



ORIGINAL

Deseo anticipado de muerte en personas mayores residentes de población española: estudio descriptivo



Rosa Ruiz Aragonese*, Marian Navarro Chamizo, Encarnación Calvache González, Laura Steegmman, David Almaraz y José Carlos Bermejo Higuera

Centro de Humanización de la Salud San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de enero de 2025

Aceptado el 26 de mayo de 2025

Palabras clave:

Deseo anticipado de muerte
Deseo de morir
Personas mayores
Hogares para ancianos
Sentido vital
Eutanasia

R E S U M E N

Objetivo: Explorar la prevalencia del deseo anticipado de muerte (DAM) y variables asociadas en personas mayores del ámbito residencial.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con 27 usuarios de una residencia geriátrica, registrándose variables demográficas, cognitivas, funcionales, de depresión y de su historia clínica, así como el *Desire for Death Rating Scale* (DDRS) y un cuestionario *ad hoc* explorando posibles aspectos relacionados como el miedo al futuro, la satisfacción con la propia vida, soledad y sentimientos de ser una carga y planteamientos eutanásicos.

Resultados: Un 59,3% de los participantes presentan DAM. No se hallaron relaciones significativas con variables habitualmente asociadas al DAM en investigaciones previas ni con el deseo de eutanasia, pero sí hubo relación entre indicadores de sentido vital, DAM y depresión.

Conclusiones: La prevalencia es significativa en la muestra estudiada (más de la mitad) sin estar asociada a sintomatología depresiva o deseos suicidas. Más bien al contrario, expresan tal deseo unido a cierta satisfacción con su vida o cansancio vital, que en ambos casos conlleva el deseo de un cierre natural y pleno. Ampliar los distintos significados que los mayores sin patologías terminales atribuyen al deseo de morir podría ayudar a diferenciar su experiencia y mejorar la intervención y el acompañamiento más adecuado en final de vida.

© 2025 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Wish to hasten death in older adults living in nursing homes in the Spanish population: A descriptive study

A B S T R A C T

Objective: To explore the prevalence of Wish to Hasten Death (WTHD) and associated variables in older adults in residential settings.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted with 27 residents of a nursing home, recording demographic, cognitive, functional, depression and medical history variables. The Desire for Death Rating Scale (DDRS) and an *ad hoc* questionnaire on various aspects possibly related to WTHD were also administered.

Results: 59.3% of the participants exhibited WTHD. No significant relationships were found with variables commonly associated with WTHD in previous research or with the desire for euthanasia. However, there was a relationship between indicators of meaning in life, WTHD, and depression.

Conclusions: The prevalence is significant in the studied sample (more than half) without being associated with depressive symptoms or suicidal desires. On the contrary, they express such a desire alongside a certain satisfaction with their life or life fatigue, which in both cases involves a wish for a natural

Keywords:

Wish to hasten death
Wish to die
Aged
Homes for the aged
Meaning of life
Euthanasia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: investigacion@humanizar.es (R. Ruiz Aragonese).

and complete closure. Expanding the different meanings that older adults without terminal pathologies attribute to the wish to die could help differentiate their experience and improve the most appropriate intervention and support in end-of-life care.

© 2025 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Introducción

En un escenario donde hay un envejecimiento progresivo de la población y mayor presencia de enfermedades de larga evolución, surge la necesidad de equipos sociosanitarios especializados encargados de acompañar y paliar cada uno de los síntomas que vayan apareciendo a lo largo de este proceso. En concreto, en los pacientes en situación de final de vida se da un conjunto de características que hacen que su atención y la de sus familiares sea compleja. No es infrecuente que, en los casos donde el pronóstico no es favorable y soportan una carga sintomática importante, las personas expresen su deseo de adelantar la muerte. Ante estas manifestaciones, es crucial que los equipos sociosanitarios realicen una valoración exhaustiva de los factores que subyacen a estas expresiones y determinen su intencionalidad, con el objetivo de mejorar el acompañamiento y la atención integral.

En este contexto, no todo deseo de anticipar la propia muerte es equivalente a una ideación suicida ni a la petición de eutanasia. Un constructo que inicialmente se estudió en relación con estas solicitudes y pensamientos¹, así como a trastornos como la depresión clínica^{2,3}, es el «deseo anticipado de muerte» (DAM). Este término ha alcanzado consenso recientemente con la definición de Balaguer et al.⁴ como una «reacción al sufrimiento, en el contexto de una condición que amenaza la vida, de la cual el paciente no ve más salida que acelerar su muerte. Este deseo puede expresarse de manera espontánea o después de ser preguntado, pero tiene que ser distinguido de la aceptación de la muerte inminente o de un deseo de morir de manera natural, aunque preferiblemente pronto» (p. 8).

