

# Miedo a la muerte y a su proceso en personal de Pediatría durante la pandemia por COVID-19

## Fear of death and dying in pediatric personnel during the COVID-19 pandemic

Carlos Enrique Yepes-Delgado<sup>1,2</sup>  ; César Augusto Vanegas-Díaz<sup>2</sup>  ; Catalina Mesa-Muñoz<sup>2</sup> ; Gloria Estrada<sup>1\*</sup>  

\*gloria.estrada@udea.edu.co

**Forma de citar:** Yepes-Delgado CE, Vanegas-Díaz CA, Mesa-Muñoz C, Estrada G. Miedo a la muerte y a su proceso en personal de Pediatría durante la pandemia por COVID-19. Salud UIS. 2023; 55: e23037. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23037> 

### Resumen

**Introducción:** la evidencia obtenida en estudios previos señala que existe mayor ansiedad por el proceso de morir que, por la muerte misma, aunque falta mayor investigación. **Objetivo:** analizar el miedo a la muerte y al proceso de morir propio y de otros en el servicio de Pediatría del Hospital Pablo Tobón Uribe. **Metodología:** se realizó un estudio analítico transversal con la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en 143 personas: 25,2 % pediatras generales y subespecialistas, 70,6 % profesionales de Enfermería y auxiliares, y 4,2 % terapeutas respiratorios. El análisis incluyó estadística descriptiva, pruebas de Chi<sup>2</sup>, U de Mann-Whitney, Fisher, T de Student, ANOVA y el Alfa de Cronbach. **Resultados:** los hallazgos del estudio sugieren que es menor el miedo a la propia muerte que el miedo a la muerte de otros, y no hay diferencia entre el miedo al proceso de morir propio y de otros. Es mayor el miedo a la muerte en enfermeras profesionales y menor en pediatras subespecialistas. Existe mayor miedo a la muerte en el servicio de UCI-UCE (media: 3,53 DS: 0,88) comparado con Urgencias (media: 2,66 DS: 0,59). Hay asociación entre el miedo a la muerte con: el sexo femenino ( $p = 0,000$ ), tener una creencia religiosa ( $p = 0,048$ ), y el cargo ( $p = 0,007$ ). La escala tuvo muy alta fiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,95). **Discusión:** es de aclarar que este estudio fue realizado durante el segundo año de la pandemia del COVID-19, cuando había menor temor, mayor conocimiento y vacunas, cuyos resultados se corresponden con otros estudios. **Conclusión:** en el presente estudio el mayor miedo a la muerte se asoció con ser mujer, tener creencia religiosa y laborar en UCI-UCE comparado con Urgencias.

**Palabras claves:** Muerte; Miedo; Ansiedad; Pediatría; Personal de salud; Urgencias médicas; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico; Hospitalización.

### Abstract

**Introduction:** The evidence obtained from previous research suggests that there is more anxiety related to dying compared with death. Nevertheless, more research is needed. **Objective:** to analyze the fear of death and dying, oneself and others, in the pediatric service personnel at Pablo Tobón Uribe Hospital in Medellín. **Methodology:** this

<sup>1</sup> Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

was a transversal analytic study to apply the Collett-Lester Fear of Death Scale on 143 people: 25,2 % were general pediatricians and subspecialists, 70,6 % were professional nurses and medical assistants, and 4,2 % were respiratory therapists. The analysis included descriptive statistics, Chi2 test, Mann-Whitney U test, Fisher, Students 'T, ANOVA and Cronbach's Alpha. **Results:** here we report the mean of one's fear of death is lower than the fear of others' death. There is no difference when comparing the fear of one's process of dying mean, rather than when it's others. Fear of death is higher in professional nurses and lower in pediatric subspecialists. The study shows higher fear of death in the ICU-IMC services (mean: 3,53 SD: 0,88) compared with the emergency room (mean:2,66 SD: 0,59). There is a statistical association between fear of death and being a woman ( $p=0,000$ ), having a religious belief ( $p=0,048$ ) and job position ( $p=0,007$ ). The scale has a high internal consistency (Cronbach's Alpha: 0,95). **Discussion:** it is important to mention that this research was conducted during the second year of the COVID-19 pandemic, when the fear had decreased, and with more knowledge and the vaccines were ready, the results are coherent with other papers. **Conclusion:** in this study the higher fear of death was associated with being a woman, having a religious belief and working in ICU-IMC compared to the emergency room.

**Keywords:** Death; Fear; Anxiety; Pediatrics; Health personnel; Medical emergencies; Pediatric Intensive Care Units; Hospitalization.

## Introducción

En la sociedad actual, la muerte es interpretada como un evento lejano, misterioso e impersonal; es así como existe mayor ansiedad por el proceso de morir, que por la muerte misma<sup>1,2</sup>. La preocupación por la muerte se ha reconocido como la contemplación consciente de la realidad del deceso, junto con una valoración negativa de esa realidad. Esta genera incertidumbre y ansiedad que pueden ser reforzadas por la cultura y la religión. El temor asociado a la muerte se expresa en el miedo al proceso de la agonía en sí, a perder el control de la situación, a lo que acontecerá con los suyos tras su muerte, al miedo de los demás, al aislamiento, a la soledad, a lo desconocido y a la duda de si su vida tuvo sentido<sup>3</sup>.

