

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MURCIA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
EN EL SUJETO ANCIANO**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Francisco José Moya y Faz

Dirigida por:

Dr. Demetrio Barcia Salorio

Murcia 30 de Julio de 2007

*El que no sabe morir mientras vive,
es vano y loco
Morir cada hora un poco,
es el modo de vivir
Vivir es aperebir la muerte,
para tener
la vida muerta al placer
y muerta al gusto de suerte,
que cuando llegue la muerte
le quede poco que hacer.*

–José María PEMÁN

*¿Pa qué quiés que vaya? Pa ver cuatro espigas
arroyás y pegás a la tierra;
pa ver los sarmientos ruines y mustios
y esniás las cepas
sin un grano d'uva,
ni tampoco siquiá sombra de ella...
Pa ver el barranco,
pa ver la laera
sin una matuja... ¡Pa ver que se embisten
de pelás, las peñas!...
Anda tú, si quieres,
que a mí no me quea
ni un soplo d'aliento
ni una onza de fuerza,
ni ganas de verme,
ni de que me mienten, siquiá la cosecha...
Anda tú, si quieres, que yo pué que nunca
pise más la senda
ni pué que la pase, si no es que entre cuatro,
ya muerto, me llevan...
Anda tú, si quieres...
No he d'ir, por mi gusto, si en crus me lo ruegas
por esa sendica por ande se fueron,
pa no volver nunca, tantas cosas buenas...
esperanzas, quererres, suöres...
¡To se fue por ella.
Por esa sendica se marchó aquel hijo
que murió en la guerra...
Por esa sendica se fue la alegría...
¡Por esa sendica vinieron las penas!...
No te canses, que no me remuevo,
anda tú, si quieres, y éjame que duerma,
¡a ver si es pa siempre!... ¡Si no me despertara!...
¡Tengo una cansera!...*

–Vicente MEDINA

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE
EN EL SUJETO ANCIANO

A mi madre y a la memoria de mi padre

A María José

Agradecimientos

Una tesis no se hace, o mejor dicho, esta tesis no solo se ha realizado en los despachos, bibliotecas o salas de estudio, en los pasillos de la facultad... además de estos lugares otras situaciones ajenas a esta índole han influido en el buen desarrollo de ésta.

Quizá por ello estoy en deuda no con pocas personas. Esta tesis doctoral no podría haber salido adelante sin la ayuda inestimable de éstas. Por tanto quiero hacer constar aquí mi gratitud a todas aquellas personas que de manera directa o indirecta han colaborado en la realización de esta investigación.

Agradezco especialmente la dirección, el cuidado y la atención del Profesor Demetrio Barcia Salorio, director de la Cátedra de Psicogeriatría de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, quien ha sabido estimular en todo momento mi interés por el estudio del tema objeto de estudio de esta investigación. De una forma muy especial también al Profesor Manuel Canteras Jordana, catedrático de Bioestadística de la UMU por su supervisión y gran interés mostrado en este trabajo. Aún a pesar de su modestia, él sabe realmente el papel que ha tenido en el desarrollo de esta investigación y los agradecimientos que por tanto le corresponden.

Palabras de agradecimiento por supuesto para el Consejo de Gobierno de la Universidad Católica San Antonio por su confianza depositada desde el primer día en este proyecto. En especial a D. José Luís Mendoza presidente de esta institución y a D. Antonio Flores, Vicerrector de Investigación y por tanto, responsable directo de esta temática, por su interés manifestado en tantas ocasiones hacia el desarrollo de esta tesis. Así como al resto de personas con una alta responsabilidad en esta institución que de igual forma han manifestado su interés y su apoyo como es el caso de D. José Alarcón o D. Alfonso Palazón.

Desde el día en que entré a trabajar en esta Universidad muchas han sido las personas que desde ese principio estuvieron ahí con palabras de apoyo que desde sus posiciones me fueron supervisando en todo momento los avances de la investigación con gran seriedad y cariño como es el caso de Alberto Guerrero y Joaquín Jareño que desde su amistad hizo lo propio de igual forma.

Quisiera reconocer explícitamente el apoyo, los comentarios y el respaldo de mis compañeros y amigos que comenzamos con una beca de investigación a trabajar en esta entidad y gozamos ya de una consolidación laboral en la misma, estos son: Alfredo, Carlos, Leo, Miguel Ángel y Pablo. Por esos comentarios y por otros en situaciones de otra índole gracias a todos.

De igual forma quiero agradecer el apoyo recibido de todos los compañeros de todas las titulaciones en las que he tenido el lujo de participar colaborando como docente en la disciplina psicológica: Turismo, Terapia Ocupacional, Criminología y en este momento Fisioterapia donde tengo el placer de encontrarme adscrito. A todos vosotros: Ángel Campos y Pilar Saura, Joaquín Guerrero con el que además tuve el placer de compartir no solo un buen despacho sino también una buena amistad en los comienzos de la Psicología en la UCAM, D. Manuel Campos y Miriam Albertos y D. José Luís García Madrid, vuestros nombres como responsables de las titulaciones antes mencionadas

engloban una larga lista de compañeros que al igual que vosotros han estado ahí y para todos mi más sincero agradecimiento.

También quiero agradecer el apoyo a los alumnos y alumnas de estas titulaciones en los cursos académicos 2004/2005 y 2005/2006 y de una forma especial a Carlos, Mariano y Juanjo; Javier, Antonio, Juande y Manolo de la titulación de Fisioterapia, y Francisco Angosto, Antonio Navarro, Ginés Avilés y José Antonio López de la Titulación de Criminología.

Como decía al principio esta tesis no solo se ha desarrollado en un despacho, también en pasillos se ha hablado directa o indirectamente de ésta. Gracias a vosotros, M^a Luisa, Enrique, José María y Leo; Pepe Marín, Pepe Hoyos y Mariano Jiménez; a Javier Paralea, por su paciencia durante los almuerzos y Andrés Bueno por sus buenos consejos y deseos; a Ángel Ros por su tiempo y dedicación y Jesús Bernal, grandes consejeros y mejores amigos. Gracias por haber estado ahí cuando realmente os he necesitado. Sois unos grandes compañeros y por supuesto amigos. Y en otras dependencias de la UCAM: M^a Dolores, responsable de la Biblioteca de esta Universidad y el personal de ésta: Antonio, Irene, Paco, Tomás, Sara, Sonia, Carlos y al resto de compañeros y por supuesto a los que no están como es el caso de Ana gracias a todos. A los responsables del Vicerrectorado de Investigación respecto al proceso burocrático de Tesis, gracias a todos. Y también al personal de copistería: Fernando, responsable del servicio y a Carmen, Carmen, Sacra, Esther, Ramón y Ginés, gracias también a todos por vuestra atención, simpatía y buen hacer.

Y a todos y cada uno de los que sin compartir lugar de trabajo también hemos interactuado de varias formas y muchas son las gracias que os debo. Compañeros de mi antiguo trabajo: Alejandro, Virginia, Ángeles... Compañeros, hermanos y amigos nazarenos de Murcia. Miembros y amigos del C.C. Salzillo de Murcia y simpatizantes, en especial a Fran Pérez por estar siempre

que lo hemos necesitado ahí y por supuesto a la *grupeta* de Murcia. A Juan Pardo por su presencia siempre cercana, J. Antonio Ortuño por su amistad siempre fiel, Tony, Alex... y Rafael Barba en especial durante estos días en los que el calendario nos concede unos momentos de amistad más cercanos que a lo largo del año; mucha suerte amigos os merecéis lo mejor.

Y a las personas que estuvieron ahí desde un principio. Este proyecto no hubiera sido posible sin la ayuda de D. Juan Sánchez, párroco de la Parroquia de San Bartolomé y Santa María de Murcia. En esta misma línea un especial agradecimiento al canónigo de la S. I. Catedral D. José Ruiz Arenas† y a D. Javier de la Vega Fernández, capellán militar. A Luís Miguel Pastor, profesor de Histología y Bioética de la UMU. A D. Francisco Hellín, responsable de la biblioteca del CETEP de Murcia por su amabilidad cuando todos los jueves iba a consultar bibliografía para otros temas anteriores de esta tesis.

Y, cómo no, estoy en deuda con Francisco José Pérez Guzmán gran amigo desde la infancia, Juan Iborra, José Antonio Martínez Robles, Ramón Morcillo y Ángel Obradors auténticos acompañadores en esta vida; por todo lo que me habéis dado y he podido aprender a vuestro lado; y por supuesto a Isidoro, Fernando y Pedro que desde edades tempranas siempre formamos un buen equipo. Gracias por vuestras palabras sobretodo en esos momentos en los que el Sol deja de ser amarillo.

No podía acabar estos agradecimientos sin hacer una mención muy especial a una familia que me ha tratado como un miembro más, la familia Bernal Almagro en especial a Antonio Bernal por su interés en todo momento, de forma particular en esta investigación, y en general... en todo, nunca le podré pagar su presencia. Y por supuesto Angelita, Concha, Toñi, María, Mariano, Juanjo... destacando como no, la mayor fuente de alegrías de la familia: Pablo. Gracias a todos.

Y con mi familia, mi padre, mi madre y mis hermanos de los que tengo que dar gracias a Dios por ese regalo tan especial como lo ha sido mi padre y lo sigue siendo a día de hoy mi madre, auténtica acompañante, amiga y por supuesto... madre; gracias por tu paciencia, comprensión, amor y cariño manifestado en toda la vida. A mis hermanos José Carlos y Rafael, gracias por vuestro cuidado y cariño. Y a tí Diego, gracias también por tu presencia y tus palabras siempre desde el cariño llenas de comprensión y ánimo. Siempre estaré en deuda contigo.

Y no puedo acabar sin nombrar a la persona a la que gracias a ella esta tesis recobró su sentido e ilusión, otro regalo de Dios: María José, has sido el motor pero sin duda alguna el corazón de esta investigación; gracias por tu paciencia, por tus palabras siempre acertadas, en definitiva, por haber compartido este tiempo tan especial a mi lado. Sólo tú sabes el papel que has tenido y te corresponde. Gracias.

Y a todos aquellos grandes amigos y otras personas que fueron quedando en el camino y que de alguna forma, directa o indirectamente, han contribuido al desarrollo de esta Tesis con su presencia o sus palabras, nunca les podré pagar su ayuda y compañía en este tiempo.

Gracias a todos.

Introducción.	15
I. OBJETIVOS	
1. Objetivos	27
II. METODOLOGÍA	
2. Material y Métodos.	31
2.1 Material	31
2.1.1 <i>Obtención de la muestra.</i>	31
2.1.2 <i>Distribución de la muestra.</i>	33
2.2 Método.	33
2.2.1 <i>Descripción de los instrumentos de medida.</i>	34
2.2.1.1 Información personal.	34
2.2.1.2 Funciones cognitiva y afectiva.	34
2.2.1.3 Ansiedad ante la muerte.	39
2.2.1.4 Miedo a la muerte.	42
2.2.1.5 Afrontamiento de la muerte.	44
2.2.1.6 Actitudes ante la muerte y propósito de vida.	44
2.2.2 <i>Estudio estadístico.</i>	46
3. Descripción de las variables.	49
III. RESULTADOS	
4. Análisis de la literatura científica. Análisis descriptivo de los datos.	63
4.1 Justificación de la metodología empleada.	64
4.2 Objetivos.	64
4.3 Material y método.	65
4.4 Resultados.	66

4.1.1	<i>Análisis de la productividad científica anual.</i>	66
4.1.2	<i>Distribución geográfica de los artículos según el lugar de producción de las revistas.</i>	67
4.1.3	<i>Distribución geográfica de los artículos según el lugar de producción del trabajo del primer autor.</i>	70
4.1.4	<i>Análisis de la productividad científica de los trabajos por revistas.</i>	71
4.1.5	<i>Análisis de la productividad científica de los trabajos de los autores.</i>	74
4.1.6	<i>Análisis de la productividad científica de los trabajos por categorías temáticas.</i>	77
4.5	Discusión.	80
4.6	Conclusiones.	81
5.	Análisis de la literatura científica. Análisis bibliométrico de los datos.	83
5.1	Productividad de autores y visibilidad de sus trabajos.	83
5.1.1	<i>Ley de Lotka.</i>	83
5.1.2	<i>Colegios Invisibles.</i>	86
5.2	Estudio de la productividad de los autores.	87
5.2.1	<i>Índice de Productividad.</i>	87
5.3	Productividad de las revistas.	89
5.3.1	<i>Índice de Obsolencia.</i>	89
5.3.2	<i>Ley de Bradford.</i>	91
5.3.3	<i>Análisis de la producción de las revistas según el modelo de Bradford.</i>	92
5.4	Discusión.	94
5.5	Conclusiones.	96
6.	Análisis Univariante de la muestra. Análisis Descriptivo.	99
6.1	Variables Cualitativas.	99
6.1.1	<i>Anamnesis.</i>	99
6.1.2	<i>Ansiedad ante la muerte.</i>	111
6.2	Variables Cuantitativas.	127
6.2.1	<i>Anamnesis.</i>	127
6.2.2	<i>Ansiedad ante la muerte.</i>	128
6.2.3	<i>Miedo ante la muerte.</i>	130
6.2.4	<i>Afrontamiento ante la muerte.</i>	139

6.2.5 Actitudes ante la muerte y propósito de vida.	140
7 Análisis Bivariante de la muestra.	149
7.1 Análisis Descriptivo.	149
7.1.1 Anamnesis.	149
7.1.2 Ansiedad ante la muerte.	160
7.1.3 Miedo ante la muerte.	177
7.1.4 Afrontamiento ante la muerte.	190
7.1.5 Actitudes ante la muerte y propósito de vida.	191
7.2 Análisis Inferencial.	204
7.2.1 Variables cualitativas.	204
7.2.2 Variables cuantitativas.	224
8 Análisis Multivariante de la muestra.	233
8.1 Variables resultantes.	233
8.2 Estudio de la Validez de la <i>I-DAS</i>	236
8.3 Estudio de la <i>I-DAS</i> con el resto de las pruebas utilizadas en la investigación	240

IV. DISCUSIÓN

9. Discusión.	247
--------------------	-----

V. CONCLUSIONES

10. Conclusiones.	261
Bibliografía.	265
Anexos.	273

Introducción

*La muerte puede en efecto,
anclar la existencia del ser amado,
pero no borrar del mundo su ser así.*

—Viktor E. FRANKL

El tema a tratar en esta Tesis Doctoral es la *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. ¿Por qué he elegido este tema? Dos circunstancias me han llevado al desarrollo de esta Tesis.

En un primer lugar, la preocupación cada vez mayor por la población geriátrica. De todos es sabido que cada vez el número de viejos es mayor, la población cada vez es más vieja. Y por otro lado, la longevidad va aumentando siendo ésta cada vez mayor. Los viejos cada vez viven más años sin que con ello tengan que estar necesariamente enfermos.

Consecuencia de este hecho ha sido el aumento tanto de los conocimientos como de los avances en el tema del envejecimiento por parte de las Ciencias de la Salud. Esto se corrobora en el espectacular aumento de la esperanza de vida en los últimos años y junto a ello, el número cada vez mayor de ancianos en excelentes condiciones de vida, tanto desde el punto de vista físico como mental.

Haciendo un breve repaso de la esperanza de vida en el mundo los datos con los que contamos nos corroboran lo dicho anteriormente. Aunque la media mundial es de 66,7 años (en 2005), existen diferencias abismales entre las distintas zonas del planeta. En Europa y América del Norte la media es de

73 años, en Oceanía es de 70 años, en Latinoamérica es de 69 años, en Asia es de 61 años y en África es de 55 años. Según el informe anual de la ONU, los Estados con menor expectativa son Zambia con 37,5 años, la República Centroafricana con 39,3 años, Malawi con 39,7 años y Sierra Leona con 40,8 años. Y los de mayor expectativa son Japón con 82,0 años, la región de Hong Kong de la República Popular China con 81,6 años, Islandia con 80,7 años y Suiza con 80,5 años.

En España tenemos una tasa de longevidad de 87 años en mujeres y 83 en hombres. A comienzos del siglo XX el número de personas que alcanzaban en España la edad de 65 años superaba cada mes ligeramente las 10.000, mientras que al inicio del siglo XXI esta cifra se ha multiplicado por tres, dentro de 20 años se situará en las 50.000 y en la década de 2.040 alcanzará un máximo de 67.000 personas mensuales, lo cual supondrá más del 30% de la población y por encima de 16 millones de individuos.

Ante tal situación de esplendor aparecen otras no tan gratificantes. Uno de los problemas con el que nos encontramos es de índole sociológica y para dar soluciones a este tipo de problemas hay que tener conocimientos sobre la ancianidad, desde qué entendemos por ella, qué características tiene así como los datos esenciales que la definen.

Este aumento progresivo del número de ancianos da lugar a dos tipos de poblaciones bien diferenciadas, es decir, ancianos con problemas psíquicos diferentes desde el punto de vista clínico y etiopatogénico.

Por un lado aumenta el número de ancianos con grave enfermedad psíquica, en especial con demencia, donde más de la mitad de estos casos es Demencia tipo Alzheimer. Por otro lado el aumento progresivo de ancianos en perfecto estado de salud, lo que obliga a alcanzar una organización social que permita a estos la realización de una vida plena y con sentido, lo que exige que se vaya asimilando la idea de que la vejez no es ninguna enfermedad siendo

necesario separar la vejez de la vejez achacosa y que hay que vivirla con total dignidad y validez como cualquier otro tipo de período funcional de la vida.

La otra circunstancia que me lleva al desarrollo de esta investigación ha sido trabajar en una Cátedra de Psicogeriatría. En la actualidad mi actividad laboral está adscrita a la Cátedra de Psicogeriatría de la Universidad Católica San Antonio de Murcia y junto a la docencia, esta actividad se centra, entre otros, en la investigación en temas afines a dicha ubicación. Cátedra dirigida por otro lado, por una figura tan relevante en el ámbito de la Psiquiatría como es el profesor Demetrio Barcia Salorio auténtico *Nervenärzte*; mi maestro. Trabajar en una cátedra de esta índole supone como su nombre indica estar en continua relación con el material empleado en esta investigación así como con todos los temas de carácter psicológico y psiquiátrico característicos a los sujetos de esta edad. Para ello es necesario, como se decía anteriormente, tener conocimientos sobre la ancianidad, qué entendemos por ella, cuáles son sus características o los datos esenciales que la definen.

Esto solo es posible desde un punto de vista antropológico, es decir, analizando la vejez como fenómeno humano. Es necesario saber qué hay de característico en el anciano, qué lo diferencia de los individuos pertenecientes a otras edades, dicho de otra forma, qué debemos saber cuándo de hecho podemos decir de un hombre que es un hombre viejo.

El tema elegido, como he comentado al principio de esta introducción, es la *Ansiedad ante la muerte en geriatría*. Parece lógico que este tema pueda, interesar y preocupar a los viejos por un lado y por otro, el ser objeto de preocupación a los que nos dedicamos a estudiar las características psicológicas y antropológicas de la vejez.

La investigación tiene su origen en averiguar en un sentido, si la muerte tiene un significado especial para los viejos —frente a otras edades— y entre las diferentes edades de la vejez. Es decir, la vejez no puede verse como un todo

homogéneo. Se ha diferenciado, según lo han hecho con anterioridad autores relevantes en este tema, tres grupos de edad.

Pero la distribución que más me ha llamado la atención es la propuesta por Barcia Goyanes (1997)¹ que a continuación paso a describir.

Se considera que la vejez comienza a partir de la jubilación disfrazando este término con el de *tercera edad*, siendo este un tiempo excesivamente largo si lo limitamos entre los 60 años hasta los 90 que pudiera llegar perfectamente la muerte.

Para entender adecuadamente como es la ancianidad se precisa, en palabras de Barcia Goyanes, que esta edad se divida en dos, la tercera y la cuarta edad, términos dice que solo utiliza provisionalmente aunque no le gusta ni los encuentra adecuados invitando al lector a que trate de encontrar otros mejores.

Quizás, en principio, podría utilizarse la terminología propuesta por T. Burges (1948), que habla de una «madurez joven», «madurez media» y «madurez tardía», que se corresponderían estadísticamente con los años 65–75, la primera, 75–85 años la segunda y a partir de los 85 la tercera, aunque no sean los años cronológicos lo fundamental. Hay que pensar que la «tercera y cuarta edad» se correspondería con las dos últimas acepciones señaladas, la «madurez media y tardía». Por otro lado el término «madurez» nos parece adecuado ya que alude a un hecho que caracteriza, decíamos antes, a la vejez. Pero se opina que para la «madurez joven» es mejor hablar de *decrecencia*^{2, 3} para oponerlo al de adolescencia. Estos dos períodos de tiempo se caracterizan porque en ellos difícilmente puede quien los esta viviendo «estar instalado» en ellos, siguiendo

¹ Barcia Goyanes JJ. La vejez como fenómeno humano. Madrid: Smith Klein-Beecham. 1997.

² Término acuñado por Barcia (1995) para diferenciar este período de tiempo opuesto junto con la adolescencia al resto de edades: la niñez, la edad adulta y la vejez; ya que éstas son edades estables contrariamente a lo que ocurre en las otras dos, que son edades de cambios y, por lo tanto, en crisis.

³ Barcia D. La vejez desde un punto de vista antropológico. En D. Barcia. Psiquiatría y Humanismo. Murcia: UCAM. 2003. p.565-613

el planteamiento de Julián Marías⁴. Estar instalado en una edad es vivir según unas determinadas características psicobiológicas y sociales. El adolescente y el que está en la edad de tránsito desde la edad adulta a la vejez, la que llamamos edad de la decrecencia, no puede estar instalado ya que lo que precisamente los caracteriza es que son edades de cambio. No se es niño ni adulto, no se es ni adulto ni viejo. Esta es la razón por la que en varios trabajos (1993, 1997) hemos encontrado peor *autoestima* y *autoconcepto* y peor *calidad de vida* en los sujetos de la edad de la decrecencia o media joven, que en los de edades posteriores ya definitivamente instalados en la ancianidad.

Dividida la senectud en dos edades, Barcia Goyanes encuentra rasgos diferentes en cada una de ellas. La primera, la tercera edad, se caracteriza, en cuanto a rasgos positivos por contar con la posibilidad de lo que llama «tiempo útil», es decir poder disponer de un tiempo del que habitualmente se carece en edades anteriores, las del trabajo, el negocio, lo que permite al anciano gustar mejor de sus tareas voluntarias, de sus ocios. Además caracteriza esta edad la «paz», expresión vivida de la sabiduría, de la madurez a la que nos hemos referido. Finalmente caracteriza a esa edad la valoración del «recuerdo», un tesoro del que dispone el viejo en mayor cantidad que el joven, pero del que puede además gozar de él, dice Barcia Goyanes, no por deformado catatímicamente, sino porque del tiempo pasado existe una valoración catalógica, neologismo creado por él, para referirse a la posibilidad de captar conjuntamente, como un todo, el pasado. «Los viejos no sólo tienen más recuerdos, los han elaborado catalógicamente por lo que están más cerca de entender el sentido de la vida.

Otros son los rasgos que caracterizan la cuarta edad. Son estos la no resonancia afectiva del recuerdo, la vivencia de soledad y la sensación de haber sido olvidado. El recuerdo, dice Barcia Goyanes, tiene dos elementos, los

⁴ Julián Marías suele decir que el hombre está instalado en su edad, porque la vida del hombre no viene caracterizada ni se mide exclusivamente por los años cronológicos, sino que cada período de tiempo, lo que llamamos edades, tiene rasgos peculiares que caracterizan al individuo en su manera de enfrentarse al Mundo.

mismos con los que él caracterizó las sensaciones, un elemento cognoscitivo y afectivo el otro y es este último el que va apagándose en la madurez tardía.

La vivencia de soledad es otro rasgo consecuencia del hecho fáctico de no contar con individuos de su propia edad, es decir, compañeros de sus propias vivencias y, finalmente, la sensación de ser olvidados, es decir, encontrarse viviendo en un mundo «nuevo» poblado por seres que han desarrollado su vida cuando él ya se ha retirado.

Pero, sobre todo, y esto creo es una de las aportaciones fundamentales de la antropología de la senectud de Barcia Goyanes, lo que diferencia a ambas edades seniles es la diferente vivencia del tiempo y su utilización. En la tercera edad el viejo tiene futuro. Tanto para el viejo como para el joven es idéntico, de poco tiempo, porque este futuro vivido es independiente del futuro previsible el cual si depende de la edad.

Pero sabido esto, que el viejo tiene proyecto de futuro, lo que hay que conocer ahora es cómo se debe utilizar este tiempo, como llenado de actividad, y sin ser lo mejor tratar de prolongar lo que en los años laborables se ha venido haciendo. Hay que buscar algo nuevo, naturalmente utilizando las capacidades y gustos que a lo largo de la vida nos han acompañado. Barcia Goyanes entre otras razones apela a su propia experiencia. «Convencido, escribe, de la conveniencia de cambiar de tarea al llegar la llamada tercera edad, y que yo prefiero llamar con un poco de vanidad «los años nestóreos», abandoné, al ser jubilado de mis cargos oficiales, mi antigua vida de Neurocirujano y, sobre una base muy modesta, inicié lo que podemos llamar filología anatómica. Tuve para ello que renovar o iniciar desde cero mis conocimientos de lenguas clásicas y modernas, aprender palografía, orientarme en la bibliografía relacionada con el tema, hacerme fotocopias de nuevas e imprescindibles obras. Creo haber hecho algo interesante, pero naturalmente son otros los que han de decidir ya que mi juicio, viciado en su origen al proceder de una parte, no puede tener valor. Lo que si puedo decir es que esta tarea me ha apasionado viva-

mente y que, gracias a ella, puedo considerar estos últimos años entre los más gratos de mi vida».

A raíz de este testimonio, creo interesante conocer cómo el viejo plantea la muerte en cada momento de su vejez. Al estudiar esta situación me pareció necesario determinar, por un lado, aspectos de cómo fue la vida del viejo, conocer a qué se dedicaba en su tiempo de ocio... Por otro lado, aquellos aspectos de su planteamiento trascendental; de forma principal conocer sus ideas y actitudes religiosas, si se considera religioso, es decir, si ha tenido o tiene la capacidad de trascender independientemente de la religión que profese o en caso de profesarla, en este último caso conocer qué religión profesa y en un tercer contexto si la practica o no. Y por último conocer la situación vital durante su vejez, es decir, qué visión tiene de la vida tanto presente como pasada; en la actualidad la vida la puede calificar como activa, qué tipo de actividades hace; agradable, cómoda y fácil; aburrida, triste, llena de carencias, vacía, solitaria, poco apetecible, sin valor, lo que le puede hacer ver la muerte como menos trágica e incluso deseable; o lo cree todo hecho pues ya ha vivido bastante y llega el final o si a pesar de todo cree que merece la pena vivir... Estudiar si aprovecha o no el tiempo; si tiene preocupación por no poder coger el tiempo perdido; si se arrepiente o cambiaría muchas cosas de su vida y si tiene miedo a que la muerte llegue igualmente rápida y si el futuro le espera algo que temer.

Además de estas motivaciones encuentro imprescindible conocer el estado de la cuestión respecto a la producción científica de las publicaciones sobre el tema central de la investigación. Tras una primera toma de contacto bajo los límites utilizados para la búsqueda bibliográfica para el desarrollo de la investigación, ha sido sorprendente a la vez que inesperado el resultado tan dispar que surge de este análisis. Los temas que se buscaron fueron *Dolor* con un resultado de 65.670 trabajos; *Depresión* con un resultado de 28.990 publicaciones; *Ansiedad* con un resultado de 10.331 artículos y *Muerte* con un resultado de 56.558 citas obtenidas. Al realizar la búsqueda con los descriptores de la *Ansie-*

dad ante la muerte y los límites establecidos el número de trabajos que resulta al respecto es de 454 artículos, siendo una cifra muy por debajo de la esperada en relación al resto de temas investigados. Por este motivo he visto necesario realizar un estudio bibliométrico para conocer la relevancia y el interés del tema así como la obligación desde el terreno de la Psicogeriatría de aportar un mínimo de luz a un tema tan vital como el que centra esta investigación.

Intentar contestar a alguna de estas cuestiones es el propósito de la Tesis que he desarrollado.

Para concluir esta introducción a la investigación quiero comentar brevemente cada uno de los capítulos que conforman este trabajo. Esta Tesis está distribuida en 5 partes y consta de 10 capítulos, una introducción, una bibliografía y tres anexos, el primero referente a la producción literaria seleccionada para el estudio bibliométrico, el segundo donde se exponen todas las figuras referentes a las gráficas de la investigación y el tercero donde se recopilan los instrumentos de evaluación utilizados en esta tesis. El primer bloque está formado por el Capítulo 1 donde se definen los objetivos de la investigación. El segundo bloque formado por el Capítulo 2, hace referencia, por un lado, a las características del material seleccionado para la elaboración de la investigación y, por otro, la metodología llevada a cabo en el transcurso de la misma; el Capítulo 3 describe las variables seleccionadas en el posterior estudio estadístico así como al tratamiento de los datos. El tercer bloque corresponde a los resultados y está compuesto por los Capítulos 4 y 5 referentes al análisis de la literatura científica. En este bloque se analiza toda la producción literaria respecto al tema objeto de estudio de esta investigación donde se concluye explicando la relevancia del mismo en función del número de publicaciones por año, autores, revistas, países, categorías temáticas –de forma descriptiva– y de forma más exhaustiva, –o bibliométrica– estudiando los indicadores bibliométricos que orientan sobre el valor científico de las revistas, permitiendo saber cuáles son los artículos, los autores y los grupos más leídos y, que por lo tanto, tienen

trabajos de mayor peso científico. El Capítulo 6 representa el análisis univariante de la muestra siendo éste meramente descriptivo. El Capítulo 7 representa el análisis bivariante de la muestra tanto descriptivo como inferencial. Y el Capítulo 8 representa el análisis multivariante de la muestra ofreciendo según distintos análisis factoriales las variables resultantes del estudio, la validez de la prueba original de evaluación elaborada por el investigador y su relación con el resto de las pruebas utilizadas en esta investigación. El cuarto bloque está formado por el Capítulo 9 donde se discuten los resultados en base a los datos de otras investigaciones en relación al tema que nos ocupa. Y por último el bloque quinto formado por el Capítulo 10 donde se establecen las conclusiones a las que se han llegado tras la discusión de los datos obtenidos. Concluye esta tesis con la citación de la bibliografía utilizada en el desarrollo de esta investigación y los anexos correspondientes a la bibliografía utilizada como material para el análisis bibliométrico y los gráficos correspondientes a los resultados más significativos y por último los protocolos utilizados en las entrevistas del material.

I

OBJETIVOS

Objetivos

*Vieja madera para arder,
viejo vino para beber,
viejos amigos en quien confiar,
y viejos autores para leer.*

–Sir Francis BACON

Tras la información recabada después de una primera toma de contacto con la bibliografía para el desarrollo de la investigación y como comentaba en la introducción, ha sido sorprendente a la vez que inesperado el resultado tan dispar que surgía de este análisis.

Una vez comprobado que temas como *Dolor, Depresión, Ansiedad y Muerte* tenían una representatividad a nivel de su producción científica muy por encima del tema *Ansiedad ante la muerte*, éste con una cifra muy por debajo de la esperada en relación al resto de temas investigados, he visto necesario realizar un estudio bibliométrico para conocer el estado de la cuestión en dicho tema.

De esta forma y por estas causas, para el desarrollo de esta investigación se plantea como necesario aclarar determinados supuestos que son los objetivos de esta Tesis Doctoral:

1. Investigar mediante un análisis bibliométrico el estado actual de la cuestión del tema de la *ansiedad ante la muerte* para que estudiando así su producción científica se pueda conocer su relevancia así como las categorías temáticas más significativas en relación a éste.

2. Estudiar la preocupación de la muerte respecto a variables como, la edad, la religión, la experiencia previa de muerte, la salud... ¿La ansiedad ante la muerte, o la no ansiedad ante la muerte, está en relación con dichos aspectos biográficos y personales de estos ancianos?
3. Estudiar y conocer qué características se manifiestan en la *ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano* de la ciudad de Murcia.
4. Establecer las diferencias que pueden existir en la ansiedad y en las actitudes ante la muerte en ancianos de distintas edades y otros grupos de personas de distinta edad. ¿Sería la edad un factor importante a tener en cuenta al estudiar ansiedad y actitudes ante la muerte?

De este último objetivo se deduce la hipótesis de trabajo de la presente investigación, la cual quedaría formulada de la siguiente forma: los sujetos cuya edad se encuentra comprendida entre los 60 y 69 años presentan más temores ante la muerte que el resto de edades estudiadas en este trabajo.

II

METODOLOGÍA

Material y Método

*Nada nos hace envejecer con más rapidez
que el pensar incesantemente en que nos hacemos viejos.*

–George CH. LICHTENBERG

2.1 Material.

2.1.1 Obtención de la Muestra.

La muestra objeto de este estudio ha sido seleccionada constando de 416 sujetos y distribuida en dos grupos.

Los sujetos del primer grupo van a ser estudiados distribuyéndolos en tres subgrupos en función de la edad. De esta forma tendremos en cuenta un primer subgrupo formado por aquellos sujetos que su edad se halle comprendida entre 60 y 69 años, lo que llamaríamos edad de la *decrescencia*; un segundo subgrupo formado por aquellos sujetos que su edad se halle comprendida entre 70 y 79 años, edad de la *primera senectud* y de la misma forma un tercer subgrupo formado por aquellos sujetos de 80 años en adelante ubicados en lo que se ha llamado la edad de la *segunda senectud*.

El segundo grupo o *grupo control* estaría formado por 100 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 27 años que será utilizado como su propio nombre indica grupo control de esta investigación.

En el apartado siguiente se describen con mayor detalle las características de ambos grupos y subgrupos.

Los *criterios de inclusión* para la obtención del primer grupo de la muestra han sido los siguientes:

- Tener 60 años de edad en adelante.
- Residir en vivienda habitual y no en residencias geriátricas⁵.
- Ser válido⁶.

En cuanto al segundo grupo o grupo control, el criterio de inclusión fue tan solo ser universitario, estudiando primer año de carrera de edades comprendidas entre 18 y 27 años.

Respecto a estos criterios de inclusión anteriormente expuestos se deducen los *criterios de exclusión* para la no inclusión de sujetos en la muestra y han sido los siguientes:

- Tener menos de 60 años de edad.
- Residir en residencias geriátricas.
- No ser válido. Es decir, con presencia de trastornos depresivos o demenciales.

Respecto al segundo grupo o grupo control, los criterios de exclusión han sido:

- No estar estudiando primer año de carrera.
- Tener una edad inferior a 18 años o superior a 27 años de edad.

El tamaño muestral inicial del primer grupo fue de 500 sujetos entrevistados de los cuales se excluyeron por no cumplir los criterios de inclusión anteriormente enunciados 184 sujetos que sufrían de tales patologías.

⁵ Al comienzo de la investigación se entrevistaron varios sujetos residentes en geriátricos observándose un alto índice de depresión en ellos por lo que se decidió excluir de la investigación a este tipo de sujetos.

⁶ Es decir, en ausencia de trastornos depresivos o demenciales. Para esta selección se utilizaron dos pruebas a modo de *screening* para detectar posibles trastornos tanto depresivos como demenciales. Ambas pruebas se explican con detalle en el apartado siguiente correspondiente al método junto al resto de pruebas de evaluación.

2.1.2 Distribución de la Muestra.

La muestra de la investigación ha sido seleccionada y está formada por 416 sujetos, distribuida en dos grupos cuyas características paso a describir.

Un primer grupo, o *grupo experimental* estaría formado por 316 sujetos de 60 años en adelante sin límite de edad. Este primer grupo estaría distribuido a su vez en tres subgrupos. Un primer subgrupo *—decrecencia—* formado por 124 sujetos de edades comprendidas entre los 60 y 69 años. Cuenta con 56 hombres y 68 mujeres. Un segundo subgrupo *—primera senectud—* compuesto por 149 sujetos de edades comprendidas entre los 70 y 79 años y formado por 66 hombres y 83 mujeres. El tercer subgrupo *—segunda senectud—* formado por 43 sujetos de edades comprendidas desde los 80 años en adelante y consta de 18 hombres y 25 mujeres.

El segundo grupo o *grupo control* estaría formado por 100 estudiantes universitarios de edades comprendidas con 18 y 27 años que será utilizado como se ha comentado al principio del capítulo, grupo control de esta investigación. El grupo consta de 43 hombres y 57 mujeres.

2.2 Método.

Para la realización de los objetivos de esta investigación se ha utilizado la metodología que a continuación paso a desarrollar.

En un primer momento se realizó la búsqueda, obtención y el estudio de la bibliografía más relevante en el ámbito psicológico, psiquiátrico, geriátrico y bibliométrico consultando bases de datos apropiadas. Gran parte de este proceso queda reflejado y explicado en los capítulos referentes al *Análisis de la Literatura Científica*.

Tras la recogida bibliográfica se propuso una biografía personal y una entrevista semiestructurada como ampliación ésta de la *Escala de Ansiedad ante*

la Muerte de Templer—DAS— con el objeto de recoger una mayor información por parte del sujeto que la dada por las pruebas estandarizadas. A la que se le ha denominado con el nombre de *I-DAS (Interview DAS)*. Además se seleccionaron las pruebas más relevantes dentro de este campo para evaluar el material seleccionado según los criterios citados en el apartado anterior.

La información suministrada por la muestra viene dada a través de una batería de tests distribuidos en distintos bloques en función de las distintas variables relacionadas con el objeto de estudio así como otras pruebas pasadas a modo de *screening* para la buena selección de la muestra.

A continuación pasamos a comentar los instrumentos utilizados para la recogida de información.

2.2.1 Descripción de los instrumentos de medida.

2.2.1.1 Información personal.

Biografía Personal o Anamnesis. En primer lugar se recogieron mediante una encuesta los datos del sujeto entrevistado a modo de biografía personal. Estos datos eran de índole personal y anónimo siempre: edad; estado civil; nivel de estudios adquirido; religiosidad, religión y práctica religiosa. De índole socio-familiar: dónde y con quién vive; trato con los hijos; a qué se dedica en sus ratos de ocio; relación con la muerte. De índole salud: enfermedades y operaciones padecidas y tratamiento médico, en el pasado y en la actualidad.

2.2.1.2 Funciones cognitiva y afectiva.

En primer lugar y para hacer la selección de los sujetos se utilizaron dos pruebas a modo de *screening*. Dichas pruebas evalúan *deterioro cognitivo* por un lado y por otro *depresión*. Ambos han sido criterios de exclusión como filtro de selección de la muestra, pues para el estudio solamente se ha utilizado sujetos váli-

dos. A continuación explicamos por qué se han seleccionado estos criterios de exclusión.

Se quiere investigar las actitudes, la ansiedad ante la muerte en sujetos con la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas. Si incluimos en la muestra sujetos con una disfunción de esta capacidad sería una muestra sesgada con personas donde se interrumpe su capacidad para llevar a cabo su trabajo, sus actividades cotidianas, su ocio, su papel social, su responsabilidad, sus relaciones interpersonales, su autocuidado básico, incluso suponiendo un riesgo de producir daño al propio individuo o a los que lo rodean; aspectos todos que viciarían de alguna forma los resultados de la investigación. Por ello valoramos como criterio de exclusión el deterioro de la función cognitiva del sujeto.

El otro aspecto valorado como criterio de exclusión es la función afectiva del sujeto, importante por la frecuencia con la que se altera y sus efectos en otras áreas funcionales. La evaluación del estado de ánimo presenta algunos problemas en los mayores. Estos tienden a negar sus sentimientos de depresión; además con frecuencia presentan molestias somáticas con una base orgánica real y sus síntomas pueden ser confusos; muchas alteraciones también pueden ser efecto secundario de un fármaco.

El objetivo de la valoración afectiva es identificar y cuantificar posibles trastornos en este área que afecten o puedan afectar a la capacidad de autosuficiencia del mayor.

Las pruebas son las siguientes que se pasan a definir y explicar.

Test del Reloj. El Test del Reloj —TR— es un instrumento de fácil aplicación y de gran utilidad a la hora de recoger información de índole cognitiva del sujeto a partir de su análisis minucioso.

El citado test es de gran interés en la práctica clínica neuropsicológica y fundamentalmente en la evaluación de las demencias. Cuando se solicita a un sujeto que dibuje un reloj, podrá llevarlo a cabo si conserva determinadas capacidades. Un sujeto capaz de escribir todos los números y simultáneamente ir ordenándolos correctamente en el espacio, necesitará realizar una planificación adecuada para coordinar esta tarea; también necesitará poseer organización visual y motora, así como capacidad de procesar simultáneamente la tarea que está ejecutando. Si dicha tarea incluye entre sus instrucciones el que el reloj marque una determinada pauta horaria, tendrá que almacenar en la memoria y posteriormente recuperar esa información, para ubicar correctamente las manecillas.

Si un paciente posee un determinado aspecto cognitivo selectivamente deteriorado, en un análisis minucioso del *TR* podríamos observar diferencias cualitativas respecto a un sujeto sano. Por ello, para que el *TR* pueda considerarse como una prueba de evaluación rápida del deterioro cognitivo sería pertinente establecer unos criterios con arreglo a los cuales efectuar un análisis cuantitativo y cualitativo adecuado.

Aunque se han propuesto diversos criterios para la aplicación y puntuación del *TR*, en la actualidad no existe una metodología universalmente reconocida para su evaluación.

La realización del *TR* se lleva a cabo en dos fases experimentales: *TR a la orden* y *TR a la copia* siguiendo los criterios de aplicación previamente descritos al sujeto.

- *Secuencia de números*: se ha evaluado si la secuencia de los números es correcta. En caso de que algún número (uno o dos) no estén en el orden correcto (por ejemplo: 1, 2, 4, 3, 5...) consideramos que la secuencia está semialterada. Si los errores de consecución de los números atañen a más de tres, lo consideramos como *secuencia incorrecta*.

- *Ubicación espacial de los números:* hace referencia a la situación espacial de los números. Si todos están colocados en el lugar más o menos correcto se considera como ubicación correcta. Si algún número (de uno a tres) están ubicados fuera de su lugar correspondiente consideramos la ubicación semialterada. Cuando hay más de tres números ubicados incorrectamente en el espacio lo consideramos como ubicación alterada.
- *Presencia de números fuera del reloj:* algunos pacientes colocan total o parcialmente los números fuera del espacio de la esfera, en cuyo caso consideramos esta variable.
- *Presencia de números "extra" en el reloj:* hace referencia a la aparición de números que no deben estar en el reloj, como por ejemplo 13, 14, 15..., o a la presencia de un mismo número repetido.
- *Total de números dibujados:* es el cómputo global de números que el sujeto ha dibujado.
- *Tipo de números:* aquí se indica si los números dibujados son arábigos, romanos, mixtos, letras, rayas, o si no dibuja nada que los represente.
- *Presencia de las manecillas:* Se valora si el sujeto ha dibujado las dos manecillas, una sola o ninguna. Algunos sujetos dibujan múltiples agujas de forma indiscriminada (como si se tratase de la rueda de un carro), en este caso lo consideramos como *manecillas perseveradas*.
- *Ubicación de la manecilla de la hora:* se evalúa si la manecilla de la hora está correctamente colocada y orientada (se dirige hacia el espacio de ubicación correcta del número once).
- *Ubicación de la manecilla de los minutos:* se evalúa si la manecilla de los minutos está correctamente colocada y orientada (si se dirige hacia el espacio de ubicación correcta del número dos)

- *Proporción entre las manecillas:* se considera correcta siempre que exista una discreta diferencia entre las agujas, siendo mayor la de los minutos que la de las horas.
- *Rotación inversa:* consideramos como rotación inversa la presencia de más de tres números colocados en sentido contrario al natural en un reloj.
- *Alineación numérica:* se refiere a la colocación de los números en una línea recta, sin seguir la curvatura de la esfera. Se considera tanto si la alineación es vertical, horizontal, como si es oblicua.
- *Perseveración:* consideramos esta variable como la reiteración de un mismo error en las dos condiciones experimentales.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

La *Escala de Depresión Geriátrica* —GDS— de Yesavage es un autoinforme que puede ser rellenado por el paciente en 15 minutos y es útil en el *screening* inicial, ayudando en la detección y diagnóstico de los estados depresivos en el anciano. Es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato Si/No.

Esta escala está recomendada como la más adecuada para el diagnóstico de depresión en personas mayores, ya que brinda una sensibilidad del 85% y una especificidad del 95%, asimismo, se ha demostrado mayor discriminación diagnóstica en estas personas sobre otras pruebas (Mendoza, 1989).

Consta de 30 ítems que cubren una amplia variedad de temas relacionados con la depresión, como son quejas somáticas, orientación futura y pasada, pérdida de autoimagen, agitación, horror y rasgos obsesivos. Un puntaje de

más de 10 respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80–95% dependiendo de la población estudiada.

2.2.1.3 Ansiedad ante la muerte.

Para la evaluación de esta variable se han empleado dos pruebas que miden ansiedad ante la muerte: la *Death Anxiety Scale* —*DAS*— de Templer a la que se le acompaña una *Entrevista* semiestructurada a modo de ampliación —*I-DAS* (Interview DAS) y la *Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte* —*EAM-R*— de Thorson y Powell. La razón de porqué se ha elaborado una entrevista acompañando a la *DAS* es la siguiente: los instrumentos de evaluación de la ansiedad ante la muerte tienen la virtud de administrarse fácilmente lo que las hace prácticas a la hora de usarlas en grupos grandes y establecer comparaciones. El problema que surge a este respecto es lo difícil que resulta determinar qué miden realmente estas escalas. Por este motivo en la *DAS* se ha creído oportuno desarrollar una entrevista semiestructurada con el fin de obtener una información más exhaustiva sobre el tema objeto de esta investigación. Ambos instrumentos se definen y explican a continuación.

Escala de Ansiedad ante la Muerte. La *Death Anxiety Scale* —*DAS*— de D. Templer (1970) es un instrumento de medida de la ansiedad ante la muerte verbalizada que consta de 15 ítems. Dicha escala se ha convertido en uno de los instrumentos de medida más populares y más frecuentemente usados y citados en los trabajos de investigación publicados sobre el tema. Nueve de los 15 elementos de la *DAS* puntúan verdadero y seis falso. Esta escala trata la muerte, los pensamientos sobre ésta, la enfermedad y la perspectiva temporal.

***Entrevista ampliación DAS* —*I-DAS*—.** Como se ha comentado con anterioridad, la propuesta de esta escala es a consecuencia de lo difícil que resulta determinar qué miden realmente estas escalas de ansiedad. La finalidad de

construir y administrar esta *entrevista* no es otra que la de recabar una mayor información por parte del sujeto entrevistado más exhaustiva que la propia de las escalas construidas y estandarizadas a tal efecto. Se realizó una pequeña adaptación en alguno de los ítems de la misma, a la hora de pasarla a los sujetos adultos jóvenes, segundo grupo o grupo control de la muestra.

La *I-DAS* está estructurada según los ítems de ésta agrupados por semejanza en 10 bloques. Las variables que se estudian por tanto tras la aplicación de ésta vendrán en función de estos ítems. En un primer bloque vendrían los ítems 1, 5, 7, 9 y 10 relacionados con el *miedo a la muerte* donde se recaba información sobre: ¿Por qué tiene miedo a morir? ¿Qué es lo que teme? y ¿A quién ha visto morir? El segundo bloque está formado por un solo ítem el 2 y relacionado con *¿cuándo se piensa en la muerte?*, recabando información sobre: si piensa o no; en caso afirmativo, en qué situaciones; en la muerte como algo inevitable; en la muerte de ¿quién?; en caso negativo, ¿por qué? y por último, qué cosas de la vida teme. El tercer bloque está formado por un solo ítem el 3 haciendo referencia al estado de ansiedad que surge al *oír hablar de la muerte*. Estaría relacionado con quién y dónde se habla de la muerte y de qué forma. El cuarto bloque también formado por un solo ítem el 4 y relacionado con la ansiedad que le provocaría *haber sufrido o no una operación*; hace referencia con la propia experiencia; la anestesia; el quedar muy mutilado y no poder valerse por sí mismo; el dolor que pueda sufrir durante y tras la operación y en el postoperatorio así como el mal éxito de la misma. El quinto bloque formado por el ítem 6 y relacionado con el *temor a sufrir cáncer*, hace referencia a significar la muerte; el sufrimiento del tratamiento y por llegar a ser una carga para la familia o allegados. El sexto bloque está formado por los ítems 8 y 12 relacionado con la *preocupación del paso y brevedad de la vida*; hace referencia a cómo define y ocupa su vida en la actualidad; a si aprovecha o no el tiempo; si le preocupa no poder coger el tiempo perdido; si cambiaría o no muchas cosas de su vida y si tiene miedo a que la muerte llegue muy rápida. El séptimo bloque estaría for-

mado por el ítem 11 relacionado con el *miedo a tener un ataque al corazón*; hace referencia al hecho de poder ser repentino; al dolor del instante y a la soledad del momento y posible muerte. El bloque octavo está formado por el ítem 13 relacionado con la *guerra*; hace referencia a la relación que haya tenido con este evento y la paz en el mundo. El bloque nueve está formado por el ítem 14 relacionado con la *visión del cadáver*; hace referencia a los cadáveres que ha visto y si se identifica con ellos. El último bloque, el diez está formado por el ítem 15 haciendo referencia al *temor por el futuro*; hace referencia al estado en que deje a su familia.

Esta entrevista está validada estadísticamente mediante un análisis factorial, constituyendo esta información un capítulo aparte dentro de esta investigación.

Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte. La *Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte* —EAM-R— de Thorson y Powell. Es una escala cómoda de administrar en muestras grandes de sujetos, proporcionando una manera de evaluar diferencias y hacer comparaciones entre los distintos grupos en los que está distribuida la muestra. Esta escala está formada por 25 ítems, cada uno con igual valor de 0 a 4 en una escala Likert. Se han alcanzado niveles aceptables de fiabilidad al usarla con varias muestras grandes y diversas. La escala se ha demostrado sensible a la edad y se ha utilizado en varios estudios, mostrando diferencias en los elementos que constituyen el constructo de ansiedad ante la muerte.

2.2.1.4 Miedo a la muerte.

Escala Revisada Collet-Lester de Miedo a la Muerte. La *Escala Collet-Lester de Miedo a la Muerte* se crea para eliminar el problema de la heterogeneidad de contenido de los ítems de las escalas que se utilizaban para medir el miedo a la muerte en aquellos momentos.

De esta forma surge dicha escala con la intención de proporcionar una medida que se diferenciara de la ansiedad ante la muerte distinguiendo entre el miedo a la muerte y el miedo al proceso de morir y entre los miedos a la propia muerte y a la de los otros.

En esta escala los ítems están separados en cuatro subescalas, lo que ayuda a los sujetos a analizar sus actitudes de manera más coherente. También simplifican su puntuación, es decir, todos los ítems tienen el mismo valor con una escala Likert de 1 a 5 puntos para simplificar la puntuación. Cada subescala tiene el mismo número de ítems siendo este 8 por lo que la escala consta de 32 ítems en total y la puntuación total de la escala será por tanto la suma de las puntuaciones de las cuatro escalas.

Las cuatro variables que mide esta escala están en función de las cuatro subescalas y son: *miedo a la propia muerte*; *miedo al proceso de morir*; *miedo a la muerte de los otros* y *miedo al proceso de morir de los otros*.

Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter. La *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte —EMMM—* es publicada por Hoelter en 1979 para medir el miedo a la muerte definido como *una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación o anticipación de cualquiera de las distintas facetas relacionadas con la muerte*⁷. El motivo de la aparición de este instrumento de medida no es otro que la imprecisión producida en la medición, lo que contribuía sustancialmente a una ambigüedad de la bibliografía sobre las causas, correlatos y consecuencias de las actitudes negativas hacia la muerte.

El instrumento de Hoelter es multidimensional comprendiendo 8 subescalas, cada una de las cuales mide un aspecto conceptualmente distinto del

⁷ Hoelter JW. Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 1979a; 47:996-999.

miedo a la muerte. El número de ítems de la prueba es de 42 estando distribuidos estos irregularmente entre las distintas subescalas.

Se ha usado esta escala además del resto por su base más empírica, que a diferencia de las otras (Collet-Lester) es más racional, preguntándose si los sujetos realmente diferencian los miedos a la muerte en grupos similares a los establecidos por los autores del test (Neimeyer, 1988)⁸. En contraste Hoelter proporciona evidencias sobre la consistencia y la interpretabilidad de esta escala multidimensional de miedo a la muerte usando procedimientos de análisis de factores antes de aplicarlo a distintos estudios importantes.

La —EMMM—⁹ es un instrumento de medida con consistencia interna, fiable, válida y multifacético, que ayuda a aclarar parte de la ambigüedad que existe en la bibliografía relacionada con la muerte. Su empleo puede arrojar luz sobre una de las áreas más oscuras y fascinantes de la psicología humana, nuestras complejas y multifacéticas reacciones frente a la muerte.

Los 42 ítems distribuidos de forma desigual entre las distintas subescalas tienen el mismo valor cada uno que va desde 1 a 5 puntos en una escala Likert correspondiendo de *totalmente de acuerdo* (1) hasta *totalmente en desacuerdo* (5). Las subescalas o componentes que mide esta escala son: *Miedo al proceso de morir*, *Miedo a los muertos*, *Miedo a ser destrozado*, *Miedo por la muerte de otras personas significativas*, *Miedo a lo desconocido*, *Miedo a una muerte consciente*, *Miedo por el cuerpo después de la muerte* y *Miedo a una muerte prematura*.

2.2.1.5 Afrontamiento de la muerte.

Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte. Tanto profesional como popularmente, las investigaciones respecto a la muerte se han centrado casi exclusivamente en la ansiedad y el miedo a la muerte. Es totalmente cierto que

⁸ Neimeyer RA. Death anxiety. In H Wass, R Berardo y RA Neimeyer (Comps), *Dying: Facing the facts*. Washington DC: Hemisphere. 1988.

⁹ Neimeyer RA, Moore, MK. Validez y fiabilidad de la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte. En RA. Neimeyer. *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós. 1997. p: 114-129.

los humanos tememos en alguna ocasión a la muerte en nuestra vida. Lo que no queda muy claro es de qué nos puede servir a nosotros entender dicha percepción a la hora de afrontar la realidad de nuestra condición existencial. En numerosas ocasiones los profesionales de la salud no solo afrontan la muerte diariamente sino deben ayudar también a sus propios pacientes y seres queridos a hacerlo. Kübler-Ross (1969)¹⁰ demostró que la forma de hacerlo no es otra que entendiendo las experiencias de los enfermos terminales.

Para evaluar el afrontamiento ante la muerte se ha utilizado la escala *Bu-
gen de Afrontamiento a la Muerte*; consta de 30 ítems cuyo valor viene representa-
do de 0 a 7 en una escala Likert, donde 0 significa que se está totalmente de
acuerdo con el ítem; 4 una actitud neutral y 7 un total desacuerdo con la afir-
mación expuesta.

2.2.1.6 Actitudes ante la muerte y propósito de vida

Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte. El *Perfil Revisado de Actitudes
ante la Muerte* —PAM-R— es un instrumento multidimensional de medida de
las actitudes hacia la muerte desarrollado por Gesser y otros (1987-1988). La
razón de su uso no es otra que la mejor comprensión tras la recogida de in-
formación del miedo a la muerte estudiando otras actitudes hacia ésta, ya que
un nivel de miedo determinado puede reflejar actitudes muy discordantes hacia
la muerte.

El PAM-R consiste en 5 dimensiones derivadas factorialmente e inde-
pendientes entre sí. Está formado por 10 ítems de aceptación de acercamiento;
7 ítems de miedo a la muerte; 5 ítems de aceptación de escape y 5 ítems de
aceptación neutral.

Las cinco componentes se explican de la siguiente forma: *Miedo a la
muerte/proceso de morir*, haciendo referencia a aquellos pensamientos negativos

¹⁰ Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo S.A. 1993.

respecto a la muerte y al proceso de morir. *Aceptación de acercamiento*, estaría relacionada con la visión de la muerte como de puerta hacia una vida feliz después de la muerte. *Aceptación de escape*, relacionada ésta con la idea de la muerte como el escape de una existencia dolorosa. *Aceptación neutral*, relacionada con una imagen de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida. *Evitación de la muerte*, donde evitación hay que entenderla como un mecanismo de defensa que mantiene la muerte fuera de la consciencia.

Prueba de Propósitos Vitales.

El *Purpose In Life Test* —*PIL*— o test de *Sentido en la Vida* está basado en la teoría de Víktor E. Frankl sobre la *voluntad de sentido*. El análisis existencial de Frankl hace referencia a un método de análisis sobre la existencia humana basado en 4 aspectos fundamentales: El sentido de la vida, el sentido del trabajo, el sentido del amor y el sentido del dolor.

Al hablar del sentido de la vida, Frankl se basa en tres valores que son los vivenciales, los de creación y los de actitud; dichos valores darán motivos para vivir y al estar asociados le dan una visión diferente al ser humano de percibir y vivir la vida.

Para Frankl cada una de nuestras experiencias de la vida son importantes cuando sabemos que en todo lo que realizamos; nuestras acciones, sentimientos e incluso en el sufrimiento y el dolor, se posee un sentido que permite en el hombre su existencia.

La pérdida de sentido también puede ser consecuencia de una situación de depresión que desenfoca la explicación del sentido de la vida y de las metas que la orientan.

Existe gran variedad de estudios en los que se han hallado correlaciones ente las puntuaciones del *PIL* y diferentes variables. Se ha hallado que una baja puntuación en el *PIL* (poco sentido de la vida) se asocia a diferentes alteraciones psicopatológicas o a un mal ajuste social. Por otra parte, se han hallado

puntuaciones altas en el *PIL* (mayor sentido de la vida) en pacientes físicamente muy enfermos. Los autores dedujeron de estos resultados que la cercanía de la muerte sirve de catalizador a los enfermos graves para pactar la paz con sus vidas. También tienen una puntuación más elevada las personas con creencias religiosas muy arraigadas. Lo mismo sucede con las religiosas de clausura o personas consagradas en general, que alcanzan éxito en sus tareas y presentan un menor miedo a la muerte. También hay correlación con el hecho de estar comprometido en grupos organizados, dedicación a deportes o pasatiempos, una visión más positiva del mundo, orientación hacia determinadas metas destinadas a trascender el yo y estudiantes que eligieron sus profesiones por vocación.

La *Prueba de Propósitos Vitales* consta de 20 ítems que a la hora de analizar el test se pueden y en esta investigación se ha hecho así distribuir en función de seis factores: *propósito en la vida*; *satisfacción con la vida*; *logro de metas*; *auto-realización*; *locus of control* y *visión de la vida*.

2.2.2 Estudio estadístico.

Los datos han sido analizados con la ayuda del programa para proceso de datos SPSS 13.0 y 15.0/PC para Windows.

Se ha realizado una estadística descriptiva para cada una de las variables calculando la distribución de frecuencias. En los casos de variables cuantitativas se obtuvo además medidas características como media, desviación típica, máximo y mínimo.

Las comparaciones de grupos se realizaron como análisis de varianza (ANOVA) para variables cuantitativas complementado como contrastes de igualdad de pares de medias con la t-Student. En el caso de variables cualitativas se realizó un análisis de tablas de contingencia con el test de la χ^2 de Pearson complementado con un análisis de residuos.

El análisis multivariante utilizado, para determinar las componentes principales y los factores que explican la variabilidad de los datos, fue el análisis factorial donde se determinaron los factores fundamentales, las variables características de cada factor y la importancia relativa de los factores. La rotación utilizada fue la Varimax.

Descripción de las variables

*Gran libro es la vejez.
¡Lástima que el hombre tenga que morirse
cuando comienza a leerlo con provecho!*

–José M^a. DE PEREDA

En este capítulo se realiza una descripción de las variables a estudiar en la presente investigación.

De esta forma, se valoran las siguientes variables:

- Edad. Variable cuantitativa.
- Sexo. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Hombre; 2 –Mujer.
- Estado civil. Variable cualitativa con cuatro niveles: 1 –Soltero; 2 –Casado; 3 –Separado/Divorciado; 4 –Viudo.
- Nivel de estudios: Variable cualitativa con cinco niveles: 0 –Sin estudios; 1 –Primarios, 2 –Secundarios (Bachiller), 3 –Superiores; 4 –Otros (Doctorado...)
- Religiosidad. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Religión. Variable cualitativa con cuatro niveles: 1 –Católico; 2 –Ateo; 3 –Agnóstico; 4 –Otras.
- Práctica religiosa. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Experiencia de muerte familiar. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.

- Muerte de los padres. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Muerte de los hijos. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Muerte de un hermano. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Muerte del cónyuge. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Muerte de los abuelos. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Otras experiencias de muerte. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Enfermedad u operación importante. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Enfermedad cardiovascular. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Enfermedad relacionada con el aparato locomotor. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Otro tipo de enfermedad. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Tratamiento médico en la actualidad. Enfermedad u operación importante en el pasado. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Ansiedad ante la Muerte (*Death Anxiety Scale*) —*DAS*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de los valores puntuados según la respuesta dada, 0 – 1.

- Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Miedo a lo desconocido. Variable cualitativa con dos niveles: 1 – Sí; 2 –No.
 - Frustración por no hacer algo. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por dejar gente. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 – No.
 - Miedo al dolor del momento. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Miedo a la angustia del momento. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Miedo al pensar en la muerte. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Estar enfermo. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 – No.
 - Al ver un cadáver. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 – No.
- Ansiedad al oír hablar de la muerte. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Miedo al pensar en una operación. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Experiencia personal. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Anestesia. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Dolor. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.

- Mutilación. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Mal éxito. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Miedo ante el cáncer. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Significar la muerte. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Sufrimiento del tratamiento. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Carga para otros. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- La vida es corta. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Define la vida. Variable cualitativa con ocho niveles: 1 –activa; 2 –agradable; 3 –cómoda y fácil; 4 –en la actualidad acepto con gusto la vejez; 5 –aburrida; 6 –triste, llena de carencias, vacía, solitaria, poco apetecible, sin valor, lo que hace que vea la muerte menos trágica, incluso deseable...; 7 –aún así, merece la pena vivirla; 8 –ya está todo hecho; he vivido bastante y ya llega el final.
- Pensar que se está aprovechando o desaprovechando el tiempo. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Preocupación por el tiempo perdido. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Cambiar muchas cosas de la vida. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Tener miedo a que la muerte llegue rápida. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.

- Miedo a tener un ataque al corazón. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No
 - Por ser un ataque repentino. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por el dolor del instante. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por la soledad del momento y poder llegar a morir. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Otras experiencias. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Preocupación por una futura guerra. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por la experiencia personal. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Otro tipo de experiencia. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Sentimiento de horror al ver un cadáver. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por identificarse con el cadáver. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
- Temor por el futuro. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Por el estado en que deje a su familia. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.
 - Otros. Variable cualitativa con dos niveles: 1 –Sí; 2 –No.

- Ansiedad ante la Muerte —*EAM-R*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 0 – 4 puntos por ítem.
- Miedo a la Muerte —*Escala Collett-Lester*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de las puntuaciones de los cuatro factores que forman la escala y que se enuncian a continuación.
 - F₁: Tu propia muerte. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Nada; 3 –Algo y 5 –Mucho.
 - F₂: Tu propio proceso de morir. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Nada; 3 –Algo y 5 –Mucho.
 - F₃: La muerte de los otros. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Nada; 3 –Algo y 5 –Mucho.
 - F₄: El proceso de morir de los otros. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Nada; 3 –Algo y 5 –Mucho.
- Miedo a la Muerte —*EMMM*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de las puntuaciones de los ocho factores que forman la escala y que se enuncian a continuación.
 - F₁: Miedo al proceso de morir. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada

en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.

- F₂: Miedo a los muertos. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 –Totalmente en desacuerdo.
- F₃: Miedo a ser destrozado. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 –Totalmente en desacuerdo.
- F₄: Miedo por otras personas significativas. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.
- F₅: Miedo a lo desconocido. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.

- F₆: Miedo a una muerte consciente. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.
- F₇: Miedo por el cuerpo después de la muerte. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 –Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.
- F₈: Miedo a una muerte prematura. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 5 puntos por ítem cuyos valores son 1 –Totalmente de acuerdo; 2 –Algo de acuerdo; 3 – Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4 –Algo en desacuerdo y 5 – Totalmente en desacuerdo.
- Afrontamiento ante la Muerte. —*BUGEN*—. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 7 puntos por ítem cuyos valores recorren el rango de 1 –Totalmente en desacuerdo; 4 –Neutral y 7 –Totalmente de acuerdo.
- Actitudes ante la Muerte. —*PAM-R*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de las puntuaciones de los cuatro componentes que forman la escala y que se enuncian a continuación.

- C₁: Aceptación de acercamiento. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 0 – 6 puntos por ítem cuyos valores son 0 –Totalmente en desacuerdo; 1 –Bastante en desacuerdo; 2 –Algo en desacuerdo; 3 –Indeciso; 4 –Algo de acuerdo; 5 – Bastante de acuerdo y 6 –Totalmente de acuerdo.
- C₂: Miedo a la muerte. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 0 – 6 puntos por ítem cuyos valores son 0 – Totalmente en desacuerdo; 1 –Bastante en desacuerdo; 2 –Algo en desacuerdo; 3 –Indeciso; 4 –Algo de acuerdo; 5 –Bastante de acuerdo y 6 –Totalmente de acuerdo.
- C₃: Aceptación de escape. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 0 – 6 puntos por ítem cuyos valores son 0 – Totalmente en desacuerdo; 1 –Bastante en desacuerdo; 2 –Algo en desacuerdo; 3 –Indeciso; 4 –Algo de acuerdo; 5 –Bastante de acuerdo y 6 –Totalmente de acuerdo.
- C₄: Aceptación neutral. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 0 – 6 puntos por ítem cuyos valores son 0 – Totalmente en desacuerdo; 1 –Bastante en desacuerdo; 2 –Algo en desacuerdo; 3 –Indeciso; 4 –Algo de acuerdo; 5 –Bastante de acuerdo y 6 –Totalmente de acuerdo.
- Propósito de vida —*PIL*—. Variable cuantitativa. Su puntuación viene dada por la suma de las puntuaciones de los seis factores que forman la escala y que se enuncian a continuación.

- F_I: Propósito en la vida. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.
- F_{II}: Satisfacción con la vida. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.
- F_{III}: Logro de metas. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.
- F_{IV}: Auto-Realización. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.
- F_V: Locus de Control. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 – Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.
- F_{VI}: Visión de la vida. Variable cuantitativa. Su puntuación es la suma de los valores puntuados según la respuesta dada en una escala Likert de 1 – 3 puntos por ítem cuyos valores son 1 –

Completamente aburrido; 2 –Término medio; 3 –Exuberante, entusiasmado.

III

RESULTADOS

Análisis bibliométrico descriptivo de los datos

*Una bella ancianidad es,
ordinariamente,
la recompensa de una bella vida.*

–Pitágoras DE SAMOS

Desde el primer estudio bibliométrico¹¹ a nivel mundial realizado sobre anatomía comparada entre 1950-1960, se pusieron de manifiesto información relativa a los países que más publicaban sobre dichos temas o productividad de los autores.

Los objetivos dentro de la disciplina bibliométrica¹² están referidos por un lado al estudio y descripción de las características de la actividad científica como el tamaño, crecimiento, distribución, tipología, dispersión y por otro al estudio de la relación existente entre las diferentes variables de la actividad científica concretando en aspectos tanto cualitativos como cuantitativos de la investigación.

Las características que estudian en primer lugar están referidas a las referencias bibliográficas, es decir, las referencias que un autor hace a otros o publicaciones ya realizadas anteriormente, lo que nos permite conocer la investigación que se está llevando a cabo y generando y que son las siguientes: autor, país, año, revistas y clasificación temática.

Además de este estudio haremos un análisis de citas. Estas nos miden la actividad científica de los autores arrojando información relativa a ciertos aspectos

¹¹ A principios de los años noventa comienza el interés en aplicar las leyes matemáticas y estadísticas al campo de la producción bibliográfica proponiéndose métodos estadísticos para tener parámetros que proporcionen información sobre los procesos de la comunicación escrita, naturaleza y curso del desarrollo de una disciplina determinada.

¹² Alan Pritchard (1969) es el primero en definir el término Bibliometría como la aplicación de estos métodos a la producción de la literatura científica.

tos de índole científica como la visibilidad haciendo referencia a aquellos autores de mayor relevancia o el impacto de la investigación llevada a cabo.

