



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

(Ψ) Facultad de
Psicología y Logopedia

Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital

EL IMPACTO DE LA RELIGIOSIDAD Y ESPIRITUALIDAD EN EL AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Amparo López Carretero

Dirigida por:

Dra. Emilia Serra Desfilis

Tutor:

Dr. Juan Carlos Meléndez

Valencia, mayo de 2024

Dedicatoria

A Dios, por haberme permitido tener esta experiencia de aprendizaje intelectual y de crecimiento espiritual.

A Jesús y Milagros, mis queridos padres, que, aunque se fueron pronto de esta vida, me lo dieron todo y me indicaron el camino.

A mi abuela paterna, que la echo mucho de menos.

A mi marido, Lázaro, que me animó siempre a que estudiara ya que sabía cuánto significaba ello para mí.

A mis hijos Amparo y Lázaro ya que ellos han sido el motor de mi vida, motivo de orgullo y absoluta satisfacción.

A Eoin, mi yerno, que siempre transmitió alegría a la familia y seguridad por su responsabilidad y buen carácter. Por ser buena persona, marido, hijo, padre, yerno.

A mi nuera María Jesús, por ser una inmejorable esposa, madre, hija y nuera. Es todo amor para los suyos.

A mis hermanas que siempre han estado a la altura, por muchas tempestades que hayan surgido siempre hemos permanecido unidas y siempre ocuparán un lugar destacado en mi corazón.

A mis familiares y amigos; a los que están y a los que ya no. A los que alguna vez fueron y compartieron parte de mi vida, y que de algún modo forman parte de mí y de lo que soy.

Para terminar y lo más especial de todo a mis tres chiquitines; Alejandro, Adriana y Emma, mis nietos, que han colmado de alegría mi existencia y porque ha merecido la pena vivir para llegar a conocerlos y amarlos.

Agradecimientos

Hacer una tesis doctoral es un gran reto y, confieso que ha sido un camino con muchos obstáculos, pero algo que apenas hace unos años lo veía como impensable hoy por hoy pienso que ha merecido la pena la experiencia.

Quiero dar gracias por todo lo que he aprendido y por la satisfacción que me ha producido encontrarme con tantas vivencias maravillosas por el camino, un camino en el que he tenido la suerte de recorrer acompañado de personas de tanto valor y que me han aportado tanto.

Quiero mostrar mi agradecimiento en primer lugar hacia mi directora de tesis la Dra Emilia Serra Desfilis. Gracias por su gran sabiduría, por sus consejos y gran implicación. Gracias por haberme ayudado a llegar hasta aquí, por todo lo que me ha aportado, además de su gran conocimiento en investigación y docencia. También mi agradecimiento al Dr. Óscar Fernando García Buelga quien me ha acompañado en parte del camino.

Mi inmensa gratitud a la Universidad de Valencia, a la Facultad de Psicología, al Máster de Psicogerontología, así como a su director el Dr. Juan José Zacarés, y a la Comisión Académica del Programa de Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital, y especialmente a su director, Dr. Juan Carlos Meléndez por su valiosa ayuda y su gran eficiencia. También una mención especial a la Dra Rosa Redolat Iborra de quién obtuve la motivación para interesarme por el envejecimiento. Una mención especial a Raúl Espert Tortajada que fue mi director en la tesis del Máster y que tanto aprendí con él.

También agradecer a todas las personas mayores que han participado en este estudio su aportación. A las personas que, aunque no aparecen aquí con nombres y apellidos, han estado presentes de alguna forma durante el desarrollo de esta investigación y han hecho posible que hoy vea la luz.

A los alumnos de la Universidad de Valencia que colaboraron con los cuestionarios.

A todos ellos infinitas gracias.

ÍNDICE

Introducción.....	19
-------------------	----

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1. La muerte

1.1. Revisión conceptual de la muerte.....	31
1.2. Concepción de la muerte en diferentes culturas.....	34
1.3. Filosofía sobre la muerte.....	41
1.4. Estudios científicos sobre la muerte.....	43
1.5. Ciencias de la muerte.....	44
1.6. Principales causas de muerte en la vejez.....	56

Capítulo 2. Religión

2.1. Revisión conceptual de religión.....	65
2.2. Dificultades en la definición de religión.....	66
2.3. Teorías sobre el origen de la religión.....	68
2.4. Dimensiones de la religión.....	73
2.4.1. <i>Extrínseca</i>	73
2.4.2. <i>Intrínseca</i>	74
2.5. Aportaciones desde la disciplina psicológica a la religión.....	76
2.5.1. <i>Fenomenología</i>	76
2.5.2. <i>Psicología de la Religión</i>	76
2.5.3. <i>Psicología analítica</i>	78
2.5.4. <i>Psicología positiva</i>	79
2.6. Experiencias religiosas y mecanismos neuropsicológicos.....	81
2.7. Aportaciones desde la Neuroteología.....	82
2.8. La experiencia religiosa y su naturaleza.....	84

Capítulo 3. Espiritualidad

3.1. Revisión conceptual de espiritualidad.....	89
3.2. Definiciones de espiritualidad en el campo de la Psicología.....	91
3.3. Diferentes perspectivas de espiritualidad.....	95
3.4. Tipos de espiritualidad relacionada con la salud.....	97
3.4.1. <i>Versión tradicional-histórica de espiritualidad</i>	97
3.4.2. <i>Versión moderna de espiritualidad</i>	98
3.4.3. <i>Versión tautológica moderna de espiritualidad</i>	99
3.4.4. <i>Versión clínica moderna de espiritualidad</i>	100
3.5. Diferencias y consonancias entre religiosidad y espiritualidad.....	101
3.6. El fenómeno de autotranscendencia y la espiritualidad.....	103
3.7. Visión del envejecimiento desde el punto de vista psicológico y espiritual...	105

Capítulo 4. Actitudes hacia la muerte

4. 1. Concepto y naturaleza de la actitud.....	109
4. 2. Evolución de las actitudes a lo largo del siglo XX.....	110
4.3. Nociones de las actitudes a lo largo del siglo XX.....	112
4. 4. Componentes de las actitudes.....	113
4. 5. Actitudes ante la muerte en la vejez.....	114
4. 6. Variables que determinan las actitudes del anciano ante su propia muerte	116
4.7. Actitudes del anciano frente a la muerte de los demás.....	117
4. 8. Actitudes ante la muerte del mayor según contexto.....	118
4.9. Dimensiones de las actitudes hacia la muerte.....	119

Capítulo 5. Ansiedad y Miedo a la Muerte

5.1. Revisión conceptual: La ansiedad y el miedo.....	125
5.2. La ansiedad ante la muerte.....	127
5.2.1. <i>La visión psicoanalítica</i>	129
5.2.2. <i>La aportación existencialista</i>	130
5.2.3. <i>El enfoque cognitivo-conductual</i>	130
5.2.4. <i>La teoría de la gestión del terror</i>	132

5.3. Evaluación de la ansiedad y el miedo a la muerte.....	135
5.4. Algunas Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte.....	139
5.4.1. <i>Género</i>	139
5.4.2. <i>Edad</i>	143
5.4.3. <i>Religiosidad</i>	146

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6. Material y método

6.1. Objetivos e hipótesis.....	155
6.2. Método.....	158
6.3. Participantes.....	159
6.4. Instrumentos de medición.....	163
6.5. Origen, autores y características de los instrumentos de medición.....	164

Capítulo 7. Resultados

7.1. Análisis estadístico.....	173
7.2. Análisis Bivariados: correlaciones entre variables de estudio.....	175
7.3. Análisis de pruebas T de muestras independientes para el género.....	179
7.4. Análisis Multivariado: Análisis de Varianza ANOVAs.....	181
7.5. Análisis de Regresión Lineal Múltiple.....	199

Capítulo 8. Discusión.....211

Capítulo 9. Conclusiones.....237

Capítulo 10. Limitaciones y prospectiva.....243

Capítulo 11. Referencias bibliográficas.....249

Anexos.....297

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Etapas del origen de la Tanatología.....	46
Figura 2. Cuadro sinóptico de lo que abarca la Tanatología.....	50
Figura 3. Defunciones según la causa por edad, género.....	58
Figura 4 Número de muertes por franjas de edad > 65 años en 2019 en España.....	60
Figura 5. Defunciones por lugar de ocurrencia en España en 2019.....	60
Figura 6. Versión Tradicional-histórica de la Espiritualidad.....	97
Figura 7. Versión Moderna de la Espiritualidad.....	98
Figura 8. Versión Tautológica de la Espiritualidad.....	99
Figura 9. Versión Clínica Moderna de Espiritualidad.....	100
Figura 10. Evolución de las Actitudes a lo largo del siglo XX.....	111
Figura 11. Nociones de las Actitudes a lo Largo del Siglo XX.....	112
Figura 12. Componentes de las actitudes.....	113
Figura 13. Descripción de la Muestra Según Sexo.....	160
Figura 14. Descripción de la Muestra Según Edad.....	161
Figura 15. Descripción de la Muestra por Estado Civil.....	161
Figura 16. Descripción de la Muestra por Nivel de Estudios.....	162
Figura 17. Descripción de la Muestra por su creencia en Dios.....	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales causas de muerte en 2019. Número de defunciones.....	59
Tabla 2. Fallecimientos por Eutanasia en 2020 en España.....	62
Tabla 3. Dimensiones del BMMRS.....	165
Tabla 4. Dimensiones del ISC-15r.....	166
Tabla 5. Dimensiones del EMMCL.....	167
Tabla 6. Dimensiones del PAM-R.....	170
Tabla 7. Correlación entre variables de estudio.....	176
Tabla 8. Correlaciones entre Religiosidad, Espiritualidad, Creencias y Soporte Social	178
Tabla 9. Pruebas “t” comparación de Medias en Función del Sexo Religiosidad/Espiritualidad, Creencias y Soporte Social.....	180
Tabla 10. ANOVAs. Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad Según Edad.....	181
Tabla 11. ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social Según Edad	182
Tabla 12. ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad Ante mi Muerte y la de Otros en Función de la Edad.....	184
Tabla 13. ANOVAs. Comparación de Medias en Actitudes Hacia la Muerte en Función de la Edad.....	186
Tabla 14. ANOVAs. Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad en Función del Estado Civil.....	187

Tabla 15. ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social en Función de la Edad.....	188
Tabla 16. ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad ante Mi Propia Muerte y la de Otros en Función del Estado Civil.....	190
Tabla 17. ANOVAs. Comparación de Medias en Actitudes hacia la Muerte en Función del Estado Civil.....	192
Tabla 18. ANOVAs. Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad en Función del Nivel Estudios.....	193
Tabla 19. ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social en Función del Nivel de Estudios.....	194
Tabla 20. ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad a mi Propia Muerte y la de Otros en Función del Nivel Estudios.....	196
Tabla 21. ANOVAs. Comparación de Medias en Actitudes Hacia la Muerte en Función del Nivel de Estudios.....	198
Tabla 22. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS / ISC-15r y la Ansiedad ante mi Propia Muerte.....	200
Tabla 23. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ ISC-15r y la Ansiedad ante mi Proceso de Morir.....	201
Tabla 24. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ ISC-15r y la Ansiedad Ante la Muerte de Otros.....	202
Tabla 25. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ISC-15r Ansiedad ante el Proceso de Morir de Otros.....	203
Tabla 26. Coeficientes de Regresión Lineal Múltiple Dimensiones Escalas BMMRS / ISC-15r y Miedo a la Muerte.....	204
Tabla 27. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple entre dimensiones del BMMRS / ISC-15r y Evitación de la Muerte.....	205

Tabla 28. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones del BMMRS y ISC-15r y Aceptación de Acercamiento.....	206
Tabla 29. Coeficientes de Regresión Lineal Múltiple Dimensiones del BMMRS y ISC-15r y Aceptación de Escape.....	207
Tabla 30. Coeficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS y ISC-15r y Aceptación Neutral.....	208

INTRODUCCIÓN

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

Pasaron muchos años. El joven se hizo viejo sin que la Muerte apareciese a anunciarle su final. Pero un día la Muerte se presentó de pronto, diciéndole que venía

a por él. El hombre, muy asustado, protestó porque eso no era lo que habían acordado.

La Muerte le había prometido que le avisaría con tiempo y no le parecía bien que viniera a llevárselo sin previo aviso.

- ¿Se te puso el pelo blanco?, sí-respondió el viejo.

- ¿Se te cayeron los dientes?

-Sí se me cayeron, sí

- ¿Se te cansaron las piernas?

-Sí se me cansaron, sí.

- ¿Perdiste las fuerzas?

-Sí las perdí, sí.

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

(Herreros, 2011:81-82)

INTRODUCCIÓN

Aceptar que la muerte es parte de la vida parece que está fuera de los planteamientos de muchas personas en la actualidad, porque vivimos en tiempos de las maravillas de la ciencia y de la tecnología, de la conquista del cosmos y del aumento la longevidad humana; del disfrute virtual, de la entrega de la cultura al imperio del mercantilismo o del capitalismo; de la invasión de la información y anulación de los criterios de valor; de la primacía de la violencia y del individualismo y en la insistencia de la negación de la finitud. En la actualidad, en nuestra sociedad occidental, la muerte se vive como algo extraño, imprevisto y que en la mayoría de veces no está presente en nuestros pensamientos cotidianos (Bayés et al.,1999).

La muerte ha constituido por igual motivo de angustias y fuente de imaginaciones. La conciencia de la muerte, que los filósofos llaman “consciencia trágica”, ha propiciado desde tiempos antiguos las más diversas explicaciones respecto a por qué morimos, qué ocurre cuando morimos o por qué vinimos al mundo, si al final vamos a morir.

La toma de consciencia de la muerte futura se considera parte de la maduración de la psique humana: todos los jóvenes se sienten inmortales.

Ante este escenario se agudizan en el adulto mayor cuestiones sobre la cercanía de la muerte relativas al sentido de la vida, de la muerte, de la dolencia, del sufrimiento, de la propia vida que aún queda por ser vivida, a los valores en cuanto persona doliente y en cuanto a ser único.

Muchas veces ya en el final de la vida, proceso lleno de gran emocionalidad, se echa en falta la preparación en temas de espiritualidad y religiosidad por parte de la familia y

de los profesionales de salud. La idea de que desapareceremos puede llegar a causarnos un profundo dolor emocional, miedo y ansiedad. Las religiones intentan dar una explicación de la muerte y al mismo tiempo consuelo, algo que nos puede permitir vivir la vida en paz, sabiendo que la muerte es, impredecible e inevitable.

La espiritualidad en la última parte de la vida toma especial importancia, según algunos autores favorece la capacidad del ser humano de elevarse y trascender y ayuda a mitigar el sufrimiento (Ros 2017).

Los aspectos que más interés nos suscita a la hora de investigar y que pretendemos dar respuesta con esta investigación son: ¿Ser religioso o espiritual ayuda a disminuir el miedo a la muerte?; ¿qué actitudes, y creencias pueden ser más protectoras de nuestro bienestar psicológico a la hora de enfrentarse con la muerte?; ¿aumenta la espiritualidad y la religiosidad a medida que vamos envejeciendo?; ¿hay diferencias por sexo, edad, nivel estudios, estado civil en la ansiedad que les produce el fenómeno de la muerte?.

A todas estas preguntas esperamos darles respuestas en este trabajo de investigación.

1.1 Justificación de la investigación

El tema a tratar en esta Tesis Doctoral es *“el impacto de la religiosidad y espiritualidad en el afrontamiento de la muerte en adultos mayores”* ¿Por qué he elegido este tema? Hemos vivido tiempos en los que millones de personas, adultos mayores y ancianos, sobre todo, han vivido experiencias terribles con la pandemia del COVID-19, donde han tenido que enfrentarse a la muerte de forma abrupta y en la más absoluta soledad, sacando a la luz las lagunas en este campo de estudio, resaltando la necesidad de que las cuestiones relacionadas con el final de la vida deben ser foco de atención para la investigación científica y, por supuesto, desde la Psicología del Ciclo Vital, programa en que se inserta este trabajo.

Factores como el envejecimiento progresivo de la población, como consecuencia del aumento considerable de la esperanza de vida y el planteamiento de nuevos cuidados en la atención de las personas que se encuentran en proceso de muerte, hacen necesario el desarrollo de líneas rigurosas de investigación dirigidas a una mejor comprensión de los mecanismos que intervienen y condicionan las actitudes ante la muerte, que permitan el diseño y la evaluación dirigidos a los profesionales que trabajan en este ámbito, no solo para que puedan proporcionar conocimientos sino también para que sepan dirigir a otros profesionales y que además la persona que tiene que pasar por este trance aprenda y sepa adoptar las actitudes que le ayuden a mitigar sus miedos y ansiedades, e intentar que este trance sea lo más llevadero posible dentro de su proceso vital.

1.2 Problema de investigación

El presente trabajo surge por la necesidad de encontrar respuestas que ayuden a mitigar el sufrimiento que produce a las personas enfrentarse al final de sus vidas; la muerte, bien la propia o la de un ser querido. De esta forma, esta investigación es relevante porque el tema de investigación es de interés para un porcentaje de personas muy alto de la población. Es pertinente porque la investigación sobre las creencias y reacciones humanas ante la muerte tiene un gran interés y muchas posibilidades para clínicos e investigadores, debido a la complejidad de las manifestaciones actitudinales y conductuales que provoca y cómo afecta al bienestar y la salud mental de las personas, en este caso del adulto mayor. De esta

forma y por estas causas, para el desarrollo de esta investigación hemos planteado las siguientes preguntas de investigación:

Preguntas de investigación

- 1- ¿Existen diferencias significativas en religiosidad intrínseca o extrínseca y en espiritualidad en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios?
- 2- ¿Existen diferencias significativas en ansiedad ante la muerte propia o ajena y sus procesos en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios?
- 3- ¿Existen diferencias significativas en actitudes hacia la muerte propia o ajena y sus procesos en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios?
- 4- ¿Ser religioso o espiritual ayuda a disminuir el miedo a la muerte?
- 5- ¿Qué actitudes, y creencias pueden ser más protectoras de nuestro bienestar psicológico a la hora de enfrentarse con la muerte?
- 6- ¿Aumenta la espiritualidad y la religiosidad a medida que vamos envejeciendo?;
- 7- ¿Cuáles de los aspectos anteriores del adulto mayor tiene mayor relación con el miedo o la ansiedad ante la muerte?

1.3 Antecedentes de investigación

En la revisión sistemática de estudios empíricos de Salgado (2014) sobre el impacto de la religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las diversas áreas de la vida del ser humano, se corrobora que las investigaciones empíricas sustentan el impacto favorable que tienen la religiosidad y espiritualidad como factores protectores en las diversas áreas de la vida del ser humano. Se señala que las investigaciones evidencian que la religiosidad y espiritualidad, ayudan a aumentar la autoestima, son recurso para la fortaleza y

esperanza, y se relacionan con mayor satisfacción con la vida y bienestar espiritual e incrementan la capacidad de perdón. Promueven valores prosociales, disminuye el uso y abuso de drogas, menor consumo de tabaco, mejora la salud física y psicológica, mayor prevención, recuperación más rápida de enfermedades, menor depresión, ansiedad, presión sanguínea y estrés. También mejoran la adaptación y enfrentamiento de la enfermedad y temor a la muerte.

Tejo (2016) resalta como un gran aporte la “*teoría de la gerotranscendencia*” de Torstam (1989) éste alude a la capacidad que tienen los adultos mayores de activar su espiritualidad como parte de un sano desarrollo psico-religioso.

Pérez-García (2016) señala que en enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa final encuentra la falta de base espiritual con la que se encuentran muchas enfermeras y que en enfermos terminales a veces sería una práctica “holística” como bien plantea el autor. El cuidado de enfermos depende muchas veces de las enfermeras, pero éstas en muchos casos no tienen la formación espiritual necesaria ni son conscientes de la necesidad de ésta de sus pacientes. Averiguar las necesidades espirituales de los pacientes puede ser complicado, pero se debe intentar.

Quiceno y Vinaccia (2009) señalan que, en la mayoría de los países latinoamericanos, los científicos no han investigado estas variables en profundidad. En algunos estudios llevados a cabo en Estados Unidos, se halló una vinculación positiva entre la participación religiosa y/o las creencias religiosas y la evitación de consumo de alcohol, drogas, prácticas sexuales poco saludables que pudieran aumentar el riesgo de ciertos problemas de salud (Cochran et al., 1988; Koenig et al., 1994). Se resalta su importancia ya que en situaciones de duelo muchas personas recurren a conductas adictivas hacia el alcohol y las drogas para mitigar el efecto doloroso de la pérdida. En cambio, en las personas religiosas, sus creencias actúan como factores protectores de conductas adictivas negativas.

Tomás-Sábado asimismo para Gómez-Benito, 2003, Elizalde y Flores, 2009 afirman que el fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad ante la misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, que puede ser provocada por estímulos

ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como lo son los pensamientos o imágenes.

Algunos autores refieren que mientras más religiosas sean las personas y su principal propósito sea alcanzar la vida eterna, menor ansiedad sentirá ante la muerte, ya que la religión da sentido de continuidad entre la vida y la muerte. Desde esta perspectiva, la muerte es concebida como una recompensa. Al tiempo que pertenecer a una comunidad religiosa proporciona apoyo social para afrontar la propia muerte (Nelson y Cantrell, 1980), creencia en un Dios que los cuida y protege, etc. (Feifel y Nagy, 1981; Koenig, 1988).

En contraposición a los hallazgos anteriores son igualmente numerosos los estudios que no encuentran una relación estrecha entre religiosidad y ansiedad ante la muerte.

Uno de los hallazgos más interesantes en relación entre ansiedad ante la muerte y religiosidad, es que quienes en realidad experimentan mayor ansiedad no son los ni los religiosos ni los no religiosos, sino los que tienen una clara convicción religiosa (Alexander y Adlerstein, 1959). De esta manera, son las personas que muestran mayores dudas sobre sus convicciones religiosas más que las que niegan totalmente la existencia de “otra vida”, quienes muestran una mayor ansiedad ante la muerte.

Dittes (1969) mantiene que, dependiendo de su orientación, la religión puede o no aliviar el miedo a la muerte. Así es de suponer que, comparados con los no religiosos, los sujetos intrínsecamente religiosos son menos temerosos ante la muerte (Kahoe y Dunn, 1975). Estos resultados han sido corroborados en nuestro medio cultural por Urraca (1982).

La Aceptación Neutral mostrada en general por los ancianos tiene que ver con la visión de que la muerte es parte de la vida. Estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir (Armstrong, 1987). Ni se teme a la muerte ni se le desea por lo cual se intenta sacar el máximo provecho a la vida. Los ancianos aceptan su propia mortalidad y por lo tanto no les amenaza su propia muerte, o bien que han integrado bien su vida con lo cual eliminan el miedo a la muerte.

García-Alandete;Gallego-Pérez, (2004) relacionan la religión en el análisis existencial y la logoterapia de Viktor E. Frankl. En este artículo se exponen de manera

sin tética los aspectos básicos de la reflexión de Viktor E. Frankl acerca del hombre como ser religioso y de las relaciones entre religión y psicoterapia. Se destaca que, para Frankl, el ser humano, ser consciente, libre y responsable es religioso, pudiendo la religiosidad personal, sin embargo, no ser consciente, sino permanecer en las sombras de lo inconsciente, reprimida. Se desarrollan los aspectos nucleares de tres tesis franklianas clave en su reflexión sobre la religiosidad, el inconsciente espiritual, la trascendencia de la conciencia y la religiosidad inconsciente.

Koenig (1999) plantea que la religión, a través de la fe, se centra en las relaciones interpersonales, en la búsqueda del perdón hacia uno mismo y hacia los otros, en el sentido de control y autodeterminación personal, en la promoción de apoyo comunitario y en promesas de una vida después de la muerte que refleja perspectivas cognitivas positivas y estados emocionales que buscan conducir al sujeto hacia un mayor y mejor ajuste y adaptación frente a sucesos de vida negativos o estresantes.

Faller (2001) plantea que la religión provee de significado a los sucesos de la vida que no pueden ser explicados por medio del sentido común. La psicoterapia, como la religión, participa en la construcción y articulación del sentido personal. Los individuos suelen dirigirse a la consulta psicológica en momentos de crisis. Quieren encontrar respuestas a las preguntas difíciles de la vida. Sería positivo que los psicoterapeutas tomaran las creencias religiosas para ver cómo estas impiden o aumentan el progreso de sus pacientes.

Pargament y Brant (1988) señalan que las creencias y las prácticas religiosas no están reservadas solamente para los momentos de pérdida y dolor, las personas se dirigen hacia la religión en busca de ayuda en aquellas situaciones de la vida que son más estresantes. Muchos de los recursos religiosos parecen estar contruidos para ayudar produciendo efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de duelos a las personas en sus momentos más difíciles. Tal vez habría que investigar si la religión es especialmente beneficiosa para momentos de gran dolor.

1.4 Delimitaciones de los alcances y asunciones importantes

Los antecedentes de investigaciones científicas revisados demuestran el rol fundamental que cumple la religión y espiritualidad como factores protectores en la vida de las personas, lo cual no sólo repercute en su salud, sino también en su manera de relacionarse con el entorno, sus relaciones familiares, de pareja, académicas, laborales y sociales y también a la hora de enfrentarse con la muerte.

El fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad. También hemos encontrado estudios referidos a la búsqueda del perdón en cercanía a la muerte, así como sentido de vida y trascendencia. Algunos sobre estrategias de afrontamiento o actitudes.

Nuestro trabajo de investigación pretende ir un paso más allá de lo revisado, analizando si además del impacto de la religión y la espiritualidad en la ansiedad ante la muerte, el hecho de impactar sobre la ansiedad, es porque produce un cambio en actitudes; si la religiosidad intrínseca produce los mismos efectos o diferentes con respecto a la extrínseca.

Conocemos el enorme reto que implica el presente trabajo, pero que se asume como una condición necesaria para desarrollar conocimiento, un conocimiento que puede ser ampliado en este tema de investigación.

Así pues, el objetivo de esta investigación es aportar nuevos datos, no llegar a conclusiones cerradas sino simplemente acercarnos al tema, a la muerte y, repasar algunos conceptos y antecedentes que se presentan como medulares en la construcción de este objeto. Por lo tanto, lo que se plantea no son afirmaciones, sino más bien preguntas que funcionan como guías por donde seguir trazando el camino. Se pretende aportar información teórica de interés que pueda servir de soporte para seguir investigando a la vez que también se pretende seguir avanzando en la búsqueda de claves para que a la hora de enfrentarse con la muerte el adulto mayor pueda afrontarla con la mejor actitud.

Por último, a modo de síntesis, mostrar la estructura de la investigación llevada a cabo. La misma consta de una parte teórica y otra empírica. En la parte teórica proyectamos un marco teórico esclarecedor, compuesto por cinco capítulos; a modo de revisión:

1. La muerte
2. Religión
3. Espiritualidad
4. Actitudes ante la muerte
5. Ansiedad y Miedo a la Muerte

En el primero se aborda el tema de la muerte desde diferentes dimensiones. En el segundo se discriminan las diferencias entre ansiedad y miedo y se exponen algunos estudios de autores relevantes sobre la ansiedad y miedo a la muerte, así como algunas teorías psicológicas relacionadas con el tema de estudio. En el tercero, religión, se abordó desde diferentes concepciones filosóficas, antropológicas, se verificó también si la religión puede analizarse científicamente. El cuarto, al igual que la religión, se revisa cada una de las posturas epistemológicas vigentes y se intenta una aproximación integradora utilizando además el enfoque moderno “Neuroteología”.

En el capítulo cinco ahondamos en las diferentes actitudes hacia la muerte, así como conceptualización y evolución del concepto.

El marco empírico consta de cinco capítulos:

1. Material y método
2. Resultados
3. Discusión
4. Conclusiones
5. Limitaciones y prospectiva

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

En el segundo, se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado distintas pruebas estadísticas con el fin de poder dar respuesta a las hipótesis planteadas. Se analizan los datos que presentan los participantes ante la muerte, haciendo especial hincapié en el miedo a la Muerte Propia y Ajena, actitudes, valores en función de su nivel de religiosidad (intrínseca, extrínseca) y espiritualidad.

En el capítulo siguiente se discuten los resultados obtenidos en base a los datos de otras investigaciones en relación a este tema de estudio. Ya discutidos los resultados de la investigación, se presentan las conclusiones a las que se ha llegado.

“La muerte es una vida vivida. La vida es una muerte que viene”

Jose Luís Borges

CAPITULO 1

LA MUERTE

1.1 Revisión Conceptual de la Muerte.

La muerte, esa gran desconocida escapa una y otra vez a todos los intentos de aproximarse intelectualmente y de conceptualizarla. La concebimos como algo que se escapa a nuestro control, no sabemos el cuándo ni el cómo. La muerte es universal, y es única porque simboliza para cada uno de nosotros un acontecimiento que no se ha de repetir (Blanco-Picabia, 1993).

La muerte ha sido debate de interés entre antropólogos, sociólogos, filósofos, médicos, psicólogos y escritores, y a pesar de ello se ha prestado muy poca atención a la investigación de este fenómeno, así como a los acontecimientos que rodean al acto de morir en la sociedad occidental contemporánea (Blanco-Picabia, 1993).

La definición de muerte, más aceptada, la que alcanza mayor consenso, es que la *“muerte es la cesación o el término de la vida”* (Diccionario de la Academia de la Lengua Española, 1992), (Blanco, 1993). Las dificultades para encontrar una definición objetiva de muerte se hacen mayores si intentamos abordarla de forma subjetiva y vivenciada. Desde este enfoque el concepto de muerte como “terminación o cese de la vida” resulta insuficiente para abarcar en plenitud lo que, para cada ser humano, sin tener en cuenta el momento evolutivo en que se encuentre, significa el hecho de morir. Según esto, es por lo que se puede afirmar que existen tantas maneras individuales de conceptualizar la muerte como individuos Charmaz (1980). Una idea que ya tiempos atrás y con mayor belleza expresó Unamuno (1912): *“Dos entes vivos difieren en cuanto la vida de ellos es distinta y como vivir no es lo mismo para los dos, tampoco morir (que, por lo pronto, es dejar de vivir) significa lo mismo”*.

Los seres humanos se ven inevitablemente obligados en ciertos momentos de su vida a afrontar el problema de la muerte, ya sea de un familiar, un amigo o la de uno mismo. En las distintas culturas, una muerte puede considerarse buena o mala dependiendo de los aspectos culturales que se establecen para la relación con el difunto. Aunque, cada muerte se asimila no sólo en el ritual correspondiente, además en el pensamiento simbólico que acontece, ya sea para adentrar al difunto con sus antepasados, o que éste quede en el olvido.

¿Cómo podríamos asimilar la gran cantidad de variables y sentimientos que confieren su inabarcable complejidad a la simple palabra muerte? Podríamos intentarlo

respondiendo a algunas preguntas: ¿qué puede significar ese concepto?, ¿dónde radica el fenómeno?, ¿qué la produce?, ¿quién es el que muere?

¿Cuál puede ser el significado de la muerte?

Según el concepto que dotemos a la vida, adquirirá la muerte un significado u otro. Puede ser percibida como nacer en otra realidad, despojada de un cuerpo que la aprisiona o *como el final* de una etapa tras la cual no hay nada, la nada más absoluta.

Estos conceptos de muerte son parte de los planteamientos que el hombre adopta ante la muerte. Pero hay que tener en cuenta que estos conceptos adquirirán matices diferentes al ser asimilados por cada individuo de forma diferente.

¿Dónde Radica la Muerte?

Si consideramos que el hombre es un ser bio-psico-social, la muerte igualmente debe de ser considerada como ubicada en cada una de esas dimensiones (Thomas, 1991):

- ***Muerte física***, entendido como un conjunto de órganos y sistemas integrados y en equilibrio y que termina con la aparición del cadáver.
- ***Muerte psicológica***, va paralela a la muerte física y social. El enfermo terminal va muriendo poco a poco y va despidiéndose de su mundo, de sus ilusiones y esperanzas. También aumentan los miedos al más allá, al sufrimiento de los últimos días, a lo que pasará con sus seres queridos, al olvido. Aunque se hace necesario resaltar, que este proceso de morir, es experimentado por los familiares y/o cuidadores que están día a día con el enfermo en el final de su vida. La muerte psicológica profundizará en la esfera del familiar que a través del duelo acabará aceptando que todos morimos un poco con la pérdida del ser querido. Habría que ser conscientes que cuidar al cuidador es una labor muy importante y necesaria ya que es clave para facilitar el buen morir del enfermo al final de la vida (Colell y Limonero, 2003).
- ***Muerte social***, llega cuando desaparece el reconocimiento social de persona, ya sea por pasar a ser tratado como si ya hubiera muerto, como un número, como un ser sin capacidad de decisión propia, como alguien que, al estar sólo físicamente presente y activo, pasa a la categoría de objeto. Aunque no siempre son los otros los

que deciden la muerte social de algunos de sus miembros, sino que a veces es el propio individuo el que determina su propia muerte social al considerar que ha dejado de ejercer un papel en la misma y que ya no forma parte de su comunidad, o cuando se retira por unos u otros motivos, de la vida social.

¿Quién es el que Muere?

Como señalan Kastenbaum y Aisenberg (1976), se distinguen dos perspectivas que resultan determinantes a la hora de conceptualizar la muerte; según se plantee *la muerte del prójimo o la muerte propia*, constatando que el hombre asimila antes la idea de la muerte ajena que la propia, ya que esta última supone extrapolar hechos o sucesos de los que no hemos tenido experiencias.

Es esta incapacidad para percibir nuestra propia muerte la que lleva a algunos autores (Rojas, 1984) a afirmar que el hombre concibe la muerte como inevitable, pero irreal (ya que es algo que percibimos en el otro, pero que en relación a cada uno no tiene realidad).

Podemos pensar que la manera de entender y conceptualizar la muerte es diferente para cada persona. Habrá diferencias según se plantee como un fenómeno existencial (el fin), que la imagine como algo natural (la terminación de un ciclo) que la piense como muerte de los demás o que sea planteada como un fenómeno personal, como muerte propia, como la pérdida de todo lo que se es. Estos planteamientos y conceptos no son permanentes ni inmutables ni siquiera para cada ser humano, ya que en cada momento se mueve con uno de ellos saltando inconscientemente a otro cuando el primero le resulta angustiante o molesto (Blanco-Picabia, 1992).

1.2. Concepción de la Muerte en diferentes culturas.

Para este apartado se va a utilizar como fuente principal el trabajo de Enza Scalilici que trabajó en este tema debido a su experiencia cercana con la muerte y la influencia que tuvo en su vida. La muerte, vista como una figura terrorífica, la llevó a investigar las visiones culturales y transpersonales sobre este tema. Scalici, E. (2013).

En Occidente

En las sociedades occidentales, la muerte se percibe como un enemigo. Provoca tanto temor que evitamos mencionarla directamente y recurrimos a una serie de eufemismos para referirnos a ella.

Este miedo se considera normal y necesario, sin comprender que la negación autodestructiva es más perjudicial que la muerte física.

En las librerías abundan los libros sobre embarazos, nacimientos y partos, todo relacionado con el inicio de la vida. Pero, ¿qué sucede con el final?

En la cultura occidental, la muerte es un tema tabú, como si el hecho de nacer nos eximiera de enfrentarla. Por otro lado, desde la perspectiva oriental, la muerte no existe debido a la creencia en la reencarnación; solo hay vida con diversas etapas y modalidades, una de las cuales los ignorantes llaman “muerte”, ya que nada muere, solo es el fin de la vida terrenal.

