

## ORIGINAL

# Aceptación de la muerte y su deshospitalización



L. Llobet Vila<sup>a,\*</sup>, J. Manuel Carmona Segado<sup>a</sup>, I. Martínez Díaz<sup>a</sup>, C. Martí Martínez<sup>b</sup>,  
C. Soldado Ordoñez<sup>a</sup> y J. María Manresa Domínguez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Medicina familiar y comunitaria, EAP Castellar del Vallès-Sant Llorenç, Institut Català de la Salut (ICS), Castellar del Vallès, Barcelona, España

<sup>b</sup> Medicina familiar y comunitaria, EAP Polinyà-Sentmenat, Institut Català de la Salut (ICS), Polinyà, Barcelona, España

<sup>c</sup> Técnico de salud, Unidad de Soporte a la Recerca Metropolitana Nord, IDIAP Jordi Gol, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

Recibido el 27 de junio de 2019; aceptado el 22 de octubre de 2019

Disponible en Internet el 1 de enero de 2020

### PALABRAS CLAVE

Actitud frente a la muerte;  
Envejecimiento saludable;  
Preferencias del paciente;  
Lugar de la muerte;  
Adulto mayor;  
Anciano de 80 o más años

### Resumen

**Introducción:** La muerte forma parte de la vida. La conciencia de que la muerte es inevitable puede causar trastornos mentales.

**Objetivo:** Determinar el nivel de ansiedad frente a la muerte en la gente mayor y su relación con la edad, el género, los aspectos sociales, la actividad física, el ocio, la autoestima, la religión y la enfermedad avanzada. Conocer sus preferencias respecto el lugar donde quieren morir.

**Material y método:** Estudio observacional transversal. Entrevista estructurada y escala ansiedad frente la muerte Templer a 300 participantes sin diagnóstico de demencia seleccionados aleatoriamente entre población  $\geq 75$  años en cuatro centros de atención primaria.

**Resultados:** Un total de 288 entrevistas. Edad media 84,8 (DE: 15,2) años, 147 (51,0%)  $> 85$  años y 148 (51,4%) mujeres. El grado de ansiedad media-alta en la DAS fue mayor en las mujeres (50-39,6%;  $p=0,030$ ), en los que no realizaban actividad física (68-26,4%;  $p<0,001$ ), en los que no hacían actividades de ocio (63,5-41,7%;  $p=0,007$ ), en los pacientes con ánimo deprimido (60,4-41,6%;  $p<0,008$ ) y en los pacientes sin enfermedad crónica avanzada (48,3-35,8%;  $p=0,036$ ). La actividad física redujo 5,3 veces el riesgo de presentar ansiedad media/alta ( $OR=0,188$ ;  $p<0,001$ ) y el cribado positivo para depresión la aumentó 2,9 veces ( $OR=2,943$ ;  $p=0,014$ ). Un total de 255 (88,5%) afirmaron tener miedo a una muerte dolorosa; 177 (61,5%) prefieren morir en casa y 28 (9,7%) en el hospital.

**Conclusiones:** La gente mayor tiene miedo a sufrir una muerte dolorosa, aunque en general presenta niveles medios-bajos de ansiedad frente a ella. El género masculino y realizar actividades físicas/ocio se asocian a niveles más bajos de ansiedad. La enfermedad crónica avanzada

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [llobetvila@gmail.com](mailto:llobetvila@gmail.com) (L. Llobet Vila).

produce mayor aceptación de la muerte. Predomina el deseo de morir en casa y deshospitalizar la muerte.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Death attitude;  
Healthy aging;  
Patient preference;  
Place of death;  
Aged;  
Oldest old

## Acceptance Of Death And Its Dehospitalisation

### Abstract

*Introduction:* Death is part of life. The awareness that death is inevitable could be the cause of mental disorders.

*Objective:* To determine the level of death anxiety in old people as regards age, gender, social aspects, physical and leisure activities, self-esteem, religion or advanced disease, as well as their preferences on the place where they want to die.

*Material and method:* Cross-sectional observational study. Face-to-face interviews and Death Anxiety Scale (DAS) of Templer on 300 patients over 75 years-old without a diagnosis of dementia, selected randomly in four health centres.

