

ORIGINAL BREVE

Recibido: 5 de abril de 2019
Aceptado: 29 de julio de 2019
Publicado: 3 de octubre de 2019

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL *DEATH ANXIETY SCALE* EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Antonio López-Castedo (1), Rubén González-Rodríguez (1) y Raquel Vázquez Pérez (1)

(1) Departamento de Análisis e Intervención Psicosocioeducativa. Universidad de Vigo. Ourense. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: En España, la cardiopatía isquémica es un problema importante de salud pública. Las muertes por enfermedad isquémica representan, aproximadamente, un tercio del total de muertes debidas a una enfermedad cardiovascular. En todo caso, comportan atenciones e intervenciones importantes en materia de salud, derivadas de su tendencia a la cronicidad. Este estudio tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Death Anxiety Scale (DAS) de Templer, en una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina de pecho).

Métodos: En la presente investigación se utilizó la Death Anxiety Scale (DAS) de Templer, en la versión adaptada a sujetos españoles. Se empleó una muestra total constituida por 141 sujetos con cardiopatía isquémica y con una edad media de 71,57 años (DT=5,76), siendo el 61% de la muestra varones. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, así como un análisis factorial de los componentes principales.

Resultados: La correlación elemento-total corregida fue positiva en todos los ítems, con valores entre el 0,32 y 0,54. Se identificaron cuatro factores que, en conjunto, explicaron un 51,85% de la varianza de los datos. Los cocientes de fiabilidad encontrados fueron elevados en todas las variables analizadas, obteniéndose un Alfa de Cronbach total de 0,77.

Conclusiones: Los resultados obtenidos en nuestra investigación nos indican que la enfermedad de cardiopatía isquémica no es ajena al proceso de ansiedad ante la muerte. Está justificado, por tanto, promover una educación en pacientes con esta patología para la adaptación al proceso de cronicidad, así como para la naturalización del proceso final del ciclo vital, teniendo presente la multidimensionalidad de la persona.

Palabras clave: Cardiopatía isquémica, Muerte, Actitud frente a la muerte, Ansiedad, Psicometría.

Correspondencia:
Rubén González Rodríguez
Universidad de Vigo
Campus das Lagoas, s/n
32004 Ourense, España
rubgonzalez@uvigo.es

ABSTRACT

Psychometric properties of the *Death Anxiety Scale* in patients with ischemic cardiomyopathy

Background: Ischemic cardiomyopathy is a major public health concern in Spain. Death from ischemic disease accounts for approximately a third of all deaths due to cardiovascular disease, and imposes a serious burden on already overstretched public health system owing to the tendency to chronicity. This study aimed to evaluate the psychometric properties of Templer's Death Anxiety Scale (DAS) in a sample of patients with ischemic cardiomyopathy (acute myocardial infarction and angina pectoris).

Methods: This study applied the Spanish version of Templer's Death Anxiety Scale (DAS). The sample consisted of 141 patients (61% men) with ischemic cardiomyopathy, mean age 71.57 years (SD=5.76). A descriptive statistical analysis was performed, and factorial analysis of the principal components.

Results: The corrected element-total correlation was positive in all items, with values ranging from 0.32 and 0.54. Four factors jointly explained 51.85% of the data variance. The reliability coefficients were high in all of the variables analysed, with a total Cronbach Alpha of 0.77.

Conclusions: The results obtained in this study revealed ischemic cardiomyopathy was susceptible to the process of death anxiety. This underscores the need for educating patients with this pathology to help them adapt to the process of chronicity, and to develop an understanding of the naturalization process of dying bearing in mind each person's multidimensionality.

Key words: Ischemic heart disease, Death, Attitude to death, Anxiety, Psychometrics.

Cita sugerida: López-Castedo A, González-Rodríguez R, Vázquez Pérez R. Propiedades psicométricas del *Death Anxiety Scale* en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev Esp Salud Pública. 2019;93: 3 de octubre e201910079.

INTRODUCCIÓN

El término “ansiedad ante la muerte” fue incluido por la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) en su taxonomía del bienio 2007-2008. Esta etiqueta diagnóstica se definía como la sensación inespecífica de incomodidad o malestar, producida por la percepción de una amenaza, real o imaginada, sobre la propia existencia⁽¹⁾. Actualmente, NANDA lo define como la sensación vaga e intranquilizadora de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada sobre la propia existencia⁽²⁾.