La religión católica ofrece la promesa de una vida eterna en el más allá. Para los cristianos, el sentido de la vida y la muerte radica en Cristo: Si morimos con Cristo, morimos como ofrenda y obtenemos una Nueva Vida. Participamos de ella. Si tienes fe en Cristo, él estará contigo en esta realidad que es la muerte.

Resulta paradójico que, en una cultura occidental, arraigada en la tradición judeocristiana que promete una vida mejor después de la muerte, esta genere un tabú tan marcado y tantas preocupaciones. Sin embargo, ¿es sorprendente si las creencias religiosas nos presentan imágenes de resurrección de los cuerpos en un cielo concebido como un paraíso eterno, o en su opuesto, un infierno también eterno? Parece más bien que la religión católica alimenta el miedo al presentar la muerte como algo definitivo. Al sobrevivir, el ser humano recibiría un premio o un castigo, dependiendo de sus acciones.

En el Tíbet

Los tibetanos tienen una actitud única hacia la muerte y la agonía, la cual es vista con respeto y veneración en su cultura. La muerte se considera un estímulo para el desarrollo personal, y se enfatiza a lo largo de la vida, especialmente en el momento de la muerte. La filosofía budista, que es fundamental en la vida tibetana, resalta la naturaleza transitoria y cambiante del universo. La muerte se utiliza como un elemento psicológico esencial para comprender la transitoriedad de la vida, en lugar de ser vista como un enemigo a evitar. El “Libro tibetano de los muertos” (Bardo Thodol es su libro original), es una guía para acompañar a los moribundos en el proceso de transición entre la vida y el renacimiento, ayudándolos a no distraerse con recuerdos y a aceptar la muerte de manera adecuada.

En la cultura oriental, se considera que el arte de morir es tan importante como el arte de vivir, y que el destino del alma en el más allá depende en gran medida de cómo se afronta la muerte. Por otro lado, en occidente se tiende a posponer la muerte y a evitar hablar de ella, lo cual puede tener consecuencias negativas según la filosofía tibetana.

En el islam

Los islámicos acogen la muerte con alegría, pues “descarga al hombre de los agobios de la vida mundana, que es una mazmorra turbulenta, sofocante y estrecha de espacio y gradualmente se hace dura por la vejez y las aflicciones, y lo admite en el círculo infinitamente ancho de la misericordia del Eterno y Amado, en donde puede disfrutar la compañía de sus seres queridos y el consuelo de una vida feliz y eterna.

El islam es la única religión que explica los pasos a seguir antes, durante y después de la muerte de un familiar, pautas marcadas en el Corán. Desde antes de la llegada de la muerte hasta el entierro, se conforma toda una ceremonia del adiós para esta importante etapa de la vida. Sin duda, lo que más llama la atención son las tiendas multicolores (llamadas **sahder** o en plural shawader) que se montan en la calle, a las puertas del hogar del fallecido. Dentro de ellas se lleva a cabo una oración por el difunto en la que, generalmente, sólo los hombres pueden participar, puesto que en estas oportunidades las mujeres suelen quedarse dentro de casa. El rezo, llamado salat-I-janazah, está dirigido por un Imam. Tras el salat, solo los hombres acuden al cementerio en un cortejo fúnebre para

proceder al entierro (nunca hay cremación). La palabra “makabra” que a todos nos ha de sonar a macabro, significa eso: cementerio, en árabe.

En el budismo

El budismo nos ve reflejados en el contexto del macrocosmos. Los seres humanos han existido siempre de alguna manera, siguiendo ciclos interminables de nacimiento y muerte, decadencia y renovación que lo rige todo.

La filosofía budista se anticipa a casi tres mil años las leyes de la conservación de la energía y la materia, que sostienen que ni la energía ni la materia mueren nunca, sino que cambian de forma.

Todas las cosas que se expresan físicamente en la vida permanecen en un estado de latencia tras su extinción o muerte.

La flor del cerezo no es visible en invierno, pero está ahí, aletargada, esperando a florecer cuando se den las condiciones necesarias (primavera). Lo mismo ocurre con nuestras vidas. Según la visión budista, la vida es eterna, atraviesa sucesivas encarnaciones, la muerte no se considera tanto el cese de una existencia como el principio de una nueva.

Para los budistas el fenómeno de la transmigración es obvio, así que la muerte es necesaria. Al morirnos, apreciamos la maravilla de la vida. Para hablar del modo ideal de morir habría que hablar del modo ideal de vivir. Atravesar de modo satisfactorio el proceso de la muerte, depende de los constantes sacrificios que se hacen durante la vida para acumular buenas obras, para contribuir a la felicidad del prójimo, y para fortalecer la base de bondad y la humanidad de forma profunda en nuestras vidas. El budismo mantiene que quienes vivan con sinceridad se acercarán a la muerte en un estado de satisfacción.

En el hinduismo

Lo que preocupa al hindú no es la muerte, para éste, ella no es el enemigo. Desde su llegada a este mundo, la muerte para él tiene otro sentido. Va a renacer en otro lugar y lo crucial es romper la cadena de los renacimientos. Siempre ha pertenecido a la eternidad.

Él es existencia terrestre y considera su existencia como social, “histórica” como negación del ser, y su objetivo es renunciar a ella. Su existencia es para él ausencia de realidad y no afirmación de lo que es y deviene.

En la religión del hinduismo, la muerte es la conexión del alma individual con el alma Universal, por ello se piensa que al morir se pasa no a otra vida como la que conocemos en la tierra, sino a otra forma de existencia, esencialmente espiritual y desconocida, una forma distinta de existencia basada en la unión con el “Absoluto” o principio Supremo. (Rig Veda, Los Upanishads).

En el hinduismo se cree que cada persona vive muchas vidas a lo largo de su existencia. A este ciclo constante y eterno de reencarnaciones se le llama “**Samsara**”. Cuando alguien muere, su alma vuelve a nacer y se reencarna en otro cuerpo. Lo que le pasa en cada vida es producto de vidas anteriores. Podemos decir que creen que uno se reencarnará en un cuerpo bueno si en su vida anterior se ha comportado según su deber en la vida o “*dharma*”. Si ha cometido buenas acciones, se reencarnará en una forma de vida superior. Lo que uno hace bien, le hace bueno, y lo que hace mal, le hace malo. Entonces puede reencarnarse en una persona de casta superior si ha sido bueno, y si ha sido malo en otra inferior o incluso en un animal. El objetivo final de estas prácticas de la religión hindú es el perfeccionarse hasta poder salir del ciclo de reencarnaciones, esta liberación se llama “**Moksa**”.

En oriente, se tiene una visión positiva de la muerte por su creencia en la reencarnación. En muchas de las culturas ya extinguidas y existentes, esa misma creencia ayuda a aceptar la partida de un ser querido, por ello la muerte no es vista como un espectro, sino como el comienzo de un nuevo estado”.

En Tribus Africanas

En todo el continente africano se hallan gran cantidad de tribus que creen en la reencarnación de alguna forma u otra. Entre todas ellas, los zulúes mantienen uno de los credos más avanzados. Según su creencia, dentro del cuerpo humano habita un alma, y dentro de esta alma se encuentra una chispa del espíritu universal divino, conocido como Tongo.

En África es el totemismo, la forma religiosa más antigua la cual prevalece, en todos los pueblos africanos, ya sea de forma pura o mistificada

El totemismo ha originado la adoración de los antepasados, la cual está vinculada desde tiempos remotos a la adoración de los muertos o manismo. Los difuntos continúan viviendo en la mente de todos los pueblos africanos, ya sea como ánimas o espíritus capaces de moverse sin cuerpo, o bien deben dejar de existir. Los vivos precisan de la ayuda de sus ancestros, quienes poseen poderes sobrenaturales.

Para los creyentes, la adoración de los antepasados significa mantener los lazos entre estos dos grupos del clan: los vivos y los muertos. Romper estos vínculos amenaza con la destrucción de los vivos y de la comunidad en general.

A diferencia de los hindúes y budistas, los africanos consideran la vida como algo feliz y la reencarnación como un buen destino.

La forma religiosa africana más arcaica es el totemismo, que prevalece, de forma pura o mistificada en todos los pueblos de África.

Para el creyente, la adoración de los antepasados significa mantener los nexos entre estos dos grupos del clan: los vivos y los muertos; romper estos lazos es amenazar con la destrucción a los vivos y a la comunidad en general.

En Tribus de Oceanía

Asimismo, en las vastas extensiones de Oceanía (las islas del Pacífico, Indonesia, Micronesia, melanesia), la creencia en la trasmigración de las almas humanas hacia el mundo animal se halla tan extendida y es tan variada como lo son sus pueblos y su geografía.

Los miembros de cada una de las tribus de los clanes septentrionales de Australia central, piensan que los individuos vivos, son reencarnaciones de los antepasados muertos, por ello el fallecimiento de un ser querido no representa un desconsuelo.

Otras Tribus de Interés

Hubo varios pueblos o tribus en América del Norte que compartieron estas creencias, aunque parece que sólo en el noroeste se desarrolló una teología coherente.

Para los indios *tingit* del sudeste de Alaska, la muerte de alguien que pertenezca al clan es causa de fiesta, ya que piensan que el alma se reencarna en alguien con un nuevo cuerpo de sus parientes. Además, acostumbran a incinerar a sus muertos, alegrándose por su partida, ya que renacerá en un cuerpo joven y sano.

Los indios de Nuevo México creían que un bebé moribundo volvería, y si su cuerpo era enterrado bajo el suelo de su hogar, el alma encontraría a su misma familia.

En los pueblos precolombinos de América, la muerte constituía un evento muy ritualizado, lo que conllevaba diversas ceremonias acompañadas de ofrendas, alimentos y elementos útiles para el largo camino que comenzaba tras la muerte. Entre los mayas, el tipo de entierro variaba según la clase y categoría del difunto.

Las personas de a pie, eran enterradas en la parte baja del piso de la casa, mientras que los más distinguidos se incineraban y a lo alto de sus tumbas se construían templos funerarios.

Los aztecas, quienes creían en la existencia de paraísos e infiernos, preparaban a los difuntos para un largo y desafiante camino. Debían luchar para poder llegar al final y ofrecer obsequios y regalos al señor de los muertos, quien decidía su destino final.

Al menos algunas docenas de tribus de América del Norte mantuvieron estas creencias, aunque según autores sólo se formuló una teología coherente en el noroeste del continente.

La Muerte para los Romanos

Para los romanos, la muerte no significaba el final de todo, pues los difuntos seguían en el más allá su vida exactamente igual que antes de morir. Se creía que su actividad vital continuaba en cierta manera y por tanto había que abastecerlo de las cosas que necesitara. Un cazador querría tener su lanza, un agricultor sus aperos, y una mujer su huso. Si el muerto era inhumado, sus objetos personales eran enterrados con él; si era incinerado, se quemaban también con él. Las tumbas se situaban a orillas de las calzadas o caminos para que gozaran de la compañía de los pasantes.

La Muerte en la cultura egipcia

La religión era un aspecto esencial en la vida de los egipcios, y su importancia se extendía incluso después de la muerte. Por esta razón, se rendía un culto muy especial y fervoroso a los difuntos. Este pueblo creía firmemente que, después de morir, el alma del hombre solo viviría feliz si se le daba un tratamiento especial al cadáver para preservarlo de la descomposición. Así fue como perfeccionaron el proceso de embalsamamiento, mediante el cual convertían los cuerpos en momias que luego eran colocadas en sarcófagos. En la tumba se depositaban diversos objetos que se creía que el difunto podría necesitar o extrañar en la otra vida, incluyendo aves y gatos, entre otros animales, que también eran embalsamados para acompañar a los hombres en su viaje al más allá. Scalici, E. (2013).

Autora: La Muerte en diferentes culturas Enza Scalilici Scribd

1.3. Filosofía Sobre la Muerte.

El ser consciente de su propia finitud convierte al hombre en tal, es la esencia del ser humano y lo que le distingue del resto de los seres vivos. Del pensar acerca de esta esencialidad del hombre, del ser y del no ser, se ha dedicado siempre la madre de todas las ciencias, la Filosofía, incluida la joven Psicología. “La filosofía requiere al igual de la muerte como las religiones, filosofamos porque sabemos que moriremos, Monsieur de Montaigne, mencionó que filosofar es aprender a morir” (Saramago, 2005). A los primeros filósofos presocráticos ya les inquietaba las grandes cuestiones del hombre, ¿quién soy?, ¿de dónde vengo?, ¿hacia dónde voy? Se han presentado distintas ópticas de hombres considerados filósofos a lo largo de la historia, intentando dar respuestas de cómo ha sido entendida la muerte a lo largo de nuestra trayectoria como seres humanos:

Epicuro, griego nacido en Samos, en el siglo III antes de Cristo, planteó la ataraxia (donde lo moralmente bueno consistía en el placer, alejando el sufrimiento al igual que eliminando las perturbaciones en el alma) como una actitud hacia el pensamiento, piensa que “La muerte no es nada para nosotros, porque mientras vivimos, no existe la muerte, y cuando la muerte existe, ya no somos”. Se entiende que nos otorga una especie de solución evasiva en donde la muerte si bien merece lugar para pensarse, tiene poco sentido práctico. Las personas a menudo huyen de la muerte como el mal mayor y otras veces la ansía como descanso de las miserias de la vida. El sabio, por el contrario, ni rehúsa la vida ni le teme a la muerte pues ni el vivir es para él una carga ni considera que es un mal no vivir. (Pedrero-García 2012).

Sócrates, ateniense, el sabio es aquel que conoce por el afán de conocer, el amor al saber por el saber. Es por ello por lo que afirma que “Temer a la muerte no es otra cosa que creer ser sabio sin serlo, pues es creer saber lo que no se sabe”. La filosofía entonces nos prepara para la muerte debido a que nos hace más conscientes acerca de nuestra propia vida, tener una conciencia acerca de los límites puede ser un punto de reflexión para la búsqueda de la verdad y el bien, para la “riqueza del alma” (Pedrero-García 2012).

“*Aristóteles*, macedonio, el tema de la muerte surge en él lleno de una racionalidad ética, donde “se trata de saber cómo vivir una vida sabiéndola temporal, pero con sentido”. La metafísica plantea la existencia de Dios dotándola de fundamento para un orden

universal, pero la muerte no puede ser entendida en un solo sentido, como en las matemáticas” (Pedrero-García 2012).

Agustín, nacido en Argelia padre de la iglesia católica, filósofo del cristianismo, autor de “*Las Confesiones*” (en donde desarrolla su conversión a la fe y trata del problema del sentido de la vida), en cuyo uno de sus libros, deja ver claramente los presupuestos teológicos y la reflexión metafísica en torno al tiempo y ser del hombre, quien vive a la deriva ontológica, rodeado de la multiplicidad, el tiempo y la pérdida constante de su ser, hasta el momento de su muerte. Agustín nos dice que el refugio en la vida religiosa es prestar atención a una verdad revelada supra temporal que es Dios, y llegamos a él gracias a la fe y razón en su conjunto (Pedrero-García (2012).

Martin Heidegger, alemán, uno de los más notables filósofos del siglo XX, con su ser-para-la-muerte (sein-zum-tode) nos remite a uno de los rasgos característicos del dasein (ser-allí) que es el hombre entendido en tanto es un “poder-ser”, un ser especial por el saber que posee, por la cautela que tiene por su existencia, que se desenvuelve en el mundo a partir de sus propias decisiones. El hombre produce un sentido de su existencia, lo comprende y se revela en el mundo. La muerte, en tanto es una posibilidad para el dasein, para el ser del hombre que está arrojado en el mundo, representa la única posibilidad que niega a todas las demás posibilidades, y tiene una carga imposible de evitar. El entender a la muerte como una probabilidad le da sentido a nuestra vida, pues nos hace ver el valor de ésta en nosotros. El conocer no sólo a nosotros, sino a lo que nos pueda venir, permite poder comprender a otros y convivir con ellos, considerarlos, ser humanos (Pedrero-García 2012).

1.4 Estudios Científicos sobre la Muerte.

Desde el siglo XVII, el pensamiento filosófico occidental cambió su enfoque desde el campo teológico hacia el campo científico, dando un nuevo énfasis a la ciencia cambiando la orientación espiritual del individuo sobre sí mismo (Toynbee, 1968). Una consecuencia de este cambio tan radical fue un empobrecimiento de las creencias espirituales profundas, sostén filosófico y religioso que ayudaba al hombre a trascender su muerte personal.

La muerte alcanzó una repugnancia cultural que siguió hasta la Segunda Guerra Mundial, cuando el positivismo lógico empezó a ser derrotado bajo las influencias humanísticas y existencialistas que empezaron a florecer en Europa después de la guerra. Después de dos décadas se implantaron cursos y talleres sobre la muerte y el proceso de morir en algunas universidades y escuelas profesionales europeas y norteamericanas.

La primera obra conocida fue el libro colectivo editado por H. Feifel (a quien se le atribuye los estudios pioneros de la muerte en el campo psicológico), en 1959, *The meaning of Death*. Diez años después, *The Dying Patient*, contenía una bibliografía de trescientos cuarenta títulos posteriores a 1955. El volumen de esa obra da una idea del movimiento que impregnaba al pequeño mundo de las ciencias humanas y que terminaba por alcanzar la fortaleza médica y hospitalaria. Una mujer, de la que nos extenderemos más adelante en sus trabajos sobre la nueva Tanatología, destacó y tuvo un papel esencial, porque era médico psiquiatra y supo destacarse: Elizabeth Kubler Ross, cuyo libro *On Death and Dying*, publicado en 1968, asombró a Estados Unidos y a Inglaterra. De igual forma, Neymeyer et al., (2003) reconocen que sólo hasta mediados de 1960 el volumen demanda relativos al tópico de la muerte empezó a incrementar y, no obstante, una “explosión de publicaciones” en esta literatura sólo tuvo lugar hasta mediados de 1970, acompañado por el desarrollo del primer gran conjunto de instrumentos.

Otros autores académicos como Kastenbaum y Costa (1977), comenzaron a hacer publicaciones sobre el tema de la muerte. Hoy en día existen revistas profesionales como *Omega*, *Death Studies* y el *Journal of Thanatology*, y varias asociaciones dedicadas específicamente a este tema.

1.5 Ciencias de la Muerte.

Tanatología y Logoterapia son disciplinas que se complementan y que se ocupan de ayudar a las personas a encontrar sentido a sus vidas y a la muerte igualmente.

1.5.1 Concepto Tanatología

La palabra “*tanatos*” tiene su origen en el griego. Thanatos, nombre que en la mitología griega se le daba a la diosa de la muerte, descendiente de la noche, denominada Eufrone o Eubolia, que significa “madre del buen consejo”.

Thanatos (la muerte) es reconocida con una guadaña, una anfora y una mariposa. La guadaña indica a los hombres, cegados en masa como las flores y las yerbas efímeras, el ánfora se utiliza para introducir las cenizas, y la mariposa que vuela es símbolo de esperanza en otra vida.

Logos, procede del griego, tiene varios significados: palabra, razón, estudio, acuerdo, discurso, sentido, etcétera. La gran mayoría de los filósofos griegos le daban la acepción de sentido, pero el que haya prevalecido como estudio, tratado u otro, se debe a errores de interpretación del transcurso del tiempo.

Para efectos de esta investigación, retomaremos para el vocablo logos el significado de sentido. De ahí que la Tanatología pueda definirse etimológicamente como “la ciencia encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte”.

Fundamentos Históricos

El concepto Tanatología, “*La ciencia de la muerte*”, fue sellado en 1901 por el médico ruso Elías Metchnikoff, el que en el año de 1908 recibiera el Premio Nobel de Medicina gracias a sus trabajos que culminaron en la teoría de la fagocitosis. En aquella época, la Tanatología fue percibida como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista médico legal.

En 1930, se producen grandes avances en medicina y empezó un período que reclinó la muerte a los hospitales, esto comenzó a generalizarse a partir de 1950. Así, el cuidado de los enfermos en fase terminal pasó del hogar a las instituciones hospitalarias, de modo

que la sociedad de la época empezó a “esconder” a la muerte intentando quitarle visibilidad, en un intento de no recordar los horrores de la Segunda Guerra Mundial.

En la década de 1960, comienzan a realizarse estudios fiables (sobre todo en Inglaterra) donde se encontró que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio reducido a sólo el 25% cuando se daba en hospitales. Durante esa época se intentó hacer creer a todos que la muerte era un hecho menor, ya que al ocultarla se perdía su sentido trágico y llegaba a ser un algo normalizado, ordinario, tecnificado, de tal manera que fue relegada y se le consideró insignificante, de poco interés.

A mediados del siglo XX los médicos psiquiatras Eissler (en su obra *El Psiquiatra y el paciente moribundo*), y Elizabeth Kübler-Ross (en su libro *Sobre la muerte y los moribundos*) dieron a la Tanatología otro enfoque que ha prevalecido en la actualidad.

Orígenes de la Tanatología

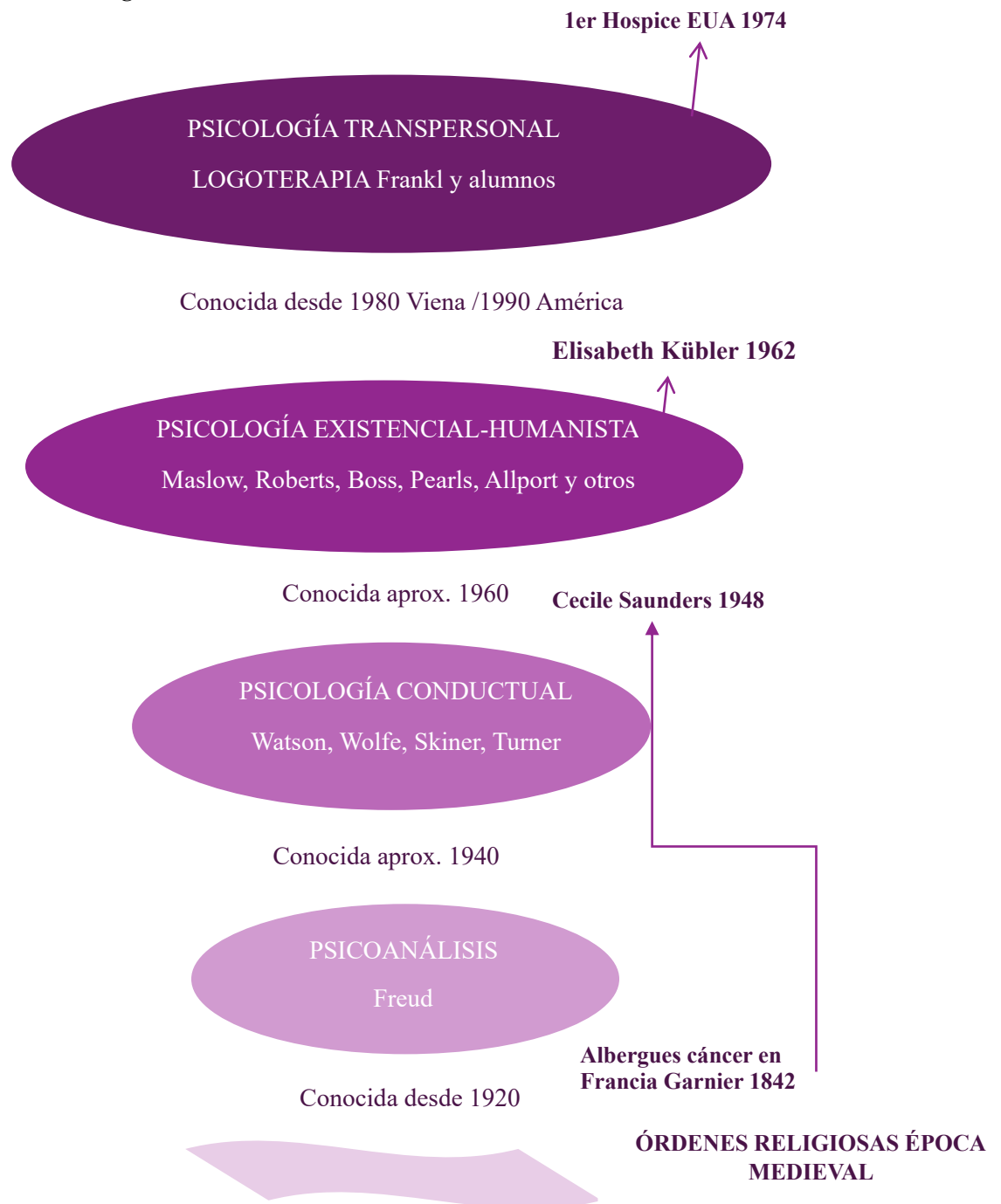
Tenemos que mirar a través de la historia para entender las raíces de la Tanatología. Ya desde la época medieval, las órdenes religiosas fueron las que procuraban consuelo y cuidados a los enfermos graves en sus monasterios. Con el paso del tiempo se fueron creando los primeros Hospicios donde se acogía a enfermos graves. En el siglo XIX se formaron los primeros albergues en Francia para pacientes de cáncer.

- Época Medieval. Las órdenes religiosas eran las que cuidaban a los enfermos graves.
- Siglo XVI. Se crean los primeros Hospicios.
- Siglo XIX. 1842 Jeannie Garnier propicia los primeros albergues en Francia, para pacientes de cáncer.
- Siglo XX. Se forman los primeros Hospices en Inglaterra.
- 1948 Saint Thomas Hospital, Saint Joseph Hospice, Cicely Saunders.
- 1967 Saint Christopher Hospice. En 1974 creación del Primer Hospice en Estados Unidos.

Tenemos que subrayar que el desarrollo de la Psicología fue evolucionando a través de sus grandes escuelas (Psicoanálisis, Conductual, Existencial-Humanista y Transpersonal) a la vez que la Tanatología fue anexionando conocimientos, formando la conjunción de Tanatología y Logoterapia (Víctor Frankl).

Figura 1

Origen de la Tanatología



Fuente: Elaboración propia, a partir de las aportaciones de la Revista Digital Universitaria. DGSCA-
<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/.htm>

1.5.2 El Nacimiento de la Nueva Tanatología

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross observó las peculiaridades emocionales que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte, por lo que describe a la Tanatología moderna como “una instancia de atención a los moribundos”; por ello, es considerada la creadora de esta nueva ciencia. Con su trabajo, la Dra. hace sentir a los moribundos que son personas útiles y valiosas para la sociedad, y para tal fin creó clínicas y asilos cuyo emblema es “ayudar a los pacientes en fase terminal a vivir plenamente, sin dolor y respetando sus exigencias éticas”.

Las variantes clásicas de la tanatología se ocupan de los difuntos, del cadáver. La nueva Tanatología que nació hace más de tres décadas, se ocupa de las personas: cuidados de los pacientes terminales, sus familias y allegados.

Dos profesionales que son claves en este surgimiento: Doctora Elizabeth Kübler Ross y la Doctora Cicely Saunders.

Se conoce por “hospice” el movimiento desarrollado en 1967 por la Dra. Cicely Saunders, enfermera, en Inglaterra. Este movimiento defiende que la persona que en fase terminal puede y debe ser asistida para aliviar el dolor y otros síntomas físicos y psíquicos provocados por la enfermedad. Los hospices, representan algo más que un lugar físico en donde una persona va a morir con dignidad; es también una actitud frente al paciente y su familia y que siempre toma en cuenta:

- 1.- El control del dolor y de otros síntomas que surjan.
- 2.- La persona con enfermedad terminal es una persona, no algo que puede manipularse, por lo tanto, es ella la que participa activamente, junto con el equipo multidisciplinar de Tanatología que lo protege en las decisiones fundamentales, como seguir o no de un determinado tratamiento o el lugar donde recibirlo.
- 3.- El paciente tiene el derecho a saber su estado de salud y los tratamientos paliativos que le administren. Esto no quiere decir que se le agobie con información no requerida, sino que un equipo sensible establece una buena comunicación con el paciente y su familia contestando lo que el enfermo pregunta, y dicho de una forma

honesta, pero teniendo en cuenta hasta donde esa persona puede tolerar esa información.

4.- El apoyo a la familia es clave para poder ayudar a la persona en fase terminal. Cada uno de los miembros de la familia percibe de forma diferente, de acuerdo a su personalidad, a la historia personal y a los vínculos con el enfermo. Unos intentarán sobreprotegerlo y así lo aíslan o agobian con atenciones no demandadas; otros desaparecen con distintas justificaciones. Se hacen a veces más evidentes los sentimientos negativos (rivalidad, rencores, por ejemplo).

5.- El equipo colabora en los procesos de desolación y duelo, localizando los casos de duelos patológicos.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross comenzó su trabajo en Tanatología haciendo una investigación sobre la muerte con un equipo de trabajo con cuatro seminaristas. Es posible que quisiera acercarse a los pacientes terminales, documentarse nada sobre la materia; más bien quería observar y aprender de ellos directamente. Ella hablaba con el enfermo mientras el equipo se colocaba alrededor de la cama observándola y tomando notas.

Su investigación se basó principalmente en:

- No tener ideas preconcebidas.
- Estar en una actitud de mente abierta.
- Llegar a un darse cuenta personal.
- Sensibilizarse a las necesidades de los enfermos terminales y sus familiares o personas que los rodearan.
- Realzar la percepción para aprender.

Esta labor con los seminaristas evolucionó con el tiempo en seminarios interdisciplinarios sobre la muerte y los moribundos, en los que realizaba su labor con el personal de una clínica hospitalaria en Chicago: curas, enfermeras, voluntarios, médicos y algunos conocidos que tenían relación con los enfermos. Cuando los grupos fueron siendo más abundantes, acondicionaron un cuarto exclusivo para llevar a cabo las entrevistas, de manera que el grupo de estudiantes pudieran analizar desde el cuarto de al lado. Esto, con el consentimiento del paciente. Después de la entrevista se procedía a una discusión. Su

gran experiencia práctica la llevó a concluir que las observaciones y las posteriores discusiones daban los siguientes resultados:

- Los seminaristas se hacían conscientes de la necesidad de considerar la muerte como algo real, no sólo para los demás, sino también para ellos mismos.
- Fue la forma como pudieron desensibilizarse, lo cual sucedía lenta y dolorosamente. Señalar que algún estudiante que se presentaba a observar una entrevista por vez primera, se saliera antes de que terminase. Además, también sucedió que se dieron explosiones de rabia o coraje contra otros compañeros o contra quien llevaba a cabo la entrevista.
- Pudieron manejar conflictos durante la discusión, tales como el identificarse con el enfermo por cuestiones de edad, por ejemplo.
- Conforme los integrantes del grupo se conocían más y veían que ningún tema era tabú, las discusiones se convirtieron en una especie de terapia de grupo, en las que se lograba hacer conciencia, confrontar y apoyar.

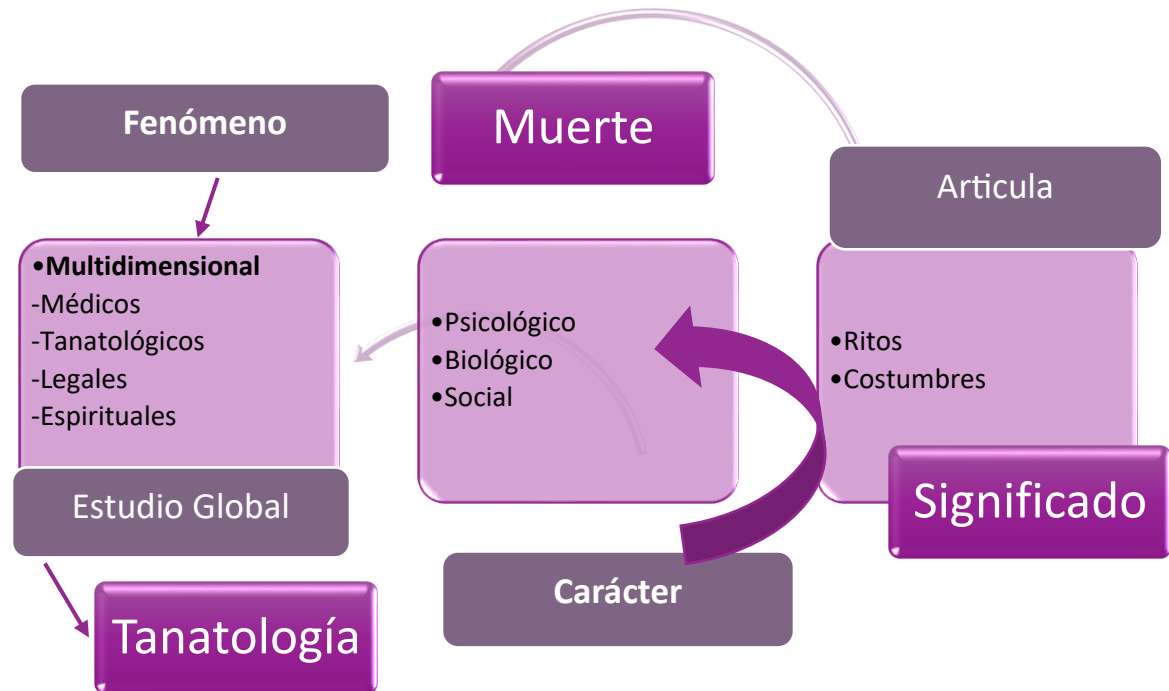
Disciplina Multidisciplinar

La labor con los enfermos terminales es una intervención multidisciplinaria, ya que son varias las áreas que necesitan apoyo:

- **Médicos.** Cuya función es dar al paciente aquellos cuidados paliativos que le permitan permanecer con el mínimo dolor y sufrimiento. (Cuidados Paliativos).
- **Tanatológicos.** Colaborando con al paciente en el aspecto emocional. También dando el máximo apoyo a sus familiares y allegados.
- **Legales.** Para que el enfermo pueda dejar resueltos cualquier asunto relacionado con la legalidad.
- **Espirituales.** Que puede incluir no solamente el aspecto religioso, sino también el aspecto espiritual del sentido de la vida, del sufrimiento o de la muerte y su trascendencia.

Figura 2

Cuadro sinóptico de lo que abarca la Tanatología



Fuente: *Elaboración propia a partir de los conceptos descritos*

*Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto
como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro.*

Elizabeth Kübler- Ross

1.5.3 Logoterapia

La tercera escuela Viena de Psicoterapia se conoce como Logoterapia, desarrollada por Victor E. Frankl, contemplada como un sistema psicoterapéutico que hace alusión directa al logos, como canal específico de acercamiento a los padecimientos humanos. La Logoterapia es un sistema psicoterapéutico pretende aportar algo elemental: que los momentos duros de la vida, los sufrimientos mentales, el padecimiento y el desarrollo humano no pueden verse únicamente en la perspectiva somática y psicológica porque el ser humano se constituye en su auténtica humanidad cuando se hace presente la dimensión existencial-espiritual acomodada en la libertad y la responsabilidad ante la propia existencia.