Si bien, el contacto frecuente con el dolor, el sufrimiento, la muerte y el duelo hacen parte de la cotidianidad de los profesionales de la salud, las carencias en la formación para afrontar el fallecimiento de sus pacientes suele generar experiencias de miedo y angustia<sup>3-5</sup>. Sumado a esto, el contexto sociocultural puede aportar negativamente al promover no asumir la muerte como un proceso natural e incluso como un fracaso del actuar médico<sup>6</sup>.

En el personal asistencial de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y Urgencias se agrega, además, la presión y exigencia por la alta carga asistencial, la complejidad y gravedad de sus pacientes, produciéndoles ansiedad y depresión por agotamiento personal, laboral y familiar<sup>7</sup>. Apoyados en la idea que ha promovido la ciencia y la bio-tecnología por alargar la vida a toda costa<sup>6</sup>, la formación del personal en salud lidia con enfrentar los dilemas de hasta dónde

desplegar los esfuerzos terapéuticos, al punto que el 70 % de las muertes en las Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico (UCIP) de Estados Unidos se dan en entornos de retiro de terapias de sostenimiento de la vida<sup>8</sup>.

Lo anterior, refuerza la importancia de investigar el Miedo a la Muerte (MM) y al proceso de morir en personal de servicios pediátricos de alta complejidad, específicamente por las consecuencias que puede generar sobre la atención de los pacientes<sup>1</sup>, reconociendo que desde su formación, el personal médico y de enfermería experimentan el miedo a la muerte<sup>9-11</sup>. Estudios previos evidencian el uso de instrumentos validados como la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer<sup>12</sup> y la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (EMMCL),<sup>13</sup> entre otras, incluso en el escenario actual de la pandemia por COVID-19, aplicadas en personal médico<sup>14</sup>. Para la fecha no se encontró reporte en la literatura científica de que la EMMCL haya sido validada en Colombia, aunque si ha sido usada previamente en población adulta mayor y en población penitenciaria<sup>15,16</sup>. Encontramos reportes de su validación en población argentina y mexicana<sup>17,18</sup>.

La atención crítica de pacientes pediátricos genera mayor ansiedad por la presión de la familia y del mismo equipo de salud, por evitar la muerte de niños. Dado que se cuenta con insuficientes estudios en el mundo sobre el MM del personal de Pediatría de alta complejidad<sup>19</sup>, el objetivo del presente trabajo fue caracterizar el MM y al proceso de morir propio y de otros en personal asistencial que comprende médicos, enfermeras profesionales, auxiliares de enfermería y de terapia respiratoria del Departamento de Pediatría del

Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín, Colombia, en el escenario de la pandemia por COVID-19.

### Metodología

**Escenario:** el Hospital Pablo Tobón Uribe es una institución de alto nivel de complejidad y centro de referencia de una región de Colombia. Cuenta con un servicio de Pediatría con 60 camas de hospitalización general para niños hasta los 16 años y una Unidad de Cuidado Crítico Pediátrico con 27 camas: 9 de neonatos, 4 en Unidad de Cuidados Especiales (UCE) y 14 en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Cuenta con 68 médicos pediatras, entre generales y subespecialistas, 151 entre enfermeras profesionales y auxiliares, y 9 terapeutas respiratorios.

**Tipo de estudio:** estudio analítico transversal en el que se aplicó la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester, instrumento multidimensional fundamentado en que la ansiedad ante la muerte tiene múltiples causas, por lo que las personas reaccionan de manera diferente ante la idea de la muerte. La escala contiene 4 dimensiones y 28 ítems (7 ítems por cada una). Tiene respuestas tipo Likert de 1 (nada) a 5 (mucho)<sup>13</sup>. La versión española de la escala Collett-Lester reportó un coeficiente alpha de: 0,83; 0,89; 0,79 y 0,86 para el miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso de morir, MM de otros y miedo al proceso de morir de otros, respectivamente. Los coeficientes *test-retest* a las dos semanas se mantuvieron entre 0,72 y 0,82 para las 4 sub-escalas, por lo que los investigadores consideran que tiene buenas características psicométricas<sup>13</sup>. Estudios más recientes corroboran la validez del instrumento en población argentina con parámetros de consistencia interna Omega de McDonald con valores aceptables para el MM propia muerte ( $\omega = 0,88$ ), al proceso de morir propio ( $\omega = 0,81$ ), a la muerte de otros ( $\omega = 0,84$ ) y al proceso de morir de otros ( $\omega = 0,89$ ), y mexicana con una fiabilidad de 0,95<sup>17,18</sup>.

