

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE EDUCACIÓN**  
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



**TESIS DOCTORAL**

**Afrontamiento del miedo a la muerte**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR**

**PRESENTADA POR**

**Laura Sanchís Fernández**

**Directoras**

**Luz Florinda Pérez Sánchez**  
**Chantal-María Biencinto López**

**Madrid, 2018**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE EDUCACIÓN**

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación



**TESIS DOCTORAL**

**Afrontamiento del miedo a la muerte**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Laura Sanchís Fernández**

Directoras

Luz Florinda Pérez Sánchez

Chantal-María Biencinto López

**Madrid, 2017**



## **AFRONTAMIENTO DEL MIEDO A LA MUERTE**



## *Dedicatoria*

A Eugenio y Aurora, mis padres, mi ejemplo a seguir en esta vida. Me lo dieron todo y me indicaron el camino.

A mi pareja, Juan Manuel, que me ha enseñado a ver algo de luz en la oscuridad.

A José Luis, mi hermano, mi amigo, mi confidente.

A mi cuñada y hermana, mi otro hombro y muleta en la cual me apoyo.

Por último, y no menos importante, a mis familiares y amigos; a los que están y a los que ya no. A los que alguna vez fueron y compartieron parte de mi vida, y que de algún modo forman parte de mí y de lo que soy, en especial a mi abuelo Ángel y mi tío Juan, por confiar y creer en su nieta y sobrina.



## *Agradecimientos*

En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a las directoras de esta tesis doctoral, Dra. Luz Florinda Pérez y Dra. Chantal-María Biencinto, por la dedicación y apoyo que han brindado a este trabajo, por el respeto a mis ideas y por la dirección y el rigor que han facilitado a las mismas. Por su disponibilidad y respuesta inmediata frente a las dudas que a lo largo de estos años de trabajo han ido surgiendo.

A las personas mayores que han participado en este estudio, que permitieron que les robara su tiempo sin pedir nada a cambio; que me enseñaron tanto sobre la vida con sus sabias palabras, ayudándome a entender su visión de la muerte. A todos ellos mi profundo respeto y reconocimiento.

A las personas que, aunque no aparecen aquí con nombres y apellidos, han estado presentes de alguna forma durante el desarrollo de esta investigación y han hecho posible que hoy vea la luz.

A todos mi más sincero agradecimiento.





## RESUMEN

A lo largo de los años, la muerte se ha ido conceptualizando desde diferentes puntos de vista: grandes civilizaciones de la historia de la humanidad, autores, ciencias, la religión, tanatología y logoterapia, etc. En la sociedad de hoy en día, la mayoría de las personas evitan hacer cualquier tipo de comentario que pueda estar relacionado con la finitud de la vida, por lo que las conductas más comunes son de evitación, miedo y ansiedad. La presente investigación tiene como objetivo principal elaborar un estudio exploratorio sobre el miedo a la muerte, en una muestra de 152 adultos mayores. Se han utilizado los instrumentos de medida: Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r), Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R) y la Escala de Miedo a la Muerte (EMMCL); teniendo en cuenta las variables sociodemográficas sexo, edad y nivel de estudios. Los resultados muestran diferencias significativas en función del sexo en el miedo a la muerte propia. Con respecto a la edad, se encontraron diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento: REP, EEM, APS y REC. Y en función del nivel de estudios sólo se encontraron diferencias significativas en la estrategia de afrontamiento REP. Se concluye la importancia de contribuir desde la psicología y la pedagogía a cambiar las actitudes negativas, el miedo ante la muerte, garantizando bienestar a las personas que se encuentran en la última etapa de su vida.

**Palabras clave:** afrontamiento, actitudes ante la muerte, miedo a la muerte, adulto mayor.



## **ABSTRACT**

Throughout the years, death has been conceptualized from different points of view such as: those of the great civilizations of the history of man, authors, science, religion, thanatology and pedagogy, etc. In today's society, most people try to avoid making any commentary that could be related to the end of life, and therefore their most common attitudes are avoidance, fear and anxiety. This investigation's principle objective is to carry out an exploratory study regarding the fear of death based on 152 adult sample respondents. The following measurement tools have been used: Coping Strategy Inventory, Revised Beliefs System Inventory, Revised Profile Regarding Outlooks on Death and Fear of Death Scale; and taken into account the variables such as sex, age and educational levels. The results show significant differences between both sexes when regarding their own death. And depending on the age of the subjects, different coping strategies were seen: REP, EEM, APS and REC. However, taking into account the different educational levels, the only significant differences were found in the coping method REP. In summary, it is important to contribute, through psychology and pedagogy, to change negative attitudes and fear of death, and therefore guarantee well-being to those people who are in the last chapters of their life.

**Key words:** coping, attitudes regarding death, fear of death, adult.



## Tabla de contenidos

Introducción.....	25
PARTE I: MARCO TEÓRICO.....	33
Capítulo 1. Conceptualización de la muerte.....	35
1.1. Evolución histórica.....	48
1.2. Religión y finitud.....	60
1.3. Dos ramas del saber que estudian la muerte.....	70
1.4. El tabú del siglo XXI.....	77
1.5. Proceso de adquisición del concepto de muerte.....	81
1.6. Tipos de muerte.....	87
1.7. Contextos donde acaece la muerte.....	93
Capítulo 2. Actitudes.....	99
2.1. Concepto y naturaleza de la actitud.....	100
2.2. Componentes y características.....	106
2.3. Funciones.....	112
2.4. Formación y cambio.....	114
2.4.1. Teoría de la persuasión.....	117
2.4.2. Teoría de la Disonancia Cognitiva.....	119
2.5. Actitudes ante la muerte.....	121
2.6. Medida y evaluación de las actitudes.....	125
Capítulo 3. Afrontamiento o <i>coping</i> .....	129

3.1. Proceso del afrontamiento.....	131
3.2. Determinantes del afrontamiento: factores moduladores.....	132
3.3. Estilos de afrontamiento vs Estrategias de afrontamiento.....	134
3.4. Tipos de estrategias de afrontamiento.....	136
3.5. Medida y evaluación de las estrategias de afrontamiento.....	140
Capítulo 4. El miedo, una emoción.....	143
4.1. Concepto de emoción.....	144
4.1.1. Las bases neurobiológicas.....	148
4.2. Conceptualización del miedo.....	150
4.2.1. Las bases neurobiológicas.....	152
4.2.2. Miedo a la muerte.....	155
4.2.2.1. Proceso de configuración en el individuo.....	161
4.3. Expresión patológica del miedo.....	165
4.3.1. Ansiedad.....	165
4.3.2. Estrés.....	170
4.4. Medida y evaluación del miedo a la muerte.....	173
Capítulo 5. Etapa de la vejez.....	177
5.1. Envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital.....	178
5.2. Concepto de la muerte en la vejez.....	180
5.3. Actitudes de los ancianos ante la muerte.....	182
5.3.1. Actitudes del anciano ante la muerte ajena.....	183
5.3.2. Actitudes del anciano ante su propia muerte.....	186
5.4. Afrontamiento ante la muerte en el anciano.....	188

5.5. Miedo a la muerte en el anciano.....	190
<b>PARTE II: MARCO EMPÍRICO.....</b>	<b>193</b>
<b>Capítulo 6. Diseño de investigación.....</b>	<b>195</b>
6.1. Objetivos e hipótesis de la investigación.....	195
6.2. Población y muestra.....	197
6.2.1. Descripción de la muestra.....	198
6.3. Instrumentos de medida.....	200
6.3.1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	201
6.3.2. Inventario de Sistema de Creencias Revisado.....	203
6.3.3. Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte.....	204
6.3.4. Escala de Miedo a la Muerte.....	206
6.4. Análisis estadístico.....	208
<b>Capítulo 7. Resultados.....</b>	<b>211</b>
7.1. Estadística descriptiva.....	211
7.1.1. Análisis de las medias en cada una de las dimensiones en relación a las variables sociodemográficas.....	211
7.1.1.1. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por sexo.....	212
7.1.1.2. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por edad.....	217
7.1.1.3. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por nivel de estudios.....	222
7.1.2. Análisis de medias de los ítems de los instrumentos de medida que tienen relación con la muerte y el temor a la misma.....	227



7.1.2.1.	Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por sexo.....	229
7.1.2.2.	Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por edad.....	236
7.1.2.3.	Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por nivel de estudios.....	246
7.2.	Correlaciones entre el tipo de miedo a la muerte y las dimensiones de cada uno de los instrumentos de medida.....	255
7.3.	Estrategias de afrontamiento, creencias, actitudes ante la muerte y tipo de miedo a la muerte en las personas mayores.....	260
7.3.1.	Diferencias en función del sexo.....	260
7.3.2.	Diferencias en función de la edad.....	261
7.3.3.	Diferencias en función del nivel de estudios.....	264
	<b>Capítulo 8. Discusión.....</b>	<b>269</b>
8.1.	Estrategias de afrontamiento.....	270
8.1.1.	Estrategias de afrontamiento según el sexo.....	271
8.1.2.	Estrategias de afrontamiento según la edad.....	272
8.1.3.	Estrategias de afrontamiento según el nivel de estudios.....	274
8.2.	Religiosidad.....	275
8.2.1.	Creencias religiosas según el sexo.....	276
8.2.2.	Creencias religiosas según la edad.....	276
8.2.3.	Creencias religiosas según el nivel de estudios.....	278
8.3.	Actitudes ante la muerte.....	279

8.3.1.	Actitudes ante la muerte según el sexo.....	280
8.3.2.	Actitudes ante la muerte según la edad.....	281
8.3.3.	Actitudes ante la muerte según el nivel de estudios.....	282
8.4.	Miedo a la muerte.....	283
8.4.1.	Miedo a la muerte según el sexo.....	283
8.4.2.	Miedo a la muerte según la edad.....	284
8.4.3.	Miedo a la muerte según el nivel de estudios.....	286
8.4.4.	Miedo a la muerte en relación con las estrategias de afrontamiento..	287
8.4.5.	Miedo a la muerte en relación a las creencias religiosas.....	289
8.4.6.	Miedo a la muerte en relación a las actitudes ante la muerte.....	291
	<b>Capítulo 9. Conclusiones.....</b>	<b>295</b>
	<b>Capítulo 10. Limitaciones y prospectiva.....</b>	<b>305</b>
10.1.	Limitaciones.....	305
10.2.	Prospectiva.....	306
	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>309</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>337</b>
	ANEXO I. Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	339
	ANEXO II. Inventario de Sistemas de Creencias-15r.....	341
	ANEXO III. Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte.....	342
	ANEXO IV. Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester.....	343
	ANEXO V. Correlaciones de Spearman.....	344
	ANEXO VI. Prueba T-Student: sexo-miedo a la muerte.....	347
	ANEXO VII. ANOVA: edad-actitudes.....	348

ANEXO VIII. ANOVA: edad-creencias.....	352
ANEXO IX. ANOVA: edad-estrategias de afrontamiento.....	354
ANEXO X. ANOVA: nivel de estudios-actitudes.....	359
ANEXO XI. ANOVA: nivel de estudios-creencias.....	363
ANEXO XII. ANOVA: nivel de estudios-estrategias de afrontamiento.....	365
ANEXO XIII. Kruskal-Wallis: edad-creencias.....	371
ANEXO XIV. Kruskal-Wallis: edad-estrategias de afrontamiento.....	372

## Índice de Tablas

TABLA 1. Modelos de muerte según Ariés.....	59
TABLA 2. Las religiones y su relación con la muerte.....	69
TABLA 3. Adquisición del concepto muerte según autores.....	87
TABLA 4. Evolución del concepto de actitud.....	103
TABLA 5. Escalas de medida de la actitud.....	125
TABLA 6. Características del miedo.....	154
TABLA 7. Dimensiones del CSI.....	202
TABLA 8. Dimensiones del ISC-15r.....	204
TABLA 9. Dimensiones del PAM-R.....	206
TABLA 10. Dimensiones del EMMCL.....	207
TABLA 11. Correlaciones entre el miedo a la muerte propia y las estrategias de enfrentamiento.....	256
TABLA 12. Correlaciones entre el miedo a la muerte propia y las dimensiones del instrumento de medida ISC-15r.....	257
TABLA 13. Correlaciones entre el miedo a la muerte propia y las actitudes ante la muerte.....	258
TABLA 14. Correlaciones entre el miedo a la muerte ajena y las estrategias de enfrentamiento.....	258
TABLA 15. Correlaciones entre el miedo a la muerte ajena y las dimensiones del instrumento ISC-15r.....	259
TABLA 16. Correlaciones entre el miedo a la muerte ajena y las actitudes ante la muerte.....	260

TABLA 17. Prueba T-Student para comparar el miedo a la muerte, entre hombres y mujeres.....	261
TABLA 18. Prueba de homogeneidad de varianzas para las diferentes actitudes ante la muerte, en función de la edad.....	262
TABLA 19. ANOVA para las diferentes actitudes ante la muerte, en función de la edad.....	262
TABLA 20. Kruskal-Wallis para las diferentes creencias religiosas, en función de la edad.....	263
TABLA 21. Kruskal-Wallis para las diferentes estrategias de afrontamiento, en función de la edad.....	264
TABLA 22. Prueba de homogeneidad de varianzas para las diferentes actitudes ante la muerte, en función del nivel de estudios.....	265
TABLA 23. ANOVA para las diferentes actitudes ante la muerte, en función del nivel de estudios.....	265
TABLA 24. Prueba de homogeneidad de varianzas para las diferentes estrategias de afrontamiento, en función del nivel de estudios.....	266
TABLA 25. ANOVA para las diferentes estrategias de afrontamiento, en función del nivel de estudios.....	267

## Índice de Gráficas

GRÁFICA 1. Descripción de la muestra por sexo.....	199
GRÁFICA 2. Descripción de la muestra por edad.....	199
GRÁFICA 3. Descripción de la muestra por nivel de estudios.....	200
GRÁFICA 4. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las estrategias de enfrentamiento por sexo.....	214
GRÁFICA 5. Puntuaciones medias obtenidas en creencias y soporte social por sexo.....	215
GRÁFICA 6. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las actitudes ante la muerte por sexo.....	216
GRÁFICA 7. Puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los tipos de muerte por sexo.....	217
GRÁFICA 8. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las estrategias de enfrentamiento por edad.....	218
GRÁFICA 9. Puntuaciones medias obtenidas en creencias y soporte social por edad.....	219
GRÁFICA 10. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las actitudes ante la muerte por edad.....	221
GRÁFICA 11. Puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los tipos de muerte por edad.....	222
GRÁFICA 12. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las estrategias de enfrentamiento por nivel de estudios.....	224
GRÁFICA 13. Puntuaciones medias obtenidas en creencias y soporte social por nivel de estudios.....	225

GRÁFICA 14. Puntuaciones medias obtenidas en cada una de las actitudes ante la muerte por nivel de estudios.....	226
GRÁFICA 15. Puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los tipos de muerte por nivel de estudios.....	227
GRÁFICA 16. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la escala ISC-15r por sexo.....	230
GRÁFICA 17. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la escala PAM-R por sexo.....	231
GRÁFICA 18. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 1-7 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por sexo.....	232
GRÁFICA 19. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 8-14 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por sexo.....	233
GRÁFICA 20. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 15-21 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por sexo.....	234
GRÁFICA 21. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 22-28 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por sexo.....	236
GRÁFICA 22. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la escala ISC-15r por edad.....	237
GRÁFICA 23. Puntuaciones medias obtenidas en ítems de la escala PAM-R por edad.....	240
GRÁFICA 24. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 1-7 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por edad.....	242
GRÁFICA 25. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 8-14 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por edad.....	243

GRÁFICA 26. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 15-21 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por edad.....	245
GRÁFICA 27. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 22-28 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por edad.....	246
GRÁFICA 28. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la escala ISC-15r por nivel de estudios.....	247
GRÁFICA 29. Puntuaciones medias obtenidas en los ítems de la escala PAM-R...	249
GRÁFICA 30. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 1-7 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por nivel de estudios.....	250
GRÁFICA 31. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 8-14 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por nivel de estudios.....	252
GRÁFICA 32. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 15-21 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por nivel de estudios.....	253
GRÁFICA 33. Puntuaciones medias obtenidas en ítems 22-27 de la escala de miedo a la muerte de Collett y Lester por nivel de estudios.....	255



## Índice de Figuras

FIGURA 1. El hombre ante la muerte.....	48
FIGURA 2. Los cuatro estadios por los que pasa la persona antes de morir.....	90
FIGURA 3. Relación entre personalidad y componentes de la actitud.....	108
FIGURA 4. Teoría del aprendizaje.....	116
FIGURA 5. Explicación del proceso de afrontamiento de Lazarus y Folkman.....	132
FIGURA 6. Razones del temor a la muerte.....	161

## INTRODUCCIÓN

*“Un joven se encontró en un camino con la muerte y, caminando juntos, se hicieron muy amigos. En nombre de esa amistad, el joven le pidió un favor a la Muerte: que, para poder disfrutar de la vida con mayor tranquilidad, le avisase con tiempo de que su hora final se aproximaba. La Muerte le prometió que así lo haría.*

*Pasaron muchos años. El joven se hizo viejo sin que la Muerte apareciese a anunciarle su final. Pero un día la Muerte se presentó de pronto, diciéndole que venía a por él. El hombre, muy asustado, protestó porque eso no era lo que habían acordado. La Muerte le había prometido que le avisaría con tiempo y no le parecía bien que viniera a llevárselo sin previo aviso.*

*- ¿Se te puso el pelo blanco? – preguntó la Muerte.*

*- Sí se me puso blanco, sí – respondió el viejo.*

*- ¿Se te cayeron los dientes?*

*- Sí se me cayeron, sí.*

*- ¿Se te cansaron las piernas?*

*- Sí se me cansaron, sí.*

*- ¿Perdiste las fuerzas?*

*- Sí las perdí, sí.*

*- ¿Y te parecen pocos avisos? – dijo Muerte en la hora final.”*

(Herrerros, 2011: 81-82)

La muerte es algo que ha estado y está muy presente en la vida de los seres humanos, tanto es así que es rara la civilización, la religión, la cultura... que no trate de definir, de comprender, de dar sentido a este concepto que forma parte de todas las personas. Pero, además, cuando un individuo se aproxima a su finitud ¿tiene miedo a la muerte?

Ante esta realidad, se percibe la necesidad de atender al sector de la población más envejecido (ya que por orden natural estas personas son las que tienen que convivir día a día con la cercanía de la muerte), por lo que se intentará ahondar en esta cuestión, a través de un estudio ex post-facto analizando los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones que miden cada uno de los cuatro cuestionarios utilizados en esta investigación, en función de las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.

El aspecto que más interés suscita a la hora de investigar, es aquel relacionado con las estrategias de afrontamiento, ya que gracias a ellas se puede prevenir la aparición de actitudes negativas ante la muerte (como el miedo a la misma) que podrían generar trastornos psicopatológicos como: la ansiedad o el estrés.

La muerte es una compañera de viaje, a la que hay que conocer y sólo así aprenderemos de ella, fortaleciéndonos y asimilándola.

*“La sonrisa de un anciano que ha comprendido lo que es la vida y que no teme a la muerte, aporta más enseñanza que todas las filosofías sobre el final de la vida.”*

(Guinot, 2011: 80).

Sobre la elección del tema, ha habido un factor determinante durante los últimos años, ya que he experimentado la muerte de personas de mi entorno más próximo, lo que me llevó a hacerme diversas preguntas sobre como habrían afrontado la muerte y qué actitud tenían ante la misma. Cuando observaba e interaccionaba con adultos mayores, en la mayoría de los casos percibía una cierta preocupación, desesperanza por la finitud de sus vidas. Una primera aproximación a la revisión bibliográfica, fue definitiva, para decantarme por la presente investigación.

Todos tenemos miedo a la muerte. Normalmente no pensamos en ella mientras estamos sanos y somos jóvenes. Cuando llega una enfermedad seria o se tienen muchos años, brota un sentimiento de temor desde lo más hondo. La posibilidad de morir en un tiempo cercano, es un impacto que estremece a toda persona. Porque es algo desconocido, el final, la incertidumbre, la ruptura con todo lo que se conoce como real (Guinot, 2011).

Hay que anticiparse e intervenir lo antes posible, ya que el temor a la muerte puede degenerar en un auténtico síndrome de ansiedad ante la muerte. Esteban Duque (2009) diferencia siete niveles de ansiedad ante la muerte, estos son: experiencia de morir en sí misma, miedo a pasar los últimos años de vida en una institución, temor a sentirse avergonzado y perder la dignidad, temor a dejar de ser, temor a la soledad después de morir y a estar separados de nuestros seres queridos, pensar en un hospital los últimos días de nuestra vida y temor al fracaso.

Para cambiar este panorama tan abrumador que se presenta cuando la persona tiene la sensación o sabe que su fin está cerca, ya sea por su avanzada edad o por enfermedad, existen unas herramientas que ayudan a aceptar la muerte tal y como venga; estas son las llamadas estrategias de afrontamiento o *coping*. El término de afrontamiento fue definido por Lazarus y Folkman (1986), como los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.

Se pretende indagar en la conciencia que tienen los adultos en la etapa de la vejez con respecto al concepto de la muerte, a través de sus estrategias de afrontamiento, creencias y actitudes ante la muerte, para comprender de qué manera influyen en el miedo a la muerte.

El investigar sobre la finitud de la vida y el miedo que puede generar tal hecho en la persona mayor, llevó a atravesar las resistencias de los adultos a los que se les solicitó su colaboración para contestar a cada uno de los instrumentos de medida utilizados en la investigación. Generalmente decían “*no estar interesados*”, “*no preguntarles sobre la muerte para no traumatizar*”. Se partía de la idea que en ésta etapa de edad las personas desean estar tranquilas y lo último que quieren es que se les moleste preguntándoles a cerca de los últimos días de su vida. Cómo es lógico, no quieren recordar que les queda poco por vivir.

Así pues, el objetivo global de esta investigación es conocer y analizar el concepto de la muerte para poder comprender el miedo a la muerte en la etapa de la vejez. Partiendo de la idea que cuantos más conocimientos tengamos sobre el concepto del óbito, podremos paliar las emociones negativas que causa en la población mayor y sus consecuentes efectos patológicos (ansiedad y estrés).

Por último, se quiere dar cuenta, a modo de síntesis, de la estructura de la investigación llevada a cabo. La misma consta de una parte teórica y una parte empírica. Para cumplir con el primer compromiso, el paso inicial fue elaborar un marco teórico explicativo, compuesto por cinco capítulos:

- Conceptualización de la muerte
- Actitudes
- Estrategias de afrontamiento
- El miedo, una emoción
- Etapa de la vejez

En el primero de ellos se aborda el tema de la muerte, donde se describe la conceptualización de la muerte y su contextualización sociocultural. En el segundo capítulo se trata el concepto de actitud y las actitudes ante la muerte. En el tercero se definen las estrategias de afrontamiento o *coping*, que explican cómo se enfrentan las personas a situaciones de estrés. El capítulo cuatro donde se habla de la emoción del miedo, como un fenómeno íntimamente relacionado con la muerte. Y en el quinto se aborda la etapa de la vejez y el anciano ante la finitud de la vida.

El marco empírico consta de cinco capítulos:

- Diseño de investigación
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones
- Limitaciones y Prospectiva

En el primero se plantean los objetivos y las hipótesis de la investigación, además de la muestra, los instrumentos utilizados y el análisis de los resultados.

Los objetivos que se persiguen con esta investigación son:

- Elaborar un estudio exploratorio sobre el miedo a la muerte.
- Analizar los estadísticos descriptivos de los instrumentos de medida utilizados, con respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.

- Estudiar la relación entre el Miedo a la Muerte Propia y las dimensiones que miden los instrumentos de medida utilizados (CSI, ISC-15r y PAM-R) en la investigación.
- Estudiar la relación entre el Miedo a la Muerte Ajena y las dimensiones que miden los instrumentos de medida utilizados (CSI, ISC-15r y PAM-R) en la investigación.
- Analizar las diferencias que pueden existir entre el miedo y las actitudes ante la muerte.

Para alcanzar los objetivos planteados, se adoptará la metodología cuantitativa, a partir de un diseño ex post-facto.

En razón de la metodología adoptada en este estudio, se ha optado por el cuestionario como instrumento principal de la investigación. Tras una rigurosa revisión de instrumentos de medida ya elaborados, se dispondrá de cuatro cuestionarios, cada uno de los cuáles mide una de las variables objeto de estudio:

- *Inventario de Estrategias de Afrontamiento*; consta de 40 ítems y fue diseñado para medir las ocho estrategias fundamentales: resolución de problemas, autocrítica, expresión emocional, apoyo social, pensamiento desiderativo, reestructuración cognitiva, evitación de problemas y retirada social.
- *Inventario de Sistemas de Creencias 15-r*, instrumento diseñado para medir creencias y prácticas de tipo religioso y espiritual. Consta de 15 ítems.
- *Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte*, consta de 32 ítems. Las dimensiones que mide este cuestionario son: miedo a la muerte, evitación ante la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape.

- *Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester*, esta prueba mide el miedo a la muerte, teniendo en cuenta a la persona y a los que le rodean: miedo a la muerte propia y miedo a la muerte ajena. Consta de 28 ítems.

En el segundo capítulo del marco empírico, se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado distintas pruebas estadísticas con el fin de poder dar respuesta a las hipótesis planteadas. Se analizarán los datos que presentan las personas mayores ante la muerte, haciendo especial hincapié en el miedo, las actitudes, las creencias y las estrategias de afrontamiento que utilizan en situaciones que pueden generar estrés, en nuestro caso la finitud de la vida.

En el capítulo siguiente se discuten los resultados obtenidos en base a los datos de otras investigaciones en relación al tema que nos ocupa.

Una vez discutidos los resultados de la investigación, en el cuarto capítulo del marco empírico, se presentan las conclusiones a las que se han llegado tras la discusión de los datos obtenidos.

En el último capítulo del marco empírico y de la investigación se establecen las limitaciones de nuestro estudio y las futuras líneas de investigación.

Las referencias bibliográficas que se corresponden a las obras, artículos de investigación y tesis doctorales que han sido citadas a lo largo de este estudio, ajustándose a las lecturas y consultas realizadas para su elaboración.

Finaliza esta tesis con los anexos correspondientes a los instrumentos de medida utilizados y las tablas obtenidas por el programa estadístico SPSS, correspondientes a los resultados más significativos, para el contraste de las hipótesis de investigación.





**PARTE I:**  
**MARCO TEÓRICO**



## Capítulo 1

### Conceptualización de la muerte

La muerte es algo que ha estado y está muy presente en la vida de los seres humanos, tanto es así que Dastur asegura que es una de las claves que nos definen como especie, y lo que nos diferencia de las demás.

*“Sería preferible definir al hombre a partir de esas conductas externas del duelo, y no por el hecho de saberse mortal.” Dastur (2008: 32).*

Mientras que el resto de animales permanece indiferente ante el cadáver de su congénere, el hombre desde los tiempos más remotos ha dado sepultura a sus difuntos. Por todo ello, es rara la civilización, la religión, la cultura que no trate de definir, comprender, dar sentido a este concepto que forma parte de todas las personas desde que el hombre es hombre, ya que su vida finalizará algún día.

*“Sabemos que nos alcanzará a todos, sólo es cuestión de tiempo y resulta inteligente no lamentar en exceso lo que es inevitable. No ha de ser para nosotros una catástrofe que nos tome por sorpresa. Conocerla de antemano nos ayuda a prevenirmos contra la desesperación.” Ariès (1983: 272).*

Según el DRAE (2001: 1550), muerte del latín *mors, mortis*. Cesación o término de la vida. Son muchas las definiciones que se han dado a este concepto, a lo largo de la historia y muchos los autores que han estudiado este término, recogiendo así en sus escritos. Además, es rara por no decir imposible la disciplina que no haga mención o que no esté estrechamente ligada a ella, por ser su objeto de estudio; de este modo se puede hacer mención a las diferentes ramas del saber ya sean ciencias naturales o arte y humanidades. Por lo que dar sentido y significado a este concepto, resulta una tarea muy ardua. La Psicología y la Sociología tratan este constructo desde el estudio del

comportamiento de la persona a nivel individual y de grupo. Una de las principales incógnitas de la existencia del hombre es la muerte, en este sentido la Filosofía es la ciencia responsable de dar respuesta. Los ritos, prácticas y costumbres que han cimentado cada una de las culturas en torno a la finitud, es de lo que se encargan de estudiar la Etnología y la Antropología. La ciencia que más se ha enfrentado a esta realidad, intentando paliar sus signos, gracias a los avances en los últimos siglos y haciendo que cada vez se retrase más la edad de poner fin a la vida, es la Medicina. Y por último y no menos importante, las Artes (en este caso la literatura) han servido como hilo conductor de sentimientos, sensaciones... de épocas pasadas y presentes, que favorecen a la cotidianidad y acercamiento de este concepto.

Empezando por la biología, el óbito se entiende como el fin de un proceso biológico.

*“Para la biología el cese de la vida se produce cuando han desaparecido los fenómenos vitales, actividad cerebral, ritmo cardíaco, función pulmonar y la actividad del sistema nervioso.” (Rodríguez Ávila, 2006: 22).*

En psicología, el concepto de muerte se define como el fenómeno que sucede a todos los seres vivos, es irreversible y comporta el cese de los procesos vitales (Domènech y Baños, 2005). Para la Psicología, la muerte no es un concepto relevante hasta los años 40, gracias a los desastres ocasionados por la guerra; es entonces cuando surge la necesidad de reconsiderar los valores básicos humanos (Lifton, 1975). Hasta el año 1959 no aparecen estudios profundos sobre los aspectos psicológicos de la muerte, es el caso de la obra de Feifel *The Meaning of death*, considerándose así, como uno de los pioneros en este tema, originando la que sería la nueva rama de la Psicología, una Psicología dedicada al estudio de la muerte.

Por su parte, la etnología ha demostrado que la angustia y el miedo a la muerte se hacen evidentes en todas las culturas, y que en todas ellas el hombre ha tratado de librarse de tales sentimientos. Las construcciones mentales que produce la muerte evocan a fantasías individuales y colectivas, a sistemas de representaciones y a diversos mecanismos de defensa; los más frecuentes son la mitologización, que promueve múltiples rituales, y la intelectualización, especialmente en la filosofía (Thomas, 1993).

Una de las vertientes de la filosofía ha sido la finitud humana; si no fuéramos mortales no sería precisa la filosofía. Hay un modo de filosofar que experimenta su esplendor en la época helenística que se ocupa de la experiencia de la muerte. Es una filosofía práctica que se ocupa de conjurar el temor a la muerte presentándola como el modo de alcanzar la sabiduría plena (Fernández, 2006).

*“Los que de verdad filosofan se ejercitan en el morir, y será mínimamente temible para éstos el estar muertos.”* (Platón, 2004: 66).

El principal objetivo de esta vertiente de la filosofía es: prepararnos para la muerte, proporcionarnos formación para la muerte, fomentar una actitud hacia nuestra finitud, que afronte el pánico a nuestra desaparición sin ofrecer promesas de un más allá. Si uno ha aprendido a morir filosóficamente, entonces el hecho de nuestro fallecimiento puede afrontarse con autocontrol, serenidad y valentía (Critchley, 2008).

La idea de la muerte desde la filosofía, es en el hombre la conciencia de un acabamiento. Nadie llama muerte al simple acabamiento de cualquier episodio de su vida o al de una situación parcial en ella. La finitud que la muerte entraña es la de una situación total (Millán Puelles, 2000).

Desde el punto de vista de la sociología, se puede afirmar que, si todo hecho social es un lenguaje, la muerte lo es también en tanto se encuentra impregnada de significación, ya que:

- Supone un complejo sistema de creencias.
- Genera una enorme riqueza de ritos.
- Moviliza en el grupo social mecanismos para paliar el daño provocado por la pérdida de sus miembros.

De este modo, cada grupo social percibe el óbito a través de sus propios sistemas de pensamiento, donde:

*“Cada uno habla según su estatus o su función o su clase social, pero también según sus dimensiones características: indiferencia total, alivio, trabajo de duelo conforme a las reglas del grupo... sin olvidar la palabra del final, los silencios, los gritos, los susurros...”* (Thomas, 1993: 474).

La antropología de la muerte se articula según dos ejes: por un lado, el difunto y por otro, la construcción simbólica que provoca este hecho de naturaleza única. Dicho de otro modo, al fenómeno físico (cadáver) se añaden las creencias, emociones y los actos que provoca (Duche, 2012).

Para entender la muerte en toda su extensión, hay que comenzar por lo que entendían nuestros antepasados acerca del más allá, los ritos funerarios, sus divinidades..., ya que toda civilización antigua tenía una forma distinta de entenderlo. Ha sido un tema que ha preocupado al ser humano desde que está en este mundo, tanto es así que es difícil, por no decir imposible, encontrar una cultura que no haya hecho mención al óbito. Las

creencias acerca de la existencia de un mundo después de la muerte, surgen de la religión y el ámbito cultural.

Desde que el hombre conoce la escritura, ha plasmado en piedra, papiro, papel... todo lo que podía observar de su entorno: las fiestas, el trabajo, la vida en familia, el comercio, rituales, costumbres..., todo lo que caracterizaba la cultura de la época. En este sentido y siguiendo el cariz de lo que se viene tratando en este estudio, también era común reflejar en los escritos las prácticas funerarias y las creencias e ideas que se tenían sobre el óbito. *El poema de Gilgamesh* (data del año 2000 a.C., y pertenece a la cultura sumeria) es considerado la primera narración escrita, que ya hacía referencia a la mortalidad. Se demuestra así que, ésta literatura aparece en todo lugar del mundo y en toda época de la historia de la humanidad.

*“A mi amigo, la pantera de la estepa,*

*a Enkidu, a quien yo tanto quería*

*le alcanzó el destino de la humanidad.*

*Seis días y siete noches lloré por él.*

*No dejé que lo enterrasen...”*

Fragmento del poema de Gilgamesh

(Herrerros, 2011: 160).

Estos fragmentos literarios de épocas pasadas es lo que nos queda para contrastar, estudiar y evidenciar los ritos funerarios de las culturas de la antigüedad.



En la antigüedad, un funeral no era simplemente un enterramiento o una cremación del cuerpo; se llevaban a cabo una serie de ritos que, según se creía, tenían la propiedad de ayudar al alma muerta en su paso del mundo de los vivos al de los muertos (Bremmer, 2002). Estos ritos han ido adoptando formas distintas, según las épocas. Un tema recurrente y al que se hace alusión desde la Edad de Piedra, donde ya se practicaba la inhumación, haciendo de este fenómeno, un fenómeno universal. La misión de los ritos funerarios es garantizar que el ser que acaba de morir no ha desaparecido del todo y que algo de él perdura en la memoria de los vivos; esta presencia invisible del difunto es la que dio lugar al nacimiento de la noción de espíritu, palabra que procede del latín *spiritus*, que como el griego *psyche*, significa aliento, pero que en las lenguas germánicas remite con más precisión a la presencia-ausencia del fantasma (*ghost o geist*), que continúa apareciéndose a los vivos. En todas las sociedades es necesario hacer un sitio a los difuntos, a fin de que en cierto modo sigan estando con los vivos. Esto exige dar un sentido amplio a las conductas de duelo, que no se reducen únicamente a los ritos funerarios, sino que engloban todo un conjunto de prácticas culturales que tienen por objeto la creación de una memoria colectiva, que citando a Aristóteles (en Dastur 2008: 35-36):

*“Pues el hombre es un animal político, porque vive en comunidad no sólo con sus contemporáneos, sino también, con los que le precedieron en el tiempo.”*

El objetivo de las siguientes páginas es examinar las concepciones sobre el más allá, acudiendo a las culturas, pueblos y civilizaciones que nos anteceden: Antiguo Egipto, Antigua Grecia, Antigua Roma, los celtas, los germanos, los pueblos indígenas sudamericanos y para finalizar, los indios norteamericanos.

- Antiguo Egipto

La muerte fue un elemento imprescindible en el Antiguo Egipto, tanto es así que se elaboró *El Libro de los Muertos*, que constaba de doscientos capítulos donde se recogen las fórmulas y las oraciones que el difunto debía manifestar si quería superar con éxito las numerosas trabas que se le presentaban en el camino que llevaba hasta los *campos de lalú*, en el más allá (Champdor, 2007). Los capítulos que se referían a la persona muerta eran:

- El 6, figuras mumiformes *ushabti*, que se aportaban a las tumbas.
- El 30B, donde el corazón del difunto no tenía que hablar mal de él.
- El 125, alude al peso del corazón del difunto en la Sala del Juicio.

Anubis, con cabeza de chacal, es la divinidad principal del tribunal de los dioses que juzga a las almas. Es el protector de los embalsamados, se le denomina también el reparador de huesos y el que abre las puertas de abajo; es él quien viene al encuentro del difunto y le toma de la mano para conducirlo hasta Osiris, dios de los muertos.

Las pirámides construidas como sepulturas reales, tenían dos funciones: albergar el cuerpo del fallecido y acomodar el ajuar funerario para su uso en el más allá. La antigua palabra egipcia que designaba la pirámide era *mer*. El término pirámide, proviene de la palabra griega *pyramis*, que significa pastel de trigo, vocablo utilizado por los griegos para hacer alusión a estas construcciones. La traducción de *mer* ha sido lugar de ascensión, y la pirámide pudo haber sido considerada como medio de acceso para que el faraón alcanzase el cielo una vez muerto.

La tumba se consideraba como una casa donde el difunto continuaba viviendo después de la muerte. Si una persona sobrevivía y alcanzaba la edad adulta, empezaba a

prepararse para la transición al más allá. La muerte no se contemplaba como el final de la existencia del individuo, sino como una forma de acceder al otro mundo. Para comprender la actitud de los antiguos egipcios frente a la muerte, es preciso entender que los vivos y los muertos se consideraban miembros de una misma comunidad, y por lo tanto los muertos seguían desempeñando un importante papel al influir en los asuntos diarios de los vivos.

La momificación se desarrolló en primer lugar para la realeza, pero a continuación se fue extendiendo cada vez más entre la nobleza y la clase media. Pretendía conservar el cuerpo de la descomposición y garantizar que la apariencia del difunto perdurase para que su espíritu pudiese reconocerlo. El espíritu *ka*, representaba la fuerza vital que permitía a una persona continuar recibiendo las ofrendas en el más allá (David, 2003).

- Antigua Grecia

Existía una concepción pesimista de la existencia humana, que concebía la vida como un momento del tiempo efímero y cargado de miserias, sometida por completo al capricho y voluntad de unos dioses que no demostraban una especial preocupación por los seres humanos. A pesar de esta autoconciencia de las limitaciones de la vida humana, el espíritu dominante de la mentalidad griega fue el deseo de vivir el presente con la máxima intensidad posible.

Los griegos no tenían un cielo y un infierno, pero creían en varias formas de vida ultraterrena. La más frecuente era el inframundo, conocido como el *Hades* (lugar no visto), nombre que recibe (el oculto), su divinidad. El *Érebo*s y el *Tártaro*, regiones del

inframundo reservadas para aquellos cuyos delitos los condenaban eternamente; y los *Campos Elíseos*, lugar de descanso de los guerreros más valientes (Gómez, 2011).

Era de suma importancia que los muertos fueran enterrados con las ropas apropiadas, para garantizar el viaje al inframundo sin inconvenientes. Los difuntos irían acompañados en este viaje por *Hermes Psicopompo*, quien les dejaría en manos de *Caronte*, este les conduciría en su barca por los ríos del Hades: la *laguna Estigia* o río del odio, el *Aquerón* o río del dolor, el *Leteo* o río del olvido, el *Cocito* o río del llanto y por último el *Flegetón* o río del fuego (Cotterell, 2011).

- Antigua Roma

Los romanos creían en la supervivencia del alma. Consideraban que las almas desencarnadas podían tener capacidad protectora para los familiares que habían dejado. A dónde iba el alma o dónde permanecía no era algo que les preocupara mucho.

Lo veraz es que había que morir y que, cuando esto ocurría, el cadáver era incinerado o introducido en un sarcófago o ataúd de piedra. Las cremaciones eran habituales y la pira se encendía por un familiar. Cuando el cuerpo se reducía a cenizas, éstas se rociaban con aromas, vino y miel y se conservaban en una urna especial para este fin. Una de las costumbres de esta civilización, era incinerar los objetos más queridos por el muerto, junto a este. Para que el alma del difunto disfrutara de quietud, se llevaban a cabo honras fúnebres.

El luto riguroso tenía lugar durante nueve días, y al finalizar éstos tenía lugar otro ágape funerario. Cuando una persona moría, el cadáver se situaba en el suelo con los pies en dirección a la puerta. Se efectuaba en voz alta la triple llamada y se apagaba el

fuego de la casa. A la entrada se colocaba una rama de ciprés y los familiares se encargaban de ungir el cuerpo y de colocar en su boca una moneda con la que pagar a *Caronte*. Después del tiempo de exposición, se le colocaba sobre unas parihuelas y se llevaba a inhumar o cremar, en cortejo fúnebre, donde no faltaban las plañideras y los instrumentos musicales (Calle, 2011).

- Los celtas

Para la cultura Celta, la muerte no supone el fin, sino la continuidad de la vida terrena, significaba el paso de una vida visible a una invisible. No era temida ya que se creía en la inmortalidad del alma.

Según las creencias célticas, el país de los muertos no es un lugar aislado, situado bajo tierra o en el cielo, como otras culturas expresan. Los muertos están siempre cercanos a los vivos. Por *Samhain*, en la actualidad la noche de *Halloween*, las fronteras entre ambos mundos se disipaban visualmente, para entrar en contacto. Las entradas o pasos al mundo inmortal se encontraban en las cuevas, los lagos y el bosque, y en especial en los dólmenes prehistóricos. Los vivos que se adentran descubren un mundo similar al terrenal, donde por el contrario que en este último, la enfermedad y la muerte no existen (Terhart, 2007).

- Los germanos

Cuando un germano moría, todos los orificios faciales, eran sellados con barro, para después ser incinerado o depositado en una tumba, junto a sus armas, su perro preferido

y a su esposa con vida. La puerta de la tumba era sellada y la pira incendiada, y la mujer exhalaba su último aliento en brazos de su difunto esposo.

La cultura Germana creía en un lugar exclusivo para las almas de los caídos en combate, llamado *Valhall* o *Valhalla*, donde su valentía y coraje eran recompensados, se les perdonaban todos los pecados cometidos en vida. Por el contrario, quien hubiera muerto en el hogar, también llamado “muerte de paja”, iría a parar al inframundo, como castigo por haber muerto de forma tan indigna.

El *Valhalla* era una morada del castillo de *Odín*, en el que los guerreros, día tras día, dan caza a un mítico jabalí, que cada noche vuelve a la vida. Los guerreros se sientan a la mesa del gran salón presidida por *Odín*, donde comen, beben y hablan de antiguas luchas.

El inframundo, se encuentra bajo tierra, al mando de la diosa *Hel*, quien acoge a los muertos que no han conseguido alcanzar el Valhalla, por haber muerto de forma indigna. Según la mitología germana para entrar al inframundo hay que pasar un puente dorado que custodia una gigante llamado *Modgud*. Los fallecidos pasan por el puente ante *Garm*, el perro del infierno, que no permite que regresen al mundo de los vivos. En el inframundo se haya el dragón *Nidhögg*, que se alimenta de los cadáveres de los asesinos fallecidos.

Para la cultura funeraria de los pueblos germanos, el alma no se separa del cuerpo cuando llega la muerte. Por eso no concebían la tumba como el último lugar de descanso del fallecido. La asociación tumba con la vida terrenal y alma con el mundo de los muertos, no existía. El difunto seguiría viviendo físicamente, sólo que en otras circunstancias (Terhart, 2007).

- Los pueblos indígenas sudamericanos

Las antiguas civilizaciones sudamericanas, tienen una visión similar de la muerte y todo lo que tiene que ver con ella, como es el caso de la creencia sobre la inmortalidad del alma y el viaje que deben hacer los difuntos para llegar al mundo de los muertos, por el que deben ir sorteando los obstáculos que se encuentran a su paso.

Una de las diferencias que se pueden observar, en cuanto ese viaje al otro mundo, es en lo que respecta a los obstáculos que deben atravesar. Para los mayas eran peligrosos rápidos y profundos cañones, y para los incas eran los ríos.

Una de las culturas que más se ha diferenciado de las demás en esta visión de la que se viene hablando, es la azteca, ya que la inmortalidad del alma la poseían unos pocos, además de que no compartían la creencia del viaje lleno de obstáculos, hasta alcanzar el mundo de los muertos, debido a que ellos partían de la existencia de tres reinos de los muertos: el *Mitclan*, a donde iban a parar los muertos por enfermedad y allí eran destruidos para siempre, el *Tlalocan*, el paraíso reservado para las víctimas de catástrofes naturales, y por último, *la Casa del Sol*, lugar al que iban los guerreros y las mujeres que habían fallecido en el parto (Terhart, 2007).

- Los indios norteamericanos

En estas culturas no existe una dualidad del otro mundo, con un lugar de castigo y otro de recompensa, por lo que la muerte no origina temor.

El más allá, desde el punto de vista de las tribus indias de EE.UU., se describe como un lugar de paz, donde abunda la caza. Tras la muerte la persona se limita a viajar al lugar de los espíritus, sorteando los obstáculos que se va encontrando a su paso: una

gran masa de agua, un lugar lleno de serpientes, una gran águila que ataca a todo lo que se mueve..., entre otros; por ello, se enterraba a los difuntos con un cuchillo (Cotterell, 2011).

Con todo lo escrito en líneas anteriores, se puede tener la certeza de que los entierros y funerales, son ceremonias que oficializan la muerte; en primer lugar, es una manera de constatar la desaparición del difunto, pero al mismo tiempo se trata de acceder a un nuevo tipo de relación con el fallecido. Consolidan la realidad de la pérdida y facilitan la expresión de solidaridad de los amigos, hacia las personas que han perdido a su ser querido. Nos permiten saber que no estamos solos en la tristeza, recordar hechos pasados y compartir públicamente el dolor.

*“La habilidad para alejarse de la muerte es un lujo moderno. La muerte de un ser querido o la expectativa de nuestra propia muerte es una carga insoportable, pues no tenemos preparación alguna.”* Marinoff (2001: 301).

El propósito del ritual de enterramiento es el de llevar de una forma sana el proceso del duelo. Los rituales y los símbolos ayudan a reducir la ansiedad; por ese motivo el funeral también tiene efectos terapéuticos: ayuda a los familiares a aceptar que la persona muerta no volverá nunca más.

En la actualidad, los funerales religiosos o laicos, se articulan, generalmente, en torno a tres momentos (Poch, 2000):

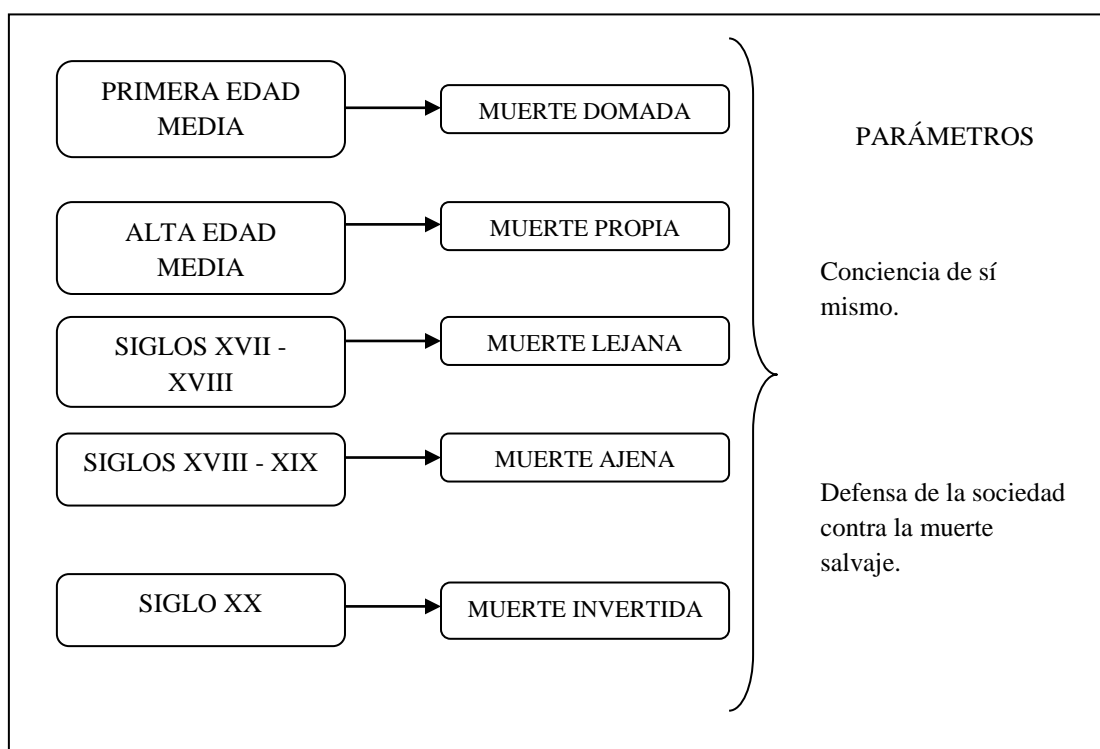
- La visita a la casa del difunto, al tanatorio o al velatorio.
- La celebración de un responso o misa.
- La despedida al ser querido por los parientes y amigos, más próximos, en el cementerio.



### 1.1. Evolución histórica

Philippe Ariès (1983) en su obra *El hombre ante la muerte*, recogió los cambios conceptuales que ha sufrido la muerte a lo largo de la historia, tomando como punto de partida para su análisis la muerte en la primera Edad Media. El autor considera que existen cinco modelos de muerte, cada uno de los cuales corresponde a un período histórico. Hay que considerar que cada modelo ha sido definido teniendo en cuenta el estudio de cuatro parámetros psicológicos: conciencia de sí mismo, defensa de la sociedad contra la muerte salvaje, creencia en una vida futura y, por último, creencia sobre el mal. (Véase a continuación la figura 1, a modo de aclaración de la obra de Ariès).

**FIGURA 1. EL HOMBRE ANTE LA MUERTE**



Del siglo V al XIX se insertan los cuatro primeros modelos de muerte, durante este extenso período de tiempo la población europea concebía la muerte como algo habitual,

gracias a las fuerzas sociales tradicionales: la comunidad, la espiritualidad y el ritual. Llegados al siglo XX surge un nuevo modelo de muerte, la *Muerte Invertida*. Esta visión sobre la muerte se aparta de todo lo conocido hasta entonces. A continuación, se procede a describir minuciosamente, cada uno de los cinco modelos de muerte ya definidos por Ariès en su obra anteriormente mencionada.

Durante la Primera Edad Media (siglo V al XII), la muerte estaba *domesticada, domada*. La muerte era algo natural, no tomaba a los individuos por sorpresa. Los que morían estaban advertidos, sabían lo que les iba a pasar. La mentalidad de la época medieval no vivenciaba la muerte de los difuntos como drama personal sino comunitario. Sólo la muerte súbita e inesperada provocaba espanto y se creía que era provocada por una maldición.

*“No era un drama personal, sino la prueba de la comunidad encargada de mantener la continuidad de la especie.” (Ariès, 1983: 500).*

La pérdida de una persona suponía una amenaza para el grupo, ya que este se debilitaba, por lo que era urgente reparar esa pérdida para así reestructurar la unidad del grupo. El individuo que moría, y los vivos que lo rodeaban, asistían a un ritual solidario por el cual se estrechaban lazos comunitarios entre pasado y futuro. De esta forma la comunidad intenta proteger y controlar el dolor de la emocional que puede provocar la pérdida de un ser querido, a través de ceremonias, donde participa toda la comunidad. Pese a la familiaridad con la muerte, los vecinos temían a los muertos y mantenían los cementerios alejados de sus lugares de residencia, como un modo de evitar que los muertos perturbaran a los vivos (Ariès, 2000).

En esta época de la historia se creía que con la desaparición del cuerpo no finalizaba la vida de la persona, ya que ésta se extendería más allá de la vida terrenal, hasta la

eternidad, siempre y cuando el individuo hubiera obrado bien. Todo lo contrario de lo que les sucedería a los corruptos, que en líneas de Ariès (2000: 45):

*“Los malvados, los que no pertenecían a la Iglesia, los que morían de repente y en privado, no sobrevivirán a su muerte, no se despertarían y serían abandonados al no ser.”*

A pesar de los ritos llevados a cabo para que la muerte fuera domada de algún modo, ésta siempre era percibida como una desgracia, cuyo origen se encontraba en el pecado original, según la fe cristiana. Este es uno de los mitos religiosos más arraigados a la mentalidad del ser humano. Como dice Ariès (1983: 501-502):

*“Respondía a un sentimiento general de la presencia constante del mal inseparable del ser humano.”*

En la alta Edad Media (entre el siglo XII y el final del siglo XV) la muerte es considerada como *muerte propia*, en el que, poco a poco, la idea de colectividad fue desapareciendo surgiendo la preocupación por el individuo, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición (Ariès, 1983).

Una muestra de la desaparición de la idea de destino colectivo fue la evolución en la construcción de sepulturas que, siendo anónimas a partir del siglo V en Occidente, poco a poco se fueron individualizando desde el siglo XII hasta el XVII, así como el arte funerario que buscaba la personalización de la sepultura y sacar del anonimato al fallecido, para así conservar su identidad después de muerta (Ariès, 2000).

Este cambio hacia una conciencia individual está ligada al cambio que se produjo en las creencias sobre la vida más allá de la muerte, en especial, el Juicio Final; con él se desarrolló la idea de una distinción social entre el bien y el mal aplicada a los actos

individuales, los cuáles eran evaluados en el lecho de muerte. La condena y el castigo eterno provocaron terror, lo que dotó a este nuevo modelo de muerte de dramatismo.

En la poesía, el teatro, la pintura y las artes gráficas de la época se puede comprobar el auge de lo macabro, imágenes y representaciones de carne corrompida o de esqueletos tendidos en el suelo sobre los que cabalga la muerte con un rostro agresivo, dando a entender que es enemiga de los seres humanos, dejando constancia, por ejemplo, en la *Danza de los Muertos*, de que la muerte estaba en todas partes, todos eran iguales ante la muerte (Moller, 1996).

El pensamiento sobre la finitud que desarrolló Montaigne, durante toda su vida, le hizo comprender que la muerte acompaña a la persona a lo largo de toda su vida.

*“La continua obra de nuestra vida, es la construcción de la muerte. Estamos en la vida mientras estamos en la muerte.”* Montaigne (en Dastur, 2008: 121).

El concepto de mortalidad de Montaigne, se centra en el morir como el modo de ser fundamental del hombre.

Desde el siglo XVII al XVIII la muerte será conocida como *lejana y próxima*: el velatorio, el duelo y el cortejo se convierten en ceremonias de la iglesia. Se produce con ello un cambio profundo de las actitudes del hombre ante la muerte, puesto que el cuerpo muerto, antiguamente objeto familiar, posee ahora un valor tal que su vista se vuelve insostenible. Los momentos dramáticos del morir en el lecho de muerte perdieron su misticismo y se comenzó a ver la muerte más que como un fenómeno espiritual, como el cese de la vida (Moller, 1996).

*“La muerte es una liberación bienvenida de la vida.”* (Schopenhauer en Cathcart y Klein, 2012: 61).

A lo que se refiere Schopenhauer, es que la vida de la persona está llena de sufrimientos, desgracias, dolor...; y sólo con la muerte seremos libres de nuestras angustias.

*“No hay razón alguna para estar angustiado con la idea de la muerte; eso es porque la muerte es el objetivo último y la finalidad de la vida.”* (Cathcart y Klein, 2012: 57).

En la preocupación por la muerte física, resalta el miedo a ser enterrado con vida. Así lo expresa Ariès (1983: 504):

*“Aparece entonces y sólo entonces: el miedo a ser enterrado vivo, que implica la convicción de que existía un estado mixto y reversible, hecho de vida y muerte.”*

Esta preocupación era debida a que las prácticas funerarias las llevaba a cabo la Iglesia. Los enterramientos se producían antes de las veinticuatro horas después de la defunción, lo cual derivaba frecuentemente en drama. La Iglesia tuvo que hacer frente a estas acusaciones. La desconfianza ante la posibilidad de ser enterrado vivo se manifestó en los testamentos.

*“El miedo aparente fue la primera forma confesada y aceptable del miedo a la muerte.”* (Ariès, 2000: 151).

Es así como los médicos reemplazaron a los hombres de la Iglesia en el tratamiento del cadáver. En una sociedad próxima a la Revolución Industrial y cada día más secularizada, se instaló la idea de que el cadáver contenía los secretos de la vida y que el conocimiento de su anatomía era básico para la comprensión de la misma.

*“La invención de la ciencia y de sus aplicaciones técnicas, de la fe en el progreso y su triunfo sobre la naturaleza.”* (Ariès, 1983: 504).

Entre los siglos XVIII y XIX el conocimiento que se tenía sobre la finitud del individuo da un cambio brusco y pasa a ser llamada *muerte del otro*. La época del Romanticismo condujo a dar un sentido nuevo a la muerte; se desataron las pasiones y el dolor por la pérdida del ser querido y se traslada así, el miedo y la preocupación por la muerte de uno mismo hacia la del otro. Siguiendo la obra de Ariès (1983: 505):

*“No importa qué Otro, pero sobre él/ella se concentrará una afectividad sin límites, su ausencia no se soportará y su pérdida desencadenará una crisis dramática.”*

El sentido y el objeto del miedo a la muerte se modificaron. Este permanecía, pero se desvió de la muerte propia a la del ser amado. La gente no se apenaba tanto por el hecho de morir como por la separación física de la persona querida, lo que llevó a que se percibiera a la muerte como el último acto de una relación única. Este sentimiento de pérdida del ser amado, es lo que expresa el escritor español, Calderón de la Barca, en su obra *La vida es sueño*. Habla del amor y su relación con el fin terrenal del ser humano, en su obra *La vida es sueño*, haciéndose visible en uno de los diálogos que Segismundo mantiene con Rosaura. Calderón de la Barca (1999: 30):

*“... Pues cuando es muerte el beber,  
  
beben más, y desta suerte,  
  
viendo que el ver me da muerte,  
  
estoy muriendo por ver.  
  
Pero veáte yo y muera;  
  
que no sé, rendido ya,  
  
si el verte muerte me da,  
  
el no verte qué me diera...”*

La ceremonia tradicional de despedida en el lecho de muerte desembocó en un rito limitado a las personas más allegadas del difunto, donde destacaban los lloros, los gritos, los rezos... La nostalgia y el recuerdo se hacen visibles con la exageración del luto. De esta forma surge un nuevo fenómeno religioso, el culto a las tumbas, y con ello, a los cementerios. En el siglo XIX se origina las visitas a los cementerios a principios del mes de noviembre, la piedad por los muertos y la veneración por las tumbas. Es así como comienza la concesión de sepulturas, que acabaría convirtiéndose en una forma de propiedad (Ariès, 2000). De esta forma, Malinowski, en su libro "*Crime and custom in savagesociety*", sostiene que la muerte es un elemento constitutivo de la vida, que permite generar prácticas de acompañamiento ritual, además de entender que la muerte es una necesidad básica de todo ser vivo. Está regida por un conjunto de normas sociales que permiten determinar el tipo de ritual y clasificar el estatus e importancia del sujeto fallecido (Duche, 2012).

En esta época se objeta la existencia del *Maligno*, perdiéndose poco a poco la creencia en él y en el infierno, lo que hará desaparecer a su vez, la vinculación que existía entre la muerte y el mal (Ariès, 1983). El desvanecimiento del temor al infierno cambió la visión y con ello el concepto que se tenía hasta el momento, sobre el *Cielo*, considerando éste como un lugar de reunión con los seres queridos de la vida terrenal.

*"Como si todo el mundo creyera en la continuación, tras la muerte, de las amistades de la vida."* (Ariès, 1983: 393).

Además, es en el siglo XIX, donde Nietzsche desarrolla su pensamiento filosófico, entendiendo la muerte como algo que no es contrario a la vida, sino que pertenece a la misma vida y que, por tanto, ha de ser sopesada, medida, y determinada por el propio

hombre, al igual que el resto de su existencia. Ve la muerte desde la vida y no la vida desde la muerte (Martínez, 2010).

Llegados al siglo XX, se observa una vez más que, la muerte toma otro sentido, oponiéndose a todo lo descrito en las cuatro épocas anteriores, de ahí a que Ariès (1983) la nombrara *Muerte Invertida*. La familiaridad y el enfrentamiento abierto y público de la muerte, dejan paso a las actitudes vergonzantes, de ocultación y silencio, la muerte es tratada como un tabú. Ésta se vuelve fea debido a la gravedad de la enfermedad y por el traslado al hospital. Es por todo ello, por lo que la muerte debía ser evitada y negada (Moller, 1996). En contraposición de las ideas de uno de los filósofos de la época, Heidegger, quien hace una llamada a enfrentarse a la muerte cara a cara para vivir con autenticidad, con sinceridad, dándose cuenta de lo que realmente es la vida. Sin Sin conciencia de la muerte sólo estamos vivos a medias (Cathcart y Klein, 2012). Heidegger dice que la muerte es siempre *algo mío*, como lo es la existencia; y muerte es, además, el final de la existencia.

*“Tan pronto como nace un hombre, es ya lo suficiente viejo para morir.”*

(Heidegger en Moreno-Claros, 2002: 206).

A principios de los años cuarenta, la idea de que la muerte está acompañada por un estatus clasificatorio y por ciertas normas sociales, se consolida gracias a las aportaciones de Pritchard, quien sostiene:

*“La muerte tiene un significado muy importante dentro de la vida social, pues es el acto de sucesión de poder, quien determina el futuro del grupo y territorio, la eliminación de individuos y la posibilidad de generar o deslindar alianzas.”* (Pritchard, 1990: 29).



Lévi-Strauss con su obra *“Tristes trópicos”*, en los años cincuenta subrayó que la muerte está ligada a la vida cultural y social del hombre, de sus creencias sobre la religión, los mitos... Otro autor destacado es Goody, el cual en *“Death, property and the ancestors”*, explica que la conexión entre las creencias religiosas y las prácticas cotidianas, tienen como nexo de unión las ceremonias funerarias. Según este autor, las ceremonias funerarias son un elemento que compete no sólo a la familia sino a todo el grupo. La muerte es concebida como el reconocimiento social de permanecer unidos; la muerte trae consigo unión y memoria (Duche, 2012). En los años setenta, Geertz afirma que la muerte conlleva a simbolizar las acciones de los individuos.

*“De manera que lo que un pueblo valora y lo que teme y odia están pintados en su cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo el estilo de vida de ese pueblo.”* (Geertz, 2003: 122).

La dimisión de la comunidad ante la muerte de uno de sus miembros y el énfasis al sentimiento de privacidad en un conjunto de personas cada vez más reducido, conlleva a depositar absoluta confianza en las personas más allegadas en cuanto a la toma de decisiones con respecto al individuo enfermo. Tanto es así que no sólo se ocupa de la gestión diaria del proceso de enfermedad, sino que busca proteger psicológicamente al enfermo. Alcanzando, para ese propósito, la mentira y la ocultación, suprimiendo al moribundo la última comunión con Dios y los otros (Ariès, 1983). De esta forma, los individuos dejan de ser los dueños de su muerte, al no ser conscientes de su cercanía, despojándoles del derecho a preparar su propia muerte, lo que les impide actuar con libertad en los últimos días de su vida. El objetivo de todo esto es separar la muerte de la vida cotidiana de las personas. Expresado por Ariès (2000: 231):

*“Hábito puesto ingenuamente en uso, convirtiéndose al fin en regla moral.”*

Los progresos científicos y técnicos en el ámbito de la medicina, contribuyeron a un cambio mental fundamental en las actitudes ante la muerte. La persona enferma ya no se enfrentaba con angustia a la finitud de sus días, sino que peleaba contra la enfermedad. La tecnología, en especial la médica, se convirtió en el nuevo instrumento para domesticar la mortalidad; no sólo ayudó a controlar lo relativo al malestar físico, sino que, sobre todo, disminuyó el sufrimiento psicológico de los enfermos y sus seres queridos (Ariès, 1983).

La muerte en el ámbito de la medicina, se hace referencia a la muerte cerebral; esta se define como la pérdida permanente de la conciencia, con ausencia de reflejos de tallo cerebral (Castañón González, 2003). En el año 1959 el médico francés Mollaret, estableció los primeros criterios de la muerte cerebral; pero no es hasta 1968 en el comité de la Facultad de Medicina de Harvard, que se reemplaza la idea tradicional de muerte cardiorrespiratoria y se propone una nueva definición de muerte centrada en la pérdida de funciones cerebrales. La comisión logró que se aceptara el hecho que los individuos en coma cerebral podían ser declarados muertos. Posteriormente, año 1973, se admitió, en el XXII Congreso de la *World Medical Association*, como válida la certificación de la muerte a través de pruebas encefalográficas. En conclusión, la vida cesa cuando deja de funcionar todo el cerebro (Siracusa, 2010).

Para Ariès (2000), el incremento de la incineración frente a la inhumación, es un ejemplo de rechazo de la creencia en el más allá, en el que no sólo se abandona a la persona moribunda en el hospital, sino que, cuando muere, también se hace desaparecer todo lo que queda de su cuerpo, eliminando de esta forma, el culto a los cementerios y el peregrinaje a las tumbas. Este modelo de muerte del siglo XX, aboga por la ocultación y privatización del duelo. Se abandona la creencia en el Diabolo. Persiste la

idea del mal, pero no inserta en el ser humano, sino fuera de él, en el ámbito de las relaciones sociales y los acontecimientos históricos como las guerras.

Los horrores vividos por la sociedad del siglo XX, debido a los conflictos bélicos (I Guerra Mundial, Guerra Civil Española, II Guerra Mundial...), salpicó a la literatura universal, transmitiendo así, lo vivido a través del lenguaje escrito. La mayoría de los autores, se revelan ante la injusticia de la situación, haciendo de su poesía, prosa y teatro, un medio de comunicación con la población, y convirtiendo sus obras en gritos de protesta. Además, destacar que esta abundante producción literaria, no deja a un lado la muerte, sino todo lo contrario. Miguel Hernández, Irène Némirovski, como ejemplo de la narrativa de este tiempo. El poeta español Miguel Hernández, en su poema “Sentado sobre los muertos”, expresa su actitud frente a la muerte, en una época en la que el país está envuelto por el belicismo (Guerra Civil Española).

