

Percepción y afrontamiento del personal de salud ante la muerte y el sufrimiento en el ámbito hospitalario



Healthcare Workers' Perception and Coping with Death and Suffering in the Hospital Setting

 **Jairo Marentes-Betanzos**  
Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes, México  
drjairo.aging@gmail.com

**Lux Médica**  
vol. 21, núm. 63, 2026  
Universidad Autónoma de Aguascalientes, México  
ISSN-E: 2007-8714  
Periodicidad: Cuatrimestral  
revistaluxmedica@edu.uaa.mx

Recepción: 19 septiembre 2025  
Aprobación: 14 mayo 2026

URL: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/486/4865666001/>

**Resumen:** **Introducción:** La muerte y el sufrimiento rara vez ocupan un lugar central en la formación del personal hospitalario. Esa omisión tiene costos concretos: comunicaciones inadecuadas, familias mal acompañadas y profesionales que acumulan un desgaste emocional que no saben cómo procesar. **Objetivo:** Describir la percepción y las estrategias de afrontamiento del personal de salud ante el sufrimiento y la muerte, y estimar la disposición hacia la implementación de un módulo de tanatología en un hospital general de segundo nivel. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y cuantitativo. Se aplicó una encuesta electrónica autoadministrada a 259 profesionales (enfermería, medicina, trabajo social y psicología) del Hospital General Tercer Milenio, con muestreo intencional y análisis de estadística descriptiva. **Resultados:** El 74.9% de los participantes fueron mujeres y 92.3% ha atendido pacientes terminales. Sin embargo, apenas 53.7% se siente capaz de comunicar un diagnóstico terminal a una familia y sólo 25.5% conoce herramientas para el acompañamiento en el duelo. El 79.2% considera necesario apoyo especializado al anticipar una muerte próxima y 86.1% al notificar un fallecimiento. El 96.5% valora el apoyo espiritual como componente del proceso tanatológico. La disposición para usar un servicio de tanatología alcanza 97.7%. **Conclusiones:** Existe una brecha amplia entre la frecuencia con que el personal enfrenta situaciones de terminalidad y su preparación para gestionarlas. El apoyo a la creación de un módulo de tanatología es casi unánime. De manera consistente, la literatura sobre el tema muestra que la falta de formación en estas competencias se traduce en mayor desgaste, peor comunicación y menor calidad de atención para los pacientes y sus familias.

**Palabras clave:** Tanatología, Duelo, Comunicación de malas noticias, Cuidados paliativos, Hospitales, Personal de salud..

**Abstract:** **Introduction:** Death and suffering are rarely central to hospital staff training. This gap has tangible consequences: inadequate communication, poorly supported families, and professionals accumulating emotional burnout they have no tools to manage. **Objective:** To describe health care personnel's perceptions and coping strategies regarding suffering and death, and to estimate their acceptance of a thanatology module in a general secondary level hospital. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, quantitative study. A self-administered electronic survey was applied to 259 health professionals (nursing, medicine, social work, and psychology) at Hospital General Tercer Milenio, using intentional sampling and descriptive statistical analysis. **Results:** 74.9% of participants were women and 92.3% had cared for terminally ill patients. Yet only 53.7% felt capable of communicating a terminal diagnosis to a family, and just 25.5% knew specific tools for grief support. 79.2% considered specialized support necessary when anticipating imminent death, and 86.1% when notifying a death. 96.5% valued spiritual support as part of the thanatological process. Willingness to use a thanatology service reached 97.7%. **Conclusions:** A significant gap exists between how often staff encounter end-of-life situations and how prepared they are to manage them. Support for establishing a thanatology module is near-universal. Consistent evidence in the field shows that inadequate training in these competencies leads to greater burnout, poor communication, and lower quality care for patients and families.

