desconocimiento sobre la fecha y la causa de tu muerte.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
La incertidumbre del después, que pasa una vez muerto.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
El pensar que no hay nada más allá de la muerte. Que no podrás pensar ni experimentar nada más.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
El proceso cadavérico de tu cuerpo, su desintegración o cremación.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Qué tu familia o amigos vean tu cadáver.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
El dolor de aquellos que dejas atrás.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
El saber que existe algún tratamiento experimental bajo estudio que puede prolongar tu vida pero cuyo acceso es limitado.	1 (Poco) - 5 (Mucho)
El hecho de pactar con tu médico de confianza sobre unas voluntades anticipadas en caso de fallecimiento.	1 (Poco) - 5 (Mucho)

**SUBESCALA ADAPTADA 2:
Miedo a la muerte de otros**

¿Qué grado de preocupación/ansiedad tienes con relación a la MUERTE DE OTROS...?

La pérdida de una persona querida	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	1 (Poco) - 5 (Mucho)
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	1 (Poco) - 5 (Mucho)
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	1 (Poco) - 5 (Mucho)
La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Tener que comunicarle que va a morir	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de la enfermedad	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	1 (Poco) - 5 (Mucho)

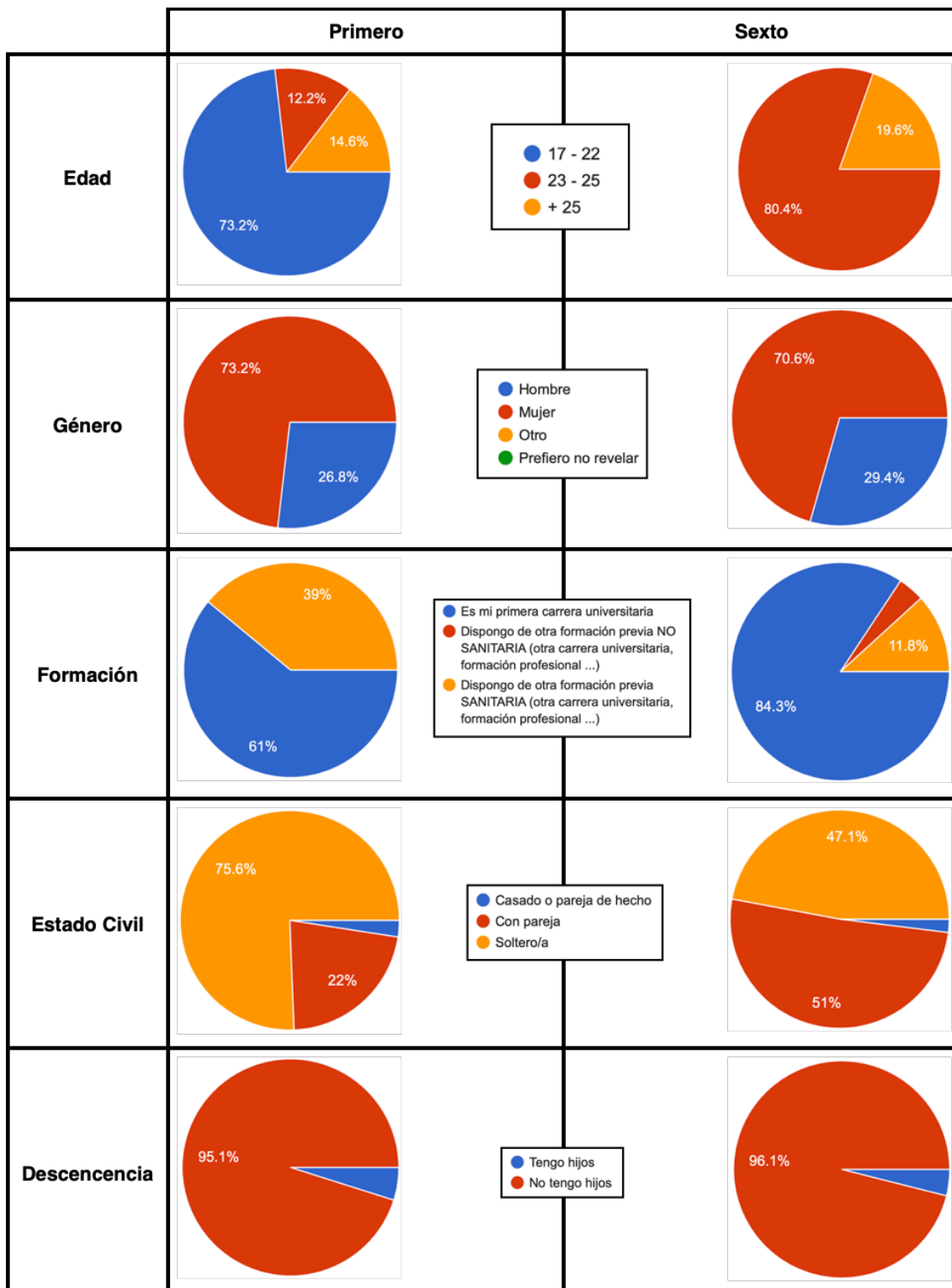
Bloque 5: Subescalas adaptadas sobre la ayuda a morir en paz

SUBESCALA ADAPTADA 3: Ayuda a morir en paz	
¿En qué medida crees que los siguientes aspectos podrían ayudarte a morir en paz?	
Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que mi muerte no supondrá una carga insoportable (económica, afectiva) para mis personas cercanas o familiares	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas en mis últimos días	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que en caso de irreversibilidad de la enfermedad, se prolongará artificialmente mi vida lo máximo posible	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Creer en otra vida después de la muerte	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Sentimiento de culpa por conflictos personales del pasado no resueltos	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que podré morir en mi casa	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Pensar que se ha hecho todo lo posible por intentar curar la enfermedad	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Haber agotado todas las vías terapéuticas posibles, sin importar los efectos secundarios	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Que me trate un médico especializado en cuidados paliativos	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Que me trate mi médico de siempre	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Poder controlar en la medida de lo posible las dosis de calmante o sedación	1 (Poco) - 5 (Mucho)
Poder hablar abiertamente con mi médico y mis familiares de mi muerte	1 (Poco) - 5 (Mucho)

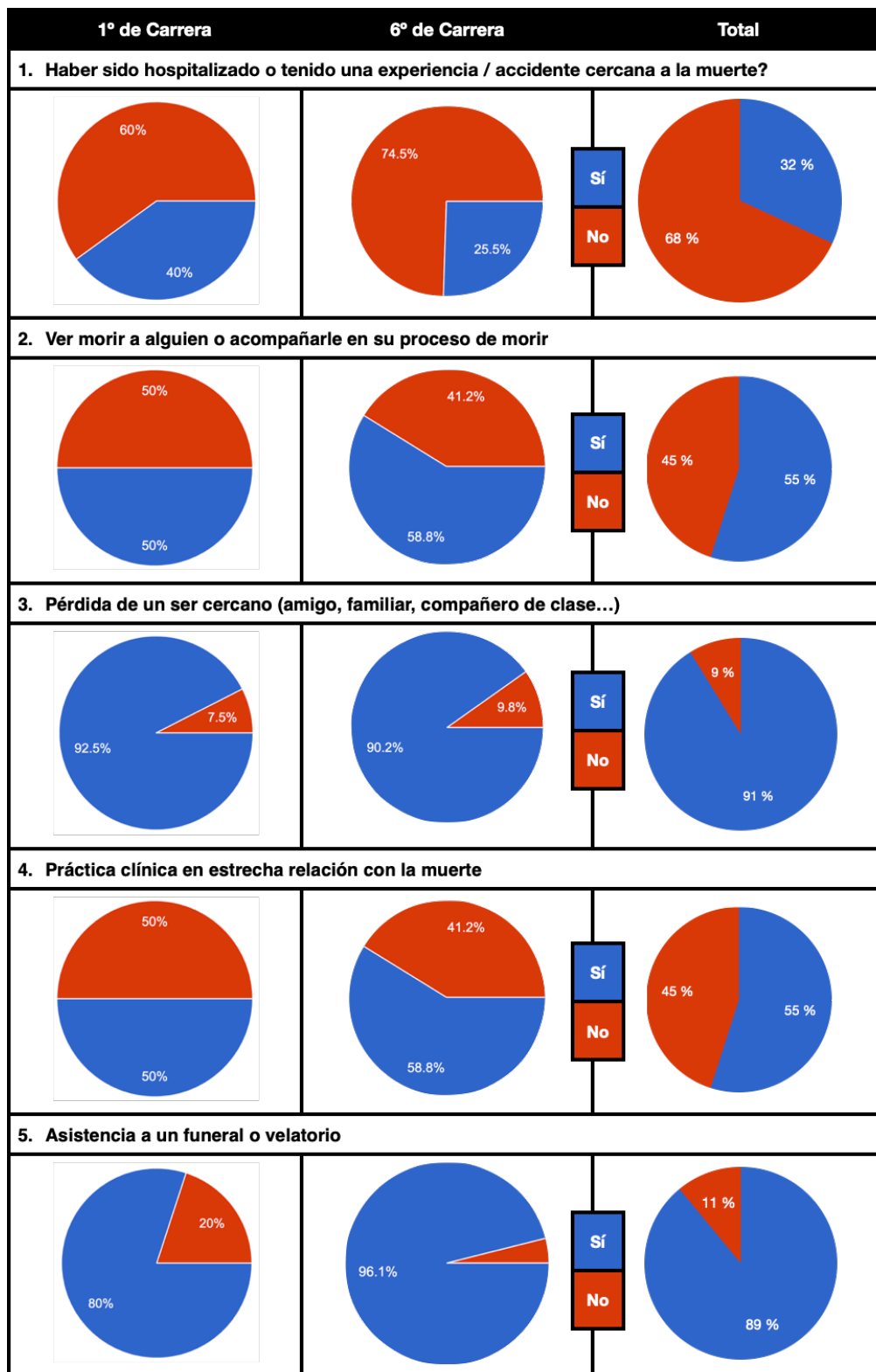
La encuesta ha terminado.

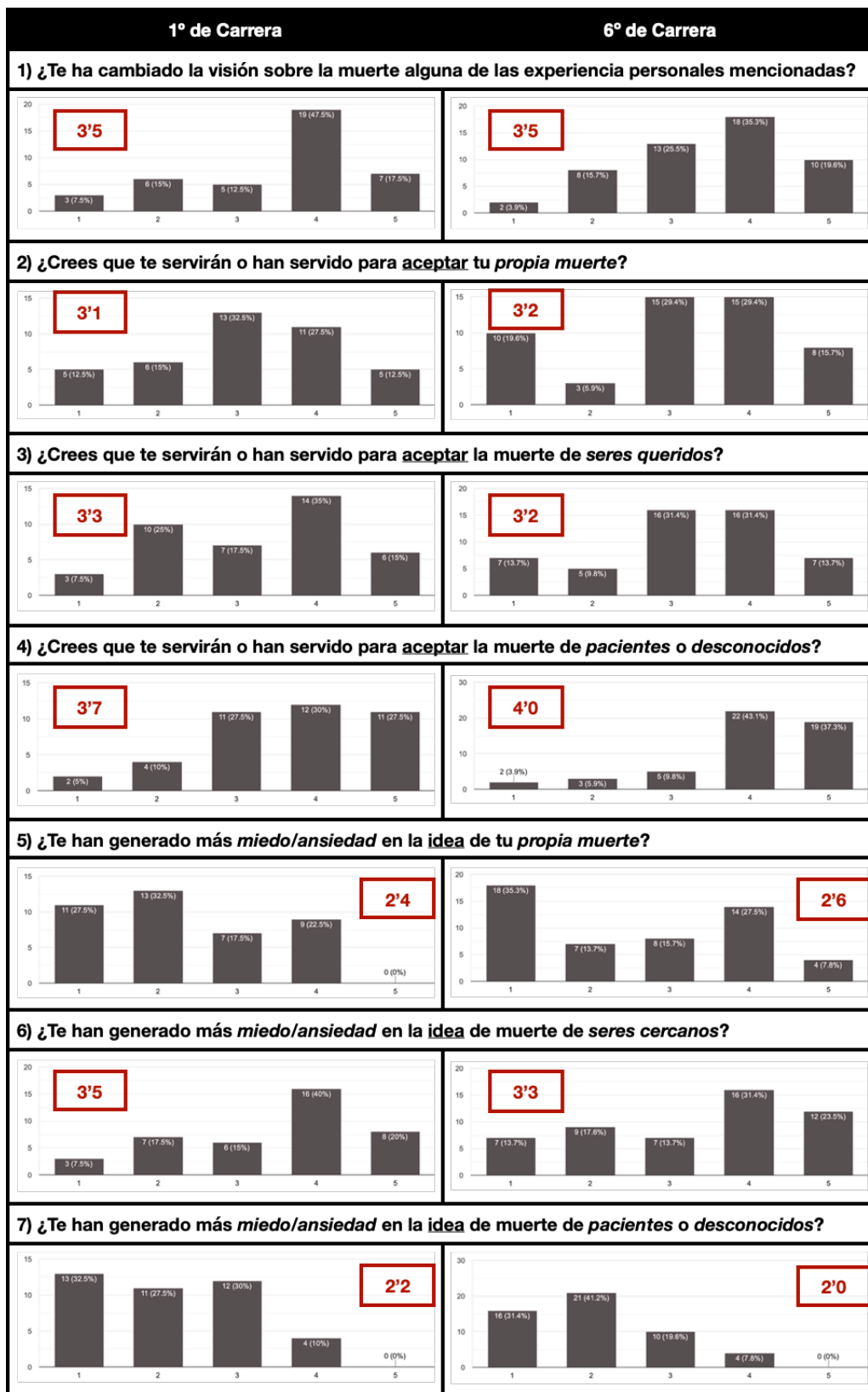
Muchísimas gracias por tu colaboración

ANEXO 2: Datos sociobiográficos



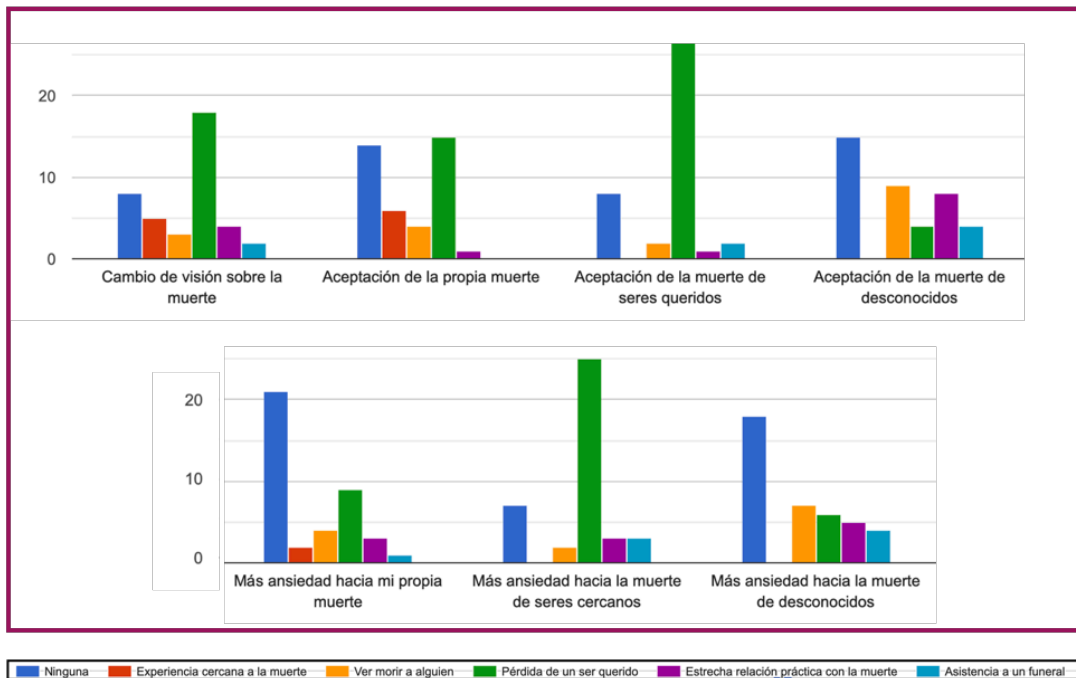
ANEXO 3: Resultados de las experiencias personales de la muerte