*“Aquí estoy para vivir  
mientras el alma me suene,  
y aquí estoy para morir,  
cuando la hora me llegue,  
en los veneros del pueblo  
desde ahora y desde siempre.  
Varios tragos es la vida  
y un solo trago es la muerte.”*

Miguel Hernández (en Esteve, 2012: 169).

Némirovski en, *Suite francesa*, se centra en la ocupación de París por las tropas nazis, durante la II Guerra Mundial; con la muerte y la devastación como telón de fondo.

Para finalizar con este punto, se ha elaborado una tabla en la que aparece la cada uno de los modelos de muerte, haciendo mención a los cuatro parámetros psicológicos que los definen, de forma que quede aclarado este apartado.

**TABLA 1: MODELOS DE MUERTE SEGÚN ARIÈS**

<b>PARÁMETROS PSICOLÓGICOS</b> <b>MODELOS MUERTE</b>	<i>CONCIENCIA DE SÍ</i>	<i>DEFENSA DE LA SOCIEDAD CONTRA LA MUERTE SALVAJE</i>	<i>CREENCIA EN EL MÁS ALLÁ</i>	<i>CREENCIA EN LA EXISTENCIA DEL MAL</i>
<b>MUERTE DOMADA</b> (Primera Edad Media)	La muerte es percibida como un acto social.	La muerte se ve envuelta de una serie de ceremonias rituales.	Es considerada como sueño, como un reposo pacífico.	La muerte es considerada como desgracia. El mal recae en el sufrimiento, el pecado y la muerte.
<b>MUERTE PROPIA</b> (Alta Edad Media)	El individuo reconoce su propia muerte, la cual le causa temor.	Todo lo relacionado con la muerte y el proceso del morir, pasa a manos de la Iglesia.	Idea de un alma inmortal.	El mal se ve reflejado en el castigo eterno.
<b>MUERTE LEJANA</b> (XVII-XVIII)	Los testamentos se hacen más sencillos. Incluyen disposiciones para evitar ser enterrado vivo.	Desarrollo de la ciencia y la técnica.	Idea de un alma inmortal.	Se considera inseparable de la propia naturaleza del ser humano.
<b>MUERTE AJENA</b> (XVIII-XIX)	Se llora la muerte del otro, del ser amado.	La muerte es definida como bella y sentimental.	El Cielo se convierte en un lugar de reencuentro con los seres queridos.	Empieza a perder fuerza la idea del Infierno y el vínculo entre muerte y pecado.
<b>MUERTE INVERTIDA</b> (XX)	Ocultación de la gravedad de su estado a la persona enferma. Dejan de ser dueños de su propia muerte.	El foco de la amenaza ha dejado de ser la muerte, ahora es la enfermedad.	Se produce una declinación de todas las creencias religiosas de salvación.	Se siente vergüenza de la muerte, y como consecuencia el mal se retira definitivamente.

## 1.2. Religión y finitud

La antropología, cobra especial importancia en la sociedad de hoy, como ciencia que ayuda a entender los elementos culturales y creencias de cada una de las etnias que conforman la multiculturalidad del país.

Tylor, en su obra de 1871 *“Primitive culture”*, postula que la muerte es un fenómeno que permite entender cómo el hombre ha ido construyendo la religión, a través del culto a los muertos, y también, como ha generado la idea de que todo ser humano posee alma.

*“Aunque un hombre puede morir y ser enterrado, su fantasma continúa presentándose a los vivos en visiones y en sueño.”* (Tylor, 1973: 403).

La religión entiende la muerte como la separación espiritual entre el alma y el cuerpo. Lo que se persigue con ello es superar las limitaciones de los sentidos para alcanzar la plenitud (Gabilondo, 2004). En relación a esta forma de entender la muerte, el autor Novalis dice que no es más que una metamorfosis, por la que es abandonado nuestro cuerpo físico y alcanzamos la eternidad en espíritu. Este autor afirma:

*“Morimos tan sólo en cierto modo.”* En Dastur (2008: 14).

Los dogmas religiosos ejercen una fuerte influencia en el afrontamiento ante la muerte de la persona. Por ello, es relevante conocer el sistema de creencias de cada una de las cinco religiones más representativas del mundo, ya que pueden influir en las actitudes ante la finalidad de la vida.

- Cristianismo

La muerte es un fenómeno natural que afecta a todos, acaba con la fiesta de la vida, de la que participa el ser humano y en la que está en comunión; se trata de una necesidad de la naturaleza biológica del hombre. Así lo expresa la Biblia:

*“Todos hemos de morir, somos agua derramada en la tierra, que no se puede recoger.”* (2S 14, 14).

La respuesta cristiana ante la muerte se fundamenta en dos ideas: la primera, el cristianismo como mensaje y camino de salvación que logra vencer a la muerte; la segunda, la muerte de Cristo, que modifica el sentido de la muerte, cambiando su dimensión aterradora, por una dimensión de liberación y salvación.

En esta religión existe una conexión entre pecado-muerte. El ser humano fue creado por Dios bajo el signo de la inmortalidad; al pecar Adán, aparece la posibilidad de morir, por ello la mortalidad se presenta como la expresión de la enemistad entre Dios y el hombre (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012). Por ello, el verdadero objetivo de un cristiano es llevar una vida libre de pecado y, en recompensa, después de su muerte, vivir eternamente junto a Dios.

*“Yo soy la resurrección y la vida, el que cree en mí, aunque muera, vivirá.”* (Juan 11, 25).

Es la garantía de este paso de la vida mortal a la inmortal. Jesús asegura que la vida terrenal no queda interrumpida por la muerte, es sólo un adelanto de lo que nos espera en la vida eterna. El lugar de esta vida ha de ser el cielo, un lugar exento de preocupaciones, en el que los ángeles celebran a Dios y donde el hombre, condenado a elegir y decidir desde el pecado original en el Paraíso, encuentra por fin la anhelada tranquilidad.

Los entierros cristianos siguen unas reglas concretas. El cadáver debe enterrarse completo, pues sólo de este modo se puede garantizar la resurrección para el Juicio

Final. Las incineraciones destruyen el cuerpo, sin embargo, en los últimos tiempos son cada vez más frecuentes también entre los cristianos. Las cenizas del difunto se introducen en una urna y se entierran en el cementerio, o son dispersadas. Los asistentes a un entierro suelen ir vestidos de negro, el color del duelo. Tras una breve meditación, el ataúd es conducido en procesión por el cementerio. Con unas palabras de despedida, el féretro se introduce en la tierra, y los familiares y amigos depositan coronas de flores junto al lugar (Terhart y Schulze, 2007).

En cuanto a lo que se refiere a la creencia de un Cielo, para algunos no es más que una serie de proyecciones de los deseos y anhelos más profundos del hombre. Bajo la imagen del cielo se intenta dar respuesta al sentido último de la vida del hombre; el cielo constituye para el cristiano el futuro absoluto, la plenitud definitiva de la existencia humana, toda felicidad que conlleva al estar junto a Dios. En contraposición a esta idea de Cielo, se encuentra el Infierno, representado como lugar de tormentos, donde el condenado es asado sobre una parrilla. Es necesario retomar el carácter simbólico del infierno para poder entenderlo. El fuego significa la exclusión del reino de Dios, la frustración que siente el ser humano de vivir alejado del mismo (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012).

- Judaísmo

El judaísmo es una religión monoteísta que considera la vida como buena, estimula el desarrollo espiritual, pero también fomenta la preocupación por los semejantes, y no una inmersión total en el propio yo. El judaísmo no tiene intermediarios entre el hombre y Dios; es una religión en la cual Dios se esfuerza en llegar al hombre. Los judíos ven a Dios como creador y amo eterno; ser espiritual y absoluto, que se encuentra en todas

partes y trasciende el tiempo, el espacio y la naturaleza (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012).

El pensamiento judío declara que la muerte no es el fin, sino el principio. Considera este mundo como una espera, una preparación para el mundo que está por venir. La religión judía se orienta hacia la vida terrenal en mayor proporción que las demás religiones. Si un moribundo se halla aún en condiciones de prepararse interiormente para su muerte cercana, ha de hacerlo con rezos, reconociendo sus pecados y bendiciendo a sus descendientes. Poco antes de la muerte, sus deudos han de proclamar su fe en la unicidad de Dios (Terhart y Schulze, 2007).

A la persona que acaba de fallecer se le cierran los ojos y se le cubre. Si el óbito se ha producido en casa, se pone el cadáver en el suelo y se encienden dos velas, una a la cabecera y otra a los pies del cuerpo inerte. Esto se lleva a cabo, para evitar que el vacío que ha dejado el alma, se llene de fuerzas negativas; el suelo absorbe esas fuerzas y el fuego las aleja.

La tradición establece, que el cadáver se entierre cuanto antes. El cuerpo tiene que estar en contacto directo con la tierra. El principio que guía este rito se encuentra en las palabras del Dios Adán: *“tú eres polvo y regresarás al polvo.”* El cuerpo es enterrado directamente de forma que se descomponga lo más rápido posible. Las distintas legislaciones laicas, no siempre lo permiten, en el caso de España, es utilizar un ataúd, pero en la parte inferior se hacen unos agujeros para respetar la tradición de que el cuerpo esté en contacto con la tierra (Gómez Sancho, 2007). El judaísmo no permite prácticas como: la cremación, ni ninguna que tenga que ver con la destrucción del cuerpo del difunto, ni el reposo en los nichos (Poch, 2007).



Como señal de duelo, los familiares se rasgan las vestiduras antes del sepelio, lo que hoy en día ocurre normalmente de forma simbólica arrancándose una cinta negra sujeta a la ropa. El periodo de luto abarca un año entero. En los primeros siete días, la familia permanece en casa, no se acude al trabajo. En los primeros treinta días posteriores a la defunción, los deudos no se cortan el pelo. Tampoco se celebran casamientos en ese periodo (Terhart y Schulze, 2007).

En lo que se refiere a la creencia en el Infierno, esta religión nunca ha pretendido infundir el miedo, sino motivar al individuo para cumplir con los preceptos divinos. Dios da la oportunidad de rendición al acercarse a Él, a través del arrepentimiento. Casi todos los entendidos en este tema, coinciden en que el tiempo de castigo en el infierno judío, es limitado y no eterno; se le considera como un purgatorio, lugar de paso donde se purifica el alma (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012).

- Budismo

El budismo es un camino, una senda que se puede transitar para alcanzar la liberación de cualquier forma de sufrimiento, cuya raíz reside en el interior de la mente. El pensamiento budista no tiene por objeto la veneración de una persona o divinidad. Buda no es un dios, ni un mediador, ni un enviado; no puede actuar como salvador de otros. La figura de Buda no es más que el que ilumina, el que a través de sus enseñanzas (*Dharma*), da pie a que la persona inicie el camino de liberación del sufrimiento y de la paz mental. La purificación absoluta, sólo podrá ser alcanzada por las personas que sigan todos los ejercicios puestos por el budismo, con los que se aspira a la iluminación (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012).

Los muertos son incinerados porque el cuerpo debe aniquilarse por completo. La ceniza es esparcida, bien en un río o en el mar, o se conserva como en el caso de Buda. El sepelio es una de las ceremonias más importantes del budismo en China, Corea y Japón. Después de que el fallecido ha sido incinerado, las cenizas se llevan a la tumba familiar. Se rezan sutras, y las honras fúnebres se prolongan varios días. En el budismo, uno se prepara durante toda la vida para la muerte, el morir y estado posterior. El comportamiento que tenga cada uno después de la muerte influye en el renacimiento. En el *Libro tibetano de los muertos* se describe el comportamiento del fallecido. El libro describe las diferentes condiciones para los fallecidos en el más allá, que resultan de sus respectivos karmas acumulados.

El tiempo de luto más corto previsto por la tradición budista asciende a siete días por siete semanas, es decir cuarenta y nueve días. Éste es el tiempo durante el cual el alma de fallecido lleva a cabo su viaje por el más allá y en el que puede necesitar apoyo espiritual. Principalmente al final de cada semana tienen lugar ceremonias budistas. Las honras fúnebres en el templo, en las que participa un amplio círculo de amigos y familiares, coinciden también en estas fechas. El color del luto es hoy el negro, pero en el pasado fue el blanco. Periódicamente, tras uno, tres, siete o trece años, se conmemora la muerte del fallecido. Después, por lo menos en Japón, se supone que su alma ha alcanzado definitivamente el más allá (Terhart y Schulze, 2007).

- Islamismo

Los musulmanes rezan a un único dios. Mahoma introdujo el monoteísmo cuando sus compatriotas todavía adoraban a gran número de dioses, espíritus y demonios. Alá

es para ellos un Dios personal, creador y sustentador del mundo (Terhart y Schulze, 2007).

Poch (2007), afirma que, para la religión islámica, la venida de la muerte es alegre, porque supone la coronación de una vida, el cumplimiento de un deber. Cuando muere un musulmán, se lava su cuerpo, se tapan los orificios corporales con algodón y se le coloca el sudario. Es en su casa, donde conocidos y parientes se reúnen para recitar versículos del Corán, como acto de consuelo para la familia del fallecido. El cadáver una vez preparado para la sepultura, se traslada a la mezquita, donde sus más allegados oran.

Al igual que en el judaísmo, los musulmanes no pueden ser incinerados, ni enterrados en un nicho; sus cadáveres no pueden quedarse entre el cielo y la tierra, tienen que tocar ésta. Pueden ser enterrados en féretros, siempre que tengan contacto directo con la tierra, y los difuntos se colocan, ya en la tumba, sobre el costado derecho, mirando hacia la Meca. Según las creencias islámicas, durante los cuarenta días después del óbito, el creyente se queda entre el cielo y la tierra. Durante esa cuarentena, las personas que se han portado mal en vida, sufren un anticipo del infierno, y las que se han portado bien gozan de un anticipo del cielo. Según el Corán, los que alcancen el cielo:

*“Se reclinarán en enjovados triclinios enfrentados, y los esperarán allí jóvenes inmortales con cuencos y aguamieles y una copa del vino más puro; con frutas que aquellos mismos elegirán y carne de aves que saborearán. Y suyas serán las ninfas de ojos oscuros, castas como perlas ocultas; recompensa por sus obras.”*

En numerosas ciudades islámicas, los cementerios constituyen, de manera destacada, un lugar de encuentro, paseo o distracción. Los viernes y en las festividades religiosas,

los familiares acuden a reunirse con sus difuntos, a comer, merendar o a jugar junto a su sepultura. De esta forma, los fallecidos permanecen junto a sus familiares, perdiendo así su estatuto de terror y los vivos en su mundo (Poch, 2007).

- Hinduismo

El hinduismo se remonta a miles de años y, por tanto, es la religión más antigua que se profesa en la actualidad. Existen millones de divinidades hindúes, siendo los más populares *Siva* (el destructor) y *Visnú* (el protector).

Los hindúes creen en un discurrir cíclico del mundo, en el que no existe ni principio ni fin, lo que quiere decir, que no hay una división para siempre entre la vida y la muerte; la vida sigue a la muerte y la muerte a la vida.

*“Hoy estamos aquí de una forma, dentro de un tiempo volveremos de otra forma.”*

(Instituto Mexicano de Tanatología, 2012: 373).

El impulso de ese ciclo eterno es el karma, el principio de causa y efecto. Esto tiene como consecuencia el renacimiento, pues los actos de los hombres en su vida anterior desencadenan un mecanismo de compensación. Uno ha de imaginarse los actos como una colección de energías que intentan disolverse armónicamente, pero que no lo consiguen porque hay pocas acciones buenas. Si una persona ha reunido en su última vida buenos actos, en recompensa recibe un estado ulterior en condiciones paradisíacas antes de volver a renacer (Terhart y Schulze, 2007).

Los enfermos graves adeptos a esta religión, reciben consuelo de las lecturas de sus libros sagrados. Algunos prefieren permanecer tumbados en el suelo, simbolizando su cercanía con la Madre Tierra. El sacerdote puede atar una cinta alrededor del cuello o de la muñeca del moribundo con el fin de bendecirlo. También rocía el cuerpo del

moribundo con agua del Ganges y coloca una hoja sagrada de *Tulsi* en su boca. Existe la costumbre de que los familiares lleven monedas y ropas para que los toque el enfermo antes de distribuir las a los necesitados. Los pacientes hindúes, especialmente, desean morir en casa (Gómez Sancho, 2007).

La ceremonia de la muerte o *Anyesti*, es un rito funerario, muy común entre los que profesan esta religión. Por tradición, el hijo mayor realiza el cortejo fúnebre hasta el lugar de la cremación, mientras que el hijo menor lo hace de regreso a casa. Todos los hindúes tienen la esperanza de morir cerca del río Ganges, para que sus cenizas puedan ser depositadas en el agua y terminar así el ciclo de las reencarnaciones (Keene, 2003).

Lo que respecta a las creencias de un cielo y un infierno, señalar que, en esta religión, al cielo se le conoce con el nombre de reino de *Yama*, al que van los buenos, lugar de luz, belleza y felicidad, donde el muerto adquiere un cuerpo nuevo. Y al infierno, se le llama *Naraka*, que quiere decir, bajo tierra; es un lugar tétrico, por donde discurre un río de sangre y no hay más que sufrimiento (Instituto Mexicano de Tanatología, 2012).

**TABLA 2. LAS RELIGIONES Y SU RELACIÓN CON LA MUERTE**

<b>RELIGIÓN</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>DESPUÉS DE LA VIDA</b>	<b>RITOS FUNERARIOS</b>
<b>Cristiana</b>	Una vida libre de pecado, para vivir con Dios eternamente.	Resurrección con la segunda venida de Cristo.	El cadáver se entierra completo. El negro como color de luto.
<b>Judía</b>	Orientación a la vida terrenal.	Resurrección del cuerpo con la venida del Mesías.	El cuerpo es enterrado directamente.  El luto es riguroso, abarca un año.
<b>Islámica</b>	Cumplimiento de un deber.	Resurrección del cuerpo, para reunirse con Alá en el paraíso.	El cuerpo deberá permanecer en dirección a la Meca.
<b>Budista</b>	Preparación para la muerte y el morir desde que uno nace.	El muerto renace, tras el viaje por el más allá, según los karmas acumulados.	El difunto es incinerado. El tiempo de luto es de 49 días, y el blanco es su color característico.
<b>Hinduista</b>	El mundo discurre cíclicamente, no hay principio ni fin.	Llegar al Nirvana (cielo), tras varias reencarnaciones.	El cuerpo se coloca en una pira donde se cremará durante tres días.

Podemos asemejar el concepto que tiene la religión sobre la muerte, con el pensamiento filosófico de Sócrates, que concibe la muerte fuera de toda preocupación, afirmando que la muerte no es un mal, sino todo lo contrario, es algo bueno.

*“O bien es aniquilación, y los muertos no tienen conciencia ni nada; o bien, según nos dicen, es realmente un cambio: una migración del alma desde este lugar hacia otro.”* Sócrates (en Critchley, 2008: 23).

Entendiendo lo que quiere decir Sócrates, la muerte no es algo de lo que haya que tener miedo, ya que, si como dice él, es aniquilación, entonces es un largo descanso; y

si es un tránsito hacia otro sitio, entonces será algo deseable porque podremos encontrarnos con nuestros seres queridos.

De todos es sabido que, para muchas personas, la religión juega un papel fundamental en la recta final de sus vidas; se aferran a ella como si fuera su único sustento para dar sentido a lo vivido. Huyen del miedo que les da el no saber qué pasará después y buscan en la fe como atenuar ese temor y el desasosiego, ya que pase lo que pase estarán en un lugar mejor junto a sus seres queridos, por haber llevado una vida plena en el mundo terrenal. Gómez Sancho (2007) afirma que la fe religiosa de la persona que va a morir, ayuda notablemente a acortar la fase aguda de los dolientes, debido a que todas las religiones ofrecen un reencuentro posterior. La experiencia demuestra que esto es así sólo cuando se trata de una fe auténtica y no cuando se acude a ella como último recurso.

Marinoff (2001: 392) reconoce que la religión intenta aplacar el miedo a lo desconocido y destaca que:

*“La religión proporciona esperanza por algo que se encuentra en el más allá de este mundo.”*

Por ello son muchas las personas que, sin ser creyentes, se aferran a ella en su lecho de muerte.

### **1.3. Dos ramas del saber que estudian la muerte**

La tanatología y la logoterapia son dos materias que tratan de estudiar la muerte. Estos dos términos tienen en común la raíz griega *logos*, que significa sentido, por lo que se puede afirmar que ambas buscan dar sentido a la muerte.

- Tanatología

Metchnikoff denominó, ya en el año 1901, Tanatología, como la ciencia de la muerte. En ese momento fue considerada como una rama de la medicina forense, que trataba la muerte y todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico-legal (Bravo, 2006).

*Tanatos* deriva del griego *thanatos*, nombre que se le daba a la diosa de la muerte, en la mitología griega. Hija de la noche, denominada *Eufrone* o *Eubolia* “madre del buen consejo. La noche tuvo a su hija sin la participación de un varón, por lo que muchos la consideran diosa. La muerte es hermana del sueño *Hipnos* o *Somnus*, cuyo padre es el infierno *Erebo*, hermano y esposo de la noche; los dos son hijos del Caos. *Tanatos* es representada con una guadaña, un ánfora y una mariposa; la guadaña indica que los hombres son cegados en masa, el ánfora sirve para guardar las cenizas y la mariposa que vuela es emblema de la esperanza en otra vida. La muerte es una deidad capaz de sanar todos los males, pero como es la única que no acepta dádivas, nunca cura a nadie. Por último, *logos* deriva del griego *logos* que tiene varios significados: palabra, razón, estudio, tratado, discurso, sentido... Para la gran mayoría de los filósofos griegos le dan acepción de sentido. De aquí que la tanatología pueda definirse como “ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte” (Behar, 2003).

Hay que retomar la historia, para comprender el origen de la tanatología. Volviendo a lo escrito anteriormente, sobre los modelos de la muerte definidos por Ariès, destacar que en la época medieval eran las órdenes religiosas las que se ocupaban y daban consuelo a los enfermos. Siglos después, aparecieron los primeros hospices donde se cuidaba a los enfermos graves, y hasta el siglo XIX no se formaron los primeros albergues para enfermos de cáncer en Francia. En la segunda mitad del siglo XX,



aparecieron una serie de instituciones que ofrecían asistencia a enfermos terminales, que carecían de familiares que los cuidaran, estas fueron fundadas debido al gran número de personas necesitadas que morían solas. A medida que las familias se hicieron más pequeñas y más dispersas, hubo menos personas que cuidaran enfermos y moribundos, por lo que cada vez el acceso al cuidado hospitalario se hizo más fácil. Con la creciente aceptación del cuidado hospitalario para las enfermedades, surgió la institucionalización de la muerte.

Las necesidades emocionales del paciente y de quienes los cuidaban, eran con frecuencia ignoradas e insatisfechas; dada la naturaleza y lo severo de la enfermedad, era común ocultar la gravedad de su situación al paciente. Por lo general las necesidades físicas del enfermo eran descuidadas, así como también lo eran las sociales y psicológicas. Debido a este panorama tan precario con el cuidado de los enfermos, surgió la nueva variante de la Tanatología, dejando al margen el estudio de los cadáveres, para ocuparse de paliar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de los pacientes terminales (Bravo, 2006).

Es de suma importancia resaltar el trabajo de dos grandes mujeres, que estuvieron muy involucradas con la asistencia a la muerte y que en todo momento apoyaron y ayudaron a los moribundos; estas son Cicely Saunders y Elisabeth Kübler-Ross, pioneras en esta nueva ciencia.

La doctora inglesa, Saunders, a principios de 1960 fue entrenada como enfermera, médico y trabajadora social, comenzó a usar la modalidad de hospice con pacientes diagnosticados con enfermedades terminales. Se puede comprobar que el origen de la tanatología está íntimamente ligado con los hospices, por lo que es fundamental entender qué son y cómo funcionan.

Se puede decir que este tipo de institución, representa algo más que el lugar donde una persona va a morir con dignidad; es una actitud frente al paciente y su familia, que siempre tiene en cuenta:

- El control del dolor y de otros síntomas que se presenten.
- El enfermo terminal es, ante todo, una persona; no una cosa que puede manipularse.
- El paciente tiene derecho de saber el estado de su enfermedad.
- El apoyo a la familia, es fundamental, para poder ayudar al moribundo.
- El equipo actúa ayudando en los procesos de aflicción y duelo.

Esta modalidad de trabajo, sostiene que la persona que va a morir puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos, provocados por la enfermedad (Bravo, 2006).

Volviendo a la Dra. Saunders, mencionar que, además, construyó el Hospital Saint Christopher en Londres, en donde las personas recibían un tratamiento integral que tomaba en cuenta el aspecto biológico, mental, social y espiritual de la persona. Proveer un servicio que ayudara a las personas a vivir con dignidad hasta el último momento de sus vidas (Esteban Montilla, 2009).

Según Kübler-Ross (1993) cuando la gente se está muriendo sabe que este cambio se aproxima. Lo sabe de forma natural e innata. Así lo entendió y a partir de aquí se puso a trabajar con enfermos. Basó su estudio en los dibujos que los niños internados en el campo de concentración de Auschwitz habían realizado en las paredes antes de ser conducidos a los hornos crematorios. Eran dibujos que representaban mariposas hechas con objetos punzantes o con sus propias uñas. La doctora concluyó que los niños sabían

a donde iban. Sabían que la muerte estaba cerca, pero no les importaba, porque después de tanto sufrimiento, ellos se convertirían en mariposas (Torras, 2009).

Kübler-Ross comenzó su trabajo en tanatología, llevando a cabo una investigación relacionada con la muerte. Quiso acercarse a los pacientes terminales, sin leer y sin tener experiencia en la materia; quería observar y aprender de ellos directamente. Su estudio se basó en:

- No tener ideas preconcebidas.
- Estar en una actitud abierta.
- Sensibilizarse con las necesidades de los enfermos terminales y sus familias.
- Realzar la percepción para aprender.

Su experiencia práctica la llevó a descubrir que las observaciones daban los siguientes resultados:

- Necesidad de considerar la muerte como una posibilidad real.
- Identificarse con el enfermo.
- Las discusiones se convirtieron en terapia de grupo, en las que se lograba hacer conciencia.

La Dra. Kübler-Ross, tras muchos años de experiencia, concluyó que la tanatología puede brindar su mayor potencial de ayuda cuando se recurre a ella en períodos precoces a la detección de la enfermedad terminal. Si se inicia con el paciente en las últimas fases del proceso, se suele restringir la posibilidad de ayuda (Bravo, 2006).

A modo de resumen decir, que la tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales, como a sus familiares y allegados, desde que la persona enferma es diagnosticada, durante el proceso y después de su muerte, llevando a cabo el duelo. A lo largo de la vida, el ser humano se enfrenta a multitud de pérdidas, ya sean muertes, separaciones, salud..., es por ello que la importancia de la tanatología, hoy por hoy, sea indiscutible.

- Logoterapia

El hombre es un ser que busca el significado de su vida, enfrentándose al vacío existencial; debido a esto, surge la logoterapia, como terapia del sentido, significado y propósito de nuestra vida. Entiende la misma, como existencia y al hombre como ser responsable de asumir su sentido (Molla, 2002).

La logoterapia se centra en la dimensión real y concreta de los fenómenos humanos, es una psicoterapia centrada en el sentido. Parte del principio que señala que el hombre siempre se encuentra en constante búsqueda del sentido. La vida, a pesar de todos sus aspectos negativos, puede tener un sentido. Por ello el fundamento de la logoterapia se apoya en un optimismo trágico. La superación del dolor no se produce a través de la negación, sino a través de la búsqueda del sentido y el desarrollo espiritual. La logoterapia siempre se sitúa en el plano humano, en el discurso de lo real. No puede emplearse la misma terapia para todos los casos posibles (Maríñez, 2003).

La logoterapia fue fundada por Viktor Frankl, neurólogo y psiquiatra. Vivió la pérdida de sus padres y familiares, en los campos de concentración nazi, en los que él mismo estuvo preso y sobrevivió. Es allí, en esos lugares, donde reflexiona y se sirve de su capacidad de comprensión y estudio del ser humano, para ir trazando su teoría sobre

el sentido de la vida. Frankl vio morir a sus compañeros de inanición, hambre, enfermedad y torturas físicas y psicológicas. La dignidad humana no podía perderse, la resistencia interior a la tortura, la motivación de vivir por alguien o por algo que les esperaba luego...; allí estaba la diferencia entre los que sobrevivían o no a la dura y cruel realidad de estos campos. Después de la Segunda Guerra Mundial, publicó importantes libros, entre los que destacan: *“Logoterapia y análisis existencial”*, *“Un psicólogo en el campo de concentración”*, *“Psicoanálisis y existencialismo”* y *“El hombre en busca del sentido”*. Estas obras provocaron un gran impacto en la comunidad científica, llegando a considerar la Logoterapia, como la tercera escuela vienesa de psicología, junto con el psicoanálisis y el análisis Individual de Adler (Molla, 2002).

Organizó centros de consulta para jóvenes con problemas psicológicos y llegó a ser director de un pabellón psiquiátrico, conocido como el pabellón de las mujeres suicidas, en el Hospital de *Am Steinhof*. Las vivencias que experimentó en los campos de concentración de *Türkheim* y *Auschwitz* (mencionadas en renglones anteriores), le sirvieron para comprobar la importancia que es tener una misión, un ideal o una razón para vivir. Su pensamiento filosófico está íntimamente unido al sistema terapéutico por él creado: logoterapia. La define como:

*“Una psicoterapia centrada en el sentido. Su punto de partida es la convicción de que una persona humana es realmente tal, cuando busca el sentido de su única e irrepetible existencia.”* (Vial Mena, 2000: 24-26).

La muerte no se entiende como una finitud total, según Kübler-Ross y Frankl, sino, ¿para qué sirve la existencia del ser humano?, tiene que haber algo más, no puede terminar todo, así como así. La muerte no es el fin, es una continuación.

Kübler-Ross y Frankl, el óbito se percibe de otra forma. Para la doctora Elizabeth Kübler-Ross, la muerte no es otra cosa que el abandono del cuerpo físico, el paso a un nuevo estado de conciencia, un nuevo estado donde se continúa experimentando, viendo, oyendo, comprendiendo, riendo, y en el que se tiene la posibilidad de seguir creciendo (Esteban Duque, 2009).

La psiquiatra suiza Kübler-Ross (2006: 15) en su obra *La rueda de la vida*, afirma:

*“La muerte puede ser una de las más grandiosas experiencias de la vida. Si se vive bien cada día, entonces no hay nada que temer.”*

Hay que afrontar la vida misma cada día como si fuera la muerte y evitar caer en los fáciles fatalismos y determinismos. Para Viktor Frankl el núcleo de la persona está constituido por lo psíquico y lo espiritual. La existencia espiritual es lo incondicionado, aquello que no puede ser arrebatado y reducido (Maríñez, 2003).

#### **1.4. El tabú del siglo XXI**

Anteriormente, la muerte era aceptada como parte natural del ciclo vital. En la sociedad actual, el morir es visto como una disfunción, o un problema todavía sin resolver que los avances de la ciencia y las nuevas tecnologías intentan corregir. Las costumbres y los valores sociales contemporáneos fomentan el rechazo y la evitación, en donde hablar de muerte es complicado y dificultoso. Hoy no solo se teme a la muerte, sino que esta se niega y se olvida (Nia, *et al.* 2016).

En lo más íntimo de nosotros mismos, no creemos realmente que vayamos a morir, y la razón para pensarlo es que somos seres humanos civilizados. Tenemos un serio problema para aceptar este hecho obvio e incorporarlo a nuestra conciencia. Lo que hacemos a cada instante, es negar nuestra mortalidad. Solemos hacerlo con facilidad, gracias a la ayuda que nos presentan las estructuras sociales y las costumbres de nuestra civilización. Ernest Becker, escribió:

*“Aunque sabemos objetivamente que somos mortales, elaboramos todo tipo de esquemas para huir de esa devastadora verdad.”* (En Cathcart y Klein, 2012: 22)

Deseamos negar nuestra mortalidad, debido a que la perspectiva que nos presenta la muerte es aterradora. Nos conduce a la angustia definitiva, nos obliga a hacer frente al hecho de que sólo estamos aquí un periodo de tiempo corto, y que cuando nos vamos, lo hacemos para siempre. Según Becker, el único modo en que la mayoría de nosotros se enfrenta a esta situación es con el engaño; es el impulso humano básico y da lugar a los sistemas de inmortalidad, estructuras de creencia irracionales que nos ofrecen una forma de convencernos de que somos inmortales. Además, están los sistemas de inmortalidad de máximo nivel, encarnados en las religiones mundiales (ya mencionadas en páginas anteriores), desde una vida como parte de la energía cósmica, en Oriente; a, por ejemplo, al camino para reunirse con Jesucristo, en el catolicismo de Occidente. Soportamos estos diferentes engaños, por el mero hecho de ser civilizados. Todas las civilizaciones han desarrollado un sistema de inmortalidad compartida; estos sistemas son la función básica de una cultura. La negación de la muerte es una estrategia de supervivencia. Es más fácil soportar un engaño si se comparte con los demás dentro de la propia cultura (Cathcart y Klein, 2012).

En esta sociedad de consumo y desarrollo, en la que los seres humanos estamos inmersos, existen dos grandes posiciones sobre la muerte, desde el punto de vista de su conocimiento:

- Una mayoritaria, de rechazo o de refugio.
- Otra, más culta, de interés integrador y educativo.

La muerte es el tema constantemente vetado. Es negativo, de mal gusto. Al muerto se le encajona, se le acristala, se le tapa, se le camufla con flores y olores. Así, se le relega y se le aparta de la familia. A diferencia de otros entornos socioculturales, en el nuestro los cementerios también se han alejado de los centros de las ciudades. De este modo, se apartan del paso y de la vista.

A pesar de ser tan antigua como el ser humano, de que aparezca a diario en los medios de comunicación, de que jamás haya habido tanta apertura y flexibilidad educativas como en la actualidad, a pesar de creciente tendencia al desarrollo de la escuela y desde lo cotidiano..., todavía nadie nos enseña a encontrar un sentido significativo a la muerte.

Considerando la muerte como pertinente y parte de la educación de la persona, se muestra como una cuestión educativa de máxima resistencia. Se entiende que es así porque (Herrán y Cortina, 2007):

- Carece de tradición profesional en la educación.
- Tiene tradición histórica en: la familia, las religiones, las tradiciones culturales, los ritos...

La pregunta que se plantea el lector en este instante es, ¿cómo se ha llegado a esta situación?, la respuesta se encuentra en dos aspectos:



- Por un lado, la ruptura con las creencias religiosas y todo lo que ello conlleva.
- Por otro lado, la gran evolución que ha sufrido la medicina.

La muerte de la sociedad actual, se la podría llamar “*salvaje*” (Urmeneta, 2001), ya que se ha ido perdiendo la creencia en un ser superior al hombre. Los lazos que se estrechaban entre este y los seres humanos, van desapareciendo poco a poco, y ello conlleva los distintos dogmas religiosos. Los ritos funerarios, como los velatorios prolongados, el luto y el tiempo de duelo, o las visitas al cementerio, todo ello se va desvaneciendo. Cada vez se le dedica menos tiempo al recuerdo de los difuntos, a velar por ellos y rendir un homenaje en su honor.

El exitoso desarrollo de la tecnología médica, ya notorio a finales del siglo XIX, y despuntando a finales del XX, hasta la actualidad. Se incrementó la dificultad de conciliar el énfasis entre el diagnóstico y la curación. Curar era el objetivo primordial de la medicina, por tanto, la muerte, era considerada un fracaso, por lo que se dificultó el cuidado de los enfermos terminales. Las expectativas respecto a la salud se modificaron, y con este cambio disminuyó el número de muertes, pasando ésta, a ser un suceso cada vez menos aceptado, llegando a considerarse el tabú del siglo XXI, como lo fue en su día, el sexo.

*“De este modo, la muerte se ha cubierto de negatividad y miedo, en las sociedades occidentales.”* (Herrán y Cortina, 2007: 2).

### 1.5. Proceso de adquisición del concepto de muerte

Es de suma importancia saber sobre el conocimiento que el niño tenga de la muerte. Este va modificándose a lo largo de la infancia, gracias al desarrollo cognitivo. Las experiencias y formaciones conceptuales que se crean en edades tempranas son básicas para la vida de las personas. El afecto, la comprensión, la información pertinente a su edad y la perspectiva social podrán formar parte de una filosofía de vida que será base y guía de su comportamiento con relación a la muerte. En este apartado, se describirán los cambios o regularidades que normalmente se dan o tienden a darse en el proceso de comprensión de la muerte en el ser humano, desde los 0 a los 16 años.

Las investigaciones de Piaget (1948) sobre el desarrollo de los juicios morales vinculan las propiedades que definen a la muerte a ciertas etapas del desarrollo del pensamiento. El concepto de la muerte presupone la comprensión de tres conceptos fundamentales: universalidad, irrevocabilidad y cesación de los procesos corporales. Vygotsky (1962) postula que algunos de estos conceptos pueden desarrollarse espontáneamente, mientras que otros deben ser adquiridos mediante el aprendizaje. A la misma conclusión han llegado otros autores como Kohlberg, Melear y Childers.

Por su parte, el norteamericano Jackson (1973), en Valdés (1994), es uno de los autores que mejor ha resumido la formación conceptual del óbito en la etapa infantil, que lo engloba en tres fases:

- *Primera fase: Desde el nacimiento hasta los 3 años.* La muerte es considerada como una separación. El niño a esta edad no es capaz de distinguir entre una separación corta y la definitiva que ocasiona la muerte, ya que su percepción del tiempo y el espacio, es muy limitada. Por eso no

comprende que la muerte sea eterna. Además, la falta de introspección y de conocimiento de la propia individualidad, hacen que para él el óbito no tenga carácter angustioso y cruel que tiene para el adulto.

- *Segunda fase: de 4 a 7 años.* El interés por la muerte se desarrolla en el plano físico; el niño va descubriendo su cuerpo y sus funciones fisiológicas y, por eso trata de comprender la naturaleza de la muerte comparándola con la vida. Le interesa saber si los muertos ven, oyen, sienten...
- *Tercera fase: entre los 8 y los 11 años.* El desarrollo intelectual ha progresado mucho y las nociones de espacio y tiempo tienen un significado preciso. La muerte es reconocida como inevitable, y se enmarca en un plano social.

Son muchos los autores, como es el caso de Hansen (1972), Koocher (1974) y Kane (1979), en Valdés (1994) que apuestan por el enfoque piagetiano (procesos mentales), para explicar cómo los niños van formando y entendiendo el concepto de muerte.

- *Primera etapa: Estadio Sensoriomotor.* Pensamiento simbólico y preconceptual (año y medio a los 2-4 años). El niño tiene dificultad de aplicar en el espacio y el tiempo no presentes los esquemas del objeto, en este caso la muerte. El niño la concibe como un estado reversible y no universal.
- *Segunda etapa: Estadio Preoperatorio.* Pensamiento intuitivo (de los 4 a los 7-8 años). La noción de la muerte se va elaborando progresivamente como un acontecimiento definitivo y un proceso corporal interno inevitable.

- *Tercera etapa: Operaciones Concretas.* Se regulan las representaciones mentales (a partir de los 9 o los 10 años). La muerte se concibe como irreversible, inevitable y universal. Reconoce que tanto el deterioro físico como la muerte, son procesos naturales y propios del cuerpo.

- De 0 a 6 años

Piaget mostró los prerrequisitos para la construcción del concepto de muerte, en el niño de 6 a 8 meses de edad (Herrán y Cortina, 2006).

Desde los 2 años tienen lugar las primeras intuiciones sobre el ciclo vital, alrededor del cual hemos observado varias estrategias en las que el niño apoya su proceso intuitivo (Herrán *et al.*, 2000):

- Cambio de roles propios.
- Cambio de roles del otro.
- Intercambio de roles.
- Análisis de diferencias; conoce sus diferencias con los otros bebés y, poco a poco, evidencia los cambios físicos de las personas mayores.

Entre los 2 y 3 años de edad, las funciones yoicas han madurado lo suficiente para que el niño comprenda el significado de la muerte, si no hay factores orgánicos o emocionales que hayan interferido la normal maduración del yo. Las características que debe haber alcanzado en su desarrollo psíquico para la comprensión de la muerte son (Herrán *et al.*, 2000):

- Diferenciación entre las representaciones de uno mismo y del otro.

- Dominio del yo sobre el ello.
- Habilidad para distinguir lo animado de lo inanimado.
- Comprensión del tiempo.
- Comprender que si algo ha muerto no puede seguir haciendo ciertas cosas.

La muerte no aparece como un fenómeno homogéneo. Desde la etapa infantil, la muerte aparece como un fenómeno de intensidad variable que depende de unos criterios de variabilidad (Herrán *et al.*, 2000):

- *Cercanía emocional del objeto de apego*; no es lo mismo que se muera alguien con el que se identifica, que alguien que percibe como lejano.
- *Desvitalización del objeto*; no es lo mismo que se muera una planta, un animal o una persona.
- *Establecimiento de provisionalidad de la muerte*; pueden pensar que una planta muerta revivirá al plantarla de nuevo.

- De 6 a 12 años

En cuanto al proceso de comprensión del concepto de muerte en el periodo de edad comprendido entre los 6 y los 12 años, son muchos los autores que lo han planteado y ninguno coincide; no existe uniformidad entre los planteamientos propuestos por los diferentes autores. A continuación, se presentan las ideas de Thomas, Gessell y Mèlich, entre otros muchos.

Thomas (1983), observa que entre los 5 y los 9 años el niño descubre que la muerte es irreversible, aunque aún tiene dudas sobre su naturaleza orgánica. Después de los 9 años, aparece el reconocimiento de la universalidad de la muerte.

En Poch (1996), se puede encontrar la referencia a Gessell (1953):

- A los 6 años el niño conecta con la muerte, la enfermedad, los hospitales, la vejez... Tiene cierta preocupación por las tumbas, los funerales y los entierros. No cree que él llegue a morir.
- A los 7 años su comprensión es parecida a la de los 6, pero se da de manera más realista: interés por las visitas a los cementerios y por las causas de la muerte. Sospecha que él también tendrá que morir, pero lo niega.
- A los 9 años el niño menciona fundamentos lógicos, para hacer referencia al concepto de muerte: falta de vida, falta de respiración, el pulso, la temperatura... Acepta la idea de que él también morirá algún día cuando sea mayor.
- A los 10 años, suelen hacer el comentario de que sus padres no morirán. Algunos niños manifiestan que los buenos van al cielo.
- A los 11 años aumentan los argumentos teóricos sobre lo que pasa después de la muerte. Hacen comentarios sobre personas cercanas a ellos que han muerto.
- Y, por último, a los 12 años se observa escepticismo, aunque a menudo éste puede reflejar una preocupación más grande por asuntos religiosos.

Mèlich (1989) afirma que hoy en día la psiquiatría no se halla en condiciones de afirmar cuál de los modelos elaborados por diversos autores, es el correcto. No obstante,

se puede comprobar que hay un factor que se repite, una secuencia que consta de tres fases:

- Desconocimiento absoluto de la muerte.
- Descubrimiento de la muerte del otro.
- Descubrimiento de la propia muerte.

- De 13 a 16 años

Mèlich (1989), hace referencia a Gessell (1953), que explica el proceso de comprensión del concepto de muerte de los 13 a los 16 años.

- A los 13 años sigue la idea de que la muerte es el fin. Se observa una preocupación por los otros, nombran amigos o parientes difuntos y comentan la tristeza de los que se quedan.
- A los 14 años son muy variadas las respuestas. Unos creen que irán al cielo y otros presentan numerosas alternativas. Unos afirman tener miedo a la muerte, pero la tendencia más fuerte es la del carácter inevitable de la misma.
- A los 15 años son pocos los que piensan que uno va al cielo cuando muere.
- Y, por último, a los 16 son muchos más los que piensan en el cielo como recompensa o como lugar donde van los buenos.

Según varios estudios, la elección del comportamiento suicida en la infancia aparece como una posible opción para poner solución a sus conflictos vitales, mientras que se tiene la creencia de que la muerte es otra forma de vida o que después de la muerte se puede retornar a la vida (Morán, 2004).

Este proceso de los 0 a los 16 años, de comprensión de la muerte es primordial para las etapas vitales posteriores, ya que según como se vaya desarrollando la persona en este aspecto, se configurará su conocimiento sobre la muerte.

**TABLA 3. ADQUISICIÓN DEL CONCEPTO MUERTE SEGÚN AUTORES**

<b>AUTOR</b>	<b>EDAD</b>	<b>CONCEPTO DE MUERTE</b>
Piaget	6 a 8 meses 2 a 3 años	Los niños tienen las primeras intuiciones sobre el ciclo vital.
Thomas	5 a 9 años	El niño descubre que la muerte es irreversible.
Gessell	Etapa infantil y adolescente	El proceso de adquisición va desde los 6 a los 16 años de edad.
Mélich	0-12 años	Tres fases: desconocimiento, descubrimiento de la muerte del otro, y descubrimiento de la propia muerte.
Jackson	0-11 años	Distingue tres fases: separación, interés por la muerte en relación con el plano físico, y finalmente es reconocida como inevitable.
Hansen, Koocher y Kane	1-10 años	Siguen el modelo de las operaciones lógicas de Piaget, para explicar la adquisición del concepto muerte.



## 1.6. Tipos de muerte

Como todo ser vivo, el hombre es mortal, pero no todos mueren de la misma forma. No hay un solo tipo de muerte, sino finales muy distintos, ya sea por el contexto, por el que muere o por los que le rodean. Haciendo referencia a esto, Pattison (1977) distingue cuatro tipos diferentes de muerte.

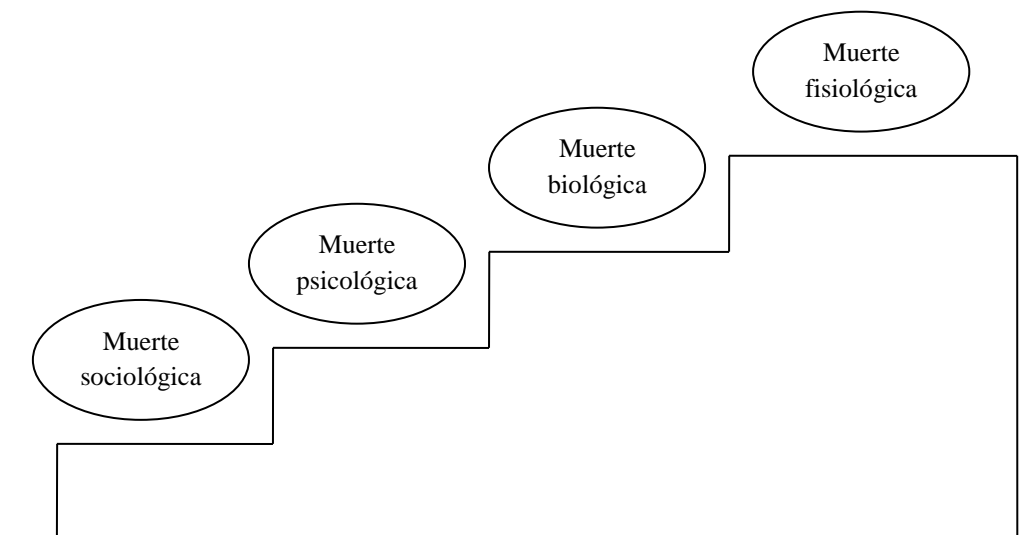
- *Muerte Sociológica* definida como la separación emocional que se efectúa entre el paciente y las personas importantes de su vida, antes de su final. Dicho de otra forma, es la ruptura de los lazos sociales establecidos entre la persona que se va a morir con las personas próximas a él.
- *Muerte Psicológica* la actividad psicológica del individuo se detiene, aceptando de esta forma su muerte inminente. En las personas de edad se pueden diferenciar tres tipos de muerte psicológica, descritas por Mishara y Riedel (1986):
  - Primera, es la que se encuentra en individuos con edad o supervivientes a catástrofes. Quedan tan traumatizados por la muerte, que notan su presencia cercana a ellos.
  - Segunda, este tipo de muerte psicológica sólo se manifiesta en personas que se hallan psicológicamente distraídas; como es el caso de la demencia o la psicosis.
  - Tercera y última, denominada como *alienación completa de sí*, es la que experimentan las personas que en la última etapa de sus vidas viven recluidas en centros residenciales, donde aflora el sentimiento de soledad y aislamiento.

- La *muerte biológica* aparece cuando el ser humano deja de funcionar como un todo. Se identifica con la muerte cerebral.
- Y por último y no menos importante, la *muerte fisiológica* que ocurre cuando la función del sistema orgánico se interrumpe. Se distingue de la anterior, porque es en esta donde los signos vitales desaparecen.

Por lo que se puede observar al haber descrito los cuatro tipos de muerte, distinguidos por Pattison, es que la persona que se va a morir sigue un proceso, que se inicia con la muerte sociológica y finaliza con la muerte fisiológica. Esto ocurre con todo ser humano moribundo antes de poner fin a su existencia; todos siguen el mismo patrón. Lo único en que se pueden diferenciar es en el tipo de muerte psicológica, si se hace mención a Mishara y Riedel.

Ese procedimiento del morir, se puede asemejar a una escalera. Si se quiere llegar al último escalón es necesario haber subido uno por uno todos los escalones que la componen. Lo mismo pasa con las cuatro muertes, anteriormente definidas. La persona enferma o la que se encuentra en la última etapa de su vida, experimenta un distanciamiento con las personas más cercanas, seguidamente llega la parada de sus pensamientos, necesidades y sentimientos, para dar lugar a la muerte cerebral y finalmente, todo acaba cuando desaparecen los signos vitales.

**FIGURA 2. LOS CUATRO ESTADIOS POR LOS QUE PASA LA PERSONA ANTES DE MORIR**



Es posible distinguir varios tipos de muerte, dependiendo de cómo sobrevenga ésta. En este sentido, son muchos los autores que describen y dan nombre a cada uno de estos tipos de óbito en sus escritos; de esta forma se hace mención a Jomain, Glaser y Strauss, Slaikeu y Weisman los cuáles hacen referencia a dos tipos de muerte; sin embargo, Guinot va más allá, elaborando una clasificación más extensa.

Jomain (1984), identificó dos tipos de muerte, por un lado, la *lenta*, cuando la vida de una persona se va apagando poco a poco. Denominada también “espera prolongada” por Glaser y Strauss (1967), es la forma de morir más común en el ser humano, debido en gran parte a los avances de la medicina, lo que ha hecho que la vida se prolongue y su antónimo acaezca más tarde. Y por otro lado la *súbita* que aparece inesperadamente. No existe transición entre el estado de vida y el estado de muerte. Slikeu (1988), la denomina muerte “repentina”, sobreviene de forma tan precipitada que no existen signos de aviso, ni preparación previa para afrontarla.

Otro de los autores que hace referencia a la muerte súbita es Weisman (1982), llamándola “imprevista” y diferencia tres categorías:

- *Muerte prematura*, acontece cuando la persona que muere tiene una edad temprana.
- *Muerte inesperada*, puede ocurrir a cualquier edad.
- *Muerte calamitosa*, se diferencia de las dos anteriores por su carácter violento. Personas que mueren asesinadas o por suicidio.

A la hora de dilucidar sobre los tipos de muerte, Guinot (2011) lo hace como tipos de finales, ya que la vida la define como un viaje con una sola dirección, la muerte o como a él le gusta llamarla, el final. De esta manera diferencia cinco formas en que la vida puede llegar a su fin, estas son:

- *Final inesperado*, puede acaecer debido a una enfermedad súbita, accidente, agresión o catástrofe natural. La persona deja atrás todos los asuntos pendientes, sin tiempo para las despedidas con sus seres queridos. Es la que menos afecta a quien le toca, ya que no se entera, y por el contrario la que más secuelas deja a las personas que se quedan.
- *Final próximo*, sobreviene como consecuencia de una enfermedad grave, una enfermedad de rápida evolución o un accidente con secuelas irreversibles. Hay una evolución de horas o días hasta que la persona fallece, lo cual hace que tenga tiempo para concluir con temas pendientes, para expresar sus voluntades y despedirse de los que le rodean.
- *Final anunciado*, tiene lugar por enfermedad incurable, un cáncer avanzado, una enfermedad degenerativa, demencia o ancianidad. Los proyectos a largo plazo

carecen de sentido, y asimismo las deudas pendientes, los rencores sin fundamento. Es una oportunidad para concluir la vida con plenitud, para terminar lo que aún es posible completar, para despedirse. Pero también existe otra alternativa, personas que no aceptan la realidad, que rechazan como injusta la enfermedad y lo único que sienten es ira.

- *Final sentenciado*, hace referencia a las personas recluidas en los campos de concentración o a las que se les, ha dictaminado a pena de muerte. Es la forma programada y premeditada de acabar con la vida de otro ser humano. El hombre no tiene la capacidad de dar vida, pero sí de destruirla; es lo que viene sucediendo a lo largo de la historia, son innumerables los hechos que lo certifican. Todo porque se creen con poder, un poder transitorio, impuesto por la fuerza y la brutalidad, durante el cual deciden entre dejar vivir o sentenciar a morir.
- *Final buscado*, acontece por eutanasia, suicidio o suicidio asistido. La vida es nuestra única posesión, conservarla es una tendencia natural, instintiva, que nos mantiene como especie. La inmensa mayoría de las personas lucha por su vida, desde el enfermo postrado en la cama, hasta el anciano que se resiste a morir. Sin embargo, la realidad y las circunstancias pueden llegar a ser tan negras que la persona pierda las ganas de seguir viviendo. Se trata de llegar al final de la vida sin esperar al momento que la naturaleza nos tiene reservado.

Para zanjar este apartado, no se debe olvidar la clasificación elaborada por la medicina forense, encargada de determinar las causas de muerte mediante el examen médico y biológico de un cadáver; siendo distinta en función a su causa, mecanismo que sigue o tipo. Contribuyen a esta causa Shkrum y Ramsay (2007):

- *Según su causa.* Es el traumatismo, enfermedad o combinación de ambos, responsable de la iniciación de trastornos fisiopatológicos, breves o prolongados, que terminan con la vida de una persona. Según lo dicho, la muerte se clasifica en este caso como:
  - Fundamental, lesión o enfermedad.
  - Inmediata, silencio eléctrico cardíaco y cerebral.
  
- *Según el mecanismo que sigue.* Se trata de la perturbación fisiológica originada por la causa de la muerte, que conduce al cese de la actividad eléctrica celular.
  
- *Según el origen de la muerte.* Es cómo ha sucedido la causa de la misma. En este sentido nos encontramos con diferentes tipos:
  - Natural, por enfermedad, el efecto del envejecimiento y complicaciones del embarazo y del parto.
  - Violenta, es la causada por traumatismos de cualquier tipo, como consecuencia de un accidente, homicidio o suicidio.
  - Indeterminada, si no se puede establecer claramente el origen o no se conoce la causa de la muerte.
  - Sin clasificar, por compilación de la terapéutica.

### **1.7. Contextos donde acaece la muerte**

No es indiferente el lugar donde se muere. El espacio y el tiempo que acogen la última representación de nosotros mismos, convierten la experiencia del morir en algo peculiar. Nuestra época carece de lugares de muerte; la muerte sucede en cualquier sitio

(Mantegazza, 2006). Lo que sí es cierto y hay que recalcar, es que son dos, los lugares por antonomasia donde la muerte ha estado y está muy arraigada, la casa y el hospital.

Cuando se hace referencia a la muerte en el hogar, es difícil no hacerlo sobre la dignidad, ya que están muy ligadas. El concepto de dignidad según la DRAE (2001: 823), se entiende como: cualidad de digno// Excelencia y realce. Para poder tenerlo más claro, aún si cabe, se procede a definir digno; del latín *dignus*, merecedor de algo// Correspondiente al mérito y condición de alguien o algo// Que tiene dignidad o se comporta con ella. Lo que se quiere alcanzar con esto, es dejar claro que el ser humano es merecedor de una buena muerte, de morir con dignidad, y no hay nada mejor y más digno para el hombre acercándose a su fin, que poder morir en su entorno más cercano e íntimo, rodeado de sus seres queridos; este no es otro lugar que su casa, escenario de tantos momentos y recuerdos de las personas que allí conviven.

La experiencia de la muerte en el hogar estaba marcada por la sombra del privilegio, pues quien no tenía nada, no poseía ni siquiera una casa en la que morir, y señalaba de modo decisivo la percepción de la muerte. La muerte en casa era algo habitual, con lo que se tenía una trágica cercanía; en otros tiempos no había casa, en que no hubiese muerto alguien alguna vez. Sobre todo, para los niños, la vivencia de la muerte, se convertía en algo presente. De esta forma se constituía una pedagogía de la muerte, y su miedo era apaciguado, en cierto modo, por la red de rituales que se tejía en torno a la muerte (Mantegazza, 2006).

Hoy en día, es necesario facilitar a los que están próximos al fin de sus días, una buena muerte; ésta se consigue, siguiendo las pautas que a continuación se cita Madoz (2001):

- Realizarla con suficiente silencio y en el marco de espacios precisos de soledad íntima.
- Vivirla con la necesaria reflexión y consciencia.
- Liberarla de los fármacos y engaños, provocados por la medicina y las personas cercanas.
- Llevarla a cabo en escenarios conocidos, y no en entornos nuevos que muchas veces provocan intranquilidad.
- Transitarla en compañía de seres queridos.
- Disponer de un clima humano que facilite la asunción del hecho natural de la muerte y que respete la autonomía del moribundo.

Donde mejor se llevan a cabo estos requisitos, para adquirir una muerte digna, es en el hogar del individuo que tiene los días contados. Lo que señalan muchos expertos en la materia, es que lo más recomendable, con respecto al estado del moribundo, es no sacarle de su entorno, así se evita el sufrimiento y estados de ansiedad que lo único que producen es que el cronómetro corra más rápido. Cuando la persona que va a morir no tiene remedio es mejor no marearle y que sus últimos días los pase lo mejor posible.

*“Alejar al moribundo de su domicilio supone romperle sus esquemas y precipitarlo en una sutil e indefinible situación, real y palpable, de desorientación y de desconcierto, sin referencias en las que ubicarse y reencontrarse.”* (Madoz, 2001: 172).

Además de los aspectos, anteriormente señalados, a tener en cuenta para alcanzar una muerte digna, es primordial paliar los posibles miedos que la persona pueda tener como son: el temor a la separación, a la soledad, al ridículo, a la desinformación... Se ha podido comprobar que todos estos miedos se eliminan cuando el moribundo



permanece en su casa. Seguir en la rutina del día a día, es una buena razón para recomendar el hogar como antídoto del miedo.

*“El espacio que ha ocupado siempre el individuo facilita unas raíces y le orientan, por sí mismo, hacia un destino.”* (Madoz, 2001: 173).

En la muerte ocurrida en el hospital, se puede percibir una ruptura, provocada por dos momentos históricos, los cuales son:

- Siglo XIX, cuando los médicos comienzan a diagnosticar la muerte.
- Siglo XX, surge una nueva cultura de la muerte y el morir.

Hasta principios del siglo XIX, la figura del médico estaba separada de todo lo que conllevaba la muerte. Cuando consideraba que el enfermo estaba desahuciado, este quedaba al cuidado de su familia.

Con el descubrimiento del estetoscopio, en el año 1818, se comienza a confiar en el diagnóstico médico y el miedo a la muerte aparente se apacigua. A partir de este momento, la muerte empieza a dejar de ser patrimonio de la religión y la filosofía, siendo una cuestión de la ciencia médica (Urmeneta, 2001).

A partir de 1930, como resultado de los grandes avances de la medicina, empezó un período que confinaba la muerte en los hospitales, y en la década de los cincuenta se generalizó cada vez más. Así el cuidado de los enfermos terminales fue trasladado de la casa a los centros hospitalarios, de modo que la que la sociedad de la época ocultó la muerte, en un afán de hacerla menos visible, para no recordar los horrores de la Segunda Guerra Mundial (Bravo, 2006). Varios factores han contribuido a esta transformación; por una parte, influyó la idea de bienestar, intimidad, higiene personal

y asepsia, pero como consecuencia, los sentidos ya no pudieron soportar los olores y el espectáculo de la muerte. Hay que añadir, la tendencia de los médicos a mandar a un enfermo al hospital, en cuanto hallaban indicios de gravedad; lo que ha contribuido a que se haya dejado de morir en casa. Además, con el avance de la tecnología de la salud y con la aparición de los Cuidados Intensivos, se ha posibilitado prolongar la vida a pacientes que, de no ser por estos cuidados, morirían (Urmeneta, 2001).

En la actualidad, la muerte en el hospital sobreviene de forma inesperada; sin embargo, suele ser preparada. En ocasiones, cuando el paciente está moribundo, se le envía a casa, en un gesto de misericordia. También es visible la prisa por deshacerse del cadáver, cuando la muerte se produce en la sala. Demasiado a menudo falta en los hospitales la capacidad y la voluntad de velar al muerto. Parece que cuando el paciente está muerto, el trabajo de los médicos ya ha terminado. Que la medicina tome partido por la vida, no debe suponer que deba considerar la muerte como su lado sombrío. Una medicina para la vida significa que debe luchar por la calidad de vida, y esto quiere decir, también, por la calidad de la muerte (Mantegazza, 2006).

*“Mientras que en numerosas culturas la muerte aparece como un acontecimiento social, que se vive en comunidad y en el que todos los integrantes del grupo participan, en nuestro mundo occidental se muere, a menudo, fuera del hogar, abandonado en ocasiones por la familia y rodeado de una profesionalización y una burocratización. El moribundo es una molestia para una sociedad que tiene como valor reinante la eficiencia y la eficacia. Morimos solos, abandonados, en el hospital, rodeados de tubos y máquinas. Dejamos de ser alguien, para pasar a ser algo.” (Mèlich, 2003: 16).*

Un aspecto a tener en consideración es que cada vez muere más gente en los hospitales, y siguiendo el estudio realizado por Gomes y Higginson (2008), si la reducción de muertes en domicilio y el aumento de las mismas en hospitales continua al

ritmo creciente de los últimos treinta años en el mundo desarrollado, los sistemas sanitarios no estarán preparados para permitir ese número de ingresos y estancias hospitalarias en el 2030.

## Capítulo 2

### Actitudes ante la muerte

Las actitudes forman parte del comportamiento del ser humano, por lo que es un concepto relevante y esencial en psicología, concretamente en la psicología social.

Se puede afirmar, gracias a multitud de estudios llevados a cabo, que las actitudes se aprenden y se adquieren en el contexto social de cada uno de los hombres y mujeres de este mundo. La interacción con los demás, a través de las distintas agencias de socialización (familia, colegio, trabajo, grupo de iguales...), hace que el abanico de actitudes sea muy amplio.

Al ser aprendidas, son susceptibles de modificación; esto no significa que todas nuestras actitudes cambien, ya que muchas de ellas son muy estables, pero es cierto que, a lo largo de nuestra existencia, nos exponemos a información que llega de otros grupos con los que interactuamos y eso hace que nuestras actitudes puedan variar o incluso llegar a cambiar, así como proporcionarnos otras nuevas.

En base a esta investigación, es bueno conocer las actitudes que poseen las personas acerca de la finitud y los factores que favorecen a su cambio, por tres motivos:

- Porque esas actitudes que tenemos repercuten en la de los que están en nuestro entorno social, ya sea a través de la comunicación verbal o no verbal.
- Las actitudes que tienen las personas mayores frente a la muerte, están muy relacionadas a cómo serán sus últimos años de vida, ya que pueden afectar a la salud (ansiedad, estrés...).

- El cambio de actitudes implica mejorar. Siempre que algo se quiere cambiar, es para mejor. En este caso la persona modificará una actitud que le es perjudicial, con el objetivo de alcanzar un estado de bienestar en la última etapa de su vida.

A continuación, se expone de forma clara y concisa, la dificultad de definir actitud.

### **2.1. Concepto y naturaleza de la actitud**

Si se quisiera explicar qué son las actitudes a partir de una definición, el propósito no estaría conseguido, ya que la literatura enfocada a esta temática nos dice que hay más de doscientas definiciones diferentes; por ello, la mejor forma de acercarnos a las actitudes es comprender su naturaleza como concepto teórico, y cuál es su historia.

Desde que Spencer en su obra *Principios*, utilizara por primera vez en 1862 el término de actitud, este concepto ha sido objeto de análisis y de discusión, en la psicología social. El primer estudio de investigación del que se tiene constancia sobre las actitudes, es el que llevaron a cabo William I. Thomas y Florian Znaniecki, entre los años 1918 y 1920, elaborando e introduciendo el concepto en la psicología social. Para estos autores, las actitudes tienen una dimensión mental y subjetiva, además de ser un proceso de conciencia individual; a su vez, tienen un origen social y afectivo (Ibáñez, 2011).

Con la publicación del estudio de Thurstone en el año 1928, llamada *Las actitudes se pueden medir*, y la construcción de una escala de medición en 1929, se consolida el concepto de actitud en psicología social. Esta contribución retiró las dudas sobre la existencia de las actitudes, ya que la posibilidad de medirlas las transformó en un

término más tangible. Además, en el año 1932, Rensis Likert contribuyó a la causa, con la creación de una escala de medida más sencilla.

Durante los años treinta, el estudio de las actitudes se centró en los aspectos metodológicos y de medida, momento en el que Gordon W. Allport (1935) reformuló el concepto, perdiendo su arraigo social con el que se había consolidado anteriormente. Las actitudes pasan a considerarse patrones internos, además de ser una predisposición mental y neurológica. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando los estudios de las actitudes tomarán un nuevo rumbo, dirigido a paliar las necesidades de la nueva situación. Figuras como Leon Festinger y Theodor Newcomb harán importantes aportaciones, tales como: mantener la moral de las tropas, o crear actitudes favorables a la guerra, entre otras muchas.

