

La muerte ante uno mismo. Respuestas de jóvenes estudiantes ante el pensamiento de la propia muerte

Celia Martí-García^{1,2,*}, Manuel Fernández-Alcántara^{1,3}, Laura Ruiz-Martín⁴, Rafael Montoya-Juárez^{1,5},
Cesar Hueso-Montoro^{1,5} y M. Paz García-Caro^{1,5}

¹ Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCyC). (España).

² Universidad de Málaga, Facultad de Ciencias de la Salud. (España).

³ Universidad de Granada, Facultad de Psicología. (España).

⁴ Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca. (España).

⁵ Universidad de Granada, Facultad de Ciencias de la Salud. (España).

Resumen: Las narraciones sobre lo que evoca pensar en la propia muerte y describir los pensamientos y sentimientos sobre el morir, pueden ser por sí mismas una fuente de conocimiento nuevo en el estudio de la ansiedad y las actitudes ante la muerte. Se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo con el objetivo de explorar las características de los pensamientos, las emociones y sentimientos sobre la propia muerte de jóvenes, estudiantes de enfermería. 85 estudiantes respondieron voluntariamente un cuestionario autoadministrado de preguntas abiertas basadas en la *Mortality Salience* empleada en la Teoría de la Gestión del Terror. El análisis se realizó mediante la estrategia de análisis de contenido con el programa Atlas.ti. Ante el pensamiento sobre la propia muerte respondieron con los sustantivos miedo, dolor, angustia, tristeza o soledad. El miedo a la propia muerte se concretó como la imposibilidad de lograr las metas en la vida, dejar a la familia y el proceso de muerte en sí mismo. Ante las creencias sobre estar físicamente muerto señalaron atributos de la descomposición del cuerpo, atributos espirituales, creencias, negación y preferencias. La visión cultural, los valores y creencias de cada persona, se encuentran muy presentes cuando piensan en su propia muerte.

Palabras clave: Actitud ante la muerte; Teoría de la Gestión del Terror; Emoción; Enfermería; Estudio cualitativo.

Title: Facing death. Student's thoughts towards the feeling of their own death.

Abstract: Narratives produced by thinking and reflecting about death and dying may be themselves a source of new knowledge in the study of anxiety and attitudes toward death. A qualitative descriptive study aimed to explore the features of thoughts, emotions and feelings about young people's own death, (nursing students) was conducted. 85 students voluntarily answered a self-administered questionnaire with open questions based on *Mortality Salience*, used in the *Terror Management Theory*. Content analysis using *Atlas.ti* software was performed. When reflecting upon their own death, participants reported substantive emotions such as fear, pain, distress, sadness or loneliness. The fear of their own death was specified as the inability to achieve goals in life, to leave the family and the dying process itself. When reflecting upon been physically dead, attributes of the decomposition of the body, spiritual attributes, beliefs, denial and preferences were identified. Cultural worldview, values and beliefs of each person were remarkably present when thinking about their own death.

Key words: Death Attitudes; *Terror Management Theory*; *Mortality Salience*; Emotion; Nursing; Qualitative Study.

Introducción

La muerte es un fenómeno natural e inherente a la condición humana, morir es la consecuencia inevitable de la vida. Sin embargo, la muerte o su proximidad generan en las personas una serie de respuestas emocionales entre las que se encuentran la frustración, el miedo, la ansiedad y la depresión (Cruz-Quintana, 2007).

En nuestra sociedad actual, la aceptación de la muerte ha evolucionado de manera desadaptativa, desde las actitudes y el afrontamiento a la llamada "tabuización de la muerte" (Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero, 2011). En este sentido y en el marco del modelo médico occidental, la muerte es considerada como un fracaso y por tanto existe una tendencia social a esconder y medicalizar la muerte (Colléll, Limonero y Otero, 2003; Chocarro-González, González-Fernández, Salvadores-Fuentes y Venturi-Medina, 2012). Este hecho dificulta la integración de la muerte como un proceso natural, alejando al individuo de la conciencia y reflexión sobre su propia muerte o la de los que le rodean.

Desde el punto de vista de la investigación, uno de los principales campos de estudio se ha centrado en las emocio-

nes y actitudes ante la muerte. De manera general, se puede decir que la muerte genera un amplio abanico de actitudes y emociones que se han identificado como miedo y/o ansiedad (Fortner y Neimeyer, 1999; Neimeyer, 1994, 2005; Templer et al., 2006). La mayoría de los estudios existentes se han centrado en la medición de dicha ansiedad y su relación con algunos factores como la edad o la religión (Lester, Templer, y Abdel-Khalek, 2007; Neimeyer, Currier, Coleman, Tomer, y Samuel, 2011) con una metodología centrada principalmente en el análisis cuantitativo de los datos. Con el surgimiento de la Teoría de la Gestión del Terror en 1986, el estudio se centró en los efectos que esto puede tener en la vida cotidiana.

Según Ernest Becker (2003), los seres humanos, al igual que otros seres vivos, poseen un fuerte instinto de sobrevivir y prolongar la vida. Sin embargo, a diferencia de otros organismos, los seres humanos son conscientes de la inevitabilidad de la propia muerte. Los experimentos de la Teoría de la Gestión del Terror o *Terror Management Theory* (TMT) (Pyszczynski, Greenberg, Solomon y Maxfield, 2006) mostraron que la conciencia de la finitud de la vida evoca ansiedad y terror desencadenando, bajo determinadas circunstancias, una serie de mecanismos de evitación. Por un lado, aparecen las *defensas proximales*, que se activan cuando los pensamientos de muerte se encuentran en la conciencia y se basan en la distracción o la trivialización con el objetivo de sacar esos pensamientos de la conciencia; y por otro, defensas *dis-*

*** Correspondence address [Dirección para correspondencia]:**

Celia Martí-García. Universidad de Málaga. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Enfermería. Arquitecto Francisco Peñalosa, 3, 29071 Málaga (España). E-mail: celiamarti@uma.es

tales, que se encargan de evitar que los pensamientos de muerte que aún son accesibles, permanezcan en el inconsciente (Pyszczynski, Solomon y Greenberg, 2015). Tradicionalmente se han descrito dos defensas distales: la creencia en la validez de la propia visión cultural del mundo y sus valores asociados y la autoestima (Burgin, Sanders, Vandellen y Martin, 2012; Burke, Martens y Faucher, 2010; Routledge, Juhl y Vess, 2013). De carácter inconsciente, ambas ayudarían a las personas a superar el terror asociado a su propia muerte aportando una sensación de orden y sustituyendo la realidad de la muerte existencial por una posible vida posterior ya sea de una manera literal o simbólica (Hohman y Hogg, 2011).

La mayoría de los estudios referentes a la TMT, utilizan como método de exploración la llamada hipótesis de la Prominencia de Mortalidad o *Mortality Salience* (MS) (Burke et al., 2010) mediante la cual se provocan pensamientos sobre la propia mortalidad. Esta hipótesis sostiene que si las personas se defienden de la entrada a la conciencia de los pensamientos relacionados con la muerte a través de sus defensas distales, un incremento de la accesibilidad a esos pensamientos, incrementaría la preocupación por mantener las estructuras psicológicas bajo esas defensas, haciéndolas más necesarias. En los estudios típicos de MS se les pide a los participantes que escriban sobre su propia muerte, en el grupo experimental, o sobre un hecho no relacionado con la muerte (a menudo negativo), en el grupo control. Los resultados demuestran que la TMT es capaz de explicar cómo muchos de los comportamientos que promovemos y experimentamos de manera cotidiana, se ven influenciados por los pensamientos inconscientes sobre la propia muerte (Burke et al., 2010; Burgin et al., 2012; Dunne, Gallagher, y Matthews, 2015), potenciando la defensa de los propios ideales o valores relacionados con las defensas distales.

La forma más común de manipulación de MS, empleada en más del 79.8% de los estudios revisados (Burgin et al., 2012, Pyszczynski et al., 2015) se basa en la utilización del cuestionario "*The Mortality Attitudes Personality Survey*" (Rosenblatt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski, y Lyon, 1989), que contiene dos preguntas directas sobre el pensamiento que la propia muerte despierta en el sujeto y sobre lo que cree que le pasará cuando esté muriendo y cuando esté muerto.