Numerosos estudios identifican variables que podrían relacionarse de forma significativa con la ansiedad ante la muerte. Entre ellos, Tomás-Sábado⁽³⁾ identifica las siguientes: la edad, el género, la religiosidad, el estado de salud, la ocupación o la educación sobre la muerte. Como puede apreciarse, la ansiedad y el miedo frente a la muerte están claramente influenciados por el grupo cultural al que pertenece la persona.

La ansiedad ante la muerte ha sido analizada en diferentes patologías, tales como la insuficiencia renal crónica⁽⁴⁾, los procesos oncológicos⁽⁵⁾ y los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)^(6,7), entre otras. Sin embargo, no existen muchos estudios en pacientes con enfermedades cardíacas. Lo que sí existen son evidencias de que la ansiedad y la depresión podrían reducir la calidad de vida e incrementar los síntomas físicos, e incluso la mortalidad, entre los pacientes con enfermedad coronaria⁽⁸⁾.

La enfermedad coronaria o cardiopatía isquémica es una miocardiopatía ocasionada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, que son las encargadas de proporcionar sangre al miocardio. Dentro de sus tipologías, podemos destacar el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho (estable e inestable). Aunque se trata de un proceso multifactorial, se estima que en el

90 % de los casos tiene su base en la enfermedad arterioesclerótica, observándose incrementos en los que tienen influencia variables como el sexo y la edad (predominio masculino general, y del infarto de miocardio en particular, en todos los grupos etarios)⁽⁹⁾. Diversos estudios evidencian también una variación del norte de Europa frente al sur, tanto en hombres como en mujeres, debido a las tasas de mortalidad y a la proporción de muertes causadas por enfermedades cardiovasculares (entre ellas la enfermedad coronaria)⁽¹⁰⁾. La forma de presentación inicial de la enfermedad coronaria (infarto o angina) puede verse influenciada también por otros factores, como el tratamiento farmacológico con bloqueadores beta y estatinas⁽¹¹⁾.

Aproximadamente 15,4 millones de personas mayores de 20 años en Estados Unidos padecen cardiopatía isquémica⁽⁹⁾ y se prevé, asimismo, que la mitad de los varones y un tercio de las mujeres de mediana edad en ese país sufrirán alguna manifestación de cardiopatía isquémica a lo largo de su vida⁽¹²⁾. Diferentes estudios realizados en España sitúan las tasas de incidencia de infarto de miocardio entre los 135 y los 210 nuevos casos anuales por cada 100.000 varones, y entre los 29 y los 61 por cada 100.000 mujeres, entre los 25 y los 74 años⁽¹³⁾. En 2006, el 31% de las muertes por enfermedades cardiovasculares en España fueron debidas a una enfermedad isquémica del corazón, lo que supuso una tasa de mortalidad de 84,2 por cada 100.000 habitantes⁽¹⁴⁾. En 2014, las enfermedades de corazón representaban un porcentaje del 20,2% del total de defunciones en nuestro país⁽¹⁵⁾.

A pesar del progreso reciente en la reducción de su incidencia, la enfermedad coronaria sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo⁽¹⁶⁾. En España, a pesar de observarse también una tendencia hacia una disminución de la misma^(17,18), sigue constituyendo un problema importante de salud pública. Factores como el envejecimiento progresivo de la

población y la inmigración hacen suponer que el número absoluto de episodios coronarios y, por tanto, la prevalencia de la enfermedad coronaria no disminuya o incluso aumente en un futuro próximo⁽¹⁸⁾. Debe ser, por tanto, un factor importante a tener en cuenta por los gestores de los servicios de salud.

Las enfermedades crónicas, máxime aquellas que pueden conllevar procesos agudos graves sobrevenidos (como son las diferentes tipologías de enfermedad coronaria), suelen exponer al individuo ante su propia muerte. Parece que un mejor estado psicológico respecto de la enfermedad terminal puede optimizar la calidad de vida del paciente, infundir una actitud más favorable y probablemente una mejor resistencia al deterioro físico y psicológico⁽⁴⁾. Por consideraciones éticas, la mayor parte de investigaciones en torno a la muerte se han realizado con sujetos sanos, y no existen estudios concretos sobre la interferencia de la enfermedad coronaria en esta variable.