**Población:** se invitó a diligenciar la encuesta entre junio y septiembre de 2021 a las 228 personas del departamento de Pediatría del hospital, compuestas en un 30 % por médicos pediatras generales y subespecialistas, un 66 % profesionales de enfermería y auxiliares, y un 4 % terapeutas respiratorios. Del total de personas del departamento un 90 % son mujeres.

**Variables:** se consideraron los ítems de la escala anunciada, además de edad, sexo, estado civil, religión, si tiene hijos y cuántos, cargo en el hospital, servicio en el que trabaja, antigüedad de laborar en el hospital,

fallecimiento de familiares o de un ser querido en el último año, si labora en otra institución y cual, horas semanales dedicadas a laborar tanto en el Hospital Pablo Tobón Uribe como en otras instituciones y que expresaran su nivel de fatiga según esas horas laboradas en alto, medio o bajo. Además, si consideran tener creencia religiosa, considerarse espiritual, si aplica esto en su vida, si realiza actividades como: meditación, mindfulness, yoga, y con qué frecuencia.

**Plan e instrumentos de recolección de la información:** durante dos meses los investigadores invitaron por correo electrónico a los participantes a responder la escala EMMCL en la versión adaptada al español para su auto diligenciamiento, previa firma del consentimiento informado.

**Plan de análisis y de procesamiento de datos:** se utilizaron frecuencias y proporciones para variables cualitativas y medidas de tendencia central como media y desviaciones estándar o medianas y rangos, para variables cuantitativas, de acuerdo con su distribución. Se elaboraron gráficos circulares y de barras para su visualización. La variable MM se analizó como variable cualitativa y cuantitativa.

Como variable cualitativa se analizó así: “bajo” MM 0 a 1, “bajo-moderado” entre 1 y 2, “moderado” entre 2 y 3, “moderado-alto” entre 3 y 4 y “alto” entre 4 y 5. Las categorías se obtuvieron por el promedio de cada dimensión del MM y en general. Como variable cuantitativa, la variable MM se obtuvo a partir de la suma de los puntajes de cada una de las dimensiones y el cálculo de media y sus medidas de dispersión.

Se usaron pruebas de Chi<sup>2</sup> para comparar las variables: dicotómicas, politómicas y discretas, y la U de Mann-Whitney para la asociación entre la variable ordinal MM agrupada y variables cualitativas nominales dicotómicas. Para la variable MM expresada como variable cuantitativa se aplicó la T de Student, se hizo análisis de varianza (ANOVA) para comparar las medias de MM, y se calculó el coeficiente de fiabilidad con el Alfa de Cronbach.

Los análisis estadísticos fueron realizados en el IBM SPSS Statistics 22.

### Resultados

En el estudio se incluyeron las respuestas de 143 personas, de las cuales un 25,2 % correspondieron a pediatras generales y subespecialistas, un 70,6 % fueron

profesionales de enfermería y auxiliares, y un 4,2 % terapeutas respiratorios. Siendo estos, porcentajes que se corresponden proporcionalmente con su equivalente en la población objetivo a encuestar. Se desconocen las razones que llevaron a que el 37 % de los invitados a participar no lo hicieran. La **Tabla 1** muestra las características generales de los participantes.

En general, es menor el miedo a la propia muerte comparado con el MM de otros ( $p = 0,000$ ) y no existe diferencia entre el miedo al propio proceso de morir en comparación con el de otros ( $p = 0,317$ ), **Tabla 2**. Al desagregar por cargo se observa que las profesionales de enfermería seguidas de las auxiliares tienen un mayor MM comparado con los pediatras,

siendo estadísticamente significativa la diferencia entre pediatras subespecialistas con enfermeras profesionales ( $p = 0,000$ ), y pediatras subespecialistas con auxiliares de enfermería ( $p = 0,002$ ), **Tabla 3**. Cerca de la mitad de los encuestados presentaron un “moderado alto” MM, y en casi una tercera parte fue “alto”. Se encontró que entre las mujeres el 45,5 % y el 32,6 % tenían MM “moderado alto” y “alto”, respectivamente. Los análisis reportaron una asociación entre el MM y el sexo (U de Mann-Whitney:  $p = 0,000$ ). En variables como estado civil, tener o no hijos, antigüedad laboral, horas de trabajo y grado de fatiga, la espiritualidad, la oración, la práctica de meditación, mindfulness y el ejercicio físico no se encontró relación con el MM.