**Keywords:** Thanatology, Grief, Breaking bad news, Palliative care, Hospitals, Health personnel.

## Introducción

Hablar de muerte en el hospital sigue siendo un tema difícil, pese a que los profesionales de la salud conviven cotidianamente con ella. Al respecto, pocas universidades y hospitales han logrado integrar de manera real el acompañamiento emocional como parte del cuidado. La sociedad contemporánea tiende a aplazar este tema —tanto en el plano personal como en el institucional— y esa evasión tiene consecuencias concretas en la calidad de atención que reciben los pacientes y sus familias en los momentos más difíciles.<sup>1</sup>

Los avances científicos han dado a la medicina herramientas para prolongar la vida, controlando enfermedades crónicas y reducir el sufrimiento físico. Esa capacidad técnica, sin embargo, no siempre forma parte de una preparación suficiente para acompañar a quien ya no puede ser curado. El miedo a la muerte no ha desaparecido con el progreso médico: sigue ahí, tanto en el paciente como en quien lo atiende, y con frecuencia se manifiesta en formas de comunicación inadecuadas, distancia emocional o simple evasión del tema.<sup>2</sup>

Una parte importante de los pacientes que llegan a hospitalizarse lo hace por complicaciones de enfermedades crónicas que han seguido un curso largo e impredecible. En los padecimientos oncológicos esto es particularmente visible: hay momentos en que los tratamientos ya no ofrecen una respuesta útil y la atención se convierte en dar bienestar al paciente y no la cura. Decirle eso a un paciente o a su familia es una de las tareas más difíciles que enfrenta cualquier profesional de la salud. Hacerlo bien —con honestidad, con cuidado, sin frialdad— requiere una formación que pocas veces se recibe de manera formal.<sup>1,2,3</sup>

Ser parte del equipo que atiende a alguien en su etapa final de vida implica mucho más que administrar medicamentos o monitorear signos vitales, requiere escuchar, tolerar la incertidumbre, contener el dolor ajeno y acompañar en el duelo —tanto al paciente como a quienes lo rodean—. La enfermería, que mantiene el contacto más sostenido con el enfermo, sabe de esto mejor que nadie. Sin embargo, los programas de formación profesional rara vez dedican espacio suficiente a estas habilidades. La atención multidisciplinaria que integra tanatología puede marcar una diferencia real en cómo atraviesan ese proceso tanto el paciente como su familia.<sup>4</sup>

La investigación sobre la muerte ha priorizado históricamente la prevención y el tratamiento, dejando en segundo plano todo lo que ocurre cuando ya no hay nada que curar. El duelo, la angustia anticipatoria, el miedo a perder el control o a sufrir son problemas que el personal de salud enfrenta a diario, pero sin las herramientas

necesarias para manejarlo, ni en los pacientes ni en sí mismos. Esa carencia se traduce en respuestas inadecuadas, desgaste profesional y, en último momento, en un peor acompañamiento para quienes más lo necesitan.<sup>5</sup>

La relación con la muerte no es igual en todas las culturas ni en todas las personas. En México la muerte convive con los vivos de formas que tienen profunda carga simbólica: la velación en el hogar, el Día de Muertos, la música en los entierros. Esa familiaridad cultural, sin embargo, no siempre se traduce en mayor capacidad para acompañar emocionalmente a quien muere en un hospital, donde los rituales quedan suspendidos y el tiempo se vuelve clínico.

Los profesionales de la salud también sufren este desequilibrio. Debido a una formación enfocada casi siempre en lo técnico y en curar enfermedades, a menudo recurren a una desconexión emocional que suele confundirse erróneamente con la ética profesional. La pandemia de SARS-CoV-2 lo hizo más evidente: las restricciones de contacto dejaron a muchos pacientes morir sin presencia física de sus familias y al personal sin tiempo ni espacio para procesar lo que vivía. Enfrentar la muerte genera ansiedad, y esa ansiedad, si no se atiende, afecta la calidad del cuidado. Mostrar empatía no debilita al profesional: al contrario, es parte de la competencia clínica más difícil de enseñar.

Lejos de ser un elemento secundario, la tanatología es una pieza fundamental en el ámbito clínico. Proporciona las competencias necesarias para mejorar la comunicación asistencial y prevenir el desgaste emocional del equipo médico.