“Logoterapia”, nace del griego y tiene sentidos diferentes. El sentido que le da Frankl a este término es doble: “sentido” y “espíritu”. Cuando Frankl toma el término logos como sentido y como espíritu se refiere, por un lado, a la necesidad de descubrir y satisfacer la necesidad profundamente humana de vivir una vida con sentido y, además una vida con sentido es el resultado de experiencias con sentido para el ser humano. La Logoterapia no es en ningún sentido el relevo de la psicoterapia sino la complementación de la misma, porque contribuye con algo, como es la dimensión existencial-espiritual para completar un gran vacío antropológico, y esta contribución de la logoterapia se efectúa a través del prisma antropológico del Análisis Existencial, que es el robusto fundamento filosófico en el que se apoya la práctica de la logoterapia. La Logoterapia introduce en la medicina, la psiquiatría, la psicología y psicoterapia como también el desarrollo humano y aún en la misma pedagogía, la imagen del ser humano tomado en su unidad y en su totalidad antropológica, porque manifiesta la unidad de sus dimensiones somática, psicológica, y existencia-espiritual y es precisamente en esa dimensión existencial-espiritual donde brilla la auténtica humanidad, es ahí donde el ser humano es capaz de sumergirse ante su situación personal histórica concreta. Es ahí donde el ser humano se ve a sí mismo, si quiere aceptar el sentirse como un ser decisivo ante su aquí y ahora. La Logoterapia plantea permitir que el ser humano vaya por sus actitudes libres, más allá del modelo médico y más allá de toda actitud pasiva para convertirse en la figura de la búsqueda del sentido de su existencia, en las circunstancias precisas que está viviendo. Y esta búsqueda se consigue con la asistencia iluminadora de un método de aproximación y comprensión de la vida humana que es el Análisis Existencial. La Logoterapia en cuanto sistema psicoterapéutico y Análisis

Existencial, con método antropológico, se mantiene en el marco de una fenomenología en el más puro sentido de la palabra. La Logoterapia como sistema científico que es, además de sus fundamentos antropológicos filosóficos, contempla el valor de lo religioso, proclama la naturaleza espiritual del ser humano y la aceptabilidad de los valores espirituales. La Logoterapia pretende ir más allá de que se sea creyente o no, porque los principios analíticos existenciales de la Logoterapia indican la presencia del inconsciente espiritual.

Logoterapia y Análisis Existencial

El Análisis Existencial pretende que la psicoterapia incluya en sus métodos a la existencia espiritual, en tanto que la misión de la Logoterapia es introducir la dimensión espiritual en la psicoterapia. Cuando apuntamos a la Logoterapia como psicoterapia enfocada desde lo espiritual, damos cuenta de la presencia de dos elementos fundamentales:

- 1.- Logoterapia como terapéutica a partir de lo espiritual.
- 2.- Análisis Existencial, como análisis dirigido a lo espiritual.

La Logoterapia nace de la dimensión existencial espiritual y del mundo objetivo del sentido y los valores y además los utiliza con actitud psicoterapéutica.

El Análisis Existencial muestra la comparecencia del logos en el sentido de lo adecuado en cada situación, además también despierta y evoca la capacidad del ser humano para poder ser siempre de diferente. El Análisis Existencial como componente de la psicoterapia dirigida a partir de lo espiritual a Logoterapia, es una dirección y no una instrucción para la investigación. Si la dirección dice que puede evolucionar y que puede realizar su labor a la par con otras doctrinas. Para que el Análisis Existencial realice su función, éste no se opone a la práctica de un honesto eclecticismo psicoterapéutico. El eclecticismo que permite la Logoterapia reposa en la experiencia de la práctica psicoterapéutica que expresa lo que sigue a continuación, según Frankl “El proceso psicoterapéutico es análogo a una fórmula con dos incógnitas. Los enigmas son la personalidad del terapeuta y la singularidad de cada paciente”. El Análisis Existencial encauza el esfuerzo del ser humano que busca el sentido (el sentido de su existencia que incluye el del sufrimiento). Para el Análisis Existencial están en vanguardia de visión y de atención la orientación hacia el sentido y el anhelo a los valores que tiene la persona que es libre y, en consecuencia, causante de su libertad.

El Análisis Existencial también tiene un aspecto de acusación, pues lo que muchas veces se pasa por alto es la honestidad de la persona. Hablar de la honestidad o dignidad, es referirse a lo más particular del ser humano. La dignidad humana, honestidad, es un valor en sí mismo. Para así pues no asumir el riesgo de caer en el grave desconcierto entre el valor social o de utilidad de una persona y su dignidad personal. El Análisis Existencial no puede imaginarse aparte de la totalidad en unidad del ser humano, cuyas notas elementales son la libertad, la responsabilidad ante los cuales se verá enfrentado frecuentemente con mucho sufrimiento.

El Inconsciente Espiritual

En la inspección del concepto inconsciente nos vemos obligados a ensanchar sus márgenes ya que no existe sólo un inconsciente instintivo, sino además un inconsciente espiritual. Así, el concepto “inconsciente” debe distinguirse en un instinto inconsciente y una espiritualidad inconsciente. La logoterapia como la psicoterapia centrada y focalizada en lo espiritual, que pasa a integrar la dimensión noológica (espiritual), diferente a la dimensión psicológica (mente). Freud sólo tuvo en cuenta el instinto inconsciente, representado en el “ello”, para él, el inconsciente era sobre todo el recipiente de los instintos reprimidos, aunque, sin embargo, lo espiritual también puede ser inconsciente, es más la existencia es esencialmente inconsciente, ya que los fundamentos de la existencia no pueden evidenciarse completamente en ella misma, por lo tanto, lo instintivo como lo espiritual son inconscientes, y lo espiritual puede ser tanto consciente como inconsciente. El límite entre lo consciente y lo inconsciente resulta de lo más variable o penetrable ya que se da una firme transición de uno a otro. Al ser humano no lo determinan sus impulsos, sino que “decide lo que va a ser” citando a Jaspers o citando a Heidegger el hombre es sobre todo un ser “responsable de su propia existencia”, entonces, la vida puede ser auténtica, aunque no sea inconsciente, pero el hombre sólo existirá de manera auténtica cuando no sea resultado de sus impulsos, sino que sea alguien responsable. La existencia real estará allí donde el ser humano decida por sí mismo. Freud denigro al inconsciente, viendo en él sólo lo instintivo e ignorando lo espiritual. El ser humano es siempre un ser individualizado, como tal, está siempre centrado alrededor de un núcleo, que es la persona, citando a Max Scheler, este centro, la persona no sólo es el agente, sino también el centro de la actividad espiritual, rodeado de capas psicofísicas periféricas pero su esencia es espiritual. Centrándose alrededor del núcleo existencial, personal, espiritual, el ser humano no sólo se individualiza,

sino que se integra. Ya que es el núcleo espiritual, y sólo él, quién garantiza y constituye la unicidad y la integración de lo somático, lo psíquico y lo espiritual es esta plenitud tripartita que hace al hombre un ser completo. Sin lo espiritual y su extensión básica, no puede existir la plenitud. Mientras se siga tomando al ser humano solo desde la mente o el cuerpo la plenitud del hombre seguirá sin cumplirse.

Concluyendo puede decirse que el fenómeno espiritual puede ser consciente o inconsciente, aunque los principios espirituales de la vida humana son en último término inconscientes. Según esto, en su estado más profundo, el centro del ser humano es inconsciente. En sus inicios, el espíritu humano es un espíritu inconsciente.

Objetivos de la Logoterapia

La Logoterapia es la dimensión terapéutica del Análisis Existencial el cual se caracteriza por ser un método, un análisis y forma de entender al ser humano, más no un procedimiento terapéutico, en sí mismo.

- 1.- Busca hacer consciente lo existencial-espiritual y específicamente el inconsciente espiritual del ser humano.
- 2.- Procura descubrir en el sufrimiento humano somático y psicológico, la dimensión existencial espiritual por la que la persona adquiere la actitud ante su situación personal.
- 3.- Ha de buscar el descubrir no sólo lo enfermo en el paciente sino lo humano en la enfermedad.
- 4.- Procura facilitar al enfermo la auto-exploración, el hallazgo de sus capacidades latentes y las posibilidades de elección.
- 5.- Busca ubicarse, como marco de referencia, para la libertad y responsabilidad de la persona ante su padecimiento y ante el contexto histórico-social que le rodea.
- 6.- Que la persona haga consciente que la clave esencial de su vida es el asumir la responsabilidad de hacerse cargo de su propia existencia.

7.- Que la persona se dé cuenta que su responsabilidad conlleva una diligencia y obligación, en términos de buscar y descubrir el sentido de su vida, en los concretos existenciales del trabajo, la comunidad, el amor, el sufrimiento, la culpa, la muerte y la trascendencia.

8.- Que la persona descubra un horizonte extenso (por que vivir, para qué, o para quien vivir: el ser y el quehacer en la vida como elementos básicos) en el que puede realizar valores de creación, de experiencia o de actitud, como respuesta a las preguntas concretas de la vida.

9.- Que la persona se dé cuenta que su lugar en el tiempo le ofrece la probabilidad de una integración en el presente, del valor del pasado y del valor potencial del futuro como generadores de acciones llenas de sentido y valor.

1.6 Principales Causas de Muerte en la Vejez.

Hoy en día, la principal causa de muerte a nivel mundial es con gran diferencia el envejecimiento y las enfermedades crónicas y degenerativas asociadas y que están caracterizadas por el deterioro progresivo de algún o alguno de los órganos vitales. Algunas enfermedades típicas de esta etapa del Ciclo Vital son el Alzheimer, Párkinson, las demencias y el deterioro de órganos vitales haciendo cada vez más difícil la capacidad del cuerpo para mantener sus funciones vitales.

En los países más desarrollados, las causas que llevan a más muertes son las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y los infartos ocasionados muchas veces por los malos hábitos alimenticios que llevan a la obesidad junto con el sedentarismo. Algunos tipos de cáncer como el de mama que puede desarrollarse por la exposición a cancerígenos, el de piel, mayormente por la exposición a los rayos UV del sol, también el de pulmón, las enfermedades del aparato respiratorio como la neumonía o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, estas tres causadas principalmente por el tabaquismo, la diabetes mellitus que se debe en gran medida a la inactividad física y los malos hábitos alimenticios, el VIH/SIDA consecuencia sobre todo de la imprudencia durante las relaciones sexuales, las nefropatías como la insuficiencia renal, las hepatopatías como la cirrosis hepática y los accidentes de tráfico, estos últimos ocasionados en un gran porcentaje por el alcoholismo y las drogas .

Algunos de estos condicionantes tienen un importante factor de predisposición genética, si bien el ambiente también juega un papel crucial en el desarrollo de estos padecimientos determinando finalmente su aparición. En los países subdesarrollados además de las anteriores, las principales causas de decesos incluyen las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la disentería y las diarreas como las ocasionadas por los parásitos intestinales y el cólera, aunque no es objeto de este estudio resaltar aquí la mortalidad neonatal, la desnutrición provocada por la hambruna y por último los homicidios. A su vez la mayoría de estas causas tienen su origen en la falta de higiene y la pobreza que desencadenan así mismo la falta de acceso a los servicios básicos de salud, situación que empeora la situación de las personas que viven en estas circunstancias. Existen también sucesos catastróficos que pueden producir la muerte no sólo de los mayores sino de una parte masiva de población en un período corto de tiempo como son los

genocidios, las guerras, las pandemias, los atentados, asesinatos masivos, suicidios colectivos, desastres naturales o medioambientales, entre otros.

En 2019, fallecieron en España 418.703 personas. La principal causa de muerte entre los mayores estuvo relacionada con el cáncer que provocó 108.867 fallecimientos. Las enfermedades isquémicas del corazón son la segunda causa 80.444 fallecidos. Destaca el aumento de la mortalidad por enfermedades mentales y nerviosas en los últimos lustros, enfermedades cerebrovasculares 25.712, enfermedad Alzheimer 14.634, neumonía o influenza 10.843, diabetes Mellitus 9.644, nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico, 7.369, enfermedad hipertensiva 4.912, enfermedad Parkinson 4.615, enfermedad crónica del hígado y cirrosis 4.021, suicidio 3.673, septicemia 2.885, enfermedad vascular intestinal 2.779, resto de causas 112.670 muertes. En el resto de causas se observa una reducción en los últimos diez años.

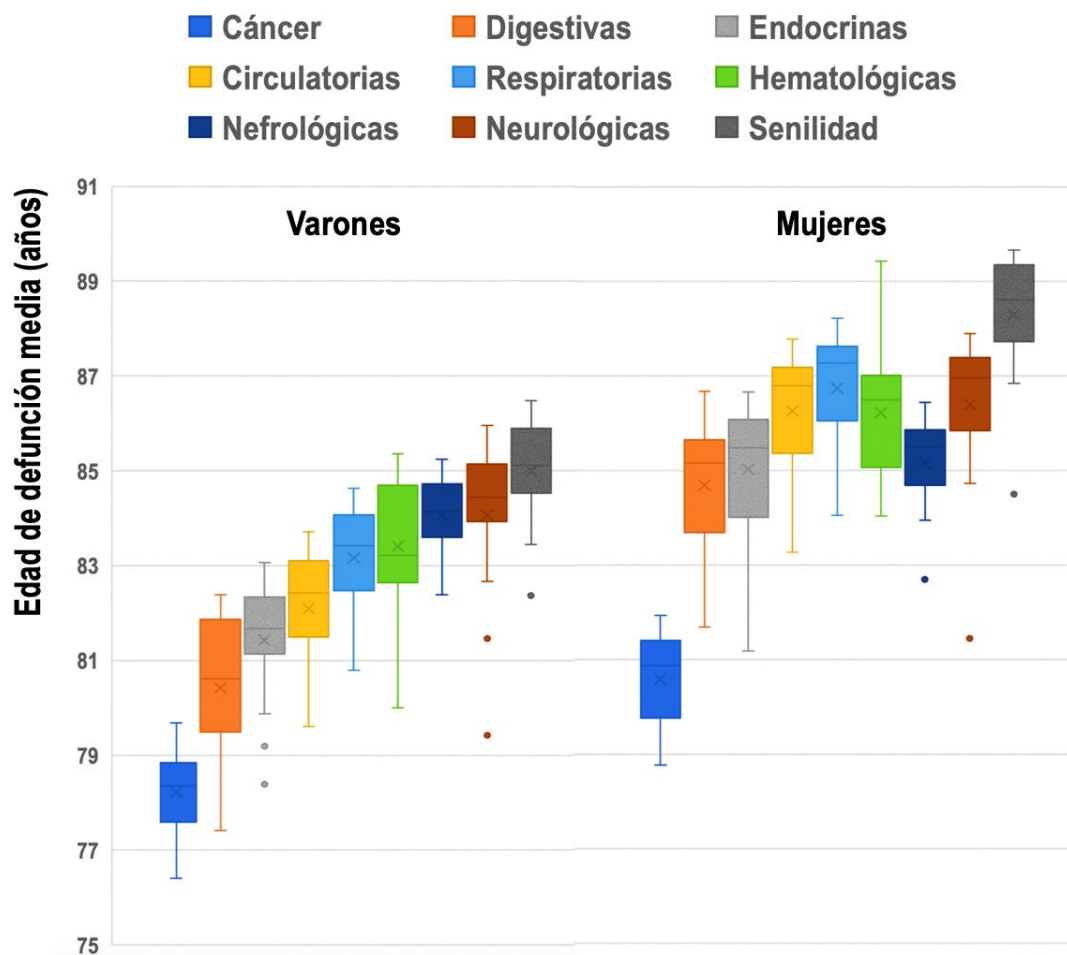
Patrón de causas de muerte por edad y género

El patrón por edades de la mortalidad es muy definido en cada momento histórico, y cada edad tiene sus causas principales. La mortalidad masculina es, además, más temprana que la femenina. En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad masculina superan a las femeninas. Entre la población más joven hay un predominio de las causas externas de mortalidad (accidentes, etc.), en cambio, conforme consideramos a personas de mayor edad son las enfermedades del sistema circulatorio, tumores y sistema respiratorio las que más mortalidad provocan. Hombres y mujeres tienen un patrón diferente. En los hombres se destaca la mortalidad por causas externas en las edades jóvenes, y los tumores la sustituyen en la madurez y vejez.

En las mujeres, las causas externas son menos importantes y predominan los tumores, salvo en la vejez en la que las enfermedades del sistema circulatorio tienen más relevancia.

Figura 3

Defunciones según la causa por edad, género.



Fuente: [F2-Defunciones-segun-la-causa-y-el-grupo-de-edad-2011.xls \(live.com\)](#)

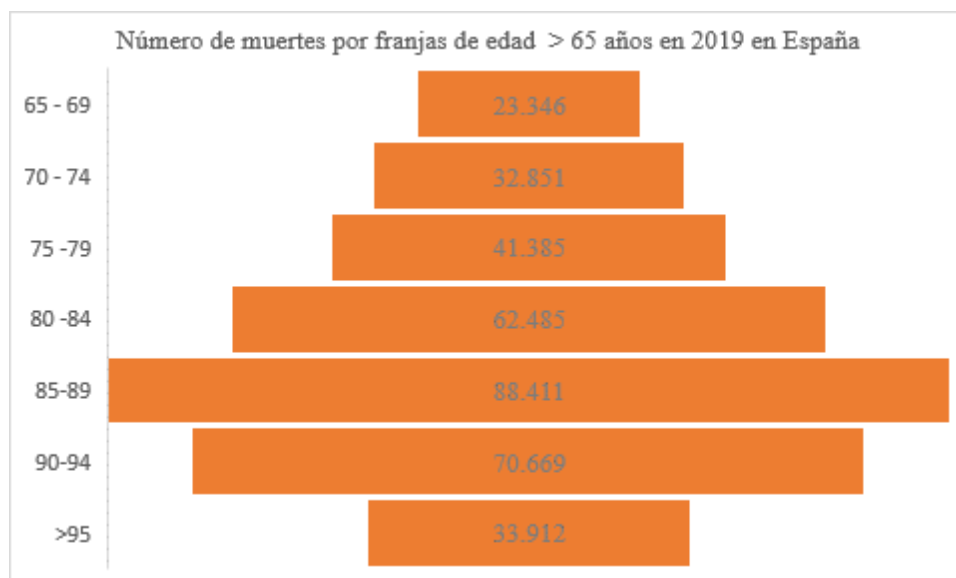
Tabla 1*Principales causas de muerte en España en 2019. Número de defunciones*

	<i>Año 2019</i>
<i>Todas las causas</i>	418.703
<i>Cáncer</i>	108.867
<i>Enfermedades isquémicas del corazón</i>	80.444
<i>Enfermedades cerebrovasculares</i>	25.712
<i>Enfermedad de Alzheimer</i>	14.634
<i>Enf. crónicas de las vías respiratorias inferiores</i>	13.808
<i>Accidentes no intencionales</i>	11.827
<i>Diabetes mellitus</i>	9.644
<i>Neumonía</i>	10.843
<i>Insuficiencia renal</i>	7.369
<i>Enfermedad hipertensiva</i>	4.912
<i>Enfermedad de Parkinson</i>	4.615
<i>Enfermedad crónica de hígado, cirrosis</i>	4.021
<i>Suicidio</i>	3.673
<i>Septicemia</i>	2.885
<i>Enfermedad vascular intestinal</i>	2.779
<i>Resto de causas</i>	112.670

Fuente: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2020_10112021_NOTA_TEC.pdf

Figura 4

Número de muertes por franjas de edad > 65 años en 2019 en España

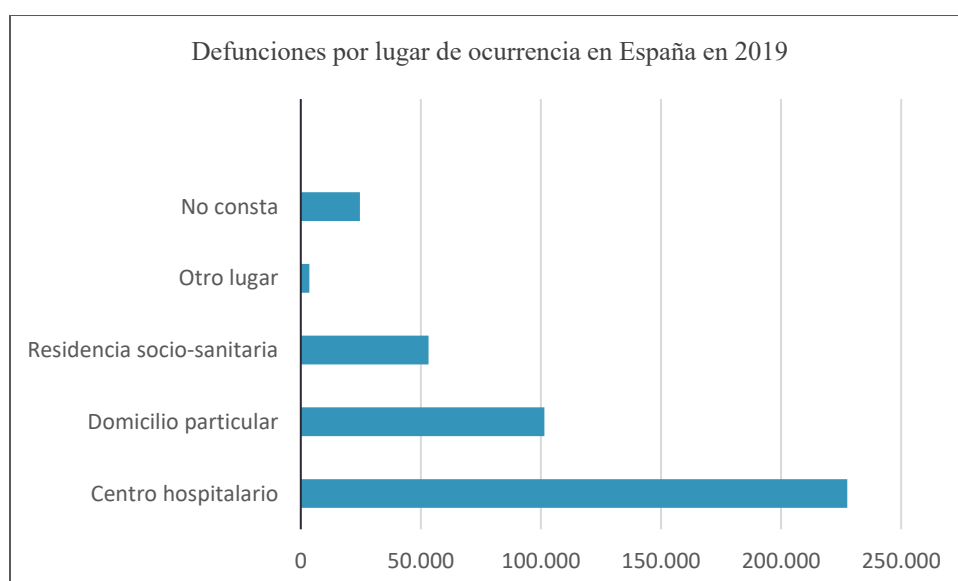


Fuente: *España en cifras 2019 (ine.es)*

[:https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2020_10112021_NOTA_TEC.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2020_10112021_NOTA_TEC.pdf)

Figura 5

Defunciones por lugar de ocurrencia en España en 2019



Fuente: *Elaboración propia a partir de los datos (ine.es)*

Eutanasia

En el año 2022, los médicos informaron en los certificados médicos de defunción que 260 personas terminaron su vida con el procedimiento de eutanasia, de las que 134 eran hombres y 126 mujeres. El 78,1% tenían más de 60 años.

Las *enfermedades del sistema nervioso* fueron las causas más frecuentes entre las personas a las que se practicó la eutanasia (117 de los fallecidos). Dentro de este grupo, el 41,9% de las personas padecían esclerosis lateral amiotrófica (ELA), EL 11,1% esclerosis múltiple y el 8,5% Parkinson. La media de edad de los fallecidos por estas tres causas fue de 63,4 años, 59,5 años y 79,2 años, respectivamente.

Por último, el cáncer era la enfermedad de 74 personas que recibieron la prestación de ayuda a morir en el año 2022. La media de edad se situó en 71,2 años.

Según la información disponible en los certificados de defunción del año 2021, 59 personas recibieron la eutanasia el primer año en que entró en vigor la Ley.

Tabla 2

Fallecimientos por Eutanasia en 2020 en España

134 hombres	
126 mujeres	Edad Media años
41,90% ELA	63,4
11,10% Esclerosis Múltiple	59,5
8,50% Parkinson	79,2
28,46%	71,2
78,1%	>60 años
21,1%	< 60años

Fuente: [Ministerio de Sanidad - Eutanasia - Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia](#)

CAPÍTULO 2

RELIGIÓN

¿Existe Dios? Le preguntó a Buda una persona que se le acercó por la mañana.

—Sí —respondió Buda.

Después de comer, se acercó otro hombre.

—¿Existe Dios? —quiso saber.

—No, no existe —dijo Buda.

Al final de la tarde, un tercer hombre hizo la misma pregunta.

—¿Existe Dios?

—Tendrás que decidirlo tú mismo —respondió Buda.

—Maestro, ¡qué absurdo! —dijo uno de sus discípulos—.

¿Cómo puedes dar respuestas diferentes a la misma pregunta?

—Porque son personas diferentes —respondió el Iluminado—.

Y cada una de ellas se acercará a Dios a su manera: a través de la certeza, de la negación y de la duda.

Anónimo

2.1 Revisión Conceptual de Religión.

La religión ha ocupado a lo largo historia de la humanidad, en general, y de la cultura occidental, en particular, un lugar social y cultural que se ha ido transformando, adaptándose a los cambios que se han ido transcurriendo en las distintas épocas. Cada nuevo estadio cultural, dio paso a un nuevo concepto de religión ya que, se daba una nueva interpretación de la realidad y de las polémicas en las relaciones personales. En las épocas modernas ha errado el «universo simbólico», que primero había sido absorbido por las iglesias y había permitido el asentamiento del “lugar social” de la religión en la premodernidad como señaló Evans-Pritchard (1973).

Por otro lado, lejos de ser una noción universal, la palabra “*religión*” la realidad es que no tiene equivalentes en lenguas tan predominantes como el sánscrito, el griego o el árabe (Debray, 2005); ni siquiera en latín se encuentra el semejante, o equivalente a lo que consideramos hoy por “*religión*” (McCutcheon, 2007). Sabemos proviene del latín “*religio*”, pero en la Roma antigua este vocablo designaba el culto, es decir, un conjunto de celebraciones públicas reconocidas por el Imperio romano (Debray, 2005).

2.2 Dificultades en la Definición de Religión.

Décadas atrás, Evans-Pritchard (1973) se proponía a evidenciar “que aún hay muchas cosas que siguen nada ciertas y poco esclarecidas” a propósito del término de religión. Hoy podemos asegurar que no se ha avanzado, no está mucho más claro. El caso es que, para las ciencias humanas, la investigación de una descripción agrupada, sólida y sistemática del concepto no ha servido de nada (Arnal y McCutcheon, 2013; Stausberg, 2009). Encontrar una descripción ajustada o definir las condiciones suficientes y necesarias para que un fenómeno sea considerado “religioso” son labores que se hacen aún más difíciles debido a la gran variedad de prácticas y/o creencias consideradas religiosas por los mismos académicos en las últimas décadas (Sauchelli, 2016).

El desarrollo de un concepto tan valioso como el que nos encontramos aquí no es un asunto simplemente semántico. Las definiciones hacen que se enfoque la vista y el estudio en ciertas direcciones, ocultando otras. Como dice Luckmann (1973), existen formas de religión que se nos hacen poco visibles debido a la descripción sesgada que se ha utilizado del concepto desde las ciencias sociales. Desde la antropología, por poner un ejemplo, se ha asimilado que las otras culturas también contaban con una “religión”, pero, como Evans-Pritchard (1973) resaltó, la falta de una definición clara conllevó a la proyección etnocéntrica de las concepciones académicas occidentales, complicando así el conocimiento de las realidades locales y sus atributos. Así también, Berger (1974) notó que varias de las más importantes definiciones de la religión formuladas por académicos han ocultado la singularidad de las creencias locales y contribuyen a acrecentar una imagen secularizada del mundo.

Parece que la religión como expresión mística de la experiencia religiosa del “*homo religiosus*” es imposible definirla, aunque como expresión mística de la realidad religiosa, culturalmente estructurada, que tiene algo que ver con la situación del hombre en el mundo, es necesario definirla y establecer el campo operativo en cuyo interior se llevan a cabo los análisis, las comparaciones y las evaluaciones de los fenómenos religiosos. Algunos conceptos que se han dado son:

Solimine y Hoemman (Pinto 2007), describen la religión como un método organizado de devoción, en el que la creencia y las normas morales son sostenidas en un ceremonial

serio y habitual, al igual que tiene una serie de análisis, producto de la experimentación que pueden ser una manifestación de la espiritualidad de una persona, pero no su núcleo. La religión según Jiménez (2005) es definida como la creencia en la existencia de un poder sobrenatural, creador y supervisor del Universo, que ha otorgado al hombre una esencia espiritual que persiste después de la muerte del cuerpo físico.

Para Cabestrero (como se citó en Rodríguez et al., 2011), la religión puede entenderse como el grupo de instituciones que manifiestan, planifican, gobiernan o coordinan la dotación de teorías, doctrinas, dogmas, preceptos, normas, signos, ritos, símbolos, celebraciones o devociones, en torno a una creencia trascendental y a través de las cuales se conservan, cultivan o expresan colectivamente las experiencias espirituales personales. Pinto (2007) considera que la religión es una institución cultural u organización grupal, en torno a un culto específico, que tiene lugar y tiempos particulares, ofrece consuelo en las privaciones, favorece la autoaceptación y disminuye los sentimientos de culpa.

La religión ubica la vida espiritual en una sociedad con una tradición. Ella se basa en la fe en Dios, busca una estructura y una formulación comunitarias, así como un soporte para la vida espiritual (Vanistendael, 2003).

2.3 Teorías Sobre el Origen de la Religión.

Edward B. Tylor, antropólogo inglés, estaba convencido de que era necesario buscar el origen de la religión en las prácticas sacrificiales ancestrales y también, en el intento del hombre primitivo de dar explicación racional a los fenómenos de la naturaleza. Este antropólogo deseaba demostrar que la religión primitiva no podía excluirse del ámbito de la racionalidad humana porque había surgido de unas determinadas observaciones hechas por los primitivos que, aunque fueran inadecuadas a partir de la postura del hombre moderno, poseían, de acuerdo con su opinión, un indudable carácter “prefilosófico”.

En suma, la religión se había creado a partir de unas concretas “deducciones lógicas” desarrolladas por los “primitivos”, de forma que venía a ser un patrón de filosofía tosca de la naturaleza. El animismo, o “filosofía infantil de los salvajes”, o “doctrina del alma, tal como ésta le aparece al hombre en los sueños”, lo define Tylor, el creador de esta teoría, como “la doctrina de los Seres Espirituales, que incorpora la verdadera esencia de la filosofía Espiritualista como oposición a la Materialista”. Este autor, piensa que el animismo “es la base de la Filosofía de la Religión, desde las épocas de los salvajes hasta las de los hombres civilizados”. Por otra parte, narra: “La teoría del alma es la parte esencial de una manera de filosofía religiosa que forma, en una incesante línea de vínculo mental, al salvaje venerador de fetiches y al cristiano civilizado”. En los períodos de la cultura en los que controla el animismo, “el salvaje o bárbaro, incluso en estado de vigilia y disfrutando de buena salud, todavía no ha aprendido la distinción expresa entre lo que es subjetivo y lo que es objetivo, entre lo fantástico y real: esto ha sido exactamente una de las principales consecuencias de la educación científica”.

Herbert Spencer (1820-1903), fue un sociólogo, antropólogo naturalista, filósofo, psicólogo y antropólogo inglés. Se considera el “padre” del darwinismo social a partir de la distorsión y la adecuación de la teoría de la evolución a la comunidad. Sostenía que la religión procedía del rito a los espíritus ancestrales (manismo). Así como que el temor ante el conflicto y las demás contrariedades de la vida cotidiana era la causa que había dado lugar al surgimiento del control político, el miedo a la muerte había establecido, según Spencer, el inicio que había hecho que fuera factible la entrada del poder religioso en la vida de las comunidades humanas.

James G. Frazer (1854-1941), fue un antropólogo social y folclorista escocés prestigioso en los inicios de la moderna formación sobre magia, mitología y religión comparada. Enunció una teoría en la cual la religión se inició cuando los hombres se dieron cuenta de que la magia, es decir, el manejo de la objetividad mediante su propio empeño no era suficiente para lograr los bienes que deseaban. Sin embargo, sobre este autor, “no puede decirse que añada cosas de valor a la teoría de Tylor sobre la religión; más bien inserta cierta confusión, ya que admite dos nuevas suposiciones: una de carácter pseudohistórico, y otra psicológico”.

Frazer establece tres etapas históricas en la evolución de la humanidad, las cuales, respectivamente, se han referido a la magia, a la religión y a la ciencia. Desde el punto de vista de los trabajos de campo que se han efectuado en numerosísimos lugares del mundo, puede afirmarse que la periodización frazeriana es más que discutible. La parte psicológica de sus tesis contrapone la magia y la ciencia a la religión, partiendo de la base de que las dos primeras postulaban un mundo sujeto a las inmutables leyes naturales, y la última, en cambio, suponía un mundo en el que los acontecimientos dependían de los caprichos de los espíritus. En consecuencia: mientras el practicante de la magia y el científico, extraños compañeros de viaje realizan sus operaciones con plena confianza en sus facultades, el sacerdote las realiza con temor y temblor.

Andrew Lang (1844-1912), fue un escritor británico. Destacó como crítico, folclorista, biógrafo y traductor tomando cierta distancia ideológica respecto a Frazer, mantenía un evolucionismo de carácter moderado, pero se negó en redondo a aceptar que los dioses se hubiesen constituido a partir de los espectros o de los espíritus. Su contribución más novedosa, que en los inicios pasó inadvertida y que está relacionada de alguna forma con la de Wilhelm Schmidt, es que la imagen de un dios hacedor, paternal y omnisciente se aprecia notoriamente en las comunidades más primitivas del planeta. Con buen juicio consideraba que era imposible decretar científicamente el origen de la religión, aseguraba que el monoteísmo era anterior al animismo. Con el paso del tiempo, éste habría corrompido a aquél, y de esto habría derivado el politeísmo.

Robert R. Marett (1866-1943), fue un etnólogo británico. Representante de la academia evolucionista británica, se consagró a la investigación de las religiones, transformando el ciclo evolutivo de la religión constituida por E. B. Tylor, se fascinó sobre todo por el origen psicológico de la religión, el cual, según su criterio, estaba conectado con la línea de la evolución humana más que con las aventuras históricas en un sentido usual. Apuntaba que había existido un ciclo “preanimista” y en contra de las corrientes intelectualistas de aquellos tiempos, destacaba que el hombre primitivo no era un filósofo insatisfecho, sino un ser cuyos conceptos procedían de la acción. A partir de aquí se comprende su famoso aforismo: “La religión salvaje no es en absoluto algo que se elabora mentalmente, sino cualquier cosa que se baila”. Para Marett, la magia y la religión no podían considerarse, como sucedía en la teoría de Frazer, como dos realidades que se oponen y se autoexcluyen completamente, porque las dos tienen en común una noción psicológicamente predeterminada como es la de “mana”. Esto le llevaba al convencimiento de que tanto la religión como la magia deben comprenderse en términos de emoción interior. En sus últimos análisis, este investigador relaciona el término “mana” con la experiencia sobrenatural entendida como “lo que es horripilante”. Así quería dar a entender que en la «experiencia sobrenatural» siempre hay un poder que inspira horror. Existe certeza de que aquí ya encontramos algunos de los antecedentes ideológicos de la teoría de Rudolf Otto. Además, el concepto dinamismo, utilizado por Marett, y que alude a la noción de poder, seguidamente servirá de punto de partida para la fenomenología de la religión de Gerardus van der Leeuw.

William James (1842-1910), filósofo y psicólogo estadounidense con una ejemplar carrera en la Universidad de Harvard. Fue profesor de psicología, así como fundador de la psicología funcional y psicología de la religión. Pone el acento de sus análisis en la religión personal, ya que es mucho más importante que los sistemas teológico-morales y que las mismas instituciones eclesiásticas. Para decirlo brevemente: la actitud religiosa de la persona, y no de la «religión institucional», constituye el centro de la vida religiosa. «La religión, sea la que sea, es una reacción total del hombre frente a la vida.» Según este pensador, que evidentemente emplea una metodología con un decidido carácter psicológico, es necesario situar el origen de la religión en el profundo sentimiento de soledad del ser humano ante él mismo y del mundo que le rodea. La religión lleva a cabo una función alentadora y confortante en el hombre. James, con su aseveración acerca del ser humano

como punto capital de la religión, contradijo siempre a la tesis defendida por Emile Durkheim según la cual el origen de la religión era fundamentalmente de carácter social.

Emile Durkheim (1858-1917) sociólogo pedagogo y filósofo francés. Implantó oficialmente la sociología como disciplina educativa y, junto con Karl Marx y Max Weber, es reconocido como uno de los padres fundadores de la citada disciplina. Ha sido “la figura más notoria de la historia de la sociología moderna”. Seguramente también ha sido el estudioso que se planteó con más severidad la cuestión alrededor del origen de la religión. No considera que sea posible excluir un momento histórico preciso en el cual se pueda entender científicamente el comienzo de las expresiones religiosas. Por ello concluye que las especulaciones sobre esta problemática son arbitrarias e incontrolables científicamente. Tomando como punto de partida de su argumentación una decidida preferencia hacia lo que es social, Durkheim se sirvió del totemismo australiano, sobre todo en su obra fundamental. *Las formas elementales de la vida religiosa* (1912), para ilustrar su teoría del origen de la religión argumentando que, teniendo en cuenta la circunstancia de que los australianos poseen el sistema social más simple conocido, su religión tenía que ser también la más simple y antigua (de las conocidas). A pesar que se oponía a las teorías que afirmaban que el origen de la religión procedía de los sueños, de las alucinaciones y de las visiones (se refería sobre todo a Tylor), introdujo un método parecido, porque estaba totalmente convencido de que la religión más primitiva “procedía de la excitación, experimentada individualmente por cada uno de los que participaban, en pequeña o gran medida, en algo que podía parecerse a una histeria colectiva”. Por eso Durkheim, se opone directamente a la pretensión de William James y coloca la religión como hecho social en el ámbito de la psicología de las multitudes.