*Results:* A total of 288 surveys were completed. The mean age was 84.8 (15.2) years, and 147 (51.0%) were older than 85 years. The score of medium-high anxiety observed in the DAS was higher in women (50%-39.6%;  $P = .030$ ), in those who did not perform physical activity (68%-26.4%;  $P < .001$ ), in those who did not take part in leisure activities (63.5%-41.7%;  $P = .007$ ), in patients with depressed mood (60.4%-41.6%;  $P < .008$ ), and in patients without advanced disease (48.3%-35.8%;  $P = .036$ ). The fear of having a painful death was present in 255 (88.5%). Physical activity reduced the risk of medium-high anxiety by 5.3 times ( $OR = .188$ ,  $P < .001$ ), and screening positive for depression increased it by 2.9 times ( $OR = 2.943$ ,  $P = .014$ ). As regards the place where they would prefer to die, 177 (61.5%) answered «at home», and 28 (9.7%) «in the hospital.»

*Conclusions:* Older people do fear a painful death, but they are not really afraid of dying. Male gender and performing physical or leisure activities is related to low levels of death anxiety. Advanced disease leads to greater acceptance of the end of life. The desire to die at home, and to «dehospitalise» the death prevails.

© 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La muerte forma parte de la vida. Al ser desconocida, impredecible e inevitable genera miedo por sí misma, traduciendo muchas veces en fuente de ansiedad<sup>1</sup>. Hace años, la esperanza de vida era más corta y la gente recibía la muerte con más resignación que actualmente<sup>2</sup>. A menudo la sociedad considera la muerte como el fracaso o el enemigo a combatir, y esta «lucha contra la enfermedad» favorece la falta de aceptación de la muerte como una consecuencia natural y pacífica de la vida<sup>3</sup>. Hoy en día la muerte sigue siendo un tema tabú, y sorprende que en un contexto clínico, donde profesionalmente nos movemos entre la enfermedad, la salud, la prevención y la muerte, hablemos tan poco de esta última con los pacientes<sup>4</sup>. En las últimas tres décadas la Teoría de la Gestión del Terror (*Terror Management Theory* [TMT]) ha sido el enfoque teórico central que subyace a la investigación sobre el impacto de la ansiedad frente a la muerte en una amplia gama de fenómenos<sup>5</sup>. Esta teoría propone que los instintos humanos innatos de supervivencia, junto con la conciencia de que la muerte es inevitable,

pueden producir un terror abrumador que podría explicar diversas áreas del comportamiento humano<sup>6</sup>. Se ha argumentado en diferentes estudios que este miedo racional a la inmortalidad sustenta varias enfermedades mentales, como el trastorno por ansiedad generalizada, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno depresivo, la hipocondría y varias fobias específicas<sup>7,8</sup>, y que las terapias cognitivo-conductuales para tratar este miedo consiguen una mejora clínica de los síntomas mentales<sup>6</sup>. Conversar sobre la muerte en general nos incomoda, pero hacerlo con normalidad puede mejorar el vínculo paciente/médico<sup>4</sup>.

Por otro lado, hoy día asistimos a un desmesurado desplazamiento institucional de la muerte en los hospitales, y esta realidad creciente no siempre coincide con lo que el paciente desea<sup>9</sup>.

Nuestra pretensión sería explorar el grado de ansiedad ante la muerte como un determinante de salud en la gente mayor. Que el malestar psíquico sea consecuencia de la ansiedad ante la muerte —o al revés— será difícil de demostrar, dado que el origen de una salud mental alterada es multifactorial.

Si nos atenemos a la bibliografía consultada, el miedo ante la muerte en la gente mayor parece estar poco considerada en la atención primaria.

El objetivo del estudio es evaluar la preocupación por la muerte y las preferencias respecto a dónde morir en la madurez media (75-84 años) y en la madurez tardía ( $\geq 85$  años), relacionándolo con diferentes factores, como género, cronicidad compleja, ejercicio, ocio, ánimo, autoestima, estado social y religión.

## Material y métodos

### Diseño

Estudio observacional transversal.

### Población de estudio

Población  $\geq 75$  años adscritos en el área de influencia de cuatro centros semirurales de atención primaria (Castellar del Vallés, Polinyà, Sentmenat y Sant Llorenç Savall) en las que 21 facultativos atienden un total de 42.186 personas, de las cuales 2.012 son  $\geq 75-84$  años y 1.041  $\geq 85$  años.