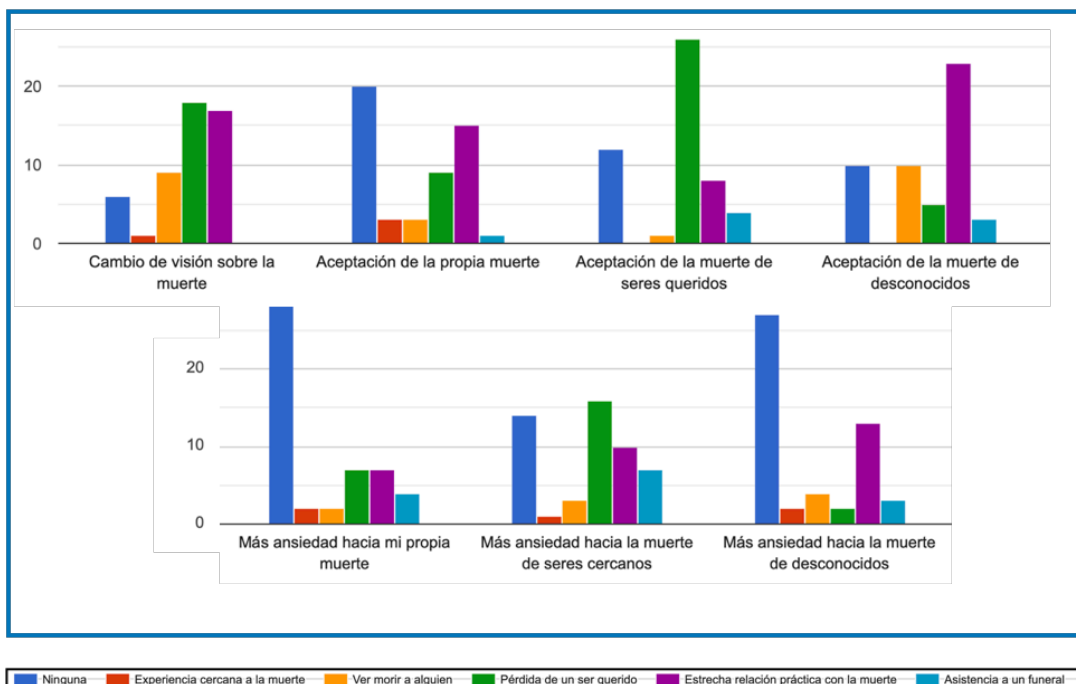


ANEXO 4: Experiencia personal más relevante en cada escenario

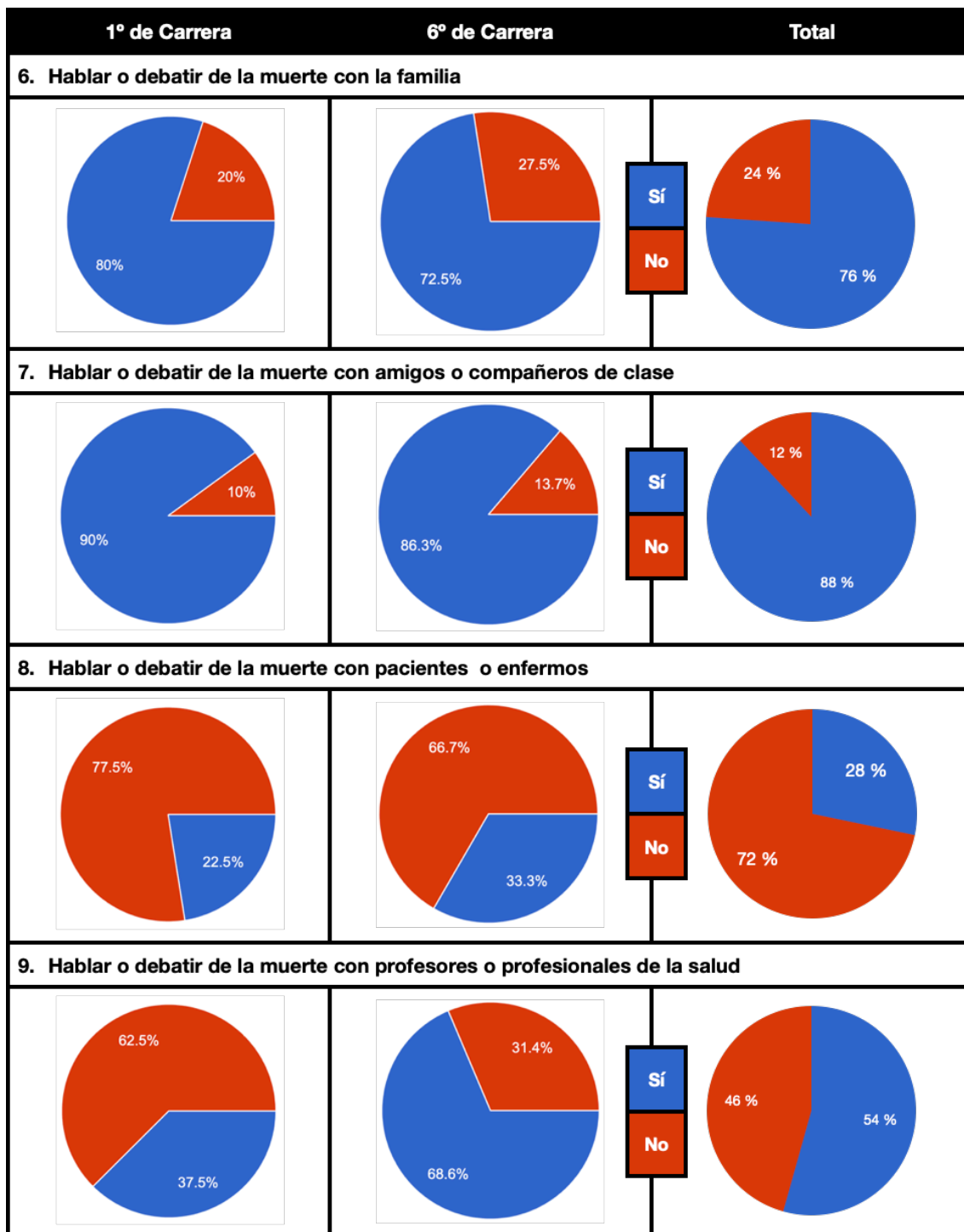
Primero

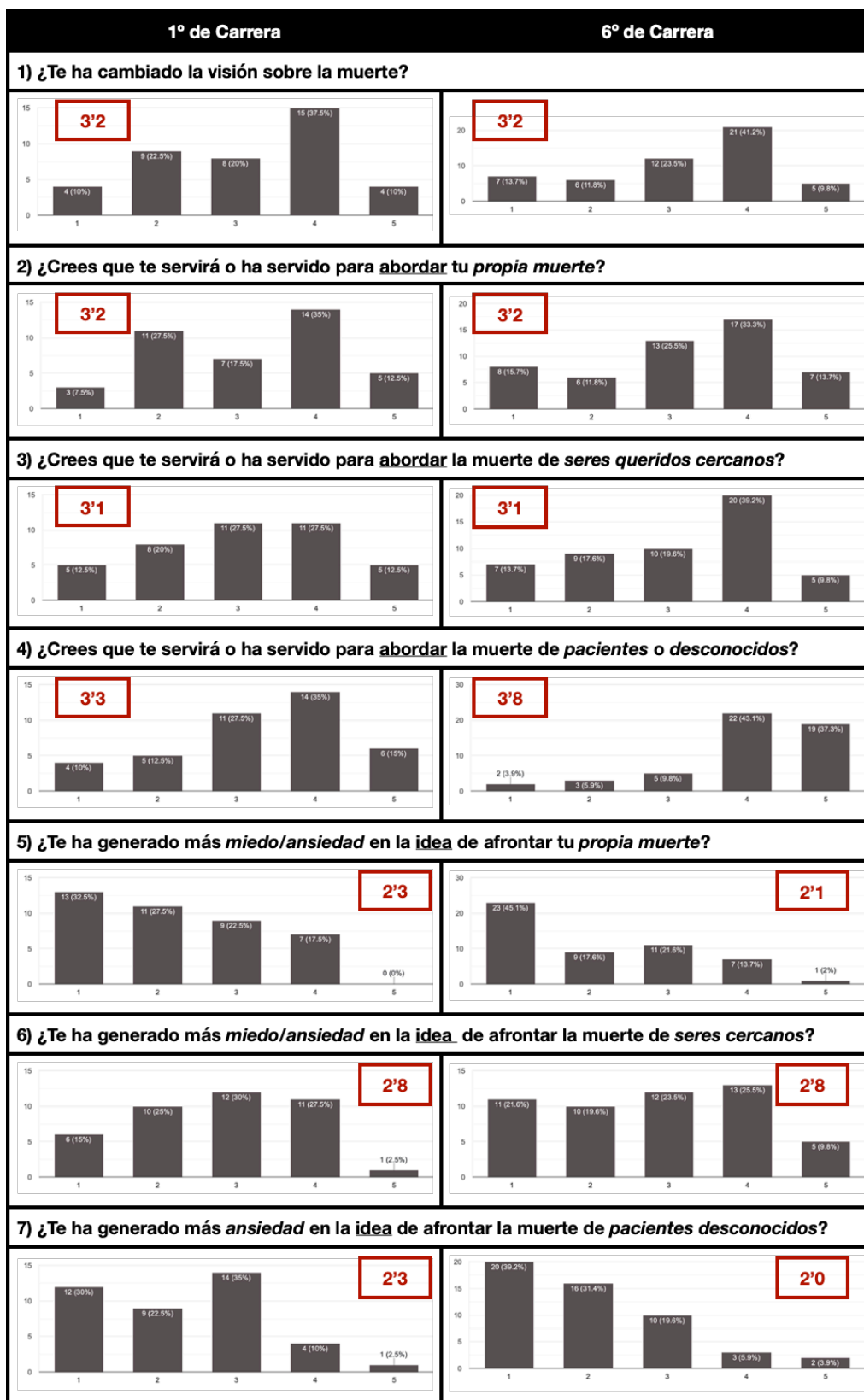


Sexto

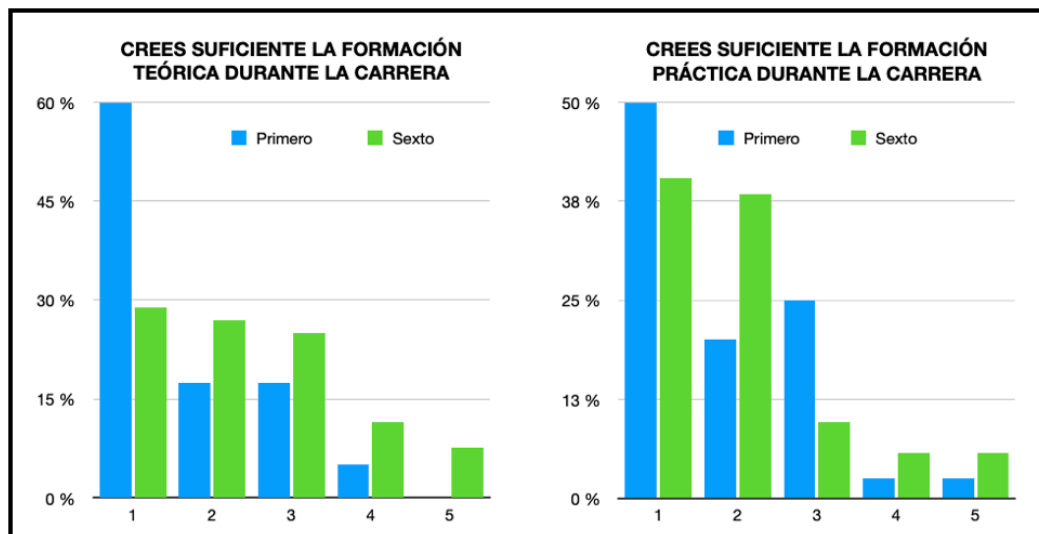
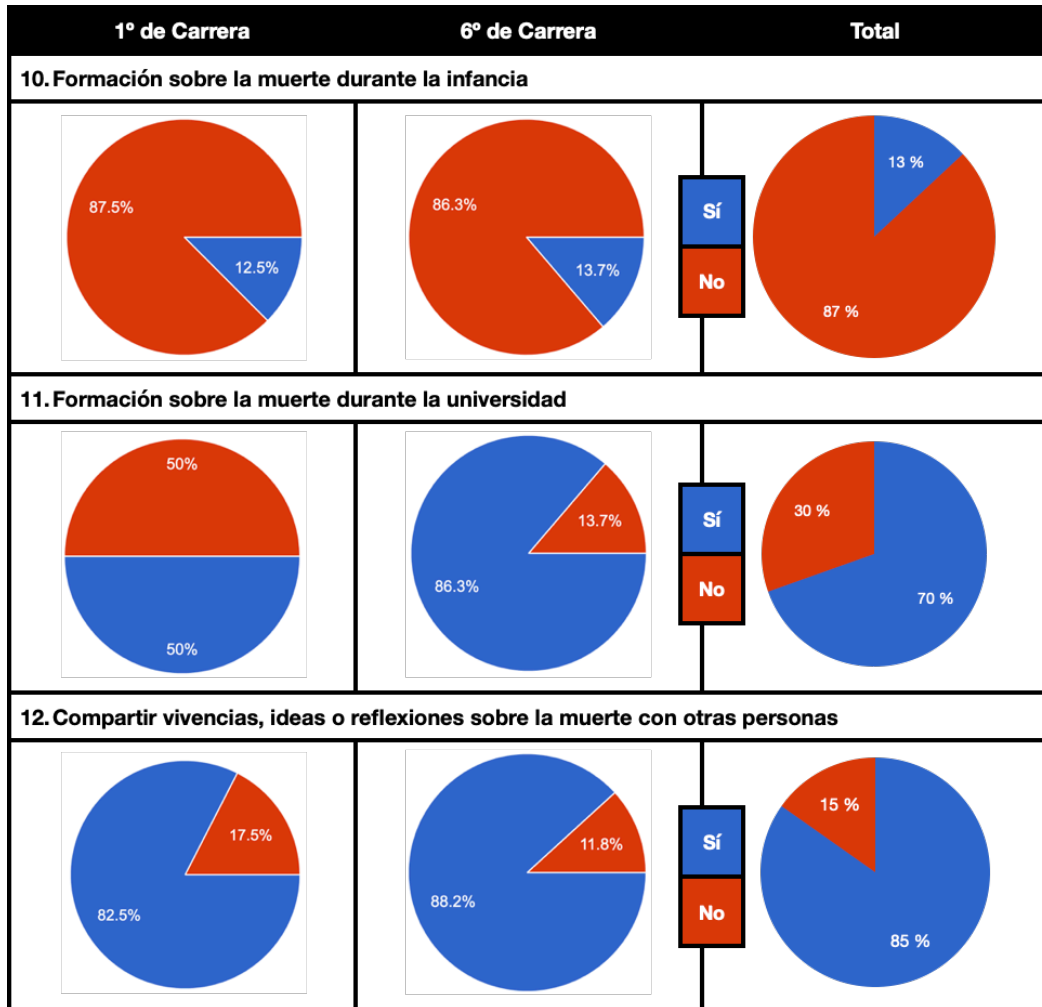


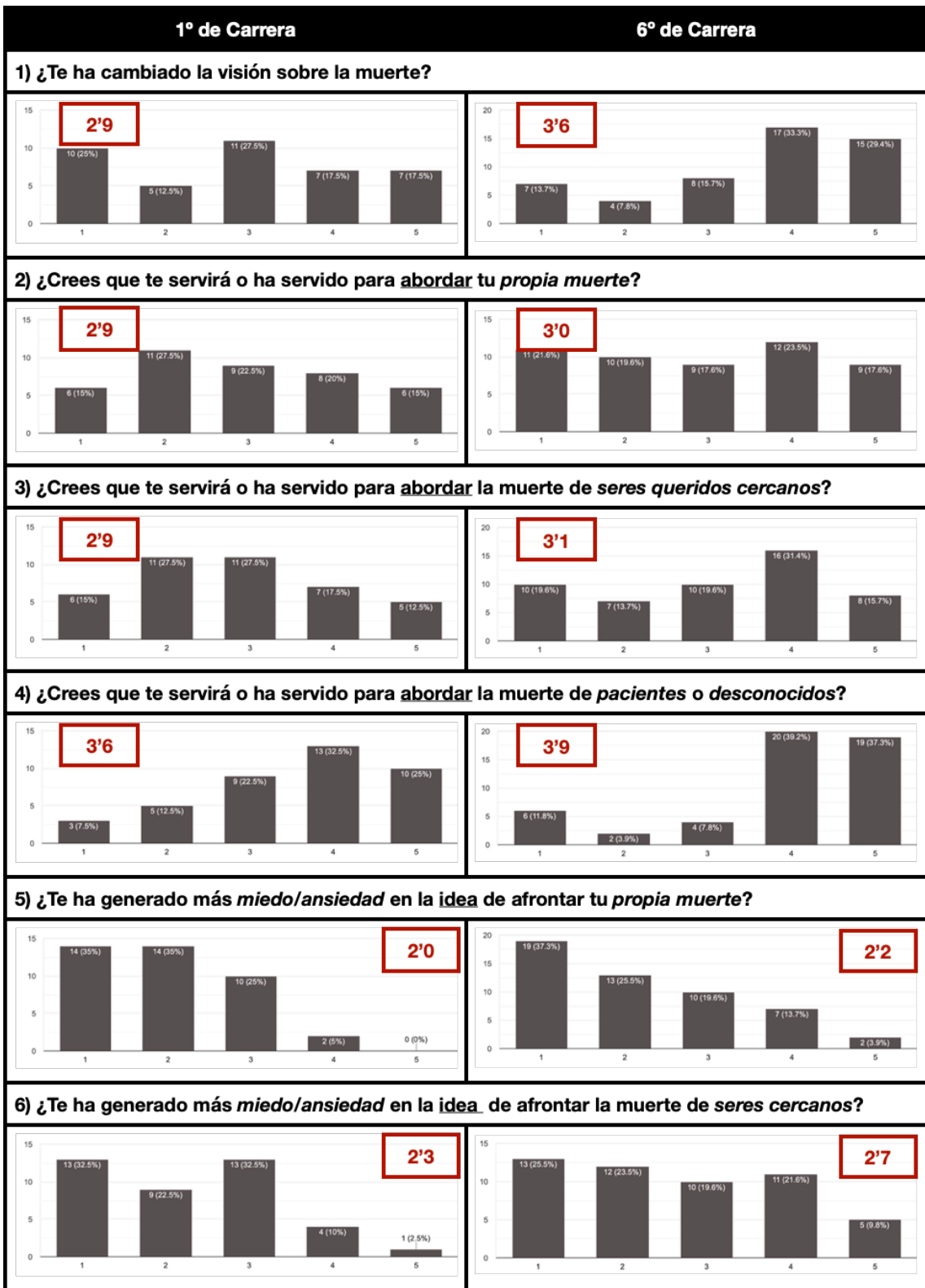
ANEXO 5: Resultados de la formación personal (hablar sobre la muerte)

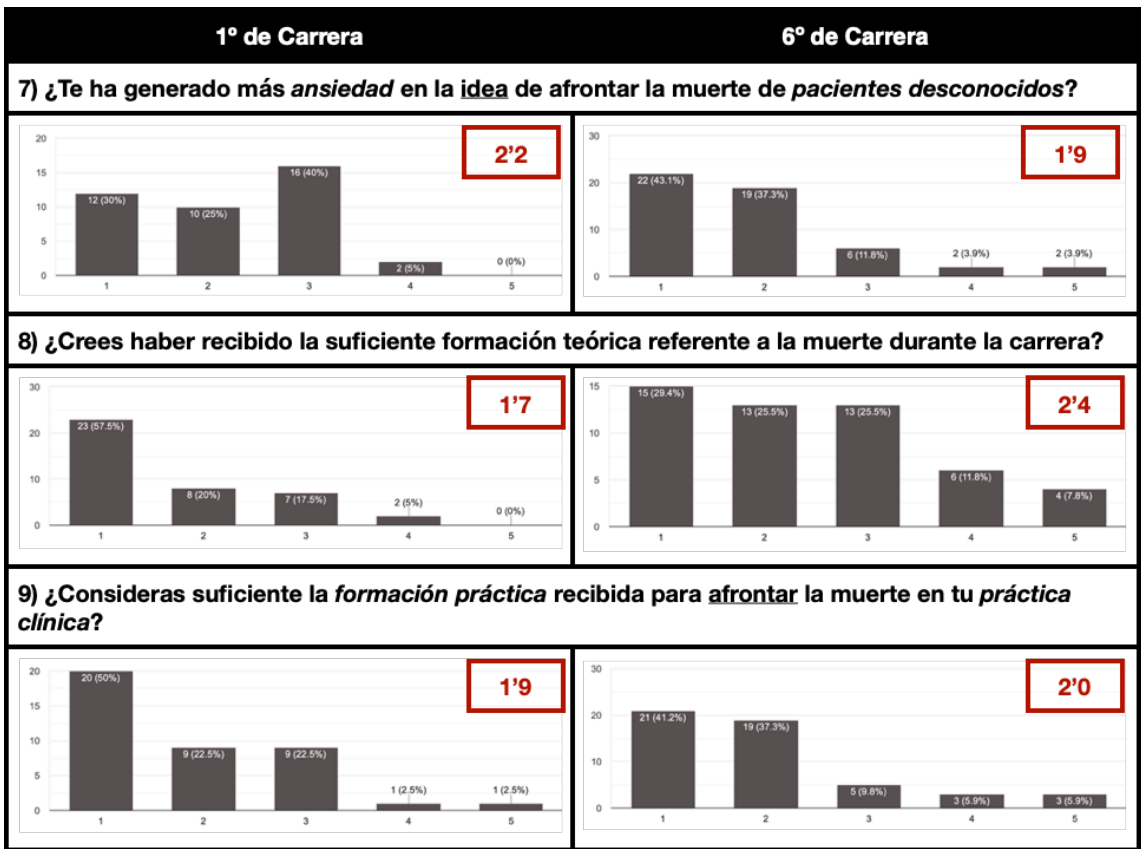




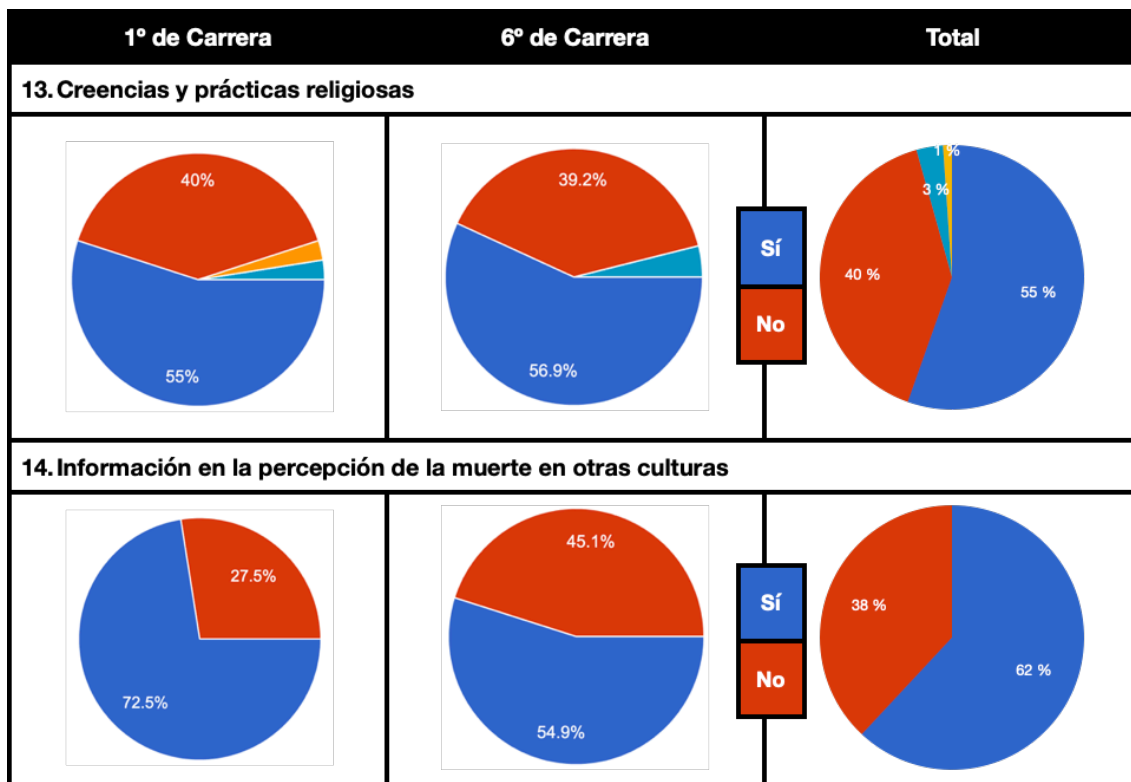
ANEXO 6: Resultados de la formación personal (formación académica)

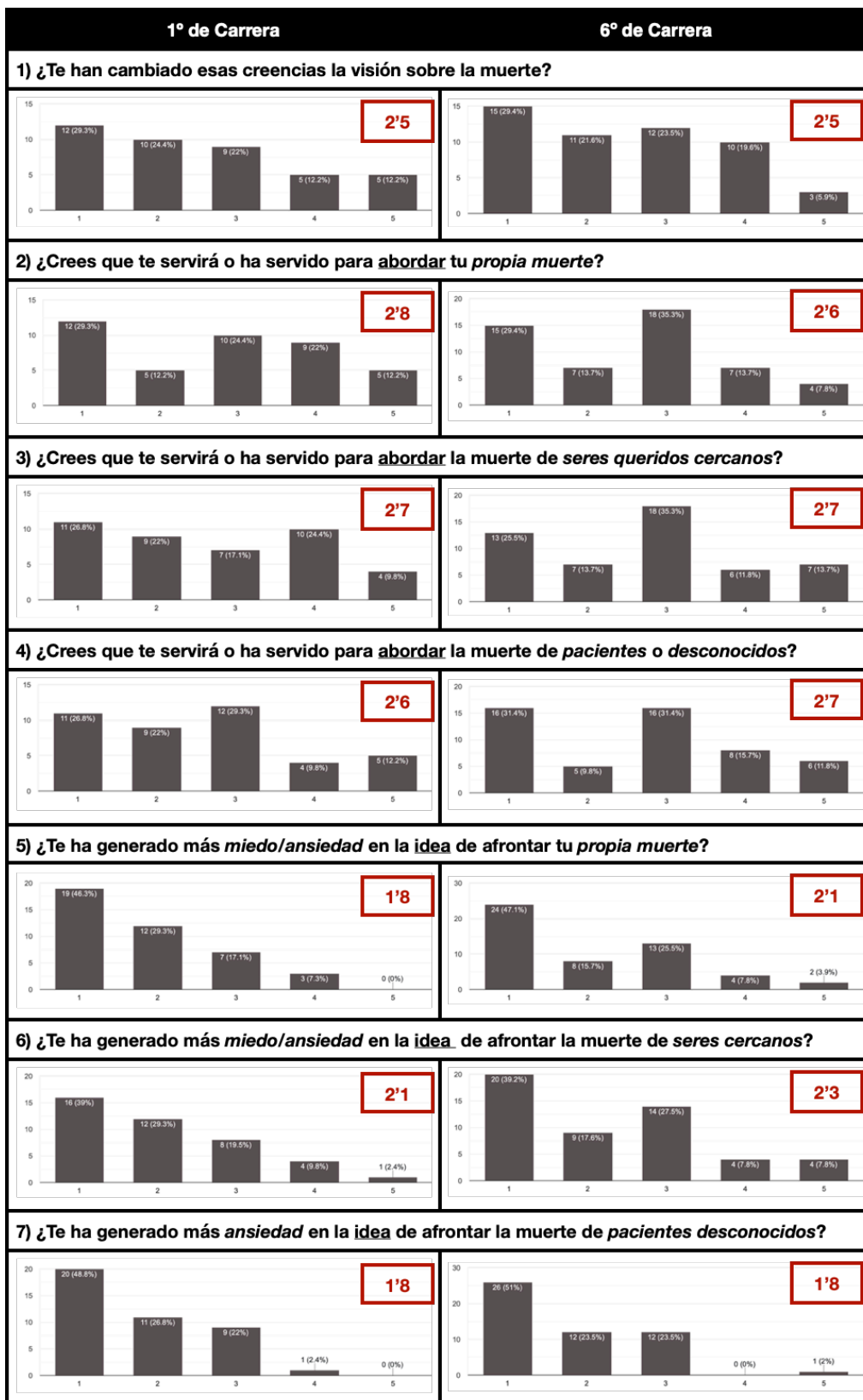






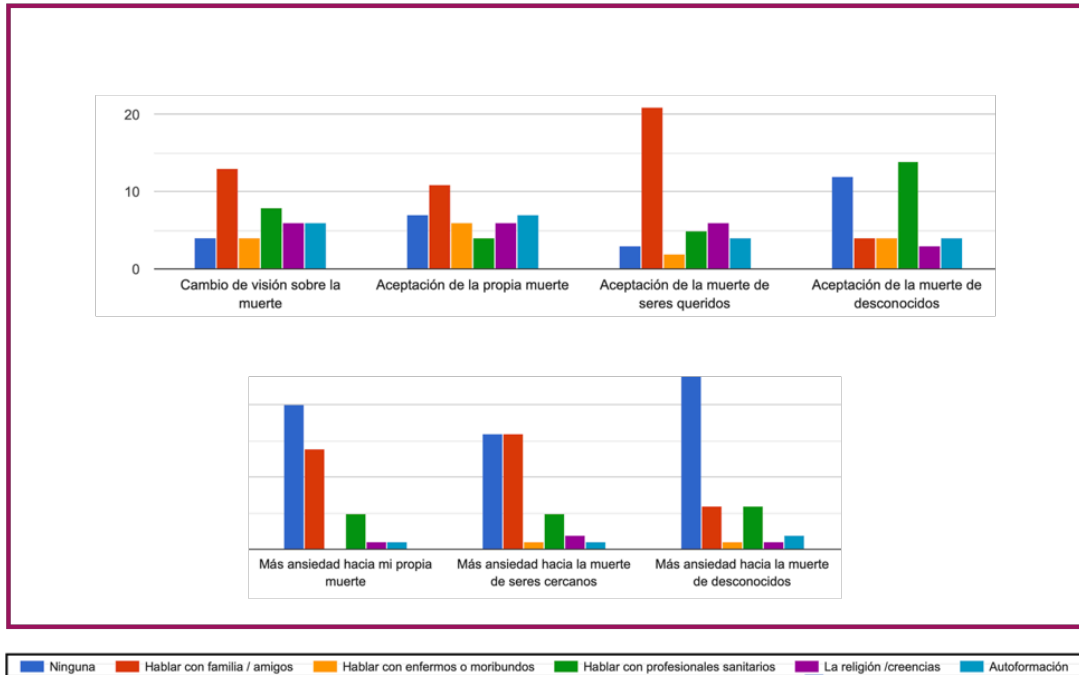
ANEXO 7: Resultados de la formación personal (religión y creencias)