Para Bronislaw Malinowski (1884-1942), antropólogo y etnólogo británico de origen polaco, “la religión tiene su origen como respuesta a las crisis fundamentales de la existencia humana, sobre todo como solución a los enigmas planteados a causa de la presencia inevitable y angustiosa de la muerte en medio de la existencia humana”. Puede afirmarse, por lo tanto, que el investigador anglo polonés sitúa de lleno la religión en un marco teodiceico de justificaciones. Los ritos religiosos, que verdaderamente obran una indudable función terapéutica, tienen la función de contribuir a salvar la angustia humana, la cual

continuamente penetra en los lugares más inesperados del “espacio humano” y provoca toda suerte de perturbaciones en los individuos y en las sociedades.

Así se creó el llamado darwinismo social, el cual pretendía ser una descripción e interpretación “científicas” de la evolución de las instituciones sociales (por lo tanto, también, de la religión), mediante la ley universal del progreso.

2.4 Dimensiones de la Religión.

2.4.1 *Extrínseca*

Muchos trabajos de investigación tienen en cuenta los servicios religiosos a través de los cuales se explican los beneficios que se observan sobre la salud (patología y mortalidad) al contrastarlos con aquellas personas que no van o que acuden con menos asiduidad. Estos resultados que envuelven a la variante extrínseca de la religión (que incluye además: intercambiar con co-religiosos en ceremonias o realizar misiones), por sí sola, ha sido motivo de diversas objeciones (Thorensen y Harris, 2002; Sloan y Bagiella, 2002) por considerarse que la situación evaluada tiene una naturaleza más compleja que la de acudir o no a las ceremonias o iglesias; ante esto y para contrarrestar este desperfecto se han introducido en las investigaciones, recientes variables a controlar, entre las que aparecen información sociodemográfica, estado y conductas de salud, apoyo social y la salud mental, obteniéndose con su inclusión, en muchos de los estudios, resultados parecidos a los anteriores.

Beit -Hallahmi y Argyle (como se citó en Quiceno y Vinaccia, 2009) formula la valoración de la religión como una actitud variada de tres dimensiones: una cognitiva (creencias religiosas), comportamental (comportamientos religiosos y rituales más o menos institucionalizados y comunes) y afectiva (vínculos entre el hombre y la transcendencia) que nosotros en especial creemos que es más pertinente llamar “Dios”.

Por otra parte, la religiosidad extrínseca alude a las prácticas rituales y a las religiones institucionales (Fehring, Miller& Shaw, como se citó en Martínez at al.,2004). Rodríguez (2006) cree que la religiosidad extrínseca se refiere al uso de las prácticas externas de la religión para encontrar relación social, seguridad o estatus. Se podría llegar a usar la religiosidad como una herramienta al servicio de las propias motivaciones y no como el origen de éstas.

Sin embargo, ello no forzosamente refleja la verdad, pues, aunque hay personas que realmente pueden buscar en la práctica externa de la religión algo no vinculado con Dios, hay personas que, a través de dichas prácticas buscan vivir de modo razonable su fe y amor a Dios, su sentido de vida y por consiguiente su capacidad de transcendencia.

Es claro que la religión contiene bastantes variables que no siempre están relacionadas y por lo tanto no se puede considerar la religión como un constructo unidimensional de la vida humana, sino más bien como algo multidimensional (Flannelly et al., 2004; Kendler et al., 1997; King&Dein, 1998; Larson et al., 1992). Sería importante considerar por separado los aspectos vinculados al apoyo social de los aspectos relacionados con las experiencias individuales de las personas.

2.4.2 Intrínseca

Allport y Ross distinguieron entre religiosidad intrínseca y extrínseca. La religiosidad intrínseca es una formulación constituida por pensamientos y prácticas religiosas. Las personas con religiosidad intrínseca, se toman la religión muy en serio, la asumen totalmente en su vida diaria y encuentran en la religión el fundamento de sus motivaciones.

El carácter intrínseco de la religión (que engloba: la fe, la oración, la lectura de las escrituras, el meditar, etc.) ha sido motivo también de análisis, con conclusiones favorables a los beneficios que aportan a la salud.

Dentro de los adultos mayores podemos inferir, según algunos hallazgos producidos, que la religión logra un especial valor como soporte a la salud (Reyes-Ortíz, 1998), dado a que tal y como comprendemos es la etapa en donde la muerte adquiere un sentido personal más temible, al considerarse más su cercanía y donde además se vivencia la presencia progresiva de las limitaciones biopsicosociales que van siendo cada día más evidentes. Es donde la religiosidad intrínseca crece, por depender su satisfacción de las acciones mentales del adulto mayor, pues sus capacidades para asistir al culto o rituales con independencia, van disminuyendo (Reyes-Ortíz, 1996; Nelson, 1990; Blazer y Palmore, 1976). Se hace patente que la religiosidad a los ancianos los dirige a una mejor aceptación del envejecimiento, la enfermedad, el sufrimiento, la esperanza y sentido de trascendencia entre la vida y la muerte (Poloma, 1991), una autoestima más elevada y menor depresión, satisfacción de vida en pacientes enfermos y un número menor de suicidios (Nisbet et al., 2000; Alvarado et al., 1995, Seidlitz et al., 1995, Koenig, 1988, entre otros). Idler (1994), según citan Fernández-Ríos y García-Fernández, disponen que, en las relaciones entre religión y salud en la tercera edad a modo de conclusión, se dan dos hipótesis:

1. Conductual: realizan conductas de salud religiosamente prescritas.
2. De cohesividad: se las brindan las redes sociales y el apoyo social de los grupos religiosos.

Una manifestación particular de la religiosidad intrínseca es la oración, que ha pasado a constituirse en uno de los más significativos por la influencia positiva que ejerce en el mantenimiento y restitución de la salud, o en la prolongación de la vida de quienes la emplean (Helm et al., 2001; Mackenzie et al., 2000; VabdeCreek et al., 1999).

Últimamente el interés por el estudio de la oración ha aumentado, al extenderse el hábito de la oración no sólo hacia la propia persona que la realiza, sino, hacia la influencia que ejerce a distancia sobre otras personas, particularmente la oración mediadora, ha pasado a constituir dentro del contenido religión-salud uno de los de mayor consideración (González, 2004), lo cual se ve reflejado en algunas investigaciones que se llevan a cabo.

Otra forma de comprender la religiosidad es a través de cómo se manifiesta la relación con Dios, expresándose en dos momentos: subjetivo y objetivo. Con respecto el momento subjetivo, la religiosidad, como experiencia subjetiva e íntima, toma el carácter de una experiencia de encuentro (Velasco, 1976). Mientras que el momento objetivo según Milanesi y Aletti (1974), se refiere a que la religiosidad personal, en términos de experiencia religiosa, se introduce en un contexto histórico, cultural y social, experimentando un proceso de institucionalización que la guía de manera que pueda formar parte de una experiencia colectiva (García Alandete, 2002).

2.5 Aportaciones desde la Disciplina Psicológica a la Religión.

2.5.1 *Fenomenología*

Dado que este paradigma se interesa por la experiencia religiosa, y que provee de sentido al ser humano, encontramos aquí el lugar donde se exponen las preocupaciones indispensables para comprender con profundidad la relevancia de la religiosidad.

La fenomenología se preocupa, sobre todo, por la conciencia. El autor de la psicología fenomenológica es William James, que es considerado el fundador de la psicología de la religión. También desde la fenomenología contamos con los aportes de Viktor Frankl: trascendencia y sentido de la vida. El tema de la religión lo trata con detalle en su libro “El hombre en busca de sentido último”. Frankl, psicoterapeuta, crea, la logoterapia, basándose en el análisis existencial propio de la filosofía; así que algunos de los conceptos que emplea formen parte de este planteamiento. Lo que pretende es hacer consciente en el individuo el sentido de su vida. Esto nos lleva a pensar que el ser humano no solo es cuerpo y mente sino también existencia y espiritualidad. Según Frankl, la religión forma parte del inconsciente espiritual y se entiende como la responsabilidad, y lo llama inconsciente trascendente. Este término, el de trascendencia, podemos decir que es la búsqueda de lo superior, de lo que está más allá del ser humano. Pero el elemento clave en el deseo de sentido es la trascendencia, que podemos definirla como la capacidad que está por encima de la persona a la hora de afrontar ciertas vivencias y que le permite desarrollarse a sí misma. Cuanto menos piensa en sí mismo más humano se vuelve y más se eleva (Frankl, 2004, p. 133).

2.5.2 *Psicología de la Religión*

En los primeros años del siglo XX, la psicología da un carácter científico a los fenómenos del comportamiento espiritual-religioso a partir de lo cual surge la llamada psicología de la religión. Ésta tuvo aportaciones del resto de las corrientes psicológicas. Sus inicios se dieron en Europa y Estados Unidos. La psicología de la religión es la rama de la psicología aplicada y de la ciencia de la religión, y trata los comportamientos psicológicos vinculados a la práctica religiosa. Su centro de estudio son las creencias, actividades y experiencias religiosas desde el punto de vista psicológico (Font, 1999).

Se considera a Friedrich Schleiermacher como uno de sus iniciadores y como primer gran clásico de la especialidad de la corriente del pragmatismo, al psicólogo y filósofo William James con su obra “La variedad de la experiencia religiosa” (1902). Entre sus aportes está la diferencia entre la religión como institución, y la religión como práctica personal y la diferencia entre religiosidad sana y religiosidad enfermiza. Para William James, factores emotivo-cognitivo-conductuales estaban presentes en las experiencias religiosas. Otros pioneros de la época que dieron las primeras contribuciones científicas a la psicología de la religión fueron Edwin Starbuck en el año 1899, Stanley Hall del periodo de 1904-1917 y George Coe del año 1900 (Yoffe, 2007). Entre los autores más importantes del siglo XX podemos ver a Sigmund Freud, Carl Jung, Alfred Adler, Gordon Allport, Daniel Bastón, Erik H. Erikson, Erich Fromm, Abraham Maslow y Viktor Frankl. Todos acentúan la existencia de un Dios, en las prácticas y experiencias religiosas y clasifican a la religión como buena o mala, como medio de crecimiento y motivación o de delirio del hombre y la sociedad (Faller, 2001).

Gordon Allport diferencia entre religión madura, donde la persona es activa y de mente abierta, y religión inmadura, en donde la persona es egoísta y se alude a los estereotipos negativos sobre la religión. Después, pasará a denominarse “religión intrínseca” (fe genuina, sentida, devota) y “religión extrínseca” (asistencia a la iglesia para obtener el estado social). Daniel Batson, hace otra distinción: “religión como medio”, “religión como final” y “religión como búsqueda” (Rivera-Ledesma & Montero-López, 2007).

La aplicación de las metodologías psicológicas al estudio de la religión se inició sobre todo en Estados Unidos. Además, es necesario señalar a J. H. Leuba (1868-1946), E. D. Starbuck (1866-1947), J. B. Pratt (1875-1944) y A. G. Lehmann (1858-1921), el cual se dedicó especialmente a los fenómenos parapsicológicos. Dentro de las teorías de carácter psicológico también es necesario incluir las que propugnan una «psicología de las profundidades». Por norma general, a Sigmund Freud (1856-1939) se le considera el iniciador de esta nueva orientación metodológica. En cuanto a la religión, puede decirse que su descubrimiento más importante consiste en haber destacado la importancia del inconsciente humano, el cual está relacionado íntimamente a la historia personal de cada persona y, por eso, posee un enorme peso sobre la vida consciente (diurna) del hombre.

Según Freud, la religión es fundamentalmente una proyección infantil de unos hipotéticos seres sobrenaturales, los cuales, pese a su no existencia, marcan en el individuo unos comportamientos anormales (patológicos).

Freud trata específicamente obras sobre la religión en *Tótem y tabú* (1913), *El futuro de una ilusión* (1928), *El malestar de la cultura* (1930) y *Moisés y la religión monoteísta* (1939).

La obra de Freud ha tenido una destacada influencia en la cristalización de algunas teorías sobre el hecho religioso como, por ejemplo, en la psicología individual de Alfred Adler (1870-1937).

2.5.3. Psicología Analítica

Uno de los psicólogos más destacados en psicología de la religión y espiritualidad fue C. G. Jung, toda su obra es una sucesión de búsqueda abierto, un recipiente de conocimientos psicológicos, pensamientos filosóficos, saber antropológico y sabiduría de la existencia del que nace la conciencia del sí-mismo, central en la Psicología Analítica. Sus escritos sobre espiritualidad y transcendencia marcan un recorrido por las claves fundamentales en la investigación de la necesidad psíquica de la religión. Se ofrece a todos los que quieren entrar, en una época de crisis del sentido, lo que Jung llamó la “realidad del alma”. “Las religiones, con todo lo que son y afirman”, escribía C. G. Jung, “se encuentran tan cercanas al alma humana que a quien menos legítimo le sería desatenderlas es justamente a la psicología”. Jung se ocupó de la experiencia espiritual que no solo permea los credos, las iglesias y las tradiciones religiosas, sino que constituye la raíz misma de la vida psíquica.

De la concepción analítica de C.G.Jung podemos concluir lo siguiente:

- a) La concepción Jungiana de la religión y de la religiosidad han sufrido metamorfosis muy grandes a partir del primer gran periodo hasta los últimos años de su vida. Si al comienzo se identificó en este campo con las ideas de S. Freud, posteriormente fue apartándose cada vez más hasta llegar a la comprensión psicológica, metafísica y teológica de esta realidad en el hombre. Aunque algunos aspectos de la psicología de la religión propuestos por C.G. Jung pueden ser discutibles y no siempre aceptables, sin embargo, la aclaración de algunos aspectos puramente psicológicos

de la religiosidad individual y colectiva, llevó al hombre de su ambiente a pensar en las ideas religiosas y hasta aceptar la existencia objetiva de esta nueva realidad.

- b) La manera de subrayar tanto y con tanta insistencia la diferencia del campo psicológico y teológico, tal vez se comprenda recordando las ideas expuestas en su obra “La interpretación de la naturaleza y de la psique”, donde C.G. Jung se refiere expresamente a los hechos de la percepción extrasensorial (ESP) y a la función “psi”. Según él, en estos fenómenos no hay estímulo ni respuesta, no hay sujeto no objeto que estén vinculados por una relación de causalidad. El espíritu científico contemporáneo busca siempre descubrir una relación de causalidad entre dos factores, cuya vinculación y variaciones concomitantes no son explicadas por el azar. No podemos descubrir el determinismo en los hechos parapsíquicos, porque estos hechos pertenecen a un mundo, a un plano donde ya no son válidas las nociones de determinismo y de causa y efecto. Los hechos parapsíquicos son trascendentes con respecto al tiempo y al espacio. Aquí no rige el determinismo, sino el principio de causalidad, o por encima de él. Podríamos resumir así este esquema del pensamiento jungiano:

- 1) Aparece una imagen en la conciencia
- 2) Un estado psíquico o un hecho objetivo coinciden con la imagen del sujeto.

C.G.Jung elimina toda posibilidad de un vínculo causal entre ambos hechos, pero admite una sincronicidad; dos hechos están vinculados no de una manera causal sino significativa, o mejor aún, significativa (*sinngemäs*). Cada uno de los términos de la coincidencia proviene de una cadena de sucesos, pero su encuentro no. Esta coincidencia de dos hechos producidos por dos encadenamientos causales independientes, Jung la refiere a la sincronicidad. Esta explicación está impregnada de un espíritu de finura y análisis que se manifiestan en toda su obra.

2.5.4. Psicología Positiva

De la mano del liderazgo de Martin Seligman y Chris Peterson germinaron los estudios de los valores en acción que es una ordenación de las fortalezas del carácter, temática que se transformó en la columna vertebral de la Psicología Positiva. Las fortalezas del carácter

pueden ser descritas como rasgos positivos reflejados en pensamientos, sentimientos y por ello es que el camino del desarrollo de la clasificación de Peterson y Seligman (2004) se ha iniciado con la investigación de las respuestas que han dado sobre el comportamiento moralmente bueno las tradiciones filosóficas y religiosas de evidente y duradero impacto en la civilización humana. En síntesis, las virtudes para Peterson y Seligman (2004, 12), son las características fundamentales valoradas por los filósofos morales y los pensadores religiosos. Estas virtudes serían universales porque aparecen en todas las culturas, además Peterson (Peterson y Seligman 2004). Peterson y Park (2009) dirán que de esas 6 virtudes fundamentales se desprenden 24 fortalezas de Diener (1984) y Ryff (1989), Corey Keyes (1998) plantea que la tradición psicológica operacionaliza el bienestar como una evaluación subjetiva de la vida y los afectos, así como un funcionamiento personal óptimo pero que deja de lado el bienestar social que es un reflejo de la salud social positiva.

Según la psicología positiva la religión beneficiaría dichas virtudes y fortalezas porque ayuda a las personas a que descubran su significado existencial en situaciones trascendentalmente complicadas (dolor, sufrimiento, enfermedad, muerte); la religión da dirección existencial Seligman (2017). En los cursos de afrontamiento resuelve las dificultades a través de ciertas formas que les son aceptables y que están incluidas en su sistema cultural; la religiones suelen regular ciertos hábitos que pueden ser perjudiciales, tales como el alcohol y otras drogas, y fomenta el cuidado físico, y promueve la salud; las religiones facilitan las relaciones interpersonales entre ellos, ofreciendo en muchos casos apoyo emocional y social; da pautas morales para interactuar con los demás, favoreciendo la coherencia vital y dando pautas para tomar decisiones vitales, además de favorecer la convivencia, el respeto, la ayuda y el altruismo Seligman (2017).

2.6 Experiencias Religiosas y Mecanismos Neuropsicológicos.

El médico cirujano y neurocientífico Andrew Newberg, trabaja en el Jefferson Hospital University (Filadelfia, Pennsylvania), experimentado en medicina interna y nuclear. También es director del Marcus Institute of Integrative Health, en Filadelfia, allí tiene la labor de integrar terapias que abarcan cuerpo, mente y espíritu para conseguir una existencia totalmente saludable. Para Newberg, en la neuroteología no se trata de disminuir nociones espirituales o religiosas al lenguaje de la biología ni al de la química, ni tampoco, al contrario, sino que las dos ciencia y teología, deben mostrar fidelidad a sus dogmas y métodos. Este neurocientífico muestra su libro “Por qué Dios no desaparecerá”, *Why God Won't Go Away*. Además, da esbozos de lo que entiende *Principles of Neurotheology* (2010), en el cual postula los fundamentos para el trabajo científico y teológico de la Neuroteología, y en la obra *How God Changes Your Brain* (2009), en la cual investiga, con Mark Robert Waldman, los provechos de la práctica y creencia religiosa en la salud física, mental y espiritual de las personas. Los principios de Andrew Newberg y su maestro Eugene D'Aquili no se dirigen a la defensa de la permanencia de la religión o de la experiencia religiosa en nuestro mundo contemporáneo, más bien, estos neurocientíficos presentan evidencias que demuestran que la creencia en Dios y el fenómeno religioso es difícil que desaparezcan en el cambio de milenio. Tanto para la experiencia religiosa como para la religión para ello hay bases neuropsicológicas. Newberg cree que la religión realiza dos funciones esenciales: la propia preservación y la elaboración de un sistema de autotranscendencia, éstas están dirigidas tanto a la supervivencia humana como a su adaptabilidad. Él y D'Aquili intentan encontrar los mecanismos neuropsicológicos que mantienen la religión en relación de los dos postulados anteriores, proponen dos clases de mecanismos neuropsicológicos que son la base del desarrollo de la vivencia y del hábito religioso.

2.7 Aportaciones Desde la Neuroteología.

¿Puede la ciencia empírica decir algo sobre la vivencia que el ser humano tiene de Dios? ¿Puede decir algo sobre la práctica religiosa, la experiencia de lo divino? ¿Será este campo es congruente de la teología? ¿O tal vez se haya encontrado un encuentro entre ciencia y teología para dar una explicación más completa de la realidad que vive y capta el ser humano? Estas y otras preguntas se plantean en las últimas cuatro décadas en torno de una nueva disciplina que acomete desde distintas esferas el acontecimiento de la experiencia religiosa: la Neuroteología, disciplina que está aún en sus inicios para esclarecer su método y sus elementos epistémicos, además de formularse si ésta es una nueva forma de teología natural.

Otros científicos han querido demostrar haber descubierto en el cerebro, the God's spot ("el lugar de Dios") o un lugar específico asociado con la práctica religiosa o la creencia en una divinidad. Esta última perspectiva ha sido descartada en la última década por nuevos experimentos y hallazgos. Al contrario, según Andrew Newberg y otros neurocientíficos y expertos (tanto hombres como mujeres) provenientes de otras ciencias interesadas en el fenómeno religioso, se trata de demostrar que la experiencia religiosa, además de manifestarse en la actividad cerebral, según lo revelan algunas técnicas actuales en neuroimagen, puede tener explicaciones neuropsicológicas, teológicas en la concepción de su naturaleza y filosóficas en relación con su valor epistémico.

El lóbulo temporal ha sido tema de interés, se ha denominado el "centro de Dios" del cerebro (Ramachandran, cap. 9) Los descubrimientos neurológicos en relación a la experiencia religiosa no son una disciplina totalmente aprobada dentro de los estudios religiosos. En consecuencia, para este trabajo es clave también abordar las aportaciones de diversos expertos y expertas en los avances en las neurociencias desde la neuroanatomía, la neurofisiología y otras ciencias que abordan la experiencia religiosa. Así mismo es importante observar que, después de la ruptura entre las ciencias experimentales y la religión, la Neuroteología surge y se posiciona como un campo, un territorio, una esfera de interacción y reciprocidad de estas dos.

Es preciso hacer algunas aclaraciones que valdrían como preguntas para las delimitaciones de lo es o se supone es la Neuroteología: la unión de las neurociencias a la teología. Hacer teología en el entorno cristiano es buscar las razones por las cuales se cree: fides quarens intellectum y explicarlas en los contextos concretos. Por ello, hablar de Neuroteología precisaría la labor de un creyente o de una comunidad de creyentes. Además de eso, se podrían incluir distintas Neuroteologías debido a la multiplicidad de religiones en el mundo y a los conceptos que se tienen de teología o tratados de Dios en cada una de ellas.

No obstante, la orientación que se da a la Neuroteología hoy no se centra sobre aspectos inflexibles. El debate se ha encauzado más en la localización de experiencias religiosas a nivel cerebral. En las discusiones al respecto acerca de ello se aprecian dos vertientes de Neuroteología. Por una parte, está la óptica reduccionista, con representantes como Michel Persinger, para éste las creencias y experiencias religiosas no son más que una obra de la actividad del cerebro. Por otra, está la corriente positiva, con representantes como Andrew Newberg y Eugene D'Aquili, los que le confieren validez a la experiencia religiosa al tratar de explicar los fundamentos neuropsicológicos implicados; y, por ello, estos se aventuran a dar explicaciones en relación con otras ciencias que interpretan el fenómeno de la experiencia religiosa.

Ignoramos por completo la naturaleza del espíritu.

*Ignoramos igualmente sus relaciones con la materia (incluso con las células cerebrales),
de la misma forma que ignorábamos antes las relaciones entre la luz y la materia.*

(Alexis Carrel Premio Nóbel de Medicina y Fisiología)

2.8 La Experiencia Religiosa y su Naturaleza.

Las religiones del mundo tienen la misión de ocuparse de las transiciones y de las épocas de crisis más importantes de la existencia de las personas; todas tienen algo que decir sobre el nacimiento, el envejecimiento, la creación de familias, las enfermedades, el dolor, el sufrimiento, los accidentes, las injusticias, las pérdidas, las tragedias y la muerte (Yoffe, 2015). Las creencias espirituales asociadas a los temas de la vida, la muerte, el proceso de morir, el sentido de la vida, Dios, la inmortalidad y los valores importantes dirigen a los hombres en la vida y en su modo de vivir (Yoffe 2015).

Las expresiones “experiencia religiosa” y “religión” están muy relacionadas. El primer término a veces es referido con los adjetivos religioso, místico o espiritual; y el segundo se concibe más como un conjunto de componentes de los cuales la experiencia religiosa es uno. Por ende, en consecuencia, es necesario definir la religión y contextualizar el lugar de la experiencia religiosa en ella. La palabra “religión” procede del término latino “*religió*”, pero el resultado del sustantivo del latín es incierto. Frecuentemente se vincula con *religare*: unir, atar; o con *relegere*: recopilar, o volver nuevamente sobre una lectura. Sin embargo, este es un término difícil de definir y no hay consenso científico, por lo que se pueden encontrar diferentes definiciones entre diversas áreas del saber o entre culturas o cosmovisiones. La actividad religiosa, tiene varios componentes: la experiencia religiosa, las creencias, los sentimientos y las prácticas religiosas. En tal sentido, la psicóloga Peregrine Murphy Kavros y el teólogo Mark Heim coinciden en los fundamentos principales que agrupan una definición actual de religión que trate de impedir ideas preconcebidas culturales e ideológicas, y apuntan que la religión como sistema engloba la doctrina, el mito, la ética, el ritual, la experiencia y las instituciones. Por otra parte la experiencia religiosa es un elemento central en la religión que puede estimarse hoy como la médula o núcleo de lo que se considera la religión en el mundo. Pero, sin embargo, la experiencia religiosa bastantes veces no está asociada a una confesión particular y puede pasar fuera de la religión institucional, o ser la base para el origen de una religión. La importancia de la discusión sobre la Neuroteología no se centra actualmente en la comprobación de la existencia de un ser divino, ni en justificar o legitimar la religión institucional. Más bien, se dirige a observar y analizar la verdad de la experiencia religiosa como un fenómeno estable y constante en el ser humano, en todas las culturas y ciclos vitales. Principalmente, este es

un análisis que intenta meditar sobre la operatividad de la experiencia religiosa, lo que produce a nivel corporal, psicológico, espiritual y ético relacional en el ser humano. Por ende, resaltar su valor epistémico y su naturaleza nos aporta características básicas para percibirla y estudiarla desde todas las ciencias. El intercambio entre ciencia y teología puede conducir a superar malentendidos, a una colaboración múltiple y actualizada, a una autocrítica de ambas y a dejar de lado los fundamentalismos tanto religiosos como científicos que no abren la posibilidad a otras formas distintas de las propias.

En las actitudes del teólogo y del científico hay similitudes ante las experiencias que viven y tratan de entender. Por una parte, está la actitud “*apofática*” del teólogo, que no es una actitud de resignación, de irracionalidad ni de anquilosamiento ante el misterio que lo atemoriza y lo supera; es más una invitación a contemplar las barreras humanas para abrazar el misterio, lo cual invita a buscar otras rutas de comprensión, formas, expresiones para explicar la experiencia que lo sobrecoge y lo transforma. Es así como la experiencia religiosa se proyecta como un área de estudio, de experimentación y de investigación interdisciplinar y un llamado a ir más allá de la mera interdisciplinariedad. Por tales razones, la Neuroteología, que todavía debe precisar muchos elementos en su actividad investigativa, se posiciona como el punto de encuentro. Al final lo que se desea es comprender la complejidad del fenómeno humano y la forma como la persona humana percibe la realidad. ante las experiencias que viven y tratan de entender. Es así como la experiencia religiosa se proyecta como un área de estudio, de experimentación y de investigación interdisciplinar y un llamado a ir más allá de la mera interdisciplinariedad. Por tales razones, la Neuroteología, que todavía debe precisar muchos elementos en su actividad investigativa, se posiciona como el punto de encuentro. Al final lo que se desea es comprender la complejidad del fenómeno humano y la forma como la persona humana percibe la realidad

CAPÍTULO 3

ESPIRITUALIDAD

*La espiritualidad va más allá de lo material y lo terrenal.
No es una religión ni una doctrina,
la espiritualidad es cuidar y mimar nuestro interior,
dejar que nuestro corazón salte los abismos que crea nuestra mente y
cultivar valores humildemente*

Raquel Aldana

3.1 Revisión Conceptual de Espiritualidad.

Espiritualidad, etimológicamente la palabra Espíritu, en hebreo Ruah, como en latín Spiritus, como en griego Pneuma, significa soplo de aire o soplo animador (Grün, 2005). El término espiritualidad procede del occidente cristiano, Spiritualis, es una traducción de la palabra griega pneumatikos (lleno de espíritu), que simbolizaría vivir desde el espíritu, vivir a partir de la fuente del espíritu (Rodríguez 2011). La noción de espiritualidad ha ido recibiendo con el tiempo mayor interés, traspasa los márgenes de la religión y de la moral, sobre todo en el mundo occidental o judeocristiano, hasta convertirse en un término investigado y muy considerado en el campo de la salud (Koenig, 2008). El Instituto Nacional de Investigaciones en el Cuidado de la Salud (NIHR National Institute for Health Research, 1997 citado en (Koenig, 2000), describió la espiritualidad como la búsqueda de lo divino a través de experiencias de la vida. Al mismo tiempo la Asociación Americana de consejeros (1995) indica que, afirmada la independencia entre el desarrollo espiritual y el hecho de ser o no religioso, la dimensión espiritual se desvela como una más, entre el resto, innato a la evolución humana desde el nacimiento hasta la muerte.

Chochinov & Cann (en Beca, 2008) indican que se han descrito más de 90 ensayos de definiciones de espiritualidad, las que incluyen conceptos como la relación con Dios o un ente espiritual, algo extraordinario superior a uno mismo, trascendencia, significados y fines de la vida, fuerza vital de la persona, vida interior, paz interior, comunión con otros, contacto con la naturaleza, relaciones con familiares y amigos, entre otras características.

La espiritualidad es un concepto que se inicia en la filosofía y en la teología hace ya muchos siglos, aunque dentro del vocabulario científico es un constructo prácticamente nuevo (Rodríguez, 2011). Filósofos y estudiosos concluyen y que en la actualidad es compartida por los psicólogos occidentales, la importancia que tiene en la vida de las personas la espiritualidad (Abi -Hashem, 2001). La literatura documenta las diferentes formas en que las personas experimentan la espiritualidad y la admiten como una condición universal (Stoll, 1979; Burnard, 1988. Como se citó se citó en Sánchez, 2009). El aumento del interés en este tema indica la concienciación ante un fenómeno que se juzga importante ante sectores académicos y profesionales sobre la necesidad de tener en cuenta la espiritualidad como una parte esencial e integral del desarrollo de la personalidad del ser humano (Richard & Bergín, 1997; Corey, 1996). Resulta evidente que el campo de la

espiritualidad relaciona lo personal con lo universal y es esencialmente unificador (Jiménez, 2005). Según Sánchez (2009) las personas son espirituales, y muchas de ellas, religiosas.

Se ha resaltado que el ser humano tiene necesidad de Dios ya que supone la solución a la incógnita de su muerte; a su incapacidad de eludir su propia muerte; la respuesta al miedo, a la ansiedad de vivir en el sin sentido, de vivir una vida sin propósito; es el enigma de la finitud humana lo que lleva al hombre a preguntarse sobre la existencia de Dios (Tillich, 1952, 1952; Meadow & Kahoe, 1984.).

Es posible que sean estas las razones por las cuales el ser humano es sumamente espiritual, lo que es obvio en todas las culturas y tiempos, es decir, la espiritualidad es una dimensión importante en la vida humana. A pesar de ello, en la vida cotidiana, y a pesar de tener muchas demostraciones de la espiritualidad, las personas no siempre son conscientes de ella, aunque, por el contrario, la espiritualidad se evidencia cuando la vida se ve amenazada (Reyes-Ortiz, como se citó en Sánchez, 2009) también en momentos de enfermedades, pérdidas importantes de diversa índole, situaciones extremas e incluso, la muerte.

3.2 Definiciones de Espiritualidad en el Campo de la Psicología.

Para Moberg (como se citó en Rodríguez et al., 2011) es el grupo de creencias trascendentales sobre Dios y la relación con Él, y de creencias existenciales sobre la relación consigo y con los demás, que dan un propósito y satisfacción al ser humano y sentido a su vida. Según nos dice el cristianismo, la espiritualidad es un regalo de Dios, un don del Espíritu Santo: “Y nosotros no hemos recibido el espíritu del mundo, sino el Espíritu que viene de Dios, y por Él entendemos lo que Dios, en su bondad, nos concedió” (I Corintios 2:12. Biblia Latinoamérica).

Según Jiménez (2005) una definición de espiritualidad amplia, que puede facilitar el encuentro de bases comunes entre diversas culturas, incluye necesidades humanas que posiblemente son universales:

La necesidad de hallar sentido, propósito y realización en la vida (la necesidad de darle un sentido a la vida es un rasgo universal que es esencial a la vida misma y, por el contrario, la carencia de sentido puede conllevar germinar sentimientos de vacío y desesperación).

La necesidad de esperanza o voluntad de vivir es importante tanto para personas sanas como personas enfermas.

La necesidad de tener fe en uno mismo, así como en los otros o en Dios ayuda a dar sentido a la vida y muy posiblemente influye en el nivel de esperanza y el deseo de vivir.

Además, la espiritualidad podemos apreciarla como mística y ascética, es decir, como huella de Dios en el alma y como esfuerzo del hombre por encontrar a Dios (Sánchez, 2007). La espiritualidad es el caminar por la vida hacia la totalidad, armonía e integración en las relaciones con Dios, con uno mismo, con los demás y con la creación, sin ella sería desde la fragmentación, desarmonía y desintegración Beck (1992).

Según Pinto (2007) la espiritualidad tiene influencia en la vida, la conducta y la salud, sin importar la filosofía, las creencias o las prácticas religiosas que se tengan podemos entenderla como una guía interna, básica para el bienestar de la persona, que, con conocimiento, comprensión, creencia y amor, la espiritualidad tiene la fuerza de dar forma y significado y dirigir a una persona. La espiritualidad es un acto incuestionable vital, en tanto

que su relación vital con el alma alude, en cierto modo, a la capacidad de trascendencia. Tal concepto conlleva el sentido de la espiritualidad como una interacción entre la conciencia y la interrelación con Dios o con un poder superior.

San Martín (2007) manifiesta que la espiritualidad es un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que requieren ir en búsqueda de lo trascendente, divino o sagrado. Con todo esto ayuda a dar sentido y propósito en la vida, y dirige el comportamiento de las personas, sus relaciones personales y su manera de sentir y pensar.

Por espiritualidad entendemos el conjunto de pretensiones, convicciones, valores y creencias que permiten a cada persona orientar sus proyectos de vida (Beca, 2008). Para Quiceno y Vinaccia (2011) la espiritualidad es la búsqueda personal para comprender las respuestas a las preguntas sobre la vida, su significado y relación con lo sagrado o lo trascendente, que quizá pueda, o no, llevarnos al desarrollo de rituales religiosos y la formación de una comunidad. Cuando se trata de vivir con esta realidad espiritual en el sentido más preciso de Dios, la vida individual en sociedad cambia. Se le denomina a este proceso de transformación “vida espiritual”, o sintetizando, “espiritualidad” (Vanistendael, 2003).