La primera pregunta conocida como *Emotion Question* ("*Describe brevemente las emociones que el pensamiento de tu propia muerte despierta en ti*"), requiere que los participantes expresen sus pensamientos, sentimientos y experiencias; mientras que la segunda, denominada *After life Question* ("*Anota tan específicamente como puedas, lo que crees que te va a pasar físicamente cuando estés muriendo y una vez que ya estés físicamente muerto*"), informa de los valores y creencias culturales de los participantes (Burgin et al., 2012). En la mayor parte de los estudios estas preguntas no se analizan en profundidad ni se extraen conclusiones de las narraciones de los participantes (Kastenbaum y Heflick, 2011), puesto que lo que se busca es conocer el efecto que produce el responderlas sobre otra actividad sin relación directa con la muerte.

En este sentido, constituye una excepción el estudio de Kastenbaum y Heflick (2011). Utilizando las descripciones de diversos participantes universitarios que tomaron parte en experimentos asociados a la TMT, los autores identificaron una serie de temas entre los que destacaron los sentimientos de ansiedad y tristeza. Estas narraciones, sobre lo que evoca en primera persona pensar en la propia muerte y describir los pensamientos y sentimientos sobre la consecuencia, esto es, el morir mismo y su producto (el cadáver), pueden ser por sí mismas una fuente de conocimiento nuevo en el campo del estudio de la ansiedad y las actitudes ante la muerte. Sin embargo, como indican los propios autores, su estudio tiene una serie importante de limitaciones. En primer lugar, las preguntas se realizaron como parte de un estudio más amplio que no tenía como objetivo explorar las respuestas ante las preguntas de MS, sino activar la accesibilidad a los pensamientos de muerte para evaluar su influencia en otros comportamientos, por lo que es posible que otras variables hayan influido en sus respuestas. En segundo lugar, la metodología de análisis propuesta, utilizando una agrupación en clusters de los diferentes adjetivos empleados por los participantes, no permite explorar en profundidad la visión subjetiva sobre la muerte. Por ejemplo, uno de ellos incluyó un total de 27 adjetivos diferentes entre los que se encontraron: calmado, curioso, excitado o feliz, lo que demuestra una gran heterogeneidad (Kastenbaum y Heflick, 2011).

Por otra parte, en el campo de las Ciencias de la Salud es frecuente encontrar referencias en estudios de diferente naturaleza sobre la necesidad de que los profesionales analicen y tomen conciencia de sus propias ideas sobre la muerte y el morir, como parte de la formación necesaria para abordar el proceso de morir de pacientes y familiares, disminuir la ansiedad y mejorar el afrontamiento de estas situaciones (Chow, 2013; Mason y Ellershaw, 2010; Schillerstrom, Sanchez-Reilly, y O'Donnell, 2012; Schmidt-RioValle, et al., 2012). Algunos estudios sobre Inteligencia Emocional señalan de manera específica la importancia para los profesionales enfermeros de saber gestionar eficazmente las emociones que suscitan el contacto continuado con la enfermedad y la muerte, y la necesidad de una preparación específica desde el punto de vista emocional que neutralice conductas de evitación y respuestas inadecuadas que pueden impedir el desarrollo de su profesión y pueden derivar en conflictos emocionales (Pineda-Galán, 2012; Sánchez-Rueda, 2014).

Cabe preguntarse, entonces, si el cuestionario de MS puede ser una oportunidad de conocer las respuestas ante el pensamiento intrusivo sobre la propia muerte en un colectivo, y si este conocimiento puede ayudar a mejorar las actitudes y las respuestas ante la muerte y el morir.

En el estudio que se presenta se han explorado las características de los pensamientos, las emociones y sentimientos sobre la propia muerte, previos a una formación específica, que han manifestado estudiantes de enfermería a través de un cuestionario de preguntas abiertas basadas en la prominencia de la muerte (MS). Se espera disponer de información detallada de un estado basal del pensamiento sobre la propia

muerte en jóvenes, así como de la influencia de características personales como edad y sexo, y de condiciones particulares como la experiencia personal y/o profesional al haber convivido o atendido a familiares y/o pacientes en situación de muerte y/o enfermedad grave.

Por ello, el objetivo general de este estudio fue describir las características de las respuestas evocadas por el pensamiento sobre la propia muerte y las situaciones de estar muriendo y estar físicamente muerto según un grupo de estudiantes de enfermería. Como un objetivo secundario nos propusimos determinar el efecto de determinados factores como la edad, el sexo, la experiencia personal y/o profesional en las respuestas evocadas.

Método

Diseño

Se realizó un estudio observacional de carácter cualitativo de tipo descriptivo mediante un cuestionario de preguntas abiertas y análisis del contenido, tanto sintáctico como semántico (Ato, López y Benavente, 2013).

Participantes

La selección de los participantes se llevó a cabo mediante muestreo intencional. De un total de 130 estudiantes matriculados cada curso, participaron voluntariamente un total de 88 estudiantes de enfermería que habían finalizado el primer año de Grado en los cursos académicos 2011-2012 y 2012-2013, en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada. Se excluyeron 3 estudiantes por datos incompletos en el cuestionario, quedando conformada la muestra final por 85 participantes (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y experiencia previa de los participantes.

| Variables | n | % |
|---|----|-------|
| Sexo | | |
| Mujer | 65 | 76.47 |
| Hombre | 20 | 23.53 |
| Edad | | |
| Menor de 20 años | 42 | 49.41 |
| De 20 a 25 años | 32 | 37.65 |
| 26 años o más | 11 | 12.94 |
| Experiencia profesional cuidado pacientes moribundos | | |
| Sí | 3 | 3.53 |
| No | 82 | 96.47 |
| Experiencia profesional cuidado pacientes con enfermedades graves | | |
| Sí | 7 | 8.24 |
| No | 78 | 91.76 |
| Experiencia personal cuidado familiares moribundos | | |
| Sí | 22 | 25.88 |
| No | 63 | 74.12 |
| Experiencia personal cuidado familiares con enfermedades graves | | |
| Sí | 29 | 34.12 |
| No | 56 | 65.88 |

Instrumentos

Se diseñó un cuestionario autoadministrado, que contenía:

- Datos sociodemográficos: edad, sexo,
- Experiencia previa personal en el cuidado de familiares con enfermedades graves, y en el cuidado de familiares moribundos (SI/NO).
- Experiencia previa profesional en el cuidado de pacientes con enfermedades graves y en el cuidado de pacientes moribundos (SI/NO).
- Preguntas abiertas: 1) Describe brevemente las emociones que el pensamiento de tu propia muerte despierta en ti; 2) Anota tan específicamente como puedas, lo que crees que te va a pasar físicamente cuando estés muriendo y una vez que ya estés físicamente muerto.

Las preguntas abiertas fueron extraídas del cuestionario "The Mortality Attitudes Personality Survey" (Rosenblatt et al., 1989) empleado en los estudios de Prominencia de la Mortalidad (MS) en la Teoría de la Gestión del Terror (TMT).

Procedimiento

Para explorar el potencial de conocimiento del cuestionario de MS y su aplicabilidad, se planificó un estudio en el que se tuvieron en cuenta dos aspectos fundamentales: 1) que el entorno fuese pertinente y acorde con el tema de estudio y 2) que los resultados pudieran traducirse en mejoras concretas a aplicar. Se consideró el entorno educativo como el más adecuado y factible para cumplir ambas condiciones, y a las profesiones sanitarias como grupo especialmente vulnerable por su implicación directa en los procesos de fin de vida. Se analizaron diversas opciones y se encontró que la formación de los estudiantes del Grado de Enfermería, en la Universidad de Granada, posibilitaba la aplicabilidad que se buscaba al ofrecer una asignatura específica sobre Cuidados Paliativos, en el segundo año, y poder medir posteriormente el efecto de una formación específica sobre estos pensamientos.