El objetivo del estudio que se presenta fue evaluar las propiedades psicométricas de la *Death Anxiety Scale* de Templer⁽¹⁹⁾, en la versión adaptada a sujetos españoles por Tomás-Sábado y Gómez-Benito⁽²⁰⁾, en una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica (infarto agudo de miocardio y angina de pecho).

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes y procedimiento. Para conseguir la información relevante al objetivo propuesto, se llevó a cabo un estudio de una muestra de población constituida por personas con cardiopatía isquémica, pertenecientes a la Unidad de Enfermedades Coronarias del Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO), que accedieron de forma libre y voluntaria a cumplimentar los cuestionarios. La muestra inicial estaba compuesta por 165 sujetos, produciéndose una mortalidad

experimental de 24 sujetos, y quedando la muestra total constituida por 141 sujetos. En la distribución por género, hubo un predominio de los varones (86, que representaron el 61%) sobre las mujeres (55, 39%). En cuanto al diagnóstico cardíaco, se observó un predominio de los que sufrían infarto de miocardio (63,8%) sobre los afectados por angina de pecho (36,2%). Teniendo en cuenta la profesión, el 78% (119) estaba jubilado, el 12,1% (17) eran amas de casa y el 9,9% (14) estaban desempleados. Por lo que se refiere a la percepción de la enfermedad, el 57,4% la experimentaba como regular, como buena lo hacía el 24,1%, y como mala el 18,4%. El rango de edad osciló entre los 46 y los 80 años. La media de edad fue de 71,57 años, con una desviación típica de 5,76.

A los participantes se les entregó una carta de presentación de la investigación, en la que se les explicaba la importancia del estudio, los objetivos que se pretendían alcanzar y se les pedía su colaboración para poder aplicar las pruebas correspondientes. Dada la peculiaridad de la muestra, la aplicación se realizó en grupo y aprovechando las diversas actividades mensuales de la Escuela de Enfermos del Corazón. El requisito para formar parte de la muestra era haber sido previamente diagnosticados de cardiopatía isquémica. Aquellos que accedieron a participar, firmaron el consentimiento informado de participar libre y voluntariamente en el mismo, en el que se hacía constar que tenían la opción de dejarlo sin dar explicaciones, si así lo preferían. Los investigadores fueron siempre los mismos, manteniendo la misma actitud, motivación y presencia en todas las sesiones.

El procedimiento del estudio se desarrolló, en todo momento, en concordancia con la Declaración de Helsinki.

Instrumentos y Análisis estadístico. Se utilizó un cuestionario estructurado *ad hoc* relativo a variables socio-demográficas: edad, género,

diagnóstico, profesión y percepción de la enfermedad. Como medida directa sobre la ansiedad ante la muerte, se administró la *Death Anxiety Scale* (DAS), traducida como “escala de ansiedad ante la muerte” de Templer⁽¹⁹⁾, utilizando la versión española de Tomás-Sábado y Gómez-Benito⁽²⁰⁾. Es uno de los instrumentos más utilizados y citados en la literatura especializada, siendo una referencia obligada en cualquier tipo de trabajo sobre este ámbito de estudio^(21,22). Consta de 15 ítems de respuesta dicotómica “verdadero”-“falso”. El rango de posibles puntuaciones totales oscila de cero a quince, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad ante la muerte. Los fundamentos que guiaron su construcción están recogidos con detalle en el trabajo de Templer⁽¹⁹⁾. El examen de la fiabilidad de la escala presentó una consistencia interna con valores que oscilaron entre 0,76 y 0,87 (fórmula 20 de Kuder-Richardson), y una estabilidad temporal con unos intervalos entre 0,71 y 0,84. Los datos de diversas investigaciones permitieron concluir que cuenta con una buena validez discriminante y de constructo.

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos, así como de asimetría y curtosis. Asimismo, se llevó a cabo un análisis factorial de los componentes principales. Ambos análisis diferenciados se presentan seguidamente en el bloque de resultados. Todos ellos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS 22.0.