4.1 Justificación de la metodología empleada.

Se elige el estudio empírico de la actividad científica generada por los autores y grupos de colaboración, a través del producto final de la investigación, como es el artículo científico. La metodología bibliométrica¹³ conlleva el uso y la aplicación de métodos cuantitativos (indicadores y modelos matemáticos) a esta literatura científica, con objeto de obtener datos que puedan aportar conocimiento acerca de la evolución de esta producción científica, conocer su calidad y obtener elementos de juicio para posibles intervenciones o interpretaciones de hechos vinculados al trabajo social en área de la salud, como es el caso.

Se puede decir que los indicadores bibliométricos¹⁴ orientan sobre el valor científico de las revistas, permiten saber cuáles son los artículos, los autores y los grupos más leídos y, que por lo tanto, tienen trabajos de mayor peso científico.

Por otro lado, esta metodología mostrará la dispersión de la literatura científica, la productividad de los autores interesados en el tema diferenciándolos en pequeños, medianos y grandes productores de artículos.

4.2 Objetivos.

Los objetivos planteados en esta primera parte de la investigación son los propios del análisis estadístico y sociométrico de la literatura científica acerca del tema que nos ocupa, el estudio de la ansiedad y las actitudes ante la muerte en el sujeto anciano; que no son otros que el análisis del tamaño, crecimiento y distribución de la bibliografía; es decir, cuánto se publica, cómo evoluciona, qué materias, en qué países, quién publica y en qué años.

¹³ Pritchard A. Stastical bibliography or bibliometrics. *Journal of Documentation*, 1969; 25:348-369.

¹⁴ López-Piñero JM, Terrada ML. Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico científica. *Medicina Clínica*, 1992; 98:64-69.

Los objetivos los concretaremos de la siguiente forma:

1. Cuantificar y analizar la producción científica mundial sobre la ansiedad y actitudes ante la muerte en el sujeto anciano y la evolución desde 1980 hasta 2004.
2. Análisis de la producción de los autores de los artículos para comprobar cuáles de estos son los más productivos y observar en qué lugar se posiciona España en relación a sus investigadores ante el resto en la productividad respecto al tema de investigación que nos ocupa.
3. Estudio de la distribución de las categorías temáticas que se observan vienen relacionadas con el tema de estudio y su producción en los límites cronológicos propuestos.
4. Análisis de las revistas de los artículos por países para comprobar cuáles de estos son las más productivas respecto al tema de investigación que nos ocupa.
5. Analizar la calidad de las revistas a través de su índice de impacto en función del número de artículos que publican sobre el tema.
6. Comprobar si la productividad de los autores, según su mayor o menor contribución como también respecto a las pautas de firmas/autor, trabajo de equipo, sigue la Ley de Lotka.
7. Comprobar si la distribución de los artículos en la revistas, según su mayor o menor presencia, se adecua a los postulados del Modelo de Bradford.

4.3 Material y método.

La revisión bibliométrica realizada se centra en los trabajos publicados sobre la *Ansiedad y actitudes ante la muerte en el sujeto anciano*. Se han analizado todos los artículos sobre dicho tema contenidos en la base de datos MEDLINE; base de datos bibliográfica producida por la National Library of Medicine de los EEUU. Cada

registro de MEDLINE representa la referencia bibliográfica de un artículo científico publicado en una revista médica conteniendo los datos básicos (título, autores, nombre de la revista...). Tras acceder a esta base de datos se introdujo, siempre en inglés, los descriptores “*death anxiety*”. Para obtener una literatura reciente, la búsqueda se ha limitado por fecha de publicación entre 1980/01/01 y 2004/12/31, es decir, en los últimos veinticinco años.

Una vez localizados los documentos primarios o artículos fuente, se han analizado cada uno de los elementos de las referencias bibliográficas para su posterior tratamiento estadístico de la información y la obtención de las diferentes tablas de distribución que se adjuntan.

4.4 Resultados.

Tras la aplicación de estos criterios descritos anteriormente el material de investigación definitivo consiste en 177 artículos fuente o citadores que se utilizarán para el análisis descriptivo de los datos. No se han excluido manuales ni monografías.

4.4.1 Análisis de la productividad anual.

El primer apartado corresponde al estudio de la distribución por años del número de trabajos para comprobar la evolución temporal de la producción.

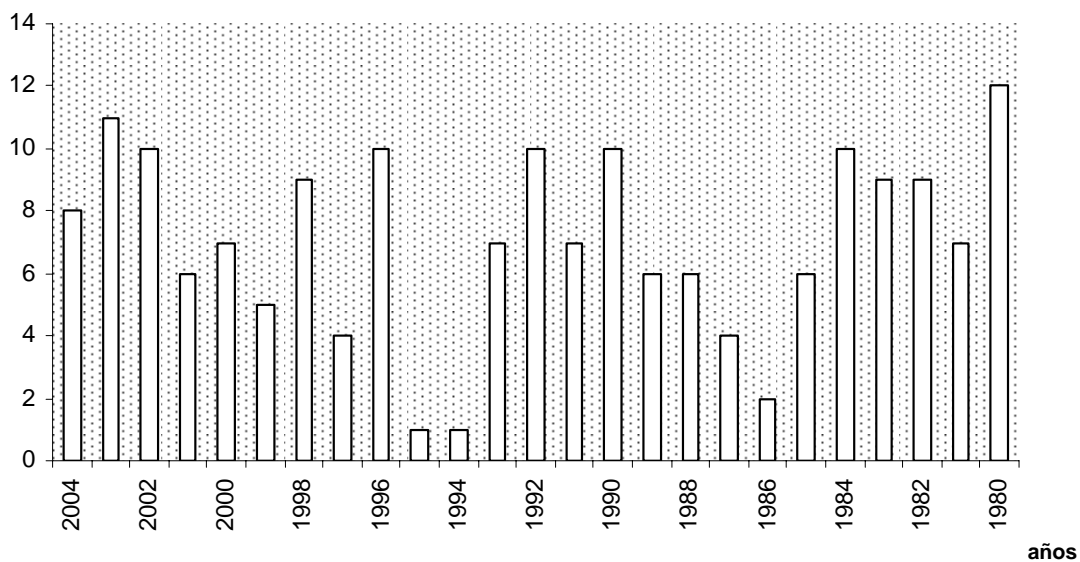
El número total de artículos es de 177 en el período comprendido entre 1998 y 2004. La producción de estos últimos veinticuatro años, como se observa en la Figura 1 no es claramente ascendente, sino que se mueve en torno a los 7–8 artículos de media, con picos pronunciados siendo los años más productivos correspondientes al año 1980 (6,78%) y 2003 (6,21%) respectivamente. Se observa también un ligero descenso en las publicaciones relativas al tema en los años 1995 y 1994 con una representación del 0,56% ambos.

Tabla 1: Productividad anual.

Año	Nº artículos	%	Año	Nº artículos	%
2004	8	4,52%	1991	7	3,95%
2003	11	6,21%	1990	10	5,65%
2002	10	5,65%	1989	6	3,39%
2001	6	3,39%	1988	6	3,39%
2000	7	3,95%	1987	4	2,26%
1999	5	2,82%	1986	2	1,13%
1998	9	5,08%	1985	6	3,39%
1997	4	2,26%	1984	10	5,65%
1996	10	5,65%	1983	9	5,08%
1995	1	0,56%	1982	9	5,08%
1994	1	0,56%	1981	7	3,95%
1993	7	3,95%	1980	12	6,78%
1992	10	5,65%	Total	177	100%

Figura 1: Distribución de los trabajos por año.

nº de artículos



4.4.2 Distribución geográfica de los artículos según el lugar de distribución de las revistas.

Para el análisis de la productividad en este apartado se toma como país el del lugar de distribución de las revistas.

El total de países es de 18 países encontrados de los cuales se han utilizado 9 que son los que publican un mínimo de 2 trabajos en el período evaluado. La mayor concentración de artículos según el lugar de trabajo del primer autor, con mucha diferencia con respecto a los demás países, se produce en USA (Estados Unidos de América) con 124 artículos un 70% del total. Le sigue Kuwait con 10 artículos (10%); Reino Unido con 8 artículos (4,16%); Australia y Hong Kong con 6 artículos (3,39%); Canadá con 5 (2,82%). Con 4 artículos se sitúa nuestro país España representando el 2,25% del total por encima de Holanda y Suecia con 3 y 2 artículos respectivamente lo que representa el 1,70% y el 1,12% respectivamente. Con un solo artículo hay 9 países representando un 5,08 % del total que se han tenido en cuenta en un solo bloque.

De otra forma y según se observa en la Figura 3 se podría decir según estos resultados, que tenemos nueve países con un solo trabajo, dos países con seis trabajos, un país con dos trabajos, un país con tres trabajos, un país con cuatro trabajos, un país con cinco trabajos, un país con ocho trabajos, un país con diez trabajos y por último un país con ciento veinticuatro trabajos.

Tabla 2: Distribución geográfica de la producción científica según número de artículos.

Países	nº artículos	%
Una publicación	9	5,08%
SUECIA	2	1,12%
HOLANDA	3	1,70%
ESPAÑA	4	2,25%
CANADA	5	2,82%
HONG KONG	6	3,39%
AUSTRALIA	6	3,39%
UK	8	4,16%
KUWAIT	10	5,65%
USA	124	70,05%
Total	177	100%

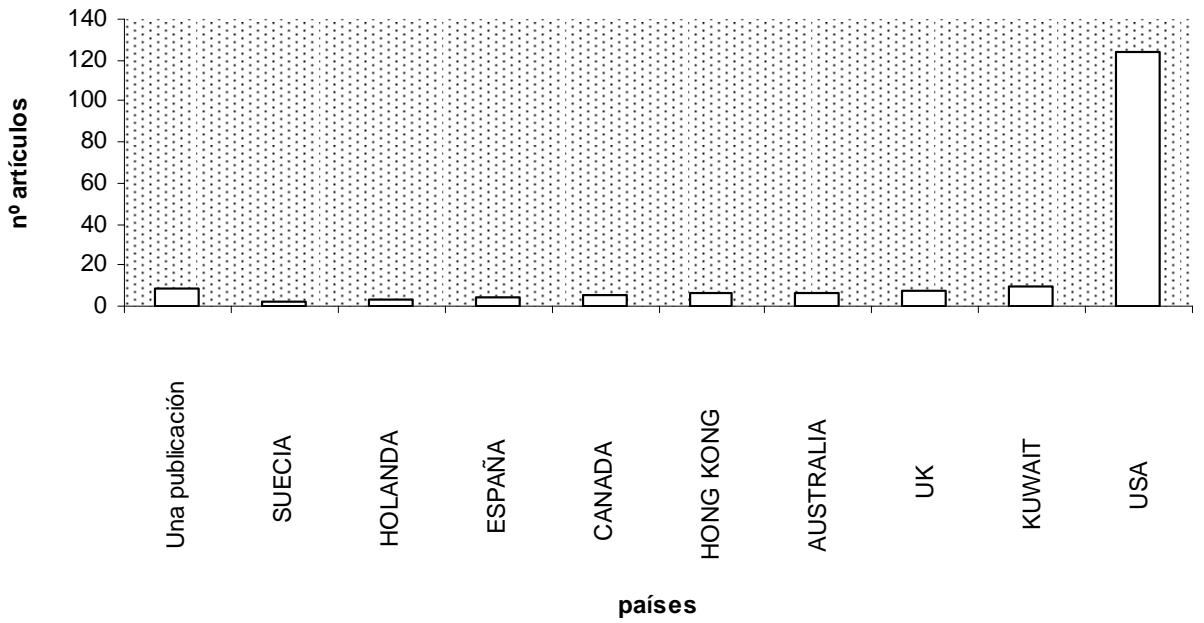
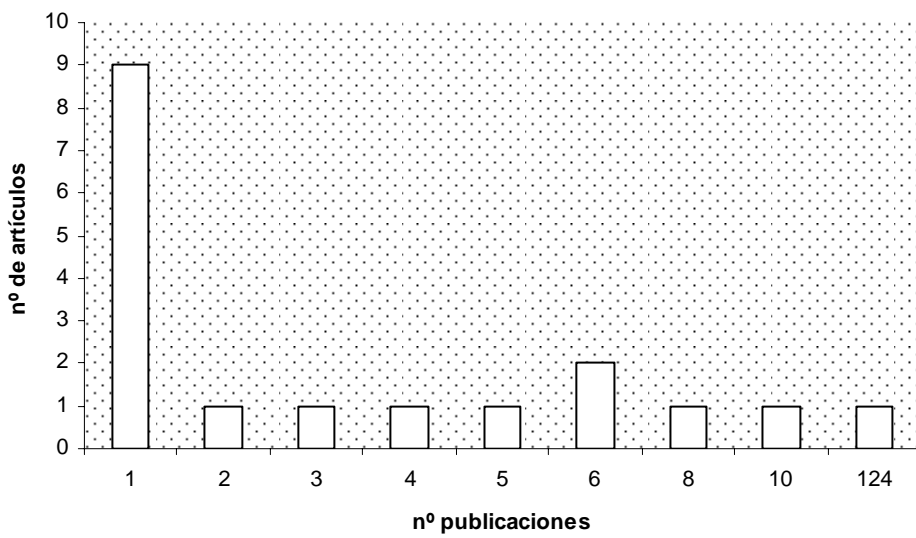


Figura 2: Producción científica por países.

Figura 3: Producción de trabajos por países.



4.4.3 Distribución geográfica de los artículos según el lugar de trabajo del primer autor.

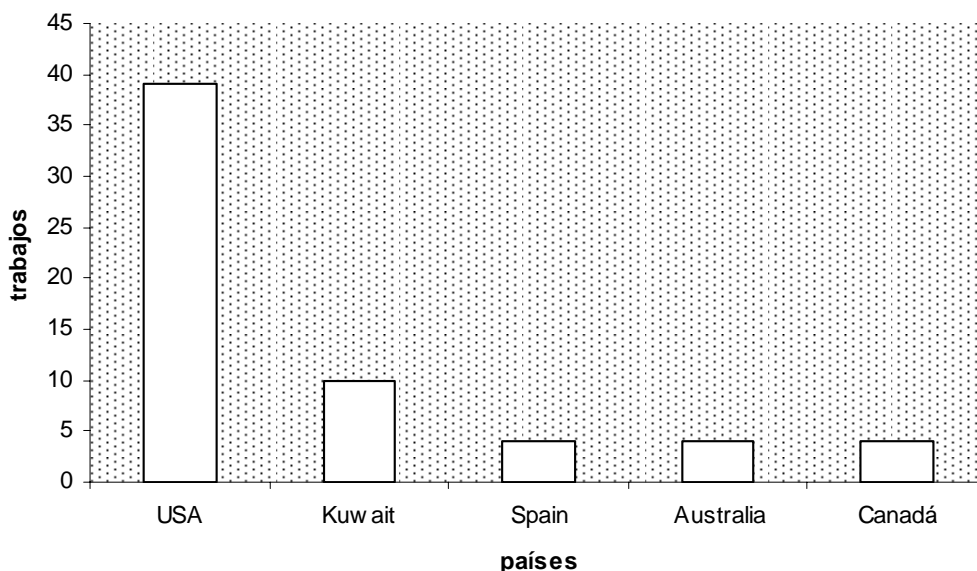
Para el análisis de la productividad en este apartado se toma como país el del lugar de trabajo del autor. Se analizan solamente los autores con un mínimo de 2 publicaciones.

Autores	Trabajos	País	%
Abdel-Khalek AM	10	Kuwait	16,40%
Thorson JA	8	USA	13,11%
Lester D	5	USA	8,20%
Vargo ME	5	USA	8,20%
Tomás-Sábado J	4	España	6,55%
Templer DI	3	USA	4,20%
Amenta MM	2	USA	3,27%
Demmer C	2	USA	3,27%
Goldney RD	2	Australia	3,27%
Lonetto R	2	Canadá	3,27%
Martz E	2	USA	3,27%
McDonald RT	2	USA	3,27%
McMordie WR	2	USA	3,27%
Mullins LC	2	USA	3,27%
Neimeyer RA	2	USA	3,27%
Persinger MA	2	Canadá	3,27%
Robbins RA	2	USA	3,27%
Schorr JA	2	USA	3,27%
Schumaker JF	2	Australia	3,27%
total	61		100%

Tabla 3: Distribución de los países según el origen de las publicaciones científicas.

De igual forma que en el estudio anterior, donde se analizaba la productividad geográfica teniendo en cuenta como criterio el país distribuidor de la revista, se observa con un destacado en primer lugar USA con 39 publicaciones (63,14%), en segundo lugar se sitúa Kuwait con 10 trabajos (16,40%); a continuación en un tercer puesto se coloca España con 4 artículos (6,65%); en cuarto y quinto lugar también con 4 trabajos se sitúa Australia y Canadá representando un 6,65% respectivamente cada país.

Figura 4: Distribución geográfica según origen de trabajos.



4.4.4 Análisis de la producción científica de los trabajos por revistas.

Este análisis trata de determinar las revistas de preferencia para publicar las investigaciones relacionadas con el tema a tratar. El total de revistas recogidas tras la investigación es de 61, de las cuales se han escogido 14, es decir, se han considerado aquellas revistas con un mínimo de dos trabajos publicados.

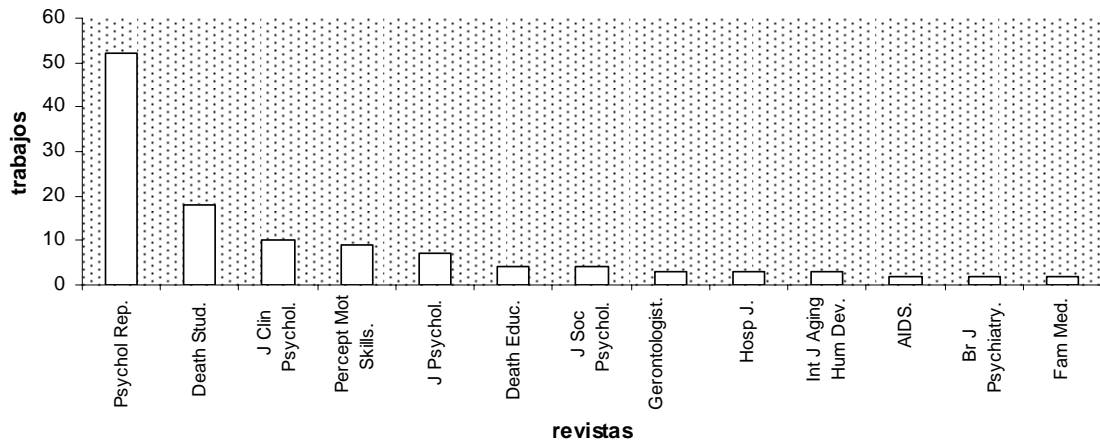
En la Figura 4 se observa la producción internacional ordenada por revistas. Es relevante el protagonismo que cobra la revista *Psychological Reports* (USA) con un total de 52 trabajos publicados referentes al tema objeto de estudio, representando un 28,38% del total de las revistas estudiadas. Le sigue con un 10,17% la revista *Death Studies* (USA) con 18 publicaciones. Con 10 publicaciones se encuentra la revista *Journal of Clinical Psychology* (USA) representando un 5,65% del total. Proporción muy semejante se observa en el 5,08% de la revista *Perceptual and Motor Skills* (USA) con 9 publicaciones. A continuación la revista *Journal of Psychology* (USA) representa el 3,95% con 7 publicaciones. Con 4 trabajos encontramos dos revistas *Death Education* y *Journal of Social Psychology* (USA) representando ambas el 4,52% del total. El 4,21% queda representado por tres revistas, *The Gerontologist*,

Hospital Journal e *International Journal of Aging and Human Development* (USA) con 3 trabajos cada una. El resto de las revistas escogidas para la valoración estadística con más de un trabajo publicado representa el 3,39% de la muestra total correspondiendo esta proporción a tres revistas siguientes con 2 publicaciones cada una, *AIDS* (USA), *The British Journal of Psychiatry* (UK) y *Family Medicine* (USA). 48 revistas quedan con una sola publicación representando el 27,12%.

Tabla 4: Distribución de los trabajos por revistas.

Revistas	Publicaciones	%
Psychol Rep.	52	29,38%
Death Stud.	18	10,17%
J Clin Psychol.	10	5,65%
Percept Mot Skills.	9	5,08%
J Psychol.	7	3,95%
Death Educ.	4	2,26%
J Soc Psychol.	4	2,26%
Gerontologist.	3	1,70%
Hosp J.	3	1,70%
Int J Aging Hum Dev.	3	1,70%
AIDS.	2	1,13%
Br J Psychiatry.	2	1,13%
Fam Med.	2	1,13%
Revistas con una cita	48	27,12%
Total	177	100%

Figura 5: Distribución de los trabajos por revistas.



De otra forma se puede decir que son solamente una revista las que publican 52, 22, 10, 9, y 7 trabajos respectivamente; 2 revistas con 4 publicaciones; 3 revistas que publican 3 trabajos; 3 revistas que publican 2 trabajos; y 48 citas pertenecientes a revistas con una sola publicación, es decir 48 revistas publican un solo trabajo relacionado con el tema de la investigación tal y como se describe en la Tabla 5 y se observa gráficamente en la Figura 6.

Tabla 5: Distribución de las revistas por nº trabajos.

nº citas	revistas	nº total de citas
Revistas con 52 citas	1	52
Revistas con 22 citas	1	22
Revistas con 10 citas	1	10
Revistas con 9 citas	1	9
Revistas con 7 citas	1	7
Revistas con 4 citas	2	8
Revistas con 3 citas	3	9
Revistas con 2 citas	3	6
Revistas con 1 cita	48	48
Total		177

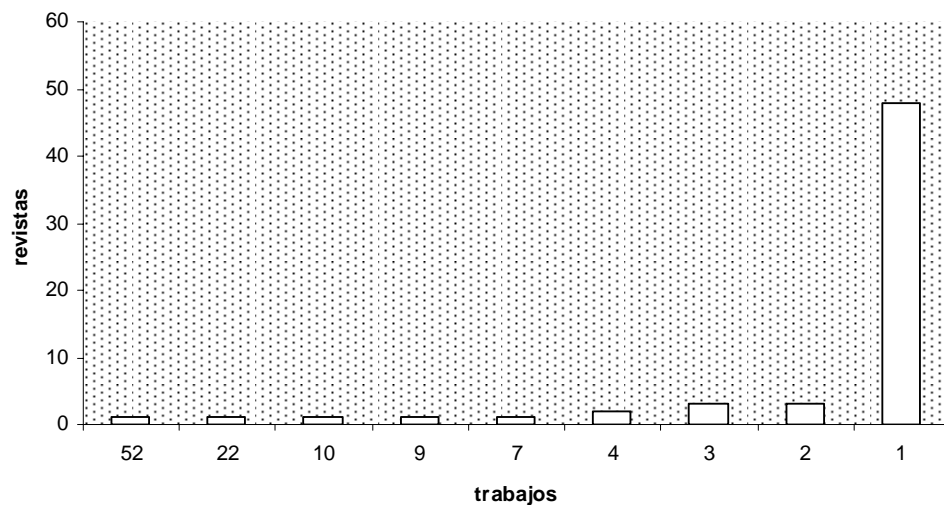


Figura 6: Distribución de las revistas por nº trabajos.

4.4.5 Análisis de la producción científica de los autores.

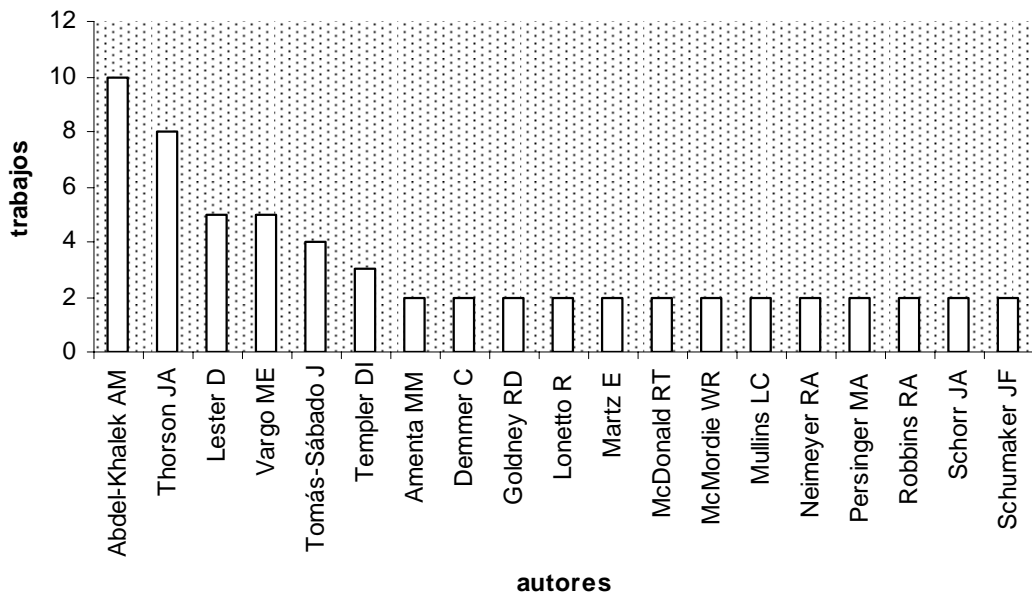
Este análisis trata de determinar los autores que han publicado investigaciones relacionadas con el tema a tratar. El total de autores recogidos tras la investigación es de 135, de las cuales se han escogido 19, es decir, se han considerado como relevantes aquellos autores con más de un trabajo publicado.

En la Figura 7 se observa la distribución de la producción internacional relativa a dichos autores. Es relevante el protagonismo que cobra *A. M. Abdel-Khalek* con un total de 10 trabajos publicados referentes al tema objeto de estudio, representando un 5,65% del total de los autores estudiados. Según la Figura 9 su distribución por revistas es la siguiente: 6 artículos publicados en la revista *Psychological Reports*; 3 en la revista *Death Studies* y 1 en la revista *Perceptual and Motors Skill*. Le sigue *J. A. Thorson* con 8 publicaciones representando un 4,52%. Su distribución por revistas es la siguiente: 5 artículos publicados en la revista *Psychological Reports*; 2 trabajos en la revista *Journal of Clinical Psychology* y 1 publicación en la revista *Medical Education*. Con 5 trabajos encontramos los dos siguientes autores *D. Lester* y *M. E. Vargo* representando ambas el 2,82% del total. El primero con 3 publicaciones en la revista *Psychological Reports*; 1 trabajo en la revista *Perceptual and Motors Skill* y 1 en la revista *The Journal of Social Psychology*. Con 4 publicaciones se encuentra el español *J. Tomás-Sábado* representando un 2,26% del total. En la revista *Psychological Reports* 2 trabajos y 2 en la revista *Perceptual and Motors Skill*. A continuación el autor *D. I. Templer* representa el 1,70% con 3 publicaciones. Con una distribución de 1 artículo publicado en la revista *Psychological Reports*; 1 en la revista *Journal of Clinical Psychology* y 1 trabajo en la revista *Focus*. Con 2 trabajos hay un bloque considerable de 13 autores representando el 14,69% siendo estos: *M. M. Amenta*, *C. Demmer*, y *R. D. Goldney*, *E. Martz*, *R. T. McDonald*, *W. R. McMordie*, *L. C. Mullins*, *R. A. Neimeyer*, *M. A. Persinger*, *R. A. Robbins*, *J. A. Schorr*, *J. F. Schumaker* con un 1,13%. El 65,53% restante estaría formado por los 116 autores que tan solo ofrecen una sola publicación.

Tabla 6: Distribución de autores según número de trabajos.

Autores	Trabajos	%
Abdel-Khalek AM	10	5,65%
Thorson JA	8	4,52%
Lester D	5	2,82%
Vargo ME	5	2,82%
Tomás-Sábado J	4	2,26%
Templer DI	3	1,70%
Amenta MM	2	1,13%
Demmer C	2	1,13%
Goldney RD	2	1,13%
Lonetto R	2	1,13%
Martz E	2	1,13%
McDonald RT	2	1,13%
McMordie WR	2	1,13%
Mullins LC	2	1,13%
Neimeyer RA	2	1,13%
Persinger MA	2	1,13%
Robbins RA	2	1,13%
Schorr JA	2	1,13%
Schumaker JF	2	1,13%
Autores con 1 cita	116	65,53%
Total autores	177	100%

Figura 7: Distribución de autores por número de trabajos.



De otra forma observando la Figura 8, se puede decir que son solamente un autor los que publican 10, 8, 4 y 3 trabajos respectivamente; 2 autores con 5 publicaciones; 13 autores los que publican 2 trabajos y 116 citas pertenecientes a autores con una sola publicación, es decir 116 autores publican un solo trabajo relacionado con el tema de la investigación.

Tabla 7: Distribución de autores según el número de trabajos.

Citas	Autores	
Autores con 1 cita	116	116
Autores con 2 citas	13	26
Autores con 3 citas	1	3
Autores con 4 citas	1	4
Autores con 5 citas	2	10
Autores con 6 citas	0	0
Autores con 7 citas	0	0
Autores con 8 citas	1	8
Autores con 9 citas	0	0
Autores con 10 citas	1	10
Total autores		177

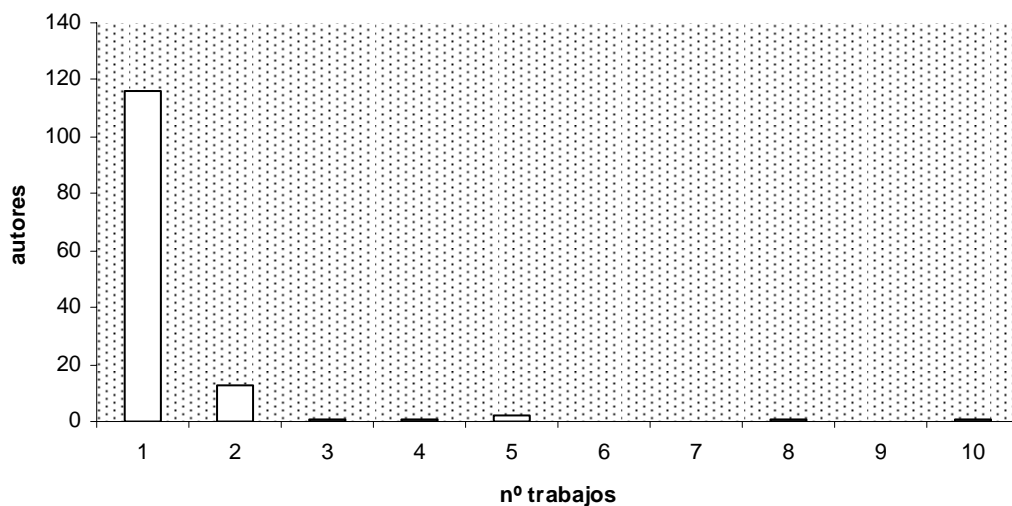


Figura 8: Distribución de autores según el número de trabajos.

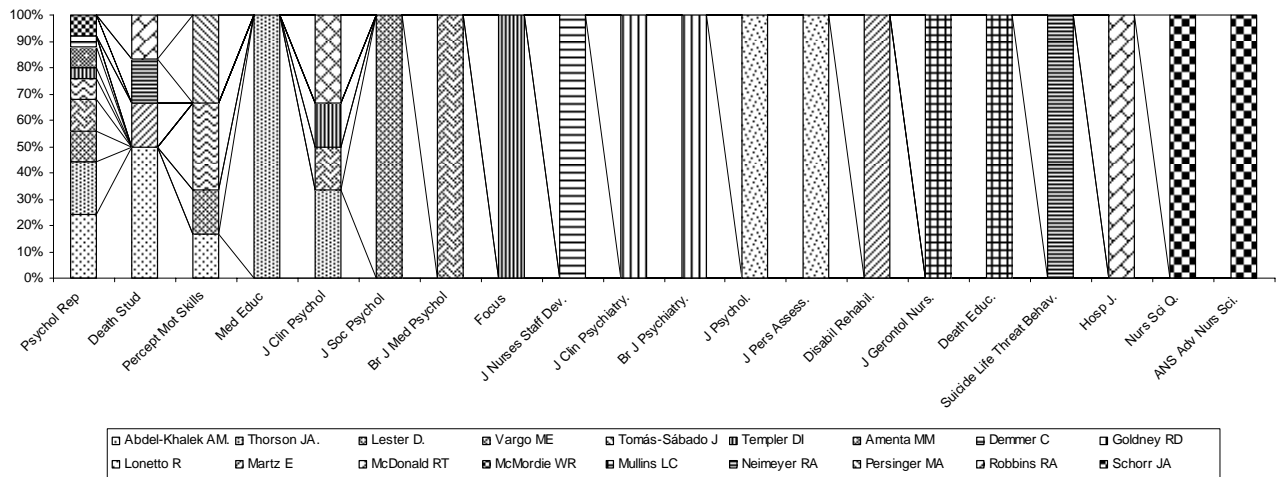


Figura 9: Distribución de la producción científica de los autores por revistas.

4.4.6 Análisis de la producción científica por categorías temáticas.

En este apartado se comprueba qué temas tienen relación con el tema objeto de estudio. Son 6 el conjunto de categorías temáticas en las que se distribuye el tema objeto de estudio de la investigación.

Las categorías temáticas estudiadas se analizan a continuación quedando su distribución representada de forma gráfica en la Figura 10.

Actitudes: Tienen relación con esta categoría incluyéndose en ella todos aquellos artículos que hablan sobre actitudes, personalidad, propósito de vida o creencias religiosas. Es la categoría con más productividad en relación con el resto con 56 artículos, representando un 40,15% del total. Destacan en esta categoría como años más productivos 1983 con 6 artículos y 1990 con 7 trabajos.

Metodología: En esta categoría se incluyen aquellos trabajos relacionados con metodología, escalas, pruebas, comparaciones entre muestras de distintos países o evaluaciones de pruebas y escalas, fiabilidad o validez. Con 42 trabajos representando un 31,81% del total es la segunda categoría temática por número de publicaciones. Destacan en esta cate-

goría como años más productivos con 5 trabajos 1980, 1984, 1993, 1998, 2002 y 2003.

Cuidadores: En esta categoría se incluyen aquellos trabajos relacionados con aquellas personas, que se dedican al cuidado de otras ya sea de índole profesional (médicos, cuidadores o residentes) o familiar, en centros hospitalarios, residencias o en casa particular. El número de trabajos relacionados con esta categoría es de 20 artículos un 15,15% del total. Destacan en esta categoría como años más productivos 1996, 1992 y 1991 con 3 publicaciones cada uno.

Suicidio: En esta categoría se incluyen todas aquellas publicaciones relacionadas con el suicidio ya sea en intención o acto. Con 6 artículos representa un 3,7% del total. La mayor producción es de 1 artículo en los años 1981, 1982, 1983, 1990, 2001 y 2003.

Depresión: Los trabajos incluidos en esta categoría tienen relación con depresión, ansiedad y miedo a la muerte. El número de trabajos es de 5 artículos representando un 3,7% del total. Destacan en esta categoría el año 2004 como más productivo con 2 publicaciones.

Otras enfermedades: En esta categoría están incluidos todos aquellos trabajos relacionados con cualquier enfermedad, crónica, terminal o de índole hospitalaria con relación al tema objeto de estudio de la investigación. El número de artículos es de 7 siendo la producción es de 1 artículo en los años 1980, 1983, 1996, 1998, 2000, 2003 y 2004.

Tabla 8: Distribución de categorías temáticas por año.

	1980	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
Actitudes	4	1	2	3	6	3	5	1	3	3	4	7	1	5	2
Metodología	5	2	3	5	0	5	1	0	1	2	0	1	3	0	5
Cuidadores	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	2	1	3	3	0
Depresión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Suicidio	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Otras enfermedades	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL	%
Actitudes	1	1	4	2	1	1	2	3	4	2	2	53	40,15%
Metodología	0	0	2	2	5	4	0	1	5	5	3	42	31,81%
Cuidadores	0	0	3	0	2	0	1	1	0	0	0	20	15,15%
Depresión	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	5	3,7%
Suicidio	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	5	3,7%
Otras enfermedades	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	7	5,18%

132 100

Categorías temáticas

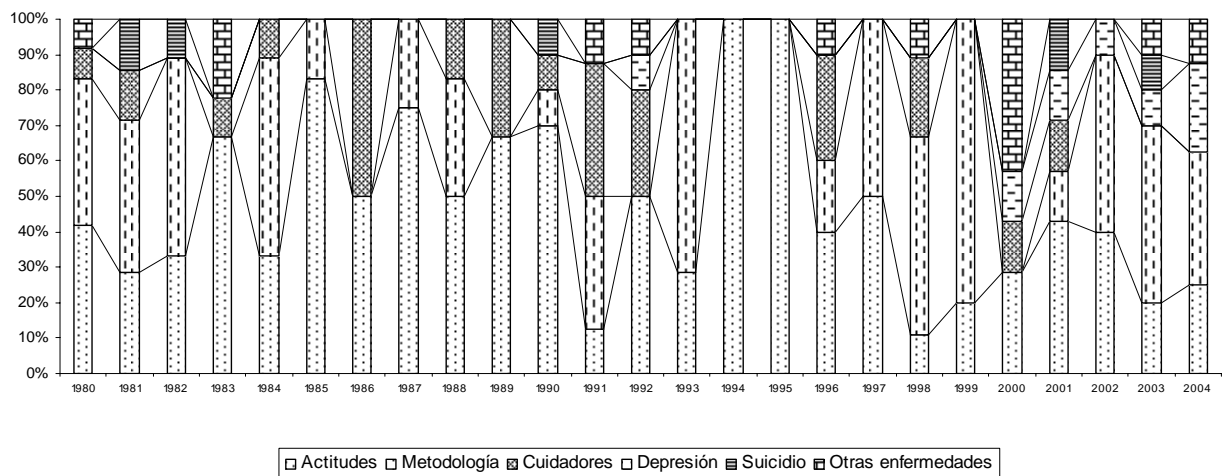


Figura 10: Distribución gráfica de categorías temáticas por año.

4.5 Discusión.

Llama la atención dentro de la producción de estos últimos veinticuatro años, el que no exista una tendencia claramente ascendente, sino que se mueve en torno a los 7 – 8 artículos de media, con picos pronunciados siendo los años más productivos correspondientes al año 1980 y 2003 respectivamente.

Esta situación se puede explicar atendiendo al uso exclusivo de una sola base de datos en esta investigación pudiendo decir que la base de datos MED-LAINE no recoge todos los artículos publicados sobre este tema.

Es relevante el protagonismo que cobra *Kuwait* como uno de los países más productores por el número elevado de trabajos publicados referentes al tema objeto de estudio en relación con el resto de los países estudiados. Este dato no se puede seguir como un ejemplo real pues carece de representatividad de la muestra mundial.

Por otro lado destaca la ausencia de publicaciones en este tema en países tan desatacados en producción científica psiquiátrica como Alemania y Francia y el predominio de USA la cual sesga considerablemente la muestra por países.

Respecto a la producción científica de las revistas, dos son las que podríamos destacar como más relevantes, *Psychological Reports* y *Death Studies*. Hay una buena representatividad de la revista *Death Studies* como revista además especializada y sin embargo una pobre relevancia de otra revista también especializada en dicho tema como es *Death Education* que debería destacar más al igual que la anterior.

Llama por otro lado la atención *A. M. Abdel-Khalek* por el número elevado de trabajos publicados referentes al tema objeto de estudio en relación con el resto de los autores estudiados.

Respecto a las categorías temáticas relacionadas con el tema de estudio hay que destacar que lo que más preocupa a los autores es el tema de las *actitudes ante la muerte*. También la metodología es relevante. Escalas, pruebas, comparaciones entre muestras de distintos países o evaluaciones de pruebas y escalas, fiabilidad o validez presenta un gran interés para los autores. El último tema que más interesa es el relacionado con los *cuidadores*, es decir, aquellos trabajos relacionados con aquellas personas, que se dedican al cuidado de otras ya sea de índole profesional (médicos, cuidadores o residentes) o familiar, en centros hospitalarios, residencias o en casa particular.

4.6 Conclusiones.

El presente análisis descriptivo ofrece información sobre los siguientes aspectos:

1. Los años más productivos son 1980 con 12 artículos (6,78%) y 2003 con 11 artículos (6,21%).
2. El país más productivo es USA con 124 artículos (70%), le sigue Kuwait con 10 artículos (10%). En séptimo lugar con 4 artículos se sitúa España (2,25%) sobre países como Holanda o Suecia con 3 y 2 publicaciones respectivamente.
3. Las revistas más productivas son *Psychological Reports* con 52 trabajos (29,38%) seguida en productividad con 18 artículos publicados, *Death Studies* (10,17%).
4. Los autores más productivos son *A. M. Abdel-Khalek* con 10 trabajos (5,65%) y *J. A. Thorson* con 8 publicaciones (4,52%). Con 4 publicaciones y en quinto lugar se encuentra el español *J. Tomás-Sábado* (2,26%).
5. Las áreas temáticas que más preocupan a los autores: *Actitudes* con 53 artículos (40,15%) y *Metodología* con 42 artículos (31,81%). Las áreas

temáticas menos estudiadas hacen referencia a *Depresión* con solamente 5 artículos publicados (3,7%).

Análisis bibliométrico estadístico de los datos

*Las arrugas del espíritu
nos hacen más viejos que las de la cara.*

–Michel E. DE MONTAIGNE

Se han seleccionado la producción científica comprendida entre los años 2004 y 2000 siendo 42 artículos fuente los distribuidos a lo largo de este período de tiempo.

El material a estudiar en este apartado del análisis de la productividad científica centrado en el estudio bibliométrico de los datos está constituido por 359 trabajos correspondientes a los artículos de las bibliografías –excluyéndose monografías y manuales–, es decir, se han obviado a diferencia del estudio estadístico descriptivo realizado en el apartado anterior, 127 publicaciones referentes a libros, manuales o monografías de los 486 trabajos iniciales citadas por los artículos fuente estudiados en el apartado anterior.

5.1 Productividad de autores y «visibilidad» de sus trabajos.

5.1.1 Ley de Lotka.

Respecto a la investigación sobre la productividad de los autores científicos A. J. Lotka (1926)¹⁵ propone una ley en la cual demuestra que la distribución de trabajos por autor obedece a una ley similar a la comprobada en la productivi-

¹⁵ Álvarez-Solar M, López-González ML, Cueto-Espinar A. Indicadores bibliométricos, análisis temático y metodológico de la investigación pública en España sobre epidemiología salud pública. Medicina Clínica; 1998, 111(14):529-535

dad biológica, siendo independiente de la disciplina científica y teniendo como única condición que la bibliografía recogida sea lo más completa posible y cubra un período de tiempo amplio. Lotka dice en su enunciado: *El número de autores, A_n que publican n trabajos sobre una materia es inversamente proporcional a n^2 .*

Según esta ley un 25% de trabajos corresponde a un número reducido grupo de autores, los más productivos, y otro 25% corresponde a un 75% de los autores, que son los que menos producen. El 50 % restante de artículos pertenece a los autores que tienen una productividad intermedia entre esos dos grupos.

Implica que muy pocos autores publican la mayoría de los trabajos para una productividad alta (n grande), el número de autores A_n es bajo, ya que ambas variables son inversas.

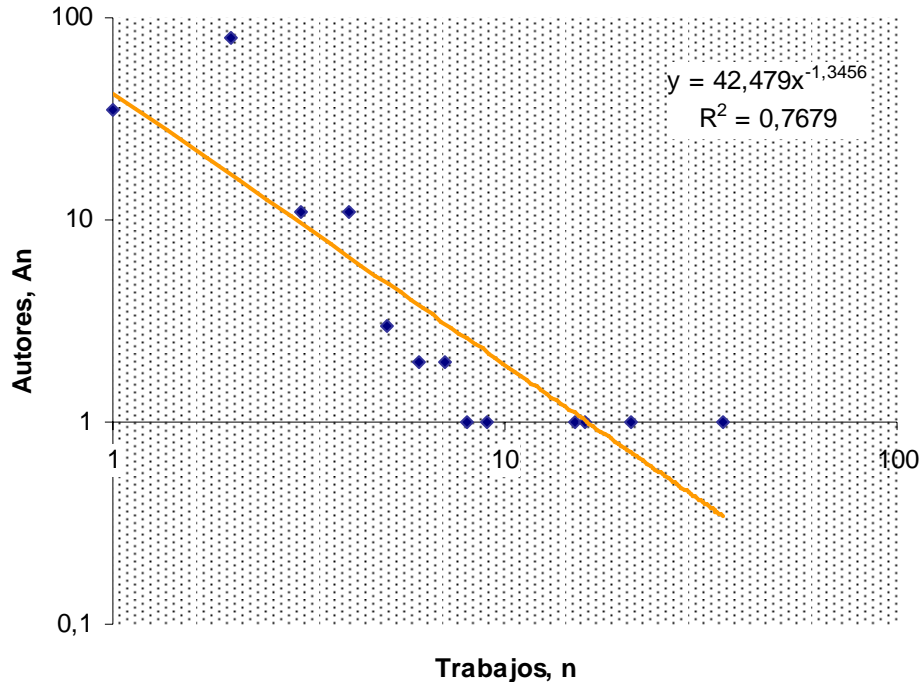


Figura 12: Ansiedad ante la muerte. Distribución de Lotka.

Según el gráfico observamos que A_n (número de autores que publican n trabajos) está en función del número de trabajos n . La gráfica está linealizada a partir de la ecuación $Y = A + BX$, ya que en ambos ejes, es logarítmica. La línea recta continua representa la ley cuadrática inversa de Lotka.

Trabajos, n	Autores, A_n	Trabajos, n	Autores, A_n
1	15	8	1
2	19	9	1
3	14	15	1
4	11	16	1
5	3	21	1
6	2	36	1
7	2		
		Total	72 autores

Tabla 9: Distribución de Lotka

Tabla 10: Productividad de los autores y visibilidad de sus trabajos.

AUTORES	Nº citas (visibilidad) Platz	Nº trabajos	Log n citas	Cociente «Reading impact» Raising
Abdel-Khalek	63	36	1,7993	175
Neimeyer	48	21	1,6812	2,28
Templer	40	8	1,6020	5,00
Lester	23	16	1,3617	1,43
Feifel	17	15	1,2304	1,00
Lonetto	14	4	1,1461	3,50
Thorson	14	7	1,1461	2,00
Kastenbaum	11	6	1,0413	1,83
Langs	9	9	0,9542	1,00
Wittkowski	8	7	0,9031	1,14

En 1960, Raising propone como medida del impacto causado en los lectores un índice (*Reading Impact*) representado como el cociente entre el número de artículos citados y el de artículos publicados (Tabla: 10). Platz 1995, demostrará que la distribución citas/autor sigue también la ley de Lotka y pro-

pone el logaritmo de las citas provocadas por un autor como *Índice de Visibilidad* (Figura 13).

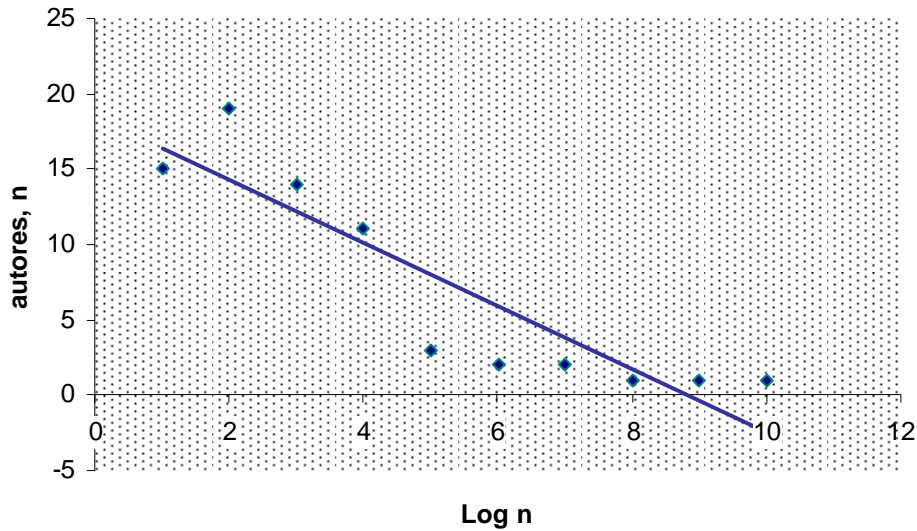


Figura 13: Índice de Visibilidad.

5.1.2 Colegios Invisibles.

Se viene determinando con el término *colegios invisibles*, a los grupos de científicos que, trabajando sobre un mismo tema en áreas diferentes geográficamente consideradas, mantienen contacto entre sí, además de por las publicaciones, por medios distintos a éstas.

Uno de los métodos utilizados para estudiar la formación de estos colegios ha sido fundamentalmente el empleo de las *redes de citas* (Figura 14). Este método de estudio consiste en contar las citas que distintos trabajos sobre un mismo tema tienen en común. De esta forma se establece la conexión entre ellos de tal modo que se forman una serie de grupos más o menos separados de trabajos con influencia común, entre los cuales los más citados son los que constituyen el núcleo de la red.

Una vez establecida la *red de citas*, se destaca de ella dos autores que representen el 25 ó 50% y se ordena temporalmente, obteniendo una representación de la *historia* científica del tema que nos ocupa (Barcia, 1977, 1980).

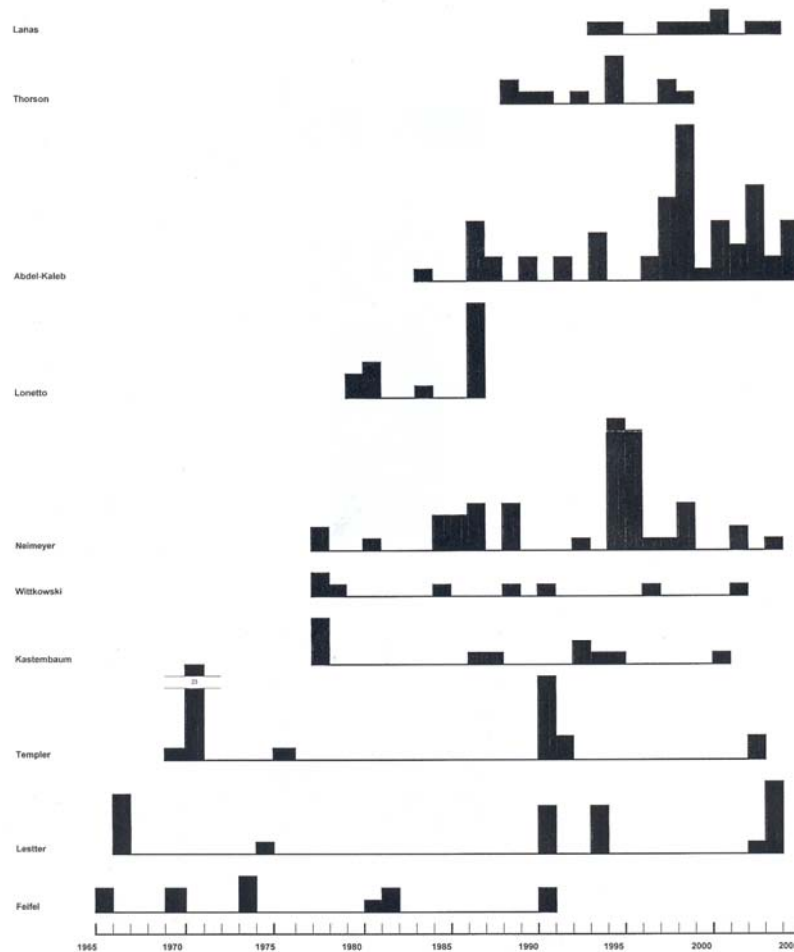


Figura 14: Red de citas sobre Ansiedad ante la muerte.

5.2 Estudio de la productividad de los autores.

5.2.1 Índice de Productividad.

La productividad de los autores se estudia a partir de los logaritmos del número de artículos publicados por cada uno de ellos obteniendo el denominado *Índice de Productividad de Lotka* o *Índice de Productividad*.

De esta forma, se hace una clasificación de los autores según este índice, distribuyéndolos en tres grupos según su producción científica siendo ésta:

- Productores ocasionales, con un *Índice de Productividad* (IP) de 0 ($IP = 0$).
- Productores medios, con un IP entre 0 y 1 ($0 < IP < 1$).
- Grandes productores, con un IP igual o mayor que 1 ($IP > 0$).

En este estudio, los autores analizados según esta distribución corresponden al igual que en el apartado anterior a los 10 autores más citados. De esta manera sólo cabe una distribución en *Grandes Productores* y *Productores Medios*, obviando parte de estos últimos y el total de los *Productores Ocasionales*.

	Índice de Productividad	Autores	%
Grandes Productores	$0 < IP < 1$	6	60%
Productores Medios	$IP > 1$	4	40%
TOTAL		10	100%

Tabla 11: Índice de productividad de Lotka de los autores.

La *élite* estaría formada por los autores más productivos. Se ha propuesto considerar como más productivos aquellos que representan la raíz cuadrada del número total de los autores. En esta investigación con un total de 72 autores, la élite sería la raíz cuadrada de 72, es decir, 8,49 escogiendo por tanto los 8 primeros autores de los 10 elegidos para dicho estudio.

En la Figura 12 quedarían reflejados por tanto los *Grandes Productores* con un IP mayor a 1 siendo estos: *A. M. Abdel-Khalek* con un IP de 1,5563 con 36 trabajos siendo citado éste en 63 ocasiones; *R. A. Neimeyer* con un IP de 1,3222 con 21 trabajos siendo citado éste en 48 ocasiones; *D. Lester* con un IP de 1,2041 con 40 trabajos siendo citado éste en 16 ocasiones; *Feifel* con un IP

de 1,1761 con 15 trabajos siendo citado éste en 23 ocasiones. A continuación se observa los *Productores Medios* con un IP entre 1 y 0 siendo estos: *R. Langs.* con un IP de 0,9542 con 9 trabajos siendo citado éste en 9 ocasiones; *D. I. Templer* con un IP de 0,9030 con 8 trabajos siendo citado éste en 40 ocasiones *J. Wittkowski* con un IP de 0,9030 con 7 trabajos siendo citado éste en 8 ocasiones y *J. A. Thorson* con un IP de 0,8051 con 7 trabajos siendo citado éste en 14 ocasiones.

	Autores	Nº trabajos	IP	
Grandes	Abdel-Kalek	36	1,5563	élite
	Neimeyer	21	1,3222	
Productores	Lester	16	1,2041	
	Feifel	15	1,1761	
Productores	Langs	9	0,9542	
	Templer	8	0,9030	
Medios	Wittkowski	7	0,8051	
	Thorson	7	0,8051	
	Kastenbaum	6	0,7781	
	Lonetto	4	0,6020	

Tabla 12: Distribución de Grandes Productores, Productores medios y localización de la zona élite.

5.3 Productividad de las revistas.

5.3.1 Índice de Obsolescencia.

Burton y Cléber, siguiendo un criterio extraído de la física, establecen la noción de *vida media (half life)*, del tiempo en que un determinado trabajo circula entre la literatura científica, que definen como *el tiempo durante el cual fue publicada la mitad de la bibliografía activa circulante*.

Si se hace una curva en función del tiempo transcurrido a partir de la publicación de un trabajo, hasta el momento en que deja de ser citado, que es la curva de la bibliografía activa circulante y su opuesta, o curva de envejeci-

miento de la bibliografía en función del tiempo transcurrido desde su publicación hasta el momento en que se cita.

Para calcular este dato se parte de las publicaciones en un año concreto, o bien se toma como cero un período concreto, que no debe ser muy extenso.

Este índice sumamente interesante, nos permite valorar la rigurosidad científica de las publicaciones referidas a un tema en concreto.

Los documentalistas clasifican los trabajos en tres grupos: *eternos*, aquellos que están siempre vigentes, como algunos trabajos de Freud; *abortos*, los que nunca circulan o su circulación está muy por debajo de la *vida media* y los que tienen una determinada vigencia en relación con la vida media.

La vida media será, por tanto, el punto de las abscisas (en años) que coincide con el 50% de las ordenadas. En este caso la vida media del tema objeto de estudio se sitúa en 15 años.

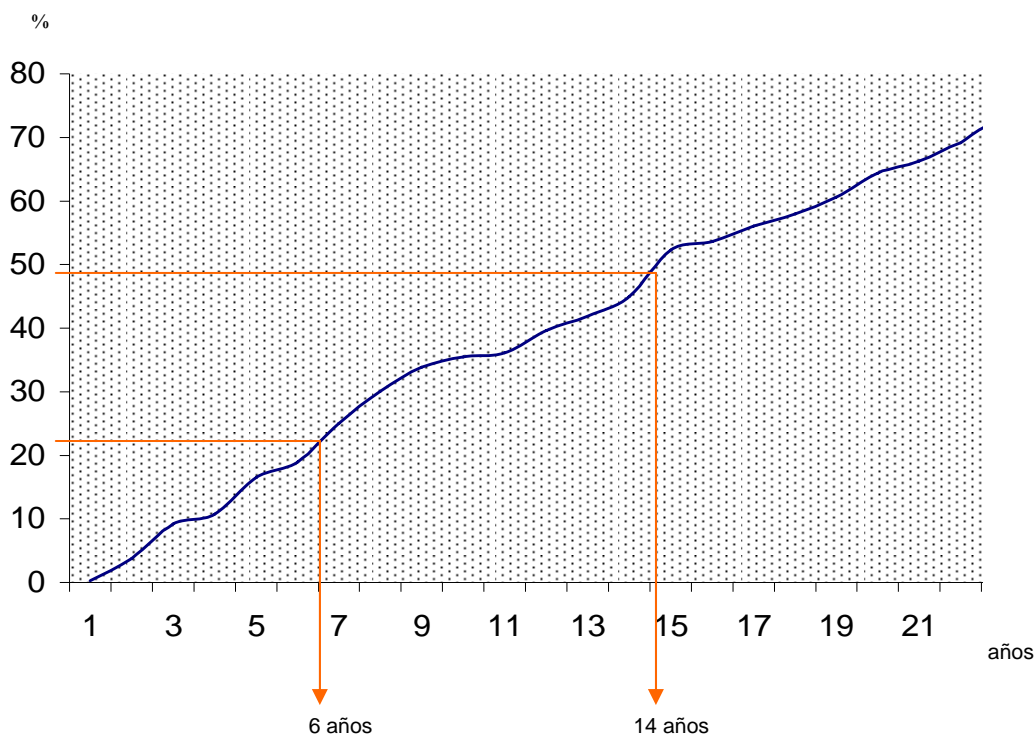


Figura 13: Publicaciones sobre *ansiedad ante la muerte*.

5.3.2 Ley de Bradford.

Uno de los problemas esenciales referente al análisis bibliográfico lo constituye el relativo a la dispersión en las publicaciones científicas. Esta dispersión se mide por el número de revistas que publican los artículos sobre el tema. Cuando más concreto es un tema, tanto menor es la dispersión de éste entre las revistas que se dedican al análisis de un tema en concreto.

Este análisis es de sumo interés. Un tema concreto dentro de la Psiquiatría interesa en ocasiones solamente a un público reducido, y en tal caso hay tendencia a que se acumule en un determinado y pequeño número de revistas sumamente especializadas.

Esta dispersión de la literatura científica fue estudiada y formulada en ley por S. Bradford (1948)^{16, 17} en su libro *Documentation* siendo el primer autor consciente de la distribución regular en las revistas científicas. Según Bradford *si un conjunto de revistas se dispone en orden decreciente, de acuerdo con la cantidad de artículos que contengan sobre un tema determinado, estas se pueden dividir en un núcleo de publicaciones más específicamente consagradas al tema y en varios grupos o zonas que agrupan aproximadamente igual número de artículos que el núcleo, mientras que los conjuntos de revistas que es necesario vaciar aumentan en progresión geométrica del tipo 1 : n : n²...*

Esta ley permite garantizar la inclusión de todas las publicaciones importantes al delimitar la estratificación en las revistas especializadas y de las de temática propia. De esta forma se permite identificar el conjunto de referencias más citadas y que se puede considerar como núcleo del total de la población de citas y determinar el número de revistas que incluyen un determinado porcentaje de todos los trabajos sobre una disciplina o tema determinado.

Dicho de otra forma, se observa una regularidad que consiste en la existencia de muy pocas revistas que publican muchos artículos sobre un determi-

¹⁶ Bradford S. *Documentation*. London: Crosby Lockwood. 1948.

¹⁷ López P. *Bibliometría, la medida de la información*. En *Manual de información y documentación*. Madrid: Pirámide. 1996.

nado tema, mientras que hay muchas revistas que publican pocos artículos sobre ese tema, es decir, hay muy pocas revistas productivas y muchas muy poco productivas.

5.3.3 Análisis de la producción de las revistas según el modelo de Bradford.

Se han distribuido las revistas según el número de artículos ordenadas en orden decreciente de productividad. Se aplica el modelo de Bradford, según el cual, si se cuenta con un número considerable de artículos, aproximadamente la mitad de ellos se concentra en un pequeño número de revistas que se han ido consagrando con el paso de los años, y donde se localiza el grueso de los autores más importantes. Después pequeños aumentos del número de artículos determinan grandes aumentos del número de revistas. Seguidamente pequeños aumentos del número de artículos determinan grandes aumentos del número de revistas, representadas mediante las zonas que Bradford describe, con un núcleo y las diferentes áreas concéntricas que contienen el mismo número de artículos en un número cada vez mayor de revistas. La representación gráfica de esta teoría viene dada por una curva ascendente acabando por convertirse en una recta.

En la aplicación de la Ley de Bradford referente a la bibliografía científica sobre *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano* se observa que se ha convertido en un tema bastante especializado, ya que cuatro revistas de las 89 estudiadas ocupan el 50% de las publicaciones; cumpliéndose dicha ley donde se observa que el núcleo básico lo constituyen dos revistas, *Death Studies* con 50 citas y *Psychological Reports* con 38 citas; especializadas éstas, sobre todo la primera en el tema objeto de la investigación.

Tabla 13: Distribución de artículos por revistas. Ley de Bradford.

Nº Revistas	Nº artículos por revista	Total artículos	Revistas acumuladas, r	Artículos acumulados, R (r)	Log, r
1	50	50	1	50	0,0000
1	38	38	2	88	0,3010
1	33	33	3	121	0,4771
1	25	25	4	146	0,6020
1	20	20	5	166	0,6990
1	16	13	6	182	0,7781
1	12	12	7	194	0,8450
1	7	7	8	201	0,9031
6	5	30	14	231	1,1461
5	4	20	19	251	1,2787
7	3	21	26	271	1,3222
16	2	23	42	238	1,6232
47	1	47	89	285	1,6721

Tabla 14: Zonas Bradford.

Zonas	Nº artículos	Nº revistas	%
1	88	2	25,9
2	91	4	26,8
3	90	20	26,5
4	70	63	20,6

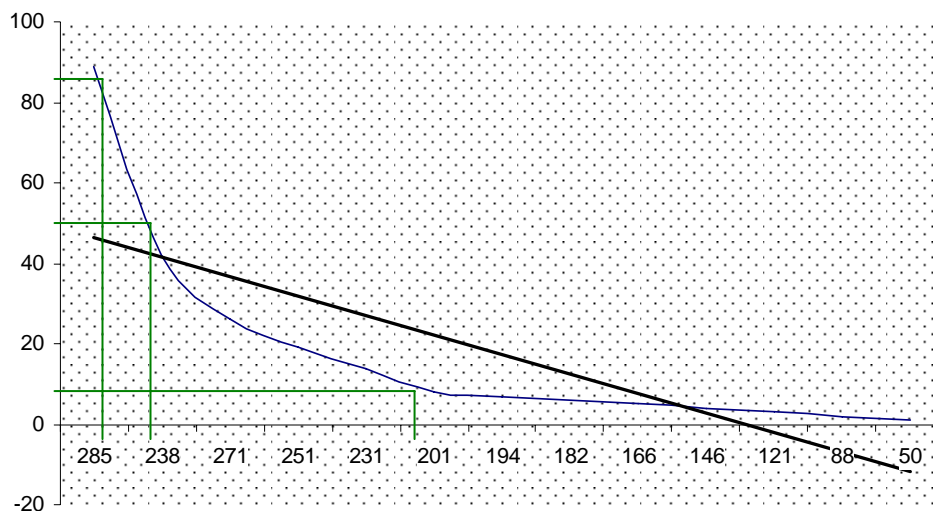


Figura 15: Publicaciones sobre *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. Ley de Bradford.

5.4 Discusión.

En relación con la productividad de los autores, hay que decir que la representación del Modelo de Lotka (Figura 12) se ajusta a los postulados del autor, es decir en el tema objeto de estudio.

Según esta ley un 25% de trabajos corresponde a un número reducido grupo de autores, los más productivos, y otro 25% corresponde a un 75% de los autores, que son los que menos producen. El 50 % restante de artículos pertenece a los autores que tienen una productividad intermedia entre esos dos grupos. También es inferior el número de medianos productores lo cual nos puede indicar que el tema es de tanta actualidad que hay una mayor cantidad de autores no especializados escribiendo sobre el tema que los que realmente investigan sobre él, es decir, los productores ocasionales, siendo menor la cantidad de los grandes productores. Dicho de otra forma, son menos los especialistas que se dedican en concreto o en particular a este tema. A este respecto hay que decir que la Ley de Lotka se cumple para los datos estudiados y el resultado es correcto por lo tanto el trabajo bibliométrico está bien realizado siendo éste satisfactorio.

De igual forma, observando las Figuras 12 y 13, también hay que decir que se cumple la teoría de Platz, demostrándose que la distribución citas/autor sigue también la ley de Lotka al proponer el logaritmo de las citas provocadas por un autor como *Índice de Visibilidad*. Gráficamente en dichas figuras se puede contemplar la semejanza de las distribuciones de Lotka e Índice de Visibilidad.

Otro valor que ha sido estudiado en la investigación es el *Índice de Impacto* propuesto por Raising representando la medida del impacto causado en los lectores y que viene dado por el cociente entre el número de artículos citados y el de artículos publicados. Observando la Tabla 10, el autor que mayor índice de impacto posee, con diferencia respecto al resto de autores es *I. Templer*, se-

guido de R. *Lonetto*; sin duda alguna autores muy relevantes, por las veces que son citados, en el tema de la ansiedad ante la muerte.

Atendiendo a la *élite* de los autores seleccionados para este estudio, hay que señalar a 8 de los 10 elegidos como autores más productivos; siendo éstos clasificados como *Grandes Productores*, donde encontramos a A. M. *Abdel-Khalek*, R. A. *Neimeyer*, D. *Lester* y *Feifel*; y *Productores Medios* con R. *Langs*, D. I. *Templer*, J. *Wittkowski* y J. A. *Thorson*.

Otra medida muy interesante que nos permite valorar la rigurosidad científica de las publicaciones referidas a un tema en concreto es el *Índice de Obsolescencia*. Se obtiene en función del tiempo transcurrido a partir de la publicación de un trabajo hasta el momento en que deja de ser citado. También se puede entender como bibliografía activa circulante. En la investigación la vida media atendiendo a la Figura 13 será por tanto el punto de las abscisas que coincide con el 50% de las ordenadas y éste viene dado por un envejecimiento de 14 años; o dicho de otra forma, tiene una *vida media* de 14 años, siendo todo lo que exceda a este tiempo obsoleto en esta disciplina.

Respecto a la productividad de las revistas hay que decir que los 359 trabajos encontrados se distribuyen en 89 revistas; 47 de ellas recogen un solo artículo relacionado con la ansiedad ante la muerte. En el extremo opuesto se encuentra que una sola revista publica 50 artículos relacionados con el tema.

Esto implica, siguiendo el modelo de Bradford, que al escribir los primeros trabajos sobre un tema, se someten a una pequeña selección por las revistas apropiadas. Las revistas inicialmente escogidas atraen cada vez más trabajos a medida que el tema se desarrolla, pero al mismo tiempo otras revistas comienzan a publicar sus primeros trabajos sobre dicho tema. En función de su crecimiento, aparece el núcleo de revistas integrado por las más productivas en trabajos acerca de la materia. En este caso se observa que la *Ansiedad ante la muerte* se ha convertido en un tema bastante especializado, ya que el 50%

de los trabajos está formado por 4 de las 89 revistas analizadas cumpliéndose por tanto dicha ley. Así se observa que el núcleo básico lo constituyen dos revistas respecto de las 89 restantes, *Death Studies* con 50 citas y *Psychological Reports* con 38 citas de un total ambas de 285; especializadas éstas, sobre todo la primera en el tema objeto de la investigación; sin embargo, como ocurría en el análisis descriptivo anterior, existe una pobre relevancia de la revista *Death Education*, revista también especializada en dicho tema y que debería destacar más al igual que la anterior.