## **Importancia de la tanatología**

La enfermería y la medicina comparten un fundamento ético que va más allá del acto técnico: ambas profesiones se definen por su compromiso con la dignidad de la persona enferma, y ese compromiso no termina cuando la curación ya no es posible. Precisamente en ese punto —cuando la medicina curativa alcanza su límite— cobra mayor relevancia la tanatología como disciplina de apoyo clínico y humano. El presente trabajo nace de la convicción de que los hospitales de segundo nivel requieren estructuras formales para atender esta dimensión del cuidado.<sup>1,6</sup>

Contar con profesionales entrenados para acompañar el proceso de muerte no es un lujo: es una necesidad clínica y ética. El apoyo tanatológico no sustituye al médico ni al enfermero, sino que complementa su trabajo en uno de los momentos en que la familia y el paciente son más vulnerables. Cuando alguien recibe un diagnóstico terminal o cuando una familia enfrenta la inminencia del

fallecimiento de un ser querido, la calidad del acompañamiento que recibe puede determinar cómo vivirá ese duelo durante años.<sup>6,7,8</sup>

La tanatología, tal como la define el Diccionario de la Lengua Española, estudia las circunstancias que rodean la muerte del ser humano. En la práctica, se trata de una disciplina que busca construir lazos de confianza entre el enfermo, su entorno y el personal que lo atiende, con el objetivo de que el proceso de morir sea lo más digno y acompañado posible. Sus fundamentos son científicos y su aplicación es clínica, lo que la distingue de la simple contención emocional espontánea.

Más allá del ámbito hospitalario, también es necesario que la educación en salud incorpore estos temas desde etapas tempranas de formación. Saber cómo se muere, qué sienten quienes acompañan ese proceso y cómo las creencias culturales o religiosas moldean la experiencia del duelo no es información accesorio: es parte del saber clínico. Los profesionales que conocen estas dimensiones toman mejores decisiones, comunican con mayor sensibilidad y se cuidan mejor a sí mismos.<sup>9,10</sup>

Los conocimientos sobre tanatología y duelo deben transmitirse desde los primeros años de formación universitaria, no sólo en cursos optativos o en posgrados especializados. Integrarlos al currículo obligatorio de enfermería, medicina, trabajo social y psicología permitiría formar profesionales mejor preparados para enfrentar lo que inevitablemente encontrarán en cualquier servicio hospitalario.<sup>11,12,13,14</sup>

En definitiva, la tanatología ofrece algo que la medicina técnica no puede dar por sí sola: sentido. Ayuda a que el proceso de morir sea abordado con método, con respeto y con la certeza de que hay alguien capacitado para acompañar. Su objetivo no es la resignación, sino la calidad de vida hasta el final —y más allá, en el duelo de quienes quedan.<sup>15</sup>

## **Pregunta de investigación**

¿Cuál es la percepción y las estrategias de afrontamiento del personal de salud del Hospital General Tercer Milenio ante el sufrimiento y la muerte, y en qué medida existe disposición para la implementación de un módulo de tanatología?

## **Planteamiento del problema**

El Hospital General Tercer Milenio cuenta con servicios en los que el encuentro con la muerte forma parte de la rutina. Médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos deben comunicar

diagnósticos donde la salud del paciente no mejorará, acompañar a pacientes que se acercan al final de su vida y notificar fallecimientos a familias que pocas veces están preparadas para recibirlos. Lo que se desconoce es si ese personal cuenta con las herramientas y la preparación necesarias para hacerlo de manera eficaz y sin que ello comprometa su propio bienestar.<sup>16,17,18,19,20</sup>

En los hospitales de segundo nivel la tanatología no suele ocupar un lugar dentro del modelo de atención. Esta falta de atención tiene consecuencias graves: provoca una comunicación deficiente, familias desorientadas sobre su propia situación y profesionales con un desgaste emocional ignorado. Visibilizar esta realidad con datos es esencial para cambiarla.

## Material y método

Se diseñó un estudio de tipo transversal y descriptivo con enfoque cuantitativo. Para la recolección de información se elaboró una encuesta electrónica estructurada, administrada de forma autogestionada a través de Google Forms. El instrumento contempló preguntas de opción múltiple y respuesta dicotómica, orientadas a explorar tres dimensiones: la experiencia del personal frente a la muerte y el sufrimiento, su capacidad percibida para comunicar malas noticias y su disposición hacia la implementación de un servicio de tanatología.

La selección de participantes siguió un criterio intencional, priorizando al personal adscrito a los servicios con mayor exposición a situaciones de terminalidad. La encuesta fue respondida por 259 profesionales de salud del Hospital General Tercer Milenio, cifra que cubre la población objetivo con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 4%.