Sin embargo, investigaciones más recientes han mostrado que el DAM también puede aparecer en ausencia de trastornos psiquiátricos diagnosticados⁵ y se vincula fundamentalmente a otros factores, como la desesperanza, el miedo al futuro o la pérdida del sentido vital^{6,7}.

Además, la situación de enfermedad que suele afectar a la población de estudio implica síntomas físicos, como el dolor, que pueden agravar el malestar psicológico y emocional de los pacientes antes mencionado. Así, ante la disminución de funcionalidad, pueden surgir también sentimientos de pérdida de dignidad y autonomía y sensación de ser una carga para los que le rodean, dando pie al deseo de la llegada de la muerte^{8,9}. En pacientes de cáncer avanzado, por ejemplo, se ha identificado una asociación entre un mayor deseo de muerte y un menor nivel de independencia evaluado con el índice de Barthel, así como con mayores niveles de depresión y de peor pronóstico paliativo¹⁰. Asimismo, el deterioro cognitivo también puede derivar en DAM, tal y como observaron Pessin et al.¹¹ en una muestra de pacientes de sida avanzado. La falta de apoyo social y familiar, el miedo a la soledad y a ser una carga, el miedo al futuro, una menor satisfacción vital, haberse planteado la eutanasia o el dolor también son factores que han demostrado una asociación con el DAM en poblaciones con enfermedad grave y avanzada¹².

En cualquier caso, el propio envejecimiento, incluso en ausencia de patologías graves, puede ser un factor que propicie la aparición del DAM. Con los años es frecuente experimentar pérdidas en la capacidad funcional y autonomía y, en ocasiones, pueden surgir sentimientos de vulnerabilidad y desesperanza^{13,14}. No obstante, la literatura sobre el DAM en población geriátrica es escasa.

Algunos estudios con muestras amplias han encontrado entre mayores una prevalencia de deseos de morir de entre el 1,25%¹⁵ y el 9,5%¹⁶, aunque uno está enfocado en personas fuera de residencia con un amplio rango de edad (de 50 a 109 años) que no solo incluye la vejez¹⁵, y otro evalúa personas mayores de 65 años que viven de forma independiente¹⁶. A pesar de estas diferencias contextuales y poblacionales, ambos estudios evalúan el DAM en personas mayores sin enfermedad grave, lo que permite situar el presente estudio en un marco más amplio. Además, un estudio centrado específicamente en personas mayores que viven en residencia encontró una prevalencia de DAM del 16%¹⁷, lo que sugiere que este fenómeno podría ser también prevalente en contextos institucionalizados.

Cabe señalar también que varios estudios citados^{15,16} utilizan diferentes instrumentos para medir los deseos de morir, sin incluir escalas específicas para la evaluación del DAM, como podría ser el *Schedule of Attitudes Toward Hastened Death* (SAHD)¹⁰ o el *Desire for Death Rating Scale* (DDRS)². Estas herramientas son las dos medidas principales para la evaluación de este constructo, a través de dos enfoques diferentes: la SAHD es autoadministrada, mientras la DDRS implica la administración de una entrevista semiestructurada realizada por un profesional clínico, permitiendo una mayor investigación del significado y la intención del paciente¹⁸. Así, como señalan Bellido-Pérez et al.¹⁸, el DDRS permite capturar la naturaleza transitoria, fluctuante y ambivalente del DAM.

Finalmente, cabe destacar que en la investigación de Hartog et al.¹⁵ casi la mitad de los participantes que manifestaban DAM no expresaban malestar con la vida presente o con el futuro. Esta ambigüedad, junto con la falta de manifestación de DAM en parte de los participantes en un estudio cualitativo posterior con la misma muestra¹⁹, constata la ambivalencia de este fenómeno y la falta de claridad sobre lo que implica el concepto de DAM, particularmente en adultos mayores.

Así, el objetivo de este estudio fue explorar la prevalencia de DAM en población geriátrica española, e identificar variables clínicas, funcionales, psicológicas y sociales asociadas a su presencia. Aunque el diseño del estudio es descriptivo, se plantearon las siguientes hipótesis generales:

- El DAM será más frecuente cuando concurre patología oncológica, NECPAL positivo, historial de dolor o uso de analgésicos.
- El grado de DAM será más alto en residentes con mayor deterioro cognitivo, peor estado funcional, mayor nivel de depresión, menor satisfacción vital, mayor temor al futuro, más miedo a la soledad y a ser una carga para los demás, y más pensamientos eutanásicos o suicidas.
- Haber hecho testamento vital o no será una variable moduladora en relación con la ideación sobre la propia muerte o el deseo de anticipar la misma.