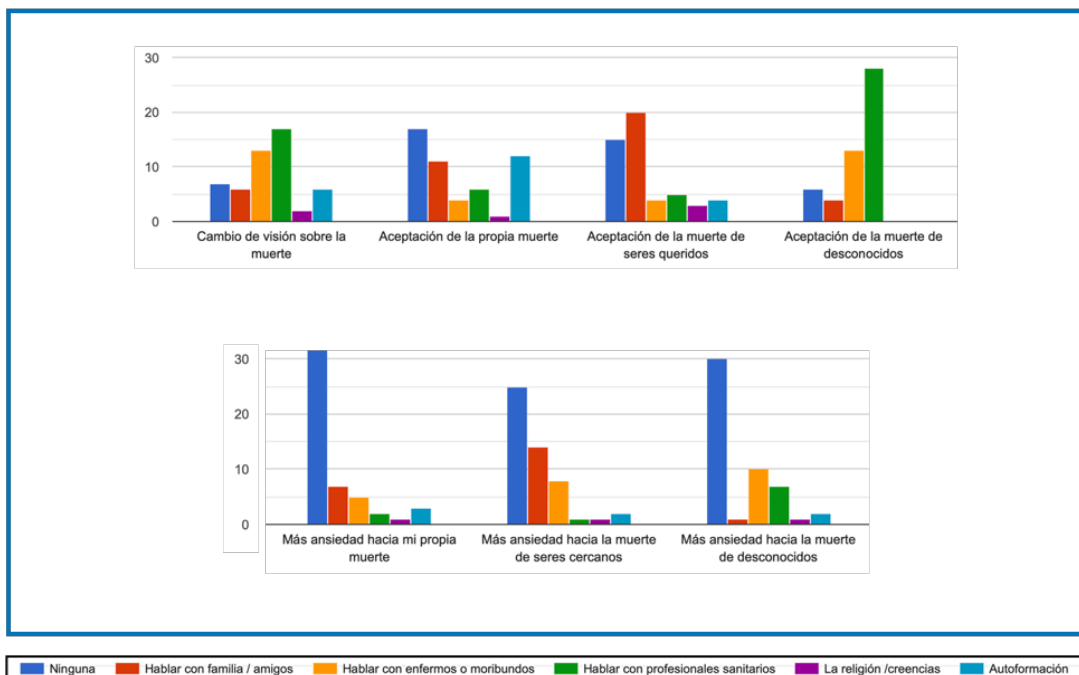


ANEXO 8: Formación personal más relevante en cada escenario

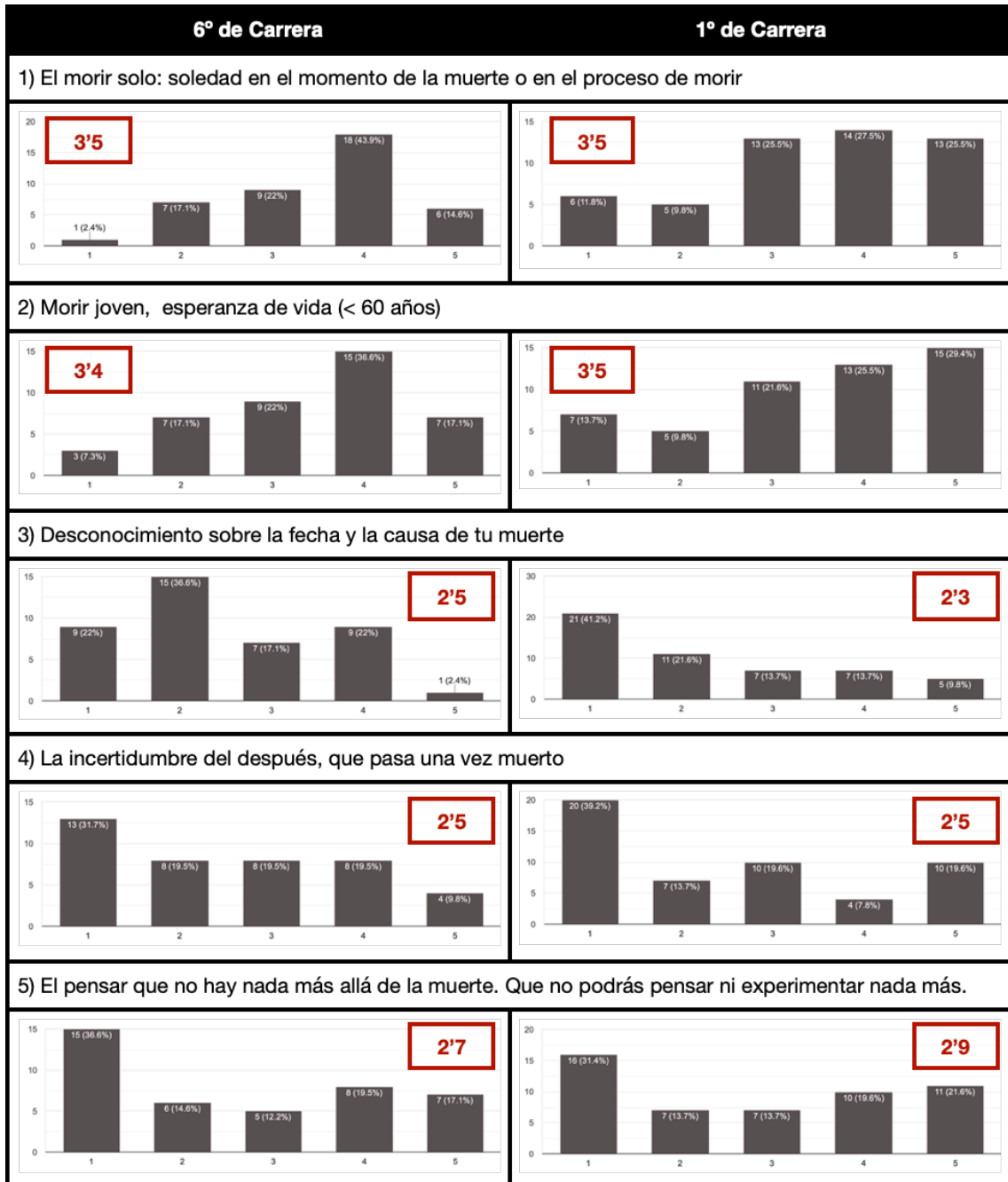
Primero

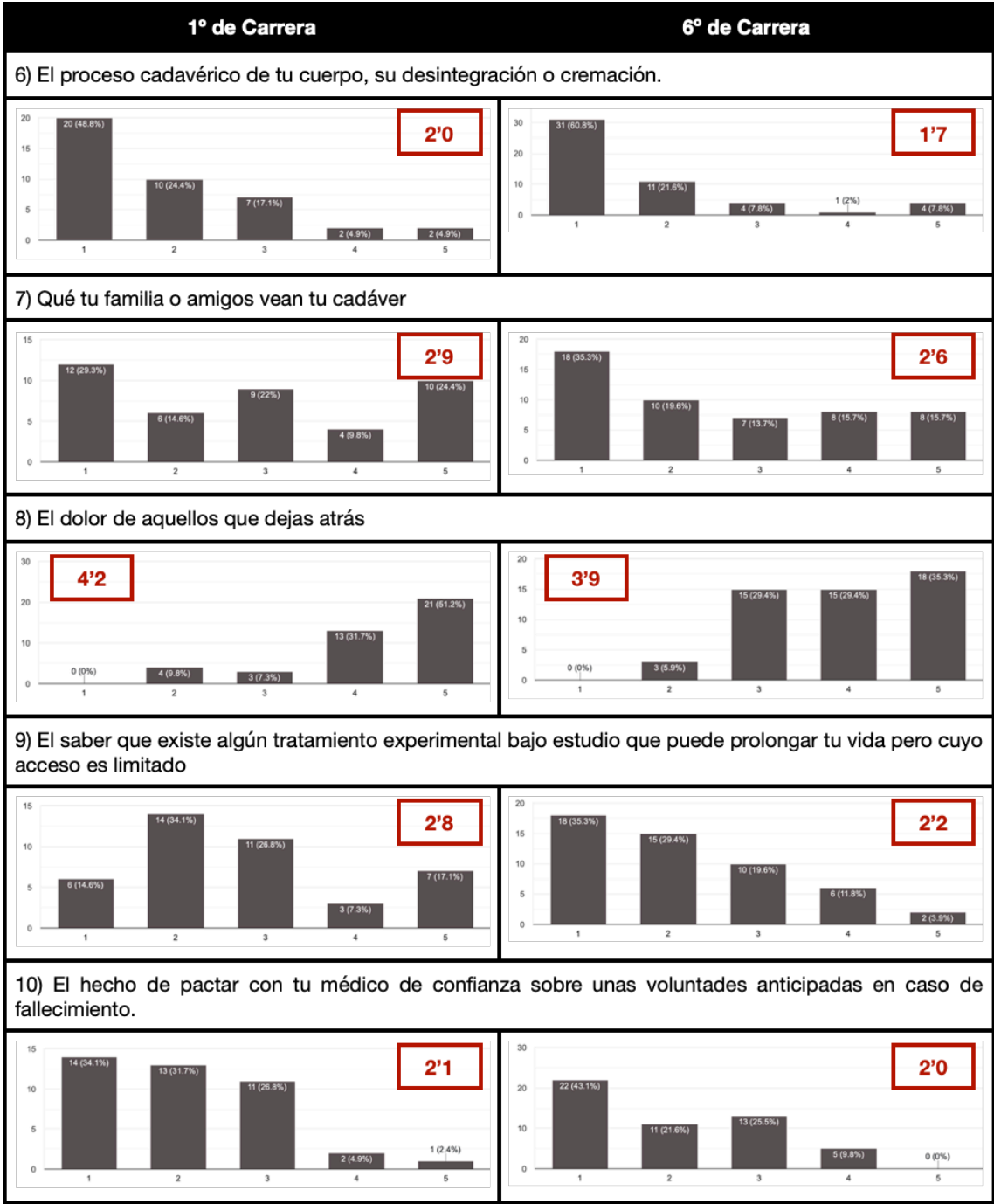


Sexto

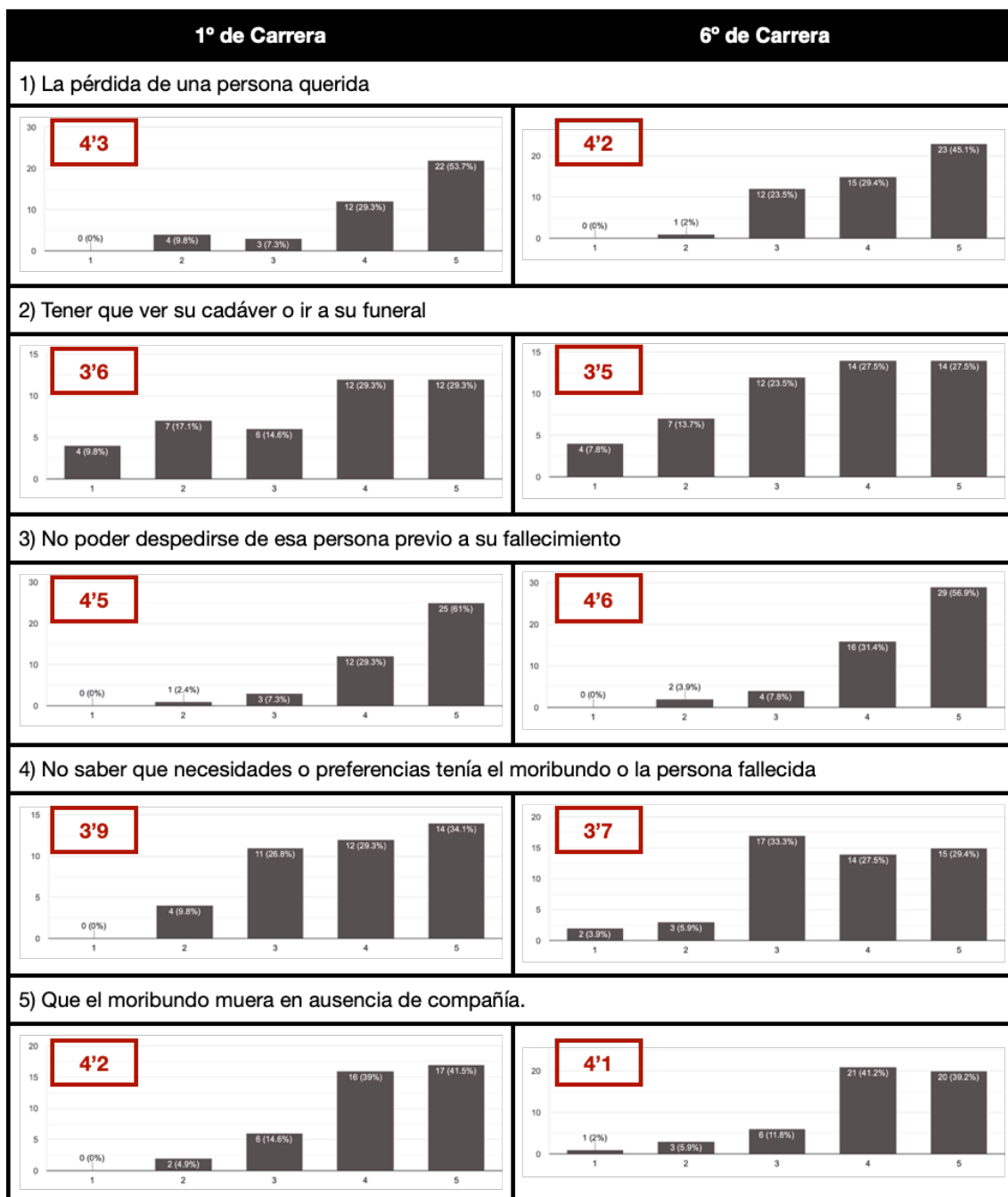


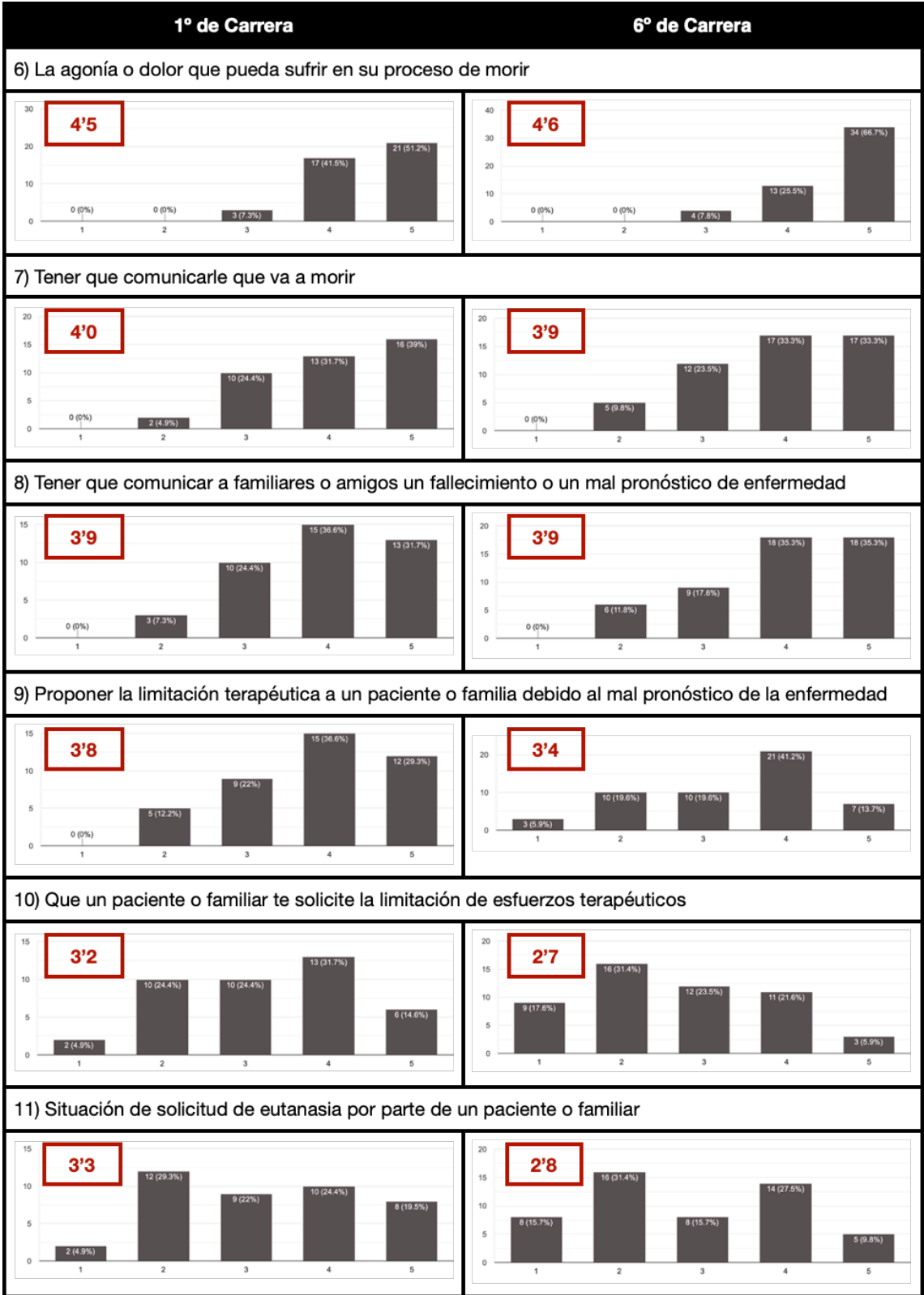
ANEXO 9: Resultados de la subescala 1 - miedo a la propia muerte



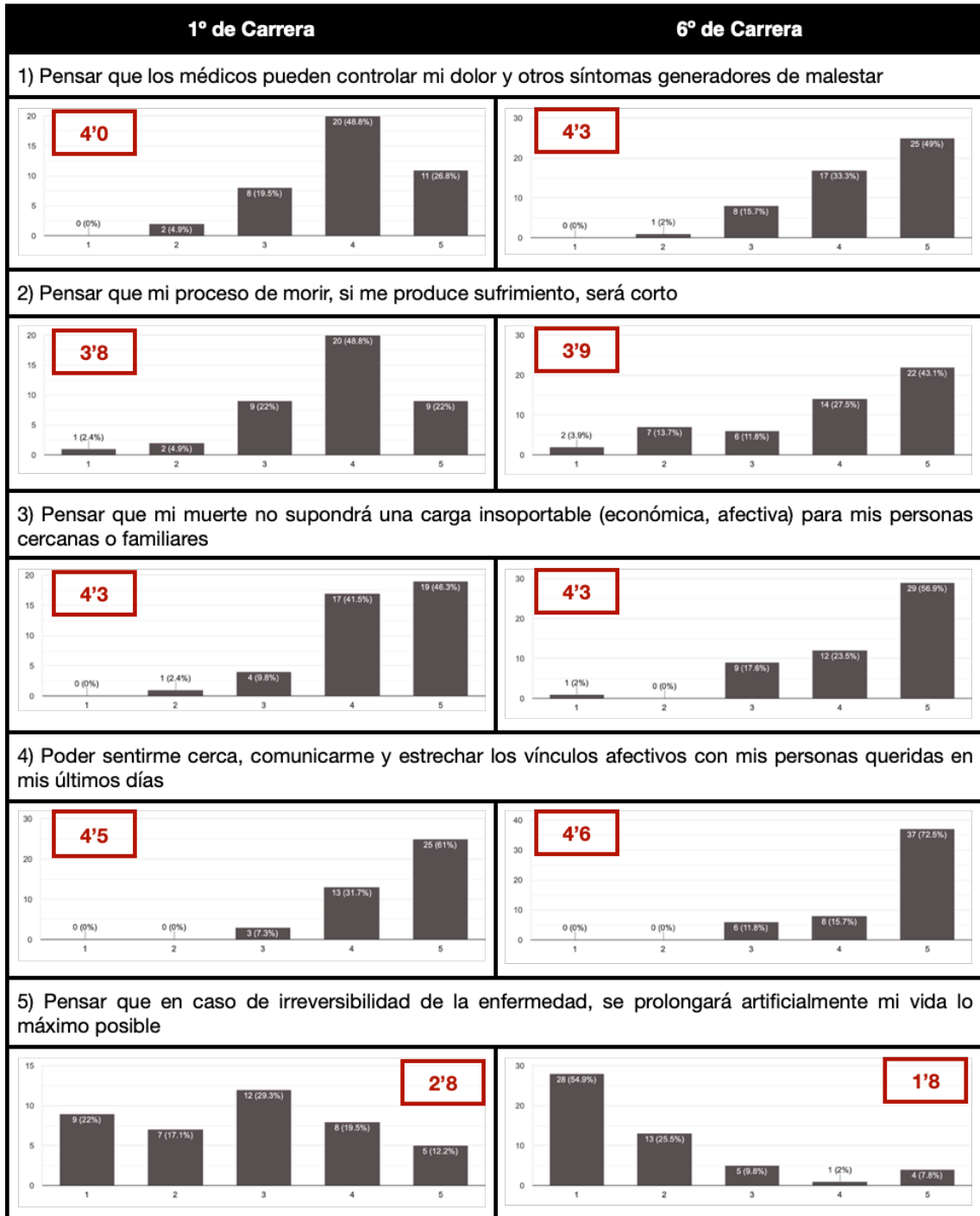


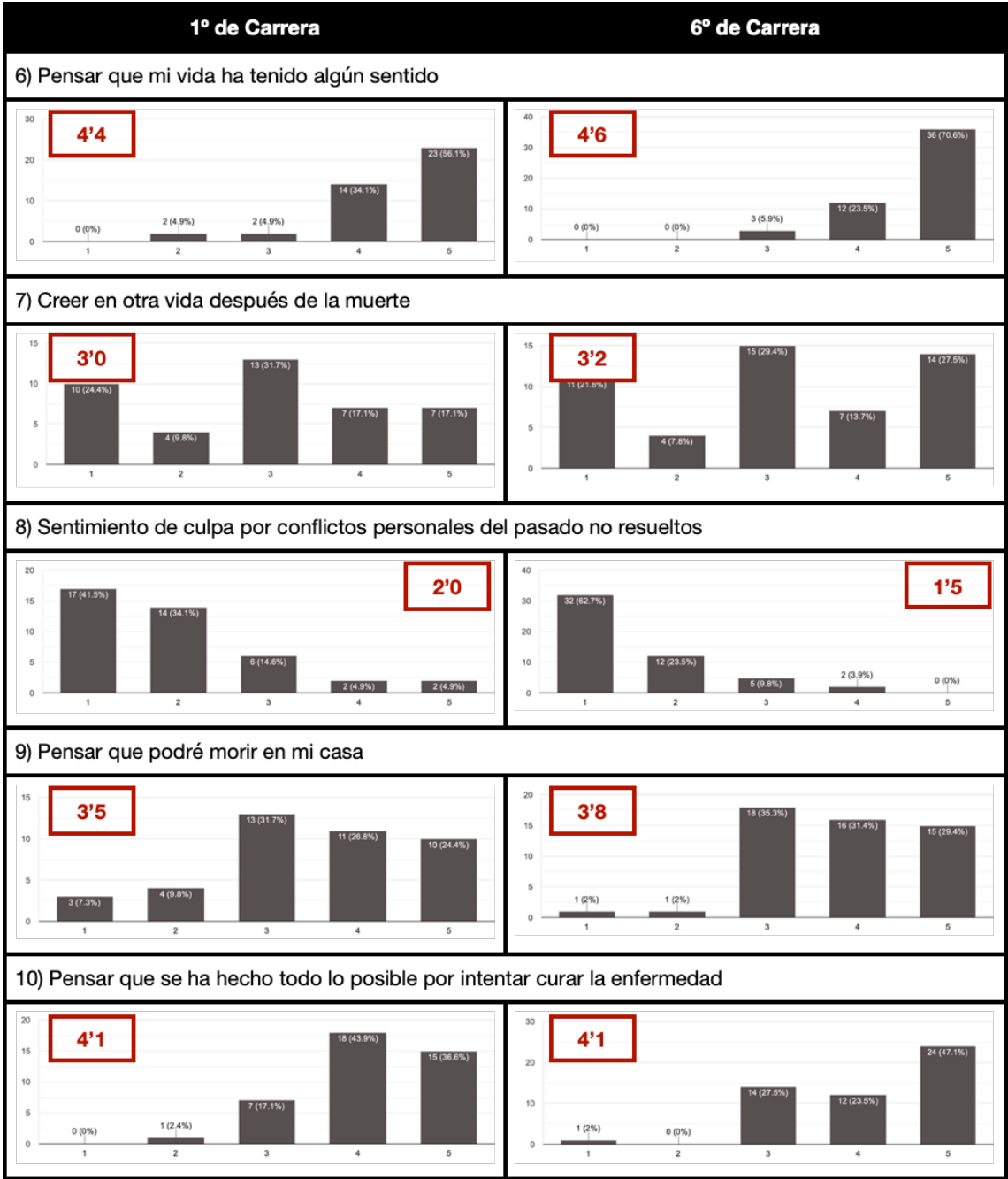
ANEXO 10: Resultados subescala 2 - miedo a la muerte de otros

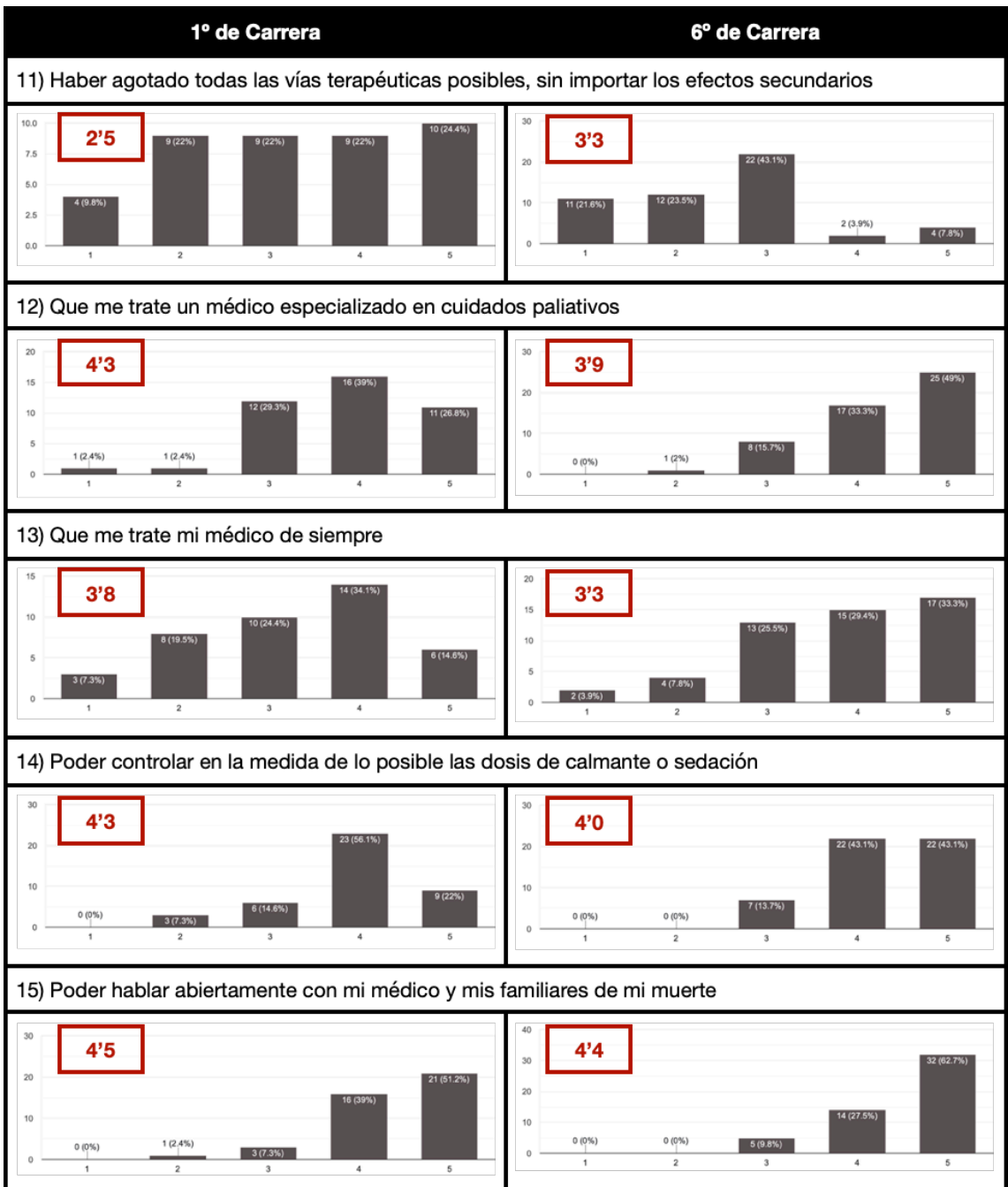




ANEXO 11: Resultados de la escala de “morir en paz”

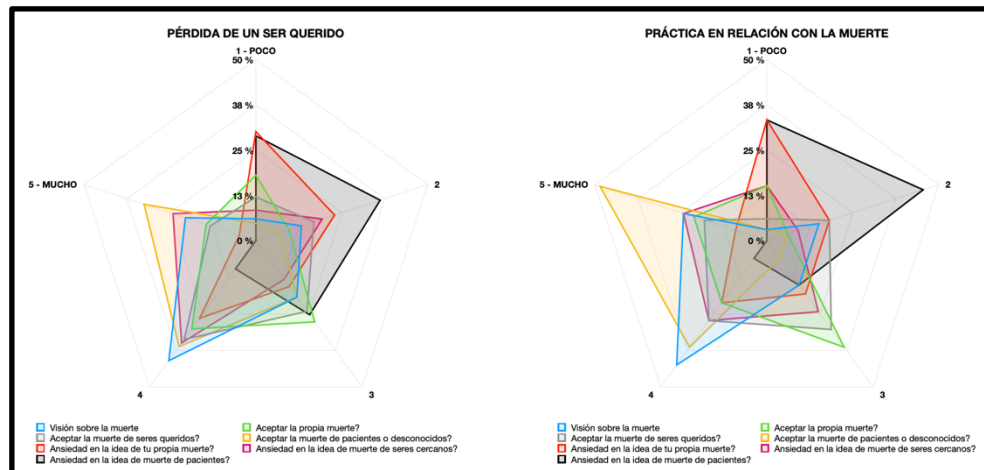
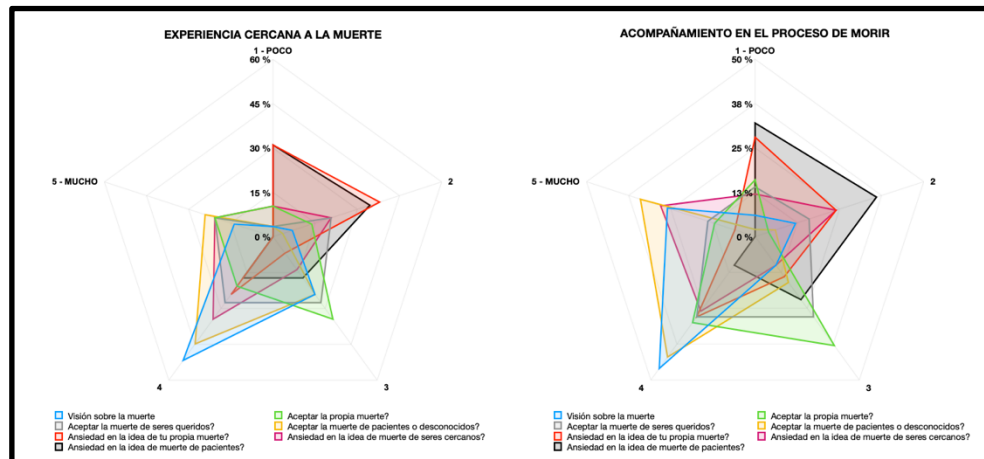