El análisis se llevó a cabo mediante estadística descriptiva: se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes para cada variable. Todos los resultados se concentran en la Tabla 1, que acompaña el apartado de resultados.

## Criterios de inclusión

Fueron incluidos en el estudio todos los profesionales de salud adscritos al Hospital General Tercer Milenio en cualquier modalidad de contratación (base, contrato o servicio social): personal de enfermería, personal médico (incluyendo internos de pregrado y médicos residentes de posgrado), personal de trabajo social y personal de psicología. Se excluyó al personal administrativo y a quienes no tuvieran contacto directo con pacientes.

## Resultados

Los principales hallazgos del estudio se concentran en la Tabla 1, la cual sintetiza las respuestas obtenidas en cada variable explorada mediante la encuesta electrónica aplicada a los 259 participantes.

**Tabla 1.** Concentrado de resultados de las encuestas realizadas en forma electrónica a través de Google Forms. Importancia de la Tanatología en el segundo nivel de atención

**Tabla 1**

Concentrado de resultados de las encuestas realizadas en forma electrónica a través de Google Forms.  
Importancia de la Tanatología en el segundo nivel de atención

No.	VARIABLES	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS
1	Sexo	Femenino 194 (74.9%); Masculino 65 (25.1%)
2	Profesión	Enfermería 168 (64.9%); Medicina 75 (29%); Trabajo social 15 (5.8%); Psicología 1 (0.4%)
3	Edad	De 18 a 23 años: 60 (23.2%); De 24 a 30 años: 40 (15.4%); De 31 a 37 años: 46 (17.8%); De 38 a 40 años: 28 (10.8%); Mayor de 41 años: 85 (32.8%)
4	Profesan alguna religión	Sí: 221 (85.3%); No: 38 (14.7%)
5	Religión profesada	Católico: 210 (81.1%); Ninguna: 40 (15.4%); Testigo de Jehová: 5 (1.9%); Adventista: 4 (1.5%)
6	Apoyo espiritual o religioso como componente del proceso tanatológico	Sí: 250 (96.5%); No: 9 (3.5%)
7	Contacto con familiar grave o con enfermedad terminal en su familia	Sí: 213 (82.2%); No: 46 (17.8%)
8	Pérdida de algún familiar o amigo muy cercano	Sí: 231 (89.2%); No: 28 (10.8%)
9	Enfermedad o accidente que afectara gravemente su salud	Sí: 54 (20.8%); No: 205 (79.2%)
10	Contacto con algún paciente terminal	Sí: 239 (92.3%); No: 20 (7.7%)
11	Capacidad para abordar la notificación hacia la familia de un paciente terminal	Sí: 139 (53.7%); No: 120 (46.3%)
12	Necesidad de apoyo (psicología, trabajo social) al dar malas noticias	Sí: 205 (79.2%); No: 54 (20.8%)
13	Necesidad de apoyo para contener a la familia al notificar el fallecimiento de un paciente	Sí: 223 (86.1%); No: 36 (13.9%)
14	Conocimiento sobre tanatología	Sí: 256 (98.8%); No: 3 (1.2%)

15	Conocimiento de que el servicio de tanatología puede apoyar en la comunicación de malas noticias	Sí: 235 (90.7%); No: 24 (9.3%)
16	Conocimiento de herramientas para el duelo	Sí: 66 (25.5%); No: 193 (74.5%)
17	Disposición de usar un servicio de tanatología	Sí: 253 (97.7%); No: 6 (2.3%)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos mediante encuesta electrónica (Google Forms), Hospital General Tercer Milenio, 2024.

## Análisis de resultados y discusión

Los resultados obtenidos en el presente estudio evidencian patrones relevantes sobre la percepción y el afrontamiento del personal de salud ante la muerte y el sufrimiento en el Hospital General Tercer Milenio. Se analizó una muestra representativa de 259 personas (Tabla 1), con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 4%.

En cuanto a la distribución por sexo, 74.9% de los participantes corresponde al género femenino y 25.1% al masculino (Tabla 1). Por profesión, 64.9% pertenece a enfermería, 29% a medicina, 5.8% a trabajo social y 0.4% a psicología (Tabla 1). En lo referente a la distribución por grupos de edad, 23.2% tiene entre 18 y 23 años, 15.4% entre 24 y 30 años, 17.8% entre 31 y 37 años, 10.8% entre 38 y 40 años, y el grupo de mayor representación, con 32.8%, corresponde al personal de más de 41 años (Tabla 1).