De todas las definiciones revisadas, puede verse con claridad que hay un eje central en todas ellas, que es la relación con Dios, que precisamente genera la necesidad de trascender; de ir más allá, en armonía consigo mismo y con los demás, pero siempre de cara a Dios.

James (1919 en Mytko & Knight, 1999 denominó la espiritualidad como los sentimientos, actos y experiencias de los hombres en su soledad, cuando se ven a sí mismos como lo que consideran lo divino.

Varios psicólogos, como Jung (Jaffé, 2005), vieron la espiritualidad como un proceso psicológico que no nace instintivamente de la fisiología humana y mediante el cual el sí mismo emerge a la conciencia, en un movimiento constante que la persona lleva a cabo para conseguir su propio crecimiento, autoliberación o realización.

Se viene observando que la mayoría de investigaciones publicadas que refieren de alguna manera a la dimensión espiritual, la definen desde el modelo teórico de Frankl

(1965), enmarcado en la llamada psicología existencial, que motiva la búsqueda personal de sentido, propósito y significado de la vida.

Para Frankl (1965 en Rodríguez- Fernández, 2011) una persona es categorizada como espiritual en la medida que trata de encontrar aquello que percibe como sagrado (Rodríguez- Fernández, 2011). Desde aquí se puede citar la definición de Ross (1995) concibiendo la espiritualidad sobre la base de tres aspectos primordiales: voluntad, propósito y significado. Por lo tanto, la espiritualidad puede condicionar la recuperación física y mental, a través de una profunda comprensión del propósito o significado de la vida o por un deseo intenso de vivir.

En esta misma línea, Rodríguez et al., (2011) describen a la espiritualidad como la cualidad que impulsa al ser humano a trascender y a darle un propósito a su existencia, buscando los medios necesarios para lograr estos objetivos mediante una vinculación significativa con Dios, sea cual fuere la concepción que se tenga de él, con los demás, dentro o fuera de las instituciones religiosas.

A partir del modelo cognitivo-conductual, Beck (1992) indica que la espiritualidad llegó a definirse en ausencia de referencias a lo sagrado o a la trascendencia, únicamente desde cualidades humanas indicando que en las definiciones actuales no se excluyen elementos religiosos de sus contenidos.

Lenoir desde el mismo enfoque (2005 en Rodríguez et al., 2011) entiende a la espiritualidad, como una experiencia personal y subjetiva, que aporta tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado, para adquirir la armonía con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, de posturas amplias y abiertas que respetan la autonomía individual y permiten un dilatado sincretismo filosófico y teológico. La espiritualidad es la forma de entender de la gente y vivir su vida, en la exploración de su significado y valor, englobando un estado de paz y armonía.

En otras líneas de investigación, Seligman (1999) en su responsabilidad como presidente de la Asociación Americana de Psicología, crea uno de los más recientes modelos teóricos denominado Psicología Positiva, que tiene como objetivo dar un nuevo enfoque a las potencialidades y virtudes humanas, analizando las condiciones y los procesos que contribuyen en la prosperidad de los individuos y sociedades. Peterson y Seligman (2004)

no discriminan entre espiritualidad y religiosidad, asimilándolas como el conjunto de creencias y prácticas basadas en la creencia de que existe una dimensión trascendente, no física, de la vida. Estas creencias son persuasivas, abarcadoras, y estables, y aportan conocimientos acerca de las capacidades de las personas, los significados que edifican y el modo en que se relacionan con otros. Según Valiente-Barroso & García-García (2010) la espiritualidad conlleva un vínculo poliédrico con lo trascendente y empírico, tanto desde la religiosidad y sus expresiones, como a través de vivencias asociadas al arte, la filosofía y la naturaleza.

Koenig (2010) desde una perspectiva holística biopsicosocial, señala que la espiritualidad se diferencia del humanismo, los valores, la moral y la salud mental, por su conexión con lo sagrado y lo trascendente. Describe a la espiritualidad como: Profundamente vinculada a lo sobrenatural y a la religión, aunque también va más allá de la religión. La espiritualidad engloba una búsqueda de lo trascendente, y en consecuencia compromete un viaje a lo largo del camino que lleva desde la firme incredulidad al cuestionamiento, o a la creencia, a la devoción, a la entrega.

Desde la base de un enfoque psicodinámico, Schreurs (2004) refiere que la espiritualidad, a diferencia de la religión, es la variable más valiosa en el campo de la psicoterapia, ya que ésta se encarga de las relaciones personales del individuo. Esto es así, aparte de que la preocupación central del paciente con la trascendencia constituya o no la inquietud central de su vida. La autora declara también, que las personas sienten profundamente la religión y la espiritualidad, pudiendo llegar a obsesionarse por miedos intensos y omnipresentes. Si no son comprendidos o respetados, en esta cuestión, sufren sin remedio y si se sienten atormentados, por dudas espirituales, su propia existencia se pone en juego.

3.3 Diferentes Perspectivas de Espiritualidad.

Según Krishnakumar y Neck, (como se citó en Pérez Santiago, 2007) las diversas definiciones en la literatura sobre el tema de la espiritualidad pueden agruparse en tres perspectivas: la perspectiva de origen intrínseco, la perspectiva religiosa y la existencial.

- 1- La perspectiva de origen intrínseco alega que la espiritualidad es una noción o principio que se forma en la intimidad de la persona. Esta óptica mantiene que la espiritualidad no se limita a los preceptos de la religión y que es capaz de trascenderla. Implica un sentimiento de conexión con uno mismo, los demás y el universo entero. Dado lo anterior, la espiritualidad se comprende como una búsqueda interna de significado que puede llevarla a cabo cualquier persona sin importar si pertenece o no a una denominación religiosa particular.
- 2- La perspectiva religiosa de la espiritualidad es aquella que surge de las creencias e instituciones vinculadas a una religión concreta. Se ampara en la existencia de un Ser Supremo que controla los destinos de los seres humanos, mostrándoles a sus seguidores reglas, rituales y prácticas sobre la convivencia y la conducta moral. La dimensión espiritual se crece en la medida en que la persona ejecuta estas normativas institucionales.
- 3- La perspectiva existencial otorga mayor intensidad en la búsqueda de significado personal en sus vidas. Esta búsqueda de significado es dinámica y se da en todos los entornos sociales con los que se interactúa, como la comunidad, familia, pareja y trabajo. En esta perspectiva adquiere excepcional importancia la solidez valorativa entre los principios éticos-morales del individuo y las exigencias del ambiente externo. La relación o no entre estos dos elementos propician el cuestionamiento continuo sobre la contribución relativa de las actividades en las que la persona se involucra a su sentido de bienestar y armonía individual.

Sin duda, pueden encontrarse definiciones que traten con claridad una de las perspectivas, pero también se van a encontrar definiciones que integren dos o tres perspectivas, ya que por ejemplo, podría existir la espiritualidad cuya base es religiosa, pero se asienta en un origen intrínseco y tiene implicaciones a nivel existencial; es decir, se pueden encontrar definiciones que indican que el centro de la espiritualidad es Dios, el

vínculo que existe con Él, el amor dirigido a Él, pero vivida en la intimidad de la persona, y reflejada en las relaciones que fija la persona con los demás, lo mismo que le da sentido y significado a su vida.

3.4 Tipos de Espiritualidad Relacionada con la Salud.

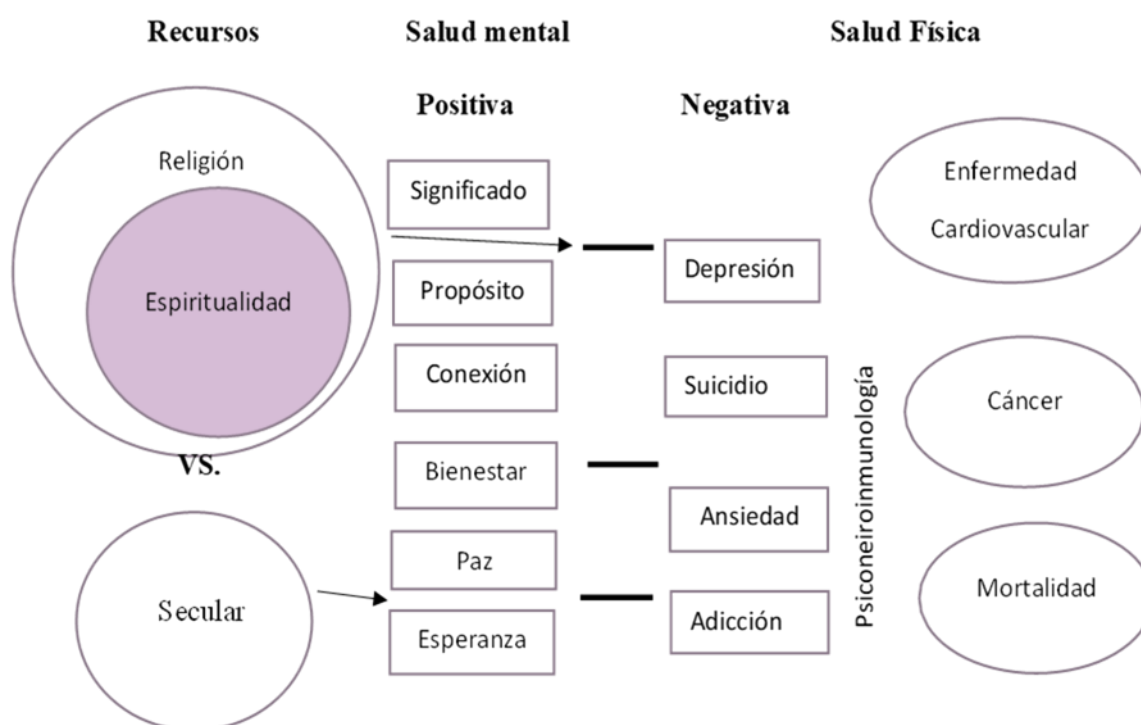
Koenig (como se citó en Quiceno y Vinaccia, 2009) propuso cuatro modelos para relacionar la salud mental y física con la religión y la espiritualidad o secularidad (laicidad):

3.4.1 Versión Tradicional-histórica de la Espiritualidad

Se distingue por la intensa religiosidad, dedicación a la asistencia de la religión y los miembros de un colectivo y la formación de las tradiciones de la fe a través de testimonio de vida. En esta versión, la religión, la espiritualidad y la secularidad (laicidad) son recursos que pueden impulsar valores morales, nexos con otros, tranquilidad, armonía, bienestar, esperanza, rasgos positivos de carácter y estados mentales positivos como la finalidad y significado de la vida.

Figura 6.

Versión Tradicional-histórica de la Espiritualidad



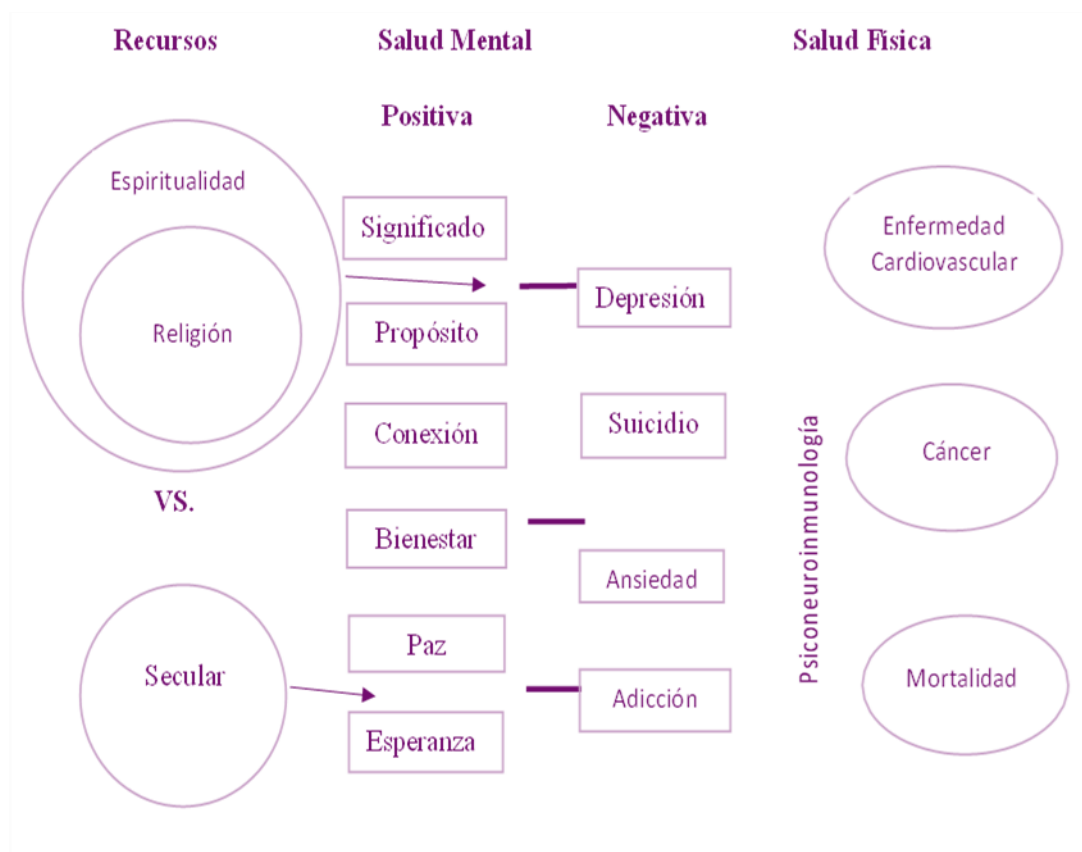
Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos de Quiceno y Vinaccia (2009)

3.4.2 Versión Moderna de la Espiritualidad

Se distingue porque amplía o va más allá de la concepción de religión tradicional. El término espiritualidad ha sido empleado más extensamente en la protección de la salud, su objetivo ha sido aplicarlo tanto a personas de distintos credos religiosos como a las que no lo tienen, lo cual abre una nueva condición de “personas espirituales, pero no religiosas”. Esta versión conceptualiza la comparación de la salud mental y física de los que son “completamente seculares”, los que son “espirituales, pero no religiosos”, y los que son “espirituales religiosos”.

Figura 7.

Versión Moderna de la Espiritualidad



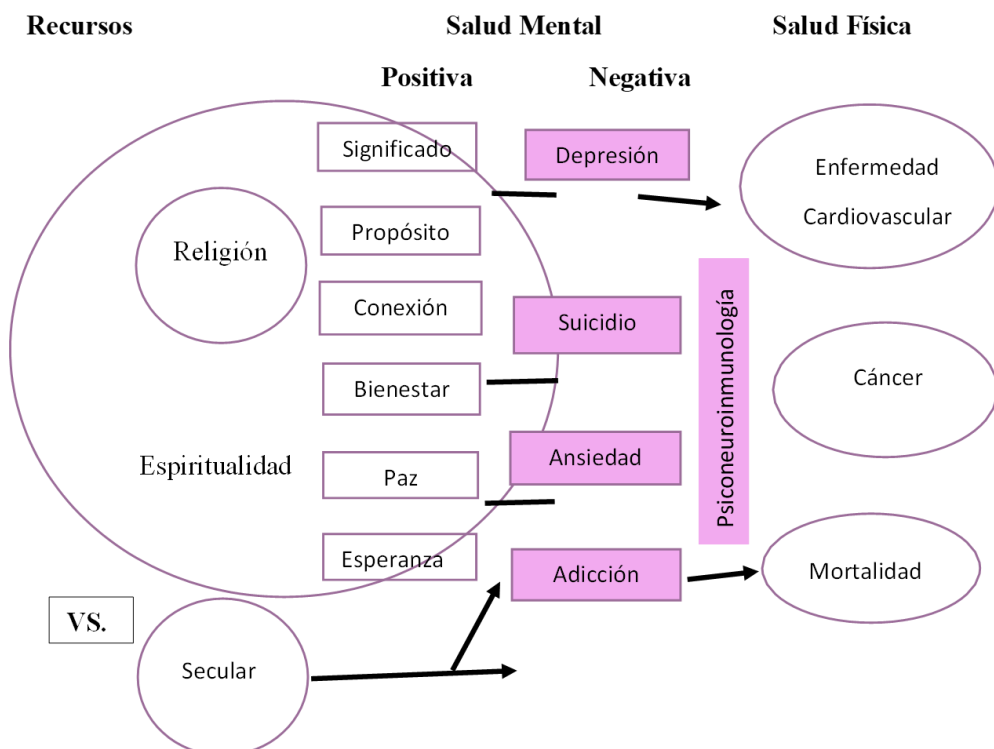
Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos de Quiceno y Vinaccia (2009)

3.4.3. Versión Tautológica de la Espiritualidad

Aunque es similar a la anterior (versión moderna) se caracteriza porque se extiende hacia afuera incluyendo en su definición, la salud mental positiva y los valores humanos. Este concepto de espiritualidad incluye no sólo indicadores religiosos tradicionales o una búsqueda de lo sagrado, sino también estados psicológicos positivos como propósito y significado de vida, la conexión con los demás, tranquilidad, armonía y bienestar. Se describe como versión “tautológica” porque incluye guías de salud mental en la definición de espiritualidad, lo que asegura una relación positiva entre estas dos variables.

Figura 8.

Versión Tautológica de la Espiritualidad



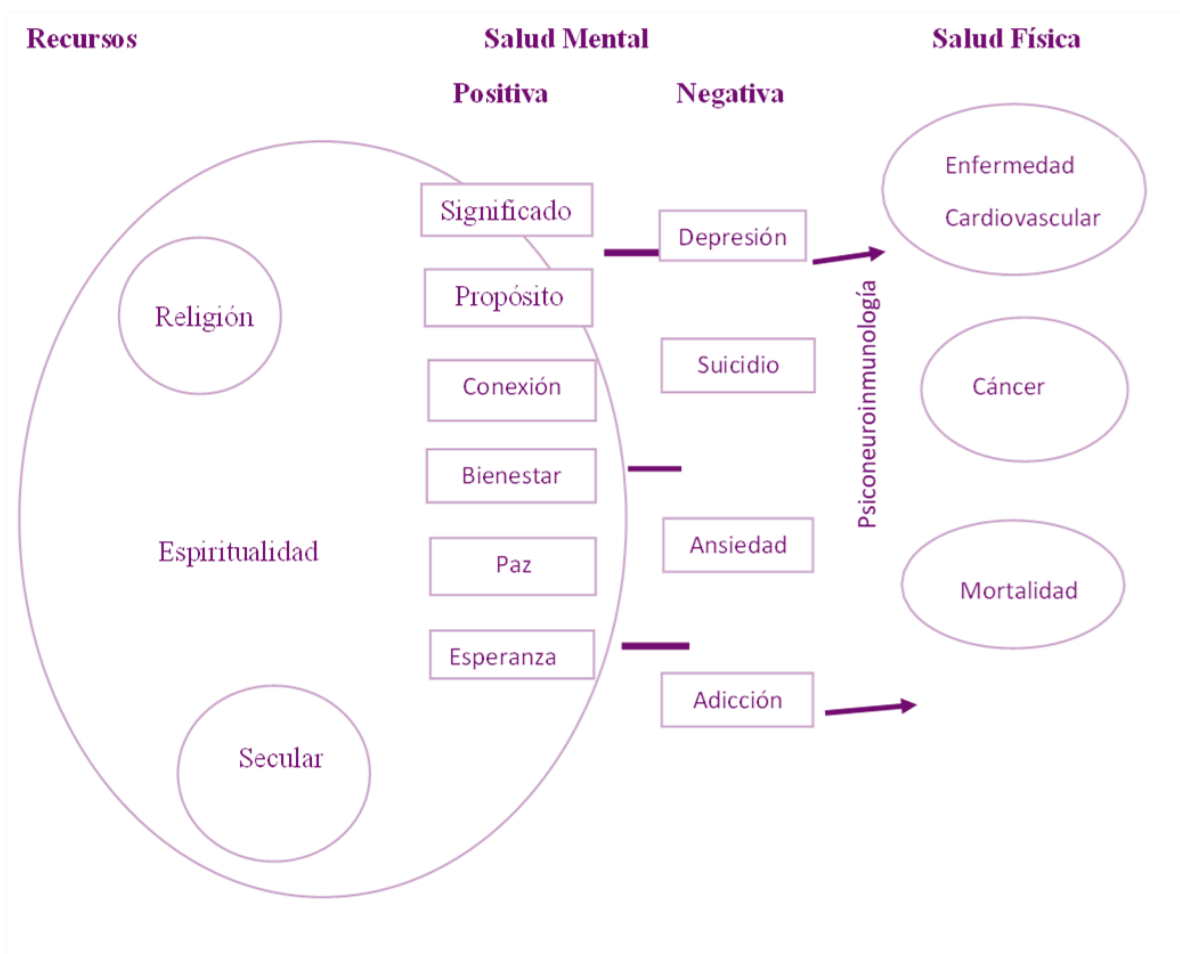
Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos de Quiceno y Vinaccia (2009)

3.4.4 Versión Clínica Moderna de Espiritualidad

Esta versión se caracteriza porque no solo incluye las anteriores, es decir, el constructo de religión y los indicadores positivos de salud mental, sino también lo secular laicismo como elementos de su definición. En este modelo es considerado espiritual incluso lo agnóstico y lo ateo es vital, un elevado sentimiento del significado de la vida, creencia en la otra vida y grado de certeza de otra vida después de la muerte que no estaría sujeta a afiliación religiosa concreta. Mientras que la religiosidad estaría más relacionada a prácticas y rituales asociados a una filiación religiosa concreta.

Figura 9.

Versión Clínica Moderna de Espiritualidad



Fuente: Elaboración propia a partir de los conceptos de Quiceno y Vinaccia (2009)

3.5. Diferencias y Consonancias entre Religiosidad y Espiritualidad.

Puesto que las religiones tratan de promover la espiritualidad por medio de sus principios, existe gran desconcierto sobre el control de las variables religiosidad y espiritualidad. Éstas no son conceptos excluyentes y pueden superponerse o existir separadamente, por tal razón, deben ser cuidadosamente clasificados e interpretados, (Carmen Fuentes, 2019).

Según la literatura revisada, la espiritualidad es un concepto individual que puede o no incluir la creencia en un dios, y se constituye en una búsqueda personal de respuestas acerca del significado de la vida, el universo y la relación con los demás.

Por el contrario, la religiosidad simboliza una forma de organización, de creencias y prácticas propuestas por una religión para el sentido individual de lo sagrado y / o trascendente, estando unidos, a una doctrina concreta compartida con un grupo (Faria & Seidl, 2005).

Una distinción fundamental es que el concepto de religiosidad engloba aspectos individuales e institucionales, mientras que la espiritualidad es un acontecimiento individual, equiparado con aspectos de trascendencia personal y un manantial de significados para sucesos de la vida (Miller & Thoresen, 2003).

Para discriminar ambos conceptos considerar que muchos sujetos se definen a sí mismos como religiosos, siguiendo un orden institucional; algunos se definen como espirituales, pero no religiosos, evidenciando una valoración negativa hacia aquello que representa la religiosidad, mientras que otros se presentan como escépticos de cualquier tipo de creencia transcendental (Etchezahar & Simkin 2013).

Hill & Pargament (2003) piensan que las dimensiones de religiosidad y espiritualidad tienen en común que lo sagrado está en el centro de ambas. Las investigaciones teóricas tanto como los estudios empíricos revelan que tanto la religiosidad como la espiritualidad son constructos multidimensionales, formados por un abanico de conductas, experiencias, relaciones y respuestas fisiológicas que están al servicio de múltiples objetivos e implican diversas consecuencias (Idler et al.,2003).

Koenig, McCulloch & Larson (2001) expusieron un análisis crítico, organizado y extenso de más de 1200 estudios empíricos y 400 comprobaciones que examinaron las relaciones entre espiritualidad y religión y, finalizaron diciendo que observaron entre un 60% y un 80% de relación entre mejor salud con religiosidad o espiritualidad. Los beneficios de la espiritualidad según estos autores son triples: promueven la tolerancia frente al padecimiento de enfermedades físicas y mentales, ayudan a la prevención, aceleran la recuperación

González (2015) explica que actualmente existe una vasta evidencia empírica sobre los beneficios que la espiritualidad tiene sobre la salud, ya que capacita al individuo a hacer cambios positivos en su estilo de vida y a tomar conciencia de cómo las creencias, actitudes y comportamientos pueden afectar positiva o negativamente su salud.

Richards & Bergin (2005) indican que es necesario que los profesionales de salud mental evalúen las bases espirituales de sus pacientes, así como estilos de vida religiosa y sus creencias para ser suficientes para entender la visión global que sus pacientes tienen de sus vidas y así aumentar la capacidad de entenderlos y poder ayudarlos. Así que, como los términos religiosidad y espiritualidad aluden a realidades distintas, es fundamental saber cómo diferenciarlos (Paloutzian & Park, 2005).

El rastreo bibliográfico realizado indica que existe una polarización con relación a estas dos dimensiones, por una parte, la religiosidad es entendida como un concepto ligado al aspecto institucional, creencias, dogmas, doctrinas y rituales, mientras que la espiritualidad está relacionada con la trascendencia, la compasión, el vínculo con la naturaleza y con lo personal y subjetivo.

Se concluye que la religiosidad se refiere a la adherencia a un conjunto de creencias y prácticas de una institución religiosa organizada, y que la espiritualidad es una dimensión que incluye debates sobre el significado, propósito y sentido de la vida, conectividad (con los otros, la naturaleza, lo divino), búsqueda de lo trascendente, valores (por ejemplo, la justicia) pudiendo incluir o no creencias religiosas.

3.6. El Fenómeno de Autotrascendencia y la Espiritualidad.

La espiritualidad es una señal experimental de la suficiencia del ser humano para la autotrascendencia ya que es una forma de relación con algo más elevado que el propio ser, un punto de divinidad de la vida. Se encuentran trabajos de investigación que señalan que algunos pacientes relatan como necesidad espiritual el que algún sacerdote los asista cuando se encuentran enfermos de muerte. También que alguna enfermera les atienda y dedique parte de su tiempo a conversar sobre aspectos espirituales. A través de la espiritualidad, puede verse de forma objetiva las circunstancias del pasado que han llevado a la persona a estar donde está ahora y que, de alguna u otra forma, influirá donde estará después, porque la persona cree que todas las situaciones que ha pasado tienen un por qué y un para qué, es decir, no son aisladas, sino que cada una tiene un espacio particular en la vida. La autotrascendencia se considera la cima de lo espiritual, expresa la conexión con todo, por lo que, dota a las personas de sentido en toda su existencia. Conocer la importancia que tiene la espiritualidad al final de la vida posibilita poder crear nuevas maneras de incentivar el cuidado en la persona mayor, al respetar las creencias espirituales y permitir su demostración.

En este punto, la espiritualidad en sus importantes demostraciones personales viene a conectar a la persona adulta mayor con su vida, incorporando el sentido de ser en el universo y su cometido en el mundo. Uno de los elementos personales que favorecen la autotrascendencia, además de ser contextual, en la persona adulta mayor, está relacionado con las creencias y prácticas religiosas de forma más habitual.

La espiritualidad se expresa de distintas maneras entre las personas adultas mayores, pues la situación de vida, sus creencias, costumbres y tradiciones condiciona la forma en que se vive la espiritualidad. Algunas manifestaciones están relacionadas a la religiosidad como asistir a una iglesia o pertenecer a un grupo religioso y otras más relacionados a la sensación de confianza y pasión por un ser superior.

En la vejez se consigue alcanzar una madurez íntegra, abierta a nuevos confines espirituales, con una mirada puesta a autotrascender. Suele tenerse más tiempo para reflexionar sobre el sentido de la vida y con ello la espiritualidad se vuelve un elemento importante en la vejez. Partiendo de la reflexión del ciclo vital, desde la niñez se suelen

hacer proyecciones hacia lo que se desea en la vida adulta, se considera como una meta personal tener una carrera o familia, un patrimonio o un trabajo bien establecido; sin embargo, no suele visualizarse la vejez como una meta. Si durante la juventud y la adultez se lograron los proyectos de vida es probable que durante la etapa de vejez se busque más estar en armonía y tranquilidad consigo mismo, su familia y la sociedad.

En cambio, si durante alguna de las etapas de vida no se logró conseguir alguna de las metas básicas, se puede generar insatisfacción o mala adaptación a la vejez

La espiritualidad como un elemento personal para la autotranscendencia aparece con mayor frecuencia en literatura en personas adultas mayores. Esto podría explicarse porque las personas mayores presentan mayores niveles de espiritualidad y, por lo tanto, de autotranscendencia.

En algunos estudios se ha evidenciado la espiritualidad como apoyo, que alivia la ansiedad y estrés, Esto se ha visto mayormente en personas de edad avanzada. La persona adulta mayor se encuentra al final de su vida y tiene un encuentro más cercano con la muerte, por lo que la espiritualidad refuerza su sentido de conexión con aquello próximo a acontecer; es una forma de autotranscendencia incorporada.

Una vejez satisfactoria es una sensación de bienestar integrada del yo como parte del todo donde se promueve la autotranscendencia, favoreciendo ese sentido de vida, un sentimiento de salud integral donde el autoconcepto positivo, felicidad, moralidad, forman parte del crecimiento.

3.7 Visión del Envejecimiento Desde el Punto de Vista Psicológico y Espiritual.

Imaginemos a una anciana sentada en un banco de un parque, con la mirada perdida en el vacío. ¿Qué comienza a suponer? Si su reacción automática es pensar que la mujer se siente deprimida y marginada, y que eso representa un problema, usted estaría bajo la influencia de la teoría de la actividad. Si cree que la mujer se va alejando poco a poco de la vida, en una especie de aproximación elegante y gradual a la muerte, pero que eso no tiene nada de malo, estaría bajo la influencia de la teoría de la desvinculación. Si se resiste totalmente a hacer este ejercicio, se hallaría en un estado de negación. Pero si aunque sea por un instante le pasa por la cabeza la idea de que tal vez la mujer esté en medio de una experiencia trascendente, y que no está desvinculada ni marginada sino que, más bien, asume la totalidad de la vida en un estado silente de éxtasis y asombro, usted sería un avanzado de la gerontología y se encontraría entre los estudiosos más destacados que tratan de instituir una visión absolutamente novedosa y apasionante del envejecimiento, a la vez que una nueva comprensión de las ocasiones que ese proceso nos puede traer del envejecimiento como camino espiritual, que se encuentra en casi todas las tradiciones religiosas y espirituales. En el momento que eliminamos las exigencias, las fantasías y la negación, empezamos a reconocer que el envejecimiento tiene el potencial de activar nuevos niveles sin igual de autoafirmación, significado y crecimiento espiritual.

En un libro titulado *The Psychology of Mature* los autores Polly Young-Eisendrath y Melvin E. Miller definen la madurez espiritual como un acontecimiento de tres dimensiones: Integridad, sabiduría y trascendencia del ego, son los términos que utilizó Erik Erikson en su estudio sobre la última etapa del desarrollo, es decir, la vejez.

Al vivir en esa etapa, se nos da la ocasión de integrar todos los componentes de nuestras vidas: lo bueno, lo malo y lo feo. Si esa integración se deshace, o si no se logra totalmente, se pierde la esperanza. El resultado de esa integración es el conocimiento, la capacidad de percibir la verdad de nuestra existencia más visiblemente porque seguimos viviéndola con libertad y plenitud. Esto conlleva una perspectiva trascendente, no porque hayamos pasado por alto la realidad determinada y finita de nuestras vidas, sino porque hemos calado en ella y la hemos experimentado más intensamente.

“Les aseguro que, si ustedes no cambian y se vuelven como niños, no entrarán en el reino de los cielos” (Mateo 18:3)”. Tal vez el lector tenga que cambiar totalmente su idea de la espiritualidad madura y, paradójicamente, volverse como un niño para alcanzar esa madurez. Los adultos tienen muchas respuestas a muchas preguntas, aunque a veces desconocen realmente lo que afirman.

CAPITULO 4

ACTITUDES ANTE LA MUERTE

4.1. Concepto y Naturaleza de la Actitud.

Una descripción clásica de actitud es la considerada por Allport, que la contemplaba como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce el poder directivo activo en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” Allport, 1935.

Esta definición plantea ya varias peculiaridades centrales de la actitud (Vallerand, 1994, citado Fernández, 2017):

- a) es un constructo no observable directamente; b) posee un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción aunque no se debe confundir con ella y también influencia la percepción y el pensamiento c) conlleva una organización; una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; posee un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción aunque no se debe confundir con ella y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es duradero; y, f) tiene un ingrediente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado. Igualmente, otros dos elementos que se suelen integrar en los acontecimientos actitudinales son: 1) su naturaleza definitoria de la identidad del individuo; y, 2) el ser valoración evaluativa, y guardados en la memoria en término de largo plazo. (Zimbardo y Leippe, 1991, citado en Fernández, 2017).

4.2. Evolución del Estudio de las Actitudes a lo Largo del Siglo XX.

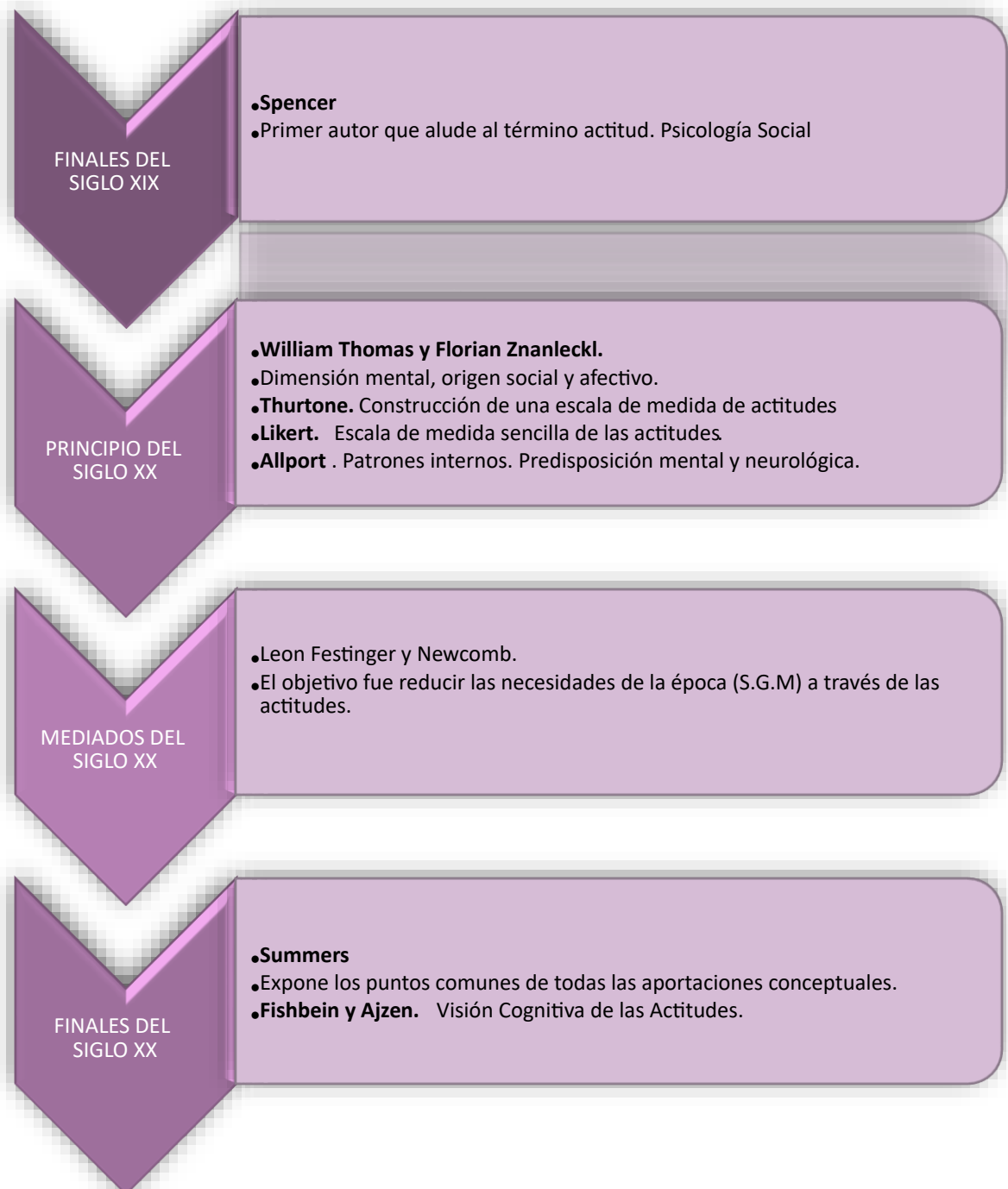
Se tiene testimonio que el primer estudio de investigación sobre las actitudes es el que realizaron William I. Thomas y Florian Znaniecki, entre los años 1918 y 1920, creando e incluyendo el concepto dentro de la psicología social. Con la publicación del trabajo de investigación de Thurstone en 1928, “Las actitudes se pueden medir”, y la construcción de una escala de medida en 1929, se consolida la noción de actitud en psicología social. Esta aportación retiró las dudas sobre la existencia de las actitudes, ya que la viabilidad de medirlas las convirtió en un término más palpable, en el año 1932, Rensis Likert creó de una escala de medida más simple, siendo esto un gran avance en la medida de las actitudes.