En los setenta, los estudios de las actitudes se vieron afectados por la crisis de la psicología social, provocada por (Ibáñez, 2011):

- Un fuerte cuestionamiento de la utilidad social de la investigación en psicología social.
- La evidencia de una serie de problemas éticos, debido al tipo de investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha. Había un descontento general respecto a los procedimientos y técnicas que se utilizaban, porque se daba más importancia a realizar experimentaciones sofisticadas que a preguntarse por las cuestiones sustanciales.
- Se empiezan a cuestionar los cimientos de la propia disciplina, el tipo de conocimientos que producía y a poner de manifiesto la imposibilidad de elaborar un conocimiento que imitara al producido por las ciencias naturales.

Se considera que el estatus teórico de las actitudes es confuso y complejo, y que la relación entre actitud y conducta es poco evidente. En 1976, Summers demuestra que existe un acuerdo esencial en varias áreas en torno al significado de actitud; según el autor son cuatro áreas que surgen como resultado de recoger las aportaciones de autores que intervinieron en este tema (Bautista, 2001):

- Una actitud es una predisposición a responder.
- La actitud es persistente.
- La actitud produce consistencia en las manifestaciones conceptuales.
- La actitud tiene una cualidad direccional.

Surgen autores como Fishbein y Ajzen que recuperan el estudio de las actitudes desde una perspectiva cognitiva. De esta manera, se retomó la investigación durante la época de los ochenta y noventa, centrándose en la estructura y funciones de los sistemas actitudinales (Ibáñez, 2011). Es así como el estudio de las actitudes pasó de darle importancia a la dimensión conductual, para dar mayor énfasis a la dimensión cognitiva.

A continuación, se adjunta una tabla de forma que quede reflejada la panorámica de la evolución que ha sufrido el concepto de actitud, a lo largo de los años, a partir del siglo XIX hasta finales del siglo XX.

**TABLA 4. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE ACTITUD**

ÉPOCA	AUTOR	CONCEPTO DE ACTITUD
FINALES DEL XIX	Spencer	El primer autor que hace alusión al término actitud, en Psicología Social.
PRINCIPIOS DEL XX	William Thomas y Florian Znaniecki	Dimensión mental, origen social y afectivo.
	Thurstone	Construcción de una escala de medida de las actitudes.
	Likert	Escala de medida (más sencilla) de las actitudes.
	Allport	Patrones internos. Predisposición mental y neurológica.
MEDIADOS DEL XX	Leon Festinger y Newcomb	El objetivo es paliar las necesidades de la época (2ª G.M.), a través de las actitudes.
	Crisis de la Psicología Social	Relación entre actitud y conducta poco evidente.
FINALES DEL XX	Summers	Expone los puntos comunes de todas las aportaciones conceptuales.
	Fishbein y Ajzen	Desde una visión cognitiva.

Gracias a este breve repaso de la historia, se puede comprobar cómo ha habido una evolución del término de actitud, según el paradigma teórico del momento. Ha sido un concepto clave en la disciplina de psicología social, desde que se instaurase como tal. Es aquí donde se exponen las diferentes definiciones que se han ido aportando a la causa, para hacer partícipe al lector de la transformación que ha sufrido el concepto de actitud, desde que apareciese en 1862.

*“Los procesos mentales que determinan las respuestas de los individuos, actuales o potenciales, hacia su medio social.” Thomas y Znaniecki (1918).*



*“Estado de la disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada.” Allport (1935: 810).*

*“La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud.” (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72).*

*“La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores.” (Marín, 1976: 69).*

*“Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser. Son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros.” (Alcántara, 1988: 9).*

*“Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien, el objeto de la actitud.” (Morris, 1997: 608).*

*“Predisposición aprendida, no innata, y estable, aunque puede cambiar a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones...).” (Morales, 1999: 24).*

Tras esta exposición sobre las diversas nociones que ha obtenido la actitud a lo largo del siglo XX, se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular, que denota las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales. Destacan entre estos aspectos (González, 1981):

- Las actitudes son adquiridas.

- Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos.
- La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones.
- Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan, aceptan o rechazan.
- Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.
- Siendo las actitudes experiencias subjetivas, no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.
- La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social.
- Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles al cambio.
- Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; poseen un carácter preconductual.
- Su definición permite diferenciarlas de elementos cercanos a ellas como son los valores, los instintos, la disposición, el hábito...

En definitiva, y para no dar más rodeos, la historia de las actitudes, se caracteriza por dos evidencias. La primera, es que ha tenido un gran desarrollo a nivel empírico, en el campo de medición. Y la segunda, es que se ha podido comprobar que hay una imprecisión teórica del concepto, además de una gran dificultad a la hora de investigar la conducta, el comportamiento y el pensamiento del ser humano.

## 2.2. Componentes y características

Es importante hacer mención, y explicar cada uno de los componentes que forman las actitudes, ya que sin ellos no se podría definir el término de actitud. Al hacer acopio de la diversidad de definiciones que surgieron en torno al concepto de actitud, éstas se distribuyeron en base a dos modelos que tienen como objetivo analizar la estructura de las actitudes: el Modelo Unidimensional y el Modelo Multidimensional.

El *Modelo Unidimensional*, hace énfasis en el componente evaluativo de la actitud. Como defensores de este modelo, se encuentran Petty y Cacioppo, entre otros muchos autores, dejando constancia de ello con la siguiente cita:

*“El término actitud deberá ser usado para referirse a un sentimiento general permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema.”*

(Petty y Cacioppo, 1981: 7).

Se hace imprescindible en este primer modelo, diferenciar entre el concepto de actitud, creencia e intención conductual. Así, la actitud representa las emociones relacionadas con el objeto de actitud, su evaluación positiva o negativa. Las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene sobre el objeto de actitud. Finalmente, la intención conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma con respecto al objeto de actitud. Esta disposición para la conducta no implica necesariamente que la conducta sea ejecutada (Sánchez y Mesa, 1998).

Existe consenso en considerar que la estructura de la actitud posee una dimensión múltiple, como vía mediante la cual se manifiestan sus componentes, expresados en tres tipos de respuestas diferentes, a las que se les ha ido dando un nombre distinto, dependiendo del autor que las mencione.

*“La coexistencia de estos tres tipos de respuestas como vías de expresión de un único estado interno (la actitud), explica la complejidad de dicho estado y también que*

*muchos autores hablen de los tres componentes o elementos de la actitud.”* (Morales, 1999: 195).

El modelo que aborda esta dimensión múltiple de las actitudes, es el *Modelo Multidimensional*, que entiende la actitud como una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas.

Rosenberg y Hovland (1960), intentando darle significado al término de actitud, formularon un modelo tripartito, dado que, ante un objeto actitudinal, la persona presenta tres tipos de respuestas diferentes:

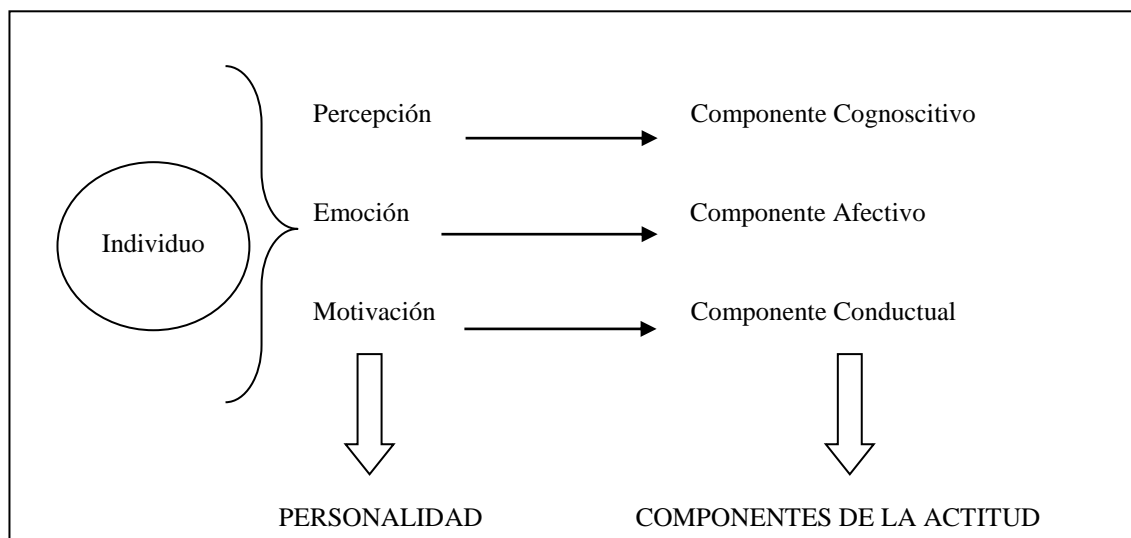
- Respuestas Cognitiva, creencias y pensamientos acerca del objeto.
- Respuestas Evaluativa, sentimientos asociados al objeto.
- Respuestas Conductuales, comportamiento que incluye intenciones de actuar de una forma determinada ante un objeto.

Las actitudes de un individuo se hallan integradas en su personalidad y son condicionadas por ella. En toda actitud se encuentran presentes, las tres dimensiones fundamentales de la personalidad: percepción, emoción y motivación (Figura 3). Sánchez y Mesa (1998), analizan cada uno de los componentes de la actitud, y los definen de la siguiente forma:

- *Componente Cognoscitivo*, podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Es el conjunto de datos e información que el sujeto sabe acerca del objeto, del cual toma su actitud. Un conocimiento detallado del objeto, favorece la asociación al mismo. Podrán ser erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud.

- *Componente Afectivo*, se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así, conocido un objeto es posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento o experiencia, pero también la reflexión puede serlo.
- *Componente Conativo o comportamental*, hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción, en relación a una actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriores.

**FIGURA 3. RELACIÓN ENTRE PERSONALIDAD Y COMPONENTES DE LA ACTITUD**



*“La interrelación entre estas dimensiones: los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente.” (Bolívar, 1995: 74).*

Es conveniente insistir, que la consideración de los tres tipos de respuestas (componentes) cognitivas, afectivas y conativas no son más que la expresión externa de la actitud, y que ésta última es la condición interna de carácter evaluativo. En este sentido Beckler (en Morales 1999), presenta dos premisas fundamentales:

- Cualquier actitud se puede manifestar a través de tres vías que se diferencian entre sí, pero que convergen porque comparten un sustrato o base común, ya que todos representan la misma actitud.
- Cada tipo de respuesta se puede medir con la utilización de diferentes índices; la relación entre los índices diferentes de la misma respuesta debe no sólo ser positiva, sino también intensa.

Estos supuestos representan dos importantes fundamentos de la concepción estructural de las actitudes, que ha facilitado su estudio y el desarrollo de toda una teoría que busca explicar la relación entre los componentes cognitivos, afectivos y conativos.

A la hora de hacer mención a los componentes de la actitud, es inevitable no aludir a una serie de términos que están íntimamente relacionados con la actitud y su estructura; estos son: consistencia, consonancia, congruencia, equilibrio, valencia e intensidad, como las principales características de las actitudes. Pacheco (2002), las define de la siguiente manera:

- *Consistencia*; hace referencia, al grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes están acordes, la consistencia de la actitud será máxima. La suposición básica, es que existe relación entre los motivos, creencias y hábitos que se asocian con un objeto

único de actitud. Las investigaciones sobre las actitudes han demostrado que en muchos casos la consistencia es inexistente, debido a cuatro factores:

- *Falta de experiencia;* en este caso la actitud será débil o mal formada, y la evaluación que se haga del objeto actitudinal dependerá, en gran medida, de señales externas y del contexto en que se produce.
- *Inaccesibilidad de la actitud, debido a estados internos de la persona;* existen otras muchas razones para considerar inaccesible una actitud, pero una de ellas es que tenga una base de afecto; que se haya producido como consecuencia de fuertes experiencias afectivas con el objetivo actitudinal.
- *Existencia de fuentes distintas de las actitudes;* una misma actitud puede adquirirse a través de distintas fuentes. Teniendo en cuenta que las fuentes afectivas y conductuales llevan a mayor consistencia temporal, que las cognitivas.
- *Incoherencia entre las distintas fuentes actitudinales;* se puede captar a través de una característica de la actitud: la ambivalencia. Una actitud es ambivalente cuando induce tanto a una evaluación positiva como negativa. Para medir la ambivalencia de una actitud se pide a los sujetos que expliquen qué sentimientos positivos les produce el objeto actitudinal, y después de forma separada indican los sentimientos negativos. El grado de ambivalencia se establece, mediante la suma de todas las evaluaciones.

- *Congruencia*; hace referencia a la incompatibilidad entre la evaluación positiva o negativa, de un mismo objeto actitudinal. Del mismo modo se refiere a la incompatibilidad entre las creencias, pensamientos sobre ese objeto, y el aspecto evaluativo (puede ser congruente o no congruente).
- *Consonancia*; se centra en la correlación de la actitud con otros constructos psicológicos: la percepción, el juicio y la memoria. Con respecto a la percepción, las personas buscan preferentemente aquellas informaciones acordes con sus actitudes. El objetivo de esto es fortalecer la actitud ya existente. En relación al juicio, el efecto de selectividad, consiste en evaluar de manera más positiva las informaciones relacionadas con su actitud. Y con la memoria, parece ser que las informaciones afines con nuestra actitud se recuerdan mejor que las que no lo son, aunque no ocurre siempre.
- *Equilibrio*; relación entre actitud y conducta. De forma global, la conducta y la actitud tienen que estar muy relacionadas, ya que no tendría sentido adoptar una actitud.
- *Valencia*; también llamada dirección, refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo; esto viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo. El componente cognoscitivo intervendrá en las razones de apoyo hacia una u otra dirección. Y el conativo, adoptará la dirección ya prevista hacia el acto.
- *Intensidad*; se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo. La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.



### 2.3. Funciones

En principio, todas las actitudes cumplen una función genérica de *evaluación estimativa*, es un estado de preparación ante un objeto. La actitud alerta a la persona, o la orienta, hacia los objetos de su mundo social. Si no existieran las actitudes, la persona estaría abocada a una confrontación continua con tales objetos, con los consiguientes problemas de adaptación al medio.

Sánchez y Mesa (1998), recogen en su obra cuatro funciones básicas de las actitudes, las cuales tienen en común su naturaleza motivacional.

- *Funciones auto-defensivas*. En esta función las actitudes pueden proteger a alguien de sentimientos negativos hacia sí mismo o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios.
- *Función instrumental, adaptativa o utilitaria*. Las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o a evitar objetivos no deseados, como el castigo.
- *Función expresiva de conocimiento*. El conocimiento como guía de conducta, cumple una función esencial para la satisfacción de necesidades y además contribuye a organizar significativamente el mundo que rodea al individuo. Las actitudes nos permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que nos llega como nuevas experiencias, y pueden ayudarnos a simplificar y comprender el complejo mundo en que vivimos. La actitud brinda al sujeto un marco de referencia, un sistema de categorización de los objetos. Casi todas las actitudes le sirven a la persona para comprender la realidad que le rodea y poder desenvolverse en ella con facilidad.

- *Función expresiva de valores.* La manifestación de actitudes o su traducción en conductas efectivas contribuye a la definición pública y privada del autoconcepto y de los valores centrales del sujeto.

Años más tarde a lo escrito por Sánchez y Mesa, otro autor, Pacheco (2002), propone una serie de funciones, que pueden cumplir las actitudes; éstas son las siguientes:

- *Función de valor de orientación.* De todos los objetos actitudinales que percibimos, sólo prestamos atención a los que nos permiten alcanzar resultados positivos o negativos.
- *Función de valoración instrumental.* Ocurre cuando se utiliza la actitud para alcanzar un fin, de tal forma que se evaluará de forma positiva al objeto actitudinal, si la persona piensa que va a resultarle gratificante o va a conseguir un objetivo, y se evalúa negativamente en caso contrario.
- *Función de expresión de valores.* La cumplen aquellas actitudes cuyo fin es poder expresar o conseguir ciertos valores. La actitud actúa como medio para alcanzarlos.
- *Función de separación.* La persona adopta una actitud determinada, para repudiar y mantener alejadas a las personas de otro grupo social. Son las llamadas *actitudes prejuiciosas*.
- *Función ideológica hegemónica.* Se ha estudiado exclusivamente en actitudes racistas. Su base es un conflicto ostensible entre varios grupos sociales. El conflicto surge de la división social en la que un grupo dominante se impone a un grupo dominado; este último, elabora un conjunto de explicaciones ideológicas porque apelan al bien común, al interés social y son hegemónicas, ya

que el grupo dominante tiene los medios suficientes para poder imponer éstas explicaciones y poder adoptar esta actitud.

Hay dos consideraciones importantes, que hay tener en cuenta, en relación con las funciones de las actitudes (Sánchez y Mesa, 1998):

- Una actitud puede desempeñar funciones diferentes para distintas personas. Hay sujetos que suelen tener actitudes generalmente acordes con sus valores más profundos, sin importarles lo que los demás piensen, mientras que otros suelen tener actitudes más adaptativas, en consonancia con la gente que les rodea y que no reflejan necesariamente sus convicciones íntimas.
- Muchos objetos de actitud suelen desempeñar la misma función para una amplia gama de personas.

Otro de los entes a tener en cuenta, cuando se hace mención a las actitudes, es su carácter social. Partimos de la premisa, de que la actitud se suele compartir con otras personas, además de que se aprenden en el seno de la familia, en el grupo de iguales, en el contexto académico y laboral, por lo que es factible afirmar que la naturaleza de la actitud es social.

#### **2.4. Formación y cambio**

Haciendo alusión a la formación de las actitudes, es imprescindible saber que la experiencia individual (necesidades y expectativas) y el medio social, en el que se desenvuelve la persona, juegan un papel primordial ya que, dependiendo de la interacción entre estos dos elementos, el individuo y el grupo, favorecerá la creación, o no, de unas actitudes u otras.

Autores como Krech y cols. (1973) y Munné (1980), afirman que para que una persona pueda formar actitudes, son concluyentes los siguientes factores:

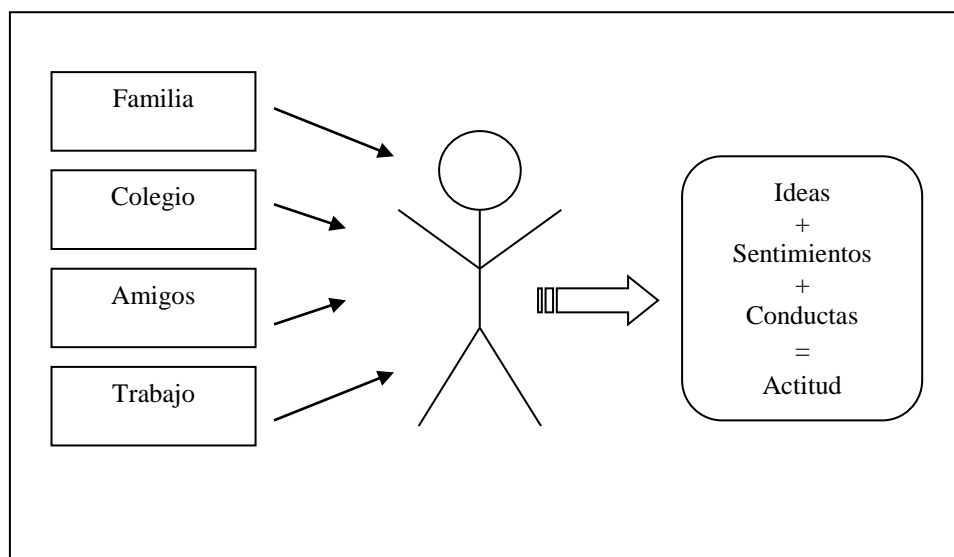
- La afiliación del individuo a un grupo, con el cual se identifica, ya sea la familia, el grupo de iguales o compañeros de trabajo.
- La personalidad del sujeto.
- La información que recibimos, a través de la enseñanza, los medios de comunicación o experiencia directa.

Una vez conocidos los factores que intervienen en la formación de las actitudes, los expertos en la materia distinguen dos tipos de teorías sobre la formación de las mismas: la Teoría del Aprendizaje y Teoría de la Consistencia Cognitiva. A continuación, se procederá a desarrollar el contenido teórico de cada una de ellas, como redacta Huerta (2008).

1. *Teoría del Aprendizaje*: se basa en que, al aprender, la persona recibe nuevos conocimientos de los cuales intenta desarrollar unas ideas, sentimientos y conductas sociales. El aprendizaje de estas actitudes, puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Para una mayor comprensión, se expone el siguiente ejemplo, en relación al constructo principal de ésta investigación, la muerte. El ser humano, a lo largo de su vida va elaborando su actitud ante la muerte, a partir de toda la información que le ofrece su entorno social, la cual interioriza, desarrollando así ideas, sentimientos y conductas sobre el óbito. Y la suma de todos esos elementos, es lo que hace que la persona cree su propia actitud frente a la muerte.

A este ejemplo y la explicación de la teoría, se le adjunta a continuación una figura en la que se expone de forma visual el contenido de la Teoría del Aprendizaje.

**FIGURA 4. TEORÍA DEL APRENDIZAJE**



2. *Teoría de la Consistencia Cognitiva*: consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes, relacionando la nueva información, con alguna otra que ya se conocía. Así se desarrollan actitudes, compatibles con las que ya se tenían. A modo de ejemplo, para entenderlo mejor si cabe; al estudiar algo nuevo, se intenta memorizar la información, mediante la relación que se establece entre lo que ya se sabe, con lo que se va a aprender.

Como se ha indicado en párrafos anteriores, debido a que las actitudes son adquiridas, se aprenden y pueden modificarse. Distintos autores han elaborado técnicas y métodos, que ayudan a entender cómo se establecen los cambios en las actitudes.

Todas las técnicas desarrolladas por los expertos en psicología social, se fundamentan en la concepción de las actitudes, como integración de los tres componentes, por lo que plantean, que el cambio que se registre en uno de los tres, afecta a la globalidad de la estructura de la actitud.

Como bien recoge Huerta (2008) en su escrito, hay dos formas de cambiar las actitudes, según sea su naturaleza:

- *Naturaleza cognitiva*; incidir sobre el componente cognitivo. Se utiliza en las personas motivadas y que saben bien lo que desean. Ésta es una forma muy útil, y se llega a producir este cambio de actitudes durante mucho tiempo.
- *Naturaleza afectiva*; incidir sobre el componente afectivo. Esta forma de cambio, no es tan clara como la anterior. Intenta producir un cambio mediante la incidencia en el componente sentimental. Si se llega a producir este cambio, se mantiene durante más tiempo, que si se hace incidiendo en el componente cognitivo.

La Psicología Social, a lo largo de los años ha establecido dos enfoques que explican y estructuran el cambio de las actitudes: por un lado, la Teoría de la persuasión y, por otro lado, Teoría de la disonancia cognitiva.

#### *2.4.1. Teoría de la persuasión*

Los principios de esta teoría se orientan al estudio y comprensión de la dinámica de los mensajes persuasivos.

*“Para que un mensaje persuasivo cambie la actitud y la conducta, tiene que cambiar previamente los pensamientos o las creencias del receptor del mensaje.”*

(Moya en Morales (coord.), 1999: 216).

Uno de los aspectos a considerar, en relación a ésta teoría de la persuasión, es que hay que entenderla como un conjunto de fases, que la persona que quiere cambiar una actitud, va a ir atravesando progresivamente. Desde este punto de vista, el poder de persuasión que tiene la información, el conocimiento y el mensaje está mediado por los elementos claves, involucrados en el procesamiento de la información; según Moya (en Morales (coord.), 1999), estos son:

- *Fuente o emisor del mensaje:* considerando en primer lugar, la credibilidad de la misma; competencia que el receptor le atribuye y claridad de la intención de persuadir. Otro aspecto de la fuente, es el atractivo de la misma, gracias a la cual puede aumentar la atención e incentivar mecanismos de identificación con ella, mejorando así, su credibilidad y la eficacia en la persuasión.
- *Contenido del mensaje:* hace alusión a la calidad de sus argumentos, claridad y organización, así como el énfasis del mensaje en cuanto a, si se basa en aspectos racionales o emocionales.
- *Canal comunicativo:* se refiere al medio, ya sea visual, auditivo, directo o indirecto, y su calidad.
- *Contexto:* aludiendo a sus condiciones (relajado o serio, agradable o desagradable, tenso o distraído).

En relación a estos elementos clave, definidos por Moya, como los factores concluyentes para el procesamiento de la información, Cantero (en León et al, 1998), afirma que hay que considerar como relevante en el proceso de persuasión, la fuente o emisor del mensaje, del cual se debe tener en cuenta dos aspectos:

- Por una parte, la actitud del receptor con respecto a la fuente desglosada en: credibilidad, atractivo y competencia.
- Por otra, las discrepancias entre las actitudes de la fuente y el receptor, tal como las percibe este último (nivel en el que el receptor se deja persuadir); puede ser afectado por la edad, el nivel educativo, las creencias...

Para concluir con la exposición teórica de este enfoque, Teoría de la Persuasión, la finalidad que persigue es que para que la persuasión cause el efecto deseado, el receptor debe pasar por las distintas fases del proceso persuasivo y tener en cuenta que el impacto de la comunicación, en cada una de las fases, va a depender de las características de la fuente, del mensaje y los procesos del receptor.

#### *2.4.2. Teoría de la Disonancia Cognitiva*

*“En muchos casos es posible cambiar primero la conducta y luego obtener el cambio de actitud.” (Morris, 1997: 616).*

Generar cambios en las actitudes de las personas, puede algunas veces crear conflicto, de aquí surge la teoría de la Disonancia Cognitiva, elaborada por Festinger (1957). La persona toma dos actitudes incompatibles entre sí, que ella misma intenta evitar de manera refleja. Y ello, impulsa a hacer modificaciones en las actitudes.



*“Cualquier decisión entre cursos alternativos de la acción, llevará a un estado de tensión psicológica o disonancia, hasta el punto en que el atractivo puro de las dos alternativas sea similar.” (Eiser, 1989: 108).*

La Disonancia Cognitiva, plantea que el tener dos cogniciones (ideas, creencias, conocimientos) contradictorias de un mismo objeto, situación, persona..., genera una tensión psicológica desagradable, que impulsa al individuo a buscar una forma para disminuir o resolver la disonancia. Esta teoría se fundamenta, en el hecho de que la disonancia forma parte de la vida cotidiana de las personas. Constantemente deben elegir u optar por alternativas, en la mayoría de los casos contradictorias; están expuestos a mensajes, situaciones y personas que incitan a asumir una conducta discrepante de la actitud que posee, lo que finalmente puede condicionar a cambiarla (Eiser, 1989).

Para comprender mejor este contenido teórico, se presenta a modo de ejemplo: Las personas que consumen estupefacientes, son conscientes de lo que se están haciendo a ellos mismos, pero les compensa más el placer que les produce tomarlas, que el efecto negativo su salud.

En función a lo expuesto, sobre los dos enfoques del cambio de actitudes, tanto la Teoría de la Persuasión como la Teoría de la Disonancia Cognitiva, se fundamentan teóricamente en los componentes de la actitud. Mientras que la Teoría de la Persuasión está más arraigada al componente cognitivo y hasta en cierta medida el afectivo, la Teoría de la Disonancia Cognitiva otorga protagonismo al componente conativo, a través de los cuales se producirá el cambio de actitud.

Ambas teorías, se componen de una serie de fases, por las que la persona debe pasar de forma progresiva, si quiere que se produzca el cambio de actitudes. En este proceso

está involucrados: el mensaje (presentación de la información), estímulo provocado por los sentimientos (agradables o desagradables), nuevas experiencias y nuevas conductas. La combinación de varios de ellos, pueden provocar el cambio, a través de la nueva relación que se establece entre actitud y objeto.

## 2.5. Medida y evaluación de las actitudes

*“Puesto que se pueden aprender (y es evidente el aprendizaje formal o informal de la actitudes y valores), se pueden enseñar, y aquello que es objeto de enseñanza/aprendizaje debe ser también evaluado.”* (Bolívar, 1995: 54).

Medir las actitudes se hace complejo, debido a que éstas no pueden medirse directamente, sino que se infieren en ellas, a través de la conducta. La mayor parte de los métodos usados para proceder a su evaluación, se basan en el supuesto de que las actitudes pueden medirse por medio de las opiniones o creencias hacia los objetos de actitud. De los escasos instrumentos de carácter cuantitativo que podemos emplear en la evaluación, sin duda las escalas de actitudes son las más importantes y de mayor aplicación. Las escalas están formadas por ítems de tipo cognitivo (ideas y creencias), ítems afectivos (sentimientos y afectos) e ítems conductuales (actitud manifiesta), haciendo referencia así, a cada uno de los tres componentes que forman la estructura de la actitud. Un método directo y clásico, de tipo psicométrico, es la Escala de Likert (que ya se explicará más adelante), la cual asume una serie de principios (Sánchez y Mesa, 1998):

- Es posible estudiar dimensiones de actitud, a partir de un conjunto de enunciados que actúan como reactivos para los sujetos.

- Los sujetos pueden situarse en las variables de actitud, desde el punto más favorable, al más desfavorable.

Las actitudes no son directamente visibles, sino que nos encontramos ante una variable latente, en la cual se infiere a través de la conducta o de las declaraciones verbales de las personas, por ello el proceso de medida de las actitudes es una tarea ardua, que comprende según Summers (1976), tres fases:

1. Identificación de las muestras que puedan servir como fuente de inferencias de la actitud en estudio.
2. Realizar un proceso de recolección de tales muestras.
3. Someter tales muestras, a un adecuado tratamiento, para convertirlas en variables cuantitativas, cuando las evidencias así lo permitan, y para hacer interpretaciones de las mismas, lo más ajustadas a la realidad.

Otra dificultad añadida, es el hecho de que, si un individuo sabe que se está midiendo una de sus actitudes, es probable que modifique sus respuestas sobre lo que se considera socialmente deseable, o a lo que cree que espera el investigador de él, a este fenómeno se le conoce con el nombre de reactividad.

*“Las distintas teorías sobre las que se ha edificado el concepto, han estado marcadas por muy diferentes sensibilidades en la concepción de lo que es el hombre.”*

(Pérez y Ruiz, 1995: 15).

A pesar de estas limitaciones, son muchos los instrumentos diseñados para la medida y el análisis de las actitudes. Las distintas técnicas utilizadas en la medida de las actitudes, pueden ser clasificadas en directas o indirectas, en función de que la persona a la cual se van a medir sus actitudes, sepa que están siendo evaluadas o no. En este

sentido, López (en Ortego *et al.*, 2010), explica cada una de éstas dos técnicas, de la siguiente forma:

- Técnicas directas, aquellas en las que el sujeto sabe que su actitud está siendo medida.
- Técnicas indirectas, aquellas en las que el sujeto no sabe que su actitud está siendo medida. Éstas técnicas indirectas pueden ser de dos tipos:
  - Técnicas en las cuales el sujeto no sabe que está siendo observado.
  - Técnicas en las cuales el sujeto es consciente de que está siendo observado, pero no de que su actitud está siendo evaluada.

Entre todos los instrumentos que existen, destacar cuatro por ser los más utilizados en el ámbito de la investigación; estos son: la escala tipo Thurstone, la escala tipo Likert, el escalograma de Guttman y la escala de diferencial semántico. Todos estos instrumentos de medida tienen en común la presentación al sujeto de un cuestionario compuesto por un cierto número de ítems a los que la persona contesta con un sentido positivo o negativo, indicando, además, el grado en que lo hace. Los resultados obtenidos son sometidos a un análisis cuantitativo y como consecuencia de dicho proceso, se asigna al sujeto un número que representa su posición en un continuum de aceptación-rechazo, siendo el reflejo de la actitud de dicha persona con respecto al objeto en cuestión.

El primer intento significativo para medir las actitudes, fue realizado por Thurstone (1928). La técnica que propuso, mide la actitud a través de un continuo de ítems escalonados. Para crear una escala de este tipo, los investigadores preparan un conjunto de ítems que hagan referencia a la actitud y que cubran un continuo graduado de la misma. Posteriormente, estos ítems son evaluados por jueces. Cuando los jueces han

clasificado y evaluado los ítems, se aplican métodos psicométricos para determinar el grado de ambigüedad de los enunciados. Una vez eliminados los enunciados que no se consideran óptimos, se elabora la escala definitiva, en la cual se presenta una lista con los ítems con dos proposiciones como, por ejemplo: de acuerdo, en desacuerdo (López, en Ortego *et al.*, 2010).

Unos años después, Likert en 1932, propuso otra escala de medida, cuyo proceso de construcción es más breve y sencillo que la técnica de Thurstone, y tan fiable como esta. Para elaborar una escala de tipo Likert, hay que seleccionar un conjunto de enunciados relacionados con la actitud que se quiere medir, estos ítems se ponen a prueba con el colectivo que se pretende estudiar. Se asignan puntuaciones a los ítems y se someten a análisis estadísticos, para determinar su poder discriminativo. Por último, se confecciona una escala definitiva con los ítems que no han sido rechazados.

En el año 1944, Guttman crea otro instrumento para la medida de las actitudes, el escalograma de Guttman, con el fin de evaluar la moral de los soldados americanos después de la Segunda Guerra Mundial. Primero se seleccionan un conjunto de ítems sobre la actitud que se quiere medir, luego se administran estos ítems a un grupo de sujetos, para que expresen su grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados que se presentan, se asignan puntuaciones a estos ítems, y por último se analizan estadísticamente las puntuaciones dadas a los ítems y se construye el escalograma, el cual se utiliza para confeccionar la escala definitiva.

La escala de diferencial semántico, fue desarrollada por Osgood, Suci y Tannenbaum, en 1957. Para elaborar una escala de este tipo, se eligen una serie de conceptos sobre los que se desea indagar, se pide a una muestra de sujetos que califiquen cada uno de ellos mediante adjetivos. Se seleccionan los adjetivos utilizados con más frecuencia y se buscan los opuestos, para crear escalas bipolares, y tras aplicar

un criterio estadístico a los datos, se confecciona la escala definitiva. El autor propuso la utilización de adjetivos bipolares separados por gradaciones de siete intervalos, presentados con o sin valores numéricos o adjetivaciones (López, en Ortego *et al.*, 2010).

**TABLA 5. ESCALAS DE MEDIDA DE LA ACTITUD**

AUTOR	NOMBRE DE LA ESCALA	¿EN QUÉ CONSISTE?
Thurstone	Técnica escalonada	Lista de ítems con dos proposiciones.
Likert	Escala tipo Likert	Conjunto de enunciados relacionados con la actitud, que son sometidos a análisis estadísticos.
Guttman	Escalograma Guttman	
Osgood, Suci y Tannenbaum,	Diferencial semántico	Adjetivos bipolares, separados por gradaciones de siete intervalos.

A pesar de esta amplitud de aportes conviene señalar que, dada la naturaleza y la complejidad de la actitud, estas técnicas presentan limitaciones particulares; de ahí, la necesidad de su combinación para un estudio de actitudes que aporte mayor confiabilidad.

## **2.6. Actitudes ante la muerte**

Desde una visión global, las actitudes ante la muerte difieren de unas culturas a otras, por lo tanto, es lógico suponer que su diversidad será tanta, como culturas haya en este mundo. Como se ha podido comprobar en el primer punto del marco teórico, cada una de ellas ha elaborado su propia concepción de la muerte, lo que ha costado años de historia. De esta forma, si se quiere conocer la diversidad de actitudes ante la muerte,

habría que adentrarse en el contexto social, de cada sistema cultural en que se desarrolla el ser humano.

Ahora bien, si se plantea entender la actitud ante la muerte, desde una visión más individualizada, el ser humano crea sus propias actitudes ante la muerte, a partir de cómo interpreta e interactúa con el medio en el que vive; interioriza la información captada del entorno social y elabora sus propios constructos sobre el óbito, esto hace que difieran unas personas de otras, porque el entorno de cada uno y las interacciones que se establezcan, son muy diferentes de unos a otros.

Siguiendo con el hilo de la investigación, en relación con la finitud de la vida, las actitudes ante la muerte están estrechamente vinculadas a la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mismo. Esto, a su vez está ligado al control percibido de la realidad, con las experiencias referidas a la muerte, la esperanza de vida y con las creencias religiosas.

*“Atemoriza a la mayoría de la gente... porque la perciben como algo que les va a suceder y como algo que puede dar lugar a cambios drásticos en la estructura de su esencia.” Kelly (1955: 490).*

La finitud de la vida, genera todo tipo de emociones y actitudes en los seres humanos, pero sin duda las respuestas más comunes son la ansiedad y el miedo. Desde el ámbito de la muerte y tomando como referencia a Limonero (1997), la ansiedad es entendida como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia; mientras que el miedo a la muerte, hace alusión al proceso del morir, en el sentido de cómo será de doloroso, frustrante... Estos dos posibles respuestas al óbito, pueden generar cambios en la estructura de la actitud de la persona, ya que influyen significativamente en el componente afectivo de la

actitud, y como se ha mencionado anteriormente, un cambio en uno de los componentes hace que modifiquen los otros dos componentes restantes, el cognitivo y el conativo.

Este cambio de la estructura de la actitud, va a tener efecto en la conducta de la persona, pudiendo causar dos posibles reacciones: una de ellas positiva y la otra negativa:

- Conducta positiva, cuando el miedo y la ansiedad a la muerte son prudentes, puede conducir a que la persona valore mucho más la vida.
- Conducta negativa, cuando la muerte angustia y obsiona a la persona, puede dar lugar a conductas agresivas y comportamiento inadaptados.

En párrafos anteriores, se ha tratado la medida de las actitudes de forma general, explicando los motivos, las dificultades y las escalas más utilizadas para dicho fin. Aquí, se vuelve a retomar la evaluación y medida de las actitudes, de manera más específica, ya que en este apartado se alude a las actitudes ante la muerte.

Como afirma Urraca en su Tesis (1981), a la hora de medir las actitudes ante la muerte, surgen diversas dificultades que hacen que el proceso de evaluación sea más complejo, si cabe. Estos conflictos son los siguientes:

- Rechazo por parte de las personas, a la hora de expresar y manifestar sus emociones y sentimientos acerca de la muerte.
- El significado de la finitud para la persona, puede modificarse debido a experiencias personales.
- Coexistencia de actitudes contradictorias (aceptación / rechazo), en el mismo individuo.



- Dificultad a la hora de definir operativamente los diversos constructos: preocupación, ansiedad, temor...
- Incongruencia entre los resultados obtenidos, debido a que se han llevado a cabo distintos procedimientos (medidas directas y medidas indirectas).

En torno a las actitudes ante la muerte se han elaborado multitud de instrumentos de medida, con el fin de obtener resultados estadísticos, para tratar de acercar a las personas a una realidad abstracta, que se escapa de nuestro afán por cuantificar todo lo que nos rodea.

En este ámbito, se encuentran herramientas de medida como la elaborada por Crumbaugh y Henrion (1988), el *Purpose in Life Test* (PIL), establece una línea de base del sentido de la vida. Este instrumento fue desarrollado en pacientes con cáncer del *Veterans Administration Medical Center*, en Estados Unidos, a partir de una integración de la logoterapia con los conceptos de Kübler-Ross sobre la muerte y el morir. La autora considera que este instrumento ayuda a identificar pacientes que necesitan de ayuda adicional y terapia individual, además de las sesiones de grupo (Grau *et al.*, 2008). Otro instrumento, que a su vez evalúa la ansiedad ante la muerte, es el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R), de Wong, Reker y Gesser (1997), que contiene una escala de 7 puntos en un continuo que expresa el grado de acuerdo-desacuerdo con 32 proposiciones; los autores diferencian miedo y evitación de la muerte y tres maneras de aceptar la muerte: la aceptación neutral, la de acercamiento y la aceptación de escape.

### Capítulo 3

#### Afrontamiento o *Coping*

El creciente interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento, es producto de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan estrés, como es en este caso objeto de la investigación, el miedo a la muerte y su posible transformación en un trastorno psicopatológico (ansiedad), es imprescindible el conocimiento y buen manejo de las estrategias de afrontamiento; con el fin de garantizar bienestar y calidad de vida a las personas mayores que se encuentran en la recta final de su vida.

El término de afrontamiento o *coping*, fue definido por Lazarus y Folkman (1986: 164) como:

*“Los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales dirigidos a manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona.”*

Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con finalidad adaptativa, en el cuál el sujeto y el contexto interactúan de forma constante. Además, destacan que las personas cambian sus patrones de estrategias de afrontamiento, en función del tipo de problema al que se enfrenten.

Gracias a las aportaciones de Lazarus (1991) sobre el *coping*, se puede hablar hoy en día con toda claridad sobre este constructo. El modelo transaccional de Lazarus y Folkman, tuvo un gran impacto entre la comunidad científica de finales del siglo XX, aportando una nueva perspectiva al modelo psicológico del estrés. Ésta novedad en el ámbito de la Psicología, trajo consigo numerosas investigaciones que analizan los

modos en que las personas se enfrentan a los problemas y las situaciones estresantes en sus vidas. Como ejemplo de estas nuevas aportaciones tenemos a autores de la talla de: Everly hizo su aporte teórico a este nuevo concepto de la psicología del siglo XX, definiendo *coping* como:

*“Un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales.”* (Everly, 1989: 44).

Siguiendo la misma tendencia teórica que Everly para dar sentido al afrontamiento, autores como Frydenberg y Lewis definen el concepto como:

*“Las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas.”* (Frydenberg y Lewis, 1996: 13).

La mayoría de los estudios sobre afrontamiento, concuerdan en determinar tres dominios de las estrategias, según estén dirigidos a (Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2004):

- *Valoración, afrontamiento cognitivo.* Intento de encontrar significado al suceso (comprenderlo) y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- *La emoción, afrontamiento afectivo.* Regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo. Dicho de otra manera, aminorar el impacto emocional que produce una determinada situación.
- *El problema, afrontamiento conductual.* Conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias. Afrontar la situación de forma directa, o bien no reaccionar de ninguna manera.

### 3.1. Proceso del afrontamiento

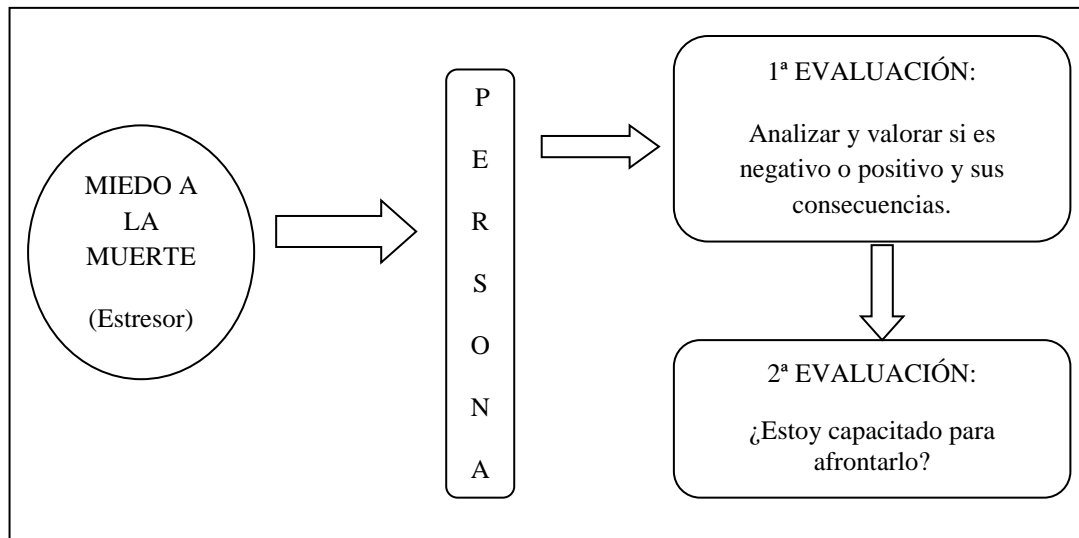
Desde los modelos cognitivos de la emoción, se entiende que no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que el factor que desencadena la emoción es la interpretación que el individuo hace de tales situaciones. Dentro de los modelos cognitivos, el modelo de la valoración cognitiva ha alcanzado una relevancia sobresaliente (Martín, Jimenes y Fernández-Abascal, 2004).

En esta línea, y desde la concepción teórica desarrollada por Lazarus y Folkman, se sostiene que, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza. En un primer momento, de las consecuencias que la situación tiene para el sujeto (valoración primaria) y, en un segundo momento, si esa situación tiene una significación de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de los que dispone con el fin de evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria).

La valoración secundaria constituye así la capacidad de afrontamiento (*coping*), entendiendo a ésta como un proceso psicológico que se pone en marcha cuando la situación o el entorno resultan amenazantes.

El proceso de afrontamiento por el que pasa una persona, sigue el modelo psicológico del estrés. A continuación, se muestra de una forma gráfica (Figura 2) el proceso del afrontamiento, explicado anteriormente por Lazarus y Folkman (1986).

**FIGURA 5. EXPLICACIÓN DEL PROCESO DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS Y FOLKMAN**



Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre el mismo. En primer lugar, existe una valoración primaria, que consiste en analizar si el hecho es positivo o no y valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

### **3.2. Determinantes del afrontamiento: factores moduladores**

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo. Tanto los factores internos como los externos pueden modular, de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor; así, lo explican Vázquez, Crespo y Ring (2003):

1. *Factores internos*: este tipo de factores, son los que hacen referencia a la personalidad del individuo. Influyen en la preferencia o en la elección de las estrategias de afrontamiento.

- *Búsqueda de sensaciones.* Las personas buscadoras de sensaciones, según la Escala de Búsqueda de sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a la estimulación, el riesgo y los estresores que otras personas.
- *Sensación de control.* Multitud de investigaciones experimentales con animales y humanos han demostrado que la pérdida de sensación de control constituye un elemento crucial etiológico de la depresión y otros trastornos emocionales.
- *Optimismo.* Las personas con una actitud optimista parecen manejar mejor los síntomas de enfermedades físicas y esto parece deberse a que las estrategias de estas personas suelen estar centradas en el problema, la búsqueda de apoyo social y buscar los lados positivos de la experiencia estresante.

2. *Factores externos:* también intervienen en el afrontamiento elementos externos como los recursos tangibles (educación, dinero, nivel de vida...), el apoyo social recibido o la existencia de diversos estresores simultáneos (dificultades económicas, problemas de pareja...). Estos factores pueden intervenir de dos formas distintas:

- Afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor.
- O bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando estos son fuertes.

Son numerosas las investigaciones que han estudiado la importancia del apoyo social, como uno de los principales factores externos determinantes del afrontamiento.

El apoyo social, hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas (amigos y familiares).

El apoyo social es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones difíciles. Lo importante es tener al menos un amigo íntimo, en quien confiar, más que tener muchos amigos; el individuo debe de estar dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

### **3.3. Estilos de afrontamiento vs Estrategias de afrontamiento**

Aunque se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación determinada, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie de estrategias en situaciones diversas. Esto es lo que se denomina estilo de afrontamiento.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito de una situación de emergencia. A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptativas:

- *Estrategias de afrontamiento adaptativas:* hacen referencia a aquellas estrategias que reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo.
- *Estrategias de afrontamiento inadaptativas:* son aquellas estrategias que reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

En este punto, se hace necesario diferenciar los estilos de afrontamiento de las estrategias de afrontamiento.

*“Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.”* (Fernández - Abascal, 1997: 190).

Mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias varían dependiendo a la situación a la que se enfrente el sujeto. Las estrategias son cambiantes y están altamente influenciadas por los estilos que tiene una persona de afrontar los problemas de la vida diaria.

Sólo una serie de estilos de afrontamiento han sido investigados de modo sistemático, como es el caso de (Vázquez, Crespo y Ring, 2003):

- *Estilo de evitación*, es el más útil para sucesos amenazantes a corto plazo. Es ineficaz para manejar circunstancias vitales complicadas.
- *Estilo de confrontación*, es más efectivo cuando existe un suceso amenazante que se repite o que persiste a lo largo del tiempo. Permite anticipar planes de acción ante riesgos futuros.

Las estrategias de afrontamiento, se orientan en dos caminos, uno pasivo y el otro activo. En este sentido, el estilo de evitación seguiría una forma o de afrontamiento pasivo, mientras que el estilo de confrontación seguiría una forma de afrontamiento activo (Zamarrón y Dolores, 2006):

- *Forma pasiva*. La persona evita las situaciones difíciles e incómodas que no sabe manejar, por lo que no se produce un aprendizaje de las mismas.



- *Forma activa.* La persona retoma todos sus esfuerzos para enfrentarse a la situación problemática y así mismo aprender de ella, abarcándolo de forma positiva y dándole un significado distinto al problema.

### **3.4. Tipos de estrategias de afrontamiento**

En relación a las estrategias de afrontamiento, su delimitación conceptual menos precisa que la de los estilos (ya definidos en el punto anterior), ya que su definición ha estado generalmente ligada al desarrollo de los instrumentos de medida de las mismas.

Dependen de la combinación de múltiples factores en los que se destacan los aspectos personales y sus experiencias individuales, por un lado, y por el otro, las exigencias del medio ambiente con sus permanentes desafíos y presiones sociales.

Normalmente se distinguen dos tipos generales de estrategias (Vázquez, Crespo y Ring, 2003):

- *Estrategias de resolución de problemas;* son aquellas directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.
- *Estrategias de regulación emocional;* son los métodos dirigidos a regular la respuesta emocional ante el problema.

Existen en realidad muchas estrategias posibles de afrontamiento que puede manejar un individuo. El uso de unas u otras en buena medida suele estar determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce.

Revisando la bibliografía sobre las estrategias de afrontamiento, resalta los diferentes intentos realizados por los autores por clasificar las estrategias de afrontamiento. En este sentido, Lazarus y Folkman (1986) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

1. *Confrontación*; constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él.
2. *Planificación*; apunta a solucionar el problema.
3. *Aceptación de la responsabilidad*; indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se conoce como “*hacerse cargo*”.
4. *Distanciamiento*; implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
5. *Autocontrol*; se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
6. *Reevaluación positiva*; supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
7. *Escape o evitación*; a nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.
8. *Búsqueda de apoyo social*; supone los esfuerzos que la persona realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían *centradas en el problema* (en tanto resultan más instrumentales, ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco

siguientes están *centradas en la emoción*, ya que apuntan a la regulación de la misma; y la última estrategia se focaliza en *ambas áreas*.

Es muy difícil hacer una clasificación de los tipos de estrategias que hay, ya que en las últimas décadas los estudios destinados a este fin son numerosos. Los más destacados son los siguientes: la Escala de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Instrument, WCI) de Folkman y Lazarus (1984), COPE (Inventario de Respuestas de Afrontamiento, de Carver, Scheier y Weintraub, 1989), y por último y no menos importante, el Indicador de Estrategias de Afrontamiento (del inglés The Coping Strategy Indicator, CSI) de Amirkhan (1994), adaptación española de Cano, Rodríguez y García, (2007). Todos ellos plantean estrategias distintas, no existe un consenso.

Si se tuvieran en cuenta todas las estrategias descritas en cada una de las investigaciones, ya mencionadas, se podrían diferenciar al menos 19, estas son:

1. *Aceptación*; reconocer, respetar y tolerar la situación problemática.
2. *Autoanálisis*; reflexionar sobre los propios pensamientos, motivaciones, sentimientos y comportamientos y actuar en base a ello.
3. *Humor*; permite afrontar conflictos, o situaciones angustiosas, de forma humorística, acentuando los aspectos cómicos e irónicos.
4. *Poder mental*; incluye el apoyo espiritual, donde el fenómeno más relevante es la sugestión (dejarlo todo en manos de Dios).
5. *Preocupación*; se trata de una preocupación por la felicidad futura, relacionada con la afectividad negativa (tendencia a estar angustiado, al pesimismo, a la infelicidad...).
6. *Reevaluación positiva*; modificar el significado de la situación amenazante, haciendo hincapié en los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido.

7. *Agresión pasiva*; expresión de agresividad hacia los demás de forma indirecta y no asertiva.
8. *Aislamiento*; retirarse de la interacción social, ya sea desde una necesidad positiva de afrontar los problemas, o desde una huida de los demás.
9. *Apoyo social*; acudir a las personas cercanas, organizaciones, grupos, o profesionales, para buscar información o apoyo emocional.
10. *Autocontrol*; esfuerzos para controlar y ocultar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
11. *Catarsis*; liberar las emociones, expresar los propios sentimientos y estados emocionales intensos.
12. *Escape/Evitación*; apartarse del problema, no pensar en él, o pensar en otra cosa, para evitar que afecte emocionalmente.
13. *Supresión*; evitación intencional de ideas, recuerdos, deseos, sentimientos, impulsos o experiencias que son desagradables.
14. *Afrontamiento directo*; afrontar la situación mediante acciones potencialmente arriesgadas.
15. *Anticipación*; evitar un estado de preocupación (ansiedad) presente, o prevenir una posible situación en el futuro.
16. *Autoafirmación*; respuesta asertiva. Reacción que expresa los pensamientos o sentimientos de forma no agresiva.
17. *Renuncia*; incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción sobre sí mismo de falta de control.
18. *Planificación*; pensar y estudiar el problema, analizando los diferentes puntos de vista u opciones.
19. *Postergación*; esperar hasta que aparezca la ocasión adecuada para actuar.

Dado que el afrontamiento de una situación no equivale a tener éxito, a veces pueden funcionar bien y otras mal, según las personas, sus circunstancias y contextos, éste será eficaz cuando permita al individuo tolerar, minimizar y aceptar o incluso ignorar aquello que no pueda dominar o controlar.

Siguiendo a Olson y Mc Cubbin (1989) señalan la importancia de entender el afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

### **3.5. Evaluación de las estrategias de afrontamiento**

Entre los cuestionarios más conocidos y utilizados está el desarrollado por Lazarus, el WOC, que evalúa estrategias generales de afrontamiento diferenciando estrategias centradas en el problema y centradas en la emoción. Con posterioridad, partiendo del mismo modelo teórico, Carver, Scheier y Weintraub (1989) desarrollaron una alternativa al WOC, el cuestionario COPE, que pretende alcanzar una mayor precisión en la formulación de ítems y abarcar una serie de áreas relevantes, no cubiertas en el instrumento de Lazarus.

Ambos cuestionarios preguntan al sujeto por la frecuencia de uso de cada una de las estrategias. Pueden además utilizarse para evaluar tanto las estrategias empleadas de forma habitual por la persona ante situaciones de estrés, por lo general enmarcada en un periodo temporal dado (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

Estos instrumentos se han seguido construyendo de acuerdo con las pautas establecidas para la elaboración de cuestionarios de personalidad de rasgos, olvidando así el carácter situacional y procesual que se supone poseen las estrategias de afrontamiento. Intentando subsanar esta deficiencia, Stone y Neale (1984) desarrollaron una medida de estrategias de afrontamiento con problemas cotidianos. En su prueba utilizan un formato abierto, presentando al sujeto ocho frases, cada una de las cuales describe una estrategia general de afrontamiento. El sujeto ha de indicar si utilizó o no cada una de esas estrategias ante una situación concreta. Cuando responde de forma afirmativa a una estrategia, ha de describir la acción o pensamiento específico que tuvo lugar. Incluyen una novena categoría para que el sujeto recoja las respuestas de enfrentamiento que no quedan encuadradas en las ocho categorías. A continuación, el sujeto tiene que indicar cuál de las nueve estrategias fue más importante para manejar el problema. Este instrumento se aplica respecto a situaciones concretas, y se complementa con una serie de preguntas acerca de las características de la situación seleccionada. Las características de esta prueba y el hecho de que fuera ideada para ser cumplimentada diariamente, hacen que se sitúe a medio camino entre cuestionario y autorregistro. La correcta aplicación de esta prueba requiere un entrenamiento previo de los sujetos en el reconocimiento de las diferentes estrategias de afrontamiento, así como cierto esfuerzo por parte de éste a la hora de rellenarlo, lo que puede limitar de manera considerable su aplicación y utilidad en la práctica clínica (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

A partir del modelo transaccional de afrontamiento, se han desarrollado numerosos instrumentos para evaluar este constructo. Los más conocidos para medir y valorar el afrontamiento son (Figuroa y Cohen, 2006):

- (1984) de Lazarus y Folkman. Incorpora ocho estrategias definidas por los autores y las relaciona con los estilos dirigidos al problema y a la emoción.
- (1989) de Carver, Sheier y Weintraub. Este instrumento tiene una mayor precisión en los ítems e incluye áreas que no son abordadas por otros cuestionarios, como el humor, la religión y la negación.
- *Inventario de Valoración y Afrontamiento* (1992) de Cano-Vindel y Miguel-Tobal. Permite conocer la evaluación que el sujeto hace de la situación estresante y sus estrategias de afrontamiento frente a la misma.
- *Escala de Afrontamiento ante la Muerte* (2010) de Elizalde. Este instrumento se conforma por 16 reactivos, con cinco opciones de respuesta cuyos valores van de cinco a uno en una escala tipo Likert. Donde cada ítem es considerado como una estrategia de afrontamiento, y éstas se agrupan en tres estrategias: Aceptación con 8 reactivos, Evitación y Soporte Social con 5 reactivos, e Inmortalidad con 3 reactivos. Para este instrumento, la mayor puntuación en proporción de las tres estrategias, indicaba la estrategia que una persona emplea con mayor frecuencia para afrontar los estímulos asociados con la muerte (González-Celis y Araujo, 2010).

## Capítulo 4

### El miedo, una emoción

Las emociones tienen una importante función de supervivencia. Éstas ayudan a generar reacciones apropiadas en momentos de peligro producidos por el entorno, como la súbita aparición de un depredador. Sin las emociones, los seres humanos seríamos poco más que máquinas que trabajan de la misma manera día tras día. La mayoría de las respuestas de las reacciones emocionales, en especial aquellas que se asocian con conductas defensivas o agresivas, han existido desde hace mucho tiempo y surgieron como parte de un proceso de adaptación y supervivencia de nuestra especie. En este sentido, se puede afirmar que los propósitos útiles cumplidos por las conductas emocionales guiaron de forma significativa la evolución del cerebro.

El miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco son las emociones básicas para las que existe un mayor consenso respecto a su definición conceptual. Desde Darwin hasta autores como Tomkins, Izard y Ekman, se ha destacado la importancia de las emociones en cuanto a su función adaptativa para la supervivencia del individuo y de la especie. Todos estos autores asumen la existencia de emociones básicas que son producto de la evolución filogenética y ontogenética y que están relacionadas con estados biológicamente significativos como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de los individuos y de la especie. Por ello, podemos entender como emoción una experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Para entender la emoción es conveniente entender esas tres dimensiones por las que se manifiesta, teniendo en cuenta que suele aparecer cierta desincronía entre los tres sistemas de respuesta. Además, la predominancia de cada una de estas dimensiones varía en función de: la emoción, la persona o la situación. En la mayoría de las ocasiones las diferencias



entre los distintos modelos teóricos de la emoción se deben al papel que otorgan a cada una de estas tres dimensiones (Chóliz, 2005).

#### **4.1. Concepto de emoción**

Ya en el siglo V a.C., Hipócrates afirmaba que nuestra estabilidad emocional dependía del equilibrio de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Otros filósofos de la antigüedad como Platón y Aristóteles, también se interesaron por dar significado al concepto de emoción. Aristóteles, en su obra "*Retórica*", formuló una teoría de la emoción que resiste las críticas contemporáneas, abarcando el concepto de la emoción como una forma inteligente de concebir cierta situación, dominada por un deseo, por ejemplo: en la cólera, el deseo de venganza (Ostrosky y Vélez, 2013).

A comienzos del siglo XIX, Darwin (1872) publicó el libro "*La expresión de la emoción en el hombre y los animales*", en donde afirmó que los cambios en el cuerpo aparecen inmediatamente después de la percepción del acto emotivo, y lo que sentimos al mismo tiempo que suceden los hechos es la emoción.

Darwin definió y clasificó ocho emociones básicas: alegría, malestar psicológico (*distress*), interés, sorpresa, miedo, enojo/rabia, disgusto y vergüenza. Estas ocho emociones básicas se pueden observar tanto en los animales como en el hombre. Además, propuso que el fenómeno emocional y su expresión están estrechamente relacionados al señalar que la expresión facial y el cuerpo son los medios primarios de la expresión emocional (Levav, 2005).

Las emociones, así como la expresión de las mismas, son innatas, aunque se ha considerado la posibilidad de que los factores de aprendizaje puedan ejercer algún tipo de influencia sobre la expresión. Garantizan la probabilidad de que el sujeto y la especie se adapten a las características cambiantes del ambiente externo. De esta forma, la obra

de Darwin marca el inicio de las posteriores investigaciones centradas en los aspectos evolutivos de las emociones.

Walter Cannon, en su obra más relevante "*Cambios corporales en el dolor, hambre, temor y cólera*", demostró como los cambios fisiológicos relacionados con estos estados contribuyen al bienestar y auto-preservación del individuo. De ésta forma se puede confirmar la correlación entre la emoción y los trastornos viscerales (Ostrosky y Vélez, 2013).

En la actualidad las emociones han sido objeto de una renovada atención por psicólogos y neurocientíficos, debido a nuevas líneas de investigación como "*anatomía de las emociones*" y a la incorporación de una nueva disciplina Neurociencia Afectiva.

Hoy en día, algunos autores distinguen entre emoción y sentimiento. La emoción se refiere a una serie de respuestas que se desencadenan desde determinadas zonas del cerebro y tienen lugar en otras zonas de este y del cuerpo. El resultado es un estado emocional, el conjunto de los diferentes cambios corporales que experimenta el individuo. Y el sentimiento se refiere al resultado del estado emocional, el cual depende de un complejo estado mental que incluye la representación de los cambios corporales en las correspondientes estructuras del sistema nervioso central, primordialmente corticales y diversas modificaciones en el procesamiento cognitivo. Otros muchos autores, postulan que el componente emocional es básico en el proceso del pensamiento racional. Esto ha conducido a la afirmación de que la emoción es un elemento clave para el aprendizaje y la toma de decisiones (García y Sibils, 2006).

Johnson-Laird y Oatley (2000), afirman que existen diferentes tipos de emociones entre las cuales destacan:

- Emociones básicas, son consideradas innatas y están presentes en todas las culturas: miedo, ira, alegría, tristeza, sorpresa y asco.

- Emociones complejas, que son la combinación de las emociones anteriormente mencionadas, las cuales dependen de la evaluación consciente, de la influencia directa del entorno social y que parten o surgen de la interacción con otras personas.

Lang (1968), propuso que las emociones son disposiciones para la acción, que se originan ante estímulos significativos para un organismo y que se producen en diferentes sistemas reactivos a partir de los cuales pueden ser estudiadas desde:

- *Experiencia subjetiva*, sentimiento interno y privado de las emociones o inconsciente.
- *Apreciación cognitiva*, sentimiento consciente de las emociones que son transmitidas por el sujeto a través de los informes verbales.
- *Activación fisiológica*, la cual involucra tres tipos de respuestas fisiológicas, autónomas, endocrinas, somáticas y centrales.
- *Tendencia a la acción*, la cual refleja la conducta externa que representa un conjunto de acciones que generalmente consideramos emocionales y que es modulada por un sistema motivacional de lucha o aproximación a los estímulos ambientales que permite preservar la existencia del individuo.

Cada uno de estos componentes, tomado aisladamente, sólo es un reflejo parcial de la emoción, de ahí la necesidad de estudiarlos conjuntamente. Una distinción fundamental para la clasificación de las emociones es que éstas provienen de un sistema motivacional apetitivo que se asocia con emociones positivas o agradables y un sistema motivacional aversivo, asociado con emociones negativas o desagradables (Lane *et al.*, 1997). Siguiendo ésta dirección, Damasio (1994), señala que existen circuitos neurales

para pulsiones e instintos cuya misión es evitar la destrucción de parte de depredadores o de condiciones ambientales adversas. Cuando los organismos sociales enfrentan situaciones complejas y se les pide que decidan ante la incertidumbre, deben comprometer sistemas de la neocorteza, sector evolutivamente moderno del cerebro (Ostrosky y Vélez, 2013).

La red neuronal involucrada en el procesamiento emocional incluye estructuras como: el tronco cerebral, hipotálamo, prosencéfalo basal, amígdala, corteza cingulada.

La organización neuronal de la conducta emocional abarca múltiples niveles del cerebro, desde los reflejos adaptativos elementales del tallo cerebral, a la integración compleja del hipotálamo, hasta el control de la memoria y la cognición en redes cortico-límbicas. Dentro de cada nivel, existen implicaciones no sólo para la experiencia y expresión de la emoción, sino también para la motivación efectiva de la conducta. A nivel del tallo cerebral existe una representación del llanto y de la risa. El despliegue de estas emociones se desinhibe con lesiones que afectan las vías que regulan la modulación límbica y cortical de las respuestas del tallo cerebral.

Desde el punto de vista evolutivo, los circuitos subcorticales son esenciales para la representación cortical tanto de la expresión como de la conducta emocional. La corteza de los mamíferos evolucionó de las estructuras límbicas de dos diferentes puntos de origen. Con la base arquitectónica del cíngulo, lóbulo parietal y lóbulo frontal dorsal, emergió del hipocampo y del lóbulo temporal inferior. El lóbulo orbitofrontal emergió de la corteza primitiva olfatoria.

Los estímulos visuales, han sido utilizados para el estudio de las emociones, ya que son una herramienta confiable que proporciona una variedad de contenido en el espacio afectivo y transmiten con claridad su contenido al observador (Ostrosky y Vélez, 2013).