RESULTADOS

Análisis de los ítems. La tabla 1 muestra los estadísticos descriptivos, la asimetría y curtosis obtenidos tras la aplicación de la DAS. Como se aprecia, las medias oscilaron entre 0,22 (ítem 10) y 0,81 (ítem 9), mientras que las desviaciones típicas con puntuaciones similares se alejaron de cero, lo que indica que los ítems discriminan. La correlación elemento-total corregida fue positiva en todos los ítems, con valores entre el 0,32 y

0,54, lo que indica que todos contribuían a medir el constructo general que mide el test (ansiedad ante la muerte) y en la misma dirección. La pertenencia de los enunciados para formar parte de la escala fue estudiada a través del Alfa de Cronbach si se eliminaba un elemento. El coeficiente alfa para el conjunto de la prueba fue de 0,77 y la supresión de cualquiera de los ítems no mejoraría la fiabilidad del conjunto del cuestionario.

En referencia a la asimetría, 7 de los 15 ítems presentaron una asimetría positiva con tendencia a puntuaciones bajas, mientras que el resto (8 ítems) tuvieron tendencia a puntuaciones altas. Asimismo, en 12 ítems se percibieron índices negativos de curtosis, lo cual informa de una distribución más aplanada que la normal. En consecuencia, no existía ni una asimetría extrema (valores <3,00) ni una curtosis extrema (valores <8,00), revelando la inexistencia de problemas de asimetría y curtosis en las variables observadas. Por último, en todos los enunciados, la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (Z) confirmó una distribución no normal ($p < 0,05$) (tabla 1).

Estructura factorial. Para analizar la validez de constructo de la DAS, se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales con posterior rotación varimax. El determinante de la matriz de correlaciones tendió a cero (<0,01), lo que nos indicó una alta presencia de correlaciones y, por tanto, se confirmó el ajuste del modelo factorial. La medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) fue de 0,794, que está por encima del valor recomendado de 0,60. También se rechazó la hipótesis nula de equivalencia de la matriz de correlaciones a una matriz de identidad, según mostró la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2 [105, n=141]=412,679 < 0,01$). Esto último garantiza que el análisis factorial era adecuado y que el modelo consiguió un buen ajuste. Se recogieron únicamente las saturaciones

Tabla 1
Estadísticos descriptivos obtenidos.

Ítem	M	D.T.	r_{i-t}	α si se elimina el ítem	Asim. (E.T.=0,204)	Curt. (E.T.=0,406)	Z	p
Das₁	0,37	0,48	0,544	0,744	0,550	-1,722	0,408	0,0001
Das₂	0,42	0,50	0,393	0,758	0,304	-1,935	0,379	0,0001
Das₃	0,30	0,46	0,440	0,767	0,893	-1,219	0,444	0,0001
Das₄	0,56	0,50	0,377	0,760	-0,246	-1,968	0,372	0,0001
Das₅	0,78	0,42	0,443	0,754	-1,367	-0,132	0,482	0,0001
Das₆	0,80	0,40	0,384	0,759	-1,527	0,338	0,491	0,0001
Das₇	0,57	0,49	0,524	0,745	-0,304	-1,935	0,379	0,0001
Das₈	0,52	0,50	0,414	0,756	-0,100	-2,019	0,353	0,0001
Das₉	0,81	0,48	0,386	0,766	-1,006	1,136	0,534	0,0001
Das₁₀	0,22	0,42	0,358	0,766	1,367	-0,132	0,482	0,0001
Das₁₁	0,38	0,49	0,537	0,767	0,487	-1,789	0,401	0,0001
Das₁₂	0,67	0,47	0,359	0,761	-0,749	-1,460	0,430	0,0001
Das₁₃	0,30	0,46	0,355	0,761	0,856	-1,285	0,440	0,0001
Das₁₄	0,47	0,50	0,320	0,765	0,100	-2,019	0,353	0,0001
Das₁₅	0,79	0,41	0,346	0,762	-1,419	0,013	0,485	0,0001

M=Media; D.T.=Desviación Típica; r_{i-t} =Correlación ítem-total corregida; α =Índice Alpha de Cronbach; Asim.=Asimetría; Curt.=Curtosis; E.T.=Error Típico; Z= \bar{Z} de Kolmogorov-Smirnov; p=Significación estadística (bilateral).

superiores a 0,45, y siguiendo el criterio de valores propios superiores a uno se identificaron 4 factores, que explicaron un 51,85% de la varianza de los datos (tabla 2).