El estudio de las actitudes se centró durante los años treinta, en elementos metodológicos y de medida, época en el que Gordon W. Allport (1935 citado en Fernández, 2017) renovó el concepto, perdiendo su asentamiento social con el antes se había consolidado.

Tabla con la evolución de las actitudes desde sus comienzos y sus diferentes autores. Ver figura 10.

Figura 10

Evolución de las Actitudes a lo largo del siglo XX

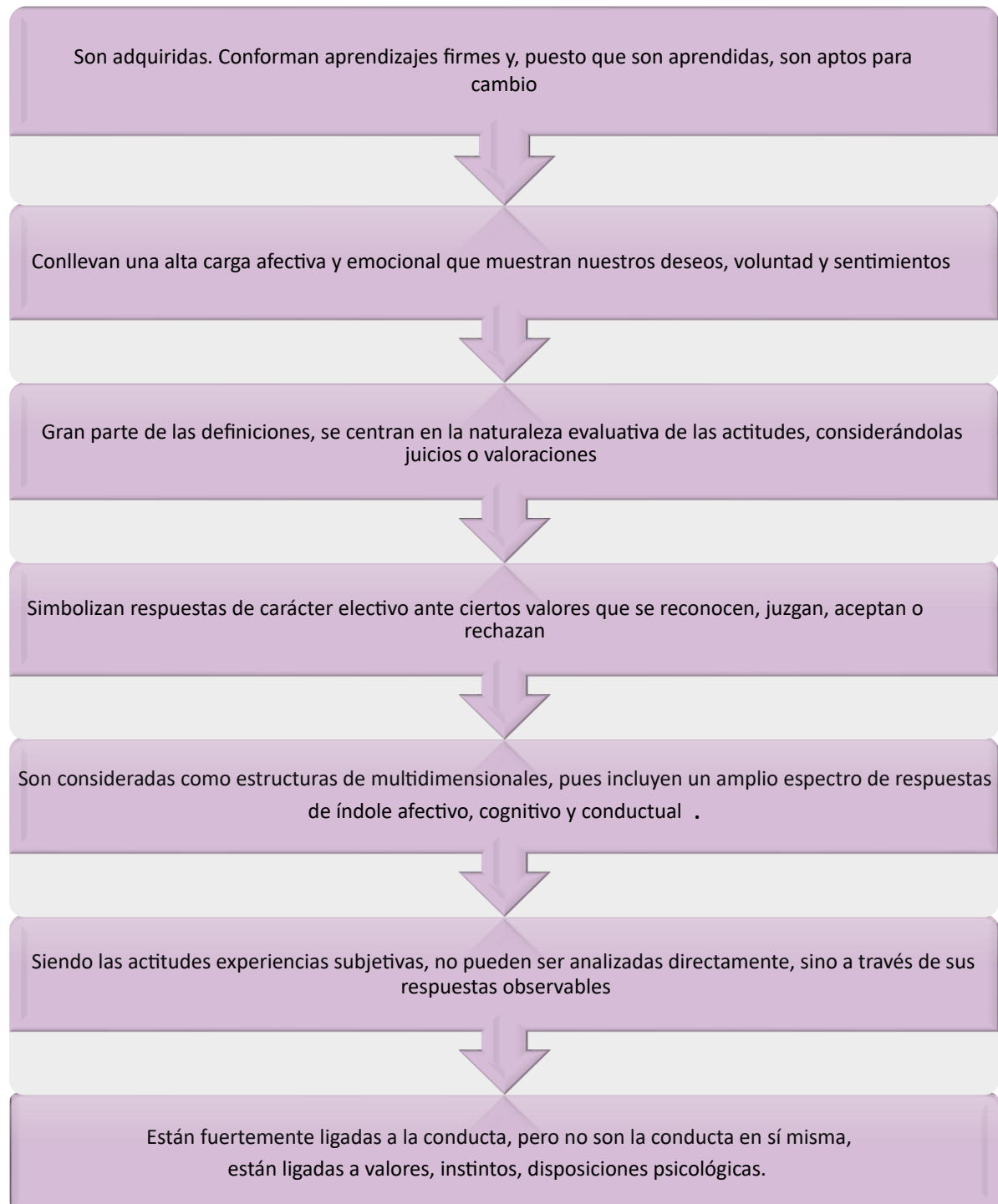


Fuente: Elaboración propia basada en los conceptos teóricos descritos

4.3. Nociones de las Actitudes a lo Largo del Siglo XX.

Figura 11

Nociones de las Actitudes a lo Largo del Siglo XX. (González, 1981)



Fuente: González (1981)

4.4. Componentes de las Actitudes.

Modelo Tridimensional. Según el modelo tridimensional las actitudes contienen tres componentes: a) cognitivo; b) afectivo; y, c) conativo-conductual (McGuire, 1968, 1985; Breckler, 1984; Judd y Johnson, 1984; Chaiken y Stangor, 1987, citado en Fernández, L, S. 2017).

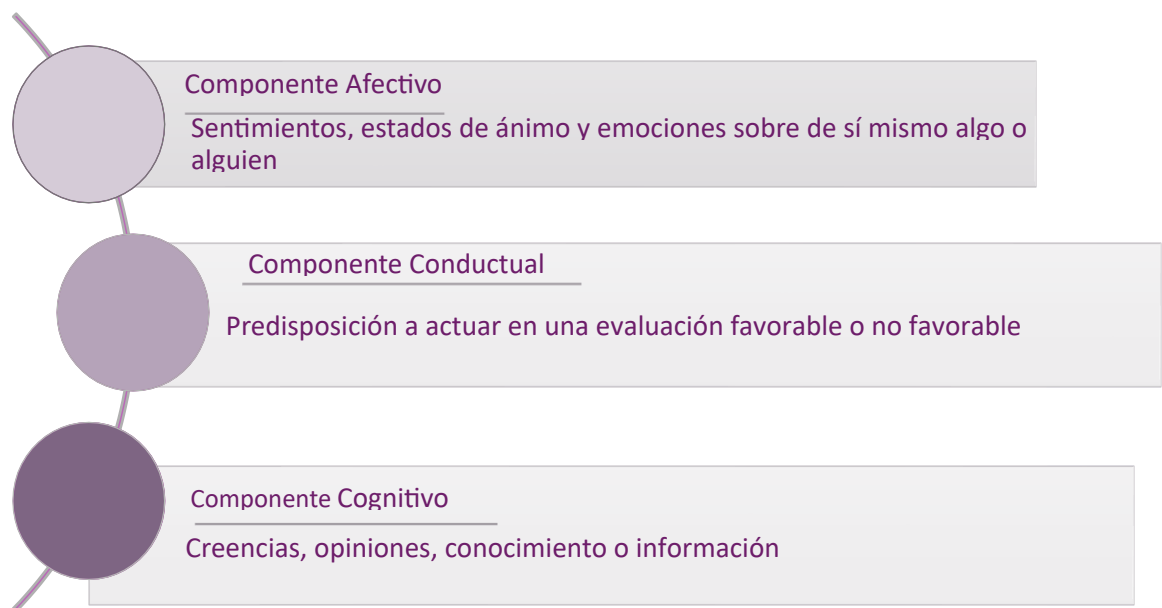
El componente cognitivo se fundamenta en el modo como es percibido el objeto actitudinal (McGuire, 1968), o sea, el conjunto de creencias y opiniones que el individuo se ha formado sobre el objeto de actitud y a la comunicación recibida sobre el mismo (Hollander, 1978, citado en Fernández, L, S. 2017).

El componente afectivo podría describirse como los “sensación de agrado o desagrado hacia el objeto” (McGuire, 1968, citado en Fernández, L, S. 2017).

El componente conativo relata a “las orientaciones, disposiciones o intenciones conductuales ante la actitud” (Rosenberg, 1960; Breckler, 1984 citado en Fernández, L, S. 2017).

Figura 12.

Componentes de las Actitudes



Fuente: Elaboración propia basado en el modelo tridimensional de las actitudes

4.5. Actitudes Ante la Muerte en la Vejez.

Las actitudes ante la muerte están muy conectadas con la visión personal del mundo y con el lugar que uno considera que ocupa en él son consecuencia de la educación, que difiere en función del contexto cultural.

Determinadas actitudes ante la muerte están vinculadas a la edad, aunque lo que impera es la percepción individual, y es ahí, a nivel individual, donde se debe actuar, causando una atención individualizada, personalizada de calidad González (1981).

La actitud frente a la muerte obedece a múltiples causas: la personalidad, el estilo de vida, el contexto sociocultural, las relaciones humanas mantenidas y las que se sostienen con la familia y los amigos. Sería conveniente ayudar a aceptar la realidad, la situación, la edad, con sus limitaciones. Para obtener un adecuado desarrollo personal el ser humano tiene que dejar atrás lo que ha muerto y proseguir su camino hacia delante, aunque sabemos que esto no es nada fácil y que continuamente anhelan sus años de juventud y a las personas que quedaron atrás.

Al reflexionar sobre las actitudes que cada persona toma ante la muerte, hay que analizar ciertos aspectos que las determinan:

En primer lugar, la incapacidad de hablar de una actitud clara ante la muerte, a ninguna edad, ni en ningún momento, ya que, como subrayó Freud (1918) la muerte propia es imposible imaginar y, por ello, en lo inconsciente, todos tenemos la certeza de nuestra inmortalidad.

En segundo lugar, la influencia que producen los aspectos personales y el contexto, determinando las situaciones en las que el sujeto se encuentra y que influyen sobre sus particulares actitudes ante la muerte. Circunstancias de las que destacan, por su importancia, fundamentalmente dos:

- Según el sujeto se plantee la muerte propia o la de otra persona.

- Según el sujeto se encuentre en una situación en la que se enfrenta directamente con la muerte o en una situación en la que se piensa acerca de la posibilidad de la muerte en general y remotamente.

En tercer lugar, los planteamientos que cada uno mantenga con respecto a la muerte y que determinarán sus actitudes ante la misma.

4.6. Variables que Determinan las Actitudes del Anciano a su Propia Muerte.

Algunas variables, parecen tener una mayor influencia sobre las actitudes de la población anciana hacia la muerte, éstas pueden ser:

- **La edad.** La edad es una de las variables de más peso en la actitud hacia la propia muerte. En los intervalos de edad comprendidos entre 65 y 95 años la respuesta más común es la aceptación de la muerte como algo que es inevitable. En el intervalo de edad de 85 a 95 años aumenta ligeramente el porcentaje de aceptación; parece que la inminente proximidad conlleva un mayor grado de aceptación.
- **El estado civil.** El estado civil influye en las actitudes que los ancianos exhiben hacia la muerte, se ha visto que los ancianos casados tienen una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos y los solteros (Wagner y Lorion, 1984, citado en Fernández, 2017).
- **La religiosidad.** Algunos artífices encuentran que a mayor grado de religiosidad se encuentra menor ansiedad ante la muerte (Jeffers, Nichols y Eisdoffer, 1961; Wolff, 1970, citado en Fernández, 2017) creen que esto puede ser debido al apoyo emocional y a que las creencias son un factor protector contra el miedo.
- **La institucionalización.** Los que viven en residencias de ancianos refieren menor miedo a la muerte y se encuentran con actitudes más positivas ante ella. Estas diferencias disminuyen a partir de los 85 años, entonces surge un mayor grado de aceptación ante la muerte, aunque los ancianos estén institucionalizados o residan con familiares (Rubio Herrera, 1981, citado en Fernández, 2017,).

4.7. Actitudes del Anciano Frente a la Muerte de los Demás.

A pesar del impacto que la muerte de seres queridos puede ejercer en los adultos mayores, algunos estudios, manifiestan que, algunas veces son desproporcionadas las expectativas que la población, e incluso los profesionales sanitarios mantienen sobre las altas reacciones tanto fisiológicas como psicológicas esperables en los ancianos en esta situación, que las que real y objetivamente se producen (Wortman y Silver, 1989, citado en Fernández, 2017). Se indica además que, a pesar del impacto que estas muertes ejercen sobre la salud y la estabilidad del anciano, sobre todo en los primeros días o semanas, el anciano es también capaz de desarrollar estrategias que le permiten superar ese estado, sobre todo cuando se le presta ayuda, una vez que el anciano tiene que afrontar la pérdida de un ser querido, lo hace de forma más positiva de lo que él mismo podría esperar, debido a que pone en marcha y utiliza mecanismos, tanto internos como externos, de los que no era consciente que poseía.

4.8. Actitudes Ante la Muerte Según Contexto.

Las actitudes ante la muerte varían de unas culturas a otras, por ello, es lógico interpretar que su diversidad será tanta, como culturas existan, y cada una de ellas ha elaborado su propia concepción de la muerte, lo que ha costado años de historia. Así, si se quiere conocer la diversidad de actitudes ante la muerte, tendríamos que adentrarnos en el contexto social en que se desarrolla cada ser humano. Ahora bien, si se plantea entender la actitud ante la muerte, desde una visión más individualizada, el ser humano produce sus propias actitudes ante la muerte a partir de su interpretación e interacción con el medio en el que vive.

Esto hace que existan diferencias entre unas personas de otras, porque el entorno de cada uno y las interacciones que se dan, difieren de unos a otros. En relación con el final de la vida, las actitudes ante la muerte están estrechamente vinculadas a la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mismo. Esto, a su vez está ligado al control percibido de la realidad, con las experiencias referidas a la muerte, la esperanza de vida y con las creencias religiosas.

La muerte origina distintas emociones y actitudes en las personas, pero sin duda alguna las respuestas más habituales son la ansiedad y el miedo. Según Limonero (1997), la ansiedad puede verse como una reacción emocional desencadenada por la percepción de estímulos de peligro o amenaza a la propia vida; mientras que el miedo a la muerte se refiere al proceso de morir, el sufrimiento que produce. Ante estas dos posibles respuestas se pueden dar cambios en la estructura de las actitudes del individuo, ya que influyen significativamente en el componente afectivo de la actitud y, un cambio en uno de los componentes hace que se modifiquen los otros dos componentes restantes, el cognitivo y el conativo. Este cambio va a tener efecto en la conducta de la persona, pudiendo causar dos posibles reacciones: una de ellas positiva y la otra negativa:

1-Conducta positiva, el miedo y la ansiedad a la muerte son prudenciales, puede llevar a que la persona tenga mejor valoración de su vida.

2-Conducta negativa, la muerte angustia y obsesiona a la persona, puede llevar a comportamientos agresivos e inadaptados.

4.9. Dimensiones de las Actitudes Hacia la Muerte.

Según Freud (1918) los seres humanos mantienen dos probables actitudes ante a la muerte: la negación y la aceptación. Contempla que el ser humano no concibe la muerte propia y que “en el inconsciente, cada uno de nosotros está convencido de su propia inmortalidad” (Freud, 1918, p. 289). También afirma que es impensable concebir la muerte del otro, ya que la persona que lo hace siente un profundo malestar. Afirmaba que la vida es íntegra solo si se acepta que la muerte es real. Con Freud podemos concluir, que la vida puede adquirir un sentido solo si la muerte es aceptada en lugar de negada.

Se podría poner en duda el hecho de que la negación y la aceptación sean las únicas actitudes que el ser humano tiene frente a la muerte. (Feifel 1955, citado en Neimeyer et al., 2004) fue el primer psicólogo en analizar las actitudes frente a la muerte de forma experimental a pesar de que no había en aquella época instrumentos que midieran dichas actitudes.

El primer instrumento estandarizado creado para medir las actitudes frente a la muerte fue la Escala Collett-Lester en 1969 (Neimeyer et al., 2004). Este instrumento mide el miedo a la muerte propia, miedo a la muerte de otros, miedo al proceso de morir propio y miedo al proceso de morir de otros (Espinoza et al., 2011, citado en Fernández 2017). Ahora bien, Nimeyer et al., (2004), afirman que dos de las mejores escalas para medir las actitudes frente a la muerte son el Componente de los tres modelos de aceptación frente a la muerte (*ThreeComponent Model of Death Acceptance*) de Wong et al., (1994) y el inventario multidimensional de la orientación hacia el morir y a la muerte (*Multidimensional Orientation Toward Dying and Death Inventory*) de Wittkowsky (2001).

El (*Three-Component Model of Death Acceptance*) propone que hay tres actitudes de aceptación de la muerte: la aceptación neutral, la aceptación de acercamiento y la aceptación de escape.

Aceptación neutral: Las personas en esta categoría se muestran indiferentes al hecho de morir ya que “uno ni teme la muerte ni le da la bienvenida; uno simplemente la acepta como uno de los hechos inmanentes de la vida y trata de hacer lo mejor en una vida finita” (Wong et al., 1994, p. 126).

Aceptación de acercamiento: Esta categoría “implica una creencia en un final feliz después de la muerte” (Wong, Reker & Gesser, 1994, p. 127, citado en Fernández, L, S. 2017). Esta categoría, se relaciona con la religiosidad ya que, según Dezutter et al. (2009) “las personas religiosas se inclinan más por el enfoque de aceptación hacia la muerte, indicando que la religiosidad como tal está relacionada con una creencia en el más allá” (p. 73).

Aceptación de escape: “Cuando la vida está llena de dolor y de miseria, la muerte puede ser una alternativa bienvenida” (Wong, Reker & Gesser, 1994, p. 127). Es decir, para las personas de esta categoría, la muerte es vista como una solución a los problemas de la vida. En esta categoría se podrían enmarcar los casos de suicidio ya que el suicidio puede ser visto como una solución a una vida que, por su carencia de sentido, no es más que un problema para el que la vive. Cohen (2007), afirma que “la mera posibilidad del suicidio se nos antoja entonces como una promesa de liberación de la absurdidad de la existencia. Por último, Watzlawick et al., (1974) afirmaron que:

Algunos individuos se ven impulsados a pensar, o incluso a cometer, un suicidio debido a que, como Hemingway, son incapaces de vivir de acuerdo con ciertas expectativas. Esto es debido a que experimentan sus vidas como desprovistas de sentido.

Sin embargo, Wong et al., (1994) propusieron otras dos categorías para completar lo que son las actitudes frente a la muerte que son el miedo a la muerte y la evitación de la muerte.

Miedo a la muerte: En esta categoría se entiende que “la persona confronta la muerte y sentimientos de temor son evocados” (Wong et al., 1994, p. 127). Como fue mencionado anteriormente, el miedo es una emoción básica que se activa cuando un estímulo, real o imaginario, es percibido como una fuente de peligro.

Evitación ante la muerte: En esta categoría “la persona evita pensar o hablar de la muerte con el fin de reducir la ansiedad de morir. Por lo tanto, evadir la muerte es un mecanismo de defensa que mantiene la muerte alejada de la consciencia” (Wong et al., 1994, p. 127). Es ésta la única categoría de actitudes frente a la muerte para Freud y además es la actitud que, también para Heidegger, hace que el individuo lleve una vida inauténtica.

Las cinco categorías en conjunto forman lo que Wong et al., llamaron el *Death Attitude Profil* (DAP, o el *Perfil de Actitudes Ante la Muerte* o PAM) que es un instrumento cuyo objetivo es medir cada una de las actitudes mencionadas y es el que hemos utilizado en este trabajo de investigación.

Wittkowsky (2001) resaltó que uno de los problemas de la división de las actitudes frente a la muerte era que la gran mayoría se centraban en las actitudes negativas y muy pocas los hacían en la aceptación de la muerte. Ahora bien, el PAM sí contempla la aceptación de la muerte, pero a diferencia de este instrumento, el creado por Wittkowsky (2001) contempla, además de las actitudes frente a la muerte propia, las actitudes frente a la muerte del “otro” y las actitudes frente al proceso de morir como lo hicieron (Collett y Lester 1969, citado en Neimeyer et al., 2004).

CAPITULO 5

ANSIEDAD Y MIEDO

A LA MUERTE

“Tengo miedo a ese pozo vacío
A esa noche sin fondo
Aunque Dios esté atrás
Tengo miedo a la muerte
Oh Señor, anestésame la muerte
Como a tantos les haces con la vida
Oh, ser sólo una vez y sin remedio
Anestésame la muerte”

José María Valverde

5.1. Revisión Conceptual: La Ansiedad y el Miedo.

Antes de profundizar en el concepto de ansiedad ante la muerte, definamos un término cuyo significado todos entendemos, pero que consideramos es necesario describir en detalle:

La ansiedad se puede definir como estrés prematuro en una persona ante la amenaza de un acontecimiento no especificado que provoca un persistente sentimiento de incertidumbre, que constituye uno de los cambios psicofísicos más importantes en la clasificación nosológica actual. Es un sentimiento subjetivo que incluye miedo, tensión, ansiedad, miedo vago, que suele ir acompañado de manifestaciones fisiológicas más o menos intensas como sudor, temblores, fatiga o aumento del ritmo cardíaco y respiratorio (Navas y Vargas, 2012).

La ansiedad sirve como mecanismo de defensa necesario para la supervivencia, aunque también puede aparecer como parte de diversos trastornos clínicos (Marqueta et al., 2010). Está tan fuertemente asociado con el miedo que los dos términos a menudo se usan indistintamente. Al igual que la ansiedad, el miedo va acompañado de una desagradable combinación de excitación y anticipación. Sin embargo, existen diferencias significativas en la causa, la duración y la atención, lo que indica que ambas entidades son fáciles de distinguir entre sí. (Becerra-García et al., 2007).

El término miedo se utiliza estrictamente para describir una respuesta emocional ante una amenaza específica, una amenaza identificable, determinada por su alta intensidad y que tiene las características de una emergencia. Por lo general, el miedo que tiene un enfoque específico es episódico y disminuye o desaparece cuando la amenaza se aleja de la persona o la persona se aleja de la amenaza. Por el contrario, en un estado de ansiedad, a una persona le resulta difícil identificar la causa de la tensión y la ansiedad o la naturaleza del evento esperado; Sería como tener miedo de algo sin saber exactamente qué es, creando un estado difuso, inespecífico, desagradable y continuo.

Si bien el ascenso y descenso del miedo suele estar limitado en el tiempo y el espacio, la ansiedad es una tendencia a ser omnipresente y persistente, presente, al menos en segundo plano, la mayor parte del tiempo, representando un estado de hipervigilancia más que una respuesta a una crisis (Rachman, 2004). De manera similar, es más probable que el miedo

sea intenso y de corta duración, provocado por desencadenantes y limitado, mientras que la ansiedad tiende a ser uniforme, de menor intensidad y sin límites claramente definidos.

Para Pichot (1987), la ansiedad o angustia, que él utiliza de manera casi idéntica, es un estado emocional de tono negativo, que, desde un punto de vista fenomenológico, se divide en tres elementos principales: la percepción de un peligro inminente, anticipación del peligro y sensación de desorden y conciencia de total impotencia ante el peligro. Esta descripción muestra claramente la relación existente con el miedo. En ambos casos, la percepción de peligro tiene componentes psicológicos y las manifestaciones somáticas son similares, aunque no idénticas. La diferencia teórica fundamental sería que, en el caso del miedo, la fuente del peligro es un objeto o situación que, a diferencia de la ansiedad, amenaza objetivamente al individuo. En este sentido, sigue siendo útil la definición de Jaspers de 1913 en su *Psicopatología general*: “El miedo se dirige contra algo; la ansiedad no tiene objeto”.

La presencia de ansiedad en todas las condiciones psicopatológicas, excepto en ciertos trastornos de la personalidad, es la principal razón por la que su diagnóstico se hace con cierta incertidumbre y que la distinción entre ansiedad primaria y síntomas secundarios, o entre síndrome primario y ansiedad secundaria, rara vez es obvia; además, muy a menudo está determinada por las teorías explícitas o implícitas de diferentes autores (Pastor, 2008).

5.2. Ansiedad Ante la Muerte

Como ocurre con la ansiedad general, algunos autores utilizan los términos “miedo a la muerte” y “ansiedad ante la muerte” de manera casi indistinguible, pero hay varias razones por las que es conveniente diferenciarlas. Básicamente, observando las diferencias generales entre miedo y ansiedad que aparecieron en la sección anterior, todas parecen aplicarse cuando ambos términos se refieren a un grado específico de muerte. Por otro lado, según Rasmussen y Johnson (1994), no es apropiado hablar del miedo a la muerte si no se sabe lo que significa estar muerto.

En la mayoría de los casos, las personas pueden experimentar miedo a aspectos específicos de la muerte, como sus causas o el proceso de la muerte, pero se desconoce la experiencia de estar muerto y, por lo tanto, las reacciones de miedo deben tratarse como ansiedad (Kastenbaum, 1992).

La Asociación Norteamericana de Diagnóstico de Enfermería (NANDA) incluyó el diagnóstico de ansiedad ante la muerte en su taxonomía 2007-2008 de 2010, definiéndola como ansiedad o malestar no específico que surge de la percepción de una amenaza de algo real o imaginario, a la propia existencia (Tomás-Sábado et al., 2007).

Según Tomer y Eliason (1996), la ansiedad ante la muerte es como una reacción emocional negativa provocada por la expectativa de una situación en la que el “yo” ya no existe, la persona ya no existirá.

Según Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte es una respuesta emocional que puede ser desencadenada por estímulos ambientales como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se deben a antecedentes y pueden provocar una respuesta condicionada; y también de los estímulos internos de las personas, como pensamientos o imágenes sobre la muerte propia o de otra persona.

Otros autores utilizan esta expresión para referirse de manera similar al miedo causado por la conciencia de la muerte (Abdel-Khalek, 2005) o al sentimiento negativo y temeroso que surge en respuesta a la muerte y al proceso de morir (Anitha y Chaitanya, 2014).

Lehto y Stein (2009), se centraron en la identificación de signos y síntomas de ansiedad ante la muerte en una revisión exhaustiva de la literatura relevante publicada entre 1980 y 2007 que la definen, identifican seis atributos:

1. Componentes emocionales, relacionados con el miedo básico a la propia mortalidad.
2. Aspectos cognitivos, que incluyen la capacidad de predecir y anticipar el futuro y la conciencia de las consecuencias de la muerte.
3. Componentes experienciales, que actúan como mecanismos adaptativos que suprimen o reprimen. Ansiedad moderada ante la muerte para diversos comportamientos y expresiones humanas.
4. Etapas de desarrollo, que modulan y condicionan la expresión de la ansiedad ante la muerte.
5. Condicionantes culturales, manifestados por un conjunto de significados y creencias aprendidos y compartidos.
6. Por último, fuente de motivación como consecuencia de la actuación de las defensas psicológicas que actúan como motor de la motivación de una amplia gama de conductas y expresiones humanas.

La preocupación y la ansiedad relacionadas con la muerte no se limitan a ciertos tipos de personalidad más o menos neuróticos, sino que son preocupaciones y ansiedades que adoptan diferentes formas o grados de gravedad en todos los individuos (Rosenheim y Muchnik, 1985).

Aunque por regla general, la bibliografía vinculada con la investigación de la ansiedad ante la muerte incluye pocas referencias a la teoría de base, estimamos conveniente, por las implicaciones que tienen en la práctica, realizar un breve repaso de las principales posturas teóricas que han tratado el tema.

5.2.1 La Visión Psicoanalítica

Freud (1973b), afirma en su análisis de la muerte en relación con los principios psicoanalíticos que:

“La muerte propia no se puede concebir; tan pronto intentamos hacerlo podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. Así pudo aventurarse en la escuela psicoanalítica esta tesis: en el fondo, nadie cree en su propia muerte, o, lo que viene a ser lo mismo, en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad”

Para Freud (1973c), la meta de toda vida es la muerte, por lo que la psicodinámica humana está impulsada por la pulsión de muerte, que equivale a la tendencia general de todos los seres vivos a regresar a su estado anterior, esta pulsión de muerte subyace en el comportamiento agresivo, sádico y masoquista.

La teoría freudiana concibe la ansiedad ante la muerte fundamentalmente como un fenómeno originado en la ansiedad de castración, la ansiedad de separación y el miedo a la desintegración. En este contexto, la muerte puede verse como un amante, un reencuentro con la madre, la separación de la madre, el castigo por la agresión y el castigo por deseos incestuosos.

El tratamiento e interpretación de la ansiedad ante la muerte adquieren diferentes connotaciones en los estudios psicoanalíticos entre los seguidores de Freud. Por ejemplo, Hitschmann (1937) estudió cinco estados de ansiedad neurótica: terrores nocturnos, fobia a los animales, miedo obsesivo-compulsivo a la muerte del progenitor del mismo género, ansiedad histérica ante la muerte y agorafobia. La matriz genética de todos ellos estaría en un complejo de Edipo no resuelto, culpa por agresión y como consecuencia de la supresión del impulso asesino contra un progenitor del mismo sexo por miedo a la muerte. Klein (1948), por otro lado, ve el miedo a la muerte como la base de toda ansiedad humana y sostiene que los trastornos paranoicos surgen del miedo a la decadencia y la destrucción.

5.2.2 La Aportación Existencialista

En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, surgieron las ideas existencialistas, se incluyeron en un panorama caracterizado por debates entre aquellos teóricos que ven el miedo a la muerte como la preocupación humana más característica y fundamental y aquellos que lo ven simplemente como un cambio secundario de los demás. En este contexto, las ideas de Kierkegaard, considerado el padre del existencialismo (Alfaro, 2012), son una inspiración para escritores como Heidegger o Sartre en sus análisis filosóficos, donde el concepto de muerte es uno de los temas centrales (Lara y Osorio, 2014), aunque existen diferencias importantes entre ellos.

La alternativa existencialista plantea como propuesta básica que todas las personas viven bajo la amenaza constante de la “no existencia”, que puede terminar en la muerte. Comprender la “nada” futura es un requisito previo para una comprensión completa de la vida y para estar libres de ansiedad. Así, Kaufmann (1976) sostiene que, aunque el conocimiento de la muerte causa ansiedad, también proporciona alegría y significado a la vida de muchas personas. Becker (1973), por otra parte, sugiere que tanto la depresión como la esquizofrenia representan intentos extremos de gestionar el miedo relacionado con la muerte. Según Becker, el terror, el “terror a la muerte”, es la principal fuerza motriz del comportamiento humano, tanto a nivel individual como social. Las personas con síntomas tan diversos como miedo a viajar o miedo al fracaso están realmente preocupadas por el llamado miedo a la “no existencia”.

5.2.3 Enfoque Cognitivo-Conductual

Desde una perspectiva cognitivo-conductual, el estudio del aprendizaje como origen de actitudes y preocupaciones relacionadas con la muerte está respaldado por un gran cuerpo de investigaciones que han demostrado un alto nivel metodológico y conceptual. Se dedicó principalmente al estudio del desarrollo de actitudes hacia la muerte en niños y adolescentes (Kastenbaum, 1987).

Los aspectos más importantes que podrían considerarse desde la perspectiva teórica del aprendizaje sobre la ansiedad ante la muerte se pueden resumir en los siguientes:

1. El desarrollo de actitudes hacia la muerte es parte de la interacción general entre el nivel de madurez de un individuo y sus experiencias de vida individuales.
2. Las personas enfatizan sus preocupaciones sobre la muerte de manera diferente según la interacción de su nivel de desarrollo y sus experiencias personales.
3. Las respuestas cognitivas y conductuales específicas a situaciones o estímulos relacionados con la muerte están mediadas por influencias familiares y étnicas que apuntan a diferentes etapas de desarrollo del individuo.
4. Estas respuestas no representan “miedo” o “ansiedad” en estado puro, sino que también incluyen estrategias de afrontamiento desarrolladas por el individuo.
5. La forma específica de abordar los problemas de muerte debe analizarse en el contexto global de las estrategias para identificar y gestionar las amenazas a nivel general.
6. Hay que considerar que los problemas importantes que pueden surgir en el tratamiento de aspectos relacionados con la muerte probablemente se deban a dificultades de aprendizaje o a la naturaleza del tema de la muerte.

5.2.4 Teoría de la Gestión del Terror

Desde la década de 1980, la teoría de la gestión del terror (TMT, Terror Management Theory)) ha revitalizado la investigación empírica sobre variables relacionadas con el miedo a la muerte (Kastenbaum, 2009), combinando sugerencias de la biología, la teoría evolutiva, las teorías psicodinámicas y el existencialismo (Pyszczynski et al., 2003). Algunos trabajos incluso tienen elementos y estructuras propias de teorías cognitivistas (Lara y Osorio, 2014).

La TMT nació en el campo de la psicología social de la mano de Jeff Greenberg, Sheldon Solomon y Tom Pyszczynski, quienes se inspiraron en ideas expuestas por el antropólogo cultural Ernest Becker. En su *Negación de la muerte* (1973), Becker analiza la cuestión de la muerte y afirma que la civilización humana se forma como un complejo mecanismo de defensa simbólico contra la conciencia de la mortalidad. Partiendo de esta idea, propone que los humanos, como animales inteligentes, pueden comprender la inevitabilidad de la muerte, de modo que el miedo a la muerte se convierte en la base de la conciencia humana, que se manifiesta a través del pensamiento simbólico y la anticipación de eventos futuros.

El punto central de la hipótesis de la TMT se basa en los efectos de la percepción de la mortalidad y ofrece el principal conflicto psicológico entre la voluntad de vivir y la evidencia de que la muerte es inevitable (Greenberg, et al., 1986; Solomon et al., 1991). Este conflicto, que existe sólo en los humanos, se resuelve en la cultura, el sistema simbólico que da sentido y valor a la vida (Strachan et al., 2007). Es decir, cuando se recuerda a las personas su mortalidad, su defensa del mundo cultural se vuelve más fuerte (Greenberg et al., 2003). Por tanto, los valores culturales ayudan a gestionar el miedo a la muerte dando sentido a la vida y aliviando el miedo inherente a la conciencia de la mortalidad y la vulnerabilidad, al tiempo que promueven el crecimiento personal y la autoestima (Arndt et al., 2007; Arndt, et al., 2006; Cicirelli, 2002). Por el contrario, cuando se cuestionan los valores culturales, aumentan el miedo a la muerte y los pensamientos relacionados con la muerte (Schimel et al., 2007).