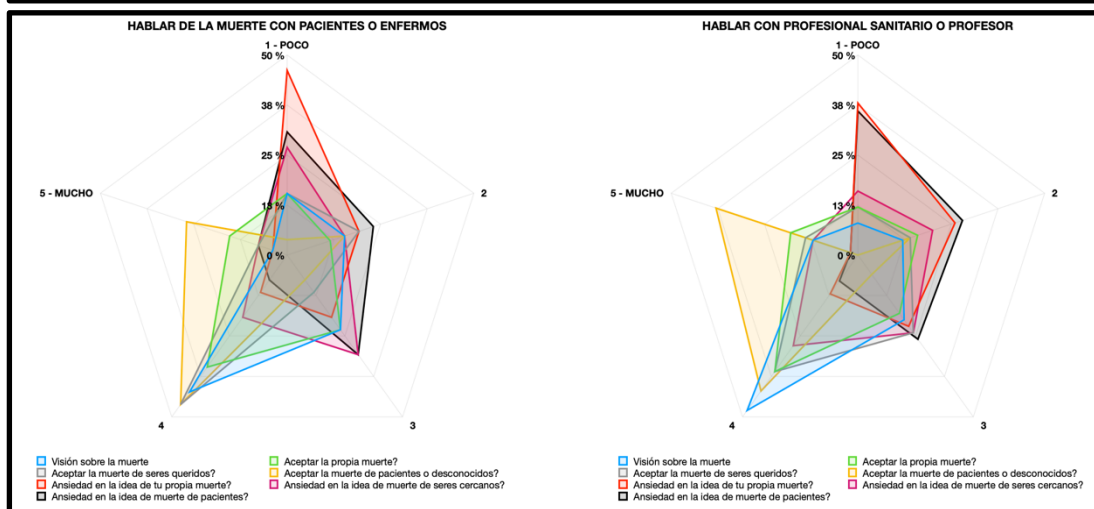
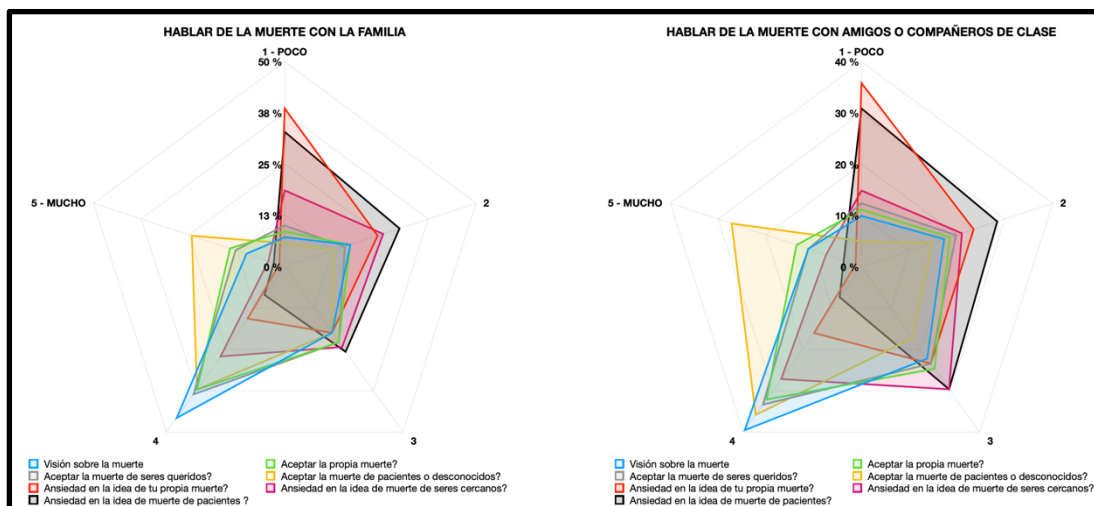
ANEXO 12A: Análisis del bloque “experiencias” en la muerte

		Visión sobre la muerte	Aceptar la propia muerte?	Aceptar la muerte de seres queridos?	Aceptar la muerte de pacientes o desconocidos?	Ansiedad en la idea de tu propia muerte?	Ansiedad en la idea de muerte de seres cercanos?	Ansiedad en la idea de muerte de pacientes o desconocidos?	Total de personas que hayan vivido la experiencia
Experiencia cercana a la muerte	1 - POCO	3 %	10 %	3 %	3 %	31 %	10 %	31 %	29
	2	7 %	14 %	21 %	3 %	38 %	21 %	34 %	
	3	24 %	34 %	28 %	24 %	7 %	14 %	17 %	
	4	52 %	21 %	28 %	45 %	24 %	34 %	17 %	
	5 - MUCHO	14 %	21 %	21 %	24 %	0 %	21 %	0 %	
Acompañar en proceso de morir	1 - POCO	6 %	16 %	14 %	2 %	28 %	12 %	32 %	50
	2	12 %	4 %	16 %	6 %	24 %	24 %	36 %	
	3	10 %	38 %	28 %	16 %	14 %	10 %	22 %	
	4	46 %	30 %	28 %	42 %	28 %	26 %	10 %	
	5 - MUCHO	26 %	12 %	14 %	34 %	6 %	28 %	0 %	
Pérdida de un ser cercano	1 - POCO	6 %	18 %	12 %	5 %	30 %	8 %	29 %	83
	2	13 %	10 %	17 %	7 %	23 %	19 %	36 %	
	3	19 %	28 %	24 %	19 %	16 %	13 %	25 %	
	4	41 %	30 %	34 %	36 %	27 %	35 %	10 %	
	5 - MUCHO	20 %	14 %	13 %	33 %	5 %	24 %	0 %	
Práctica en relación con la muerte	1 - POCO	3 %	15 %	6 %	3 %	33 %	15 %	33 %	33
	2	15 %	6 %	18 %	6 %	18 %	9 %	45 %	
	3	15 %	36 %	30 %	6 %	18 %	24 %	15 %	
	4	42 %	21 %	27 %	36 %	21 %	27 %	6 %	
	5 - MUCHO	24 %	21 %	18 %	48 %	9 %	24 %	0 %	
Funeral	1 - POCO	6 %	17 %	9 %	5 %	31 %	11 %	32 %	81
	2	14 %	9 %	15 %	7 %	21 %	20 %	36 %	
	3	20 %	33 %	26 %	16 %	16 %	12 %	22 %	
	4	41 %	28 %	37 %	38 %	27 %	35 %	10 %	
	5 - MUCHO	20 %	12 %	14 %	33 %	5 %	22 %	0 %	



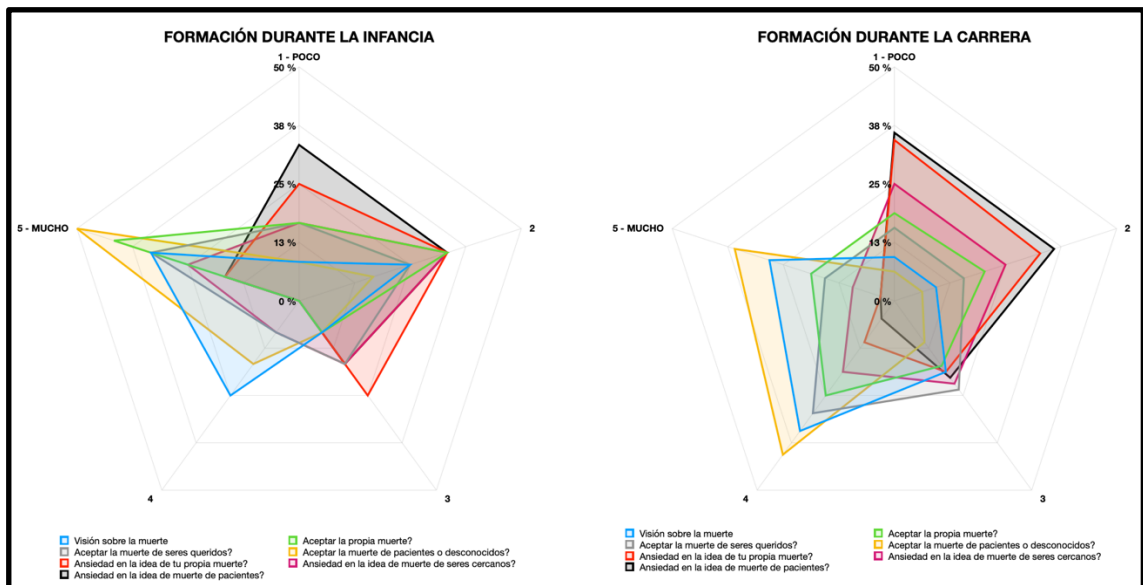
ANEXO 12B: Análisis del bloque “experiencias” en la muerte

		Visión sobre la muerte	Aceptar la propia muerte?	Aceptar la muerte de seres queridos?	Aceptar la muerte de pacientes o desconocidos?	Ansiedad en la idea de tu propia muerte?	Ansiedad en la idea de muerte de seres cercanos?	Ansiedad en la idea de muerte de pacientes o desconocidos?	Total de personas que hayan dialogado
Hablar con la familia	1 - POCO	7 %	9 %	10 %	6 %	39 %	19 %	33 %	70
	2	17 %	17 %	16 %	13 %	24 %	26 %	30 %	
	3	20 %	23 %	23 %	20 %	20 %	24 %	26 %	
	4	46 %	37 %	39 %	37 %	16 %	27 %	9 %	
	5 - MUCHO	10 %	14 %	13 %	24 %	1 %	4 %	3 %	
Hablar con compañeros de clase	1 - POCO	10 %	11 %	12 %	5 %	36 %	15 %	31 %	81
	2	17 %	19 %	20 %	15 %	23 %	21 %	28 %	
	3	22 %	25 %	23 %	17 %	23 %	30 %	30 %	
	4	40 %	32 %	33 %	36 %	16 %	27 %	7 %	
	5 - MUCHO	11 %	14 %	11 %	27 %	1 %	7 %	4 %	
Hablar con el enfermo	1 - POCO	15 %	15 %	15 %	4 %	46 %	27 %	31 %	26
	2	15 %	12 %	19 %	15 %	19 %	15 %	23 %	
	3	23 %	23 %	12 %	8 %	19 %	31 %	31 %	
	4	42 %	35 %	46 %	46 %	12 %	19 %	8 %	
	5 - MUCHO	4 %	15 %	8 %	27 %	4 %	8 %	8 %	
Hablar con profesor o profesional	1 - POCO	8 %	12 %	12 %	0 %	38 %	16 %	36 %	50
	2	12 %	16 %	14 %	14 %	26 %	20 %	28 %	
	3	20 %	18 %	24 %	6 %	22 %	24 %	26 %	
	4	48 %	36 %	36 %	42 %	12 %	28 %	8 %	
	5 - MUCHO	12 %	18 %	14 %	38 %	2 %	12 %	2 %	



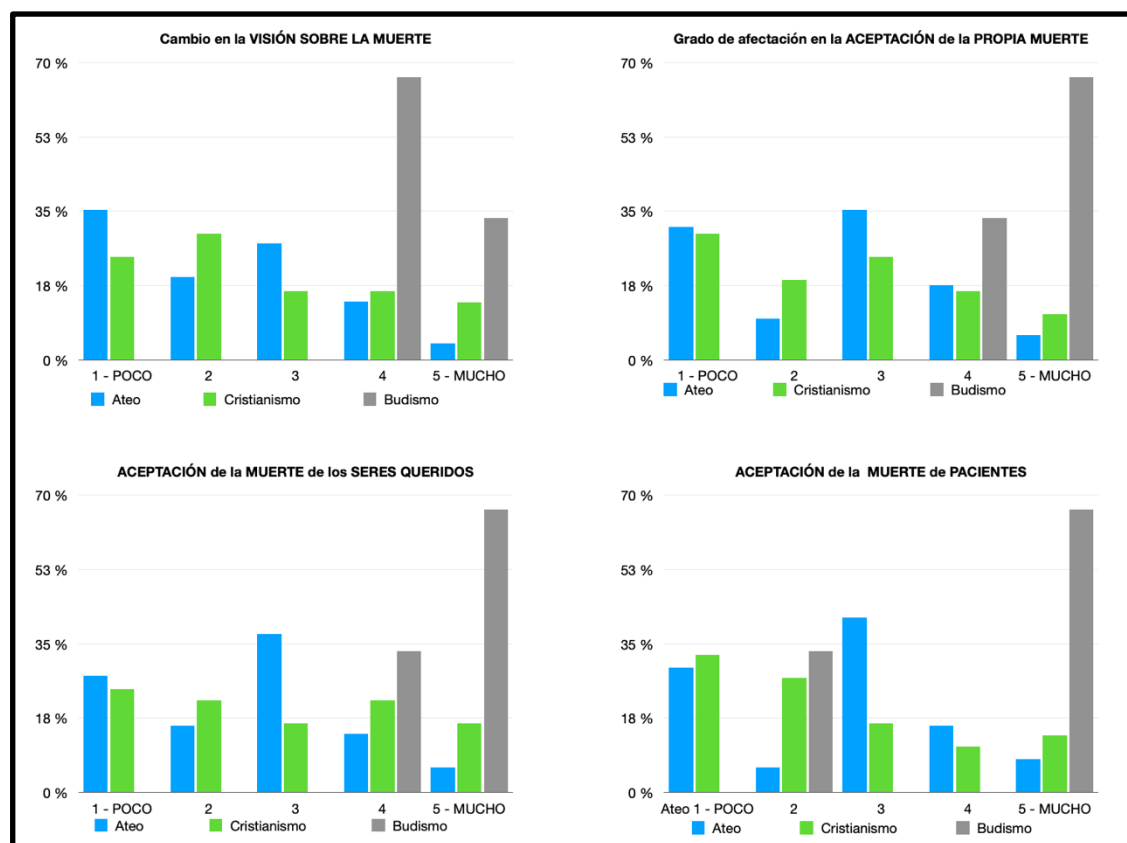
ANEXO 12C: Análisis del bloque “experiencias” en la muerte

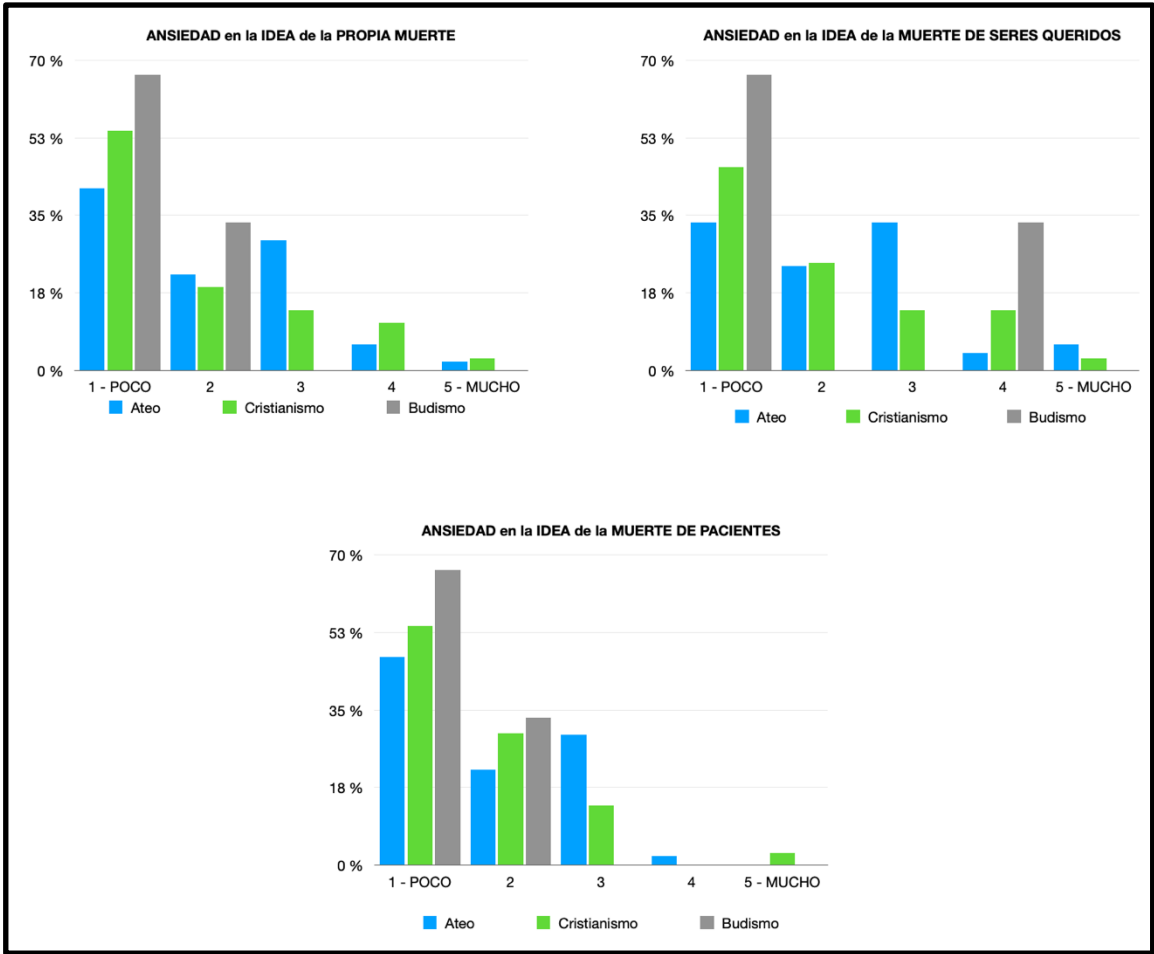
		Visión sobre la muerte	Aceptar la propia muerte?	Aceptar la muerte de seres queridos?	Aceptar la muerte de pacientes o desconocidos?	Ansiedad en la idea de tu propia muerte?	Ansiedad en la idea de muerte de seres cercanos?	Ansiedad en la idea de muerte de pacientes o desconocidos?	Formación teórica en la muerte durante la carrera?	Formación práctica recibida para afrontar la muerte en tu práctica clínica?	Total de personas formadas
Formación durante la infancia	1 - POCO	8 %	17 %	17 %	8 %	25 %	17 %	33 %	0	0	12
	2	25 %	33 %	25 %	17 %	33 %	33 %	33 %	17 %	17 %	
	3	8 %	8 %	17 %	8 %	25 %	17 %	17 %	17 %	25 %	
	4	25 %	0 %	8 %	17 %	0 %	8 %	0 %	8 %	0 %	
	5 - MUCHO	33 %	42 %	33 %	50 %	17 %	25 %	17 %	17 %	17 %	
Formación universitaria	1 - POCO	9 %	19 %	16 %	6 %	34 %	25 %	36 %	0	0	64
	2	9 %	20 %	16 %	6 %	33 %	25 %	36 %	27 %	34 %	
	3	19 %	17 %	23 %	11 %	19 %	22 %	20 %	27 %	17 %	
	4	34 %	25 %	30 %	41 %	11 %	19 %	5 %	13 %	5 %	
	5 - MUCHO	28 %	19 %	16 %	36 %	3 %	9 %	3 %	6 %	6 %	
Compartir vivencias	1 - POCO	14 %	17 %	15 %	6 %	36 %	28 %	38 %	0	0	78
	2	9 %	21 %	18 %	5 %	28 %	24 %	32 %	24 %	32 %	
	3	21 %	22 %	24 %	15 %	22 %	24 %	23 %	26 %	17 %	
	4	28 %	22 %	26 %	37 %	12 %	17 %	4 %	8 %	4 %	
	5 - MUCHO	28 %	19 %	17 %	36 %	3 %	6 %	3 %	5 %	5 %	



ANEXO 12D: Análisis del bloque “experiencias” en la muerte

		Visión sobre la muerte	Aceptar la propia muerte?	Aceptar la muerte de seres queridos?	Aceptar la muerte de pacientes o desconocidos?	Ansiedad en la idea de tu propia muerte?	Ansiedad en la idea de muerte de seres cercanos?	Ansiedad en la idea de muerte de pacientes o desconocidos?	Total de personas
Ateo	1 - POCO	35 %	31 %	27 %	29 %	41 %	33 %	47 %	51
	2	20 %	10 %	16 %	6 %	22 %	24 %	22 %	
	3	27 %	35 %	37 %	41 %	29 %	33 %	29 %	
	4	14 %	18 %	14 %	16 %	6 %	4 %	2 %	
	5 - MUCHO	4 %	6 %	6 %	8 %	2 %	6 %	0 %	
Cristiano	1 - POCO	24 %	30 %	24 %	32 %	54 %	46 %	54 %	37
	2	30 %	19 %	22 %	27 %	19 %	24 %	30 %	
	3	16 %	24 %	16 %	16 %	14 %	14 %	14 %	
	4	16 %	16 %	22 %	11 %	11 %	14 %	0 %	
	5 - MUCHO	14 %	11 %	16 %	14 %	3 %	3 %	3 %	
Otros	1 - POCO	0 %	0 %	0 %	0 %	67 %	67 %	67 %	4
	2	0 %	0 %	0 %	33 %	33 %	0 %	33 %	
	3	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	
	4	67 %	33 %	33 %	0 %	0 %	33 %	0 %	
	5 - MUCHO	33 %	67 %	67 %	67 %	0 %	0 %	0 %	
Autoformación	1 - POCO	23 %	23 %	19 %	21 %	39 %	35 %	44 %	57
	2	21 %	9 %	16 %	14 %	23 %	18 %	25 %	
	3	23 %	32 %	26 %	37 %	25 %	26 %	28 %	
	4	19 %	21 %	19 %	11 %	11 %	12 %	2 %	
	5 - MUCHO	14 %	16 %	19 %	18 %	4 %	9 %	2 %	





ANEXO 13: Análisis subescala 1 – miedo a la propia muerte

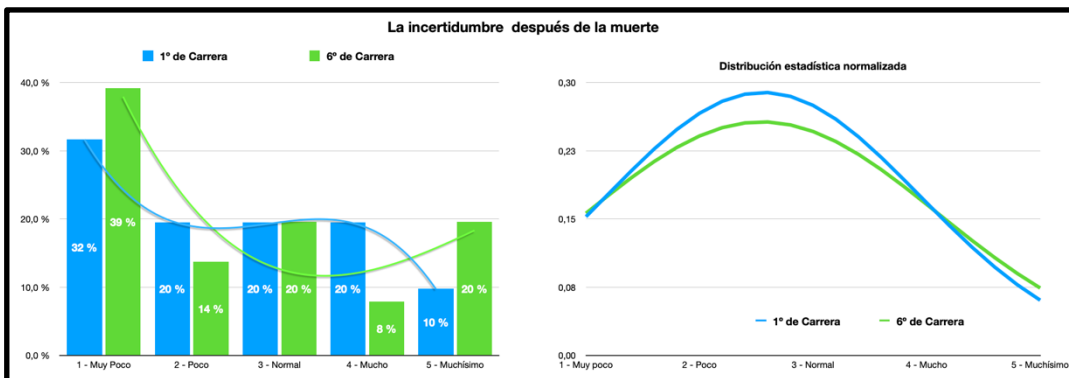
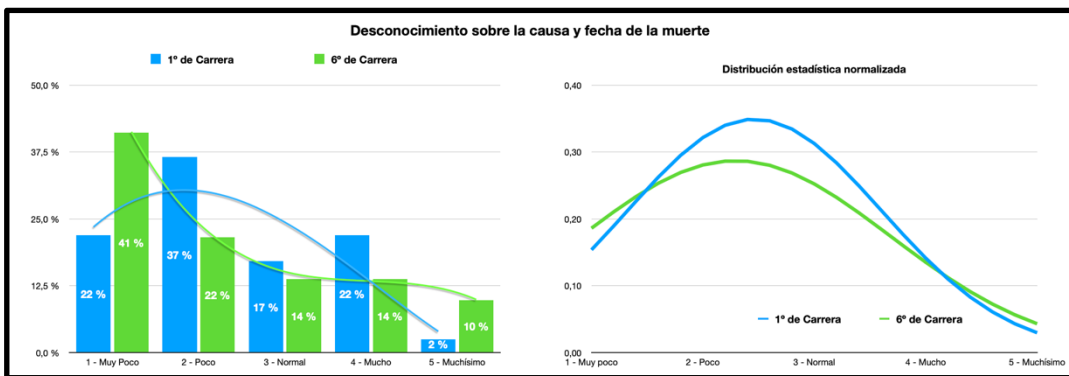
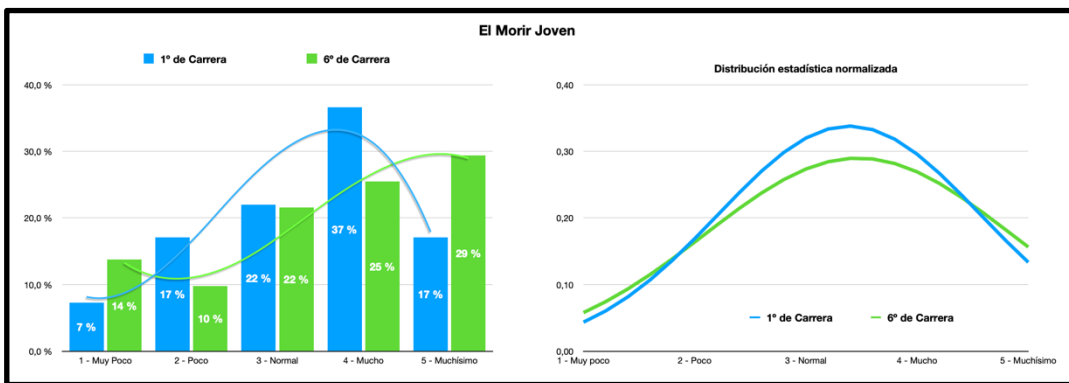
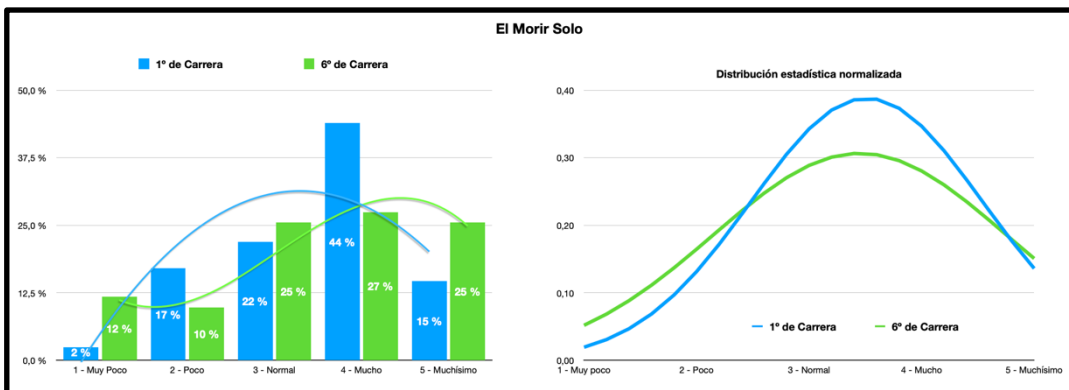
MIEDO A LA PROPIA MUERTE - 1° de Carrera										
El morir solo:	Morir joven	Desconocimiento sobre fecha y causa	La incertidumbre del después	No vida tras la muerte	El proceso cadavérico de tu cuerpo	Qué la familia o amigos vean tu cadáver	El dolor de aquellos que dejas atrás	Tratamiento experimental eficaz fuera de tu alcance	Pactar unas voluntades anticipadas	
3	4	1	4	3	2	1	5	2	1	
5	4	5	1	1	1	3	5	2	4	
4	4	4	5	5	3	5	5	3	3	
3	1	1	1	1	1	3	2	2	1	
3	3	1	1	1	1	1	4	1	1	
4	2	1	1	1	1	1	2	3	2	
4	4	4	2	5	1	4	4	1	1	
2	1	3	2	1	1	1	5	1	1	
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
2	4	2	1	1	1	1	5	4	2	
1	3	4	5	5	5	5	5	5	1	
5	4	4	3	3	4	5	5	5	3	
4	4	1	1	2	1	5	5	4	2	
2	2	2	2	2	3	3	5	2	2	
4	5	2	2	2	1	5	5	2	2	
4	4	3	2	2	1	5	5	3	1	
2	2	3	4	2	2	3	4	2	3	
2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	
4	4	2	3	3	2	2	3	2	2	
3	1	1	4	4	3	4	4	5	2	
4	3	4	4	5	2	2	4	2	3	
4	5	2	3	4	2	5	5	5	3	
5	4	2	3	4	2	3	4	3	3	
5	4	4	5	5	3	2	5	4	4	
4	3	4	5	5	5	5	5	3	3	
3	3	2	1	1	3	1	3	3	1	
4	5	4	3	4	2	2	5	5	5	
4	5	1	1	1	1	1	4	1	2	
4	4	3	4	4	2	3	4	2	2	
4	3	3	3	3	3	2	4	2	1	
2	2	3	2	1	4	3	5	1	1	
3	3	1	4	1	1	4	5	5	2	
3	3	2	4	3	1	4	5	3	3	
4	4	3	3	5	3	5	5	2	2	
3	4	2	3	4	1	1	3	2	1	
4	5	2	1	1	1	3	4	3	2	
4	5	4	1	4	1	1	4	3	1	
5	3	1	1	1	1	5	5	5	3	
4	4	2	2	4	1	3	4	3	1	
3	2	2	1	1	1	1	4	2	3	
5	5	2	4	1	1	3	5	3	3	
Promedio	3,51	3,39	2,46	2,56	2,66	1,93	2,85	4,24	2,78	2,10
Media	3,11	2,80	1,93	1,82	1,78	1,45	1,95	3,92	2,18	1,65
Desviación estándar	1,03	1,18	1,14	1,38	1,56	1,15	1,56	0,97	1,29	1,02
Varianza	1,06	1,39	1,30	1,90	2,43	1,32	2,43	0,94	1,68	1,04
Alfa C	0,80									
Promedio TOTAL	2,85									