#### *4.1.1. Dimensiones de las emociones*

Han sido muchos los intentos que se han hecho al analizar las emociones en sus dimensiones principales para facilitar tanto su clasificación, como la distinción entre ellas (Engen, Levy y Schlosberg, 1958). Las únicas dimensiones aceptadas por prácticamente todos los autores son la de agrado-desagrado y la intensidad de la reacción emocional (Zajonc, 1980). No puede establecerse una clasificación exhaustiva y excluyente de todas las reacciones afectivas, puesto que emociones como la ira o el odio pueden ser desagradables e intensas y no se trata del mismo tipo de emoción. Por tanto, la experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar según estos dos ejes o dimensiones. En otras palabras, las emociones suelen provocar sensaciones agradables o desagradables y pueden ser más o menos intensas (Chóliz, 2005). Aunque, como ya se ha mencionado, es difícil lograr una clasificación de todas las emociones posibles con base en dimensiones independientes, la dimensión agrado-desagrado es exclusiva y característica de las emociones, de forma que todas las reacciones afectivas se comprometen en dicha dimensión en alguna medida. Esta dimensión de placer-displacer sería la característica definitoria de la emoción respecto de cualquier otro proceso psicológico (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

Otra forma de clasificar las emociones es haciendo referencia a sus funciones propias. Parece relevante el hecho de que, desde Darwin, pasando por James, Cannon, Selye, etc., se ha venido reconociendo que la expresión de las emociones en los animales y en el hombre cumple una función universal adaptativa, social y motivacional. En este sentido, se sabe que todas las emociones tienen alguna función que les confiere utilidad y permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones conductuales apropiadas y ello con independencia de la cualidad hedónica que generen,

al menos desde un punto de vista exclusivamente biológico, de supervivencia o salvaguarda de la integridad física. Incluso las emociones más desagradables tienen funciones importantes en la adaptación social y el ajuste personal. A continuación, se describen brevemente cada una de estas funciones (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009):

- *Función adaptativa.* Una de las funciones más importantes de la emoción es la de preparar al organismo para ejecutar la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizand o la energía necesaria para ello, así como dirigiendo la conducta hacia un objetivo determinado. Plutchik (1980) destaca ocho funciones principales de las emociones y aboga por establecer un lenguaje funcional que identifique a cada una de dichas reacciones con la función adaptativa que les corresponde. La correspondencia entre la emoción y su función son: miedo-protección, ira-destrucción, alegría-reproducción, tristeza-reintegración, confianza-afiliación, asco-rechazo, anticipación-exploración y sorpresa-exploración.
- *Función social.* Las emociones también cumplen una función en la comunicación social. Según Izard (1993) existen varias funciones sociales de las emociones como:
  - facilitar la interacción social,
  - controlar la conducta de los demás,
  - permitir la comunicación de los estados afectivos
  - y promover la conducta prosocial.

- *Función motivacional.* La relación entre emoción y motivación es estrecha, ya que se trata de una experiencia presente en cualquier tipo de actividad que posee las dos principales características de la conducta motivada: dirección e intensidad. Una conducta cargada emocionalmente se realiza de forma más vigorosa, de manera que la emoción tiene la función de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria. Por otro lado, la emoción dirige la conducta, en el sentido de que facilita el acercamiento o la evitación del objetivo de la conducta motivada en función de las características de agrado-desagrado de la emoción.

#### **4.2. Conceptualización del miedo**

Uno de los primeros problemas con que nos enfrentamos al intentar hacer una delimitación conceptual del término miedo, es que, en el lenguaje coloquial, dicho concepto ha venido ligado a otros significados, lo que hace más arduo encontrar una definición clara y precisa del mismo. Es muy común utilizar constructos como fobia, angustia y ansiedad para definir o delimitar un único fenómeno: el miedo; llegando, incluso a considerarlos como sinónimos.

Los autores que han estudiado este tema, acordaron incluir el miedo dentro del ámbito de las emociones básicas humanas y en destacar su valor funcional: adaptativo y de supervivencia para el ser humano, ya que alerta, activa y moviliza al organismo, preparándolo fisiológicamente para enfrentarse a circunstancias amenazantes que puedan poner en peligro su integridad física y psíquica. En este sentido el miedo, es considerado como una emoción que forma parte integral y normal del desarrollo

psicológico, si bien algunos miedos suelen ser transitorios, apareciendo a una edad determinada (Pelechano, 1981).

El término miedo, según el DRAE (2001: 1503), tiene su origen del latín *metus*. Perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario. El miedo es una de las emociones básicas y universales del instinto humano, una emoción primaria motivada por la percepción de un peligro inminente o futuro. Es un mecanismo de defensa y de supervivencia natural, que se presenta tanto en los animales como en los seres humanos y su objetivo es poder reaccionar y responder con rapidez y eficacia, ante situaciones de amenaza (Rojas-Marcos, 2010).

La consideración del miedo como una respuesta de naturaleza innata o adquirida se explica a través de la teoría de Watson (1924), que afirma que existen estímulos innatos que producen miedo y estímulos adquiridos como consecuencia del aprendizaje por condicionamiento.

Gracias al psicoanalista Sigmund Freud (1936), se reconoce que la fuente de amenaza o de peligro puede ser conocida o ficticia. El miedo también es ocasionado por situaciones ambiguas.

Gray (1971), identifica el miedo con el castigo, definiéndolo como un estímulo ante el cual, la mayoría de los miembros de la especie procuran rehuir, escapar o evitar. Por consiguiente, se puede afirmar que el miedo produce también reacciones de evitación y huida. Por un lado, *evitar* hace alusión a la dimensión activa y anterior a que aparezca la amenaza; dicha evitación se realiza por medio de la eliminación del estímulo. Por otro lado, *escapar* es dar por concluida la exposición del estímulo que produce aversión. Esto es así, debido a que en el individuo existe cierta tendencia a separar al organismo de las situaciones penosas y a huir ante el miedo que le produce todo lo que atañe a su integridad física o psíquica.



En base a estos aspectos se considera el miedo como un fenómeno psicológico normal, con una función adaptativa. Las personas asocian una reacción emocional ante situaciones peligrosas o posiblemente peligrosas. Estas situaciones pueden ser reales o imaginarias. Los miedos forman parte de las reacciones del organismo y siguen situaciones desordenadas o de vacío. Cuando el miedo se convierte en patología es porque ha superado el grado de normalidad adaptativa y se acompaña por otro tipo de alteraciones como puede ser la ansiedad (Herrán y Cortina, 2006).

#### *4.2.1. El miedo: bases neurobiológicas*

El dispositivo responsable de provocar el miedo es la amígdala, la cual está compuesta por dos núcleos neuronales con forma de almendra que configuran el sistema límbico. En 1939, el psicólogo Klüver y el neurocirujano Bucy, lesionaron quirúrgicamente el cerebro de un mono, extirpando los lóbulos temporales. El resultado de este experimento fue el cambio emocional del mono, pasó de ser feroz a apacible. Estudios posteriores, mostraron que las lesiones en la amígdala eran suficientes para llegar a los resultados del experimento de Klüver y Bucy. A pesar de que las lesiones en estos primeros trabajos eran anatómicamente inexactas, lesiones posteriores más selectivas produjeron resultados similares. Por lo que se pudo concluir, que una lesión en la amígdala reducía el miedo (Myers, 2006).

El miedo produce diversos cambios fisiológicos inmediatos, entre los que se encuentra: el aumento del ritmo cardíaco, la glucosa y la adrenalina. Cuando tenemos miedo las pupilas se dilatan y nuestro campo de visión se amplía. Nuestro cuerpo se pone en estado de alerta y se prepara física y mentalmente para luchar o huir. El miedo es una reacción de supervivencia y gracias a ella el ser humano ha podido sobrevivir millones de años.

Podemos diferenciar entre dos tipos de miedo: el miedo innato y el miedo adquirido o aprendido, que a continuación se procederá a explicar cada uno de ellos (Rojas-Marcos, 2010):

- *Miedo innato.* Es El miedo innato es aquel producido por estímulos no aprendidos; nacemos con ellos y forman parte del instinto básico y animal.
- *Miedo aprendido.* Es El miedo es una emoción que se puede contagiar de unas personas a otras hasta convertirse en una emoción colectiva. El miedo se transmite a través de gestos y lenguaje corporal, así como a través de las palabras, la entonación y del mensaje en sí. Se puede aprender a tener miedo a un animal indefenso, como a un animal amenazante.

**TABLA 6. CARACTERÍSTICAS DEL MIEDO**

<b>Instigadores</b>	Situaciones potencialmente peligrosas o estímulos condicionados que producen respuestas condicionadas de miedo.
	Situaciones que son nuevas para el individuo.
	Procesos que interpretan una situación como peligrosa.
	Dolor y anticipación al dolor.
	Cambio repentino de estimulación.
<b>Actividad fisiológica</b>	Sistema nervioso autónomo: activación rápida al identificar cualquier amenaza de un modo automático e involuntario.
	Sistema neuroendocrino: activación más lenta, de efectos más duraderos que el SNA y que requiere una exposición más prolongada frente a la amenaza.
<b>Procesos cognitivos implicados</b>	Reducción de la eficacia de los procesos cognitivos. Focalización de la percepción en el estímulo temido.
	Pensamientos negativos automáticos y creencias irracionales antes y durante la situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla.
	Preocupación, anticipación, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y percepción de fuertes cambios fisiológicos.
<b>Función</b>	Facilitación de respuestas de escape o evitación de la situación peligrosa: procedimientos de reforzamiento negativo.
	Al prestar una atención casi exclusiva al estímulo temido, facilita que el organismo reaccione rápidamente ante él.
	Moviliza gran cantidad de energía para ejecutar las respuestas de manera mucho más intensa que en condiciones normales.
<b>Experiencia subjetiva</b>	Genera aprensión, desasosiego y malestar.
	Preocupación, recelo por la propia seguridad o por la salud.
	Sensación de pérdida de control.
<b>Expresión conductual</b>	Confrontación, distanciamiento, autocontrol y búsqueda de apoyo social.
	Mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado que pueden derivar en conductas poco saludables: fumar, beber, llevar una mala dieta, etc.

Fuente: Chóliz, 2005: 14-15

#### 4.2.2. *Miedo a la muerte*

Una de las emociones que suscita la muerte con más frecuencia es el miedo. El miedo a morir se presenta a lo largo de la vida, sin que tenga que estar relacionado con una muerte real.

Kastenbaum y Aisenberg (1972) estudian el miedo a la muerte desde la perspectiva Estímulo-Respuesta, siendo el miedo la respuesta más típica e importante a la muerte, y ésta el estímulo aversivo o nocivo. Todas las respuestas de miedo derivarían de un origen común: la amenaza de la propia extinción. Este sería el miedo básico a la muerte.

Las apreciaciones cualitativas ponen de manifiesto que el miedo a la muerte puede variar en intensidad, de tal manera que cierto miedo puede ser normal e incluso necesario (Ramos Campos, 1982), de lo contrario la vida estaría en un continuo peligro y la misma supervivencia expuesta a mil riesgos. En este sentido se consideraría que el miedo a la muerte tiene una función biológica o protectora de la vida (Hinton, 1974). Un miedo excesivo cae ya en lo patológico cuando se vuelve obsesivo o demasiado intenso. Lo que caracteriza al miedo patológico es su permanencia: el tanatófobo vive constantemente con el terror de su muerte, pero las incidencias de este estado pueden ser diferentes según los casos.

La unidimensionalidad o multidimensionalidad del miedo a la muerte, constituye un aspecto bastante discutido por diferentes autores. Es importante distinguir tres niveles diferenciales en el miedo a la muerte y al morir (Valdés, 1994):

- *Miedo a la muerte personal.* Se trata del miedo al proceso de morir, al castigo post-mortem, a la pérdida de la propia identidad, miedo a la podredumbre, a la ruptura de proyectos, a la agonía, etc.

- *Miedo a la muerte del otro*: las personas que mueren desaparecen y es probable que surjan, a raíz de esta impuesta e imprevista separación ciertos temores. Se tiene miedo especialmente, a la muerte de familiares y amigos, miedo a los sufrimientos y duración de la enfermedad mortal, miedo al moribundo, al muerto, a los funerales, a las situaciones de duelo, etc.
- *Miedo a objetos*: sobre todo lugares que recuerdan la muerte y el morir los cementerios, funerales, hospitales, color negro... (Urraca, 1982). Asimismo, el antropólogo francés Thomas (1976) ha diferenciado varios tipos de miedo a la muerte, así como algunas de las creencias, situaciones y circunstancias que lo acompañan.

- *Miedo a morir*: se mezclan argumentos altruistas y motivaciones egoístas. El miedo a dejar una tarea inconclusa, la obsesión por el dolor físico, la obsesión de la agonía psicológica, la soledad y la desesperanza. Quizás este miedo a morir sea debido a que hemos sido educados en un contexto muy poco heroico, temeroso del riesgo y recluido en los estrechos límites de lo mundano (Veil, 1974).

Choron (1969) analiza el contexto situacional del miedo a la muerte distinguiendo entre: situación en la que el individuo se enfrenta directamente con la muerte y la situación en la que se piensa acerca de la posibilidad e inevitabilidad de la muerte en general.

- *Miedo a lo que acontece después de la muerte*: son argumentos egoístas los que prevalecen en lo referente a este tipo de miedo. El miedo a la corrupción corporal, a la podredumbre, la incertidumbre sobre el más allá, miedo a ser olvidado por la familia, los celos con

respecto a los supervivientes. Inquietud en lo que concierne a los funerales y al entierro.

- *Miedo a los muertos*: se tiene miedo a que vuelvan los desaparecidos, miedo al contagio y a los biotánatos, aunque esta actitud parece haberse extinguiendo casi totalmente en el mundo occidental, al menos en el urbanizado, sin embargo, en África la obsesión de los desaparecidos sigue siendo bastante fuerte.

En base a estas distinciones se puede afirmar que el miedo a la propia muerte sea distinto del miedo a la muerte de otro, y también que el miedo al propio proceso de morir sea distinto del proceso de morir ajeno. El miedo sobre la propia muerte es suficientemente independiente de otros tipos de miedo a la muerte (Durlak, 1972; Nelson y Nelson, 1975).

Para explicar el porqué del miedo a la muerte se han utilizado argumentos de diversa naturaleza. Desde un punto de vista psicológico, se vienen distinguiendo dos posturas o alternativas:

- La primera le confiere un *significado saludable*, (Zilboorg, 1943; Leep, 1968; Kastenbaum y Aisenberg, 1972) ya que las reacciones ante la muerte son aprendidas y, por tanto, el miedo a ella no es natural. El miedo a la muerte se adquiere ante todo para preservar la vida.
- La segunda le otorga un *significado morboso*, (Klein, 1948; Stekel, 1949; Feifel, 1959; Templer, 1970) porque el miedo a la muerte es natural y nos afecta a todos. Es el miedo principal, el que influencia a todos los demás y ante el que nadie es inmune, ya que es parte esencial de la condición humana.

Wahl (1958) y Murphy (1959) explican que la muerte en cuanto a la realidad es temida por lo que tiene de separación, de soledad, de castigo, de destrucción, de confusión, por ser desconocida, por lo que se ignora de ella, etc. Y a la inversa, es decir, cualquier situación que amenaza con la separación, soledad, etc., puede hacer surgir por asociación el miedo a la muerte.

Gordon (1972) por su parte, intenta dividir el miedo a la muerte en miedos individuales al decaimiento, al tiempo, a la irreversibilidad, pérdida de uno mismo, cese del placer, etc. Sin embargo, ninguno de estos miedos, tomados por separado es equivalente al miedo a la muerte en general (En Valdés, 1994).

Hay autores que consideran el miedo a la muerte, como un fenómeno social, y no tanto un fenómeno biológico vital, como son la mayoría de los miedos (Poch, 2007). Freud, en su tratado *The future of an illusion*, mencionaba el miedo a la muerte como uno de los principales factores que empujan al hombre a crear y defender la ilusión de los dioses y de la religión. Como estamos desamparados ante la perspectiva de la muerte, nuestro inconsciente inventa una figura paterna en el Cielo, para ayudarnos a sobrellevarlo. Lo más importante, es que la figura paterna, alivia nuestro miedo a la muerte, proporcionando una vida eterna a los que se adecuan a las exigencias de la sociedad. Este psicoanalista piensa que:

*“La creencia en Dios y su promesa de una vida eterna, es un cuento de hadas cultural concebido para ayudarnos a escapar del espectro de la muerte.”* (En Cathcart y Klein, 2012: 31).

Todos tenemos miedo a la muerte. Normalmente no pensamos en ella mientras estamos sanos y llevamos una vida activa. Cuando llega una enfermedad seria, brota un sentimiento de temor desde lo más hondo. La posibilidad de morir en un tiempo

cercano, es un impacto que estremece a toda persona. La muerte se interpreta como lo más terrible que nos puede suceder. Porque es algo desconocido, el final, la incertidumbre, el silencio absoluto, la ruptura con todo lo que se conoce como real. Es la experiencia suprema de soledad (Guinot, 2011). Gustavo Adolfo Bécquer, así lo transmite en uno de los versos de la *rima LXXIII*, al no saber lo que pasa tras el fatídico final, todo ello envuelto por un manto de tristeza y melancolía que se refleja en todo el poema.

*“... ¿Vuelve el polvo al polvo?*

*¿Vuela el alma al cielo?*

*¿Todo es sin espíritu*

*podredumbre y cieno?*

*No sé; pero hay algo*

*que explicar no puedo,*

*algo que repugna,*

*aunque es fuerza hacerlo,*

*¡a dejar tan tristes,*

*tan solos los muertos!”*

(Bécquer, 2000: 81).

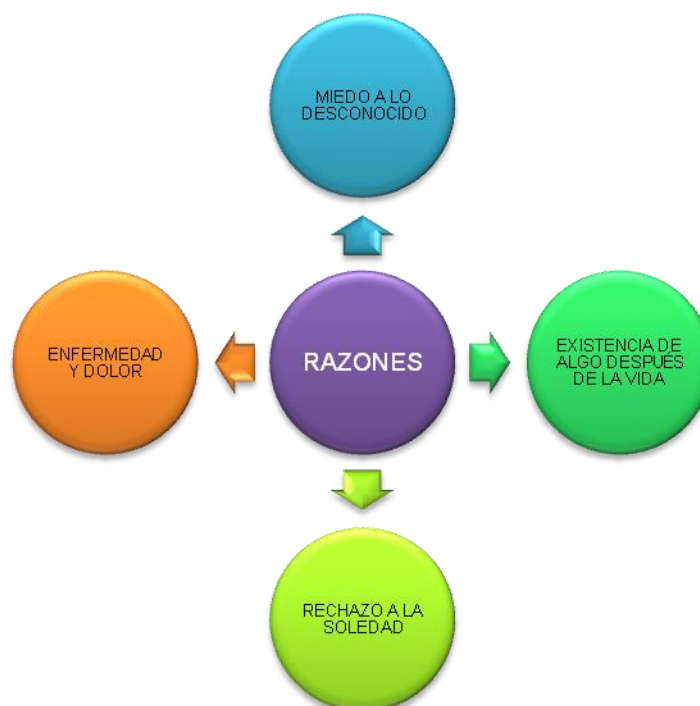


Se teme a lo desconocido, aunque no podemos asegurar que vaya a ser algo necesariamente malo. De hecho, para quien tiene fe en una vida posterior, el temor se diluye, pues esa esperanza se convierte en confianza y permite vivir la vida con serenidad. La muerte no es el final, es el renacer a otra existencia. Es un enfoque que ahuyenta el miedo. A pesar de todo, la mayoría de las personas tiene temor a la muerte no sólo por el misterio que se esconde detrás, sino por lo que supone la pérdida. La muerte supone dejar atrás todo lo realizado, todo lo acumulado.

Existen numerosas razones para ese temor, como dice Calle (2011): en primer lugar, tenemos el miedo ancestral a lo desconocido, a esa experiencia ignota que uno deberá experimentar de primera mano. En segundo lugar, se encuentra el temor a la enfermedad y el dolor previo a la extinción, así como la desaparición forzosa de todo lo deseado. Existe también un rechazo a la soledad que se produce en la antesala de la muerte. Por último, tememos aquello que pueda existir después de esta vida o bien al fenómeno de la disolución total.

A continuación, se adjunta un esquema (Figura 6) a modo de resumen de las principales razones que explican el porqué, las personas tienen miedo a la muerte.

**FIGURA 6. RAZONES DEL TEMOR A LA MUERTE**



Tan sólo si se transforma la consciencia y se modifica la actitud es posible variar el enfoque hacia la muerte. Esto forma parte del camino para aprender a morir. Para ello es necesario superar todas las trabas mentales y obtener así un cambio de actitud vital que hará posible, a su vez, una variación en la manera de encarar la muerte.

Este cambio o modificación de la actitud, se consigue gracias al manejo de las estrategias de afrontamiento, que más adelante se procederá a dar una explicación.

#### *4.2.2.1. Proceso de configuración del miedo a la muerte en el individuo*

Para comprender, aún mejor si cabe, el miedo a la muerte, hay que conocer cómo se va desarrollando en la persona desde los 0 años en adelante.

- De 0 a 6 años

Hasta el primer año, se identifican dos miedos innatos: miedo a los ruidos repentinos e intensos, y el miedo a caer de lugares altos, pero no temen a la muerte (Kübler-Ross, 1993).

Desde el primer año, los miedos infantiles se diversifican. Es cuando surge el rudimento del miedo a la muerte propia y de los adultos de su entorno. El paso de los miedos innatos a las precauciones más maduras del ser humano pasa por diferentes fases (Herrán y Cortina, 2006):

- Un niño, cuando nace, se encuentra asediado por una serie de estímulos en su mayoría dolorosos, o cuando menos de penuria respecto a su condición anterior. Su reacción psicósomática lógica suele ser la tensión muscular y el llanto.
- Entre los dos y tres meses quedan bien establecidos los gestos y llantos de dolor y desvalimiento.
- Los primeros terrores infantiles van unidos a cambios bruscos en la sustentación, los sonidos o los objetos que se le acercan a gran velocidad: son los miedos innatos, que pueden derivar en un miedo condicionado ante las novedades extremas.
- Si este miedo no es sostenido y compensado por la seguridad de la madre o sustituido que le sonrío y tranquiliza, surge la ansiedad ante los cambios en las situaciones cotidianas. Poco a poco harán su aparición miedos de diferentes clases: miedos delegados, miedos personales, miedos inducidos y miedo a los miedos.

A los tres años, son frecuentes los miedos siguientes:

- Residuales, propios de edades anteriores; a dormirse, al abandono, a los ruidos, a la oscuridad, a los resplandores, a caerse, a cosas de gran tamaño relativo, reales o imaginarios, al dolor físico, a caras y gestos extraños.
- A animales peligrosos.
- A personajes de fantasía que comen y desgarran.
- Miedo físico; dolor, peleas, violencia, a ser atropellados, a ser empujados, a asomarse por una ventana, viajar en avión...

A los cuatro años se dan miedos como:

- Residuales; siguen las brujas, los cocodrilos, lobos...
- A personajes antropomórficos; fantasmas, monstruos, esqueletos, el hombre del saco, hombres-lobo...
- A representaciones del miedo; cuevas, música de suspense, cementerios, calaveras...

A los cinco años suelen darse miedos como:

- Residuales elaborados; cuchillos, tijeras, sierras mecánicas...
- Fóbicos; algunos se pueden focalizar, condensar y convertir en símbolos personales de sus temores, sensaciones de angustia, pesadillas...
- Angustiosos; terror, soledad, pesadillas, muerte...
- De inserción social; rechazo, hacer el ridículo, a llevar ropa diferente...

A partir de los 6 años comienza a aparecer el miedo a la muerte, que inmediatamente es reforzado por el entorno cultural: instituciones, creencias, medios de comunicación, tradiciones (Herrán y Cortina, 2006).

- De 6 a 12 años

De los 6 a los 12 años, el niño tiende a ser un niño activo y feliz, que va aceptando las frustraciones, y paulatinamente intenta desprenderse de sus miedos y creencias infantiles, acepta la separación temporal, el riesgo a pequeñas lesiones, pequeñas molestias... En este periodo de edad, los miedos relacionados con la muerte son de dos tipos: miedos físicos y miedos psíquicos; estos últimos se dividen, a su vez en miedos de inserción social y miedo a la propia muerte (Herrán y Cortina, 2006).

- Miedos físicos; entre los 6 y los 11 años los miedos físicos están relacionados al dolor, las heridas, las enfermedades y la muerte.
- Miedos psíquicos; estos miedos perduran y en algunos casos se acentúan.

- De 12 a 16 años

Entre los 12 y los 16 años, pueden cobrar relevancia unos miedos definidos que se relacionan con la muerte (Herrán y Cortina, 2006):

- Miedo al mal y al sufrimiento; guerras, violencia, terrorismo, hambre, catástrofes naturales, terremotos, inundaciones...
- Miedo al dolor y a la enfermedad; en estas edades ya es normal que hayan tenido la experiencia de la enfermedad de algún familiar o persona querida y según como haya sido esta experiencia pueden haber desarrollado más miedo o menos. Sienten miedo por los lugares, objetos y situaciones que recuerdan la muerte y el morir.
- Miedo al espíritu de los muertos; este miedo es muy escuchado en sus conversaciones, fomentado por narraciones y cuentos, así como por películas.

Es muy importante como se va desarrollando el miedo en el sujeto desde los 0 años hasta los 16, ya que a partir de aquí se puede configurar o no el miedo a la muerte que puede dar lugar a un trastorno psicopatológico (como la ansiedad), si no se trata adecuadamente.

### **4.3. Expresión patológica del miedo**

El miedo es la emoción que ha generado mayor cantidad de investigaciones y sobre las que se ha desarrollado mayor número de instrumentos de medida y técnicas de intervención desde todos los ámbitos de la psicología, debido a que es la emoción que mayores efectos negativos puede provocar en la persona, como, por ejemplo: problemas de salud tales como hipocondría, somatización, ansiedad y estrés (Noyes et. al., 2002). En definitiva, es una de las reacciones que produce mayor cantidad de trastornos mentales, conductuales, emocionales y psicosomáticos (Piqueras, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

#### *4.3.1. Ansiedad*

La ansiedad, según el DRAE (2001: 161), del latín *anxietas*. 1. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. 2. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.

La ansiedad está íntimamente relacionada con el miedo, ya que esta se puede considerar como miedo adquirido. Por lo que, el miedo-ansiedad se puede definir como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anularlo o contrarrestarlo mediante una respuesta (Sandín y Chorot, 1995). Este mecanismo

funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes.

Existen dos tipos de ansiedad, la adaptativa y la clínica, ambas tienen la misma fenología: cogniciones, neurofisiología y respuestas motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz. Según la ley de Yerkes-Dodson (1908), un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, cuando el nivel de ansiedad es desmesurado llegando a interferir en el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano la ansiedad se transforma en clínica. Ésta transformación de la ansiedad se puede explicar si se da alguna de éstas tres situaciones (Roca, 2006):

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo, y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

La ansiedad comporta tener una reacción de miedo ante un objeto, situación o persona, inicialmente neutro respecto de aquella reacción. Se pueden concretar una serie de connotaciones propias y definitorias de la ansiedad:

- Inquietud. Se distancia del concepto miedo y supone poner el acento en el estado alterado del sujeto.

- Aprensión. Recelo, prevención respecto a aquello que uno entiende que le puede causar daño, perjuicio o molestia.
- Miedo. Como se ha venido diciendo, el miedo se define como la reacción a un cambio intenso o brusco de estimulación que altera un organismo.

Como dice Gala, *et al.* (2002: 43):

*“la ansiedad es una de las respuestas más comunes, asociada a la muerte en nuestra cultura. Aparecerá con mayor o menor frecuencia dependiendo de si se trata de la muerte propia o de la muerte de otro, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de ella. La ansiedad ante la muerte, está ligada a la historia personal y cultural y con nuestros estilos de afrontamiento.”*

En la descripción de la ansiedad ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales (Ramos y García, 1991):

- Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- Cambios físicos reales o imaginarios que se dan ante la muerte.
- Tener la noción del imparable paso del tiempo.
- El dolor y el estrés, real o anticipado, que se dan ante la muerte.

Existen siete niveles de ansiedad ante la muerte. Se trataría de una serie de sentimientos que conducen al temor patológico a la muerte, y que puede dar lugar a un auténtico síndrome de ansiedad (Esteban Duque, 2009):

- *Experiencia de morir en sí misma.* Tenemos miedo a las circunstancias que rodean a la propia muerte, al dolor y al sufrimiento.



- *Miedo a pasar los últimos años de la vida en una institución.* Una residencia de ancianos puede convertirse en un formidable espacio de acogida y de consuelo, de cercanía, escucha... que es lo que necesita el ser humano.
- *Temor a sentirse avergonzado y a perder la dignidad.* Cuando la enfermedad y los tratamientos comienzan a deteriorar la propia imagen; cuando se pierde la autonomía y el desvalimiento es cada vez mayor, se produce un golpe bajo hacia la autoestima de la persona, que parece significar un auténtico ataque a la dignidad y al orgullo.
- *Temor a dejar de ser o el temor de la nada.* El temor de la consideración de la muerte como aniquilación de la existencia humana.
- *Temor a la soledad después de morir y a estar separados de nuestros seres queridos.* El temor a la muerte suele mitigarse en la presencia consoladora de la familia en los últimos momentos antes de morir.
- *Pensar en un hospital los últimos días de la vida.* Este episodio puede resultar angustioso, incluso lleno de desesperación, si falta el sentido último de la existencia, o bien si los deseos no coinciden con las valoraciones del equipo médico o los consejos de la familia.
- *Temor al fracaso.* Las preguntas se hacen inevitables para el moribundo, que se lamenta de no haber vivido conforme pensaba que debía haberlo hecho, que se reprocha no haber aprovechado mejor su vida o no lograr finalizar sus propósitos y verdaderos deseos.

Han sido numerosos, los autores que han descrito las fases o etapas, por las que va pasando la persona que se encuentra próxima a su muerte, entre los que se destacará a Pattison, Berger y Hortala y Kübler-Ross, entre otros.

Pattison (1977) indica que cuando la persona se encuentra en el período de trayectoria real de la muerte, tras la toma de consciencia de la misma, se pasa por tres fases bien diferenciadas; estas son:

- Crisis aguda, cuando se tiene el conocimiento de que va a morir.
- Vivir, morir crónico, con ansiedad intensa (muerte en vida).
- Fase terminal, cuando todo se va apagando junto a las señales de debilidad que van apareciendo.

Por otro lado, Berger y Hortala (1982), hablan de tres fases caracterizadas cada una de ellas, por los siguientes síntomas:

- Regresión; con pérdida de independencia y libertad, pérdida de identidad propia... todo ello con melancolía, depresión, agresividad y culpa.
- Repliegue sobre sí mismo; con aislamiento y pérdida del yo.
- Ansiedad; tanto reactiva como endógena.

Por último, la psiquiatra Kübler-Ross (1989), anteriormente ya citada, presenta cinco fases:

- *Negación*. La persona siente que no es posible estar viviendo una situación como la que le ha tocado vivir. Busca esconder y alejarse de la realidad, en un intento por amortiguar el peso de la noticia.

- *Rabia.* Expresa sensaciones de molestia, desagrado y descontento. Siente que no hay razones suficientes como para que una cosa así le ocurra mientras que la vida sigue igual para otros.
- *Negociación.* Para las personas creyentes, esta fase se realiza con Dios. Otras personas recurren a profesionales o personas con cierta autoridad que puedan ayudarles a entender algo de lo que ha sucedido, y poco a poco, se comienza a cambiar de posición y tratar de dar una razón, algo que ayude a aceptarlo.
- *Depresión.* La persona siente un gran dolor, está comenzando a aceptar la situación. El deudo manifiesta en esta etapa una actitud de apatía y silencio en relación al mundo exterior debido a que asume la situación.
- *Aceptación.* Se acepta la situación de que su fin esta próximo, cosa que no se puede cambiar, a partir del cual se vive una sensación de tristeza y serenidad, a la vez.

Estas fases pueden aparecer simultáneamente, consecutivamente o alterándose. No se trata de un recorrido que sigue una trayectoria definitiva, sino que es un itinerario particular en cada persona. En algunos casos puede predominar una etapa sobre las demás, o persistir alguna por más tiempo que otra y prolongarse llegando incluso a permanecer a la vez.

#### 4.3.2. Estrés

El estudio sobre el estrés se ha caracterizado por la variedad de significados, referidos tanto a sucesos externos como a estados internos estresantes. Según Omar (1995) los investigadores definen el estrés de tres formas diferentes:

- Como un estímulo. Supone cualquier fuerza externa sobre un objeto o persona que requiere algún tipo de respuesta adaptativa.
- Como una respuesta. Se refiere a una reacción del organismo de tipo psicológica, sociológica o comportamental a los estresores del entorno.
- Como las relaciones entre estímulo y respuesta. Hace alusión a la interacción entre los estímulos del medio ambiente y las respuestas del individuo.

El médico Hans Selye (1960) fue uno de los pioneros en el estudio del estrés en el campo de la medicina. Desde la psicopatología equiparó el término, de manera confusa, con el nombre de ansiedad. Selye aborda el estudio del estrés como una respuesta adaptativa del organismo ante las diversas situaciones que provocan una respuesta fisiológica no específica frente a los agentes provocadores que define como estresores. A este proceso lo llamó Síndrome de Adaptación General (SAG), que comprende una fase de alarma, otra de resistencia y otra de agotamiento. Este autor considera que cualquier estímulo puede convertirse en estresor, siempre que provoque en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste u homeostasis. Hace distinción entre *eustress* y *distress*, marcando la diferencia entre lo que es estimulante en sentido positivo, de lo que es nocivo (Gómez, 2002).

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como el resultado de enfrentarse a un evento estresante y que depende tanto de las demandas del medio como de los propios recursos de cada persona.

Las investigaciones llevadas a cabo por Holmes y Rahe (1967), en relación al concepto del estrés, señalan que cualquier cambio, tanto positivo como negativo, es estresante porque conlleva demandas de adaptación; los sucesos negativos

desempeñaban un rol más significativo que los positivos en el proceso de enfermedad de un paciente.

El modelo fenomenológico cognitivo desarrollado por Lazarus y Folkman (1984), con respecto al estrés proporciona las bases teóricas para verificar la relación entre estímulos amenazantes y los recursos personales adaptativos o no para abordarlos. Este modelo señala que una situación es considerada estresante sólo si el individuo la percibe como tal, si exceden los recursos del sujeto y atentan contra su bienestar. De esta forma el estrés psicológico sería el resultado de una relación particular entre el sujeto y el contexto, que se produce cuando éste es evaluado por la persona como amenazante o desbordante para sus recursos. Estos autores distinguen al estrés como amenaza, pérdida o desafío, ya que el concepto del estrés en sí mismo no aporta demasiado sobre la naturaleza del esfuerzo que el individuo debe llevar a cabo para adaptarse.

Es aceptado por los teóricos interesados en el tema que el estrés no es algo negativo en sí mismo, sino que facilita la disposición de recursos para enfrentar situaciones excepcionales: aumenta el nivel de reacción fisiológica, cognitiva y conductual; y esto supone un desgaste importante para el organismo. Si esto sucede esporádicamente no habrá problemas dado que el organismo tiene capacidad para recuperarse, pero si se repite con mucha frecuencia e intensidad o duración puede producir la aparición de trastornos fisiológicos y/o psicopatológicos (Figuroa y Cohen, 2006).

Los factores que generan estrés en la vida diaria pueden combinarse y sumar sus efectos hasta llegar a reducir la salud de un individuo, incrementando la probabilidad de que experimente enfermedades crónicas que pueden llevar a la muerte. A finales de los ochenta Kenneth I. Maton, examinó el papel de la fe personal y el apoyo espiritual como factores amortiguadores del estrés crónico. Maton comparó afrontamiento religioso de padres que estaban atravesando por un periodo de luto en estudiantes de

primer año que estaban experimentando situaciones de estrés doloroso en su ajuste a la universidad y a la vida lejos de la casa paterna. En ambos grupos las personas con una fe religiosa estable se sintieron salvaguardadas de la depresión causada por el estrés. Aquellos padres que habían perdido a un hijo respondieron que sí a la pregunta, “yo experimento el amor y el cuidado de Dios de forma regular”. Estas personas se sintieron mejor protegidas frente al estrés agonizante de la pérdida que aquellos que no tenían ningún soporte religioso (Koenig, 1999).

Un estudio longitudinal con 1.382 participantes, dos meses después del ataque terrorista del 11 de septiembre, demostró que una mayor religiosidad predijo un menor número de informes sobre enfermedades de salud mental diagnosticado por un médico (McIntosh, Poulin, Silver y Holman, 2011).

Varias teorías sobre el estrés postulan que se produce malestar cuando ocurre algo que infringe las creencias globales y los objetivos de una persona. Los eventos traumáticos pueden precipitar crisis, planteando cuestiones sobre el sentido de la vida, la naturaleza del sufrimiento y la justicia en el mundo, dejando a las personas tratando de entender por qué ocurrieron los hechos y cuáles son las consecuencias que estos tendrían para su futuro (Lazarus, 1993). Investigaciones de la Universidad Duke revelan que personas con un trasfondo religioso pueden afrontar mejor ciertos acontecimientos importantes como la muerte de alguien cercano, una tragedia inesperada, una enfermedad terminal o la cercanía del fin de la vida, aspectos que son generadores de estrés. La discrepancia entre lo que se espera y lo que realmente ocurre determina el nivel de estrés que causan los acontecimientos (Park y Folkman, 1997).

#### **4.4. Evaluación del miedo a la muerte**

Los procedimientos utilizados por los investigadores para obtener la valoración de las reacciones de miedo son (Valdés, 1994):

- *Observación y Registro Directo*. Es la utilización de una técnica a través de la cual se realiza una observación intencionada, más o menos sistemática y estructurada del comportamiento de los sujetos en exploración realizada por parte de observadores expertos. Mediante este procedimiento, se intenta evaluar y medir las conductas de aproximación, acercamiento, evitación o huida, observadas en el sujeto en presencia de aquellas situaciones, personas o eventos que le resultan amenazantes.

El empleo de ésta técnica presenta limitaciones de tipo práctico, en cuanto a lo costoso que resulta la reproducción de situaciones que generan miedo, con la máxima exactitud y realismo.

- *Entrevistas, Inventarios y Escalas de Observación y Calificación*. A través de estos instrumentos de medida se obtiene información acerca de las respuestas de miedo, mediante los datos proporcionados por terceras personas.
  - En la entrevista se diferencian varios bloques de cuestiones que pretenden recoger información referida al origen del miedo, estado actual del problema, trastornos conductuales asociados, factores ambientales desencadenantes y consecuentes, historia personal del individuo y entorno familiar.
  - Las Escalas de Observación y Calificación, permiten obtener numerosos datos referidos a varios aspectos del problema; origen del miedo, niveles de intensidad, estado actual, consecuencias ambientales... Su aplicación permite la cuantificación de los datos obtenidos.

Uno de los inconvenientes que persiguen a este procedimiento es la escasa relación que existe entre lo que el sujeto califica como objeto temido y los datos proporcionados por terceras personas.

- *Autoinformes*. Este procedimiento permite que sea el propio individuo el que proporciona la información necesaria para evaluar sus respuestas de miedo. Constan de una serie de situaciones en las que aparece la conducta de miedo y comportamientos cognitivos, motores o fisiológicos que han sido seleccionados por la frecuencia en que aparecen en dichas situaciones.
  - Existen autoinformes que evalúan miedos generales como son: *Inventario General de Miedos* de Wolpe y Lang (1964) y el *Termómetro de Miedos* de Walk (1965).
  - Y otros que miden miedos específicos como: el *Cuestionario de Agorafobia* de Cohen (1977) y el *Cuestionario de Miedo ante las serpientes* de Suedfeld y Hare (1977).
- *Evaluación directa de las medidas psicofisiológicas*. Uno de los principales usos de este tipo de técnica, consiste en proporcionar información válida que permita seleccionar las conductas sobre las que se habrá de intervenir, planificar y orientar el tratamiento en cada caso. Sin embargo, existen una serie de características específicas tanto a las propias respuestas evaluadas como a los aparatos de registro que dificultan su evaluación.

Se han expuesto los principales procedimientos que permiten evaluar el miedo, a continuación, y siguiendo con la evaluación del miedo a la muerte, se citarán los instrumentos más relevantes de los que disponemos en la actualidad para tal fin.



Hace ya unos años se han venido utilizando para la valoración y medida del miedo a la muerte una serie de técnicas tanto directas como indirectas. Dentro de las primeras, las más destacadas son las entrevistas, los cuestionarios y las escalas. En las segundas, las más representativas son los test proyectivos.

Los métodos más utilizados hasta el momento han sido las técnicas directas, concretamente las Escalas de Evaluación Conductual, constituyen un instrumento de medida de los constructos que pueden medir. En cuanto al miedo a la muerte, existen diversas escalas que pretenden obtener una valoración sobre dicho temor. De entre todas, destacar (Valdés, 1994):

- *Escala de Miedo a la Muerte* de Collett y Lester (1969), la conforman cuatro escalas distintas que proporcionan puntuaciones separadas para cuatro tipos de miedo a la muerte: miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso del morir, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros.
- *Escala de Preocupación por la Muerte* de Dickstein (1972), se creó con un total de 48 ítems, actualmente consta de 30 ítems. Este instrumento está formado por dos subescalas diferentes: una denominada *contemplación consciente de la muerte* y otra *evaluación negativa de la muerte*.
- *Índice de Temor* de Krieger, Epting y Leitner (1974), este instrumento de medida, originalmente, constaba de 200 ítems, pero en la actualidad se utiliza una forma abreviada creada por Neimeyer y Dingemans (1980) de 90. Se presenta a cada persona tríos de tarjetas con declaraciones relacionadas con la muerte. Los encuestados colocan los elementos: yo preferiría, yo y mi propia muerte, en una de las estructuras o polos de contraste. La puntuación total es el número de veces que mi propia muerte es colocada en un polo diferente al de yo y yo preferiría.

## Capítulo 5

### La muerte en la vejez

La vejez es la última etapa de la vida, en la que es necesario despedirnos, dejarlo todo. En las etapas anteriores también puede ocurrir; la diferencia radica que en la vejez vamos aceptando poco a poco el fin de nuestras vidas (Poch, 2007). Pero, al ser humano le cuesta aprender a envejecer, ya que casi siempre, ello comporta perder capacidades, aceptar límites y ser más dependientes de los demás. No aceptar las pérdidas de la vejez supone no poder vivir esta última etapa de la vida satisfactoriamente.

En la mayoría de las culturas la idea entorno a la representación de la etapa de la vejez tiene connotaciones negativas, que a menudo son compartidas por la propia persona que se encuentra en esa etapa de la vida, relacionando el envejecimiento con depresión, aislamiento social, pasividad, inactividad, etc. (Krzemien, Sánchez, Monchietti y Lombardo, 2009).

El envejecimiento según Pérez (2006), es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible. Trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más próxima y a concebirla como algo inminente, lo cual es resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, sociales y psicológicas durante su ciclo vital. Las personas de cualquier edad, desconocen las condiciones en que la muerte llegará a sus vidas, sin embargo, la incertidumbre y el temor al no saber el momento y forma de morir, genera una serie de sensaciones. En nuestra cultura se evita con frecuencia el tema, debido a que se considera un tabú, en parte esto se debe al miedo a lo desconocido, al dolor y el sufrimiento, ante lo que surge la negación individual y colectiva.

Se considera que no se puede hablar de vejez sin hacer alusión al hecho, inevitable, de la muerte. Para los ancianos la muerte es una realidad cercana, ya que muchas de las personas que le rodean ya han muerto o están afectados por enfermedades terminales, lo que hace que sea una realidad más próxima que en edades anteriores. Aspectos como el miedo, la angustia y la influencia de factores culturales tienen su implicación en el origen de este concepto en los ancianos.

### **5.1. Envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital**

El Ciclo Vital considera la totalidad de la vida como una continuidad de cambios, destacando parámetros históricos, socioculturales, contextuales y al acontecer cotidiano como individual reconociendo que en cualquier momento de la vida hay pérdidas y ganancias (Dulcey Ruiz y Valdivieso, 2002). De esta forma se concibe al desarrollo humano como:

*“Un proceso ontogenético de adaptación transaccional, un proceso de cambios en la capacidad adaptativa de las personas.” (Baltes et. al., 2006: 626)*

El desarrollo se define en relación a las nociones de adaptación y transición e involucra relaciones interdependientes entre la persona y los múltiples niveles de cambio del contexto donde ella se desenvuelve.

El desarrollo de un individuo no es secuencial que tiende a un estado final o universal, no es una mera transformación cualitativo-estructural, como argumentaban los conceptos tradicionales procedentes de la biología. Factores y sistemas se conjugan e interactúan en diferentes direcciones en la construcción de la vida de cada persona. Así cada trayectoria vital implica continuidad y discontinuidad, pérdidas y ganancias,

algunos aspectos se mantienen, a la vez que en cualquier tiempo surgen otros. La discontinuidad está presente en todas las etapas de la vida. En el desarrollo de cada sujeto, las experiencias vividas y la actitud frente a las mismas, es lo que da esta variabilidad interindividual en su comportamiento, en su conducta (Domínguez, Ocejo y Rivera, 2013).

El envejecimiento implica un proceso de transición y cambio en las diferentes áreas vitales (biológica, psicológica y social) relativo al tiempo vivido, que caracterizan la multidimensionalidad y multidireccionalidad del desarrollo humano y el envejecimiento. Como resultado de las adaptaciones acumuladas a los acontecimientos tanto biológicos como culturales, la base del individuo está en constante transformación. Las personas cambian sea para bien o para mal, como resultado de la acumulación de experiencia (Neugarten, 1976).

Baltes (et. al., 2006) postula tres conjuntos principales de factores que influyen en el desarrollo individual y que explicarían la complejidad del desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital. Estos factores son:

- Influencias normativas relacionadas con la edad.
- Influencias históricas.
- Influencias no normativas.

Los factores sociales e históricos y los acontecimientos vitales propios de cada persona son los elementos básicos para entender el desarrollo de la edad adulta y la vejez.

Según la teoría de Erikson (1963), todos los seres humanos en las diversas etapas del ciclo vital atravesamos por una serie de crisis que permiten o no superar los cambios

que se presenten en cada una de ellas, pero específicamente en la vejez la crisis se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida, en donde, por un lado puede aceptar la manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad, desarrollando lo que denomina el autor sabiduría, que le permite tener una mayor aceptación de su muerte. En el caso contrario, el anciano puede desarrollar la desesperanza en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les dificulta sobrepasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo (Barraza y Uranga, s.f.).

## **5.2. Concepto de la muerte en la vejez**

La construcción del concepto de muerte en el adulto mayor esta mediado por diversos factores, entre ellos está el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas, etc. (Viguera, 2005), todo ello influenciado por el contexto cultural y social en el que se vive.

Cuando se habla de la muerte es inevitable hacer mención a los miedos que se tienen ante la misma y a las actitudes que asume el adulto mayor ante este hecho. La muerte al tener un carácter desconocido y al no saber con certeza que sucede después de ella, genera en la sociedad diversos temores, orientados principalmente al más allá, al juicio de Dios, a dejar a sus seres queridos, pero sobre todo el miedo más recurrente es afrontar una agonía o dolores que no pueden soportar (Viguera, 2005). Es por esta razón que la llegada a la etapa de la vejez conlleva que surjan con mayor frecuencia este tipo

de miedos, pudiendo originar ansiedad y/o estrés en el anciano, repercutiendo en sus relaciones familiares, estilo y calidad de vida, asumiendo actitudes que no favorecen un enfrentamiento sano en esta etapa.

Es en la vejez cuando parece que se llega a aceptar la muerte como un proceso natural, como algo inevitable (Rubio Herrera, 1981). Una creencia que ha ido haciéndose más extensa conforme ha ido incrementándose la edad. La mayoría de los ancianos suelen poseer una orientación activa hacia la muerte y no están de acuerdo con la idea de que se deba ignorar y no hacer planes en relación a ella. La muerte se presenta para ellos como una condición de vida menos terrible que para las personas jóvenes (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

Las personas ancianas no sólo tienen una percepción de la muerte propia como algo más inminente, sino que, a lo largo de su existencia, con seguridad, habrán tenido mayores contactos con personas que han muerto y/o con el proceso terminal de mucho sujeto enfermo (Urraca, 1985). La muerte del otro se convierte para el anciano en el punto de partida sobre el cual imagina o fantasea acerca de cómo será su propia muerte. De esta manera se va preparando para su proceso de “ser en la muerte”. Así es como se explica su frecuente curiosidad en la materia, su querer saber cómo vivieron la muerte sus compañeros, su interés sobre todo por saber si sufrieron, si fallecieron dignamente, etc. (Thomas, 1991). Por otro lado, se ha señalado que las pérdidas que a lo largo de su existencia puede haber venido acumulando en los ámbitos personal y social pueden también ocasionar el que cada nueva muerte signifique un aumento de su empobrecimiento y de su soporte en la vida, ya que sea afectivo o biológico (Blanco Picabia, 1990). Por ello no será tanto la idea de la muerte como la de pérdida la que con más intensidad suele afligir al anciano (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

### 5.3. Actitudes de los ancianos ante la muerte

Esberger (1980) realizó una compilación importante de lo que se ha escrito en torno a las actitudes de los ancianos ante la muerte. Las personas mayores están más familiarizadas con la muerte, con los funerales y con los cementerios que las personas más jóvenes.

Las personas mayores tienden a fijarse objetivos a corto plazo, y a adoptar una filosofía de la vida que consiste en vivir el día a día. A muchos ancianos les preocupa la carga que pueden representar para su familia, especialmente para el cónyuge.

El concepto de muerte en el adulto mayor está mediado por diversos factores: presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes; todo ello influenciado por la cultura. En relación a las actitudes, los adultos mayores pueden experimentar varias de ellas, dependiendo del estilo de afrontamiento que tengan (Uribe, Valderrama y López, 2007):

- *Actitud de indiferencia*, donde el adulto mayor se muestra resistente al tema de la muerte, quitándole importancia a dicho momento.
- *Actitud de temor* puede verse reflejada en el momento en donde el adulto trata en lo posible evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, y sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento.
- *Actitud de descanso*, donde el tema de la muerte es entendido como la culminación del sufrimiento y por ende de la llegada de paz y de tranquilidad, más presente en las personas que han padecido de alguna enfermedad crónica.

- *Actitud de serenidad*, cuando el adulto mayor se siente satisfecho con lo vivido y por tanto se siente preparado para la llegada de la muerte.

Todas las actitudes ante la muerte que presentan las personas que se encuentran en la etapa final de sus vidas, que han definido distintos autores a lo largo de los años, se pueden agrupar en dos grandes grupos dependiendo del que muere. Así podemos diferenciar entre las actitudes ante la muerte ajena y las actitudes ante la muerte propia.

### *5.3.1. Actitudes del anciano ante la muerte ajena*

Por lo general, es la muerte del cónyuge la que despierta mayor ansiedad en el anciano. Esta muerte representa para el adulto mayor no sólo la pérdida emocional y afectiva ligada a la desaparición de una persona a la que puede haber estado profundamente unido durante un largo periodo de tiempo, sino que también representa para unos la ruptura sólo con el rol de esposo o esposa, y para otros la pérdida de su ya único rol en la vida con lo que constituía la única forma de identidad social que le restaba al individuo. De ahí la aparición de cuadros de depresión y ansiedad, de desorientación y de falta de sentido y de propósito de vida, que a partir de ese momento expresan con frecuencia los ancianos. Cuadros por lo general que, en estas edades, son más desoladores y prolongados que en otras edades.

En muchas ocasiones, la existencia de enfermedades puede hacer que el anciano prevea con anterioridad la posibilidad de que la muerte de su compañero ocurra en un futuro próximo (O'Brian, 1991), en lo que sería una especie de "anticipación de la muerte" que le podría ayudar a mitigar las posteriores reacciones emocionales, una vez que se hubiera producido el fallecimiento (Rando, 1986).



A pesar del impacto que la muerte de seres queridos puede suponer en la población anciana, distintas investigaciones empiezan a poner de manifiesto que, en ocasiones, son desproporcionadamente mayores las expectativas y preconcepciones que la población e incluso los profesionales de la salud mantienen sobre las extremas reacciones tanto fisiológicas como psicológicas esperables en los ancianos en esta situación, que las que real y objetivamente se producen (Wortman y Silver, 1989). Se pone de manifiesto además que, a pesar del impacto que estas muertes ejercen sobre la salud y el equilibrio del anciano especialmente en las primeras semanas, el anciano es también capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permiten superar este estado, sobre todo cuando se le presta la ayuda precisa (Lund, Caserta y Dimond, 1989). Parece ser que las expectativas previas que desarrollan los propios ancianos sobre cuáles pueden ser sus posibilidades de recuperarse de la muerte inminente de una persona querida son más negativas y pesimistas que las que son realmente capaces de desarrollar cuando ya se ha producido la muerte (Caserta y Lund, 1992). Dicho de otra manera, una vez que el anciano tiene que afrontar la pérdida de un ser querido, lo hace con mucha más eficacia de lo que el mismo habría esperado, debido a que pone en marcha y utiliza recursos de los que no tenía conocimiento o a los que no valoraba como útiles con anterioridad (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998). Quevedo habla de la muerte ajena, del ser querido que fallece, afrontando este hecho de forma positiva, ya que esto no supone el fin. Quevedo en, *Amor constante más allá de la muerte*, habla de un amor que puede con todo, tanto es así, que puede hasta con el óbito; es un amor eterno, que rompe con las cadenas advertidas de la muerte, y que permanece después de la pérdida del ser querido.

*“Cerrar podrá mis ojos la postrera*

*sombra que me llevare el blanco día,*  
*y podrá desatar esta alma mía*  
*hora, a su afán ansioso lisonjera;*  
*mas no de esotra parte en la ribera*  
*dejará la memoria, en donde ardía:*  
*nadar sabe mi llama el agua fría,*  
*Y perder el respeto a la ley severa.*  
*Alma, a quien todo un Dios prisión ha sido,*  
*venas, que humor a tanto fuego han dado,*  
*médulas, que han gloriosamente ardido,*  
*su cuerpo dejará, no su cuidado;*  
*serán ceniza, mas tendrá sentido;*  
*polvo serán, mas polvo enamorado.”*

Francisco de Quevedo (en Maneiro Vidal, 2008: 96-97).

No debemos olvidar el hecho de que las circunstancias personales y las redes de apoyo social y emocional con las que cuenta el anciano, van a representar un factor decisivo y determinante de las actitudes, la intensidad y las características del impacto que la muerte de los demás pueda ejercer sobre él mismo. Durante el matrimonio, las personas restringen muchas de sus actividades sociales por la dificultad de compatibilizarlas con sus familias. Así, el cónyuge se convierte en la principal fuente de

apoyo. Por ello, cuando este muere, aparece un sentimiento de pérdida unida a una toma de conciencia del propio envejecimiento, y a la actualización del conocimiento de la propia mortalidad, pero también a la adquisición de una mayor valoración de la vida (Roberto y Stanis, 1994).

Thomas (1991) refiere que los ancianos institucionalizados reaccionan ante la muerte de sus compañeros de manera uniforme es una mezcla de pena, cólera (sobre todo si la persona ha sufrido antes de morir), alivio (si el que murió estuvo perturbando durante mucho tiempo el funcionamiento asistencial del establecimiento), e incluso de satisfacción (al menos yo sigo vivo). Las actitudes del anciano ante la muerte de un compañero van a depender del grado y del tipo de relación que mantuviera con él, de la personalidad del fallecido y de las circunstancias de su muerte. La muerte de un residente despierta un estado de depresión y ansiedad en el resto de los ancianos, ya que les hace pensar en su propia muerte (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

### *5.3.2. Actitudes del anciano ante su propia muerte*

Como queda vigente en las diferentes investigaciones, son muchas las actitudes que podemos encontrar con respecto a la muerte propia del anciano. Por su sistematización, se clasifican estas actitudes en 4 grandes categorías y que fueron propuestas por Marín (1976):

- *Actitud de indiferencia*, “era normal que un día sucediera”, “a todos nos toca”, “soy demasiado viejo”.
- *Actitud de temor*, quizás no tan ligada a la muerte como tal, sino a todo aquello que la precede: temor al dolor, al sufrimiento, etc.

- *Actitud de descanso*, experimentado sobre todo por personas que han sufrido mucho en su vida o que padecen una enfermedad crónica. La muerte es esperada como el final de los sufrimientos.
- *Actitud de serenidad*, el anciano tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás.

De todas ellas, la que más caracteriza a las personas mayores, es la actitud de serenidad, adoptar una orientación activa hacia la muerte, producto de la mayor aceptación que a estas edades se produce del hecho de morir, tanto a niveles genéricos (la muerte de los demás) como particulares (la muerte propia) (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

Aceptación o rechazo que están directamente relacionados con la necesidad de adaptarse a ella y de organizar los propios recursos para enfrentarse a todo lo que la acompaña, pero también los recursos disponibles del apoyo afectivo, de la propia historia de experiencias del sujeto, etc. Por todo ello, podemos considerar que el hecho de que el anciano tenga una mayor conciencia de que ha de morir, lo tenga más asumido y con ello esté en mejores condiciones de abordar en sus relaciones interpersonales el tema con mayor frecuencia y naturalidad, no implica necesariamente que no sienta el mismo temor y ansiedad ante la idea de su muerte que la que siente cualquier otra persona (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

Se hace necesario diferenciar entre la muerte y el morir, en el caso de los ancianos, más conscientes de la llegada de su propia muerte. En este sentido, Thomas (1976) afirma que para los adultos mayores el miedo a morir es más intenso que el mismo miedo a la muerte. Esto es así, en lo que se refiere a la obsesión por no morir en

soledad, el miedo a ser abandonado sin cuidado, a no ser atendido a tiempo y/o a ser encontrado en estado avanzado de descomposición. Miedos a los que podríamos añadir la pérdida de control, que justifican actitudes y conductas de los ancianos, aparentemente sin relación con la muerte, o al menos sin relación directa, pero que puede hacer que su cuidado se convierta en una carga insoportable para sus familiares o cuidadores.

No existe una conclusión acerca de cuál es realmente la actitud que de manera genérica caracteriza la postura del anciano ante el hecho de su propia muerte (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

Existe un nexo común entre los distintos estudios efectuados sobre las actitudes del anciano ante la muerte, ya sea propia o ajena y es la constatación de que disponen de los recursos personales, de las experiencias previas necesarias para afrontar su proceso de morir. Sólo es necesario modificar las actitudes y prejuicios que hacen que mientras vivimos nos impulsan a rechazar el proceso de envejecer y de morir, entendiéndolos como algo de lo que se debe huir, que hay que evitar o ante lo que no se puede hacer nada. Se debería enseñar a afrontar aquellas situaciones y circunstancias por las que inevitablemente pasaremos y que, casi de manera innata, nos causan mayor temor. Y de entre todas ellas la muerte ocupa el lugar principal (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

#### **5.4. Afrontamiento ante la muerte en el anciano**

Todos buscamos respuestas a las grandes preguntas, sólo por intuición; él lo llamaba nuestro sentido ordinario de lo que significa la vida. Tanto si somos filósofos como si

no, dependemos de nuestro instinto para conocer y dar respuesta a todo lo que nos rodea.

*“Cuando los hechos exteriores no están realmente claros, somos libres de elegir la filosofía que nos parezca mejor.” James (1902: 378).*

El autor se refiere al sentido de la vida y la muerte. No existe una única verdad sobre cómo llevar y afrontar la muerte, cada uno es libre de pensar y actuar como quiera. Por esto último, se tiene constancia de innumerables opiniones sobre la finitud, porque cada autor, igual que cada ser humano tiene su propio modo de percibir y sentir la muerte.

Diversos autores consideran que existen una serie de estrategias que permiten superar o controlar los miedos que las personas mayores pueden experimentar ante la muerte, tales como el poder hablar de ellos, escribirlos, o reestructurar los mitos que hay en relación al óbito, los grupos de apoyo se convierten en un espacio de soporte emocional, en donde la interacción con otras personas de la misma edad contribuye a disminuir el sufrimiento que puede generar los miedos (Viguera, 2005). Todo esto lleva al tema del afrontamiento, es aquel que repercute positivamente en el bienestar psicológico y permite una mayor adaptación a las situaciones problemáticas (Krzemien, Urquijo y Monchietti, 2005). Al ser la vejez una etapa en donde se presentan una serie de crisis, las cuales pueden verse como perturbaciones o como aprendizajes, es allí donde las estrategias de afrontamiento asertivas permitirán que la persona no sólo tenga una adaptación satisfactoria a esta etapa, sino lleva a que esta tenga un control emocional, que favorezca una imagen positiva de sí mismo, el apropiarse de las competencias que se tienen y sostener relaciones sociales, que llevan finalmente a que la persona se entrene para futuras problemáticas.

Las estrategias de afrontamiento pueden orientarse por dos líneas (Zamarrón y Dolores, 2006):

- *Formas activas de afrontamiento.* La persona retoma todos sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática y así mismo aprender de ella, abarcándolo de forma más positiva, y dándole un significado distinto al problema.
- *Formas pasivas de afrontamiento.* Llevan a que la persona esté evitando dichas situaciones y por ende no se genere un aprendizaje de las mismas.

En las personas ancianas el afrontamiento tiende a ser más exitoso, debido a que están continuamente involucrados en situaciones problemáticas que están fuera de su control, tales como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte, a lo que se agregan todas las experiencias vividas en etapas anteriores (Stefani y Feldberg, 2006).

### **5.5. Miedo a la muerte en el anciano**

Cualquiera que afronte la muerte experimenta algún tipo de miedo. Williams-Ziegler (1984) distinguió tres tipos de miedo que a medida que nos vamos haciendo mayores se van acrecentando; estos son: el miedo al dolor, el miedo a la soledad y el miedo al sin sentido. Algunos aspectos de estos tipos de miedo son exclusivos del paciente mayor.

- Miedo al dolor

El miedo al dolor es universal. El dolor en la persona mayor es de algún modo diferente. Según Woodrow, et. al. (1975), la tolerancia al dolor, medida por la presión en el tendón de Aquiles, disminuye a medida que aumenta la edad. Sin embargo, otros han advertido que a medida que las personas envejecen, su tolerancia al dolor en respuesta a los estímulos periféricos o de la piel en realidad aumenta. El dolor es subjetivo y causa temor, bien sea real o imaginado. El alivio del dolor es un objetivo primario en la asistencia de los pacientes en fase terminal.

- Miedo a la soledad

El miedo a la soledad se ve intensificado en el caso de los ancianos que mueren internados en una institución. Pueden demostrar este miedo en muchos aspectos. Algunos pacientes solicitan de un modo constante la atención del personal de enfermería. Aunque sean capaces de desempeñar muchas funciones por sí mismo, simplemente buscan la seguridad de saber que alguien está a su lado. Algunos pacientes expresan su soledad volviéndose hostiles con el personal de enfermería o con la familia.

El acto de morir es una experiencia individual. Cada uno de nosotros debemos afrontarla solos. La relación con otras personas que estén sanas puede ayudar a que se disipe el miedo ante el hecho de morir. Aunque también nos recuerde todo lo que dejamos atrás. Algunas personas desean relacionarse con los demás para olvidar sus temores, mientras que otras lo evitan para reducir la angustia. Una vez más, cada persona adopta una actitud individual ante la muerte.

- Miedo al sin sentido



El miedo de que la vida haya carecido de sentido se manifiesta más en las personas mayores. Si los ancianos obtienen pocos logros y consideran su vida actual improductiva, puede que rememoren continuamente experiencias del pasado que justifiquen su independencia y capacidad productiva. Los ancianos que están en el trance de morir pueden pasar muchas de sus últimas horas rememorando el pasado. Buter (1974) señaló que esta revisión de la vida responde a un deseo de reconciliar el pasado con el presente, de modo que la vida pueda seguir evolucionando y cambiando hasta el final. Indicó que este proceso mental permite al anciano adaptarse a las nuevas circunstancias de la fase final de la vida. Para la persona a punto de morir, esta revisión de la vida la ayuda a reconciliarse con los conflictos y fracasos del pasado y le otorga un sentido a su vida. Además, recordar el pasado puede proporcionar simplemente una sensación placentera. Un recuerdo agradable puede servir de tranquilizante y, a su vez, aliviar la tensión y la angustia.

El miedo sólo trae sufrimiento, angustia, estrés y ansiedad, por lo que Séneca aporta una nueva visión sobre el fin de nuestros días, donde reina la calma y el desasosiego. La clave para conseguir tal hecho, es disfrutar de la vida y todo lo que nos ofrece día tras día hasta su final.

*“El que no sepa morir bien, vivirá malamente.”* (Séneca en Critchley, 2008: 23).

**PARTE II:**  
**MARCO EMPÍRICO**



## Capítulo 6

### Diseño de investigación

El siguiente paso de la investigación es llevar a cabo un estudio en una muestra constituida por adultos de 60 hasta los 90 años, con el propósito de analizar las posibles causas de la aparición del miedo a la muerte.

El tipo de diseño de investigación de este estudio es ex-post-facto, ya que no se controlan las variables independientes, dado que el estudio se basa en analizar eventos ya ocurridos de manera natural. Según Kerlinger (1983: 269):

*"La investigación ex post-facto es la investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables."*

#### 6.1. Objetivos e hipótesis de la investigación

A partir de lo mencionado en el marco teórico, junto con las cuestiones de investigación, se han formulado una serie de objetivos.

- Elaborar un estudio exploratorio sobre el miedo a la muerte.
- Analizar los estadísticos descriptivos de los instrumentos de medida utilizados, con respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.
- Estudiar la relación entre el Miedo a la Muerte Propia y las dimensiones que miden los instrumentos de medida utilizados (CSI, ISC-15r y PAM-R) en la investigación.

- Estudiar la relación entre el Miedo a la Muerte Ajena y las dimensiones que miden los instrumentos de medida utilizados (CSI, ISC-15r y PAM-R) en la investigación.
- Analizar las diferencias que pueden existir entre el miedo y las actitudes ante la muerte.