5.5 Conclusiones.

1. Se confirma el ajuste de la evolución de las publicaciones científicas sobre *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano* a las leyes de la literatura científica con tendencia creciente desde el primer artículo aparecido en 1955 hasta 2004, fecha límite tenida en cuenta en esta investigación. Esta misma tendencia se observa en el período de estudio del presente trabajo año tras año. Se consolida la autonomía del tema de la *Ansiedad ante la muerte* dentro de la publicación científica.
2. El estudio de los autores se ajusta a la Ley de Lotka, siendo el número de grandes productores inferior al previsto en su modelo. Se confirma lo que ocurre en las demás disciplinas científicas, la adaptación de la productividad de los autores al modelo presentado por Lotka.
3. Los autores que mayor *Índice de Impacto* poseen, con diferencia respecto al resto son *I. Templer*, seguido de *R. Lonetto*; sin duda alguna autores muy relevantes, por las veces que son citados, en el tema de la *Ansiedad ante la muerte*.
4. Los autores más prolíficos son más citados que los que escriben un solo artículo. Dos son los autores más citados según el resultado de

la red de citas, *A. M. Abdel-Khalek* y *R. A. Neimeyer*; y 8 los autores considerados la élite respecto a este tema.

5. La vida media del tema de estudio, la *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano* es de 15 años, lo que indica la rigurosidad científica de sus publicaciones y constante producción científica al respecto que hay en el tiempo.
6. Hay dos revistas que destacan, *Death Studies* y *Psychological Reports* que representan el núcleo de Bradford, revistas sobre todo la primera altamente especializada en el tema de estudio.

Análisis Univariante

Análisis Descriptivo

*El arte de envejecer
es el arte de conservar
alguna esperanza.*

–André MAUROIS

6.1 Variables Cualitativas.

6.1.1 Anamnesis.

6.1.1.1 Distribución del *sexo*.

Tabla 15: Distribución del *sexo* de todos los casos.

	casos	%
Hombres	183	44,0%
Mujeres	233	56,0%
	416	100

Tabla 16: Distribución del *sexo* del Grupo Experimental.

	casos	%
Hombres	140	44,30%
Mujeres	176	55,70%
	316	100

Tabla 17: Distribución del sexo del Grupo Control.

	casos	%
Hombres	43	43,0%
Mujeres	57	57,0%
	100	100

El total de la *muestra* está formada por 416 sujetos, 183 hombres (44,0%) y 233 mujeres (56,0%).

El *grupo experimental* está formado por 316 sujetos, 140 hombres (43,30%) y 176 mujeres (55,70%).

El *grupo control* está formado por 100 sujetos, 43 hombres (43,0%) y 57 mujeres (57,0%).

6.1.1.2 Distribución del *estado civil*.

Tabla 18: Distribución del estado civil de todos los casos.

	casos	%
Soltero	120	28,84%
Casado	204	49,03%
Viudo	90	21,63%
Separado/divorciado	2	0,48%
	416	100

Tabla 19: Distribución del estado civil del Grupo Experimental.

	casos	%
Soltero	25	7,9%
Casado	199	63,0%
Viudo	90	28,5%
Separado/divorciado	2	0,6%
	316	100

Tabla 20: Distribución del estado civil del Grupo Control.

	casos	%
Soltero	95	95,0%
Casado	5	5,0%
Viudo	0	0,0%
Separado/divorciado	0	0,0%
	100	100

Los resultados para el total de la *muestra* son los siguientes: 120 casos son solteros (28,84%); 204 casos son casados (49,03%); 90 casos viudos (21,63%) y por último 2 casos solamente separados/divorciados (0,48%).

Para el *grupo experimental* los resultados son los siguientes: 25 casos son solteros (7,9%); 199 casos son casados (63,0%); 90 casos viudos (28,5%) y por último 2 casos solamente separados/divorciados (0,6%).

Para el *grupo control* los resultados son los siguientes: 95 casos son solteros (95,0%); 5 casos son casados (5,0%); 0 casos viudos (0,0%) y por último 0 casos separados/divorciados (0,0%).

6.1.1.3 Distribución de la *escolaridad*.

Tabla 21: Distribución de la *escolaridad* de todos los casos.

	casos	%
Primarios	156	37,50%
Secundarios	135	32,45%
Superiores	64	15,38%
Otros	61	14,67%
	416	100

Tabla 22: Distribución de la *escolaridad* del Grupo Experimental.

	casos	%
Primarios	156	49,4%
Secundarios	48	15,2%
Superiores	51	16,1%
Otros	61	19,3%
	316	100

Tabla 23: Distribución de la *escolaridad* del Grupo Control.

	casos	%
Primarios	0	95,0%
Secundarios	87	87,0%
Superiores	13	13,0%
Otros	0	0,0%
	100	100

La *escolaridad* para el total de la *muestra* está distribuida de la siguiente forma: 156 sujetos poseen estudios primarios (37,50%); 135 sujetos, estudios secundarios (32,45%); 64 personas tienen estudios superiores (15,38%) y 61 sujetos carecen de estos constituyendo un 14,67% de la muestra.

Para el *grupo experimental* los resultados están distribuidos de la siguiente forma: 156 sujetos poseen estudios primarios (49,4%); 48 sujetos, estudios secundarios (15,2%); 51 personas tienen estudios superiores (16,1%) y 61 sujetos carecen de estos constituyendo un 19,3% de la muestra.

Para el *grupo control* los resultados están distribuidos de la siguiente forma: 100 sujetos poseen estudios primarios (100%); 87 sujetos, estudios secundarios (87,0%); 13 personas tienen estudios superiores (13,0%) y 0 sujetos carecen de estos constituyendo el 0,0% de la muestra.

6.1.1.4 Distribución de la *actitud religiosa*.

Tabla 24: Distribución de la *actitud religiosa* de todos los casos.

religiosidad	casos		%	
SI	334		80,28%	
NO	82		19,72%	
	416		100	

religión	SI	NO	%	
católico	352	64	84,61%	15,38%
ateo	58	358	14,00%	86,05%
agnóstico	2	414	0,49%	99,51%
otras	4	412	0,96%	99,03%
	416	100		

práctica religiosa	casos	%
SI	276	66,34%
NO	140	33,66%
	416	100

n = 416

Tabla 25: Distribución de la *actitud religiosa* del Grupo Experimental.

religiosidad	casos	%
SI	291	92,10%
NO	25	7,90%
	316	100

religión	SI	NO	%	
católico	291	25	92,10%	7,91%
ateo	24	292	7,60%	92,40%
agnóstico	1	315	0,30%	99,68%
otras	0	316	0,00%	100%
	316		100	

práctica religiosa	casos	%
SI	233	73,70%
NO	83	26,30%
	316	100

n = 316

Tabla 26: Distribución de la *actitud religiosa* del Grupo Control.

religiosidad	casos		%	
SI	43		43,00%	
NO	57		57,00%	
	100		100	

religión	SI	NO	%	
católico	61	39	61,00%	39,00%
ateo	34	66	34,00%	66,00%
agnóstico	1	99	1,00%	99,00%
otras	4	96	4,00%	96,00%
	100		100	

práctica religiosa	casos		%	
SI	43		43,00%	
NO	57		57,00%	
	100		100	

n = 100

Respecto a la *actitud religiosa*, para el total de la *muestra* 334 casos se manifiestan religiosos (80,28%) –es decir, con capacidad para trascender su vida sin tener que profesar una religión determinada– mientras que 82 sujetos (19,72%) no opinan igual. En este campo 352 sujetos se confiesan católicos representando un 84,61% de la muestra mientras que 64 sujetos no confiesan esta religión (15,38%); dentro de este pequeño grupo que no se consideran católicos su confesión se distribuye según los siguientes datos: 58 sujetos se manifiestan ateos (14,00%); 2 sujetos como agnósticos (0,49%) y 4 sujetos como practicantes de otras confesiones religiosas (0,96%). Todavía en este campo, 276 sujetos (66,34%) practica la religión que confiesa mientras que 140 sujetos no se consideran practicantes (33,66%).

Para el *grupo experimental*, 291 casos se manifiestan religiosos (92,1%); mientras que 25 sujetos (7,9%) no opinan igual. En este campo 291 sujetos se confiesan católicos representando un 92,1% de la muestra mientras que 25 sujetos no confiesan esta religión (7,91%); dentro de este pequeño grupo que no se consideran católicos su confesión se distribuye según los siguientes datos: 24 sujetos se manifiestan ateos (7,6%); 1 sujeto como agnóstico (0,30%) y 0 sujetos como practicantes de otras confesiones religiosas (0,0%). Todavía en este campo, 233 sujetos (83%) practica la religión que confiesa mientras que un 140 sujetos no se considera practicante (26,30%).

Para el *grupo control*, 43 casos se manifiestan religiosos (43,0%); mientras que 57 sujetos (57,0%) no opinan igual. En este campo 61 sujetos se confiesan católicos representando un 61,0% de la muestra mientras que 39 sujetos no confiesan esta religión (39,0%); dentro de este pequeño grupo que no se consideran católicos su confesión se distribuye según los siguientes datos: 34 sujetos se manifiestan ateos (34,0%); 1 sujetos como agnósticos (1,0%) y 4 sujetos como practicantes de otras confesiones religiosas (4,0%). Todavía en este campo, 43 sujetos (43,0%) practica la religión que confiesa mientras que un 57 sujetos no se considera practicante (57,0%).

6.1.1.5 Distribución de la *experiencia de muerte*.

Tabla 27: Distribución de la *experiencia de muerte* para todos los casos.

Experiencia de muerte	casos	%
Abuelos	89	21,39%
Padres	306	73,55%
Hermanos	101	24,27%
Cónyuge	82	19,71%
Hijos	25	6,00%

otros	122	29,32%
-------	-----	--------

Para n = 416

Tabla 28: Distribución de la *experiencia de muerte* del Grupo Experimental.

Experiencia de muerte	casos	%
Abuelos	23	7,27%
Padres	298	90,30%
Hermanos	99	31,32%
Cónyuge	82	26,00%
Hijos	25	7,91%
otros	82	26,00%

Para n = 316

Tabla 29: Distribución de la *experiencia de muerte* para el Grupo Control.

Experiencia de muerte	casos	%
Abuelos	66	66,00%
Padres	8	8,00%
Hermanos	2	2,00%
Cónyuge	0	0,00%
Hijos	0	0,00%
otros	40	40,00%

Para n = 100

Cuando se les pregunta si han tenido experiencia de muerte y de qué tipo los resultados que aparecen son los siguientes: para el total de la *muestra*, 89 sujetos han experimentado la muerte de sus abuelos (21,39%); 306 personas se han enfrentado a la muerte de sus padres (73,55%); 101 sujetos experimentan la muerte de sus hermanos (24,27%); 82 personas han sufrido la pérdida de su

cónyuge (19,71%); 25 sujetos han perdido algún hijo (6,0%) y por último 122 personas (29,32%) han experimentado la muerte de algún familiar cercano distinto de los mencionados en este apartado.

Para el *grupo experimental*, 23 sujetos han experimentado la muerte de sus abuelos (7,27%); 298 personas se han enfrentado a la muerte de sus padres (90,30%); 99 sujetos experimentan la muerte de sus hermanos (31,32%); 82 personas han sufrido la pérdida de su cónyuge (26,0%); 25 sujetos han perdido algún hijo (7,91%) y por último 82 personas (26,0%) han experimentado la muerte de algún familiar cercano distinto de los mencionados en este apartado.

Para el *grupo control*, 66 sujetos han experimentado la muerte de sus abuelos (66,0%); 8 personas se han enfrentado a la muerte de sus padres (8,0%); 2 sujetos experimentan la muerte de sus hermanos (2,0%); 0 personas han sufrido la pérdida de su cónyuge (0,0%); 0 sujetos han perdido algún hijo (0,0%) y por último 40 personas (40,0%) han experimentado la muerte de algún familiar cercano distinto de los mencionados en este apartado.

6.1.1.6 Distribución de la *salud*.

Tabla 30: Distribución de las *enfermedades u operaciones importantes de todos los casos*.

Enfermedades/operaciones	casos	%
Cardiovascular	96	23,07%
Aparato locomotor	73	17,54%
Otras	159	38,22%
	416	100

Para n = 416

Tabla 31: Distribución de las *enfermedades u operaciones importantes* del Grupo Experimental.

Enfermedades/operaciones	casos	%
Cardiovascular	95	30,10%
Aparato locomotor	67	21,20%
Otras	136	43,00%
Para n = 316		

Tabla 32: Distribución de las *enfermedades u operaciones importantes* del Grupo Control.

Enfermedades/operaciones	casos	%
Cardiovascular	1	1,00%
Aparato locomotor	6	6,00%
Otras	23	23,00%
Para n = 100		

Tabla 33: Distribución del *tratamiento médico* de todos los casos.

Tratamiento médico	casos	%
SI	214	51,45%
NO	202	48,55%
	416	100
Para n = 416		

Tabla 34: Distribución del *tratamiento médico* del Grupo Experimental.

Tratamiento médico	casos	%
SI	200	63,30%
NO	116	36,70%
	316	100

Tabla 35: Distribución del *tratamiento médico* del Grupo Control.

Tratamiento médico	casos	%
SI	14	14,00%
NO	86	86,00%
	100	100

Como final a esta breve biografía personal, queda describir el apartado relacionado con la salud. Para el total de la *muestra* los datos son los siguientes: 96 casos han padecido o padecen algún tipo de enfermedad u operación de origen cardiovascular (23,07%); 73 casos enfermedades relacionadas con el aparato locomotor (17,54%) y 159 casos, patologías u operaciones de índole distinta (38,22%). En este punto cabe destacar que 214 sujetos precisan de tratamiento médico (51,45%) mientras que 202 sujetos no lo precisan (48,55%).

Para el *Grupo Experimental* los datos son los siguientes: 95 casos han padecido o padecen algún tipo de enfermedad u operación de origen cardiovascular (30,10%); 67 casos enfermedades relacionadas con el aparato locomotor (21,20%) y 136 casos, patologías u operaciones de índole distinta (43,0%). 200 sujetos precisan de tratamiento médico (63,30%) mientras que 116 sujetos no lo precisan (36,70%).

Para el *Grupo Control* los datos son los siguientes: 1 caso ha padecido o padece algún tipo de enfermedad u operación de origen cardiovascular (1,0%); 6 casos enfermedades relacionadas con el aparato locomotor (6,0%) y 23 casos, patologías u operaciones de índole distinta (23,0%). En este punto cabe destacar que 14 sujetos precisan de tratamiento médico (14,0%) mientras que 86 sujetos no lo precisan (86,0%).

6.1.2 Ansiedad ante la muerte.

6.1.2.1 Entrevista ampliación DAS—I-DAS.

6.1.2.1.1 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

Tabla 36: Distribución del *miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir* de todos los casos.

	CASOS	%
miedo a lo desconocido	96	23,07
frustración por no hacer algo	18	4,32
dejar gente	27	6,49
miedo al dolor del momento	300	72,11
miedo a la angustia del momento.	80	19,23

Para n = 416

Tabla 37: Distribución del *miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir* del Grupo Experimental.

	CASOS	%
miedo a lo desconocido	70	22,7
frustración por no hacer algo	13	4,1
dejar gente	121	29,7
miedo al dolor del momento	242	76,6
miedo a la angustia del momento.	26	26,0

Para n = 316

Tabla 38: Distribución del miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir del Grupo Control.

	CASOS	%
miedo a lo desconocido	26	26,0
frustración por no hacer algo	5	5,0
dejar gente	27	27,0
miedo al dolor del momento	58	58,0
miedo a la angustia del momento.	54	54,0

Para n = 100

Este primer apartado lo hemos dividido en cinco factores. Para el total de la muestra, el primer factor sería el tener miedo a la muerte respecto a lo *desconocido* donde hay 96 sujetos que puntúan en esta componente (23,07%); 18 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (4,32%); el tercer factor hace referencia al tener que *dejar gente* en vida donde 27 son los sujetos que puntúan en esta componente (6,9%); otro factor está relacionado con el *miedo al dolor del momento*, son 300 los que puntúan en esta componente (72,11%) y el último factor de este apartado se relaciona con el *miedo a la angustia del momento* siendo 80 los sujetos que han puntuado positivamente (19,23%).

Para el grupo *experimental* el primer factor, tener miedo a la muerte respecto a lo *desconocido* son 70 sujetos los que puntúan en esta componente (22,7%); 13 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (4,1%); el tercer factor, tener que *dejar gente* en vida donde 94 son los sujetos que puntúan en esta componente (29,97%); para el siguiente factor *miedo al dolor del momento*, son 242 los que puntúan en esta componente (76,6%) y el último factor *miedo a la angustia del momento* son 240 los sujetos que han puntuado positivamente (75,9%).

Para el *grupo control* el primer factor, tener miedo a la muerte respecto a lo *desconocido* son 26 sujetos que puntúan en esta componente (26,0%); 5 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (5,0%); el tercer factor *dejar gente en vida* donde 27 son los sujetos que puntúan en esta componente (27,0%); para el siguiente factor *miedo al dolor del momento*, son 58 los que puntúan en esta componente (58,0%) y el último factor *miedo a la angustia del momento* son 50 los sujetos que han puntuado positivamente (50,0%).

6.1.2.1.2 Miedo al pensar en la muerte.

Tabla 39: Distribución del miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir de todos los casos.

Miedo al pensar en la muerte.	CASOS	%
enfermedad	85	20,43
ver un cadáver	91	21,87

Para n = 416

Tabla 40: Distribución del miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir del Grupo Experimental.

Miedo al pensar en la muerte.	CASOS	%
enfermedad	71	22,50
ver un cadáver	63	19,90

Para n = 316

Tabla 41: Distribución del miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir del Grupo Control.

Miedo al pensar en la muerte.	CASOS	%
enfermedad	14	14,00
ver un cadáver	28	28,00

Para n = 100

En este apartado se relaciona el miedo al pensar en la muerte en dos casos, al padecer alguna enfermedad y al ver un cadáver, de esta forma los resultados que presenta el total de la *muestra* son los siguientes: 85 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (20,43%); mientras que 91 presentan este sentir al *ver un cadáver* (21,87%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

Para el *grupo experimental*, los resultados son los siguientes: 71 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (22,5%); mientras que 63 presentan este sentir al *ver un cadáver* (19,9%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

Para el *grupo control*, los resultados son los siguientes: 14 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (14,0%); mientras que 28 presentan este sentir al *ver un cadáver* (28,0%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

6.1.2.1.3. Miedo al pensar en una operación.

Tabla 42: Distribución del *miedo al pensar en una operación* para todos los casos.

	casos	%
experiencia personal	195	46,87
anestesia	185	44,47
dolor	196	47,11
mutilación	254	61,06
mal éxito	251	61,05

Para n = 416

Tabla 43: Distribución del *miedo al pensar en una operación* del Grupo Experimental.

	casos	%
experiencia personal	169	53,5
anestesia	154	48,7
dolor	156	49,4
mutilación	191	60,4
mal éxito	202	63,9

Para n = 316

Tabla 44: Distribución del miedo al pensar en una operación del Grupo Control.

	casos	%
experiencia personal	26	26,0
anestesia	31	31,0
dolor	40	40,0
mutilación	54	54,0
mal éxito	49	49,0

Para n = 100

En este apartado se estudia el miedo a la muerte al pensar en el caso de tener que sufrir una intervención quirúrgica. Los factores en los que se divide este apartado y los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: miedo al pensar en una operación por la *experiencia* de la misma que se tiene ya sea personal o influida por una ajena donde puntúan positivamente 195 sujetos (46,87%); el segundo factor está relacionado con la *anestesia* siendo 185 los sujetos que puntúan positivamente (44,47%); el tercer factor tiene relación con el *dolor* que se cree que puede sufrir durante la misma donde puntúan 196 sujetos (47,11%); el cuarto factor hace referencia al miedo por la *mutilación* que pueda sufrir en la operación siendo 254 los casos que han puntuado positivamente (61,06%) y finalmente el quinto factor referido al *mal éxito* de la operación donde 251 sujetos puntúan positivamente (61,05%)

Para el *grupo experimental*, los resultados son los siguientes: miedo al pensar en una operación por la *experiencia* de la misma que se tiene ya sea personal o influida por una ajena donde puntúan positivamente 169 sujetos (53,5%); el segundo factor está relacionado con la *anestesia* siendo 154 los sujetos que puntúan positivamente (48,7%); el tercer factor tiene relación con el *dolor* que se cree que puede sufrir durante la misma donde puntúan 156 sujetos (49,4%); el cuarto factor hace referencia al miedo por la *mutilación* que pueda sufrir en la

operación siendo 191 los casos que han puntuado positivamente (60,4%) y finalmente el quinto factor referido al *mal éxito* de la operación donde 202 sujetos puntúan positivamente (63,9%)

Para el *grupo control*, los resultados son los siguientes: miedo al pensar en una operación por la *experiencia* de la misma que se tiene ya sea personal o influida por una ajena donde puntúan positivamente 26 sujetos (26,0%); el segundo factor está relacionado con la *anestesia* siendo 31 los sujetos que puntúan positivamente (31,0%); el tercer factor tiene relación con el *dolor* que se cree que puede sufrir durante la misma donde puntúan 40 sujetos (40,0%); el cuarto factor hace referencia al miedo por la *mutilación* que pueda sufrir en la operación siendo 54 los casos que han puntuado positivamente (54,0%) y finalmente el quinto factor referido al *mal éxito* de la operación donde 49 sujetos puntúan positivamente (49,0%)

6.1.2.1.4 Miedo ante el cáncer.

Tabla 45: Distribución del miedo ante el cáncer de todos los casos.

	casos	%
significar muerte	238	57,21
sufrimiento tratamiento	305	73,31
carga para otros	275	66,10

Para n = 416

Tabla 46: Distribución del *miedo ante el cáncer* del Grupo Experimental.

	casos	%
significar muerte	187	59,2
sufrimiento tratamiento	240	75,9
carga para otros	220	69,6

Para n = 316

Tabla 47: Distribución del *miedo ante el cáncer* del Grupo Control.

	casos	%
significar muerte	51	51,0
sufrimiento tratamiento	65	65,0
carga para otros	55	55,0

Para n = 100

Tres son los factores que se han tenido en cuenta a la hora de valorar este apartado. Los factores en los que se divide este apartado y los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: el primero es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* donde 238 sujetos puntúan positivamente (57,21%); el segundo factor está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 305 son los sujetos que puntúan positivamente (73,31%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 275 sujetos puntuando positivamente representando un 66,10% de la muestra.

Para el *grupo experimental*, los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: el primero es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* donde 187 sujetos puntúan positivamente (59,2%); el segundo factor que está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 240 son los sujetos que puntúan positivamente (75,9%) y el tercer factor que se relaciona

con el ser una *carga para los demás* con 220 sujetos puntuando positivamente representando un 69,6% de la muestra.

Para el *grupo control*, los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: el primero es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* donde 51 sujetos puntúan positivamente (51,0%); el segundo factor que está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 65 son los sujetos que puntúan positivamente (65,0%) y el tercer factor que se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 55 sujetos puntuando positivamente representando un 55,0% de la muestra.

6.1.2.1.5 *Concepción de la vida.*

Tabla 48: Distribución de la *concepción de la vida* de todos los casos.

	casos	%
Aprovecha el tiempo	344	82,70
Preocupa tiempo perdido	99	23,80
Cambiar muchas cosas	166	39,90
Miedo muerte rápida	159	38,22

Para n = 416

Tabla 49: Distribución de la *concepción de la vida* del Grupo Experimental.

	casos	%
Aprovecha el tiempo	265	83,9
Preocupa tiempo perdido	60	19,0
Cambiar muchas cosas	129	40,8
Miedo muerte rápida	118	37,3

Para n = 316

Tabla 49: Distribución de la *concepción de la vida* del Grupo Control.

	casos	%
Aprovecha el tiempo	79	79,0
Preocupa tiempo perdido	39	39,0
Cambiar muchas cosas	37	37,0
Miedo muerte rápida	41	41,0

Para n = 100

Este apartado está formado por cuatro factores que hacen referencia a la forma de concebir la vida estos sujetos. Los factores en los que se divide este apartado y los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: un primer factor está relacionado en si *aprovecha* o no *el tiempo* con 344 sujetos que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (82,70%); 99 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (23,80%), siendo este el segundo factor; en relación al tercer factor son 166 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (39,90%); y por último son 159 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (38,22%).

Para el grupo *experimental*, los resultados son los siguientes: para el primer factor relacionado en si *aprovecha* o no *el tiempo* son 265 sujetos los que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (83,9%); para el segundo factor son 60 los sujetos que tienen preocupación por el *tiempo perdido* (19,0%); en relación al tercer factor son 129 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (40,8%); y por último son 118 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (37,3%).

Para el grupo *control*, los resultados son los siguientes: para el primer factor relacionado en si *aprovecha* o no *el tiempo* son 79 sujetos los que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (79,0%); para el segundo factor son 39 sujetos los que tienen preocupación por el *tiempo perdido*

(39,0%); en relación al tercer factor son 37 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (37,0%); y por último son 41 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (41,0%).

6.1.2.1.6 Miedo a tener un ataque al corazón.

Tabla 50: Distribución de *miedo a tener un ataque al corazón* de todos los casos.

	casos	%
Ataque repentino	169	40,62
Dolor del momento	194	46,63
Soledad del momento	226	54,32
Otras experiencias	149	35,81

Para n = 416

Tabla 51: Distribución de *miedo a tener un ataque al corazón* del Grupo Experimental.

	casos	%
Ataque repentino	140	44,3
Dolor del momento	163	51,6
Soledad del momento	188	59,5
Otras experiencias	117	37,0

Para n = 316

Tabla 52: Distribución de *miedo a tener un ataque al corazón* del Grupo Control.

	casos	%
Ataque repentino	29	29,0
Dolor del momento	31	31,0
Soledad del momento	38	38,0
Otras experiencias	32	32,0

Para n = 316

En este apartado son cuatro los factores analizados como causas a sentir miedo a tener un ataque al corazón. Los factores en los que se divide este apartado y los resultados obtenidos para el total de la *muestra*, son los siguientes: 169 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (40,62%); respecto a la segunda causa son 194 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (46,63%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 226 sujetos los que puntúan positivamente (54,32%) por último son 149 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (35,81%).

Para el *grupo experimental*, los resultados son los siguientes: 140 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (44,3%); respecto a la segunda causa son 163 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (51,6%); para el tercer factor, la *soledad del momento* como causa del miedo son 188 sujetos los que puntúan positivamente (59,5%) por último son 117 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (37,0%).

Para el *grupo control*, los resultados son los siguientes: 29 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ata-*

que repentino (29,0%); respecto a la segunda causa son 31 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (31,0%); para el tercer factor, la *soledad del momento* como causa del miedo son 38 sujetos los que puntúan positivamente (38,0%) por último son 32 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (32,0%).

6.1.2.1.7 Preocupación por la guerra.

Tabla 53: Distribución de *preocupación por la guerra* de todos los casos.

	casos	%
experiencia personal	172	54,43
otras causas	202	63,92

Para n = 416

Tabla 54: Distribución de *preocupación por la guerra* del Grupo Experimental.

	casos	%
experiencia personal	172	54,43
otras causas	202	63,92

Para n = 316

Tabla 55: Distribución de *preocupación por la guerra* del Grupo Control.

	casos	%
experiencia personal	0	0,0
otras causas	0	0,0

Para n = 100

En este apartado la preocupación por una futura guerra viene dada en función de la *experiencia personal* que ha tenido cada sujeto ante tal evento y *otras causas* distintas a estas. Para el total de la *muestra*, los resultados son los siguientes: Respecto al primer factor son 172 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su experiencia personal (54,4%) mientras que 202 sujetos presentan este sentir por otro tipo de causas (63,9%).

Para el *grupo experimental*, los resultados son los mismos que para el total de la muestra por tanto son los siguientes: respecto al primer factor son 172 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su experiencia personal (54,4%) mientras que 202 sujetos presentan este sentir por otro tipo de causas (63,9%).

Para el *grupo control* por tanto, los resultados son los siguientes: respecto al primer factor son 0 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su experiencia personal (0,0%) y de igual forma 0 son los sujetos que presentan este sentir por otro tipo de causas (0,0%).

6.1.2.1.8 Sentimiento de horror al ver un cadáver.

Tabla 56: Distribución del sentimiento de horror al ver un cadáver de todos los casos.

	casos	%
identificación	133	31,97
catalepsia	79	18,99

Para n = 416

Tabla 57: Distribución del *sentimiento de horror al ver un cadáver* del Grupo Experimental.

	casos	%
identificación	123	38,92
catalepsia	29	9,17

Para n = 316

Tabla 58: Distribución del *sentimiento de horror al ver un cadáver* del Grupo Control.

	casos	%
identificación	10	10,0
catalepsia	50	50,0

Para n = 100

En este apartado, para el total de la muestra, el sentimiento que provoca la visión de un cadáver, viene definido por dos factores que hacen referencia a este parecer. El primer factor está relacionado con la idea de *identificarse* con el cadáver al verlo siendo 133 sujetos los que presentan este sentimiento (31,97%). El segundo factor tiene que ver con el temor de ser enterrado vivo, la *catalepsia*, 79 sujetos presentan este temor cuando ven a un cadáver (18,99%).

Para el *grupo experimental* los resultados son los siguientes: para el primer factor son 123 sujetos los que presentan este sentimiento (31,97%). Para el segundo factor, la *catalepsia*, 29 sujetos presentan este temor cuando ven a un cadáver (9,17%).

Para el *grupo control* los resultados son: para el primer factor son 10 sujetos los que presentan este sentimiento (10,0%). Para el segundo factor, la *catalepsia*, 50 sujetos presentan este temor cuando ven a un cadáver (50,0%)

6.1.2.1.9 Sentimiento de temor respecto al futuro.

Tabla 59: Distribución del *sentimiento de temor respecto al futuro* para todos los casos.

	casos	%
familia	137	32,93
otras causas	97	23,31

Para n = 416

Tabla 60: Distribución del *sentimiento de temor respecto al futuro* del Grupo Experimental.

	casos	%
familia	104	32,91
otras causas	53	16,77

Para n =316

Tabla 61: Distribución del *sentimiento de temor respecto al futuro* del Grupo Control.

	casos	%
familia	33	33,0
otras causas	44	44,0

Para n = 100

Dos factores hacen referencia al sentimiento que expresan los sujetos cuando se les pregunta si el futuro les guarda algo que temer. Para el total de la *muestra*, el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, son 137 sujetos los que se pronuncian como preocupados al respecto (32,93%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 97 sujetos puntúan positivamente (23,31%).

Para el *Grupo Experimental*, el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, son 104 sujetos los que se pronuncian como preocupados al respecto (32,91%); el otro factor haciendo referencia a *otras causas* distintas al estado familiar son 53 sujetos los que puntúan positivamente (16,77%).

Para el *Grupo Control*, el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, son 33 sujetos los que se pronuncian como preocupados al respecto (33,0%); el otro factor, *otras causas* distintas al estado familiar son 44 sujetos los que puntúan positivamente (44,0%).

6.2 Variables cuantitativas.

6.2.1 Anamnesis.

Tabla 62: Distribución de la *edad* para todos los casos.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EDAD	416	59,99	23,010	18	98

Tabla 63: Distribución de la *edad* para el Grupo Experimental.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EDAD	316	72,42	7,002	60	98

Tabla 64: Distribución de la edad para el Grupo Control.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EDAD	100	20,68	3,018	18	27

La distribución de la *edad* del total de la *muestra* viene dada por los siguientes resultados: la edad media es de 60 años; con una desviación típica de 23,010; una puntuación mínima de 18 y un máximo de 98.

Para el *grupo experimental*, la edad media es de 72,42 años; con una desviación típica de 7,002; una puntuación mínima de 60 y un máximo de 98.

Para el *grupo control*, la edad media es de 20,68 años; con una desviación típica de 3,018; una puntuación mínima de 18 y un máximo de 27.

6.2.2 Ansiedad ante la muerte.

6.2.2.1 Distribución de la *ansiedad ante la muerte (Death Anxiety Scale —DAS)*.

Tabla 65: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según —DAS de todos los casos.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
DAS	416	7,77	3,238	1	15

Tabla 66: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según —DAS del Grupo Experimental.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
DAS	316	7,99	3,165	1	15

Tabla 67: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según —DAS del Grupo Control.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
DAS	100	6,66	3,273	1	14

Los valores que presenta la *Escala de Ansiedad ante la Muerte* para el *total de la muestra* son los siguientes: la puntuación media es de 7,77 con una desviación típica de 3,238; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 15.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 7,99 con una desviación típica de 3,165; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 15.

Para el *grupo control* la puntuación media es de 6,66 con una desviación típica de 3,273; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 14.

6.2.2.2. Distribución de la *ansiedad ante la muerte* (*Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte* —EAM—R).

Tabla 68: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según la —EAM—R de todos los casos.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EAM-R	416	43,06	13,722	0	81

Tabla 69: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según la —EAM—R del Grupo Experimental.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EAM-R	316	43,35	16,637	0	81

Tabla 70: Distribución de la *ansiedad ante la muerte* según la —EAM-R del Grupo Control.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
EAM-R	100	42,13	13,904	10	79

Los valores que presenta la *Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 43,05 con una desviación típica de 13,722; un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 81.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 43,35 con una desviación típica de 16,637; un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 81.

Para el *grupo control* la puntuación media es de 42,13 con una desviación típica de 13,904; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 79.

6.2.3 Miedo ante la muerte

6.2.3.1 Distribución del *miedo a la muerte* (*Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester*—ECL-R).

Tabla 71: Distribución del *miedo a la muerte* según la —ECL-R de todos los casos.

ECL-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	416	21,06	7,953	7	40
F ₂	416	29,84	7,316	8	44
F ₃	416	29,27	5,864	8	40
F ₄	416	31,18	6,804	8	74
Total	416	111,31	21,592	32	156

Tabla 72: Distribución del *miedo a la muerte* según la —ECL—R del Grupo Experimental.

ECL-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	316	20,59	7,943	7	40
F ₂	316	30,14	7,404	8	44
F ₃	316	29,09	6,115	8	40
F ₄	316	31,75	6,813	8	74
Total	316	111,54	22,126	32	156

Tabla 73: Distribución del *miedo a la muerte* según la —ECL—R del Grupo Control.

ECL-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	100	22,53	7,842	8	40
F ₂	100	28,90	6,984	10	40
F ₃	100	29,82	4,977	17	40
F ₄	100	29,35	6,475	13	45
Total	100	110,60	19,897	59	149

Los valores que presenta la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 21,06 con una desviación típica de 7,953; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo experimental*, la puntuación media es de 111,54 con una desviación típica de 22,126; un valor mínimo de 32 y un valor máximo de 156.

Para el *grupo control*, la puntuación media es de 110,60 con una desviación típica de 19,197; un valor mínimo de 59 y un valor máximo de 149.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

F₁: *Tu propia muerte.*

Los valores que presenta el Factor 1 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 20,59 con una desviación típica de 7,943; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 20,59 con una desviación típica de 7,943; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,53 con una desviación típica de 7,842; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

F₂: *Tu propio proceso de morir.*

Los valores que presenta el Factor 2 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 29,84 con una desviación típica de 7,316; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 44.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 30,14 con una desviación típica de 7,404; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 44.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,90 con una desviación típica de 6,984; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 40.

F₃: *La muerte de los otros.*

Los valores que presenta el Factor 3 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 29,27 con una desviación típica de 5,864; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 29,09 con una desviación típica de 6,115; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,82 con una desviación típica de 4,977; un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 40.

F₄: *El proceso de morir de los otros.*

Los valores que presenta el Factor 4 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 29,35 con una desviación típica de 6,475; un valor mínimo de 13 y un valor máximo de 45.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 31,75 con una desviación típica de 6,813; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 74.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,35 con una desviación típica de 6,475; un valor mínimo de 13 y un valor máximo de 45.

6.2.3.2 Distribución del *miedo a la muerte* (*Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte*—EMMM).

Tabla 74: Distribución del *miedo a la muerte* según la —EMMM de todos los casos.

EMMM	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	416	10,64	5,519	5	30
F ₂	416	17,55	4,364	6	30
F ₃	416	10,72	4,388	2	26
F ₄	416	10,19	4,161	4	30

F ₅	416	13,28	4,517	4	25
F ₆	416	12,57	4,605	5	28
F ₇	416	21,92	5,659	6	36
F ₈	416	10,35	4,520	3	26
Total	416	107,22	22,051	58	193

Tabla 75: Distribución del *miedo a la muerte* según la —EMMM del Grupo Experimental.

EMMM	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	316	10,19	5,442	5	30
F ₂	316	17,41	4,351	6	30
F ₃	316	10,29	4,147	2	26
F ₄	316	10,48	4,336	4	30
F ₅	316	13,25	4,615	4	25
F ₆	316	12,36	4,438	5	25
F ₇	316	21,68	5,784	6	36
F ₈	316	10,73	4,643	3	26
Total	316	106,41	21,804	58	193

Tabla 76: Distribución del *miedo a la muerte* según la —EMMM del Grupo Control.

EMMM	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F ₁	100	12,04	5,554	6	30
F ₂	100	18,01	4,396	9	30
F ₃	100	12,08	4,851	4	24
F ₄	100	9,24	3,406	6	24
F ₅	100	13,37	4,211	5	25
F ₆	100	13,24	5,065	5	28

F ₇	100	22,68	5,201	6	32
F ₈	100	9,13	3,886	4	20
Total	100	109,79	22,732	60	179

Los valores que presenta la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 107,22 con una desviación típica de 22,051; un valor mínimo de 58 y un valor máximo de 193.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 106,41 con una desviación típica de 21,804; un valor mínimo de 58 y un valor máximo de 193.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 109,79 con una desviación típica de 22,732; un valor mínimo de 60 y un valor máximo de 179.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

F₁: Miedo al proceso de morir.

Los valores que presenta el Factor 1 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la muestra, la puntuación media es de 10,64 con una desviación típica de 5,519; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,19 con una desviación típica de 5,442; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,04 con una desviación típica de 5,554; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30.

F₂: Miedo a los muertos.

Los valores que presenta el Factor 2 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 10,72 con una desviación típica de 4,388; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 26.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 17,41 con una desviación típica de 4,351; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 18,01 con una desviación típica de 4,396; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 30.

F₃: Miedo a ser destrozado.

Los valores que presenta el Factor 3 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 10,19 con una desviación típica de 4,161; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,29 con una desviación típica de 4,147; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 26.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,08 con una desviación típica de 4,851; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 24.

F₄: Miedo por otras personas significativas.

Los valores que presenta el Factor 4 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 13,28 con una desviación típica de 4,517; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 25.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,48 con una desviación típica de 4,336; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,24 con una desviación típica de 3,406; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 24.

F₅: Miedo a lo desconocido.

Los valores que presenta el Factor 5 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 12,57 con una desviación típica de 4,605; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 28.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 13,25 con una desviación típica de 4,615; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 25.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,37 con una desviación típica de 4,211; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.

F₆: Miedo a una muerte consciente.

Los valores que presenta el Factor 6 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 21,92 con una desviación típica de 5,659; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 36.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 12,36 con una desviación típica de 4,438; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,24 con una desviación típica de 5,065; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 28.

F₇: Miedo por el cuerpo después de la muerte.

Los valores que presenta el Factor 7 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 10,35 con una desviación típica de 5,659; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 36.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 21,68 con una desviación típica de 5,784; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 36.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,68 con una desviación típica de 5,201; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 32.

F₈: Miedo al proceso de morir.

Los valores que presenta el Factor 8 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra* la puntuación media es de 10,35 con una desviación típica de 4,520; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 26.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,73 con una desviación típica de 4,643; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 26.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,13 con una desviación típica de 3,886; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20.

6.2.4. Afrontamiento ante la muerte.

6.2.4.1 Distribución del *afrentamiento a la muerte* (*Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte.*)

Tabla 77: Distribución del *afrentamiento a la muerte* la escala Bugen de todos los casos.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
BUGEN	416	124,69	27,838	40	252

Tabla 78: Distribución del *afrentamiento a la muerte* según la escala Bugen del Grupo Experimental.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
BUGEN	316	128,29	27,381	40	206

Tabla 79: Distribución del *afrentamiento a la muerte* la escala Bugen del Grupo Control.

	n	Media	Desv Tip	mín	máx
BUGEN	100	113,317	14,32	56	252

Los valores que presenta la *Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte* son los siguientes. Para el total de la *muestra* la puntuación media es de 124,69 con una desviación típica de 27,838; un valor mínimo de 40 y un valor máximo de 252.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 128,29 con una desviación típica de 27,381; un valor mínimo de 40 y un valor máximo de 206.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes. La puntuación media es de 113,31 con una desviación típica de 14,327; un valor mínimo de 56 y un valor máximo de 252.

6.2.5 Actitudes ante la muerte y propósito de vida.

6.2.5.1 Distribución de las *actitudes ante la muerte* (*Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM—R*).

Tabla 80: Distribución de las *actitudes ante la muerte* según —PAM—R de todos los casos.

PAM-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
C ₁	416	46,11	15,485	9	80
C ₂	416	28,67	10,228	7	52
C ₃	416	22,53	8,568	5	39
C ₄	416	19,47	8,678	5	37
C ₅	416	27,94	5,946	5	37
Total	416	144,49	28,844	50	221

Tabla 81: Distribución de las *actitudes ante la muerte* según —PAM—R del Grupo Experimental.

PAM-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
C ₁	316	49,50	1,207	10	80
C ₂	316	28,95	9,844	7	52
C ₃	316	28,36	8,354	5	39
C ₄	316	20,86	8,672	5	37
C ₅	316	28,42	5,951	5	37
Total	316	150,78	26,968	50	221

Tabla 82: Distribución de las *actitudes ante la muerte* según —PAM—R del Grupo Control.

PAM-R	n	Media	Desv Tip	mín	máx
C ₁	100	35,42	14,327	9	67
C ₂	100	27,79	11,367	7	49
C ₃	100	19,91	8,747	5	35
C ₄	100	15,07	7,118	5	35

C₅	100	26,40	5,692	14	35
Total	100	124,59	25,436	74	190

Los valores que presenta el *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 144,49 con una desviación típica de 28,844; un valor mínimo de 50 y un valor máximo de 221.

Para el grupo experimental la puntuación media es de 150,78 con una desviación típica de 26,968; un valor mínimo de 50 y un valor máximo de 221.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 124,59 con una desviación típica de 25,436; un valor mínimo de 74 y un valor máximo de 190.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

C₁: Aceptación de acercamiento.

Los valores que presenta la Componente 1 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para total de la *muestra*, la puntuación media es de 46,11 con una desviación típica de 15,485; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 80.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 49,50 con una desviación típica de 14,207; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 80.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 35,42 con una desviación típica de 14,327; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 67.

C₂: Miedo a la muerte.

Los valores que presenta la Componente 2 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 28,67 con una desviación típica de 10,228; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 52.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,95 con una desviación típica de 9,844; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 52.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 27,79 con una desviación típica de 11,367; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 49.

C₃: Evitación de la muerte.

Los valores que presenta la Componente 3 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 22,53 con una desviación típica de 8,568; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 39.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,36 con una desviación típica de 8,358; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 39.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 19,91 con una desviación típica de 8,747; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.

C₄: Aceptación de acercamiento.

Los valores que presenta la Componente 4 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 19,47 con una desviación típica de 8,678; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 20,86 con una desviación típica de 8,672; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 15,07 con una desviación típica de 7,118; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.

C₅: Aceptación neutral.

Los valores que presenta la Componente 5 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 27,94 con una desviación típica de 5,946; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,42 con una desviación típica de 5,951; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 26,40 con una desviación típica de 5,692; un valor mínimo de 14 y un valor máximo de 35.

6.2.5.2 Distribución de la *Prueba de Propósitos Vitales* —PIL.

Tabla 83: Distribución de los *propósitos vitales* de todos los casos.

PIL	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F _I	416	24,90	3,609	10	33
F _{II}	416	23,42	3,252	9	44
F _{III}	416	12,66	2,149	5	20
F _{IV}	416	7,71	1,054	3	11

F _v	416	4,63	1,171	2	9
F _{vi}	416	6,58	1,618	2	18
Total	416	79,90	9,995	34	102

Tabla 84: Distribución de los *propósitos vitales* del Grupo Experimental.

PIL	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F _I	316	24,71	3,581	10	33
F _{II}	316	23,32	3,202	9	44
F _{III}	316	12,44	2,204	5	20
F _{IV}	316	7,77	1,040	4	11
F _V	316	4,57	1,213	2	9
F _{VI}	316	6,59	1,551	2	12
Total	316	79,41	9,982	34	102

Tabla 85: Distribución de los *propósitos vitales* del Grupo Control.

PIL	n	Media	Desv Tip	mín	máx
F _I	100	25,52	3,645	12	30
F _{II}	100	23,73	3,405	9	32
F _{III}	100	13,33	1,815	6	16
F _{IV}	100	7,54	1,086	3	9
F _V	100	4,80	1,015	2	6
F _{VI}	100	6,55	1,822	3	18
Total	100	81,47	9,924	41	96

Los valores que presenta la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 24,90 con una desviación típica de 3,609; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 33.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 79,41 con una desviación típica de 9,982; un valor mínimo de 34 y un valor máximo de 102.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 81,47 con una desviación típica de 9,924; un valor mínimo de 41 y un valor máximo de 96.

F_I: Propósito en la vida.

Los valores que presenta el Factor I de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 23,42 con una desviación típica de 3,252; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 44.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 24,71 con una desviación típica de 3,581; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 33.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 25,52 con una desviación típica de 3,645; un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 30.

F_{II}: Satisfacción con la vida.

Los valores que presenta el Factor II de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 12,66 con una desviación típica de 2,149; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 20.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 23,32 con una desviación típica de 3,202; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 44.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 23,73 con una desviación típica de 3,405; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 32.

F_{III}: *Logro de metas.*

Los valores que presenta el Factor III de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 4,63 con una desviación típica de 1,171; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 20.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 12,44 con una desviación típica de 2,204; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 20.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,33 con una desviación típica de 1,815; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 16.

F_{IV}: *Auto-realización.*

Los valores que presenta el Factor IV de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 7,71 con una desviación típica de 1,054; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 11.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 7,77 con una desviación típica de 1,040; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 11.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,54 con una desviación típica de 1,086; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 9.

F_V: *Locus de control.*

Los valores que presenta el Factor V de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 4,63 con una desviación típica de 1,171; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 9.

Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 4,57 con una desviación típica de 1,213; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 9.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 4,80 con una desviación típica de 1,015; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 6.

F_{VI}: *Visión de la vida.*

Los valores que presenta el Factor VI de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el total de la *muestra*, la puntuación media es de 6,58 con una desviación típica de 1,618; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 18.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,55 con una desviación típica de 1,822; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 18.

Análisis Bivariantes

Análisis Descriptivo e Inferencial

*Así como una jornada bien empleada
produce un dulce sueño,
así una vida bien usada
causa una dulce muerte.*

–Leonardo DA VINCI

7.1 Análisis Descriptivo.

7.1.1 Anamnesis.

7.1.1.1 Distribución de la *edad*.

Tabla 86: Distribución de la *edad*.

	n	Media	Desv Tip	Mín	Máx
Grupo Experimental	316	72,42	7,002	60	98
Decrecencia	124	66,06	2,182	60	69
1ª Senectud	149	73,95	2,865	70	79
2ª Senectud	43	85,47	4,803	80	98
Grupo Control	100	20,58	3,018	18	27

7.1.1.2 Distribución del *sexo*.

Tabla 87: Distribución del *sexo*.

	Hombres	%	Mujeres	%
Grupo Experimental	140	44,3	176	55,7
Decrecencia	56	45,2	68	54,8
1ª Senectud	66	44,3	83	55,7
2ª Senectud	18	41,9	25	58,1

Grupo Control	43	43,0	57	57,0
---------------	----	------	----	------

La muestra de la investigación está dividida en dos grupos: el *grupo experimental* propiamente dicho, donde se centraliza la investigación que está formado a su vez por tres subgrupos como se explica en el capítulo de Material y Método.

Este grupo está compuesto por 316 sujetos de 60 años según la puntuación mínima y con un límite de edad como indica su puntuación máxima de 98 años. Constituido por 140 hombres (44,3%) y 176 mujeres (55,7%). La media de edad de este grupo es de 72,42 años y una desviación típica de 7,002.

- Las características del primer subgrupo son las siguientes. El subgrupo está formado por 124 sujetos de edades comprendidas entre los 60 y 69 años como indica la puntuación del máximo y mínimo. 56 (45,2%) hombres y 68 (54,8%) mujeres. La media se encuentra situada en los 66,06 años; la desviación típica es de 2,182 y un mínimo de 60 y un máximo de 69 años.
- El segundo subgrupo está formado por 149 sujetos de edades comprendidas entre los 70 y 79 años, hombres y mujeres. La media se encuentra situada en los 73,95 años; la desviación típica es de 2,865 y un mínimo de 70 y un máximo de 79 años.
- El tercer subgrupo está formado por 43 sujetos de edades comprendidas desde los 80 años en adelante, hombres y mujeres. La media se encuentra situada en los 85,47 años; la desviación típica es de 4,803 y un mínimo de 80 y un máximo de 98 años.

El segundo grupo o *grupo control* estaría formado por 100 estudiantes universitarios de edades comprendidas entre 18 y 27 años que será utilizado como su nombre indica grupo control de esta investigación. El grupo consta de, 43 hombres y 57 mujeres. La media de edad de este grupo estaría situada en 20,68 años; la desviación típica en 3,018; un mínimo de 18 y un máximo de 32 años de edad.

7.1.1.3 Distribución del *estado civil*.

Tabla 88: Distribución del *estado civil*.

	soltero	%	casado	%	viudo	%	separado divorciado	%
Grupo Experimental	25	7,9	199	63,0	90	28,5	2	0,6
Decrecencia	6	4,8	104	83,9	13	10,5	1	0,8
1ª Senectud	17	11,4	78	52,3	53	35,6	1	0,7
2ª Senectud	2	4,7	17	39,5	24	55,8	0	0,0
Grupo Control	95	95,0	5	5,0	0	0,0	0	0,0

El *estado civil* del *grupo experimental* se distribuye de la siguiente forma. 25 sujetos solteros (7,9%); 199 casados (63,0%); 90 viudos (28,5%) y 2 personas separadas/divorciadas (0,6%)

- El *estado civil* para la *decrecencia* está distribuido de la siguiente forma. 6 sujetos solteros (4,8%); 104 casados (83,9%); 13 viudos (10,5%) y 1 persona separada/divorciada (0,8%).
- El *estado civil* para la *1ª senectud* se distribuye de la siguiente forma: 17 sujetos solteros (11,4%); 78 casados (52,3%); 53 viudos (35,6%) y 1 persona separada/divorciada (0,7%).
- El *estado civil* para la *2ª senectud* está distribuido de la siguiente forma. 2 sujetos solteros (4,7%); 17 casados (39,5%); 24 viudos (55,8%) y ningún sujeto separado/divorciado.

7.1.1.4 Distribución de la *escolaridad*.

Tabla 89: Distribución de la *escolaridad*.

	primarios	%	secundarios	%	superiores	%	otros	%
Grupo Experimental	156	49,4	48	15,2	51	16,1	61	19,3
Decrecencia	63	50,8	29	23,4	22	17,7	10	8,1
1ª Senectud	70	47,0	17	11,4	23	15,4	39	26,2
2ª Senectud	23	53,5	2	4,7	6	14,0	12	27,9
Grupo Control	0	0,0	87	87,0	13	13,0	0	0,0

Respecto al *nivel escolar* de este grupo 156 sujetos tienen estudios primarios (49,4%); 48 sujetos estudios secundarios (15,2%); 51 sujetos tienen estudios superiores (16,1%) y finalmente 61 sujetos carecen de estudios representando el 19,3% del tamaño muestral de este grupo.

A continuación se presenta los resultados de esta variable en relación a cada uno de los tres subgrupos en los que se ha dividido el *grupo experimental*.

- Respecto al *nivel escolar* de la *decrecencia*, los sujetos que tienen estudios primarios son 63 (49,4%); estudios secundarios 29 sujetos (23,4%); 22 sujetos tienen estudios superiores (17,7%) y finalmente 10 sujetos carecen de estudios representando el 8,1% del tamaño muestral de este grupo.
- Para la *1ª senectud* los resultados para esta variable son los siguientes. 70 sujetos tienen estudios primarios (47,0%); 17 sujetos estudios secundarios (11,4%); 23 sujetos tienen estudios superiores (15,4%) y finalmente 39 sujetos carecen de estudios representando el 26,2% del tamaño muestral de este grupo.
- Respecto al *nivel escolar* para la *2ª senectud*, 23 sujetos tienen estudios primarios (53,5%); 2 sujetos estudios secundarios (4,7%); 6 sujetos tie-

nen estudios superiores (14,0%) y finalmente 12 sujetos carecen de estudios representando el 27,9% del tamaño muestral de este grupo.

Respecto al *grupo control*, los resultados de esta variable son los siguientes: los sujetos que tienen estudios primarios son 63 (49,4%); estudios secundarios 29 sujetos (23,4%); 22 sujetos tienen estudios superiores (17,7%) y finalmente 10 sujetos carecen de estudios representando el 8,1% del tamaño muestral de este grupo.

7.1.1.5 Distribución de la *actitud y práctica religiosa*.

Tabla 90: Distribución de la *actitud religiosa*.

	n	Religiosidad	%	Práctica	%
Grupo Experimental	316	291	92,1	233	73,7
Decrescencia	124	102	82,3	91	73,4
1ª Senectud	149	109	73,2	108	72,5
2ª Senectud	43	34	79,1	34	79,1
Grupo Control	100	43	43,0	43	43,0

	n	Católica	%	Ateo	%
Grupo Experimental	316	291	92,1	24	7,6
Decrescencia	124	115	92,7	9	7,3
1ª Senectud	149	135	90,6	13	8,7
2ª Senectud	43	41	95,3	2	4,7
Grupo Control	100	61	61,0	34	34,0

		Agnóstico	%	Otras	%
Grupo Experimental	316	1	0,3	0	0,0
Decrescencia	124	0	0,0	0	0,0
1ª Senectud	149	0	0,0	0	0,0
2ª Senectud	43	0	0,0	0	0,0

Grupo Control	100	1	0,1	4	4,0
----------------------	------------	----------	------------	----------	------------

Siendo n para Grupo Experimental: 316

Decrecencia: 124

1ª Senectud: 149

2ª Senectud: 43

Grupo Control: 100

La *actitud religiosa* se distribuye según la Tabla 90. De los 316 sujetos que forman el grupo experimental, 291 sujetos se confiesan religiosos –ya se ha comentado en el capítulo anterior que se entiende por religiosidad– como se determina en este análisis representando el 92,1%, coincidiendo este número (291 sujetos) con los sujetos que se confiesan católicos 92,1% siendo por tanto ésta la única confesión religiosa resultante en el presente análisis; 24 sujetos se manifiestan como ateos 7,6% y un solo sujeto como agnóstico (0,3%). Y por último, los sujetos que se manifiestan como practicantes de su religión son 233, es decir, el 73,7% de la muestra.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores.

- El primer subgrupo formado por los sujetos de 60-69 años. El número de sujetos que se confiesa religiosos en este grupo es de 102 representando el 82,3%. Los sujetos que se confiesan católicos son 115 también representando el 92,7% siendo por tanto ésta la única confesión religiosa resultante en el presente análisis; De estos 115 sujetos religiosos católicos 91 se consideran practicantes de esta religión (73,4%). 9 se manifiestan ateos 7,3% y un sujeto como agnóstico (0,3%).
- El segundo subgrupo formado por los sujetos de 70-79 años. 109 sujetos se confiesan religiosos representando el 73,2%, 135 sujetos se confiesan católicos 90,6% siendo ésta la única confesión religiosa resultante en el presente análisis; 13 sujetos se manifiestan ateos (8,7%). Y por

último, los sujetos que se manifiestan como practicantes de su religión son 108 (72,5%).

- El tercer subgrupo formado por los sujetos de 60-69 años. Son 34 sujetos los que se consideran religiosos representando el 79,1%. Algo mayor es la cifra de los sujetos que se confiesan católicos 41 representando el 95,3%. Es la única confesión religiosa resultante en el presente análisis. 2 sujetos se manifiestan ateos 4,7%. Y por último, 34 son los sujetos que se manifiestan como practicantes de su religión (73,7%).

De los 100 sujetos que forman el grupo control, 43 sujetos se confiesan religiosos representando el 43,0%. Los sujetos que se consideran católicos, en este caso son más que los que se manifiestan religiosos 61 (61,0%); 34 sujetos se pronuncian como ateos 34,0%. Los sujetos que se manifiestan como practicantes de su religión son 43 (43,0) Un sujeto solamente se considera agnóstico (0,1%). Y por último cuatro son las personas que profesan otro tipo de religión.

7.1.1.6 Distribución de la *experiencia de muerte*.

Tabla 91: Distribución de la *experiencia de muerte*.

	abuelos	%	padres	%	hermanos	%
Grupo Experimental	23	7,3	298	91,5	99	31,3
Decrecencia	12	9,7	11	89,5	34	27,4
1ª Senectud	11	7,4	139	93,3	48	32,2
2ª Senectud	43	100	39	90,7	17	39,5
Grupo Control	66	66,0	8	8,0	2	2,0
	esposa/o	%	hijos	%	otros	%
Grupo Experimental	82	25,9	25	7,9	82	25,9
Decrecencia	11	8,9	5	4,0	27	21,8
1ª Senectud	47	31,15	11	7,4	49	32,9
2ª Senectud	24	55,8	9	20,9	6	14,0

Grupo Control	0	0,0	0	0,0	40	40,0
----------------------	----------	------------	----------	------------	-----------	-------------

Siendo n para Grupo Experimental: 316

Decrecencia: 124

1ª Senectud: 149

2ª Senectud: 43

Grupo Control: 100

En cuanto a la *experiencia de muerte* que ha tenido el grupo experimental, 306 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (96,8%) siendo 10 los que no (3,2%). De los sujetos que manifiestan haber sufrido tal experiencia 23 presenciaron algún aspecto de la muerte de sus abuelos (7,3%); 298 sujetos han tenido relación con la muerte de sus padres (91,5%); con relación a la muerte de sus hermanos 99 sujetos (31,3%); 82 sujetos han presenciado la muerte de su cónyuge (25,9%); los sujetos que han sufrido la muerte de un hijo son 25 (7,9%) y 82 sujetos manifiestan haber tenido además esta experiencia en relación con otros familiares distintos a los comentados en esta descripción del grupo experimental.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- En cuanto a la *experiencia de muerte* que ha tenido el primer subgrupo, 119 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (96,0%) siendo 5 los que no (3,2%). De los sujetos que manifiestan haber sufrido tal experiencia 12 presenciaron algún aspecto de la muerte de sus abuelos (9,7%); 11 sujetos han tenido relación con la muerte de sus padres (89,5%); con relación a la muerte de sus hermanos 34 sujetos (27,4%); 11 sujetos han presenciado la muerte de su cónyuge (8,9%); los sujetos que han sufrido la muerte de un hijo son 5 (4,0%) y 27 sujetos manifiestan haber tenido además esta experiencia en relación con otros familiares distintos a los comentados en esta descripción del grupo experimental representando el 21,8% del resto.

- En cuanto a la *experiencia de muerte* que ha tenido el segundo subgrupo, 145 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (97,3%) siendo 4 los que no (2,7%). De los sujetos que manifiestan haber sufrido tal experiencia 11 presenciaron algún aspecto de la muerte de sus abuelos (7,4%); 139 sujetos han tenido relación con la muerte de sus padres (93,3%); con relación a la muerte de sus hermanos 48 sujetos (32,2%); 47 sujetos han presenciado la muerte de su cónyuge (31,15%); los sujetos que han sufrido la muerte de un hijo son 11 (7,4%) y 49 sujetos manifiestan haber tenido además esta experiencia en relación con otros familiares distintos a los comentados en esta descripción del grupo experimental representando el 32,9% del resto.
- En cuanto a la *experiencia de muerte* que ha tenido el tercer subgrupo, 43 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (100%). De los sujetos que manifiestan haber sufrido tal experiencia 43 presenciaron algún aspecto de la muerte de sus abuelos, es decir, el total del subgrupo (100%); 39 sujetos han tenido relación con la muerte de sus padres (90,7%); con relación a la muerte de sus hermanos 17 sujetos (39,5%); 24 sujetos han presenciado la muerte de su cónyuge (55,8%); los sujetos que han sufrido la muerte de un hijo son 9 (20,9%) y 6 sujetos manifiestan haber tenido además esta experiencia en relación con otros familiares distintos a los comentados en esta descripción del grupo experimental representando el 14% del resto.

En cuanto a la *experiencia de muerte* que ha tenido el grupo control, 85 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (85%) siendo 15 los que no (15%). De los sujetos que manifiestan haber sufrido tal experiencia 66 presenciaron algún aspecto de la muerte de sus abuelos (66,0%); 8 sujetos han tenido relación con la muerte de sus padres (8,0%); con relación a la muerte de sus hermanos 2 sujetos (2,0%); 40 sujetos manifiestan haber tenido además esta experiencia en

relación con otros familiares distintos a los comentados en esta descripción del grupo experimental representando el 40% del resto.

7.1.1.7 Distribución de las *enfermedades u operaciones importantes y su tratamiento médico*.

Tabla 92: *Enfermedades u operaciones importantes y tratamiento médico*.

	Cardiovascular	%	Ap. Locomotor	%
Grupo Experimental	95	30,1	67	21,2
Decrecencia	33	26,6	19	15,3
1ª Senectud	45	30,2	39	26,2
2ª Senectud	17	39,5	9	20,9
Grupo Control	1	1,0	6	6,0

	Otras	%	Tratamiento Médico	%
Grupo Experimental	136	43,0	200	63,3
Decrecencia	43	34,7	66	53,2
1ª Senectud	76	51,0	105	70,5
2ª Senectud	17	39,5	29	67,4
Grupo Control	23	23,0	14	14,0

Siendo n para Grupo Experimental: 316

Decrecencia: 124

1ª Senectud: 149

2ª Senectud: 43

Grupo Control: 100

En el apartado de enfermedades u operaciones importantes, encontramos a 192 sujetos que manifiestan haber tenido alguna enfermedad u operación importante (60,8%) y 124 sujetos que no han sufrido ninguna (39,2%). De los sujetos afectados 95 son los sujetos que presentan enfermedad cardiovascular (30,1%); relacio-

nadas con el aparato locomotor 67 sujetos (21,2%); 136 sujetos presentan enfermedades de otra índole (43,0%) siendo 200 los sujetos que tienen que llevar tratamiento médico.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- En cuanto a las enfermedades u operaciones importantes que ha tenido el primer subgrupo, 66 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (53,2%) siendo 58 los que no (46,8%). De los sujetos afectados 33 son los sujetos que presentan enfermedad cardiovascular (26,6%); relacionadas con el aparato locomotor, 19 sujetos (15,3%); 43 sujetos presentan enfermedades de otra índole (34,7%) siendo 66 los sujetos que tienen que llevar tratamiento médico (53,2%).
- En cuanto a las enfermedades u operaciones importantes que ha tenido el segundo subgrupo, 100 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (67,1%) siendo 58 los que no (32,9%). De los sujetos afectados 45 son los sujetos que presentan enfermedad cardiovascular (30,2%); relacionadas con el aparato locomotor, 39 sujetos (26,2%); 76 sujetos presentan enfermedades de otra índole (51,0%) siendo 105 los sujetos que tienen que llevar tratamiento médico (70,5%).
- En cuanto a las enfermedades u operaciones importantes que ha tenido tercer subgrupo, 26 sujetos manifiestan haber tenido dicha experiencia (60,5%) siendo 17 los que no (39,5%). De los sujetos afectados 17 son los sujetos que presentan enfermedad cardiovascular (39,5%); relacionadas con el aparato locomotor 9 sujetos (20,9%); 17 sujetos presentan enfermedades de otra índole (39,5%) siendo 29 los sujetos que tienen que llevar tratamiento médico (67,4%).

Para el grupo control el apartado de enfermedades se distribuye de la siguiente manera. Son 23 los sujetos que manifiestan haber tenido alguna enferme-

dad u operación importante (23,0%%) y 77 los sujetos que no han sufrido ninguna (77,0%). De los sujetos afectados hay 1 solo sujeto que presenta enfermedad cardiovascular (1,0%); relacionadas con el aparato locomotor 6 sujetos (6,0%); 23 sujetos presentan enfermedades de otra índole (23,0%) y 14 son los sujetos que tienen que llevar tratamiento médico.

7.1.2 Ansiedad ante la muerte (*Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer —DAS*).

Tabla 93: Distribución de la ansiedad ante la muerte —DAS.

	n	Media	Desv Tip	Mín	Máx
Grupo Experimental	316	7,99	3,165	1	15
Decrecencia	124	8,49	3,202	2	15
1ª Senectud	149	7,85	3,150	1	15
2ª Senectud	43	7,02	2,891	2	13
Grupo Control	100	6,66	3,273	1	14

Los valores que presenta la Escala de Ansiedad ante la Muerte son los siguientes: Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 7,99 con una desviación típica de 3,165; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 15.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo constituido por sujetos de edades comprendidas entre 60 y 69 años, las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 8,49 con una desviación típica de 3,202; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 15.
- Para el segundo subgrupo constituido por sujetos de edades comprendidas entre 70 y 79 años, las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,85 con una desviación típica de 3,150; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 15.

- Para el tercer subgrupo constituido por sujetos de edades de 80 años en adelante, las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,02 con una desviación típica de 2,891; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 13.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,66 con una desviación típica de 3,273; un valor mínimo de 1 y un valor máximo de 14.

7.1.2.1 Entrevista ampliación DAS—I-DAS.

7.1.2.1.1 Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

Tabla 94: Distribución del *Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir*.

	miedo a lo desconocido	%	frustración por no hacer algo	%	dejar gente	%	miedo al dolor del momento	%	miedo a la angustia del momento	%
Grupo Experimental	70	22,7	13	4,1	94	29,7	242	76,6	240	75,9
Decrecencia	31	25,0	3	2,4	36	29,0	98	79,0	96	77,4
1ª Senectud	34	22,8	8	5,4	47	31,5	114	76,5	113	75,8
2ª Senectud	5	11,6	2	4,7	11	25,6	30	69,8	31	72,1
Grupo Control	26	26,0	5	5,0	27	27,0	58	58,0	54	54,0

Como se comenta en el capítulo anterior referido al estudio del análisis univariante, este primer apartado lo hemos dividido en cinco factores: el primero de ellos sería el tener miedo a la muerte respecto a lo *desconocido* donde hay 70 sujetos que puntúan en esta componente (22,7%); 13 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (4,1%); el tercer factor hace referencia al tener que *dejar gente* en vida donde 94 son los sujetos que puntúan en esta componente (29,97%); otro factor está relacionado con el *miedo al dolor del momento*, son 242 los que puntúan en esta componente (76,6%) y el último factor de este apartado se relaciona con el *miedo a la angustia del momento* siendo 240 los sujetos que han puntuado positivamente (75,9%). Perteneciendo todas estas puntuaciones al *grupo experimental*.

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: respecto al primer factor hay 31 sujetos que manifiestan tener miedo ante lo *desconocido* (25,0 %); 3 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (2,4%); respecto a tener que *dejar gente* en vida, 36 son los sujetos que puntúan en esta componente (29,0%); en relación con el *miedo al dolor del momento*, son 98 los que puntúan en esta componente (79,0%) y respecto al último factor de este apartado relacionado con el *miedo a la angustia del momento* son 96 los sujetos que han puntuado positivamente (77,4%).
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: respecto al primer factor hay 70 sujetos que manifiestan tener miedo ante lo *desconocido* (22,7%); 13 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (4,1%); el tercer factor hace referencia al tener que *dejar gente* en vida donde 94 son los sujetos que puntúan en esta componente (29,97%); otro factor está relacionado con el *miedo al dolor del momento*, son 242 los que puntúan en esta componente (76,6%) y el último factor de este apartado se relaciona con el *miedo a la angustia del momento* siendo 240 los sujetos que han puntuado positivamente (75,9%).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: respecto al primer factor hay 70 sujetos que manifiestan tener miedo ante lo *desconocido* (22,7%); 13 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (4,1%); el tercer factor hace referencia al tener que *dejar gente* en vida donde 94 son los sujetos que puntúan en esta componente (29,97%); el siguiente factor está relacionado con el *miedo al dolor del momento*, son 242 los que puntúan en esta componente (76,6%) y el último factor de este apartado se relaciona con el *miedo a la*

angustia del momento siendo 240 los sujetos que han puntuado positivamente (75,9%).