El primer día de clase en el que comenzaban el segundo año de grado, de forma simultánea en las diferentes aulas que ocupaban, se explicó a los alumnos presentes la investigación y se solicitó su participación voluntaria mediante consentimiento verbal. Además, el psicólogo que acompañaba en la recogida de datos, les ofreció asesoramiento y apoyo si las preguntas que debían responder les causaban algún malestar. Se contestaron las dudas y aclaraciones que plantearon, y cumplieron en ese momento el cuestionario de forma anónima y voluntaria en sus propias aulas de clase, advirtiéndoles de que si no querían participar o si no se sentían capaces de continuar, podían entregar el cuestionario, abandonar el aula y solicitar la intervención del psicólogo si lo necesitaban. Ningún participante solicitó este tipo de asistencia. El tiempo que les llevó contestar osciló entre 9 y 12 minutos. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante la co-

dificación de la identificación de los cuestionarios. En ningún momento se les solicitó su nombre ni su origen.

Análisis de datos.

Para el análisis de los datos se ha empleado el software ATLAS.ti 6.2 procediendo en primer lugar a la creación de la Unidad Hermenéutica y la generación de los documentos primarios con el volcado textual de las respuestas de cada cuestionario.

Para el análisis de contenido se ha seguido el modelo de Mayring (2000) basado en una secuencia primero inductiva y después deductiva. Para ello se estudió el significado de cada frase, buscando revelar unidades de significado, temas y subtemas.

Tras una primera lectura de los textos, se extrajeron una serie de categorías principales y subcategorías relacionadas con los temas de las preguntas del cuestionario, que fueron contrastadas y reformuladas durante el análisis de la información (Tabla 2). Posteriormente se continuó con la generación de citas en los documentos primarios y se procedió a la codificación de las mismas. Más tarde, se realizó un análisis sintáctico de los datos mediante el recuento de palabras, aportando las frecuencias de aparición de cada código, y semántico con el objetivo de buscar el sentido de las palabras y el análisis de los temas y categorías propuestas (Amezcuza y Galvez-Toro, 2002). Para finalizar se establecieron las relaciones entre diferentes códigos, creando redes y tablas para la confección del informe final y la extracción de resultados.

Tabla 2. Categorías y subcategorías del análisis de contenido.

| EMOCIONES DEL PENSAMIENTO DE LA PROPIA MUERTE |
|--|
| Emociones: Sustantivos que los participantes han utilizado al describir lo que les suscita el pensamiento sobre su propia muerte |
| Pensamientos: Ideas evocadas por el pensamiento en la propia muerte |
| CREENCIAS SOBRE ESTAR MURIENDO FÍSICAMENTE |
| Descripción física: Estados físicos, signos y síntomas que los participantes asociaron al proceso de estar muriendo |
| Sentimientos: Sustantivos e ideas mediante los que expresan el sentimiento que les provoca el proceso físico de morir |
| CREENCIAS ANTE ESTAR FÍSICAMENTE MUERTO |
| Atributos de la descomposición física: Cuando las cualidades atribuidas a estar físicamente muerto se han referido a la descomposición del cadáver |
| Atributos físicos: Cuando las cualidades atribuidas a estar físicamente muerto se han referido a las características del cadáver |
| Atributos espirituales: Cuando las cualidades expresadas han sido de tipo existencial |
| Creencias: Convicciones personales expresadas sobre la muerte y después de la muerte |
| Negación: Dificultades expresadas para representarse estar físicamente muerto |
| Preferencias: Expresión de deseos personales relacionados con el tratamiento del cuerpo tras la muerte y las condiciones de la muerte. |

Se incluyeron estrategias para mejorar la fiabilidad de los datos, tanto del proceso como de los resultados, de acuerdo con los criterios establecidos por Lincoln y Guba (1985) incluyendo confiabilidad, credibilidad y auditabilidad. Para ello, el proceso de generación de códigos, de codificación del texto y del análisis, así como de los resultados, fue sometido a triangulación del investigador (Denzin, 1989; Flick, 1992), procediendo a la revisión por dos investigadoras externas, expertas en análisis cualitativo, tanto del proceso seguido como del análisis de los datos y los resultados.

Resultados

Emociones del pensamiento de la propia muerte

Con respecto a la pregunta: “Describe brevemente las emociones que el pensamiento de tu propia muerte despierta en ti”, se encontraron dos categorías principales: i) las emociones sobre el pensamiento de la propia muerte, nominadas por los participantes con sustantivos, y ii) los pensamientos enunciados que suscita en los estudiantes el pensar en su propia muerte.

Emociones

Entre las emociones descritas con mayor frecuencia se encontraron: miedo (20.2%), dolor (15.6%), angustia (13.2%), tristeza (10.7%), ansiedad (10.1%), soledad (6.8%) e incertidumbre (6.5%). El miedo fue la emoción más citada en todas las condiciones analizadas excepto cuando los participantes tuvieron experiencia profesional previa en el cuidado de pacientes moribundos y en los mayores de 26 años. (Tabla 3).

No se encontraron diferencias entre el porcentaje de hombres y de mujeres que identificaron el miedo y el dolor como las emociones más frecuentes. Sin embargo, las mujeres se refirieron además en mayor medida a la tristeza y la angustia, mientras que los hombres lo hicieron en mayor medida a la ansiedad y la soledad. Por rangos de edad, los estudiantes menores de 20 años citaron en más ocasiones la ansiedad y la tristeza, mientras que los de 20 a 25 años lo hicieron con el dolor y la tristeza y en los de 26 años o más fue la soledad.

Cuando se consideró la experiencia previa personal en el cuidado de un familiar moribundo, los participantes respondieron en la misma proporción con dolor y miedo y un porcentaje algo menor con tristeza. Sin embargo, si la experiencia se refiere a un familiar con enfermedad grave, aumentó el porcentaje de miedo y angustia. En el caso de la experiencia previa profesional en el cuidado de un paciente moribundo, el miedo no se citó ni una sola vez, pero cuando se refirió al cuidado de un paciente con enfermedad grave, se citaron con el mismo porcentaje miedo, dolor y angustia.

Tabla 3. Distribución por sexos, rangos de edad, experiencia personal y profesional en el cuidado de pacientes moribundos y/o con enfermedades graves, de las citas referidas a las emociones del pensamiento de la propia muerte (n=298 citas).