### Criterios de inclusión

- Tener  $\geq 75$  años.
- Firmar el consentimiento informado.

### Criterios de exclusión

- Diagnóstico de demencia registrado en la historia clínica.

### Obtención de la muestra

De los 15 facultativos que accedieron a participar, se obtuvo un listado de sus pacientes que cumplían los criterios de selección, a partir del cual se crearon dos listados de aleatorización, según los rangos de edad definidos anteriormente.

Se calculó que para un nivel de significación del 5% y una potencia del 80%, eran necesarios 136 individuos en cada uno de los dos grupos para determinar una diferencia igual o superior al 16%, asumiendo que en el peor de los casos en uno de los dos grupos el porcentaje de grado medio/alto en la escala de DAS sea del 50% de 2,7 unidades de la DAS, asumiendo una desviación estándar común no superior a 8 unidades y una tasa de pérdidas prevista del 10%.

A los pacientes seleccionados aleatoriamente se les invitó a participar por vía telefónica. Las entrevistas se hicieron entre enero y octubre de 2017. La información recogida se traspasó a una base anónima de datos Excel.

Cada médico asignado hizo la entrevista al paciente. Por acuerdo mutuo entre todos los investigadores se decidió empezar la entrevista con el siguiente mensaje: «Para nosotros es muy importante conocer lo que usted piensa del final de la vida y de la muerte». Con el fin de obtener una entrevista sencilla y ágil se hizo una prueba piloto en dos pacientes para evaluar el tiempo empleado y se decidió ajustar el contenido.

## Variable principal

Escala de ansiedad ante la muerte o DAS Templer<sup>10,11</sup> (Anexo). Es una de las escalas más utilizadas y más citadas en los trabajos de investigación publicados sobre el tema<sup>6</sup>. Esta escala trata la muerte, los pensamientos sobre esta, la enfermedad y la perspectiva temporal. Consta de 15 ítems con respuesta verdadero/falso en la que los participantes deben contestar según estén de acuerdo con las afirmaciones que se le presentan<sup>12</sup>. La puntuación total puede oscilar entre 0 (mínima ansiedad por la muerte) y 15 (máxima ansiedad por la muerte). El análisis de los resultados se puede hacer analizando el valor medio o mediante percentiles, estimando 3 grados de ansiedad (bajo  $\leq 5$ , medio 6-10 y alto  $> 10$ )<sup>2</sup>.

## Variables secundarias

Se registró información sobre: fecha de nacimiento, género, si vive solo, actividad física, ocio, experiencia previa de muerte en domicilio, lugar donde desea morir, si es creyente y si tiene miedo a tener una muerte dolorosa.

Identificación del paciente crónico complejo (PCC) o con enfermedad crónica avanzada (ENCA) cuando consideramos que su esperanza de vida es menor de 2 años. Según Termcat, un PCC es aquella persona con una gestión clínica percibida como especialmente difícil<sup>13</sup>.

Para valorar la autoestima se elaboró una pregunta para el cribado inicial basada en la escala de Rosenberg<sup>14</sup>: «¿Se cree en general una persona digna de aprecio y por tanto está satisfecha y orgullosa de sí misma?»<sup>15</sup>.

Para evaluar el estado de ánimo hemos utilizado dos preguntas de cribado de la depresión en atención primaria<sup>16</sup>:

- «Durante el mes pasado, ¿se ha sentido desanimado, deprimido o desesperanzado?»
- «Durante el último mes ¿ha sentido poco interés o ha disfrutado poco haciendo las cosas?»

## Análisis estadístico

Las variables cualitativas se resumen con su frecuencia absoluta y relativa, mientras que las cuantitativas con su media y desviación estándar o su mediana y cuartiles 1-3. En la comparación entre proporciones utilizamos la prueba de ji-cuadrado de Pearson o la exacta de Fisher, y entre valores cuantitativos la t de Student para datos independientes o la U de Mann-Whitney, en función de las condiciones de la aplicación.

Se realizó un análisis de regresión logística multivariante en el que la variable dicotómica dependiente fue la presencia de ansiedad media/alta frente a ansiedad baja, según la escala DAS. En el modelo inicial se incluyeron todas las variables que se asociaron individualmente a estos valores con una significación  $p \leq 0,100$ . En el modelo final se mantuvieron las que mostraron un nivel de significación  $p \leq 0,05$  o que modificaban en un 10% los valores de los coeficientes beta en el resto de las variables.