Para el *grupo control* son 26 los sujetos los que presentan tener miedo a la muerte respecto a lo *desconocido* (26,0%); 5 sujetos manifiestan su miedo debido a la *frustración por haber dejado algo sin hacer* (5,0 %); el tercer factor hace referencia al tener que *dejar gente* en vida donde 27 son los sujetos que puntúan en esta componente (27,0%); el cuarto factor está relacionado con el *miedo al dolor del momento*, son 58 los que puntúan en esta componente (58,0%) y el último factor de este apartado se relaciona con el *miedo a la angustia del momento* siendo 54 los sujetos que han puntuado positivamente (54,0%).

7.1.2.1.2 Miedo al pensar en la muerte.

Tabla 95: Distribución del Miedo al pensar en la muerte.

	enfermedad	%	ver un cadáver	%
Grupo Experimental	71	22,5	63	19,9
Decrecencia	29	23,4	28	22,6
1ª Senectud	27	18,1	31	20,8
2ª Senectud	15	39,9	4	9,3
Grupo Control	14	14,0	28	28,0

Como se comenta en el capítulo anterior referido al estudio del análisis univariante, en este apartado se relaciona el miedo al pensar en la muerte en dos casos, al padecer alguna enfermedad y al ver un cadáver, de esta forma los resultados que presenta la muestra son los siguientes: 71 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (22,5%); mientras que 63 presentan este sentir al *ver un cadáver* (19,9%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 29 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (23,4%); mientras que 28 presentan este sentir al *ver un cadáver* (22,6%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 27 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (18,1%); mientras que 31 presentan este sentir al *ver un cadáver* (20,8%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 15 casos dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (39,9%); mientras que 4 presentan este sentir al *ver un cadáver* (9,3%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

Para el *grupo control* son 14 casos los que dicen pensar en la muerte al padecer una *enfermedad* (14,0%); mientras que 28 presentan este sentir al *ver un cadáver* (28,0%) lo que les suscita un miedo en ambas situaciones que les lleva de una u otra forma a pensar en la muerte.

7.1.2.1.3 Miedo al pensar en una operación.

Tabla 96: Distribución del *miedo al pensar en una operación*.

	experiencia personal	%	anestesia	%	dolor	%	mutilación	%	mal éxito	%
Grupo Experimental	169	53,5	154	48,7	156	49,4	191	60,4	202	63,9
Decrecencia	69	55,6	63	50,8	63	50,8	74	59,7	79	63,7

1ª Senectud	82	55,0	73	49,0	75	50,3	94	63,1	97	65,1
2ª Senectud	18	41,9	18	41,9	18	41,9	23	53,5	26	60,5
Grupo Control	26	26,0	31	31,0	40	40,0	54	54,0	49	49,0

Como se comenta, en el anterior capítulo referido al estudio del análisis univariante, en este apartado se estudia el miedo a la muerte al pensar en el caso de tener que sufrir una intervención quirúrgica. Los factores en los que se divide este apartado son los siguientes: miedo al pensar en una operación por la *experiencia* de la misma que se tiene ya sea personal o influida por una ajena donde puntúan positivamente 169 sujetos (53,5%); el segundo factor está relacionado con la *anestesia* siendo 154 los sujetos que puntúan positivamente (48,7%); el tercer factor tiene relación con el *dolor* que se cree que puede sufrir durante la misma donde puntúan 156 sujetos (49,4%); el cuarto factor hace referencia al miedo por la *mutilación* que pueda sufrir en la operación siendo 191 los casos que han puntuado positivamente (60,4%) y finalmente el quinto factor referido al mal éxito de la operación donde 202 sujetos puntúan positivamente (63,9%).

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 69 presentan miedo a la muerte al pensar en una operación debido a la *experiencia personal* (55,6%); 63 presentan este sentir al pensar en la *anestesia* (50,8%); la misma cifra 63 sujetos presentan este miedo en relación al dolor que creen pueden sentir durante la operación (50,8%); 74 son los sujetos que sienten miedo al pensar en una posible mutilación que puedan sufrir en la operación (59,7%) y por último 79 sujetos expresan su miedo en función del mal éxito que pueda tener la intervención (63,7%).

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 82 presentan miedo a la muerte al pensar en una operación debido a la *experiencia personal* (55,0%); 73 presentan este sentir al pensar en la *anestesia* (49,0%); 75 sujetos presentan este miedo en relación al dolor que creen pueden sentir durante la operación (50,3%); 94 son los sujetos que sienten miedo al pensar en la mutilación que pueden sufrir en la operación (63,1%) y por último 97 sujetos expresan su miedo en función del mal éxito que pueda tener la intervención (65,1%)
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 18 presentan miedo a la muerte al pensar en una operación debido a la *experiencia personal* (41,9%); la misma cifra 18 presentan este sentir al pensar en la *anestesia* (41,9%); y de nuevo la misma cifra 18 sujetos presentan este miedo en relación al dolor que creen pueden sentir durante la operación (41,9%); 23 son los sujetos que sienten miedo al pensar en la mutilación que pueden sufrir durante la operación (53,5%) y por último 26 sujetos expresan su miedo en función del mal éxito que pueda tener la intervención (60,5%).

Para el *grupo control* son 26 los sujetos que presentan miedo a la muerte al pensar en una operación debido a la *experiencia personal* (26%); 31 sujetos presentan este sentir al pensar en la *anestesia* (31,0%); 40 sujetos presentan este miedo en relación al dolor que creen pueden sentir durante la operación (40,0%); 54 son los sujetos que sienten miedo al pensar en la mutilación que pueden sufrir en la operación (54,0%) y por último 49 sujetos expresan su miedo en función del mal éxito que pueda tener la intervención (49,0%).

7.1.2.1.4 Miedo ante el cáncer.

Tabla 97: Distribución del *miedo ante el cáncer*.

	significar muerte	%	sufrimiento tratamiento	%	carga para otros	%
Grupo Experimental	187	59,2	240	75,9	220	69,6
Decrecencia	72	58,1	89	71,8	82	66,1
1ª Senectud	85	57,0	117	78,5	108	72,5
2ª Senectud	30	69,8	34	79,1	30	69,8
Grupo Control	51	51,0	65	65,0	55	55,0

Como se comenta en el capítulo anterior, tres son los factores que se han tenido en cuenta a la hora de valorar este apartado. El primero es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* donde 187 sujetos puntúan positivamente (59,2%); el segundo factor está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 240 son los sujetos que puntúan positivamente (75,9%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 220 sujetos puntuando positivamente representando un 69,6% de la muestra.

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 72 sujetos puntúan positivamente en el primer factor que es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* (58,1%); el segundo factor está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 89 son los sujetos que puntúan positivamente (71,8%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 82 sujetos puntuando positivamente representando un 66,1% de la muestra.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 85 sujetos puntúan positivamente en el primer factor que es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* (57,0%); el segundo factor está re-

lacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 117 son los sujetos que puntúan positivamente (78,5%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 108 sujetos puntuando positivamente representando un 72,5% de la muestra.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: 30 sujetos puntúan positivamente en el primer factor que es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* (69,8%); el segundo factor está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 34 son los sujetos que puntúan positivamente (79,1%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 30 sujetos puntuando positivamente representando un 69,8% de la muestra.

Para el *grupo control* son 51 sujetos puntúan positivamente en el primer factor que es miedo al cáncer por tener este un *significado de muerte* (51,0%); el segundo factor está relacionado *con el sufrimiento del tratamiento* donde 65 son los sujetos que puntúan positivamente (65,0%) y el tercer factor se relaciona con el ser una *carga para los demás* con 55 sujetos puntuando positivamente representando un 55,0% de la muestra.

7.1.2.1.5 Concepción de la vida.

Tabla 98: Distribución de la *concepción ante la vida*.

	Aprovecha el tiempo	%	Preocupa tiempo perdido	%	Cambiar muchas cosas	%	Miedo muerte rápida	%
Grupo Experimental	265	83,9	60	19,0	129	40,8	118	37,3
Decrecencia	101	81,5	32	25,8	54	43,5	56	45,2
1ª Senectud	126	84,6	25	16,8	62	41,6	50	33,6
2ª Senectud	38	88,4	3	7,0	13	30,2	12	27,9
Grupo Control	79	79,0	39	39,0	37	37,0	41	41,0

Como se comenta en el capítulo anterior, este apartado está formado por cuatro factores que hacen referencia a la forma en cómo conciben la vida estos sujetos. Un primer factor está relacionado en si *aprovecha* o no *el tiempo* con 344 sujetos que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (82,70%); 99 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (23,80%), siendo este el segundo factor; en relación al tercer factor son 166 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (39,90%); y por último son 159 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (38,22%).

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, si *aprovecha* o no *el tiempo*, son 101 sujetos los que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (81,5%); 32 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (25,8%), siendo este el segundo factor; en relación al tercer factor son 54 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (43,5%); y por último son 56 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (42,5%).
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, si *aprovecha* o no *el tiempo*, son 126 sujetos los que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (84,6%); 25 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (16,8%), siendo este el segundo factor; en relación al tercer factor son 62 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (41,6%); y por último son 50 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (33,6%).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, si *aprovecha* o no *el tiempo*, son 38 sujetos los que opinan que sí han aprovechado el tiempo a lo largo de su vida (88,4%); 3 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (7,0%), siendo este el segundo

factor; en relación al tercer factor son 13 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (30,2%); y por último son 12 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (27,9%).

Para el *grupo control* son 79 sujetos los que puntúan positivamente en el primer factor, si *aprovecha* o no *el tiempo* a lo largo de su vida (79,0%); 39 sujetos tienen preocupación por el *tiempo perdido* (39,0%), siendo este el segundo factor; en relación al tercer factor son 37 sujetos los que opinan que *cambiarían muchas cosas* de su vida (37,0%); y por último son 41 los sujetos que sienten *miedo ante una muerte rápida* (41,0%).

7.1.2.1.6 Miedo a tener un ataque al corazón.

Tabla 99: Distribución del *miedo a tener un ataque al corazón*.

	Ataque re- pentino	%	Dolor del momento	%	Soledad del momento	%	Otras expe- riencias	%
Grupo Experimental	140	44,3	163	51,6	188	59,5	117	37,0
Decrecencia	59	47,6	63	50,8	74	59,7	38	30,6
1ª Senectud	63	42,3	78	52,3	91	61,1	68	45,6
2ª Senectud	18	41,9	22	51,2	23	53,5	11	25,6
Grupo Control	29	29,0	31	31,0	38	38,0	32	32,0

Como se comenta en el capítulo anterior, en este apartado son cuatro los factores analizados como causas a sentir miedo a tener un ataque al corazón. 169 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (40,62%); respecto a la segunda causa son 194 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (46,63%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 226 sujetos los que puntúan positivamente (54,32%) por último son 149 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (35,81%).

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, 59 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (47,6%); respecto a la segunda causa son 63 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (50,8%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 74 sujetos los que puntúan positivamente (59,7%) por último son 38 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (30,6%).
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, 63 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (42,3%); respecto a la segunda causa son 78 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (52,3%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 91 sujetos los que puntúan positivamente (61,1%) por último son 68 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (45,6%).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, 18 puntúan positivamente sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (41,9%); respecto a la segunda causa son 22 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (51,2%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 23 sujetos los que puntúan positivamente (53,5%) por último son 11 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (25,6%).

Para el *grupo control* son 29 sujetos los que puntúan positivamente para el primer factor sintiendo miedo a sufrir un ataque al corazón por tratarse de un *ataque repentino* (29,0%); respecto a la segunda causa son 31 los sujetos los que se refieren al *dolor del momento* como causa de este miedo (31,0%); el tercer factor hace referencia a la *soledad del momento* como causa del miedo siendo 38 sujetos los que puntúan positivamente (38,0%) por último son 32 sujetos los que presentan este tipo de miedo debido a *otro tipo de experiencias* (32,0%).

7.1.2.1.7 Preocupación por la guerra.

Tabla 100: Distribución de la *preocupación por la guerra*.

	n	Exp personal	%	Otras causas	%
Grupo Experimental	316	172	54,4	202	63,9
Decrecencia	124	36	29,0	69	55,6
1ª Senectud	149	100	67,1	108	72,5
2ª Senectud	43	36	83,7	25	58,1
Grupo Control	100	0	0,0	0	0,0

Como se ha comentado en el capítulo anterior, en este apartado la preocupación por una futura guerra viene dada en función de la *experiencia personal* que ha tenido cada sujeto ante tal evento y *otras causas* distintas a estas. Respecto al primer factor son 172 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su experiencia personal (54,4%) mientras que 202 sujetos presentan este sentir por otro tipo de causas (63,9%).

Los subgrupos que componen el *grupo experimental* obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 36 los sujetos a los que les preocupa oír hablar de

una futura guerra debido a su *experiencia personal* (29,0%) mientras que 69 sujetos presentan este sentir por *otro tipo de causas* (55,6%).

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 100 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su *experiencia personal* (67,1%) mientras que 108 sujetos presentan este sentir por *otro tipo de causas* (72,5%).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 36 los sujetos a los que le preocupa oír hablar de una futura guerra debido a su *experiencia personal* (83,7%) mientras que 25 sujetos presentan este sentir por *otro tipo de causas* (58,1%).

Para el *grupo control* no hay puntuaciones positivas ni para el primer factor ni para el segundo, la puntuación en ambos casos es 0.

7.1.2.1.8 Sentimiento de horror al ver un cadáver.

Tabla 101: Distribución del *sentimiento de horror al ver un cadáver*.

	n	identificación	%	cataplepsia	%
Grupo Experimental	316	29	9,2	173	54,7
Decrecencia	124	8	6,5	69	55,6
1ª Senectud	149	18	12,1	83	55,7
2ª Senectud	43	3	7,0	21	48,8
Grupo Control	100	10	10,0	50	50,0

Como se ha comentado en el capítulo anterior referido al estudio del análisis univariante, en este apartado, para el *grupo experimental* el sentimiento que provoca la visión de un cadáver, dos son los factores que hacen referencia a este parecer. El primer factor está relacionado con la idea de *identificarse* con el cadáver al verlo siendo 29 sujetos los que presentan este sentimiento (9,2%). El segundo factor

tiene que ver con el temor de ser enterrado vivo, la *catalepsia*, 173 sujetos presentan este temor cuando ven a un cadáver (54,7%)

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 8 los sujetos que se identifican con el cadáver al verlo (6,5%) mientras que 69 sujetos presentan este sentir por pensar en ser enterrado vivo (55,6 %).
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 18 los sujetos que se identifican con el cadáver al verlo (12,1%) mientras que 83 sujetos presentan este sentir por pensar en ser enterrado vivo (55,7 %).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 3 los sujetos que se identifican con el cadáver al verlo (7,0%) mientras que 21 sujetos presentan este sentir por pensar en ser enterrado vivo (48,8 %).

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor son 10 los sujetos que se identifican con el cadáver al verlo (10,0%) mientras que 50 sujetos presentan este sentir por pensar en ser enterrado vivo (50,0 %).

7.1.2.1.9 Sentimiento de temor respecto al futuro.

Tabla 102: Distribución del *sentimiento de temor respecto al futuro*.

	n	familia	%	otras causas	%
Grupo Experimental	316	104	32,9	53	16,8
Decrecencia	124	48	38,7	21	16,9
1ª Senectud	149	44	29,5	28	18,8
2ª Senectud	43	12	27,9	4	9,3

Grupo Control	100	33	33,0	44	44,0
----------------------	------------	-----------	-------------	-----------	-------------

Dos factores hacen referencia al sentimiento que expresan los sujetos cuando se les pregunta si el futuro les guarda algo que temer, el primer factor es el *estado en que dejen a su familia* donde 104 sujetos se pronuncian como preocupados al respecto (32,9%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 53 sujetos se puntúan positivamente (16,8%).

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, 48 son los sujetos que se pronuncian como preocupados al respecto (38,7%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 21 sujetos se puntúan positivamente (16,9%).
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, 44 son los sujetos que se pronuncian como preocupados al respecto (29,5%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 28 sujetos se puntúan positivamente (18,8%).
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, 12 son los sujetos que se pronuncian como preocupados al respecto (27,9%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 4 sujetos se puntúan positivamente (9,3%).

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: para el primer factor, el *estado en que dejen a su familia*, 33 son los sujetos que se pronuncian como preocupados al respecto (33,0%); el otro factor haría referencia a *otras causas* distintas al estado familiar donde 44 sujetos se puntúan positivamente (44,0%).

7.1.2.2 Distribución de la *ansiedad ante la muerte* (*Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte*—EAM–R).

Tabla 103: Distribución de la *ansiedad ante la muerte*—EAM–R.

	n	Media	Desv Tip	Mín	Máx
Grupo Experimental	316	43,35	16,637	0	81
Decrecencia	124	44,65	15,015	0	81
1ª Senectud	149	42,0	12,423	16	81
2ª Senectud	43	44,28	13,630	20	79
Grupo Control	100	42,13	13,904	10	79

Los valores que presenta la *Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 43,35 con una desviación típica de 16,637; un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 81.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores.

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes. La puntuación media es de 44,65 con una desviación típica de 15,015; un valor mínimo de 0 y un valor máximo de 81.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes. La puntuación media es de 42,0 con una desviación típica de 12,423;
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes. La puntuación media es de 44,28 con una desviación típica de 13,630; un valor mínimo de 20 y un valor máximo de 79.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 42,13 con una desviación típica de 13,904; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 79.

7.1.3 Miedo ante la muerte.

7.1.3.1 Distribución del *miedo a la muerte* (*Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett Lester—ECL—R*).

Tabla 104: Distribución del *miedo a la muerte*—ECL—R.

	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	Total
Grupo Experimental					
n	316	316	316	316	316
Media	20,59	30,14	29,09	31,75	111,54
Desv Tip	7,943	7,404	6,115	6,813	22,126
Mín	7	8	8	8	32
Máx	40	44	40	74	156
Decrecencia					
n	124	124	125	124	124
Media	22,31	30,53	29,38	31,85	113,98
Desv Tip	8,092	7,200	5,971	6,250	21,887
Mín	8	8	12	8	36
Máx	40	44	40	40	156
1ª Senectud					
n	149	149	149	149	149
Media	19,36	30,05	28,93	31,82	110,15
Desv Tip	7,700	7,642	6,318	7,471	22,450
Mín	8	8	8	8	32
Máx	40	40	40	74	156
2ª Senectud					
n	43	43	43	43	43
Media	19,93	29,30	28,86	31,23	109,33
Desv Tip	7,611	7,233	5,914	6,063	21,526
Mín	7	8	11	15	53
Máx	38	40	13	40	153

Grupo Control					
n	100	100	100	100	100
Media	22,53	28,90	29,82	29,35	110,60
Desv Tip	7,842	6,984	4,977	6,475	19,897
Mín	8	10	17	13	59
Máx	40	40	40	45	149

Los valores que presenta la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 111,54 con una desviación típica de 22,126; un valor mínimo de 32 y un valor máximo de 156.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 113,98 con una desviación típica de 21,887; un valor mínimo de 36 y un valor máximo de 156.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 110,15 con una desviación típica de 22,450; un valor mínimo de 32 y un valor máximo de 156.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 109,33 con una desviación típica de 21,526; un valor mínimo de 53 y un valor máximo de 153.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 110,60 con una desviación típica de 19,897; un valor mínimo de 59 y un valor máximo de 149.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

F₁: *Tu propia muerte.*

Los valores que presenta el Factor 1 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 20,59 con una desviación típica de 7,943; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 40.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,31 con una desviación típica de 8,092; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 19,36 con una desviación típica de 7,700; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 19,93 con una desviación típica de 7,611; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 38.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,53 con una desviación típica de 7,842; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

F₂: *Tu propio proceso de morir.*

Los valores que presenta el Factor 2 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 30,14 con una desviación típica de 7,404; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 44.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 30,53 con una desviación típica de 7,200; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 44.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 30,05 con una desviación típica de 7,642; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,30 con una desviación típica de 7,233; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,90 con una desviación típica de 6,984; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 40.

F₃: La muerte de los otros.

Los valores que presenta el Factor 3 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 29,09 con una desviación típica de 6,115; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,38 con una desviación típica de 5,971; un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 40.

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,93 con una desviación típica de 6,318; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,68 con una desviación típica de 5,914; un valor mínimo de 11 y un valor máximo de 13.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,82 con una desviación típica de 4,977; un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 40.

F4: *El proceso de morir de los otros.*

Los valores que presenta el Factor 4 de la *Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 31,75 con una desviación típica de 6,813; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 74.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 31,85 con una desviación típica de 6,250; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 40.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 31,82 con una desviación típica de 7,471; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 74.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 31,23 con una desviación típica de 6,063; un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 40.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,35 con una desviación típica de 6,475; un valor mínimo de 13 y un valor máximo de 45.

7.1.3.2 Distribución del *miedo a la muerte* (*Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte*—EMMM).

Tabla 105: Distribución del *miedo a la muerte*—EMMM.

	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅	F ₆	F ₇	F ₈	Total
Grupo Experimental									
n	316	316	316	316	316	316	316	316	316
Media	10,19	17,41	10,29	10,48	13,25	12,36	21,68	10,73	106,41
Desv Tip	5,442	4,351	4,147	4,336	4,615	4,438	5,784	4,643	21,804
Mín	5	6	2	4	4	5	6	3	58
Máx	30	30	26	30	25	25	36	26	193
Decrecencia									
n	124	124	124	124	124	124	124	124	124
Media	9,57	17,60	10,53	10,50	13,14	12,15	20,81	9,48	103,78
Desv Tip	4,993	4,260	3,790	3,935	4,998	4,490	6,107	4,125	20,860
Mín	6	8	4	6	5	5	6	4	60
Máx	30	30	20	25	25	25	31	24	182
1ª Senectud									
n	149	149	149	149	149	149	149	149	149
Media	10,42	17,41	10,38	10,58	13,13	12,20	22,09	11,13	107,33
Desv Tip	5,896	4,430	4,468	4,783	4,470	4,449	5,671	4,784	23,587
Mín	5	6	2	4	4	5	6	3	58
Máx	30	28	26	30	25	25	36	26	193
2ª Senectud									
n	43	43	43	43	43	43	43	43	43

Media	11,19	16,86	9,30	10,12	14,00	13,53	22,79	12,98	110,77
Desv Tip	4,929	4,395	3,919	3,850	3,940	4,154	4,931	4,564	16,973
Mín	5	7	4	5	5	6	12	4	74
Máx	27	25	18	20	24	22	30	20	148

Grupo Control

n	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Media	12,04	18,01	12,08	9,24	13,37	13,24	22,68	9,13	109,79
Desv Tip	5,554	4,396	4,851	3,406	4,211	5,065	5,201	3,886	22,732
Mín	6	9	4	6	5	5	6	4	60
Máx	30	30	24	24	25	28	32	20	179

Los valores que presenta la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 106,41 con una desviación típica de 21,804; un valor mínimo de 58 y un valor máximo de 193.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 103,78 con una desviación típica de 20,860; un valor mínimo de 60 y un valor máximo de 182.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 107,33 con una desviación típica de 23,587; un valor mínimo de 58 y un valor máximo de 193.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 110,77 con una desviación típica de 16,973; un valor mínimo de 74 y un valor máximo de 148.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 109,79 con una desviación típica de 22,732; un valor mínimo de 60 y un valor máximo de 179.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

F1: Miedo al proceso de morir.

Los valores que presenta el Factor 1 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,19 con una desviación típica de 5,442; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 30.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,57 con una desviación típica de 4,993; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,42 con una desviación típica de 5,896; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 30.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 11,19 con una desviación típica de 4,929; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 27.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,04 con una desviación típica de 5,554; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30.

F₂: Miedo a los muertos.

Los valores que presenta el Factor 2 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 17,41 con una desviación típica de 4,351; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 30.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 17,60 con una desviación típica de 4,260; un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 30.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 17,41 con una desviación típica de 4,430; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 28.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 16,83 con una desviación típica de 4,395; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 25.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 18,01 con una desviación típica de 4,396; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 30.

F₃: Miedo a ser destrozado.

Los valores que presenta el Factor 3 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,29 con una desviación típica de 4,147; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 26.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,53 con una desviación típica de 3,790; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,38 con una desviación típica de 4,468; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 26.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,30 con una desviación típica de 3,919; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 18.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes. La puntuación media es de 12,08 con una desviación típica de 4,851; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 24.

F₄: Miedo por otras personas significativas.

Los valores que presenta el Factor 4 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,48 con una desviación típica de 4,336; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 30.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,50 con una desviación típica de 3,935; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 25.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,58 con una desviación típica de 4,783; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 30.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 10,12 con una desviación típica de 3,850; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 20.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,24 con una desviación típica de 3,406; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 24.

F₅: Miedo a lo desconocido.

Los valores que presenta el Factor 5 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 13,25 con una desviación típica de 4,615; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 25.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,14 con una desviación típica de 4,998; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,13 con una desviación típica de 4,470; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 25.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 14,00 con una desviación típica de 3,940; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 24.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,37 con una desviación típica de 4,211; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.

F₆: Miedo a una muerte consciente.

Los valores que presenta el Factor 6 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 12,36 con una desviación típica de 4,438; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,15 con una desviación típica de 4,490; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,20 con una desviación típica de 4,449; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 25.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,53 con una desviación típica de 4,154; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 22.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,24 con una desviación típica de 5,065; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 28.

F₇: Miedo por el cuerpo después de la muerte.

Los valores que presenta el Factor 7 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 21,68 con una desviación típica de 5,784; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 36.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 20,81 con una desviación típica de 6,107; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 31.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,09 con una desviación típica de 5,671; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 36.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,79 con una desviación típica de 4,931; un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,68 con una desviación típica de 5,201; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 32.

F₈: Miedo al proceso de morir.

Los valores que presenta el Factor 8 de la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 10,73 con una desviación típica de 4,643; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 26.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,48 con una desviación típica de 4,125; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 24.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 11,13 con una desviación típica de 4,784; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 26.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,98 con una desviación típica de 4,564; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 9,13 con una desviación típica de 3,886; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 20.

7.1.4 Afrontamiento ante la muerte.

7.1.4.1 Distribución del afrontamiento a la muerte (*Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte*).

Tabla 106: Distribución del *afrontamiento a la muerte* según la escala Bugen.

	n	Media	Desv Tip	Mín	Máx
Grupo Experimental	316	128,29	27,381	40	206
Decrecencia	124	125,57	27,913	40	206
1ª Senectud	149	133,70	27,121	74	193
2ª Senectud	43	50,28	12,483	11	70
Grupo Control	100	113,31	14,327	56	252

Los valores que presenta la *Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 128,29 con una desviación típica de 27,381; un valor mínimo de 40 y un valor máximo de 206.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 125,57 con una desviación típica de 27,913; un valor mínimo de 40 y un valor máximo de 206.

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 133,70 con una desviación típica de 27,121; un valor mínimo de 74 y un valor máximo de 193.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 50,28 con una desviación típica de 12,483; un valor mínimo de 11 y un valor máximo de 70.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 113,31 con una desviación típica de 14,327; un valor mínimo de 56 y un valor máximo de 252.

7.1.5 Actitudes ante la muerte y propósito en la vida.

7.1.5.1 Distribución de las actitudes ante la muerte (Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte—PAM–R).

Tabla 107: Distribución de las actitudes ante la muerte—PAM–R.

	C₁	C₂	C₃	C₄	C₅	Total
Grupo Experimental						
n	316	316	316	316	316	316
Media	49,50	28,95	28,36	20,86	28,42	150,78
Desv Tip	14,207	9,844	8,354	8,672	5,951	26,968
Mín	10	7	5	5	5	50
Máx	80	52	39	37	37	221
Decrescencia						
n	124	124	124	124	124	124
Media	47,36	30,82	22,67	19,69	27,73	148,28
Desv Tip	14,653	9,412	8,415	8,427	6,233	27,319
Mín	10	7	5	5	5	50
Máx	70	52	35	35	36	221

1ª Senectud						
n	149	149	149	149	149	149
Media	51,05	28,21	24,11	22,13	29,01	153,86
Desv Tip	14,294	10,061	8,582	8,627	5,986	27,223
Mín	11	7	5	5	7	60
Máx	80	49	37	37	37	218
2ª Senectud						
n	43	43	43	43	43	43
Media	50,28	26,14	22,74	19,84	28,35	147,35
Desv Tip	12,483	9,496	7,264	9,105	4,785	24,359
Mín	11	7	10	5	15	74
Máx	70	49	39	35	35	200
Grupo Control						
n	100	100	100	100	100	100
Media	35,42	27,79	19,91	15,07	26,40	124,59
Desv Tip	14,327	11,367	8,747	7,118	5,692	25,436
Mín	9	7	5	5	14	74
Máx	67	49	35	35	35	190

Los valores que presenta el *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 150,78 con una desviación típica de 26,968; un valor mínimo de 50 y un valor máximo de 221.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 148,28 con una desviación típica de 27,319; un valor mínimo de 50 y un valor máximo de 221.

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 153,86 con una desviación típica de 27,223; un valor mínimo de 60 y un valor máximo de 218.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 147,35 con una desviación típica de 24,359; un valor mínimo de 74 y un valor máximo de 200.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 124,59 con una desviación típica de 25,436; un valor mínimo de 74 y un valor máximo de 190.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide.

C₁: Aceptación de acercamiento.

Los valores que presenta la Componente 1 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 49,50 con una desviación típica de 14,207; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 80.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 47,36 con una desviación típica de 14,653; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 70.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 51,05 con una desviación típica de 14,294; un valor mínimo de 11 y un valor máximo de 80.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 50,28 con una desviación típica de 12,483; un valor mínimo de 11 y un valor máximo de 70.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 35,42 con una desviación típica de 14,327; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 67.

C₂: Miedo a la Muerte.

Los valores que presenta la Componente 2 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes. Para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,95 con una desviación típica de 9,844; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 52.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 30,82 con una desviación típica de 9,412; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 52.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,21 con una desviación típica de 10,061; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 49.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 26,14 con una desviación típica de 9,496; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 49.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 27,79 con una desviación típica de 11,367; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 49.

C₃: Evitación de la Muerte.

Los valores que presenta la Componente 3 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,36 con una desviación típica de 8,358; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 39.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,67 con una desviación típica de 8,415; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 24,11 con una desviación típica de 8,582; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,74 con una desviación típica de 7,264; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 39.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 19,91 con una desviación típica de 8,747; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.

C₄: Aceptación de escape.

Los valores que presenta la Componente 4 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 20,86 con una desviación típica de 8,672; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 16,69 con una desviación típica de 8,427; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 36.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,13 con una desviación típica de 8,627; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 19,84 con una desviación típica de 9,105; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 15,07 con una desviación típica de 7,118; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 35.

C₅: Aceptación neutral.

Los valores que presenta la Componente 5 del *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 28,42 con una desviación típica de 5,951; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 37.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 27,73 con una desviación típica de 6,233; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 36.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 29,01 con una desviación típica de 5,986; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 37.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 28,35 con una desviación típica de 4,785; un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 35.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 26,40 con una desviación típica de 5,692; un valor mínimo de 14 y un valor máximo de 35.

7.1.6.2 Distribución de los *propósitos vitales* (*Prueba de Propósitos Vitales* —PIL).

Tabla 108: Distribución de los *propósitos vitales* —PIL.

	F _I	F _{II}	F _{III}	F _{IV}	F _V	F _{VI}	Total
Grupo Experimental							
n	316	316	316	316	316	316	316
Media	24,71	23,32	12,44	7,77	4,57	6,59	79,41
Desv Tip	3,581	3,202	2,204	1,040	1,213	1,551	9,982
Mín	10	9	5	4	2	2	34
Máx	33	44	20	11	9	12	102
Decrecencia							
n	124	124	124	124	124	124	124
Media	24,72	23,48	12,72	7,66	4,68	6,41	79,66
Desv Tip	3,161	3,119	2,006	0,970	1,114	1,530	8,733
Mín	16	17	6	5	2	2	56
Máx	30	44	20	9	6	9	98
1ª Senectud							
n	149	149	149	149	149	149	149
Media	25,03	23,44	12,34	7,83	4,50	6,74	79,88
Desv Tip	3,750	3,336	2,370	1,070	1,228	1,472	10,840
Mín	10	9	5	4	2	3	34

Máx	30	33	18	9	6	9	96
<hr/>							
2ª Senectud							
n	43	43	43	43	43	43	43
Media	23,53	22,47	12,02	7,86	4,51	6,63	77,02
Desv Tip	3,984	2,881	2,099	1,125	1,352	1,839	10,155
Mín	15	17	7	6	2	3	56
Máx	30	27	15	11	9	12	102
<hr/>							
Grupo Control							
n	100	100	100	100	100	100	100
Media	25,52	23,73	13,33	7,54	4,80	6,55	81,47
Desv Tip	3,645	3,405	1,815	1,086	1,015	1,822	9,924
Mín	12	9	6	3	2	3	41
Máx	30	32	16	9	6	18	96

Prueba de Propósitos Vitales—PIL.

Los valores que presenta la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 79,41 con una desviación típica de 9,982; un valor mínimo de 34 y un valor máximo de 102.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 79,66 con una desviación típica de 8,733; un valor mínimo de 56 y un valor máximo de 98.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 79,88 con una desviación típica de 10,840; un valor mínimo de 34 y un valor máximo de 96.

- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 77,02 con una desviación típica de 10,155; un valor mínimo de 56 y un valor máximo de 102.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 81,47 con una desviación típica de 9,924; un valor mínimo de 41 y un valor máximo de 96.

A continuación se describen los resultados de la escala según los factores que mide:

F₁: Propósito en la vida.

Los valores que presenta el Factor I de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 24,71 con una desviación típica de 3,581; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 33.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 24,72 con una desviación típica de 3,161; un valor mínimo de 16 y un valor máximo de 30.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 25,03 con una desviación típica de 3,750; un valor mínimo de 10 y un valor máximo de 30.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 25,53 con una desviación típica de 3,984; un valor mínimo de 15 y un valor máximo de 30.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 25,52 con una desviación típica de 3,645; un valor mínimo de 12 y un valor máximo de 30.

F_{II}: Satisfacción con la vida.

Los valores que presenta el Factor II de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 23,32 con una desviación típica de 3,202; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 44.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 23,48 con una desviación típica de 3,119; un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 44.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 23,44 con una desviación típica de 3,336; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 33.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 22,47 con una desviación típica de 2,881; un valor mínimo de 17 y un valor máximo de 27.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 23,73 con una desviación típica de 3,405; un valor mínimo de 9 y un valor máximo de 32.

F_{III}: Logro de metas.

Los valores que presenta el Factor III de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 12,44

con una desviación típica de 2,204; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 20.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,72 con una desviación típica de 2,006; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 20.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,34 con una desviación típica de 2,370; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 18.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 12,02 con una desviación típica de 2,099; un valor mínimo de 7 y un valor máximo de 15.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 13,33 con una desviación típica de 1,815; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 16.

FIV: *Auto-realización.*

Los valores que presenta el Factor IV de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 7,77 con una desviación típica de 1,040; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 11.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,66 con una desviación típica de 0,970; un valor mínimo de 5 y un valor máximo de 9.

- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,83 con una desviación típica de 1,070; un valor mínimo de 4 y un valor máximo de 9.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,86 con una desviación típica de 1,125; un valor mínimo de 6 y un valor máximo de 11.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 7,54 con una desviación típica de 1,086; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 9.

F_V: *Locus de control*.

Los valores que presenta el Factor V de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 4,57 con una desviación típica de 1,213; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 9.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 4,68 con una desviación típica de 1,114; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 6.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 4,50 con una desviación típica de 1,228; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 6.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 4,51 con una desviación típica de 1,352; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 9.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 4,80 con una desviación típica de 1,015; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 6.

F_{VI}: Visión de la vida.

Los valores que presenta el Factor IV de la *Prueba de Propósitos Vitales* son los siguientes: para el *grupo experimental* la puntuación media es de 6,59 con una desviación típica de 1,551; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 12.

Los subgrupos que componen el grupo experimental obtienen los siguientes valores:

- Para el primer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,41 con una desviación típica de 1,530; un valor mínimo de 2 y un valor máximo de 9.
- Para el segundo subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,74 con una desviación típica de 1,472; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 9.
- Para el tercer subgrupo las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,63 con una desviación típica de 1,839; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 12.

Para el *grupo control* las puntuaciones son las siguientes: la puntuación media es de 6,55 con una desviación típica de 1,822; un valor mínimo de 3 y un valor máximo de 18.

7.2. Análisis Inferencial.

7.2.1. Variables Cualitativas.

Tabla 109: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

			Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPOS	Decrecencia	Recuento	72	58,1	52	41,9	124
		Residuos corregidos	2,9		-2,9		
	1ª Senectud	Recuento	68	45,6	81	54,4	149
		Residuos corregidos	-0,5		0,5		
2ª Senectud	Recuento	13	30,2	30	69,8	43	
	Residuos corregidos	-2,4		2,4			
Grupo Control	Recuento	44	44,0	56	56,4	100	
	Residuos corregidos	-0,8		0,8			
Total		Recuento	197		219		416
			$\chi^2 = 11,389$ (p = 0,010)				

Tabla 110: Miedo a lo desconocido.

			miedo a lo desconocido				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	31	25,0	93	75,0	124
		Residuos corregidos	0,6		-0,6		
	1ª Senectud	Recuento	34	22,8	115	77,2	149
		Residuos corregidos	-0,1		0,1		
2ª Senectud	Recuento	5	11,6	38	88,4	43	
	Residuos corregidos	-1,9		1,9			
Grupo Control	Recuento	26	26,0	74	74,0	100	
	Residuos corregidos	0,8		-0,8			
Total		Recuento	96		320		416
			$\chi^2 = 3,920$ (p = 0,270)				

Tabla 111: *Frustración por no hacer algo.*

			<i>frustración por no hacer algo</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPOS	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	3 -1,2	2,4	121 1,2	97,6	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	8 0,8	5,4	141 -0,8	94,6	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	2 0,1	4,7	41 -0,1	95,3	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	5 0,4	5,0	95 -0,4	95,0	100
Total		Recuento		18		398	416

$\chi^2 = 1,601$ (p = 0,659)

Tabla 112: *Dejar gente.*

			<i>dejar gente</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	36 0,0	29,0	88 0,0	71,0	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	47 0,8	31,5	102 -0,8	68,5	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	11 -0,5	25,6	32 0,5	74,4	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	27 -0,5	27,0	73 0,5	73,0	100
Total		Recuento		121		295	416

$\chi^2 = 0,903$ (p = 0,825)

Tabla 113: *Miedo al dolor.*

			<i>miedo dolor</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	98	79	26	21	124
		Residuos corregidos	2,1		-2,1		
	1ª Senectud	Recuento	114	92	35	8	149
		Residuos corregidos	1,5		-1,5		
	2ª Senectud	Recuento	30	69,7	13	30,2	43
		Residuos corregidos	-0,4		0,4		
	Grupo Control	Recuento	58	58	42	42	100
		Residuos corregidos	-3,6		3,6		
Total		Recuento	300		116		416

$\chi^2 = 14,407$ (p = 0,002)

Tabla 114: *Miedo a la angustia.*

			<i>miedo a la angustia</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	96	77,4	28	22,6	124
		Residuos corregidos	2,0		-2,0		
	1ª Senectud	Recuento	113	75,8	36	24,1	149
		Residuos corregidos	1,7		-1,7		
	2ª Senectud	Recuento	31	72	12	28	43
		Residuos corregidos	0,2		-0,2		
	Grupo Control	Recuento	54	54	46	46	100
		Residuos corregidos	-4,2		4,2		
Total		Recuento	294		122		416

$\chi^2 = 18,096$ (p = 0,0005)

Tabla 115: Pensar la muerte.

			Pensar la muerte				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	40	32,2	84	67,8	124
		Residuos corregidos	0,8		-0,8		
	1ª Senectud	Recuento	48	32,2	101	67,8	149
		Residuos corregidos	0,9		-0,9		
	2ª Senectud	Recuento	12	28	31	72	43
		Residuos corregidos	-0,3		0,3		
	Grupo Control	Recuento	23	23	77	77	100
		Residuos corregidos	-1,7		1,7		
Total		Recuento	123		293		416
			$\chi^2 = 3,061$				$(p = 0,382)$

Tabla116: Pensar la muerte en presencia de enfermedad.

			enfermedad				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	29	23,3	95	76,7	124
		Residuos corregidos	1,0		-1,0		
	1ª Senectud	Recuento	27	18,1	122	81,9	149
		Residuos corregidos	-0,9		0,9		
	2ª Senectud	Recuento	15	34,8	28	65,2	43
		Residuos corregidos	2,5		-2,5		
	Grupo Control	Recuento	14	14	86	86	100
		Residuos corregidos	-1,8		1,8		
Total		Recuento	85		331		416
			$\chi^2 = 9,224$				$(p = 0,026)$

Tabla 117: *Pensar la muerte al ver un cadáver.*

			<i>ver un cadáver</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	28	22,5	96	77,5	124
		Residuos corregidos	0,2		-0,2		
	1ª Senectud	Recuento	31	20,8	118	79,2	149
		Residuos corregidos	-0,4		0,4		
	2ª Senectud	Recuento	4	9,3	39	90,7	43
		Residuos corregidos	-2,1		2,1		
	Grupo Control	Recuento	28	28	72	72	100
		Residuos corregidos	1,7		-1,7		
Total		Recuento	91		325		416
$\chi^2 = 6,308 \quad (p = 0,098)$							

Tabla 118: *Ansiedad al oír hablar de la muerte.*

			<i>Ansiedad al oír hablar de la muerte</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	35	28,2	89	71,2	124
		Residuos corregidos	2,5		-2,5		
	1ª Senectud	Recuento	24	16,1	125	83,9	149
		Residuos corregidos	-1,7		1,7		
	2ª Senectud	Recuento	10	23,2	33	76,8	43
		Residuos corregidos	0,4		-0,4		
	Grupo Control	Recuento	17	17	83	83	100
		Residuos corregidos	-1,0		1,0		
Total		Recuento	86		330		416
$\chi^2 = 7,205 \quad (p = 0,066)$							

Tabla 119: Pensar en una operación.

			Pensar en una operación				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	87	70	37	30	124
		Residuos corregidos	2,6		-2,6		
	1ª Senectud	Recuento	98	65,7	51	34,3	149
		Residuos corregidos	1,6		-1,6		
	2ª Senectud	Recuento	24	55,8	19	44,2	43
		Residuos corregidos	-0,7		0,7		
	Grupo Control	Recuento	43	43	57	57	100
		Residuos corregidos	-4,1		4,1		
Total		Recuento	252		164		416

$\chi^2 = 19,799$ (p = 0,0005)

Tabla 120: Experiencia personal.

			experiencia personal				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	69	55,6	55	44,4	124
		Residuos corregidos	2,3		-2,3		
	1ª Senectud	Recuento	82	55	67	45	149
		Residuos corregidos	2,5		-2,5		
	2ª Senectud	Recuento	18	42	25	58	43
		Residuos corregidos	-0,7		0,7		
	Grupo Control	Recuento	26	26	74	74	100
		Residuos corregidos	-4,8		4,8		
Total		Recuento	195		221		416

$\chi^2 = 25,746$ (p = 0,0005)

Tabla 121: *Anestesia*.

			<i>anestesia</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	63 1,7	50,8	61 -1,7	49,2	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	73 1,4	49	76 -1,4	51	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	18 -0,4	41,8	25 0,4	58,2	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	31 -3,1	31	69 3,1	69	100
Total		Recuento	185		231		416
			$\chi^2 = 10,717$		$(p = 0,013)$		

Tabla 122: Miedo al *dolor*.

			<i>dolor</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	63 1,0	50,8	61 -1,0	44,2	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	75 1,0	50,3	74 -1,0	49,7	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	18 -0,7	41,8	25 0,7	58,2	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	40 -1,6	40	60 1,6	60	100
Total		Recuento	196		220		416
			$\chi^2 = 3,807$		$(p = 0,283)$		

Tabla 123: Miedo a una *mutilación*.

			<i>mutilación</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	74	59,6	50	40,4	124
		Residuos corregidos	0,2		-0,2		
	1ª Senectud	Recuento	94	63	55	37	149
		Residuos corregidos	1,3		-1,3		
	2ª Senectud	Recuento	23	53,4	20	46,6	43
		Residuos corregidos	-0,8		0,8		
	Grupo Control	Recuento	54	54	46	46	100
		Residuos corregidos	-1,1		1,1		
Total		Recuento	245		171		416
			$\chi^2 = 2,622$				$(p = 0,454)$

Tabla 124: Miedo a un *mal éxito* en la operación.

			<i>mal éxito</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	79	63,7	45	36,3	124
		Residuos corregidos	0,9		-0,9		
	1ª Senectud	Recuento	97	65,1	52	34,9	149
		Residuos corregidos	1,5		-1,5		
	2ª Senectud	Recuento	26	60,5	17	39,5	43
		Residuos corregidos	0,0		0,0		
	Grupo Control	Recuento	49	49	51	51	100
		Residuos corregidos	-2,7		2,7		
Total		Recuento	251		165		416
			$\chi^2 = 7,373$				$(p = 0,061)$

Tabla 125: Miedo ante el cáncer.

			Miedo ante el cáncer				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	102	82,2	22	17,8	124
		Residuos corregidos	1,5		-1,5		
	1ª Senectud	Recuento	120	80,5	29	19,5	149
		Residuos corregidos	1,1		-1,1		
2ª Senectud	Recuento	34	79	9	21	43	
	Residuos corregidos	0,2		-0,2			
Grupo Control	Recuento	67	67	33	33	100	
	Residuos corregidos	-2,9		2,9			
Total		Recuento	323		93		416
			$\chi^2 = 8,817$ (p = 0,032)				

Tabla 126: Por significar la muerte.

			significar la muerte				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	72	58	52	42	124
		Residuos corregidos	0,2		-0,2		
	1ª Senectud	Recuento	85	57	64	43	149
		Residuos corregidos	-0,1		0,1		
2ª Senectud	Recuento	30	69,7	13	30,3	43	
	Residuos corregidos	1,8		-1,8			
Grupo Control	Recuento	51	51	49	49	100	
	Residuos corregidos	-1,4		1,4			
Total		Recuento	238		178		416
			$\chi^2 = 4,384$ (p = 0,223)				

Tabla127: *Por el sufrimiento del tratamiento.*

			<i>sufrimiento del tratamiento</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	89	71,7	35	28,2	124
		Residuos corregidos	-0,5		0,5		
	1ª Senectud	Recuento	117	78,5	32	21,5	149
		Residuos corregidos	1,8		-1,8		
2ª Senectud	Recuento	34	79	9	21	43	
	Residuos corregidos	0,9		-0,9			
Grupo Control	Recuento	65	65	35	21	100	
	Residuos corregidos	-2,2		2,2			
Total		Recuento	305		111		416
			$\chi^2 = 6,479$ (p = 0,091)				

Tabla 128: *Por ser una carga para otros.*

			<i>carga para otros</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	82	66,1	42	33,9	124
		Residuos corregidos	0,0		0,0		
	1ª Senectud	Recuento	108	73,1	41	26,9	149
		Residuos corregidos	2,1		-2,1		
2ª Senectud	Recuento	30	69,7	13	30,3	43	
	Residuos corregidos	0,5		-0,5			
Grupo Control	Recuento	55	55	45	45	100	
	Residuos corregidos	-2,7		2,7			
Total		Recuento	275		141		416
			$\chi^2 = 8,467$ (p = 0,037)				

Tabla 129: La vida es corta.

			La vida es corta				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	90	72,6	34	27,4	124
		Residuos corregidos	2,5		-2,4		
	1ª Senectud	Recuento	108	72,5	41	27,5	149
		Residuos corregidos	2,8		-2,7		
	2ª Senectud	Recuento	23	53,5	19	46,5	43
		Residuos corregidos	-1,5		1,2		
	Grupo Control	Recuento	44	44	56	56	100
		Residuos corregidos	-4,7		4,8		
Total		Recuento	265		150		416

$\chi^2 = 36,278$ (p = 0,0005)

Tabla 129: Concepción de la vida.

			Vida								
			activa	%	agradable	%	cómoda	%	resignada	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	74	60	40	32,2	5	4	3	2,4	124
		Residuos corregidos	5,0		0,9		-3,3		-3,2		
	1ª Senectud	Recuento	46	30,8	33	22,1	23	15,4	28	18,7	149
		Residuos corregidos	-3,2		-2,3		1,6		4,7		
	2ª Senectud	Recuento	14	32,5	13	30,2	5	11,6	6	14	43
		Residuos corregidos	-1,2		0,2		-0,1		1,0		
	Grupo Control	Recuento	37	37	35	35	17	17	3	3	100
		Residuos corregidos	-1,0		1,5		1,8		-2,6		
Total		Recuento	171	121	50	40	7	5	16	6	416

$\chi^2 = 9,224$ (p = 0,026)

			vida								
			aburrida	%	triste	%	merece la pena	%	concluyente	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	1	0,8	0	99,2	0	0	1	100	124
		Residuos corregidos	-0,9		-1,5		-2,7		-0,7		
	1ª Senectud	Recuento	3	2	0	98	12	8	4	92	149
		Residuos corregidos	0,4		-1,7		3,3		1,6		
	2ª Senectud	Recuento	1	2,3	0	0	3	7	1	2,3	43
		Residuos corregidos	0,3		-0,8		1,1		0,5		
	Grupo Control	Recuento	2	2	5	5	1	1	0	0	100
		Residuos corregidos	0,3		4,0		-1,7		-1,4		
Total		Recuento	7		5		16		6		416

$\chi^2 = 9,224$ (p = 0,026)

Tabla 130: Preocupación por el tiempo perdido.

			Preocupación tiempo perdido				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	32	25,8	92	74,2	124
		Residuos corregidos	0,6		-0,5		
	1ª Senectud	Recuento	25	16,8	123	83,2	149
		Residuos corregidos	-2,5		2,3		
	2ª Senectud	Recuento	3	7	40	93	43
		Residuos corregidos	-2,7		2,8		
	Grupo Control	Recuento	39	39	61	61	100
		Residuos corregidos	4,1		-4,0		
Total		Recuento	99		316		416

$\chi^2 = 25,408$ (p = 0,0005)

Tabla 131: Aprovechar el tiempo.

			Aprovechar el tiempo				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	101	81,4	23	18,6	124
		Residuos corregidos	-0,4		0,4		
	1ª Senectud	Recuento	126	84,5	23	15,5	149
		Residuos corregidos	0,8		-0,8		
	2ª Senectud	Recuento	38	88,3	5	11,7	43
		Residuos corregidos	1,0		-1,0		
	Grupo Control	Recuento	79	79	21	21	100
		Residuos corregidos	-1,1		1,1		
Total		Recuento	344		72		416

$\chi^2 = 2,420$ (p = 0,490)

Tabla 132: Cambiar la vida.

			Cambiar la vida				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	54	43,5	70	56,5	124
		Residuos corregidos	1,0		-1,0		
	1ª Senectud	Recuento	62	41,6	87	58,4	149
		Residuos corregidos	0,5		-0,5		
	2ª Senectud	Recuento	13	30,2	30	69,8	43
		Residuos corregidos	-1,4		1,4		
	Grupo Control	Recuento	37	37	63	63	100
		Residuos corregidos	-0,7		0,7		
Total		Recuento	166		250		416

$\chi^2 = 2,897$ (p = 0,408)

Tabla 135: Por ser *repentino*.

			<i>repentino</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPOS	Decrecencia	Recuento	59	47,6	65	52,6	124
		Residuos corregidos	1,9		-1,9		
	1ª Senectud	Recuento	63	42,2	86	57,8	149
		Residuos corregidos	0,5		-0,5		
2ª Senectud	Recuento	18	41,8	25	58,2	43	
	Residuos corregidos	0,2		-0,2			
Grupo Control	Recuento	29	29	71	71	100	
	Residuos corregidos	-2,7		2,7			
Total		Recuento	169		247		416

$\chi^2 = 8,287$ (p = 0,040)

Tabla 136: Por el *dolor*.

			<i>dolor</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	63	50,8	61	49,2	124
		Residuos corregidos	1,1		-1,1		
	1ª Senectud	Recuento	78	52,3	71	47,7	149
		Residuos corregidos	1,7		-1,7		
2ª Senectud	Recuento	22	51,1	21	48,9	43	
	Residuos corregidos	0,6		-0,6			
Grupo Control	Recuento	31	31	69	69	100	
	Residuos corregidos	-3,6		3,6			
Total		Recuento	194		222		416

$\chi^2 = 12,999$ (p = 0,005)

Tabla 137: Por la *soledad del momento*.

			<i>soledad del momento</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	74	59,6	50	40,4	124
		Residuos corregidos	1,4		-1,4		
	1ª Senectud	Recuento	91	61	58	39	149
		Residuos corregidos	2,1		-2,1		
	2ª Senectud	Recuento	23	53,5	20	46,5	43
		Residuos corregidos	-0,1		0,1		
	Grupo Control	Recuento	38	38	62	62	100
		Residuos corregidos	-3,8		3,8		
Total		Recuento	226		190		416

$\chi^2 = 14,920$ (p = 0,002)

Tabla 138: *Otras experiencias*.

			<i>otras experiencias</i>				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPOS	Decrecencia	Recuento	38	30	86	70	124
		Residuos corregidos	-1,4		1,4		
	1ª Senectud	Recuento	68	45,6	81	54,4	149
		Residuos corregidos	3,1		-3,1		
	2ª Senectud	Recuento	11	25,5	32	74,5	43
		Residuos corregidos	-1,5		1,5		
	Grupo Control	Recuento	32	32	68	68	100
		Residuos corregidos	-0,9		0,9		
Total		Recuento	149		267		416

$\chi^2 = 10,287$ (p = 0,016)

Tabla 139: Preocupación por una futura guerra.

			preocupación por la guerra				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	101 1,1	81,4	23 -1,1	18,6	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	126 2,4	84,5	23 -2,4	15,5	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	35 0,5	81,4	8 -0,5	18,6	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	63 -4,2	63	37 4,2	37	100
Total		Recuento	325		91		416
		$\chi^2 = 18,073$		$(p = 0,0005)$			

Tabla140: Por la *experiencia personal*.

			exp. personal				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento Residuos corregidos	36 -3,3	29	88 3,3	71	124
	1ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	100 8,0	67,1	49 -8,0	32,9	149
	2ª Senectud	Recuento Residuos corregidos	36 6,0	83,7	7 -6,0	16,3	43
	Grupo Control	Recuento Residuos corregidos	0 -9,6	0	100 9,6	100	100
Total		Recuento	172		244		416
		$\chi^2 = 150,879$		$(p = 0,0005)$			

Tabla 141: Otras

			otras				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	69	55,6	55	44,4	124
		Residuos corregidos	1,9		-1,9		
	1ª Senectud	Recuento	108	72,4	41	27,6	149
		Residuos corregidos	7,3		-7,3		
	2ª Senectud	Recuento	25	58,1	18	41,9	43
		Residuos corregidos	1,3		-1,3		
	Grupo Control	Recuento	0	0	100	100	100
		Residuos corregidos			-11,1	11,1	
Total		Recuento	202		214		416

$\chi^2 = 132,612$ (p = 0,0005)

Tabla 142: Horror al ver un cadáver.

			Horror al ver un cadáver				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	54	43,5	70	56,5	124
		Residuos corregidos	1,3		-1,3		
	1ª Senectud	Recuento	48	32,2	101	67,8	149
		Residuos corregidos	-2,0		2,0		
	2ª Senectud	Recuento	21	48,8	22	51,2	43
		Residuos corregidos	1,4		-1,4		
	Grupo Control	Recuento	38	38	62	62	100
		Residuos corregidos	-0,2		0,2		
Total		Recuento	161		255		416

$\chi^2 = 5,754$ (p = 0,124)

Tabla 143: *Identificación con el cadáver.*

GRUPO			identificación				Total
			SI	%	NO	%	
Decrecencia	Recuento		8	6,4	116	93,6	124
	Residuos corregidos		-1,3		1,3		
1ª Senectud	Recuento		18	12	131	88	149
	Residuos corregidos		1,4		-1,4		
2ª Senectud	Recuento		3	6,9	40	93,1	43
	Residuos corregidos		-0,6		0,6		
Grupo Control	Recuento		10	10	90	90	100
	Residuos corregidos		0,2		-0,2		
Total		Recuento	39		377		416

$\chi^2 = 2,868$ (p = 0,412)

Tabla 144: *Sufrir catalepsia.*

GRUPO			catalepsia				Total
			SI	%	NO	%	
Decrecencia	Recuento		69	55,6	55	44,4	124
	Residuos corregidos		0,5		-0,5		
1ª Senectud	Recuento		83	55,7	66	44,3	149
	Residuos corregidos		0,6		-0,6		
2ª Senectud	Recuento		21	48,8	22	51,1	43
	Residuos corregidos		-0,7		0,7		
Grupo Control	Recuento		50	50	50	50	100
	Residuos corregidos		-0,8		0,8		
Total		Recuento	223		193		416

$\chi^2 = 1,387$ (p = 0,709)

Tabla 145: Temor por el futuro.

			Temer el futuro				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	Decrecencia	Recuento	63	50,8	61	49,2	124
		Residuos corregidos	0,9		-0,9		
	1ª Senectud	Recuento	63	42,3	86	57,7	149
		Residuos corregidos	-1,6		1,6		
	2ª Senectud	Recuento	10	23,2	33	76,8	43
		Residuos corregidos	-3,4		3,4		
	Grupo Control	Recuento	62	62	38	38	100
		Residuos corregidos	3,3		-3,3		
Total		Recuento	198		218		416

$\chi^2 = 20,731$ (p = 0,0005)

Tabla 146: Por el estado en que quede la familia.

			familia				
			SI	%	NO	%	Total
GRUPO	1	Recuento	48	38,7	76	61,3	124
		Residuos corregidos	1,6		-1,6		
	2	Recuento	44	29,5	105	70,5	149
		Residuos corregidos	-1,1		1,1		
	3	Recuento	12	27,9	31	72,1	43
		Residuos corregidos	-0,7		0,7		
	4	Recuento	33	33	67	67	100
		Residuos corregidos	0,0		0,0		
Total		Recuento	137		279		416

$\chi^2 = 3,147$ (p = 0,370)

Tabla 147: *Otras*.

GRUPO		Recuento	<i>otras</i>				Total
			SI	%	N0	%	
Decrecencia	Recuento	21	17	103	83	124	
	Residuos corregidos	-2,0		2,0			
1ª Senectud	Recuento	28	19	121	81	149	
	Residuos corregidos	-1,6		1,6			
2ª Senectud	Recuento	4	9,3	39	90,7	43	
	Residuos corregidos	-2,3		2,3			
Grupo Control	Recuento	44	44	56	56	100	
	Residuos corregidos	5,6		-5,6			
Total		Recuento	97	319	416		

$\chi^2 = 33,179$ (p = 0,0005)

7.2.2 Variables Cuantitativas.

Tabla 148: ANOVA.

ANOVA		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Significación
DAS	Inter-grupos	208,722	3	69,574	6,922	0,000
	Intra-grupos	4.141,160	412	10,051		
	Total	4.349,882	415			
EAM-R	Inter-grupos	629,380	3	209,793	1,115	0,343
	Intra-grupos	77.512,348	412	188,137		
	Total	78.141,728	415			
ECL-R F₁: Tu propia muerte	Inter-grupos	896,412	3	298,804	4,856	0,002
	Intra-grupos	25.350,203	412	61,530		
	Total	26.246,615	415			
ECL-R F₂: Tu propio proceso de morir	Inter-grupos	166,597	3	55,532	1,038	0,376
	Intra-grupos	22.045,612	412	53,509		
	Total	22.212,209	415			
ECL-R F₃: La muerte de los otros	Inter-grupos	56,550	3	18,850	0,546	0,651
	Intra-grupos	14.215,296	412	34,503		
	Total	14.271,846	415			
ECL-R F₄: El proceso de morir de los otros	Inter-grupos	452,271	3	150,757	3,311	0,020
	Intra-grupos	18.759,919	412	45,534		
	Total	19.212,190	415			
ECL-R Total	Inter-grupos	1.307,586	3	435,862	0,934	0,424

	Intra-grupos	192.168,161	412	466,428		
	Total	193.475,748	415			
EMMM F₁: Miedo al proceso de morir	Inter-grupos	357,129	3	119,043	3,992	0,008
	Intra-grupos	12.285,061	412	29,818		
	Total	12.642,190	415			
EMMM F₂: Miedo a los muertos	Inter-grupos	44,818	3	14,939	0,783	0,504
	Intra-grupos	7.860,018	412	19,078		
	Total	7.904,837	415			
EMMM F₄: Miedo por otras personas significativas	Inter-grupos	124,727	3	41,576	2,426	0,065
	Intra-grupos	7.062,021	412	17,141		
	Total	7.186,748	415			
EMMM F₆: Miedo a una muerte consciente	Inter-grupos	126,704	3	42,235	2,006	0,113
	Intra-grupos	8.674,986	412	21,056		
	Total	8.801,690	415			
EMMM F₇: Miedo por el cuerpo después de la muerte	Inter-grupos	246,063	3	82,021	2,590	0,052
	Intra-grupos	13.045,476	412	31,664		
	Total	13.291,538	415			
EMMM F₈: Miedo a una muerte prematura	Inter-grupos	630,363	3	210,121	11,028	0,000
	Intra-grupos	7.849,791	412	19,053		
	Total	8.480,154	415			
EMMM Total	Inter-grupos	2.668,822	3	889,607	1,841	0,139
	Intra-grupos	199.116,271	412	483,292		
	Total	201.785,094	415			
BUGEN	Inter-grupos	27.411,004	3	9.137,001	12,796	0,000
	Intra-grupos	294.189,611	412	714,052		
	Total	321.600,615	415			
PAM-R C₁: Aceptación de acercamiento	Inter-grupos	16.001,338	3	5.333,779	26,314	0,000
	Intra-grupos	83.512,352	412	202,700		
	Total	99.513,690	415			
PAM-R C₂: Miedo a la muerte	Inter-grupos	959,139	3	319,713	3,102	0,027
	Intra-grupos	42.458,400	412	103,054		
	Total	43.417,538	415			
PAM-R C₃: Evitación de la muerte	Inter-grupos	1.064,714	3	354,905	4,974	0,002
	Intra-grupos	29.398,880	412	71,357		
	Total	30.463,594	415			
PAM-R C₄: Aceptación de escape	Inter-grupos	3.005,613	3	1.001,871	14,612	0,000
	Intra-grupos	28.248,041	412	68,563		
	Total	31.253,654	415			
PAM-R C₅: Aceptación neutral	Inter-grupos	421,289	3	140,430	4,060	0,007
	Intra-grupos	14.251,958	412	34,592		
	Total	14.673,248	415			
PAM-R Total	Inter-grupos	54.814,821	3	18.271,607	25,918	0,000
	Intra-grupos	290.451,119	412	704,978		
	Total	345.265,940	415			
PIL F₁: Propósito en la vida	Inter-grupos	125,348	3	41,783	3,261	0,022

	Intra-grupos	5.279,611	412	12,815		
	Total	5.404,959	415			
PIL F_{II}: Satisfacción con la vida	Inter-grupos	49,282	3	16,427	1,559	0,199
	Intra-grupos	4.340,100	412	10,534		
	Total	4.389,382	415			
PIL F_{III}: Logro de metas	Inter-grupos	78,415	3	26,138	5,861	0,001
	Intra-grupos	1.837,429	412	4,460		
	Total	1.915,844	415			
PIL F_{IV}: Auto-Realización	Inter-grupos	6,145	3	2,048	1,854	0,137
	Intra-grupos	455,240	412	1,105		
	Total	461,385	415			
PIL F_V: Locus de Control	Inter-grupos	6,158	3	2,053	1,502	0,213
	Intra-grupos	563,089	412	1,367		
	Total	569,248	415			
PIL F_{VI}: Visión de la vida	Inter-grupos	7,443	3	2,481	0,947	0,418
	Intra-grupos	1.079,613	412	2,620		
	Total	1.087,055	415			
PIL Total	Inter-grupos	609,473	3	203,158	2,049	0,106
	Intra-grupos	40.851,486	412	99,154		
	Total	41.460,959	415			

Tabla 149: Pruebas robustas de igualdad de las medias.

		Estadístico/a	gl1	gl2	Significación
EMMM F₃: Miedo a ser destrozado	Welch	4,771	3	159,093	0,003
	Brown-Forsythe	5,379	3	307,372	0,001
EMMM F₅: Miedo a lo desconocido	Welch	0,574	3	162,481	0,633
	Brown-Forsythe	0,504	3	331,588	0,680

Tabla 150: Resumen resultados *variables cualitativas*.

	Significación	Proporción "SI"	
Miedo ante la muerte y el proceso de morir	P = 0,010	$p_{\text{decrecencia}} > p_{2^{\text{a}} \text{ senectud}}$	
<i>Miedo a la angustia</i>	P < 0,0005	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	
Miedo al pensar en una operación	P < 0,0005	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Experiencia personal</i>	P < 0,0005	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$
<i>Miedo al dolor</i>	P = 0,002	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Miedo a la anestesia</i>	P = 0,013	$p_{(\text{decrecencia}, 1^{\text{a}} \text{ senectud}, 2^{\text{a}} \text{ senectud})} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Miedo ante un mal éxito</i>	P < 0,05	$p_{(\text{decrecencia}, 1^{\text{a}} \text{ senectud}, 2^{\text{a}} \text{ senectud})} > p_{\text{grupo control}}$	
Miedo a sufrir un ataque al corazón	P < 0,0005	$p_{(\text{decrecencia})} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Por ser de forma repentina</i>	P = 0,04	$p_{(\text{decrecencia}, 1^{\text{a}} \text{ senectud}, 2^{\text{a}} \text{ senectud})} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Por el dolor que pueda producir</i>	P = 0,005	$p_{(\text{decrecencia}, 1^{\text{a}} \text{ senectud}, 2^{\text{a}} \text{ senectud})} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Por la soledad del momento</i>	P = 0,002	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$	
Miedo a sufrir cáncer	P = 0,032	$p_{(\text{decrecencia}, 1^{\text{a}} \text{ senectud}, 2^{\text{a}} \text{ senectud})} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Por ser una carga para los otros</i>	P = 0,037	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$	
La vida es corta	P < 0,0005	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$
Concepción de la vida	P < 0,0005	$p_1 \longrightarrow$ activa $p_2 \longrightarrow$ agradable $p_2 \longrightarrow$ merece la pena vivirla	} $p_1 \neq p_4$
Preocupación por el tiempo perdido	P < 0,0005	$p_{\text{grupo control}} > p_{2^{\text{a}} \text{ senectud}}$	$p_{\text{grupo control}} > p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}}$
Miedo al oír hablar de una futura guerra	P < 0,0005	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Por la experiencia personal</i>	P < 0,0005	$p_{2^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$	$p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}} > p_{\text{grupo control}}$
		$p_{\text{decrecencia}} < p_{1^{\text{a}} \text{ senectud}}$	$p_{\text{decrecencia}} < p_{2^{\text{a}} \text{ senectud}}$ $p_1 \approx p_4$
Temor por el futuro	P < 0,0005	$p_{\text{decrecencia}} > p_{\text{grupo control}}$	
<i>Otras causas</i>	P < 0,0005	$p_{\text{grupo control}} > p_{\text{decrecencia}}$	$p_{\text{grupo control}} > p_{2^{\text{a}} \text{ senectud}}$

Tabla 151: Resumen resultados *variables cuantitativas*.

	significación	diferencias entre grupos					
DAS	P < 0,0005	1 > 3	1 > 4*	2 > 3*	2 > 4*		
ECL-R: F ₁ <i>miedo a la propia muerte</i>	P = 0,002	1 > 2*	2 > 4*	4 > 1*	4 > 2*		
ECL-R: F ₄ <i>miedo al proceso de morir de los otros</i>	P = 0,020	1 > 4*	2 > 4*				
EMMM: F ₁ <i>miedo al proceso de morir</i>	P = 0,008	1 < 4*	2 < 4				
EMMM: F ₃ <i>miedo a ser destrozado</i>	P = 0,001	1 < 4*	2 < 4*	3 < 2	3 < 4*		
EMMM: F ₇ <i>miedo por el cuerpo después de la muerte</i>	P = 0,052	1 < 3	1 < 4				
EMMM: F ₈ <i>miedo a una muerte prematura</i>	P < 0,0005	1 < 2*	1 < 3*	2 > 4*	3 > 2	3 > 4*	1 > 4
BUGEN	P < 0,0005	1 < 2*	1 < 4*	2 > 3*	2 > 4*		
PAM-R: C ₁ <i>aceptación de acercamiento</i>	P < 0,0005	1 < 2	1 > 4*	2 > 4*	3 > 4*		
PAM-R: C ₂ <i>miedo a la muerte</i>	P = 0,027	1 > 2	1 > 3	1 > 4			
PAM-R: C ₃ <i>evitación de la muerte</i>	P = 0,002	1 > 4	2 > 4*				
PAM-R: C ₄ <i>aceptación de escape</i>	P < 0,0005	1 < 2	1 > 4*	2 > 4*	3 > 4*		
PAM-R: C ₅ <i>aceptación neutral</i>	P = 0,007	2 > 4*					
PAM-R TOTAL	P < 0,0005	1 > 4*	2 > 4*	3 > 4*			
PIL: F ₁ <i>propósito en la vida</i>	P = 0,022	2 > 3*	3 < 4*				
PIL: F _{III} <i>logro de metas</i>	P = 0,001	1 < 4*	2 < 4*	3 < 4*			

* Corrección de Bonferroni

Siendo:

- 1 = Decrecencia.
- 2 = Primera senectud.
- 3 = Segunda senectud.
- 4 = Adultos jóvenes.