**Tabla 1.** Características del personal de Pediatría participante de la encuesta sobre miedo a la muerte del Hospital Pablo Tobón Uribe.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
<b>Sexo</b>		
Femenino	132	92,3
Masculino	11	7,7
<b>Estado civil</b>		
Casado (a)	54	37,8
Separado (a)	9	6,3
Soltero (a)	67	46,9
Unión Libre	13	9,1
<b>¿Tiene hijos?</b>		
No	80	55,9
Si	63	44,1
<b>¿Cuántos hijos tiene?</b>		
0	80	55,9
1	31	21,7
2	25	17,5
3	7	4,9
<b>Cargo en el hospital</b>		
Auxiliar de enfermería	73	51
Enfermera (o) profesional	28	19,6
Pediatra general	14	9,8
Pediatra sub-especialista	22	15,4
Terapeuta respiratorio	6	4,2
<b>Servicio donde está asignado en la mayoría del tiempo</b>		
Hospitalización en cuidado Crítico (UCIP - UCEP)	79	55,2
Hospitalización general	57	39,9
Urgencias	7	4,9
<b>En relación con las horas de trabajo semanal (en el Hospital y otras clínicas), ¿cuál considera es su nivel de fatiga?</b>		
Alto	42	29,4
Moderado	94	65,7
Bajo	7	4,9
<b>Tiene una creencia religiosa</b>		
No	8	5,6
Si	135	94,4
<b>Se considera una persona espiritual</b>		
No	8	5,6
Si	135	94,4
<b>Tiene en cuenta sus creencias religiosas en su vida diaria o práctica profesional</b>		
No	10	7
Si	133	93

## Miedo a la muerte y a su proceso en personal de Pediatría durante la pandemia por COVID-19

<b>Tiene en cuenta su espiritualidad en su vida diaria o práctica profesional</b>		
No	8	5,6
Si	135	94,4
<b>¿En el último año algún familiar o amigo cercano ha fallecido?</b>		
No	68	47,6
Si	75	52,4
<b>Ejercicio físico (entrenamiento personal, gimnasio, etc.)</b>		
No	88	61,5
Si	55	38,5
<b>Meditación</b>		
No	121	84,6
Si	22	15,4
<b>Oración</b>		
No	27	18,9
Si	116	81,1
<b>Mindfulness</b>		
No	126	88,1
Si	17	11,9

**Tabla 2.** Medidas de tendencia central de miedo a morir propio y de otros, y del proceso de morir propio y de otros en personal de un departamento de Pediatría.

Variable/Estadístico	Media	Desviación estándar	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
En relación con su propia muerte	3,13	1,05	3,28	1,0	5,0
En relación con su propio proceso de morir	3,50	1,05	3,57	1,0	5,0
En relación con la muerte de otros	3,69	0,93	3,85	1,0	5,0
En relación con el proceso de morir de otros	3,43	0,93	3,57	1,0	5,0

Fuente: autores.

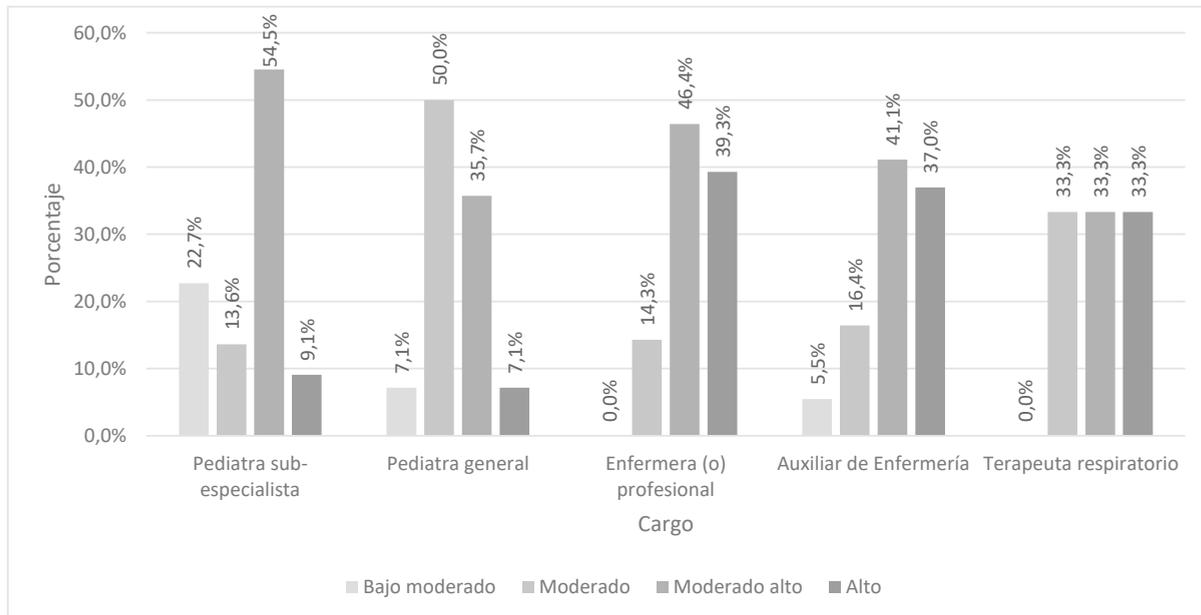
**Tabla 3.** Medidas de tendencia central de miedo a morir propio y de otros, y del proceso de morir propio y de otros, según cargo en un departamento de Pediatría.