En el primer factor, saturaron los ítems que evaluaban la ansiedad ante la muerte en el matiz cognitivo-afectivo. Este factor es el que obtuvo un mayor porcentaje de la variación explicada (24,51%), presentando las cargas factoriales más altas en los ítems 5, 9, 7 y 15. La fiabilidad del factor fue de 0,66 y se le denominó

“cognitivo-afectivo”. El segundo factor explicó el 10,19% de la varianza y estaba formado por ítems relativos a la ansiedad ante la muerte, asociada a la conciencia por el paso del tiempo (ítems 12 y 8) y al miedo a que la vida llegue a su fin (ítems 1 y 2). La fiabilidad obtenida fue de 0,65 y se le etiquetó como “conciencia del paso del tiempo”. El tercer factor estaba constituido por los ítems que explicaban el 9,28% de la varianza y que hacían referencia al dolor (ítems 4 y 11) y a la enfermedad (ítems 10 y 6). Se consideró como factor de “miedo al dolor

Tabla 2
Estructura factorial rotada de la Escala de ansiedad de la muerte de Templer,
en una muestra de pacientes con cardiopatía isquémica.

Ítem	F1	F2	F3	F4	h ²
5. No tengo ningún miedo a morirme.	0,78	-	-	-	0,67
9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	0,75	-	-	-	0,59
7. No me molesta nada pensar en la muerte.	0,54	-	-	-	0,51
15. Pienso que el futuro no me depara nada que temer.	0,47	-	-	-	0,39
2. Apenas pienso en la muerte.	-	0,78	-	-	0,68
1. Tengo mucho miedo a morirme.	-	0,73	-	-	0,64
8. A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente.	-	0,48	-	-	0,41
12. A menudo pienso que la vida es realmente muy corta.	-	0,47	-	-	0,57
4. Asusta el pensar que he de sufrir una operación.	-	-	0,65	-	0,50
11. Me asusta el que me pueda dar un ataque al corazón.	-	-	0,64	-	0,57
10. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.	-	-	0,57	-	0,36
6. No tengo especialmente miedo a tener un cáncer.	-	-	0,55	-	0,40
14. La visión de un cadáver me horroriza.	-	-	-	0,70	0,55
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte.	-	-	-	0,62	0,54
13. Me estremezco cuando la gente habla de la 3ª Guerra Mundial.	-	-	-	0,54	0,43
Valor propio	24 (0,51)	10 (0,17)	9 (0,28)	7 (0,87)	-
% Varianza	24 (0,51)	34 (0,69)	43 (0,97)	51 (0,85)	-

(*) Solo se recogen las saturaciones mayores a 0,45.

y a la enfermedad”. La fiabilidad fue de 0,56. Por último, el cuarto factor explicó el 7,87% de la varianza, teniendo las mayores cargas factoriales en los ítems 14, 3 y 13. Se le denominó factor de “estímulos relacionados con la muerte”. La fiabilidad fue de 0,49. Todos los datos se muestran en la [tabla 2](#).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación señalan la homogeneidad de los ítems y su fiabilidad, lo cual parece indicar que todos ellos están evaluando la misma variable, en línea con

la ansiedad ante la muerte, y en consonancia con otros estudios en ese ámbito^(19,20,21,23,24).

En cuanto a los coeficientes de fiabilidad encontrados en la DAS, son elevados en todas las variables analizadas, obteniéndose un Alfa de Cronbach total de 0,77, pudiéndose concluir que es alta y semejante a la obtenida en estudios previos^(7,19,20,25), por lo que apoyan su uso como un instrumento fiable de evaluación de la ansiedad ante la muerte.

Con respecto a la estructura factorial de la escala, hemos obtenido cuatro factores etiquetados

como “cognitivo-afectivo” (F1), “conciencia del paso del tiempo” (F2), “dolor y enfermedad” (F3) y “estímulos relacionados con la muerte” (F4). Aunque la estructura del primer factor no coincide totalmente con la de otros autores revisados, estos mismos ítems (excepto el 9) coinciden con el factor 1 de otras investigaciones^(20,26,27).