Las diferencias significativas que se manifiestan entre los distintos grupos son las siguientes respecto a las siguientes variables.

VARIABLES CUALITATIVAS

Miedo ante la muerte y el proceso de morir (*Miedo a la angustia*).

Para esta variable se observa que los sujetos pertenecientes al grupo de la *decrecencia* presentan más *miedo ante la muerte y el proceso de morir* que los sujetos de pertenecientes a la *segunda senectud* y a este respecto en relación con el grupo de *adultos jóvenes* también más miedo pero debido este a la *angustia* que se puede sufrir en dicho proceso.

Miedo al pensar en una operación (*experiencia personal; miedo al dolor; miedo a la anestesia; miedo ante un mal éxito*).

Para esta variable, las diferencias que se observan son: los sujetos pertenecientes a la *decrecencia* presentan más *miedo al pensar en una operación* que los sujetos adultos jóvenes en general. En particular los sujetos pertenecientes a la *decrecencia* y los sujetos pertenecientes a la *primera senectud* presentan más *miedo cuando piensan en una operación* que los sujetos *adultos jóvenes* debido a la *experiencia personal*; mientras que solamente la *decrecencia* puntúa más alto que los *adultos jóvenes* en este miedo como consecuencia del *dolor* que se pueda sufrir en este proceso. Todo el *grupo experimental*, es decir, *decrecencia, primera y segunda senectud* presenta mayor puntuación que *adultos jóvenes* ante este miedo producido por la *anestesia* y la posibilidad de un *mal éxito* de la operación.

Miedo a sufrir un ataque al corazón (*repentino; dolor y soledad del momento*).

Para esta variable, las diferencias que se observan son: los sujetos pertenecientes a la *decrecencia* presentan más *miedo a sufrir un ataque al corazón* que los sujetos pertenecientes a los *adultos jóvenes* de forma general. En particular, todo el *grupo experimental*, presenta mayor puntuación que los *adultos jóvenes* ante este miedo producido por manifestarse de *forma repentina* y el *dolor* que se pueda sufrir en dicho ataque. Y solamente existe una dife-

rencia más significativa entre la *primera senectud* y los *adultos jóvenes* presentando más miedo a este ataque los primeros, debido a la *soledad del momento*.

Miedo a sufrir cáncer (*por ser una carga para otros*). En general, todo el *grupo experimental*, presenta mayor puntuación que los *adultos jóvenes* ante este *miedo a sufrir cáncer*. De forma particular, solamente existe una diferencia más significativa entre la *primera senectud* y los *adultos jóvenes* presentando más miedo a este sufrimiento por entender que pueden *ser una carga para los otros*.

La vida es corta. Para esta variable, tanto la *decrecencia* como la *primera senectud* contemplan *la vida* como *más corta* que el grupo de *adultos jóvenes*.

Concepción de la vida (*activa; agradable; aun así merece la pena vivirla*). Para esta variable la *decrecencia* concibe *la vida* como *activa* mientras que la *primera senectud* la concibe como *agradable* y que *merece la pena vivirla*.

Preocupación por el tiempo perdido. Para esta variable son los *adultos jóvenes* los que más alto puntúan manifestando una *mayor preocupación por el tiempo perdido* que la *primera* y *segunda senectud*.

Miedo al oír hablar de una futura guerra (*experiencia personal*). Para esta variable, de forma general presentan mayor *miedo* ante la posibilidad de una nueva *guerra* el grupo de la *primera senectud* frente al grupo de *adultos jóvenes*. En particular y debido a la *experiencia personal* presentan más *miedo* ante la posibilidad de una *futura guerra*, la *primera* y *segunda senectud* que los *adultos jóvenes* y que el grupo de la *decrecencia* pudiendo decir al respecto que el comportamiento de los grupos *decrecencia* y *adultos jóvenes* es similar.

Temor por el futuro (*otras causas*). Para esta variable, en general la *decrecencia* piensa que el *futuro les guarda algo que temer* por encima de los *adultos jóvenes* que puntúan más bajo en esta variable. En particular los *adultos jóvenes*

nes presentan mayor *temor ante el futuro* que la *decrecencia* y *primera senectud* en cuanto a motivos distintos de los familiares.

Variables cuantitativas.

Ansiedad ante la muerte. (*Death Anxiety Scale* —*DAS*) Para esta variable, los sujetos pertenecientes a la *decrecencia* presentan mayor puntuación de *ansiedad ante la muerte* que la *segunda senectud* y el *grupo control* formado por *adultos jóvenes*. También la *primera senectud* presenta mayor nivel de *ansiedad ante la muerte* por encima de la *segunda senectud* y el *grupo control*.

Miedo a la muerte. Factores: F₁, *miedo a la propia muerte* y F₄, *miedo al proceso de morir de los otros*. (*Escala Revisada de Miedo a la Muerte Collett-Lester*). Para esta variable, dos son los factores que adquieren diferencias significativas entre los grupos, en concreto para el primer factor *miedo a la propia muerte*, la *decrecencia* presenta valores altos con respecto a la *primera senectud* y valores inferiores con relación al *grupo control*. Para el cuarto factor *miedo al proceso de morir de los otros*, el *grupo control* presenta valores inferiores en relación a la *decrecencia* y a la *primera senectud*.

Miedo a la muerte. Factores: F₁, *miedo al proceso de morir*; F₃, *miedo a ser destrozado*; F₇, *miedo por el cuerpo después de la muerte* y F₈, *miedo a una muerte prematura*. (*Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter*). Para esta variable, cuatro son los factores que adquieren diferencias significativas entre los grupos. Para el primer factor, *miedo al proceso de morir*, el *grupo control* presenta puntuaciones más elevadas por encima de la *decrecencia* y la *primera senectud*. Para el tercer factor, *miedo a ser destrozado*, el *grupo control* vuelve a puntuar por encima de la *decrecencia* y la *primera* y *segunda senectud* y dentro del *grupo experimental*, la *primera senectud* presenta valores más altos que la *segunda senectud*. Para el séptimo factor *miedo por el cuerpo después de la muerte*, la *decrecencia* puntúa más

bajo que la *segunda senectud* y el *grupo control*. Para el octavo, factor *miedo a una muerte prematura*, la *decrecencia* puntúa más bajo que la *primera y segunda senectud* y más alto que el *grupo control*; la *primera y segunda senectud* puntúa más alto que el *grupo control*.

Afrontamiento ante la muerte (*Escala Bugen*). Para esta variable la *decrecencia* puntúa más bajo que la *primera senectud* y el *grupo control* mientras que la *primera senectud* presenta valores más altos que la *segunda senectud* y el *grupo control*.

Actitudes ante la muerte. Componentes C₁ *aceptación de acercamiento*; C₂ *miedo a la muerte*; C₃ *evitación de la muerte*; C₄ *aceptación de escape*; C₅ *aceptación neutral*. (*Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R*). En esta variable, de forma general, los valores del *grupo experimental* están por encima de los valores del *grupo control*. De forma particular, respecto a la C₁ *aceptación de acercamiento* la *decrecencia* puntúa más bajo que la *primera senectud* mientras que el *grupo experimental* puntúa por encima del *grupo control*; respecto a la C₂ *miedo a la muerte* la *decrecencia* puntúa más alto que la *primera y segunda senectud* y por encima también que el *grupo control*; respecto a la C₃ *evitación de la muerte* el *grupo control* puntúa por debajo de la *decrecencia* y la *primera senectud*; respecto a la C₄ *aceptación de escape* el *grupo control* puntúa por debajo del *grupo experimental* y dentro de éste, la *decrecencia* puntúa por encima de la *primera senectud*; y por último respecto a la C₅ *aceptación neutral* la *primera senectud* puntúa por encima del *grupo control*.

Propósitos vitales. Factores F_I *propósito en la vida* y F_{III} *logro de metas*. Para esta variable y respecto al primer factor F_I *propósito en la vida*, la *primera senectud* puntúa por encima de la *segunda senectud* y esta última por debajo del *grupo control*; y para el tercer factor F_{III} *logro de metas*, el *grupo experimental* puntúa por debajo del *grupo control*.

Análisis Multivariantes

*La muerte es algo que no debemos temer porque,
mientras somos, la muerte no es y cuando la muerte es,
nosotros no somos.*

–Antonio MACHADO

8.1 Variables resultantes.

8.1.1 Resultados del análisis factorial.

El análisis multivariante permite ver qué aspectos, componentes, dimensiones... resultan como variables más relevantes.

Cada factor es una dimensión independiente de los demás y su relevancia viene dada por su porcentaje de explicación.

La definición del factor se hace en función de las variables que tienen más peso; por tanto es *interpretativo*.

Se han distinguido 5 factores. Así, el factor más determinante es el F1 cuya importancia es del 6,32%; es decir, explica el 6,32% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Edad*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Edad.

Experiencia de muerte de los padres.

Experiencia de muerte de los abuelos.

Experiencia de muerte de otras personas allegadas pero no familia.

Experiencia personal en general.

Experiencia de muerte de los hermanos.

El siguiente factor es el F2 cuya importancia es del 6,18%; es decir, explica el 6,18% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo al pensar en una operación*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Mutilación.

Mal éxito.

Dolor.

Anestesia.

Experiencia personal.

El siguiente factor es el F3 cuya importancia es del 5,81%; es decir, explica el 5,81% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo a tener un ataque al corazón*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo a tener un ataque al corazón.

Por la soledad del momento y poder llegar a morir.

Por ser un ataque repentino.

Por el dolor del instante.

El siguiente factor es el F4 cuya importancia es del 4,65%, es decir, explica el 4,65% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo ante el cáncer*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo ante el cáncer.

Sufrimiento del tratamiento.

Significar la muerte.

Carga para otros.

El siguiente factor es el F5 cuya importancia es del 4,10%; es decir, explica el 4,10% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Actitud religiosa*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Religiosidad.

Práctica religiosa.

Religión.

Tabla 152: Variables resultantes.

FACTOR 1 (Peso: 6,32%): **Edad.**

Edad.
Experiencia de muerte de los padres.
Experiencia de muerte de los abuelos.
Experiencia de muerte de otras personas allegadas pero no familia.
Experiencia personal en general.
Experiencia de muerte de los hermanos.

FACTOR 2 (Peso: 6,18%): **Miedo al pensar en una operación.**

Mutilación.
Mal éxito.
Dolor.
Anestesia.
Experiencia personal.

FACTOR 3 (Peso: 5,81%): **Miedo a tener un ataque al corazón.**

Miedo a tener un ataque al corazón.
Por la soledad del momento y poder llegar a morir.
Por ser un ataque repentino.
Por el dolor del instante.

FACTOR 4 (Peso: 4,65%): **Miedo ante el cáncer.**

Miedo ante el cáncer.
Sufrimiento del tratamiento.
Significar la muerte.
Carga para otros.

FACTOR 5 (Peso: 4,10%): Actitud religiosa.

Religiosidad.

Práctica religiosa.

Religión

8.2 Estudio de la Validez de la *I-DAS*.

8.2.1 Resultados del análisis factorial.

El análisis multivariante permite ver qué aspectos, componentes, dimensiones es capaz de determinar la *I-DAS*.

Como se ha comentado en el apartado anterior, cada factor es una dimensión independiente de los demás y su relevancia viene dada por su porcentaje de explicación.

La definición del factor se hace en función de las variables que tienen más peso siendo este *interpretativo*.

Se han distinguido 10 factores. Así, el factor más determinante es el F1 cuya importancia es del 6,3%; es decir, explica el 6,3% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo al pensar en una operación*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Mutilación.

Mal éxito.

Dolor.

Anestesia.

Experiencia personal.

El siguiente factor es el F2 cuya importancia es del 5,6%; es decir, explica el 5,6% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo a tener un ataque al corazón*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo a tener un ataque al corazón.

Por la soledad del momento y poder llegar a morir.

Por ser un ataque repentino.

Por el dolor del instante.

El siguiente factor es el F3 cuya importancia es del 5,5%; es decir, explica el 5,5% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo ante el cáncer*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Sufrimiento del tratamiento.

Miedo ante el cáncer.

Significar la muerte.

Carga para otros.

El siguiente factor es el F4 cuya importancia es del 5,2%, es decir, explica el 5,2% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo a lo desconocido.

Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

Cambiar muchas cosas de la vida.

La vida es corta.

Tener miedo a que la muerte llegue rápida.

El siguiente factor es el F5 cuya importancia es del 4,8%; es decir, explica el 4,8% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir II*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo al dolor.

Miedo a la angustia.

El factor siguiente es el F6 cuya importancia es del 4,0%; es decir, explica el 4,0% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Preocupación por el futuro*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Preocupación por el tiempo perdido.

Por el estado en que deje a su familia.

El siguiente factor es el F7 cuya importancia es del 3,8%, es decir, explica el 3,8% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Preocupación por el futuro II*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Otros.

Temer el futuro.

El factor siguiente es el F8 cuya importancia es del 3,3%, es decir, explica el 3,3% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo al pensar en una guerra y tiempo perdido*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Preocupación por la guerra.

Aprovechar el tiempo.

El siguiente factor es el F9 cuya importancia es del 3,2%, es decir, explica el 3,2% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo a la muerte y al proceso de morir II*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Dejar gente.

Frustración por no hacer algo.

El último factor es el F10 cuya importancia es del 3,0%, es decir, explica el 3,0% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Idea de muerte*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Ansiedad al oír hablar de la muerte.

Pensar la muerte.

Catalepsia.

Tabla 152: Validez I-DAS.

FACTOR 1 (Peso: 6,3%): Miedo al pensar en una operación.

Mutilación.
Mal éxito.
Dolor.
Anestesia.
Experiencia personal.

FACTOR 2 (Peso: 5,6%): Miedo a tener un ataque al corazón.

Miedo a tener un ataque al corazón.
Por la soledad del momento y poder llegar a morir.
Por ser un ataque repentino.
Por el dolor del instante.

FACTOR 3 (Peso: 5,5%): Miedo ante el cáncer.

Miedo ante el cáncer.
Sufrimiento del tratamiento.
Significar la muerte.
Carga para otros.

FACTOR 4 (Peso: 5,2%): Miedo ante la muerte y preocupación por el proceso de morir.

Miedo a lo desconocido.
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.
Cambiar muchas cosas de la vida.
La vida es corta.
Tener miedo a que la muerte llegue rápida.

FACTOR 5 (Peso: 4,8%): Miedo ante la muerte y preocupación por el proceso de morir II.

Miedo al dolor.

Miedo a la angustia.

FACTOR 6 (Peso: 4,0%): Preocupación por el futuro.

Preocupación por el tiempo perdido.

Por el estado en que deje a su familia.

FACTOR 7 (Peso: 3,8%): Preocupación por el futuro II.

Otros.

Temer el futuro.

FACTOR 8 (Peso: 3,3%): Miedo al pensar en una guerra y tiempo perdido.

Preocupación por la guerra.

Aprovechar el tiempo.

FACTOR 9 (Peso: 3,2%): Miedo a la muerte y al proceso de morir II.

Dejar gente.

Frustración por no hacer algo.

FACTOR 10 (Peso: 3,0%): Idea de muerte.

Ansiedad al oír hablar de la muerte.

Pensar la muerte.

Catalepsia.

8.3 Estudio de la —*I-DAS*— y su relación con el resto de pruebas aplicadas en la investigación.

8.3.1 Resultados del análisis factorial.

Se distinguen 10 factores. El factor más determinante es el F1 cuya importancia es del 6,3%; es decir, explica el 6,3% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Prueba de Propósitos Vitales*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

PIL Total: Puntuación total de la Prueba de Propósitos Vitales.

F_I: Propósito en la vida.

F_{II}: Satisfacción con la vida.

F_{III}: Logro de metas

F_{IV}: Auto-Realización.

El siguiente factor es el F2 cuya importancia es del 5,6%; es decir, explica el 5,6% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

F₁: Miedo al proceso de morir.

F₆: Miedo a una muerte consciente.

F₄: Miedo por otras personas significativas.

F₈: Miedo a una muerte prematura.

F₂: Miedo a los muertos.

F₅: Miedo a lo desconocido.

El siguiente factor es el F3 cuya importancia es del 5,5%; es decir, explica el 5,5% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Escala Collett-Lester de Miedo a la Muerte*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

F₃: La muerte de los otros.

F₂: Tu propio proceso de morir.

F₄: El proceso de morir de los otros.

El siguiente factor es el F4 cuya importancia es del 5,2%, es decir, explica el 5,2% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo al pensar en una operación*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Mutilación.

Mal éxito.

Dolor.

Anestesia.

Experiencia personal.

El siguiente factor es el F5 cuya importancia es del 4,8%; es decir, explica el 4,8% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo a tener un ataque al corazón*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Por ser un ataque repentino.

Por el dolor del instante.

Por la soledad del momento y poder llegar a morir.

Otras experiencias.

El factor siguiente es el F6 cuya importancia es del 4,0%; es decir, explica el 4,0% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Actitudes y Afrontamiento ante la Muerte*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

PAM-R Total

C₁: Aceptación de acercamiento.

C₄: Aceptación de escape.

C₃: Evitación de la muerte.

Afrontamiento ante la Muerte —BUGEN—

El siguiente factor es el F7 cuya importancia es del 3,8%, es decir, explica el 3,8% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo ante el cáncer*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Sufrimiento del tratamiento.

Miedo ante el cáncer.

Significar la muerte.

Carga para otros.

El último factor es el F8 cuya importancia es del 3,3%, es decir, explica el 3,3% de toda la variabilidad y que puede definirse como *Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir*. Las variables que lo definen y de más peso que figuran en dicho factor son:

Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

Miedo a lo desconocido.

Tener miedo a que la muerte llegue rápida.

Tabla 153: I-DAS y resto de pruebas utilizadas.

FACTOR 1 (6.3%): *Prueba de propósitos vitales —PIL—*

PIL Total

F_I: Propósito en la vida.

F_{II}: Satisfacción con la vida.

F_{III}: Logro de metas

F_{IV}: Auto-Realización.

F_V: Locus de Control.

F_{VI}: Visión de la vida.

FACTOR 2 (5.6%): *Escala multidimensional de miedo a la muerte —EMMM—*

F₁: Miedo al proceso de morir.

F₆: Miedo a una muerte consciente

F₄: Miedo por otras personas significativas.

F₈: Afrontamiento ante la Muerte.

F₂: Miedo a los muertos.

F₅: Miedo a lo desconocido.

FACTOR 3 (5.5%): *Escala Collett-Lestter de Miedo a la Muerte —ECL-R—*

F₃: La muerte de los otros.

F₂: Tu propio proceso de morir.

F₄: El proceso de morir de los otros.

FACTOR 4 (5.2%): *Miedo al pensar en una operación.*

Mutilación.

Mal éxito.

Dolor.

Anestesia.

Experiencia personal.

FACTOR 5 (4.8%): Miedo a tener un ataque al corazón.

- Por ser un ataque repentino.
- Por el dolor del instante.
- Por la soledad del momento y poder llegar a morir.
- Otras experiencias.

FACTOR 6 (4.0%): Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R —

- PAM-R total
- C₁: Aceptación de acercamiento.
- C₃: Evitación de la muerte.
- C₄: Aceptación de escape.
- Afrontamiento ante la Muerte —BUGEN—

FACTOR 7 (3.8%): Miedo ante el cáncer.

- Sufrimiento del tratamiento.
- Miedo ante el cáncer.
- Significar la muerte.
- Carga para otros.

FACTOR 8 (3.3%): Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.

- Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir.
 - Miedo a lo desconocido.
 - Tener miedo a que la muerte llegue rápida.
-

IV

DISCUSIÓN

Discusión

*La muerte no nos roba los seres amados.
Al contrario, nos los guarda y nos los inmortaliza en el recuerdo.
La vida sí que nos los roba muchas veces y definitivamente.*

—François MAURIAC

Tras el análisis de los datos y comentario de los resultados obtenidos hay que señalar como más significativos los siguientes aspectos que vienen resumidos en las tablas para las variables cualitativas y para las variables cuantitativas.

En primer lugar y siguiendo a Schulz (1978)¹⁸ es necesario prestar más atención a los componentes que intervienen en la ansiedad ante la muerte más que estudiarla como un concepto unitario. De esta forma y tras un análisis factorial las variables que más han influido de forma significativa en este estudio son: la *Edad*; el *Miedo a pensar en una operación*; el *Miedo a sufrir un ataque al corazón*; el *Miedo ante el cáncer* y por último la *Actitud religiosa*.

Tanto el factor *Edad* como la *Actitud religiosa* han sido estudiados en diversas investigaciones. Respecto a la edad son diversas las conclusiones planteadas por otros autores. Kalis, 1976¹⁹ y Kastembaum 1969²⁰ plantean grandes diferencias entre ancianos *instalados* en lo que en esta investigación se ha de-

¹⁸ Schulz R. Death anxiety reduction through the success achievement cultural role value: a middle-class American community case study. *Journal of Psychological Anthropology*, 1978; 1:321-329.

¹⁹ Kalis R. Death in Social context In *Handbook of aging and the social Sciences*. Binstrk y Shoras (Eds) Van Nostrand Reinhold, 1976.

²⁰ Kastembaum R. Death and bereavement in later life. In *death and bereavement*. A. Kuschter (Ed), Springfield, 1969.

nominado *segunda senectud*²¹ y los adultos jóvenes planteando que estos últimos presentan valores más elevados de ansiedad ante la muerte que los ancianos. En definitiva, habría que concluir que los jóvenes tienen más ansiedad ante la muerte que los ancianos pertenecientes a esta edad. Pero por otro lado autores como Shusterman y Sechertt (1973)²² encuentran diferencias respecto a la *Edad* poco significativas utilizando como instrumento de medida la Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester. Y autores como Lonetto y Templer (1988)²³ utilizando su propia escala de ansiedad ante la muerte (DAS) no encuentran tales diferencias en la edad. Los motivos más relevantes y que explican en cierta medida esta menor ansiedad por parte de los sujetos pertenecientes a la segunda senectud vienen de la mano de Kalish, 1975 y Keith, 1984. Estos serían: una disminución del valor de sus vidas lo que puede hacerles parecer la muerte como más apetecible y agradable; el que ya han vivido bastante y por tanto han consumido su tiempo de vida; el hacerse a la idea de la propia muerte y por último, el escaso valor que una muerte de un igual tiene en la sociedad que le rodea.

Pero en esta investigación se muestra una diferencia significativa en función de este factor. Los sujetos instalados en la *decrescencia* presentan más ansiedad ante la muerte que los sujetos adultos jóvenes. Esto significa que esta edad tiene unas características muy determinadas como es el caso de ser el fin de toda una dedicación laboral durante muchos años y comenzar la jubilación lo que psicológicamente condiciona mucho este período de la vida del ser humano junto con otras características de la misma²⁴. En este período por tan-

²¹ Usualmente la vejez se puede decir que comienza con la jubilación disfrazando este nombre con el de tercera edad incluyendo edades desde los sesenta años hasta los noventa, esto lleva a Barcia Goyanes (1983) a plantear un período terminal al que llama cuarta edad o segunda senectud con unas características muy concretas y determinadas.

²² Shusterman L, Sechrest L. Attitudes of registered nurses toward death in a general hospital. *Psychiatric Med.* 1973; 4:411-426.

²³ Templer D. Two factor theory of death anxiety. *A note. Essence.* 1976; 2:91-99.

²⁴ Barcia Goyanes JJ. *La vejez como fenómeno humano.* Madrid: Smith Klein-Beecham.1997.

to existe una cierta inestabilidad psicológica y unas necesidades adaptativas a todo lo nuevo que conlleva esta situación.

Según otros estudios existe una diferencia con los adultos jóvenes respecto al miedo del anciano a la muerte en función del modo de morir, a padecer una enfermedad y al sufrimiento²⁵ en lo que a la primera causa la entrevista propuesta como ampliación a la DAS de Templer, la —*I-DAS*—, muestra como diferencias más significativas las encontradas entre la decrecencia y la segunda senectud, observándose un mayor miedo en el primer grupo respecto del segundo como consecuencia de lo que Barcia²⁶ dice sobre la senectud; confirmando en el segundo período de ésta —la segunda senectud— como la última edad, a ella no le sigue ninguna, solo la muerte.

Respecto a sufrir una enfermedad, no puede esta investigación aportar información significativa aunque sí se ha tratado este tema en la *I-DAS* pero sin embargo los resultados no arrojan diferencias significativas entre los diferentes grupos estudiados cuando se coteja el tener miedo con haber padecido o padecer en la actualidad alguna enfermedad ni el pensar en la muerte cuando esta se está padeciendo o la padece alguien.

En cuanto al apartado del sufrimiento, el único punto que recoge la *I-DAS* es respecto, de nuevo, al tema del cáncer como una variable dentro de éste. Tampoco se encuentran diferencias significativas al respecto. El cáncer es relevante en esta investigación solamente por significar una carga para los otros por encima del sufrimiento del tratamiento. Y vuelve a ser en la decrecencia donde aparecen valores más elevados por encima del grupo de los adultos jóvenes.

²⁵ Barcia D. La vejez desde un punto de vista antropológico. En D Barcia. *Psiquiatría y Humanismo*. Murcia: UCAM. 2003. p.565-613

²⁶ En cada edad se puede morir apareciendo la muerte como un accidente, en la segunda senectud es algo normal e inevitable... hay que morir. Barcia (1995)

Un segundo factor que se desprende del análisis factorial es el *Miedo al pensar en una operación*, de igual forma con diferencias significativas en los resultados entre la decrescencia y los adultos jóvenes siendo mayor este miedo en el primer grupo sobre el segundo. Este factor se compone de las siguientes variables: experiencia personal, miedo al dolor, miedo a la anestesia y miedo ante un mal éxito de la operación. En todas puntúa más alto la decrescencia por encima de los adultos jóvenes. Probablemente la experiencia personal tiene mucho que decir al respecto, ya sea propia o por algún familiar o persona cercana. El hecho de haberse sometido a alguna intervención quirúrgica condiciona de alguna forma el pensar en tener que ser intervenido de nuevo o a algún ser cercano. Evidentemente la decrescencia ha podido tener en condiciones de ley natural mucha más experiencia personal que los adultos jóvenes en relación a este tema.

El tercer factor es el *Miedo a sufrir un ataque al corazón* y viene definido por las siguientes variables: por ser de forma repentina, por el dolor que pueda producir y por la soledad del momento. La decrescencia puntúa con valores más altos que el grupo de adultos jóvenes. La situación en que puede ocurrir una situación de esta índole no la viven de igual forma los adultos jóvenes que la decrescencia, ésta es más vulnerable tanto a la forma de presentarse como a la soledad del momento si no se tiene a nadie y de igual forma respecto al dolor que pueda sufrir.

La *Actitud religiosa* es el factor que aparece en último lugar. Este es un tema vigente en la actualidad y que según Lester (1967)²⁷ existe todo tipo de relaciones entre ansiedad ante la muerte y religión, desde su inexistencia hasta relaciones positivas como negativas. En esta investigación la actitud religiosa influye en la ansiedad ante la muerte pero hay que ser cautelosos a la hora de afirmar que las personas con una cierta actitud religiosa tienen menos ansiedad

²⁷ Lester D. Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*. 1967; 67(1),27-36

ante la muerte. Este factor hay que estudiarlo como una dimensión que existe pero de forma independiente, está ahí y puede ayudar de forma positiva ante la muerte por el sistema de valores y creencias que se tenga aceptando de una forma menos ansiógena el tema de la muerte, pero no existe tipo alguno de condicionamiento entre ambas. Autores como Thorson (2004)²⁸, han evaluado depresión (íntimamente ligada a la ansiedad) y religión no resultando correlación significativa entre ambas variables. Roff (2002)²⁹ encuentra que las personas con una cierta actitud religiosa presentan valores menores de miedo ante la muerte referente a lo desconocido a diferencia de esta investigación donde no se encontró diferencias significativas en este apartado salvo en lo referente al miedo a la angustia que puede producir la muerte pero sin correlacionar positivamente con la religiosidad del sujeto. Heintz (2001)³⁰ obtiene en su trabajo conclusiones similares correlacionando además ansiedad ante la muerte, religiosidad y edad, diciendo que el grupo experimental presenta menos ansiedad ante la muerte con puntuaciones altas de religiosidad mientras que los adultos jóvenes presentan apenas actitudes religiosas y por tanto mayores niveles de ansiedad ante la muerte a lo que la presente investigación propone todo lo contrario pues si es cierto que el grupo control apenas manifiesta actitudes religiosas sin embargo presentan puntuaciones bajas ante la ansiedad ante la muerte mientras que el grupo experimental manifestando una mayor religiosidad presenta puntuaciones elevadas ante tal ansiedad. Pero se coincide en este trabajo con dicha autora en definir la religiosidad como una dimensión más que influye en la ansiedad ante la muerte atribuyéndole a esta un carácter multidimensional como lo hace el estudio de Heintz (2001)³¹.

²⁸ Thorson JA, Powell FC. Depresión and intrinsic religiosity. *Psychological Reports*. 2004; 95,100 8.

²⁹ Roff LL, Butkeviciene R, Klemmack DL. Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Stud*. 2002 Nov;26(9):731-42.

³⁰ Heintz LM, Baruss I. Spirituality in late adulthood. *Psychol Rep*. 2001 Jun;88(3 Pt 1):651-4.

³¹ Heintz LM, Baruss I. Spirituality in late adulthood. *Psychol Rep*. 2001 Jun;88(3 Pt 1):651-4.

La *I-DAS* arroja información además sobre la *Concepción de la vida*, *Miedo al oír hablar de una futura guerra* y *Temor por el futuro*. La vida para la decrecencia es percibida como muy corta por encima de los adultos jóvenes debido ésta por la edad. Se podría decir que a mayor edad la vida se percibe como una sucesión de acontecimientos que ocurre de forma rápida, mientras que con pocos años de vida no existe esta percepción; además la edad del grupo control coincide con una sucesión de años centrados en el estudio y formación laboral para un futuro y en el transcurso de estos, aunque en un futuro estos se suelen echar de menos en un presente, suelen ser más incómodos y por tanto la percepción del tiempo es más lenta. Además se corrobora este planteamiento al analizar la concepción de la vida como activa, agradable y aún con achaques y otros acontecimientos desagradables merece la pena vivirla con puntuaciones más elevadas tanto en la decrecencia como en la primera senectud por encima de los adultos jóvenes lo que se debe también en líneas generales a que los acontecimientos negativos ocurridos durante la vida hacen que se valore mucho más los buenos momentos y en general el continuo de la vida cuando se vuelve la vista atrás. El adulto joven por el contrario solo mira al futuro, no ve la muerte tan cercana y la vida suele ser en general agradable o no pero en función de sus obligaciones esto hace que la vida no se valore como se hace desde edades más tardías.

Respecto al miedo a oír hablar de una posible guerra futura son normales las puntuaciones que resultan. Es la segunda senectud la edad que más alto puntúa por encima del resto y sobre todo los adultos jóvenes. Este resultado es bastante lógico pues ni la decrecencia ni los adultos jóvenes han vivido o participado en los últimos conflictos bélicos ocurridos a diferencia de la segunda senectud que la sufrieron con todas sus consecuencias quedando en sus mentes recuerdos de tristeza, pobreza, y padecimiento del que no quieren volver a oír. De hecho la variable que puntúa más significativamente es, basado este miedo, la experiencia personal. En esta misma línea y respecto a si el futu-

ro le guarda algo que temer, dos eran las variables que se valoraban en este punto: temor por el estado en que quedara su familia en caso de morir y temor por cualquier otra causa distinta a ésta. En este caso esta última es la que ha tenido una cierta relevancia concretando que en el caso de que el futuro guarde algo que temer no es por el estado en que quede la familia sino por causas distintas. Aquí es el grupo control el que experimenta más temor hacia el futuro que el resto de edades. Las razones siguen teniendo la misma índole que anteriormente pues el adulto joven no mantiene a su familia ni dependen ellos de él pero el adulto joven tiene expectativas al igual que el adulto mayor y en determinadas situaciones en períodos de tiempo superiores. El joven tiene todo un futuro proyectado por delante que tiene que ordenar y configurar y no entiende que problemas relacionados con la muerte puedan enturbiar dicho proyecto. Pero esto no expresa que no se contemple o acepte este hecho sino que se rechace lo que provoca esta ansiedad ante tal cuestión.

Esta información recabada hasta el momento es arrojada por la *I-DAS*. Tras los análisis factoriales realizados se ha concluido en que dicha prueba mide lo que tiene que medir, es decir, es válida y mide aspectos relacionados con la ansiedad ante la muerte que no miden otras pruebas de primer orden muy utilizadas en estos estudios. Es cierto que la información recabada por la misma no tiene mayor importancia que la recogida por dichas pruebas, tiene una importancia relativa que complementa al resto de pruebas. Concretamente el primer factor (Miedo a pensar en una operación con sus cinco variables: por la mutilación, por el mal éxito, por el dolor que se pueda sufrir, por la anestesia y por la experiencia personal) está en cuarto lugar por debajo de la muy utilizada *Escala de miedo a la muerte* de Collett-Lester con un peso muy similar a ésta. A continuación se encuentra otro factor también medido por la *I-DAS* Miedo a tener un ataque al corazón (con sus cuatro variables: por ser repentino, por el dolor del instante, por la soledad del momento y poder llegar a morir y por otras experiencias). Ambos factores por encima de otras dos de las importan-

tes escalas muy utilizadas en las investigaciones de esta índole. Estas son, el *Perfil revisado de actitudes ante la muerte* y la *Escala de afrontamiento ante la muerte* de Bugen. Ambas han sido incluidas en un mismo factor que se ha denominado Actitudes y afrontamiento ante la muerte.

Con un peso muy similar al anterior están los siguientes factores también estudiados por la *I-DAS*. El factor siete Miedo ante el cáncer con sus cuatro variables: sufrimiento del tratamiento, miedo ante el cáncer, significado de muerte y ser una carga para los otros. Y el factor ocho Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir con tres variables: Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir, miedo a lo desconocido y tener miedo a que la muerte llegue de forma rápida.

Esta información arrojada por la *I-DAS* no está recogida en el resto de entrevistas o pruebas, nadie lo ha medido hasta el momento y es una información que hay que empezar a tener en cuenta. Hay que concederle una importancia relativa, pues para la información relevante ya se han establecido unas pruebas ya validadas —y que en esta investigación se han tenido en cuenta— y se debe de empezar a valorar. No pretende la *I-DAS* recoger lo más importante pues no es ésta la primera investigación ante la ansiedad ante la muerte pero tampoco le debe restar importancia pues es algo novedoso que hasta la fecha no se había realizado de esta forma.

Otras puntuaciones significativas que se desprenden de este estudio son la DAS³² propiamente dicha, es decir el valor total de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer, puntuando de forma más elevada la decrescencia por encima de la segunda senectud y del grupo control. Esto tiene una explicación muy clara. La primera son las características de la decrescencia de las que se ha hablado anteriormente, es una etapa de cambio para el sujeto y de una cierta estabilidad psicológica lo que junto a lo dicho anteriormente podría justificar

³² Lonetto R, Templer DI. Ansiedad ante la muerte. Barcelona: Temis. 1992.

esta mayor ansiedad ante la muerte. De igual forma las bajas puntuaciones en la segunda decrecencia son fruto, como también se comentó al principio, de que en esta edad lo único que cabe esperar es... la muerte. El grupo control presenta puntuaciones aún más bajas. Una causa de esto es el no tener una percepción cercana de la muerte y concebirla a largo plazo incluso como algo que no puede ocurrir por lo menos de forma natural. Otra causa es los bajos resultados arrojados por la Escala de Bugen de *Afrontamiento ante la muerte*³³ lo cual indica un peor afrontamiento ante la muerte por parte de los adultos jóvenes. Aún así y con este modo de percibir la muerte los estudios al respecto se contradicen bastante presentando en ciertos trabajos puntuaciones muy dispares en ambos sentidos.

Otro dato significativo que se desprende de esta investigación son las puntuaciones que arroja la *Escala revisada de miedo a la muerte y al proceso de morir Collett-Lester*. Un clásico dentro de los estudios sobre ansiedad y miedo ante la muerte. Las diferencias significativas entre grupos aparecen solamente para los factores F₁ y F₄, es decir, *Miedo a la propia muerte* y *Miedo al proceso de morir de los otros*³⁴. La decrecencia puntúa más alto que la primera senectud y que el grupo control respecto al miedo a la propia muerte y de forma muy significativa respecto al segundo factor miedo al proceso de morir de los otros, la decrecencia puntúa más alto que el grupo control.

También se observan puntuaciones significativas en la *Escala multidimensional de miedo a la muerte* de Hoelter³⁵. Concretamente las diferencias ocurren para los factores F₁: *Miedo al proceso de morir*, F₃: *Miedo a ser destrozado*³⁶; F₇: *Mie-*

³³ Robbins RA. Competencia ante la muerte: Escala de Bugen de Afrontamiento de la Muerte y Escala de Autoeficacia frente a la Muerte. En RA. Neimeyer. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós. 1997. p.159-174.

³⁴ Lester D. Escala de Miedo a la Muerte Collett-Lester. En RA. Neimeyer. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós. 1997. p.57-72.

³⁵ Neimeyer RA, Moore, MK. Validez y fiabilidad de la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte. En RA. Neimeyer. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós. 1997. p.113-130.

³⁶ Una pérdida anatómica o funcional es una forma de muerte de sí mismo (Fisher, 1960).

do por el cuerpo después de la muerte y F₈: Miedo a una muerte prematura respectivamente. Es en el octavo factor donde se observa una mayor significación puntuando con más miedo a una muerte prematura la decrescencia que el grupo control.

En la *I-DAS* se corrobora y complementa este dato donde se observa como la decrescencia presenta mayor miedo a la muerte y al proceso de morir que el grupo control.

A la hora de evaluar *Actitudes ante la muerte y propósito de vida*, la investigación arroja diferencias significativas respecto a las actitudes según el *Perfil revisado de actitudes ante la muerte*³⁷ tanto en la puntuación total de la escala como en cada una de las componentes que la forman. Estos son: C₁: *Aceptación de acercamiento*, C₂: *Miedo a la muerte*, C₃: *Evitación de la muerte*, C₄: *Aceptación de escape* y C₅: *Aceptación neutral*. Para el segundo componente al igual que en las medidas anteriores se ve corroborado los resultados obtenidos con las medidas de la *I-DAS*. En toda la prueba se observa como el grupo experimental puntúa por encima del grupo control y para las componentes C₁ y C₅, en concreto es la decrescencia la que puntúa por debajo de la primera senectud con una menor capacidad de *aceptación* y de *acercamiento* hacia la muerte, lo cual viene a ratificar los resultados obtenidos por la *I-DAS*.

Respecto al *Propósito de vida* las puntuaciones más significativas corresponden a los factores F_I: *Propósito en la vida* y F_{III}: *Logro de metas*. En ambos casos el grupo control puntúa más alto que el resto de las edades lo que quiere decir que el tener un mayor o menor miedo o una mayor o menor ansiedad ante la muerte no correlaciona con el propósito de vida que se tenga pues según otros estudios, resultados más altos respecto a propósito de vida correlacionan con valores bajos de ansiedad ante la muerte. Desde esta investigación no se puede ratificar este resultado pues el grupo control ha mostrado en ge-

³⁷ Wong PTP, Rever GT, Gesser G. Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: un instrumento de medida multidimensional. En RA. Neimeyer. Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós. 1997. p.131-158.

neral valores bajos en ansiedad ante la muerte y en este caso en concreto valores altos en satisfacción ante la vida lo cual no correlaciona con otras investigaciones.

V

CONCLUSIONES

Conclusiones

*Cuando la muerte se precipita sobre el hombre,
la parte mortal se extingue;
pero el principio inmortal se retira
y se aleja sano y salvo.*

—PLATÓN

Las conclusiones que creo pueden obtenerse a partir de la valoración de los resultados son las siguientes:

1. En la edad denominada como *decrecencia* y comprendida entre los 60 y 69 años existen más temores ante la muerte que en el resto de los grupos pertenecientes al grupo experimental (*primera* y *segunda senectud*) y al grupo control formado únicamente por jóvenes. Este hecho parece indicar que tiene un valor significativo la situación de *cambio* (de adulto a viejo) que experimenta el sujeto a esta edad.
2. Destaca el grupo de la *segunda senectud*, grupo formado por sujetos de edades comprendidas a partir de los 80 años en adelante, en el miedo que sienten estos ante la posibilidad de una posible futura guerra debido a la experiencia personal vivida. Destacan por encima de la decrecencia y lógicamente por encima del grupo de jóvenes debido a la edad de estos grupos que no han tenido posibilidad de tener experiencia alguna de cualquier guerra pasada. El único grupo restante que podría tener un vago re-

cuerto al respecto es la *primera senectud* que presenta valores más altos también que la *decrescencia*.

3. Las *actitudes religiosas* parece que puedan tener cierto valor respecto a controlar mejor la ansiedad ante la muerte, aunque hay que tener en cuenta que es un factor que no tiene un excesivo peso en el conjunto de la muestra.
4. La *I-DAS* es una entrevista válida y novedosa que mide aspectos relacionados con la ansiedad ante la muerte que no miden otras pruebas y deben tenerse en cuenta como complemento a la hora de recabar información sobre el tema al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- ABDEL-KHALEK AM. "Convergent validity of the Templer, Collett-Lester, and Arabic Death Anxiety Scales: rejoinder." *Psychol Rep.* 2004 Jun;94(3 Pt 2):1171-2.
- ABDEL-KHALEK AM. "Death anxiety in Spain and five Arab countries." *Psychol Rep.* 2003 OCT;93(2):527-8.
- ABDEL-KHALEK AM. "Death anxiety, death depression, and death obsession: a general factor of death distress is evident: a reply." *Psychol Rep.* 2004 Jun;94(3 Pt 2):1212-4.
- ABDEL-KHALEK AM. "The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries." *Death Stud.* 2004 Jun;28(5):435-57.
- ABDEL-KHALEK AM. "Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Death Fear Scale." *Death Stud.* 2002 Oct;26(8):669-80.
- ADELBRATT S, STRANG P. "Death anxiety in brain tumour patients and their spouses." *Palliat Med.* 2000 Nov;14(6):499-507. Review.
- AMENTA MM. "Death anxiety, purpose in life and duration of service in hospice volunteers." *Psychological Reports.* 1984;54:979-984.
- ANTEQUERA R. *Actitudes de los ancianos ante la muerte: influencia de la institucionalización.* Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. 1993.
- ARREGUI J. *El horror de morir.* Tibidabo. Barcelona. 1992.
- BARCIA D, AYUSO PP. *La imagen del la vejez.* You & Us. S.A. Madrid. 1999.
- BARCIA D, NIETO J, DEL CERRO M. *La escala de ansiedad ante la muerte.* Anales de Psiquiatría. 1991.
- BARCIA D. *La vejez en sus términos.* You & Us. S.A. Madrid. 2001.
- BARCIA D. *Necesidad de una Medicina Antropológica.* Publicaciones de la Universidad de Murcia. 1979.

- BARCIA D. *Psiquiatría y humanismo*. UCAM. Murcia. 2003.
- BARCIA D. *Tratado de Psiquiatría*. ARAN. Madrid. 2000.
- BAYES R. *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Martínez Roca. Barcelona. 2001.
- BELL W. "The experimental manipulation of death attitudes: A preliminary investigation." *Omega: Journal of Death and Dying*. 1975;6:199-205.
- BENDER M, LLOYD CH, COOPER A. *Calidad de muerte. Atención al Anciano en la etapa final de la vida*. TEA. Madrid. 1996.
- BLANCO PICABIA A, ANTEQUERA R, TORRICO E.: "Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos." *Ictus*. 1994;5(1-2):157-174.
- BLANCO PICABIA A. "Edad y respuesta ante la muerte." *Anales de Psiquiatría*. 1990;6(4):142-145.
- BLANCO PICABIA A. "La muerte en el anciano." *Geriatriska*. 1992a;8(10):443-450.
- BLANCO PICABIA A. *El Médico ante la muerte de su paciente*. Sociedad Nicolás Monardes. 1992.
- CHEUNG WS, HO SM. "The use of death metaphors to understand personal meaning of death among Hong Kong Chinese undergraduates." *Death Stud*. 2004 Jan;28(1):47-62.
- COLLETT L, LESTER D. "The fear of death and the fear of dying." *Journal of Psychology*, 1969;72:179-181.
- CSEF H. "La Muerte y la Neurosis: ansiedad, instinto de muerte, pérdida del objeto y narcisismo." *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1987 ;2(6).
- CULLY JA, LAVOIE D, GFELLER JD. "Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults." *Gerontologist*. 2001 Feb;41(1):89-95.
- DE BEURS, E. BEEKMAN, A. "On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events." *Br J Psychiatry*. 2001 Nov;179:426-31.
- DEMMER C. "The relationship between death-related experiences, death anxiety, and patient care attitudes among AIDS nursing staff." *J Nurses Staff Dev*. 2000 May-Jun;16(3):118-23.
- DEPAOLA SJ, GRIFFIN M, YOUNG JR, NEIMEYER RA. "Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity." *Death Stud*. 2003 May;27(4):335-54.
- DESJARDINS A. *Para morir sin miedo*. Sirio. Málaga. 1992.
- DICKINSON GE. [et al.] "Death Education in selected Health Professions." *Death Studies*. 1992; 16:281-289.
- DICKSTEIN LS. "Attitudes toward death, anxiety and social desirability." *Omega*. 1977-1978;8(4):369-378.
- DINEEN K, LORION R. "Death anxiety in elderly." *Journal of Clinical Psychology*. 1984; 40.
- DURLAK JA. "Measurement of the fear of death. An examination of some existing scales." *Journal of Clinical Psychology*. 1982;2(8):545-547.

- FEIFEL H, BRANCOMB AB. "Who's afraid of death?" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1973;18:282-288.
- FEIFEL H, HERMANN L. "Fear of death in the mentally ill." *Psychological Reports*. 1973;(33):931-938.
- FEIFEL H, NAGY VT. "Another look at fear of death." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1981;49:38-45.
- FEIFEL H. "Attitudes toward death: A psychological perspective." *Journal of consulting and clinical psychology*. 1969;33(3):292-295.
- FEIFEL H. "Older persons look at death." *Little Brown*. Boston. 1956.
- FERNÁNDEZ P. *Manual para el buen morir para enfermos de SIDA*. Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. Mexico. 1998.
- FRANCO K, BELINSON J, CASEY G, PLUMMER S, TAMBURRINO M, TUNG E. "Adjustment to perceived ovarian cancer risk." *Psychooncology*. 2000 Sep-Oct;9(5):411-7.
- GAFO J. (ed.) *Ética y Ancianidad*. UPCO. Madrid. 1995.
- GURPEGUI M. "Identificación y tratamiento de los trastornos psíquicos del anciano." *Folia Neuropsiquiátrica*, 1991;26:251-264.
- HARDING R, HIGGINSON I. "Working with ambivalence: informal caregivers of patients at the end of life." *Support Care Cancer*. 2001 Nov;9(8):642-5.
- HAYFLICK L, BARCIA D, MIQUEL J. *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. ELA. Madrid. 1990.
- HEINTZ LM, BARUSS I. "Spirituality in late adulthood." *Psychol Rep*. 2001 Jun;88(3 Pt 1):651-4.
- HINTON J. *Experiencias sobre el morir*. Seix Barral. Barcelona. 1996.
- JAMES A, WELLS A. "Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety." *Br J Clin Psychol*. 2002; 41(Pt1):45-53
- JEFFERS FC. [et. al.] "Attitudes of olders persons to death." *Journal of Gerontology*. 1965;16:53-56.
- KALIS R. "Death in Social contex" In BINSTRK y SHORAS (Eds) *Handbook of aging and the social Sciences*. Van Nostrand Reinhold. 1976.
- KASTEMBAUM R. "Death and bereavement in later life." In A. Kuschter (Ed) *Death and bereavement*. Springfield. 1969.
- KASTENBAUM R, COSTA P. "Psychological perspectives on death." *Annual Review Psychol*. 1977;28:225-249.
- KISSANE DW. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician*. 2000 Nov;29(11):1022-5. Review.
- KOENIG HG. "Religious behaviors and death anxiety in later life." *The Hospice Journal*. 1988;40(1):3-24.
- KOWALSIU NC. Anticipating the death of an elderly parent". En TA. Rando (Ed): *Loss and anticipatory grief*. Massachusetts: Lexington. 1986.

- KROTH J, MCDAVIT J, BRENDLEN C, PATEL A, ZWIENER L. "Risk-taking, death anxiety, and dreaming." *Psychol Rep.* 2001 Apr;88(2):514-6.
- KÜBLER-ROSS E, FULTON R, KASTEMBAUM R. [et al]. *Sociología de la muerte*. Madrid. Sala. 1974.
- KÜBLER-ROSS E. *Conferencias*. Luciérnaga. 1997
- KÜBLER-ROSS E. *La muerte, un amanecer*. Luciérnaga. 1989.
- KÜBLER-ROSS E. *La rueda de la vida*. Ediciones B. Barcelona. 1997.
- KÜBLER-ROSS E. *Morir es de vital importancia*. Luciérnaga. Barcelona. 1995.
- KÜBLER-ROSS E. *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*. Martínez Roca. 1998.
- KÜBLER-ROSS E. *Recuerda el secreto*. Luciérnaga. Barcelona. 1992.
- KÜBLER-ROSS E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo S.A. Barcelona. 1993.
- KÜBLER-ROSS E. *Una luz que se apaga*. Pax. México. 1986.
- KÜBLER-ROSS E. *Una vida para una buena muerte*. Martínez-Roca. Barcelona. 1997.
- KÜBLER-ROSS E. *Vivir hasta despedimos*. Luciérnaga. Barcelona. 1991.
- LANGS R. "Adaptive insights into death anxiety." *Psychoanal Rev.* 2003 Aug;90(4):565-82.
- LENNINGS CJ. "Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly." *Int J Aging Hum Dev.* 2000;51(3):167-81.
- LESTER D. "Religious behavior and attitudes toward death." En A. GODIN (ed.) *Death and presence*. Lumen Vitae Press. Bruselas. 1972.
- LESTER D. "Comment on 'Convergent validity of the Collett-Lester Fear of Death and Templer Death Anxiety Scales in Egyptian male college students'". *Psychol Rep.* 2002 Dec;91(3 Pt 1):940.
- LESTER D. "Death anxiety, death depression, and death obsession." *Psychol Rep.* 2003 Dec;93(3 Pt 1):695-6.
- LESTER D. "Derivation of a proxy measure of death anxiety from the suicide opinion questionnaire." *Percept Mot Skills.* 2003 Aug;97(1):120.
- LESTER D. "Experimental and correlational studies of the fear of death." *Psychological Bulletin.* 1967; 67(1),27-36
- LESTER D. LESTER G. "Fear of dying and threshold differences for death words and neutral words." *Omega.* 1970;1:175-179.
- LIMONERO GARCÍA, J. T. *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Universitat Autònoma de Barcelona. 1995.
- LOMRY, R. (1965) *Male-female differences in attitudes toward death*. [Tesis doctoral] Brandeis University.
- LONETTO R, FLEMMING S, MERCER G. "The structure of death anxiety: A factor analytic study." *J. Personal Assessment.* 1979;43:488-392.
- LONETTO R, TEMPLER DI. *La ansiedad ante la muerte*. Temis S.A. Madrid. 1992.

- MAGNI KG. "The fear of Death." En A. GODIN (ed.) *Death and presence*. Lumen Vitae Press. Bruselas. 1972.
- MARTÍNEZ B, ALONSO JM, CALVO F. "Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes." *Psiquis* 2001;22(5):176-182.
- MARTZ E, LIVNEH H. "Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries." *Disabil Rehabil*. 2003 Sep 16;25(18):1024-32.
- MARTZ E. "Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries." *Death Stud*. 2004 Jan;28(1):1-17.
- MCMORDIE WR. "Religiosity and fear of death. Strength of belief system." *Psychological Reports*. 1981;49:921-922.
- MELANSON PM, DOWNE-WAMBOLDT BL. "Antecedents of baccalaureate student nurses' attitudes toward the elderly." *Journal of Advanced Nursing*. 1985;10:527-532.
- MEYER J. *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Herder. Barcelona. 1983
- MONTOYA J. "El enfermo con cáncer avanzado: el suicidio o el deseo de morir." *Anales de Psiquiatría*. 1992b8(5):188-191.
- NEHRKE MR, BELLUCI G, GABRIEL SJ. "Death anxiety, locus of control, and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity." *Omega*. 1977-1978;8:359-368.
- NEIMEYER RA, CHAPMAN KM. "Self/ideal discrepancy and fear of death: the test of an existencial hypothesis." *Omega*. 11 (3), 233-240. 1980-81.
- NEIMEYER RA, WITTKOWSKI J, MOSER RP. "Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation." *Death Stud*. 2004 May;28(4):309-40.
- NEIMEYER RA. *Métodos de evaluación de la Ansiedad ante la Muerte*. Paidós. Barcelona. 1997.
- NIETO J, LLOR B, BARCIA D, DEL CERNO M. "Miedo y antiedad ante la muerte en ancianos (estudio preliminar con la escala D.A.S. de Templer)" *Geriatrika*. 1992;8(3):17-24.
- POVEDA F, ROYO A, ALDEMUDE C, FUENTES R, MONTESINOS C, JUAN C, ORTOLÁ R, OLTRA JA. "Ansiedad ante la muerte en atención primaria: relación con la frecuentación y la psicomorbilidad de los consultantes." *Aten Primaria*. 2000;26:446-452.
- RAMOS F, GARCÍA I. "Miedo y ansiedad ante la muerte." En J. BUENDÍA. *Psicología Clínica y Salud*. Universidad de Murcia. 1991;131-165.
- RAMOS F. "Ansiedad ante la muerte en los Ancianos." En F. RAMOS, P. JIMÉNEZ. *Salud y envejecimiento*. Fundación Universidad Empresa. Madrid. 1999;273-278.
- RAMOS F. "Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer." En: F. RAMOS y P. JIMÉNEZ *Salud y envejecimiento*. Fundación Universidad empresa. Madrid. P: 279. 1999.

- ROFF LL, BUTKEVICIENE R, KLEMMACK DL. "Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals." *Death Stud.* 2002 Nov;26(9):731-42.
- RUDAS N, CARPINIELLO B. "La condizione dell'anziano: da una vita senza qualità ad una qualità della vita." *Min. Psich.* 1987;28:371-378.
- SAFREN SA, GERSHUNY BS, HENDRIKSEN E. "Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties." *AIDS Patient Care STDS.* 2003 Dec;17(12):657-64.
- SÁNCHEZ J. RAMOS F. "Miedo y ansiedad ante la muerte." *Revista española de geriatría y gerontología.* 1980;15(1):67-80.
- SCHALLER S, LESTER D, ABDEL-KHALEK A. "Attitudes toward physician-assisted suicide and death anxiety." *Psychol Rep.* 2003 Oct;93(2):641-2.
- SCHOEVERS R, BEEKMAN AT. "Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL)." *J Affect Disord.* 2000 Aug;59(2):127-37.
- SCHULZ R. "Death anxiety reduction through the success achievement cultural role value: a middle-class American community case study." *Journal of Psychological Anthropology.* 1;321-329. 1978.
- SCHWARTZ CE, MAZOR K, ROGERS J, MA Y, REED G. "Validation of a new measure of concept of a good death." *J Palliat Med.* 2003 Aug;6(4):575-84.
- SEVA-GARCÍA A. *Posibilidades terapéuticas en el envejecimiento cerebral y las demencias.* Comunicación Psiquiátrica. 1984;(XI):291-307. Zaragoza. 1984.
- SHUSTERMAN L, SECHREST L. "Attitudes of registered nurses toward death in a General Hospital." *Psychiatric Med.* 1973;4:411-426.
- SUHAIL K, AKRAM S. "Correlates of death anxiety in Pakistan." *Death Stud.* 2002 Jan;26(1):39-50.
- SULMASY DP, MCILVANE JM. "Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life." *Arch Intern Med.* 2002. Oct 14;162(18):2098-5.
- TANG CS, WU AM, YAN EC. "Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students." *Death Stud.* 2002 Jul-Aug;26(6):491-9.
- TEMPLER DI, DOTSON E. "Religious correlates of death anxiety." *Psychological Reports.* 1970;26: 895-897.
- TEMPLER DI. "Death anxiety as related to depression and health of retired persons." *Journal of General Psychology.* 1971;26:521-523.
- TEMPLER DI. "Death anxiety in religiously very involved persons." *Psychology reports.* 1972;31:361-362.
- TEMPLER DI. "The construction and validation of a Death Anxiety Scale." *Journal of General Psychology.* 82, 165-177. 1970.
- TEMPLER DI. "Two factor theory of Death anxiety. A note." *Essence.* 1976;2:91-99.
- TEMPLER DI, RUFF CF, SIMPSON M. *Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression.* Psychological Reports, 34, 238-241. 1974.

- THOMPSON HANSEN LA. *La ansiedad ante la muerte y el propósito en la vida en fin de vida*. [Tesis doctoral] Universidad de Deusto. 1997.
- THORSON JA, POWELL FC. "Developmental aspects of death anxiety and religion." In JA. THORSON (Ed.) *Perspectives on spiritual well-being and aging*. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 2000; 142-158
- THORSON JA, POWELL FC. "A revised death Anxiety Scale." *Death Studies*. 1992;16:507-521.
- THORSON JA, POWELL FC. "Elements of Death Anxiety and meanings of Death." *Journal of Clinical Psychology*. 1988;44:691-701.
- THORSON JA, POWELL FC. "Meanings of death and Intrinsic Religiosity." *Journal of Clinical Psychology*. 1990;46(4):379-391.
- THORSON JA, POWELL FC. "Personality, death anxiety, and gender." *Bulletin of the Psychonomic Society*, 1993;31:589-590.
- THORSON JA, POWELL FC. "Depresión and intrinsic religiosity". *Psychological Reports*. 95,100 8. 2004.
- THORSON JA., POWELL FC. "Death anxiety and religion in an older male sample." *Psychological Reports*. 64, 985-986. 1989.
- TIERNAN E, CASEY P. "Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer." *J R Soc Med*. 2002.Aug;95(8):386-90.
- TOMÁS SÁBADO J, GUIX LLISTUELLA E. "Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería." *Enfermería Clínica*. 2001;11:104-109.
- TOMAS-SABADO J, GOMEZ-BENITO J. "Concurrent and divergent validity of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale." *Psychol Rep*. 2003 Dec;93(3 Pt 1):776-8.
- TOMAS-SABADO J, GOMEZ-BENITO J. Death anxiety and death obsession in Spanish students. *Percept Mot Skills*. 2004 Feb;98(1):31-4.
- TOMAS-SABADO J, GOMEZ-BENITO J. "Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale." *Psychol Rep*. 2002 Dec;91(3 Pt 2):1116-20.
- TOMAS-SABADO J, GOMEZ-BENITO J. "The Spanish form of the Death Depression Scale." *Percept Mot Skills*. 2003 Feb;96(1):49-53.
- URRACA S. *Ansiedad, temor, miedo, religiosidad y preocupación ante la muerte*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid. 1982.
- WAGNER K, LORION R. "Correlates of Death anxiety in elderly persons." *J. Clin. Psychol*. 1984;40:1235-1241.
- WILLIAMS GB. "Short-term grief after an elective abortion." *J. Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2001 Mar-Apr;30(2):174-83.

ANEXOS

Artículos Estudio Bibliométrico

- Beshai JA, Naboulsi MA. Existential perspectives on death anxiety. *Psychol Rep.* 2004 Oct;95(2):507-13.
- Abdel-Khalek AM. Death anxiety, death depression, and death obsession: a general factor of death distress is evident: a reply. *Psychol Rep.* 2004 Jun;94(3 Pt 2):1212-4.
- Abdel-Khalek AM. Convergent validity of the Templer, Collett-Lester, and Arabic Death Anxiety Scales: rejoinder. *Psychol Rep.* 2004 Jun;94(3 Pt 2):1171-2.
- Abdel-Khalek AM. The Arabic Scale of Death Anxiety (ASDA): its development, validation, and results in three Arab countries. *Death Stud.* 2004 Jun;28(5):435-57.
- Neimeyer RA, Wittkowski J, Moser RP. Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Stud.* 2004 May;28(4):309-40.
- Tomas-Sabado J, Gomez-Benito J. Death anxiety and death obsession in Spanish students. *Percept Mot Skills.* 2004 Feb;98(1):31-4.
- Cheung WS, Ho SM. The use of death metaphors to understand personal meaning of death among Hong Kong Chinese undergraduates. *Death Stud.* 2004 Jan;28(1):47-62.
- Martz E. Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Stud.* 2004 Jan;28(1):1-17.
- Safren SA, Gershuny BS, Hendriksen E. Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care STDS.* 2003 Dec;17(12):657-64.
- Tomas-Sabado J, Gómez-Benito J. Concurrent and divergent validity of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 2003 Dec;93(3 Pt 1):776-8.
- Lester D. Death anxiety, death depression, and death obsession. *Psychol Rep.* 2003 Dec;93(3 Pt 1):695-6.
- Langs R. Adaptive insights into death anxiety. *Psychoanal Rev.* 2003 Aug;90(4):565-82.

- Schaller S, Lester D, Abdel-Khalek A. Attitudes toward physician-assisted suicide and death anxiety. *Psychol Rep.* 2003 Oct;93(2):641-2.
- Abdel-Khalek AM. Death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychol Rep.* 2003 Oct;93(2):527-8.
- Lester D. Derivation of a proxy measure of death anxiety from the suicide opinion questionnaire. *Percept Mot Skills.* 2003 Aug;97(1):120.
- Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. *J Palliat Med.* 2003 Aug;6(4):575-84.
- Martz E, Livneh H. Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Disabil Rehabil.* 2003 Sep;16;25(18):1024-32.
- Depaola SJ, Griffin M, Young JR, Neimeyer RA. Death anxiety and attitudes toward the elderly among older adults: the role of gender and ethnicity. *Death Stud.* 2003 May;27(4):335-54.
- Tomas-Sabado J, Gomez-Benito J. The Spanish form of the Death Depression Scale. *Percept Mot Skills.* 2003 Feb;96(1):49-53.
- Abdel-Khalek AM. Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Death Fear Scale. *Death Stud.* 2002 Oct;26(8):669-80.
- James A, Wells A. Death beliefs, superstitious beliefs and health anxiety. *Br J Clin Psychol.* 2002; 41(Pt1):45-53
- Lester D. Comment on "Convergent validity of the Collett-Lester Fear of Death and Templer Death Anxiety Scales in Egyptian male college students". *Psychol Rep.* 2002 Dec;91(3 Pt 1):940.
- Roff LL, Butkeviciene R, Klemmack DL. Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death Stud.* 2002 Nov;26(9):731-42.
- Suhail K, Akram S. Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Stud.* 2002 Jan;26(1):39-50.
- Sulmasy DP, McIlvane JM. Patients' ratings of quality and satisfaction with care at the end of life. *Arch Intern Med.* 2002 Oct 14;162(18):2098-5.
- Tang CS, Wu AM, Yan EC. Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Stud.* 2002 Jul-Aug;26(6):491-9.
- Tiernan E, Casey P. Relations between desire for early death, depressive symptoms and antidepressant prescribing in terminally ill patients with cancer. *J R Soc Med.* 2002 Aug;95(8):386-90.
- Tomas-Sabado J, Gomez-Benito J. Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 2002 Dec;91(3 Pt 2):1116-20.
- Wu AM, Tang CS, Kwok TC. Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *J Aging Health.* 2002 Feb;14(1):42-56.
- Heintz LM, Baruss I. Spirituality in late adulthood. *Psychol Rep.* 2001 Jun;88(3 Pt 1):651-4.
- Kroth J, McDavit J, Brendlen C, Patel A, Zwiener L. Risk-taking, death anxiety, and dreaming. *Psychol Rep.* 2001 Apr;88(2):514-6.

- Williams GB. Short-term grief after an elective abortion. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2001 Mar-Apr;30(2):174-83.
- Cully JA, Lavoie D, Gfeller JD. Reminiscence, personality, and psychological functioning in older adults. *Gerontologist.* 2001 Feb;41(1):89-95.
- Harding R, Higginson I. Working with ambivalence: informal caregivers of patients at the end of life. *Support Care Cancer.* 2001 Nov;9(8):642-5.
- De Beurs E, Beekman A. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br J Psychiatry.* 2001 Nov;179:426-31.
- Demmer C. The relationship between death-related experiences, death anxiety, and patient care attitudes among AIDS nursing staff. *J Nurses Staff Dev.* 2000 May-Jun;16(3):118-23.
- Chung MC, Chung C, Easthope Y. Traumatic stress and death anxiety among community residents exposed to an aircraft crash. *Death Stud.* 2000 Dec;24(8):689-704.
- Adelbratt S, Strang P. Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliat Med.* 2000 Nov;14(6):499-507. Review.
- Lennings CJ. Optimism, satisfaction and time perspective in the elderly. *Int J Aging Hum Dev.* 2000;51(3):167-81.
- Kissane DW. Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Aust Fam Physician.* 2000 Nov;29(11):1022-5. Review.
- Franco K, Belinson J, Casey G, Plummer S, Tamburrino M, Tung E. Adjustment to perceived ovarian cancer risk. *Psychooncology.* 2000 Sep-Oct;9(5):411-7.
- Schoevers R, Beekman AT. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). *J Affect Disord.* 2000 Aug;59(2):127-37.
- Arikawa H, Templer DI, Brown R, Cannon WG, Thomas-Dodson S. The structure and correlates of kanashibari. *J Psychol.* 1999 Jul;133(4):369-75.
- Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Stud.* 1999 Jul-Aug;23(5):387-411. Review.
- Ireland M, Malgady RG. Thematic instrument for measuring death anxiety in children (TIMDAC). *J Pediatr Nurs.* 1999 Feb;14(1):28-37.
- Kvale J, Berg L, Groff JY, Lange G. Factors associated with residents' attitudes toward dying patients. *Fam Med.* 1999 Nov-Dec;31(10):691-6.
- Tange C. Construction of a scale of attitude toward death in adolescence and its validity and reliability. *Shinrigaku Kenkyu.* 1999 Oct;70(4):327-32.
- Abdel-Khalek AM. Single-versus multi-item scales in measuring death anxiety. *Death Stud.* 1998 Dec;22(8):763-72.
- Chapman KJ, Pepler C. Coping, hope, and anticipatory grief in family members in palliative home care. *Cancer Nurs.* 1998 Aug;21(4):226-34.
- Demmer C. Death anxiety, coping resources, and comfort with dying patients among nurses in AIDS care facilities. *Psychol Rep.* 1998 Dec;83(3 Pt 1):1051-7.