La dimensión espiritual fue valorada como un componente fundamental en el proceso de duelo, especialmente al comunicar malas noticias. Se encontró que 85.3% del personal profesa alguna religión, predominando la afiliación católica (81.1%), mientras que 14.7% no tiene afiliación religiosa (Tabla 1). Destaca que 96.5% considera el apoyo espiritual o religioso como un elemento esencial en el proceso tanatológico (Tabla 1), lo que concuerda con perspectivas que integran las dimensiones culturales y espirituales en la atención al final de la vida.<sup>45,46,47,48</sup>

Los datos obtenidos en este estudio describen, con bastante nitidez, el estado actual del personal de salud del Hospital General Tercer Milenio frente a una de las realidades más constantes de su trabajo: la muerte. La encuesta fue respondida por 259 personas —una muestra estadísticamente representativa con 95% de confianza y margen de

error de 4%— cuyos perfiles permiten situar bien los hallazgos (Tabla 1).

Tres de cada cuatro participantes son mujeres (74.9%), lo que refleja la composición típica del personal de enfermería en México. Por profesión, el grupo más numeroso corresponde a enfermería (64.9%), seguido de medicina (29%), trabajo social (5.8%) y psicología (0.4%) (Tabla 1). La distribución por edad muestra que el grupo de mayor representación es el de mayores de 41 años (32.8%), lo que implica que buena parte de estos profesionales llevan ya varios años conviviendo con la terminalidad sin haber recibido, necesariamente, formación específica para ello (Tabla 1).

El peso de la dimensión espiritual en este grupo es notable. El 85.3% profesa alguna religión —la mayoría de orientación católica (81.1%)— y 96.5% considera que el apoyo espiritual o religioso tendría un papel positivo dentro de un proceso tanatológico (Tabla 1). Esto coincide con lo documentado en estudios sobre cuidados al final de la vida, donde la espiritualidad aparece como un recurso de afrontamiento frecuente tanto en pacientes como en sus familias y en los propios profesionales.<sup>45,46,47,48</sup>

La experiencia previa con la enfermedad y la pérdida es amplia en este grupo: 82.2% ha tenido contacto cercano con un familiar en situación crítica o terminal y 89.2% ha enfrentado la muerte de alguien querido (Tabla 1). El 20.8% también ha vivido personalmente alguna enfermedad o accidente grave (Tabla 1). Esta exposición personal al sufrimiento puede generar mayor empatía, aunque no necesariamente traduce esa empatía en competencia comunicativa si no hay formación de por medio.

El dato que quizá mejor sintetiza el problema que este trabajo busca documentar es la brecha entre contacto y capacidad. El 92.3% del personal ha atendido pacientes terminales, pero sólo 53.7% se siente capaz de comunicar ese diagnóstico a una familia (Tabla 1). Cerca de la mitad de quienes trabajan a diario con enfermos en fase terminal reconoce que no sabe cómo dar esa noticia. Esa distancia —entre lo que se vive y lo que se sabe hacer— es exactamente el espacio que un módulo de tanatología puede ocupar.

La dependencia del personal en recursos externos para manejar estas situaciones también es alta. El 79.2% considera necesario el apoyo de psicología o trabajo social al anticipar una muerte próxima y 86.1% lo requiere al momento de notificar el fallecimiento (Tabla 1). Estas cifras no son una señal de debilidad: son un indicador claro de que el personal ya sabe que necesita ayuda y está dispuesto a pedirla. Lo que falta es que la institución la ofrezca de manera sistemática.

El conocimiento conceptual de la tanatología es casi universal en la muestra: 98.8% sabe qué es y 90.7% cree que un servicio de este tipo podría serle útil (Tabla 1). Sin embargo, sólo 25.5% conoce

herramientas concretas para acompañar el duelo o comunicar malas noticias (Tabla 1). Hay, pues, un reconocimiento amplio de la disciplina, pero una apropiación práctica muy limitada. Eso es razonable en ausencia de programas formales de formación.