| Emociones | SEXO | | EDAD | | | EXPERIENCIA PERSONAL | | | | EXPERIENCIA PROFESIONAL | | | |
|-----------------|-----------|----------|-----------|------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| | Mujer | Varón | ≤20 años | 21-25 | ≥26 | Cuidado familiar moribundo | | Cuidado familiar enfermedad grave | | Cuidado paciente moribundo | | Cuidado paciente enfermedad grave | |
| | [241] | [57] | [144] | años [124] | años [30] | Si [71] | No [227] | Si [107] | No [191] | Si [6] | No [292] | Si [29] | No [269] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Angustia | 26 (10.8) | 3 (5.3) | 13 (9) | 13 (10.5) | 3 (10) | 6 (8.4) | 23 (10.1) | 11 (10.3) | 18 (9.4) | 3 (50) | 26 (8.9) | 6 (20.7) | 23 (8.5) |
| Ansiedad | 23 (9.5) | 7 (12.3) | 17 (11.8) | 11 (8.9) | 2 (6.7) | 7 (9.7) | 23 (10.1) | 9 (8.4) | 21 (11) | 0 (0) | 30 (10.3) | 4 (13.8) | 26 (9.7) |
| Confusión | 3 (1.2) | 0 (0) | 2 (1.4) | 1 (8) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (1.3) | 1 (9) | 2 (1.1) | 0 (0) | 3 (1) | 0 (0) | 3 (1.1) |
| Curiosidad | 5 (2.1) | 1 (1.8) | 3 (2.1) | 3 (2.4) | 0 (0) | 1 (1.4) | 5 (2.2) | 4 (3.7) | 2 (1.1) | 0 (0) | 6 (2) | 0 (0) | 6 (2.2) |
| Desconocimiento | 0 (0) | 2 (3.5) | 0 (0) | 1 (8) | 1 (3.3) | 1 (1.4) | 1 (4) | 1 (9) | 1 (5) | 0 (0) | 2 (7) | 0 (0) | 2 (7) |
| Dolor | 30 (12.5) | 8 (14) | 14 (9.7) | 19 (15.3) | 5 (16.7) | 13 (18.3) | 25 (11) | 17 (15.9) | 21 (11) | 2 (33.3) | 36 (12.3) | 6 (20.7) | 32 (11.9) |
| Esperanza | 1 (4) | 0 (0) | 1 (7) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (4) | 0 (0) | 1 (5) | 0 (0) | 1 (3) | 0 (0) | 1 (1.4) |
| Impotencia | 8 (3.3) | 4 (1.7) | 6 (4.2) | 5 (4) | 1 (3.3) | 2 (2.8) | 10 (4.4) | 3 (2.8) | 9 (4.7) | 0 (0) | 12 (4.1) | 1 (3.4) | 11 (4.1) |
| Incertidumbre | 20 (8.3) | 1 (1.8) | 8 (5.6) | 11 (8.9) | 2 (6.7) | 5 (7) | 16 (7.1) | 8 (7.5) | 13 (6.8) | 0 (0) | 21 (7.2) | 1 (3.4) | 10 (7.4) |
| Indiferencia | 2 (8) | 0 (0) | 1 (7) | 1 (8) | 0 (0) | 1 (1.4) | 1 (4) | 2 (1.8) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (7) | 0 (0) | 2 (7) |
| Inseguridad | 2 (8) | 1 (1.8) | 3 (2.1) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 3 (1.3) | 0 (0) | 3 (1.6) | 0 (0) | 3 (1) | 0 (0) | 3 (1.1) |
| Intranquilidad | 10 (4.2) | 6 (10.5) | 12 (8.3) | 3 (2.4) | 1 (3.3) | 2 (2.8) | 14 (6.2) | 6 (5.6) | 10 (5.2) | 0 (0) | 16 (5.5) | 2 (6.9) | 14 (5.2) |
| Lejanía | 6 (2.5) | 4 (1.7) | 6 (4.2) | 4 (3.2) | 0 (0) | 2 (2.8) | 8 (3.5) | 5 (4.7) | 5 (2.6) | 0 (0) | 10 (3.4) | 0 (0) | 10 (3.7) |
| Llanto | 2 (8) | 1 (1.8) | 0 (0) | 2 (1.6) | 1 (3.3) | 2 (2.8) | 1 (4) | 1 (9) | 2 (1.1) | 1 (16.7) | 2 (7) | 1 (3.4) | 2 (7) |
| Miedo | 55 (22.8) | 8 (14) | 30 (20.8) | 28 (22.6) | 5 (16.7) | 13 (18.3) | 50 (22) | 21 (19.6) | 42 (22) | 0 (0) | 63 (21.6) | 6 (20.7) | 57 (21.2) |
| Rabia | 1 (4) | 0 (0) | 1 (7) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (1.4) | 0 (0) | 1 (9) | 0 (0) | 0 (0) | 1 (3) | 0 (0) | 1 (1.4) |
| Rechazo | 2 (8) | 0 (0) | 1 (7) | 1 (8) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (8) | 0 (0) | 2 (1.1) | 0 (0) | 2 (7) | 0 (0) | 2 (7) |
| Soledad | 8 (3.3) | 7 (12.3) | 6 (4.2) | 3 (2.4) | 6 (20) | 5 (7) | 10 (4.4) | 6 (5.6) | 9 (4.7) | 0 (0) | 15 (5.1) | 0 (0) | 15 (5.6) |
| Sufrimiento | 2 (8) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (1.6) | 0 (0) | 0 (0) | 2 (9) | 1 (9) | 1 (5) | 0 (0) | 2 (7) | 1 (3.4) | 1 (4) |
| Tranquilidad | 3 (1.2) | 1 (1.8) | 3 (2.1) | 1 (8) | 0 (0) | 0 (0) | 4 (1.8) | 0 (0) | 4 (2.1) | 0 (0) | 4 (1.4) | 0 (0) | 4 (1.5) |
| Tristeza | 32 (13.3) | 3 (5.3) | 17 (11.8) | 15 (12.1) | 3 (10) | 10 (14.1) | 25 (11) | 10 (9.3) | 25 (13.1) | 0 (0) | 35 (12) | 1 (3.4) | 34 (12.6) |

[n° total de citas] (%) Porcentaje de citas de cada una de los códigos.

Pensamientos

Cuando se les preguntó a los estudiantes por las emociones que el pensamiento de la propia muerte despertaba en ellos, muchos también plasmaron los pensamientos o perspectivas que suscitaba en ellos la muerte. Se identificaron un total de cinco códigos principales: i) familia, ii) incertidumbre sobre la muerte, iii) dejar todo hecho, iv) finitud y v) aceptación de la muerte.

-La familia.

La mayoría de las citas recogidas, se refirieron al sentimiento de tristeza que provoca el dejar a la familia o el no poder verla nunca más:

“Me despierta un sentimiento de pena de no estar más con mis seres queridos”.

Mostraron además preocupación sobre el modo de afrontamiento o el sufrimiento de los seres queridos ante su propia muerte:

“Tengo miedo por el sufrimiento de mi familia y amigos cercanos. De saber que ellos no sufrirán, no me importaría tanto morir”.

-Incertidumbre sobre la muerte.

Un tema que apareció con frecuencia fue el miedo por la incertidumbre de no saber que habrá después de la muerte, relacionada con la duda en las propias creencias:

“Miedo por no saber que habrá después de la muerte”.

“El pensar en mi propia muerte todavía me angustia porque aún existe inquietud que pasa por mi cabeza, cómo puede ser, qué habrá..., o si hay algo después de la muerte”.

Asimismo, se detectó un sentimiento de angustia que rodea el desconocimiento de la experiencia de la muerte, por no saber qué pasará, cuándo y cómo moriremos. Y fue en este punto donde muchos de los encuestados reconocieron tener miedo ante el proceso de la muerte, referido no solo al padecimiento físico o emocional, sino también a las condiciones del entorno que rodean al moribundo:

“Lo único que me preocupa es el dolor, inmovilidad o estado de coma que pueda sufrir antes de mi muerte”.

“No tengo miedo a la muerte, sino al proceso de morir, no quiero sufrir, ni morir sola, me da igual de qué muera siempre que en el proceso me acompañen mis seres queridos”.

“Me produce ansiedad no saber cuándo moriré”.

-Dejar todo hecho, cumplir las metas.

Algunas de las citas recogidas, hicieron referencia a la importancia de lograr sus metas y disfrutar de todas las experiencias que desean vivir antes de la muerte. Esto es, una muerte sin dejar asuntos pendientes:

“Mi muerte despierta intranquilidad en el sentido de poder realizar todas las cosas que me gustaría antes de morir”.

“Mi muerte o pensar en ella, despierta pensamientos de duda, en pensar si seré capaz de cuando suceda haber cumplido con todas las metas de mi vida”.

No obstante, también se encontraron opiniones de un pequeño grupo de participantes a los que el pensamiento de su muerte les provocó una reflexión sobre la importancia de aprovechar la vida y disfrutar del tiempo vivido.

“El pensamiento de mi muerte me genera felicidad por el tiempo vivido”.

“Ganas de vivir y no obsesionarme con mi muerte. Hay que aprovechar el proceso de vida”.

-Finitud.

El sentido de finitud, también estuvo presente en las palabras de los estudiantes. Dejar de pensar, de existir, les aterraba:

“Me da miedo, sobre todo el hecho de dejar de existir y por lo tanto de pensar”.

“Me da miedo, me asusta la idea que no sentir, no ver, no escuchar, no poder compartir e interactuar con tus amigos y familiares, miedo de no ser nada”.

-Aceptación de la muerte.