En la estructura del segundo factor, los ítems 8 y 12 presentan cargas factoriales coincidentes con el factor 4 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito⁽²⁰⁾, con el de Lonetto, Fleming y Mercer⁽²⁶⁾ y con el de Devins⁽²⁸⁾. Mientras, los ítems 2 y 1 coinciden con el factor 3 de Templer⁽¹⁹⁾, y el factor 1 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito⁽²⁰⁾ lo hace con el de Lonetto, Fleming y Mercer⁽²⁶⁾. En el factor tercero, todos los ítems (a excepción del 10) coinciden con el factor 3 de Saggino y Kline⁽²⁷⁾, con el factor 2 de Tomás-Sábado y Gómez-Benito⁽²⁰⁾, y con el factor 1 de Warren y Chopra⁽²⁹⁾. Finalmente, la estructura factorial del cuarto factor es idéntica a la del factor 3 de Tomás-Sábado y Gómez Benito⁽²⁰⁾. En general, la estructura factorial es coherente y considerablemente similar, aunque las diferencias están en línea con lo sugerido por algunos autores con relación a la multidimensionalidad de la DAS^(19,30). Esto apoya su utilización como un instrumento válido de evaluación de la ansiedad ante la muerte en el colectivo de pacientes con cardiopatía isquémica.

Dentro de las limitaciones principales encontradas, puede señalarse el número reducido de participantes, condicionado por la mortalidad experimental. Sin embargo, también debe apuntarse como ventaja que la realización del estudio dentro de un contexto hospitalario supone obtener información complementaria y posibilita la realización de investigaciones de corte longitudinal.

Como se ha señalado previamente, esta investigación tuvo como objetivo el de exponer las características psicométricas de la DAS⁽¹⁹⁾ en pacientes con cardiopatía isquémica, utilizando la versión española⁽²⁰⁾, así como conocer los resultados

de su administración en el ámbito clínico. Estos datos ofrecen una valiosa información, casi inexistente en la literatura hasta el momento. Con este estudio se pretende contribuir al desarrollo de una línea de investigación psicológica empírica en un campo de indudable interés y posibilidades para clínicos y teóricos, aplicado a la mejor comprensión de los distintos factores que actúan sobre las actitudes individuales y sociales ante la muerte, y a las posibilidades de intervenciones formativas o modificadoras en estos pacientes.

En esta línea, podemos concluir que los resultados obtenidos en nuestra investigación nos indican que la enfermedad de cardiopatía isquémica no es ajena a la ansiedad ante la muerte. Se ha tratado, por tanto, de identificar qué factores están influyendo, para desarrollar así una intervención psicosocial cuyo objetivo prioritario consistiría en ayudar a estos pacientes a explorar sus actitudes hacia la muerte, a descubrir cuáles son sus temores, y a adquirir estrategias para superarlos y para valorar positivamente la vida, realizando todo aquello que esté a su alcance para lograrlo⁽³¹⁾. De este modo, se pretende promover la necesidad de una educación para la “naturalización” de la muerte y el proceso de morir, intervención que ha de realizarse sin ignorar al sistema familiar^(32,33). Todo ello, teniendo presente la multidimensionalidad de la persona (social, somática, psicológica), pero también su plano espiritual y religioso^(34,35), y actuando como un sistema conjunto, integrado y fluctuante. También se ha de tener en cuenta el carácter dinámico y flexible (variable en el tiempo) en función de la evolución de la enfermedad, las prioridades, los valores y las necesidades, entre otras. De esta forma, estaremos colaborando en la mejora de la calidad de vida del afectado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomás-Sabado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L et al. Revision of the diagnostic label ‘‘death anxiety’’. *Enferm Clin*. 2007;17:152-156.