En cuanto a las hipótesis de investigación, se han elaborado en relación con el estudio y análisis del miedo a la muerte, finalidad última de esta tesis. Las hipótesis planteadas, son las siguientes:

1. Existen diferencias entre hombres y mujeres adultos, con respecto al miedo a la muerte y sus diferentes componentes:
  - a) muerte propia,
  - b) muerte ajena.
  - Las mujeres presentan un miedo a la muerte ajena, superior al de los hombres.
  - Los hombres tienen un índice de tolerancia inferior a las mujeres, en cuanto al miedo a su propia muerte.
2. Existen diferencias, en función de la edad, en los siguientes factores:
  - a) Actitudes ante la muerte,
  - b) Creencias religiosas,
  - c) Estrategias de afrontamiento.

- Las personas de 70 años tienen un índice de tolerancia mayor a las de 80, con respecto al miedo a la muerte ajena.
  - Las personas de 90 años poseen un índice de tolerancia mayor a las de 60, en relación al miedo a la muerte propia.
3. Existen diferencias, en las actitudes ante la muerte y estrategias de afrontamiento en la población adulta, en función de su nivel de estudios.
- Las personas sin estudios presentan una actitud de escape ante la muerte y una estrategia de afrontamiento que es la evitación de problemas.
  - Las personas con estudios universitarios presentan una actitud ante la muerte de aceptación neutral y una estrategia de afrontamiento que es la resolución de problemas.
4. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el miedo a la propia muerte.
5. Existe relación entre las creencias y el miedo a la propia muerte.
6. Existe relación entre las actitudes ante la muerte y el miedo a la propia muerte.
7. Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el miedo a la muerte ajena.
8. Existe relación entre el soporte social y el miedo a la muerte ajena.
9. Existe relación entre las actitudes ante la muerte y el miedo a la muerte ajena.

## **6.2. Población y muestra**

Para seleccionar la muestra se ha utilizado un método no probabilístico incidental. Siendo conscientes de que no existe posibilidad de generalización de resultados ya que

no todos los sujetos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos, es el método que garantiza mayor accesibilidad.

La muestra objeto de estudio de esta investigación, es de 152 sujetos en edad adulta (N=152), desde los 60 hasta los 90 años; no se ha considerado oportuno recoger datos de personas con más edad, por la posibilidad de aparición de sesgo, debido a la merma en lo referido a las facultades intelectuales o posibles enfermedades mentales, viéndose afectado en menor o mayor medida el grado de comprensión, necesaria para dar respuesta a cada uno de los ítems que conforman los cuatro instrumentos seleccionados.

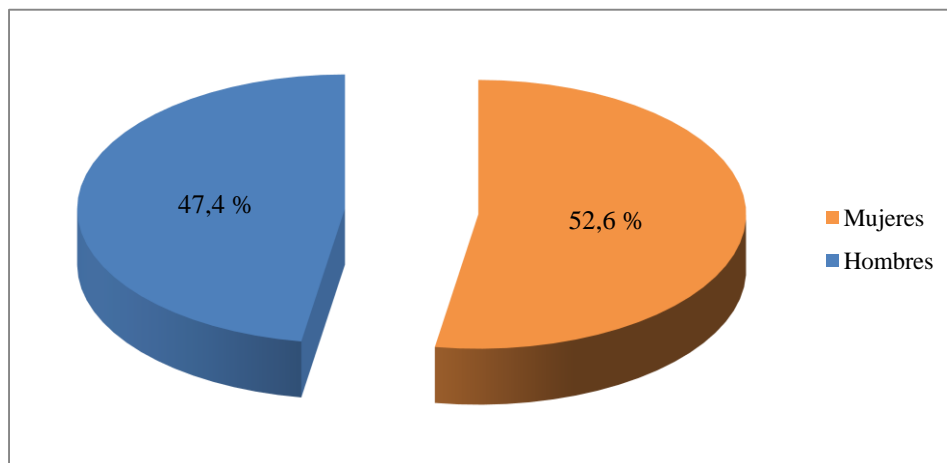
Estas personas se encuentran en un nivel cognitivo óptimo para poder responder adecuadamente a las distintas cuestiones planteadas, por medio de las herramientas de medida elegidas, tras una exhaustiva tarea de búsqueda y análisis de las mismas hasta dar con las definitivas.

El muestreo se llevó a cabo, gracias a la colaboración de la Universidad de Mayores de Madrid y los vecinos del barrio residencial de Salamanca, distrito Fuente del Berro, perteneciente a Madrid Capital.

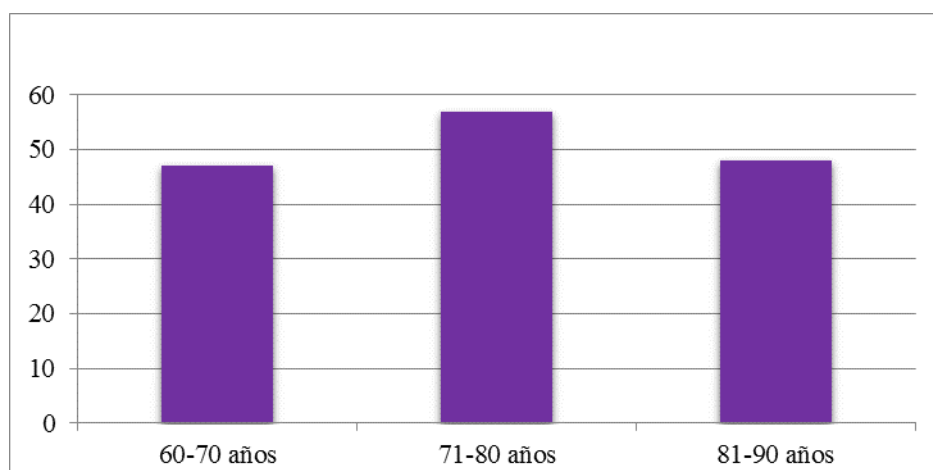
#### *6.2.1. Descripción de la muestra*

Para la consecución de la información relevante a los objetivos propuestos, se llevó a cabo una investigación en una muestra constituida por adultos mayores, que accedieron de forma voluntaria a contestar a los cuatro instrumentos de medida seleccionados.

Del total de la muestra (N=152), 80 son mujeres (52,6%) y 72 son hombres (47,4%) (ver gráfica 1).

**GRÁFICA 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO**

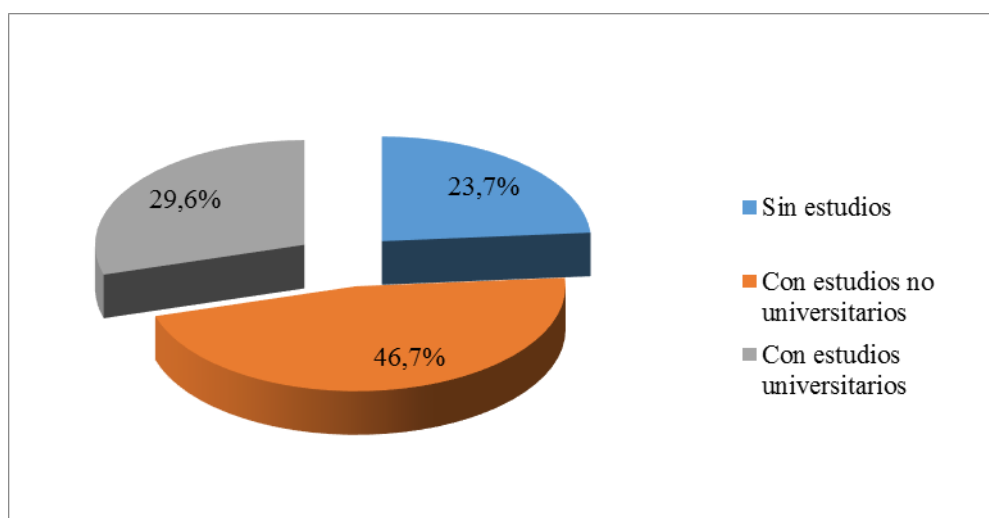
En relación a la variable edad, 47 personas (30,9%) tienen entre 60-70 años de edad; 57 personas (37,5%) tienen entre 71-80 años; y finalmente 48 personas (31,6%) tienen edades comprendidas entre 81-90 años (ver gráfica 2).

**GRÁFICA 2. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD**



Finalmente, por lo que se refiere al nivel de estudios el 23,7% de la muestra (36 sujetos), no tienen estudios y el 29,6%, tienen estudios universitarios. Se puede observar un predominio de las personas que tienen estudios, pero no de carácter universitario, representados por un 46,7% del total de la muestra (ver gráfica 3).

**GRÁFICA 3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA POR NIVEL DE ESTUDIOS**



### 6.3. Instrumentos de medida

Para obtener y determinar la información, objeto de este estudio, se recurre a la utilización de los siguientes instrumentos de medida ya validados y ampliamente utilizados en la literatura.

- Inventario de Estrategias de Afrontamiento.
- Inventario de Sistema de Creencias Revisado.
- Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte.
- Escala de Miedo a la Muerte.

### 6.3.1. Inventario de Estrategias de Afrontamiento

En relación a las estrategias de afrontamiento, se obtendrán datos de medida de las mismas (en este caso), a través del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Este instrumento fue diseñado por Tobin y cols., en 1989; y adaptado al castellano por Cano y cols., en el año 2007. Tiene una estructura jerárquica compuesta por ocho estrategias. A la hora de proceder a dar respuesta a este instrumento, la persona comienza por imaginar una situación estresante; y después contesta cada uno de los ítems que lo conforman.

Esta prueba, está compuesta por ocho dimensiones, cada una de las cuales equivale a una estrategia de afrontamiento:

- *Resolución de problemas (REP)*: estrategia cognitiva y conductual, encaminada a eliminar el estrés, modificando la situación que lo produce.
- *Autocrítica (AUC)*: estrategia basada en la autoinculpación, por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo.
- *Expresión emocional (EEM)*: estrategia encaminada a liberar las emociones, que acontecen, en el proceso del estrés.
- *Pensamiento desiderativo (PSD)*: estrategia cognitiva que refleja el deseo de que la realidad no fuera estresante.
- *Apoyo social (APS)*: estrategia referida a la búsqueda de apoyo emocional.
- *Reestructuración cognitiva (REC)*: estrategia cognitiva que modifica el significado de la situación estresante.
- *Evitación de problemas (EVP)*: estrategia que incluye la negación y la evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante.

- *Retirada social (RES)*: estrategia de retirada de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, asociadas con la reacción emocional, en el proceso estresante.

Éstas dimensiones, se pueden agrupar en dos sub-escalas, por un lado, el *Manejo Adecuado de los Esfuerzos Activos y Adaptativos* para compensar la situación estresante, compuesto por las dimensiones: REP, REC, APS y EEM. Y, por otro lado, la segunda sub-escala, *Manejo Inadecuado* que sugiere un afrontamiento pasivo y desadaptado; viene dada por las cuatro dimensiones restantes, éstas son: EVP, PSD, RES y AUC.

El instrumento CSI, está compuesto por un total de 40 ítems, agrupados en dos sub-escalas: *Manejo Adecuado* y *Manejo Inadecuado*, cada una de las cuales viene definida por 20 ítems. La tabla que se presenta a continuación, refleja la distribución de los 40 ítems, en relación a cada una de las dos sub-escalas y cada una de las ocho dimensiones, que conforman la prueba.

**TABLA 7. DIMENSIONES DEL CSI**

SUB-ESCALA	DIMENSIÓN	ÍTEMS
Manejo Adecuado	<i>REP</i>	1, 9, 17, 25, 33
	<i>REC</i>	6, 14, 22, 30, 38
	<i>APS</i>	5, 13, 21, 29, 37
	<i>EEM</i>	3, 11, 19, 27, 35
Manejo Inadecuado	<i>EVP</i>	7, 15, 23, 31, 39
	<i>PSD</i>	4, 12, 20, 28, 36
	<i>RES</i>	8, 16, 24, 32, 40
	<i>AUC</i>	2, 10, 18, 26, 34

La escala tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 4; siendo 0 = en absoluto, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho y 4 = totalmente.

Gracias a los resultados obtenidos por Cano y cols. (2007), se puede afirmar que los coeficientes de fiabilidad Alfa de Cronbach, son aceptables fluctuando entre 0,63 a 0,89. El alfa más bajo (0,63), corresponde a la dimensión *Evitación de problemas*; y el alfa más alto que se obtuvo (0,89), corresponde a la dimensión *Autocrítica*. Además, se obtuvieron altos niveles de consistencia interna, aunque por lo general algo menores que los del estudio original (Tobin y cols., 1989), debido al menor número de ítems por cada factor.

Ocho factores explicaron un 61% de la varianza con sólo 40 ítems, frente a los 72 que explicaban un 47%, en el instrumento original. El CSI se comportó de forma válida y fiable en la evaluación de la utilización de estrategias de afrontamiento.

### 6.3.2. *Inventario de Sistema de Creencias Revisado*

Todo lo referente a la religiosidad, ya sean las creencias, las prácticas o la filiación religiosa, se mide a través del Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r), versión del original ISC-15. Este instrumento de procedencia estadounidense, ha sido creado por Holland *et al.*, en el año 1998; Almanza-Muñoz, fue el responsable de llevar a cabo su adaptación al español, en 1999. Se diseñó con el fin de medir la calidad de vida en enfermos graves, pero esto cambió con el ISC-15r, que evalúa las creencias y prácticas de carácter religioso y espiritual, así como el apoyo social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa.

Esta prueba, se divide en dos dimensiones o sub-escalas:

- *Creencias y prácticas espirituales (CPE).*
- *Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa (SSCR).*

La ISC-15r, está compuesta por un total de 15 ítems, agrupados en dos sub-escalas: CPE y SSCR. La tabla que se presenta a continuación, refleja la distribución de los 15 ítems, en relación a cada una de las dos sub-escalas, que conforman la prueba.

**TABLA 8. DIMENSIONES DEL ISC-15r**

DIMENSIÓN	ÍTEMS
CPE	1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15.
SSCR	3, 5, 7, 9, 13.

La escala tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 4; siendo 1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = muy de acuerdo. A mayor puntuación, mayor es la religiosidad.

La consistencia interna de ésta escala, ISC-15r, con Alfa de Cronbach es de 0,89 para el total de la prueba, 0,85 para la sub-escala CPE y de 0,81 para la sub-escala SSCR; estos datos fueron obtenidos por Almanza *et al.*, en el año 2000. Por lo que se puede afirmar, que el ISC-15r, es un instrumento fiable.

### 6.3.3. Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte

El Perfil Revisado de Actitudes Hacia a la Muerte (PAM-R), es una revisión del Perfil de Actitudes hacia la Muerte, prueba multidimensional creada por Gesser, Wong y Reker (1987). La diferencia entre el PAM y el PAM-R, siendo ambas válidas en

parámetros psicométricos, es que la última es más exhaustiva; recoge un amplio espectro de actitudes hacia la muerte.

Las cinco dimensiones del PAM-R son:

- *Miedo a la muerte (MM)*: se refiere a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- *Evitación de la muerte (EM)*: se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar... que se asocie con la misma.
- *Aceptación neutral (AN)*: ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal de cara al óbito, pero también en su aceptación ante su posible llegada.
- *Aceptación de acercamiento (AA)*: hace referencia a las creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza.
- *Aceptación de escape (AE)*: se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento, eficaces para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia.

El PAM-R, está compuesto por un total de 32 ítems, agrupados en cinco sub-escalas. La tabla que se presenta a continuación, refleja la distribución de los 32 ítems, en relación a cada una de las cinco sub-escalas, que conforman la prueba.

**TABLA 9. DIMENSIONES DEL PAM-R**

DIMENSIÓN	ÍTEMS
<i>MM (7 ítems)</i>	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32.
<i>EM (5 ítems)</i>	3, 10, 12, 19, 26.
<i>AN (5 ítems)</i>	6, 14, 17, 24, 30.
<i>AA (10 ítems)</i>	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31.
<i>AE (5 ítems)</i>	5, 9, 11, 23, 29.

Este instrumento de medida tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 7; siendo 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = indeciso, 5 = algo de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo y 7 = totalmente de acuerdo. Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala, dividiendo la puntuación total de la escala, por el número de ítems que la forman.

Gracias a los datos que se obtuvieron, aplicando el coeficiente Alfa de Cronbach, se puede afirmar que la confiabilidad de esta prueba, es muy alta, con una tendencia uniforme en las cinco dimensiones, que evalúa este instrumento; al igual que la consistencia interna, oscilando entre los valores de 0,65 (aceptación neutral) y 0,97 (aceptación de acercamiento). Por lo que se puede concluir, que el PAM-R, es una escala fiable, para resolver las complejas cuestiones que rodean a las actitudes hacia la muerte.

#### 6.3.4. Escala de Miedo a la Muerte

La Escala de Miedo a la Muerte, fue diseñada por Collett y Lester en el año 1969 y adaptada al español por Urraca (1981). La escala original constaba de 38 ítems, con un sistema de respuesta de -3 a +3.

Esta prueba mide el miedo a la muerte, teniendo en cuenta a la persona y a los que le rodean. Estas dos dimensiones globales, se subdividen en dos específicas para cada una de las dos dimensiones, pudiendo contar con un total de cuatro:

- *Miedo a la propia muerte (MPM).*
- *Miedo al proceso de morir propio (MPMP).*
- *Miedo a la muerte de otros (MMO).*
- *Miedo al proceso de morir de otros (MPMO).*

Estas cuatro dimensiones, se pueden agrupar en dos sub-escalas. Sub-escala1, hace referencia al miedo que tiene la persona a su propia muerte (*Miedo a la Muerte Propia*), que viene definida por las dimensiones MPM y MPMP; y la sub-escala2, que se refiere al miedo que presenta la persona a la muerte de los demás (*Miedo a la Muerte Ajena*), formada por las dimensiones MMO y MPMO.

La EMMCL, está compuesta por un total de 28 ítems, agrupados en dos sub-escalas, con 14 ítems cada una y definidas, a su vez, por dos dimensiones. La tabla que se presenta a continuación, refleja la distribución de los 28 ítems, en relación a cada una de las dos sub-escalas, que conforman la prueba.

**TABLA 10. DIMENSIONES DEL EMMCL**

SUB-ESCALA	DIMENSIÓN	ÍTEMS
<i>Miedo Muerte Propia</i>	<i>MPM (7 ítems)</i>	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
	<i>MPMP (7 ítems)</i>	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.
<i>Miedo Muerte Ajena</i>	<i>MMO (7 ítems)</i>	15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.
	<i>MPMO (7 ítems)</i>	22, 23, 24, 25, 26, 27, 28.



Este instrumento de medida tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 5; siendo 1 = nada, 2 = poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = mucho. Se obtiene un puntaje total y otro por cada sub-dimensión, promediando las respuestas respectivamente. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

La confiabilidad se estudió, a través de la consistencia interna, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. La confiabilidad interna total fue de 0,91, lo cual indica que el 91% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas, representan diferencias verdaderas, entre las personas y el 9% refleja fluctuaciones al azar. Para cada una de las sub-escalas, las medidas de coeficiente Alfa de Cronbach, obtenidos permiten aseverar que los ítems son homogéneos y que la escala mide de forma consistente, la característica para la cual fue elaborada.

En lo que se refiere a la confiabilidad de la EMMCL, los resultados demuestran consistencia interna, al obtener un alto coeficiente Alfa de Cronbach, tanto en la escala global, como por cada sub-escala, siendo superior a 0,70 (considerado el mínimo de fiabilidad aceptado). Se puede concluir, que este instrumento, es confiable para medir el constructo miedo a la muerte.

#### **6.4. Análisis estadístico**

Con el objeto de que los resultados puedan ser verificados en cualquier momento por otras investigaciones, a continuación, se concretan las pruebas estadísticas que se han aplicado.

Previamente al análisis estadístico, se comprobó el cumplimiento de los supuestos requeridos para dichos análisis. Los datos fueron sometidos a cuantificación y

procesamiento mediante el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 22, que permite cuantificar el grado en que las relaciones encontradas son significativas o debidas al azar.

- A través de estadística descriptiva, se realizó el cálculo de las medias obtenidas en cada uno de los cuatro instrumentos aplicados (CSI, ISC-15r, PAM-R Y EMMCL).
- Se utilizó la correlación de Spearman, para determinar la relación existente entre el miedo a la muerte (propia/ajena) y las dimensiones que miden cada una de las escalas utilizadas (CSI, ISC-15r, PAM-R).
- Para el estudio de las diferencias de medias que existen entre hombres y mujeres, con respecto al miedo a la muerte (propia/ajena) se ha utilizado la Prueba T de Student.
- Las diferencias de medias en las actitudes ante la muerte en función de la edad, se han contrastado mediante la prueba paramétrica ANOVA, ya que se cumplen los supuestos paramétricos.
- En los casos en los que no se han cumplido las condiciones necesarias para aplicar ANOVA, la alternativa no paramétrica que se ha utilizado, es la prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes.

Para todos los análisis que se han efectuado, se ha considerado conveniente establecer un nivel de significación de 0,05 o menor.



## Capítulo 7

### Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado distintas pruebas estadísticas con el fin de poder dar respuesta a las hipótesis planteadas.

#### 7.1. Estadística descriptiva

A partir de los datos obtenidos en cada uno de los cuatro instrumentos de medida utilizados en esta investigación se realiza la descripción de los resultados en relación a tres variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.

De ésta forma se han llevado a cabo dos análisis de medias: el primero, un estudio más general, donde se han calculado y analizado las puntuaciones medias conseguidas en cada una de las dimensiones. Y el segundo, un análisis más específico, abordando sólo los ítems de cada uno de los instrumentos de medida que tienen relación con el temor a la muerte.

##### *7.1.1. Análisis de las medias en cada una de las dimensiones en relación a las variables sociodemográficas*

En este primer análisis de puntuaciones medias se presentan los resultados obtenidos en cada una de las dimensiones de los instrumentos de medida por sexo, edad y nivel de estudios. De ésta forma podemos conocer las diferencias que existen entre:

- Hombres y mujeres en las estrategias de afrontamiento, las creencias y soporte social, las actitudes ante la muerte y el miedo a la muerte propia y ajena.

- Las personas de 60-70 años, 71-80 años y 81-90 años en las estrategias de afrontamiento, las creencias y soporte social, las actitudes ante la muerte y el miedo a la muerte propia y ajena.
- Y las personas que no tienen estudios, las que tienen estudios no universitarios y las que tienen estudios universitarios en las estrategias de afrontamiento, las creencias y soporte social, las actitudes ante la muerte y el miedo a la muerte propia y ajena.

#### *7.1.1.1. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por sexo*

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos de medida: CSI, PAM-R ISC-15r y EMMCL, indican que la mayor parte de los sujetos que pertenecen a la muestra objeto de investigación, son mujeres, obteniendo puntuaciones medias más altas que los hombres en todas las dimensiones.

- CSI

El instrumento de medida CSI, utilizado para medir las estrategias de afrontamiento sigue una escala de respuesta tipo Likert, que va de 0 a 4; siendo 0 = en absoluto, 1 = un poco, 2 = bastante, 3 = mucho y 4 = totalmente. Los autores del CSI, indican que después de recopilar todos los datos de la muestra, se barema el cuestionario calculando los percentiles correspondientes a cada una de las dimensiones que mide este instrumento.

Como se puede observar en la gráfica 4, las puntuaciones medias conseguidas por el sexo femenino en cada una de las ocho estrategias de afrontamiento, se mantienen por encima de 50, mientras que las puntuaciones medias alcanzadas por los hombres se mantienen por debajo de 50.

Las tres estrategias de afrontamiento en las que la mujer ha obtenido las puntuaciones medias más altas son:

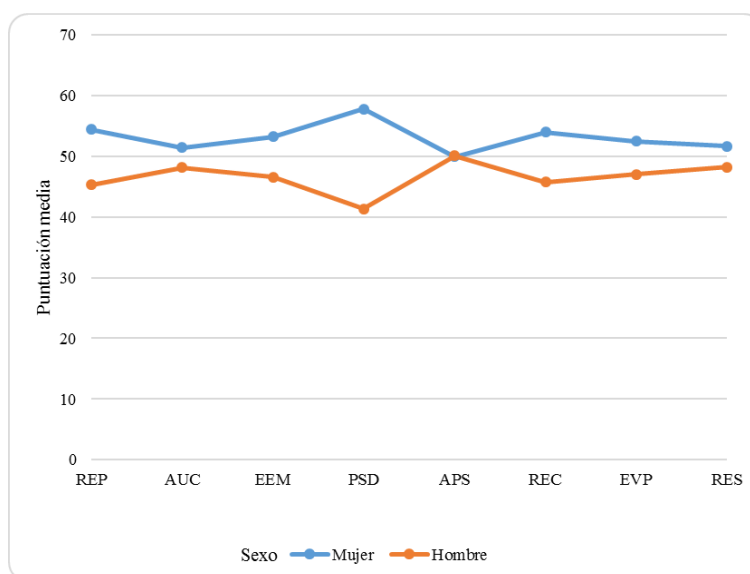
- 57,73 en *Pensamiento Desiderativo*.
- 54,43 en *Resolución de Problemas*.
- 53,93 en *Reestructuración Cognitiva*.

Y las tres estrategias de afrontamiento en las que el hombre ha conseguido puntuaciones medias más altas son:

- 50,09 en *Apoyo Social*.
- 48,13 en *Autocrítica*.
- 48,20 en *Retirada Social*.

Cabe destacar que el *Pensamiento Desiderativo*, la estrategia de afrontamiento que más puntuación media ha obtenido la mujer con 57,73 sea la que menos puntuación ha alcanzado el sexo contrario 41,34. Ocurre lo contrario en *Apoyo Social*, estrategia de afrontamiento que más puntuación ha obtenido el hombre con 50,09 es la puntuación más baja que ha conseguido el sexo femenino 49,88 (ver gráfica 4).

**GRÁFICA 4. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR SEXO**



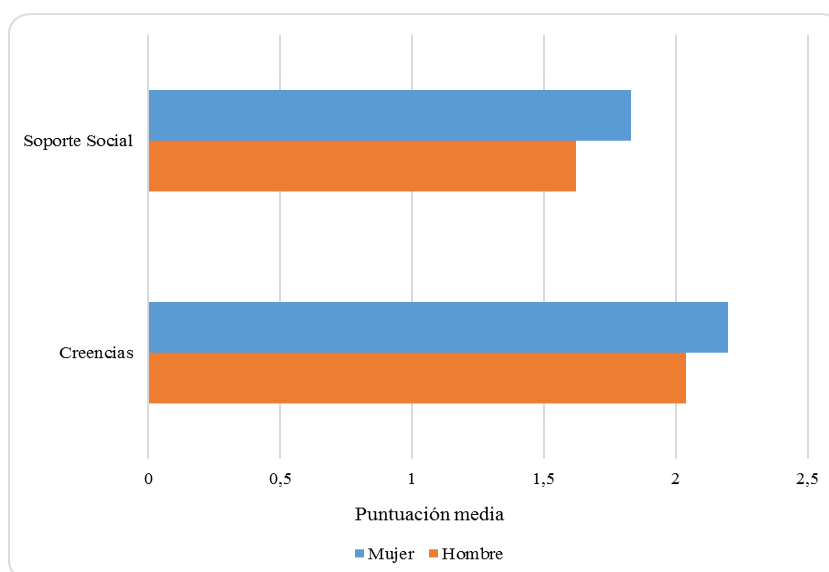
- ISC-15r

El ISC-15r es la prueba que se ha utilizado para medir las dimensiones de *Creencias* y *Soporte Social*. La escala tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 4; siendo 1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = muy de acuerdo.

Los resultados obtenidos por ambos sexos en cada una de las dimensiones son similares, siendo las puntuaciones más altas las que se obtienen en *Creencias* y las más bajas en *Soporte Social*.

Tal y como se muestra en la gráfica 5, la mujer ha alcanzado una puntuación media de 2,19 en *Creencias*, mientras que el sexo masculino ha conseguido una puntuación media de 2,03. Y en *Soporte Social* la puntuación media obtenida por la mujer es de 1,83 y la puntuación media alcanzada por el hombre en ésta dimensión es de 1,62 (ver gráfica 5).

**GRÁFICA 5. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CREENCIAS Y SOPORTE SOCIAL  
POR SEXO**



- PAM-R

El instrumento de medida utilizado para medir las actitudes ante la muerte es el PAM-R. Este instrumento tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 7; siendo 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = bastante en desacuerdo, 3 = algo en desacuerdo, 4 = indeciso, 5 = algo de acuerdo, 6 = bastante de acuerdo y 7 = totalmente de acuerdo.

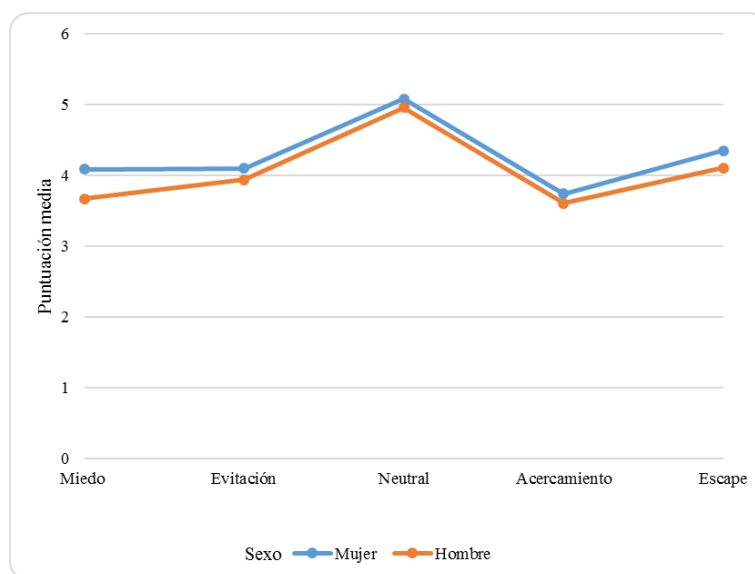
Tanto el sexo femenino como el masculino han obtenido las puntuaciones medias más altas en las actitudes: *Aceptación Neutral* (5,08) y *Escape* (4,09), mientras que la actitud que menos puntuación media ha alcanzado en ambos sexos es *Acercamiento*.

La diferencia más notable entre la mujer y el hombre en relación a las actitudes ante la muerte se encuentra en la actitud de *Miedo*, alcanzando una puntuación media de 4,08



en el sexo femenino, mientras que para el sexo masculino es una de las actitudes que menos puntuación media se ha conseguido 3,66 (ver gráfica 6).

**GRÁFICA 6. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE POR SEXO**



- EMMCL

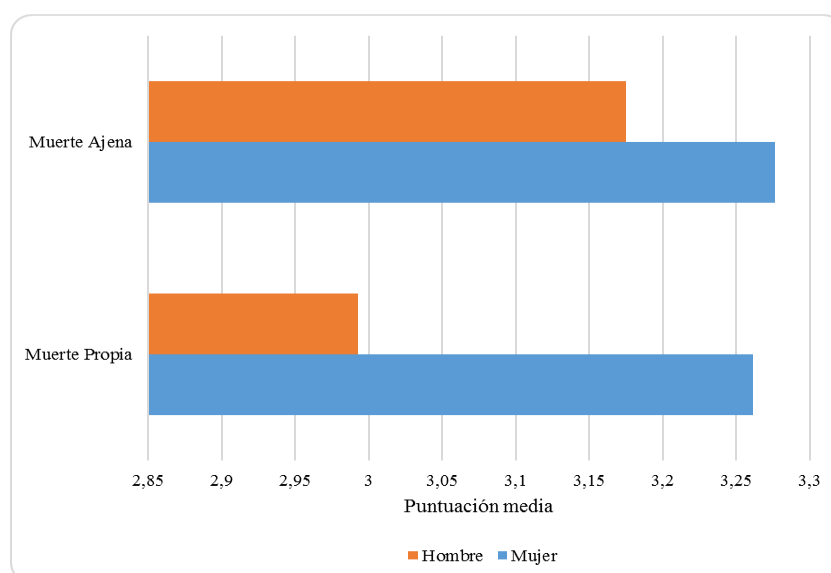
La prueba EMMCL mide las dimensiones de *Miedo a la Muerte Propia* y *Miedo a la Muerte Ajena*. Este instrumento de medida tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 5; siendo 1 = nada, 2 = poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = mucho.

La puntuación media alcanzada por el sexo femenino en el *Miedo a la Muerte Propia* y *Miedo a la Muerte Ajena* es muy similar. Sin embargo, en el sexo masculino la diferencia de puntuación entre ambos tipos de muerte es más significativa.

La mujer alcanza una mayor puntuación media en el *Miedo a la Muerte Ajena* con 3,27. El hombre, por su parte consigue una puntuación de 3,17 en el *Miedo a la Muerte*

*Ajena*, por encima del 2,99 puntuación media alcanzada en el *Miedo a la Muerte Propia* (ver gráfica 7).

**GRÁFICA 7. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNO DE LOS TIPOS DE MIEDO A LA MUERTE POR SEXO**



#### *7.1.1.2. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por edad*

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos de medida: CSI, PAM-R, ISC-15r y EMMCL, indican que la mayor parte de los sujetos que pertenecen a la muestra objeto de investigación, son personas con edades comprendidas entre los 71-80 años, obteniendo puntuaciones medias más altas que el resto de grupos de edad en la mayoría de las dimensiones que miden cada uno de los cuatro cuestionarios utilizados.

- CSI

Las puntuaciones medias en las ocho estrategias de afrontamiento conseguidas por el grupo de edad de 60-70 años y el grupo de 81-90 años son más dispares, mientras que

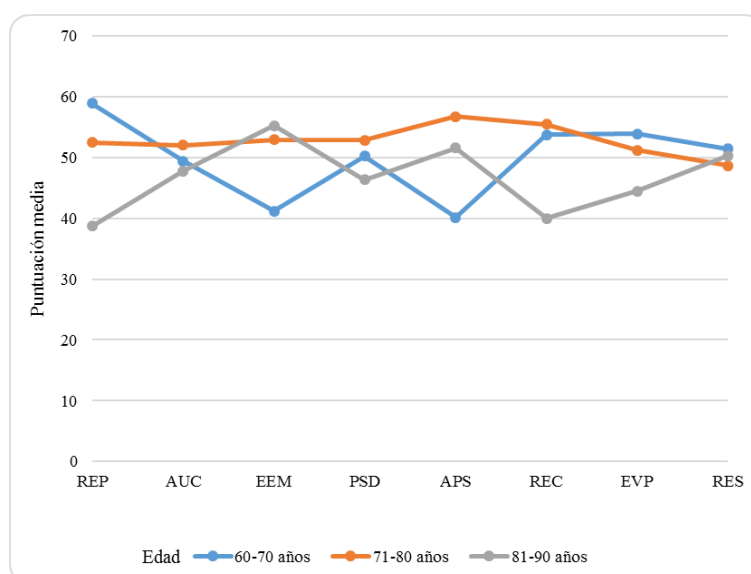
las puntuaciones medias conseguidas por el grupo de edad 71-80 años en cada una de las estrategias de afrontamiento se mantienen más constantes con puntuaciones por encima de 50.

Las personas de 60-70 años obtienen la puntuación media más alta en la estrategia de afrontamiento: *REP* con una media de 58,89; y la menor puntuación conseguida es en la estrategia de afrontamiento *APS* con una media de 40,12.

El grupo de edad de 71-80 años alcanza la puntuación media más alta en la estrategia de afrontamiento *APS* con 56,75. Y la puntuación media más baja es de 48,66 en la estrategia de afrontamiento *RES*.

La estrategia de afrontamiento que mayor puntuación media ha obtenido el grupo de edad de 81-90 años es *EEM* con 55,22. Y la estrategia de afrontamiento que menor puntuación ha conseguido este grupo de edad es *REP* con 38,68 (ver gráfica 8).

**GRÁFICA 8. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR EDAD**



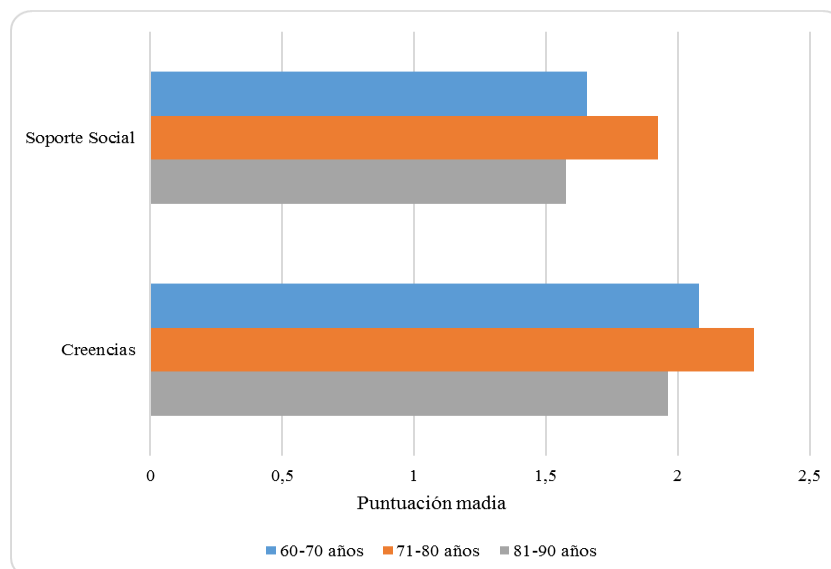
- ISC-15r

En el instrumento de medida en el Inventario de Sistema de Creencias (ISC-15r) que estudia las dimensiones que tienen que ver con la religión: por un lado, *Creencias* y por otro lado *Soporte Social*, los resultados obtenidos por los tres grupos de edad en cada una de las dimensiones son muy similares, siendo las puntuaciones más altas las que se obtienen en *Creencias* y las más bajas en *Soporte Social*.

Las puntuaciones más altas en *Creencias* y *Soporte Social* han sido alcanzadas por el grupo de edad 71-80 años. Mientras que las puntuaciones más bajas en éstas dimensiones relacionadas con la religión las ha conseguido el grupo de edad de 81-90 años (ver gráfica 9).

**GRÁFICA 9. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CREENCIAS Y SOPORTE SOCIAL**

**POR EDAD**



- PAM-R

Las dimensiones que mide el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) son: *Miedo a la Muerte*, *Evitación*, *Aceptación Neutral*, *Aceptación de Acercamiento* y *Aceptación de Escape*. Los resultados obtenidos por los tres grupos de edad en cada una de las dimensiones son similares, siendo las puntuaciones más altas las que se obtienen en *Aceptación Neutral* y las más bajas en *Aceptación de Acercamiento*.

El grupo de edad que menos puntuación media ha alcanzado en la mayoría de las actitudes ante la muerte en comparación con los otros dos rangos de edad es el de 60-70 años; mientras que el grupo de edad 71-80 ha conseguido las puntuaciones más altas en la mayor parte de las actitudes ante la muerte.

Las puntuaciones medias más altas se han obtenido en la actitud de *Aceptación Neutral* por los tres grupos de edad, manteniéndose por encima de 5:

- 60-70 años la puntuación media es de 5,04.
- 81-90 años la puntuación media es de 5,02.
- 71-80 años la puntuación media es de 5.

Las personas de 60-70 años y las de 81-90 son las que han alcanzado las puntuaciones medias más bajas en la actitud de *Acercamiento*, siendo éstas de: 3,36 y 3,51 respectivamente.

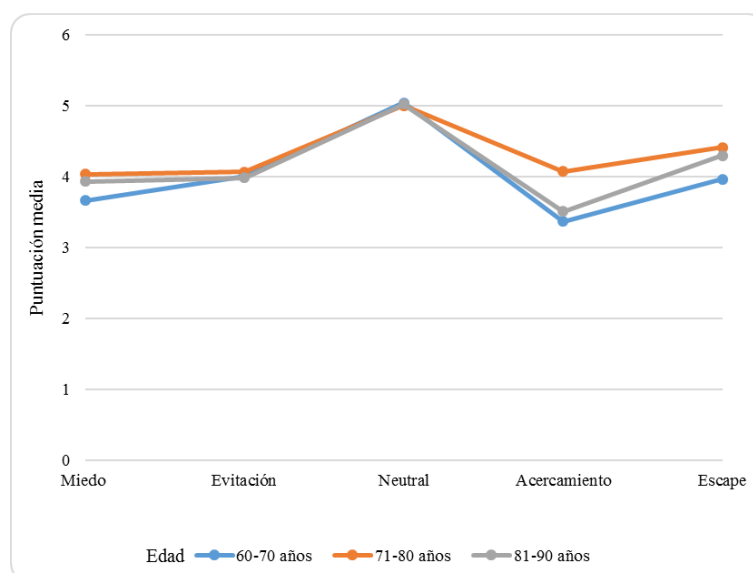
Mientras que para los rangos de edad de 71-80 años y 81-90 años la segunda puntuación más alta se ha obtenido en la actitud de *Escape*:

- 4,41 para el grupo de edad 71-80 años.
- 4,29 para el grupo de edad de 81-90 años.

Para las personas de 60-70 años la actitud de *Evitación* es la que ha conseguido la segunda puntuación más alta con 4,01.

La puntuación media más alta alcanzada en la actitud de *Miedo* es de 4 perteneciente al rango de edad de 71-80 años. Y la más baja es la obtenida por las personas de 60-70 años con una puntuación media de 3,66 (ver gráfica 10).

**GRÁFICA 10. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE POR EDAD**



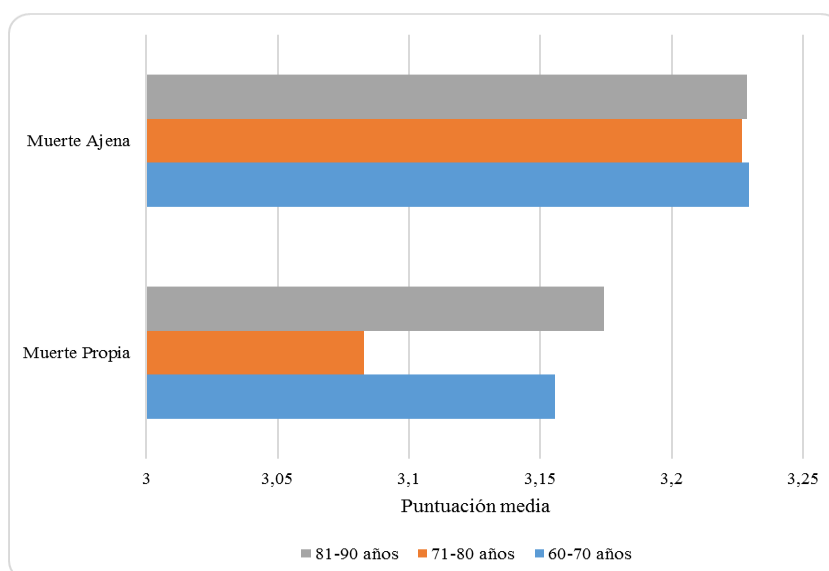
- EMMCL

Las medias que han obtenido los tres grupos de edad en dimensiones que tienen que ver con el temor a la muerte: por un lado, el *Miedo a la Muerte Propia* y, por otro lado, el *Miedo a la Muerte Ajena*, son muy similares. Los tres grupos de edad coinciden en las puntuaciones medias de ambos tipos de miedo a la muerte, siendo el *Miedo a la Muerte Ajena* el que consigue mayor puntuación media y el *Miedo a la Muerte Propia* el que ha obtenido las puntuaciones medias más bajas.

En el *Miedo a la Muerte Ajena* la puntuación media más alta ha sido de 3,23 alcanzada por los grupos de edad 60-70 años y 81-90 años. Siendo la puntuación media más baja la conseguida por las personas de 71-80 años con 3,22.

La puntuación media más alta en el *Miedo a la Muerte Propia* es de 3,17 obtenida por el grupo de edad de entre 81-90 años, le sigue el grupo de 60-70 años con una puntuación media de 3,15 y finalmente el grupo de 71-80 años ha obtenido 3,08 la puntuación media más baja en *Miedo a la Muerte Propia* (ver gráfica 11).

**GRÁFICA 11. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNO DE LOS TIPOS DE MIEDO A LA MUERTE POR EDAD**



### 7.1.1.3. Puntuaciones medias en cada una de las dimensiones por nivel de estudios

Los resultados obtenidos en cada uno de los instrumentos de medida: CSI, PAM-R, ISC-15r y EMMCL, indican que la mayor parte de los sujetos que pertenecen a la muestra objeto de investigación, son personas con *Estudios No Universitarios*,

obteniendo puntuaciones medias más altas que los otros dos niveles de estudios en la mayoría de las dimensiones que miden cada uno de los cuatro cuestionarios utilizados.

- CSI

Cabe destacar que las puntuaciones medias alcanzadas por el grupo de personas con *Estudios No Universitarios* se mantienen constantes respecto al resto de grupos donde las puntuaciones medias conseguidas en cada una de las estrategias de afrontamiento, son más heterogéneas.

Las estrategias de afrontamiento que han alcanzado las puntuaciones medias más altas según el nivel de estudios son:

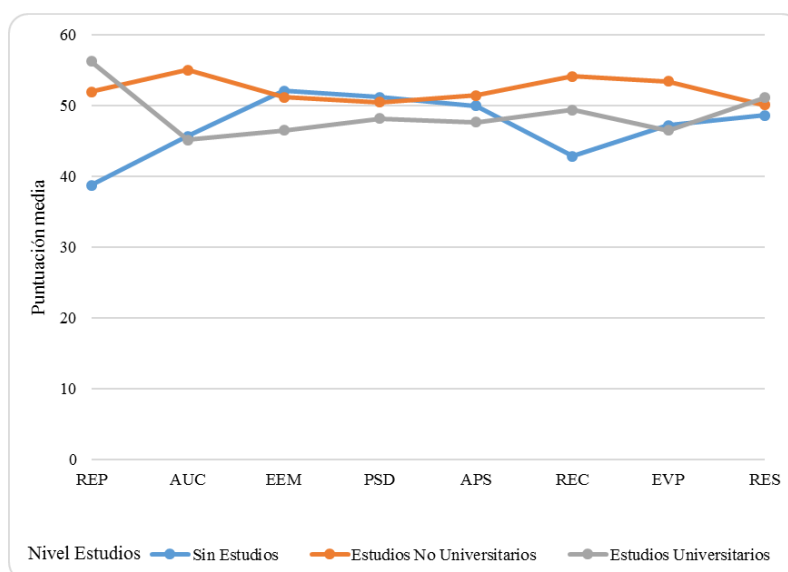
- REP con 56,26 obtenida por el grupo de personas con *Estudios Universitarios*.
- AUC con 55,01 conseguida por las personas con *Estudios No Universitarios*.
- EEM con 52,11 alcanzada por el grupo de personas *Sin Estudios*.

Las estrategias de afrontamiento que han obtenido las puntuaciones medias más bajas por los tres grupos de nivel de estudios son (ver gráfica 12):

- REP con 38,75 conseguida por las personas *Sin Estudios*.
- AUC con 45,15 alcanzada por el grupo de personas con *Estudios Universitarios*.
- RES con 50,07 obtenida por las personas con *Estudios No Universitarios*.



**GRÁFICA 12. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO POR NIVEL DE ESTUDIOS**

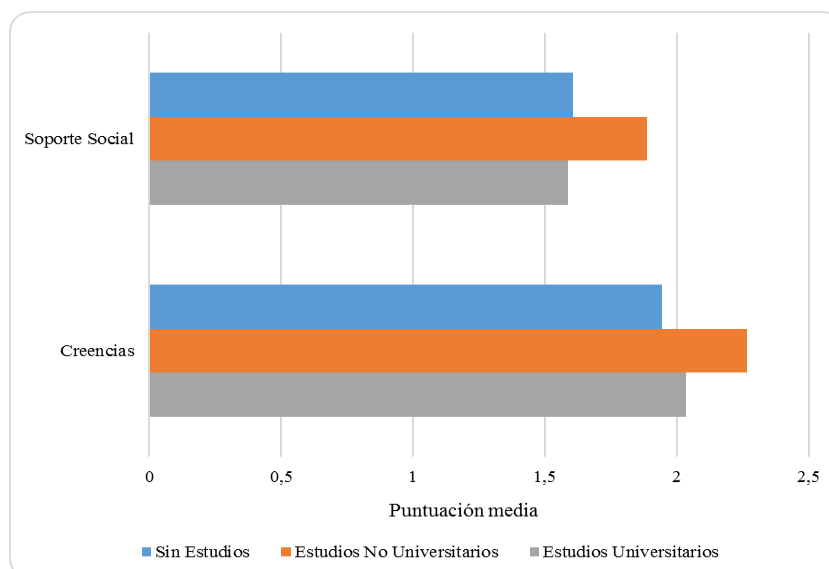


- ISC-15r

Las puntuaciones medias más altas han sido alcanzadas en Creencias, por los tres grupos de nivel de estudios; la mayor puntuación en ésta dimensión es la conseguida por las personas con *Estudios No Universitarios* con una media de 2,26, seguido por el grupo con *Estudios Universitarios* con una media de 2,03 y los que menos puntuación han obtenido en Creencias son las personas *Sin Estudios* con una media de 1,94.

Soporte Social es la dimensión del instrumento de medida ISC-15r con las puntuaciones medias más bajas conseguidas por los tres grupos de nivel de estudios. Las personas con *Estudios Universitarios* han obtenido una media de 1,58, la puntuación más baja en ésta dimensión, seguida por 1,60 la media alcanzada por el grupo de personas *Sin Estudios* y la puntuación más alta en Soporte Social es 1,87, media conseguida por las personas con *Estudios No Universitarios* (ver gráfica 13).

**GRÁFICA 13. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CREENCIAS Y EN SOPORTE SOCIAL POR NIVEL DE ESTUDIOS**



- PAM-R

El grupo con *Estudios No Universitarios* es el que ha conseguido las puntuaciones medias más homogéneas en las actitudes ante la muerte, en comparación con los otros dos grupos, *Sin Estudios* y con *Estudios Universitarios*, en los que las medias alcanzadas en las actitudes ante la muerte son más dispares.

Los tres grupos de nivel de estudios coinciden en la actitud ante la muerte con mayor puntuación media, Aceptación Neutral alcanzando:

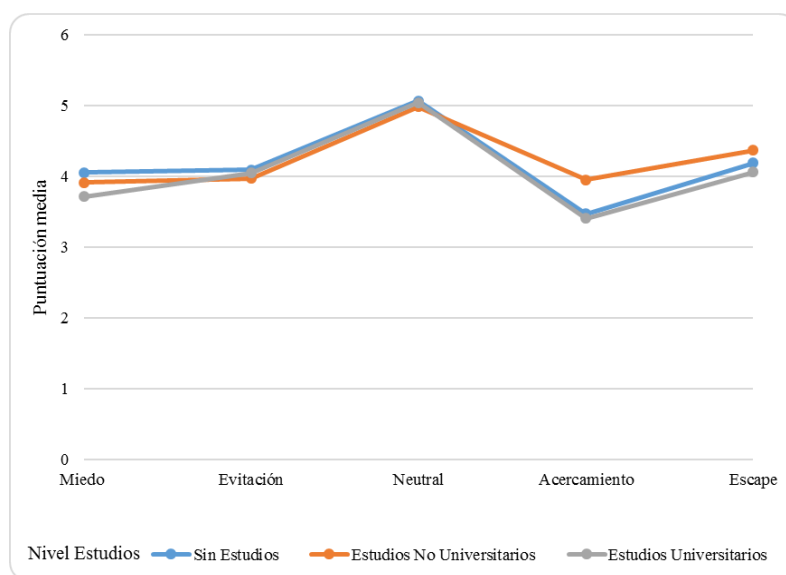
- 5,06 las personas *Sin Estudios*.
- 5,04 el grupo de personas con *Estudios Universitarios*.
- 4,98 las personas con *Estudios No Universitarios*.

Las personas con *Estudios Universitarios* y *Sin estudios* son los dos grupos que han obtenido la puntuación media más baja en la actitud ante la muerte de Acercamiento:

- 3,41 media conseguida por las personas con *Estudios Universitarios*.
- 3,47 media alcanzada por el grupo de personas *Sin Estudios*.

La puntuación media más alta alcanzada en la actitud de Miedo es de 4,05 perteneciente al grupo de personas *Sin Estudios*. Y la más baja es la obtenida por las personas con Estudios Universitarios con una puntuación media de 3,71 (ver gráfica 14).

**GRÁFICA 14. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNA DE LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE POR NIVEL DE ESTUDIOS**



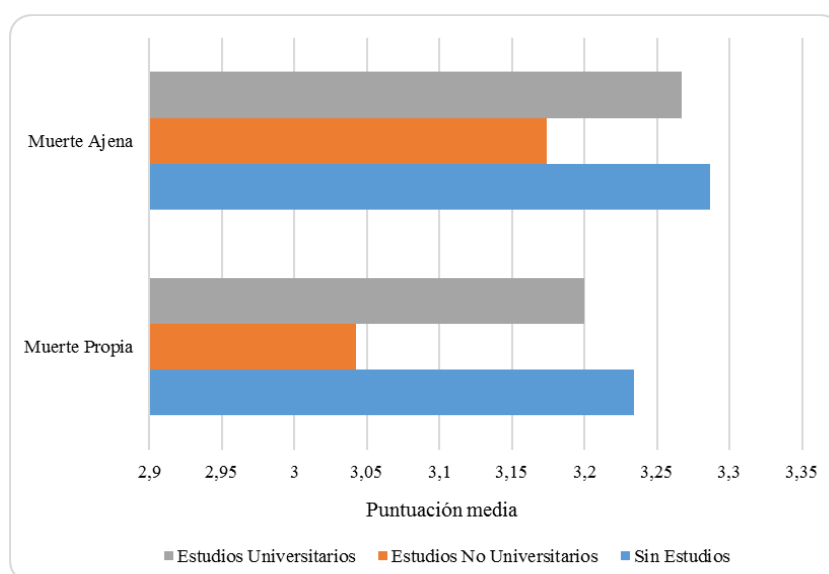
- EMMCL

Las puntuaciones medias que han obtenido los tres niveles de estudios en la dimensión de *miedo a la Muerte Ajena* es superior a las medias que se han alcanzado por los tres niveles de estudios en la dimensión de *miedo a la Muerte Propia*.

El grupo de personas que más teme a la muerte, ya sea ésta Propia o Ajena, es *Sin Estudios* consiguiendo las mayores puntuaciones medias en ambos tipos de miedo a la muerte. En la dimensión de miedo a la Muerte Propia ha alcanzado una puntuación media de 3,23, mientras que en la dimensión de miedo a la Muerte Ajena ha obtenido 3,28.

Las personas que pertenecen al nivel de *Estudios No Universitarios* han conseguido las puntuaciones medias más bajas en ambas dimensiones; alcanzando una media de 3,04 en miedo a la Muerte Propia y de 3,17 en miedo a la Muerte Ajena (ver gráfica 15).

**GRÁFICA 15. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN CADA UNO DE LOS TIPOS DE MIEDO A LA MUERTE POR NIVEL DE ESTUDIOS**



### 7.1.2. Análisis de medias de los ítems de los instrumentos de medida que tienen relación con la muerte y el temor a la misma

El segundo análisis de puntuaciones medias se ha llevado a cabo con el fin de poder explicar el miedo a la muerte en relación a las creencias, la actitud y el grado de

preocupación sobre la muerte propia y la muerte ajena. Se presentan los resultados obtenidos en los ítems de los instrumentos de medida que hacen alusión a la muerte y el temor a la misma por sexo, edad y nivel de estudios. De ésta forma podemos conocer las puntuaciones medias que han obtenido:

- Hombres y mujeres en todos aquellos ítems que se relacionan con la muerte y el miedo a la misma.
- Las personas de 60-70 años, 71-80 años y 81-90 años en los ítems de los cuatros instrumentos de medida que hacen alusión a la muerte y el miedo a la misma.
- Y las personas sin estudios, las que tienen estudios no universitarios y las que tienen estudios universitarios en los ítems, de los instrumentos de medida, que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma.

De los quince ítems que conforman el Inventario de Sistema de Creencias (ISC-15r), se han extraído los siete ítems sobre creencias religiosas que más relación pueden tener con el miedo a la muerte.

La mayoría de estos ítems tienen que ver con la recurrencia a la religión cuando algo en nuestras vidas no va bien, ya sea por enfermedad o porque el fin de los días está próximo.

Una de las actitudes que mide el instrumento de evaluación PAM-R (Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte) es la actitud de miedo a la muerte. De los treinta y dos ítems que componen el cuestionario, son siete los que definen ésta actitud.

Se han recopilado las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems del PAM-R que dan significado a la actitud de miedo a la muerte, con respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.

Del cuarto instrumento de medida utilizado, Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester (EMMCL), mide el miedo a la muerte haciendo distinción entre: la propia y la ajena. De los 28 ítems que componen el cuestionario, los primeros catorce (del 1 al 14) corresponden al miedo a la muerte propia y los últimos catorce (del ítem 15 al 28) hacen alusión al miedo a la muerte ajena. Estas dos dimensiones globales, se subdividen en dos específicas para cada una de las dos dimensiones, pudiendo contar con un total de cuatro.

Se han recopilado las puntuaciones medias obtenidas en cada uno de los ítems del EMMCL que dan significado al miedo a la muerte propia y ajena, con respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios.

#### *7.1.2.1. Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por sexo*

- ISC-15r

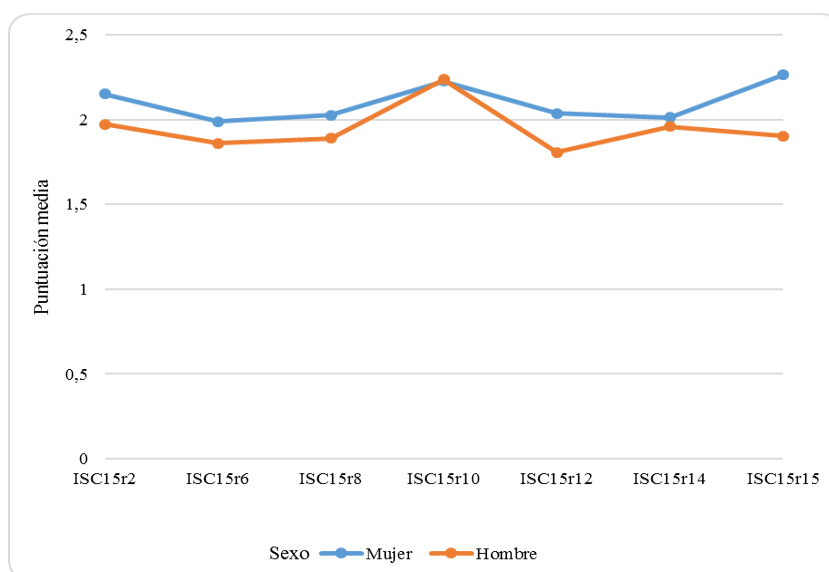
Las puntuaciones medias obtenidas por la mujer son superiores a las conseguidas por el hombre en todos los ítems, excepto en el diez “*He tenido esperanza como resultado de mis creencias religiosas.*”, donde el sexo masculino ha alcanzado una puntuación media de 2,236.

El ítem quince, que se corresponde con el ítem “*Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles.*”, alcanza la puntuación media más alta 2,26, por parte del sexo femenino siendo, por el contrario, una de las puntuaciones medias más bajas conseguidas por el hombre 1,90.

Las puntuaciones medias más bajas, por ambos sexos, las ha obtenido el ítem seis “*Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar.*”, consiguiendo la mujer una media de 1,98 y por parte del hombre una media de 1,86.

El hombre obtiene la puntuación media más baja en el ítem doce “*La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios.*”, siendo ésta de 1,80 (ver gráfica 16).

**GRÁFICA 16. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN LOS ÍTEMS DE LA ESCALA ISC-15R QUE TIENEN RELACIÓN CON EL MIEDO A LA MUERTE, POR SEXO**

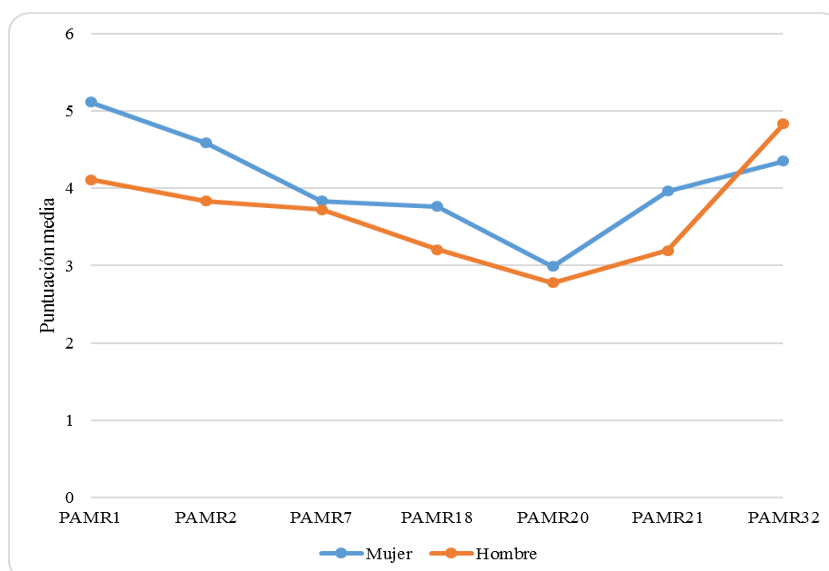


- PAM-R

El sexo femenino ha obtenido las puntuaciones medias más altas en seis de los siete ítems que definen la actitud del miedo a la muerte. La excepción se da en el ítem treinta y dos “*Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte*”, donde el hombre, con una puntuación media de 4,83 ha superado la puntuación media de la mujer 4,35.

El ítem uno “*La muerte es sin duda una experiencia horrible*” es el que mayor puntuación media ha alcanzado 5,11 por parte de la mujer. Por el contrario, el ítem que menor puntuación media ha obtenido es el ítem veinte “*El tema de una vida después de la muerte me preocupa*” con una media de 2,77 conseguida por el sexo masculino. Además, coincide con ser el ítem que menor puntuación media ha conseguido la mujer con una media de 2,98 (ver gráfica 17).

**GRÁFICA 17. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS DE LA ESCALA PAM-R  
POR SEXO**



- EMMCL

La mujer ha alcanzado una puntuación media superior a la del hombre en todos los ítems, exceptuando el ítem seis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu*

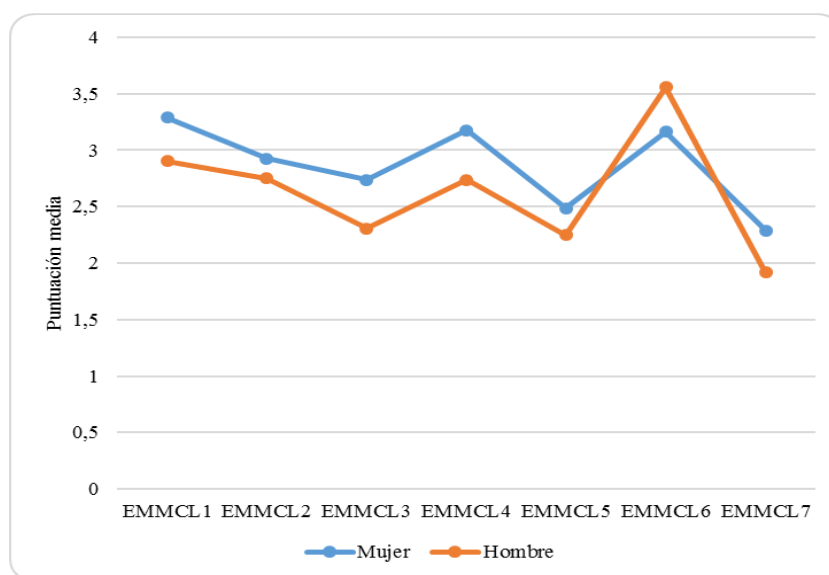


*propia muerte en no poder pensar ni experimentar nada nunca más?”*, siendo el hombre el que ha obtenido la máxima puntuación con una media de 3,55.

La puntuación media más alta conseguida por el sexo femenino ha sido de 3,28 en el ítem uno “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en el morir solo?*”

Ambos sexos coinciden en el ítem que menos puntuación media han obtenido, se trata del ítem siete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la desintegración del cuerpo después de morir?*”, obteniendo la mujer una media de 2,28 y el hombre 1,91 (ver gráfica 18).

**GRÁFICA 18. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 1-7 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR SEXO**



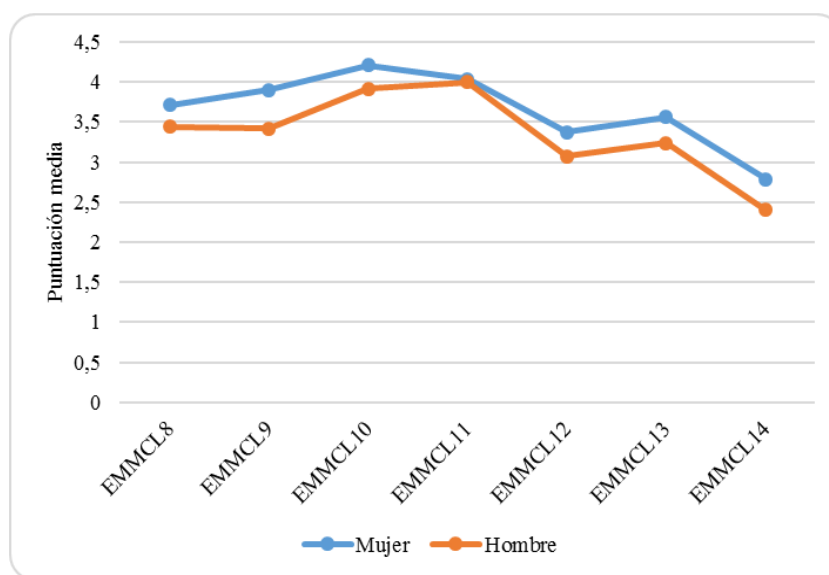
La mujer ha obtenido las puntuaciones medias más altas en los siete ítems que hacen alusión al miedo que tiene la persona a su propio proceso de morir. El ítem donde ha alcanzado la máxima puntuación media el sexo femenino es en el ítem diez “*¿Qué*

*grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la degeneración mental del envejecimiento?”*, con una media de 4,21.

La puntuación media más alta conseguida por el hombre es en el ítem once “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la pérdida de facultades durante el proceso?”*, con una media de 4,00.