El nivel de significación para todos los contrastes fue de  $p \leq 0,05$ . Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para Windows, versión 25.0.

**Tabla 1** Características de los participantes y valores de la *Death Anxiety Scale* (DAS Templer) según la edad

VARIABLES	75-85 años (n = 141)	≥ 85 años (n = 147)	Total (n = 288)	p
Sexo femenino	77 (54,6%)	71 (48,3%)	148 (51,4%)	0,284
Cronicidad				< 0,001
PCC	23 (16,3%)	50 (34%)	73 (25,3%)	
ENCA	2 (1,4%)	6 (4,1%)	8 (2,8%)	
Sin etiqueta	116 (82,3%)	91 (61,9%)	207 (71,9%)	
Actividades de ocio	114 (80,9%)	133 (90,5%)	247 (85,8%)	0,019
Actividad física				0,049
Realizan	67 (47,5%)	58 (39,5%)	125 (43,4%)	
No realizan	60 (42,6%)	59 (40,1%)	119 (41,3%)	
No aptos	14 (9,9%)	30 (20,4%)	44 (15,3%)	
Experiencia de muerte en domicilio	93 (66,0%)	113 (76,9%)	206 (71,5%)	0,040
Voluntad de morir				0,220
En domicilio	85 (60,3%)	92 (62,6%)	177 (61,5%)	
En hospital	18 (12,8%)	10 (6,8%)	28 (9,7%)	
No sabe	38 (27,0%)	45 (30,6%)	83 (28,8%)	
DAS Templer				0,621
Ansiedad baja	75 (53,2%)	84 (57,1%)	159 (55,2%)	
Ansiedad media	59 (41,8%)	55 (37,4%)	114 (39,6%)	
Ansiedad alta	7 (5%)	8 (5,4%)	15 (5,2%)	
Viven solos	33 (23,4%)	29 (19,7%)	62 (21,5%)	0,448
Creyentes	121 (85,8%)	128 (87,1%)	249 (86,5%)	0,755
Autoestima alta	130 (92,2%)	141 (95,9%)	271 (94,1%)	0,181
Ánimo deprimido	25 (17,7%)	23 (15,6%)	48 (16,7%)	0,635
Ganas de morir	10 (7,1%)	15 (10,2%)	25 (8,7%)	0,348
Miedo a tener una muerte dolorosa	125 (88,7%)	130 (88,4%)	255 (88,5%)	0,954

ENCA: enfermedad crónica avanzada; PCC: paciente crónico complejo.

## Aspectos éticos

Este estudio se ajusta a los principios de la declaración de Helsinki y se adoptaron las precauciones necesarias para reducir al mínimo las repercusiones en los participantes. Este protocolo fue aceptado por el Comité Ético CEIC del IDIAP Jordi Gol con el código P16/072. A los participantes en el estudio se les proporcionó inicialmente un documento informativo del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado. Durante todo el proceso se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica 03/2018. Una vez pasada la información en la base de datos, se eliminó toda la información que pudiera facilitar la identificación del paciente.

## Resultados

Se obtuvieron 288 encuestas de un total de 300 participantes. Una sola persona no accedió a realizar la entrevista alegando motivos personales. Una encuesta estuvo mal registrada y diez personas finalmente no participaron (dificultad horaria para concertar la entrevista y por enfermedad).

La edad media fue de 84,8 (DE: 15,2) años: 147 (51,0%) eran mayores de 85 años y 148 (51,4%) eran mujeres (tabla 1).

La edad se asoció a algunas de las variables analizadas. Así, por ejemplo, los mayores de 85 años presentaron más

pacientes PCC (34% frente al 16,3%;  $p < 0,001$ ) y más ENCA (4,1% frente al 1,4%;  $p < 0,001$ ), realizan más actividades de ocio (90,5% frente al 80,9%;  $p = 0,019$ ), realizan menos actividad física (39,5% frente al 47,5%;  $p = 0,049$ ) y tienen más experiencias previas de muerte en domicilio (76,9% frente al 66%;  $p = 0,04$ ). Referente al lugar donde preferirían morir, no hubo diferencias con la edad. Del total, 177 (61,5%) contestaron «en casa» y 28 (9,7%) contestaron «en el hospital». El resto de variables estudiadas no presentó asociación con la edad, aunque el grupo más joven (< 85 años) presentó una ligera tendencia a padecer niveles más altos de ansiedad en la escala DAS Templer (46,8% frente al 42,8%,  $p = 0,621$ ). Un total de 255 (88,5%) pacientes afirmaron tener miedo a una muerte dolorosa.