Cargo/Estadístico	Media	Desviación estándar	Mediana	Valor mínimo	Valor máximo
Pediatra subespecialista (n:22)	2,90	0,92	3,18	1,43	4,61
Pediatra general (n:14)	2,96	0,71	2,80	1,89	4,04
Enfermera profesional (n:28)	3,79	0,74	3,80	2,04	5,00
Auxiliar de Enfermería (n:73)	3,57	0,83	3,71	1,54	5,00
Terapeuta respiratorio (n:6)	3,43	0,78	3,30	2,50	4,46

Fuente: autores.

Se encontró una asociación entre el cargo desempeñado y el MM (Razón de verosimilitud:  $p = 0,007$ ). Al observar al interior del cargo, más de la mitad de los pediatras subespecialistas presentaron “moderado alto” MM. Situación parecida ocurrió entre enfermeras profesionales y auxiliares quienes presentaron una proporción cercana a la mitad de “moderado alto”

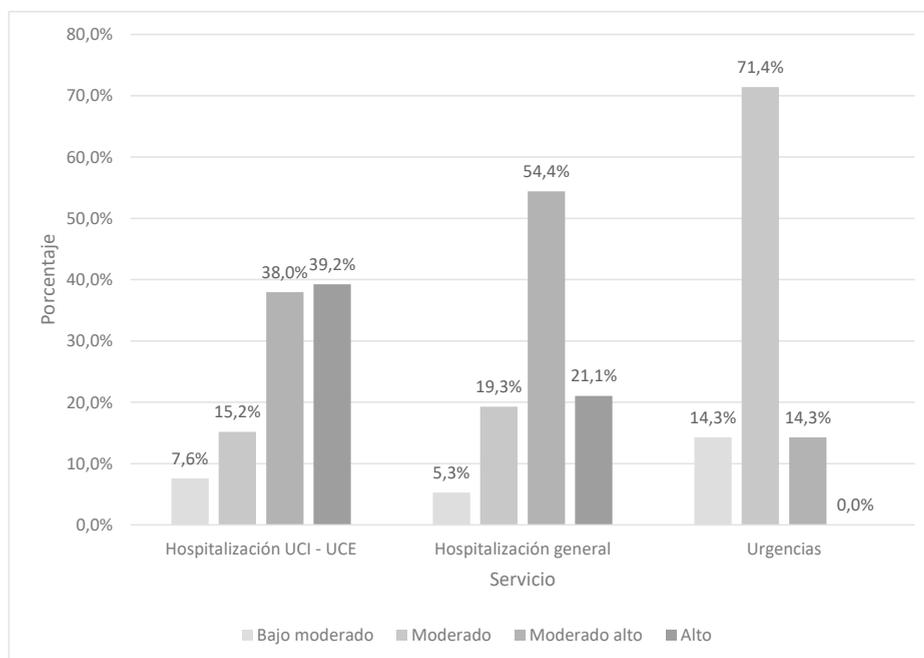
MM. Entre los pediatras generales el MM “moderado” predominó, [Figura 1](#). Cuando se analizó la asociación entre el cargo y el MM para hombres y mujeres de manera independiente, se observó que dicha asociación es real y no se debe a la influencia del sexo (Razón de verosimilitud: en hombres  $p = 0,175$  y en mujeres  $p = 0,073$ ).



**Figura 1.** Cargo en el hospital y miedo a la muerte en personal de pediatría.  
Fuente: autores.

En la población analizada se encontró una asociación entre el servicio en el cual se desempeña el profesional y el MM (Razón de verosimilitud:  $p = 0,004$ ). En el servicio de hospitalización UCI-UCE, el porcentaje mayor lo representa el “alto” MM, seguido muy de cerca por “moderado alto”. Para la hospitalización general, más de la mitad de los profesionales consideran el MM