- Fabian TK, Fabian G. Stress of life, stress of death: anxiety in dentistry from the viewpoint of hypnotherapy. *Ann N Y Acad Sci.* 1998 Jun 30;851:495-500.
- Hoogstraten J, Koele P, Van der Laan J. Templer's Death Anxiety Scale revisited: the Dutch version. *Percept Mot Skills.* 1998 Dec;87(3 Pt 2):1259-64.
- Payne SA, Dean SJ, Kalus C. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *J Adv Nurs.* 1998 Oct;28(4):700-6.
- Swanson JL, Byrd KR. Death anxiety in young adults as a function of religious orientation, guilt, and separation-individuation conflict. *Death Stud.* 1998;22(3):257-68.
- Thorson JA, Powell FC, Samuel VT. African- and Euro-American samples differ little in scores on death anxiety. *Psychol Rep.* 1998 Oct;83(2):623-6.
- Thorson JA, Powell FC, Samuel VT. Age differences in death anxiety among African-American women. *Psychol Rep.* 1998 Dec;83(3 Pt 2):1173-4.
- Abdel-Khalek AM. Two scales of death anxiety: their reliability and correlation among Kuwaiti samples. *Percept Mot Skills.* 1997 Jun;84(3 Pt 1):921-2.
- Dickinson GE, Lancaster CJ, Winfield IC, Reece EF, Colthorpe CA. Detached concern and death anxiety of first-year medical students: before and after the gross anatomy course. *Clin Anat.* 1997;10(3):201-7.
- Houran J. Preliminary study of death anxiety of believers versus percipients of the paranormal. *Psychol Rep.* 1997 Feb;80(1):345-6.
- Lange R, Houran J. Death anxiety and the paranormal: the primacy of belief over experience. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Sep;185(9):584-6.
- Garfinkle CL, Block P. Physicians' interactions with families of terminally ill patients. *Fam Med.* 1996 Nov-Dec;28(10):702-7.
- Knight KH, Elfenbein MH. Relationship of death anxiety/fear to health-seeking beliefs and behaviors. *Death Stud.* 1996 Jan-Feb;20(1):23-31.
- Rasmussen CA, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *J Psychol.* 1996 Mar;130(2):141-4.
- Saggino A, Kline P. Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *J Clin Psychol.* 1996 May;52(3):329-33.
- Servaty HL, Krejci MJ, Hayslip B Jr. Relationships among death anxiety, communication apprehension with the dying, and empathy in those seeking occupations as nurses and physicians. *Death Stud.* 1996 Mar-Apr;20(2):149-61.
- Sherman DW. Nurses' willingness to care for AIDS patients and spirituality, social support, and death anxiety. *Image J Nurs Sch.* 1996 Fall;28(3):205-13.
- Templer DI, Greer RC. Death anxiety and HIV disease. *Focus.* 1996 Nov;11(12):1-5.
- Thorson JA, Powell FC. Undertakers' death anxiety. *Psychol Rep.* 1996 Jun;78(3 Pt 2):1228-30.
- Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Stud.* 1996 Jul-Aug;20(4):343-65.
- Viswanathan R. Death anxiety, locus of control, and purpose in life of physicians. Their relationship to patient death notification. *Psychosomatics.* 1996 Jul-Aug;37(4):339-45.

- Alvarado KA, Templer DI, Bresler C, Thomas-Dobson S. The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *J Clin Psychol.* 1995 Mar;51(2):202-4.
- Sanner M. Attitudes toward organ donation and transplantation. A model for understanding reactions to medical procedures after death. *Soc Sci Med.* 1994 Apr;38(8):1141-52.
- Abdel-Khalek A, Beshai JA, Templer DI. The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students. *Psychol Rep.* 1993 Jun;72(3 Pt 1):920-2.
- Donovan JM. Validation of a Portuguese form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 1993 Aug;73(1):195-200.
- Ebersole P, Persi R. The Short Index of Self-Actualization and death anxiety. *J Psychol.* 1993 May;127(3):359-60.
- Lester D, Castromayor I. The construct validity of Templer's death anxiety scale in Filipino students. *J Soc Psychol.* 1993 Feb;133(1):113-4.
- Lester D. The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students: a comment. *Psychol Rep.* 1993 Jun;72(3 Pt 2):1378.
- McLennan J, Akande A, Bates GW. Death anxiety and death denial: Nigerian and Australian students' metaphors of personal death. *J Psychol.* 1993 Jul;127(4):399-407.
- Thorson JA, Powell FC. Relationships of death anxiety and sense of humor. *Psychol Rep.* 1993 Jun;72(3 Pt 2):1364-6.
- Brubeck D, Beer J. Depression, self-esteem, suicide ideation, death anxiety, and GPA in high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychol Rep.* 1992 Dec;71(3 Pt 1):755-63.
- Catania JA, Turner HA, Choi KH, Coates TJ. Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS.* 1992 Sep;6(9):999-1005.
- Cohen-Shalev A. The effect of aging on dramatic realization of old age: the example of Ingmar Bergman. *Gerontologist.* 1992 Dec;32(6):739-43.
- Fishman S. Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *Int Psychogeriatr.* 1992;4 Suppl 2:267-77.
- George RJ. Coping with death anxiety--trying to make sense of it all? *AIDS.* 1992 Sep;6(9): 1037-8.
- Kinzinger RG. Death anxiety among myocardial infarction clients in coronary care versus general medical units. *Crit Care Nurs Q.* 1992 Nov;15(3):75-9.
- Meyer C. Death anxiety: finding support in families. *Am J Nurs.* 1992 Dec;92(12):15.
- Robbins I, Lloyd C, Carpenter S, Bender MP. Staff anxieties about death in residential settings for elderly people. *J Adv Nurs.* 1992 May;17(5):548-53.
- Robbins RA. Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Stud.* 1992 Nov-Dec;16(6):557-69. Review.
- Siscoe K, Reimer W, Yanovsky A, Thomas-Dobson S, Templer DI. Death depression versus death anxiety: exploration of different correlates. *Psychol Rep.* 1992 Dec;71(3 Pt 2):1191-4.

- Abdel-Khalek AM. Death anxiety among Lebanese samples. *Psychol Rep.* 1991 Jun;68(3 Pt 1):924-6.
- Bene B, Foxall MJ. Death anxiety and job stress in hospice and medical-surgical nurses. *Hosp J.* 1991;7(3):25-41.
- Mallett K, Price JH, Jurs SG, Slenker S. Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychol Rep.* 1991 Jun;68(3 Pt 2):1347-59.
- Robbins RA. Death anxiety, death competency and self-actualization in hospice volunteers. *Hosp J.* 1991;7(4):29-35.
- Schumaker JF, Warren WG, Groth-Marnat G. Death anxiety in Japan and Australia. *J Soc Psychol.* 1991 Aug;131(4):511-8.
- Templer DI. Comment on large gender difference on death anxiety in Arab countries. *Psychol Rep.* 1991 Dec;69(3 Pt 2):1186.
- Thorson JA, Powell FC. Medical students' attitudes towards ageing and death: a cross-sequential study. *Med Educ.* 1991 Jan;25(1):32-7.
- D'Attilio JP, Campbell B. Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. *Psychol Rep.* 1990 Dec;67(3 Pt 1):975-8.
- Drolet JL. Transcending death during early adulthood: symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *J Clin Psychol.* 1990 Mar;46(2):148-60.
- Given JE, Range LM. Life satisfaction and death anxiety in elderly nursing home and public housing residents. *J Appl Gerontol.* 1990 Jun;9(2):224-9.
- Henderson M. Beyond the living will. *Gerontologist.* 1990 Aug;30(4):480-5.
- Mager M, Cabe PA. Effect of death anxiety on perception of death-related humor. *Psychol Rep.* 1990 Jun;66(3 Pt 2):1311-4.
- Spiegel D. Facilitating emotional coping during treatment. *Cancer.* 1990 Sep 15;66(6 Suppl):1422-6. Review.
- Steele LL. The death surround: factors influencing the grief experience of survivors. *Oncol Nurs Forum.* 1990 Mar-Apr;17(2):235-41.
- Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *J Clin Psychol.* 1990 Nov;46(6):834-9.
- Thorson JA, Powell FC. Meanings of death and intrinsic religiosity. *J Clin Psychol.* 1990 Jul;46(4):379-91.
- Waltman NL. Attitudes, subjective norms, and behavioral intentions of nurses toward dying patients and their families. *Oncol Nurs Forum.* 1990 May-Jun;17(3 Suppl):55-60; discussion 60-2.
- Lafer B. Predicting performance and persistence in hospice volunteers. *Psychol Rep.* 1989 Oct;65(2):467-72.
- Levin R. Relations among nightmare frequency and ego strength, death anxiety, and sex of college students. *Percept Mot Skills.* 1989 Dec;69(3 Pt 2):1107-13.
- Pomerance LM, Shields JJ. Factors associated with hospital workers' reactions to the treatment of persons with AIDS. *AIDS Educ Prev.* 1989 Fall;1(3):184-93.
- Schorr JA, Schroeder CA. Consciousness as a dissipative structure: an extension of the Newman model. *Nurs Sci Q.* 1989 Winter;2(4):183-93.

- Sterling CM, van Horn KR. Identity and death anxiety. *Adolescence*. 1989 Summer;24(94):321-6.
- Thorson JA, Powell FC. Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychol Rep*. 1989 Jun;64(3 Pt 1):985-6.
- Abdel-Khalek AM, Omar MM. Death anxiety, state and trait anxiety in Kuwaitian samples. *Psychol Rep*. 1988 Dec;63(3):715-8.
- Hickson J, Housley WF, Boyle C. The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *Int J Aging Hum Dev*. 1988;26(3):191-9.
- Koenig HG. Religious behaviors and death anxiety in later life. *Hosp J*. 1988;4(1):3-24.
- Neubauer BJ, Lai JY. Death anxiety and attitudes toward hospice care. *Psychol Rep*. 1988 Aug;63(1):195-8.
- Schumaker JF, Barraclough RA, Vagg LM. Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *J Soc Psychol*. 1988 Feb;128(1):41-7.
- Thorson JA, Powell FC. Elements of death anxiety and meanings of death. *J Clin Psychol*. 1988 Sep;44(5):691-701.
- Cella DF, Tross S. Death anxiety in cancer survival: a preliminary cross-validation study. *J Pers Assess*. 1987 Fall;51(3):451-61.
- Feldman A. The dying patient. *Psychiatr Clin North Am*. 1987 Mar;10(1):101-8.
- Kraft WA, Litwin WJ, Barber SE. Religious orientation and assertiveness: relationship to death anxiety. *J Soc Psychol*. 1987 Feb;127(1):93-5.
- Patterson KS, Gates LJ, Faulkender PJ. Assessment of death attitudes: an empirical approach. *J Psychol*. 1987 Sep;121(5):475-9.
- Murphy PA. Reduction in nurses' death anxiety following a death awareness workshop. *J Contin Educ Nurs*. 1986 Jul-Aug;17(4):115-8.
- McDonald RT, Hilgendorf WA. Death imagery and death anxiety. *J Clin Psychol*. 1986 Jan;42(1):87-91.
- Persinger MA. Death anxiety as a semantic conditioned suppression paradigm. *Percept Mot Skills*. 1985 Jun;60(3):827-30.
- Pfost KS, Peters KA, Stevens MJ. Death anxiety and the type A behavior pattern. *Psychol Rep*. 1985 Dec;57(3 Pt 1):745-6.
- Vickio CJ, Cavanaugh JC. Relationships among death anxiety, attitudes toward aging, and experience with death in nursing home employees. *J Gerontol*. 1985 May;40(3):347-9.
- Eakes GG. The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff. *Death Stud*. 1985;9(2):163-72.
- Quinn PK, Reznikoff M. The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *Int J Aging Hum Dev*. 1985;21(3):197-210.
- Toews J, Martin R, Prosen H. Death anxiety: the prelude to adolescence. *Adolesc Psychiatry*. 1985;12:134-44.
- Amenta MM. Death anxiety, purpose in life and duration of service in hospice volunteers. *Psychol Rep*. 1984 Jun;54(3):979-84.

- Downey AM. Relationship of religiosity to death anxiety of middle-aged males. *Psychol Rep.* 1984 Jun;54(3):811-22.
- Keller JW, Sherry D, Piotrowski C. Perspectives on death: a developmental study. *J Psychol.* 1984 Jan;116(1st Half):137-42.
- McMordie WR, Kumar A. Cross-cultural research on the Templer/McMordie Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 1984 Jun;54(3):959-63.
- Neimeyer RA, Neimeyer GJ. Death anxiety and counseling skill in the suicide interventionist. *Suicide Life Threat Behav.* 1984 Summer;14(2):126-31.
- Schell BH, Zinger JT. Death anxiety scale means and standard deviations for Ontario undergraduates and funeral directors. *Psychol Rep.* 1984 Apr;54(2):439-46.
- Vargo ME, Batsel WM. The reduction of death anxiety: a comparison of didactic, experiential and non-conscious treatments. *Br J Med Psychol.* 1984 Dec;57 (Pt 4):333-7.
- Vargo ME, Black FW. Attribution of control and the fear of death among first-year medical students. *J Clin Psychol.* 1984 Nov;40(6):1525-8.
- Vargo ME, Black FW. Psychosocial correlates of death anxiety in a population of medical students. *Psychol Rep.* 1984 Jun;54(3):737-8.
- Wagner KD, Lorion RP. Correlates of death anxiety in elderly persons. *J Clin Psychol.* 1984 Sep;40(5):1235-41.
- Davis SF, Bremer SA, Anderson BJ, Tramill JL. The interrelationships of ego strength, self-esteem, death anxiety, and gender in undergraduate college students. *J Gen Psychol.* 1983 Jan;108(1st Half):55-9.
- Joubert CE. Subjective acceleration of time: death anxiety and sex differences. *Percept Mot Skills.* 1983 Aug;57(1):49-50.
- Lee PW, Lieh-Mak F, Hung BK, Luk SL. Death anxiety in leukemic Chinese children. *Int J Psychiatry Med.* 1983-84;13(4):281-9.
- Livneh H. Death anxiety and attitudes toward disabled persons. *Psychol Rep.* 1983 Oct;53(2):359-63.
- Mullins LC, Merriam S. Nurses react to death anxiety. *J Gerontol Nurs.* 1983 Sep;9(9):487-92.
- Persinger MA. Religious and mystical experiences as artifacts of temporal lobe function: a general hypothesis. *Percept Mot Skills.* 1983 Dec;57(3 Pt 2):1255-62.
- Richardson V, Berman S, Piwowarski M. Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *J Gen Psychol.* 1983 Oct;109(2d Half):149-56.
- Robinson PJ, Wood K. Fear of death and physical illness: a personal construct approach. *Death Educ.* 1983 Summer-Fall;7(2-3):213-28.
- Schorr JA. Manifestations of consciousness and the developmental phenomenon of death. *ANS Adv Nurs Sci.* 1983 Oct;6(1):26-35.
- Benson SB, Beardsley RS. The relationship between religion and death anxiety. *Can Pharm J.* 1982 Aug;115(8):305-7.
- Conte HR, Weiner MB, Plutchik R. Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *J Pers Soc Psychol.* 1982 Oct;43(4):775-85.

- Durlak JA. Using the Templer Scale to assess "death anxiety:" a cautionary note. *Psychol Rep.* 1982 Jun;50(3 Pt 2):1257-8.
- Goldney RD. Attempted suicide and death anxiety. *J Clin Psychiatry.* 1982 Apr;43(4):159.
- Kumar A, Vaidya AK, Dwivedi CB. Death anxiety as a personality dimension of alcoholics and non-alcoholics. *Psychol Rep.* 1982 Oct;51(2):634.
- Lonetto R. Personifications of death and death anxiety. *J Pers Assess.* 1982 Aug;46(4):404-8.
- McMordie WR. Concurrent validity of Templer and Templer/Mc Mordie Death Anxiety Scales. *Psychol Rep.* 1982 Aug;51(1):265-6.
- Mullins LC, López MA. Death anxiety among nursing home residents: a comparison of the young-old and the old-old. *Death Educ.* 1982 Spring;6(1):75-86.
- Tate LA. Life satisfaction and death anxiety in aged women. *Int J Aging Hum Dev.* 1982;15(4):299-306.
- Amenta MM, Weiner AW. Death anxiety and general anxiety in hospice workers. *Psychol Rep.* 1981 Dec;49(3):962.
- Goldney RD. Attempted suicide in young women: correlates of lethality. *Br J Psychiatry.* 1981 Nov;139:382-90.
- McDonald RT, Carroll JD. Three measures of death anxiety: birth order effects and concurrent validity. *J Clin Psychol.* 1981 Jul;37(3):574-7.
- Salter CA, Templer DI. Attitudes toward laetrile in relation to death anxiety and experience with cancer in the family. *Psychol Rep.* 1981 Oct;49(2):629-30.
- Telban SG. Death anxiety and knowledge about death. *Psychol Rep.* 1981 Oct;49(2):648.
- Testa JA. Group systematic desensitization and implosive therapy for death anxiety. *Psychol Rep.* 1981 Apr;48(2):376-8.
- Vargo ME, Batsel WM JR. Relationship between death anxiety and components of the self-actualization process. *Psychol Rep.* 1981 Feb;48(1):89-90.
- Campbell TW. Death anxiety on a coronary care unit. *Psychosomatics.* 1980 Feb;21(2):127, 131, 135-6.
- Elkins GR, Fee AF. Relationship of physical anxiety to death anxiety and age. *J Genet Psychol.* 1980 Sep;137(1st Half):147-8.
- Gay VP. Death anxiety in modern and pre-modern ritual. *Am Imago.* 1980 Summer;37(2):180-214.
- Johnson JC. Death anxiety of rehabilitation counselors and clients. *Psychol Rep.* 1980 Feb;46(1):325-6.
- Lonetto R, Mercer GW, Fleming S, Bunting B, Clare M. Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *J Psychol.* 1980 Jan;104(1st Half):75-82.
- McClam T. Death anxiety before and after death education: negative results. *Psychol Rep.* 1980 Apr;46(2):513-4.
- Miles MS. The effects of a course on death and grief on nurses' attitudes toward dying patients and death. *Death Educ.* 1980 Fall;4(3):245-60.

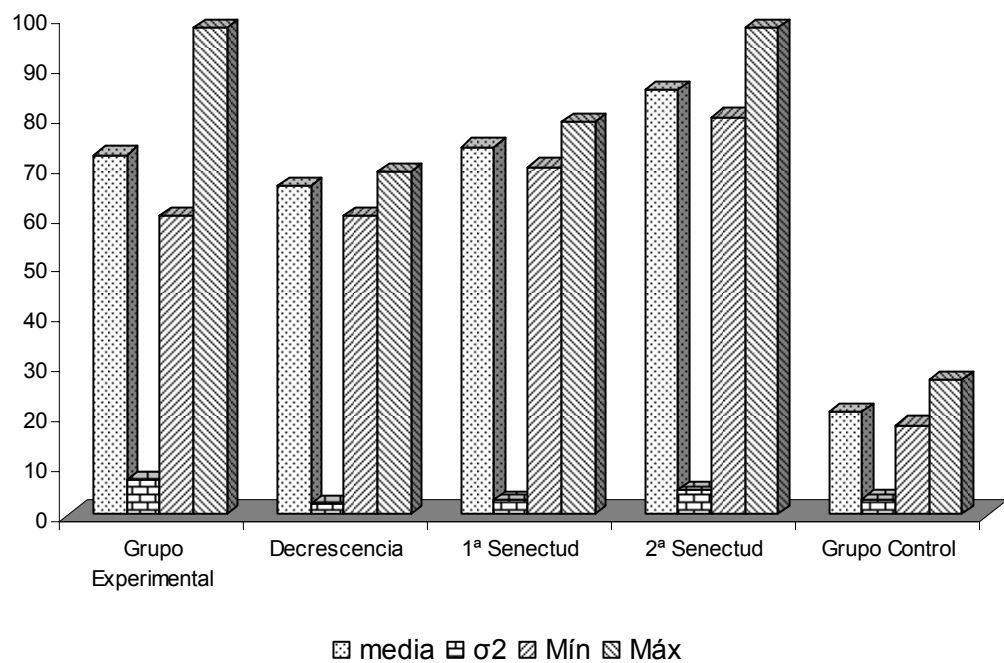
- Myers JE, Wass H, Murphey M. Ethnic differences in death anxiety among the elderly. *Death Educ.* 1980 Fall;4(3):237-44. *Psychol Rep.* 1980 Feb;46(1):53-4.
- Sanders JF, Poole TE, Rivero WT. Death anxiety among the elderly. *Psychol Rep.* 1980 Feb;46(1):53-4.
- Stevens SJ, Cooper PE, Thomas LE. Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychol Rep.* 1980 Feb;46(1):205-6.
- Vargo M. Relationship between the Templer Death Anxiety Scale and the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Psychol Rep.* 1980 Apr;46(2):561-2.
- Young M, Daniels S. Born again status as a factor in death anxiety. *Psychol Rep.* 1980 Oct;47(2):367-70.

Gráficas Análisis Bivariantes

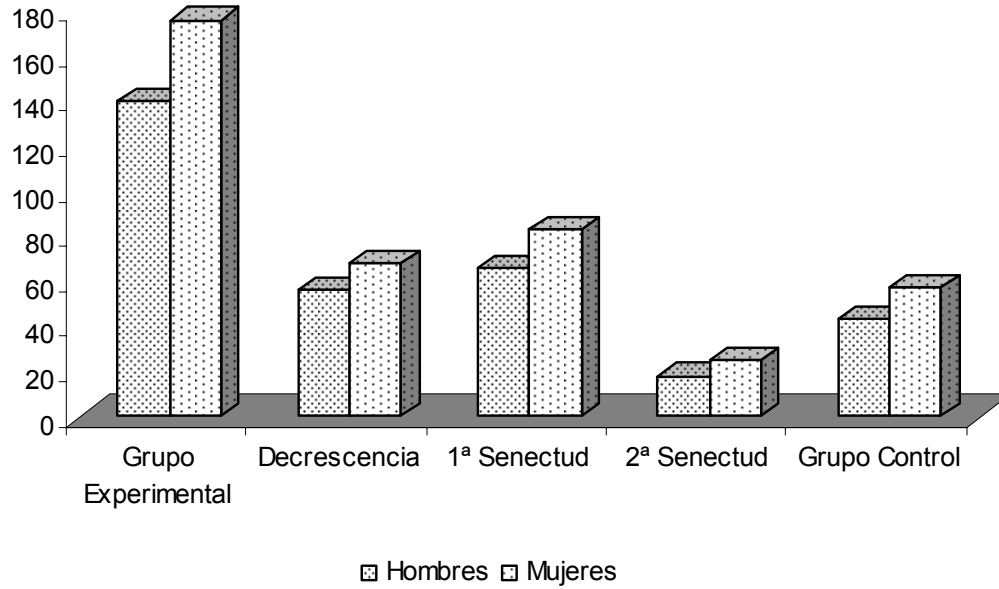
ANÁLISIS DESCRIPTIVO.

Anamnesis.

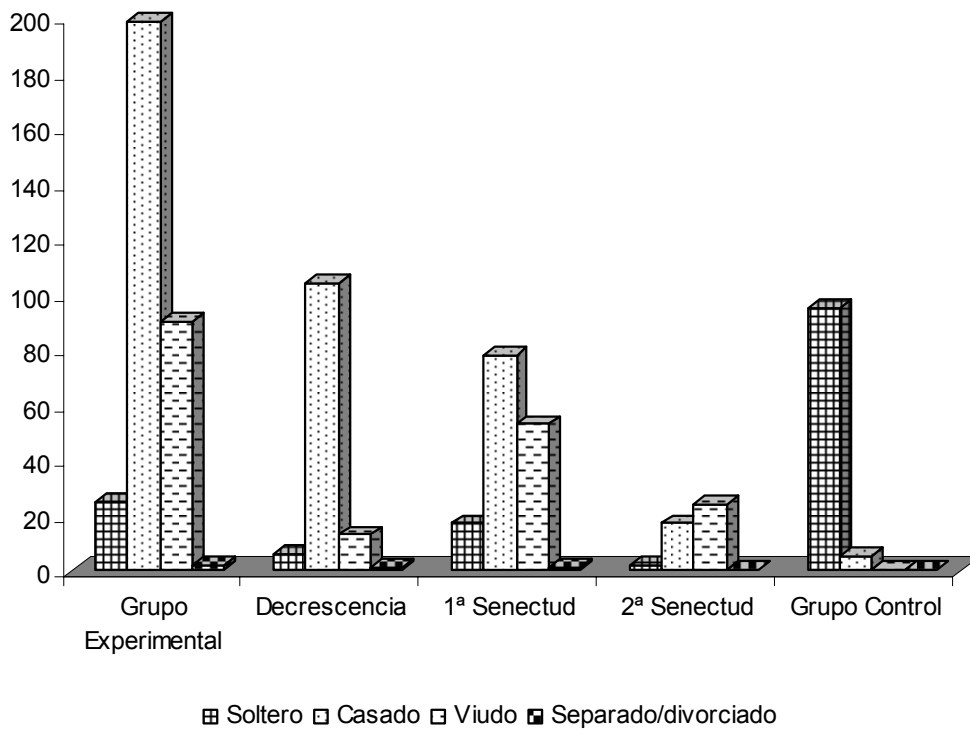
Edad (Cfr.: Tabla: 86.)



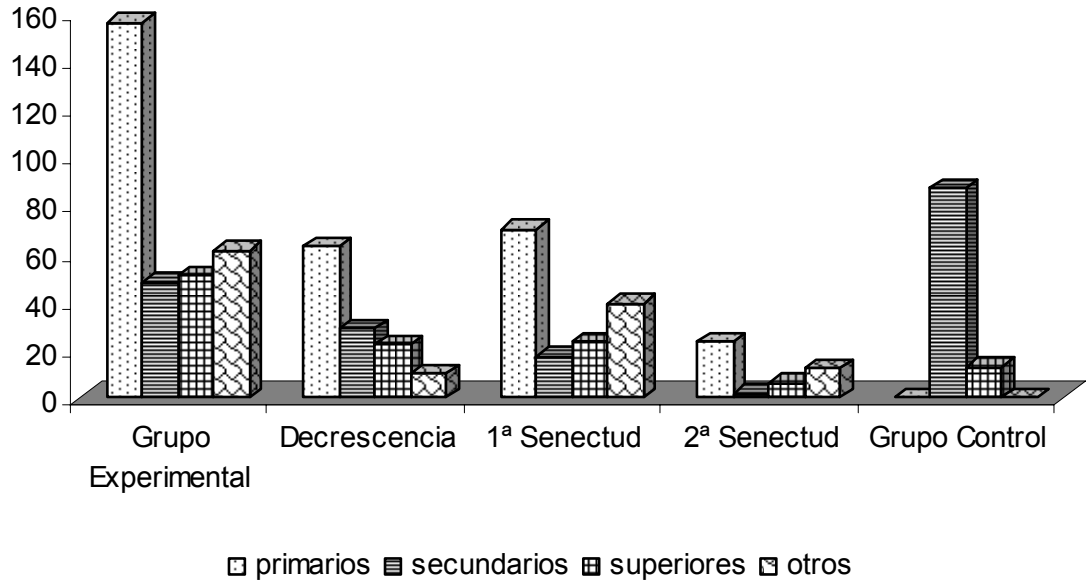
Sexo (Cfr.: Tabla: 87.)



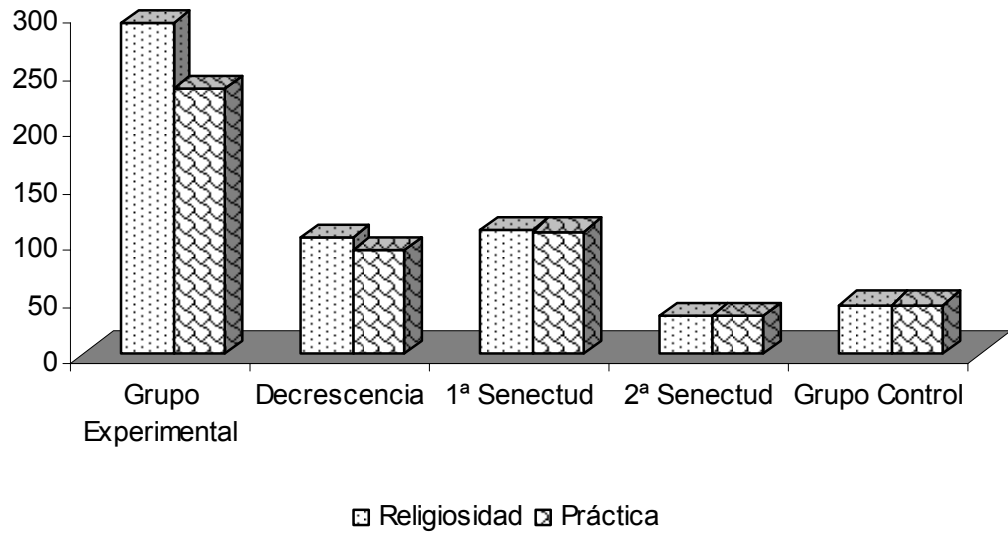
Estado Civil. (Cfr.: Tabla: 88.)



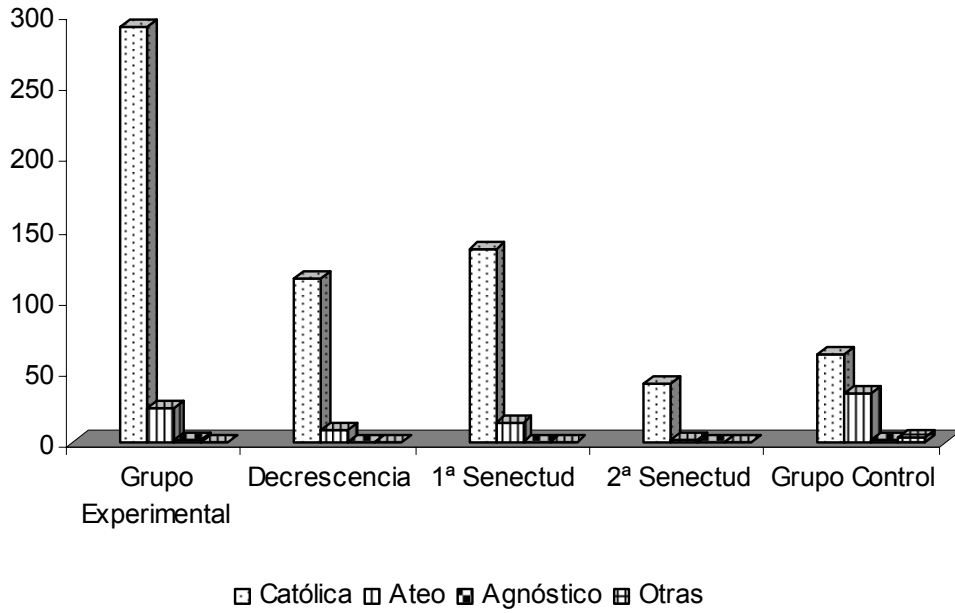
Escolaridad (Cfr.: Tabla: 89.)



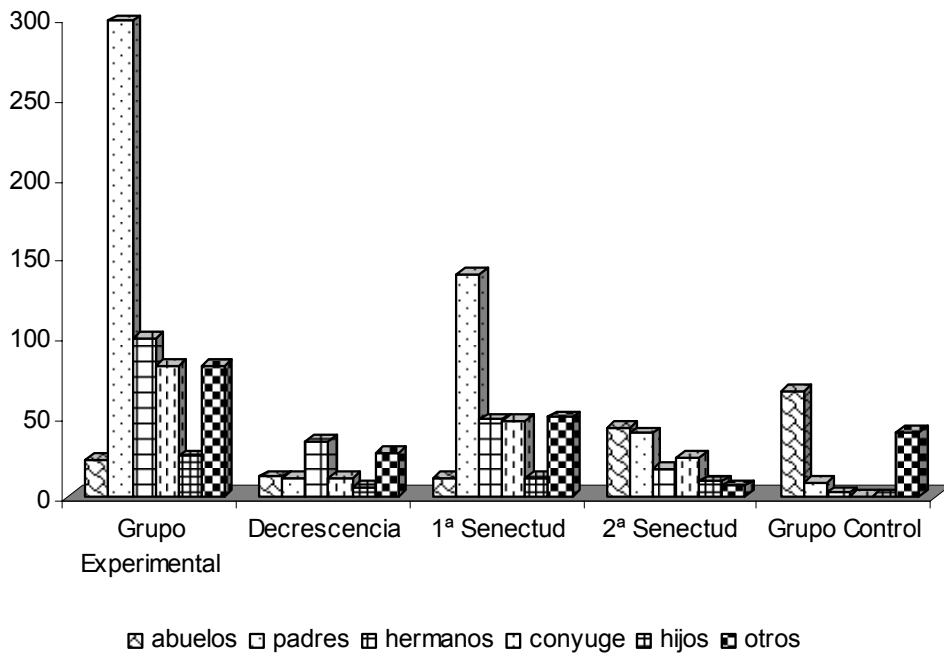
Actitud y práctica religiosa (Cfr.: Tabla: 90.)



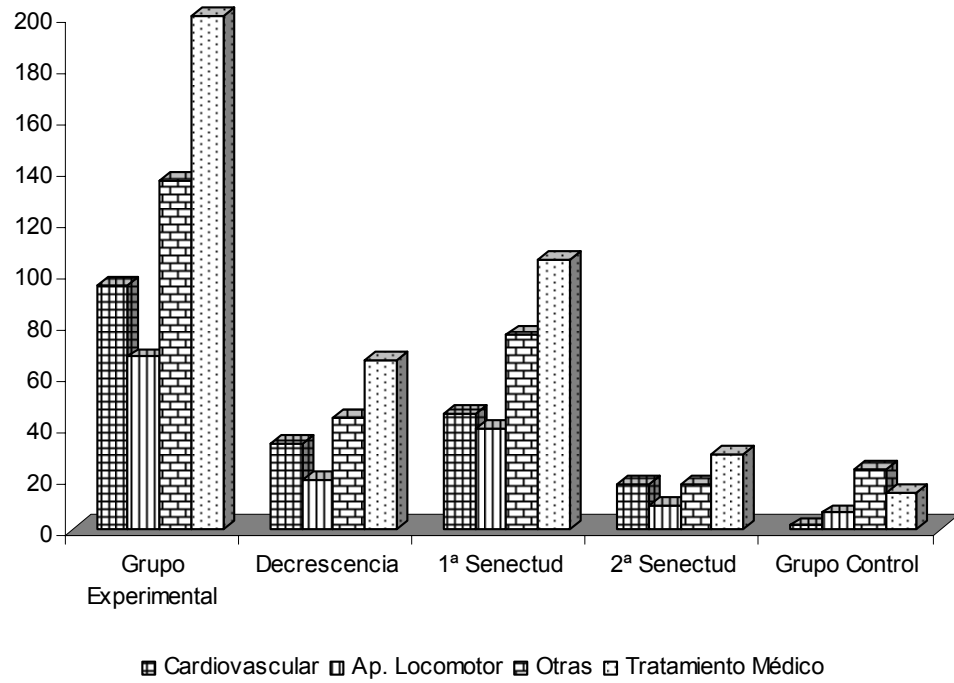
Religión (Cfr.: Tabla: 90.)



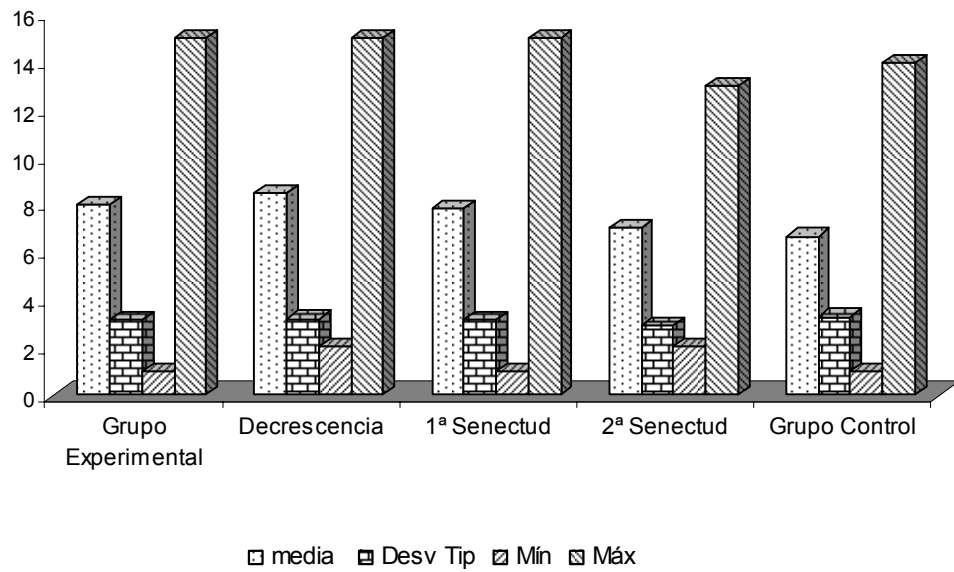
Experiencia de muerte (Cfr.: Tabla: 91.)



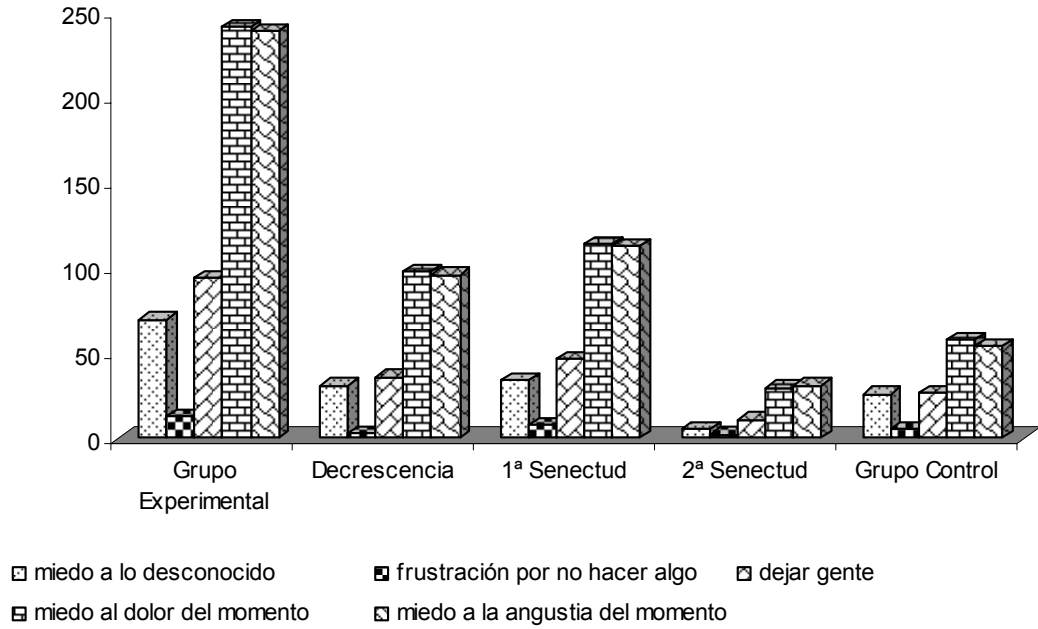
Enfermedades u operaciones importantes y su tratamiento médico (Cfr.: Tabla: 92.)



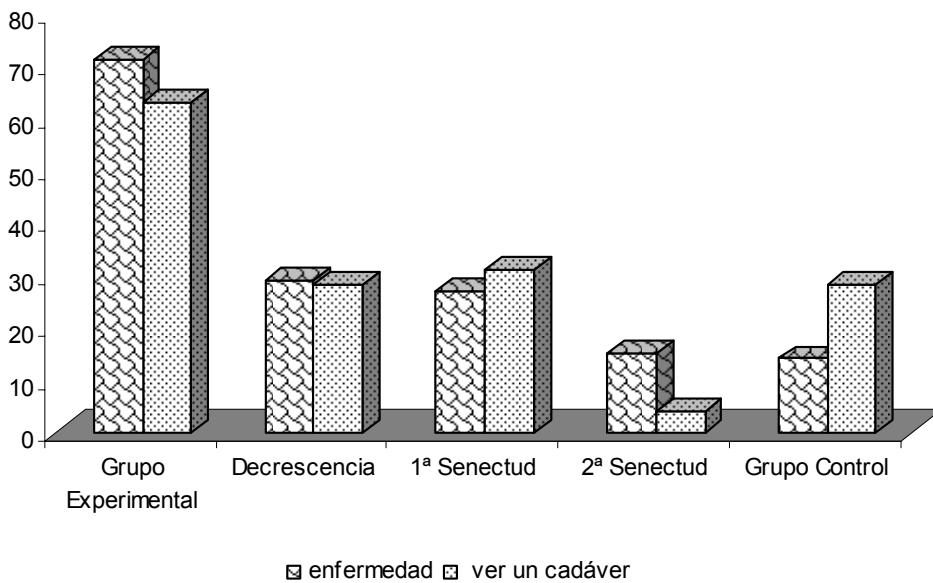
Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer —DAS (Cfr.: Tabla: 93.)



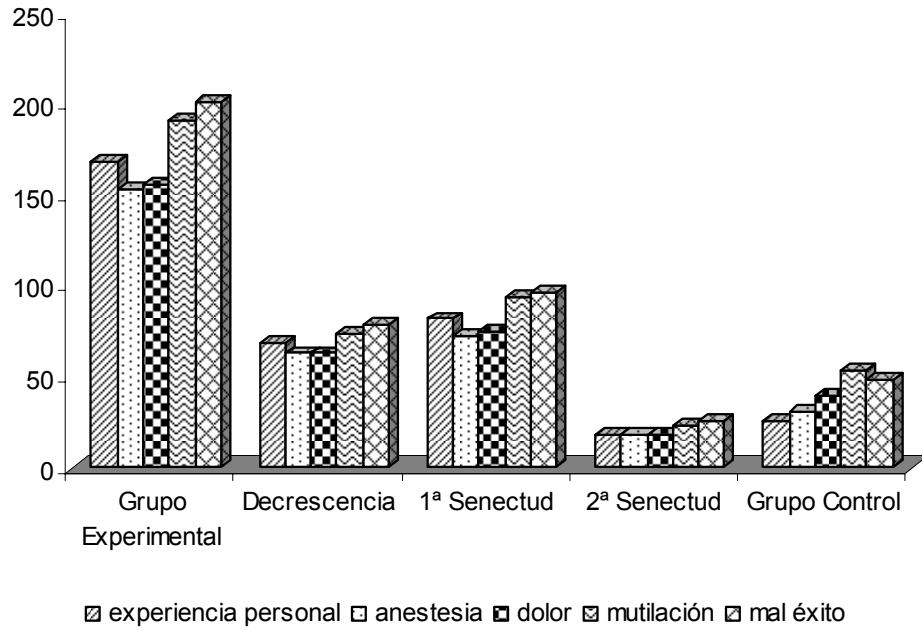
Miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir (Cfr.: Tabla: 94.)



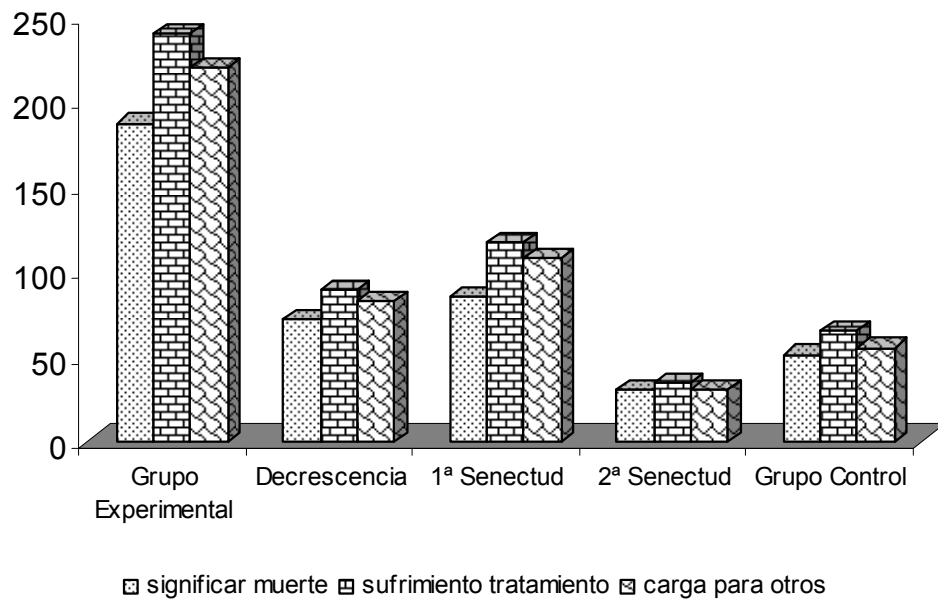
Miedo al pensar la muerte (Cfr.: Tabla: 95.)



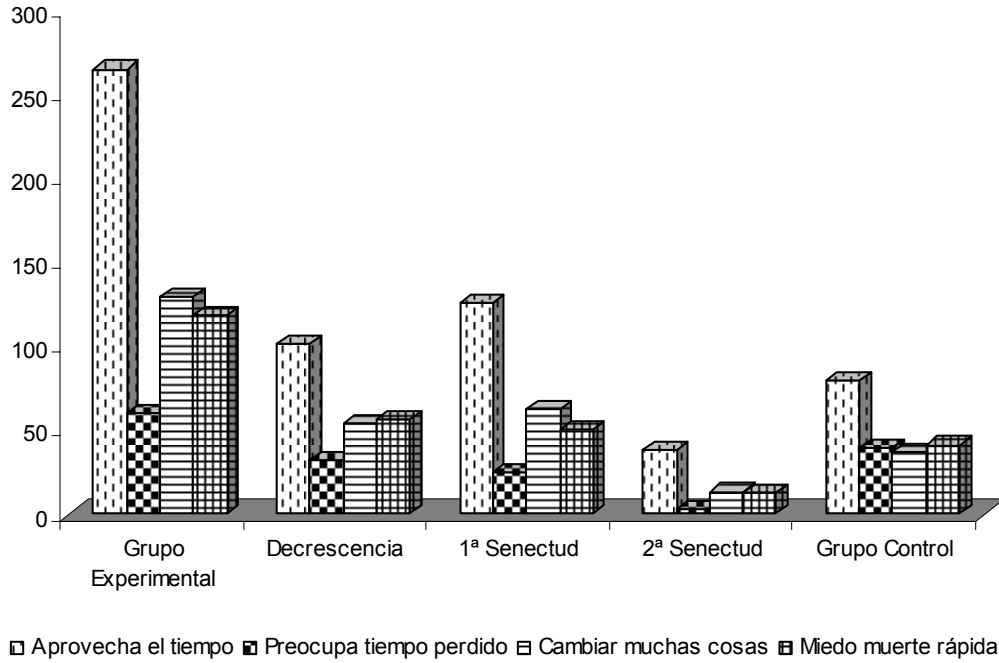
Miedo al pensar en una operación (Cfr.: Tabla: 96.)



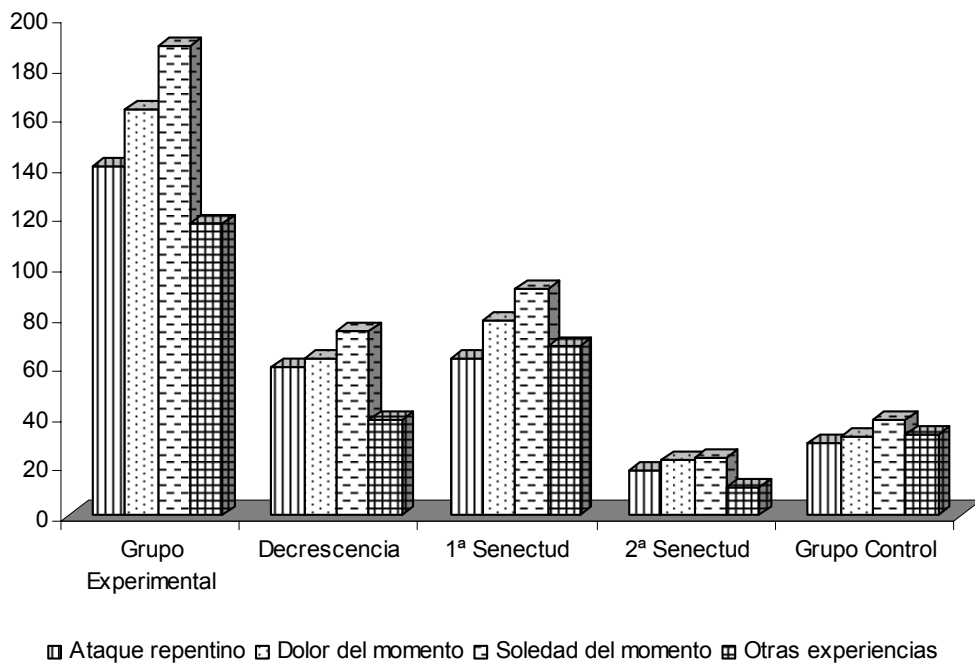
Miedo ante el cáncer (Cfr.: Tabla: 97.)



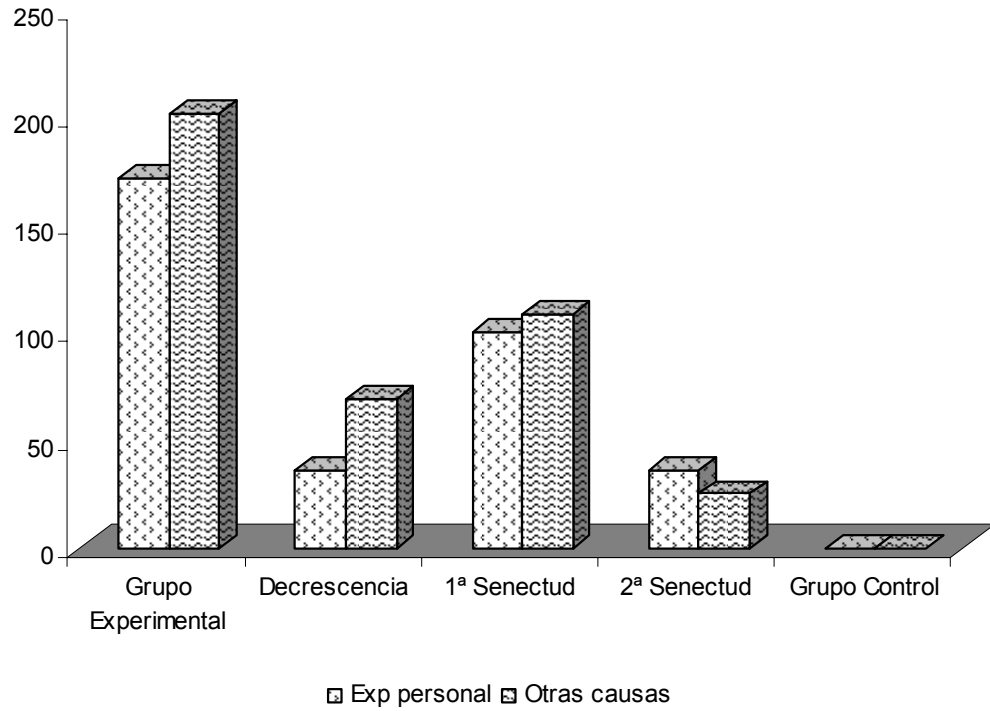
Concepción de la vida (Cfr.: Tabla: 98.)



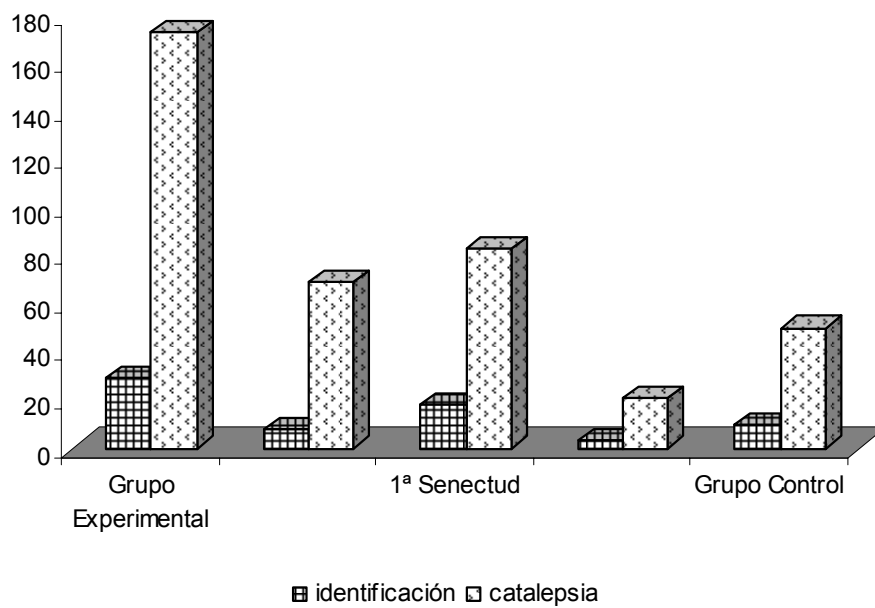
Miedo a tener un ataque al corazón (Cfr.: Tabla: 99.)



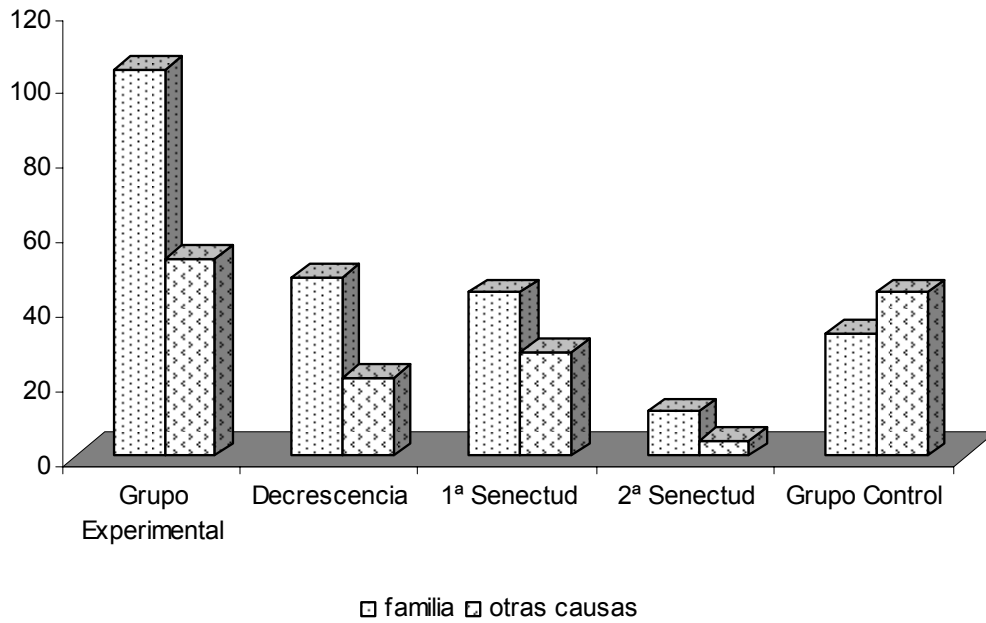
Preocupación ante una posible guerra (Cfr.: Tabla: 100.)



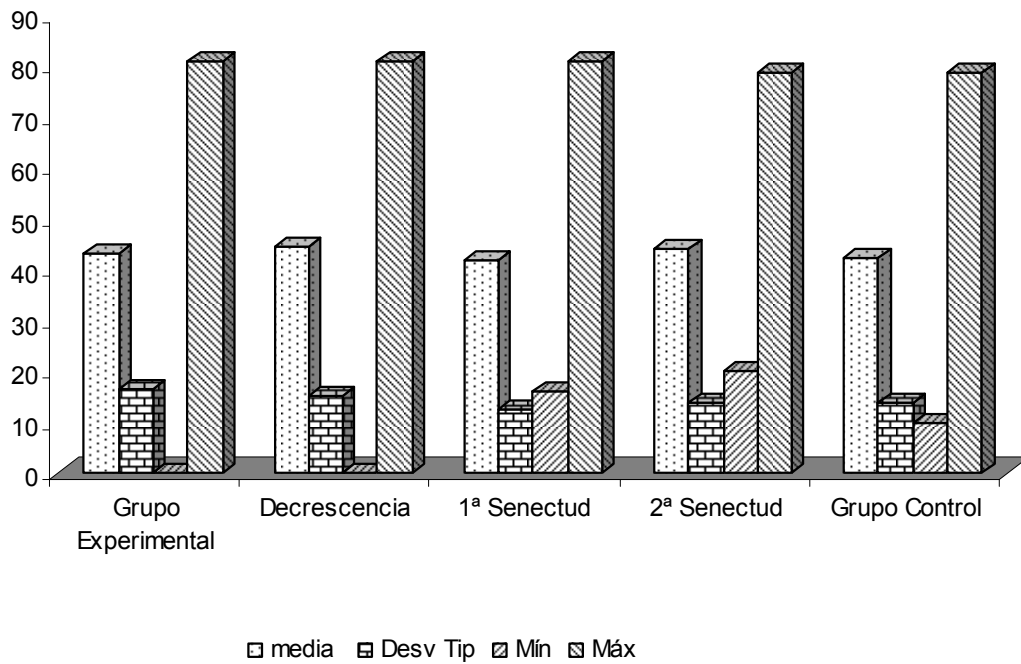
Sentimiento de horror al ver un cadáver (Cfr.: Tabla: 101.)



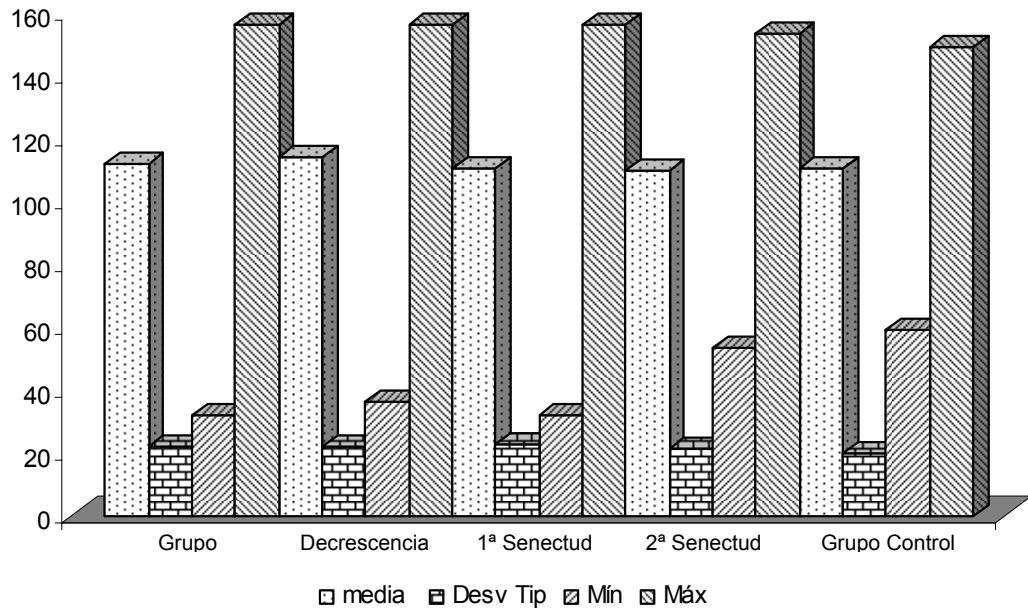
Temor por el futuro (Cfr.: Tabla: 102.)



Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte —EAM-R (Cfr.: Tabla: 103.)

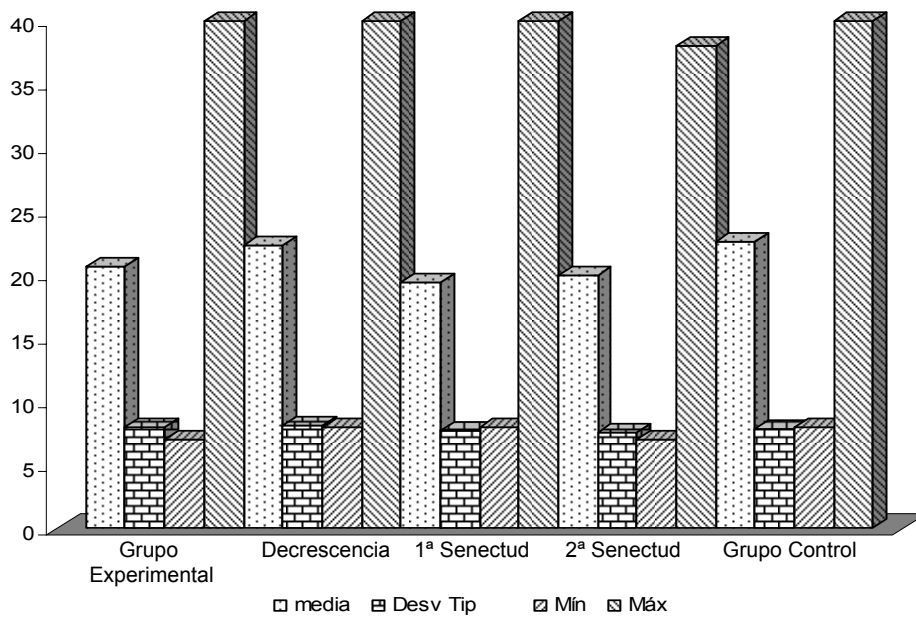


Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collett-Lester —ECL-R: Puntuación total.
(Cfr.: Tabla: 104.)



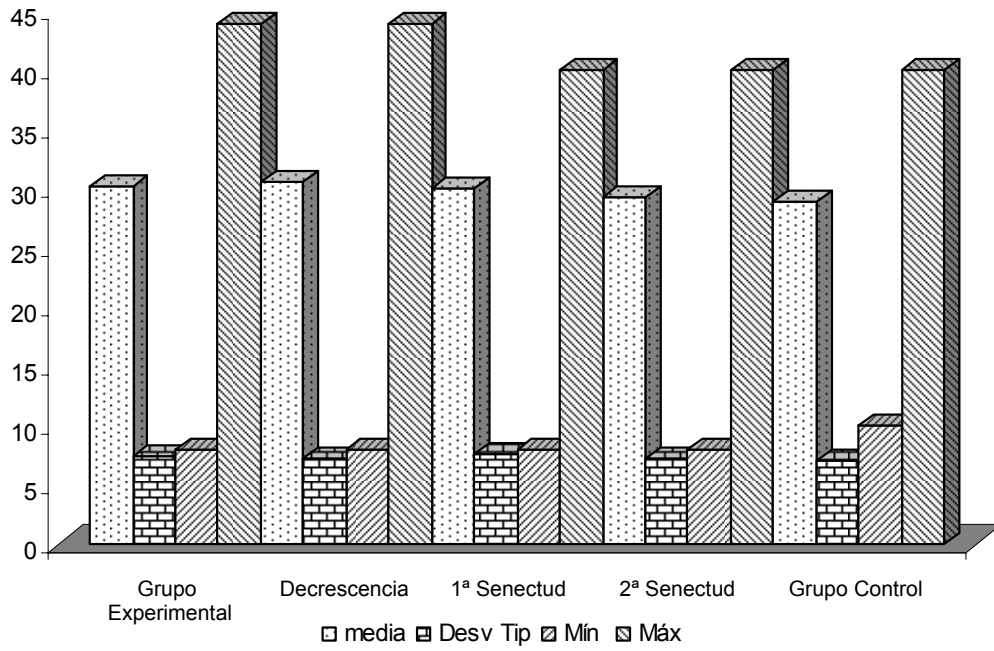
Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₁.
(Cfr.: Tabla: 104.)

Tu propia muerte.



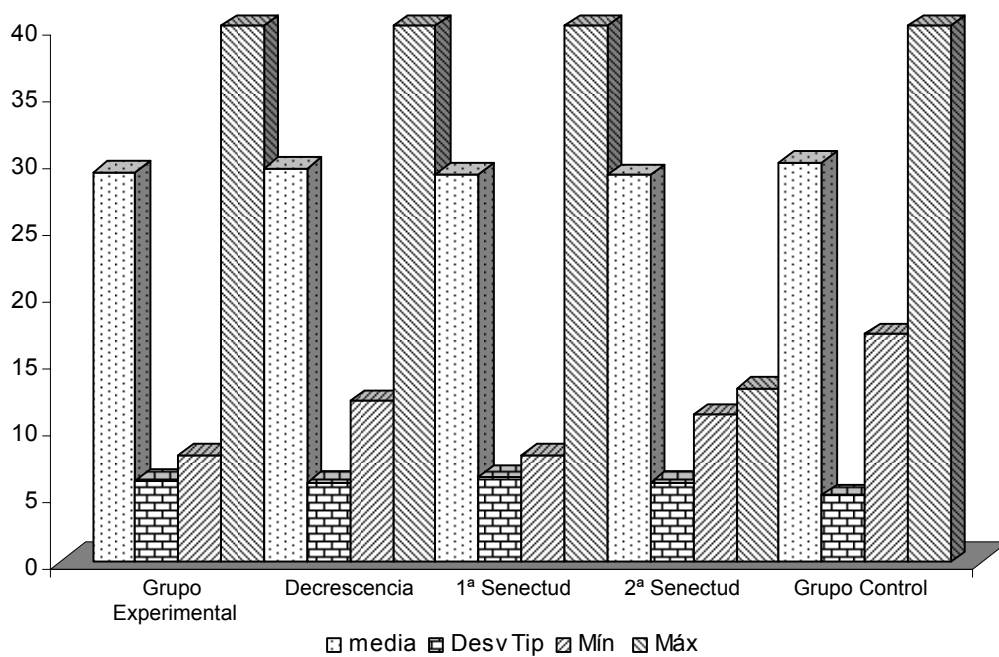
Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₂.
(Cfr.: Tabla: 104.)

Tu propio proceso de morir.



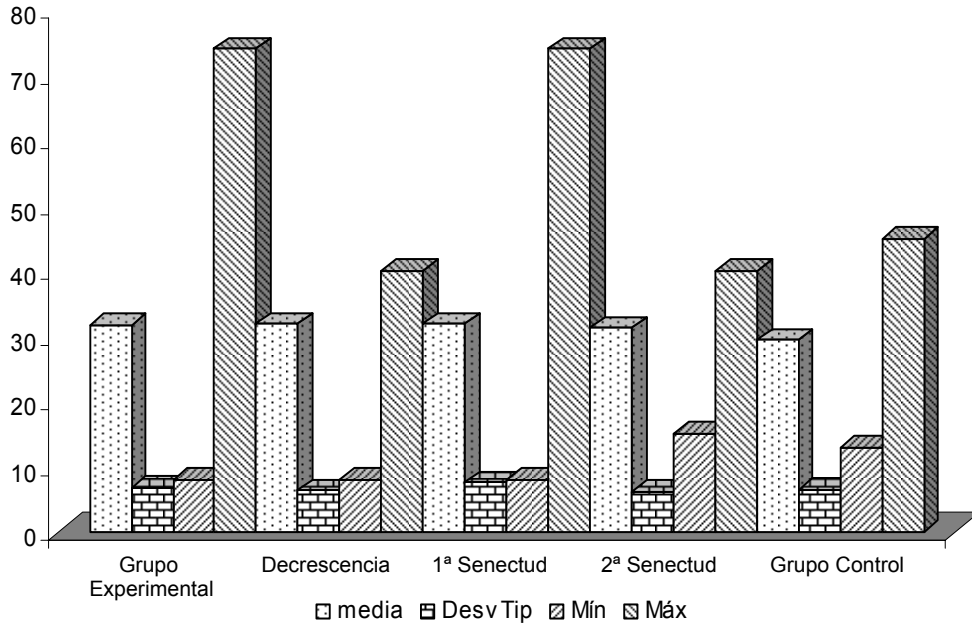
Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₃
(Cfr.: Tabla: 104.)

La muerte de los otros.

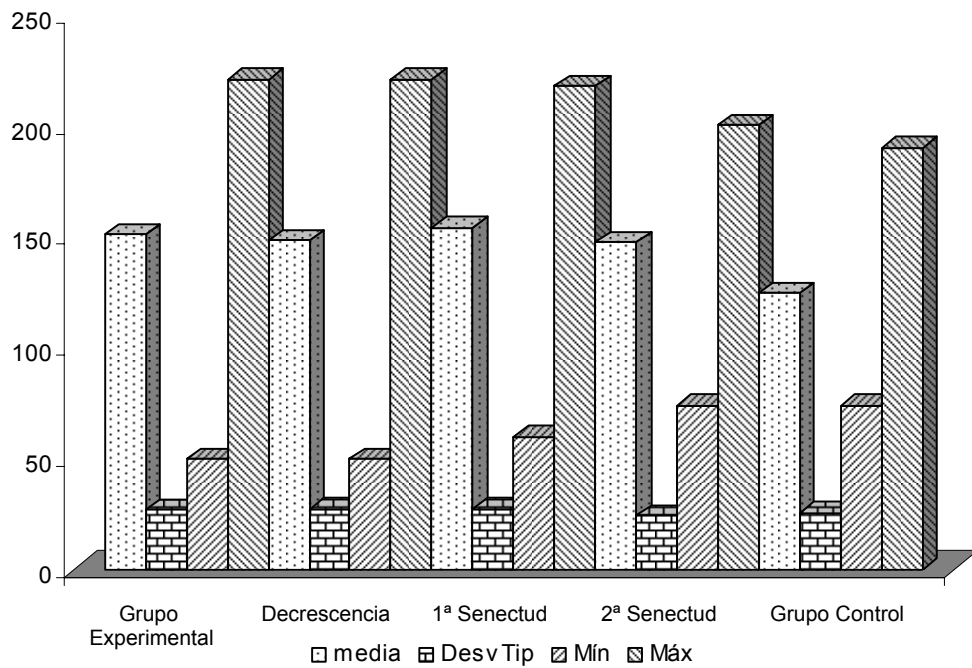


Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₄.
(Cfr.: Tabla: 104.)