Ambos sexos coinciden en el ítem que menos puntuación media han alcanzado, el ítem catorce “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la posibilidad de morir en un hospital?”*, con una media de 2,78 para la mujer y 2,40 para el hombre (ver gráfica 19).

**GRÁFICA 19. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 8-14 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR SEXO**



En cinco de los siete ítems que hacen alusión al miedo que genera la muerte de las personas cercanas, la mujer ha obtenido puntuaciones más altas que el hombre. Los dos ítems donde el sexo masculino ha superado al femenino son:

- Ítem diecisiete “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en no poder comunicarte nunca más?”
- Ítem dieciocho “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en lamentarte no haberte llevado mejor?”

Ambos sexos coinciden en que es en el ítem quince “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en la pérdida de una persona querida?”, donde han conseguido las puntuaciones medias más altas: la mujer con una media de 4,28 y el hombre con una media de 4,25. Y lo mismo ocurre con las puntuaciones medias más bajas, los dos sexos vuelven a coincidir en el ítem diecisiete “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en no poder comunicarte nunca más?” donde han alcanzado las puntuaciones medias más bajas: la mujer con una media de 1,93 y el hombre de 2,37 (ver gráfica 20).

**GRÁFICA 20. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 15-21 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR SEXO**

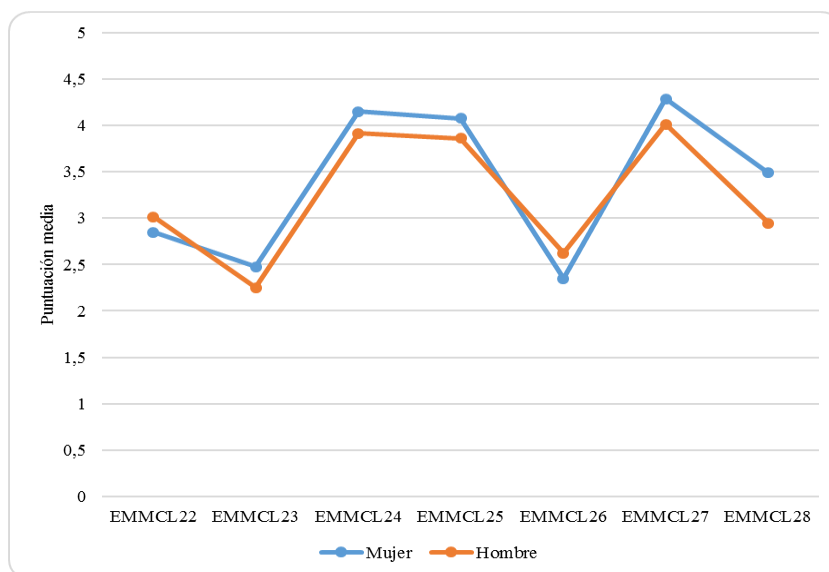


En cinco de los siete ítems que hacen alusión al miedo que genera el proceso de morir de las personas cercanas, la mujer ha obtenido puntuaciones más altas que el hombre. Los dos ítems donde el sexo masculino ha superado al femenino son:

- Ítem veintidós “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en tener que estar con alguien que se está muriendo?*”
- Ítem veintiséis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros no saber cómo gestionar tu dolor ante su pérdida?*”

Ambos sexos coinciden en que es en el ítem veintitrés “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en asistir al deterioro de sus facultades mentales?*”, donde han conseguido las puntuaciones medias más altas: la mujer con una media de 4,28 y el hombre con una media de 4,01. Y lo mismo ocurre con las puntuaciones medias más bajas, los dos sexos vuelven a coincidir en el ítem diecisiete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo?*” donde han alcanzado las puntuaciones medias más bajas: la mujer con una media de 2,47 y el hombre de 2,25 (ver gráfica 21).

**GRÁFICA 21. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 22-28 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR SEXO**



#### 7.1.2.2. Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por edad

- ISC-15r

El grupo de edad de 71-80 años ha obtenido las puntuaciones medias más altas en todos los ítems del ISC-15r, con respecto a las personas de 60-70 años y las de 81-90 años.

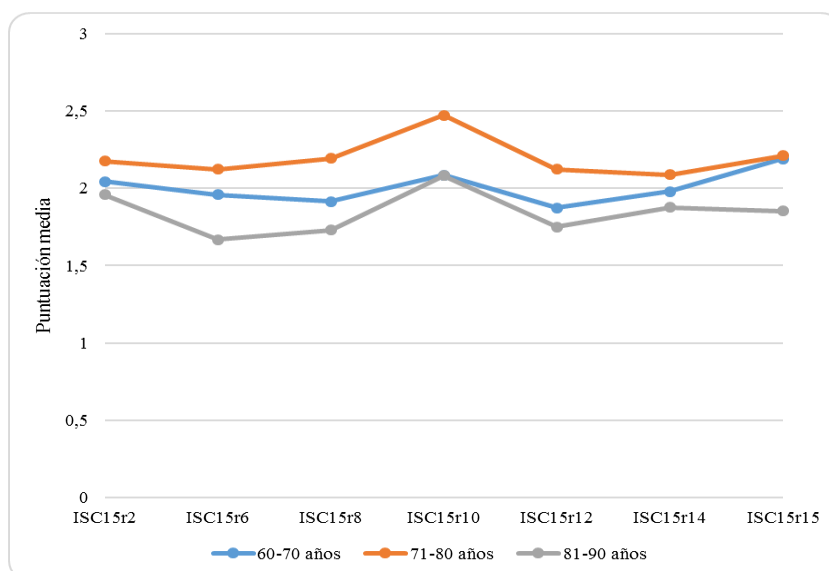
Las puntuaciones medias más bajas corresponden con el grupo de edad de entre 81-90 años en todos los ítems.

En el ítem diez “*He tenido esperanza como resultado de mis creencias religiosas.*”, los grupos de edad de 71-80 años y 81-90 años han obtenido sus máximas puntuaciones medias, en comparación con el resto de puntuaciones obtenidas.

Las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años han alcanzado su máxima puntuación media en el ítem quince “*Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles.*”, con una media de 2,19. En contra posición, la puntuación media más baja conseguida por este grupo de edad es en el ítem doce “*La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios.*”, con una media de 1,87.

La puntuación media más baja que ha obtenido el grupo de edad de 71-80 años es de 2,08 en el ítem catorce “*Creo que Dios me protege del daño.*” Sin embargo, para las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años es en el ítem seis “*Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar.*”, donde han alcanzado la puntuación media más baja 1,66 (ver gráfica 22).

**GRÁFICA 22. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS DE LA ESCALA ISC-15R  
POR EDAD**



- PAM-R

En cuatro de los siete ítems del PAM-R que definen la actitud de miedo a la muerte, las personas con edades comprendidas entre 71-80 años han obtenido las puntuaciones medias más altas con respecto a los otros dos grupos de edad. Los cuatro ítems donde el grupo de edad de 71-80 años ha superado a los otros dos grupos son:

- Ítem 1, “*La muerte es sin duda una experiencia horrible.*”, con una media de 4,77.
- Ítem 2, “*Mi propia muerte es sin duda una experiencia horrible.*”, con una media de 4,56.
- Ítem 7, “*Me trastorna la finalidad de la muerte.*”, con una media de 4,05.
- Ítem 18, “*Tengo un miedo intenso a la muerte.*”, con una media de 3,80.

Las puntuaciones medias conseguidas por el grupo de edad de 81-90 años han superado a las obtenidas por los otros dos grupos en los ítems veinte “*El tema de una vida después de la muerte me preocupa.*” con una media de 3,16 y el veintiuno “*Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin.*” con una media de 4,41. Siendo ésta la puntuación media más alta que consigue el grupo de edad 81-90 años.

En el ítem treinta y dos “*Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte.*”, las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años han logrado superar a los otros dos grupos de edad, alcanzando una puntuación media de 4,85. Siendo ésta la puntuación media más alta que consigue el grupo de edad 60-70 años.

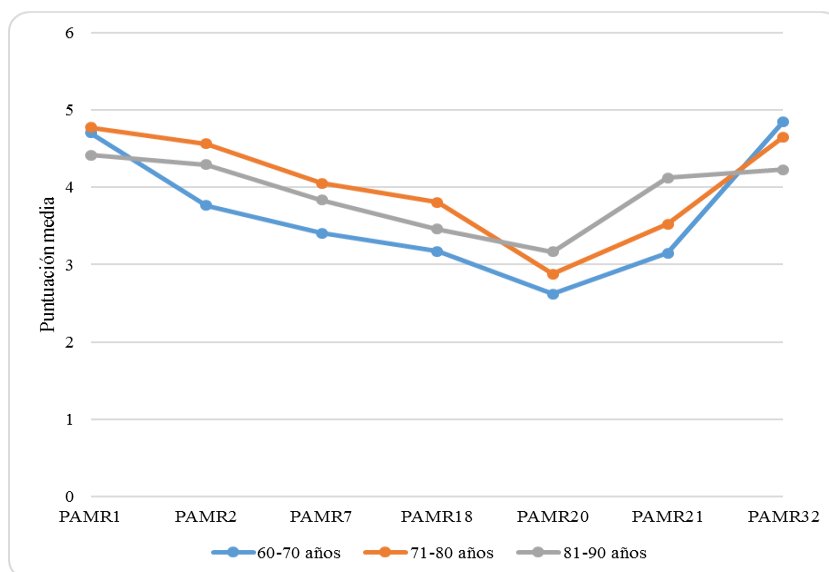
Las puntuaciones medias más bajas, en cinco de los siete ítems que definen la actitud de miedo a la muerte, han sido alcanzadas por el grupo de edad 60-70 años quedando por debajo del resto de grupos. Los cinco ítems donde las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años, ha superado a los otros dos grupos son:

- Ítem 2, “*Mi propia muerte despierta mi ansiedad.*”, con una media de 3,76.
- Ítem 7, “*Me trastorna la finalidad de la muerte.*”, con una media de 3,40.
- Ítem 18, “*Tengo un miedo intenso a la muerte.*”, con una media de 3,17.
- Ítem 20, “*El tema de una vida después de la muerte me preocupa.*”, con una media de 2,61.
- Ítem 21, “*Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin.*”, con una media de 3,14.

En los ítems uno “*La muerte es sin duda una experiencia horrible.*” y treinta y dos “*Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte.*” las puntuaciones medias más bajas son las obtenidas por el grupo de edad de 81-90 años quedando por debajo del resto de grupos de edad, alcanzando unas puntuaciones de 4,41 y 4,22 respectivamente. Sin embargo, este grupo de edad ha obtenido puntuaciones medias más bajas como, por ejemplo, 3,16 en el ítem veinte “*El tema de una vida después de la muerte me preocupa.*”, convirtiéndose éste en el ítem que menores puntuaciones medias ha alcanzado por los tres grupos de edad (ver gráfica 23).



**GRÁFICA 23. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS DE LA ESCALA PAM-R  
POR EDAD**



- EMMCL

En el EMMCL, las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años han obtenido las puntuaciones más altas en tres de los siete ítems que definen el miedo a la muerte propia con respecto a los otros dos grupos de edad.

- Ítem uno “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en el morir solo?”, con una media de 3,18.
- Ítem dos “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la vida breve?”, con una media de 3,14.
- Ítem cuatro “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en morir joven?”, con una media de 3,22.

Las personas con edades comprendidas entre los 71-80 años han obtenido las puntuaciones medias más altas en dos de los siete ítems, con respecto a los otros dos grupos de edad. Estos dos ítems son:

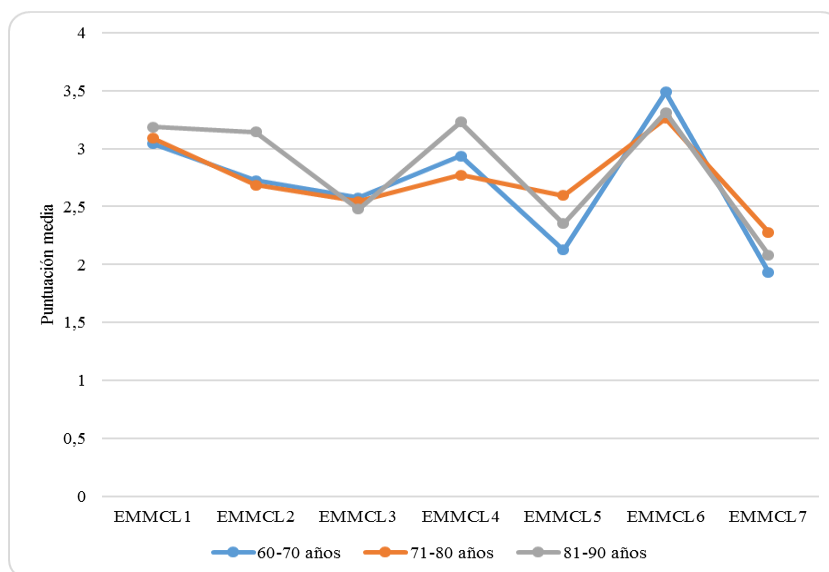
- Ítem cinco “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en cómo será estar muerto?*”, con una media de 2,59.
- Ítem siete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la desintegración del cuerpo después de morir?*”, con una media de 2,28.

Las puntuaciones medias más altas conseguidas por las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años han sido en dos de los siete ítems:

- Ítem tres “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en todas las cosas que perderás al morir?*”, con una media de 2,57.
- Ítem seis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en no poder pensar ni experimentar nada nunca más?*”, con una media de 3,48.

Los tres grupos de edad coinciden en que las puntuaciones medias más altas las han obtenido en el ítem seis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en no poder pensar ni experimentar nada nunca más?*” Y es en el ítem siete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la desintegración del cuerpo después de morir?*”, donde los tres grupos han conseguido las puntuaciones medias más bajas (ver gráfica 24).

**GRÁFICA 24. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 1-7 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR EDAD**



Las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años han obtenido las puntuaciones más altas en seis de los siete ítems que hacen referencia al miedo que una persona tiene sobre su propio proceso de morir. El único ítem donde no ha obtenido la puntuación más alta en comparación con los otros grupos de edad es en:

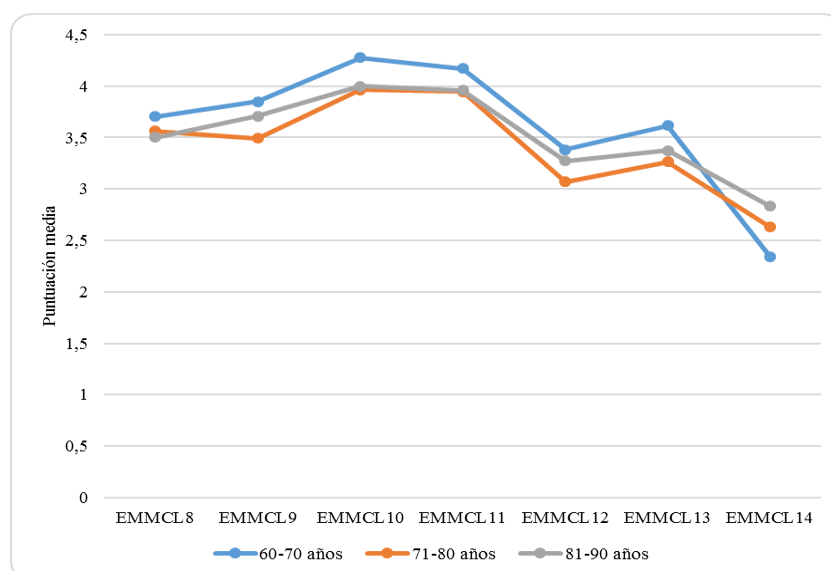
- Ítem catorce “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la posibilidad de morir en un hospital?”, donde el grupo de edad 81-90 años ha conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos.

Las puntuaciones medias más altas, por los tres grupos de edad, se han alcanzado en el ítem once “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la pérdida de las facultades durante el proceso?”, con una media de 4,27 para el grupo de 60-70 años, una media de 3,96 que corresponde al grupo de edad de 71-80

años y 4,00 la media obtenida por las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años.

Es en el ítem catorce “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso del morir en la posibilidad de morir en un hospital?”, donde los tres grupos de edad han conseguido las puntuaciones medias más bajas, con una media de 2,34 por parte del grupo de edad 60-70 años, 2,63 media obtenida por el grupo de edad de 71-80 años y 2,83 media de las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años (ver gráfica 25).

**GRÁFICA 25. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 8-14 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR EDAD**



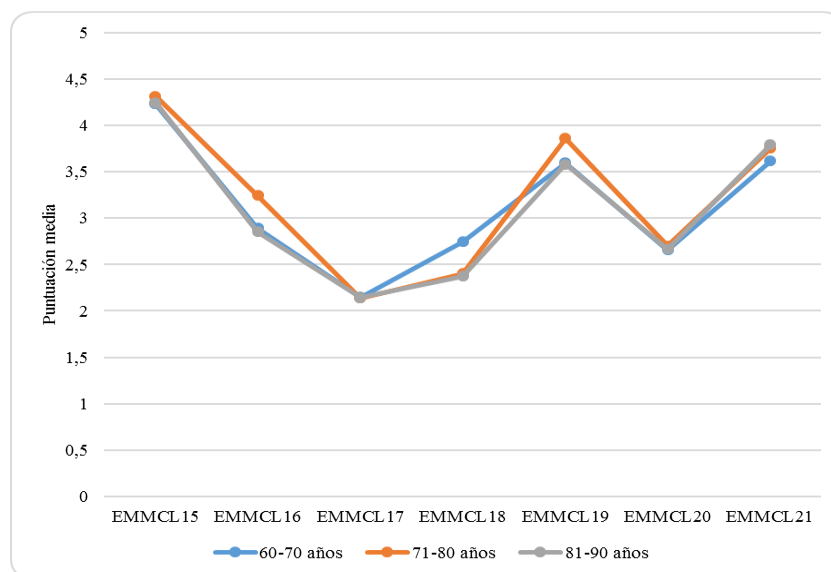
Las personas con edades comprendidas entre los 71-80 años han obtenido las puntuaciones medias más altas en cuatro de los siete ítems que hacen alusión al miedo que se siente por la muerte de las personas cercanas. En el ítem dieciocho “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en lamentar no haberte llevado

*mejor?*”, es donde el grupo de edad de 60-70 años consigue la puntuación media de 2,74 siendo ésta la más alta en este ítem en comparación a las obtenidas por el resto de grupos de edad. Y las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años consiguen la puntuación media más alta en el ítem veintiuno “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en sentirse solo sin ella?*”, con una media de 3,79 superando así las puntuaciones medias obtenidas por los otros grupos de edad.

Los grupos de edad 60-70 años y 71-80 años coinciden en el ítem quince “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en la pérdida de una persona querida?*”, alcanzando las puntuaciones medias más altas: 4,23 la media obtenida por las personas con edades comprendidas entre los 60-70 años y la media de 4,31 conseguida por el grupo de edad de 71-80 años.

En el ítem diecisiete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en no poder comunicarte más con ella?*”, es donde los tres grupos de edad han obtenido las puntuaciones medias más bajas, todos ellos con una media de 2,14 (ver gráfica 26).

**GRÁFICA 26. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 15-21 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR EDAD**



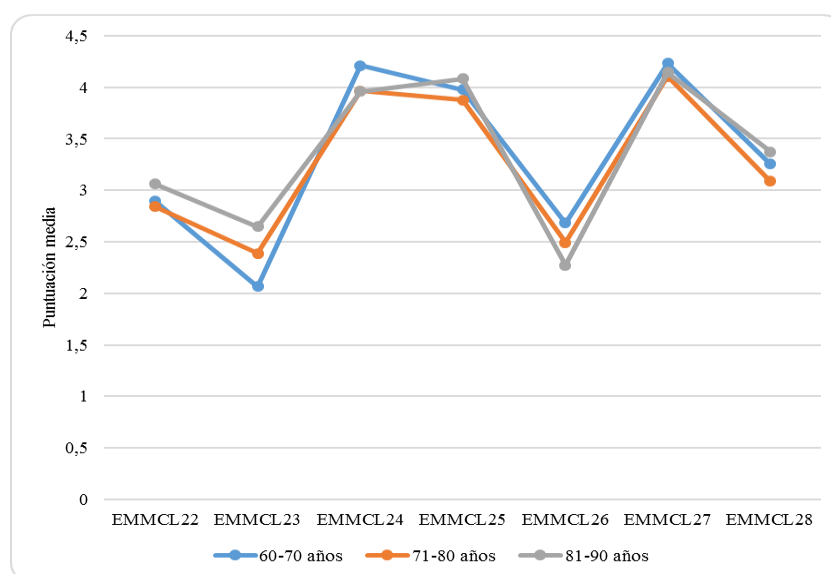
Las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años alcanzan las puntuaciones medias más altas en cuatro de los siete ítems que hacen referencia al miedo que genera el proceso de morir de las personas cercanas. Las medias obtenidas en los otros tres ítems han sido superadas por el grupo de edad de 60-70 años:

- Ítem veinticuatro “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en ver cómo sufre dolor?”
- Ítem veintiséis “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en no saber cómo gestionar tu dolor ante su pérdida?”
- Ítem veintisiete “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en asistir al deterioro de sus facultades mentales?”

Es en este último ítem, donde los tres grupos de edad han conseguido las puntuaciones medias más altas: 4,23 para las personas con edades comprendidas entre

los 60-70 años, 4,10 para el grupo de edad de 71-80 años y 4,14 para las personas con edades comprendidas entre los 81-90 años (ver gráfica 27).

**GRÁFICA 27. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 22-28 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR EDAD**



### 7.1.2.3. Puntuaciones medias en los ítems que tienen relación con la muerte y el miedo a la misma por nivel de estudios

- ISC-15r

En el instrumento de medida ISC-15r, las puntuaciones medias más altas en los siete ítems han sido alcanzadas por las personas que tienen *Estudios No Universitarios*. Mientras que las puntuaciones medias más bajas las ha obtenido el nivel de *Sin Estudios*, a excepción del ítem diez “*He tenido esperanza como resultado de mis creencias religiosas.*”, donde las personas con *Estudios Universitarios* han conseguido la puntuación media más baja 2,04. Sin embargo, es en este ítem donde las personas *Sin*

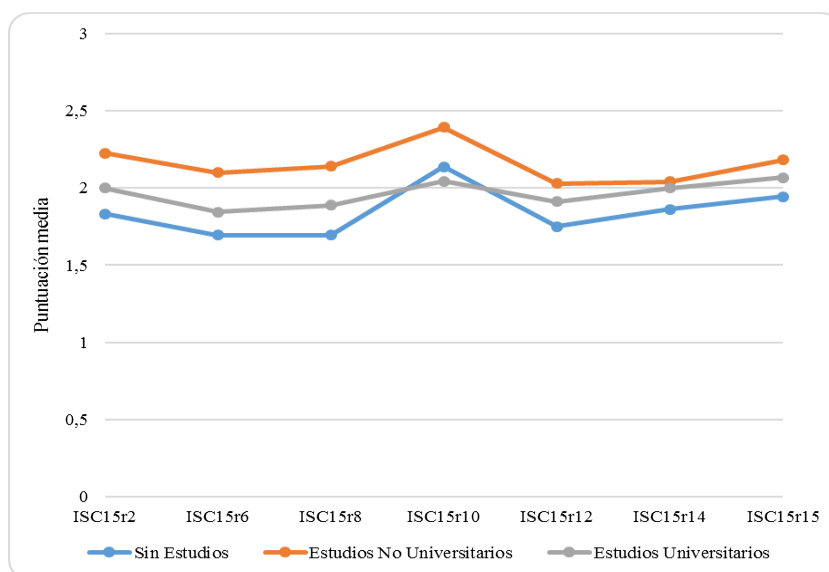
*Estudios* y las que tienen *Estudios No Universitarios* han alcanzado las puntuaciones más altas: 2,13 y 2,39 respectivamente.

La puntuación media más alta que han obtenido las personas con *Estudios Universitarios* es en el ítem quince “*Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles*”, con una media de 2,06.

En los ítems seis “*Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar*” y ocho “*Durante tiempos de enfermedad, mis creencias se han fortalecido*”, es donde las personas *Sin Estudios* han alcanzado la puntuación media más baja 1,69.

Las personas con *Estudios No Universitarios* han obtenido la puntuación media más baja en el ítem doce “*La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios*”, con una media de 2,02. Mientras que la puntuación media más baja conseguida por las personas con *Estudios Universitarios* es de 1,84 en el ítem seis “*Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar*” (ver gráfica 28).

**GRÁFICA 28. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS DE LA ESCALA ISC-15R POR NIVEL DE ESTUDIOS**





- PAM-R

Las puntuaciones medias más altas en seis de los siete ítems del PAM-R que definen la actitud de Miedo a la Muerte, las han obtenido las personas *Sin Estudios*, con respecto a los otros dos niveles de estudios. Es en el ítem treinta y dos “*Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte*”, donde las personas con *Estudios No Universitarios* y las personas con *Estudios Universitarios* han superado la puntuación obtenida por las personas *Sin Estudios*.

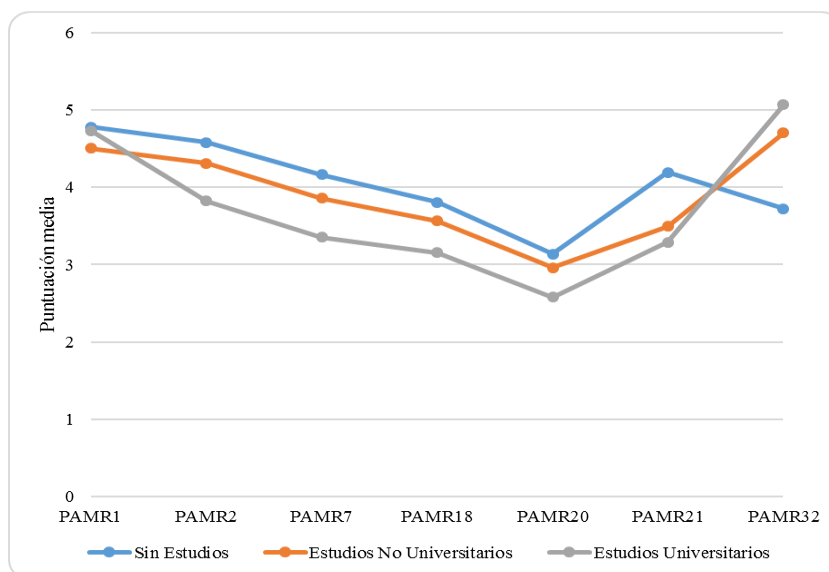
Por el contrario, las personas con *Estudios Universitarios* han conseguido las puntuaciones medias más bajas en cinco de los siete ítems que definen el miedo a la muerte.

La puntuación media más alta obtenida por las personas *Sin Estudios* es de 4,77 en el ítem “*La muerte es sin duda una experiencia horrible*” Para las personas con *Estudios Universitarios* y las personas con *Estudios No Universitarios* la media más alta que han conseguido es en el ítem treinta y dos “*Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte*”, con una media de 5,06 y 4,70 respectivamente.

Los tres niveles de estudios han obtenido la puntuación media más baja en el ítem veinte “*El tema de una vida después de la muerte me preocupa*” (ver gráfica 29).

- Con una media de 3,13 para las personas *Sin Estudios*.
- Con una media de 2,95 para las personas con *Estudios No Universitarios*.
- Y con una media de 2,57 para las personas con *Estudios Universitarios*.

**GRÁFICA 29. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS DE LA ESCALA PAM-R  
POR NIVEL DE ESTUDIOS**



- EMMCL

En el cuestionario EMMCL, las personas que no tienen estudios han conseguido las puntuaciones medias más altas en cinco de los siete ítems que hacen referencia al miedo a la muerte propia con respecto a los otros dos niveles de estudios. Los dos ítems donde las personas sin estudios no han obtenido la máxima puntuación son:

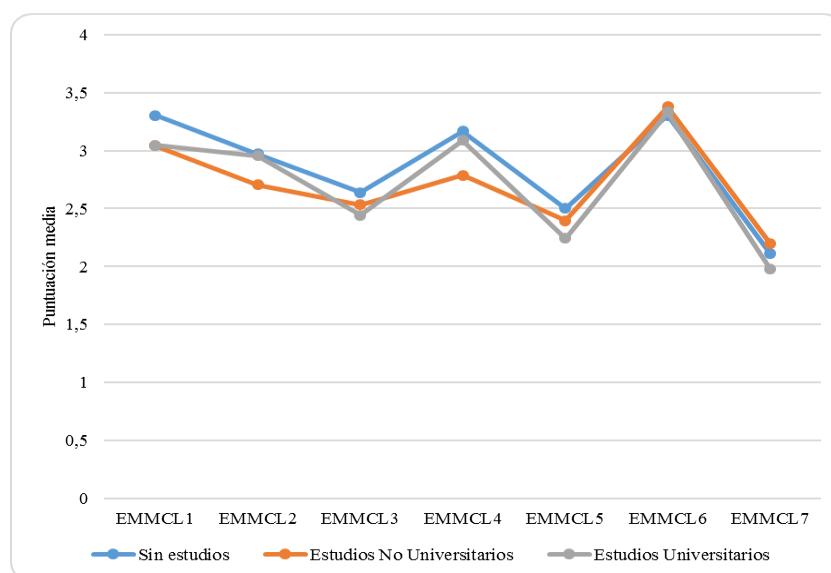
- Ítem seis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en no poder pensar ni experimentar nada nunca más?*”
- Ítem siete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la desintegración del cuerpo después de morir?*”

En estos dos ítems son las personas con *Estudios No Universitarios* las que han alcanzado la máxima puntuación: en el ítem seis con una media de 3,38 y en el ítem siete con una media de 2,19.

Los tres niveles de estudios han obtenido la máxima puntuación media en el mismo ítem, el seis “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en no poder pensar ni experimentar nada nunca más?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 3,30, las personas con *Estudios No Universitarios* 3,38 y las personas con *Estudios Universitarios* 3,33.

Lo mismo ocurre con las puntuaciones medias más bajas, los tres niveles de estudios coinciden en el mismo ítem, en este caso es el siete “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en la desintegración del cuerpo después de morir?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 2,19, las personas con *Estudios No Universitarios* 3,38 y las personas con *Estudios Universitarios* 1,97 (ver gráfica 30).

**GRÁFICA 30. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 1-7 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR NIVEL DE ESTUDIOS**



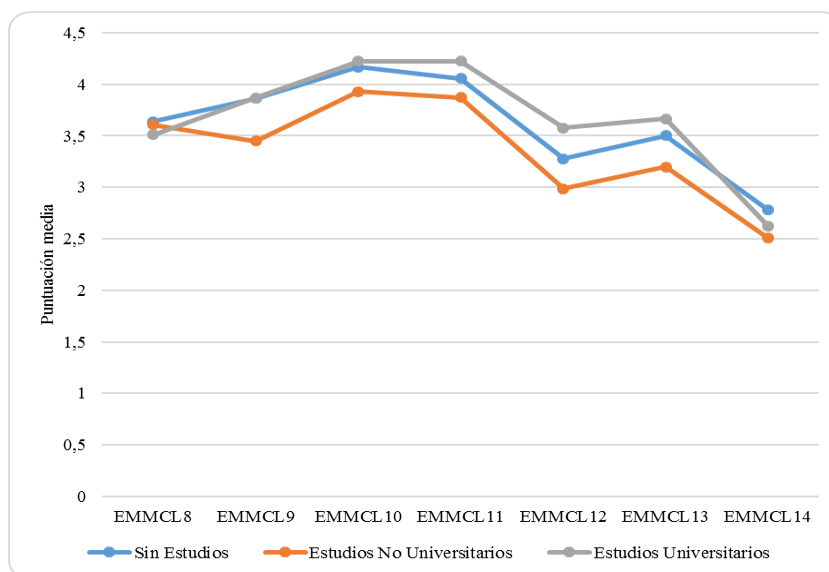
Las personas con *Estudios Universitarios* han alcanzado las máximas puntuaciones medias en cinco de los siete ítems que hacen alusión al miedo que una persona tiene sobre su propio proceso de morir. Los dos ítems donde no ha obtenido la puntuación más alta en comparación con los otros niveles de estudios son:

- Ítem ocho “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la degeneración física que supone?*”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 3,63.
- Ítem catorce “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la posibilidad de morir en un hospital?*”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 2,77.

Los tres niveles de estudios han obtenido la máxima puntuación media en el mismo ítem, el diez “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la degeneración mental del envejecimiento?*”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 4,16, las personas con *Estudios No Universitarios* 3,93 y las personas con *Estudios Universitarios* 4,22.

Lo mismo ocurre con las puntuaciones medias más bajas, los tres niveles de estudios coinciden en el mismo ítem, en este caso es el catorce “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la posibilidad de morir en un hospital?*”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 2,77, las personas con *Estudios No Universitarios* 2,50 y las personas con *Estudios Universitarios* 2,62 (ver gráfica 31).

**GRÁFICA 31. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 8-14 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR NIVEL DE ESTUDIOS**



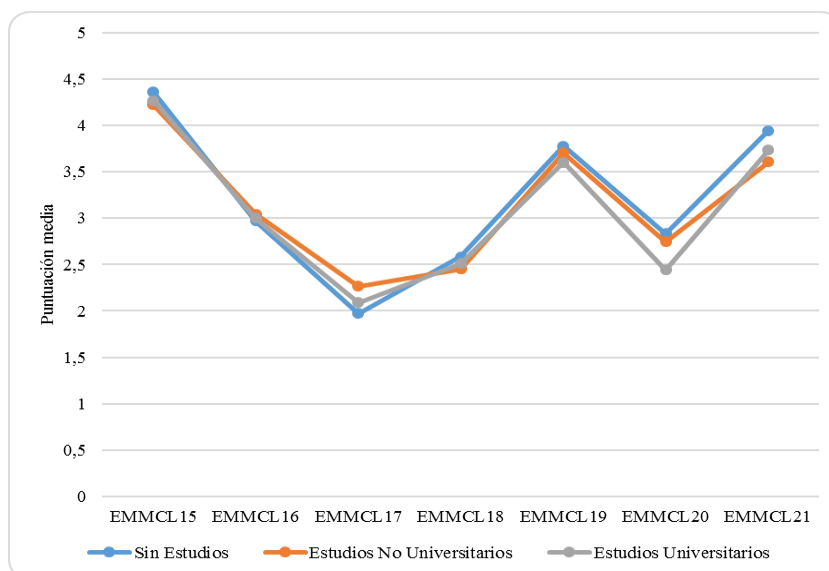
Las personas *Sin Estudios* han alcanzado las máximas puntuaciones medias en cinco de los siete ítems que hacen alusión al miedo que se siente por la muerte de las personas cercanas. Los dos ítems donde no ha obtenido la puntuación más alta en comparación con los otros niveles de estudios son:

- Ítem dieciséis “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en no poder comunicarte nunca más con ella?*”, donde las personas con *Estudios No Universitarios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 3,04.
- Ítem diecisiete “*¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en lamentar no haberte llevado mejor con ella?*”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 2,26.

Los tres niveles de estudios han obtenido la máxima puntuación media en el mismo ítem, el quince “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en la pérdida de una persona querida?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 4,36, las personas con *Estudios No Universitarios* 4,22 y las personas con *Estudios Universitarios* 4,26.

Lo mismo ocurre con las puntuaciones medias más bajas, los tres niveles de estudios coinciden en el mismo ítem, en este caso es el diecisiete “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en no poder comunicarte nunca más con ella?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 1,97, las personas con *Estudios No Universitarios* 2,26 y las personas con *Estudios Universitarios* 2,08 (ver gráfica 32).

**GRÁFICA 32. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 15-21 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR NIVEL DE ESTUDIOS**



Las personas con *Estudios Universitarios* han alcanzado las máximas puntuaciones medias en cuatro de los siete ítems que hacen alusión al miedo que genera el proceso de morir de las personas cercanas. Los tres ítems donde no han obtenido la puntuación más alta en comparación con los otros niveles de estudios son:

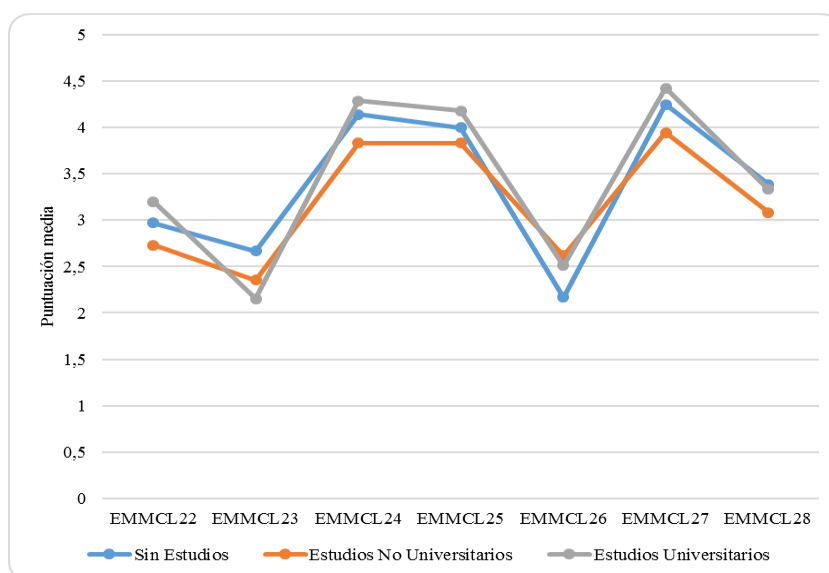
- “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 2,66.
- “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en no saber cómo gestionar tu dolor ante su pérdida?”, donde las personas con *Estudios No Universitarios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 2,62.
- “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en ser consciente de que algún día vivirás esta experiencia?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido la puntuación media más alta con respecto al resto de grupos, con una media de 3,38.

Los tres niveles de estudios han obtenido la máxima puntuación media en el mismo ítem, “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en asistir al deterioro de sus facultades mentales?”, donde las personas *Sin Estudios* han conseguido una puntuación media de 4,25, las personas con *Estudios No Universitarios* 3,94 y las personas con *Estudios Universitarios* 4,42.

Las puntuaciones medias más bajas, obtenidas por las personas con *Estudios No Universitarios* y las personas con *Estudios Universitarios* coinciden en el mismo ítem,

en este caso “¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en la posibilidad de morir en un hospital?”, donde las personas con *Estudios No Universitarios* han conseguido una puntuación media de 2,35, y las personas con *Estudios Universitarios* 2,15. Y la puntuación media más baja alcanzada por las personas *Sin Estudios* es de 2,16 en el ítem “¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en no saber cómo gestionar tu dolor ante su pérdida?” (ver gráfica 33).

**GRÁFICA 33. PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN ÍTEMS 22-28 DE LA ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE DE COLLETT Y LESTER POR NIVEL DE ESTUDIOS**



## **7.2. Correlaciones entre el tipo de *miedo a la muerte* y las dimensiones de cada uno de los instrumentos de medida**

Se ha llevado a cabo la correlación de Spearman para analizar la relación que se establece, por un lado, del *Miedo a la Muerte Propia* con:

- Las estrategias de afrontamiento.
- Las creencias y soporte social.



- Las actitudes ante la muerte.

Y, por otro lado, del *Miedo a la Muerte Ajena* con:

- Las estrategias de afrontamiento.
- Las creencias y soporte social.
- Las actitudes ante la muerte.

Al correlacionar la variable *Miedo a la Muerte Propia* con las ocho estrategias de afrontamiento, sólo se encontró una correlación significativa entre ésta y la estrategia PSD (Pensamiento Desiderativo), con un coeficiente de correlación de Spearman 0,182 y un nivel de significación de  $p = 0,025$  ( $p < 0,05$ ), como se puede comprobar en la Tabla 1, que se muestra a continuación. Se puede afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, más utilizan el Pensamiento Desiderativo como estrategia para afrontar su muerte.*

**TABLA 11. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE PROPIA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Miedo a la Muerte Propia	Rho de Spearman	-0,023	0,039	0,153	0,182*	0,100	-0,127	-0,101	-0,032
	Sig. (bilateral)	0,779	0,633	0,060	0,025	0,219	0,119	0,217	0,695

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Si observamos la tabla 2, la correlación entre el *Miedo a la Muerte Propia* y Creencias no es significativa, ya que el valor de significación ( $p = 0,364$ ) es mayor de 0,05. Lo mismo ocurre cuando correlacionamos *Miedo a la Muerte Propia* y Soporte

Social, al ser el valor de significación ( $p = 0,634$ ) mayor de 0,05 la correlación entre ambas variables no es significativa.

**TABLA 12. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE PROPIA Y LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO DE MEDIDA ISC-15R**

		Creencias	Soporte Social
Miedo a la Muerte Propia	Rho de Spearman	-0,074	-0,039
	Sig. (bilateral)	0,364	0,634

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Al correlacionar el *Miedo a la Muerte Propia* con las cinco actitudes ante la muerte (tabla 3), se encontró correlación significativa entre ésta y la actitud de Miedo a la Muerte, con un coeficiente de correlación de Spearman 0,336 y un nivel de significación de  $p = 0,000$  ( $p < 0,01$ ), por lo que se puede afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Miedo a la Muerte.*

Además, existe correlación significativa entre el *Miedo a la Muerte Propia* y la actitud de Evitación a la Muerte, con un coeficiente de correlación de Spearman 0,170 y un nivel de significación de  $p = 0,036$  ( $p < 0,05$ ), pudiendo afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la Evitación a la Muerte.*

**TABLA 13. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE PROPIA Y LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE**

		Miedo Muerte	Evitación Muerte	Aceptación Neutral	Aceptación Acercamiento	Aceptación Escape
Miedo a la Muerte Propia	Rho de Spearman	0,336**	0,170*	0,145	-0,116	0,044
	Sig. (bilateral)	0,000	0,036	0,075	0,156	0,593

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

No se encuentra correlación significativa entre el *Miedo a la Muerte Ajena* y las ocho estrategias de afrontamiento, ya que el valor de significación es mayor de 0,05 en todos los casos. Esto se puede comprobar en la Tabla 4, que se presenta a continuación.

**TABLA 14. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE AJENA Y LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

		REP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Miedo a la Muerte Ajena	Rho de Spearman	-0,050	0,083	0,132	0,103	0,082	-0,087	-0,008	0,013
	Sig. (bilateral)	0,542	0,308	0,104	0,205	0,315	0,286	0,918	0,874

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Al correlacionar la variable *Miedo a la Muerte Ajena* con las dimensiones que mide el instrumento de medida ISC-15r (tabla 5), sólo se establece correlación significativa entre ésta y Creencias, con un coeficiente de correlación de Spearman -0,162 y un nivel

de significación de  $p = 0,046$  ( $p < 0,05$ ), lo que indica que *cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, menos creyentes son.*

**TABLA 15. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE AJENA Y LAS DIMENSIONES DEL INSTRUMENTO ISC-15R**

		Creencias	Soporte Social
Miedo a la Muerte Ajena	Rho de Spearman	-0,162**	-0,136
	Sig. (bilateral)	0,046	0,095

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

Al correlacionar el *Miedo a la Muerte Ajena* con las actitudes ante la muerte (ver tabla 6), se encontró correlación significativa entre ésta y tres, de las cinco, actitudes:

- Miedo a la Muerte, con un coeficiente de correlación de Spearman 0,258 y un nivel de significación de  $p = 0,001$  ( $p < 0,01$ ). *Se puede afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Miedo a la Muerte.*
- Evitación a la Muerte, con un coeficiente de correlación de Spearman 0,298 y un nivel de significación de  $p = 0,000$  ( $p < 0,01$ ), lo que nos indica *que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Evitación a la Muerte.*
- Aceptación de Acercamiento, con un coeficiente de correlación de Spearman  $-0,236$  y un nivel de significación de  $p = 0,003$  ( $p < 0,01$ ), *por lo que se puede afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, menor es la actitud de Aceptación de Acercamiento.*

**TABLA 16. CORRELACIONES ENTRE EL MIEDO A LA MUERTE AJENA Y LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE**

		Miedo Muerte	Evitación Muerte	Aceptación Neutral	Aceptación Acercamiento	Aceptación Escape
Miedo a la Muerte Ajena	Rho de Spearman	0,258**	0,298**	0,159	-0,236**	-0,115
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,050	0,003	0,159

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas)

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas)

### **7.3. Estrategias de afrontamiento, creencias, actitudes ante la muerte, y tipo de miedo a la muerte en las personas mayores**

#### *7.3.1. Diferencias en función del sexo*

Se ha utilizado la prueba T-Student (muestras independientes), para dar respuesta a la primera hipótesis: “Existen diferencias entre hombres y mujeres, con respecto al miedo a la muerte y sus componentes:

- a) Miedo a la muerte propia.
- b) Miedo a la muerte ajena”.

En la Tabla 17, se observa que la significación de la prueba de Levene es mayor a 0,05 con respecto al miedo a la muerte propia ( $p = 0,350$ ) y miedo a la muerte ajena ( $p = 0,636$ ); por ello, se asume homogeneidad de varianzas.

Una vez comprobado este supuesto, se puede observar que la diferencia es significativa al 5%, pudiendo concluir que “*existen diferencias significativas en el miedo a la muerte propia, entre hombres y mujeres*”, siendo el sexo femenino el que

presenta mayores puntuaciones medias, por lo que se puede afirmar que las mujeres tienen más miedo a la muerte propia que los hombres.

En el caso del miedo a la muerte ajena la significación bilateral de la prueba t es igual a 0,218 y, por lo tanto, mayor que 0,05, pudiendo concluir que *no hay diferencias significativas en el miedo a la muerte ajena, entre hombres y mujeres.*

**TABLA 17. PRUEBA T-STUDENT PARA COMPARAR EL MIEDO A LA MUERTE, ENTRE HOMBRES Y MUJERES**

MIEDO A LA MUERTE	PRUEBA DE LEVENE	PRUEBA T PARA LA IGUALDAD DE MEDIAS
	Sig.	Sig. (bilateral)
Propia	0,350	0,030
Ajena	0,636	0,218

\* Se han asumido varianzas iguales

\*  $p > 0,05$  no significativo

### 7.3.2. Diferencias en función de la edad

La segunda hipótesis planteada: “Existen diferencias, en función de la edad, en los siguientes factores:

- a) Actitudes ante la muerte
- b) Creencias religiosas
- c) Estrategias de afrontamiento

El primer apartado de ésta hipótesis a): “*Existen diferencias en las actitudes ante la muerte, en función de la edad*”, se ha contrastado mediante la prueba ANOVA, ya que se cumplen los supuestos paramétricos. En la Tabla 18 se recogen los resultados obtenidos acerca de la homogeneidad de varianzas.

**TABLA 18. PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS PARA LAS DIFERENTES ACTITUDES ANTE LA MUERTE, EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

ACTITUDES ANTE LA MUERTE	ESTADÍSTICO DE LEVENE	SIG.
Miedo a la muerte	0,382	0,683
Evitación de la muerte	0,120	0,887
Aceptación neutral	0,880	0,417
Aceptación de acercamiento	0,122	0,885
Aceptación de escape	0,075	0,928

\*  $p > 0,05$  no significativo

Podemos observar que el nivel de significación, para cada una de las cinco actitudes ante la muerte, es mayor a 0,05, por lo que se asume homogeneidad de varianzas, pudiendo así, seguir con el proceso. En la Tabla 19 se han recogido los resultados de la prueba mencionada anteriormente, ANOVA.

**TABLA 19. ANOVA PARA LAS DIFERENTES ACTITUDES ANTE LA MUERTE, EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

ACTITUDES ANTE LA MUERTE	F	SIG.
Miedo a la muerte	1,319	0,271
Evitación a la muerte	0,276	0,759
Aceptación Neutral	0,027	0,973
Aceptación de Acercamiento	1,799	0,169
Aceptación de Escape	0,908	0,405

\*  $p > 0,05$  no significativo

El nivel de significación de ANOVA para cada una de las cinco actitudes ante la muerte es mayor a 0,05, por lo que se puede concluir que *“no existen diferencias en las actitudes ante la muerte, en función de la edad.”*

El segundo apartado de la hipótesis b): *“Existen diferencias en las creencias religiosas, en función de la edad”*. Ante el incumplimiento de los supuestos paramétricos, ésta hipótesis se ha contrastado mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. En la Tabla 20, que podemos observar a continuación, se recogen los resultados obtenidos para dicha prueba.

**TABLA 20. KRUSKAL-WALLIS PARA LAS DIFERENTES CREENCIAS RELIGIOSAS, EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

CREENCIAS RELIGIOSAS	CHI-CUADRADO	Sig. ASINTÓTICA
Creencias	2,853	0,240
Soporte Social	3,224	0,199

\* Prueba de Kruskal-Wallis

\*  $p > 0,05$  no significativo

Se puede observar que el nivel de significación es mayor a 0,05 en las dos dimensiones, creencias y soporte social, por lo que se puede concluir que *“no existen diferencias en las creencias religiosas, en función de la edad.”*

Y para poder finalizar con el contraste de la segunda hipótesis, el tercer apartado de la misma c) hace alusión a: *“Existen diferencias en las estrategias de afrontamiento, en función de la edad.”* Ante el incumplimiento de los supuestos paramétricos, ésta hipótesis se ha contrastado mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. En la Tabla 21 se recogen los resultados obtenidos de dicha prueba.



**TABLA 21. KRUSKAL-WALLIS PARA LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EN FUNCIÓN DE LA EDAD**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	CHI-CUADRADO	Sig. ASINTÓTICA
REP	12,467	0,002
AUC	0,626	0,731
EEM	6,729	0,035
PSD	1,355	0,508
APS	8,904	0,012
REC	8,875	0,012
EVP	2,788	0,248
RES	0,249	0,883

\* Prueba de Kruskal-Wallis

\*  $p > 0,05$  no significativo

Se puede observar que el nivel de significación es mayor a 0,05 en cuatro dimensiones: AUC, PSD, EVP y RES; sin embargo, las cuatro dimensiones restantes: REP, EEM, APS y REC tienen un nivel de significación menor a 0,05, por lo que se puede concluir que “*existen diferencias en las estrategias de afrontamiento: REP, EEM, APS y REC, en función de la edad*”.

### 7.3.3. Diferencias en función del nivel de estudios

Para poder contrastar la tercera hipótesis planteada: “*Existen diferencias, en las actitudes ante la muerte y estrategias de afrontamiento, en función de su nivel de estudios*”, se ha utilizado la prueba paramétrica ANOVA, ya que se cumplen los supuestos paramétricos.

En primer lugar, se presentan los resultados de las actitudes ante la muerte en función del nivel de estudios. La Tabla 22, que se muestra a continuación, recoge los datos que se han obtenido de la homogeneidad de varianzas.

**TABLA 22. PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS PARA LAS DIFERENTES ACTITUDES ANTE LA MUERTE, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS**

ACTITUDES ANTE LA MUERTE	ESTADÍSTICO DE LEVENE	SIG.
Miedo a la muerte	0,855	0,427
Evitación de la muerte	0,236	0,790
Aceptación neutral	1,331	0,267
Aceptación de acercamiento	0,129	0,879
Aceptación de escape	1,547	0,216

\*  $p > 0,05$  no significativo

Se asume la homogeneidad de varianzas, ya que los resultados obtenidos en el nivel de significación para cada una de las actitudes ante la muerte son mayores que 0,05, pudiendo así, seguir con el proceso. En la Tabla 23, que se presenta a continuación, se han recogido los resultados de la prueba mencionada anteriormente, ANOVA.

**TABLA 23. ANOVA PARA LAS DIFERENTES ACTITUDES ANTE LA MUERTE, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS**

ACTITUDES ANTE LA MUERTE	F	SIG.
Miedo a la muerte	0,868	0,422
Evitación a la muerte	0,522	0,594
Aceptación Neutral	0,124	0,883
Aceptación de Acercamiento	1,218	0,299
Aceptación de Escape	0,465	0,629

\*  $p > 0,05$  no significativo

El nivel de significación de ANOVA para cada una de las cinco actitudes ante la muerte es mayor a 0,05, por lo que se puede concluir que “*no existen diferencias en las actitudes ante la muerte, en función del nivel de estudios.*”

Y para finalizar con el contraste de la tercera hipótesis, se presentan los resultados de las estrategias de afrontamiento en función del nivel de estudios. Mediante la Tabla 24, que se muestra a continuación, se pueden conocer los datos obtenidos en la prueba de Levene.

**TABLA 24. PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS PARA LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	ESTADÍSTICO DE LEVENE	SIG.
REP	0,085	0,918
AUC	0,079	0,924
EEM	0,031	0,970
PSD	1,251	0,289
APS	0,692	0,502
REC	1,066	0,347
EVP	1,412	0,247
RES	0,101	0,904

\*  $p > 0,05$  no significativo

En la Tabla 25 (resultados de la prueba ANOVA), se observa que el nivel de significación conseguido en cada una de las actitudes ante la muerte es superior a 0,05, por lo que se asume la homogeneidad de varianzas, pudiendo así, continuar con el proceso.

**TABLA 25. ANOVA PARA LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO, EN  
FUNCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS**

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	F	SIG.
REP	4,239	0,016
AUC	2,220	0,112
EEM	0,491	0,613
PSD	0,133	0,875
APS	0,239	0,788
REC	1,921	0,150
EVP	1,035	0,358
RES	0,076	0,926

\*  $p > 0,05$  no significativo

El nivel de significación de ANOVA para siete de las ocho estrategias de afrontamiento es mayor a 0,05; sin embargo, se puede observar que la estrategia de afrontamiento REP, tiene un nivel de significación de 0,016 menor a 0,05, por lo que se puede concluir que *“existen diferencias en la estrategia de afrontamiento REP, en función del nivel de estudios”* a favor del grupo de personas mayores con *Estudios Universitarios*, con una media de 56,26. El grupo de ancianos con *Estudios No Universitarios*, obtiene la segunda puntuación media más alta en la estrategia de afrontamiento REP. La puntuación más baja en esta estrategia de afrontamiento, es la conseguida por las personas mayores *Sin Estudios*, con una media de 38,75.



## Capítulo 8

### Discusión

El propósito del presente estudio fue identificar y describir las estrategias de afrontamiento, las creencias, las actitudes y el miedo que las personas mayores tienen con respecto a la muerte, por sexo, edad y nivel de estudios. A continuación, se discuten los resultados en torno a este objetivo.

Se sometió a prueba la relación de cada una de las dimensiones que conforman cada uno de los instrumentos de medida utilizados en la investigación con el miedo a la muerte, haciendo distinción entre *Miedo a la Muerte Propia* y *Miedo a la Muerte Ajena*.

Se llevaron a cabo diferentes pruebas para conocer las posibles diferencias en las estrategias de afrontamiento, las creencias, las actitudes y el miedo a la muerte, con respecto a las tres variables sociodemográficas: sexo, edad y nivel de estudios. Para este cometido, se utilizaron instrumentos validados internacionalmente. No ha sido necesario construir ninguno *ad hoc* para la muestra con la que se ha trabajado, sino que se ha empleado, de forma individualizada: el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC15-r), Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R) y Escala Miedo a la Muerte (EMMCL), comprobando con anterioridad que los valores de validez y fiabilidad de cada uno de los cuestionarios fueran los adecuados.

Para facilitar la lectura de este epígrafe, se ha organizado según las implicaciones en cada uno de los factores/variables estudiadas. De esta forma se han llevado a cabo los comentarios pertinentes para cada una de las hipótesis a partir de los resultados obtenidos en este estudio.

### **8.1. Estrategias de afrontamiento**

Envejecer y morir son conceptos que las personas se dedican a pensar y reflexionar sobre lo que han realizado o no, frente a lo que les depara en la última etapa de la vida y la manera en que se adaptan para afrontar su finitud, es decir, cómo afrontar su muerte (González-Celis y Araujo Viveros, 2010).

Lazarus (1966) planteó su teoría relacional del estrés como proceso personal de valoración y afrontamiento de situaciones. Tras varias décadas de investigación, el modelo ha demostrado su viabilidad para comprender cómo las personas manejan los estresores que encuentran en su vida (Cano *et al.*, 2007). La investigación sobre el afrontamiento se centró en valorar sus dimensiones de forma cuantitativa mediante escalas de comprobación, escalas de calificación, cuestionarios e inventarios psicométricos. Entre los más destacados se encuentran: la Escala de Modos de Afrontamiento (Folkman y Lazarus, 1984), el COPE (Carver *et al.*, 1989), el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin *et al.*, 1989), el Indicador de Estrategias de Afrontamiento (Amirkhan, 1994), y el Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (Endler y Parker, 1990). La evaluación cuantitativa de las estrategias de afrontamiento presenta inconvenientes, como tener que recordar la situación estresante o bien relatarla de forma inmediata, la excesiva longitud de los instrumentos, la excesiva longitud de los instrumentos, la confusión del afrontamiento con sus resultados o la necesaria restricción del número de estrategias de afrontamiento contempladas (Cano *et al.*, 2007).

En ésta investigación se utilizó el CSI como instrumento de medida de las estrategias de afrontamiento, ya que estos autores afirman que permite resolver la mayoría de las dificultades citadas anteriormente.

### 8.1.1. Estrategias de afrontamiento según el sexo

La variable sociodemográfica sexo ha sido un buen predictor de las estrategias de afrontamiento como *Apoyo Social* y *Autocrítica*. Los hombres mayores que participaron en este estudio utilizaban, con más frecuencia que las mujeres, estas dos estrategias para enfrentarse a situaciones de estrés. Estos resultados obtenidos en el instrumento CSI, coinciden con los conseguidos por Rubio (2015) quien postula que esto podría deberse al hecho de que los hombres mayores sienten una mayor presión social para resolver los problemas como parte de su rol tradicional de género.

La mayoría de las investigaciones que estudian las estrategias de afrontamiento en la vejez (González *et al.*, 2002; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988, citados por Krzemien *et al.*, 2004), obtienen como resultado que los hombres tienen menos situaciones de estrés que las mujeres; poseen más estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones estresantes. En los resultados, se obtuvo que las mujeres cuentan con menos estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones estresantes, por lo que se denota que, a pesar de que personas de diferente sexo pueden estar teniendo las mismas situaciones de estrés, los hombres, según la muestra, poseen más habilidades de afrontamiento para superar los problemas vitales. Las mujeres senescentes sufren especialmente los efectos de la vejez, agudizada por la exclusión social por la desigualdad de género y la mayor longevidad en comparación con los hombres. Las consecuencias del prejuicio social se suman a la situación de crisis del envejecimiento, lo cual afecta las habilidades de afrontamiento de las mujeres ancianas. No obstante, toda crisis supone una perturbación, pero, a la vez, posibilita una oportunidad de cambio y de desarrollo personal que, mediante el uso de estrategias de afrontamiento apropiadas, permitiría alcanzar una adaptación satisfactoria.



### 8.1.2. Estrategias de afrontamiento según la edad

Una clasificación acerca de las diferentes formas de envejecer que posee consenso en el ámbito de la Gerontología se refiere a la vejez normal, sin enfermedades físicas o psicológicas que inhabiliten a la persona; la vejez patológica, con diferentes enfermedades a nivel orgánico y/o psíquico que provocan la discapacidad; y la vejez competente o exitosa, con el desempeño de roles significativos en actividades que dan al adulto mayor satisfacción y sentido de existencia (Rowe y Kahm, 1987; Luszcz, 1999). Según los autores Fernández Ballesteros, Moya Fresneda, Íñiguez Martínez y Zamarrón (1999) esta última forma de envejecer depende fundamentalmente de las respuestas adaptativas que es capaz de dar el anciano ante los cambios físicos que van ocurriendo con el paso del tiempo y frente a los factores psicosociales estresantes que se van presentando en esta etapa del ciclo vital. Es así que, en la investigación gerontológica de las últimas décadas, surge el interés por el estudio psicosocial del fenómeno del estrés considerándolo un proceso dinámico en el que ocurre una transacción particular entre el individuo y el medio (Lazarus y Folkman, 1984). Los resultados obtenidos en diversas investigaciones apoyan el supuesto de que el tipo de situación generadora de estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos varían de acuerdo a las distintas etapas evolutivas (Folkman, Lazarus, Pimley, y Novacek, 1987; Lazarus y Folkman, 1986; Aldwin, 1991; Benedet, Martínez Arias y Alejandre, 1998). Los adultos mayores de 65 años, en comparación con los adultos, están sometidos más frecuentemente a situaciones problemáticas que están fuera de su control, como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte (Rodin, 1986; Solomon, 1996) y utilizan en forma predominante las estrategias que se centran en el control del *distrés* emocional asociado a la situación.

Esto último es debido a que los ancianos evalúan los acontecimientos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos (Castro Bolaño *et al.*, 1995).

Las pruebas estadísticas llevadas a cabo en la investigación demostraron que “*Existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento REP, EEM, APS y REC, en función de la edad.*”

A partir de los resultados obtenidos en ésta investigación, se puede afirmar que las personas con más edad utilizan las estrategias de afrontamiento englobadas en la dimensión del instrumento de medida CSI el *Manejo Adecuado de los Esfuerzos Activos y Adaptativos para compensar la situación estresante*. Las personas de entre 81-90 años, utilizan la *Expresión Emocional* (EEM) para afrontar la muerte. Dentro de la etapa de la vejez, las personas de menor edad (entre 60-70 años) utilizan *Resolución de Problemas* (REP) para el afrontamiento de la muerte. Mientras que los que se encuentran en el rango entre 71-80 años, utilizan *Apoyo Social* (APS) como estrategia de afrontamiento frente a la finitud de sus vidas. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Rubio (2015), quien demuestra en su estudio que la edad está relacionada con el uso de tres de las estrategias de afrontamiento englobadas como estrategias de compromiso: la resolución de problemas, la expresión de emociones y la búsqueda de apoyo social. Investigaciones previas (Meléndez *et al.*, 2012; Carver y Connor-Smith, 2010; Martin *et al.*, 2008; LaChapelle y Hadjistavropoulos, 2005) muestran que las personas mayores emplean con menos frecuencia estrategias activas que se centran en el problema. Durante la etapa de la vejez se incrementa el uso de las estrategias centradas en la emoción como la búsqueda de apoyo social y la expresión de emociones.

### 8.1.3. Estrategias de afrontamiento según el nivel de estudios

No se presentan antecedentes de investigación que expliquen la posible asociación de éste con las estrategias de afrontamiento; quizás parte de ello pueda estar relacionado con lo que Álvarez-Ramírez (2009) afirma en su estudio, que en ningún sentido los currículos de formación para la vida se ocupan de educación para el morir y para el afrontamiento emocional del propio deterioro de las funciones biológicas y psicosociales humanas, al menos dentro de la estructura educativa formal, quedando a merced de las representaciones que se tengan en la comunidad en la cual se vive acerca de la muerte.

Las pruebas estadísticas llevadas a cabo en esta investigación demostraron, con los resultados obtenidos que *“Existen diferencias en la estrategia de afrontamiento REP, en función del nivel de estudios”*, siendo las personas mayores con Estudios Universitarios las que más utilizan esta estrategia para afrontar la muerte. Lo cual demuestra la hipótesis de investigación planteada: *“Las personas con estudios universitarios presentan una estrategia de afrontamiento que es la resolución de problemas.”*

El grupo de personas mayores con *Estudios No Universitarios* consiguió las mayores puntuaciones en la estrategia de afrontamiento de Autocrítica (AUC). Por último, la estrategia de afrontamiento más utilizada por las personas mayores *Sin Estudios* es Expresión Emocional (EEM).

Las personas mayores utilizan estrategias de afrontamiento distintas según el nivel de estudios al que pertenecen, pero hay que destacar que tanto *Resolución de Problemas*, como *Autocrítica*, como *Expresión Emocional*, son estrategias que

pertenecen al grupo de estrategias de afrontamiento de manejo activo y adaptativo frente a situaciones de estrés, en este caso la muerte.

## **8.2. Religiosidad**

Algunos autores plantean que este término hace referencia al ámbito personal y a la mejora de la propia vida, a la lucha interna por encontrar significado a incertidumbre del final de la vida y la búsqueda de lo sagrado (Hill *et al.*, 2000).

A pesar de que hay distinción teórica entre religiosidad y espiritualidad, en la práctica la mayoría de las personas, que son creyentes, se definen a sí mismas tanto religiosas como espirituales. Esto se debe a que experimentan su espiritualidad dentro de una religión organizada y no perciben la diferencia entre ambas (Hill y Pargament, 2008). Es importante concebir ambos conceptos como diferentes, ya que constituye una herramienta válida que busca facilitar la investigación, aunque ambos fenómenos se encuentran intrínsecamente asociados.

Los estudios indican que este fenómeno puede ser subdividido en varios aspectos, siendo los más significativos los que se refieren a los ritos o las prácticas y a la experiencia personal (Harding, Flannelly, Weaver y Costa, 2005; Paloutzian y Park, 2005). También puede ser subdividido en cuanto al ejercicio de la religiosidad, diferenciando las prácticas que se realizan de manera personal y aquellas que son de índole interpersonal. Lo personal se refiere a la oración particular, la lectura de las escrituras en un espacio privado y la meditación íntima. Dentro de lo interpersonal se encuentran las enseñanzas y celebraciones en grupos de personas y la adoración en común, comités de participación y prestación de apoyo social (Spilka *et al.*, 2003).

En nuestro caso partimos de un instrumento de medida, ISC15-r, que diferencia muy bien entre ambos términos: por un lado, midiendo la religiosidad por medio de la subescala *Creencias* y, por otro lado, la espiritualidad, a través de la subescala *Soporte Social Espiritual*.

### 8.2.1. *Creencias religiosas según el sexo*

Los resultados obtenidos en ésta investigación ponen de manifiesto que la dimensión del ISC15-r, *Creencias*, es la que más puntuación ha obtenido por ambos sexos en comparación con la dimensión de *Soporte Social*.

Es la mujer la que más puntuación ha obtenido en ambas dimensiones, superando al hombre. Estos resultados coinciden con los registrados por investigaciones previas.

Las mujeres presentan mayor tendencia a la religiosidad que los hombres; esta predisposición podría estar conduciendo a las mujeres a buscar en la religión el soporte a su bienestar, así como el apoyo para mantener conductas socialmente adaptadas (Miller y Stark, 2002).