A pesar de todos los miedos que genera pensar en la muerte, fueron muchas las citas relativas a la aceptación de la propia muerte como un hecho natural, aunque muchos añadieron como condicionante el tiempo, pues la suponen como algo que ocurrirá en el futuro:

“A largo plazo, lo asumo perfectamente, es ley de vida”.

“Mi muerte no me preocupa, es algo que tengo asumido que sucederá”.

Creencias sobre lo que ocurrirá físicamente muriendo y una vez muerto

En referencia a la pregunta “Anota tan específicamente como puedas lo que crees que te va a pasar físicamente

cuando estés muriendo y una vez que ya estés físicamente muerto”, ha sido necesario hacer una distinción entre las dos situaciones planteadas (estar muriendo y estar muerto) para abordar el análisis de la información.

Creencias sobre estar muriendo físicamente**- Descripción física del proceso de muerte.**

Las respuestas de los participantes con respecto a la descripción de la situación durante el proceso de morir mostraron una amplia variedad de percepciones así como signos y síntomas físicos que pueden ocurrir. Uno de los estados físicos más señalados fue el fallo de los órganos vitales (14.17%), seguido muy de cerca de la debilidad (12.9%), el dolor (11.81%), la parada cardiorrespiratoria (8.66%) y la pérdida de conciencia (6.69%).

Algunos estudiantes lo explicaron mediante la metáfora de *apagarse*:

“Poco a poco, progresivamente voy a ir apagándome”.

“No hará falta respirar, ni pensar, poco a poco, como una máquina que se queda sin batería, me iré apagando hasta que todo se quede oscuro”.

- Sentimientos en el momento de morir.

Algunos participantes al responder a lo que creían que les pasaría físicamente cuando estuvieran muriendo, se refirieron también a los sentimientos o las emociones que sentirían durante su muerte. Los términos más utilizados fueron palabras como angustia (18.75%), ansiedad (12.5%), tristeza (10.42%) y la conciencia de la propia muerte (10.42%) reflejada en citas como la siguiente:

“Cuando te estés muriendo pienso que te vas haciendo poco a poco a la idea de que te vas a morir”.

Comparados estos resultados atendiendo a los datos sociodemográficos recogidos, las diferencias en los porcentajes fueron mínimas, por lo que no merecen ser señaladas.

Creencias ante estar físicamente muerto

Se extrajeron dos tipos de códigos: i) relativos a cualidades relacionadas con el cadáver: atributos de la descomposición del cuerpo, atributos físicos y atributos espirituales (ver Figura 1), y ii) códigos relativos a cualidades y actitudes personales: las creencias, la negación y las preferencias (ver Tabla 4).

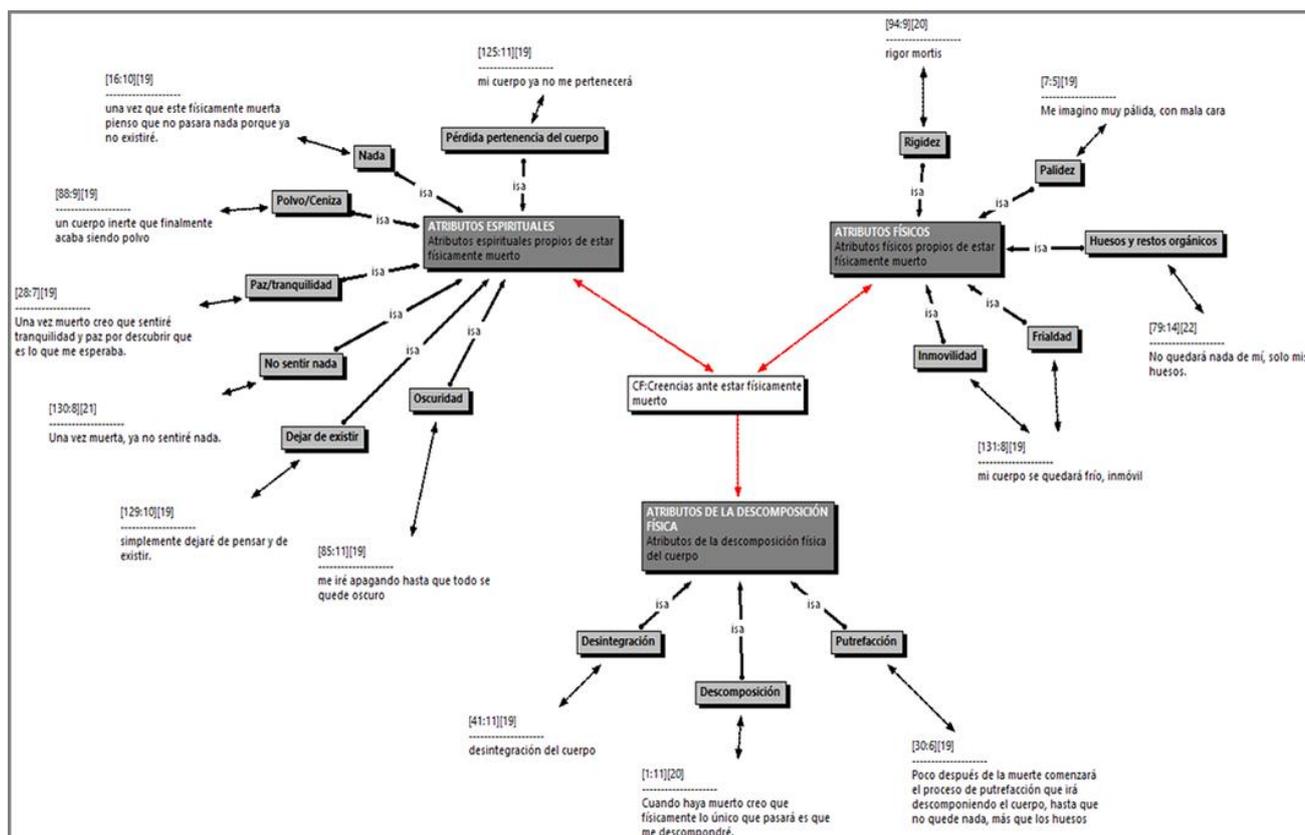


Figura 1. Opinión general sobre atributos propios de estar físicamente muerto.

- Atributos de la descomposición del cuerpo, atributos físicos y atributos espirituales.

La mayoría de las citas recogidas hicieron referencia a los atributos espirituales siendo en los hombres más empleadas que en las mujeres. Con respecto a la edad, el porcentaje de atributos espirituales es mayor en los menores de 26 años.

La experiencia previa personal parece influir en un aumento de las citas referentes a los atributos espirituales tanto en el caso de familiares moribundos como con enfermedad grave. Los participantes con experiencia previa profesional se refirieron de forma masiva a los atributos de la descomposición cuando se trató del paciente moribundo, y de forma compartida con atributos espirituales cuando se trató del paciente gravemente enfermo. (Tabla 4).

Los atributos de la descomposición física se refirieron a la descomposición, putrefacción y desintegración del cadáver tras la muerte, los atributos físicos a cualidades propias del cadáver como frialdad, palidez, rigidez o rigor mortis e inmovilidad; y los atributos espirituales a calificativos existenciales como no sentir nada, oscuridad, o simplemente “nada”. (Figura 1)

Cualidades y Actitudes personales: Creencias, negación y preferencias

En relación a las creencias, el 50% de las citas se refieren a dudas con respecto a la creencia en una vida después de la muerte:

“Tampoco sé si después de la muerte habrá algo, pero lo espero”.

El 22.2% sin embargo manifestaron no tener creencias en el más allá:

“Yo lo entiendo simplemente como un final, no creo en una vida después de la muerte”.

El resto de las citas fueron manifestaciones de creencias personales no relacionadas con la religión:

“Polvo eres y en polvo te convertirás”.

“Todas las emociones, pensamientos y sentimientos desaparecerán, es un adiós al alma”.

En cuanto a la negación de la muerte, aproximadamente el 71.43% de las citas relacionadas con este aspecto (n: 35) se refirieron al hecho de evitar pensar en la muerte:

“Me entra muchísima ansiedad, evito no pensarlo pues cuando lo hago tengo problemas para dormir y concentrarme en otros aspectos”.