Material y método

Diseño

Se realizó un estudio descriptivo transversal en un Centro sociosanitario concertado de la Comunidad de Madrid, con una capacidad para 144 residentes y 9 plazas privadas del centro de

día. El único criterio de inclusión fue ser residentes (permanente o centro de día) y querer participar en el estudio; como criterios de exclusión se marcó un deterioro cognitivo grave según el Miniexamen Cognoscitivo (MEC) de Folstein et al.²⁰ (< 15) o padecer algún trastorno psiquiátrico diagnosticado. Cabe señalar que, además de su uso como criterio de exclusión, la puntuación del MEC también fue considerada como variable de análisis. El resto de variables recogidas, como se detalla en el apartado «Instrumentos», fueron empleadas únicamente con fines analíticos. Se realizó un muestreo intencional de forma que se incluyeran los residentes que cumplirían dichos criterios validados por la psicóloga del Centro y firmarían el consentimiento informado.

Instrumentos

Información sociodemográfica y clínica

Se registraron variables sociodemográficas de edad, género, la frecuencia de visitas familiares que reciben y la tramitación tanto del testamento vital como de algún grado de dependencia.

Asimismo, se tuvo en cuenta si los participantes presentaban una patología oncológica o necesidad paliativa, detectada mediante el NECPAL²¹, así como el consumo de analgésicos o historial clínico relacionado con el dolor.

Deseo anticipado de muerte

Para evaluar el DAM, se administró el cuestionario DDRS² en la versión española de Bellido-Pérez et al.¹⁸, dada su utilidad en contexto clínico²². Este se aplica en una entrevista semiestructurada que comienza con una pregunta abierta sobre el DAM. Si no experimenta DAM, la puntuación es 0. En cambio, si la respuesta es positiva, quien desarrolla la entrevista (en este caso un psicólogo del centro) explora cuatro preguntas para valorar el grado de tal deseo, oscilando entre 1 (deseo mínimo) y 6 (deseo extremo). El coeficiente de correlación intraclase (0,82) de la adaptación española¹⁸ indicó adecuada fiabilidad.

Estado cognitivo

Se midió a través del Mini Examen Cognoscitivo (MEC)²⁰, en la versión española de Lobo et al.²³. Evalúa orientación espacio-temporal, memoria de fijación y memoria inmediata, concentración, cálculo, lenguaje y construcción espacial. Las puntuaciones oscilan entre 0 (deterioro cognitivo grave) y 35 (estado cognitivo normal).

Estado funcional

Se evaluó mediante el índice de Barthel²⁴, en su adaptación española²⁵. Formada por 10 ítems, otorga información sobre la dependencia funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria. Cada actividad se valora con 0, 5 o 10, en función del grado de ayuda necesaria. El rango de puntuaciones, de 0 a 100, se interpreta así: <20 (dependencia total), 21-60 (dependencia grave), 61-90 (dependencia moderada), 91-99 (dependencia leve) y 100 (independencia). La consistencia interna de la versión española²⁵ oscila entre $\alpha = 0,88$ y $0,92$.

Depresión

Se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica²⁶, validada en español²⁷. Consta de 15 ítems con formato de respuesta dicotómica (Sí/No), oscilando las puntuaciones entre 0 y 15, donde una mayor puntuación indica mayor grado de depresión. La versión española²⁷ presentó una consistencia interna de $\alpha = 0,99$.

Experiencias relacionadas con el DAM

Se administró un cuestionario *ad hoc* con 12 preguntas de 3 opciones de respuesta («Sí», «No», «No sabe/no contesta»), diseñado por el equipo investigador específicamente para este estudio, con

base a la literatura previa sobre DAM¹² y en la experiencia clínica en contextos institucionales. El cuestionario permitió explorar distintas experiencias en la muestra potencialmente relacionadas con el DAM (Anexo 1). Estas preguntas recogen información de tres dimensiones en función de su contenido: sentido o satisfacción vital (SV), con 6 ítems (1, 2, 5, 6, 7, 12) (puntuaciones de 0 a 6); temor al futuro (TF), con 3 ítems (3, 8, 11) (de 0 a 3); y, finalmente, relaciones interpersonales (RI), con 2 ítems (9, 10) (de 0 a 2) relativos al miedo a la soledad y a ser una carga para otros. Además, se preguntó abiertamente si alguna vez se habían planteado la eutanasia o creían poder hacerlo (E: ítem 4).

Procedimiento

La selección de participantes se realizó a través de los responsables del departamento de psicología del centro, quienes identificaron a las personas potencialmente elegibles en base a los criterios de inclusión y les informaron sobre el estudio. A quienes aceptaron, se les proporcionó un consentimiento informado, el cual firmaron antes de iniciar la entrevista. La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo por los psicólogos en un espacio privado dentro del centro.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Centro, conforme a los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki y la normativa vigente en materia de investigación con personas.