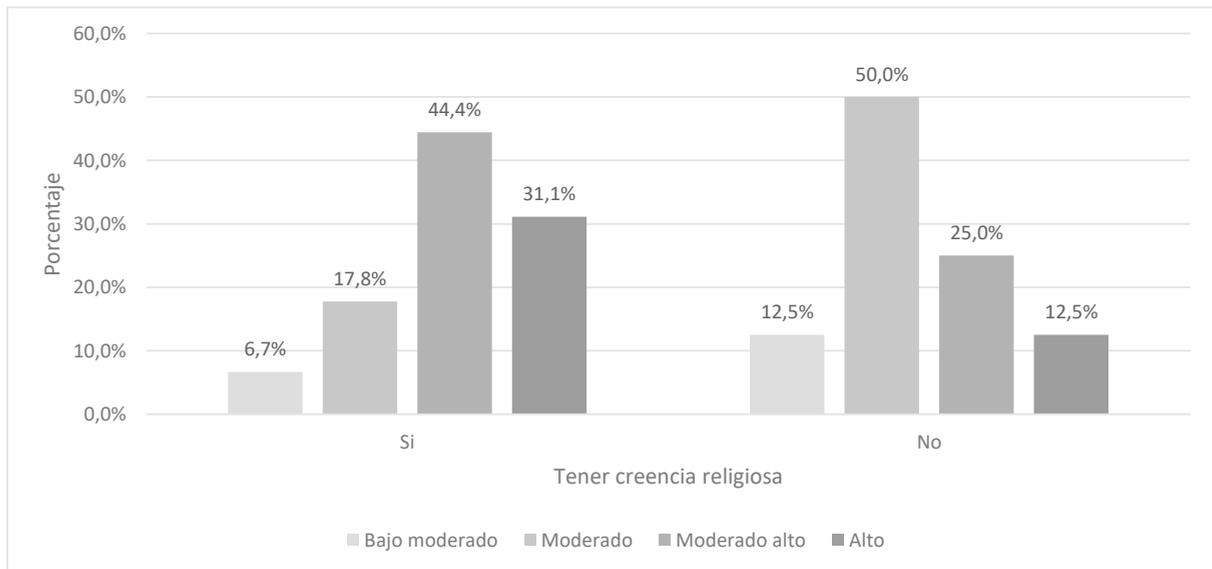
“moderado alto”, mientras en el servicio de urgencias más de dos tercios presentaron “moderado” MM, **Figura 2**. Cuando se analizó de manera independiente la relación entre el servicio y el MM, se observó que dicha asociación no era real, ya que estaba influenciada por el sexo (Razón de verosimilitud: en hombres  $p = 0,299$  y en mujeres  $p = 0,023$ ).



**Figura 2.** Servicio donde trabaja y miedo a la muerte en personal de pediatría.  
Fuente: autores.

Los análisis reportaron una asociación entre el MM y tener una creencia religiosa (U de Mann-Whitney:  $p = 0,048$ ). Entre los que si tienen creencia religiosa el mayor porcentaje fue representado por “moderado alto” MM, seguido en una tercera parte por “alto” MM. Entre quienes expresaron no tener creencia religiosa, la categoría “moderado” MM reflejó la mitad de ellos, **Figura 3**. Cuando se analizó la asociación entre tener creencia religiosa y el MM en forma separada por sexo, se corroboró que dicha asociación es real y no se debía a la influencia del sexo (Razón de verosimilitud: en hombres  $p = 0,247$  y en mujeres  $p = 0,464$ ).

Al comparar la media del MM entre los servicios de UCI-UCE (media: 3,53 DS: 0,88) y hospitalización (media: 3,41 DS: 0,83) se observó que no hay diferencia estadísticamente significativa (T de Student  $p = 0,728$ ). Entre los servicios de UCI-UCE (media: 3,53 DS: 0,88) y urgencias (media: 2,66 DS: 0,59) si existe una diferencia estadísticamente significativa entre las medias del MM (T de Student  $p = 0,040$ ). La escala tuvo muy alta fiabilidad (Alfa de Cronbach: 0,95).



**Figura 3.** Tener creencia religiosa y miedo a la muerte en personal de pediatría.  
Fuente: autores.

### Discusión

La muerte propia y la de otros tiene su diferencial explicación a través de la historia de la humanidad. En la antigüedad, la forma de asumir la muerte era como designio del destino colectivo de la especie. Desde el siglo XII se reconoce la propia muerte al ser conscientes de la propia existencia. En el siglo XVIII, se da un nuevo sentido al exaltarla y dramatizarla, pero centrada en la muerte del otro, de ahí su retórica y romanticismo, con la concepción intrínseca de ruptura. En el siglo XIX, importa más socialmente la muerte del otro, expresado en el luto exagerado y en el culto a las tumbas y cementerios. Todo ello llevó al gran rechazo a la muerte del siglo XX, al punto que se desplaza el lugar donde se muere, al pasar de la casa al hospital y lejos de la familia, convirtiéndose en un fenómeno técnico bajo responsabilidad del personal asistencial. La figura de la tumba se va reemplazando por la incineración, como forma diferente de cierre.

Actualmente la muerte se asume en forma ambivalente, como tabú por muchos para preservar la felicidad y como expresión natural por otros, atravesada por el mercado suscitado por la muerte<sup>2</sup>.

Como se mencionó, este estudio fue realizado durante la pandemia por COVID-19, en un momento en que, a pesar del alto número de casos y fallecidos, ya había pasado la expectativa y el temor del primer año de la pandemia al contar con mayor conocimiento de la enfermedad y su tratamiento, además del positivo impacto de la vacunación. En un estudio sobre el MM realizado en los primeros meses de la pandemia, con médicos de varios países latinoamericanos en el cual participaron 20 pediatras que correspondían al 9,13 % del total, se evidenció que el 56,2 % de los médicos tenía miedo a su propia muerte y 79,5 % al propio proceso de morir. Ese estudio, a diferencia del nuestro, fue sólo en personal médico, entre los cuales un 68 % atendían pacientes con

COVID-19 y el 48 % del total eran mujeres. En ellos el MM de otros y al proceso de morir de otros, superó el 90 %<sup>14</sup>.