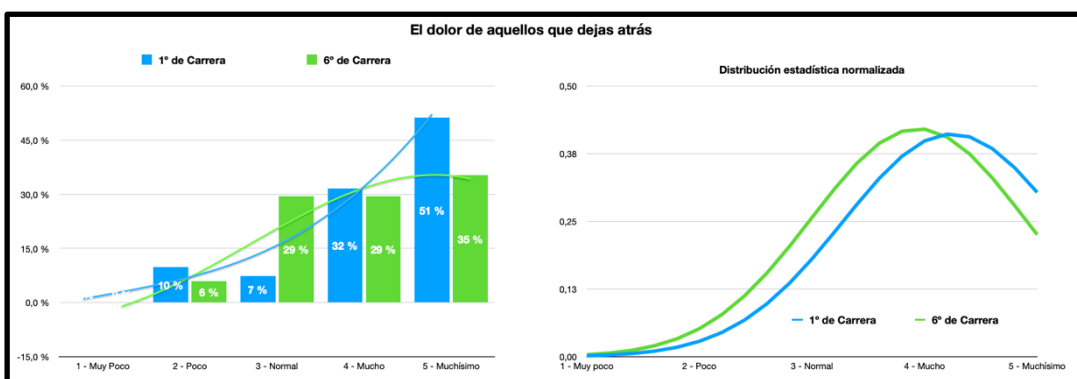
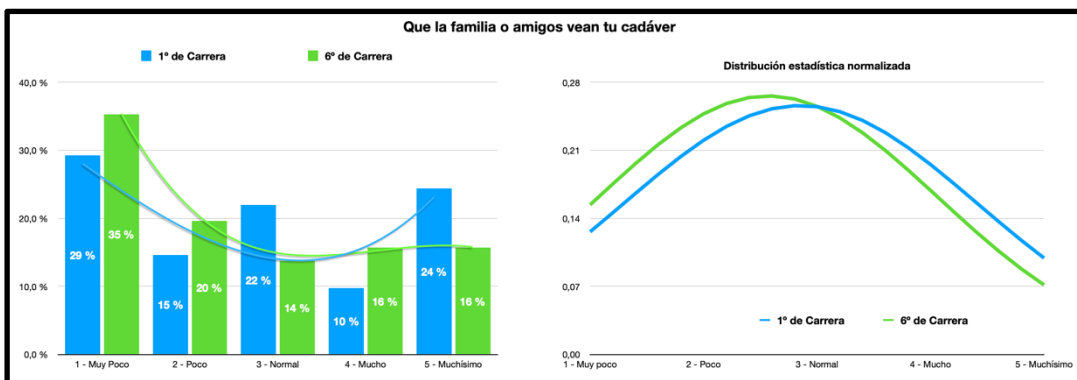
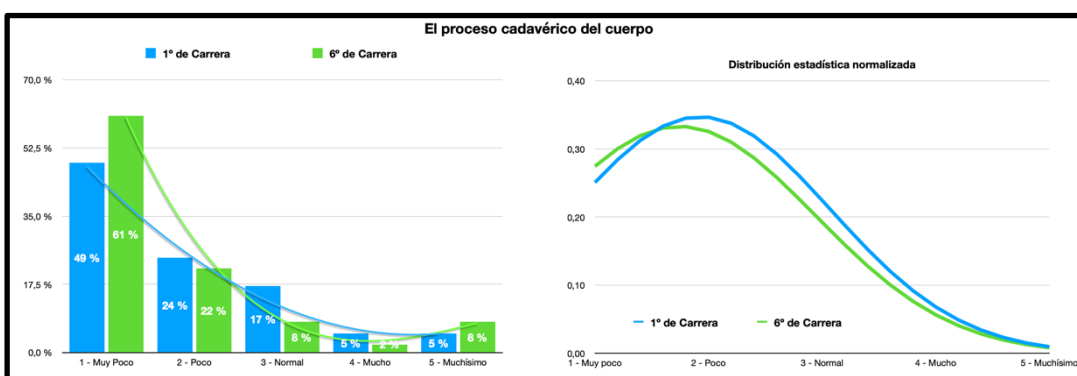
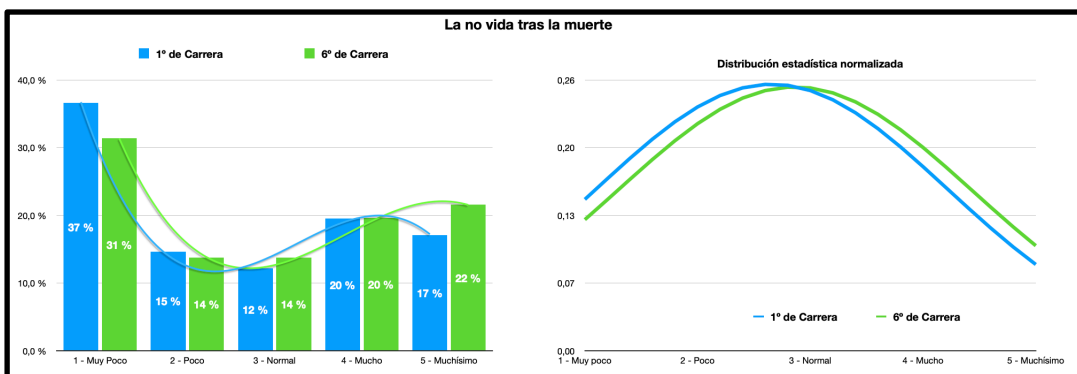
MIEDO A LA PROPIA MUERTE- 6º de Carrera

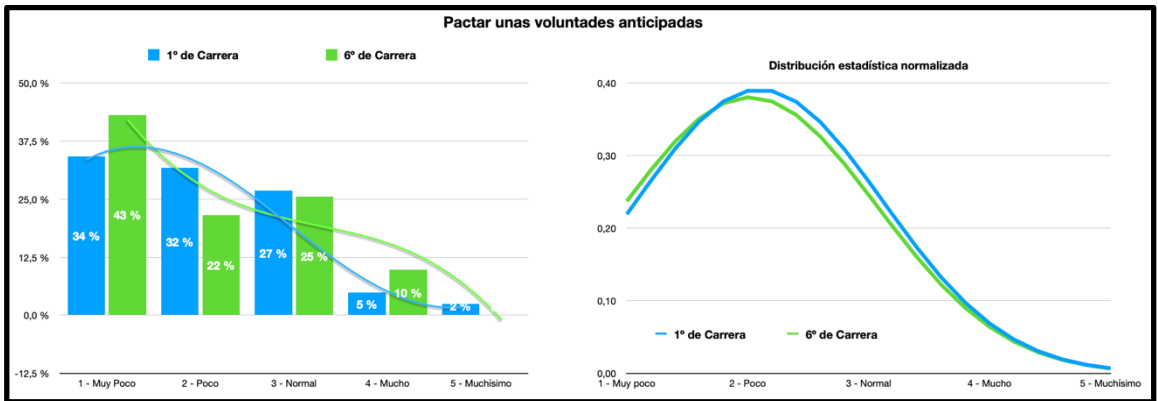
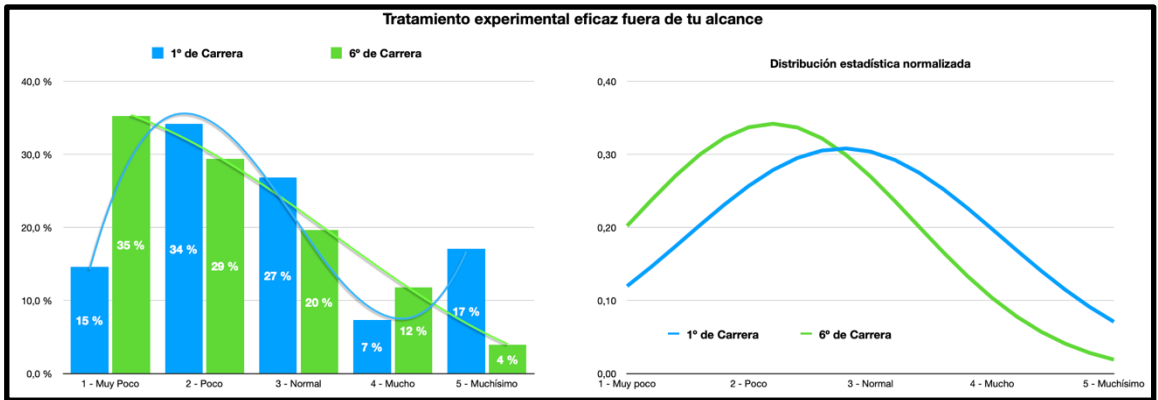
El morir solo:	Morir joven	Desconocimiento sobre fecha y causa	La incertidumbre del después	No vida tras la muerte	El proceso cadavérico de tu cuerpo	Qué la familia o amigos vean tu cadáver	El dolor de aquellos que dejas atrás	Tratamiento experimental eficaz fuera de tu alcance	Pactar unas voluntades anticipadas
2	2	1	1	1	1	1	3	2	1
3	1	1	1	1	1	3	4	1	1
3	3	1	1	3	1	1	3	1	1
3	4	2	5	5	1	1	4	1	1
3	3	1	2	3	1	3	3	1	1
1	1	1	1	1	1	3	4	1	1
1	1	1	1	1	1	1	5	1	3
2	3	2	1	2	1	1	2	1	2
1	4	1	3	3	1	5	5	3	1
3	4	1	1	1	1	1	3	1	2
5	5	2	5	5	1	2	5	2	2
5	5	3	1	2	1	4	5	3	2
5	5	4	2	2	1	4	4	2	2
4	4	3	3	2	2	4	5	2	2
5	5	5	5	4	2	5	5	2	3
2	2	2	4	2	1	4	5	3	1
5	5	4	3	4	2	1	4	3	4
4	1	1	1	1	1	1	3	1	1
1	5	5	2	1	1	1	3	2	1
4	3	1	2	3	3	4	4	4	3
5	5	4	4	5	1	3	5	1	1
5	3	2	5	5	1	1	3	1	2
1	1	3	2	5	1	2	3	2	2
5	5	2	1	1	1	3	4	5	3
1	1	1	1	1	1	1	2	1	1
4	4	2	1	4	3	1	5	1	3
4	3	1	2	2	2	2	4	3	3
5	2	4	3	5	1	5	4	3	3
4	4	1	5	5	2	1	3	4	1
4	4	4	5	5	5	5	5	2	3
3	2	2	3	4	1	2	3	2	1
4	2	1	1	1	1	1	5	1	4
3	3	3	3	3	3	4	4	3	3
2	3	1	1	1	2	2	4	1	1
3	3	1	1	1	1	3	3	1	2
3	5	3	3	3	5	5	5	4	3
5	4	2	5	5	5	5	3	2	4
4	4	1	1	1	1	2	4	4	3
3	3	3	3	3	2	1	3	2	3
2	5	1	3	4	2	1	3	1	1
3	3	2	1	1	1	2	4	2	1
4	1	1	1	1	1	1	4	4	1
5	5	5	5	5	1	1	4	5	1
3	3	1	1	1	1	4	5	1	1
3	5	4	5	4	2	2	5	2	2
4	4	4	5	4	5	3	5	3	3
4	4	3	2	4	2	4	5	4	4
5	5	5	2	2	4	5	5	3	4
4	4	2	4	4	3	2	3	2	3
4	4	1	3	4	1	2	2	2	2
5	5	5	4	5	2	5	5	3	1

Promedio	3,45	3,47	2,29	2,55	2,86	1,75	2,57	3,94	2,20	2,02
Media	2,69	2,63	1,61	1,71	1,92	1,31	1,76	3,68	1,66	1,54
Desviación estándar	1,30	1,38	1,39	1,55	1,58	1,20	1,50	0,95	1,17	1,05
Varianza	1,69	1,89	1,93	2,41	2,48	1,43	2,25	0,90	1,36	1,10

Alfa C	0,83									
Promedio TOTAL	2,71									







ANEXO 14: Análisis subescala 2 – miedo a la muerte de otros

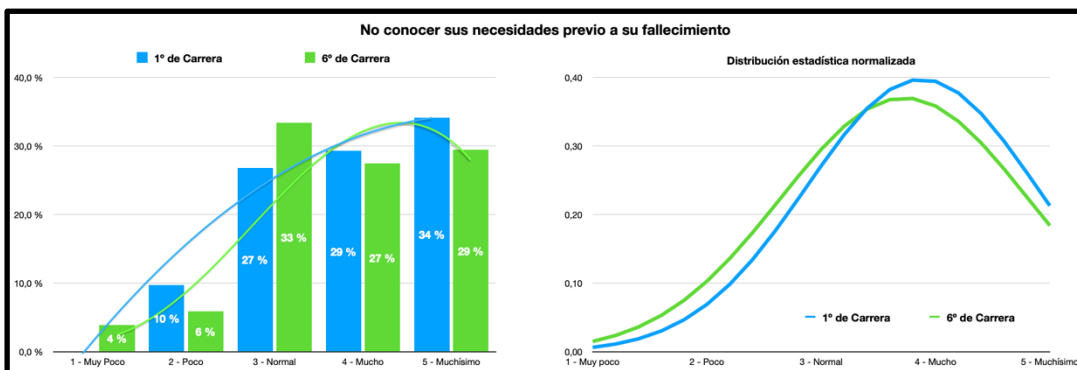
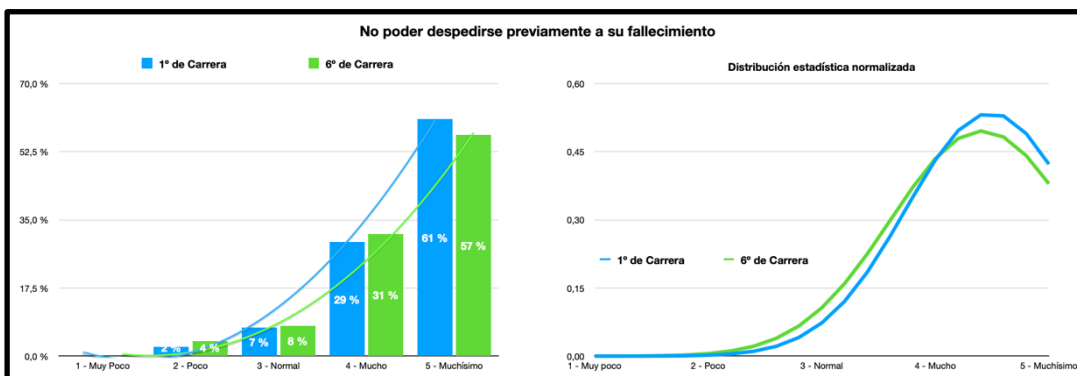
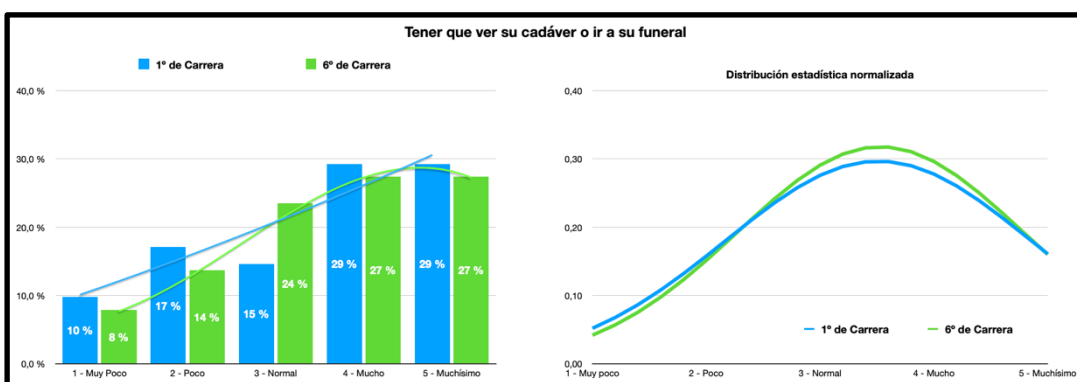
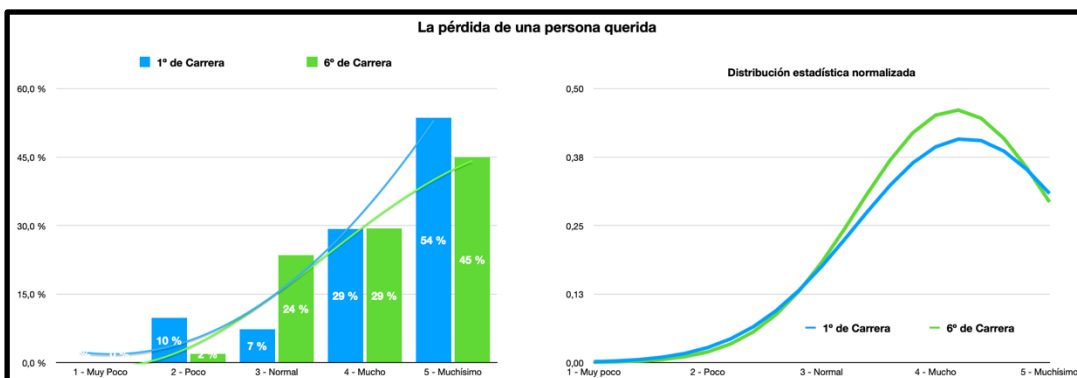
MIEDO A LA MUERTE DE OTROS - 1º de Carrera											
La pérdida de una persona querida	Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	No poder despedirse previamente a su fallecimiento	No conocer sus necesidades previo a su fallecimiento	Que el moribundo muestre en ausencia de compañía	La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	Comunicar que va a morir	Comunicar a la familia una mala noticia o pronóstico	Proponer la limitación terapéutica al paciente o familiar	Que un paciente o familiares solicite la LET	Solicitud de eutanasia por parte del paciente o familiar	
5	4	5	5	5	5	4	4	5	4	2	
5	2	5	5	5	5	3	3	4	3	2	
5	3	5	3	4	4	4	4	4	3	2	
2	1	3	3	3	4	3	4	3	4	5	
5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	
4	3	4	2	4	4	3	3	3	2	1	
4	1	4	3	4	4	2	2	2	2	4	
5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	
3	2	3	3	3	4	3	2	2	2	2	
5	2	5	5	5	5	4	4	4	2	2	
5	2	5	5	5	5	3	3	3	2	5	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
5	5	5	5	5	5	3	3	4	4	3	
5	4	5	4	5	5	5	5	5	3	3	
4	4	5	5	5	5	5	5	5	4	3	
5	4	5	5	5	5	3	3	3	3	1	
2	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	
2	2	2	2	2	3	2	2	2	1	4	
4	3	4	2	3	3	3	3	2	2	2	
4	5	5	2	4	5	4	3	4	5	5	
4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	
5	5	5	4	4	5	3	5	3	2	4	
5	4	5	4	5	5	4	3	3	3	2	
4	2	4	4	4	4	5	5	4	3	5	
5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	
3	3	4	3	4	4	5	3	3	3	2	
5	4	5	3	3	5	5	5	5	5	2	
5	4	5	5	4	5	4	5	5	5	3	
4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	
4	3	4	4	3	3	4	4	4	2	3	
5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	2	
4	4	5	3	3	4	3	4	5	3	5	
5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	
5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	
3	5	5	4	4	4	5	5	4	4	4	
5	2	3	3	4	5	4	4	4	4	3	
4	4	4	4	5	5	5	3	4	2	2	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	
4	5	5	3	5	4	5	4	3	2	3	
2	1	4	3	2	4	5	4	2	1	2	
5	1	5	5	5	4	5	5	5	5	3	
Promedio	4,27	3,51	4,49	3,88	4,17	4,44	4,05	3,93	3,83	3,27	3,24
Media	3,94	2,75	4,32	3,58	3,94	4,34	3,80	3,67	3,52	2,77	2,72
Desviación estándar	0,975	1,344	0,746	1,005	0,863	0,634	0,921	0,932	0,998	1,141	1,220
Varianza	0,951	1,806	0,556	1,010	0,745	0,402	0,848	0,870	0,995	1,301	1,489
Alfa C	0,86										
Promedio TOTAL	3,88										

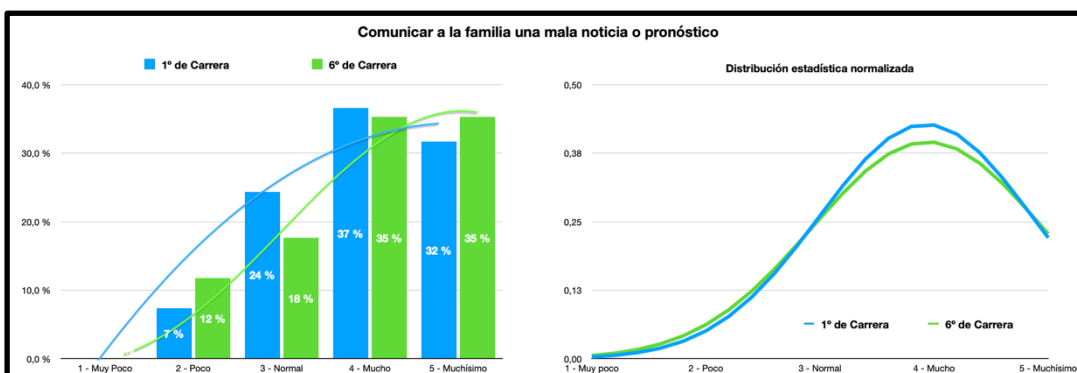
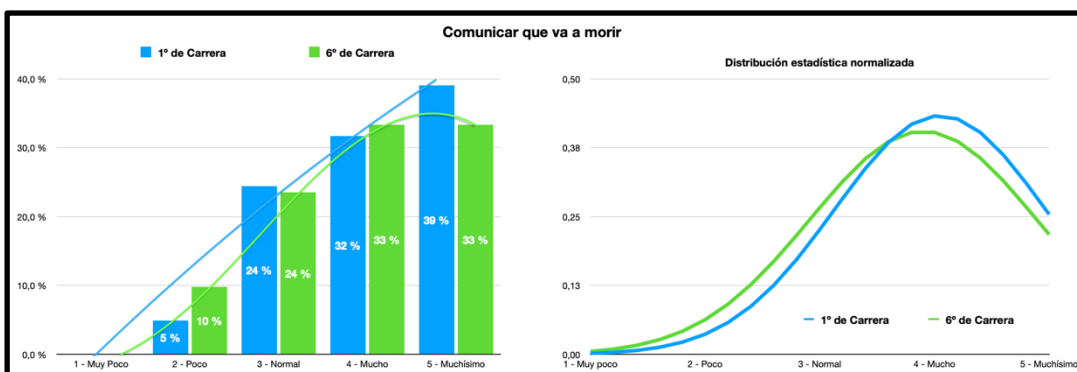
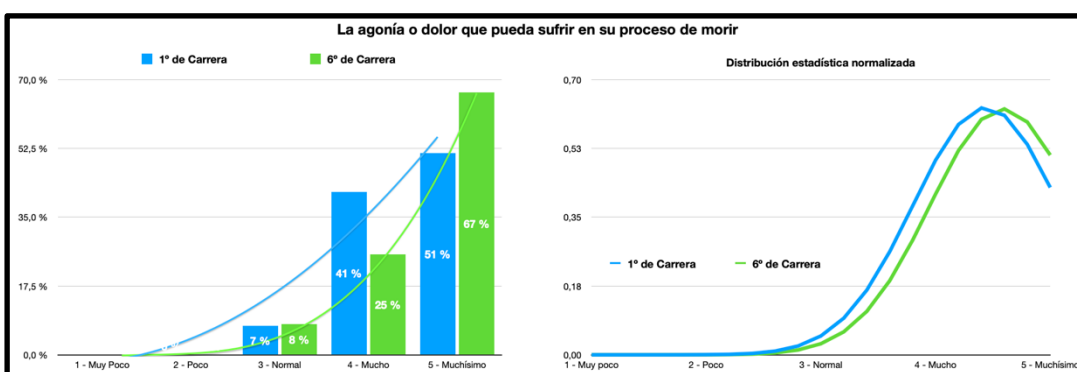
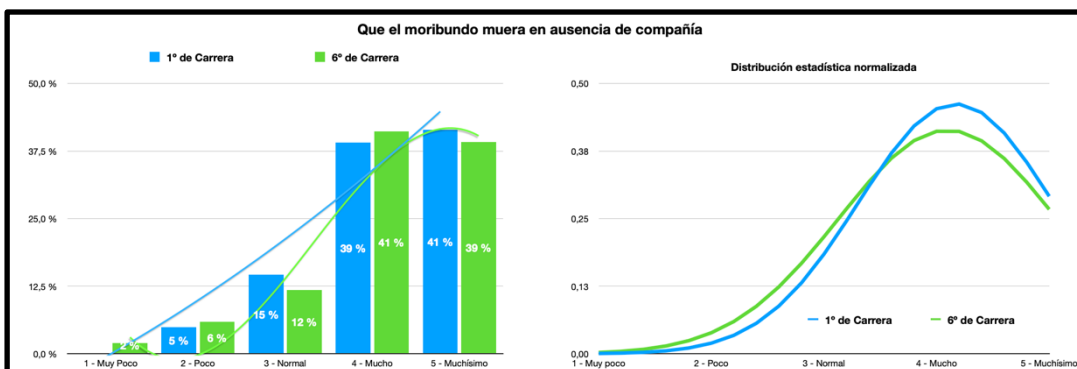
MIEDO A LA MUERTE DE OTROS - 6° de Carrera