Análisis de datos

Dado el incumplimiento del supuesto de normalidad, de acuerdo con la prueba de Shapiro Wilk, se optó por análisis no paramétricos. En primer lugar, se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney para comparar la distribución de las puntuaciones en las variables dicotómicas (analgésica, historia clínica de dolor, testamento vital, oncología y necesidades paliativas). A continuación, para explorar la asociación entre la presencia de DAM (según la clasificación del DDRS), y las respuestas a los ítems del cuestionario *ad hoc* sobre experiencias relacionadas con el DAM, se utilizó la prueba χ^2 de independencia (o sus alternativas en caso de no cumplirse las condiciones necesarias para su aplicación: la prueba exacta de Fisher o Fisher-Freeman-Halton). Finalmente, se utilizaron las correlaciones de Spearman para explorar la asociación del DDRS y de las dimensiones del cuestionario con las variables cognitivas, funcionales y de depresión recogidas, así como la frecuencia de visitas y el grado de dependencia. De acuerdo con Cohen²⁸, valores absolutos de 0,1, 0,3 y 0,5 nos proporcionan los puntos de corte para correlaciones de magnitud pequeña, moderada y fuerte, respectivamente.

Resultados

De los 153 residentes activos en el centro en el momento de la recogida de datos, solamente 37 cumplían con los criterios establecidos, por el alto deterioro cognitivo de la población diana. De estos, 7 rehusaron participar tras recibir la información del estudio, y 3 participantes, aunque comenzaron el estudio, decidieron revocar su consentimiento posteriormente, por lo que sus respuestas no fueron incluidas. Así, la muestra final estuvo compuesta por 27 residentes (72,97% de los posibles incluibles), con edades comprendidas entre 64 y 99 años ($M = 86,04$, $DT = 8,724$). La distribución sociodemográfica y otras variables situacionales y clínicas quedan recogidas en la [tabla 1](#).

En relación con el DAM se observó que el 59,3% de los participantes lo manifestó en algún grado de acuerdo con las puntuaciones del DDRS ($M = 1,22$; $DT = 1,34$). Entre estos, la mayoría presentan

Tabla 1
Características sociodemográficas, situaciones y clínicas de la muestra

Variable		n	%
Género	Varón	7	25,9
	Mujer	20	74,1
Tipo de estancia	Definitiva	25	92,6
	Temporal	1	3,7
Visitas familia	Centro de día	1	3,7
	Nunca	1	3,7
	Eventual	3	11,1
	Semanal	18	66,7
Dependencia tramitada	Diaria	4	14,8
	No contesta	1	3,7
	No hay	1	3,7
Testamento vital	Grado II	12	44,4
	Grado III	14	51,9
	No	25	92,6
Patología oncológica	Sí	2	7,4
	No	25	92,6
Necesidades paliativas	Sí	2	7,4
	No	23	85,2
	Sí	3	11,1
Dolor en historial clínico	Desconocido	1	3,7
	No	19	70,4
	Sí	8	29,6
Analgesia	No	15	55,6
	Sí	12	44,4

Tabla 2
Presencia y grado de DAM en base a las puntuaciones del DDRS

Grado de DAM (DDRS)	n	%
No	11	40,7
Mínimo	6	22,2
Leve	5	18,5
Moderado	4	14,8
Fuerte	0	0
Intenso	1	3,7
Extremo	0	0

niveles mínimos, leves o moderados, encontrándose un solo caso de DAM intenso, tal como puede verse en la [tabla 2](#). Por otra parte, solo el 18,75% de los participantes con DAM manifestaron haberse planteado la eutanasia en algún momento o poder plantársela en el futuro.

No se hallaron diferencias significativas en la distribución de las puntuaciones de DDRS en función de las variables clínicas (analgesia, historial clínico de dolor, proceso oncológico), el NECPAL o la tramitación del testamento vital ([tabla 3](#)).

A través del análisis ítem por ítem mediante la prueba exacta de Fisher, solamente se halló relación significativa entre la presencia de DAM y la respuesta a los ítems del cuestionario *ad hoc* en las preguntas 2 («¿Se arrepiente de algo?») de forma moderada (V de Cramer = 0,482; $p = 0,025$) y 10 («¿Sufre por sentirse solo?»), con una asociación moderada (V de Cramer = 0,444; $p = 0,047$). Entre las personas que manifiestan DAM, el 50% dicen arrepentirse de algo, pero solo el 9,1% de los entrevistados que no manifiestan DAM expresan arrepentimiento en sus vidas. Por otro lado, entre las personas que presentan DAM, el 81,5% no sufren por sentirse solos, mientras que entre los que no manifiestan DAM solamente el 37,5% no sufren por ello. La [tabla 4](#) resume los resultados de cada ítem.