Sin embargo, también se encontraron expresiones de indiferencia o duda:

“No me preocupa demasiado como morir”.

“Sinceramente no puedo imaginar el momento en el que esté muriendo o cuando ya haya muerto”.

Otro aspecto de especial relevancia fue la referencia a las preferencias (n: 70), expresado bajo el modo de su predilección

por la incineración (35.7%) o el enterramiento (7.14%), la donación de órganos (8.57%) y morir rodeado de los seres queridos (7.14%).

El tratamiento del cuerpo una vez muerto, es decir ser incinerado o enterrado, fue señalado por los hombres, mientras que las mujeres se refirieron en mayor medida a las condiciones deseables durante el proceso de morir como morir sin dolor, sin sufrimiento, de forma rápida y/o rodeado de la familia.

El deseo vital más expresado en todos los rangos de edad fue la incineración. Este se hizo más presente en aquellos con experiencia junto con el deseo de morir rodeado de los seres queridos y de poder despedirse de ellos antes de morir.

Tabla 4. Distribución por sexos, rangos de edad, experiencia personal y profesional en el cuidado de pacientes moribundos y/o con enfermedades graves, de las citas referidas a las creencias ante estar físicamente muerto (n=308 citas).

| | SEXO | | EDAD | | | EXPERIENCIA PERSONAL | | | | EXPERIENCIA PROFESIONAL | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|----------------------------|-----------|-----------------------------------|-----------|
| | Mujer | Varón | ≤20 años | 21-25 años | ≥26 años | Cuidado familiar moribundo | | Cuidado familiar enfermedad grave | | Cuidado paciente moribundo | | Cuidado paciente enfermedad grave | |
| Creencias ante estar físicamente muerto | [237] | [71] | [146] | [126] | [36] | Si [80] | No [228] | Si [110] | No [198] | Si [6] | No [302] | Si [13] | No [295] |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) |
| Atributos descomposición | 47 (19.8) | 10 (14.1) | 27 (18.5) | 24 (19) | 6 (16.7) | 17 (21.2) | 40 (17.5) | 18 (16.4) | 39 (19.7) | 4 (66.7) | 53 (17.5) | 5 (38.5) | 52 (17.6) |
| Atributos físicos | 37 (15.6) | 2 (2.8) | 21 (14.4) | 13 (10.3) | 5 (13.9) | 11 (13.7) | 28 (12.3) | 11 (10) | 28 (14.1) | 0 (0) | 39 (12.9) | 1 (7.7) | 38 (12.9) |
| Atributos espirituales | 67 (28.3) | 22 (31) | 41 (28.1) | 42 (33.3) | 5 (16.7) | 27 (33.7) | 62 (27.2) | 37 (33.6) | 52 (26.3) | 1 (16.7) | 88 (29.1) | 4(30.8) | 85 (28.8) |
| Creencias | 13 (5.5) | 5 (7) | 6 (4.1) | 7 (5.6) | 3 (8.3) | 9 (11.2) | 9 (3.9) | 6 (5.4) | 12 (6.1) | 1 (16.7) | 17 (5.6) | 1 (7.7) | 17 (5.8) |
| Negación | 28 (11.8) | 7 (9.9) | 18 (12.3) | 14 (11.1) | 5 (13.9) | 6 (7.5) | 29 (12.7) | 14 (12.7) | 21 (10.6) | 0 (0) | 35 (11.6) | 0 (0) | 35 (11.9) |
| Preferencias | 45 (19) | 25 (35.2) | 33 (22.6) | 26 (20.6) | 11 (30.6) | 10 (12.5) | 60 (26.3) | 24 (21.8) | 46 (23.2) | 0 (0) | 70 (23.2) | 2 (15.4) | 68 (23) |

[n° total de citas] (%) Porcentaje de citas de cada una de las emociones

Discusión

El objetivo de la presente investigación fue describir en profundidad las principales respuestas asociadas al pensamiento sobre la propia muerte y las situaciones de estar muriendo en población joven. La experiencia de provocar el pensamiento intrusivo sobre la propia muerte en un grupo de jóvenes ha reportado un conocimiento de la representación mental de la muerte y el morir, expresado en primera persona, que puede ser considerado como representativo del estado de la cuestión, o estado basal, en el nivel experiencial. El análisis de las narraciones evocadas por el pensamiento sobre la propia muerte, han mostrado que el miedo a morir, el dolor de pensar en la propia muerte, la angustia y la tristeza, así como el sufrimiento relacionado con lo que se pierde o se deja, configuran las principales características de las emociones asociadas a la propia muerte. Las creencias asociadas a los dos estados sobre los que se les preguntaba, estar (físicamente) muriendo y estar físicamente muerto, se han caracterizado por presentarse mezcladas, incluyendo condiciones puramente físicas junto a emociones y sentimientos. En sus expresiones sobre lo que creen que les va a pasar físicamente no pudieron obviar lo que sienten o creen que van a sentir.

Los resultados obtenidos con respecto a las emociones del pensamiento de la propia muerte coinciden con lo en-

contrado el estudio de Kastbaum y Heflick (2011). Estos autores destacaron el rol de la ansiedad y la tristeza como principales respuestas. En el presente estudio, junto con estas dos emociones se han observado matices de las mismas, estando el discurso de los participantes marcado por la angustia, el miedo, el dolor, o la incertidumbre, siendo los términos más utilizados para referirse al estado emocional que les evoca.

En ambos casos, las mujeres emplearon más los términos relacionados con la angustia, la tristeza y la incertidumbre (ansiedad, preocupación y sensación de desconcierto). Sin embargo en el caso de los hombres, los datos difieren, ya que en nuestro estudio se expresan en mayor medida en términos de ansiedad y soledad, sin hacer referencia mayoritariamente del uso de términos relacionados con el distanciamiento de la muerte presentes en el estudio de Kastbaum y Heflick (2011), donde usan términos que los alejen más de la idea, como por ejemplo repuestas apáticas del tipo "no me importa".

Las diferencias en los sustantivos señalados por hombres y por mujeres se pueden interpretar como matices expresivos del género, sin embargo, en nuestro trabajo, los sustantivos más empleados tanto por hombres como por mujeres, fueron primero miedo y segundo dolor, y en el de Kastbaum y Heflick (2011) primero ansiedad para las mujeres y tristeza

para los hombres, y a la inversa los empleados en segundo lugar. Otras investigaciones, empleando medidas cuantitativas, también encuentran que las mujeres sienten una mayor ansiedad ante la muerte que los hombres (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Probablemente estas diferencias se relacionen con las diferentes metodologías utilizadas por unos y otros estudios, y en este sentido no sean comparables los resultados de la expresión abierta de las emociones con los de otros estudios que utilizan cuestionarios específicos (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). En este sentido, al expresarse en términos de experiencias y emociones personales es posible que las respuestas dependen más de las propias visiones del mundo y de los valores de cada cual (Chocarro-González, 2010) que del género de los participantes.

Por otro lado, para interpretar la influencia de la edad en las respuestas de los participantes es necesario tener en cuenta que en el 87% de los casos eran jóvenes que no sobrepasaban los 25 años, de manera que los resultados están condicionados por esta circunstancia. En este sentido, se puede considerar que respondieron de un modo lógico, esto es, que los sujetos más jóvenes se refirieron en mayor medida a la inseguridad ante la muerte y la lejanía de la misma, de acuerdo con los valores culturales de nuestra sociedad, donde la muerte es considerada como “ley de vida” o como un “proceso natural” que ocurre a las personas mayores (Chocarro-González et al., 2012). Además se encontraron un mayor número de referencias al miedo y la ansiedad en los estudiantes de menor edad, al igual que han reflejado otros estudios (Edo-Gual et al., 2011, Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas, y Gómez-Benito, 2010; Lyke, 2013), ya que, según parece, la edad proporciona una mayor experiencia en pérdidas y circunstancias vitales desagradables, lo que permite el desarrollo de estrategias de afrontamiento más eficaces para disminuir los sentimientos de ansiedad y miedo.