Así, nuestro estudio no aportó información en ese sentido, existe evidencia que muestra que el MM del personal de salud es menor comparado con la población general<sup>20</sup>, explicado por el aprendizaje que se logra ante la mayor exposición y estar habituados al sufrimiento, el dolor y la muerte de sus pacientes. Contrariamente, otros estudios argumentan que el MM del personal sanitario es mayor que el de sus pacientes<sup>3</sup>, asunto que puede explicarse justamente por la alta exposición a la muerte sin la suficiente preparación para su afrontamiento. La preparación del personal de salud principalmente en el afrontamiento de la muerte influye claramente sobre la ansiedad ante la muerte. Nuestro estudio demostró que el personal con mayor formación expresó menor temor a la muerte. La insipiente capacidad al enfrentar la muerte se expresa en el hecho de evitar nombrarla, evadir mirar a la cara al paciente moribundo y su contacto, además del frecuente despliegue de atención tecnológica y encarnizamiento terapéutico<sup>3</sup>.

La actitud asumida frente a la muerte se relaciona con diversos factores sociodemográficos y culturales<sup>21</sup>. Específicamente en personal de salud se encuentran variaciones según la edad, el sexo y las creencias religiosas<sup>20</sup>, algunas de las cuales se evidenciaron en nuestro estudio. Tener hijos no estuvo asociado con el MM en nuestro estudio, contrario a lo encontrado en otros trabajos, explicado por la ansiedad que implica no saber qué pasará con los hijos tras su muerte<sup>20</sup>. A pesar de que la mayoría de las personas que respondieron la encuesta eran de género femenino, ser mujer se asoció con mayor temor ante la muerte en nuestro análisis, lo cual respalda lo encontrado por otros estudios<sup>22</sup>, y se explica por la mayor facilidad atribuida a ellas para admitir y expresar emociones asociadas a la muerte. Tener una mejor percepción e imagen de lo que representa la muerte, suele asociarse con una mejor aceptación de esta<sup>21</sup>, un aspecto importante, aunque no haya sido explorado en nuestro estudio.

Existe evidencia que muestra una correlación directa entre una mejor actitud ante la muerte y los años de trabajo en el servicio, explicado por la mayor exposición a situaciones estresantes<sup>23</sup>, aunque nuestro estudio no mostró diferencias del MM según el tiempo de vinculación con el Hospital. Las diferencias mostradas del cargo y el servicio en el cual se labora pueden deberse a la exigencia de atender las necesidades de niños, padres, familiares, según la gravedad en el

servicio específico, como se observó también en otras investigaciones<sup>8</sup>. Lo anterior es explicado en otros estudios por aspectos relacionados con el clima ético, el malestar moral y la intención de dejar el trabajo, aspectos no captados en nuestro trabajo<sup>24</sup>.

Como preocupación humana, el enfrentarse a la muerte está influenciado por la experiencia de vida y las creencias que se posea, en la medida que pueden generar en las personas la aceptación de la muerte como parte integral de la vida, o, por el contrario, al creer que existe vida más allá de la muerte, generarse angustia por la incertidumbre por venir. A pesar de que nuestro estudio mostró asociación entre tener una creencia religiosa y el miedo a la muerte, la evidencia científica según otros estudios es ambivalente<sup>5,11,20</sup>.

Entre las limitaciones del presente trabajo se reconoce que la encuesta fue respondida por el 62 % de los invitados a participar y la baja proporción de hombres que integró la muestra. En este estudio aplicamos la escala validada al español en otros países latinoamericanos, pero no hicimos como tal un ejercicio de validación de esta, pues implicaría otro tipo de estudio que no fue del interés primario de los autores. Reconocemos que usar una escala no validada propiamente en el país, genera un posible error de medición que puede afectar la confianza de que su resultado corresponda con la realidad del fenómeno que se está midiendo en el contexto específico. Es claro también que cuando no se hacen cambios sustanciales en el formato del instrumento, modo de aplicación, idioma o contenido, como fue en este caso, pudiera asumirse como válida la escala en este contexto muy similar a donde se validó, o tener argumentos que apoyen que no es necesaria una validación adicional<sup>25</sup>.

## Conclusiones

Se evidencia como el mayor miedo a la muerte se asoció en nuestra población estudiada de un servicio de Pediatría de un hospital de alta complejidad en un contexto de pandemia, con ser mujer, tener creencia religiosa, y laborar en UCI-UCE comparado con Urgencias.

Se recomienda favorecer las capacidades del personal de salud que labora en los servicios de Pediatría, para el adecuado afrontamiento de la muerte, desde su formación hasta el ejercicio profesional, que les permita hacer su propia reflexión personal sobre el significado de la muerte y este derive en mejor acompañamiento a pacientes y familias.