Por otra parte, la única correlación significativa de las puntuaciones del DDRS fue con la dimensión SV, siendo esta fuerte y de sentido inverso ($r_s = -0,545$, $p = 0,003$). Asimismo, la dimensión SV se asocia significativamente, en magnitud fuerte y dirección inversa con el grado de depresión (Yesavage) ($r_s = -0,564$, $p = 0,002$) y la dimensión RI ($r_s = -0,501$, $p = 0,008$). Por último, cabe mencionar que la dimensión RI también mostró una relación significativa de carácter fuerte e inverso con la dimensión TF ($r_s = -0,702$, $p < 0,001$). No se hallaron correlaciones significativas entre el DDRS y el estado

cognitivo, el estado funcional, el grado de depresión, el grado de dependencia ni la frecuencia de visitas. Todas las correlaciones estudiadas se exponen en la [tabla 5](#).

Discusión

Teniendo en cuenta que el tamaño reducido de la muestra podría haber limitado la validez de los resultados, la consecuente homogeneidad podría explicar que no se hayan obtenido diferencias significativas en función de las variables clínicas evaluadas, refutando la primera hipótesis planteada. Por otro lado, la falta de relaciones significativas de DAM con estas variables también puede indicar que esta vivencia podría ser más compleja de lo que se había supuesto en estudios previos centrados en pacientes oncológicos o con otras enfermedades de final de vida e historial de dolor¹⁰⁻¹². El alto porcentaje de participantes con DAM en esta muestra (59,3%), junto con la escasa literatura para estas características, resalta la necesidad de profundizar en el significado y vivencia de este fenómeno en población geriátrica con muestras más amplias. En este sentido, pese a las ventajas expuestas del DDRS para la evaluación del DAM, futuras investigaciones podrían beneficiarse de su aplicación junto a medidas autoadministradas como el SAHD¹⁸. Asimismo, el uso de un cuestionario *ad hoc* para evaluar otras variables específicas, si bien basado en la evidencia empírica, constituye una limitación adicional al no tratarse de una escala previamente validada. Futuras investigaciones podrían considerar el uso de instrumentos estandarizados, como la *Satisfaction With Life Scale*²⁹, con el fin de mejorar la comparabilidad entre estudios.

Por otro lado, solo el 18,75% de los que puntuaron positivamente en DAM habían pensado en algún momento en la eutanasia y/o suicidio o creían posible plantárselo en el futuro, lo que respalda la conveniencia de no unir ambos conceptos en la vivencia, o repensar la aplicación del concepto DAM, ya que no se cumple la hipótesis de partida³⁰. Tampoco se halló ninguna relación significativa con tener o no testamento vital ni NECPAL.

Sin embargo, el hallazgo de una fuerte correlación negativa entre SV y RI, al hacer esta dimensión referencia al miedo a la soledad y a ser una carga para otros, parece indicar que un mayor sentido vital se asocia con una menor preocupación por la dimensión relacional, lo que no implica dar menor valor a esta dimensión. Esto es compatible con la literatura previa, pues la percepción de apoyo social se ha asociado con un mayor sentido vital^{31,32}. Este punto cobra especial relevancia si consideramos que la dimensión de SV fue la única que mostró correlaciones significativas con otras variables del estudio, como el grado de depresión y el DDRS, subrayando su importancia en la comprensión del DAM. Ya en otras investigaciones se ha identificado la pérdida del sentido vital como un predictor del deseo de muerte^{6,7}. No obstante, nuevamente estas investigaciones se realizaron con pacientes en situación de cuidados paliativos, lo que supone una experiencia vital diferencial respecto a la vivencia de personas mayores en residencias. Además, una posible interpretación de la relación inversa entre RI y TF puede ser que la satisfacción con vínculos interpersonales podría estar asociada con una mayor preocupación sobre la estabilidad de estos lazos en el futuro.

La presencia del DAM en personas mayores, sin especiales patologías asociadas, puede estar ligada con la aceptación serena de la proximidad del final de vida. Investigaciones con adultos mayores sobre la percepción de la muerte muestran que no manifiestan ansiedad hacia esta en sí misma sino a sus posibles implicaciones, como el dolor o el abandono de sus seres queridos, variables reflejadas en este estudio. Para muchos, la muerte se percibe como un suceso natural^{33,34}, lo que podría sugerir que el deseo anticipado de muerte en ellos no necesariamente está ligado a querer poner fin a la propia vida, sino a la acogida e incluso deseo de hacer un cierre

Tabla 3
Diferencias en nivel de DAM en función de variables clínicas

		DAM Rango promedio	U de Mann-Whitney	Estadístico Z	p
Analgesia	No	14,83	102,500	0,638	0,548
	Sí	12,96			
Dolor	No	14,76	90,500	0,806	0,449
	Sí	12,19			
Diagnóstico oncológico	No	13,74	18,500	-0,630	0,570
	Sí	17,25			
Necesidad paliativa (NECPAL)	No	14,20	18,500	-1,338	0,211
	Sí	8,17			
Testamento vital	No	13,56	36,000	1,066	0,365
	Sí	19,50			