La cifra que más claramente respalda la viabilidad de la propuesta es la del último ítem: 97.7% del personal encuestado recurriría a un servicio de tanatología si existiera (Tabla 1). La disposición no es el problema. El problema es que el servicio no existe. Los datos de este estudio son coherentes con los reportados en investigaciones similares sobre personal de salud en contextos de atención paliativa y terminalidad.<sup>21,22,23</sup>

La implementación de un módulo de tanatología en el hospital podría generar beneficios concretos: intervenciones más estructuradas, mejores herramientas comunicativas y equipos con mayor soporte emocional.<sup>49,50</sup>

## Conclusiones

El Hospital General Tercer Milenio necesita urgentemente un servicio de tanatología. Esta es la conclusión principal de este estudio. Los datos revelan que el personal de salud enfrenta frecuentemente situaciones de terminalidad —92.3% ha atendido a pacientes en su etapa final de vida—, sin embargo, casi la mitad no se siente preparada para comunicar un diagnóstico terminal y sólo uno de cada cuatro conoce herramientas concretas para acompañar el duelo. A pesar de esto, la disposición para utilizar un servicio de tanatología es prácticamente unánime (97.7%).<sup>21,22,23</sup>

El perfil del personal encuestado —en su mayoría mujeres, con experiencias personales significativas frente a la enfermedad y la pérdida, y con un fuerte arraigo religioso— sugiere que ya hay una sensibilidad formada hacia el acompañamiento en el dolor. Lo que falta no es la voluntad, sino una estructura adecuada. La fe y la empatía personal no sustituyen a una formación tanatológica formal, pero pueden ser una base sólida sobre la cual desarrollarla.

Más de la mitad del personal puede comunicar una situación terminal cuando es necesario, pero una proporción considerable —79.2% ante la muerte anticipada y 86.1% ante el fallecimiento ya ocurrido— solicita apoyo especializado para hacerlo. Esto refleja un personal consciente de sus límites y dispuesto a trabajar en equipo. Un módulo de tanatología no vendría a sustituir al médico o al enfermero en esos momentos, sino a acompañarlos también.

La tanatología no es una especialidad menor ni periférica dentro del modelo de atención hospitalaria. Proporciona comprensión sobre los procesos psicológicos y emocionales que rodean a la muerte,

creando condiciones para que el cuidado al final de la vida sea más realista y humano. Su alcance no se limita al momento del fallecimiento, incluye el duelo anticipatorio, el acompañamiento durante el proceso y el apoyo a la familia después.<sup>24,25,26</sup>

Brindar una atención adecuada a un paciente con una enfermedad irreversible requiere ver más allá del tratamiento médico. El miedo, la creciente dependencia, los cambios de rol dentro de la familia y la ansiedad ante lo desconocido: todo esto debe ser reconocido y abordado. De no ser así, el duelo se complica, las decisiones se toman bajo una angustia que podría haberse gestionado, y el personal queda expuesto a un desgaste que se acumula silenciosamente.<sup>27,28,29,30,31,32</sup>

Un equipo multidisciplinario que incorpore la tanatología puede abordar esta complejidad de manera más integral. El médico tratante y el personal de enfermería necesitan aliados para los momentos en los que la competencia técnica ya no es suficiente. Esos momentos — donde lo que importa es la escucha, la presencia y la palabra adecuada — son los que más recuerdan los pacientes y sus familias.<sup>33,34,35,36,37,38,39</sup>

Recuperar la dimensión humana del cuidado no es una metáfora: es una necesidad clínica. Los profesionales de la salud que cuentan con herramientas tanatológicas no sólo brindan una mejor atención, sino que también enferman menos, sienten mayor satisfacción con su trabajo y pueden sostenerse en entornos de alta exigencia emocional durante más tiempo. El cuidado del cuidador es una parte inseparable de esta propuesta.<sup>40,41,42,43,44</sup>

Los hallazgos de este estudio se suman a un cuerpo de evidencia en crecimiento que señala la misma dirección: los profesionales que trabajan cerca de la muerte necesitan apoyo formal, protocolos claros y espacios de formación continua. La valoración del componente espiritual que muestra este grupo —96.5% lo considera relevante— coincide con perspectivas internacionales que integran la espiritualidad como una dimensión clínica en la atención al final de la vida.<sup>45,46,47,48</sup>