Spilka *et al.* (2003), al igual que Miller y Stark (2002) encontraron que las mujeres son más asiduas a las prácticas requeridas por la fe religiosa (Hood *et al.*, 2009). Además, afirmaron que con la religiosidad las mujeres intentan evitar las situaciones de riesgo, es decir, mantienen conductas más adaptativas y socialmente aceptadas.

### 8.2.2. *Creencias religiosas según la edad*

Existen evidencias de que a medida que pasan los años, los niveles de religiosidad son más altos (Spilka *et al.*, 2003; Nelson-Becker, 2006).

Diversas investigaciones (Cohen y Koenig, 2003; Hill *et al.*, 2000; Hybels, Blazer, George y Koenig, 2012; Koenig *et al.*, 2004; Spilka *et al.*, 2003) afirman que para los adultos mayores es importante la religión, ya que se ha encontrado que la edad es uno de los factores que diferencia a las personas en su religiosidad, hallándose que las personas de mayor edad asignan mayor importancia a la religión dentro de sus vidas que personas más jóvenes. Los estudios han determinado que alrededor del 60% de las personas mayores de 60 años afrontan las situaciones difíciles mediante la religiosidad/espiritualidad, hallándose que cuantos más años tiene la persona más confianza depositan en la religiosidad (Cohen y Koenig, 2003; Koenig *et al.*, 2004).

Se ha encontrado que cuantos más años tiene la persona mayor tendencia a la reflexión (Snyder, 2000). En este aspecto, la religiosidad ha demostrado tener capacidad para apoyar a las personas a ponderar el significado de la propia existencia (Spilka *et al.*, 2003; Norezayan, 2010; Krause y Hayward, 2012), o a encontrar respuestas a las cuestiones sobre el sentido de la vida (Hood *et al.*, 2009), lo que provee de esperanza a las personas mayores (Coe, 2012).

Los resultados obtenidos por los tres grupos de edad, en ésta investigación, en cada una de las dimensiones son muy similares, siendo las puntuaciones más altas las que se obtienen en *Creencias* y las más bajas en *Soporte Social*.

Las puntuaciones más altas en *Creencias* y *Soporte Social* han sido alcanzadas por el grupo de edad 71-80 años. Mientras que las puntuaciones más bajas en éstas

dimensiones relacionadas con la religión las ha conseguido el grupo de edad de 81-90 años.

Las investigaciones previas llevadas a cabo por diversos autores afirman que existe una propensión a la religiosidad con la edad “*Cuanto más años tiene la persona, más apoyo encuentra en la religión*”. Esto se contradice con los resultados que se han obtenido, ya que la etapa de mayor edad 81-90 años, son los que menos puntuaciones han obtenido en *Creencias y Soporte Social*.

### 8.2.3. *Creencias religiosas según el nivel de estudios*

No se presentan antecedentes investigativos que expliquen la posible asociación de las dos dimensiones que mide el instrumento ISC15-r (*Creencias y Soporte Social*), en función del nivel de estudios que poseen las personas mayores.

En la investigación llevada a cabo, las puntuaciones medias más altas han sido alcanzadas en Creencias, por los tres grupos de nivel de estudios; la mayor puntuación en ésta dimensión es la conseguida por las personas con *Estudios No Universitarios* seguido por el grupo con *Estudios Universitarios* y finalmente, el grupo de personas *Sin Estudios*.

Soporte Social es la dimensión del instrumento de medida ISC-15r con las puntuaciones medias más bajas conseguidas por los tres grupos de nivel de estudios. Las personas con *Estudios Universitarios* han obtenido la puntuación más baja en ésta dimensión, seguida por el grupo de personas *Sin Estudios* y la puntuación más alta en Soporte Social es la conseguida por las personas con *Estudios No Universitarios*.

### 8.3. Actitudes ante la muerte

La muerte ha sido tema de reflexión desde la antigüedad. Cada cultura le da un significado y sentido distinto, pero por lo general ocurre que el hecho de pensar en las posibilidades ante la muerte propia y ajena, hace que cada persona se comporte de una manera diferente frente a ésta situación.

Las actitudes se definen como el conjunto de creencias que los individuos tienen sobre los objetos específicos de la realidad, en este caso, la muerte. Implican una combinación de conceptos, informaciones y emociones, que predisponen al ser humano a responder de un modo favorable o desfavorable a personas, grupos o ideas del medio social u objetos concretos del entorno físico. Las actitudes son parte de las estructuras cognitivas que la persona desarrolla para organizar y sistematizar sus experiencias y conductas. Proporcionan una guía simplificada y práctica que indica cuáles son las conductas apropiadas y ayudan a la persona a prever y dirigir los eventos periódicos (López Castedo y Calle Santos, 2008).

Comúnmente, se concibe la muerte como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia, por lo tanto, genera temor, que es la respuesta actitudinal más típica. También produce ansiedad y preocupación, disposiciones que pueden ser adaptativas dentro de un rango normal, y llevan a la persona a tener conductas como la evitación de la muerte, aceptar la muerte como parte integral de la vida, aceptación de acercamiento por medio de la cual se concibe la creencia de una vida feliz después de la muerte, y ver la muerte como alternativa frente a una vida dolorosa (Gala *et al.*, 2002).



### 8.3.1. Actitudes ante la muerte según el sexo

Según los resultados obtenidos, la actitud más utilizada por los adultos mayores es la de *Aceptación Neutral*, lo que significa que tienen un miedo normal y natural a la muerte y al mismo tiempo aceptan su llegada, ya que es un hecho inevitable. Siguiendo estas líneas, Hernández (2000) afirma que las personas mayores perciben la muerte como algo natural; el autor recalca que esto no significa que deseen morir, sino que han alcanzado una etapa en que se percibe la muerte como un proceso natural. Y la actitud que menos puntuación ha alcanzado por hombres y mujeres mayores es la actitud de *Aceptación de Acercamiento*. Estos resultados no coinciden con los obtenidos en las investigaciones llevadas a cabo por Wong *et al.* (1997), donde la actitud positiva ante la muerte en los ancianos y su mayor aceptación de la propia muerte se deban a su mayor religiosidad (Tomás-Sábado y Gómez, 2003).

Se concibe la muerte como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia, genera temor, que es la respuesta actitudinal más común. Además, produce ansiedad y preocupación; estas disposiciones pueden ser adaptativas dentro de un rango normal y motivan a la persona a tener conductas como la evitación a la muerte y aceptar la muerte cómo parte integral de la vida (Gala *et. al.*, 2002). En relación al sexo se pudo observar que las mujeres presentan mayores puntuaciones en las escalas de *Aceptación Neutral*, *Escape* y *Miedo* a la muerte que los hombres. Estos resultados coinciden con lo hallado por Espinoza *et al.* (2016) y Wong *et al.* (1997), quienes mostraron que las mujeres aceptan más la vida después de la muerte y la muerte como un escape de la vida que los hombres. Este hallazgo puede resultar contradictorio, pero existe una ambivalencia que va desde una actitud de rechazo y con ello la evitación ante la muerte, hasta una actitud de aceptación ante el hecho de la finitud. Erikson (1963) explica esta contrariedad como

una transición en la etapa de la vejez, que puede o no generar una crisis denominada *integridad vs. desesperanza*. La integridad lleva a que la persona en su adultez mayor se sienta conforme y satisfecha con la forma en que vivió su vida, encontrándole sentido, lo que lleva a afrontar la muerte sin miedo, y que se relacionaría con la puntuación obtenida en la escala de aceptación neutral. Por el contrario, la desesperanza se manifiesta cuando éstas personas sienten que han malgastado su vida y perciben que es demasiado tarde para empezar de nuevo, experimentando miedo a la muerte y tratando de evitarla al máximo. Lo que coincide con las puntuaciones obtenidas en las escalas de evitación y miedo. Es importante decir, según los resultados obtenidos que las mujeres mayores presentan más actitudes y miedo hacia la muerte. Autores como Rodríguez, Valderrama y López (2007), postulan que esto puede deberse a que generalmente son ellas quienes más se aferran a la vida, por los lazos más fuertes de dependencia hacia la familia y sus preocupaciones en torno al futuro de la misma.

### 8.3.2. *Actitudes ante la muerte según la edad*

Dentro de las posibles actitudes ante la muerte, no cabe duda de que miedo y ansiedad son las dos más importantes y con una mayor capacidad de influencia sobre la vida de las personas. Ello es lo que justifica el que uno de los aspectos más referenciados en los distintos estudios realizados en relación a las actitudes de los ancianos ante su propia muerte personal, sea su orientación activa hacia la misma y la aparentemente escasas ansiedad y temor que ese fenómeno les suscita (Kübler-Ross, 1993; Marshall, 1978). De esta forma, se llega a afirmar que los ancianos aceptan más y mejor que los sujetos de otras edades la muerte en general y su propia muerte en particular (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

En ésta investigación los resultados muestran que la actitud ante la muerte más utilizada por las personas mayores es *Aceptación Neutral*, coincidente en los tres rangos de edad que pertenecen a la etapa de la vejez: 60-70 años, 71-80 años y 81-90 años.

Uribe *et al.* (2007), encontró diferencias significativas en cada una de las actitudes en función de la edad. Explicó que las diferencias significativas en cada una de las dimensiones evaluadas del instrumento de medida PAM-R pueden estar relacionadas con el hecho de que el tema ya está presente en los diferentes periodos del ciclo vital, en este caso en la adultez joven y mayor, debido a que los altos índices de mortalidad incluyen igualmente a jóvenes, haciendo que el tema de la muerte ya no sea un tema sólo de la adultez mayor, y por tanto que exista una mayor cercanía y percepción de la muerte en ambos casos.

En nuestro caso, los resultados obtenidos indican que las personas mayores que se encuentran en la etapa de la vejez presentan las puntuaciones más altas en la actitud ante la muerte (*Aceptación Neutral*). No hay distinción entre los tres rangos de edad en los que se ha dividido la etapa de la vejez: 60-70, 71-80 y 81-90 años.

### 8.3.3. *Actitudes ante la muerte según el nivel de estudios*

González-Celis y Araujo (2010) no encontraron evidencias en su investigación en cuanto a las estrategias de afrontamiento y el nivel de estudios; donde los ancianos con niveles bajos de escolaridad, la actitud ante la muerte más empleada fue la aceptación, así como la de evitación y soporte social; mientras que para aquellos ancianos con mayor nivel de estudios la actitud más utilizada fue la de inmortalidad.

Los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo, indican que las personas mayores sin distinción del nivel de estudios al que pertenezcan presentan una mayor puntuación en la actitud ante la muerte (*Aceptación Neutral*). Lo cual no coincide en las personas sin estudios, estas presentan una actitud de escape ante la muerte y una estrategia de afrontamiento como es la evitación de problemas. Las personas con estudios universitarios presentan una actitud ante la muerte de aceptación neutral y una estrategia de afrontamiento que es la resolución de problemas.

#### **8.4. Miedo a la muerte**

Los motivos de miedo en los adultos mayores coinciden con lo encontrado por Feifel y Branscomb (1973) acerca de que para ellos la muerte es percibida como algo catastrófico al imposibilitar las metas anheladas, relacionadas con la profesión y las relaciones afectivas características de esta etapa. La muerte genera diversidad de actitudes y emociones, principalmente de naturaleza aversiva, ya que supone la mayor amenaza para la vida, y específicamente el miedo a la muerte coexiste con la aceptación y el significado de la vida que los adultos dan a la misma.

##### *8.4.1. Miedo a la muerte según el sexo*

La mayoría de las investigaciones que han abordado el estudio del miedo a la muerte han comprobado que las mujeres tienen una mayor preocupación ante la muerte que los hombres (Lester, Templer y Abdel-Khalek, 2007; Russac, Gatliff, Reece y Spottswood, 2007; Tang, Wu y Yan, 2002), así como una mayor ansiedad ante la misma.

*“El elevado miedo y ansiedad ante la muerte en las mujeres es una conclusión consistente.”* (Kastembaum, 2000: 119).

El estudio de Neimeyer *et al.* (2004) mostró que las mujeres suelen, en general, pensar más sobre su propia muerte que los hombres. Lester (1972) sugirió que este mayor temor a la muerte está referido a áreas específicas y no tanto a la muerte de modo genérico. Además, utilizando la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte, Neimeyer y Moore (1994) encontraron que las mujeres tenían mayores temores en la mayoría de las subescalas, pero que tenían menos miedo a lo desconocido que los hombres.

Lester *et al.* (2007) recogieron puntuaciones más elevadas en miedo a la muerte en mujeres en un estudio en el que utilizaron muestras de 16 países, incluyendo España. También, obtuvo la mujer las puntuaciones más altas, con respecto al miedo a la muerte, en la investigación llevada a cabo por González (2015).

En ésta investigación la mujer ha obtenido puntuaciones más altas en ambos tipos de miedo a la muerte: Ajena y Propia, que el hombre. En ambos sexos la puntuación en Miedo a la Muerte Ajena es superior a la obtenida en Miedo a la Muerte Propia.

Las pruebas estadísticas utilizadas en esta investigación confirman que *“Existen diferencias significativas en el miedo a la muerte propia, entre hombres y mujeres”*, siendo el grupo de mujeres mayores las que más miedo a la muerte propia presentan, en comparación con el hombre.

#### 8.4.2. *Miedo a la muerte según la edad*

La menor intensidad del temor a la muerte en las personas mayores puede justificarse mediante el trabajo de Kalish (1976) como consecuente de tres circunstancias:

- La disminución del valor que socialmente, hoy se les da a sus vidas y que el propio anciano también asume y comparte, haciéndole reconocer lo precario de su futuro y las limitaciones que progresivamente les esperan a todos los niveles (afectivo, económico, etc.). Pérdida de valor que se acrecienta aún más al observar la escasa repercusión que la muerte de otros ancianos tiene sobre las personas que los rodean.
- En función de las expectativas que, como consecuencia de la media de vida existente en su medio y momento histórico, los ancianos van asumiendo y que les hacen tener conciencia de que se acercan al límite. Es decir, la sensación y el conocimiento de que ya han vivido “lo suyo”, cuanto les correspondía.
- Socialización de la muerte, este término presupone que el sujeto se habrá ido haciendo a la idea de que se ha ido aproximando su hora, a medida que iba viendo morir a los demás.

Aunque esta menor ansiedad ante la muerte ha sido sistemáticamente constatada en varios estudios (Kastenbaum, 1969; Kalish y Johnson, 1972; Feifel y Brascomb, 1973; Thorson y Powell, 1988), son varias las interpretaciones alternativas que han ido surgiendo.

Es común pensar que la población más envejecida se encuentra mejor preparada para afrontar su propia muerte y mostrar menos niveles de miedo a la muerte, en comparación con los jóvenes (González-Celis y Martínez-Camarena, 2009). Las

principales fuentes de angustia para las personas mayores en relación a la muerte son: la pérdida de los seres queridos, experimentar dolor y sufrimiento, no haber alcanzado las metas propuestas a lo largo de la vida, la posibilidad de existencia de otra vida, pérdida de control personal y de sus actos (Abdel-Khalek, 2002). Esto podría explicar porque en ésta investigación las personas mayores que pertenecen al rango de edad de entre 81-90 años han obtenido las puntuaciones más altas con respecto al miedo a la muerte, ya sea este propio o ajeno. Los resultados que hemos obtenido se contradicen con lo encontrado en estudios recientes que han obtenido que cuanto más mayor es la persona menor miedo a la muerte presenta, evidenciando que las personas mayores estabilizan su miedo a la muerte durante los últimos años de su vida, piensan y hablan sobre ella y, en comparación con personas más jóvenes, por lo que se puede afirmar que la temen menos (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003).

#### *8.4.3. Miedo a la muerte según el nivel de estudios*

El nivel de estudios es una variable asociada con el miedo a la muerte. En México Rivera y Montero (2010), al comparar una muestra de adultos mayores con estudiantes universitarios, hallan mayor ansiedad ante la muerte en la primera muestra. No obstante, otros estudios hablan de una relación inversa, disminuyendo dicha ansiedad con la edad, reflejando un proceso de maduración y aceptación de la muerte (Rasmussen y Brems, 1996; Wu, Tang y Kwok, 2002).

Los resultados obtenidos en ésta investigación indican que las personas mayores *Sin Estudios* presentan las puntuaciones más altas en ambos tipos de miedo a la muerte: Ajena y Propia, en comparación con los otros niveles de estudios. Una mayor

escolaridad implica un mejor manejo del miedo por mayores recursos cognitivos (Aday, 1985; Sandín *et al.*, 2001).

Tanto los mayores con *Estudios Universitarios*, como los que tienen *Estudios No Universitarios*, así como los que pertenecen al grupo *Sin Estudios*, han obtenido mayores puntuaciones en Miedo a la Muerte Ajena que en el Miedo a la Muerte Propia.

#### 8.4.4. *Miedo a la muerte en relación con las estrategias de afrontamiento*

El fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad ante la misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, que puede ser provocada por estímulos ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como lo son los pensamientos o imágenes (Tomás-Sábado y Gómez Benito, 2003; Elizalde y Flores, 2009). La ansiedad ante la muerte es un miedo excesivo a morir en relación con el grupo cultural al que pertenece la persona que lo padece. Un individuo con este tipo de ansiedad se angustia y es incapaz de funcionar ante estímulos internos o externos relacionados con la muerte. La muerte es un tema recurrente en su mente que le bloquea y cuando está presente en su entorno le abruma hasta el límite de poder desencadenar un ataque de pánico. La pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño y concentrarse, sobresalto fácil y síntomas psicósomáticos son frecuentes en una persona sometida a una fuerte ansiedad ante la muerte (Moral de la Rubia y Miaja, 2011). De ahí, la importancia de identificar y describir las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la muerte. Descubrir las estrategias de afrontamiento que emplean los adultos mayores ante la muerte contribuye a la adaptación y ajuste psicológico de los



ancianos ante las pérdidas, con la finalidad de promover intervenciones que mejoren la calidad en la última etapa de la vida (González-Celis y Araujo, 2010).

La persona, al experimentar la pérdida de familiares, amigos y allegados, pasa por un proceso que no termina con la muerte, queda en el proceso de duelo descrito por Kübler-Ross (1989). Se habla así de embotamiento mental, acompañado de sentimientos de depresión y desesperación, que propician una desorganización que rompe los esquemas del estilo de la vida personal, que sólo con un afrontamiento pertinente se puede reorganizar y no cronificar con manifestaciones patológicas, pero que en nuestra población el relegar el tema lleva a que de cierta manera no se desarrollen estrategias pertinentes para hacer frente a esta situación, y que el tema de la muerte esté rodeado de grandes temores. Por otro lado, la propia muerte sólo se puede vivir imaginativamente, sea una posibilidad remota o ya esperada, que genera, en muchos casos, un sufrimiento psíquico ante la agonía y al propio acto de morir (Uribe *et al.*, 2007).

Gala *et al.* (2002) señalan que el miedo a la muerte está estrechamente relacionado con la historia personal y cultural; así como con las estrategias y estilos de afrontamiento. Los aspectos del afrontamiento activo o positivo como focalización en la solución de problemas, reevaluación positivas y búsqueda de apoyo social disminuirán el miedo a la muerte, pero tendrá mucho menor impacto en su predicción que los aspectos de afrontamiento pasivo o negativo (Carrobles, Remor y Rodríguez, 2003; Moral y Martínez, 2009).

Al correlacionar la variable *Miedo a la Muerte Propia* con las ocho estrategias de afrontamiento, sólo se encontró una correlación significativa entre ésta y la estrategia PSD (Pensamiento Desiderativo). Se puede afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte*

*Propia tienen las personas mayores, más utilizan el Pensamiento Desiderativo como estrategia para afrontar su muerte.*

En la investigación llevada a cabo, no se encuentra correlación significativa entre el *Miedo a la Muerte Ajena* y las ocho estrategias de afrontamiento.

#### *8.4.5. Miedo a la muerte en relación a las creencias religiosas*

Estudios sobre la relación entre la religiosidad y el miedo a la muerte se muestran inconsistentes, ya que se han encontrado relaciones tanto inversas, como curvilíneas, como inexistentes. Lo cual da pie a que cada investigador pueda llegar a conclusiones muy contradictorias con las de los demás.

Estudios previos afirman que a mayor nivel de religiosidad existe un menor miedo a la muerte (Wolff, 1970; Gubrium, 1973), consideran que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias religiosas ayudan a afrontar el miedo. A estos efectos benéficos de la religión hay que añadir el mayor apoyo que reciben aquellos ancianos que pertenecen a una comunidad religiosa.

Las creencias religiosas pueden generar en las personas la aceptación de la muerte como parte integral de la vida y por tanto no tener miedo a la muerte. Autores como Harding, Flannelly, Weaver y Costa (2005) afirman que podrían darse correlaciones positivas entre las creencias y la aceptación a la muerte; así como mencionan Collett y Lester (1969) citado por Uribe (2007), quien considera que estas creencias disminuyen el miedo a la muerte. Por el contrario, Ramos y García (1991) citados por Uribe (2007) quienes realizaron un estudio sobre la ansiedad ante la muerte, miedo a la muerte, preocupación por el cambio físico, preocupación por el paso del tiempo y el miedo al

sufrimiento asociado a la enfermedad y la desaparición, establecieron que al tener creencias religiosas y pensar que hay vida después de la muerte genera mayor ansiedad ante la misma y con ello mayor miedo.

Ocampo, Romero, Saa, Herrera y Reyes (2006), quienes consideran que, aunque desde hace muchos años la religión ha sido una variable beneficiosa para los adultos mayores, en lo que respecta a la salud mental, en los últimos años dicho tema ha pasado a un segundo plano y las prácticas religiosas atraviesan por un cambio significativo. Blazer y Palmore (1976), consideraban que las creencias religiosas permanecen durante toda la vida, pero que las prácticas religiosas si disminuyen con la llegada de la etapa de la vejez, debido principalmente a la disminución de las habilidades funcionales, la movilidad y la presencia de trastornos mentales en las personas que se encuentran en esta última etapa de la vida, lo que lleva a que el adulto mayor tenga un menor contacto con su entorno y grupo religioso. Aunque la religión contribuye a las personas para tener una mayor aceptación de acercamiento a la muerte, esto no significa que las personas mayores estén preparadas para afrontarla y no tenerla miedo. En general, ninguna persona desea morir y aunque tenga conciencia de la misma, la evitación continuará por miedo a lo desconocido.

Son escasas las investigaciones que abordan el miedo a la muerte de forma multidimensional, diferenciando entre el miedo a la muerte propia y el miedo a la muerte ajena. Esto refleja la complejidad de este constructo (Hui-Mei, 2003), diferencias entre las dos dimensiones, mostrando independencia de la oración y la asistencia al culto, y experiencia religiosa/espiritual, con relación al miedo a la propia muerte, tal como se ha observado en distintos estudios (Feifel, 1974; Kalish, 1963; Templer y Dodson, 1970).

En la investigación llevada a cabo, los resultados obtenidos indican que no existe correlación entre el *Miedo a la Muerte Propia* y Creencias. Lo mismo ocurre cuando correlacionamos *Miedo a la Muerte Propia* y Soporte Social. La hipótesis planteada “*Existe relación entre las creencias y el miedo a la propia muerte*” no coincide con los resultados obtenidos.

Al correlacionar la variable *Miedo a la Muerte Ajena* con las dimensiones que mide el instrumento de medida ISC-15r, sólo se establece correlación negativa significativa entre ésta y Creencias. Lo que indica que *cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, menos creyentes son*. Los resultados obtenidos al correlacionar el *Miedo a la Muerte Ajena* con Soporte Social no coinciden con la hipótesis planteada “*Existe relación entre el soporte social y el miedo a la muerte ajena*”, ya que no existe relación entre ésta dimensión que mide el cuestionario ISC-15r con el miedo a la muerte ajena. Según Gala *et al.* (2002), esto podría deberse a que en la actualidad existe una menor espiritualidad en el ser humano, relacionado con una cultura que atraviesa por una crisis de valores, pérdida ética, en donde el sentido de la vida ha mermado, olvidándose a la vez del sentido de la muerte.

#### 8.4.6. *Miedo a la muerte en relación a las actitudes ante la muerte*

Cuando se habla de la muerte surgen dos variables importantes, una es el miedo y la otra son las actitudes que asume el adulto mayor frente a la misma. La muerte al tener carácter desconocido y al no saber con certeza lo que sucede después de ella, genera en la sociedad occidental diversos temores, orientados principalmente al más allá, a dejar a sus seres queridos, pero sobretodo el miedo más marcado es afrontar una agonía o dolores que no puedan soportar (Viguera, 2005). A lo anterior se suma el planteamiento de Vilches (2000), quien considera que el temor se dirige, además, a la enfermedad

prolongada, a la invalidez, al deterioro e incapacidad. Es por esta razón que la llegada a la etapa de la vejez al estar más próxima a la culminación de la vida, lleva a que surjan con mayor precisión dichos temores, originando ansiedad y tensión en el adulto mayor repercutiendo directamente en las relaciones familiares y en el estilo y calidad de vida, llevando a que las personas asuman ciertas actitudes que impiden enfrentar sanamente la muerte.

Las características propias de cada persona llevan a que la muerte se viva con mayor o menor cercanía, generando actitudes más favorables o desfavorables ante dicha posibilidad ya sea que se trate de la muerte propia o de la muerte ajena (Uribe *et al.*, 2007).

Los autores Espinoza *et al.*, (2011) afirman que las correlaciones positivas del Miedo a la Muerte con la Actitud Ante la Muerte, apoyan la validez del instrumento de medida EMMCL. A su vez la convergencia de las cuatro sub-escalas ofrece cierto apoyo para la validez de las dimensiones de la EMMCL. La magnitud de la relación refleja que mide constructos similares, que se refleja en que a medida que aumenta el Miedo a la muerte también aumenta la Actitud desfavorable a la muerte. Relaciones en la misma dirección se reflejan en un estudio realizado en estudiantes de enfermería y enfermeras donde la correlación de la escala demostró una validez discriminante al asociarse mayormente con la escala de ansiedad a la muerte que con la ansiedad general (Tomás-Sábado *et al.*, 2007). Similares resultados se encontraron con estudiantes de medicina al correlacionarla con la escala de ansiedad ante la muerte (Kolawole *et al.*, 2008; Abdel-Khalek *et al.*, 2009; Tomás-Sábado *et al.*, 2007), donde confirman su validez convergente. La multidimensionalidad es la característica más distintiva de la EMMCL.

Al correlacionar el *Miedo a la Muerte Propia* con las cinco actitudes ante la muerte, se encontró correlación significativa entre ésta y la actitud de Miedo a la Muerte; por lo que se puede afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Miedo a la Muerte*. Además, existe correlación significativa entre el *Miedo a la Muerte Propia* y la actitud de Evitación a la Muerte, pudiendo afirmar que *cuanto más Miedo a la Muerte Propia tienen las personas mayores, mayor es la Evitación a la Muerte*.

Al correlacionar el *Miedo a la Muerte Ajena* con las actitudes ante la muerte, se encontró correlación significativa entre ésta y tres, de las cinco, actitudes:

- Miedo a la Muerte. *Se puede afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Miedo a la Muerte.*
- Evitación a la Muerte, lo que nos indica *que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, mayor es la actitud de Evitación a la Muerte.*
- Aceptación de Acercamiento, *por lo que se puede afirmar que cuanto más Miedo a la Muerte Ajena tienen las personas mayores, menor es la actitud de Aceptación de Acercamiento.*



## Capítulo 9

### Conclusiones

La muerte es un hecho inevitable, desconocido e incontrolable, ya que no sabemos, lo que provoca en el ser humano incertidumbre, llevando a cuestionar su existencia y planteándose multitud de interrogantes.

La finitud de la vida genera en las personas la emoción de miedo, no sólo por la incógnita y misterio que la envuelve, sino por lo que supone la pérdida; dejar atrás todo lo realizado y acumulado en la vida. Visto así, parece que a lo único que tenemos miedo es a nuestra propia muerte. Sin embargo, sufrimos ante la pérdida de alguien a quien queremos. Perdemos para siempre a una persona cercana a nosotros y que forma parte de nuestra vida. Obviamente, la pérdida es irreparable. Sólo pensar que se volverá a repetir con otro familiar o amigo nos produce dolor. Por lo que existen dos tipos de miedo a la muerte, uno relacionado con la pérdida de identidad y la ruptura de proyectos (miedo a la muerte propia); y otro relacionado con el sufrimiento y el dolor que representa la muerte de un ser querido, cercano a nosotros (miedo a la muerte ajena).

El miedo a la muerte puede variar en intensidad, de tal forma que cierto miedo puede ser normal e incluso necesario para la supervivencia de la especie. En este sentido, la muerte tiene una función biológica o protectora de la vida. Un miedo excesivo, se convierte en patológico cuando se vuelve obsesivo o demasiado intenso, produciendo en la persona estrés y ansiedad.

Las personas mayores al encontrarse en la etapa final de la vida, viven con la muerte cercana a ellos, ya que las personas de su entorno van muriendo y la enfermedad crónica puede aparecer en cualquier momento. Por lo que estas personas son las que mayor miedo a la muerte pueden presentar en comparación con otras etapas del ciclo vital.



El propósito de esta investigación ha sido, ahondar en el tema del miedo a la muerte en la vejez y cómo afrontan este hecho las personas mayores. Ya que si sabemos cómo es el proceso de miedo a la muerte, podremos saber quiénes son los que lo afrontan de una forma activa y adaptativa y qué personas lo afrontan de una forma pasiva y desadaptativa.

El proceso de afrontamiento, por el que pasa una persona en situaciones traumáticas (en este caso la muerte), sigue el modelo psicológico del estrés. Ante la aparición de un determinado suceso, la persona realiza una valoración primaria, analiza si la situación o el suceso es positivo o negativo y valora las consecuencias presentes y/o futuras que puedan derivar del mismo. En segundo lugar, la persona valora cuáles son sus capacidades para afrontarlo.

Existen unos factores que determinan el afrontamiento de una persona ante una situación de estrés (miedo a la muerte). Estos factores son internos: las actitudes y componentes de la personalidad; y factores externos: recursos tangibles (educación, nivel socio-económico, etc.). Ambos factores pueden modular de forma favorable o desfavorable, el impacto de un estresor (miedo a la muerte). Además, se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación determinada, cada persona es propensa a utilizar una serie de estrategias ante sucesos de estrés. De tal forma que dependiendo de las estrategias que se utilicen, se determinará el estilo de afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento, se orientan en dos caminos: uno pasivo, la persona evita las situaciones estresantes e incómodas que no sabe manejar; y otro activo, la persona se esfuerza para enfrentarse a la situación y así mismo aprender de ella.

Tras valorar los resultados obtenidos hemos llegado a las siguientes conclusiones, que se enunciarán partiendo de las hipótesis de esta investigación.

- 1) El miedo a la muerte propia es mayor cuantos más años tienen las personas, ya que se encuentran en la recta final de sus vidas, siendo un hecho cercano. Además, podemos afirmar que son las mujeres mayores las que tienen un mayor miedo a su propia muerte. Wahl (1958) y Murphy (1959) explican que la muerte en cuanto a la realidad es temida por lo que tiene de separación, de soledad, de castigo, de destrucción, de confusión, por ser desconocida, por lo que se ignora de ella, etc. Y a la inversa, es decir, cualquier situación que amenaza con la separación, soledad, etc., puede hacer surgir por asociación el miedo a la muerte. Desde un punto de vista psicológico, se vienen distinguiendo dos posturas o alternativas: la primera, le confiere un *significado saludable*, (Zilboorg, 1943; Leep, 1968; Kastenbaum y Aisenberg, 1972) ya que las reacciones ante la muerte son aprendidas y, por tanto, el miedo a ella no es natural. El miedo a la muerte se adquiere ante todo para preservar la vida; la segunda, le otorga un *significado morboso*, (Klein, 1948; Stekel, 1949; Feifel, 1959; Templer, 1970) porque el miedo a la muerte es natural y nos afecta a todos. Es el miedo principal, el que influencia a todos los demás y ante el que nadie es inmune, ya que es parte esencial de la condición humana.

A pesar de todo, la mayoría de las personas tiene temor a la muerte no sólo por el misterio que se esconde detrás, sino por lo que supone la pérdida. La muerte supone dejar atrás todo lo realizado, todo lo acumulado.

- 2) El nivel de estudios no es un factor modulador externo que determine el estilo de afrontamiento en las personas que tienen miedo a la muerte. Sin embargo, los autores Vázquez, Crespo y Ring (2003), postulan que el nivel de estudios (educación), junto con otros factores externos pueden intervenir en el afrontamiento de dos formas distintas: la primera, afectando de forma directa en las capacidades de afrontamiento que posee la persona ante cualquier estresor; y la segunda y última, como amortiguador del efecto negativo de los estresores.
  
- 3) Las personas mayores que tienen miedo a su propia muerte eluden hablar de ella, siendo la actitud de evitación la que más utilizan frente a la misma. Determinando así, un estilo de afrontamiento pasivo y desadaptativo ante el miedo a la propia muerte. Coincidiendo con Gray (1971) que identifica el miedo con el castigo, definiéndolo como un estímulo ante el cual, la mayoría de los miembros de la especie procuran rehuir, escapar o evitar. Por consiguiente, se puede afirmar que el miedo produce también reacciones de evitación y huida. Por un lado, *evitar* hace alusión a la dimensión activa y anterior a que aparezca la amenaza; dicha evitación se realiza por medio de la eliminación del estímulo. Por otro lado, *escapar* es dar por concluida la exposición del estímulo que produce aversión. Esto es así, debido a que en el individuo existe cierta tendencia a separar al organismo de las situaciones penosas y a huir ante el miedo que le produce todo lo que atañe a su integridad física o psíquica. Por el contrario, Blanco Picabia y Antequera-Jurado (1998), afirman que las personas que se encuentran en la etapa de la vejez, adoptan una orientación activa hacia la muerte, producto de la mayor aceptación que a estas edades se produce del

hecho de morir, tanto a niveles genéricos (la muerte de los demás) como particulares (la muerte propia).

- 4) Las dos dimensiones que miden el instrumento de medida ISC-15r, creencias y soporte social, no influyen en el miedo a la muerte propia. Sin embargo, las creencias son un factor determinante en el miedo a la muerte ajena. Como cita Guinot en su libro (2011), se teme a lo desconocido, aunque no podemos asegurar que vaya a ser algo necesariamente malo. De hecho, para quien tiene fe en una vida posterior, el temor se diluye, pues esa esperanza se convierte en confianza y permite vivir la vida con serenidad. La muerte no es el final, es el renacer a otra existencia. Es un enfoque que ahuyenta el miedo. Coincidiendo, también, con los autores Park y Folkman (1997) que afirman que las personas con un trasfondo religioso pueden afrontar mejor ciertos acontecimientos importantes como la muerte de alguien cercano, una tragedia inesperada o una enfermedad terminal, aspectos que son generadores de estrés.
  
- 5) La estrategia que más utilizan las personas mayores para afrontar el miedo a su propia muerte es el pensamiento desiderativo. Las personas que utilizan ésta estrategia reflejan su deseo de que la realidad que les toca vivir fuera de otra forma. Lo que nos indica que estas personas manejan el miedo a la muerte propia de una forma inadecuada, adquiriendo un estilo de afrontamiento pasivo/desadaptativo. En cambio, no hay ninguna estrategia que explique la forma de afrontar el miedo a la muerte ajena. Esto último entra en conflicto con lo escrito por Wortman y Silver (1989), que a pesar del impacto que la muerte de seres queridos puede suponer en la población anciana, en ocasiones, son

desproporcionadamente mayores las expectativas y preconcepciones que la población e incluso los profesionales de la salud mantienen sobre las extremas reacciones tanto fisiológicas como psicológicas esperables en los ancianos en esta situación, que las que real y objetivamente se producen (Wortman y Silver, 1989). Se pone de manifiesto además que, a pesar del impacto que estas muertes ejercen sobre la salud y el equilibrio del anciano especialmente en las primeras semanas, el anciano es también capaz de desarrollar estrategias de afrontamiento que le permiten superar este estado, sobre todo cuando se le presta la ayuda precisa (Lund, Caserta y Dimond, 1989). Parece ser que las expectativas previas que desarrollan los propios ancianos sobre cuáles pueden ser sus posibilidades de recuperarse de la muerte inminente de una persona querida son más negativas y pesimistas que las que son realmente capaces de desarrollar cuando ya se ha producido la muerte (Caserta y Lund, 1992). Dicho de otra manera, una vez que el anciano tiene que afrontar la pérdida de un ser querido, lo hace con mucha más eficacia de lo que el mismo habría esperado, debido a que pone en marcha y utiliza recursos de los que no tenía conocimiento o a los que no valoraba como útiles con anterioridad (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

- 6) Existe una contradicción en el uso de las actitudes en las personas mayores, ya que las dos más utilizadas son: acercamiento y evitación. La primera, relacionada con un estilo de afrontamiento activo/adaptativo, lo que indica que las personas que utilizan ésta actitud manejan el miedo a la muerte de una forma adecuada, ya que aceptan la muerte tal y como venga. Y la segunda actitud, evitación, se relaciona con un estilo de afrontamiento pasivo/desadaptativo; las personas que usan ésta actitud tienen un manejo inadecuado del miedo a la

muerte. Erikson (1963) explica esta contrariedad como una transición en la etapa de la vejez, que puede o no generar una crisis denominada: integridad vs. desesperanza. La integridad lleva a que la persona en su adultez mayor se sienta conforme y satisfecha con la forma en que vivió su vida, encontrándole sentido, lo que lleva a afrontar la muerte sin miedo, y que se relacionaría con la puntuación obtenida en la escala de aceptación neutral. Por el contrario, la desesperanza se manifiesta cuando éstas personas sienten que han malgastado su vida y perciben que es demasiado tarde para empezar de nuevo, experimentando miedo a la muerte y tratando de evitarla al máximo.

- 7) De las ocho estrategias de afrontamiento que mide el instrumento CSI, se puede afirmar que las personas mayores utilizan con mayor asiduidad las cuatro estrategias orientadas a un estilo de afrontamiento del miedo a la muerte activo, manejando la situación de estrés de una forma adecuada, ya que la persona concentra todos sus esfuerzos para superar la situación. Coincidiendo con Zamarrón y Dolores (2006), que indican que al ser la vejez una etapa en donde se presentan una serie de crisis, las cuales pueden verse como perturbaciones o como aprendizajes, es allí donde las estrategias de afrontamiento asertivas permitirán que la persona no sólo tenga una adaptación satisfactoria a esta etapa, sino lleva a que esta tenga un control emocional, que favorezca una imagen positiva de sí mismo, el apropiarse de las competencias que se tienen y sostener relaciones sociales, que llevan finalmente a que la persona se entrene para futuras problemáticas.

En las personas ancianas el afrontamiento tiende a ser más exitoso, utilizando para ello las estrategias de afrontamiento activas, esto se debe a que están

continuamente involucrados en situaciones problemáticas que están fuera de su control, tales como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte, a lo que se agregan todas las experiencias vividas en etapas anteriores (Stefani y Feldberg, 2006).

- 8) Independientemente del sexo, la edad y el nivel de estudios, las personas mayores presentan un miedo a la muerte ajena superior que al miedo a su propia muerte. Como señala (Roberto y Stanis, 1994), durante el matrimonio, las personas restringen muchas de sus actividades sociales por la dificultad de compatibilizarlas con sus familias. Así, el cónyuge se convierte en la principal fuente de apoyo. Por ello, cuando este muere, aparece un sentimiento de pérdida unida a una toma de conciencia del propio envejecimiento, y a la actualización del conocimiento de la propia mortalidad, pero también a la adquisición de una mayor valoración de la vida. Además, Thomas (1991) indica que los ancianos institucionalizados reaccionan ante la muerte de sus compañeros de manera uniforme es una mezcla de pena, cólera (sobre todo si la persona ha sufrido antes de morir), alivio (si el que murió estuvo perturbando durante mucho tiempo el funcionamiento asistencial del establecimiento), e incluso de satisfacción (al menos yo sigo vivo). Las actitudes del anciano ante la muerte de un compañero van a depender del grado y del tipo de relación que mantuviera con él, de la personalidad del fallecido y de las circunstancias de su muerte. La muerte de un residente despierta un estado de depresión y ansiedad en el resto de los ancianos, ya que les hace pensar en su propia muerte (Blanco Picabia y Antequera-Jurado, 1998).

De estas conclusiones podemos sacar una lectura general y es que el óbito genera una respuesta común en la etapa de la vejez: el miedo. Tomando como referencia a Limonero (1997), el miedo genera cambios en la estructura de la actitud de la persona, ya que influye en el componente afectivo de la misma, lo que provoca que los componentes restantes (cognitivo y conativo), también se modifiquen. Estos cambios causan dos posibles reacciones:

- Reacción positiva, cuando el miedo a la muerte es prudencial puede conducir a que la persona valore mucho más la vida, generando actitudes de aceptación neutral y de acercamiento. Se relaciona con un estilo de afrontamiento adaptativo, manejando las estrategias adecuadas.
- Reacción negativa, cuando la muerte angustia y obsesiona a la persona, generando actitudes de evitación, miedo y escape. Se relaciona con un estilo de afrontamiento desadaptativo, manejando las estrategias inadecuadas.

Ésta reacción negativa coincide con los resultados y conclusiones de la investigación.

Las actitudes de evitación, miedo y escape, hacen que la persona no reaccione de forma positiva ante la situación de angustia (miedo a la muerte), pudiendo generar un trastorno patológico en el senescente, como la ansiedad o el estrés. Antes de que tal hecho suceda, se plantea el cambio de la estructura de las actitudes que provocan la reacción negativa ante el miedo a la muerte, basándonos en dos enfoques de la Psicología Social: Teoría de la Disonancia Cognitiva y Teoría de la Persuasión. Ambas teorías parten del principio teórico de que las actitudes son adquiridas, se aprenden y por lo tanto pueden modificarse.



Mientras que la Teoría de la Persuasión (Festinger, 1957), está más arraigada al componente cognitivo y hasta en cierta medida el afectivo, la Teoría de la Disonancia Cognitiva (Moya en Morales coord., 1999) otorga protagonismo al componente conativo, a través de los cuales se producirá el cambio de actitud. Ambas teorías, se componen de una serie de fases, por las que la persona debe pasar de forma progresiva, si quiere que se produzca el cambio de actitudes. En este proceso están involucrados: el mensaje (presentación de la información), estímulo provocado por los sentimientos (agradables o desagradables), nuevas experiencias y nuevas conductas. La combinación de varios de ellos, pueden provocar el cambio, a través de la nueva relación que se establece entre actitud y objeto.

Se concluye la importancia de contribuir, desde la psicología y la pedagogía, a cambiar las actitudes que generan reacciones negativas ante la muerte, garantizando bienestar y calidad de vida a las personas que se encuentran en la última etapa de su vida.

## Capítulo 10

### Limitaciones y prospectiva

Existen algunas limitaciones en esta investigación, que es conveniente citar para futuros estudios.

#### 10.1. Limitaciones

La interpretación de los resultados obtenidos se ha podido ver mermada por las características de la muestra objeto de estudio, como proceder de la misma región geográfica o compartir el mismo barrio de residencia. Para asegurar la representatividad de los resultados, los experimentos deberían replicarse con otras muestras y características, así como comparar los resultados con los obtenidos en otros países culturalmente distintos al nuestro.

Otra de las limitaciones en esta investigación es la relacionada con el tamaño de la muestra (152 sujetos), en su conjunto es una muestra suficiente para poder emplear los métodos de análisis de datos, pero al dividirla por condiciones de sexo, edad y nivel de estudios los resultados se ven limitados. Por ello, en futuras investigaciones debería realizarse el estudio con una muestra mayor, procurando que sea proporcionada en cuanto:

- al número de hombres y mujeres,
- al número de personas de entre 60-70 años, 71-80 y 81-90 años
- y al número de personas mayores sin estudios, con estudios no universitarios y con estudios universitarios.

Todo ello con el fin de lograr establecer diferencias oportunas en cuestión de sexo, edad y nivel de estudios, en cada una de las dimensiones que miden los instrumentos utilizados.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, hay que ir con cautela a la hora de generalizar, debido a la configuración de la muestra. Al ser únicamente población que se encuentra en la etapa de la vejez, los resultados difieren de los obtenidos en otras investigaciones con muestras más grandes y muestras con personas de diferentes grupos de edad.

Los instrumentos utilizados en la investigación son medidas de autoinforme, aunque se han administrado de forma individual a cada participante, mediante una entrevista oral. Es posible que la forma de aplicar los cuestionarios influyera en el estilo de respuesta favoreciendo la deseabilidad social. Respecto al CSI, puesto que es un instrumento de afrontamiento, el impacto de la deseabilidad social, en caso de haberla, debería ser mínimo y la forma de aplicar el instrumento facilita que no haya pérdida de datos y que las personas que participan entiendan correctamente qué se les está preguntando.

Por último, podrían haberse incluido variables de control como el estado de salud, los rasgos de personalidad, los recursos sociales o los recursos económicos, ya que podrían influir sobre el bienestar y en el estilo de afrontamiento. Por lo tanto, es necesario ampliar la investigación y controlar estas variables para obtener resultados más fiables.

## **10.2. Prospectiva**

Es importante resaltar que no existe una tendencia definida con respecto a considerar la muerte como tránsito, sin embargo, surge un cuestionamiento general en las personas

que se encuentran en la última etapa de sus vidas: ¿qué sucede en el momento y después de la muerte?

Esta pregunta nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de indagar más sobre la espiritualidad de las personas mayores que se encuentran cercanas a la finitud de sus días y desarrollar programas educativos con respecto al miedo que genera la muerte, ya sea propio o ajeno, enfatizando en el manejo de las emociones y las actitudes ante la muerte para hacer que se afronte la muerte de una forma sana, utilizando cualquiera de las cuatro estrategias que se engloban dentro del manejo adecuado de las situaciones de estrés: resolución de problemas, apoyo social, expresión emocional y reestructuración cognitiva, además, de utilizar las actitudes de acercamiento y neutral. Estas estrategias y actitudes hacen que se consolide en las personas el estilo de afrontamiento activo y adaptativo, que ayuda a los mayores a asumir el miedo a la muerte aceptándolo y aprendiendo de él. Evitando así, la aparición de trastornos psicopatológicos como la ansiedad o el estrés. De esta forma se podría garantizar bienestar y calidad de vida a las personas que se encuentran en la recta final de su existencia.

Otra de las líneas para investigaciones futuras, podría centrarse en la búsqueda y recogida de datos, en los que se analicen las características de la personalidad, ya que es un factor interno determinante para conocer cómo afrontan las personas las situaciones de estrés. La personalidad podría determinar los estilos de afrontamiento que utilizan las personas para enfrentarse al miedo a la muerte. Además, de enfatizar en el estudio de variables sociodemográficas, como, el nivel socio-económico y el estado civil, ya que son algunos de los recursos tangibles que forman parte de los factores externos que modulan y determinan el afrontamiento de situaciones estresantes. Todo ello, con el fin de llevar a cabo un estudio predictivo del miedo a la muerte.

Para conocer si las personas que se encuentran en la recta final de sus vidas tienen algún trastorno psicopatológico, derivado del miedo a la muerte, se plantea una nueva línea de investigación futura, que recabe información sobre las reacciones emocionales patológicas: ansiedad y estrés, a través de instrumentos de medida que han demostrado tener una alta validez y fiabilidad a la hora de medir cada una de las dimensiones que los conforman.

Y, por último, otra de las líneas de investigación podría surgir en base a mejorar las limitaciones destacadas anteriormente, sobre este estudio. Aumentar la muestra, para garantizar resultados representativos y que se puedan generalizar a la población objeto de estudio. Además, a la hora de aumentar la muestra, podríamos establecer diferencias por grupos en relación al lugar de residencia y la región a la que pertenecen. De ésta forma, se podría llevar a cabo un estudio comparativo y conocer qué grupo presenta un mayor miedo a la muerte y cómo se enfrentan al mismo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for Death Fear Scale. *Death Studies*, 26(8), 669-680.
- Abdel-Khalek, A., & Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. *Psychological Reports*, 105(2), 409-410.
- Aday, R. H. (1985). Belief in after life and death anxiety: correlates and comparisons. *Journal of Death Dying*, 15(1), 67-75.
- Alcántara, J. A. (1988). *Cómo educar las actitudes*. Barcelona: Ceac.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 174-180.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology* (pp. 798-884). Worcester, MA: Clark University Press.
- Álvarez-Ramírez, L. Y. (2009). Actitudes frente a la muerte en un grupo de adolescentes y adultos tempranos en la ciudad de Bucaramanga. *Aquichan*, 9(2), 156-70.
- Amirkham, J. H. (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242-261.
- Ariès, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona: El Acantilado.



- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (6° ed., Vol. 1, 569-664). New York: Wiley.
- Barca, C. de la (1999). *La vida es sueño*. Madrid: Edimat Libros S.A.
- Barraza, M., y Uranga, R. (s.f.). Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase Terminal. Recuperado Septiembre 9, 2006 de <http://www.organizaciones sociales.segob.gob.mx/Revista>
- Bautista, J. M. (2001). Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. *XXI, Revista de Educación*, 3, 189-196.
- Bécquer, G. A. (2000). *Rimas y Leyendas*. Madrid: Edaf.
- Behar, D. (2003). *Un buen morir: encontrando sentido al proceso de la muerte*. México: Pax.
- Benedet, M. J., Martínez Arias, R., y Alejandre, M. A. (1998). Diferencias con la edad en el uso de estrategias, en el aprendizaje y en la retención. *Anales de Psicología*, 14(2), 139-156
- Berger, M., y Hortala, F. (1982). *Morir en el hospital*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Blanco Picabia, A. (1990). Edad y respuesta a la muerte. *Anales de Psiquiatría*, 6(4), 142-145.
- Blanco Picabia, A., y Antequera-Jurado, R. (1998). La muerte y el morir en el anciano. En S. Leopoldo (comp.), *La vejez* (pp. 379-406). Una mirada gerontológica actual, Buenos Aires: Paidós.

- Blazer, D., & Palmore, E. (1976). Religion and aging in a longitudinal panel. *Gerontologist, 16*, 82-85.
- Bolívar, A. (1995). *La Evaluación de valores y actitudes*. Madrid: Anaya.
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la Tanatología? *Revista digital universitaria, 8*(7), 1-10.
- Bremmer, J. N. (2002). *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Madrid: Siruela.
- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of the American Geriatrics Society, 12*, 529-35.
- Calle, R. (2011). *Enseñanzas para una muerte serena*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., y García, J. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría, 35*, 29-39.
- Cano-Vindel, A., y Miguel-Tobal, J. J. (1992). *Inventario de valoración y Afrontamiento*. Universidad Complutense de Madrid, Departamento de de Psicología Básica, mimeo. Adaptación Argentina, Leibovich de Figueroa, N. B. (1999).
- Carrobes, J. A., Remor, E., y Rodríguez. L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema, 15*(3), 420-426.
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1992). Bereavement stress and coping among older adults: expectations versus the actual experience. *Omega: Journal of Death and Dying*, 25(1), 33-45.
- Castro Bolaño, C., Otero-López, J. M., Freire Garabal, M., Núñez Iglesias, M. J., Losada Vázquez, C., Saburido Novoa, J. L., y Pereiro Raposo, D. (1995). Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés en distintos grupos de edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30(2), 73-78.
- Cathcart, T., y Klein, D. (2012). *Heidegger y un hipopótamo van al cielo*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Champhor, A. (2007). *El libro egipcio de los muertos*. Madrid: Edaf.
- Chóliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. [www.uv.es/~choliz](http://www.uv.es/~choliz)
- Choron, J. (1969). *La mort et la pensée occidentale*. Paris: Payot.
- Cohen, D. C. (1977). Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia. *Behaviour and Therapy*, 8, 17-23.
- Cohen, A., & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 28(3), 215-241.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.

- Cotterell, A. (2011). *Enciclopedia de la mitología universal*. Barcelona: Parragón.
- Critchley, S. (2008). *El libro de los filósofos muertos*. Madrid: Taurus.
- Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL, test: administration, interpretation, uses, theory and critiques. *The International Forum for Logotherapy*, 11, 76-88.
- Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes*. Chile: Adrés Bello.
- Darwin, C. (1872). *The Expression of Emotion in Man and Animals*. Chicago: University of Chicago Press.
- Dastur, F. (2008). *La muerte. Ensayo sobre la finitud*. Barcelona: Herder.
- David, R. (2003). *Religión y magia en el antiguo Egipto*. Barcelona: Crítica.
- Dickstein, L. S. (1972). Death Concern: Measurement and Correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571.
- Domínguez, M., Ocejo, A., y Rivera, M. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 1018-1030.
- Duche, A. B. (2012). La antropología de la muerte: autores, enfoques y períodos. *Revista Sociedad y Religión*, 37(22), 206-215.
- Dulcey Ruiz, E., y Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana en Psicología*, 34(1-2), 17-27.
- Durlak, J. A. (1972). Measurement of the fear of death: an examination of some existing scales. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 545-547.

- Eiser, J. R. (1989). *Psicología social: actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Pirámide.
- Elizalde, G. (2010). *Aprendiendo a morir: modificación de las estrategias de los ancianos para afrontar la muerte*. Tesis de doctorado. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Elizalde, G., y Flores, G. (2009). Escala de ansiedad ante la muerte para ancianos mexicanos. En González-Celis, R. (coord.), *Evaluación en psicogerontología* (pp. 155-67). México: Manual Moderno.
- Elvira, M. A. (2008). *Arte y mito: manual de iconografía clásica*. Madrid: Sílex.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Engen, T., Levy, N., & Schlosberg, H. (1958). The dimensional analysis of a new series of facial expressions. *Journal of Experimental Psychology*, 55(5), 454-458.
- Erikson, E. (1963). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Esberg, K. K. (1980). Dying and life aged. *Journal of Gerontological Nursing*, 6(1), 11-1.
- Espinoza, M., Luengo, L., y Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. *Aquichan*, 16(4): 430-446.
- Espinoza, M., Sanhueza, O., y Barriga, O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana*, 19(5), 1-10.

- Esteban Duque, R. (2009). *Ensayo sobre la muerte*. Madrid: Encuentro.
- Esteban Montilla, R. (2009). *Viviendo la tercera edad*. Barcelona: Clie.
- Esteve, F. (2012). *Huellas de Miguel Hernández*. Madrid: Ediciones de la Torre.
- Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. Nueva York: Plenum Press.
- Feifel, H. (1959). Attitudes toward death in some normal and mentally ill populations. En H. Feifel (Ed.) *The Meaning of Death*. New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and terminally ill. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 13, 353-360.
- Feifel H., & Branscomb A. B. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 282-288.
- Fernández, C. (2007). *Estrategias de ayuda para el afrontamiento*. Almería: Universidad de Almería.
- Fernández - Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En Fernández - Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M., y Martínez, F. (Eds.) *Cuadernos de práctica de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya Fresneda, R., Íñiguez Martínez, J., y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Figuroa, M. I., y Cohen, S., (2006). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). Ways of Coping Scale. Stress, Appraisal and Coping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping process. *Psychological and Aging*, 2, 171-184.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping. Theoretical and Research Perspectives*. Nueva York: Routledge.
- Frydenberg, E., y Lewis, R. (1996). *Manual: ACS. Escalas de Afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA, adaptación española. (orig. 1993).
- Gabilondo, A. (2004). *Mortal de necesidad. La filosofía, la salud y la muerte*. Madrid: ABADA editores.
- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, C., y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- García, V., y Sibils, R. (2006). Las emociones: nuevas perspectivas desde el psicoanálisis y las neurociencias. *Interpsiquis*, 1-19.
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Girdano, D., & Everly, G.S. (1986). *Controlling Stress and Tension*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Gomes, B., & Higginson, I.J. (2008). Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22, 33-41.
- Gómez, F.J. (2011). *Historia de Grecia en la antigüedad*. Madrid: Akal.
- Gómez Dupertis, D., (2002). Notas acerca de la relación entre personalidad y estrés. En Leibovich de Figueroa, N., y Schufer, M., *El malestar y su evaluación en diferentes contextos*. Buenos Aires: Editores Eudeba.
- Gómez Sancho, M. (2007). *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. Madrid: Arán Ediciones S.L.
- González, M<sup>a</sup>. P. (1981). *La educación creativa. Técnicas creativas y cambio de actitud en el profesorado*. Tesis Doctoral. Universidad de Barcelona.
- González, S. (2015). *Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- González-Celis, A.L., y Araujo, A.V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontología*, 13(1), 167-190.
- González-Celis, A. L., y Martínez-Camarena, R. L. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 98-110.
- Gordon, D. (1972). *Overcoming the fear of death*. Baltimore: Penguin.
- Gray, J. A. (1971). *La psicología del miedo*. Madrid: Ediciones Guadarrama.



- Gubrium, J. F. (1973). Apprehensions of coping incompetence and responses to fear in old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 4(2), 111-125.
- Guinot, J.L. (2011). *Al final de este viaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion and Culture*, 8, 253-261.
- Hernández, Z. (2000). El concepto de la muerte en el adulto mayor. *Revista de Psicología y Salud*, 10(2), 249-56.
- Herrán, A. de la, y Cortina, M. (2007). Fundamentos para una Pedagogía de la muerte. *Revista Iberoamericana de Educación*, 41(2), 1-12.
- Herreros, A. C. (2011). *Cuentos populares de la madre muerte*. Madrid: Ediciones Siruela.
- Hill, P., & Pargament, K. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(1), 3-17.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Hinton, J. M. (1974). Talking with people about to die. *British Medical Journal*, 2, 25.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H., (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Hood, R., Hill, P., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: Guilford.
- Hui-Mei, A. (2003). Factors related to attitudes towards death among american and chinese older adults. *Omega: Journal of Death and Dying*, 47(1), 3-23.
- Hybels, C., Blazer, D., George, L., & Koenig, H. (2012). The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *The Gerontologist*, 52(5), 676-685.
- Ibáñez, T. (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Editorial UOC.
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2012). *¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología*. México: Trillas.
- Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. In M. Lewis (Ed.), *Handbook of emotions* (pp. 631-641). Nueva York: Guilford Press.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. New York: Modern Library.
- Johnson-Laird, P. N., & Oatley, K. (2004). Cognitive and social construction in emotions. En M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 458-475). New York: The Guilford Press.
- Kalish, R. A. (1963). Some variables in death attitudes. *Journal of Social Psychology*, 59, 137-145.
- Kalish, R. A. (1976). Death and dying in a social context. En B. Schaie y Sloane (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences*. New York: Van Nostrand.

- Kalish, R. A., & Johnson, A. I. (1972). Values similarities and differences in three generations of women. *Journal Marriage and Family*, 34, 49-54.
- Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. En E. S. Schneidman, *Death and bereavement*. Illinois: Charles C. Thomas.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death*. New York: Springer Publishing Company.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. B. (1972). *The Psychology of death*. New York: Springer.
- Keene, M. (2003). *Religiones del mundo*. México: Aguilar, Altea, Alfaguara, Taurus.
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal Psychoanalysis*, 29, 114-123.
- Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith: How belief and prayer can help you triumph over disease*. New York: Touchstone Books.
- Kolawole, M., & Olusegun, A. (2008). The reliability and validity of revised Collett-Lester fear of death scale in nigerian population. *Omega: Journal of Death and Dying*, 57(2), 195-205.
- Koenig, H., George, L., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality and health in medically III hospitalized older patients. *The American Geriatrics Society*, 52(4), 554-562.
- Krieger, S., Epting, F., & Leitner, L. M. (1974). Personal constructs, threat and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5, 299.

- Krzemien, D., Urquijo, S., y Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16(3), 350-356.
- Krzemien, D., Urquijo, S., y Monchietti, A. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar de Plata. Una revisión de la autodistracción. *Interdisciplinaria*, 22(2), 183-210.
- Krzemien, D., Sánchez, M., Monchietti, A., y Lombardo, E. (Abril de 2009). *Afrontamiento de la crisis Psicosocial en la vejez: un modelo de abordaje hacia la promoción del envejecimiento saludable*. XXV Congreso Argentino de Psiquiatría. APSA. Mar de Plata, Argentina.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. (2006). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B.
- LaChapelle, D. L., & Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences among adults coping with pain: evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 37(2), 123-137.
- Lane, R., Nadel, L., Allen, J. J. B., & Kaszniak, A. (2000). The study of emotion from the perspective of Cognitive Neuroscience. En D. Richard & L. Nadel (Eds.), *Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 3-11). New York: Oxford University Press.

- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Schlien (Ed.), *Research in Psychotherapy* (vol. 3, pp. 90-103). Whashington, D. C.: American Psychological Association.
- Lazarus, R. S. (1991). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of a changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leep, L. (1968). *Death and its mysteries*. New York: MacMillan.
- León, J. M<sup>a</sup>, et al. (1998). *Psicología Social. Orientaciones teóricas y ejercicios prácticos*. Madrid: McGraw-Hill.
- Lester, D. (1972). Studies in death attitudes. *Psychological Reports*, 30, 440.
- Lester, D., Templer, D. I., & Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: a brief note. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54, 255-260.
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 5, 15-25.
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Revista ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.
- López Castedo, A., y Calle Santos, I. (2008). Características psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en pacientes VIH/ SIDA. *Psycotema*, 20(4), 958-963.

- Lund, D. A., Caserta, M. S., & Dimond, M. F. (1989). Impact of spousal bereavement on the subjective well-being of older adults. En D. A. Lund (Ed.), *Older bereaved spouses: research with practical applications*. Nueva York: Taylor & Francis Hemisphere.
- Luszcz, M. A. (1999). *Psychological ageing: Themes and variations*. Inaugural Professorial Lecture, Flinders University of South Australia.
- Madoz, V. (2001). El afrontamiento de la muerte a través de la historia. En Astullido, W.; Clavé, E. y Urdaneta, E. (Eds.), *Morir dignamente en casa: ¿es posible?* (pp. 168-175). San Sebastian: Sociedad vasca de cuidados paliativos.
- Maneiro Vidal, M. (2008). *Manual de Literatura Española: del Barroco a la Generación del 98*. España: Lulu.com.
- Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara*. Barcelona: Herder.
- Marín, R. (1976). *Valores, Objetivos y Actitudes en Educación*. Valladolid: Miñón.
- Marinoff, L. (2001). *Más Platón y menos Prozac*. Barcelona: Ediciones B, S.A.
- Maríñez, A. (2003). *Sentido de la vida en la obra de Viktor Frankl*. Madrid: Entrelíneas.
- Marshall, V. M. (1978). *The denial concept in Canadian and American death and dying research*. Congress of Gerontology, August, Tokyo, Japón.
- Martínez, J. (2010). *La experiencia trágica de la muerte*. Murcia: Edit. Um.
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Age differences and changes of coping behavior in three age groups: findings from

- the Georgia centenarian study. *The International Journal of Aging and Human Development*, 66(2), 97-114.
- Martín, M. D., Jimenes, M. P., y Fernández-Abascal, E. (2004). Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3, (4).
- McIntosh, D. N., Poulin, M. J., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 497-507.
- Meléndez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomás, J. M. (2012). Coping strategies: gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(3), 1089-1098.
- Mèlich, J.-C., prólogo a Poch, C., y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós.
- Miller, A., & Stark, R. (2002). Gender and Religiousness: can socialization explanations be saved? *American Journal of Sociology*, 107(6), 1399-1423.
- Mishara, B., y Riedel, R. (1986). *El proceso del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Molla, M. (2002). *La logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: una visión existencial*. Extracto de ponencia presentada en seminario: aportes de la logoterapia, espiritualidad y proyecto de vida en la comunidad terapéutica. Perú: Conferencia episcopal.

- Moller, D. W. (1996). *Confronting death. Values, Institutions and human mortality*. Oxford: Oxford University Press.
- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 212-230). New York: The Free Press, A Division of Macmillan Inc.
- Moral, J., y Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud, 19*(2), 189-196.
- Moral de la Rubia, J., y Miaja, M. (2011). Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte. *Boletín de Psicología, 103*, 29-44.
- Morales, F. (Coord). (1999). *Psicología Social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Moreno-Claros, L. F. (2002). *Martín Heidegger: el filósofo del ser*. Madrid: Edaf.
- Morris, C. (1997). *Psicología General*. México: Prentice Hall.
- Murphy, G. (1959). Discussion. En H. Feifel (Ed.), *The meaning of death*. New York: McGraw-Hill.
- Neimeyer, R. A., & Dingemans, P. M. (1980). Death orientation in the suicide intervention worker. *Omega: Journal of Death and Dying, 11*, 15-23.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 103-119). Washington, D. C.: Taylor and Francis.



- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Nelson, L. D., & Nelson, C. C. (1975). A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 6, 171-178.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging. A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal Community Based Nursing Midwifery*, 4(1): 2-10.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., & Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- O'Brian, S. L. (1991). Forewarning of a husband's death: does it make a difference for older widows? *Omega: Journal of Death and Dying*, 22(3), 227-239.
- Ocampo, J., Romero, N., Saa, H., Herrera, J., y Reyes, C. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Revista Colombia Médica*, 3, 26-30.
- Olson, D. H., & Mc Cubbin, H. I. (1989). *Families, What Makes Them Work*. California: Sage.
- Omar, A. G. (1995). *Stress y Coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.

- Ostrosky, F., y Vélez, A. (2013). Neurobiología de las emociones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(1), 1-13.
- Paloutzian, R., & Park, C. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology*, 1, 115-144.
- Pattison, E. (1977). *The experience of dying*. Englewood cliffs: Prentice-Hall.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pérez, R. (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. *Geroinfo*, 1, 1-15.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.
- Platón, (2004). Diálogos I, Fedón, Banquete, Fedro. Gredos, Madrid. Introducción, traducción y notas de C. García Gual, *Fedón*; M. Martínez Hernández, *Banquete*; E. Lledo Íñigo, *Fedro*.
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
- Poch, C. (2000). *De la vida y de la muerte*. Barcelona: Claret.
- Poch, C. (2007). *Catorce cartas a la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Pritchard, E. (1990). *Ensayos de antropología social*. Madrid: Siglo XXI Editorios.