La experiencia previa de muerte no modificó de forma significativa las preferencias del lugar donde se desea morir (tabla 2).

El grado de ansiedad media-alta observado en la escala DAS Templer fue mayor en las mujeres (50% frente al 39,6%;  $p = 0,030$ ) (tabla 3), en los que no realizaban actividad física (68% frente al 26,4%;  $p < 0,001$ ), en los que no hacían actividades de ocio (63,5% frente al 41,7%;  $p = 0,007$ ), en los pacientes con ánimo deprimido (60,4% frente al 41,6%;  $p < 0,008$ ) y marginalmente mayor en los pacientes no etiquetados de PCC + ENCA (48,3% frente al 35,8%;  $p = 0,036$ ). El resto de variables estudiadas no obtuvieron diferencias significativas, aunque hubo una tendencia a tener valores más altos de la DAS en los pacientes que viven solos (53,2% frente al 42,5%;  $p = 0,229$ ) y con baja autoestima (59,8% frente al 43,9%;  $p = 0,142$ ).

**Tabla 2** Preferencia sobre el lugar donde se desea morir en función de si ha habido experiencia previa de muerte en domicilio

Variables	Lugar donde desea morir			p
	Domicilio	Hospital	Duda	
Experiencia previa				0,400
Sí	130 (63,1%)	19 (9,2%)	57 (27,7%)	
No	47 (57,7%)	9 (11,0%)	26 (31,7%)	

**Tabla 3** Relación de las variables analizadas con la DAS Templer

Variables	DAS Templer ansiedad media-alta	p
<b>Sexo</b>		0,030
Femenino	74 (50,0%)	
Masculino	55 (39,3%)	
<b>Actividad física</b>		<0,001
Realizan	33 (26,4%)	
No realizan	81 (68,1%)	
No aptos	15 (34%)	
<b>Actividades de ocio</b>		0,007
Sí	103 (41,7%)	
No	26 (63,5%)	
<b>Ánimo</b>		< 0,008
Deprimido	29 (60,4%)	
No deprimido	100 (41,6%)	
<b>Cronicidad</b>		0,036
PCC + ENCA	29 (35,8%)	
Sin etiqueta	100 (48,3%)	
<b>Religión</b>		0,692
Sí	114 (45,4%)	
No	16 (41,0%)	
<b>Convivencia</b>		0,229
Vive solo	33 (53,2%)	
Vive acompañado	96 (42,5%)	
<b>Autoestima</b>		0,142
Alta	119 (43,9%)	
Baja	10 (59,8%)	
<b>Edad (años)</b>		0,621
< 85	66 (46,8%)	
≥ 85	63 (42,8%)	

PCC: paciente crónico complejo, ENCA: enfermedad crónica avanzada.

En el modelo de regresión logística multivariante se obtuvo que la actividad física reducía 5,3 veces el riesgo de Odds de presentar una ansiedad «media/alta» (OR=0,188;  $p < 0,001$ ) y el cribado positivo para la depresión la aumentaba 2,9 veces (OR=2,943;  $p = 0,014$ ) (tabla 4).

## Discusión

Según los resultados obtenidos en este estudio, los niveles de ansiedad frente a la muerte en gente mayor son mayoritariamente medio-bajos. Una gran parte de estudios existentes muestran que los adultos mayores tienen menos miedo a morir que los adultos jóvenes<sup>17</sup>, aunque Templer no encontró diferencias significativas entre los dos grupos de edad, aunque sí una tendencia a tener niveles de ansiedad más bajos en el grupo de madurez tardía ( $\geq 85$  años). Las mujeres obtuvieron niveles más altos de ansiedad, como en la mayoría de investigaciones que utilizan la DAS<sup>19</sup>, aunque son estudios en grupos de edad más joven que el nuestro.