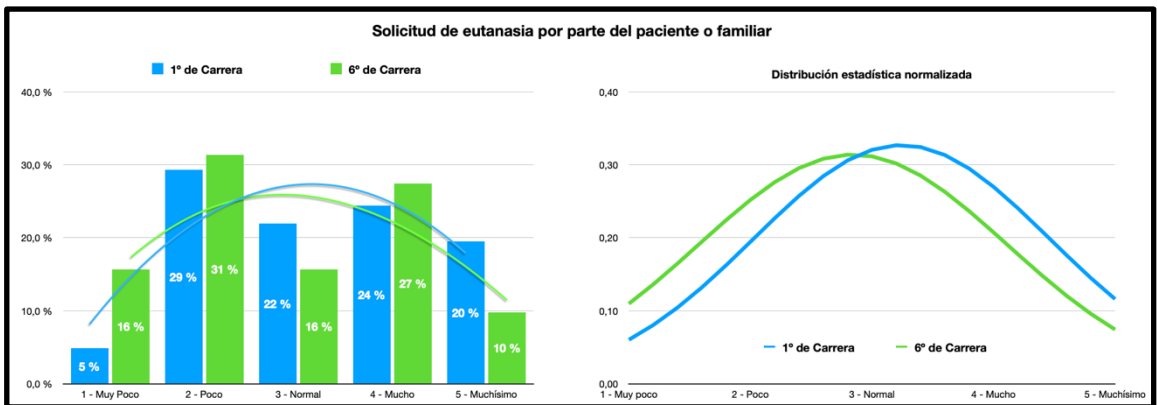
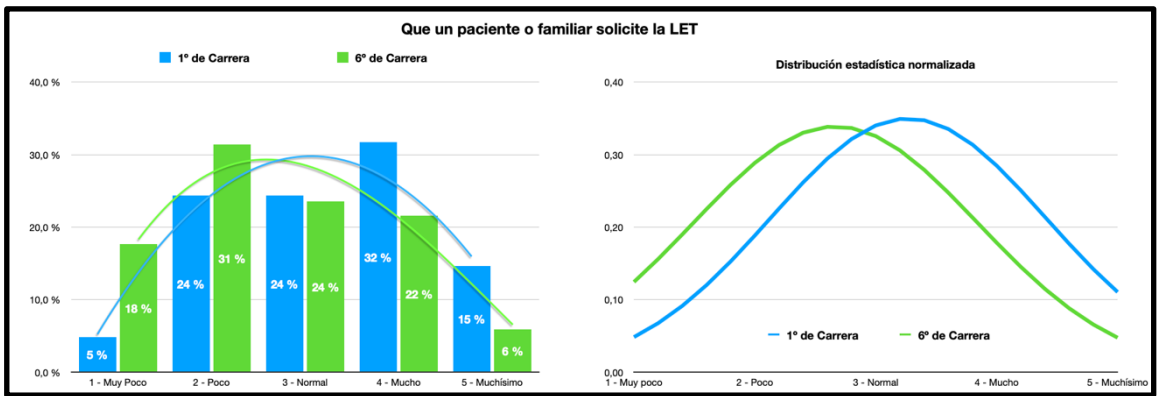
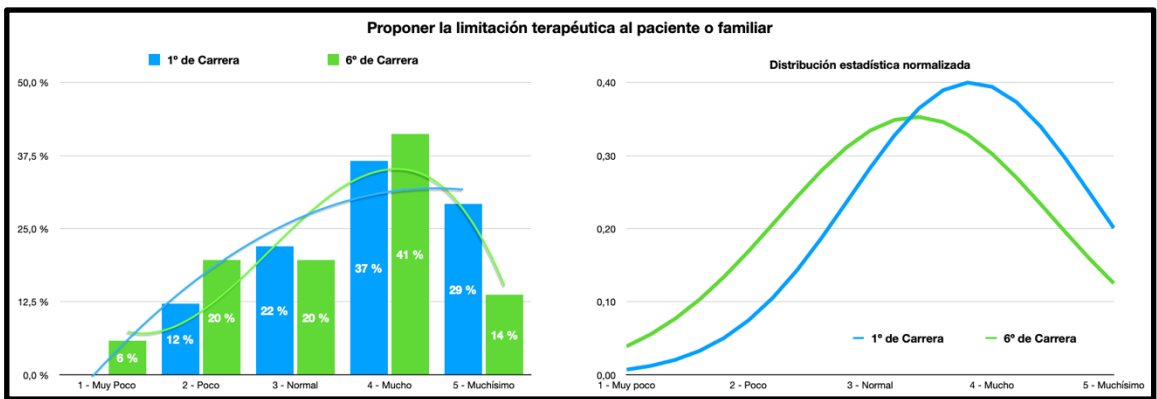
La pérdida de una persona querida	Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	No poder despedirse previamente a su fallecimiento	No conocer sus necesidades previo a su fallecimiento	Que el moribundo muera en ausencia de compañía	La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	Comunicar que va a morir	Comunicar a la familia una mala noticia o pronóstico	Proponer la limitación terapéutica al paciente o familiar	Que un paciente o familiar solicite la LET	Solicitud de eutanasia por parte del paciente o familiar
2	2	2	2	2	5	4	4	4	4	4
3	1	2	3	3	3	2	2	2	2	2
3	5	4	4	4	4	3	3	4	2	4
3	3	3	5	5	5	4	4	4	2	3
3	2	3	1	1	3	2	3	2	1	1
3	3	5	4	5	5	4	4	5	2	2
3	3	5	4	4	5	5	5	5	1	1
3	3	4	3	4	4	4	4	4	2	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
3	4	4	4	2	5	2	2	1	1	1
3	4	5	4	4	4	3	3	2	2	1
3	2	4	3	4	4	3	4	3	3	4
3	2	4	3	4	4	3	2	1	1	2
4	3	4	1	4	4	4	4	4	4	4
4	2	5	5	4	5	5	4	3	3	2
4	3	5	3	3	4	2	5	2	3	2
4	3	5	3	5	4	4	3	2	2	4
4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4
4	5	4	4	4	5	3	2	2	2	2
5	5	5	5	4	5	5	5	2	2	2
5	5	5	5	5	5	5	4	4	3	3
5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4
5	2	5	4	5	4	4	4	1	1	2
5	4	4	4	4	5	3	5	4	4	5
5	5	5	5	5	5	3	2	2	2	2
5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4
5	4	5	4	4	5	4	4	4	1	1
4	1	4	4	5	5	2	2	2	2	2
4	3	5	3	4	4	4	4	4	2	2
4	3	4	3	4	5	4	5	3	3	4
4	2	4	5	5	5	5	4	3	1	1
4	4	3	3	3	3	5	5	4	4	3
4	4	5	3	4	5	5	5	5	4	5
4	3	5	4	5	5	4	4	4	4	3
4	4	5	3	5	5	5	5	5	3	4
4	4	4	3	2	4	3	3	3	3	3
5	4	5	4	3	5	5	5	4	3	3
5	1	5	3	4	5	4	4	4	1	1
5	5	5	5	5	5	5	5	2	1	1
5	3	5	3	4	5	5	5	4	4	4
5	4	4	3	4	5	4	4	4	2	2
5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	1	4	2	3	4	3	3	3	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
5	4	4	2	4	4	3	3	3	2	2
5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	2
5	5	5	5	5	5	4	4	4	2	2
5	5	5	3	5	5	4	4	3	3	2

Promedio	4,18	3,53	4,41	3,73	4,10	4,59	3,90	3,94	3,37	2,67	2,84
Medio	3,969	2,865	4,203	3,255	3,709	4,480	3,604	3,617	2,836	2,094	2,201
Desviación estándar	0,865	1,255	0,804	1,078	0,964	0,638	0,985	1,008	1,131	1,178	1,271
Varianza	0,748	1,574	0,647	1,163	0,930	0,407	0,970	1,016	1,278	1,387	1,615

Alfa C	0,85
Promedio TOTAL	3,71





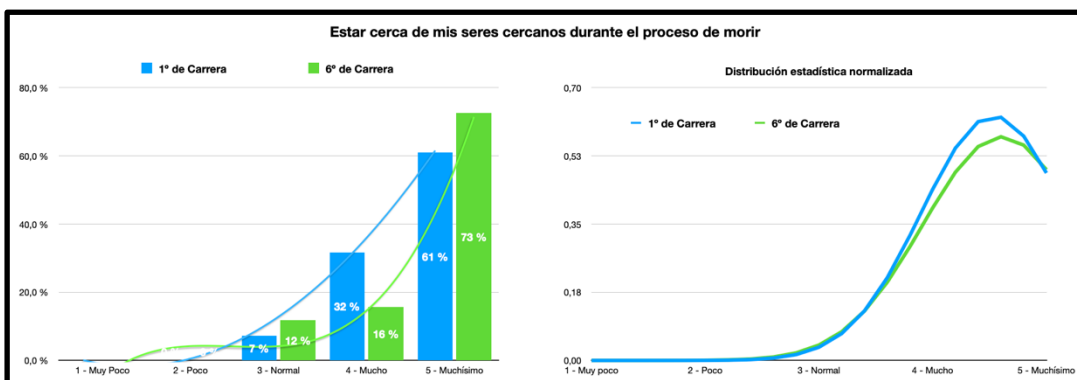
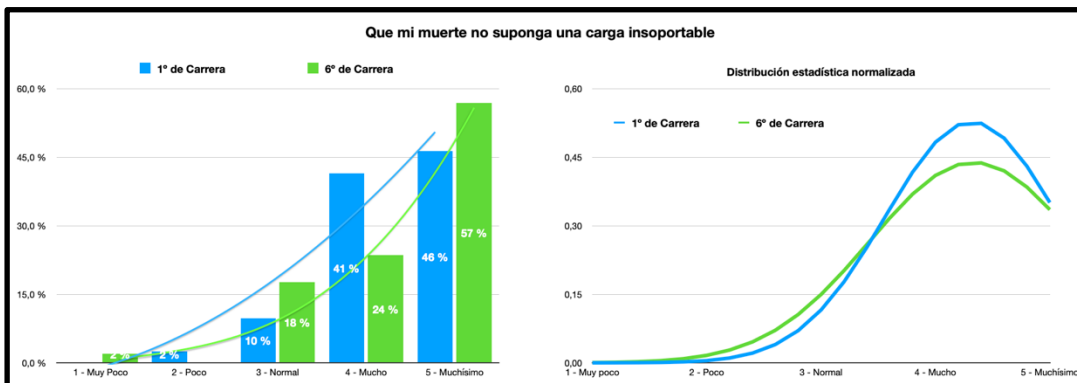
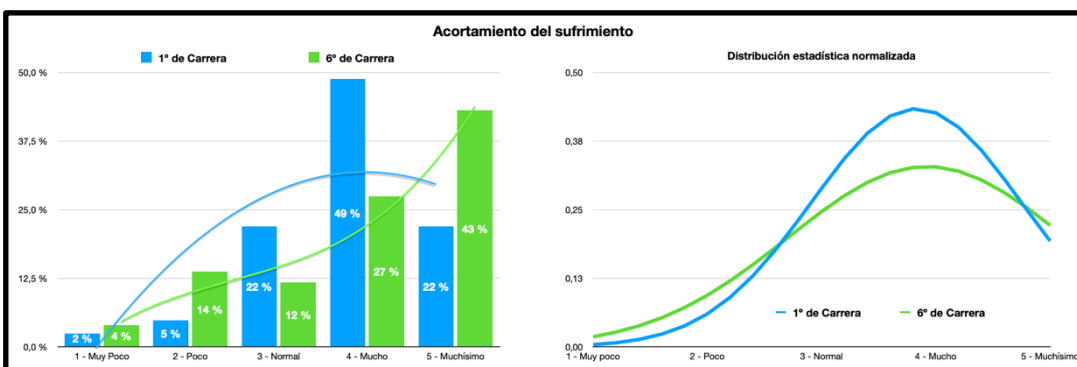
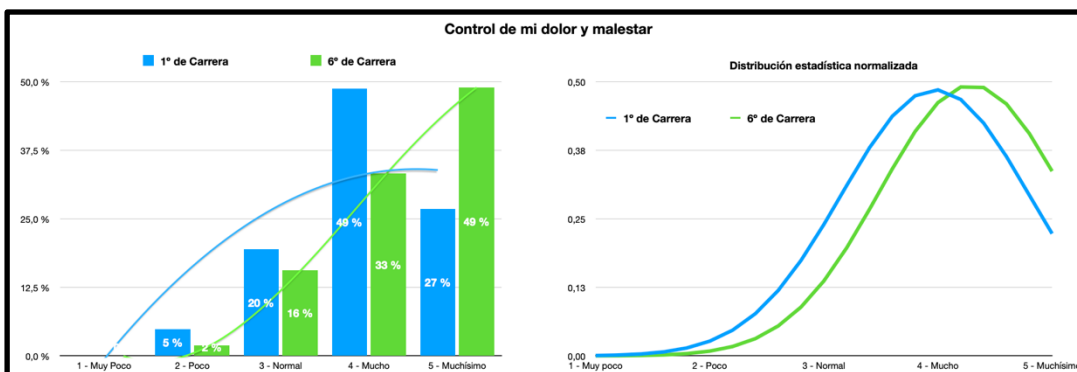


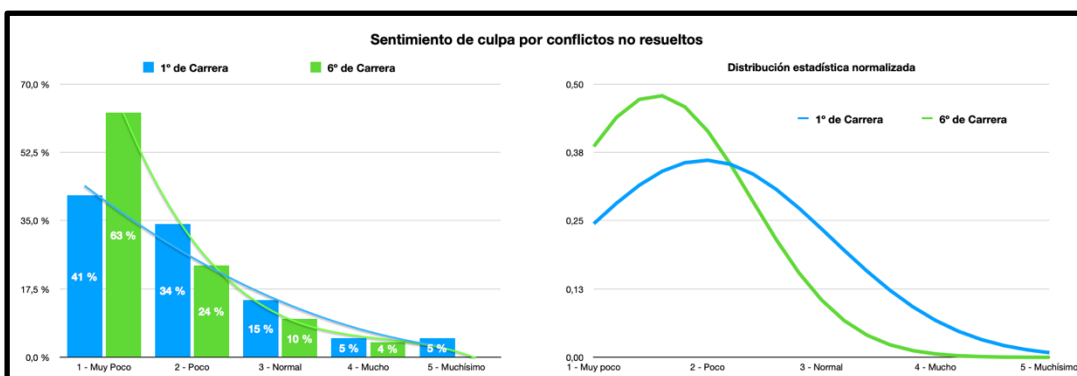
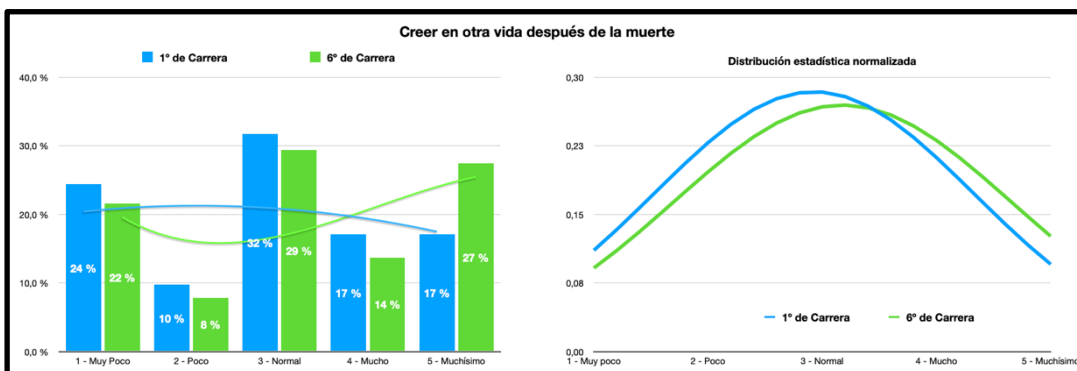
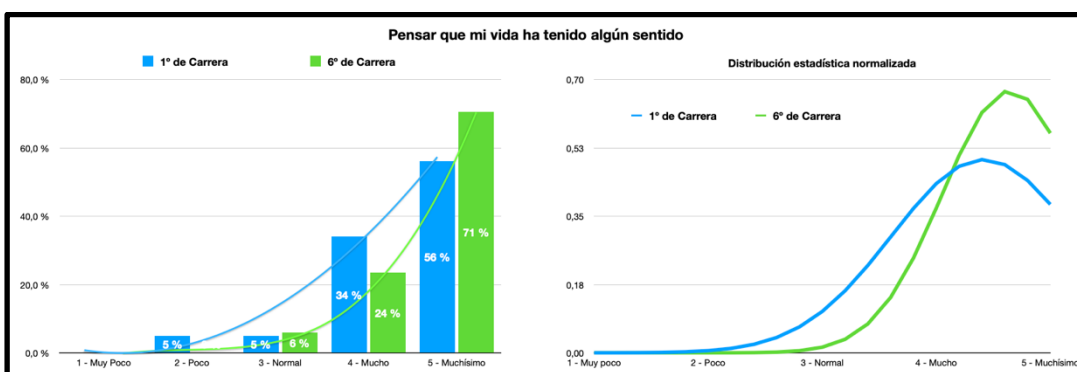
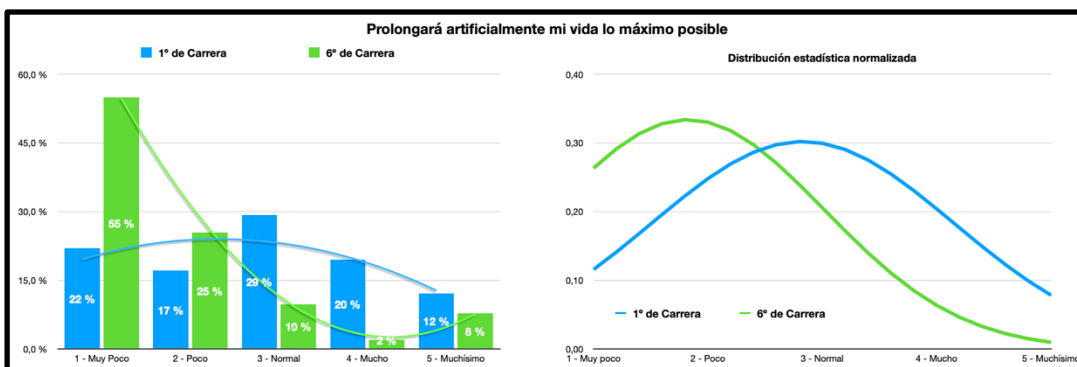
ANEXO 15: Análisis subescala 3 – buen proceso de morir

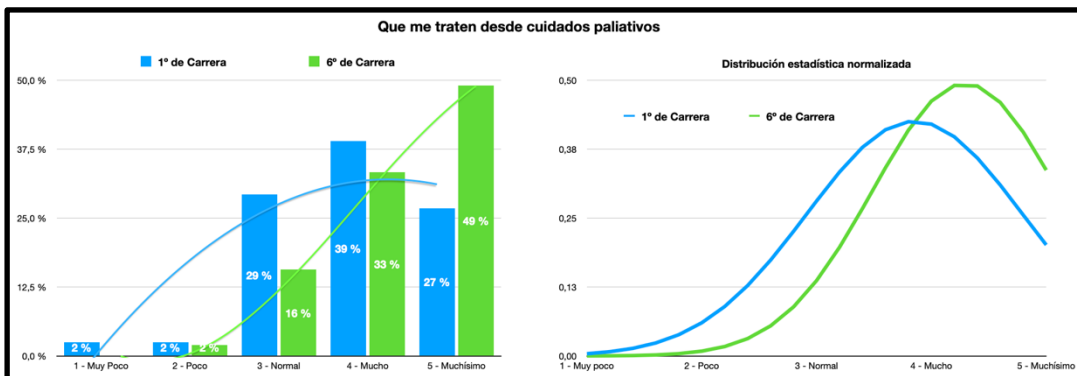
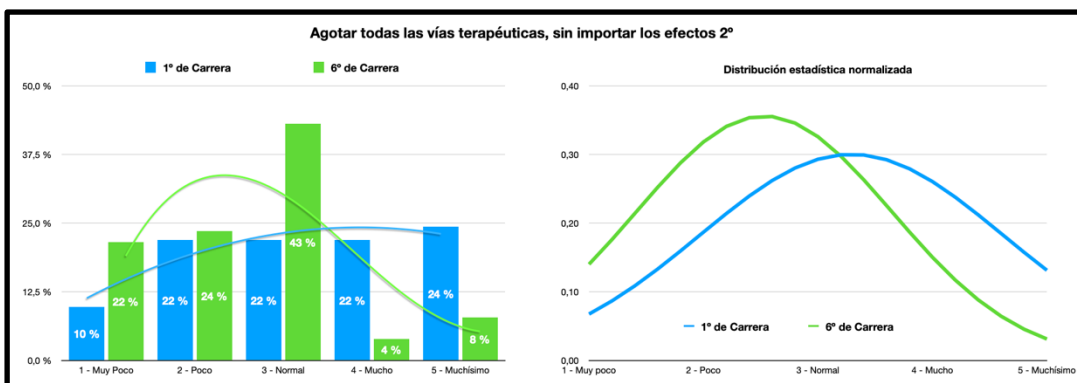
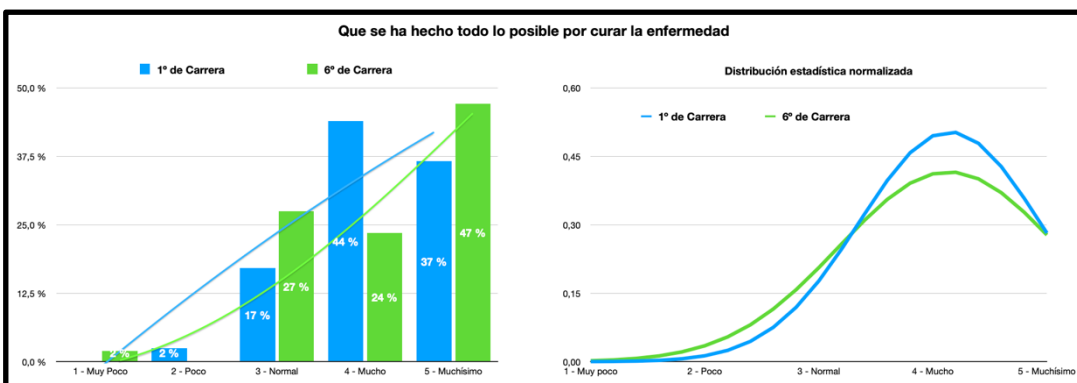
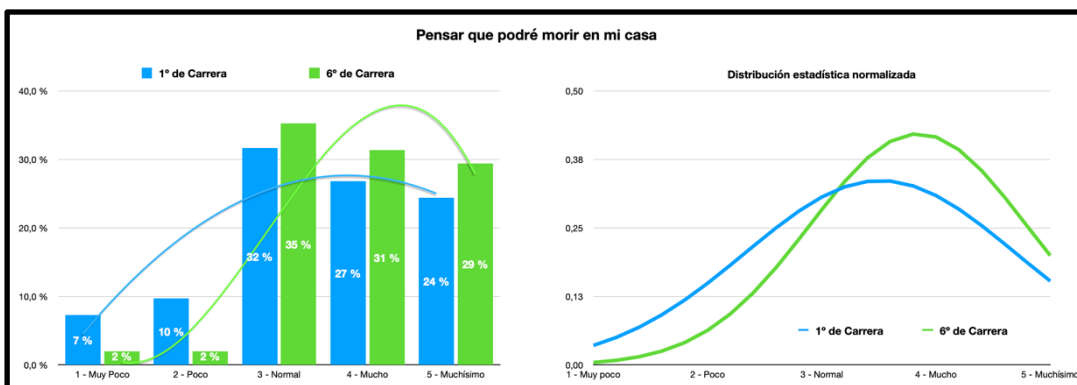
CALIDAD EN EL PROCESO DE MORIR - 1º de Carrera															
Control de mi dolor y malestar	Acertamiento del sufrimiento	Que mi muerte no suponga una carga insoportable	Estar cerca de mis seres cercanos durante el proceso de morir	Prolongar eficientemente mi vida lo máximo posible	Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	Creer en otra vida después de la muerte	Sentimiento de culpa por conflictos no resueltos	Pensar que podré morir en mi casa	Que se ha hecho todo lo posible por curar la enfermedad	Aportar todas las mis terapias, sin importar los efectos 2º	Que me traten desde cuidados paliativos	Que me trate mi médico de siempre	Controlar mis dosis de calmante o sedación	Hablar con mi médico y familiares de la muerte	
5	3	3	5	3	3	1	3	3	4	4	5	4	3	5	
4	5	5	4	1	4	2	1	2	4	3	5	2	5	5	
5	4	4	5	3	5	3	1	3	5	3	4	4	4	5	
5	3	5	5	4	5	5	3	3	4	2	4	3	3	5	
4	4	4	5	1	5	3	2	3	4	2	4	3	4	5	
4	5	4	4	3	4	1	2	2	3	4	3	3	4	4	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
4	4	5	5	2	4	1	3	3	4	5	5	2	5	4	
4	4	4	3	2	3	2	2	4	3	2	4	2	4	4	
5	5	5	5	1	4	1	1	5	5	5	5	2	5	5	
5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	
3	3	4	5	5	5	3	1	5	5	4	4	5	4	5	
4	4	4	4	3	5	3	1	4	4	4	3	4	4	3	
2	4	5	5	4	5	3	2	3	4	4	4	4	5	4	
4	4	5	5	1	2	4	2	1	4	3	4	4	4	4	
5	1	5	5	3	4	3	3	5	5	3	5	1	5	5	
4	4	4	4	3	4	4	1	5	5	3	5	5	4	4	
4	4	5	5	1	5	5	1	5	3	1	4	4	3	5	
4	3	3	4	3	5	2	2	2	5	2	4	4	4	4	
3	4	5	5	4	5	5	1	1	5	1	3	1	5	3	
4	4	4	4	2	4	3	2	4	4	2	3	4	4	4	
4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	3	4	3	4	4	
5	5	3	5	5	5	3	3	3	5	5	3	5	2	5	
4	4	4	5	4	5	5	5	2	2	3	4	4	4	4	
3	3	4	5	3	5	3	1	3	3	1	3	3	4	5	
4	3	5	4	4	5	3	3	4	3	4	5	5	5	5	
5	5	4	5	3	5	4	2	3	5	4	4	4	4	5	
3	2	2	5	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5	
5	5	5	5	3	5	4	1	4	4	3	4	4	4	5	
4	4	4	5	1	4	5	2	5	5	5	4	4	4	4	
4	2	5	5	4	5	1	1	5	5	5	4	2	4	5	
5	5	5	3	1	2	1	1	5	4	3	5	4	2	5	
3	3	3	3	3	5	5	4	3	4	4	3	3	4	4	
3	4	4	4	1	5	3	2	4	4	2	3	3	4	4	
3	3	4	4	1	5	3	1	5	3	2	3	2	4	2	
4	4	5	5	2	4	1	2	3	4	2	2	3	3	5	
3	3	4	4	2	4	1	3	4	4	1	4	2	2	4	
5	4	5	5	2	5	2	1	4	5	5	5	5	4	5	
4	5	5	5	2	4	4	2	4	4	2	3	2	4	4	
4	4	5	4	5	4	1	2	3	4	5	1	1	3	3	
2	4	5	5	3	5	1	2	3	5	5	3	3	3	5	
Promedio	3,98	3,63	4,32	4,54	2,83	4,41	2,85	1,98	3,51	4,15	3,29	3,85	3,29	3,93	4,36
Medio	3,77	3,47	4,15	4,43	2,10	4,20	2,10	1,82	2,91	3,97	2,80	3,80	2,73	3,71	4,23
Desviación estándar	0,82	0,92	0,76	0,64	1,32	0,81	1,40	1,11	1,19	0,79	1,33	0,94	1,17	0,82	0,74
Varianza	0,67	0,85	0,57	0,40	1,75	0,65	1,97	1,22	1,41	0,63	1,76	0,88	1,36	0,67	0,54
Alfa C	0,52														
Promedio Total	3,88														