### Consideraciones éticas

Se contó con aval ético del Comité de investigación y ética en investigación del Hospital Pablo Tobón Uribe.

### Conflicto de interés

Los autores declaramos no poseer conflictos de interés relacionados con el artículo.

### Referencias

1. Sopena RB, García JTL, Buendía B, Burón E, Enriquez N. Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Med Paliativa*. 1999; 6(4): 140-143.
2. Ariés P. Historia de la muerte en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días. Barcelona: El Acanalado, 2000; p. 301.
3. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez MC, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuad Med Forense*. 2002; (30): 39-50. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062002000400004>
4. White KR, Coyne PJ. Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care. *Oncol Nurs Forum*. 2011; 38(6): 711-717. doi: <http://dx.doi.org/10.1188/11.ONF.711-717>
5. Nia HS, Lehto RH, Ebadi A, Peyrovi H. Death anxiety among nurses and health care professionals: A review article. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2016; 4(1): 2-10.
6. Mejía Rivera O. La muerte y sus símbolos: Muerte, tecnocracia y posmodernidad. 2 ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2000; p. 218.
7. Gómez Martínez S, Ballester Arnal R, Gil Juliá B, Abizanda Campos R. Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos. *An Psicol*. 2015; 31(2): 743-750. doi: <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.158501>
8. Suttle ML, Jenkins TL, Tamburro RF. End-of-life and bereavement care in pediatric intensive care units. *Pediatr Clin North Am*. 2017; 64(5): 1167-1183. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2017.06.012>
9. Mondragón Sánchez EJ, Torre Cordero EA, Morales Espinoza ML, Landeros Olvera EA. Comparación del nivel de miedo a la muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015; 23(2): 323-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3550.2558>
10. Agusti AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Med Paliativa*. 2018; 25(4): 230-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.005>
11. Boceta Osuna J, González Serna JMG, Gamboa Antinolo FM, Munian Ezcurra MA. Factores sociodemográficos que influyen en la ansiedad ante la muerte en estudiantes de medicina. *Educ Méd*. 2017; 18(3): 179-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.004>
12. Rivera Ledesma A, Montero López LM. Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Divers Perspect Psicol*. 2010; 6(1): 135-140. <http://dx.doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.10>
13. Tomás Sábado J, Limonero JT, Abdel Khalek AM. Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Stud*. 2007; 31(3): 249-260. <http://dx.doi.org/10.1080/07481180601152625>.
14. Indacochea Cáceda S, Torres Malca JR, Vera Ponce VJ, De La Cruz Vargas JA. El miedo y la ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. *Rev Urug Med Interna*. 2021; 6(3): 49-58. doi: <http://dx.doi.org/10.26445/06.03.5>
15. Uribe Rodríguez AF, Valderrama Orbegozo L, López S. Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*. 2007; 3(8): 109-120.
16. García Rojas SM. Actitudes frente a la muerte en población penitenciaria. [Tesis de pregrado]. Medellín: UPB; 2011. Recuperado a partir de: <https://repository.upb.edu.co/handle/20.500.11912/1652?show=full>.
17. Quintero S, Simkin H. Adaptación y validación al español de la Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester "FODS". *Subj. procesos cogn*. 2020; 24(1).
18. Mondragón Sánchez EJ, Landeros Olvera E, Pérez Noriega E. Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México. *MedUNAB*. 2020; 23(1): 11-22. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.3723>
19. Fadadu PP, Liu JC, Schiltz BM, Xoay TD, Phuc PH, Kumbamu A, et al. A mixed-methods exploration of pediatric intensivists' attitudes toward end-of-life care in Vietnam. *J Palliat Med*. 2019; 22(8): 885-893. doi: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2018.0496>
20. Fuentes L, Mustaca A. Menor miedo a la muerte en profesionales de la salud: ¿Efecto de aprendizaje? *Acta Psicol Peru*. 2016; 1(1): 139-150.
21. López Pérez ME, Pino Juste MR, Campos García A. Viveza, control de imagen y actitud ante la muerte en adolescentes y adultos. *Rev Estud Investig Psicol Educ*. 2020; 7(2): 127-135. doi: <http://dx.doi.org/10.17979/REIPE.2020.7.2.6985>

22. Espinoza Venegas M, Sanhueza Alvarado O. Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(4): 607-613. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
23. Cáceres Rivera DI, Cristancho Zambrano LY, López Romero LA. Actitudes de las enfermeras frente a la muerte de los pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Rev Cienc Salud.* 2019; 17(3): 98-110. doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8368>
24. Silverman H, Wilson T, Tisherman S, Kheirbek R, Mukherjee T, Tabatabai A, et al. Ethical decision-making climate, moral distress, and intention to leave among ICU professionals in a tertiary academic hospital center. *BMC Med Ethics.* 2022; 23(1):45. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-022-00775-y>
25. Sánchez R, Echeverry J. Validación de escalas de medición en salud. *Rev Salud Pública.* 2004; 6(3): 302-318.