Tabla 4
Asociación entre ítems del cuestionario *ad hoc* y presencia de DAM

Ítem	p	V. Cramer	Ausencia DAM (%)			Presencia DAM (%)		
			Sí	No	NS/NC	Sí	No	NS/NC
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0,373	0,201	90,9	9,1	0,0	75,0	25,0	0,0
2. ¿Se arrepiente de algo?	0,025	0,482	9,1	90,9	0,0	50,0	43,8	6,3
3. ¿Tiene miedo a la muerte?	0,157	0,370	18,2	81,8	0,0	0,0	93,8	6,3
4. ¿Alguna vez se ha planteado la eutanasia o cree que podría plantárselo?	0,970	0,007	18,2	81,8	0,0	18,8	81,3	0,0
5. ¿Siente algún tipo de malestar al afrontar la etapa vital que ahora está viviendo?	1,000	0,074	36,4	63,6	0,0	43,8	56,3	0,0
6. En este momento, ¿siente que tiene sentido su vida?	0,139	0,399	81,8	9,1	9,1	43,8	43,8	12,5
7. ¿Suele levantarse por las mañanas con ilusión?	1,000	0,175	90,9	9,1	0,0	81,3	12,5	6,3
8. ¿Cree que merecerá la pena el tiempo que le quede de vida?	0,497	0,285	90,9	0,0	9,1	68,8	12,5	18,8
9. ¿Le preocupa ser una carga para alguien?	0,812	0,192	36,4	63,6	0,0	25,0	68,8	6,3
10. ¿Sufre por sentirse solo/a?	0,047	0,444	18,2	81,8	0,0	56,3	37,5	6,3
11. ¿Tiene confianza en que estará bien cuidado en los últimos años de su vida?	0,334	0,332	90,9	0,0	9,1	62,5	12,5	18,5
12. A pesar de todo, ¿el balance que hace de su vida es positivo?	1,000	0,079	81,8	9,1	9,1	87,5	6,3	6,3

En los casos donde no se cumplían los supuestos de la χ^2 se aplicó la prueba exacta de Fisher. Las asociaciones se consideraron significativas cuando $p < 0,05$.

Tabla 5
Estadísticos descriptivos y correlaciones entre las variables planteadas

Dimensiones	M	DT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Frecuencia de visitas	2,96	0,66	-									
2. Grado de dependencia	3,44	0,69	0,333	-								
3. DAM	1,22	1,34	-0,032	-0,295	-							
4. Estado funcional	65,15	29,67	-0,352	-0,445*	0,120	-						
5. Estado cognitivo	27,00	6,10	-0,313	-0,122	-0,351	0,130	-					
6. Estado emocional	2,37	2,33	0,039	-0,064	0,024	-0,175	-0,117	-				
7. SV	4,333	1,51	0,257	0,270	-0,545**	0,076	0,324	-0,564**	-			
8. TF	0,81	0,55	-0,129	-0,177	0,047	0,071	0,025	-0,049	0,133	-		
9. RI	0,70	0,72	0,221	0,170	0,227	-0,247	-0,253	0,214	-0,501**	-0,702**	-	
10. Eutanasia	0,18	0,39	-0,192	0,090	0,115	-0,006	0,031	-0,025	0,006	0,148	0,060	-

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

biográfico sereno, ya sea por experimentar cierta plenitud o por cansancio vital^{30,35}. Quizás incluso podría haber influido en esta ambigüedad terminológica cierta confusión al traducir del inglés *desire for hastened death* como «deseo anticipado de muerte» y no «deseo acelerado de muerte»³⁶. Es decir, desear que la muerte como final natural y consciente llegue pronto (se anticipe) no es lo mismo que desear acelerar este final, por sí mismo o con la ayuda de otros.

Además, en Lockhart et al.³⁴, al hablar sobre su actitud hacia la muerte los mayores la percibían como una vía de acercamiento a una mejor «existencia», dimensión espiritual o religiosa que no era objeto directo de estudio en esta ocasión. Por tanto, una posible línea futura es la incorporación de este aspecto, variable importante a tener en cuenta dada la edad media de la muestra y la naturaleza multidimensional del DAM. En el estudio de Borges et al.⁸ se asociaba la falta de cultivo de la dimensión espiritual con la manifestación de desear adelantar su muerte, y algunos estudios identifican la espiritualidad o la religiosidad^{37,38} como factores protectores ante el DAM.

Además, en el estudio de Bernard et al.³⁷ se halló que el bienestar espiritual era un fuerte predictor de la calidad de vida. Si bien no se aborda directamente en el cuestionario, el concepto de espiritualidad engloba el sentido vital³⁹, vinculado con la relación hallada entre la dimensión de «sentido/satisfacción» del cuestionario y el DDRS. De forma similar, la pérdida del sentido vital y el malestar interpersonal se vinculan al «cansancio vital» presente en personas mayores, fenómeno asociado fundamentalmente a factores sociales y existencialistas que llama a ser precavidos desde un punto de vista ético con la petición de eutanasia en mayores^{35,40}.