2. Heather T, Kamitsuru S (eds). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020*. 11th ed. New York: Thieme Medical Publishers, 2017.
3. Tomás-Sabado J. *Miedo y ansiedad ante la muerte*. Madrid: Herder Editorial, 2016.
4. Rivera-Ledesma A, Montero-López M, Sandoval-Ávila R. Templer's Death Anxiety Scale: Psychometric Properties in Terminal Chronic Renal Failure. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. 2010;2:83-91.
5. Royal KD, Elahi F. Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among terminally ill cancer patients. *J Psychosoc Oncol*. 2011;29:359-371.
6. Braunstein JW. An investigation of irrational beliefs and death anxiety as a function of HIV status. *J Ration Emot Cogn Behav Ther*. 2004;22:21-38.
7. López-Castedo A, Calle I. Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among HIV/AIDS patients. *Psicothema*, 2008;20:958-963.
8. Siew H, Chee L, Das S et al. Anxiety and depression in patients with coronary heart disease: a study in a tertiary hospital. *Iran J Med Sci*. 2011;36:201-206.
9. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL et al. Executive summary: heart disease and stroke statistics-2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2013;127:143-152.
10. Puddu PE, Schiariti M, Torromeo C. Gender and Cardiovascular Mortality in Northern and Southern European Populations. *Curr Pharm Des*. 2016;22:3893-3904.
11. Go AS, Iribarren C, Chandra M et al. Statin and beta-blocker therapy and the initial presentation of coronary heart disease. *Ann Intern Med*. 2006;144:229-238.
12. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Beiser A et al. Lifetime risk of developing coronary heart disease. *Lancet*. 1999;353:89-92.
13. Medrano MJ, Boix R, Cerrato E et al. Incidence and Prevalence of Ischaemic Heart Disease and Cerebrovascular Disease in Spain: a Systematic Review of the Literature. *Rev Esp Salud Publica*. 2006;80:5-15.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitus en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.
15. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Patrones de mortalidad en España, 2014*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
16. Ergin A, Muntner P, Sherwin R et al. Secular trends in cardiovascular disease mortality, incidence, and case fatality rates in adults in the United States. *Am J Med*. 2004;117:219-227.
17. Dégano IR, Elosua R, Marrugat J. Epidemiology of Acute Coronary Syndromes in Spain: Estimation of the Number of Cases and Trends From 2005 to 2049. *Rev Esp Cardiol*. 2013;66:472-481.
18. Ferreira-González I. The Epidemiology of Coronary Heart Disease. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:139-144.
19. Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *J Gen Psychol*. 1970;82:165-177.
20. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep*. 2002;91:1116-1120.
21. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J. Death anxiety, death depression, and death obsession: Conceptual approach and assessment instruments. *Psicol Conductual*. 2004;12:79-100.
22. Aradilla-Herrero A, Tomás-Sábado J, Gómez Benito J. Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega (Westport)*. 2012;66:39-55.
23. Abdel-Khalek AM. Death anxiety among Lebanese samples. *Psychol Rep*. 1991;68:924-926.

24. Abdel-Khalek AM. The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychol Rep.* 2000;87:478-492.
25. Abdel-Khalek AM. Death anxiety, death depression, and death obsession: a general factor of death distress is evident: a reply. *Psychol Rep.* 2004;94:1212-1214.
26. Lonetto R, Fleming S, Mercer GW. The structure of Death Anxiety: A factor analytic study. *J Pers Assess.* 1979;43:388-392.
27. Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *J Clin Psychol.* 1996;52:329-333.
28. Devins GM. Death anxiety and voluntary passive euthanasia: Influences of proximity to death and experiences with death in important other persons. *J Consult Clin Psychol.* 1979;47:301-309.
29. Warren WG, Chopra PN. Some reliability and validity considerations on Australian data from the Death Anxiety Scale. *Omega (Westport).* 1979;9:293-298.
30. Lonetto R, Templer DI. *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing, 1986.
31. Carroble JA, Remor E, Rodríguez-Alzamora L. Relationship of coping and perceived social support to emotional distress in people living with HIV. *Psicothema.* 2003;15:420-426.
32. Sinoff G. Thanatophobia (Death Anxiety) in the Elderly: The Problem of the Child's Inability to Assess Their Own Parent's Death Anxiety State. *Front Med.* 2017;4:11.
33. Shahdadi H, Rahdar Z, Mansouri A et al. The effect of family-centered empowerment model on the level of death anxiety and depression in hemodialysis patients. *Revista Publicando.* 2018;5:470-482.
34. Kula T, Erden M. Existential Anxiety and Religion. *Journal of Academic Research in Religious Sciences.* 2017;17:21-41.
35. Kimter N, Kotfegul O. A Research on the Relationship Between Death Anxiety and Religiosity in Adults. *Journal of Sakarya University Faculty of Theology.* 2017;19:55-82.