- Ramos, F., y García, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. En Buendía, J., *Psicopatología Clínica y salud*. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Ramos Campos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Madrid: Tesis Doctoral.
- Rando, T. A. (1986). A comprehensive analysis of anticipatory grief: perspectives, processes, promises and problems. En T. A. Rando (Ed.): *Loss and anticipatory grief*. Massachusetts: Lexington.
- Rasmussen, C., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 130(2), 141-144.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.<sup>a</sup> ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Rivera, A., y Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.
- Roberto, K. A., & Stanis, P. (1994). Reactions of older women to the death their close friends. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29(1), 17-27.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rodríguez, U., Valderrama, O., y López, S. (2007). Actitud y Miedo ante la Muerte en Adultos Mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Roca, J. (2006). *Automotivación*. Badalona: Editorial Paidotribo.

- Rojas-Marcos, L. (2010). *Superar la adversidad: el poder de la resiliencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Hyman aging: Usual and successful. *Science*, *237*, 143-149.
- Rubio, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento: factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Rubio-Herrera, R. (1981). El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *36*(4), 719-727.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Studies*, *31*, 549-561.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, P., Valiente, R., y Santed, M. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en "segundas pruebas" de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *6*(1), 17-36.
- Selye, H., (1960). *La tensión en la vida*. Buenos Aires: Compañía General Fabril. Editora S. A.

- Shkrum, M.J., & Ramsay, D.A. (2007). *Forensic pathology of trauma: common problems for the pathologist*. New Jersey: Humana Press Inc.
- Siracusa, C. F. (2010). *Educación para la muerte: estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar. Propuesta de un programa de intervención*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Solomon, R. (1996). Coping with stress: A physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics*, 51(7), 46-51.
- Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion. An empirical approach*. New York: Guilford.
- Stefani, D., y Feldberg, G. (2006). Estrés y estilo de afrontamiento en la vejez. Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de psicología*, 22, 267-272.
- Stekel, W. (1949). *Conditions of nervous anxiety and their treatment*. New York: Liveright.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (1984). New measure of daily coping development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Suedfeld, P., & Hare, R. D. (1977). Sensory deprivation in the treatment of snake phobia: behavioral, self-report, and psychological effects. *Behaviour and Therapy*, 8, 240-250.
- Tang, C. S., Wu, A. M., & Yan, E. C. W. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.

- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *Journal General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D. I., & Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological Reports*, 26, 895-897.
- Terhart, F. (2007). *Mundos del más allá*. Barcelona: Parragón.
- Terhart, F., y Schulze, J. (2007). *Religiones del mundo*. Reino Unido: Parragon Books.
- Thomas, L. V. (1976). *L'antropologie de la mort*. Paris: Payot.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte: una lectura cultural*. Buenos Aires: Paidós.
- Thomas, L. V. (1993). *La muerte*. Barcelona: Paidós.
- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish peasant in Europe and America*. Boston: Badger.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343-361.
- Tomás-Sábado, J., y Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General Aplicada*, 56(3), 257-279.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J., & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Studies*, 31, 246-260.

- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554.
- Torras, A. (2009). *Acompañar en el duelo*. Barcelona: Luciérnaga.
- Tylor, E. (1958). *Primitive Culture: researches into the development of mythology, philosophy, religion, language, art and custom*. Nueva York: Harper and Row.
- Uribe, A. F. (2007). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. Salazar (Eds.), *Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 201-223). Cali: Manual Moderno.
- Uribe, A. F., Valderrama, L., y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 109-120.
- Urmeneta, A. (2001). El afrontamiento de la muerte a través de la historia. En Astullido, W., Clavé, E., y Urdaneta, E. (Eds.), *Necesidades psicosociales en la terminalidad* (pp. 315-332). San Sebastián: Sociedad vasca de cuidados paliativos.
- Urraca, S. (1982). Actitudes ante la muerte y la religiosidad. *Información Psicológica*, 3, 101-139.
- Urraca, S. (1985). Estudio evolutivo de la muerte. *Jano*, (653), 43-54.
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. M. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios, y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Veil, C. (1974). Los problemas de la muerte. En varios *Sociología de la muerte*. Madrid: Sala.
- Vial Mena, W. (2000). *La antropología de Viktor Frankl: el dolor, una puerta*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Viguera, V. (2005). *Los miedos en los adultos mayores*. Recuperado Febrero, 2016 <http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%20>
- Vilches, L. (2000). *Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior*. Chile: Departamento de psicología, Universidad de Chile.
- Wahl, C. W. (1958). The fear of death. *Bull. Menninger Clinic*, 22, 214.
- Walk, R. D. (1965). Self-rating of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 52, 171-178.
- Watson, J. B. (1924). *Behaviorism*. New York: Norton.
- Williams-Ziegler, (1984). Allaying common fears. In *Dealing with Death and Dying*. (Nursing Skillbook series), edited by P. Chaney, Springhouse, PA: Nursing 84 Books.
- Wolff, K. (1970). The problem of death and dying in the geriatric patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 18, 954-961.



- Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey Schedule for use in behavior the therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wong, P., Reker, G., y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: un instrumento de medida. En R. Neimeyer (Ed.), *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp.131-156). Barcelona: Paidós.
- Woodrow, K., Freidman, G., Siegelau, A., & Collen. M. (1975). Pain tolerance difference according to age, sex, and race. En Weisenberg, M. (Ed.), *Clinical and Experimental Perspective*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 349-357.
- Wu, A., Tang, C., & Kwok, T. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal Aging Health*, 14(1), 42-56.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482.
- Zamarrón, C., y Dolores, M. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. *Portal de mayores*, 52, 1-19.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zilboorg, G. (1943). Fear of death. *Psychoanalytic Quarterly*, 12, 465.

## **ANEXOS**



## ANEXO I

### Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

El propósito de este instrumento es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas.

Piense durante unos minutos en una situación que ha sido muy estresante (situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella) para usted en este último mes. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda: **1 = En absoluto; 2 = Un poco; 3 = Bastante; 4 = Mucho; 5 = Totalmente.**

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas (con una X en la casilla correspondiente). No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó sintió en ese momento.

NOMBRE:

EDAD:

Nº		1	2	3	4	5
1	Luché para resolver el problema.					
2	Me culpé a mí mismo.					
3	Dejé salir mis sentimientos para reducir el estrés.					
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado.					
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema.					
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente.					

7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado.					
8	Pasé algún tiempo sólo.					
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación.					
10	Me di cuenta de que era responsable y me lo reproché.					
11	Expresé mis emociones, lo que sentía.					
12	Deseé que la situación no existiera o que terminase.					
13	Hablé con una persona de confianza.					
14	Cambié de forma de ver la situación para que no pareciese tan mal					
15	Traté de olvidar por completo el asunto.					
16	Evité estar con gente.					
17	Hice frente al problema.					
18	Me critiqué por lo ocurrido.					
19	Analicé mis sentimientos y simplemente los dejé salir.					
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación.					
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano.					
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas.					
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más.					
24	Oculté lo que pensaba y sentía.					
25	Supé lo que había que hacer para que las cosas funcionaran.					
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera.					
27	Dejé desahogar mis emociones.					
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido.					
29	Pasé algún tiempo con mis amigos.					
30	Me pregunté qué era lo importante y vi que no estaba mal.					
31	Me comporté como si nada hubiera pasado.					
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía.					
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería.					
34	Fue un erro mío, tenía que sufrir las consecuencias.					
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron.					
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes.					
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto.					
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas.					
39	Evité pensar o hacer nada.					
40	Traté de ocultar mis sentimientos.					
41	Me consideré capaz de afrontar la situación.					

## ANEXO II

### Inventario de Sistemas de Creencias-15R

(Almanza y cols.; 1999)

A continuación, se le presenta una herramienta diseñada para medir creencias y prácticas de tipo religioso y espiritual, así como el apoyo social derivado de pertenecer a una comunidad.

Usted debe colocar una marca (X) en un punto de la escala que aparece en cada proposición; esta marca expresará su grado de acuerdo o desacuerdo que tiene con cada una de las proposiciones, siendo: **1 = Muy en desacuerdo; 2 = Algo en desacuerdo; 3 = Algo de acuerdo; 4 = Muy de acuerdo.**

Agradecemos la mayor sinceridad posible al completar el instrumento. No consulte con otras personas, necesitamos su propia respuesta, franca y auténtica.

NOMBRE:

EDAD:

Nº		1	2	3	4
1	La religión es importante en mi vida cotidiana.				
2	El rezar me ha ayudado para enfrentar tiempos de enfermedades.				
3	Disfruto el asistir a actos religiosos.				
4	Tengo la certeza de que, de alguna forma, Dios existe.				
5	Cuando tengo que lidiar con mis problemas acudo a mi comunidad.				
6	Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar.				
7	Disfruto reunirme con personas que comparten mis creencias.				
8	Durante tiempos de enfermedad, mis creencias se han fortalecido.				
9	Cuando me siento solo, cuento con personas que comparten mis creencias.				
10	He tenido esperanza como resultado de mis creencias religiosas.				
11	He sentido paz mediante mi oración y meditación.				
12	La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios.				
13	Busco gente en mi comunidad religiosa cuando necesito ayuda.				
14	Creo que Dios me protege del daño.				
15	Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles.				

### ANEXO III

#### Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R)

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo, teniendo en cuenta que: **1 = Totalmente en Desacuerdo; 2 = Bastante en Desacuerdo; 3 = Algo en Desacuerdo; 4 = Indeciso; 5 = Algo de Acuerdo; 6 = Bastante de Acuerdo; 7 = Totalmente de Acuerdo.**

Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones poniendo una X en la casilla correspondiente.

NOMBRE:

EDAD:

Nº		1	2	3	4	5	6	7
1	La muerte es sin duda una experiencia horrible.							
2	Mi propia muerte despierta mi ansiedad.							
3	Evito pensamientos sobre la muerte.							
4	Creo que iré al cielo cuando muera.							
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.							
6	La muerte se debería como un acontecimiento natural.							
7	Me trastorna la finalidad de la muerte.							
8	La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción.							
9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.							
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mí lo evito.							
11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.							
12	Siempre intento no pensar en la muerte.							
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.							
14	La muerte es un aspecto natural de la vida.							
15	La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.							
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.							
17	No temería a la muerte ni e daría la bienvenida.							
18	Tengo un miedo intenso a la muerte.							
19	Evito totalmente pensar en la muerte.							
20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa.							
21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin.							
22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.							
23	Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.							
24	La muerte es una parte del proceso de la vida.							
25	Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno.							
26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.							
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma.							
28	Una cosa que me consuela es la vida después de la muerte.							
29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.							
30	La muerte no es buena ni mala.							
31	Espero una vida después de la muerte.							
32	Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte.							

## ANEXO IV

**Escala de Miedo a la Muerte de Collett y Lester**

No utilice demasiado tiempo pensando en su respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor represente su sentimiento siendo: 1 nada, 2-3-4 moderado y 5 mucho.

NOMBRE:

EDAD:

<b>¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propia muerte en...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. El morir solo.					
2. La vida breve.					
3. Todas las cosas que perderás al morir.					
4. Morir joven.					
5. Como será el estar muerto.					
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más.					
7. La desintegración del cuerpo después de morir.					
<b>¿Qué grado de preocupación tienes en relación a tu propio proceso de morir en...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. La degeneración física que supone.					
2. El dolor que comporta.					
3. La degeneración mental del envejecimiento.					
4. La pérdida de facultades durante el proceso.					
5. La incertidumbre sobre la valentía con que lo afrontarás.					
6. Tú falta de control sobre el proceso.					
7. La posibilidad de morir en un hospital.					
<b>¿Qué grado de preocupación tienes en relación a la muerte de otros en...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. La pérdida de una persona querida.					
2. Tener que ver su cadáver.					
3. No poder comunicarte nunca más con ella.					
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella.					
5. Envejecer solo, sin la persona querida.					
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte.					
7. Sentirse solo sin ella.					
<b>¿Qué grado de preocupación tienes en relación al proceso de morir de otros en...</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo.					
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo.					
3. Ver cómo sufre dolor.					
4. Observar la degeneración física de su cuerpo.					
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante su pérdida.					
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales.					
7. Ser consciente de que algún día vivirás esta experiencia.					





	Sig. (bilateral)	,779	,633	,060	,025	,219	,119	,217	,695	,364
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152
Miedo_Muerte_Ajena	Coefficiente de correlación	-,050	,083	,132	,103	,082	-,087	-,008	-,013	-,162*
	Sig. (bilateral)	,542	,308	,104	,205	,315	,286	,918	,874	,046
	N	152	152	152	152	152	152	152	152	152

			Soporte_Social	Miedo_Muerte	Evitación_Muerte	Aceptación_Neutral	Aceptación_Acercamiento	Aceptación_Escape
Rho de Spearman	REP	Coefficiente de correlación	,202*	-,041	-,018	-,084	,139	,076
		Sig. (bilateral)	,013	,615	,830	,304	,088	,352
		N	152	152	152	152	152	152
	AUC	Coefficiente de correlación	-,009	,088	,031	,068	-,064	-,081
		Sig. (bilateral)	,913	,281	,704	,402	,430	,324
		N	152	152	152	152	152	152
	EEM	Coefficiente de correlación	,149	,131	,004	-,034	,140	,191*
		Sig. (bilateral)	,066	,108	,962	,673	,084	,018
		N	152	152	152	152	152	152
	PSD	Coefficiente de correlación	,076	,171*	-,048	-,056	,103	,123
		Sig. (bilateral)	,351	,036	,560	,490	,208	,133
		N	152	152	152	152	152	152
	APS	Coefficiente de correlación	,010	,056	-,074	,009	,115	,265**
		Sig. (bilateral)	,907	,493	,364	,914	,158	,001
		N	152	152	152	152	152	152
	REC	Coefficiente de correlación	,139	-,039	-,105	-,034	,112	,054
		Sig. (bilateral)	,087	,635	,199	,678	,169	,506
		N	152	152	152	152	152	152
	EVP	Coefficiente de correlación	,095	,140	-,033	,062	,033	,085
		Sig. (bilateral)	,244	,085	,690	,449	,683	,300
		N	152	152	152	152	152	152
	RES	Coefficiente de correlación	,003	,034	,008	-,033	-,012	-,063
		Sig. (bilateral)	,974	,678	,927	,685	,885	,440
		N	152	152	152	152	152	152
	Creencias	Coefficiente de correlación	,776**	,076	-,084	-,170*	,832**	,262**
		Sig. (bilateral)	,000	,351	,304	,037	,000	,001
		N	152	152	152	152	152	152
	Soporte_Social	Coefficiente de correlación	1,000	,070	-,107	-,123	,642**	,234**
		Sig. (bilateral)	.	,390	,191	,132	,000	,004
		N	152	152	152	152	152	152
	Miedo_Muerte	Coefficiente de correlación	,070	1,000	,349**	,132	,123	,160*
		Sig. (bilateral)	,390	.	,000	,105	,131	,049
		N	152	152	152	152	152	152
	Evitación_Muerte	Coefficiente de correlación	-,107	,349**	1,000	,124	-,111	-,139
		Sig. (bilateral)	,191	,000	.	,127	,172	,088
		N	152	152	152	152	152	152
	Aceptación_Neutral	Coefficiente de correlación	-,123	,132	,124	1,000	-,203*	-,081
		Sig. (bilateral)	,132	,105	,127	.	,012	,321
		N	152	152	152	152	152	152
	Aceptación_Acercamiento	Coefficiente de correlación	,642**	,123	-,111	-,203*	1,000	,352**
		Sig. (bilateral)	,000	,131	,172	,012	.	,000
		N	152	152	152	152	152	152
	Aceptación_Escape	Coefficiente de correlación	,234**	,160*	-,139	-,081	,352**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	,049	,088	,321	,000	.
		N	152	152	152	152	152	152

Miedo_Muerte_Propia	Coefficiente de correlación	-0,039	,336**	,170*	,145	-,116	,044
	Sig. (bilateral)	,634	,000	,036	,075	,156	,593
	N	152	152	152	152	152	152
Miedo_Muerte_Ajena	Coefficiente de correlación	-,136	,258**	,298**	,159	-,236**	-,115
	Sig. (bilateral)	,095	,001	,000	,050	,003	,159
	N	152	152	152	152	152	152

			Miedo_Muerte_Propia	Miedo_Muerte_Ajena
Rho de Spearman	REP	Coefficiente de correlación	-,023	-,050
		Sig. (bilateral)	,779	,542
		N	152	152
AUC		Coefficiente de correlación	,039	,083
		Sig. (bilateral)	,633	,308
		N	152	152
EEM		Coefficiente de correlación	,153	,132
		Sig. (bilateral)	,060	,104
		N	152	152
PSD		Coefficiente de correlación	,182*	,103
		Sig. (bilateral)	,025	,205
		N	152	152
APS		Coefficiente de correlación	,100	,082
		Sig. (bilateral)	,219	,315
		N	152	152
REC		Coefficiente de correlación	-,127	-,087
		Sig. (bilateral)	,119	,286
		N	152	152
EVP		Coefficiente de correlación	-,101	-,008
		Sig. (bilateral)	,217	,918
		N	152	152
RES		Coefficiente de correlación	-,032	-,013
		Sig. (bilateral)	,695	,874
		N	152	152
Creencias		Coefficiente de correlación	-,074	-,162*
		Sig. (bilateral)	,364	,046
		N	152	152
Soporte_Social		Coefficiente de correlación	-,039	-,136
		Sig. (bilateral)	,634	,095
		N	152	152
Miedo_Muerte		Coefficiente de correlación	,336**	,258**
		Sig. (bilateral)	,000	,001
		N	152	152
Evitación_Muerte		Coefficiente de correlación	,170*	,298**
		Sig. (bilateral)	,036	,000
		N	152	152
Aceptación_Neutral		Coefficiente de correlación	,145	,159
		Sig. (bilateral)	,075	,050
		N	152	152
Aceptación_Acercamiento		Coefficiente de correlación	-,116	-,236**
		Sig. (bilateral)	,156	,003
		N	152	152
Aceptación_Escape		Coefficiente de correlación	,044	-,115
		Sig. (bilateral)	,593	,159
		N	152	152
Miedo_Muerte_Propia		Coefficiente de correlación	1,000	,668**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	152	152
Miedo_Muerte_Ajena		Coefficiente de correlación	,668**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	152	152

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

## ANEXO VI

## Prueba T de Student: sexo-miedo a la muerte

## Estadísticos de grupo

	SEXO	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Miedo_Muerte_Propia	Mujer	80	3,2607	,76316	,08532
	Hombre	72	2,9931	,74242	,08750
Miedo_Muerte_Ajena	Mujer	80	3,2759	,50351	,05629
	Hombre	72	3,1756	,49385	,05820

## Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Miedo_Muerte_Propia	Se han asumido varianzas iguales	,880	,350	2,187	150	,030	,26766	,12239	,02583	,50949
	No se han asumido varianzas iguales			2,190	149,080	,030	,26766	,12221	,02617	,50915
Miedo_Muerte_Ajena	Se han asumido varianzas iguales	,225	,636	1,237	150	,218	,10030	,08105	-,05986	,26045
	No se han asumido varianzas iguales			1,239	148,880	,217	,10030	,08097	-,05970	,26030

## ANEXO VII

## ANOVA: edad-actitudes

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Miedo_Muerte	,382	2	149	,683
Evitación_Muerte	,120	2	149	,887
Aceptación_Neutral	,880	2	149	,417
Aceptación_Acercamiento	,122	2	149	,885
Aceptación_Escape	,075	2	149	,928

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Miedo_Muerte	Inter-grupos	3,648	2	1,824	1,319	,271
	Intra-grupos	206,104	149	1,383		
	Total	209,752	151			
Evitación_Muerte	Inter-grupos	,212	2	,106	,276	,759
	Intra-grupos	57,223	149	,384		
	Total	57,435	151			
Aceptación_Neutral	Inter-grupos	,039	2	,020	,027	,973
	Intra-grupos	107,493	149	,721		
	Total	107,533	151			
Aceptación_Acercamiento	Inter-grupos	14,912	2	7,456	1,799	,169
	Intra-grupos	617,595	149	4,145		
	Total	632,507	151			
Aceptación_Escape	Inter-grupos	5,335	2	2,668	,908	,405
	Intra-grupos	437,658	149	2,937		
	Total	442,994	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) EDAD	(J) EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Miedo_Muerte	HSD de Tukey	60-70	71-80	-,36943	,23173	,251	-,9180	,1792
			81-90	-,26589	,24135	,515	-,8373	,3055
		71-80	60-70	,36943	,23173	,251	-,1792	,9180
			81-90	,10354	,23040	,895	-,4419	,6490
		81-90	60-70	,26589	,24135	,515	-,3055	,8373
			71-80	-,10354	,23040	,895	-,6490	,4419
	Scheffé	60-70	71-80	-,36943	,23173	,284	-,9424	,2035
			81-90	-,26589	,24135	,546	-,8626	,3309
		71-80	60-70	,36943	,23173	,284	-,2035	,9424
			81-90	,10354	,23040	,904	-,4661	,6732
		81-90	60-70	,26589	,24135	,546	-,3309	,8626
			71-80	-,10354	,23040	,904	-,6732	,4661
Evitación_Muerte	HSD de Tukey	60-70	71-80	-,06166	,12210	,869	-,3507	,2274
			81-90	,02518	,12717	,979	-,2759	,3262
		71-80	60-70	,06166	,12210	,869	-,2274	,3507
			81-90	,08684	,12140	,755	-,2006	,3742
		81-90	60-70	-,02518	,12717	,979	-,3262	,2759
			71-80	-,08684	,12140	,755	-,3742	,2006
	Scheffé	60-70	71-80	-,06166	,12210	,880	-,3636	,2402
			81-90	,02518	,12717	,981	-,2893	,3396
		71-80	60-70	,06166	,12210	,880	-,2402	,3636
			81-90	,08684	,12140	,775	-,2133	,3870
		81-90	60-70	-,02518	,12717	,981	-,3396	,2893
			71-80	-,08684	,12140	,775	-,3870	,2133
Aceptación_Neutral	HSD de Tukey	60-70	71-80	,03904	,16735	,970	-,3571	,4352
			81-90	,02172	,17430	,991	-,3909	,4343
		71-80	60-70	-,03904	,16735	,970	-,4352	,3571

		81-90		-.01732	,16639	,994	-.4112	,3766
		81-90	60-70	-.02172	,17430	,991	-.4343	,3909
			71-80	,01732	,16639	,994	-.3766	,4112
	Scheffé	60-70	71-80	,03904	,16735	,973	-.3747	,4528
			81-90	,02172	,17430	,992	-.4092	,4527
		71-80	60-70	-.03904	,16735	,973	-.4528	,3747
			81-90	-.01732	,16639	,995	-.4287	,3941
		81-90	60-70	-.02172	,17430	,992	-.4527	,4092
			71-80	,01732	,16639	,995	-.3941	,4287
Aceptación_Acercamiento	HSD de Tukey	60-70	71-80	-.70911	,40113	,184	-1,6587	,2405
			81-90	-.14441	,41778	,936	-1,1335	,8446
		71-80	60-70	,70911	,40113	,184	-.2405	1,6587
			81-90	,56469	,39884	,335	-.3795	1,5089
		81-90	60-70	,14441	,41778	,936	-.8446	1,1335
			71-80	-.56469	,39884	,335	-1,5089	,3795
	Scheffé	60-70	71-80	-.70911	,40113	,213	-1,7009	,2827
			81-90	-.14441	,41778	,942	-1,1774	,8886
		71-80	60-70	,70911	,40113	,213	-.2827	1,7009
			81-90	,56469	,39884	,369	-.4215	1,5508
		81-90	60-70	,14441	,41778	,942	-.8886	1,1774
			71-80	-.56469	,39884	,369	-1,5508	,4215
Aceptación_Escape	HSD de Tukey	60-70	71-80	-.44457	,33768	,388	-1,2440	,3548
			81-90	-.32988	,35170	,617	-1,1625	,5027
		71-80	60-70	,44457	,33768	,388	-.3548	1,2440
			81-90	,11469	,33575	,938	-.6801	,9095
		81-90	60-70	,32988	,35170	,617	-.5027	1,1625
			71-80	-.11469	,33575	,938	-.9095	,6801
	Scheffé	60-70	71-80	-.44457	,33768	,422	-1,2795	,3904
			81-90	-.32988	,35170	,645	-1,1995	,5397
		71-80	60-70	,44457	,33768	,422	-.3904	1,2795
			81-90	,11469	,33575	,943	-.7155	,9448
		81-90	60-70	,32988	,35170	,645	-.5397	1,1995
			71-80	-.11469	,33575	,943	-.9448	,7155

#### Miedo\_Muerte

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,6657
	81-90	48	3,9315
	71-80	57	4,0351
	Sig.		,260
Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,6657
	81-90	48	3,9315
	71-80	57	4,0351
	Sig.		,292

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Evitación\_Muerte

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	3,9833
	60-70	47	4,0085
	71-80	57	4,0702

	Sig.		,762
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	3,9833
	60-70	47	4,0085
	71-80	57	4,0702
	Sig.		,782

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Aceptación\_Neutral

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	71-80	57	5,0035
	81-90	48	5,0208
	60-70	47	5,0426
	Sig.		,971
Scheffé <sup>a,b</sup>	71-80	57	5,0035
	81-90	48	5,0208
	60-70	47	5,0426
	Sig.		,974

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Aceptación\_Acercamiento

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,3681
	81-90	48	3,5125
	71-80	57	4,0772
	Sig.		,191
Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,3681
	81-90	48	3,5125
	71-80	57	4,0772
	Sig.		,221

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Aceptación\_Escape

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,9660
	81-90	48	4,2958
	71-80	57	4,4105
	Sig.		,397
Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,9660
	81-90	48	4,2958
	71-80	57	4,4105
	Sig.		,431

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

## Aceptación Escape

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			I
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,9660
	81-90	48	4,2958
	71-80	57	4,4105
	Sig.		,397
Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	3,9660
	81-90	48	4,2958
	71-80	57	4,4105
	Sig.		,431

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.



## ANEXO VIII

## ANOVA: edad-creencias

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Creencias	1,079	2	149	,342
Soporte_Social	3,889	2	149	,023

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Creencias	Inter-grupos	2,994	2	1,497	1,542	,217
	Intra-grupos	144,599	149	,970		
	Total	147,593	151			
Soporte_Social	Inter-grupos	3,675	2	1,837	2,230	,111
	Intra-grupos	122,746	149	,824		
	Total	126,421	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) EDAD	(J) EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Creencias	HSD de Tukey	60-70	71-80	-,21851	,19410	,500	-,6780	,2410
			81-90	,11197	,20215	,845	-,3666	,5905
		71-80	60-70	,21851	,19410	,500	-,2410	,6780
			81-90	,33048	,19299	,204	-,1264	,7874
		81-90	60-70	-,11197	,20215	,845	-,5905	,3666
			71-80	-,33048	,19299	,204	-,7874	,1264
	Scheffé	60-70	71-80	-,21851	,19410	,532	-,6984	,2614
			81-90	,11197	,20215	,858	-,3879	,6118
		71-80	60-70	,21851	,19410	,532	-,2614	,6984
			81-90	,33048	,19299	,234	-,1467	,8077
		81-90	60-70	-,11197	,20215	,858	-,6118	,3879
			71-80	-,33048	,19299	,234	-,8077	,1467
Soporte_Social	HSD de Tukey	60-70	71-80	-,27100	,17883	,287	-,6944	,1524
			81-90	,08449	,18625	,893	-,3564	,5254
		71-80	60-70	,27100	,17883	,287	-,1524	,6944
			81-90	,35548	,17781	,116	-,0655	,7764
		81-90	60-70	-,08449	,18625	,893	-,5254	,3564
			71-80	-,35548	,17781	,116	-,7764	,0655
	Scheffé	60-70	71-80	-,27100	,17883	,320	-,7132	,1712
			81-90	,08449	,18625	,902	-,3760	,5450
		71-80	60-70	,27100	,17883	,320	-,1712	,7132
			81-90	,35548	,17781	,139	-,0842	,7951
		81-90	60-70	-,08449	,18625	,902	-,5450	,3760
			71-80	-,35548	,17781	,139	-,7951	,0842

## Creencias

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	,9625
	60-70	47	1,0745
	71-80	57	1,2930
	Sig.		,215
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	,9625
	60-70	47	1,0745
	71-80	57	1,2930
	Sig.		,246

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## Soporte Social

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	,5708
	60-70	47	,6553
	71-80	57	,9263
	Sig.		,125
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	,5708
	60-70	47	,6553
	71-80	57	,9263
	Sig.		,149

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANEXO IX

## ANOVA: edad-estrategias de afrontamiento

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Percentile Group of REP	2,209	2	149	,113
Percentile Group of AUC	1,437	2	149	,241
Percentile Group of EEM	,115	2	149	,892
Percentile Group of PSD	4,645	2	149	,011
Percentile Group of APS	,510	2	149	,601
Percentile Group of REC	,342	2	149	,711
Percentile Group of EVP	,061	2	149	,940
Percentile Group of RES	,005	2	149	,995

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percentile Group of REP	Inter-grupos	10207,325	2	5103,662	6,774	,002
	Intra-grupos	112266,991	149	753,470		
	Total	122474,316	151			
Percentile Group of AUC	Inter-grupos	493,228	2	246,614	,304	,739
	Intra-grupos	120976,640	149	811,924		
	Total	121469,868	151			
Percentile Group of EEM	Inter-grupos	5454,238	2	2727,119	3,468	,034
	Intra-grupos	117160,598	149	786,313		
	Total	122614,836	151			
Percentile Group of PSD	Inter-grupos	1110,400	2	555,200	,684	,506
	Intra-grupos	121013,494	149	812,171		
	Total	122123,895	151			
Percentile Group of APS	Inter-grupos	7304,699	2	3652,350	4,711	,010
	Intra-grupos	115521,275	149	775,311		
	Total	122825,974	151			
Percentile Group of REC	Inter-grupos	7148,219	2	3574,109	4,651	,011
	Intra-grupos	114497,545	149	768,440		
	Total	121645,763	151			
Percentile Group of EVP	Inter-grupos	2223,562	2	1111,781	1,391	,252
	Intra-grupos	119057,536	149	799,044		
	Total	121281,099	151			
Percentile Group of RES	Inter-grupos	195,809	2	97,905	,122	,885
	Intra-grupos	119824,086	149	804,188		
	Total	120019,895	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) EDAD	(J) EDAD	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Percentile Group of REP	HSD de Tukey	60-70	71-80	6,420	5,408	,463	-6,38	19,22
			81-90	20,206*	5,633	,001	6,87	33,54
		71-80	60-70	-6,420	5,408	,463	-19,22	6,38
			81-90	13,786*	5,377	,030	1,06	26,52
		81-90	60-70	-20,206*	5,633	,001	-33,54	-6,87
			71-80	-13,786*	5,377	,030	-26,52	-1,06
	Scheffé	60-70	71-80	6,420	5,408	,496	-6,95	19,79
			81-90	20,206*	5,633	,002	6,28	34,13
		71-80	60-70	-6,420	5,408	,496	-19,79	6,95
			81-90	13,786*	5,377	,040	,49	27,08
		81-90	60-70	-20,206*	5,633	,002	-34,13	-6,28
			71-80	-13,786*	5,377	,040	-27,08	-,49
Percentile Group of AUC	HSD de Tukey	60-70	71-80	-2,648	5,614	,885	-15,94	10,64
			81-90	1,633	5,847	,958	-12,21	15,48

		71-80	60-70	2,648	5,614	,885	-10,64	15,94
			81-90	4,282	5,582	,724	-8,93	17,50
		81-90	60-70	-1,633	5,847	,958	-15,48	12,21
			71-80	-4,282	5,582	,724	-17,50	8,93
	Scheffé	60-70	71-80	-2,648	5,614	,895	-16,53	11,23
			81-90	1,633	5,847	,962	-12,82	16,09
		71-80	60-70	2,648	5,614	,895	-11,23	16,53
			81-90	4,282	5,582	,746	-9,52	18,08
		81-90	60-70	-1,633	5,847	,962	-16,09	12,82
			71-80	-4,282	5,582	,746	-18,08	9,52
Percentile Group of EEM	HSD de Tukey	60-70	71-80	-11,756	5,525	,088	-24,84	1,32
			81-90	-14,038*	5,754	,042	-27,66	-,42
		71-80	60-70	11,756	5,525	,088	-1,32	24,84
			81-90	-2,282	5,493	,909	-15,29	10,72
		81-90	60-70	14,038*	5,754	,042	,42	27,66
			71-80	2,282	5,493	,909	-10,72	15,29
	Scheffé	60-70	71-80	-11,756	5,525	,108	-25,42	1,90
			81-90	-14,038	5,754	,054	-28,27	,19
		71-80	60-70	11,756	5,525	,108	-1,90	25,42
			81-90	-2,282	5,493	,917	-15,86	11,30
		81-90	60-70	14,038	5,754	,054	-,19	28,27
			71-80	2,282	5,493	,917	-11,30	15,86
Percentile Group of PSD	HSD de Tukey	60-70	71-80	-2,569	5,615	,891	-15,86	10,72
			81-90	3,943	5,848	,779	-9,90	17,79
		71-80	60-70	2,569	5,615	,891	-10,72	15,86
			81-90	6,512	5,583	,475	-6,70	19,73
		81-90	60-70	-3,943	5,848	,779	-17,79	9,90
			71-80	-6,512	5,583	,475	-19,73	6,70
	Scheffé	60-70	71-80	-2,569	5,615	,901	-16,45	11,31
			81-90	3,943	5,848	,797	-10,52	18,40
		71-80	60-70	2,569	5,615	,901	-11,31	16,45
			81-90	6,512	5,583	,508	-7,29	20,32
		81-90	60-70	-3,943	5,848	,797	-18,40	10,52
			71-80	-6,512	5,583	,508	-20,32	7,29
Percentile Group of APS	HSD de Tukey	60-70	71-80	-16,627*	5,486	,008	-29,61	-3,64
			81-90	-11,477	5,714	,114	-25,00	2,05
		71-80	60-70	16,627*	5,486	,008	3,64	29,61
			81-90	5,150	5,455	,613	-7,76	18,06
		81-90	60-70	11,477	5,714	,114	-2,05	25,00
			71-80	-5,150	5,455	,613	-18,06	7,76
	Scheffé	60-70	71-80	-16,627*	5,486	,012	-30,19	-3,06
			81-90	-11,477	5,714	,137	-25,60	2,65
		71-80	60-70	16,627*	5,486	,012	3,06	30,19
			81-90	5,150	5,455	,641	-8,34	18,64
		81-90	60-70	11,477	5,714	,137	-2,65	25,60
			71-80	-5,150	5,455	,641	-18,64	8,34
Percentile Group of REC	HSD de Tukey	60-70	71-80	-1,733	5,462	,946	-14,66	11,20
			81-90	13,723*	5,688	,045	,26	27,19
		71-80	60-70	1,733	5,462	,946	-11,20	14,66
			81-90	15,456*	5,431	,014	2,60	28,31
		81-90	60-70	-13,723*	5,688	,045	-27,19	-,26
			71-80	-15,456*	5,431	,014	-28,31	-2,60
	Scheffé	60-70	71-80	-1,733	5,462	,951	-15,24	11,77
			81-90	13,723	5,688	,058	-,34	27,79
		71-80	60-70	1,733	5,462	,951	-11,77	15,24
			81-90	15,456*	5,431	,019	2,03	28,88
		81-90	60-70	-13,723	5,688	,058	-27,79	,34
			71-80	-15,456*	5,431	,019	-28,88	-2,03
Percentile Group of EVP	HSD de Tukey	60-70	71-80	2,693	5,569	,879	-10,49	15,88
			81-90	9,351	5,801	,244	-4,38	23,08
		71-80	60-70	-2,693	5,569	,879	-15,88	10,49
			81-90	6,658	5,538	,454	-6,45	19,77
		81-90	60-70	-9,351	5,801	,244	-23,08	4,38
			71-80	-6,658	5,538	,454	-19,77	6,45
	Scheffé	60-70	71-80	2,693	5,569	,890	-11,08	16,46
			81-90	9,351	5,801	,276	-4,99	23,69

		71-80	60-70	-2,693	5,569	,890	-16,46	11,08
			81-90	6,658	5,538	,487	-7,03	20,35
		81-90	60-70	-9,351	5,801	,276	-23,69	4,99
			71-80	-6,658	5,538	,487	-20,35	7,03
Percentile Group of RES	HSD de Tukey	60-70	71-80	2,716	5,587	,878	-10,51	15,94
			81-90	1,070	5,819	,982	-12,71	14,85
		71-80	60-70	-2,716	5,587	,878	-15,94	10,51
			81-90	-1,646	5,555	,953	-14,80	11,51
		81-90	60-70	-1,070	5,819	,982	-14,85	12,71
			71-80	1,646	5,555	,953	-11,51	14,80
	Scheffé	60-70	71-80	2,716	5,587	,889	-11,10	16,53
			81-90	1,070	5,819	,983	-13,32	15,46
		71-80	60-70	-2,716	5,587	,889	-16,53	11,10
			81-90	-1,646	5,555	,957	-15,38	12,09
		81-90	60-70	-1,070	5,819	,983	-15,46	13,32
			71-80	1,646	5,555	,957	-12,09	15,38

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

#### Percentile Group of REP

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	38,69	
	71-80	57		52,47
	60-70	47		58,89
	Sig.		1,000	,471
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	38,69	
	71-80	57		52,47
	60-70	47		58,89
	Sig.		1,000	,504

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Percentile Group of AUC

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	47,77	
	60-70	47	49,40	
	71-80	57	52,05	
	Sig.		,732	
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	47,77	
	60-70	47	49,40	
	71-80	57	52,05	
	Sig.		,753	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Percentile Group of EEM

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	41,19	
	71-80	57	52,95	52,95
	81-90	48		55,23
	Sig.		,093	,912

Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	41,19	
	71-80	57	52,95	52,95
	81-90	48		55,23
	Sig.		,113	,920

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of PSD**

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	46,31	
	60-70	47	50,26	
	71-80	57	52,82	
	Sig.		,488	
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	46,31	
	60-70	47	50,26	
	71-80	57	52,82	
	Sig.		,520	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of APS**

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	60-70	47	40,13	
	81-90	48	51,60	51,60
	71-80	57		56,75
	Sig.		,100	,624
Scheffé <sup>a,b</sup>	60-70	47	40,13	
	81-90	48	51,60	51,60
	71-80	57		56,75
	Sig.		,122	,651

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of REC**

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	40,00	
	60-70	47		53,72
	71-80	57		55,46
	Sig.		1,000	,947
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	40,00	
	60-70	47		53,72
	71-80	57		55,46
	Sig.		1,000	,952

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of EVP**

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	81-90	48	44,50
	71-80	57	51,16
	60-70	47	53,85
	Sig.		,225
Scheffé <sup>a,b</sup>	81-90	48	44,50
	71-80	57	51,16
	60-70	47	53,85
	Sig.		,256

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of RES**

	EDAD	N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	71-80	57	48,67
	81-90	48	50,31
	60-70	47	51,38
	Sig.		,881
Scheffé <sup>a,b</sup>	71-80	57	48,67
	81-90	48	50,31
	60-70	47	51,38
	Sig.		,891

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 50,290.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANEXO X

## ANOVA: nivel de estudios-actitudes

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Miedo_Muerte	,855	2	149	,427
Evitación_Muerte	,236	2	149	,790
Aceptación_Neutral	1,331	2	149	,267
Aceptación_Acercamiento	,129	2	149	,879
Aceptación_Escape	1,547	2	149	,216

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Miedo_Muerte	Inter-grupos	2,415	2	1,207	,868	,422
	Intra-grupos	207,337	149	1,392		
	Total	209,752	151			
Evitación_Muerte	Inter-grupos	,400	2	,200	,522	,594
	Intra-grupos	57,035	149	,383		
	Total	57,435	151			
Aceptación_Neutral	Inter-grupos	,179	2	,089	,124	,883
	Intra-grupos	107,354	149	,720		
	Total	107,533	151			
Aceptación_Acercamiento	Inter-grupos	10,174	2	5,087	1,218	,299
	Intra-grupos	622,332	149	4,177		
	Total	632,507	151			
Aceptación_Escape	Inter-grupos	2,749	2	1,374	,465	,629
	Intra-grupos	440,245	149	2,955		
	Total	442,994	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) NIVELESTUDIOS	(J) NIVELESTUDIOS	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Miedo_Muerte	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,14207	,24136	,826	-,4293	,7135
			Con estudios universitarios	,34127	,26377	,401	-,2832	,9657
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,14207	,24136	,826	-,7135	,4293
			Con estudios universitarios	,19920	,22477	,650	-,3329	,7313
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,34127	,26377	,401	-,9657	,2832
			Con estudios no universitarios	-,19920	,22477	,650	-,7313	,3329
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,14207	,24136	,841	-,4547	,7388
			Con estudios universitarios	,34127	,26377	,435	-,3109	,9935
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,14207	,24136	,841	-,7388	,4547
			Con estudios universitarios	,19920	,22477	,676	-,3566	,7550
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,34127	,26377	,435	-,9935	,3109
			Con estudios no universitarios	-,19920	,22477	,676	-,7550	,3566
Evitación_Muerte	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,12261	,12659	,598	-,1771	,4223
			Con estudios universitarios	,04556	,13834	,942	-,2820	,3731
		Con estudios no	Sin estudios	-,12261	,12659	,598	-,4223	,1771



		universitarios	Con estudios universitarios	-,07706	,11789	,791	-,3561	,2020
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,04556	,13834	,942	-,3731	,2820
			Con estudios no universitarios	,07706	,11789	,791	-,2020	,3561
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,12261	,12659	,626	-,1904	,4356
			Con estudios universitarios	,04556	,13834	,947	-,2965	,3876
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,12261	,12659	,626	-,4356	,1904
			Con estudios universitarios	-,07706	,11789	,808	-,3685	,2144
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,04556	,13834	,947	-,3876	,2965
			Con estudios no universitarios	,07706	,11789	,808	-,2144	,3685
Aceptación_Neutral	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,08075	,17367	,888	-,3304	,4919
			Con estudios universitarios	,02667	,18980	,989	-,4227	,4760
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,08075	,17367	,888	-,4919	,3304
			Con estudios universitarios	-,05408	,16174	,940	-,4370	,3288
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,02667	,18980	,989	-,4760	,4227
			Con estudios no universitarios	,05408	,16174	,940	-,3288	,4370
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,08075	,17367	,898	-,3487	,5102
			Con estudios universitarios	,02667	,18980	,990	-,4426	,4960
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,08075	,17367	,898	-,5102	,3487
			Con estudios universitarios	-,05408	,16174	,946	-,4540	,3458
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,02667	,18980	,990	-,4960	,4426
			Con estudios no universitarios	,05408	,16174	,946	-,3458	,4540
Aceptación_Acercamiento	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,48271	,41815	,482	-1,4726	,5072
			Con estudios universitarios	,06111	,45699	,990	-1,0207	1,1430
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,48271	,41815	,482	-,5072	1,4726
			Con estudios universitarios	,54382	,38941	,345	-,3781	1,4657
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,06111	,45699	,990	-1,1430	1,0207
			Con estudios no universitarios	-,54382	,38941	,345	-1,4657	,3781
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,48271	,41815	,515	-1,5166	,5512
			Con estudios universitarios	,06111	,45699	,991	-1,0688	1,1910
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,48271	,41815	,515	-,5512	1,5166
			Con estudios universitarios	,54382	,38941	,380	-,4190	1,5067
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,06111	,45699	,991	-1,1910	1,0688
			Con estudios no universitarios	-,54382	,38941	,380	-1,5067	,4190
Aceptación_Escape	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,18294	,35169	,862	-1,0155	,6496
			Con estudios universitarios	,12667	,38436	,942	-,7833	1,0366
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,18294	,35169	,862	-,6496	1,0155
			Con estudios universitarios	,30961	,32753	,613	-,4658	1,0850
		Con estudios	Sin estudios	-,12667	,38436	,942	-1,0366	,7833

	universitarios	Con estudios no universitarios	-,30961	,32753	,613	-1,0850	,4658
Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,18294	,35169	,874	-1,0525	,6866
		Con estudios universitarios	,12667	,38436	,947	-,8237	1,0770
	Con estudios no universitarios	Sin estudios	,18294	,35169	,874	-,6866	1,0525
		Con estudios universitarios	,30961	,32753	,641	-,5002	1,1194
	Con estudios universitarios	Sin estudios	-,12667	,38436	,947	-1,0770	,8237
		Con estudios no universitarios	-,30961	,32753	,641	-1,1194	,5002

**Miedo\_Muerte**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVEL ESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	3,7143
	Con estudios no universitarios	71	3,9135
	Sin estudios	36	4,0556
	Sig.		,344
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	3,7143
	Con estudios no universitarios	71	3,9135
	Sin estudios	36	4,0556
	Sig.		,378

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Evitación\_Muerte**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVEL ESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	3,9718
	Con estudios universitarios	45	4,0489
	Sin estudios	36	4,0944
	Sig.		,604
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	3,9718
	Con estudios universitarios	45	4,0489
	Sin estudios	36	4,0944
	Sig.		,632

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Aceptación\_Neutral**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVEL ESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	4,9859
	Con estudios universitarios	45	5,0400
	Sin estudios	36	5,0667
	Sig.		,890
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	4,9859
	Con estudios universitarios	45	5,0400
	Sin estudios	36	5,0667
	Sig.		,900

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

**Aceptación Neutral**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	4,9859
	Con estudios universitarios	45	5,0400
	Sin estudios	36	5,0667
	Sig.		,890
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios no universitarios	71	4,9859
	Con estudios universitarios	45	5,0400
	Sin estudios	36	5,0667
	Sig.		,900

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Aceptación Acercamiento**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	3,4111
	Sin estudios	36	3,4722
	Con estudios no universitarios	71	3,9549
	Sig.		,405
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	3,4111
	Sin estudios	36	3,4722
	Con estudios no universitarios	71	3,9549
	Sig.		,439

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Aceptación Escape**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	4,0622
	Sin estudios	36	4,1889
	Con estudios no universitarios	71	4,3718
	Sig.		,659
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	4,0622
	Sin estudios	36	4,1889
	Con estudios no universitarios	71	4,3718
	Sig.		,685

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANEXO XI

## ANOVA: nivel de estudios-creencias

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Creencias	1,651	2	149	,195
Soporte_Social	5,798	2	149	,004

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Creencias	Inter-grupos	3,043	2	1,522	1,568	,212
	Intra-grupos	144,550	149	,970		
	Total	147,593	151			
Soporte_Social	Inter-grupos	3,290	2	1,645	1,991	,140
	Intra-grupos	123,131	149	,826		
	Total	126,421	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I) NIVELESTUDIOS	(J) NIVELESTUDIOS	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Creencias	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,32179	,20152	,250	-,7989	,1553
			Con estudios universitarios	-,07944	,22024	,931	-,6008	,4419
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,32179	,20152	,250	-,1553	,7989
			Con estudios universitarios	,24235	,18768	,402	-,2020	,6866
		Con estudios universitarios	Sin estudios	,07944	,22024	,931	-,4419	,6008
			Con estudios no universitarios	-,24235	,18768	,402	-,6866	,2020
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,32179	,20152	,282	-,8201	,1765
			Con estudios universitarios	-,07944	,22024	,937	-,6240	,4651
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,32179	,20152	,282	-,1765	,8201
			Con estudios universitarios	,24235	,18768	,436	-,2217	,7064
		Con estudios universitarios	Sin estudios	,07944	,22024	,937	-,4651	,6240
			Con estudios no universitarios	-,24235	,18768	,436	-,7064	,2217
Soporte_Social	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,28732	,18600	,273	-,7276	,1530
			Con estudios universitarios	,01333	,20327	,998	-,4679	,4946
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	,28732	,18600	,273	-,1530	,7276
			Con estudios universitarios	,30066	,17321	,195	-,1094	,7107
	Scheffé	Con estudios universitarios	Sin estudios	-,01333	,20327	,998	-,4946	,4679
			Con estudios no universitarios	-,30066	,17321	,195	-,7107	,1094
		Sin estudios	Con estudios no universitarios	-,28732	,18600	,306	-,7472	,1726

	Con estudios universitarios	,01333	,20327	,998	-,4893	,5159
Con estudios no universitarios	Sin estudios	,28732	,18600	,306	-,1726	,7472
	Con estudios universitarios	,30066	,17321	,225	-,1276	,7289
Con estudios universitarios	Sin estudios	-,01333	,20327	,998	-,5159	,4893
	Con estudios no universitarios	-,30066	,17321	,225	-,7289	,1276

#### Creencias

NIVEL ESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	,9472
	Con estudios universitarios	45	1,0267
	Con estudios no universitarios	71	1,2690
	Sig.		,257
Scheffé <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	,9472
	Con estudios universitarios	45	1,0267
	Con estudios no universitarios	71	1,2690
	Sig.		,290

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Soporte Social

NIVEL ESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	,5867
	Sin estudios	36	,6000
	Con estudios no universitarios	71	,8873
	Sig.		,249
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	,5867
	Sin estudios	36	,6000
	Con estudios no universitarios	71	,8873
	Sig.		,281

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANEXO XII

## ANOVA: nivel de estudios-estrategias de afrontamiento

## Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Percentile Group of REP	,085	2	149	,918
Percentile Group of AUC	,079	2	149	,924
Percentile Group of EEM	,031	2	149	,970
Percentile Group of PSD	1,251	2	149	,289
Percentile Group of APS	,692	2	149	,502
Percentile Group of REC	1,066	2	149	,347
Percentile Group of EVP	1,412	2	149	,247
Percentile Group of RES	,101	2	149	,904

## ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percentile Group of REP	Inter-grupos	6593,893	2	3296,946	4,239	,016
	Intra-grupos	115880,423	149	777,721		
	Total	122474,316	151			
Percentile Group of AUC	Inter-grupos	3514,971	2	1757,486	2,220	,112
	Intra-grupos	117954,897	149	791,644		
	Total	121469,868	151			
Percentile Group of EEM	Inter-grupos	802,841	2	401,420	,491	,613
	Intra-grupos	121811,995	149	817,530		
	Total	122614,836	151			
Percentile Group of PSD	Inter-grupos	217,932	2	108,966	,133	,875
	Intra-grupos	121905,963	149	818,161		
	Total	122123,895	151			
Percentile Group of APS	Inter-grupos	392,778	2	196,389	,239	,788
	Intra-grupos	122433,195	149	821,699		
	Total	122825,974	151			
Percentile Group of REC	Inter-grupos	3057,653	2	1528,827	1,921	,150
	Intra-grupos	118588,110	149	795,893		
	Total	121645,763	151			
Percentile Group of EVP	Inter-grupos	1661,060	2	830,530	1,035	,358
	Intra-grupos	119620,038	149	802,819		
	Total	121281,099	151			
Percentile Group of RES	Inter-grupos	123,047	2	61,523	,076	,926
	Intra-grupos	119896,848	149	804,677		
	Total	120019,895	151			

## Comparaciones múltiples

Variable dependiente	(I)	(J)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
						Límite inferior	Límite superior	
Percentile Group of REP	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-13,208	5,706	,057	-26,72	,30
			Con estudios universitarios	-17,517*	6,236	,015	-32,28	-2,75
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	13,208	5,706	,057	-,30	26,72
			Con estudios universitarios	-4,309	5,314	,697	-16,89	8,27
	Scheffé	Con estudios universitarios	Sin estudios	17,517*	6,236	,015	2,75	32,28
			Con estudios no universitarios	4,309	5,314	,697	-8,27	16,89
		Sin estudios	Con estudios no universitarios	-13,208	5,706	,072	-27,32	,90

		Con estudios universitarios	-17,517*	6,236	,021	-32,94	-2,10	
	Con estudios no universitarios	Sin estudios	13,208	5,706	,072	-,90	27,32	
		Con estudios universitarios	-4,309	5,314	,720	-17,45	8,83	
	Con estudios universitarios	Sin estudios	17,517*	6,236	,021	2,10	32,94	
		Con estudios no universitarios	4,309	5,314	,720	-8,83	17,45	
Percentile Group of AUC	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-9,347	5,757	,239	-22,98	4,28
			Con estudios universitarios	,511	6,291	,996	-14,38	15,41
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	9,347	5,757	,239	-4,28	22,98
			Con estudios universitarios	9,859	5,361	,161	-2,83	22,55
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,511	6,291	,996	-15,41	14,38
			Con estudios no universitarios	-9,859	5,361	,161	-22,55	2,83
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-9,347	5,757	,271	-23,58	4,89
			Con estudios universitarios	,511	6,291	,997	-15,04	16,07
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	9,347	5,757	,271	-4,89	23,58
			Con estudios universitarios	9,859	5,361	,188	-3,40	23,11
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,511	6,291	,997	-16,07	15,04
			Con estudios no universitarios	-9,859	5,361	,188	-23,11	3,40
Percentile Group of EEM	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,914	5,850	,987	-12,94	14,76
			Con estudios universitarios	5,578	6,393	,659	-9,56	20,71
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,914	5,850	,987	-14,76	12,94
			Con estudios universitarios	4,664	5,448	,669	-8,23	17,56
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-5,578	6,393	,659	-20,71	9,56
			Con estudios no universitarios	-4,664	5,448	,669	-17,56	8,23
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,914	5,850	,988	-13,55	15,38
			Con estudios universitarios	5,578	6,393	,684	-10,23	21,39
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,914	5,850	,988	-15,38	13,55
			Con estudios universitarios	4,664	5,448	,694	-8,81	18,13
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-5,578	6,393	,684	-21,39	10,23
			Con estudios no universitarios	-4,664	5,448	,694	-18,13	8,81
Percentile Group of PSD	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,701	5,852	,992	-13,15	14,56
			Con estudios universitarios	3,017	6,396	,885	-12,12	18,16
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,701	5,852	,992	-14,56	13,15
			Con estudios universitarios	2,315	5,450	,905	-10,59	15,22
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-3,017	6,396	,885	-18,16	12,12
			Con estudios no universitarios	-2,315	5,450	,905	-15,22	10,59
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	,701	5,852	,993	-13,77	15,17
			Con estudios universitarios	3,017	6,396	,895	-12,80	18,83
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	-,701	5,852	,993	-15,17	13,77
			Con estudios universitarios	2,315	5,450	,914	-11,16	15,79
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-3,017	6,396	,895	-18,83	12,80
			Con estudios no universitarios	-2,315	5,450	,914	-15,79	11,16

Percentile Group of APS	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-1,520	5,865	,964	-15,40	12,36
			Con estudios universitarios	2,256	6,410	,934	-12,92	17,43
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	1,520	5,865	,964	-12,36	15,40
			Con estudios universitarios	3,776	5,462	,769	-9,15	16,71
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-2,256	6,410	,934	-17,43	12,92
			Con estudios no universitarios	-3,776	5,462	,769	-16,71	9,15
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-1,520	5,865	,967	-16,02	12,98
			Con estudios universitarios	2,256	6,410	,940	-13,59	18,10
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	1,520	5,865	,967	-12,98	16,02
			Con estudios universitarios	3,776	5,462	,788	-9,73	17,28
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-2,256	6,410	,940	-18,10	13,59
			Con estudios no universitarios	-3,776	5,462	,788	-17,28	9,73
Percentile Group of REC	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-11,265	5,772	,128	-24,93	2,40
			Con estudios universitarios	-6,567	6,308	,552	-21,50	8,37
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	11,265	5,772	,128	-2,40	24,93
			Con estudios universitarios	4,699	5,376	,657	-8,03	17,42
		Con estudios universitarios	Sin estudios	6,567	6,308	,552	-8,37	21,50
			Con estudios no universitarios	-4,699	5,376	,657	-17,42	8,03
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-11,265	5,772	,153	-25,54	3,01
			Con estudios universitarios	-6,567	6,308	,583	-22,16	9,03
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	11,265	5,772	,153	-3,01	25,54
			Con estudios universitarios	4,699	5,376	,683	-8,59	17,99
		Con estudios universitarios	Sin estudios	6,567	6,308	,583	-9,03	22,16
			Con estudios no universitarios	-4,699	5,376	,683	-17,99	8,59
Percentile Group of EVP	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-6,214	5,797	,533	-19,94	7,51
			Con estudios universitarios	,706	6,336	,993	-14,29	15,70
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	6,214	5,797	,533	-7,51	19,94
			Con estudios universitarios	6,920	5,399	,408	-5,86	19,70
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,706	6,336	,993	-15,70	14,29
			Con estudios no universitarios	-6,920	5,399	,408	-19,70	5,86
	Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-6,214	5,797	,564	-20,55	8,12
			Con estudios universitarios	,706	6,336	,994	-14,96	16,37
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	6,214	5,797	,564	-8,12	20,55
			Con estudios universitarios	6,920	5,399	,442	-6,43	20,27
		Con estudios universitarios	Sin estudios	-,706	6,336	,994	-16,37	14,96
			Con estudios no universitarios	-6,920	5,399	,442	-20,27	6,43
Percentile Group of RES	HSD de Tukey	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-1,459	5,804	,966	-15,20	12,28
			Con estudios universitarios	-2,478	6,343	,919	-17,49	12,54
		Con estudios no universitarios	Sin estudios	1,459	5,804	,966	-12,28	15,20
			Con estudios universitarios	-1,018	5,405	,981	-13,81	11,78
		Con estudios universitarios	Sin estudios	2,478	6,343	,919	-12,54	17,49
			Sin estudios					



	universitarios	Con estudios no universitarios	1,018	5,405	,981	-11,78	13,81
Scheffé	Sin estudios	Con estudios no universitarios	-1,459	5,804	,969	-15,81	12,89
		Con estudios universitarios	-2,478	6,343	,927	-18,16	13,21
	Con estudios no universitarios	Sin estudios	1,459	5,804	,969	-12,89	15,81
		Con estudios universitarios	-1,018	5,405	,982	-14,38	12,35
	Con estudios universitarios	Sin estudios	2,478	6,343	,927	-13,21	18,16
		Con estudios no universitarios	1,018	5,405	,982	-12,35	14,38

\*. La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

#### Percentile Group of REP

NIVEL ESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	2
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	38,75	
	Con estudios no universitarios	71	51,96	51,96
	Con estudios universitarios	45		56,27
	Sig.		,060	,736
Scheffé <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	38,75	
	Con estudios no universitarios	71	51,96	51,96
	Con estudios universitarios	45		56,27
	Sig.		,076	,757

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Percentile Group of AUC

NIVEL ESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	45,16	
	Sin estudios	36	45,67	
	Con estudios no universitarios	71	55,01	
	Sig.		,210	
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	45,16	
	Sin estudios	36	45,67	
	Con estudios no universitarios	71	55,01	
	Sig.		,241	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

#### Percentile Group of EEM

NIVEL ESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05	
			1	
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,53	
	Con estudios no universitarios	71	51,20	
	Sin estudios	36	52,11	
	Sig.		,614	
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,53	
	Con estudios no universitarios	71	51,20	
	Sin estudios	36	52,11	
	Sig.		,641	

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

**Percentile Group of EEM**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVELESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,53
	Con estudios no universitarios	71	51,20
	Sin estudios	36	52,11
	Sig.		,614
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,53
	Con estudios no universitarios	71	51,20
	Sin estudios	36	52,11
	Sig.		,641

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of PSD**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVELESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	48,18
	Con estudios no universitarios	71	50,49
	Sin estudios	36	51,19
	Sig.		,866
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	48,18
	Con estudios no universitarios	71	50,49
	Sin estudios	36	51,19
	Sig.		,878

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of APS**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVELESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	47,69
	Sin estudios	36	49,94
	Con estudios no universitarios	71	51,46
	Sig.		,800
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	47,69
	Sin estudios	36	49,94
	Con estudios no universitarios	71	51,46
	Sig.		,816

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of REC**

		N	Subconjunto para alfa = 0.05
NIVELESTUDIOS			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	42,83
	Con estudios universitarios	45	49,40
	Con estudios no universitarios	71	54,10
	Sig.		,133
Scheffé <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	42,83
	Con estudios universitarios	45	49,40
	Con estudios no universitarios	71	54,10
	Sig.		,158

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

**Percentile Group of REC**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	42,83
	Con estudios universitarios	45	49,40
	Con estudios no universitarios	71	54,10
	Sig.		,133
Scheffé <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	42,83
	Con estudios universitarios	45	49,40
	Con estudios no universitarios	71	54,10
	Sig.		,158

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of EVP**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,49
	Sin estudios	36	47,19
	Con estudios no universitarios	71	53,41
	Sig.		,466
Scheffé <sup>a,b</sup>	Con estudios universitarios	45	46,49
	Sin estudios	36	47,19
	Con estudios no universitarios	71	53,41
	Sig.		,499

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

**Percentile Group of RES**

NIVELESTUDIOS		N	Subconjunto para alfa = 0.05
			1
HSD de Tukey <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	48,61
	Con estudios no universitarios	71	50,07
	Con estudios universitarios	45	51,09
	Sig.		,906
Scheffé <sup>a,b</sup>	Sin estudios	36	48,61
	Con estudios no universitarios	71	50,07
	Con estudios universitarios	45	51,09
	Sig.		,915

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 46,813.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## ANEXO XIII

## Kruskal-Wallis: edad-creencias

## Rangos

	EDAD	N	Rango promedio
Creencias	60-70	47	74,18
	71-80	57	83,89
	81-90	48	70,00
	Total	152	
Soporte_Social	60-70	47	74,41
	71-80	57	83,97
	81-90	48	69,67
	Total	152	

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Creencias	Soporte_Social
Chi-cuadrado	2,853	3,224
gl	2	2
Sig. asintót.	,240	,199

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: EDAD

## Prueba de la mediana

## Frecuencias

		EDAD		
		60-70	71-80	81-90
Creencias	> Mediana	19	33	17
	<= Mediana	28	24	31
Soporte_Social	> Mediana	23	31	22
	<= Mediana	24	26	26

Estadísticos de contraste<sup>c</sup>

	Creencias	Soporte_Social
N	152	152
Mediana	1,1000	,3000
Chi-cuadrado	5,989 <sup>a</sup>	,793 <sup>b</sup>
gl	2	2
Sig. asintót.	,050	,673

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 21,3.

b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 23,5.

c. Variable de agrupación: EDAD

Prueba de Jonckheere-Terpstra<sup>a</sup>

	Creencias	Soporte_Social
Número de niveles en EDAD	3	3
N	152	152
Estadístico de J-T observado	3688,500	3676,500
Media del estadístico J-T	3835,500	3835,500
Desviación típica del estadístico de J-T	291,362	280,051
Estadístico de J-T tipificado	-,505	-,568
Sig. asintót. (bilateral)	,614	,570

a. Variable de agrupación: EDAD

## ANEXO XIV

## Kruskal-Wallis: edad-estrategias de afrontamiento

Rangos			
	EDAD	N	Rango promedio
Percentile Group of REP	60-70	47	89,97
	71-80	57	80,16
	81-90	48	58,97
	Total	152	
Percentile Group of AUC	60-70	47	75,86
	71-80	57	79,85
	81-90	48	73,15
	Total	152	
Percentile Group of EEM	60-70	47	62,87
	71-80	57	80,95
	81-90	48	84,56
	Total	152	
Percentile Group of PSD	60-70	47	77,01
	71-80	57	80,83
	81-90	48	70,85
	Total	152	
Percentile Group of APS	60-70	47	61,38
	71-80	57	86,88
	81-90	48	78,98
	Total	152	
Percentile Group of REC	60-70	47	82,07
	71-80	57	84,96
	81-90	48	60,99
	Total	152	
Percentile Group of EVP	60-70	47	82,69
	71-80	57	78,44
	81-90	48	68,14
	Total	152	
Percentile Group of RES	60-70	47	78,63
	71-80	57	74,39
	81-90	48	76,93
	Total	152	

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Percentile Group of REP	Percentile Group of AUC	Percentile Group of EEM	Percentile Group of PSD	Percentile Group of APS
Chi-cuadrado	12,467	,626	6,729	1,355	8,904
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,002	,731	,035	,508	,012

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Percentile Group of REC	Percentile Group of EVP	Percentile Group of RES
Chi-cuadrado	8,875	2,788	,249
gl	2	2	2
Sig. asintót.	,012	,248	,883

## Prueba de la mediana

## Frecuencias

		EDAD		
		60-70	71-80	81-90
Percentile Group of REP	> Mediana	30	30	16
	<= Mediana	17	27	32
Percentile Group of AUC	> Mediana	18	22	15
	<= Mediana	29	35	33
Percentile Group of EEM	> Mediana	14	30	29
	<= Mediana	33	27	19
Percentile Group of PSD	> Mediana	22	27	19

	<= Mediana	25	30	29
Percentile Group of APS	> Mediana	14	34	24
	<= Mediana	33	23	24
Percentile Group of REC	> Mediana	23	29	16
	<= Mediana	24	28	32
Percentile Group of EVP	> Mediana	20	26	17
	<= Mediana	27	31	31
Percentile Group of RES	> Mediana	22	21	18
	<= Mediana	25	36	30

**Estadísticos de contraste<sup>h</sup>**

	Percentile Group of REP	Percentile Group of AUC	Percentile Group of EEM	Percentile Group of PSD	Percentile Group of APS
N	152	152	152	152	152
Mediana	51,00	56,00	48,00	52,00	50,00
Chi-cuadrado	9,087 <sup>a</sup>	,741 <sup>b</sup>	9,700 <sup>c</sup>	,757 <sup>d</sup>	9,409 <sup>e</sup>
gl	2	2	2	2	2
Sig. asintót.	,011	,691	,008	,685	,009

**Estadísticos de contraste<sup>h</sup>**

	Percentile Group of REC	Percentile Group of EVP	Percentile Group of RES
N	152	152	152
Mediana	52,00	54,00	54,00
Chi-cuadrado	3,729 <sup>d</sup>	1,151 <sup>f</sup>	1,267 <sup>g</sup>
gl	2	2	2
Sig. asintót.	,155	,562	,531

a. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 23,5.

b. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 17,0.

c. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 22,6.

d. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 21,0.

e. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 22,3.

f. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 19,5.

g. 0 casillas (,0%) tienen frecuencias esperadas menores que 5. La frecuencia de casilla esperada mínima es 18,9.

h. Variable de agrupación: EDAD