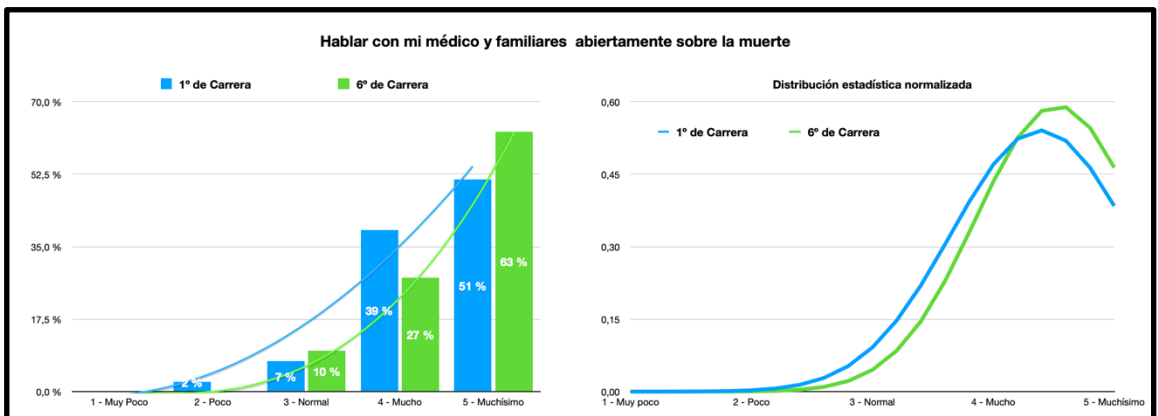
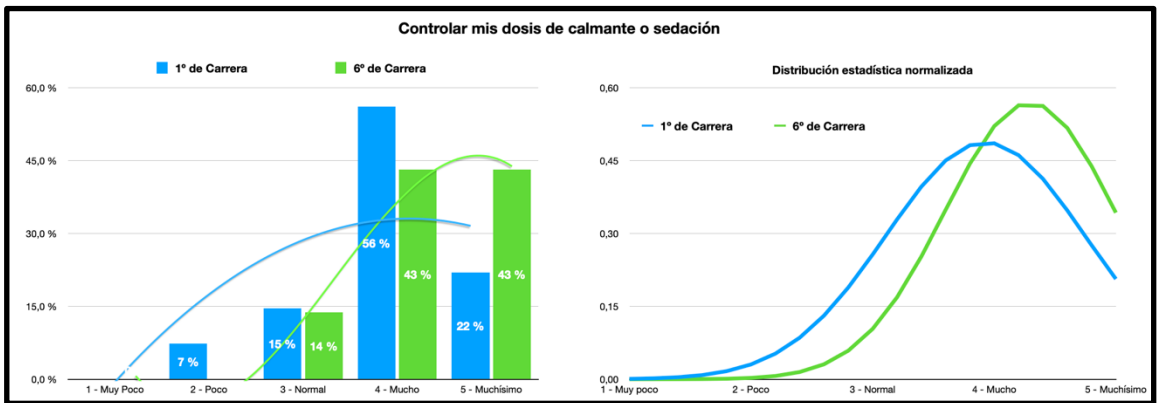
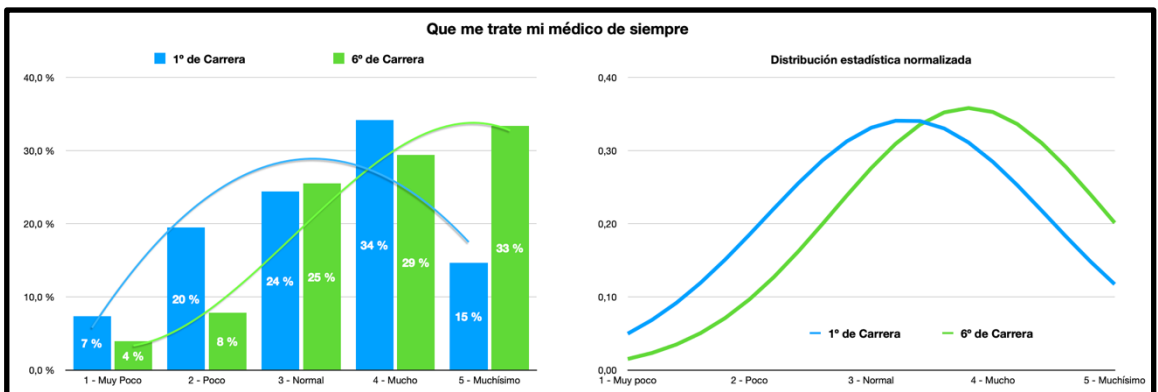
CALIDAD EN EL PROCESO DE MORIR - 6º de Carrera

	Control de mi dolor y malestar	Acomodamiento del entorno	Que mi muerte no suponga una carga insuperable	Estar cerca de mis seres cercanos durante el proceso de morir	Prolongar artificialmente mi vida lo máximo posible	Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	Crer en otra vida después de la muerte	Sentimiento de culpa por conflictos no resueltos	Pensar que podré morir en mi casa	Que se ha hecho todo lo posible por curar la enfermedad	Aportar todas las vías terapéuticas, sin importar los efectos 2º	Que me tratan desde cuidados paliativos	Que me trate mi médico de siempre	Controlar mis dosis de calmantes o sedación	Hablar con mi médico y familia de la muerte
4	4	5	5	1	4	4	1	5	4	2	5	4	4	5	
5	2	4	4	1	5	3	2	2	5	3	3	3	4	4	
4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
4	3	4	4	2	5	4	1	5	3	2	4	4	4	4	
5	5	5	5	2	5	2	1	5	3	1	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	1	1	3	5	1	5	5	5	5	
5	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	3	3	5	5	
5	5	5	5	1	4	1	2	3	3	2	4	3	4	5	
3	1	5	5	1	5	5	1	3	5	3	5	5	3	5	
4	5	5	5	1	4	1	1	3	4	3	5	4	4	4	
4	2	4	5	2	5	3	1	3	5	3	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	2	1	3	3	1	4	3	4	4	
4	4	5	5	1	5	4	1	4	4	2	4	4	4	4	
4	4	4	4	1	3	2	2	4	4	4	3	4	4	4	
4	4	3	5	1	4	1	1	5	5	1	5	3	5	5	
5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	1	5	5	
5	4	4	5	2	5	3	2	3	5	3	5	4	4	5	
3	5	5	5	1	5	1	2	4	3	1	5	4	5	5	
5	5	5	5	1	5	3	1	5	5	2	5	3	5	5	
5	5	5	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
5	5	5	5	1	5	5	1	4	5	3	4	5	5	5	
3	3	3	4	1	5	4	2	4	4	1	4	4	4	5	
5	5	5	5	5	5	3	1	3	5	3	3	3	4	3	
3	1	1	3	2	5	1	1	4	5	5	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	5	5	5	
5	4	3	5	3	5	5	1	4	4	3	4	3	4	4	
4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	4	
5	2	5	5	1	5	5	2	4	3	2	5	5	5	5	
5	5	4	5	5	5	5	4	5	3	2	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	5	1	4	5	2	5	5	5	5	
4	4	5	4	2	4	3	2	4	4	3	3	4	4	5	
2	2	4	5	1	5	5	3	3	1	1	4	2	3	5	
3	4	3	5	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	
4	4	4	4	1	4	3	1	3	3	1	4	4	4	4	
3	3	3	3	1	4	1	1	3	4	4	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	5	1	4	5	2	5	4	4	5	
4	4	4	5	2	5	5	1	4	4	3	5	5	5	5	
5	5	5	5	3	4	1	3	5	5	3	4	4	4	4	
4	4	5	5	3	5	1	2	1	4	3	4	2	3	5	
5	4	5	5	1	5	5	1	5	5	3	4	5	4	5	
3	4	5	5	2	5	1	1	5	5	2	3	1	3	3	
5	5	5	5	1	5	3	1	4	5	2	5	5	5	5	
5	5	5	5	1	5	5	1	5	5	1	5	3	5	5	
5	5	5	5	1	5	2	1	4	5	3	5	5	5	5	
3	3	3	5	2	4	5	1	4	4	2	4	4	4	4	
4	3	4	3	2	4	1	4	4	4	3	4	4	4	4	
4	4	4	4	2	5	4	1	5	5	3	5	5	4	5	
5	5	5	5	4	5	3	2	5	5	5	5	3	5	5	
4	2	3	4	2	5	4	2	3	3	3	4	2	4	3	
4	2	4	5	1	5	4	1	3	4	3	4	4	5	4	
5	5	5	5	1	5	3	1	3	5	1	5	5	5	5	
Promedio	4,29	3,92	4,33	4,61	1,82	4,65	3,19	1,56	3,84	4,14	2,63	4,29	3,80	4,29	4,53
Medio	4,11	3,31	3,98	4,47	1,37	4,55	2,26	2,26	3,52	3,79	1,99	4,11	3,29	4,17	4,41
Desviación estándar	0,81	1,21	0,91	0,70	1,20	0,69	1,48	0,83	0,85	0,86	1,12	0,81	1,11	0,70	0,87
Varianza	0,65	1,47	0,83	0,48	1,43	0,35	2,19	0,69	0,89	0,92	1,25	0,65	1,24	0,49	0,45
Alfa C	0,59														
Promedio Total	3,873850														

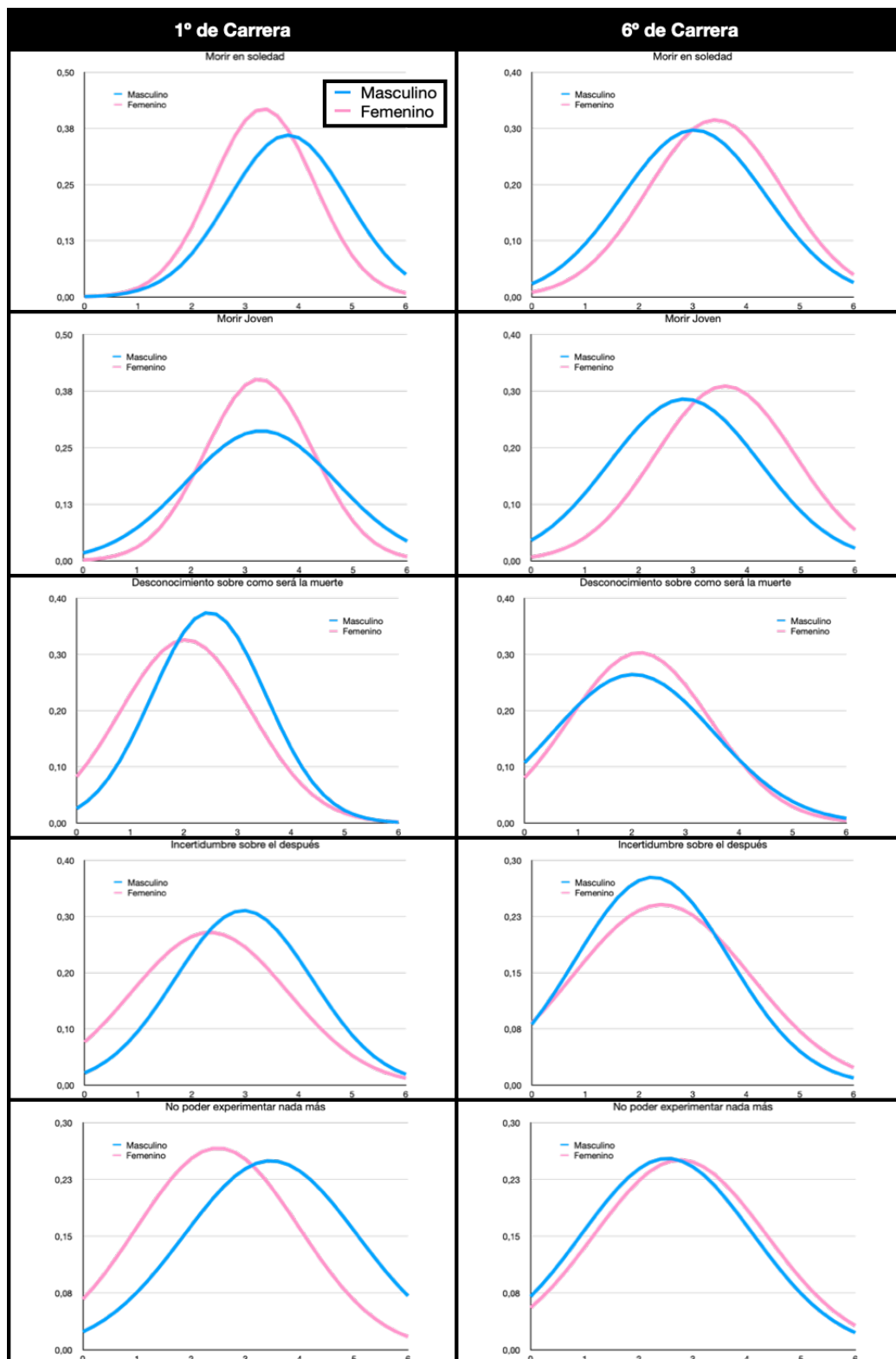


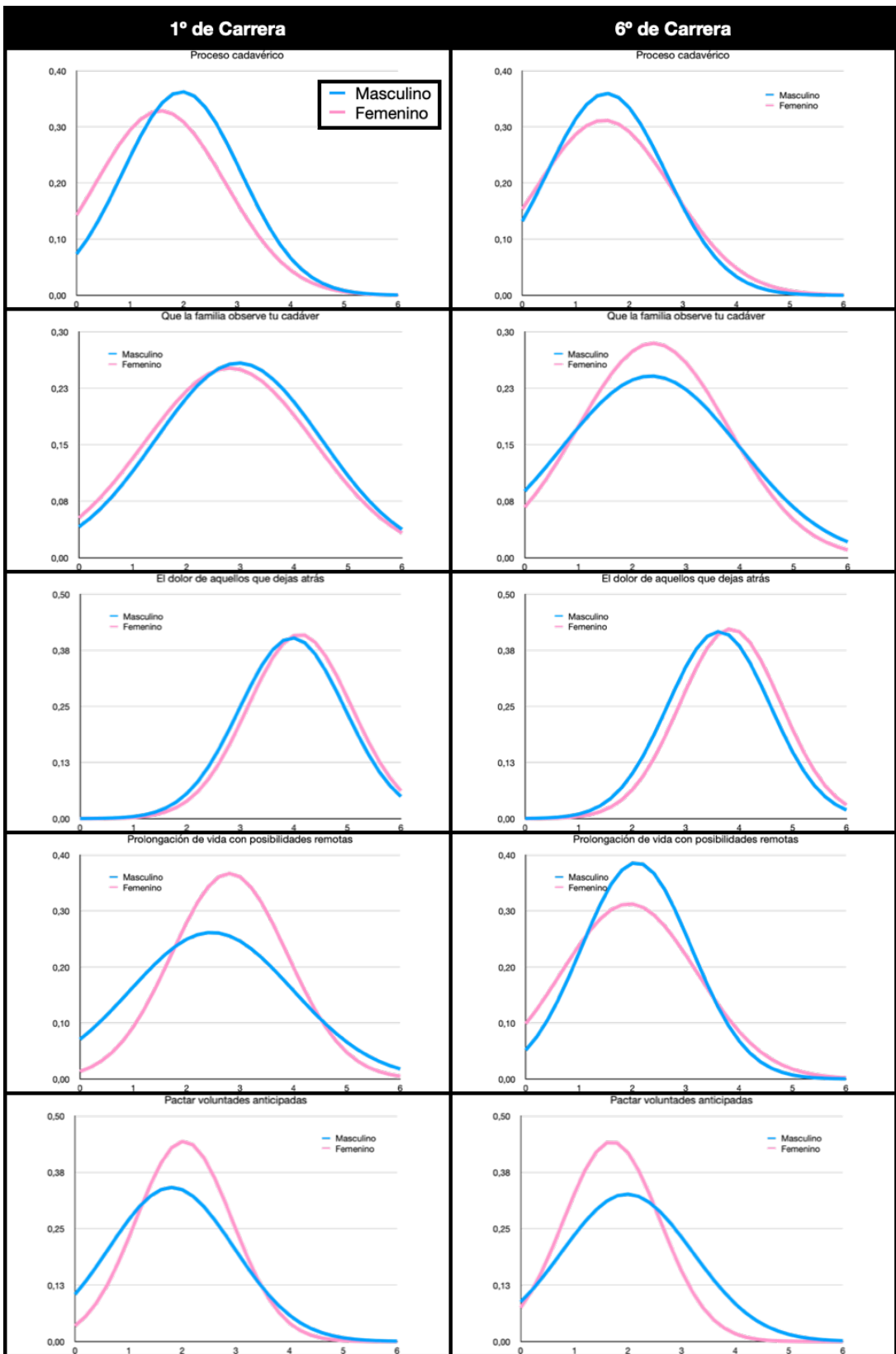




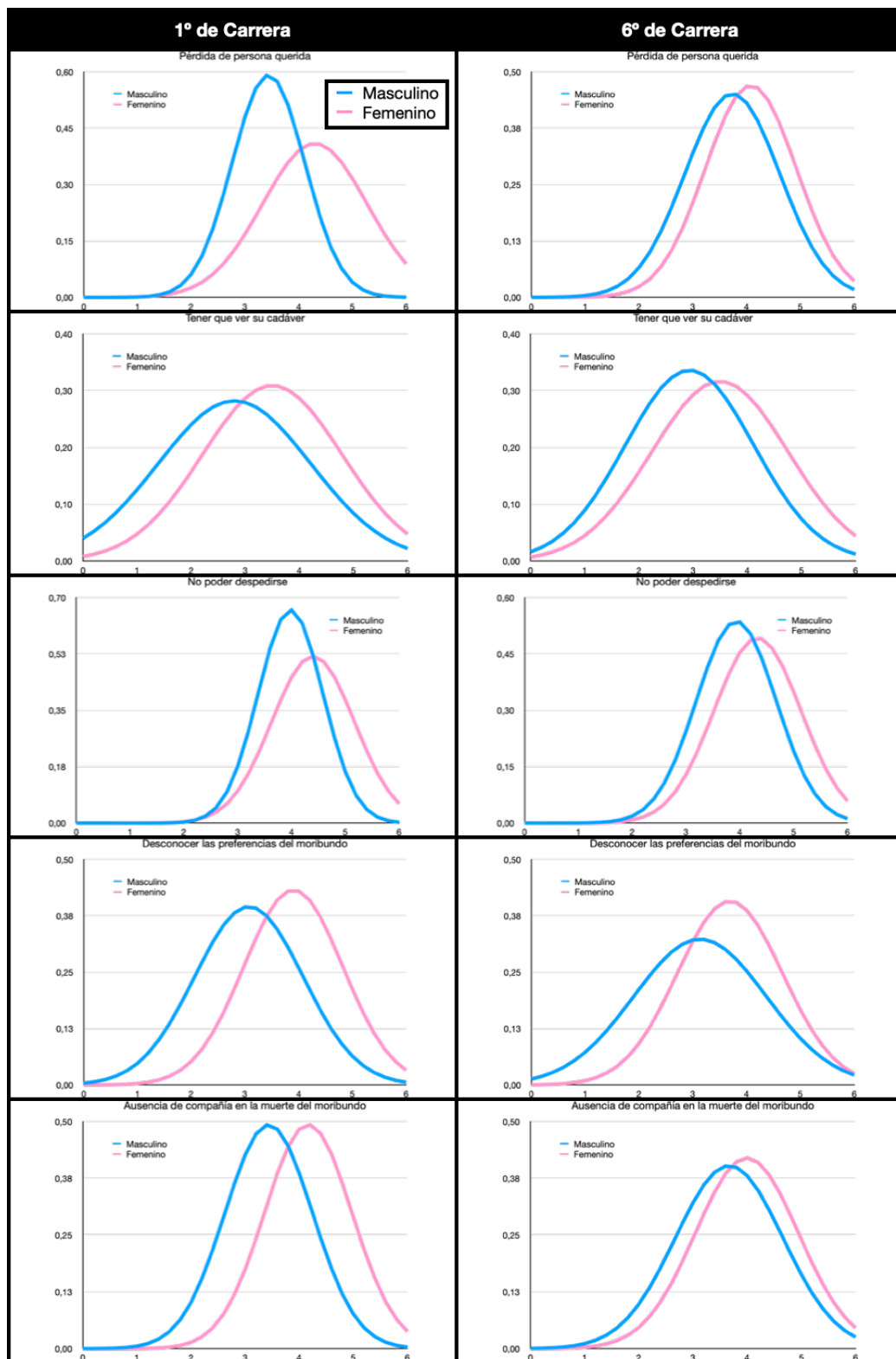


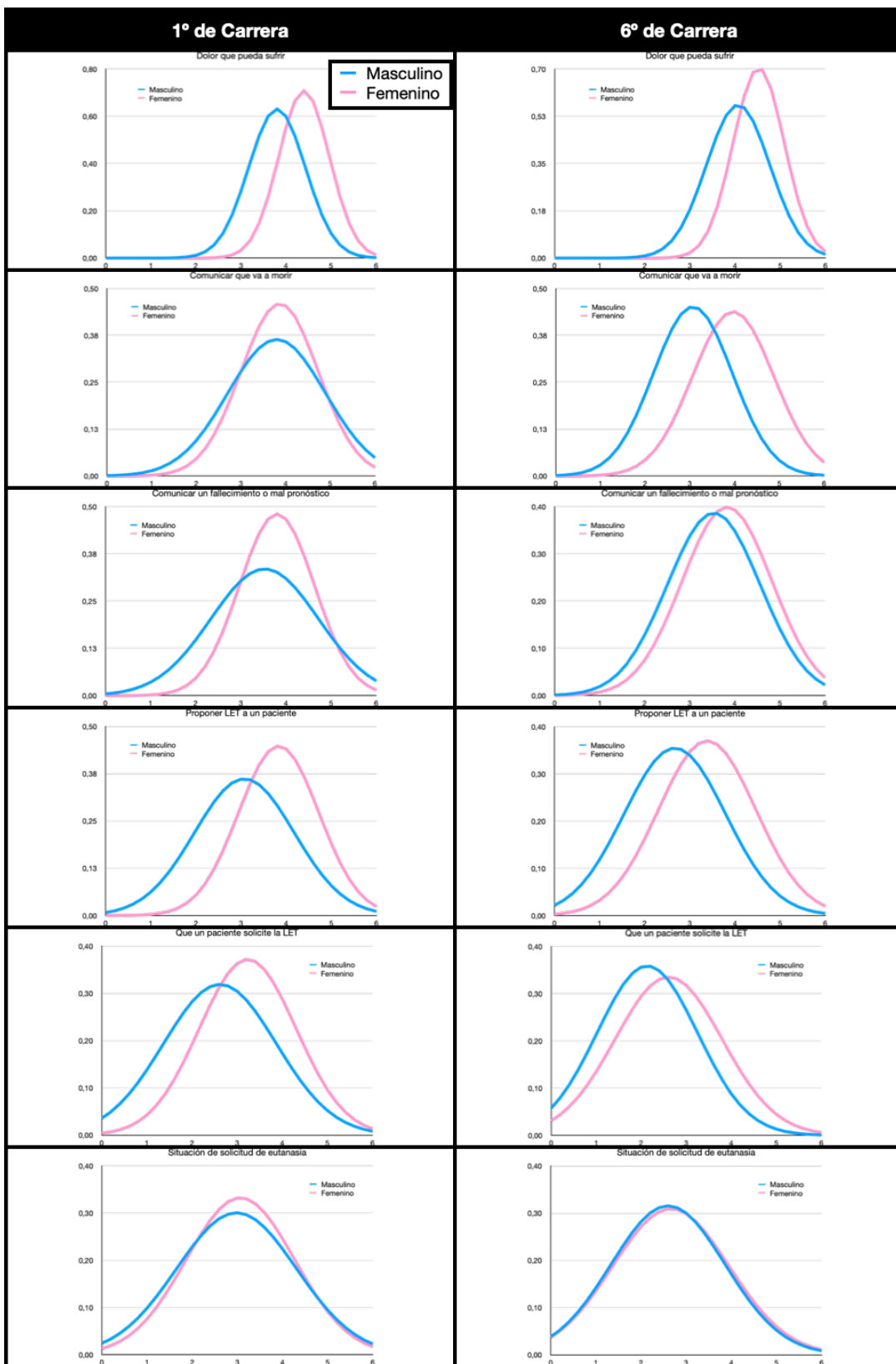
ANEXO 16A: Análisis del miedo a la propia muerte con relación al género





ANEXO 16B: Análisis del miedo a muerte de otros con relación al género





ANEXO 17A: Comparativas entre cursos

Comparativa entre los distintos ítems del **propio miedo a morir**, teniendo en cuenta las valoraciones máximas (puntuación de 4 a 5) con respecto a las mínimas (puntuaciones 1 a 2), y teniendo en cuenta las diferentes experiencias personales de la muerte del estudiante.