En consecuencia, las personas pueden enfrentarse a la amenaza psicológica resultante, conciencia de la propia mortalidad, fortaleciendo la fe en las propias cosmovisiones culturales. Desde la Ilustración, la fe o la creencia en el progreso ha definido el pensamiento

occidental moderno. Desde esta perspectiva, se ha argumentado que esta creencia reduce la preocupación por la mortalidad (Rutjens et al., 2009).

Para la TMT, la ansiedad ante la muerte es un elemento subyacente en el desarrollo y mantenimiento de muchos cambios psicológicos (Iverach, Menzies, y Menzies, 2014) y se produce como respuesta a la exposición a determinados estímulos que pueden inducir la propia mortalidad (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005). Así el contacto con moribundos, ver un cadáver, las noticias sobre accidentes de tráfico o la información sobre enfermedades mortales puede llevar a la reflexión de que la vida humana no es eterna, esta sería la situación en la que se activa el mecanismo amortiguador de la ansiedad, mediante el fortalecimiento de la adherencia a las cosmovisiones y las creencias culturales para afrontar la percepción de la inevitabilidad de la muerte y los pensamientos relacionados con la mortalidad (Shear y Skritskaya, 2012). En definitiva, el terror provocado por la mortalidad se combate desarrollo de estrategias adaptativas y creencias culturales que niegan la muerte y que determinarán su autoestima en función de si cumplen o no con las normas culturalmente determinadas (Kim et al., 2010).

En consecuencia, la comprensión de la universalidad de la muerte lleva a las personas a integrarse en distintos grupos culturales y a asumir la visión del mundo y de la vida del grupo cultural al que han decidido pertenecer con el fin de alcanzar un sentido de inmortalidad simbólica que les permite aumentar su autoestima y amortiguar la ansiedad existencial (Hansen et al., 2008; Jonas y Fritche, 2013). La revisión de la bibliografía sobre el tema confirma que la consciencia de la mortalidad provoca un incremento de la creencia en otra vida después de la muerte y en la distinción entre cuerpo y mente (Vail et al., 2010).

Los resultados de algunos estudios realizados a partir de los principios teóricos de la TMT sugieren la función adaptativa de la ansiedad ante la muerte. Según parece, las personas que presentan más ansiedad ante la muerte también manifiestan más conductas de promoción de la salud (Bevan et al., 2014; Bozo, Tunca et al., 2009) y mayor disposición a las exploraciones médicas preventivas (Goldenberg et al., 2009).

Asimismo, se ha encontrado una relación directa entre altos niveles de ansiedad ante la muerte con la evitación de conductas de riesgo (Hayslip et al., 2014) y la conducción responsable de vehículos (Ben-Ari et al., 1999-2000).

Entre los planteamientos teóricos de la TMT, la autoestima es un concepto clave, considerado como un sentido de significado y trascendencia, que protege principalmente contra la conciencia de muerte (Pyszczynski et al., 2004; Ryan y Deci, 2004) y como moderador de la amenaza psicológica resultante (Schmeichel et al., 2009). La TMT postula que cuando las personas son conscientes de su propia mortalidad, intentan aumentar su confianza en sí mismas para gestionar la ansiedad que surge al saber que la muerte es inevitable (Little y Sayers, 2004; Pyszczynski et al., 1999; Strachan et al., 2007), fortaleciendo los vínculos sociales con el propio grupo cultural.

5.3. Evaluación de la Ansiedad y el Miedo a la Muerte

Tanto técnicas directas como indirectas se han utilizado para medir la ansiedad; directas: entrevistas y autoinformes; indirectas: respuestas psicofisiológicas, pruebas de proyección, etc., siendo la primera la más utilizada. El desarrollo y uso de las escalas de ansiedad ante la muerte estuvo más influenciado por Lester y Templer (1992-1993). La escala más conocida y utilizada en la mayoría de los estudios es la Death Anxiety Scale, DAS, desarrollada por Templer. La DAS fue diseñada originalmente para examinar el miedo a la muerte como un constructo unidimensional (Templer, 1970). Años después, el propio Templer propuso la existencia de dos factores que podrían explicar el miedo a la muerte: La salud psicológica general y las experiencias relacionadas con la muerte (Templer, 1976). Posteriormente, varios estudios llevaron a cabo una modificación del DAS para que el instrumento pudiera diferenciar mejor la ansiedad con respecto a diferentes variables, (Neimeyer, 1997).

Se ha intentado relacionar la ansiedad ante la muerte medida por el DAS con algunas variables: edad, sexo, religión, personalidad, salud, etc. Las conclusiones de algunos de estos estudios son las siguientes:

- Las mujeres presentan puntuaciones de ansiedad ante la muerte más altas que los hombres (Millar et al., 1993; Tomás-Sábado, 2002).
- No existen diferencias entre los distintos grupos de edad, en ansiedad ante la muerte (Lonetto y Templer, 1998; Tomás-Sábado 2002).
- La depresión se relaciona positivamente con el miedo a la muerte (Hintze et al., 1993).
- La ansiedad ante la muerte se relaciona con ciertos elementos de la personalidad como el neuroticismo y la emocionalidad (Thorson y Powell, 1993).
- La relación entre religión y ansiedad ante la muerte no está muy clara ya que los estudios muestran resultados dispares. Templer y Dotson (1970) no encontraron relación entre religión y ansiedad en un grupo de estudiantes universitarios. Ramos obtuvo resultados similares con estudiantes universitarios españoles, personas mayores y enfermeras (Ramos, 1982). Sin embargo, Lester (1991) encuentra que las personas muy religiosas muestran poco miedo a la muerte.

- Según Lonetto y Templer (1988), el miedo a la muerte no depende de la profesión, pero según Tomás-Sábado (2002), las auxiliares de Enfermería son más ansiosas que las enfermeras.

Los métodos utilizados en relación al miedo a la muerte fueron muy diferentes, desde métodos indirectos hasta pruebas de proyección, asociación de palabras y pruebas psicofisiológicas, desde grabaciones hasta métodos directos como entrevistas, administración de cuestionarios, escalas, etc. Considerando la amplia variedad tanto de técnicas como de muestras utilizadas, la comparación de resultados es difícil de realizar (Kastenbaum y Costa, 1977). Estos autores señalan que uno de los principales problemas metodológicos encontrados en este tipo de investigación es la falta de estudios longitudinales y el uso de escalas no evaluadas psicométricamente. Neimeyer analiza y discute este tema en profundidad en su libro *“Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte”* (Neimeyer, 1997). En dicho trabajo se realizó un estudio exhaustivo de los aspectos psicométricos de las principales escalas y cuestionarios utilizados para medir la ansiedad y el miedo a la muerte.

El instrumento más utilizado para evaluar el miedo a la muerte es *la escala de Miedo Collet-Lester*, (1969). Esta escala contiene cuatro factores que describen la naturaleza multidimensional del miedo a la muerte:

- a) Miedo a la propia muerte.
- b) Miedo a la muerte de otras personas
- c) Miedo al proceso de morir de uno mismo
- d) Miedo al proceso de morir de otros

Una revisión general de esta escala se puede encontrar en Neimeyer (1997). En España, Bayés et al. (1999) administraron una versión modificada de esta escala a estudiantes universitarios. Entre otros hallazgos, destacan que el ítem más preocupante: “Tu propio proceso de morir”, el segundo ítem: “Tu propia muerte” es el menos preocupante.

En otras palabras, la muerte misma es menos perturbadora que su proceso. Anteriormente, Lester (1967) en su revisión de la investigación sobre la escala llegó a las siguientes conclusiones:

- a) En relación al género, se encontró que las mujeres temen su propia muerte y la temen más que los hombres.
- a) El miedo a la muerte puede variar según el lugar de trabajo o la profesión. Como señala Neimeyer (1997), en general, las personas con trabajos peligrosos o relacionados con la muerte tienen mayor miedo a la muerte y al proceso de morir que las personas con otros trabajos.
- b) Las personas mayores que viven en residencias de ancianos tienen menos miedo a la muerte que aquellos que viven solos.
- c) La edad no tiene ningún efecto sobre el miedo a la muerte.
- d) Las personas que obtienen puntuaciones altas en las escalas de hipocondría, histeria, dependencia e impulsividad del MMPI expresan un miedo alto a la muerte. Como señala Neimeyer (1997), las asociaciones entre las puntuaciones de las pruebas psicológicas y las subescalas de Miedo a la Muerte y Proceso de Muerte de Collet-Lester incluían medidas de ansiedad y salud psicológica. Como era de esperar, las personas que están más ansiosas y tienen mayor estrés psicológico muestran mayor miedo a la muerte y al proceso de morir.
- e) En general, la religión influye en las actitudes hacia la muerte. Las creencias religiosas reducirían el miedo a aspectos desconocidos de la muerte.

Desde la creación de la escala Collet-Lester hasta la actualidad, se han realizado muchos estudios que intentan medir la ansiedad y el miedo a la muerte. En una revisión crítica de estas escalas, Neimeyer (1997) sugiere la necesidad de integración, dadas las muchas similitudes y diferencias entre los enfoques existentes. En otras palabras, la creación de un modelo complejo que pueda basarse en una combinación de teorías que puedan explicar un fenómeno tan complejo como la ansiedad y el miedo a la muerte.

La mayoría de los estudios sobre la ansiedad ante la muerte se mide mediante la DAS (Death Anxiety Scale), aunque también podemos encontrar muchos trabajos utilizando la CLFDS (Collett Lester Fear Death Scale), como en el presente estudio. Uno de los factores

más aterradores es el propio proceso de muerte. Así lo confirmaron Bayés, et al., (1997); Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003); Uribe-Rodríguez et al., (2008) y Kellehar (1984). La idea de la muerte surge como una abstracción irreal, en la que ni siquiera es necesario pensar y por tanto es ignorada y negada; sin embargo, el proceso de muerte es evidente, se puede ver en el propio envejecimiento y en las muertes que ocurren a nuestro alrededor durante nuestra vida. Además, es mucho más difícil pensar en nuestra propia mortalidad como muerta o inexistente que pensar en el proceso de dolor o enfermedad asociado con nuestra muerte. Como dicen estos mismos autores, es de gran utilidad en la práctica clínica porque podemos intervenir en esta realidad, el proceso de la muerte, porque pertenece a nuestra realidad. De esta manera, si cambiamos la percepción del proceso de muerte en sí, si cambiamos nuestra percepción del mismo, podemos reducir este miedo. El mayor miedo a la ansiedad ante la muerte se produce cuando las imágenes de la muerte ajena se convierten en imágenes de la propia muerte, se da un paso hacia la realización de la propia finitud, el muerto frío refleja el cadáver que todos seremos un día (Díez, 1995).

Pichot (1987) define la ansiedad como un estado emocional negativo que consta de tres elementos principales: la percepción de un peligro inmediato, una actitud expectante ante ese peligro y un sentimiento de desorganización y conciencia de total impotencia ante el peligro. (Tomás-Sábado y Gómez- Benito, 2003).

Según Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte surge de la percepción de señales de peligro o una amenaza real o imaginaria a la existencia humana causada por el entorno, situación o estímulos internos (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003).

5.4. Algunas Variables Relacionadas con la Ansiedad ante la Muerte.

5.4.1. El Género

Aunque parece haber mayor evidencia del efecto del género como factor diferenciador en el grado y las características del miedo percibido a la muerte, no hay consenso entre los hallazgos de la investigación. La primera revisión efectuada por Pollak (1979) del trabajo sobre el miedo a la muerte hasta 1977 encontró que la mayoría de los estudios concluían que las mujeres presentaban grados de ansiedad más altos que los hombres. Muchos estudios posteriores parecen confirmar esta tendencia, sugiriendo incluso que se trata de un fenómeno universal.

Investigadores como Chiappetta et al., (1977) informaron diferencias significativas en las puntuaciones de la escala DAS entre hombres y mujeres en muestras de estudiantes; David et al., (1978) y Sadowski et al., (1979). Brubeck y Beer (1992) obtuvieron los mismos resultados para estudiantes de secundaria, mientras que Lonetto et al., (1980) en un estudio de estudiantes de Irlanda del Norte y Canadá concluyeron que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en ambas muestras en la DAS. Devins (1981) también informó puntuaciones significativamente más altas para las mujeres en un estudio de sujetos sanos y enfermos de entre 60 y 97 años.

En otros trabajos, las diferencias de ansiedad ante la muerte por género se han relacionado con diferentes variables. Después de administrar el DAS a diferentes grupos de estudiantes de secundaria, Aianmarino (1975) encontró que las mujeres y los sujetos que vivían con un solo padre obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los hombres y los sujetos que vivían con ambos progenitores. Sin embargo, Cole (1979), al examinar la relación entre la muerte y las actitudes y relaciones relacionadas con el sexo, encontró que los hombres que vivían solos tenían puntuaciones significativamente más altas que las mujeres que vivían solas.

Para evaluar posibles diferencias étnicas, Sanders et al., (1980) utilizaron el DAS en una muestra multirracial de adultos mayores de entre 60 y 87 años y encontraron que tanto las mujeres blancas como las negras puntuaban más alto que los hombres. En otra comparación interétnica, Schumaker et al., (1991) comparan las puntuaciones DAS en sujetos japoneses y australianos y concluyen que las mujeres australianas obtienen

puntuaciones significativamente más altas que los hombres australianos, pero no encuentran diferencias entre hombres y mujeres japonesas en la muestra. También se encontraron puntuaciones de miedo a la muerte significativamente más altas en estudios realizados en Pakistán (Suhail y Akram, 2002), Malasia (Chan y Yap, 2009) y Kuwait (Abdel-Khalek, 2005).

Según los resultados de otras herramientas de evaluación, las conclusiones son similares. Así, cuando Thorson y Powell (1984) administraron la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (RDAS, Reviset Death Anxiety Scale) a estudiantes universitarios y adultos de entre 16 y 60 años, encuentran que los resultados promedio de las mujeres son significativamente más altos. Sin embargo, en un estudio posterior (Thorson y Powell, 1988), las puntuaciones totales de las mujeres son más altas, pero la diferencia es significativa sólo en cuatro de los 25 ítems relacionados con el miedo al dolor y a las cirugías, lo que ocurre con el cuerpo después de la muerte y a la descomposición de éste; esto parece confirmar la idea de Diggory y Rothman (1961) de que las mujeres están más preocupadas por la muerte cuando se trata de cuestiones de integridad corporal.

Después de administrar la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer/McMordie (Templer/ McMordie Death Anxiety Sacle) a un grupo de estudiantes universitarios, McMordie (1979) por su parte obtuvo resultados que mostraban que las mujeres obtenían puntuaciones significativamente más altas que los hombres.

En una muestra de 375 estudiantes estadounidenses, Pierce et al., (2007) mostraron que las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más altas que los hombres tanto en términos de miedo a la muerte como de religiosidad extrínseca; esto sugiere una posible relación entre ambas variables, aunque sin dirección. Dickinson et al., (1997) en un estudio de estudiantes de medicina de primer año dirigido a evaluar posibles cambios en el miedo a la muerte después de completar un curso de anatomía encontraron que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en el DAS que los hombres, tanto antes como después del curso.

En estudios con la versión árabe del DAS (Beshai y Templer, 1978), también se observaron puntuaciones significativamente más altas en mujeres, tanto en muestras egipcias (Abdel-Khalek y Beshai, 1993; Abdel-Khalek et al., 1993) y libaneses (Abdel-

Kalek, 1991) y kuwaitíes (Abdel-Khalek, 1997b). Además, las diferencias entre estas muestras son significativamente mayores que las encontradas en estudios de sujetos anglosajones. Templer (1991), refiriéndose a esta característica en las puntuaciones del DAS de hombres y mujeres árabes, sugiere que, aunque hay cierta especulación, parece razonable creer que en países donde los roles de género implican diferencias significativas entre hombres y mujeres, incluidos los hombres, expresan la idea de valentía significativamente menos ansiedad ante la muerte que las mujeres.

Los trabajos disponibles sobre muestras españolas tienden a seguir la misma tendencia. Ramos (1982) aplicó la versión española del DAS a tres grupos: ancianos, estudiantes y enfermeras. En los tres grupos las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas que los hombres, aunque estas diferencias no alcanzaron significación estadística en ningún caso. Para estudiantes y profesionales de enfermería tras la implementación del DAS (Gómez-Benito et al., 2002; Limonero, 1997; Tomas-Sábado, 2002; Tomás-Sábado y Guix, 2001; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2002) y el Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI) (Limonero et al., 2010; Limonero, 2010, y Fernández-Castro), puntuaciones superiores a los hombres. Poveda et al. (2000) también encontraron puntuaciones significativamente más altas para las mujeres en una muestra de usuarios de atención primaria. En un estudio con estudiantes de enfermería (Edo-Gual et al., 2011) utilizando la versión española del CLFDS, las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en cuatro subescalas del instrumento, con diferencias significativas en las subescalas *miedo a la muerte propia*, *miedo a la muerte de otros* y *miedo al proceso de morir de los demás*. Russac et al. (2007) encuentran que, aunque tanto hombres como mujeres alcanzan sus puntuaciones máximas de ansiedad ante la muerte alrededor de los 20 años, las mujeres alcanzan gradualmente un pico secundario a esa edad que no se observa en los hombres alrededor de los 50 años. Considerando la posibilidad de que las diferencias observadas se deban a algún sesgo, Dattel y Neimeyer (1990), después de controlar por variables que podrían ser elementos de confusión, continúan encontrando que las puntuaciones de las mujeres son significativamente más altas, lo que las lleva a concluir que las diferencias de género son reales y no el resultado de algún tipo de sesgo de evaluación. De manera similar, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2005^a) utilizaron técnicas de regresión logística para investigar el posible funcionamiento diferencial del DAI; los autores concluyeron que ni la

escala en su conjunto ni ninguna de sus partes muestran un desempeño diferencial por género.

Sin embargo, otros estudios no informan puntuaciones más altas de ansiedad ante la muerte en las mujeres. Por ejemplo, en un estudio realizado con pacientes hospitalizados por cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes y sida (Sharma, 2014), aunque existen diferencias significativas en el miedo a la muerte entre distintas enfermedades, no se observan diferencias de género. Wen (2010), por otro lado, no encontró diferencias en las puntuaciones RDAS entre hombres y mujeres en una muestra de 165 feligreses católicos y protestantes que en su mayoría expresaban fuertes creencias religiosas. Wu, et al., (2002) señalan que el género no afecta el nivel de miedo a la muerte en los ancianos chinos. Aunque hay otros estudios que no evaluaron las diferencias de género en la ansiedad ante la muerte (Conteet al., 1982; Eggerman y Dustin, 1985; Neimeyer y Dingemans, 1980-1981); siempre parecen apuntar en la misma dirección. Inicialmente se acepta que las mujeres experimentan mayor miedo y ansiedad ante la muerte, pero se hizo un esfuerzo por encontrar una explicación plausible a estas diferencias. Según Schumaker et al., (1988), la estructura social estimula más a los hombres que a las mujeres a esforzarse para el éxito y la consecución de logros, lo que les permite ajustar la ilusión de la mortalidad para reducir la ansiedad ante la muerte, así, las mujeres evalúan la muerte en función de la estructura emocional, mientras que los hombres lo hacen más de forma cognitiva (Chan y Yap, 2009). Abdel-Khalek (2005) también considera que las diferencias pueden explicarse a la luz del proceso social que enseña a los niños a no quejarse y a no llorar, considerándolos indeseables para expresar sus sentimientos, especialmente los relacionados con la debilidad. que se aliente a las niñas a expresar abiertamente sus sentimientos e inquietudes. Desde una perspectiva expresivo-emocional, Stillon (1985) sugiere que las puntuaciones más altas observadas simplemente reflejan que las mujeres tienen más probabilidades de reconocer y expresar sus pensamientos y preocupaciones sobre la muerte y el proceso de morir, lo que también explicaría la alta prevalencia de trastornos de ansiedad generalizados observados en el sexo femenino (Usall, 2001). Wong et al., (1994) sugieren que estas diferencias observadas pueden deberse a que los hombres hacen un mayor esfuerzo que las mujeres por evitar los pensamientos relacionados con la muerte y a que son más protectores de los pensamientos intrusivos sobre su propia mortalidad. También se sugirió que la razón de tales diferencias puede residir en las diferentes implicaciones que la muerte tiene para

hombres y mujeres y lo que significa para cada sexo, lo que los sensibiliza a diferentes dimensiones de ansiedad ante ella.

5.4.2. La edad.

Partiendo de este supuesto, hay que considerar que gran parte de la actitud ante la muerte nace y se consolida en la infancia, por lo que el origen del miedo a la muerte se encuentra en las ansiedades del desarrollo infantil.

Si bien la muerte no es desconocida para los niños, carecen de un conocimiento innato de ella y deben aprender su significado a través de la experiencia y modelos aprendidos (Rodríguez, 2000). Enseñar sobre la muerte en la infancia facilita la comprensión de su significado y moldea actitudes y estrategias de afrontamiento.

El efecto de la edad sobre la ansiedad ante la muerte es una cuestión sobre la cual no se ha alcanzado consenso. Sin duda, esto se debe a muchas estrategias individuales y de afrontamiento. Los factores sociales, de difícil control, actúan como variables intermedias en la evaluación del problema. También vale la pena considerar las diferentes emociones que provoca la muerte de un joven frente a la muerte de una persona mayor, que resultan de la valoración de que el anciano vivió una vida plena y satisfactoria, mientras que el joven no tuvo la oportunidad. para desarrollar su proyecto de vida y su autorrealización personal, por lo tanto, la ansiedad general de una persona relacionada con la muerte puede no conocer el nivel que significa comprender los aspectos específicos relacionados con ella, porque lo que la gente teme sobre la muerte cambia con la edad. Los adultos jóvenes a menudo expresan preocupación por la posibilidad de una muerte prematura, muriendo antes de tiempo, antes de haber tenido la oportunidad de experimentar lo que esperan de la vida.

Los adultos que son padres de niños o jóvenes tienden a preocuparse por cómo afectará su muerte a otros miembros de la familia. En los adultos mayores, la ansiedad puede estar relacionada con la sensación de vivir “demasiado” y ser una carga para los demás. El miedo a morir sólo o con extraños puede provocar más miedo que la muerte misma. Goebel y Boeck (1987) sugieren que las personas mayores tienden a expresar niveles más bajos de miedo a la muerte, posiblemente debido a una sensación de satisfacción y cumplimiento de vivir una vida plena o al deseo de dejar atrás una vida perdida. Ya no vale la pena vivir. Según De Raedt, Koser y Ryckewaert (2013), la muerte deja de ser una preocupación a

medida que envejecemos, lo que puede estar relacionado con la aceptación del propio fin en la vejez.

Se ha establecido que la madurez y la experiencia que proporciona la edad, y los cambios físicos y mentales asociados al envejecimiento ayudan a las personas a prepararse para la muerte (Serra y Abengózar, 1990) y como resultado se reducen los sentimientos y actitudes negativas hacia la misma. Como señalan Thorson y Powell (1988), el hecho de que las personas mayores hayan acumulado circunstancias vitales desagradables a lo largo de los años puede hacer que la muerte sea menos traumática.

Según la teoría psicosocial de Erikson (1959), las personas progresan hasta alcanzar la plenitud del *yo*, lo que requiere encontrar significado y aceptar lo que uno experimenta. Erickson sugiere que cuando una persona llega a la edad adulta, mira su vida en la que puede alcanzar la *integridad* encontrando sentido y significado, lo que significa aceptar la muerte y reducir el miedo y la ansiedad que la acompaña. Por el contrario, si piensas en tu vida como una serie de oportunidades perdidas, no completarás la etapa de *integridad del ego* y no alcanzarás la integración de la muerte como culminación de tu *ciclo vital*.

En cualquier caso, los resultados de las investigaciones sobre la relación entre el miedo a la muerte y la edad suelen ser confusos, especialmente cuando se introducen como variable continua. Muchos estudios han demostrado que el miedo a la muerte disminuye con la edad (Stevens et al., 1980; Thorson et al., 1998b). Sin embargo, Feifel y Nagi (1981), Maiden y Wlaker (1985) y Wlaker y Maiden (1987), entre otros, concluyen que la edad no es un factor que afecte significativamente; de hecho, algunos trabajos han encontrado una relación positiva y significativa entre la edad y la ansiedad ante la muerte (Templer et al., 1979).

Templer (1971) utilizó el DAS para evaluar el grado de miedo a la muerte en función de la edad en un total de 1.271 individuos de diferentes poblaciones, ninguno de los cuales tenía una correlación significativa entre las puntuaciones del DAS y la edad. Al mismo tiempo, hay que tener en cuenta que en este estudio la edad media del grupo de sujetos mayores fue de unos 48 años, por lo que no se disponía de mediciones de los sujetos mayores. En un estudio de 334 enfermeras indias, Ray y Raju (2006) también encontraron que las puntuaciones DAS no estaban significativamente relacionadas con la edad. Nehrke et al.,

(1977) encontraron una relación negativa significativa entre la edad y el miedo a la muerte en una muestra formada por ancianos de diferentes tipos de residencia. Por otro lado, Elkins y Fee (1980) concluyen que la edad se correlaciona negativamente tanto con el miedo a la muerte como con el estrés físico, mientras que Rasmussen y Brems (1996) confirmaron que la edad y la madurez psicosocial se correlacionan negativamente con el miedo a la muerte, por lo que cuanto mayor madurez psicosocial y mayor edad, menor es la ansiedad por la muerte. Kalish y Reynolds (1977) sugieren tras un estudio transcultural que las personas mayores de todas las etnias piensan más a menudo en la muerte, pero se preocupan menos por ella que los más jóvenes. Estos hallazgos son consistentes con los de Nelson y Cantrell (1980) en que la edad se correlacionaba negativamente con el miedo a la muerte y la repugnancia a comunicarse con los muertos. De manera similar, Robbins (1992) encontró una relación negativa significativa entre la edad y el miedo a la muerte en una investigación con trabajadores de residencias de ancianos. El mayor miedo a la muerte en los jóvenes también ha sido confirmado en diversos estudios utilizando diferentes instrumentos (Robinson y Wood, 1983; Stevens et al., 1980).

Si no se utiliza la edad como variable continua, sino que se organiza a los participantes por edad en grupos, los resultados son más consistentes. Sin embargo, la relación entre la edad y los problemas relacionados con la muerte parece no ser lineal, como lo demuestra el estudio de Gesser et al., (1987) utilizando el Death Attitude Profile (DAP) a tres grupos de edad: jóvenes (18-25 años), mediana edad (35-50 años) y ancianos (>60 años). Los resultados mostraron que existe una relación curvilínea entre la edad y el miedo a la muerte, porque era relativamente alta en los jóvenes, máxima en las personas de mediana edad y más baja en los ancianos. Investigaciones posteriores (Thorson y Powell, 1994) identificaron fuentes específicas de estrés en los jóvenes (por ejemplo, desintegración, dolor y aislamiento) y en los adultos (pérdida de control y existencia de una vida futura).

Russac et al., (2007) utilizaron la Escala de Miedo a la Muerte de Collet y Lester (clfds) y el DAS en dos muestras con un amplio rango de edad. En ambos casos, encontraron que el miedo a la muerte alcanzaba su punto máximo a los 20 años tanto para hombres como para mujeres, y a los 50 años sólo para las mujeres.

Al igual que las diferencias de género en la ansiedad ante la muerte, la correlación negativa casi universal entre la edad y el miedo a la muerte es más aparente que su

explicación. Es posible que las actitudes más positivas de los adultos mayores hacia la muerte y el proceso de morir, así como su mayor aceptación de la muerte misma (Wong et al., 1994), reflejen una disminución en la calidad de vida y la salud aumento de la religiosidad una mayor experiencia de pérdida por muerte o una vida más corta.

Dado que las personas mayores tienen una aceptación más fuerte y menos ansiosa de su propia muerte, otro tema de investigación son las variaciones en la población que envejece en relación con el miedo a la muerte. En un estudio de residencias de ancianos, Mullins y López (1982) encontraron que los residentes mayores (>75 años) experimentaban más miedo a la muerte que los residentes más jóvenes (60-75 años). Aunque el resurgimiento del miedo a la muerte en la vejez ciertamente refleja un aumento de la ansiedad relacionada con el dolor relacionado con la muerte o la proximidad subjetiva de la muerte, parece ser importante, como sugieren Wass y Forfar (1982), considerar utilizar entrevistas además de cuestionarios estándar para comprender mejor el efecto de la edad en la ansiedad ante la muerte.

Galy y Hayslip (1998) sostuvieron que es útil distinguir entre la ansiedad ante la muerte abierta o consciente y la ansiedad ante la muerte encubierta o inconsciente, lo que sugiere que la edad puede afectar de manera diferencial ambos tipos de ansiedad. Un estudio de adultos jóvenes (17-25 años) y adultos mayores (>60 años) que respondieron a varias pruebas psicométricas, incluidos el DAS y el CLFDS, concluyó que existen diferencias de edad significativas en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte tanto abierta como secretamente. Los sujetos de mayor edad muestran más ansiedad ante la muerte abierta como encubierta. Para los autores, estos resultados indican una diferencia entre ambos tipos de ansiedad ante la muerte; las diferencias se explican por las experiencias de duelo a lo largo del Ciclo Vital, relacionadas con pérdidas ocasionadas por la muerte, que disminuiría en las personas mayores la necesidad de negar miedos vinculados a la propia muerte, a la vez que los sensibilizaría ante la posibilidad de la pérdida de relaciones íntimas con otras personas.

5.4.3 Religiosidad

Aunque la consciencia de la propia mortalidad es una parte integral de la condición humana, existen diferencias individuales significativas en las actitudes de los individuos con respecto

a la idea de la muerte (Neimeyer et al., 2004). Para algunos, la muerte es incomprensible y amenazadora, mientras que otros la ven como el fin natural de la vida, que puede incluso dar sentido a toda la vida. Dado que la mayoría de las religiones proporcionan un marco que aborda los grandes enigmas existenciales sobre el significado de la muerte y lo que sucede después de ella, las creencias religiosas de los individuos pueden determinar decisivamente sus actitudes hacia la muerte y el morir, el proceso de morir (Dezutter et al., 2009). Desde esta perspectiva, parece lógico que los aspectos religiosos sean una de las variables de investigación más frecuentes relacionadas con la ansiedad ante la muerte (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003c), se considera una respuesta humana a la percepción de la mortalidad (Liechty, 2013). Aunque la existencia de Dios y la vida después de la muerte son probabilidades subjetivas en ausencia de evidencia empírica (Pyne, 2010), algunos teóricos y teólogos sugieren que la esperanza de una vida después de la muerte es lo único que hace manejable el miedo a la muerte; en otras palabras, la creencia religiosa reduciría el miedo a la muerte de quienes esperan recibir la vida eterna. La verdad es que, como sostiene Elías (1987), no hay idea, por extraño que parezca, en la que los hombres no estén dispuestos a creer con profunda devoción, con tal de que les proporcione alivio ante el conocimiento de que un día ya no existirán, con tal de que les ofrezca la esperanza de una forma de eternidad para su existencia. La religiosidad incluye creencias, actitudes y prácticas religiosas. Uno de los principales factores que diferencian entre posible religiosidad y ansiedad ante la muerte es que la mayoría de los estudios no definen o definen mal lo que se entiende por religiosidad o ansiedad ante la muerte. Muerte, que en muchos casos lleva al uso de medidas simples o no estándar para evaluar la religiosidad y al uso de diversos instrumentos para medir la ansiedad ante la muerte. La falta de coherencia conceptual e instrumental y la elección de muestras muy heterogéneas son en parte la razón de los resultados contradictorios obtenidos al analizar la relación entre ambas variables. La reflexión sobre estos resultados llevó a los investigadores a perfeccionar las herramientas de medición y a tratar psicométricamente la religión como una construcción multidimensional.

Sin embargo, la mayoría de los estudios analizaron la religiosidad de manera unidimensional, enfocándose en comportamientos como la frecuencia de asistencia a la iglesia, el comportamiento de oración, la lectura de las Escrituras e incluso escuchar música religiosa (Bradshaw et al., 2014) y actitudes como la fuerza de las creencias y prácticas

religiosas (Roff et al., 2002). Desde una perspectiva multidimensional, se ha hecho una distinción entre religiosidad y espiritualidad (Hill et al., 2000) y entre religiosidad extrínseca e intrínseca (Cohen et al., 2005).

A menudo se ha considerado que la religiosidad indicaría una necesidad de protección contra el miedo a la muerte (Lester, 1972). Incluso si esa es la razón, aún no está claro si las personas particularmente religiosas, experimentan una alta ansiedad por la muerte, lo que aumenta su religiosidad o baja como resultado de su fe (Kastenbaum y Costa, 1977). De hecho, los resultados de las investigaciones sobre si el miedo a la muerte varía según el nivel de religiosidad son contradictorios y no concluyentes (Neimeyer, 1994; Shreve et al., 2004). Algunos de estos estudios no encontraron una relación significativa entre el miedo a la muerte y la religiosidad (Heydari et al., 2009; Wink y Scott, 2005; Ziapour et al., 2014). En una muestra de 213 estudiantes universitarios, Templer y Dotson (1970) no encontraron ninguna relación significativa entre creencia religiosa y actividad, aunque los autores atribuyeron esta falta de relación al hecho de que la religión parece tener una influencia limitada en la juventud. Sin embargo, en un entorno social presumiblemente más religioso, Ziapour et al. (2014) en un estudio de 226 trabajadores sanitarios de hospitales iraníes no encontraron ninguna relación entre la orientación religiosa y el miedo a la muerte ni diferencias entre hombres y mujeres en las medidas de orientación religiosa. Abdel-Khalek y Lester (2009) obtuvieron resultados similares para estudiantes kuwaitíes.

En un trabajo realizado en India, Anitha y Chaitanya (2014) administraron el DAS y la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte (MFOD, Multidimensional Fear of Death Scale) a una muestra de sujetos pertenecientes a las tres principales religiones del país: hinduismo, islam y cristianismo, con un amplio rango de edad que incluye una submuestra equilibrada de jóvenes, adultos y ancianos. Las puntuaciones de los participantes de las tres religiones son muy similares y sólo alcanzan diferencias significativas ($p < 0,01$) en las puntuaciones MFODS de la submuestra de adolescentes, con puntuaciones superiores en los hindúes, seguidas de las de los cristianos y los musulmanes. Sin embargo, en un estudio análogo conducido por Afolabi et al., (2014) en Nigeria, dos cohortes pertenecientes a las dos religiones mayoritarias en la zona, el islam y el cristianismo, divididas también en tres grupos de edad, respondieron un cuestionario que contenía datos demográficos y la DAS. En los tres grupos de edad, los participantes cristianos obtienen puntuaciones DAS

superiores a los musulmanes, siendo las diferencias estadísticamente significativas en el caso de adultos mayores.

Wen (2010) utiliza la Escala de Motivación Religiosa Intrínseca (IRMS) (Hoge, 1972) y la RDAS para examinar la relación entre religiosidad y ansiedad ante la muerte en 165 miembros de tres iglesias, una católica y dos protestantes. Aunque no se encontraron diferencias de género en ninguna de las escalas, los resultados muestran una relación positiva significativa entre las puntuaciones IRMS y RDAS, de modo que aquellos individuos que muestran mayor religiosidad muestran un mayor miedo a la muerte.