Muchos de los estudiantes también expresaron algunas de sus preocupaciones con respecto al momento de su propia muerte, que coinciden con lo señalado en otros estudios. Entre los temas más recurrentes destacan: el miedo a no poder cumplir los objetivos o metas propuestos antes de morir (Kastenbaum y Heflick, 2011; Liu et al., 2011); y la importancia que conceden a la familia, muy presente en sus narraciones, tanto por la tristeza que les ocasiona dejar de disfrutar de ellos tras la muerte (Liu et al., 2011; Shih, Gau, Lin, Pong, y Lin, et al., 2006) como por la preocupación por el afrontamiento familiar (Kastenbaum y Heflick, 2011), es decir por el duelo que supondría en los demás la muerte propia. Es interesante señalar cómo estas preocupaciones tienen una gran similitud con las preocupaciones manifestadas por pacientes en estado de enfermedad terminal avanzada. El estudio de Montoya-Juárez et al. (2013) puso de relevancia diferentes respuestas emocionales de estos pacientes, que procedían del mismo entorno cultural que los participantes del presente estudio. Ellos expresaron la preocupación por los “asuntos pendientes” que dejaban, la mayoría de las veces relacionados con el futuro de sus familiares. Asimismo se en-

contraron preocupaciones similares en otros estudios (Baile, Palmer, Bruera, y Parker, 2010; Ryan, 2005), y en la guía “*Cuando el final de la vida se acerca*” de la American Cancer Society (2014). La similitud de algunos de estos pensamientos ante la propia muerte en contextos culturales diferentes, puede ser indicativa de una concepción de la muerte y el morir compartida y generalizada en sociedades desarrolladas como ya señalaron autores clásicos como Louis-Vicent Thomas (1983) y Philippe Ariès (2005).

Aunque también es posible que lo generalizado sea el origen emocional, en el sentido en que lo expresa Izard (2009) cuando desarrolla el concepto de esquema emocional. El término esquema emocional se refiere a la emoción en interacción dinámica con procesos perceptuales y cognitivos que influyen sobre la mente y la conducta, que son elicitados por procesos de activación, pero también de imágenes, recuerdos y pensamientos y son influenciados por las diferencias individuales, el aprendizaje y el contexto cultural y social (Zerpa, 2009). Este esquema podría explicar un estado emocional específico, inscrito en el cerebro, a partir de la relación de una emoción básica y la autoconciencia o conciencia de sí mismo (Damasio, 2005), que se expresa según el contexto sociocultural. Estudios previos han encontrado la existencia de un esquema emocional específico para imágenes de muerte (Martí-García et al., 2014). En este caso nos encontramos con el poder elicitador de las preguntas de la MS y con un contexto particular en el que el aprendizaje podría modular las percepciones de nuestros participantes a través de una formación específica. En este estudio, se aporta un nuevo enfoque y metodología que podría emplearse para controlar dichas diferencias en futuros estudios.

Otro de los temas recurrentes en las narraciones fue la incertidumbre generalizada por el hecho de no saber qué pasará después de morir. Este es uno de los principales efectos en los estudios de MS, ya que el recordatorio de la muerte además de evocar nuestro miedo a la muerte, eleva la incertidumbre existencial relacionada con el qué ocurrirá después de morir (Van des Bos, 2009).

Al igual que en estudios previos (Chocarro-González et al., 2012) aparecen aspectos que tienen que ver con la negación de la muerte, entendida en este caso como una evitación del pensamiento de la muerte o una imposibilidad de imaginar cualquier aspecto relacionado con ella. En las narraciones de aquellos participantes capaces de describir su muerte, aparece frecuentemente la expresión de sus deseos en el momento de morir y una vez muertos, aprovechando la oportunidad que les brinda el estudio para dejar constar sus preferencias. Entre éstas se encuentra el deseo de morir en su domicilio, la donación de órganos, no alargar la vida con procedimientos innecesarios y ser incinerado después de morir, muchos de ellos recogidos en estudios previos sobre decisiones al final de la vida en población española (Wanden-Berghe, Guardiola-Wanden-Berghe y Sanz-Valero, 2009).

Por último, y aunque la experiencia previa con procesos fin de vida sólo se evaluó mediante la experiencia en el cuidado de personas o familiares con enfermedad grave y/o

moribundos, destaca un aumento en las citas referidas a las emociones más prevalentes como la angustia o el dolor, en aquellas personas con experiencia previa familiar, no siendo así en el caso del miedo, que no aparece cuando hay experiencia profesional en el cuidado del paciente moribundo, y la tristeza, que en general no refleja un aumento significativo en las narraciones.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados, parece que las emociones, los pensamientos y las creencias ofrecen los elementos necesarios sobre los que construir conocimientos y orientar programas formativos de Ciencias de la Salud, dónde se trabaje con la concepción de la muerte, tanto de uno mismo como de los demás. Diversos estudios han mostrado cómo el entrenamiento en habilidades de comunicación y en cuidados paliativos produce una disminución significativa de los niveles de ansiedad ante la muerte (Schmidt-Rio Valle et al., 2012) o una valoración emocional diferente de aquellos estímulos emocionales directamente relacionados con la muerte (Martí-García et al., 2014).

En este sentido, parece justificado considerar la necesidad de incorporar la gestión de las emociones, mediante las estrategias propias de la Inteligencia Emocional, en la formación de los estudiantes y de los profesionales, como manera de reconocer los propios sentimientos, los sentimientos de los demás, estar motivado y manejar adecuadamente las relaciones con los demás y con uno mismo. En estas profesiones el manejo de la empatía, entendida como la capacidad de captar los estados emocionales de los demás que permite reaccionar de forma apropiada socialmente, ocupa un papel central. (Sánchez Rueda, 2014; Pineda Galán, 2012).

Finalmente, esta investigación presenta una serie de puntos fuertes y limitaciones. Este es uno de los pocos estudios donde se realiza un análisis cualitativo en profundidad sobre las emociones de los estudiantes de Ciencias de la Salud con

respecto al tema de la muerte utilizando metodología basada en el paradigma de la MS. Así mismo, los análisis empleados han permitido obtener una riqueza en cuanto a las expresiones y las emociones que no hemos encontrados en estudios previos. Sin embargo, durante el análisis de los datos encontramos una limitación importante a la hora de diferenciar en la narración si lo que dicen sentir es lo que creen que sentirán cuando estén en la situación o, por el contrario, es lo que están sintiendo al pensar en la situación, por lo que debe de ser tomado en cuenta a la hora de generalizar los resultados. Del mismo modo, en la presente investigación no es posible precisar características de la experiencia personal y/o profesional de los participantes más allá de que esta experiencia se refiera a familiares/pacientes moribundos o a familiares/pacientes con enfermedades graves. No se requirió ninguna otra información para evitar movilizar recuerdos y mantener las condiciones de neutralidad que se buscaban. Sin embargo, era importante conocer la experiencia previa de los participantes al tratarse de un muestreo intencional, basado en la voluntariedad, lo que podría ser un sesgo de participación.

En conclusión, el cuestionario de MS ha sido un instrumento útil para conocer las respuestas ante el pensamiento intrusivo sobre la propia muerte en jóvenes estudiantes. Entre las principales emociones asociadas al pensamiento sobre la propia muerte han destacado el miedo a morir, el dolor de pensar en la propia muerte, la angustia, la tristeza y el sufrimiento relacionado con lo que se pierde o se deja. El efecto del sexo, la edad y la experiencia previa ha determinado en parte la variabilidad en las respuestas evocadas, sin embargo, respuestas más elaboradas como las creencias, parecen depender más de la propia visión del mundo y de los valores de cada persona.