PRIMERO

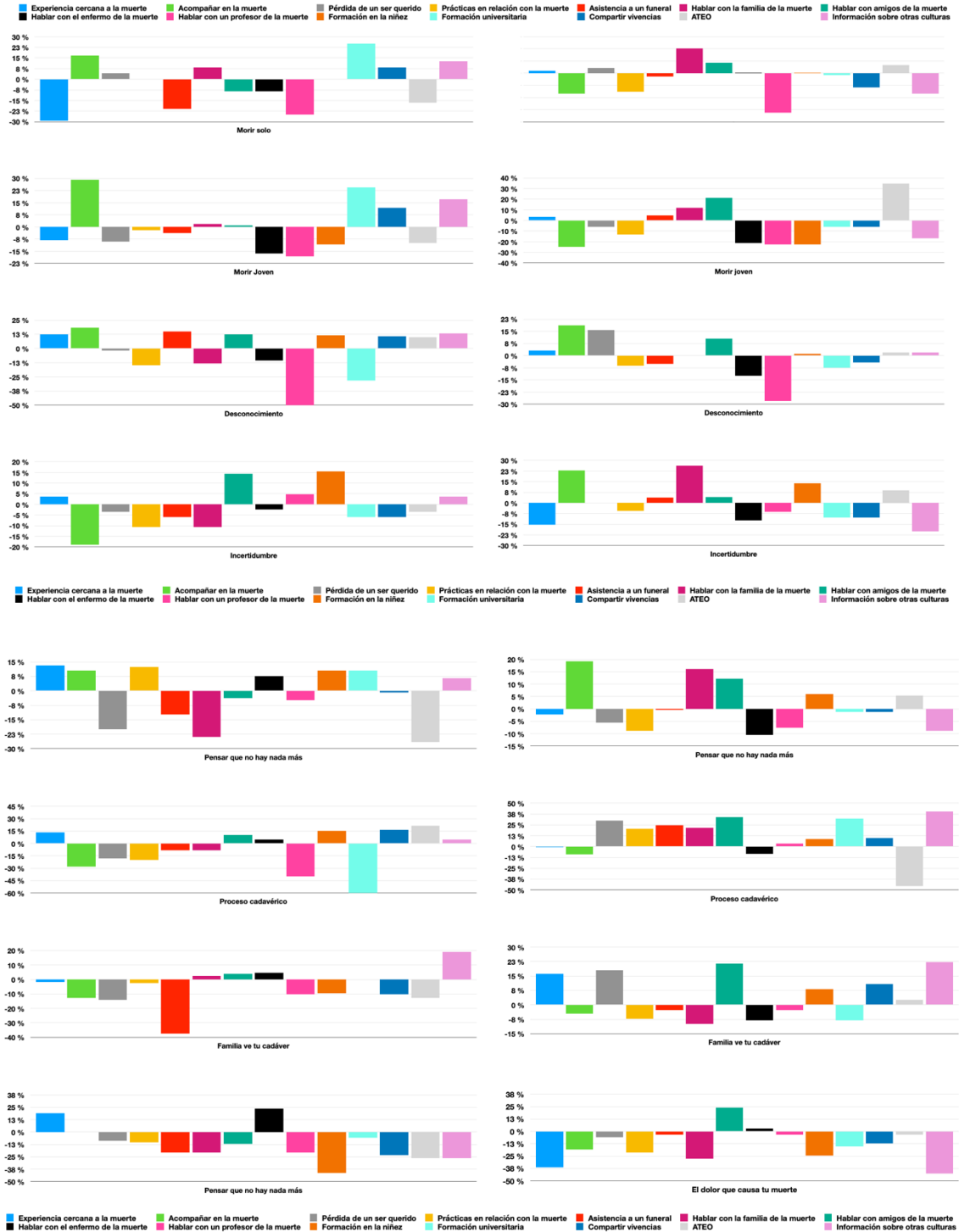
	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas	
Morir solo	35%	54%	92%	13%	76%	82%	92%	17%	25%	19%	80%	83%	46%	75%	24	
Morir joven	32%	59%	91%	16%	86%	82%	91%	14%	32%	9%	95%	82%	56%	77%	22	
Desconocimiento	50%	60%	90%	10%	90%	70%	100%	10%	0%	20%	30%	90%	80%	80%	10	
Incertidumbre	42%	33%	82%	8%	75%	75%	100%	17%	33%	25%	42%	75%	58%	75%	12	
Pensar que no hay nada más	47%	63%	80%	27%	73%	67%	87%	27%	33%	20%	63%	80%	46%	73%	15	
Proceso cadavérico	56%	25%	75%	6%	75%	75%	100%	25%	0%	25%	6%	100%	75%	75%	4	
Familia ve la cadáver	43%	43%	86%	14%	87%	86%	93%	21%	29%	7%	60,0%	78,6%	42,9%	85,7%	14	
El dolor que causa tu muerte	44%	50%	91%	15%	79%	79%	88%	24%	29%	9%	44,1%	76,6%	23,0%	73,5%	34	
Saber que existe tío experimental	75%	20%	100%	23%	78%	80%	100%	20%	36%	26%	46,0%	100,0%	40,0%	80,0%	10	
Pactar VA con médico	23%	33%	100%	23%	100%	87%	100%	0%	0%	23,0%	100,0%	83,3%	66,7%	66,7%	9	
Morir solo	63%	55%	88%	13%	100%	79%	100%	20%	30%	13%	25%	73%	63%	83%	8	
Morir joven	46%	35%	100%	20%	86%	80%	90%	30%	66%	20%	30%	78%	60%	60%	10	
Desconocimiento	38%	42%	92%	25%	75%	83%	88%	21%	56%	8%	58%	79%	56%	67%	24	
Incertidumbre	38%	52%	95%	19%	81%	86%	88%	29%	29%	10%	48%	81%	66%	71%	21	
Pensar que no hay nada más	33%	43%	100%	14%	86%	80%	90%	19%	38%	10%	43%	81%	67%	67%	21	
Proceso cadavérico	37%	63%	83%	20%	83%	83%	90%	20%	46%	10%	60%	87%	70%	70%	30	
Familia ve la cadáver	44%	56%	100%	17%	94%	83%	89%	17%	39%	17%	60,0%	88,0%	65,0%	66,7%	18	
El dolor que causa tu muerte	25%	50%	100%	25%	100%	100%	100%	0%	56%	60%	60,0%	100,0%	100,0%	100,0%	4	
Saber que existe tío experimental	38%	57%	95%	19%	85%	78%	81%	23%	38%	10%	47,6%	76,2%	62,4%	66,7%	20	
Pactar VA con médico	44%	48%	83%	19%	85%	85%	89%	29%	37%	15%	46,1%	85,2%	77,8%	77,8%	27	
Morir solo	-29%	17%	4%	6%	-21%	8%	-8%	-8%	-25%	0%	25%	8%	-17%	13%	10	
Morir joven	-8%	29%	-9%	-2%	-4%	2%	1%	-16%	-18%	-11%	25%	12%	-10%	17%	10	
Desconocimiento	13%	18%	-2%	-15%	15%	-13%	13%	-11%	-60%	12%	-26%	11%	10%	13%	10	
Incertidumbre	-4%	-19%	-4%	-11%	-6%	-11%	-4%	-2%	5%	15%	-6%	-6%	-4%	4%	4	
Pensar que no hay nada más	15%	10%	-20%	12%	-12%	-24%	-4%	8%	-6%	16%	10%	-1%	-27%	7%	10	
Proceso cadavérico	-13%	-28%	-18%	-20%	-8%	-8%	10%	5%	-48%	15%	-40%	17%	23%	5%	10	
Familia ve la cadáver	-2%	-13%	-14%	-2%	-37%	2%	4%	5%	-10%	-16%	6%	-10%	-13%	19%	10	
El dolor que causa tu muerte	19%	0%	-9%	-10%	-21%	-21%	-12%	24%	-21%	-41%	-6%	-24%	-26%	-26%	10	
Saber que existe tío experimental	32%	-37%	-15%	1%	-25%	14%	19%	-9%	-8%	-4%	10%	-8%	24%	-12%	13%	10
Pactar VA con médico	-11%	-15%	7%	15%	15%	-19%	11%	-22%	-37%	19%	-15%	15%	-22%	-11%	10	

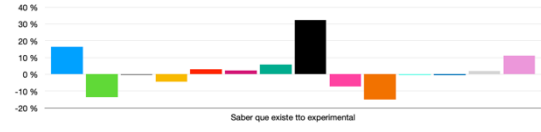
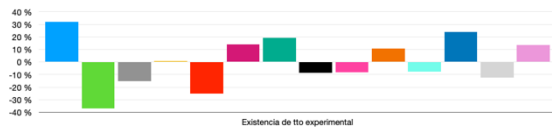
SEXTO

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
Morir solo	30%	52%	96%	44%	96%	89%	93%	37%	59%	19%	89%	85%	63%	52%	27
Morir joven	29%	50%	86%	34%	96%	79%	86%	29%	81%	15%	88%	86%	68%	59%	28
Desconocimiento	25%	75%	100%	32%	100%	75%	92%	29%	56%	17%	83%	93%	58%	58%	12
Incertidumbre	14%	79%	93%	50%	100%	83%	86%	29%	64%	21%	79%	79%	64%	43%	14
Pensar que no hay nada más	24%	71%	86%	46%	95%	86%	90%	29%	62%	19%	88%	86%	62%	46%	21
Proceso cadavérico	20%	40%	100%	60%	100%	80%	100%	20%	60%	20%	100%	80%	0%	80%	5
Familia ve la cadáver	38%	56%	100%	50%	94%	69%	100%	31%	69%	19%	81,3%	100,0%	69,3%	66,6%	16
El dolor que causa tu muerte	30%	48%	94%	45%	97%	73%	91%	36%	64%	9%	84,8%	87,9%	63,8%	57,6%	33
Saber que existe tío experimental	38%	50%	88%	50%	100%	75%	88%	63%	63%	0%	87,6%	87,6%	62,6%	62,6%	8
Pactar VA con médico	40%	60%	100%	80%	100%	80%	100%	60%	60%	20%	100,0%	100,0%	20,0%	100,0%	5
Morir solo	27%	73%	91%	64%	100%	64%	82%	36%	100%	16%	91%	100%	55%	73%	11
Morir joven	25%	75%	92%	67%	92%	67%	75%	50%	82%	33%	82%	82%	33%	67%	12
Desconocimiento	22%	56%	84%	56%	97%	75%	81%	38%	78%	16%	91%	88%	56%	56%	32
Incertidumbre	30%	58%	93%	56%	87%	81%	81%	41%	70%	7%	89%	89%	56%	63%	27
Pensar que no hay nada más	26%	52%	91%	57%	96%	70%	79%	39%	70%	13%	87%	87%	57%	57%	23
Proceso cadavérico	21%	49%	70%	40%	75%	58%	66%	28%	57%	15%	69%	70%	45%	49%	53
Familia ve la cadáver	21%	61%	92%	57%	98%	79%	79%	39%	71%	11%	89,3%	93,3%	63,3%	46,3%	36
El dolor que causa tu muerte	67%	67%	100%	67%	100%	100%	87%	33%	67%	23%	100,0%	100,0%	66,7%	100,0%	3
Saber que existe tío experimental	21%	64%	88%	54%	97%	73%	82%	39%	76%	15%	87,8%	87,8%	60,6%	51,5%	33
Pactar VA con médico	27%	61%	88%	52%	97%	70%	79%	30%	76%	15%	87,9%	87,9%	63,8%	45,5%	33
Morir solo	2%	-21%	8%	-19%	-4%	25%	11%	1%	-41%	2%	-2%	-15%	4%	-21%	10
Morir joven	4%	-25%	-6%	-13%	5%	12%	21%	-21%	-23%	-23%	-4%	-4%	35%	4%	10
Desconocimiento	3%	19%	16%	-8%	-6%	0%	10%	-13%	-28%	1%	-7%	-4%	2%	3%	10
Incertidumbre	-15%	23%	0%	-4%	4%	26%	4%	-12%	-4%	14%	-10%	-10%	9%	-20%	10
Pensar que no hay nada más	-2%	19%	-6%	-16%	-8%	16%	12%	-11%	-8%	6%	-1%	-1%	5%	-9%	10
Proceso cadavérico	-1%	-8%	30%	20%	29%	22%	34%	-8%	3%	9%	32%	10%	-45%	40%	10
Familia ve la cadáver	16%	-4%	18%	-7%	-3%	-10%	21%	-8%	-3%	8%	-8%	11%	-3%	22%	10
El dolor que causa tu muerte	-26%	-18%	-6%	-21%	-3%	-27%	24%	3%	-3%	-24%	-15%	-12%	-3%	-42%	10
Saber que existe tío experimental	16%	-14%	-6%	-3%	3%	2%	6%	32%	-7%	-15%	-5%	-5%	2%	11%	10
Pactar VA con médico	13%	-1%	12%	28%	3%	19%	21%	38%	-16%	5%	12%	12%	-44%	55%	10

PRIMERO

SEXTO





- Experiencia cercana a la muerte
- Acompañar en la muerte
- Pérdida de un ser querido
- Prácticas en relación con la muerte
- Asistencia a un funeral
- Hablar con la familia de la muerte
- Hablar con amigos de la muerte
- Hablar con el enfermo de la muerte
- Hablar con un profesor de la muerte
- Formación en la niñez
- Formación universitaria
- Compartir vivencias
- ATEO
- Información sobre otras culturas

ANEXO 17B: Comparativas entre cursos

Comparativa entre los distintos ítems del **miedo a morir de otros**, teniendo en cuenta las valoraciones máximas (puntuación de 4 a 5) con respecto a las mínimas (puntuaciones 1 a 2), y teniendo en cuenta las diferentes experiencias personales de la muerte del estudiante.

PRIMERO

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	44%	47%	91%	15%	79%	79%	91%	21%	29%	12%	47%	79%	90%	79%	34
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	46%	46%	92%	21%	71%	71%	88%	25%	33%	4%	59%	79%	94%	71%	34
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	40%	43%	91%	17%	77%	77%	91%	23%	37%	11%	49%	80%	94%	69%	35
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	42%	59%	92%	12%	81%	81%	96%	23%	35%	12%	46%	81%	94%	73%	35
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	36%	48%	91%	18%	76%	79%	91%	24%	33%	12%	48%	79%	98%	73%	33
La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	39%	47%	92%	18%	79%	79%	89%	21%	37%	13%	47%	79%	98%	71%	38
Tener que comunicarle que va a morir	38%	52%	97%	14%	79%	72%	86%	28%	34%	7%	41,4%	72,4%	92,2%	62,1%	29
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	39%	46%	93%	14%	82%	71%	86%	21%	36%	11%	42,9%	71,4%	93,6%	64,3%	28
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de la enfermedad	44%	52%	100%	15%	85%	74%	93%	22%	28%	7%	37,0%	77,8%	99,3%	76,1%	27
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	32%	42%	100%	16%	79%	79%	89%	26%	21%	11%	31,6%	79,9%	47,4%	66,4%	19
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	39%	50%	89%	22%	72%	83%	89%	28%	33%	22%	56,6%	83,3%	38,9%	77,8%	18

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	0%	50%	100%	0%	100%	100%	75%	25%	50%	25%	50%	75%	90%	50%	4
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	36%	64%	91%	18%	100%	100%	91%	9%	27%	27%	45%	82%	45%	82%	11
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	0%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	100%	1
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	25%	25%	100%	25%	75%	100%	100%	25%	50%	25%	75%	100%	25%	75%	4
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	0%	100%	100%	0%	100%	100%	50%	0%	50%	0%	100%	50%	50%	50%	2
La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0
Tener que comunicarle que va a morir	50%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	50%	0%	0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	2
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	67%	100%	100%	33%	100%	100%	100%	33%	33%	0%	66,7%	100,0%	33,3%	100,0%	3
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de la enfermedad	40%	80%	100%	20%	100%	100%	80%	20%	60%	0%	80,0%	80,0%	40,0%	60,0%	5
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	58%	58%	75%	25%	83%	92%	83%	17%	50%	17%	66,7%	83,3%	41,7%	75,0%	12
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	43%	97%	100%	14%	86%	79%	93%	14%	58%	7%	64,3%	85,7%	78,6%	71,4%	14

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	44%	-3%	-9%	15%	-21%	-21%	16%	-4%	-21%	-13%	-3%	4%	0%	26%	
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	9%	-18%	1%	3%	-29%	-29%	-3%	16%	6%	-23%	5%	-3%	9%	-11%	
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	40%	-57%	-9%	17%	-23%	-23%	-9%	23%	37%	11%	-51%	-28%	94%	-31%	
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	17%	25%	-8%	-13%	6%	-19%	-4%	-2%	-15%	-13%	-29%	-19%	29%	-2%	
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	36%	-52%	-8%	18%	-24%	-21%	41%	24%	-17%	12%	-52%	29%	8%	23%	
La agonía o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	39%	47%	92%	18%	79%	79%	89%	21%	37%	13%	47%	79%	98%	71%	
Tener que comunicarle que va a morir	-12%	-48%	-3%	14%	-21%	-28%	-14%	-22%	34%	7%	-59%	-28%	55%	-38%	
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	-27%	-54%	-7%	-19%	-16%	-29%	-14%	-12%	2%	11%	-24%	-29%	29%	-36%	
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de la enfermedad	4%	-28%	0%	-5%	-15%	-26%	13%	2%	-34%	7%	-43%	-2%	19%	14%	
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	-27%	-18%	25%	-8%	-4%	-13%	6%	19%	-29%	-6%	-35%	-4%	6%	-7%	
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	-4%	-7%	-11%	8%	-13%	5%	-4%	13%	-17%	15%	-9%	-2%	-40%	6%	

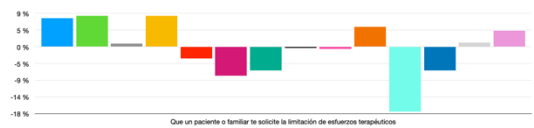
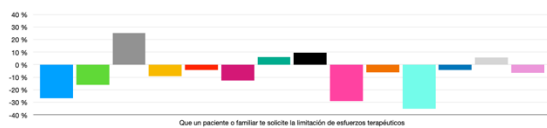
SEXTO

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la vejez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	26 %	53 %	87 %	59 %	95 %	74 %	92 %	32 %	68 %	11 %	87 %	89 %	63 %	53 %	38
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	18 %	54 %	96 %	38 %	96 %	75 %	86 %	32 %	61 %	14 %	93 %	86 %	61 %	50 %	28
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	24 %	53 %	89 %	49 %	96 %	73 %	91 %	31 %	67 %	13 %	89 %	89 %	60 %	53 %	45
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	24 %	66 %	93 %	48 %	97 %	72 %	80 %	49 %	69 %	17 %	86 %	86 %	49 %	55 %	29
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	27 %	56 %	90 %	51 %	95 %	76 %	95 %	32 %	68 %	15 %	85 %	88 %	59 %	54 %	41
La agonia o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	26 %	55 %	89 %	51 %	96 %	74 %	89 %	34 %	68 %	13 %	87 %	89 %	57 %	55 %	47
Tener que comunicarle que va a morir	24 %	59 %	91 %	59 %	94 %	76 %	91 %	35 %	74 %	12 %	85,3 %	85,3 %	61,6 %	52,9 %	34
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	22 %	64 %	89 %	53 %	94 %	75 %	92 %	33 %	72 %	11 %	83,3 %	86,1 %	58,3 %	52,6 %	36
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de enfermedad	29 %	68 %	89 %	54 %	93 %	71 %	89 %	32 %	71 %	14 %	85,7 %	89,3 %	60,7 %	57,1 %	28
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	36 %	64 %	93 %	64 %	93 %	64 %	86 %	36 %	71 %	21 %	78,6 %	85,7 %	67,1 %	64,3 %	14
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	33 %	63 %	95 %	42 %	95 %	69 %	84 %	26 %	63 %	16 %	73,7 %	84,2 %	47,4 %	57,6 %	19

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la vejez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	100 %	100 %	0 %	100 %	100 %	0 %	100 %	1
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	45 %	64 %	91 %	82 %	100 %	82 %	82 %	45 %	91 %	18 %	91 %	100 %	55 %	82 %	11
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	0 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	100 %	100 %	50 %	100 %	100 %	0 %	100 %	2
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	60 %	60 %	100 %	60 %	100 %	60 %	60 %	60 %	60 %	0 %	100 %	100 %	60 %	100 %	5
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	25 %	50 %	100 %	25 %	100 %	100 %	25 %	50 %	50 %	0 %	100 %	100 %	50 %	75 %	4
La agonia o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0
Tener que comunicarle que va a morir	40 %	60 %	60 %	60 %	100 %	60 %	60 %	40 %	60 %	20 %	100,0 %	100,0 %	40,0 %	40,0 %	5
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	33 %	67 %	83 %	83 %	100 %	100 %	67 %	33 %	67 %	50 %	100,0 %	100,0 %	33,3 %	66,7 %	6
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de enfermedad	23 %	46 %	85 %	62 %	100 %	69 %	85 %	31 %	85 %	23 %	100,0 %	92,3 %	36,5 %	46,2 %	13
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	28 %	56 %	92 %	56 %	96 %	72 %	82 %	36 %	72 %	16 %	96,0 %	92,0 %	56,0 %	60,0 %	25
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	25 %	54 %	88 %	58 %	96 %	75 %	82 %	38 %	67 %	17 %	95,8 %	87,5 %	58,3 %	54,2 %	24

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la vejez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Información sobre otras culturas	Total de personas
La pérdida de una persona querida	26 %	-47 %	-13 %	-59 %	-5 %	-26 %	92 %	-68 %	-32 %	11 %	-13 %	-11 %	63 %	-47 %	
Tener que ver su cadáver o ir a su funeral	-28 %	-19 %	6 %	-43 %	-4 %	-7 %	4 %	-13 %	-39 %	-4 %	2 %	-14 %	6 %	-32 %	
No poder despedirse de esa persona previo a su fallecimiento	24 %	-47 %	-11 %	-61 %	-4 %	-27 %	91 %	-69 %	-33 %	-27 %	-11 %	-11 %	66 %	-47 %	
No saber que necesidades o preferencias tenía el moribundo o la persona fallecida	-36 %	6 %	-7 %	-12 %	-3 %	-8 %	10 %	-15 %	-11 %	17 %	-14 %	-14 %	-12 %	-45 %	
Que el moribundo muera en ausencia de compañía	2 %	8 %	-19 %	26 %	-5 %	-24 %	76 %	-18 %	18 %	15 %	-15 %	-12 %	9 %	-21 %	
La agonia o dolor que pueda sufrir en su proceso de morir	26 %	55 %	89 %	51 %	96 %	74 %	89 %	34 %	68 %	13 %	87 %	89 %	57 %	55 %	
Tener que comunicarle que va a morir	-18 %	-21 %	31 %	-19 %	-6 %	-4 %	31 %	-5 %	-6 %	-6 %	-15 %	-15 %	22 %	13 %	
Tener que comunicar a familiares o amigos un fallecimiento o un mal pronóstico de enfermedad	-11 %	-3 %	6 %	-31 %	-6 %	-29 %	25 %	0 %	6 %	-29 %	-17 %	-14 %	26 %	-14 %	
Proponer la limitación terapéutica a un paciente o familia debido al mal pronóstico de enfermedad	5 %	22 %	5 %	-8 %	-7 %	3 %	5 %	1 %	-13 %	-9 %	-14 %	-3 %	22 %	11 %	
Que un paciente o familiar te solicite la limitación de esfuerzos terapéuticos	8 %	8 %	1 %	8 %	-3 %	-8 %	-4 %	-6 %	-1 %	5 %	-17 %	-6 %	1 %	4 %	
Situación de solicitud de eutanasia por parte de un paciente o familiar	7 %	9 %	7 %	-16 %	-1 %	-7 %	-7 %	-11 %	-4 %	-1 %	-22 %	-3 %	-11 %	4 %	





- Experiencia cercana a la muerte
- Acompañar en la muerte
- Pérdida de un ser querido
- Prácticas en relación con la muerte
- Asistencia a un funeral
- Hablar con la familia de la muerte
- Hablar con amigos de la muerte
- Hablar con el enfermo de la muerte
- Hablar con un profesor de la muerte
- Formación en la niñez
- Formación universitaria
- Compartir vivencias
- ATEO
- Información sobre otras culturas

ANEXO 17C: Comparativas entre cursos

Comparativa entre los distintos ítems del **buen proceso de morir**, teniendo en cuenta las valoraciones máximas (puntuación de 4 a 5) con respecto a las mínimas (puntuaciones 1 a 2), y teniendo en cuenta las diferentes experiencias personales de la muerte del estudiante.

	Experiencia cercana a la muerte	Acompañar en la muerte	Pérdida de un ser querido	Prácticas en relación con la muerte	Asistencia a un funeral	Hablar con la familia de la muerte	Hablar con amigos de la muerte	Hablar con el enfermo de la muerte	Hablar con un profesor de la muerte	Formación en la niñez	Formación universitaria	Compartir vivencias	ATEO	Autoformarse
Pensar que los médicos pueden controlar mi dolor y otros síntomas generadores de malestar	8 %	-12 %	2 %	-36 %	-11 %	8 %	-3 %	-16 %	-38 %	2 %	-36 %	-8 %	-5 %	17 %
Pensar que mi proceso de morir, si me produce sufrimiento, será corto	16 %	-10 %	1 %	-29 %	-11 %	11 %	-3 %	-18 %	-29 %	-0 %	-38 %	-21 %	-16 %	11 %
Pensar que mi muerte no supondrá una carga insostenible económica, afectiva para mis personas cercanas o familiares	10 %	-6 %	4 %	-32 %	-15 %	7 %	-1 %	-14 %	-40 %	-3 %	-48 %	-12 %	-3 %	13 %
Poder sentirme cerca, comunicarme y estrechar los vínculos afectivos con mis personas queridas en mis últimos días	10 %	-10 %	3 %	-38 %	-14 %	8 %	3 %	-12 %	-40 %	-2 %	-42 %	-12 %	-7 %	13 %
Pensar que en caso de irreversibilidad de la enfermedad, se prolongará artificialmente mi vida lo máximo posible	54 %	38 %	85 %	15 %	77 %	85 %	92 %	31 %	38 %	23 %	38 %	85 %	38 %	77 %
Pensar que mi vida ha tenido algún sentido	12 %	-9 %	2 %	-36 %	-17 %	8 %	4 %	-7 %	-34 %	-1 %	-37 %	-9 %	-7 %	11 %
Crear en otra vida después de la muerte	19 %	-31 %	-12 %	-36 %	-24 %	-12 %	12 %	-14 %	-43 %	0 %	-48 %	-10 %	-38 %	21 %
Sentimiento de culpa por conflictos personales del pasado no resueltos	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
Pensar que podrá morir en mi casa	30 %	-3 %	3 %	-33 %	-21 %	0 %	10 %	-17 %	-18 %	-15 %	-25 %	3 %	1 %	21 %
Pensar que se ha hecho todo lo posible por intentar curar la enfermedad	23 %	-1 %	2 %	-40 %	-15 %	12 %	5 %	-12 %	-28 %	-5 %	-43 %	-10 %	-10 %	20 %
Haber agotado todas las vías terapéuticas posibles, sin importar los efectos secundarios	3 %	-25 %	-5 %	-47 %	-16 %	12 %	11 %	-24 %	-13 %	-6 %	-19 %	7 %	-3 %	-4 %
Que me trate un médico especializado en cuidados paliativos	30 %	-15 %	2 %	-35 %	-10 %	9 %	11 %	-11 %	-37 %	-6 %	-45 %	3 %	-8 %	19 %
Que me trate mi médico de siempre	26 %	-19 %	11 %	-53 %	-4 %	2 %	19 %	-8 %	-34 %	-4 %	-41 %	9 %	-13 %	23 %
Poder controlar en la medida de lo posible las dosis de calmante o sedación	16 %	-19 %	2 %	-30 %	-20 %	0 %	4 %	-8 %	-28 %	-3 %	-37 %	-5 %	-8 %	14 %
Poder hablar abiertamente con mi médico y mis familiares de mi muerte	17 %	-10 %	3 %	-34 %	-15 %	7 %	5 %	-16 %	-32 %	-2 %	-36 %	-6 %	-5 %	19 %
PROMEDIO	17 %	-14 %	1 %	-39 %	-15 %	6 %	6 %	-14 %	-31 %	-3 %	-39 %	-5 %	-10 %	16 %