La proximidad de la muerte produjo una mejor aceptación de esta. El grupo de pacientes con una esperanza de vida reducida y que requieren una gestión especial por su complejidad clínica y/o enfermedad avanzada (PCC y ENCA) presentó menos ansiedad ante la muerte que el resto de participantes, como si la patología concomitante grave nos ayudara, de forma razonable, a afrontar la muerte.

Es conocido que la actividad física es un factor protector de la ansiedad y de la depresión en gente mayor<sup>20</sup>. En este estudio los entrevistados que realizaban ejercicio físico presentaron valores en la DAS más bajos. Al ser un estudio transversal no se pueden extraer conclusiones de causalidad, pero los pacientes que se mantuvieron físicamente más activos presentaron menos miedo a morir. Según el análisis multivariante, la actividad física fue la variable que más contribuyó a reducir (por 5 veces) la posibilidad de presentar más ansiedad, así como el cribado positivo para la depresión, el cual aumentó casi 3 veces la posibilidad de tener valores altos de ansiedad. Sabemos que el miedo a morir está asociado con la depresión en gente mayor<sup>6,17</sup>. Templer reporta que la ansiedad frente a la muerte forma parte a menudo del trastorno depresivo, y que esta mejora cuando también mejora el ánimo<sup>6,18</sup>. En nuestro estudio el grupo con las dos preguntas de cribado de la depresión positivas también mostró niveles más altos de ansiedad de forma significativa.

Por otra parte, los encuestados que viven solos presentaron más preocupación frente a la muerte que los acompañados. Sabemos que la soledad es un fuerte predictor de trastornos mentales en la gente mayor<sup>21</sup>. Cabe

**Tabla 4** Modelo de regresión logística resultante

	Beta	OR (IC 95%)	p
Actividad física	-1,671	0,188 (0,11-0,33)	0,000
Depresión	1,079	2,943 (1,24-6,96)	0,014
Constante	0,553		

destacar también que la distracción, la ilusión y la socialización tuvieron una relación inversa con la DAS. El grupo que realizaba actividades de ocio (pintar, leer, caminar, coser, clases de inglés, música, teatro...) presentaron valores claramente más bajos. La «prescripción social»<sup>22</sup> de actividades fuera del centro de salud, muy presente en nuestra zona desde hace unos años, podría desempeñar un papel importante para la prevención de este tipo de trastornos emocionales.

Respecto a la religión, aunque estudios existentes muestran resultados variables<sup>19</sup> y algunos autores muestran una relación positiva<sup>11</sup> entre religión y la DAS, nuestro estudio no encontró diferencias entre el grupo de creyentes y no creyentes. Cabe comentar que la pregunta sobre la religión fue la que generó más dudas durante la entrevista, aunque nadie la desestimó por considerarla demasiado íntima.

Hay estudios que apoyan la relación inversa entre autoestima y ansiedad frente a la muerte<sup>15,23</sup>. Nuestro estudio también sigue esta tendencia, aunque hubo muy pocos participantes con baja autoestima para la comparación, hecho quizá para tener en cuenta.

Por otro lado, casi el 90% de los entrevistados aseguraron tener miedo a padecer una muerte dolorosa, incluso en el grupo con niveles de ansiedad muy baja. Este dato llama la atención cuando hoy en día disponemos de un arsenal terapéutico suficiente para evitar este sufrimiento final.

Respecto al sitio donde les gustaría morir, sabemos que no siempre coinciden estas preferencias con la realidad creciente de muertes en el hospital<sup>24</sup>. Cabe destacar que en nuestro estudio más de la mitad afirmaron querer morir en su domicilio. Muy pocos participantes expresaron su deseo de morir en el hospital, hecho que contrasta enormemente con la realidad. Un estudio realizado en nuestra zona observó que solo el 16% de todos los pacientes PCC/ENCA mueren en el domicilio<sup>25</sup>. La incorporación del deseo del paciente en la toma compartida de decisiones es un componente central y elemental para obtener una alta calidad asistencial en el proceso del final de vida<sup>26</sup>. Hablar con antelación sobre las inquietudes y miedos que la proximidad de la muerte en sí misma genera ayudará en la toma de decisiones adecuadas para un final digno y respetuoso, siempre en beneficio del paciente<sup>27</sup>. En términos generales, podríamos hablar de «deshospitalizar la muerte», o sea, intentar desplazar la muerte que ocurre habitualmente y casi por inercia en el hospital (la que no contempla ni se plantea otras posibilidades) hacia una muerte en un entorno ya conocido por el paciente, si este así lo desea.