En conclusión, la consideración de todos estos elementos podría ser clave para distinguir entre un DAM natural (que conlleva incluso sensación de bienestar o satisfacción con la vida vivida), el cansancio vital propio de la vejez y el rechazo de la propia vida unido a ideas suicidas o eutanásicas. Hay que destacar la importancia de abordar no solo las preocupaciones individuales en torno al final de la vida, sino también el impacto que puede tener en el entorno social y emocional de cada persona, y la interpelación ética sobre

la cantidad y la calidad de cuidados que ofrecemos a este colectivo para facilitar un vivir con sentido. Así, queda abierta una línea de investigación en población geriátrica sin patologías graves que conllevaría clarificar si todo deseo de que llegue la muerte es considerado técnicamente DAM tal como se planteó en sus inicios o no; algo que permitiría mejorar el acompañamiento y la toma de decisiones éticas, buscando la adaptación y la validación de nuevos instrumentos de evaluación para adultos mayores en España.

Financiación

La única fuente de financiación indirecta es la Subvención 0,7% actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Gracias a la colaboración del Centro de Formación Profesional del Centro San Camilo (Tres Cantos), especialmente a los alumnos y alumnas de prácticas de investigación que colaboraron en la recopilación de parte de los datos, y a Patricia García Merchán, profesora en el mismo.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2025.101685](https://doi.org/10.1016/j.regg.2025.101685).