La creación de un módulo de tanatología en el Hospital Tercer Milenio es viable, cuenta con el respaldo del propio personal y podría servir como modelo replicable en otros hospitales de segundo nivel del país.<sup>49,50</sup>

## Referencias

1. Kübler-Ross E. On death and dying. New York: Collier Books, Macmillan Publishing; 1972.
2. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1971.
3. Gutiérrez Samperio C. La bioética ante la muerte. *Gac Med Mex.* 2001;137(3):[dato faltante].
4. Dans EP, Kerr RM. Gerontology and geriatrics in medical education. *N Engl J Med.* 1979;300(5):228-230.
5. Gómez M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán; 1998.
6. Gómez S. Medicina paliativa: la respuesta a una necesidad. Madrid: Arán; 1998.
7. Klarsfeld A, Revah F. Biología de la muerte. Madrid: Complutense; 2002.
8. Murià Vila I. La concepción religiosa de la muerte. *Rev Digit Univ.* 2000;1(1):[dato faltante].
9. Tarasco MM. La cultura de la muerte. *Med Etica.* 1998;9:457-465.
10. Druille P. La antropología de la muerte: autores, enfoques y períodos. [dato faltante]. 2010:[dato faltante].
11. Kübler-Ross E. Questions and answers on death and dying. New York: Macmillan Publishing; 1994.
12. Campione F. Manifiesto della tanatología. Bologna: CLUEB; 2005.
13. Reyes Subiria A. Acercamientos tanatológicos al enfermo terminal y su familia. [dato faltante]:[dato faltante]; 1996.
14. Ramírez L. Antropología de la muerte: la educación tanatológica para el bienestar de la salud. *Rev Digit Univ.* 2006;12(2):[dato faltante].
15. Mendoza VT. Mictlan, Xibalbá, Nith y Hel: el plano o mundo inferior. En: *Anales de Cuautitlán o Códice Chimalpopoca.* México: Instituto de Investigaciones Históricas, UNAM; [dato faltante].
16. Flores R. Salud, enfermedad y muerte: lecturas desde la antropología sociocultural. *Rev Mad.* 2004;(10):[dato faltante].
17. Hernández M, Valdez JL. Significado psicológico de la vida y muerte en jóvenes. *Cienc Ergo Sum.* 2002;9:[dato faltante].
18. Ariès P. The hour of our death. New York: Knopf; 1981.

19. Seale C, van der Geest S. Good and bad death: introduction. *Soc Sci Med.* 2004;58(5):883-885.
20. Blanco Picabia A, Antequera-Jurado R. La muerte y el morir en el anciano. En: Salvarezza L, compilador. *La vejez: una mirada gerontológica actual.* Buenos Aires: Paidós; 1998. p. 379-406.
21. Cai J, Zhang L, Guerriere D, Coyte PC. Congruence between preferred and actual place of death for those in receipt of home-based palliative care. *J Palliat Med.* 2020;23(11):1460-1467.
22. García-Alandete J, Hernández-Pacheco E. Actitudes del personal de enfermería hacia la muerte y los cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Med Paliat.* 2019;26(1):44-55.
23. Domínguez-Domínguez G. La tanatología y sus campos de aplicación. *Horiz Sanit.* 2009;8(2):[dato faltante].
24. Thomas LV. *La muerte, una lectura cultural.* Barcelona: Paidós; 1991.
25. Kastenbaum R. Death and bereavement in later life. En: Kutscher AH, editor. *Death and bereavement.* Springfield: Charles C Thomas; 1969. p. 28-54.
26. Elias N. *La soledad de los moribundos.* México: Fondo de Cultura Económica; 1989.
27. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance, World Health Organization. *Global atlas of palliative care.* 2nd ed. London: WHPCA/WHO; 2020.
28. Lalive d'Epinay C, Cavalli S. Les principaux tournants de la vie dans la construction autobiographique: une comparaison internationale. En: Oris M, director. *Transitions dans les parcours de vie et construction des inégalités.* Lausanne: Presses Polytechniques et Universitaires Romandes; 2009. p. 389-406.
29. Heinz W, Marshall V, editores. *Social dynamics of the life course: transitions, institutions and interrelations.* New York: Aldine de Gruyter; 2003.
30. Sociedad Española de Oncología Médica. *El duelo complicado.* Madrid: SEOM; 2018.
31. Clínica Galatea. *¿Qué es el duelo? Fases del duelo.* Barcelona: Clínica Galatea; 2019.
32. National Cancer Institute. *Aflicción, duelo y pérdida.* Rockville (MD): NCI; 2024.
33. Bayés R. *Afrontar la vida, aceptar la muerte.* Barcelona: Plataforma; 2015.