Para finalizar, decir que este trabajo nos ha enriquecido enormemente como personas y nos ha proporcionado experiencia, herramientas y habilidades para poder hablar con confianza y sin temor de un tema poco habitual en nuestras consultas. En este sentido, aunque algunos de los pacientes mostraron cierta sorpresa inicial al conocer el contenido de la entrevista, en general la gran mayoría contestaron con gran entusiasmo y agradecieron poder conversar con normalidad sobre la muerte. Este trabajo también nos ha ayudado a reflexionar sobre el papel actual de

la atención primaria en la deshospitalización de la muerte como un buen indicador de calidad de los servicios sanitarios.

## Limitaciones

La participación de los facultativos implicaba su esfuerzo desinteresado en horario extra laboral. No creemos que ello presente un riesgo de selección de los pacientes, dado que los cupos de población se asignan aleatoriamente y son similares en edad poblacional para cada médico.

Sí existía el riesgo de que los pacientes que no desearan participar condicionasen a obtener una muestra sesgada, pero solo uno de los pacientes no aceptó y el resto de los que no participaron alegaron causas condicionantes no relacionadas con su posicionamiento ante la muerte.

## Conclusiones

La gente mayor tiene miedo a sufrir una muerte dolorosa, aunque en general presenta niveles medios-bajos de ansiedad frente a ella, sobre todo el grupo de edad más avanzada. Realizar actividades físicas y el ocio se asocia a baja preocupación frente a la muerte. La comorbilidad avanzada produce una mayor aceptación de la muerte.

Predomina el deseo de morir en casa y de la deshospitalización de la muerte, nada que ver con la realidad actual.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido ninguna financiación externa para la realización de este trabajo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Agradecimientos

Agradecemos la ayuda de apoyo para la investigación recibida para este estudio de la Dirección de Atención Primaria DAP Metropolitana Nord 2018.

Agradecemos la colaboración de Rosa Vallès Balasch, Rosa Sampere Clariana, Olga Palomo Calzada, Esperanza Fernández Barrios, Juan Huerga Gonzalez, Víctor Hernández Viñes, Rosa Ventura Giménez y Yasmina Martínez Martínez en la realización de las entrevistas.

## Anexo. Cuestionario de ansiedad ante la muerte de Templer (1970): *Death Anxiety Scale (DAS)*

Lea atentamente estas afirmaciones y señale verdadero (V) o falso (F) según usted se identifique mejor con ellas.

1.	Tengo mucho miedo a morir	V	F
2.	Pienso a menudo en la muerte	V	F
3.	Me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
4.	Me asusta pensar que debo sufrir una operación	V	F
5.	No tengo miedo a morirme	V	F
6.	Siento la posibilidad de padecer cáncer	V	F
7.	A menudo me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte	V	F
8.	Con frecuencia me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	V	F
8.	Me da miedo tener una muerte dolorosa	V	F
10.	Me preocupa mucho el tema de la otra vida después de la muerte	V	F
11.	Me da miedo pensar en la posibilidad de tener un ataque al corazón	V	F
12.	Pienso que la vida es muy corta	V	F
13.	Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	V	F
14.	Me horroriza ver un cadáver	V	F
15.	Pienso que tengo motivos para temerle al futuro	V	F