Referencias

- American Cancer Society. *Cuando el final de la vida se acerca* [en línea] Copyright American Cancer Society, 2014. [Fecha de consulta: 21 Diciembre 2015] Disponible en: <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002900.pdf.pdf>>
- Amezcuza, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 423-36
- Ariès, P. (2005) *Historia de la muerte en occidente: desde la edad media hasta nuestros días*. 3ª ed. Barcelona: El acantilado
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Baile, W. F., Palmer, J. L., Bruera, E., & Parker, P. A. (2011). Assessment of palliative care cancer patients' most important concerns. *Supportive Care in Cancer*, 19(4), 475-481. doi: 10.1007/s00520-010-0839-4.
- Becker, E. (2003). *La negación de la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Burgin, C. J., Sanders, M. A., Vandellen, M. R., & Martin, L. L. (2012). Breaking apart the typical mortality salience manipulation: Two questions, two outcomes. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 521-532. doi: 10.1002/ejsp.1845
- Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195. doi: 10.1177/1088868309352321
- Chocarro-González, L. (2010). *Representación social de la muerte entre los profesionales sanitarios: una aproximación psicosociológica desde el análisis del discurso*. [Tesis Doctoral]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología Departamento de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid. Madrid. Disponible en: <http://eprints.ucm.es/11998/1/T32597.pdf>
- Chocarro-González, L., González-Fernández, R., Salvadores-Fuentes, P., & Venturi-Medina, C. (2012). Negación de la muerte y su repercusión en los cuidados. *Medicina paliativa*, 19(7), 148-54
- Chow, A. Y. M. (2013). Developing emotional competence of social workers of end-of-life and bereavement care. *British Journal of Social Work*, 43(2), 373-393. doi: 10.1093/bjsw/bct030
- Cruz-Quintana F. (2007). Miedo a la muerte. En Álava M.J. (Coord) *Enciclopedia de la Psicología. La Psicología que nos Ayuda a Vivir* (913-938). Madrid: La Esfera de los Libros.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- Denzin, N. K. (1989). *The Research Act*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall
- Dunne, S., Gallagher, P., & Matthews, A. (2015). Existential threat or dissociative response? Examining defensive avoidance of point-of-care testing devices through a terror management theory framework. *Death studies*, 39(1), 30-38. DOI:10.1080/07481187.2014.885469

- Flick, U. (1992). Triangulation Revisited: Strategy of or alternative to validation of qualitative data. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 22, 175-197. doi: 10.1111/j.1468-5914.1992.tb00215.x
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387-411. doi:10.1080/074811899200920
- Gual, M., Sábado, J., & Aradilla, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16, 177-88.
- Hohman, Z. P., & Hogg, M. A. (2011). Fear and uncertainty in the face of death: The role of life after death in group identification. *European Journal of Social Psychology*, 41(6), 751-760. doi: 10.1002/ejsp.818
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: Highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual review of psychology*, 60, 1-25. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163539
- Kastenbaum, R., & Heflick, N. A. (2011). Sad to say: is it time for Sorrow Management Theory? *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 62(4), 305-327. doi: 10.2190/OM.62.4.a
- Lester, D., Templer, D. I., & Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: A brief note. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54(3), 255-260. DOI:10.1080/07481187.2011.583200
- Limonero, J.T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 16(2-3), 177-88.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Londres: Sage
- Liu, Y. C., Su, P. Y., Chen, C. H., Chiang, H. H., Wang, K. Y., & Tzeng, W. C. (2011). Facing death, facing self: nursing students' emotional reactions during an experiential workshop on life-and-death issues. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 856-863. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03545.x
- Lyke, J. (2013). Associations among aspects of meaning in life and death anxiety in young adults. *Death studies*, 37(5), 471-482. doi:10.1080/07481187.2011.649939
- Martí-García, C., García-Caro, M. P., Schmidt-Riovalle, J., Fernández-Alcántara, M., Montoya-Juárez, R., & Cruz-Quintana, F. (2014). Formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. *Medicina Paliativa*, doi:10.1016/j.medipa.2013.12.007
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: *Qualitative Social Research*, 1(2). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Mason, S. R., & Ellershaw, J. E. (2010). Undergraduate training in palliative medicine: Is more necessarily better? *Palliative Medicine*, 24(3), 306-309. doi: 10.1177/0269216309351867
- Montoya-Juarez, R., Garcia-Caro, M. P., Campos-Calderón, C., Schmidt-RioValle, J., Gomez-Chica, A., Martí-García, C., & Cruz-Quintana, F. (2013). Psychological responses of terminally ill patients who are experiencing suffering: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 53-62. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.016
- Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Neimeyer, R. A. (2005). From death anxiety to meaning making at the end of life: Recommendations for psychological assessment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 354-357. doi: 10.1093/clipsy.bpi036
- Neimeyer, R. A., Currier, J. M., Coleman, R., Tomer, A., & Samuel, E. (2011). Confronting suffering and death at the end of life: The impact of religiosity, psychosocial factors, and life regret among hospice patients. *Death Studies*, 35(9), 777-800. doi:10.1080/07481187.2011.583200
- Pineda Galán, C. (2012). *Inteligencia Emocional y Bienestar Personal en estudiantes universitarios en ciencias de la salud*. Tesis Doctoral. Universidad de Málaga. Disponible en <http://riuma.uma.es/xmlui/browse?value=Pineda%20Gal%C3%A1n,%20Consolaci%C3%B3n&type=author#sthash.710B3ffc.dpuf>
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., & Maxfield, M. (2006). On the unique psychological import of the human awareness of mortality: Theme and variations. *Psychological Inquiry*, 17(4), 328-356. doi:10.1080/10478400701369542
- Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty Years of Terror Management Theory: From Genesis to Revelation. *Advances in Experimental Social Psychology*. doi:10.1016/bs.aesp.2015.03.001
- Rosenblatt, A., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Lyon, D. (1989). Evidence for terror management theory: I. The effects of mortality salience on reactions to those who violate or uphold cultural values. *Journal of personality and social psychology*, 57(4), 681. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.57.4.681>
- Routledge, C., Juhl, J., & Vess, M. (2013). Mortality salience increases death-anxiety for individuals low in personal need for structure. *Motivation and Emotion*, 37(2), 303-307. doi: 10.1007/s11031-012-9313-6
- Ryan, P.Y. (2005). Approaching death: a phenomenological study of five older adults with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, 1101-1108. doi: 10.1188/05.ONF.1101-1108
- Sánchez Rueda, G. (2014) *Las emociones en la práctica enfermera*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en <http://hdl.handle.net/10803/284050>
- Schillerstrom, J. E., Sanchez-Reilly, S., & O'Donnell, L. (2012). Improving student comfort with death and dying discussions through facilitated family encounters. *Academic Psychiatry*, 36(3), 188-190. doi: 10.1176/appi.ap.10020032
- Shih, F. J., Gau, M. L., Lin, Y. S., Pong, S. J., & Lin, H. R. (2006). Death and help expected from nurses when dying. *Nursing Ethics*, 13(4), 360-375. doi: 10.1191/0969733006ne8810a
- Schmidt-RioValle, J., Montoya-Juárez, R., Campos-Calderon, C. P., García-Caro, M. P., Prados-Peña, D., & Cruz-Quintana, F. (2012). Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa*, 19(3), 113-120.
- Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., . . . Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale-extended. *Omega: Journal of Death and Dying*, 53(3), 209-226. doi: 10.2190/BQFP-9ULN-NULY-4JDR
- Thomas, L.V. (1983). *Antropología de la muerte*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica
- Tomás-Sábado, J., & Benito, J. G. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 257-279.
- van den Bos, K. (2009). Making sense of life: The existential self trying to deal with personal uncertainty. *Psychological Inquiry*, 20(4), 197-217. doi:10.1080/10478400903333411
- Wanden-Berghe, C., Guardiola-Wanden-Berghe, R., & Sanz-Valero, J. (2009). Voluntades de la población sobre los cuidados y decisiones al final de la vida. *Nutrición Hospitalaria*, 24(6), 732-737.
- Zerpa, C. E. (2009). Sistemas emocionales y la tradición evolucionaria en psicología. *Summa Psicológica UST*, 6(1), 113-123.

(Artículo recibido: 18-01-2016; revisado: 08-04-2016; aceptado: 26-04-2016)