El proceso de morir de los otros.

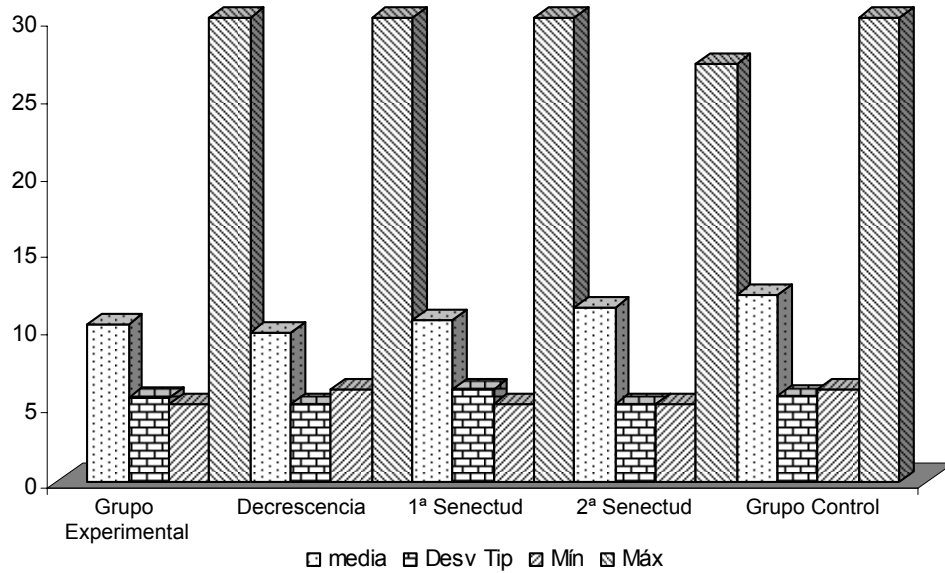


Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: Puntuación Total. (Cfr.: Tabla: 105.)



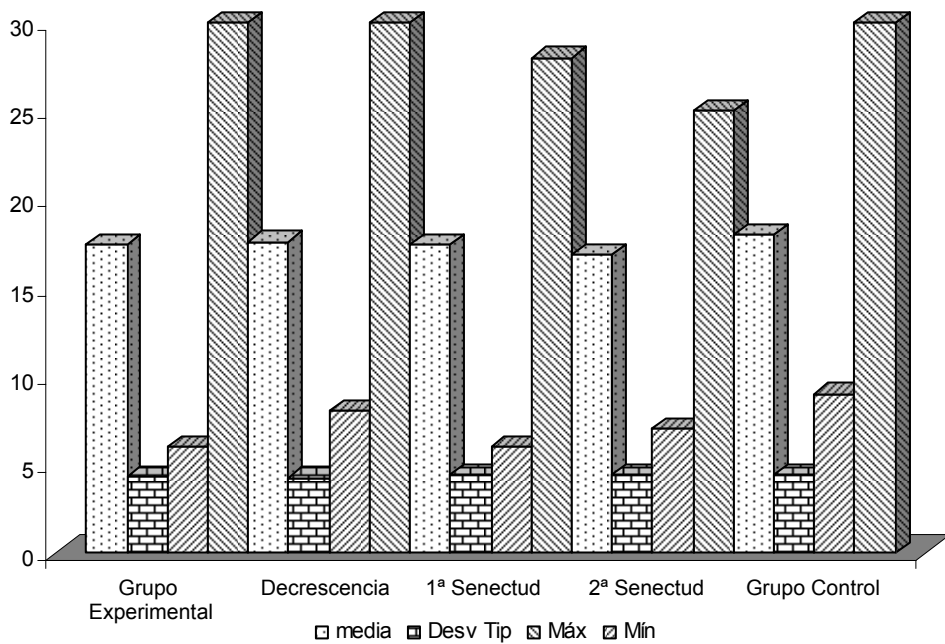
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₁.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo al proceso de morir.



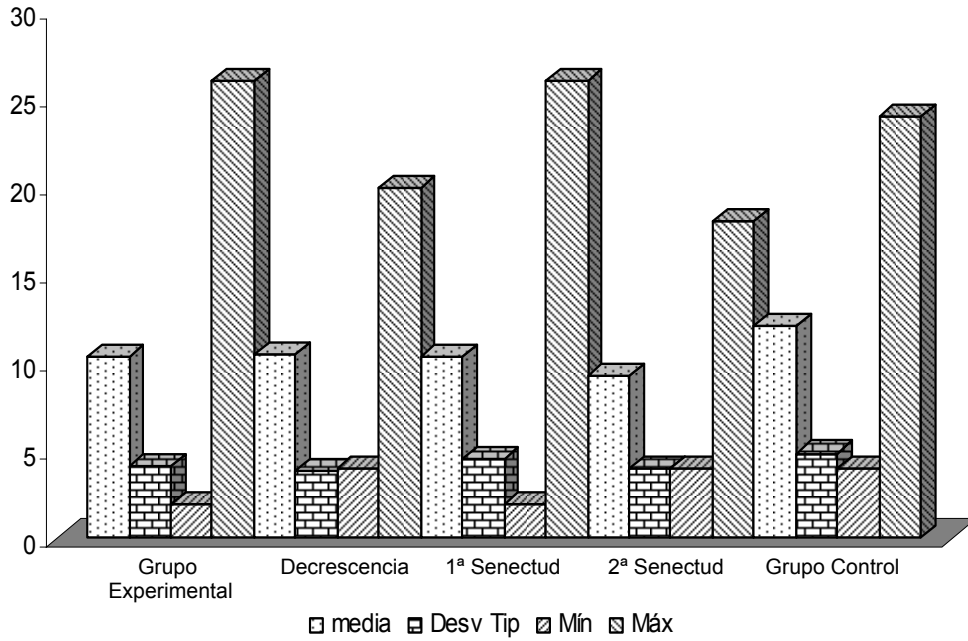
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₂.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a los muertos.



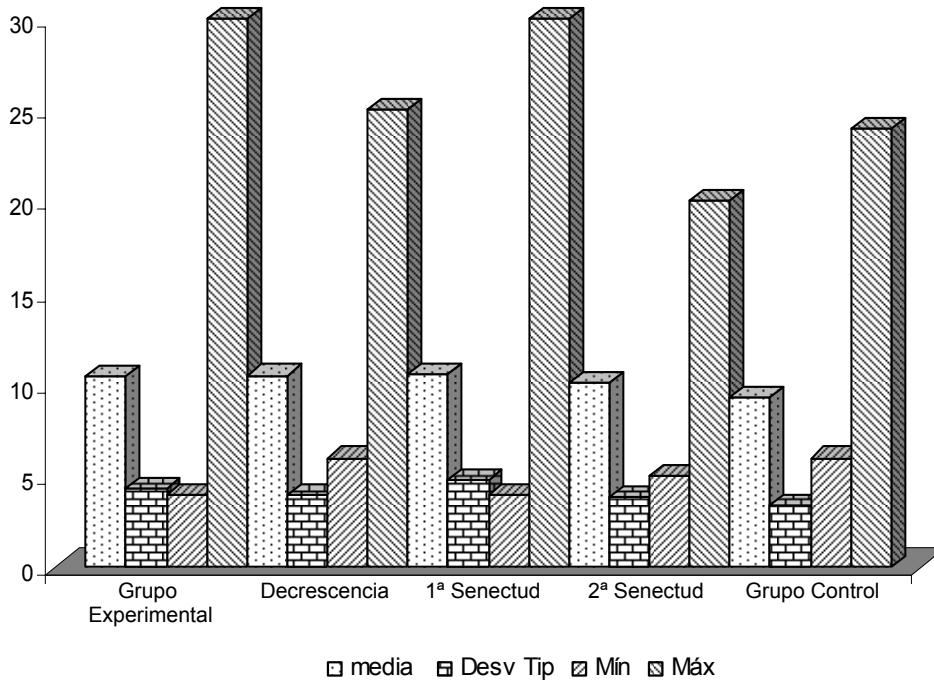
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₃.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a ser destrozado.



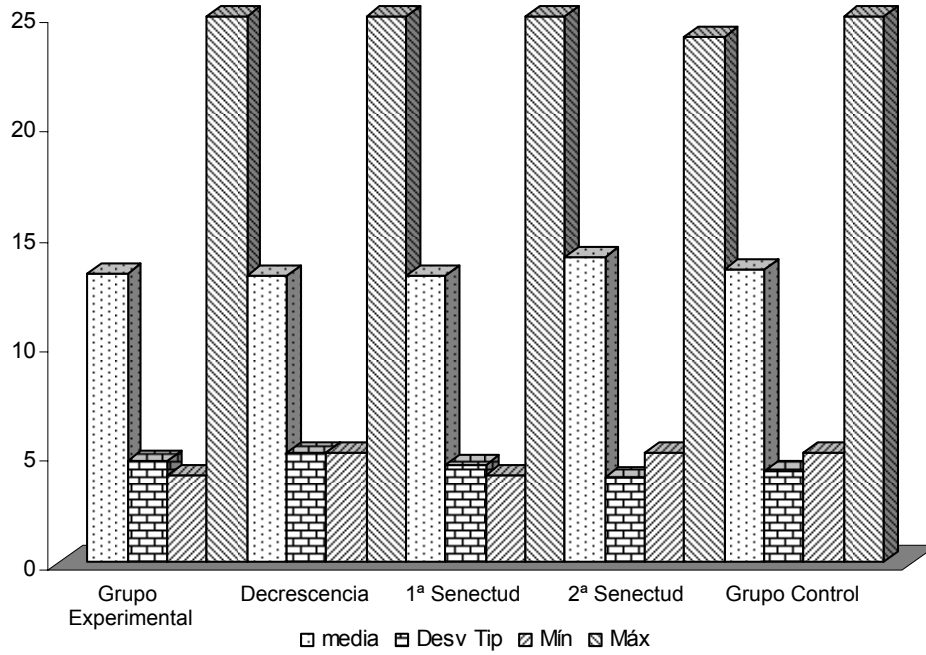
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₄.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo por otras personas significativas.



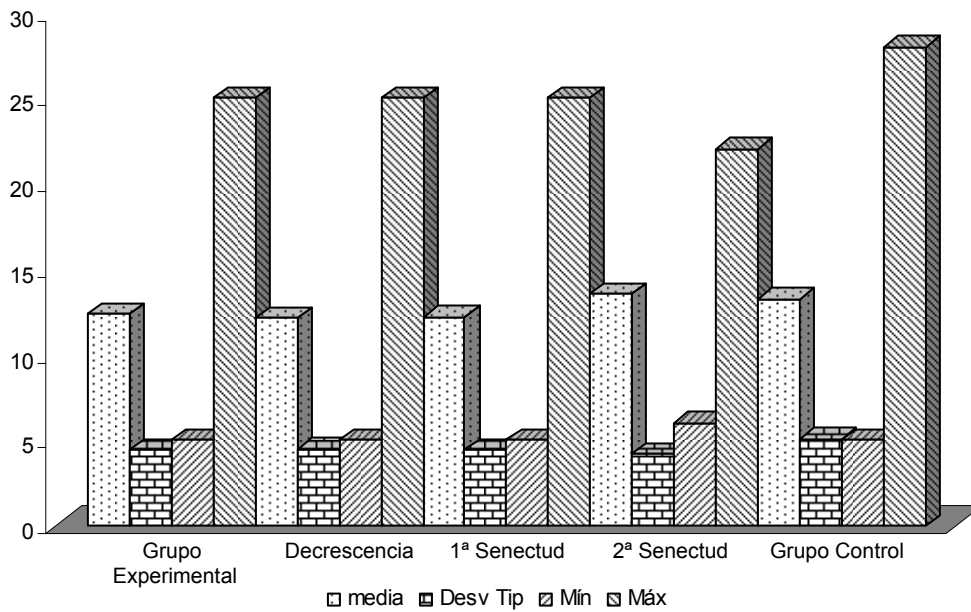
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₅.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a lo desconocido.



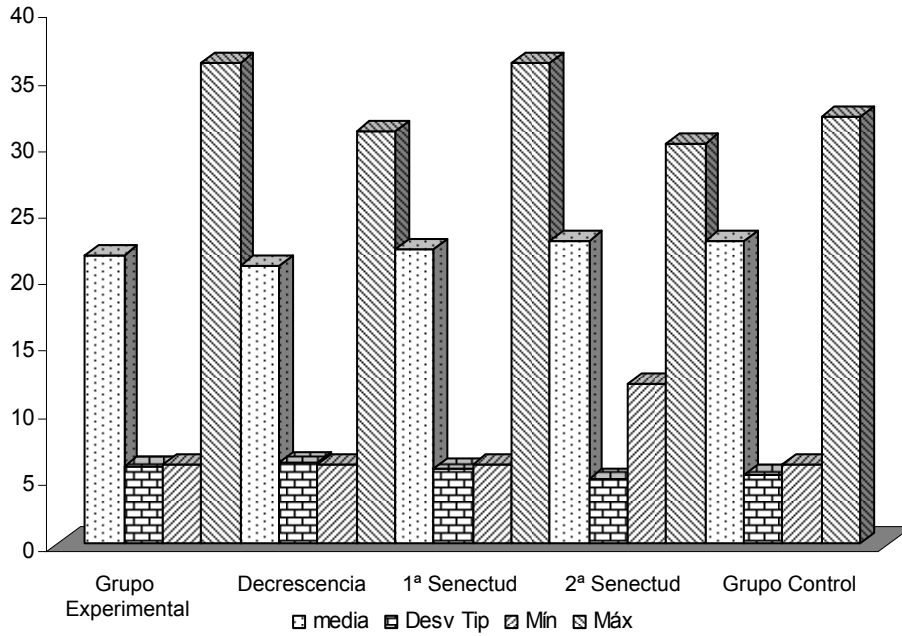
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₆.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a una muerte consciente.



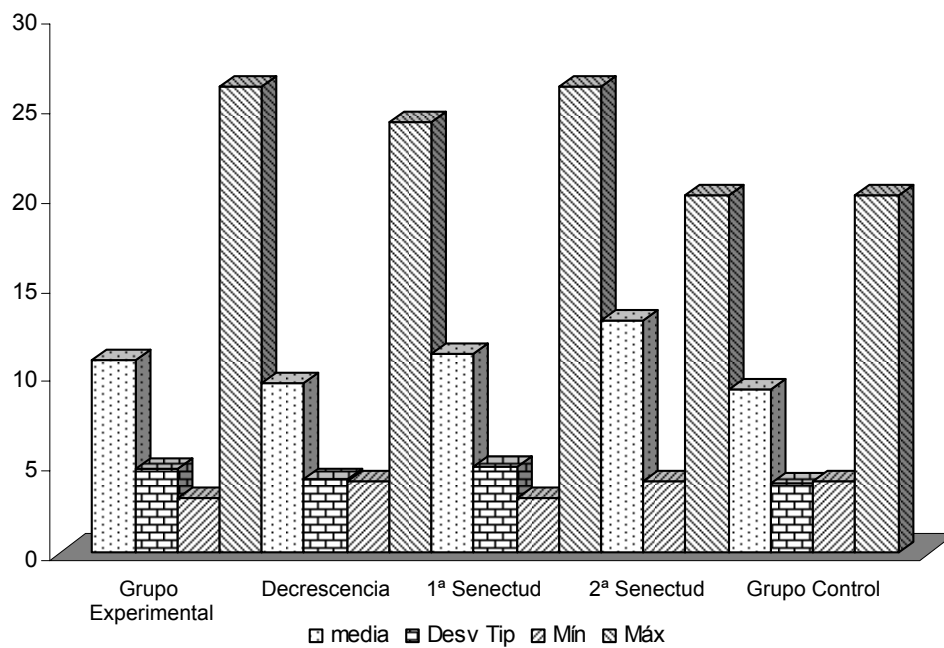
Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₇.
(Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo por el cuerpo después de la muerte.

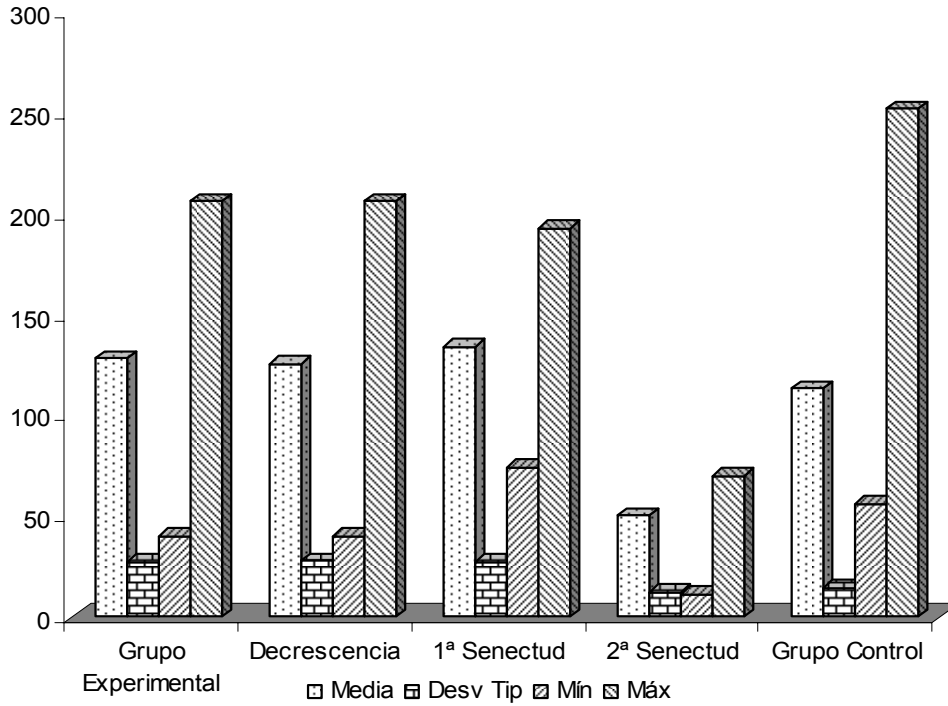


Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter —EMMM: F₈.
(Cfr.: Tabla: 105.)

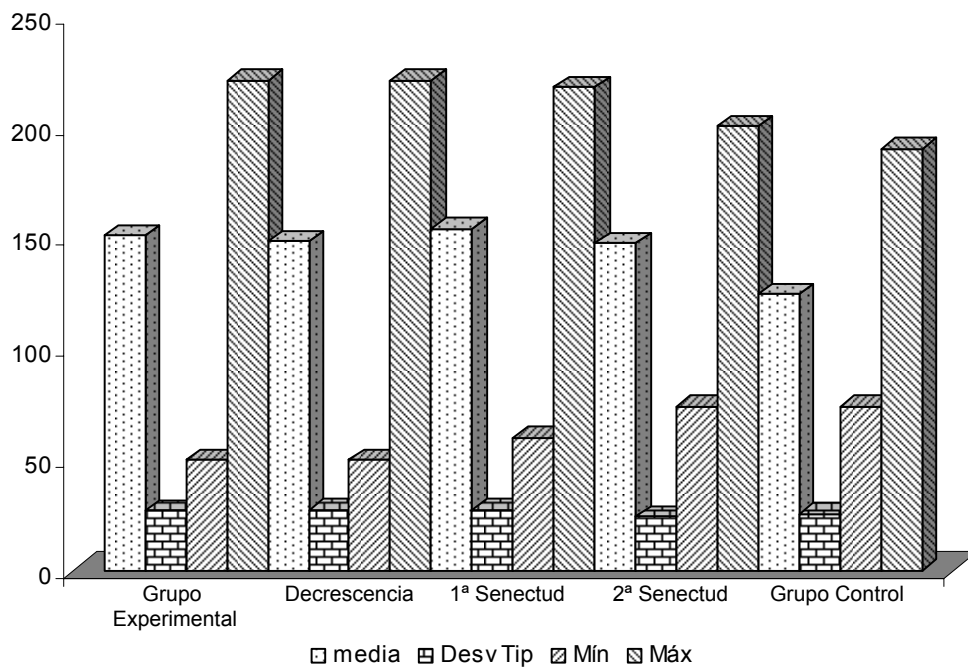
Miedo a una muerte prematura.



Escala Bugen de Afrontamiento a la Muerte. (Cfr.: Tabla: 106.)

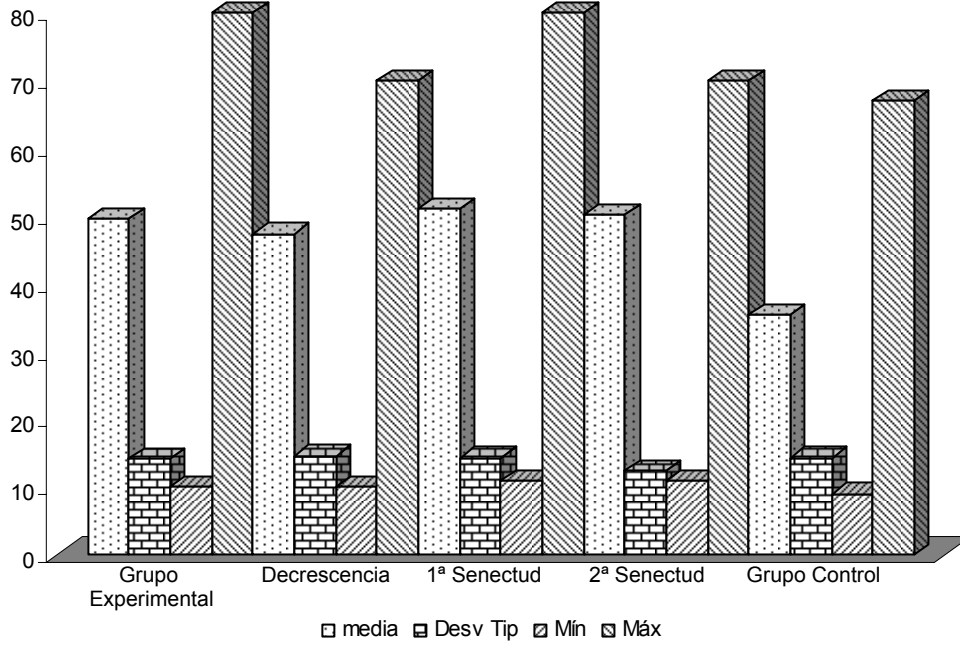


Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: Puntuación Total. (Cfr.: Tabla: 107.)



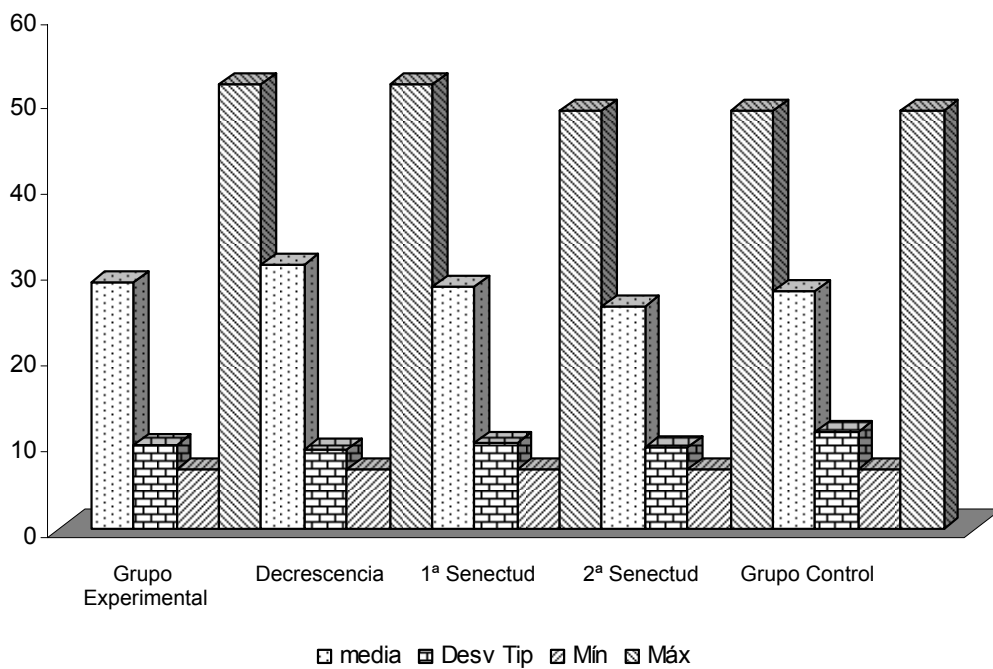
Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: C₁. (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación de acercamiento.



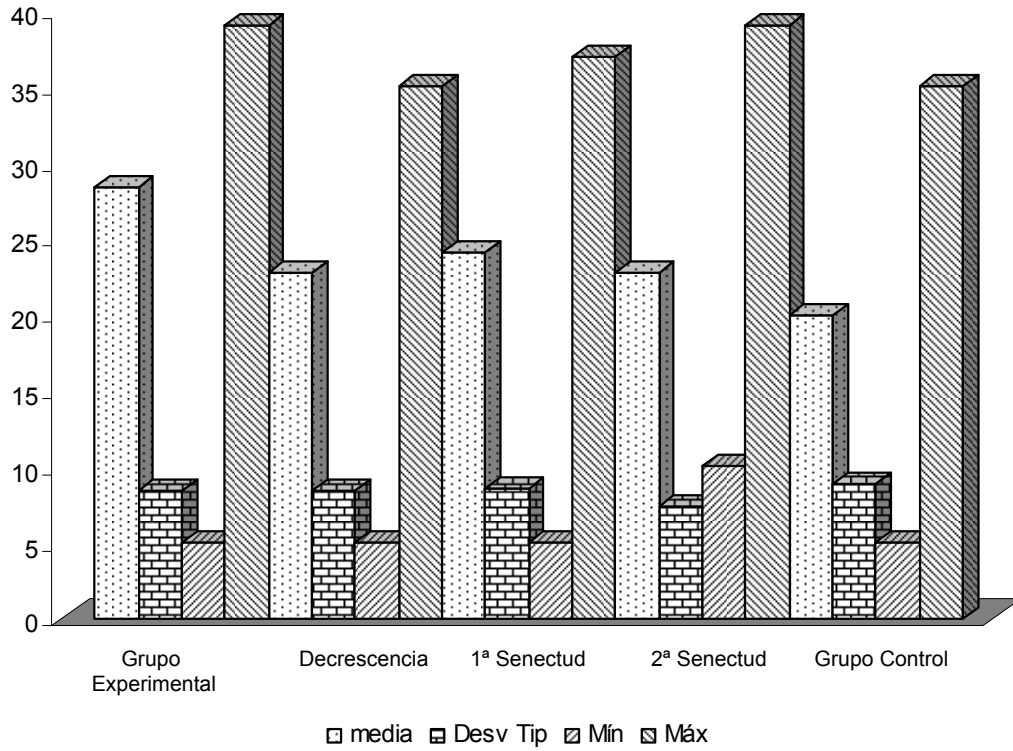
Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: C₂. (Cfr.: Tabla: 107.)

Miedo a la muerte.



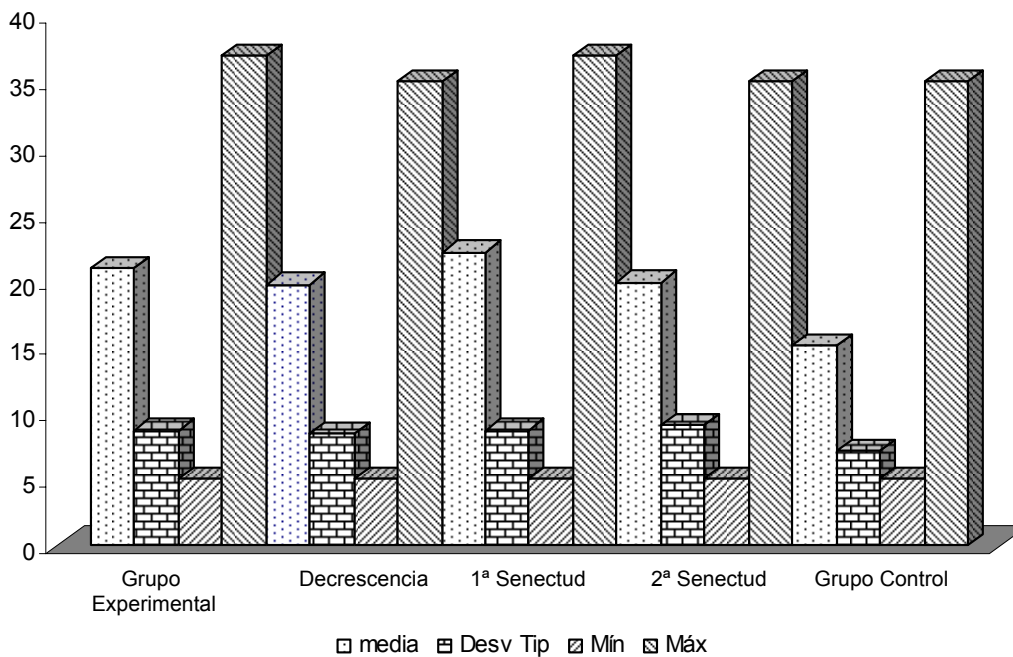
Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: C₃. (Cfr.: Tabla: 107.)

Evitación de la muerte.



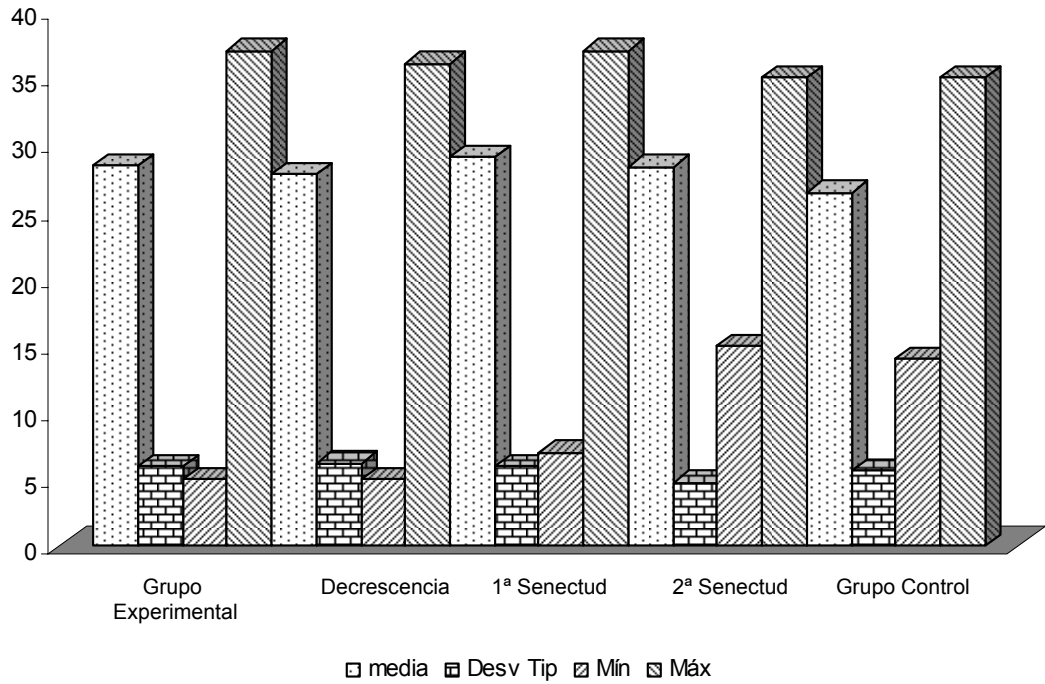
Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: C₄. (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación de escape.

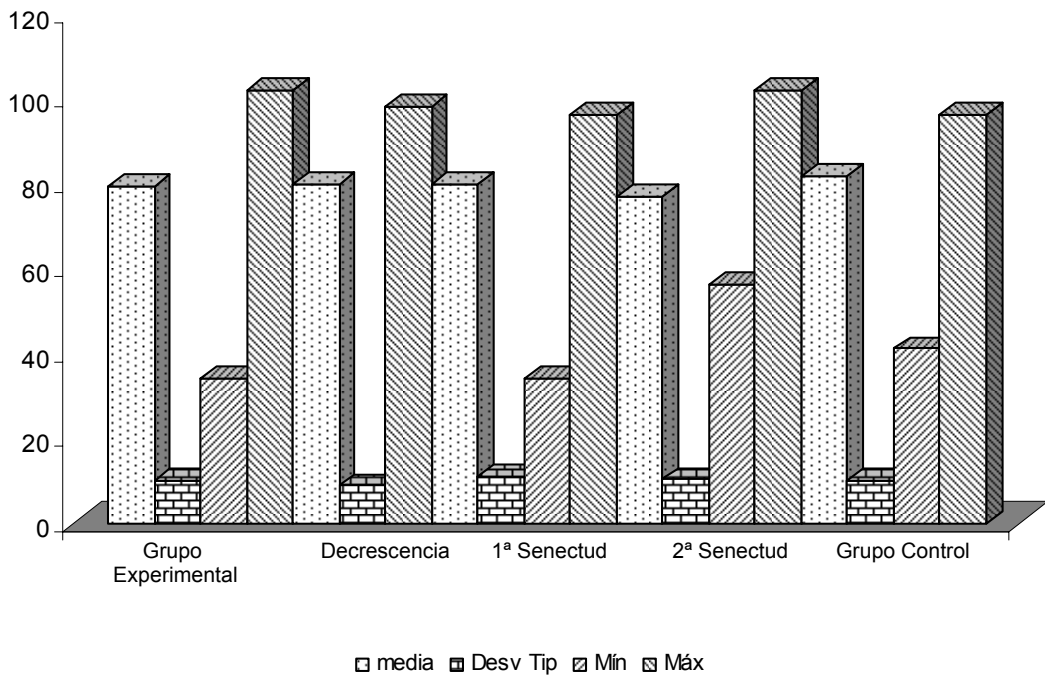


Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte —PAM-R: C₅. (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación neutral.

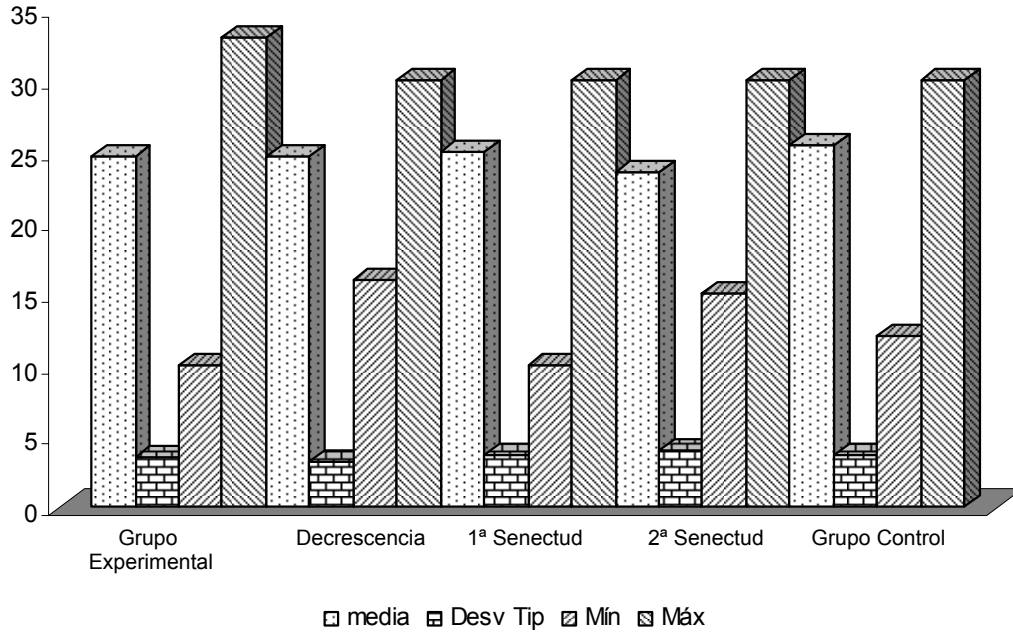


Prueba de Propósitos Vitales —PIL: Puntuación Total. (Cfr.: Tabla: 108.)



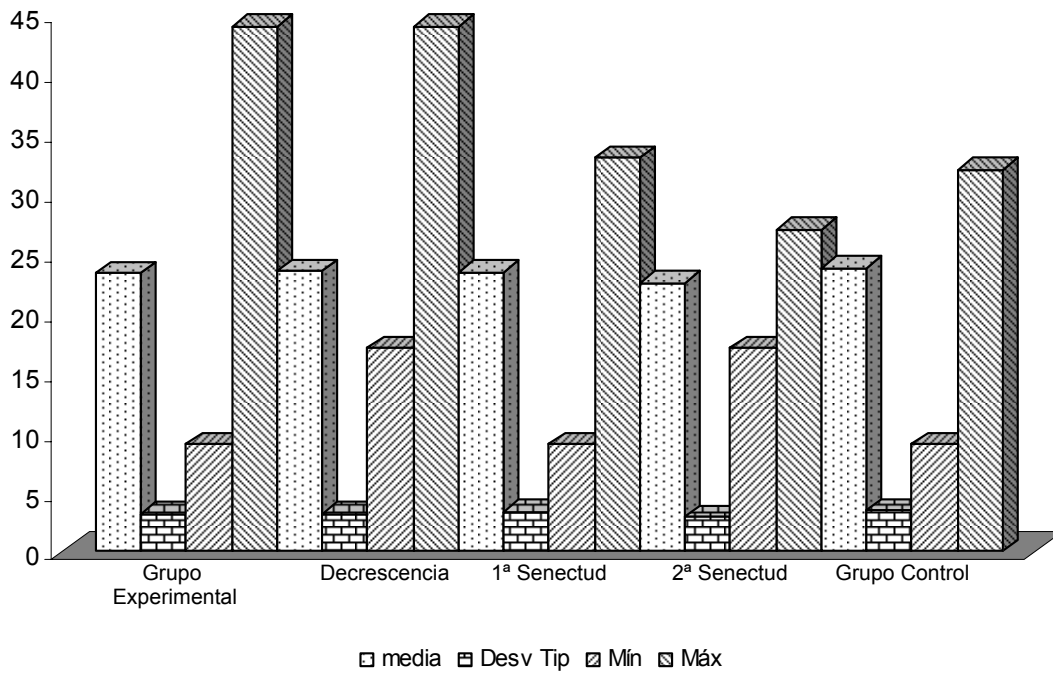
Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_I. (Cfr.: Tabla: 108.)

Propósito en la vida.



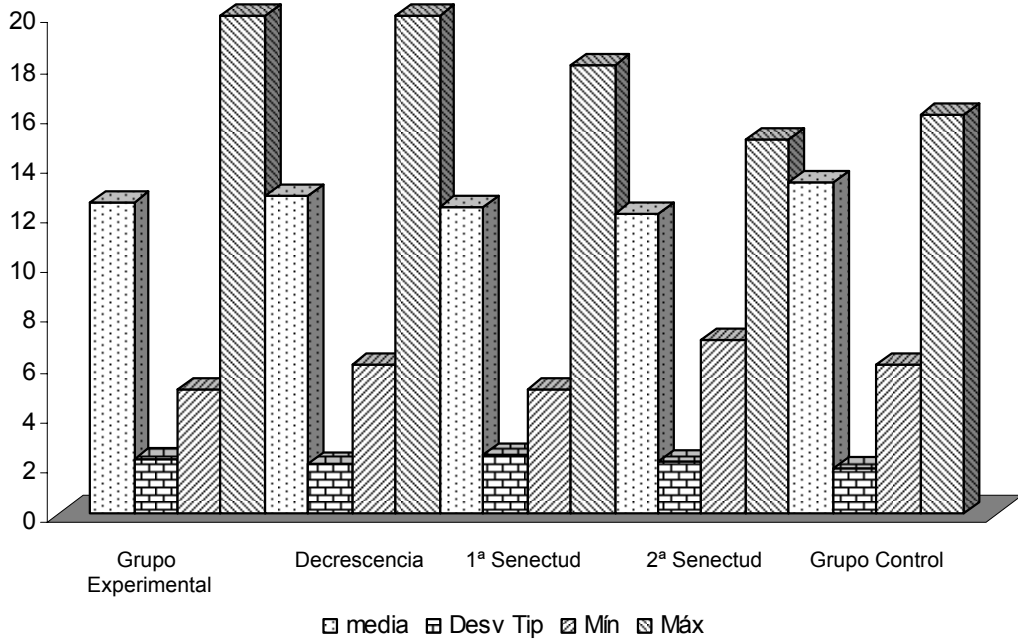
Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_{II}. (Cfr.: Tabla: 108.)

Satisfacción con la vida.



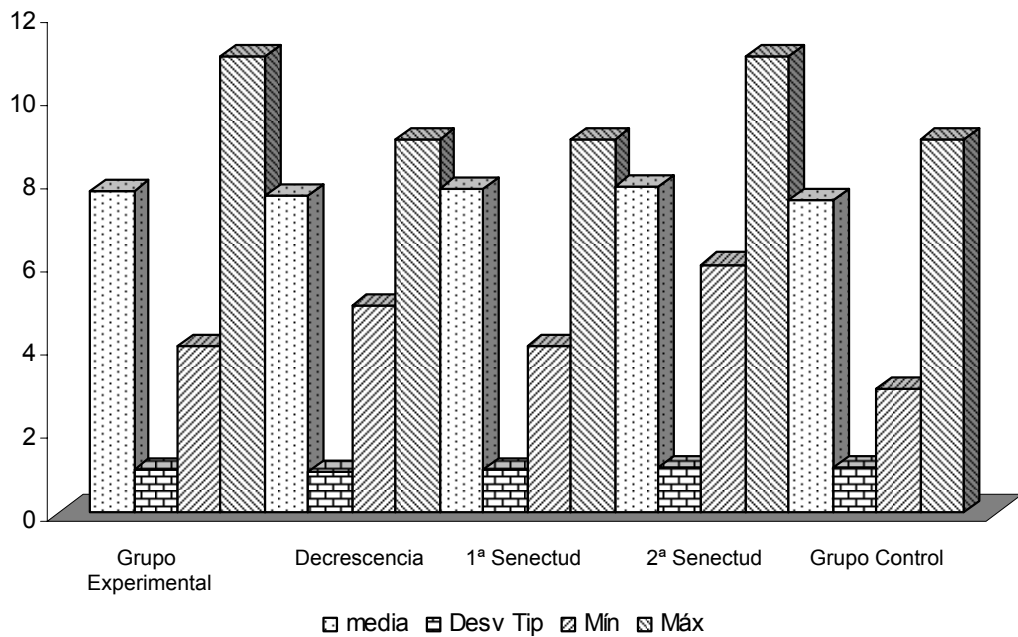
Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_{III}. (Cfr.: Tabla: 108.)

Logro de metas.



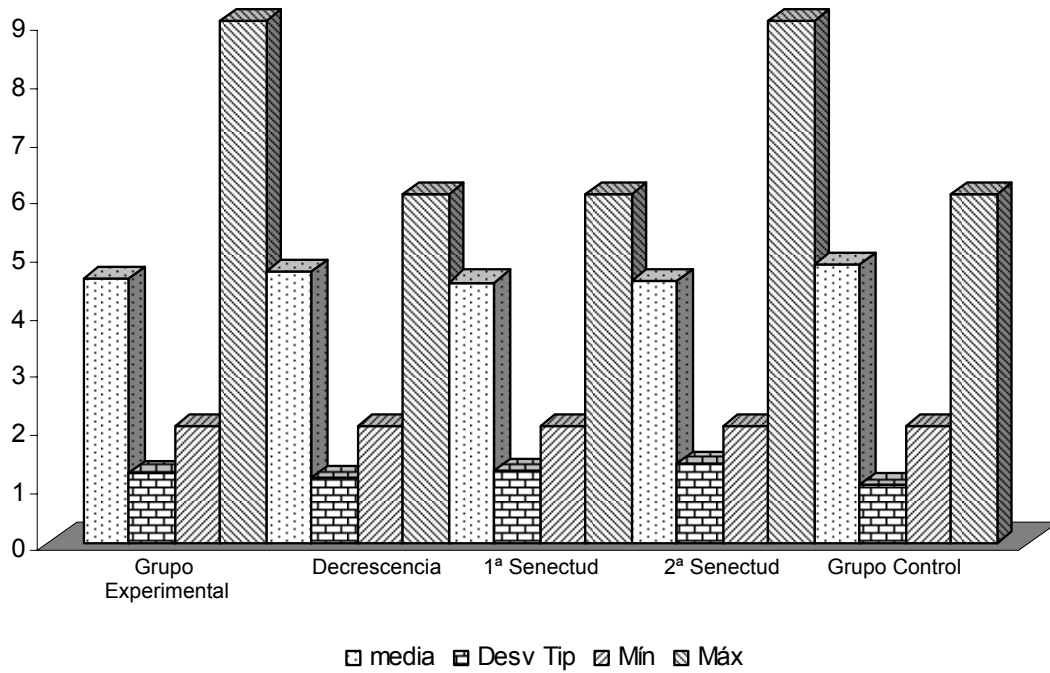
Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_{IV}. (Cfr.: Tabla: 108.)

Auto-realización.



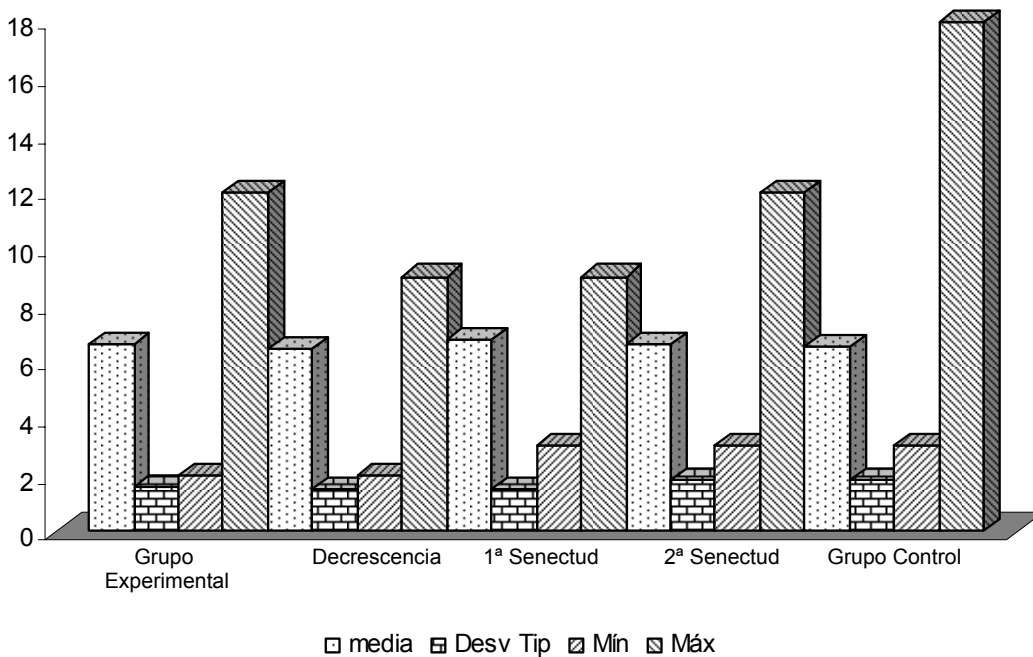
Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_v. (Cfr.: Tabla: 108.)

Locus de control.



Prueba de Propósitos Vitales —PIL: F_{vi}. (Cfr.: Tabla: 108.)

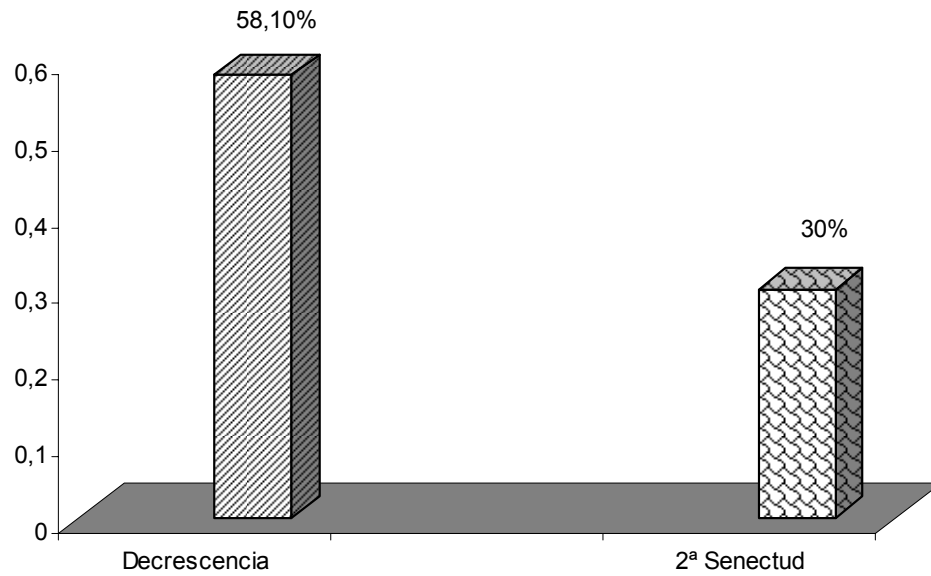
Visión en la vida



Análisis Inferencial

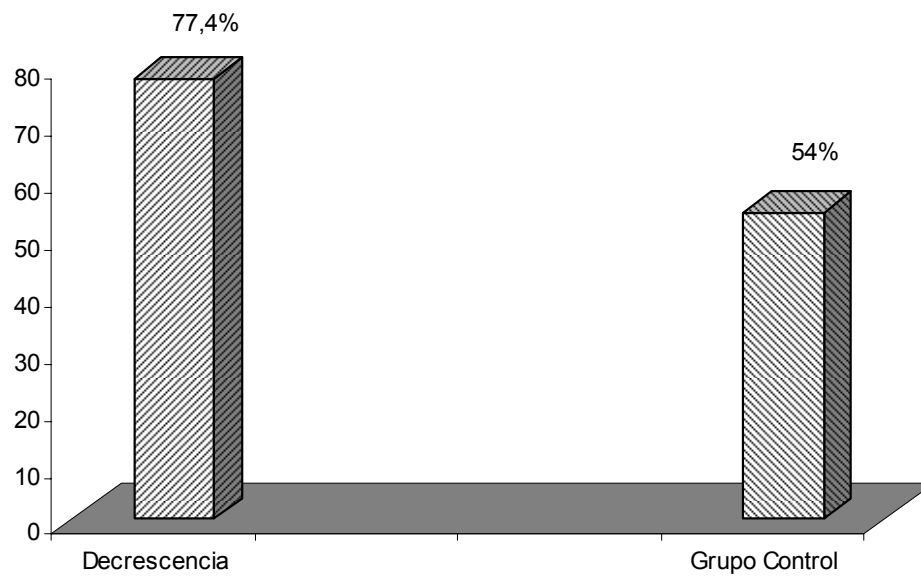
Variables cualitativas

Miedo ante la muerte y el proceso de morir. (Cfr.: Tabla: 109.)

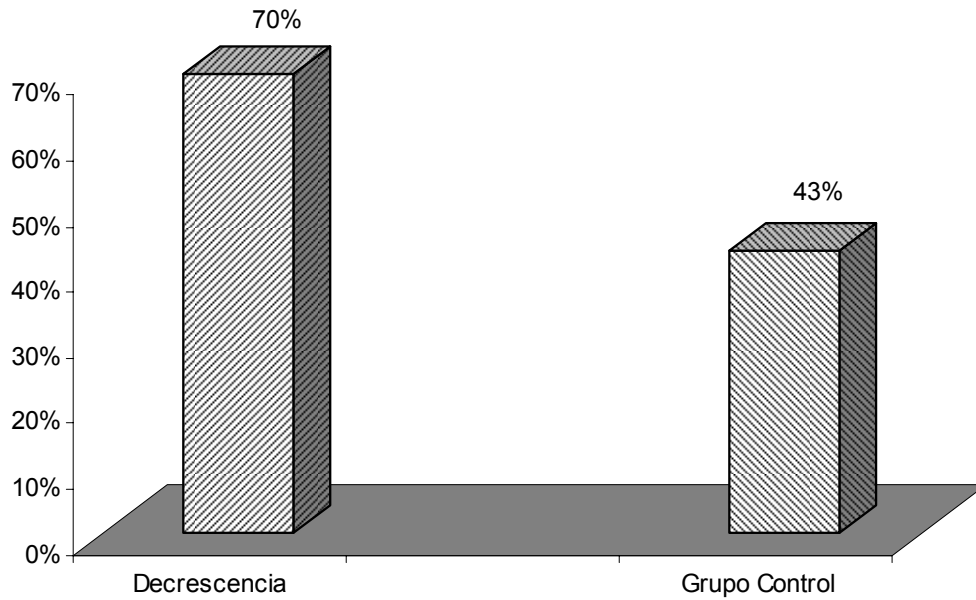


Miedo ante la muerte y el proceso de morir. (Cfr.: Tabla: 114.)

Miedo a la angustia del momento

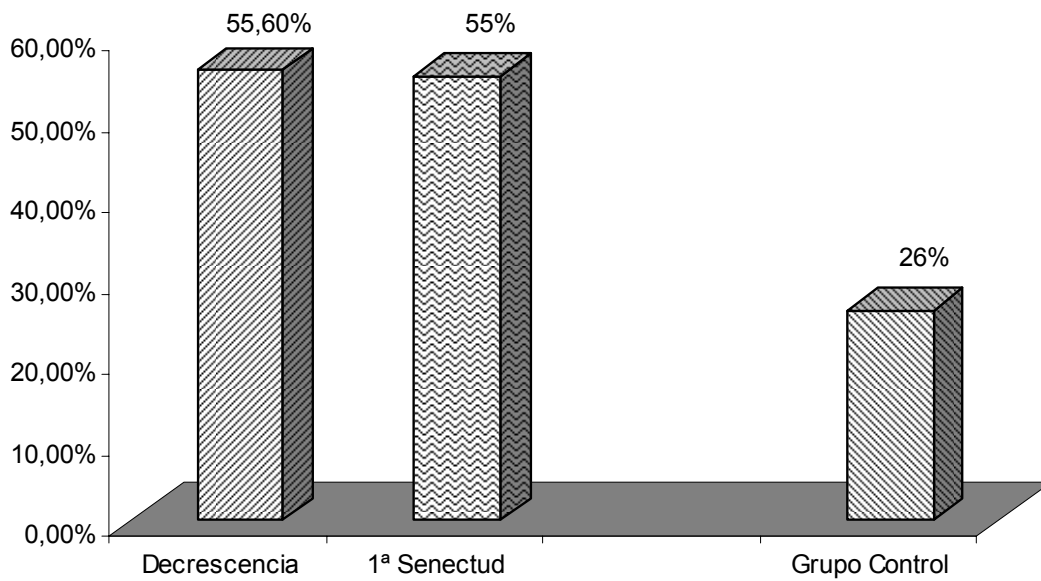


Miedo al pensar una operación. (Cfr.: Tabla: 119.)



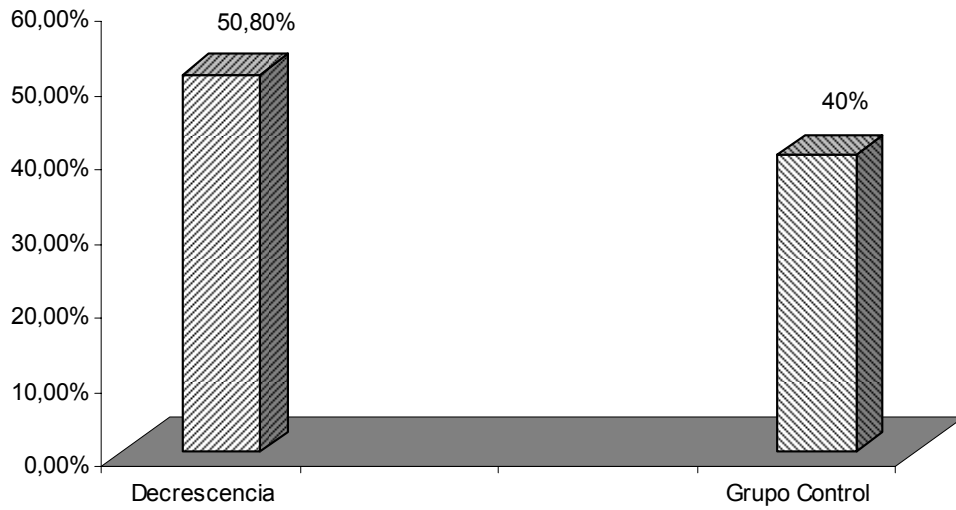
Miedo al pensar una operación. (Cfr.: Tabla: 120.)

Experiencia personal



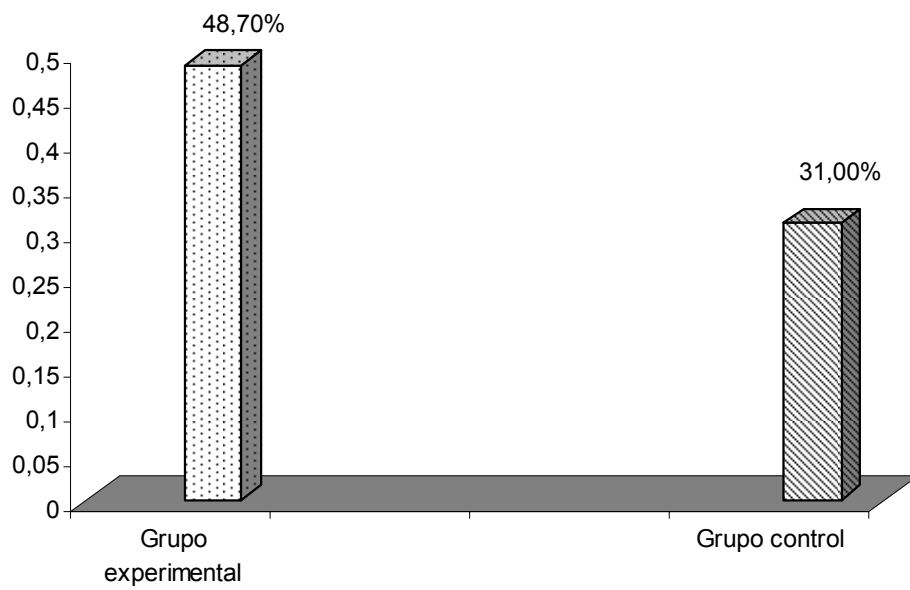
Miedo al pensar una operación. (Cfr.: Tabla: 122.)

Miedo al dolor



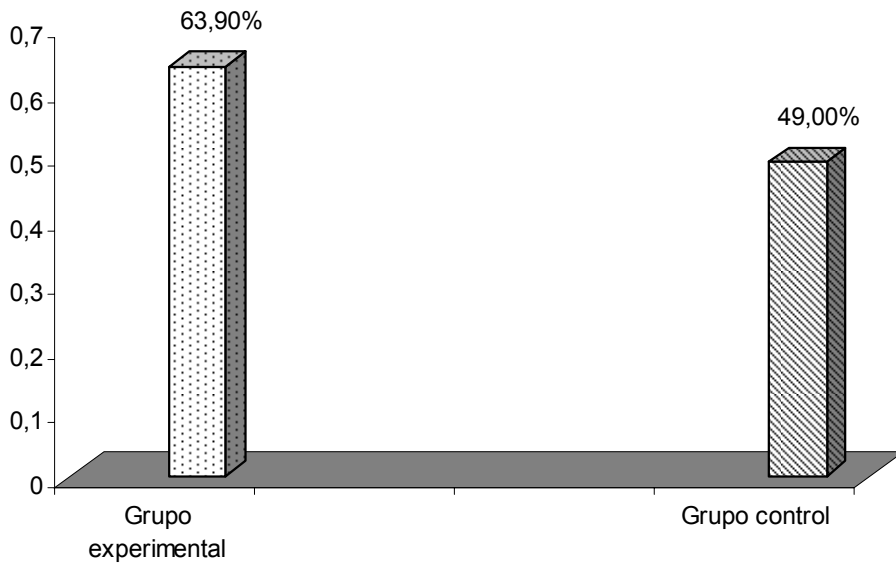
Miedo al pensar una operación. (Cfr.: Tabla: 121.)

Miedo a la anestesia

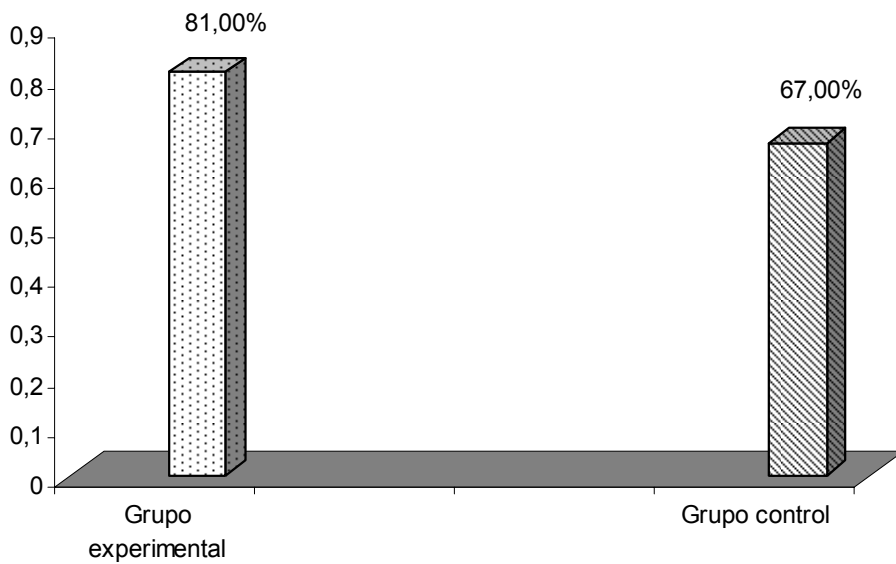


Miedo al pensar una operación. (Cfr.: Tabla: 124.)

Miedo a un mal éxito

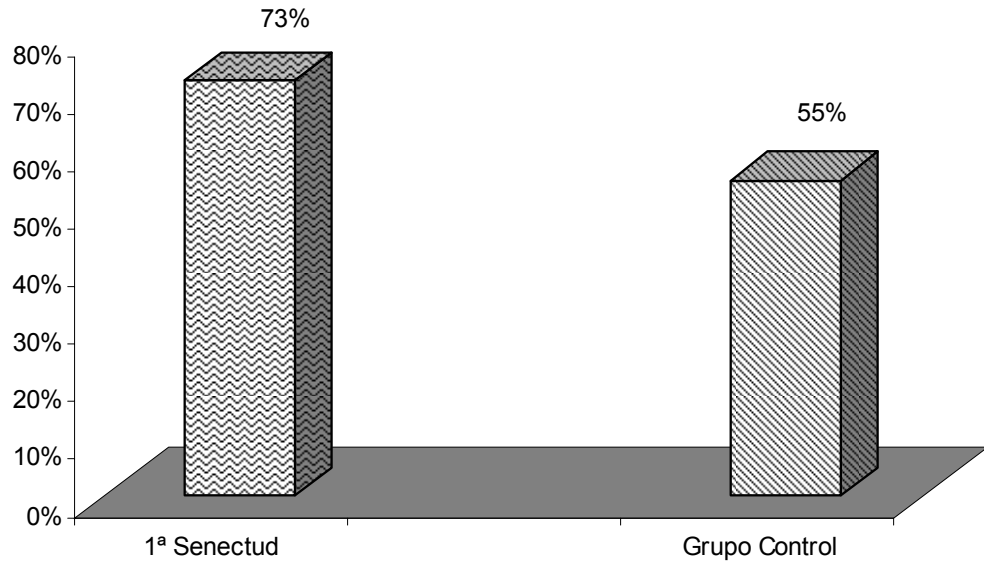


Miedo a sufrir cáncer. (Cfr.: Tabla: 125.)

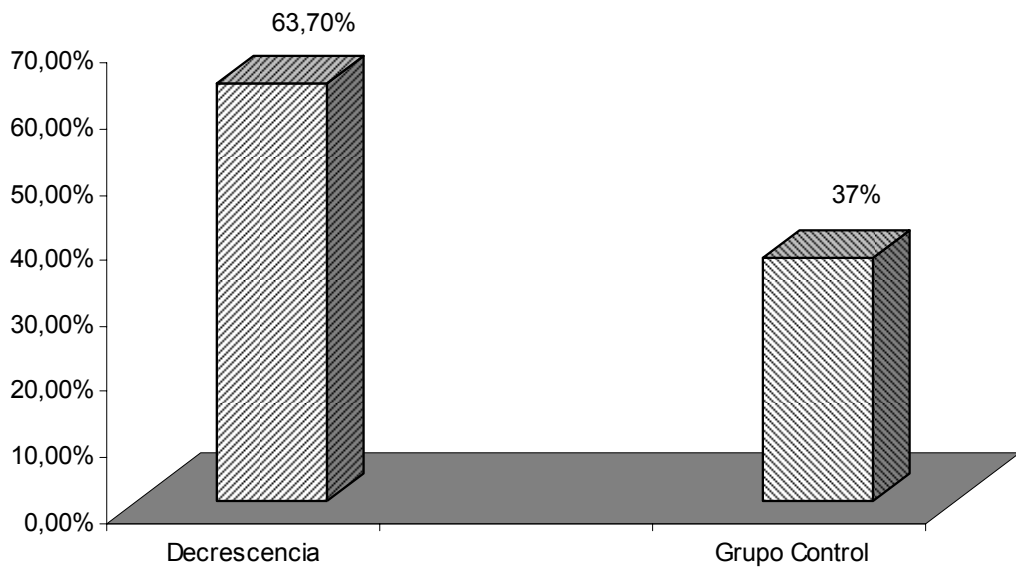


Miedo a sufrir cáncer. (Cfr.: Tabla: 128.)

Por ser una carga para los otros

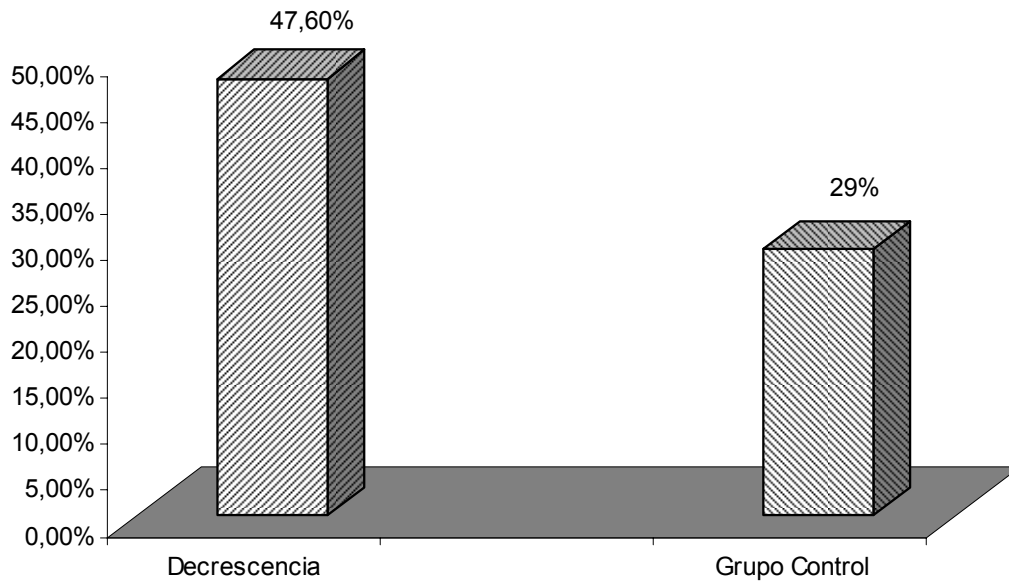


Miedo a sufrir un ataque al corazón. (Cfr.: Tabla: 134.)