Bibliografía

- Saracino RM, Rosenfeld B, Breitbart W, Chochinov HM. Psychotherapy at the End of Life. *Am J Bioeth.* 2019;19:19–28, <http://dx.doi.org/10.1080/15265161.2019.1674552>.
- Chochinov HM, Wilson KG, Enns M, Mowchun N, Lander S, Levitt M, et al. Desire for death in the terminally ill. *Am J Psychiatry.* 1995;152:1185–91, <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.152.8.1185>.
- Rodin G, Lo C, Mikulincer M, Donner A, Gagliese L, Zimmermann C. Pathways to distress: The multiple determinants of depression, hopelessness, and the desire for hastened death in metastatic cancer patients. *Soc Sci Med.* 2009;68:562–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.037>.
- Balaguer A, Monforte-Royo C, Porta-Sales J, Alonso-Babarro A, Altisent R, Aradilla-Herrero A, et al. An international consensus definition of the wish to hasten death and its related factors. *PLoS One.* 2016;11:e0146184, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0146184>.
- Raue PJ, Meyers BS, Rowe JL, Heo M, Bruce ML. Suicidal ideation among elderly homecare patients. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22:32–7, <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1649>.
- Guerrero-Torrelles M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Marimon F, Porta-Sales J, Balaguer A. Meaning in life as a mediator between physical impairment and the wish to hasten death in patients with advanced cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:826–34, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.018>.
- Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open.* 2017;7:e016659, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016659>.
- Borges PJ, Hernández-Marrero P, Martins Pereira S. A bioethical perspective on the meanings behind a wish to hasten death: A meta-ethnographic review. *BMC Med Ethics.* 2024;25:23, <http://dx.doi.org/10.1186/s12910-024-01018-y>.
- Gudat H, Ohnsorge K, Strecek N, Rehmman-Sutter C. How palliative care patients' feelings of being a burden to others can motivate a wish to die. Moral challenges in clinics and families. *Bioethics.* 2019;33:421–30, <http://dx.doi.org/10.1111/bioe.12590>.
- Villavicencio-Chávez C, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Maier MA, Porta-Sales J, Balaguer A. Physical and psychological factors and the wish to hasten death in advanced cancer patients. *Psychooncology.* 2014;23:1125–32, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3536>.
- Pessin H, Rosenfeld B, Burton L, Breitbart W. The role of cognitive impairment in desire for hastened death: A study of patients with advanced AIDS. *Gen Hosp Psychiatry.* 2003;25:194–9, [http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343\(03\)00008-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0163-8343(03)00008-2).
- Monforte-Royo C, Villavicencio-Chávez C, Tomás-Sábado J, Mahtani-Chugani V, Balaguer A. What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. *PLoS One.* 2012;7:e37117, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0037117>.
- Cai H, Jin Y, Liu R, Zhang Q, Zhao Hui S, Ungvari GS, et al. Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian J Psychiatr.* 2023;80:103417, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>.
- Jonkman NH, del Panta V, Hoekstra T, Colpo M, van Schoor NM, Bandinelli S, et al. Predicting trajectories of functional decline in 60- to 70-year-old people. *Gerontology.* 2018;64:212–21, <http://dx.doi.org/10.1159/000485135>.
- Hartog ID, Zomers ML, van Thiel GJM, Leget C, Sachs APE, Uiterwaal CSPM, et al. Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: A large cross-sectional survey. *BMC Geriatr.* 2020;20:342, <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-020-01735-0>.
- Cheung G, Edwards S, Sundram F. Death wishes among older people assessed for home support and long-term aged residential care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2017;32:1371–80, <http://dx.doi.org/10.1002/gps.4624>.
- Truchard ER, Monod S, Bula CJ, Düst A, Levorato A, Mazzocato C, et al. Wish to die among residents of Swiss long-term care facilities: A multisite cross-sectional study. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23:1935–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2022.09.001>.
- Bellido-Pérez M, Crespo I, Wilson KG, Porta-Sales J, Balaguer A, Monforte-Royo C. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced cancer: A comparison of 2 different approaches. *Psychooncology.* 2018;27:1538–44, <http://dx.doi.org/10.1002/pon.4689>.
- Van den Berg VE, Thölking TW, Leget CJW, Hartog ID, Zomers ML, van Delden JJM, et al. Questioning the value of present life: The lived experience of older people who see no future for themselves. *Aging Ment Health.* 2023;27:2457–65, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2023.2197850>.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189–98, [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6).
- Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, Amblàs-Novellas J, Gómez-Batiste X. NECPAL prognostic tool: A palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care.* 2021, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002567>.
- Bellido-Pérez M, Monforte-Royo C, Tomás-Sábado J, Porta-Sales J, Balaguer A. Assessment of the wish to hasten death in patients with advanced disease: A systematic review of measurement instruments. *Palliat Med.* 2017;31:510–25, <http://dx.doi.org/10.1177/0269216316669867>.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia Sahun JL, de la Camara C, Ventura Faci T, et al. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del *Mini-Mental Status Examination*) en la población general geriátrica. *Med Clin.* 1999;112:767–74.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J.* 1965;14:61–5.
- González N, Bilbao A, Forjaz MJ, Ayala A, Orive M, García-Gutiérrez S, et al. Psychometric characteristics of the Spanish version of the Barthel Index. *Aging Clin Exp Res.* 2018;30:489–97, <http://dx.doi.org/10.1007/s40520-017-0809-5>.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1982;17:37–49, [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. *Medifam.* 2002;12, <http://dx.doi.org/10.4321/S1131-57682002001000003>.
- Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* 2nd ed. Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *J Pers Assess.* 1985;49:71–5, <http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901.13>.
- Voltz R, Boström K, Dojan T, Rosendahl C, Gehrke L, Shah-Hosseini K, et al. Is trained communication about desire to die harmful for patients receiving palliative care? A cohort study. *Palliat Med.* 2022;36:489–97, <http://dx.doi.org/10.1177/02692163211065671>.
- Dobříková P, Pčolková D, Alturabi LK, West DJ Jr. The effect of social support and meaning of life on the quality-of-life care for terminally ill patients. *Am J Hosp Palliat Care.* 2015;32:767–71, <http://dx.doi.org/10.1177/1049909114546208>.
- Krause N. Longitudinal study of social support and meaning in life. *Psychol Aging.* 2007;22:456–69, <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.456>.
- Llobet Vila L, Carmona Segado JM, Martínez Díaz I, Martí Martínez C, Sldado Ordoñez C, Manresa Domínguez JM. Aceptación de la muerte y su deshospitalización. *Semergen.* 2020;46:186–93, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2019.10.009>.
- Lockhart IK, Bookwala J, Fagerlin A, Coppola KM, Ditto PH, Danks JH, et al. Older adults' attitudes toward death: links to perceptions of health and concerns about end-of-life issues. *Omega.* 2001;43:331–47, <http://dx.doi.org/10.2190/09B5-CCWE-D5GA-FOMA>.
- Bofarull M, Esquerda M, Lorenzo D, Torralba F, Cusi V, Suffo JA, et al. Life fatigue: A critical analysis. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2025;33:200–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2024.08.002>.
- Lucas HMO. Deseo de adelantar la muerte. *Labor Hospitalaria.* 2021;331:83–93.
- Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychologi-

- cal distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:514–22, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.019>.
38. Belar A, Arantzamendi M, Larkin P, Saralegui I, Santesteban Y, Alonso N, et al. The state of transience, and its influence on the wish to die of advanced disease patients: Insights from a qualitative phenomenological study. *BMC Palliat Care.* 2024;23:57, <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-024-01380-z>.
39. Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the science of spirituality and palliative care research. Part I: Definitions, measurement, and outcomes. *J Pain Symptom Manage.* 2017;54:428–40, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>.
40. Busquet-Duran X, Martínez Losada EJ, Torán-Monserrat P. La prestación de ayuda a morir en el contexto del deseo de anticipar la muerte. *Aten Primaria.* 2024;56:102895, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102895>.