## Bibliografía

- Cai W, Tang Y, Wu S, Li H. Scale of Death Anxiety (SDA): Development and validation. *Front Psychol.* 2017;8:858, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00858>.
- Limonero J. Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés.* 1997;3:37-46.
- Gellie A, Mills A, Levinson M, Stephenson G, Flynn E. Death: A foe to be conquered? Questioning the paradigm. *Age Ageing.* 2015;44:7-10, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/afu116>.
- Poveda Monge F, Royo Garrido A, Aldemunde Pérez C, Fuentes Cuenca R, Montesinos de Astorza C, Juan Ten C, et al. Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicorrbilidad de los consultantes. *Aten Primaria.* 2000;26:446-52, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(00\)78701-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(00)78701-4).
- Greenberg J. *Terror Management Theory: From Genesis to Revelations. Meaning, Mortality, Choice.* Washington: American Psychological Association; 2012. p. 17-35, <http://dx.doi.org/10.1037/13748-001>.
- Menzies RE, Zuccala M, Sharpe L, Dar-Nimrod I. The effects of psychosocial interventions on death anxiety: A meta-analysis and systematic review of randomised controlled trials. *J Anxiety Disord.* 2018;59:64-73, <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.09.004>.
- Iverach L, Menzies RG, Menzies RE. Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clin Psychol Rev.* 2014;34:580-93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>.
- Menzies RE, Dar-Nimrod I. Death anxiety and its relationship with obsessive-compulsive disorder. *J Abnorm Psychol.* 2017;126:367-77, <http://dx.doi.org/10.1037/abn0000263>.
- Moya Faz FJ. *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano [tesis doctoral].* Murcia: Universidad Católica de Murcia, Facultad de Ciencias de la Salud; 2007.
- Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish Form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 2002;91:1116-20, <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>.
- Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol.* 1970;82:165-77, <http://dx.doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>.
- Castedo Lopez A, Calle Santos I. Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. *Psicothema.* 2008;20:958-63.
- Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. *Termcat, Terminología de la cronicitat.* Barcelona [consultado 30 Abr 2019]. Disponible en: <http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris.En.Linia/160/>.
- Martín-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and validation in university students. *Span J Psychol.* 2007;10:458-67, <http://dx.doi.org/10.1017/S1138741600006727>.
- Buzzanga VL, Miller HR, Perne SE, Sander JA, Davis SF. The relationship between death anxiety and level of self-esteem: A reassessment. *Bull Psychon Soc.* 1989;27:570-2, <http://dx.doi.org/10.3758/BF03334672>.
- Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997;12:439-45, <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>.
- Wong TP, Reker GT, Gesser G. The death attitude profile — revised. A multidimensional measure of attitudes towards death. En: Neimeyer RA, editor. *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation, and Application.* Washington, DC: Taylor & Francis; 1994. p. 121-48.
- Templer DI, Ruff CF, Franks CM. Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Dev Psychol.* 1971;4:108.
- Portal Moreno R, de la Fuente Solana EI, Aleixandre Rico M, Lozano Fernández LM. Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *Omega-J Death Dying.* 2009;58:61-76, <http://dx.doi.org/10.2190/OM.58.1.d>.
- Pasco JA, Williams LJ, Jacka FN, Henry MJ, Coulson CE, Brennan SL, et al. Habitual physical activity and the risk for depressive and anxiety disorders among older men and women. *Int Psychogeriatrics.* 2011;23:292-8, <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610210001833>.
- Losada A, Márquez-González M, García-Ortiz L, Gómez-Marcos MA, Fernández-Fernández V, Rodríguez-Sánchez E. Loneliness and mental health in a representative sample of community-dwelling Spanish older adults. *J Psychol.* 2012;146:277-92, <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.582523>.
- Brandling J, House W. Social prescribing in general practice: Adding meaning to medicine. *Br J Gen Pract.* 2009;59:454-6, <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp09X.854210>.
- Missler M, Stroebe M, Geurtsen L, Mastenbroek M, Chmoun S, van der Houwen K. Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *Omega-J Death Dying.* 2012;64:357-79, <http://dx.doi.org/10.2190/OM.64.4.e>.
- Higginson IJ, Sen-Gupta GJA. Place of care in advanced cancer: A qualitative systematic literature review of patient preferences. *J Palliat Med.* 2000;3:287-300, <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2000.3.287>.

25. Llobet Vila L, Manresa Domínguez JM, Carmona Segado JM, Franzi Sisó A, Vallès Balasch R, Martínez Díaz I. Dilemas en la enfermedad crónica avanzada: ¿prevención o desprescripción? *Aten Primaria*. 2018;50:583–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.05.0162017>.
26. Badrakalimuthu V, Barclay S. Do people with dementia die at their preferred location of death? A systematic literature review and narrative synthesis. *Age Ageing*. 2014;43:13–9, <http://dx.doi.org/10.1093/ageing/aft151>.
27. Pekmezaris R, Breuer L, Zaballero A, Wolf-Klein G, Jadoon E, d'Olimpio JT, et al. Predictors of site of death of end-of-life patients: The importance of specificity in advance directives. *J Palliat Med*. 2004;7:9–17, <http://dx.doi.org/10.1089/109662104322737205>.