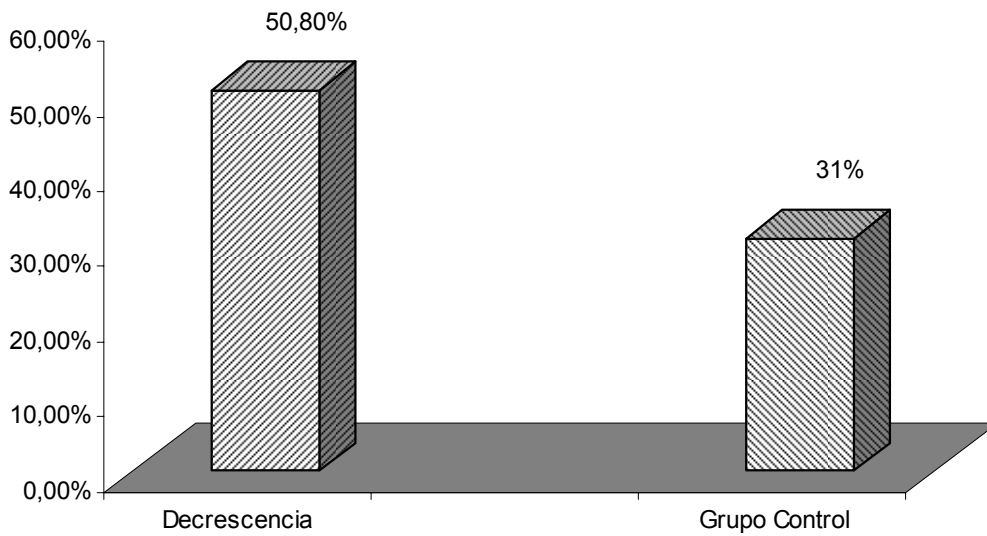
Miedo a sufrir un ataque al corazón. (Cfr.: Tabla: 135.)

Por ser de forma repentina



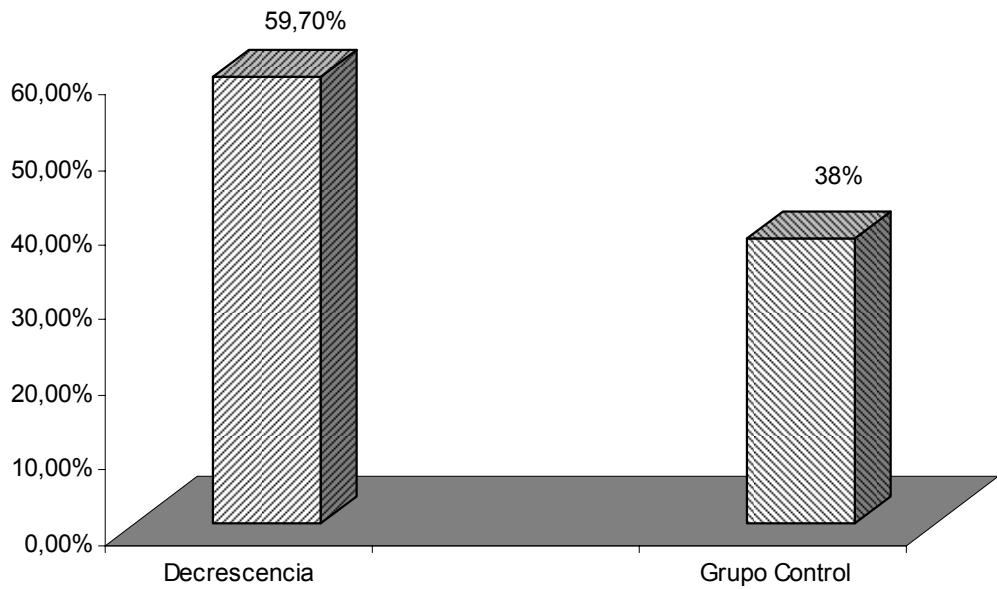
Miedo a sufrir un ataque al corazón. (Cfr.: Tabla: 136.)

Por el dolor que pueda producir

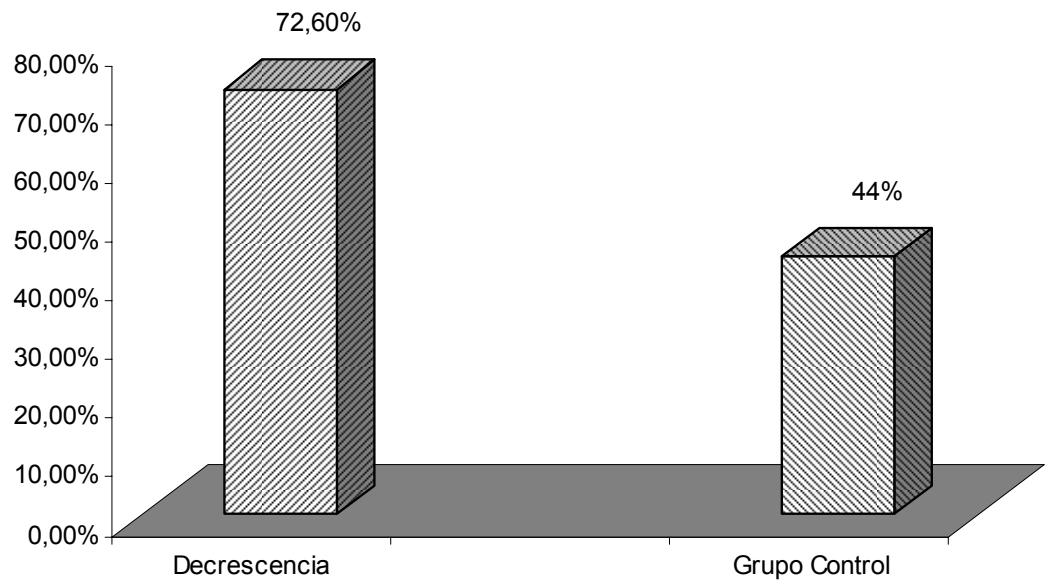


Miedo a sufrir un ataque al corazón. (Cfr.: Tabla: 137.)

Por la soledad del momento

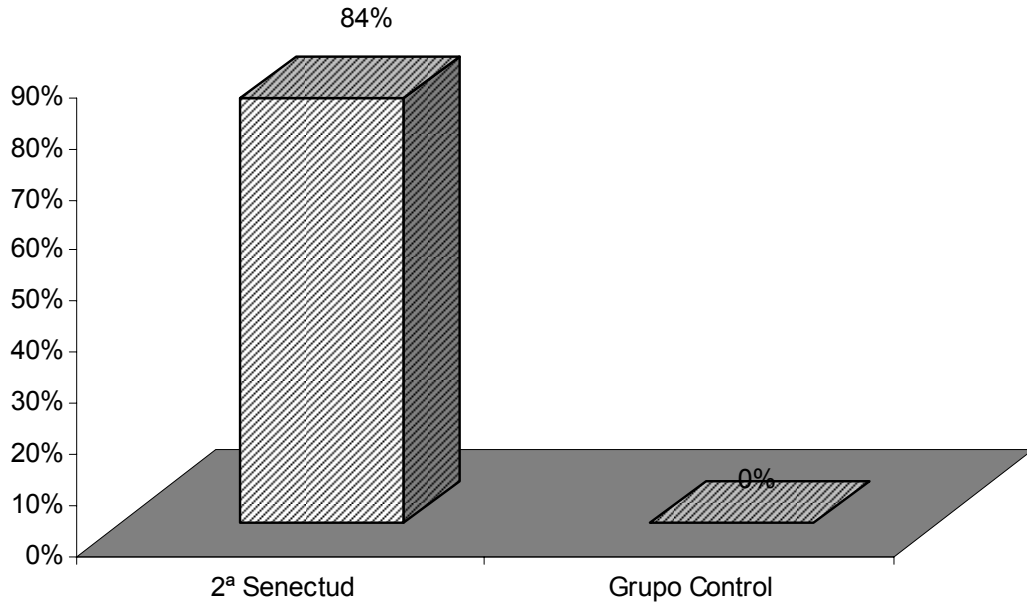


La vida es corta. (Cfr.: Tabla: 129.)

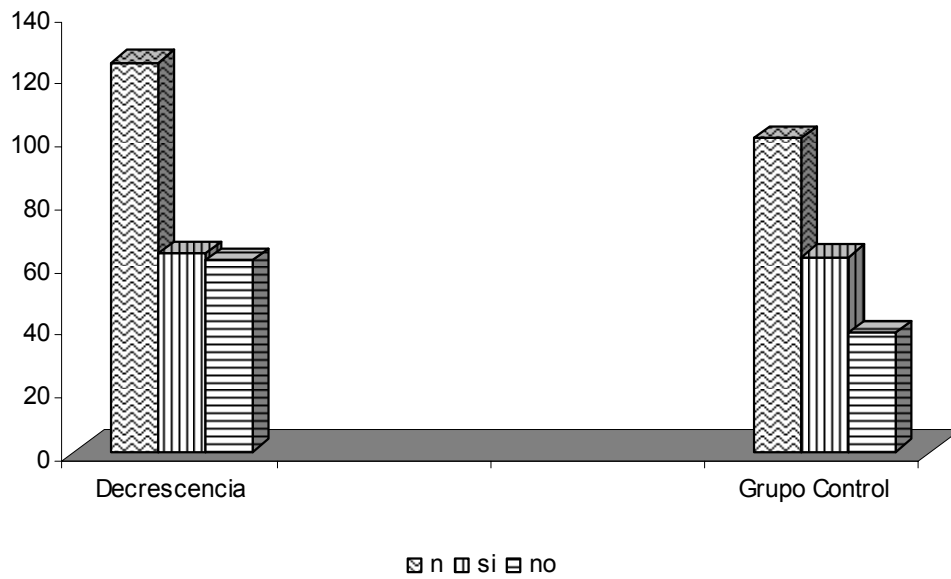


Miedo al oír hablar de una futura guerra. (Cfr.: Tabla: 140.)

Por la experiencia personal

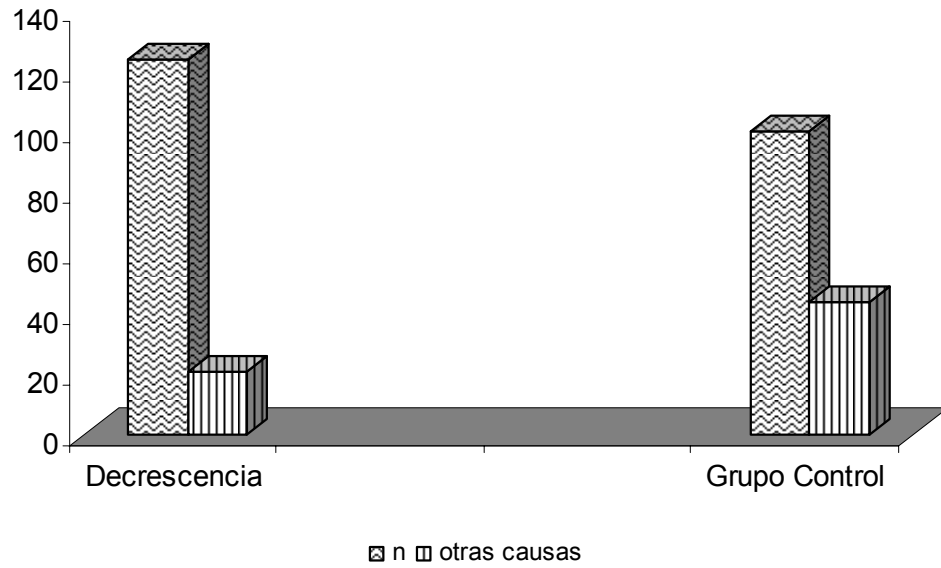


Temer el futuro. (Cfr.: Tabla: 145.)



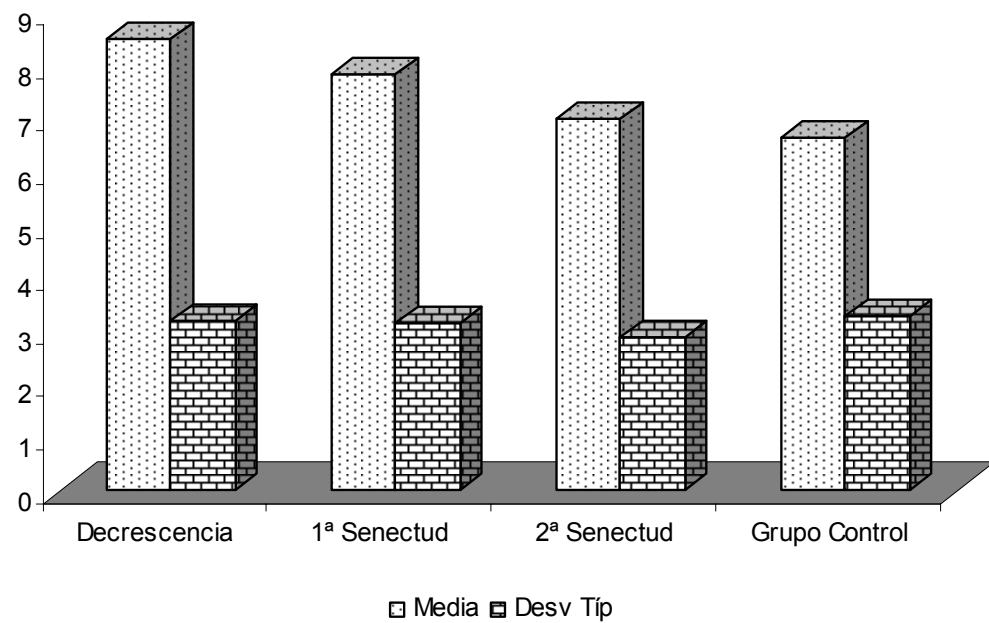
Temer el futuro. (Cfr.: Tabla: 147.)

Por causas distintas al estado en que deje a la familia



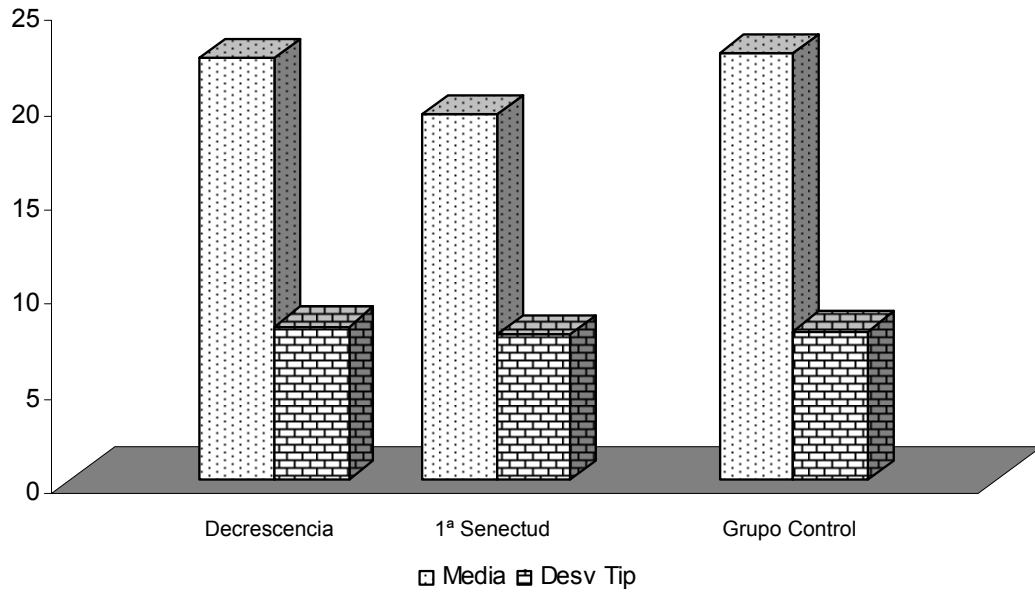
Variables Cuantitativas

DAS. (Cfr.: Tabla: 93.)



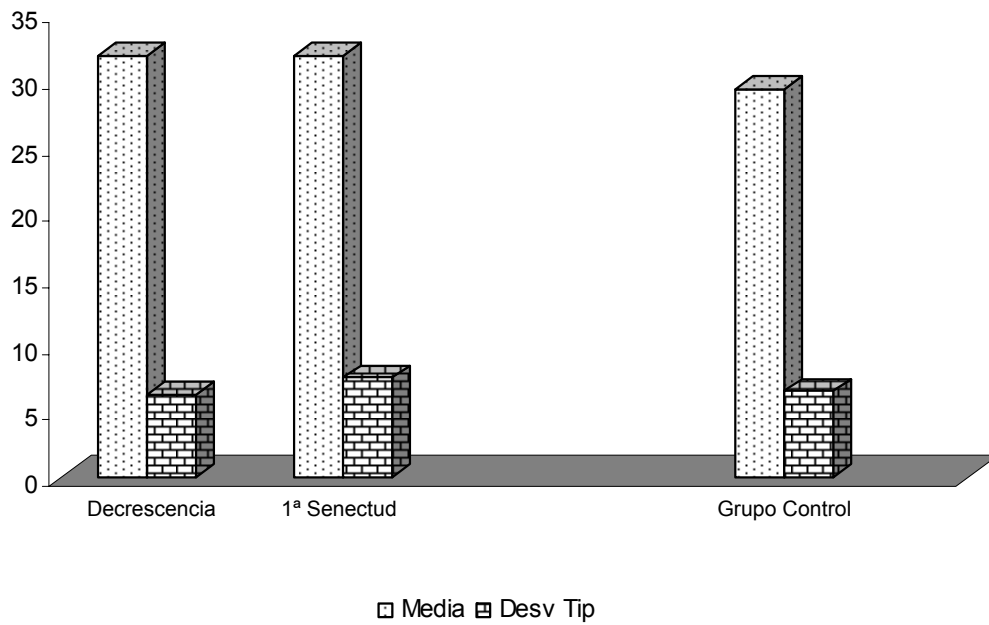
Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₁. (Cfr.: Tabla: 104.)

Tu propia muerte



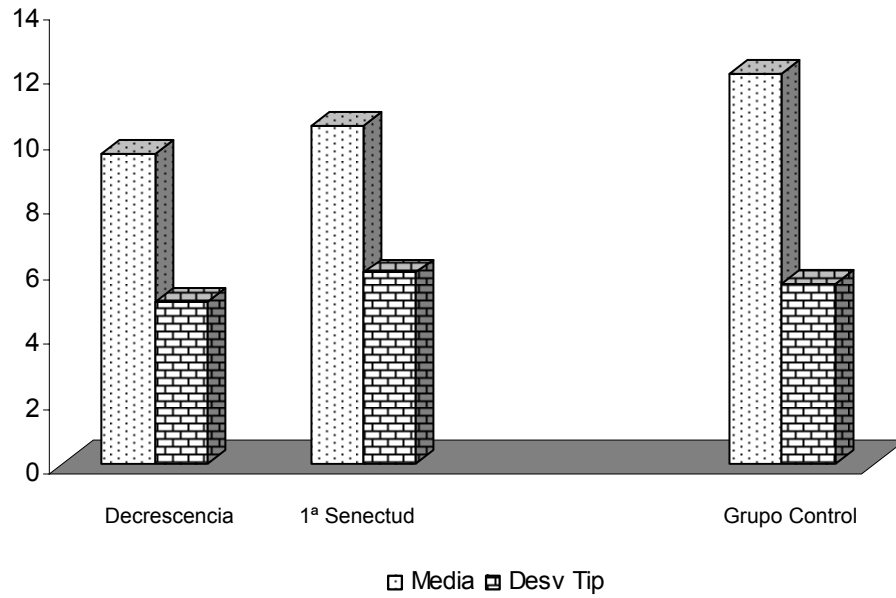
Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester —ECL-R: F₄. (Cfr.: Tabla: 104.)

El proceso de morir de los otros



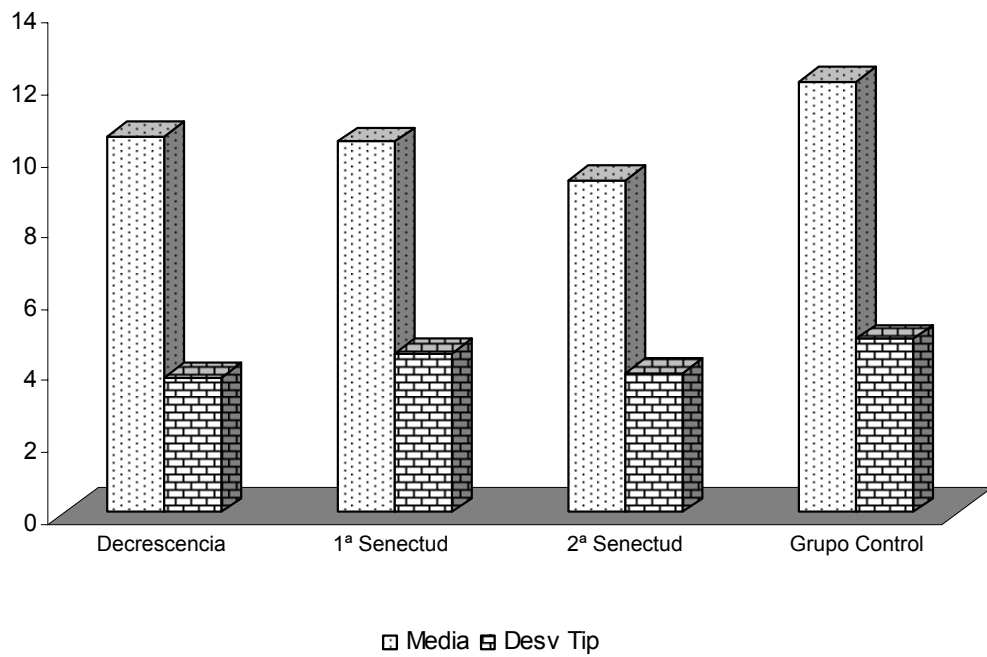
Escala multidimensional de miedo a la muerte —EMMM: F₁ (Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo al proceso de morir



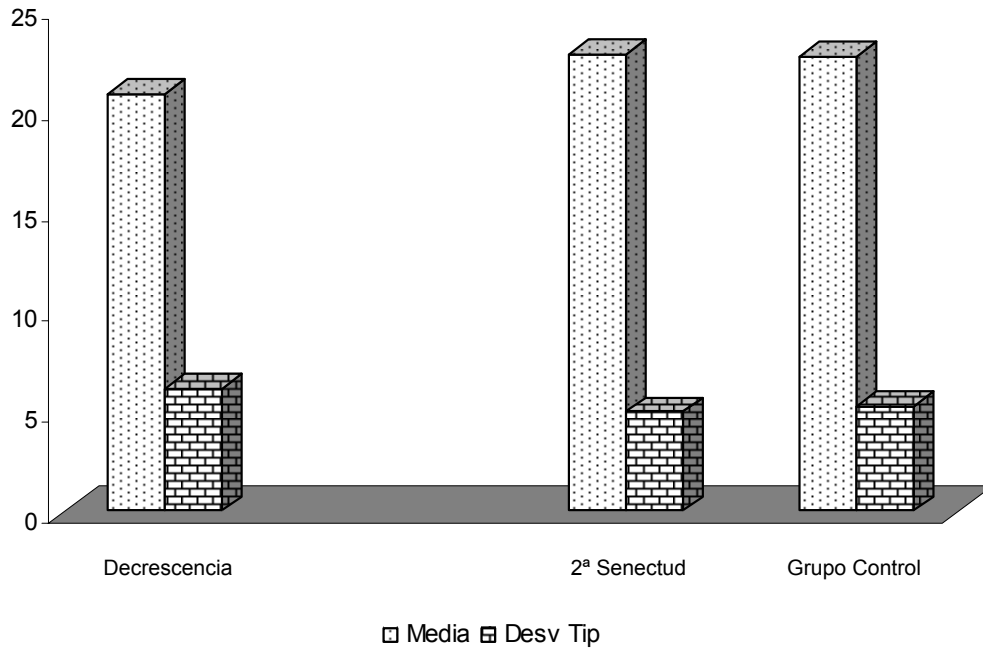
Escala multidimensional de miedo a la muerte —EMMM: F₃ (Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a ser destrozado



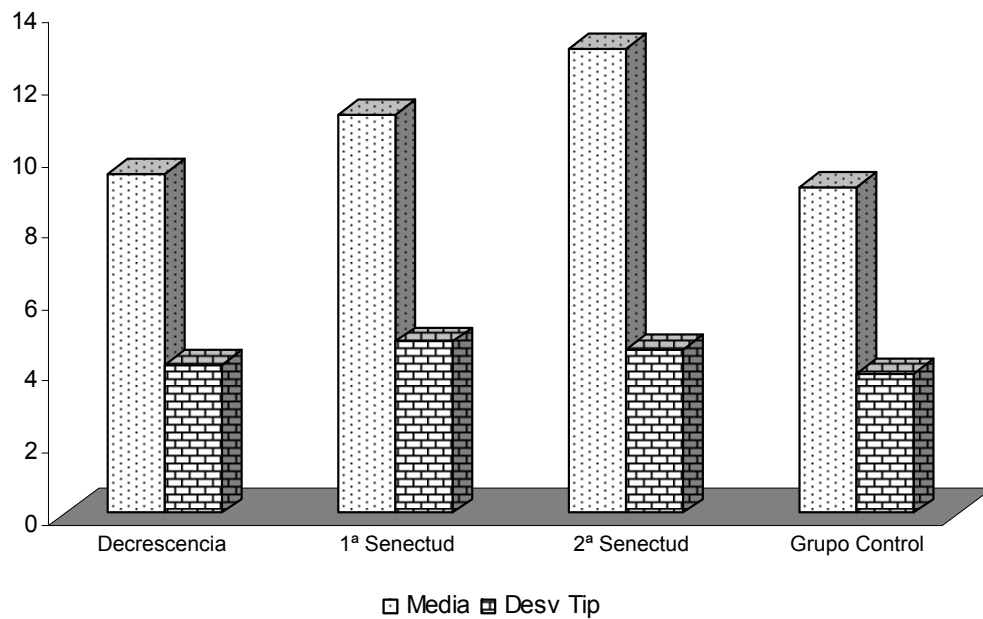
Escala multidimensional de miedo a la muerte —EMMM: F₇ (Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo por el cuerpo después de la muerte

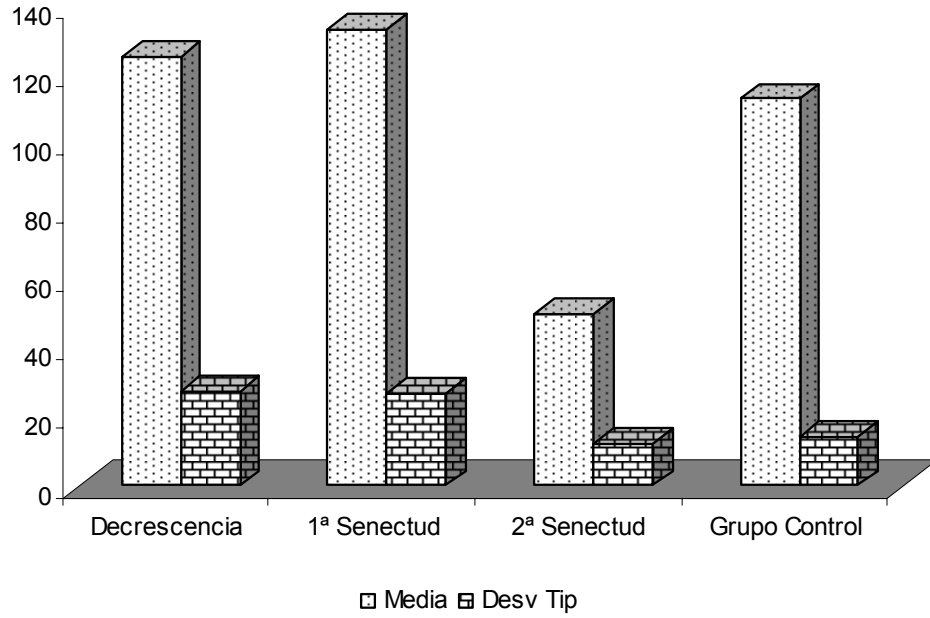


Escala multidimensional de miedo a la muerte —EMMM: F₈ (Cfr.: Tabla: 105.)

Miedo a una muerte prematura

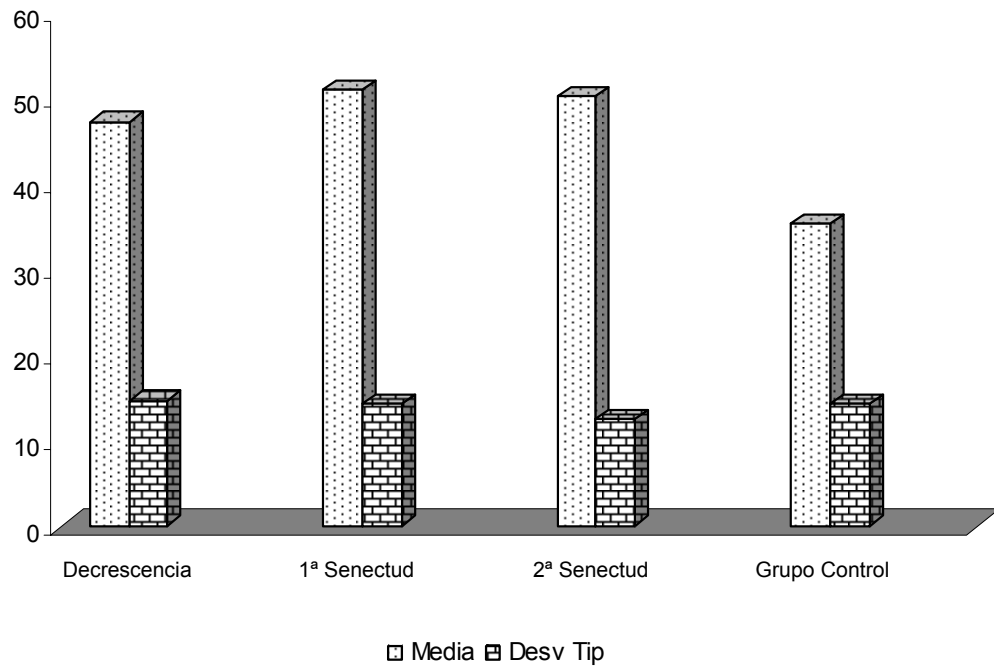


Escala de afrontamiento ante la muerte de BUGEN. (Cfr.: Tabla: 106.)



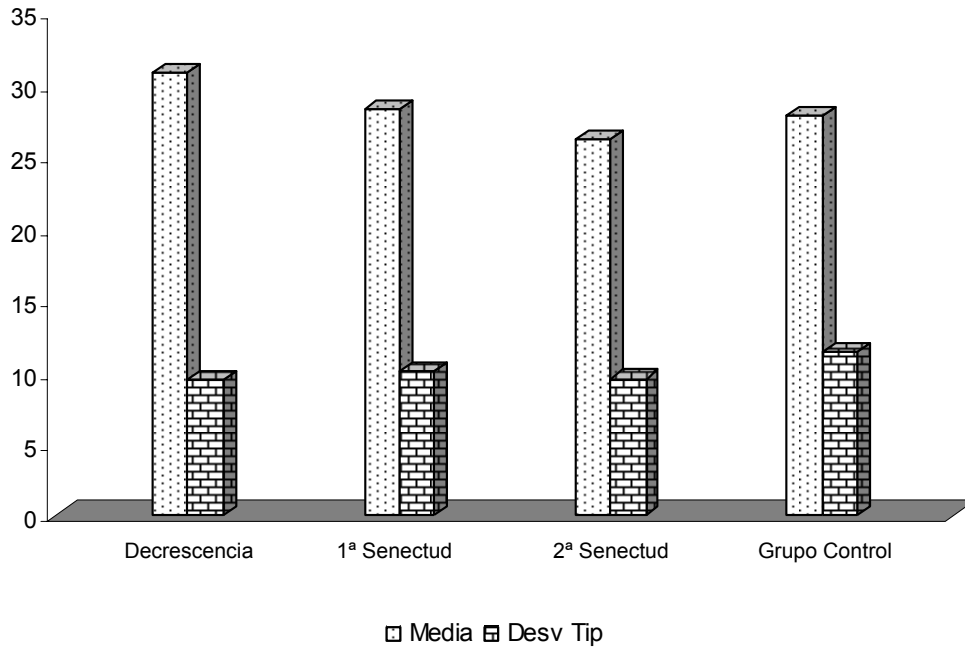
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R: C₁ (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación de acercamiento



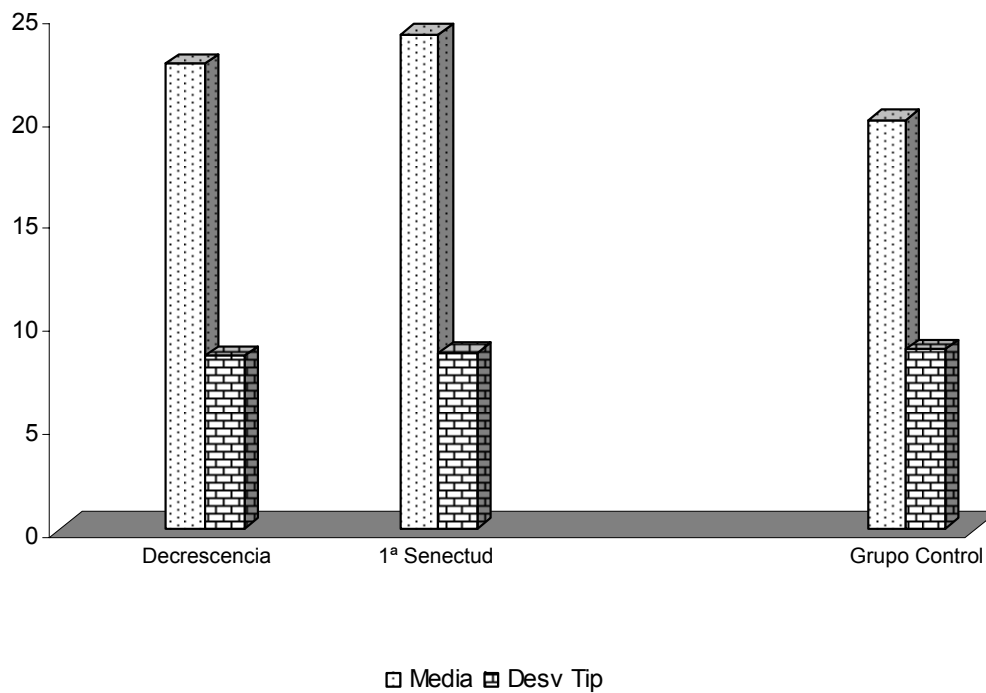
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R: C₂ (Cfr.: Tabla: 107.)

Miedo a la muerte



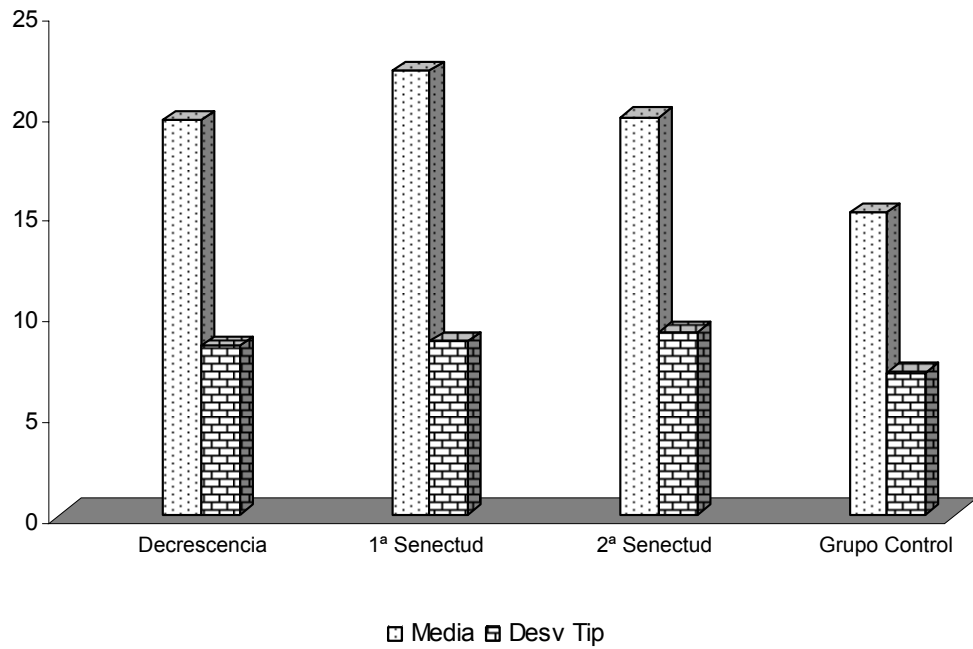
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R: C₃ (Cfr.: Tabla: 107.)

Evitación de la muerte



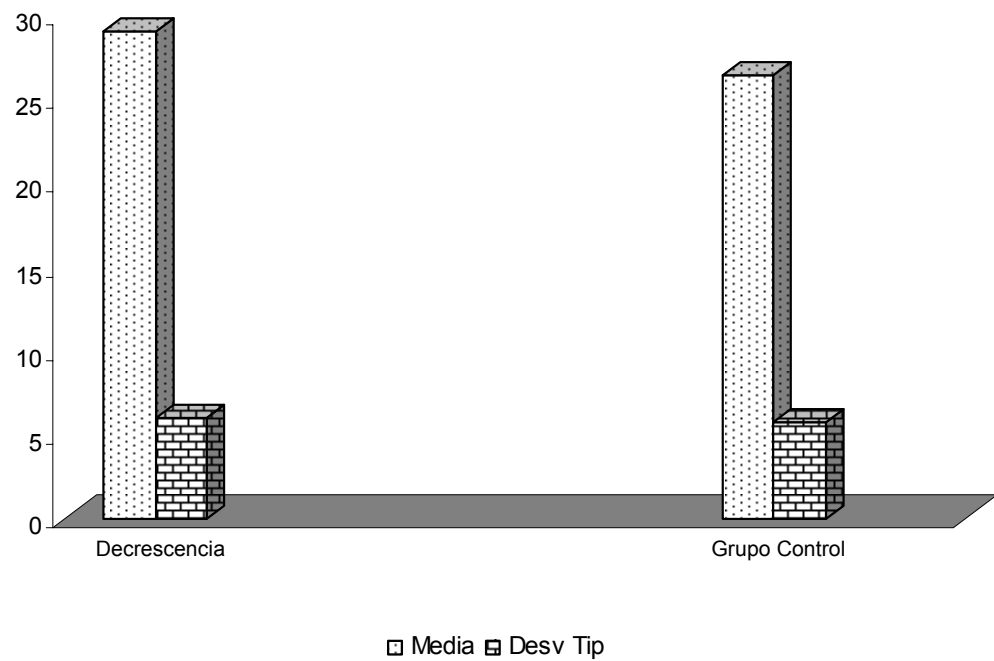
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R: C₄ (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación de escape



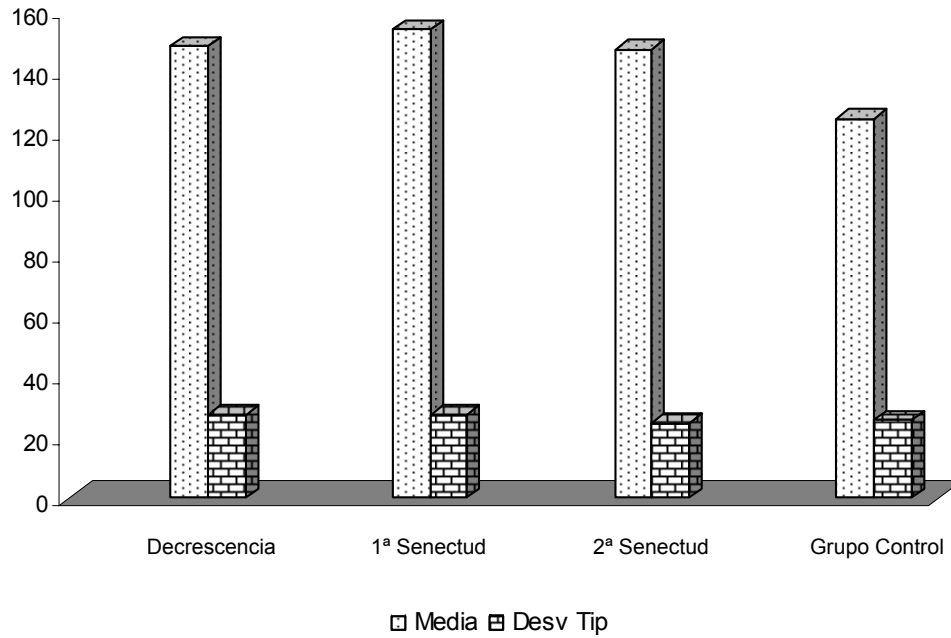
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R: C₅ (Cfr.: Tabla: 107.)

Aceptación neutral



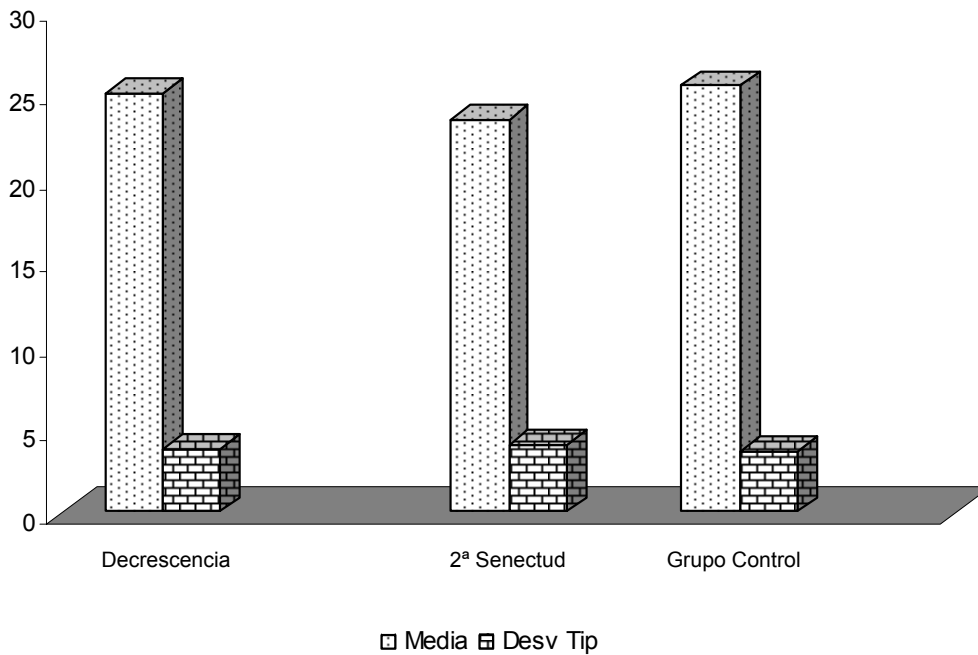
Perfil revisado de actitudes ante la muerte —PAM-R. (Cfr.: Tabla: 107.)

Puntuación Total



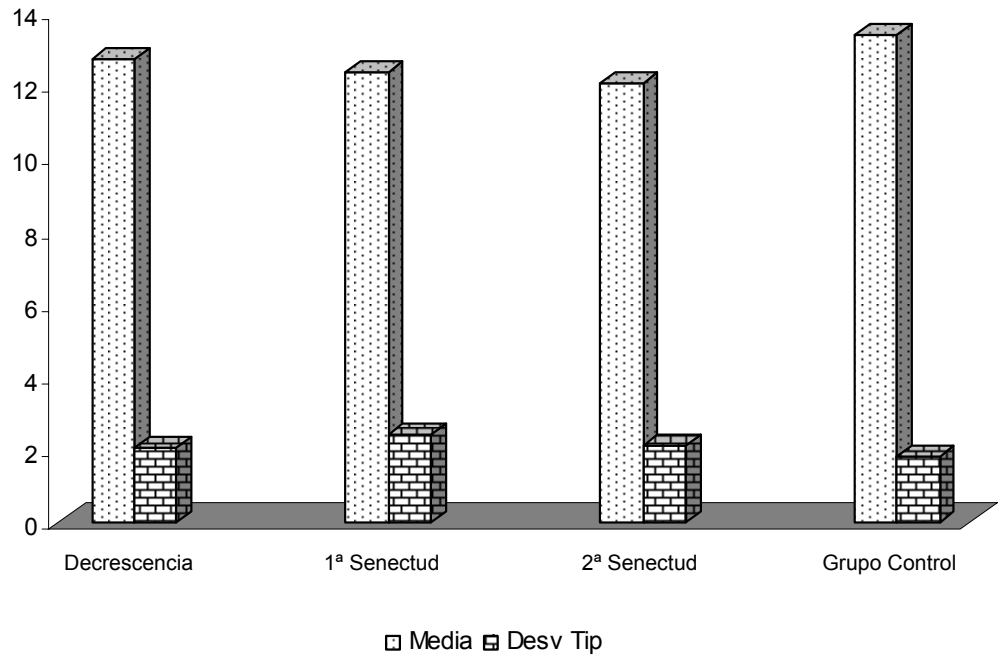
Prueba de propósitos vitales —PIL-F₁ (Cfr.: Tabla: 108.)

Propósito en la vida



Prueba de propósitos vitales —PIL-F_{III} (Cfr.: Tabla: 108.)

Logro de metas



Protocolos

BIOGRAFÍA PERSONAL

CÓDIGO _____

FECHA _____

DATOS PERSONALES

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

PROFESIÓN (ocupación) _____

ESCOLARIDAD (nivel adquirido)

estudios primarios

secundarios

superiores

otros _____

RESIDENCIA (lugar de vivencia) _____

RELIGIÓN _____ no si practica

FAMILIA PERSONAL

Nº hermanos _____

Lugar que ocupa _____

Muerte de los padres, u otros familiares (circunstancias, causa, relación con su muerte...)

Familia (casado) N° hijos _____

ACTUALIDAD

¿Con quién vive? solo pareja hijos ambos
 otros familiares _____

¿Dónde vive? su casa en casa de los hijos
 residencia residencia con pareja

¿Cómo es la relación con sus hijos? _____

¿A qué se dedicaba cuando estaba activo en su tiempo de ocio?

¿A que se dedica en la actualidad? _____

ENFERMEDADES

¿Ha padecido enfermedad u operación importante? _____

¿Padece alguna enfermedad actualmente? _____

¿Sigue algún tipo de tratamiento médico? _____

Escala de Depresión Geriátrica - GDS

Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica	1	¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
	2	¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?	SI	NO
	3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
	4	¿Se siente usted frecuentemente aburrido?	SI	NO
	5	¿Tiene usted mucha fe en el futuro?	SI	NO
	6	¿Tiene pensamientos que le molestan?	SI	NO
	7	¿La mayoría del tiempo está de buen humor?	SI	NO
	8	¿Tiene miedo que algo malo le vaya a pasar?	SI	NO
	9	¿Se siente usted feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
	10	¿Se siente usted a menudo impotente, desamparado, desvalido?	SI	NO
	11	¿Se siente a menudo intranquilo?	SI	NO
	12	¿Prefiere quedarse en su hogar en vez de salir?	SI	NO
	13	¿Se preocupa usted a menudo sobre el futuro?	SI	NO
	14	¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?	SI	NO
	15	¿Cree que es maravilloso estar viviendo?	SI	NO
	16	¿Se siente usted a menudo triste?	SI	NO
	17	¿Se siente usted inútil?	SI	NO
	18	¿Se preocupa mucho sobre el pasado?	SI	NO
	19	¿Cree que la vida es muy interesante?	SI	NO
	20	¿Es difícil para usted empezar proyectos nuevos?	SI	NO
	21	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
	22	¿Se siente usted sin esperanza?	SI	NO
	23	¿Cree que los demás tienen más suerte que usted?	SI	NO
	24	¿Se preocupa por cosas sin importancia?	SI	NO
	25	¿Siente a menudo ganas de llorar?	SI	NO
	26	¿Es difícil para usted concentrarse?	SI	NO
	27	¿Disfruta al levantarse por las mañanas?	SI	NO
	28	¿Prefiere evitar las reuniones sociales?	SI	NO
	29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	SI	NO
	30	¿Está su mente tan clara como antes?	SI	NO

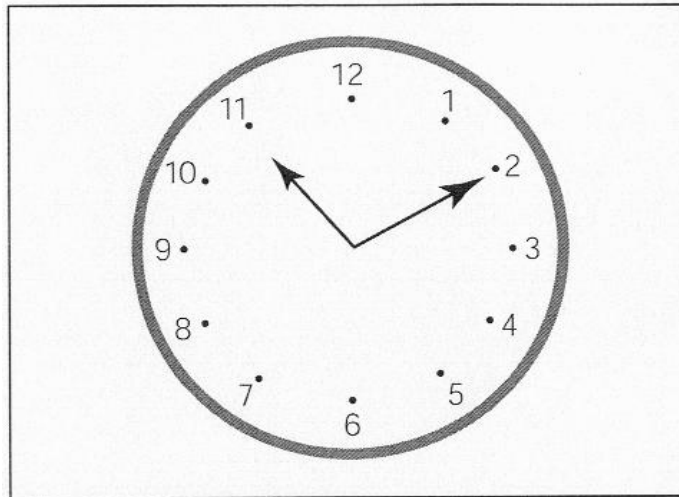
TEST DEL RELOJ

“a la orden”

Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

TEST DEL RELOJ

“a la copia”



Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica

CÓDIGO: _____

FECHA _____

Entrevista ampliación DAS —I-DAS—

1.- Me da mucho miedo morir. V F

5.- No tengo ningún miedo a morir. V F

7.- No estoy preocupado con la idea de la muerte. V F

9.- Tengo miedo a tener una muerte muy dolorosa. V F

10.- La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho. V F

A. ¿Por qué tiene miedo a morir?

B. Qué es lo que teme:

- tiene miedo al dolor que puede sentir antes de la muerte

- teme por la angustia que pueda sufrir en la agonía

- teme que esta agonía sea muy prolongada

- el más allá: ¿cree que existe un más allá o piensa que la muerte es el final de todo? ¿le inquieta pensar en el más allá?

C. ¿A quién ha visto morir?

- mujer / marido (¿buena relación afectiva?) _____

- hijos _____

- otros _____

- ¿cómo recuerda aquellos momentos?

- ¿cree que la muerte de los otros le provoca una falta de apoyo importante en su vida?

2.- Rara vez pienso en la muerte. V F

A. En caso afirmativo

- ¿Cuándo o en qué situación?

- En la muerte como algo inevitable (me crea malestar)

- Es algo de los viejos. A otros ya les ha llegado su hora, ahora me toca a mí

- Pienso en la muerte como algo apetecible (¿por qué? ¿le apetece morir?)

- En la muerte de quién

B. No pienso habitualmente.

- ¿Por qué? ¿le angustia?

- Al pensar en la muerte de los demás, siento un vacío y una pérdida.

C. ¿Qué cosas de la vida teme?

- Perder la familia, la salud, los bienes materiales...

3.- No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte. V F

A. ¿Qué gente habla de la muerte?

B. ¿De qué manera hablan de la muerte?

C. ¿Hablan de su propia muerte, o de la muerte de otros?

D. ¿Dónde se habla de la muerte? (casa, calle, medios de comunicación...)

4.- Me asusta mucho pensar que tenga que sufrir una operación. V F

A. Por la propia experiencia (personal, familiar...)

B. La anestesia (darme cuenta de la operación, no despertar...)

C. Por el dolor que pueda sufrir en la operación.

D. Cuando pienso en que puedo quedar muy mutilado tras la operación, en perder o no poder utilizar bien algún miembro. No poder valerme por mí mismo tras la operación.

E. Por el dolor que pueda sufrir tras la operación y en el postoperatorio.

F. Por el mal éxito de la operación.

6.- No siento ningún temor especial a sufrir cáncer. V F

A. En caso afirmativo:

- por significar la muerte

- por el sufrimiento del tratamiento

- por ser una carga para la familia o allegados

B. ¿Tiene alguna relación con el cáncer? (alguna persona cercana) ¿qué tipo de relación?

8.- Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa. V F

12.- Pienso a menudo que la vida es realmente corta. V F

¿Qué hace en la vida ahora?

A. ¿Cómo definiría su vida?

- activa (tipo de actividades que realiza)

- agradable

- cómoda y fácil

- en la actualidad acepto con gusto la vejez

- aburrida

- triste, llena de carencias, vacía, solitaria, poco apetecible, sin valor, lo que hace que vea la muerte menos trágica, incluso deseable...

- aun así, merece la pena vivirla

- ya está todo hecho; he vivido bastante y ya llega el final

B. ¿Piensa que está aprovechando o desaprovechando el tiempo?

C. ¿Tiene preocupación por no poder coger el tiempo perdido?

D. ¿Cambiaría muchas cosas de su vida? ¿cree que podría haber hecho algo mejor y ya no podrá hacerlo?

E. ¿Tiene miedo a que la muerte llegue igualmente rápida?

11.- Tengo verdadero miedo a tener un ataque al corazón. V F

A. Por el hecho de ser un ataque repentino

B. Por el dolor que pueda sufrir en ese instante

C. Por encontrarme solo en ese momento y poder llegar a morir

F. ¿Ha tenido alguna relación con un ataque al corazón? ¿qué tipo de relación? (propia, alguna persona cercana...)

13.- Cuando oigo hablar de una tercera guerra mundial me estremezco. V F

A. ¿Ha tenido relación con alguna guerra? En caso afirmativo, ¿qué consecuencias tuvo? (pérdida de seres queridos, salud, bienes materiales...)

B. ¿Conoce a alguien que haya tenido relación con alguna guerra? En caso afirmativo, ¿qué consecuencias tuvo? (pérdida de seres queridos, salud, materiales...) ¿qué consecuencias ha podido tener estas experiencias en su forma de pensar?

C. ¿Tiene conocimientos bélicos? (lecturas, películas...)

D. ¿Le inquieta el futuro?

E. ¿Le inquieta escuchar noticias sobre países que no tienen paz?

14.- La vista de un cadáver me horroriza. V F

A. ¿Qué cadáveres ha visto?

B. Se identifica con el cadáver

C. Miedo a sufrir catalepsia

15.- A mí me parece que el futuro no me guarda nada que temer. V F

A. En caso negativo ¿qué puede temer?

- el estado en que deje a su familia (económico, social...)

ESCALA REVISADA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE —EAM–R—

Ítems de la EAM–R	Factor			
	I	II	III	IV
1. Me asusta tener una muerte dolorosa.				
2. Me preocupa no saber cómo será el otro mundo.				
3. La idea de no volver a pensar después de morir me asusta.				
4. No estoy nada ansioso respecto a lo que le ocurre al cuerpo después del entierro.				
5. Los ataúdes me ponen nervioso.				
6. Odio pensar en perder el control sobre mis cosas después de morir.				
7. Me fastidia estar totalmente inmóvil después de la muerte.				
8. Me aterra pensar en que me operen.				
9. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.				
10. No tengo miedo a una muerte larga y lenta.				
11. No me preocupa la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera.				
12. Odio la idea de sentirme indefenso después de la muerte.				
13. No me preocupa en absoluto si hay vida o no después de la muerte.				
14. Me perturba la idea de no volver a sentir nada después de morir.				
15. Me asusta el dolor que implica morir.				
16. Espero una nueva vida cuando muera.				
17. No me preocupa sentirme indefenso algún día.				
18. Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.				
19. Me trastorna pensar en todo lo que perderé después de morir.				
20. Me preocupa saber qué nos pasa después de morir.				
21. No me interesa en absoluto controlar las cosas.				
22. Me asusta el aislamiento total de la muerte.				
23. No estoy particularmente asustado por contraer cáncer.				
24. Dejaré instrucciones cuidadosas sobre cómo se deberían hacer las cosas cuando me haya ido.				
25. Lo que le ocurra a mi cuerpo después de muerto no me preocupa.				
Valor propio				

**ESCALA REVISADA COLLETT-LESTER
DE MIEDO A LA MUERTE Y AL PROCESO DE MORIR —ECL-R—**

¿Hasta qué punto te inquietan y te ponen ansioso/a los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir? Lee cada ítem y responde rápidamente. No pienses tu respuesta demasiado. Queremos tu primera impresión de lo que piensas en este momento. Pon un círculo en el número que mejor represente lo que sientes.

	Mucho		Algo		Nada
<i>Tu propia muerte</i>					
1. El aislamiento total de la muerte	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida	5	4	3	2	1
3. Perderlo todo después de la muerte	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo debe ser estar muerto	5	4	3	2	1
6. No volver a pensar o experimentar	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de sentir dolor o castigo durante la vida después de la muerte	5	4	3	2	1
8. La desintegración de tu cuerpo cuando mueras	5	4	3	2	1
<i>Tu propio proceso de morir</i>					
1. La degeneración física que implica	5	4	3	2	1
2. El dolor implicado en el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración intelectual de la ancianidad	5	4	3	2	1
4. Que tus habilidades se verán limitadas mientras estés muriendo	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre respecto a la valentía con la que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de familia y los amigos	5	4	3	2	1
8. El dolor de los otros mientras te estés muriendo	5	4	3	2	1
<i>La muerte de los otros</i>					
1. Perder a alguien cercano a tí	5	4	3	2	1
2. Tener que ver el cuerpo muerto de esa persona	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte con esa persona nunca	5	4	3	2	1
4. Arrepentirte de no haber sido más agradable persona cuando estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
6. Sentirte culpable por considerarte liberado por esa persona en cuestión ha muerto	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
8. Envidioso de que la persona esté muerta *	5	4	3	2	1

	Mucho		Algo		Nada
<i>El proceso de morir de los otros</i>					
1. Tener que estar con alguien que se está mu-	5	4	3	2	1
2. Que esa persona quiera hablar de la muerte	5	4	3	2	1
3. Ver sufrir a la persona en cuestión por el dolor	5	4	3	2	1
4. Tener que ser él/la que le diga a esa persona cuestión que se está muriendo	5	4	3	2	1
5. Ver la degeneración física del cuerpo de esa persona en cuestión	5	4	3	2	1
6. No saber qué hacer con tu dolor por la pérdida esa persona cuando estás con ella	5	4	3	2	1
7. Ver el deterioro de sus habilidades mentales	5	4	3	2	1
8. Que te recuerden que tú también vas a sufrir experiencia algún día	5	4	3	2	1

*El examen reciente de este ítem indica que su puntuación se debería invertir.

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE MIEDO A LA MUERTE —EMMM—

INSTRUCCIONES: Aquí aparece una lista de acontecimientos y circunstancias relacionadas con la muerte que a muchas personas les evocan miedo. Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación poniendo un círculo por cada ítem. No te saltes ningún ítem si lo puedes evitar.

1 = Totalmente de acuerdo
2 = Algo de acuerdo
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4 = Algo en desacuerdo
5 = Totalmente en desacuerdo

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1. | Tengo miedo de morir muy lentamente. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 2. | Me aterra visitar un tanatorio. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 3. | Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 4. | Tengo miedo de que muera alguien de mi familia. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 5. | Me asusta que no haya vida después de la muerte. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6. | Probablemente hay mucha gente declarada muerta que aún está viva. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7. | Me asusta que se desfigure mi cuerpo cuando muera. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8. | Me asusta no cumplir mis metas en la vida antes de morir. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9. | Me asusta encontrar a mi creador. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10. | Tengo miedo de que me quemen vivo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 11. | Me aterra el pensamiento de que embalsamen mi cuerpo algún día. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 12. | Me asusta no vivir el tiempo suficiente para disfrutar mi jubilación. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 13. | Me asusta morir en un incendio. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 14. | No me pondría nervioso tocar un cadáver. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 15. | No quiero que los estudiantes de medicina usen mi cuerpo para hacer prácticas cuando yo muera. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 16. | Si las personas próximas a mí murieran de repente, sufriría durante mucho tiempo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 17. | Si me muriera mañana mi familia estaría triste durante mucho tiempo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 18. | Me asusta que la muerte sea el final de la existencia. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 19. | Se debería hacer autopsias a la gente para asegurarse de que están muertos. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 20. | El pensamiento de que se encuentre mi cuerpo cuando yo muera me asusta. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 21. | Me asusta no tener tiempo de experimentar todo lo que quiero. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 22. | Me asusta experimentar mucho dolor cuando muera. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 23. | Descubrir un cuerpo muerto sería una experiencia horrible. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 24. | No me gusta la idea de que me quemen. |

- | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 25. | Puesto que todo el mundo se muere, no estaré demasiado triste cuando mis amigos mueran. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 26. | Me asustaría caminar por un cementerio solo, de noche. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 27. | Me asusta morir de cáncer. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 28. | No importa si me entierran en una caja de madera o en una tumba de acero. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 29. | Me asusta pensar que puedo estar consciente mientras yazco en el depósito de cadáveres. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 30. | Tengo miedo de que no exista un Ser Supremo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 31. | Tengo miedo de asfixiarme (incluido ahogarme). |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 32. | No me preocuparía quitar a un animal muerto de la carretera. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 33. | No quiero donar mis ojos después de morir. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 34. | A veces me entristezco cuando mueren conocidos. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 35. | Me asusta la idea de que me cierren en un ataúd cuando muera. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 36. | Nadie puede decir con seguridad qué ocurrirá después de la muerte. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 37. | Si muero mis amigos estarán tristes durante mucho tiempo. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 38. | Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 39. | Tengo miedo de las cosas que han muerto. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 40. | Me asusta el pensamiento de que mi cuerpo se pudra después de mi muerte. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 41. | Tengo miedo de no poder ver crecer a mis hijos. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 42. | Tengo miedo a morir violentamente. |

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE —PAM—R—

ítem nº.	carga	ítem
Componente 1: <i>aceptación de acercamiento</i>		
16		La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.
25		Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito.
15		La muerte es la unión con Dios y la Gloria Eterna.
22		Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.
28		Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en un vida después de la misma.
4		Creo que iré al Cielo cuando muera.
31		Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.
8		La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.
13		Creo que el Cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.
27		La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.
Componente 2: <i>miedo a la muerte</i>		
32		Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.
18		Tengo un miedo intenso a la muerte.
21		Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.
7		Me trastorna la finalidad de la muerte.
2		La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.
20		El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho.
1		La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.
Componente 3: <i>evitación de la muerte</i>		
19		Evito totalmente pensar en la muerte.
12		Siempre intento no pensar en la muerte.
26		Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.
3		Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.
10		Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.
Componente 4: <i>aceptación de escape</i>		
29		Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.
23		Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.
9		La muerte proporciona un escape de este terrible mundo.
11		La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.
5		La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.
Componente 5: <i>aceptación neutral</i>		
24		La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.
14		La muerte es un aspecto natural de la vida.
6		La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.
30		La muerte no es buena ni mala.
17		No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.

PRUEBA DE PROPÓSITOS VITALES —PIL—

1. **Generalmente me encuentro:**
 - a. Completamente aburrido.
 - b. Término medio.
 - c. Exuberante, entusiasmado.
2. **La vida me parece:**
 - a. Completamente rutinaria.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre emocionante.
3. **En la vida tengo:**
 - a. Ninguna meta o anhelo.
 - b. Término medio.
 - c. Muchas metas y anhelos definidos.
4. **Mi existencia personal es:**
 - a. Sin sentido ni propósito.
 - b. Término medio.
 - c. Llena de sentido y propósitos.
5. **Cada día es:**
 - a. Exactamente igual.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre nuevo y diferente.
6. **Si pudiera elegir:**
 - a. Nunca habría nacido.
 - b. Término medio.
 - c. Tendría otras nueve vidas iguales a esta.
7. **Después de retirarme:**
 - a. Holgazarería el resto de mi vida.
 - b. Término medio.
 - c. Haría siempre las cosas emocionantes que siempre desee hacer.
8. **En el logro de mis metas vitales:**
 - a. No he conseguido ningún progreso.
 - b. Término medio.
 - c. He llegado a mi realización completa.
9. **Mi vida es:**
 - a. Vacía y llena de desesperación.
 - b. Término medio.
 - c. Un conjunto de cosas buenas y emocionantes.
10. **Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:**
 - a. Una completa basura.
 - b. Término medio.
 - c. Muy valiosa.
11. **Al pensar en mi propia vida:**
 - a. Me pregunto a menudo la razón por la que existo.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre encuentro razones para vivir.
12. **Tal como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:**
 - a. Me confunde por completo.
 - b. Término medio.
 - c. Se adapta significativamente a mi vida.
13. **Me considero:**
 - a. Una persona muy irresponsable.
 - b. Término medio.
 - c. Un persona muy responsable.
14. **Con respecto a la libertad de que se dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:**
 - a. Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente.
 - b. Término medio.
 - c. Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales.
15. **Con respecto a la muerte, estoy:**
 - a. Falto de preparación.
 - b. Término medio.
 - c. Preparado y sin temor.
16. **Con respecto al suicidio:**
 - a. Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación.
 - b. Término medio.
 - c. Nunca le he dedicado un segundo pensamiento.
17. **Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida, es:**
 - a. Prácticamente nula.
 - b. Término medio.
 - c. Muy grande.
18. **Mi vida está:**
 - a. Fuera de mis manos y controlada por factores externos.
 - b. Término medio.
 - c. En mis manos y bajo mi control.
19. **El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye:**
 - a. Una experiencia dolorosa y aburrida.
 - b. Término medio.
 - c. Una fuente de placer y satisfacción.
20. **He descubierto:**
 - a. Ninguna misión o propósito en la vida.
 - b. Término medio.
 - c. Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida.

PRUEBA DE PROPÓSITOS VITALES —*PIL*.

1. **Generalmente me encuentro:**
 - a. Completamente aburrido.
 - b. Término medio.
 - c. Exuberante, entusiasmado.
2. **La vida me parece:**
 - a. Completamente rutinaria.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre emocionante.
3. **En la vida tengo:**
 - a. Ninguna meta o anhelo.
 - b. Término medio.
 - c. Muchas metas y anhelos definidos.
4. **Mi existencia personal es:**
 - a. Sin sentido ni propósito.
 - b. Término medio.
 - c. Llena de sentido y propósitos.
5. **Cada día es:**
 - a. Exactamente igual.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre nuevo y diferente.
6. **Si pudiera elegir:**
 - a. Nunca habría nacido.
 - b. Término medio.
 - c. Tendría otras nueve vidas iguales a esta.
7. **Después de retirarme:**
 - a. Holgazanería el resto de mi vida.
 - b. Término medio.
 - c. Haría siempre las cosas emocionantes que siempre desee hacer.
8. **En el logro de mis metas vitales:**
 - a. No he conseguido ningún progreso.
 - b. Término medio.
 - c. He llegado a mi realización completa.
9. **Mi vida es:**
 - a. Vacía y llena de desesperación.
 - b. Término medio.
 - c. Un conjunto de cosas buenas y emocionantes.
10. **Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido:**
 - a. Una completa basura.
 - b. Término medio.
 - c. Muy valiosa.
11. **Al pensar en mi propia vida:**
 - a. Me pregunto a menudo la razón por la que existo.
 - b. Término medio.
 - c. Siempre encuentro razones para vivir.
12. **Tal como yo lo veo en relación con mi vida, el mundo:**
 - a. Me confunde por completo
 - b. Término medio.
 - c. Se adapta significativamente a mi vida.
13. **Me considero:**
 - a. Una persona muy irresponsable.
 - b. Término medio.
 - c. Un persona muy responsable.

- 14. Con respecto a la libertad de que se dispone para hacer sus propias elecciones, creo que el hombre es:**
- Completamente esclavo de las limitaciones de la herencia y del ambiente.
 - Término medio.
 - Absolutamente libre de hacer todas sus elecciones vitales.
- 15. Con respecto a la muerte, estoy:**
- Falto de preparación.
 - Término medio.
 - Preparado y sin temor.
- 16. Con respecto al suicidio:**
- Lo he considerado seriamente como una salida a mi situación.
 - Término medio.
 - Nunca le he dedicado un segundo pensamiento.
- 17. Considero que mi capacidad para encontrar un significado, un propósito o una misión en la vida, es:**
- Prácticamente nula.
 - Término medio.
 - Muy grande.
- 18. Mi vida está:**
- Fuera de mis manos y controlada por factores externos.
 - Término medio.
 - En mis manos y bajo mi control.
- 19. El enfrentarme a mis tareas cotidianas constituye:**
- Una experiencia dolorosa y aburrida.
 - Término medio.
 - Una fuente de placer y satisfacción.
- 20. He descubierto:**
- Ninguna misión o propósito en la vida.
 - Término medio.
 - Metas claras y un propósito satisfactorio para mi vida.

LA REDACCIÓN DE ESTA TESIS CONCLUYÓ EL 25 DE JULIO
FESTIVIDAD DEL APÓSTOL SANTIAGO Y SU REVISIÓN EL DÍA
30 DE JULIO FESTIVIDAD DE SAN IGNACIO DE LOYOLA

A M G D B V M