34. Gómez Sancho M. Cuidados paliativos: historia, desarrollo y situación actual. *Med Paliat.* 2010;17(1):1-7.
35. Astudillo W, Orbegozo A, Astudillo E. Aspectos psicológicos en la atención del enfermo en fase terminal. *Psicooncología.* 2005;2(1):87-94.
36. Couceiro A. La muerte y el duelo en el contexto sociosanitario: la importancia de la formación en tanatología. *Rev Calid Asist.* 2005;20(1):15-20.
37. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al. Report of the Lancet Commission on the value of death: bringing death back into life. *Lancet.* 2022;399(10327):837-884.
38. Córdoba-Rojas W, Vargas-Arbeláez D, Londoño-Mesa C. Autocuidado emocional del personal de enfermería en unidades de cuidados paliativos: revisión integrativa. *Rev Fac Med.* 2020;68(3):421-428.
39. Zapata-Vázquez CM, Christian-Sahagun A, Zepeda-Zepeda MA. La comunicación como herramienta esencial en la atención integral y humana en cuidados paliativos. En: *Memorias del 12º Congreso Internacional de Educación en Ética y Valores.* México: Universidad Anáhuac; 2022.
40. Gutiérrez Samperio C. Medicina paliativa. *Cir Gen.* 2017;39(4):251-256.
41. Bravo Mariño M. ¿Qué es la tanatología? Intervención tanatológica para población anciana. *Horiz Sanit.* 2009;8(2):[dato faltante].
42. Millán-González R, Solano-Medina N. Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39(2):375-388.
43. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M, directores. *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Texto revisado. Barcelona: Masson; 2002.
44. Montoya J. *Pérdida, aflicción y luto: manual para la recuperación.* México: Trillas; 2012.
45. Sanders JJ, Palat G, Kwon JH, et al. Palliative care for patients with cancer: ASCO guideline update. *J Clin Oncol.* 2024;42(19):2336-2357.
46. Astudillo W, Díaz-Albo E, Lizarraga SB. Planificación de cuidados en el paciente con enfermedad avanzada y terminal: intervenciones protocolizadas. *Med Paliat.* 2010;17(3):149-156.
47. Orozco-González MÁ, Tello-Sánchez GO, Sierra-Aguillón R, et al. Experiencias y conocimientos de los estudiantes de enfermería ante la

muerte del paciente hospitalizado. *Rev Enferm IMSS*. 2013;21(1):3-9.

48. Best M, Söderhamn O, Bristol A, et al. Spiritual care education in palliative care: white paper of the European Association for Palliative Care (EAPC). *BMC Palliat Care*. 2020;19:9.
49. Vega Hernández S. Intervención tanatológica en la Unidad de Cuidados Integrales Avanzados para el Paciente Cardiópata del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Rev Mex Enferm Cardiol*. 2012;20(1):35-37.
50. Valdés M. Factores familiares protectores para conductas de riesgo: vulnerabilidad y resiliencia. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1994.

## AmeliCA

### Disponible en:

<https://portal.amelica.org/amei/amei/journal/486/4865666001/4865666001.pdf>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en [portal.amelica.org](http://portal.amelica.org)

AmeliCA

Ciencia Abierta para el Bien Común

Jairo Marentes-Betanzos

**Percepción y afrontamiento del personal de salud ante la muerte y el sufrimiento en el ámbito hospitalario**  
**Healthcare Workers' Perception and Coping with Death and Suffering in the Hospital Setting**

*Lux Médica*

vol. 21, núm. 63, 2026

Universidad Autónoma de Aguascalientes, México

[revistaluxmedica@edu.uaa.mx](mailto:revistaluxmedica@edu.uaa.mx)

**ISSN-E:** 2007-8714