Edo-Gual et al. (2011) aplicaron el CLFDS y el Cuestionario de Creencias Religiosas a 496 estudiantes españoles de enfermería. Los estudiantes que se declararon religiosos, practicantes y muy religiosos expresaron menos miedo a su propia muerte. Sin embargo, la religiosidad no redujo el miedo a la propia muerte ni el miedo a la muerte de los demás, por lo que se puede concluir que la religiosidad sólo beneficiaría si se enfrentara al pensamiento de la propia muerte.

Templer (1972) encontró que, entre las personas con alta religiosidad, quienes participaban en ceremonias religiosas creían más a menudo en la vida en el más allá y creían que la Biblia debía interpretarse literalmente, presentaban menor ansiedad por la muerte. Además, Young y Daniels (1980), Minear y Brush (1981) y Aday (1985) encontraron una relación negativa entre el miedo a la muerte y la religiosidad, siendo los sujetos con niveles moderados de religiosidad los más altos en puntuaciones de ansiedad ante la muerte en comparación con individuos con baja o muy alta religiosidad (Mc-Mordie, 1981; Nelson y Cantrell, 1980; Selzak, 1980).

En un intento por distinguir entre las características intrínsecas y extrínsecas de la religiosidad, Bolt (1977) administró el DAS, el IRMS y el Death Consequences Questionnaire a un grupo de estudiantes universitarios. Sus resultados muestran que la religiosidad externa se correlaciona positivamente con la ansiedad y el miedo a la muerte, especialmente las preocupaciones sobre la vida futura; La religiosidad intrínseca no parece estar significativamente relacionada con el miedo o pavor a la muerte, aunque sí se correlaciona negativamente con la preocupación por la vida futura. Clemens (1998) en una muestra de personas mayores también obtuvo resultados que muestran que los individuos

con motivación religiosa intrínseca obtienen puntuaciones significativamente más bajas en varias medidas de miedo a la muerte que los individuos con motivación religiosa extrínseca. Sin embargo, Thorson y Powell (1990) aplicaron el RDAS y el IRMS a un grupo heterogéneo de 346 personas de entre 18 y 88 años. Descubrieron que las personas mayores que obtuvieron puntuaciones más altas en la puntuación de motivación religiosa intrínseca eran significativamente inferiores al valor RDAS, por lo que concluyen que tanto la edad como la religiosidad se relacionan negativamente con el miedo a la muerte.

Rasmussen y Johnson (1994) utilizaron la DAS de Templer y la Escala Paloutziana de Bienestar Mental (Swbs, Spiritual Well-Being Scale) de Paloutzian y Ellison (1982), evaluaron los niveles de bienestar espiritual y religioso en una muestra de 100 estudiantes de posgrado y pregrado en psicología de la Universidad de Alaska. El análisis de las respuestas a ambos cuestionarios confirma que la espiritualidad tiene una relación negativa y significativa con la ansiedad ante la muerte, mientras que no se aprecia relación entre ésta y la religiosidad. Estos resultados indican que la espiritualidad, no la práctica religiosa, reduce la ansiedad ante la muerte, de modo que aquellos individuos con mayor satisfacción con la vida y un mayor sentido de significado y propósito en la vida probablemente experimenten menos miedo a la muerte.

Siguiendo una línea de investigación similar, Alvarado et al., (1995) concluyeron en una muestra de población general que varias variables religiosas, como el nivel de creencia y la creencia en una vida futura, estaban relacionadas negativamente. y puntuaciones de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Templer y de la Escala de Depresión ante la Muerte (DDS) (Templer et al., 1990). A su vez, Maltby y Day (2000) investigaron posibles conexiones entre la orientación religiosa y el constructo de “obsesión por la muerte” propuesto por Abdel-Khalek (1998c). Cuando se aplica a la Escala de Obsesión por la Muerte (DOS) y al Inventario de Orientación Religiosa (Age Universal I-E Scale-12), que examina tres constructos relacionados con la religión: intrínseca, extrínseca-personal y extrínseca-social (Maltby, 1999), obtuvieron una significativa correlación negativa entre la obsesión ante la muerte y una orientación intrínseca hacia la religión, mientras que la correlación entre obsesión ante la muerte y las orientaciones religiosas extrínseca-personal y extrínseca-social fueron ambas significativamente positivas.

La teoría de gestión del terror (TMT, Terror Management Theory) ha abordado la relación entre el compromiso religioso y el miedo a la muerte (Krause y Hayward, 2014). Según esta perspectiva, la religión gestiona el terror provocado por la conciencia de la muerte, proporciona una sensación de seguridad psicológica y la esperanza de la inmortalidad a través de la fe en otra vida. En otras palabras, para hacer frente al horror de la evidencia de la mortalidad, las personas tienden a buscar la inmortalidad simbólica (Slight et al., 2013). Las creencias religiosas son particularmente adecuadas para aliviar el miedo a la muerte porque se basan en conceptos que no pueden probarse empíricamente pero tampoco son fácilmente refutables (Vail et al., 2010). Con base en estos aspectos, se encuentra que la religiosidad está inversamente relacionada con la ansiedad ante la muerte, mientras que la duda religiosa está relacionada positivamente, lo que sugiere que la religión como elemento cultural puede actuar como un amortiguador contra la ansiedad por la muerte (Henrie y Patrick, 2014).

Yen y Chen (2013) sugieren que los asiáticos pueden utilizar algunas creencias culturalmente específicas, en particular creencias fatalistas, para hacer frente a la conciencia de su propia mortalidad. Por el contrario, Wong (2012) señala que, en los estudiantes chinos, los pensamientos supersticiosos sobre la muerte predicen el miedo a la muerte. Sin embargo, Hui y Coleman (2012), en 141 adultos budistas chinos, no encontraron asociación entre la creencia en la reencarnación y la ansiedad ante la muerte, lo que sugiere que todas las creencias religiosas sobre la vida después de la muerte no actúan como un amortiguador contra el miedo a la muerte, tal vez porque los budistas consideran la reencarnación más como una renovación del sufrimiento en lugar de un consuelo.

CAPÍTULO 6

MATERIAL Y MÉTODO

En este trabajo de investigación se llevó a cabo un estudio con una muestra constituida por 293 adultos mayores de 65 años, con el propósito de analizar los factores protectores del miedo a la muerte y de qué forma influyen la religión y la espiritualidad.

6.1 Objetivos e Hipótesis.

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

Objetivos

El objetivo general de este trabajo de investigación fue analizar si existen diferencias respecto el miedo a la muerte y las actitudes hacia la misma en función de variables demográficas y psicológicas en una muestra de sujetos mayores de 65 años relacionadas con su religiosidad y espiritual.

Derivado de este objetivo general, se plantearon diversos **objetivos específicos**, así como las hipótesis que se desprendían de los mismos.

- 1- Comprobar si existen diferencias significativas en religiosidad intrínseca o intrínseca y en espiritualidad en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios.
- 2- Analizar si existen diferencias significativas en ansiedad ante la muerte propia o ajena y sus procesos en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios.
- 3- Averiguar si existen diferencias significativas en actitudes hacia la muerte propia o ajena y sus procesos en adultos mayores de 65 años respecto a variables como el sexo, edad, estado civil o nivel de estudios.
- 4- Comprobar la relación entre religiosidad y espiritualidad y el miedo a la muerte.
- 5- Valorar la influencia del tipo de religiosidad (intrínseca/extrínseca) que manifiestan los sujetos sobre el miedo a la muerte.
- 6- Conocer cuáles de los aspectos anteriores del adulto mayor tiene mayor relación con el miedo o la ansiedad ante la muerte.

Hipótesis 1.1.

Las mujeres son más religiosas tanto intrínsecamente como extrínsecamente que los hombres, al igual que son también más espirituales.

Hipótesis 1.2.

Existirán diferencias respecto al sexo en función del miedo a la muerte. Las mujeres puntuarán más alto tanto en miedo a la muerte propia como ajena.

Hipótesis 1.3.

Existirán diferencias en Actitudes hacia la muerte según sexo. Las mujeres tendrán puntuaciones más altas en Aceptación de escape, los hombres puntuarán más alto en Evitación de la Muerte.

Hipótesis 1.4.

Los participantes de mayor edad puntuarán más alto tanto en religiosidad (intrínseca/extrínseca) como en espiritualidad.

Hipótesis 1.5.

Los grupos de mayor edad puntuarán menos en Miedo a la Muerte tanto propia como de Otros.

Hipótesis 1.6.

Existirán diferencias en Actitudes hacia la Muerte según grupos de edad, puntuando más alto en Aceptación de Acercamiento el grupo de más edad.

Hipótesis 1.7.

Existirán diferencias en religiosidad (intrínseca/extrínseca) y espiritualidad en función del estado civil. Los “viudos” puntuarán más alto en estas dimensiones.

Hipótesis 1.8.

Existirán diferencias en el Miedo a la Muerte según el Estado Civil. Los “Viudos” obtendrán las puntuaciones más altas de los tres grupos.

Hipótesis 1.9.

Existirán diferencias en Actitudes frente a la Muerte en función del Estado Civil.

Hipótesis 1.10.

Existirán diferencias en Creencias religiosas en función del Nivel de Estudios.

Hipótesis 1.11.

Los grupos con estudios de Hasta Primarios tendrán puntuaciones más altas en Ansiedad ante la Muerte, tanto Propia como Ajena.

Hipótesis 1.12.

Existirán diferencias en Actitudes hacia la Muerte según Nivel de Estudios. Los grupos de Nivel de estudios más alto (Universitarios) obtendrán puntuaciones más altas en Aceptación Neutral.

Hipótesis 1.13.

Existirán diferencias en Ansiedad ante Mi Muerte según tipo de Actitudes ante ella.

Hipótesis 1.14.

La religiosidad intrínseca reduce la Ansiedad Ante la Muerte

6.2 Método.

Diseño: Descriptivo, correlacional, transversal, pre-experimental.

Para alcanzar nuestros objetivos se utilizó el método cuantitativo. Se realizaron análisis estadísticos con el programa SPSS V28. Este programa facilitó medir las variables que se han establecido, al igual que las diferentes dimensiones que se evaluaron.

Según la fuente de datos es una investigación de campo porque existe contacto con la muestra de adultos mayores pertenecientes a centros sociales, red de contactos, bola nieve de la ciudad de Valencia, pueblos de la provincia.

Según su finalidad es una investigación aplicada, ya que busca confrontar la teoría con la realidad.

6.3 Participantes.

La muestra objeto de estudio, participantes, de esta investigación estuvo formada por 293 sujetos que se encontraban en la etapa de adultez mayor, es decir mayores de 65 años. No se planteó no contar con personas muy ancianas ya que algunos mantenían sus capacidades cognitivas en buen estado y consideramos sus respuestas como “*muy valiosas*”, encontramos ancianos mayores de 90 años que cognitivamente estaban mejor que algunos de 80.

Para seleccionar los participantes se utilizó un método no probabilístico. Siendo conscientes de que no existe probabilidad de generalización de resultados ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma posibilidad de ser elegidos, es el método que garantiza mayor accesibilidad. Se hizo un primer intento en centros de día y residencias de ancianos, pero dado que el deterioro cognitivo que presentaron era elevado, no cumplieron con los criterios de inclusión del presente proyecto, no pudimos trabajar en estos contextos.

El muestreo se llevó a cabo, gracias a la colaboración de alumnos de la Universidad de Valencia, Centros Sociales de mayores de la ciudad de Valencia y de la colaboración de ciudadanos de diversos pueblos de su provincia como Alaquàs, Xirivella, Torrent, Aldaia, Quart de Poblet, Manises, Ribarroja, Xàtiva, El Perelló, Sueca y Algemesí. Los instrumentos de medición fueron contestados además de presencialmente, a través de redes sociales y conocidos mediante el método bola de nieve y usando nuevas tecnologías con formularios de encuestas de Google Forms.

Los participantes accedieron de forma voluntaria a contestar a los cuatro instrumentos de medida seleccionados. Del total de la muestra (N=293) 158 fueron mujeres (53,9 %) y 135 hombres (46,1 %). (Ver figura 13).

Con relación a la variable edad, 143 personas (48,81%) contaban entre 65-75 años; 100 (34,12%) entre 76-85 años; 50 personas (17,1%) > 85 años. (Ver figura 14).

Con relación al estado civil puede observarse que la mayoría el 54,40% estaban casados o en pareja, el 28,50% estaban viudos y el 17,10% separados, divorciado o solteros. (Véase figura 15).

Por lo que respecta al nivel de estudios el 8,5 % de la muestra no contaba y el 21,5%, tiene estudios universitarios, se puede observar un predominio de las personas que tienen estudios, pero no de carácter universitario, representados por un 16,4% que tienen estudios secundarios y la proporción más alta con un 53,6% que corresponde con estudios primarios. (Véase la figura 16).

Según su creencia en Dios el 73% contestaron que “Sí”, un 20% contestaron “No” y un 7% no contestó la pregunta. (Véase figura 17)

Figura 13.

Descripción de la Muestra Según Sexo

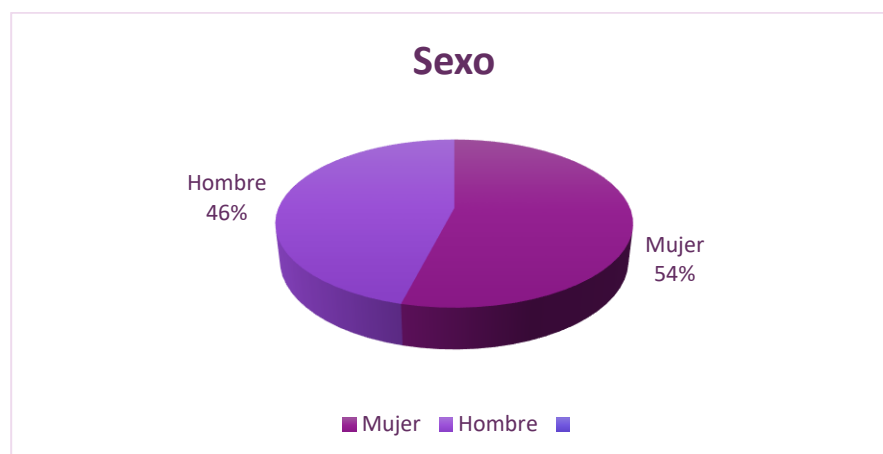


Figura 14.

Descripción de la Muestra Según Edad

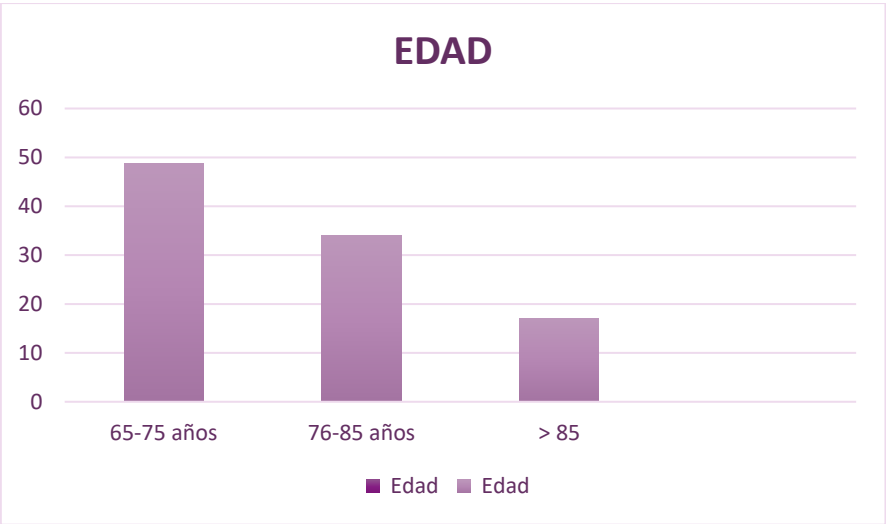


Figura 15.

Descripción de la Muestra por Estado Civil

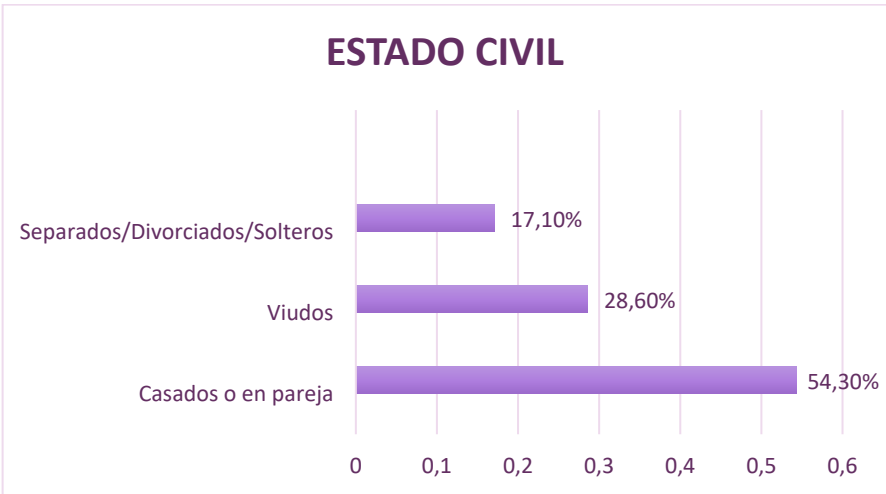


Figura 16.

Descripción de la Muestra por Nivel de Estudios

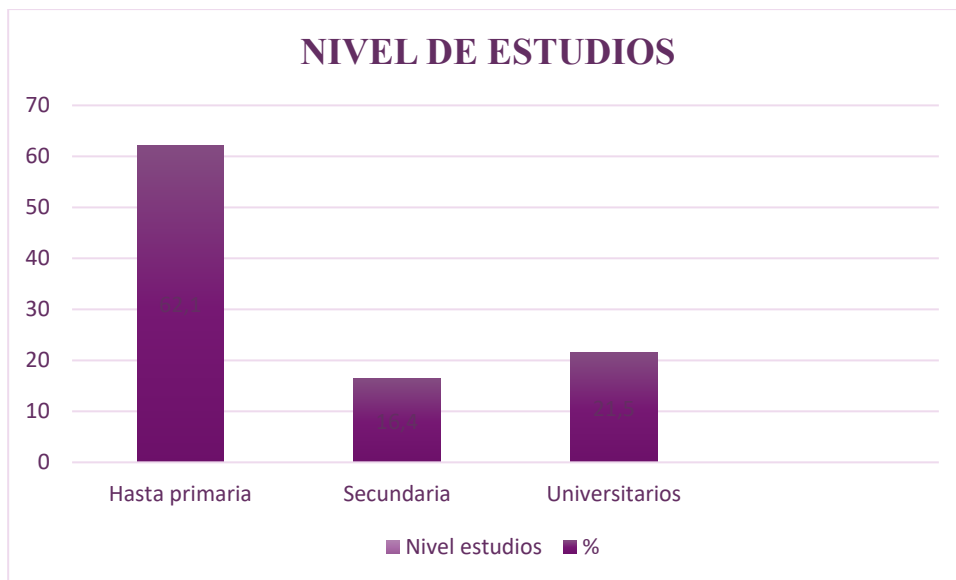
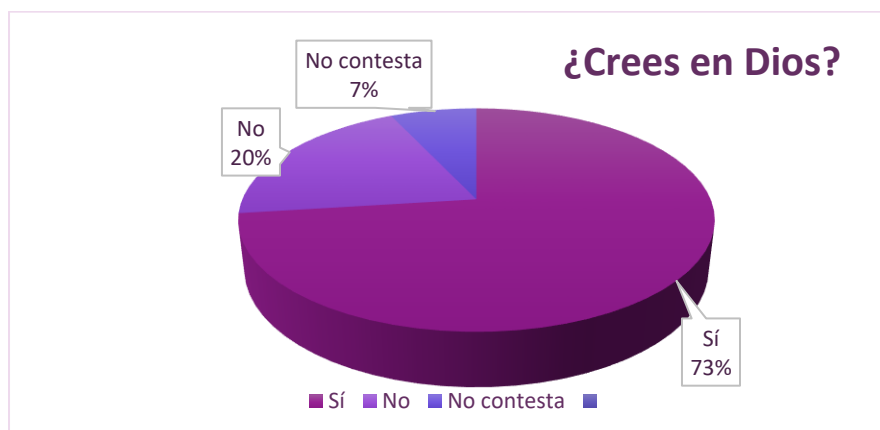


Figura 17.

Descripción de la Muestra por su creencia en Dios



6.4. Instrumentos de Medición.

La recopilación de datos se inició con la digitalización de los instrumentos de medición en la plataforma de Google Drive para crear una encuesta. El formulario para la encuesta se dividió en tres apartados. En el primero se describía el título y propósito de la presente investigación. En el segundo, el tiempo estimado que se tardaba en contestar los formularios además del compromiso de confidencialidad de su participación y su finalidad. Si la persona aceptaba participar en la resolución de los cuestionarios, era dirigido al tercer apartado donde se solicitaban sus datos sociodemográficos. Se expusieron las instrucciones, las series de ítems de las pruebas y opciones de respuesta obligatorias ya que de no contestar una pregunta no se podía acceder a la siguiente. El enlace de acceso fue compartido a través de redes sociales: WhatsApp, Messenger y Facebook. Al ser este sistema muy técnico para el grupo de población al que iba dirigido se construyó una libreta para poder trabajar con lápiz y papel con los cuestionarios, con la misma información que se puso digitalmente. A los mayores más ancianos este procedimiento les fue mucho más fácil; pese a ello, en algunos casos necesitaron ayuda de algún hijo, nieto o algún tipo de ayuda externa para rellenar los cuestionarios.

Para conseguir los objetivos de este trabajo de investigación fue necesario medir el grado de religiosidad y espiritualidad, estrategias de afrontamiento, creencias, ansiedad ante la muerte, actitudes y valores; para ello se recurrió a la utilización de los siguientes instrumentos de medida ya validados y ampliamente utilizados en la literatura.

1. El BMMRS religiosidad, espiritualidad.
2. Inventario de sistema de creencias revisado 15-R
3. Escala de miedo a la muerte de Collet y Lester.
4. Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R).

6.5. Origen, Autores y Características de los Instrumentos de Medición.

➤ El BMMRS. Religiosidad/Espiritualidad.

La religiosidad y la espiritualidad solían ser evaluadas como un constructo unidimensional, sin embargo, en los últimos años la tendencia se orienta a separar estas dimensiones (Johnstone et al., 2009). La explicación se debe a que teóricamente son constructos de distinta naturaleza: por una parte, la religiosidad es una experiencia social y, por otra parte, la espiritualidad es una experiencia individual.

El BMMRS nace a partir de la necesidad de medir la religiosidad y espiritualidad como constructos relacionados pero diferentes. Para ello, el Instituto Fetzer y el National Institute of Aging Working Group convocaron un grupo de trabajo, cuya tarea consistía en desarrollar las bases para construir una forma de medir religiosidad y espiritualidad que sirvieran para la investigación relacionada con la salud en adultos mayores (Idler et al., 2003; Masters et al., 2009). El grupo estuvo compuesto por un conjunto interdisciplinario de sociólogos, psicólogos, médicos y profesionales de la salud.

Este Índice Breve es un instrumento fiable y válido para ser aplicado en personas mayores. Dentro de los aspectos destacables, esta adaptación evidenció los dos factores que originalmente generaron la escala, “religiosidad y espiritualidad”, sin la presencia de subfactores que complican la interpretación.

La versión contaba originalmente con 38 ítems, sin embargo, después de la adaptación y estudio de las propiedades psicométricas quedaron 16 ítems del cuestionario original, con buena fiabilidad y adecuada validez de constructo, mediante los coeficientes alfa de Cronbach, los resultados indican que este índice breve es un instrumento consistente: religiosidad $\alpha = ,87$ y espiritualidad $\alpha = ,93$.

Cada ítem se puntúa a través de una escala Likert que va del 1 al 4 donde 1= “Nunca”; 2= “Rara vez”; 3= “A veces”; 4= “Mucho”

Ejemplo de ítem factor 1 religiosidad: “¿Con qué frecuencia asiste a misa?”.

Ejemplo de ítem factor 2 espiritualidad: “Me siento espiritualmente conmovido por la belleza de la creación”.

Tabla 3

Dimensiones del BMMRS

Ítems

Espiritualidad	1,2,3,4,5,6,7,8
Religiosidad	9,10,11,12,13,14,15,16

➤ **ISC-15-r. Inventario de Sistema de Creencias Revisado**

Todo lo referente a la religiosidad, ya sean las creencias, las prácticas o la filiación religiosa, se mide a través del Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r), versión del original ISC-15. Este instrumento de procedencia estadounidense ha sido creado por Holland et al., en el año 1998 (Fernández 2017); Almanza-Muñoz, fue el responsable de llevar a cabo su adaptación al español, en 1999. Se diseñó con el fin de medir la calidad de vida en enfermos graves, pero esto cambió con el ISC-15r, que evalúa las creencias y prácticas de carácter religioso y espiritual, así como el apoyo social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa. Esta prueba, se divide en dos dimensiones o subescalas:

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

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

Tabla 4

Dimensiones del ISC-15r

Ítems

Creencias y prácticas espirituales. CPE.	1,2,4,6,8,10,11,12,14,15
Soporte social. SSCR.	3,5,7,9,13

La escala tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 4; siendo 1 = muy en desacuerdo, 2 = algo en desacuerdo, 3 = algo de acuerdo y 4 = muy de acuerdo. A mayor puntuación, mayor es la religiosidad. La consistencia interna de esta escala, ISC-15r, con Alfa de Cronbach es de 0,89 para el total de la prueba, 0,85 para la subescala CPE y de 0,81 para la subescala SSCR; estos datos fueron obtenidos por Almanza et al., en el año 2000. Por lo que se puede afirmar, que el ISC-15r, es un instrumento fiable.

- Ejemplo de ítems factor 1: Creencias y prácticas espirituales (CPE) “El rezar me ha ayudado a enfrentar tiempos de enfermedades”.
- Ejemplo de ítems factor 2: Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa (SSCR) “Disfruto al asistir a actos religiosos”.

➤ **EMMCL. Inventario de Ansiedad /Miedo a la muerte.**

Como instrumento de medida del miedo a la muerte se utilizó *La Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester*, es un instrumento de tipo multidimensional, que está subdividida por 4 subescalas con 7 ítems cada uno, los cuales son:

1. Miedo a la propia muerte (MPM)
2. Miedo a la muerte de otros (MMO)
3. Miedo al proceso de morir propio (MPPM)
4. Miedo al proceso de morir de otros (MPMO)

Esto representa un total de 28 preguntas. Esta escala fue creada, a partir de la definición, en la que el miedo a la muerte es un concepto que puede tener varias causas y puede llevar con el tiempo a una persona a reaccionar de manera diferente a la idea de muerte como un estado o como un proceso.

Estas cuatro dimensiones, se pueden agrupar en dos subescalas:

1. Sub-escala1, hace referencia al miedo que tiene la persona a su propia muerte (Miedo a la Muerte Propia), que viene definida por las dimensiones MPM y MPMP
2. Sub-escala2, que se refiere al miedo que presenta la persona a la muerte de los demás (Miedo a la Muerte Ajena), formada por las dimensiones MMO y MPMO.

La tabla que se presenta a continuación refleja la distribución de los 28 ítems, con relación a cada una de las dos subescalas, que conforman la prueba.

Tabla 5

Dimensiones del EMMCL

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

Nota: MPM=Miedo a la propia muerte; MPMP= Miedo al proceso de morir propio; MMO=Miedo a la muerte de otros; MPMO= Miedo al proceso de morir de otros.

Este instrumento de medida tiene un sistema de respuesta tipo Likert, que va de 1 a 5; siendo 1 = nada, 2 = poco, 3 = moderado, 4 = bastante y 5 = mucho. Las puntuaciones promedio más altas indican mayor miedo a la muerte o al proceso de morir. La confiabilidad se estudió, a través de la consistencia interna, utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach. La fiabilidad interna total fue de 0,91, lo cual indica que el 91% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas, representan diferencias verdaderas, entre las personas y el 9% refleja fluctuaciones al azar. En lo que se refiere a la confiabilidad de la EMMCL, los resultados demuestran consistencia interna, al obtener un alto coeficiente Alfa de Cronbach, siendo superior a 0,70 (considerado el mínimo de fiabilidad aceptado).

- Ejemplo de ítem factor 1, miedo a la propia muerte: “¿Qué grado de ansiedad tienes a morir sólo?”.
- Ejemplo de ítem factor 2, miedo a tu propio proceso de morir: “¿Qué grado de ansiedad tienes a la degeneración física del proceso de morir?”.
- Ejemplo de ítem factor 3, miedo a la muerte de otros: “¿Qué grado de ansiedad tienes a sentirte sólo/a, sin la persona querida?”.

Ejemplo de ítem 4, miedo al proceso de morir de otros: “¿Qué grado de ansiedad tienes a no saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de un ser querido?”.

Se puede concluir, que este instrumento, es confiable para medir el constructo miedo a la muerte.

➤ PAM-R Actitudes Hacia la Muerte

Como instrumento de medida de las actitudes hacia la muerte se ha utilizado el Perfil Revisado de Actitudes hacia a la Muerte (PAM-R), es una prueba multidimensional creada por Gesser et al., (1987). La diferencia entre el PAM y el PAM-R, siendo ambas válidas en parámetros psicométricos, es que la última es más exhaustiva; recoge un amplio espectro de actitudes hacia la muerte. Consta de 32 ítems que miden cinco dimensiones: **miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y aceptación neutral**. Las cinco dimensiones se basan en ítems puntuados con un acuerdo (7). Las razones que justifican su elección en esta investigación, son fundamentalmente las siguientes: a) es un instrumento que evalúa una variada gama de Actitudes ante la muerte (sólo se puede comprender el miedo a la muerte, entendiendo otras actitudes hacia ésta);

está validad; y c) su fácil aplicación y la sencillez de los ítems que la componen. (Fernández, 2017).

Las cinco dimensiones del PAM-R son:

- *Miedo a la muerte (MM)*: se refiere a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- *Evitación de la muerte (EM)*: se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar... que se asocie con la misma.
- *Aceptación neutral (AN)*: ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal de cara al óbito, pero también en su aceptación ante su posible llegada.
- *Aceptación de acercamiento (AA)*: hace referencia a las creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza.
- *Aceptación de escape (AE)*: se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento, eficaces para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia. El PAM-R, está compuesto por un total de 32 ítems, agrupados en cinco subescalas. La tabla que se presenta a continuación refleja la distribución de los 32 ítems, con relación a cada una de las cinco subescalas, que conforman la prueba.

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

- Ejemplo de ítem factor 1: Miedo a la muerte “La muerte es sin duda una experiencia horrible”.
- Ejemplo de ítem factor 2: Evitación de la muerte “Evito pensamientos sobre la muerte”.
- Ejemplo de ítem factor 3: Aceptación neutral “La muerte se debería ver como un acontecimiento natural”.
- Ejemplo de ítem factor 4: Aceptación de acercamiento “Creo que iré al cielo cuando muera”.
- Ejemplo de ítem 5: Aceptación de escape “La muerte es una liberación del dolor y el dolor sufrimiento”.

Tabla 6

Dimensiones del PAM-R

ítems

MM	2,7,18,20,21,32	
EM	1,3,10,12,19,26	
AN	6,14,17,24,30	
AA	4,8,13,15,16,22,25,27,28,31	
AE	5,9,11,23,29	

Nota: MM=Miedo a la muerte; EM=Evitación de la muerte; AN= Aceptación neutral; AA= Aceptación acercamiento; AE=Aceptación escape.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos tras haber aplicado distintas pruebas estadísticas con el fin de dar respuesta a las hipótesis planteadas.

A partir de los datos obtenidos en cada uno de los cuatro instrumentos de medida utilizados en esta investigación se realiza la descripción de los resultados en relación a cuatro variables sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios.

7.1 Análisis estadístico.

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

Previamente al análisis estadístico, se comprobó el cumplimiento de los supuestos requeridos para dichos análisis. Los datos fueron sometidos a cuantificación y procesamiento mediante el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 28, que permite cuantificar el grado en que las relaciones encontradas son significativas o debidas al azar.

- A través de estadística descriptiva, se realizó el cálculo de las medias obtenidas en cada uno de los cuatro instrumentos aplicados (BMMRS, ISC-15r, PAM-R y EMMCL).
- Se utilizó la correlación de Pearson, para determinar la relación existente entre el miedo a la muerte (propia/ajena) y las dimensiones que miden cada una de las escalas utilizadas (BMMRS, ISC-15r, PAM-R).

- Para el estudio de las diferencias de medias que existen entre hombres y mujeres, con respecto al miedo a la muerte (propia/ajena) se ha utilizado la Prueba T de Student.
- Las diferencias de medias en las actitudes ante la muerte en función de la edad, se han contrastado mediante la prueba paramétrica ANOVA, ya que se cumplen los supuestos paramétricos.
- Para estudiar la relación entre variables y poder hacer predicciones se utilizó el Análisis de Regresión Lineal Múltiple

7.2 Análisis Bivariados: Correlaciones entre Variables de Estudio.

En la tabla 7 se encuentran los coeficientes de Pearson entre actitudes ante mi muerte y ansiedad ante mi proceso de morir y ansiedad ante la muerte de otros y Ansiedad ante el proceso de morir de otros.

Se puede observar que en la variable ansiedad ante mi muerte todas las correlaciones fueron significativas y positivas excepto con aceptación de acercamiento que fue negativa posiblemente porque aceptar la muerte disminuye la ansiedad. La variable ansiedad ante mi proceso de morir también correlaciones positivas y significativas con Ansiedad ante la muerte de otros y ante el proceso de morir de otros, así como con Miedo a la muerte y las aceptaciones de escape y la neutral, del mismo modo en la dimensión Ansiedad ante la muerte de otros, las correlaciones fueron correlaciones positivas y significativas con el proceso de morir de otros, así como con Miedo a la muerte y evitación de la muerte y las aceptaciones de escape y la neutral.

Tabla 7. Correlación entre variables de estudio.

	Ansiedad ante mi muerte	Ansiedad ante mi proceso de morir	Ansiedad ante la muerte de otros	Ansiedad ante el proceso de morir de otros	Miedo a la muerte	Evitación de la muerte	Aceptación de acercamiento	Aceptación de escape	Aceptación neutral
Ansiedad ante mi muerte	1								
Ansiedad ante mi proceso de morir	,349**	1							
Ansiedad ante la muerte de otros	,320**	,424*	1						
Ansiedad ante el proceso de morir de otros	,290**	,476**	,628**	1					
Miedo a la muerte	,483**	,246**	,224*	,238**	1				
Evitación de la muerte	,471**	-,001	,132*	,057	,554*	1			
Aceptación de acercamiento	-,338**	,076	,006	-,042	-,281**	-,330**	1		
Aceptación de escape	,150*	,216**	,112	,151**	,297**	,111	,002	1	
Aceptación neutral	,227**	,227**	,146*	,181**	-,006	-,159**	,517**	,438**	1

En la tabla 8 se encuentran los resultados obtenidos de las correlaciones entre BMMRS Religiosidad/espiritualidad y el ISC 15r Creencias y prácticas espirituales/Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa.

En la tabla 8 se encuentran los coeficientes de Pearson entre Religiosidad, Espiritualidad, Creencias y Prácticas Espirituales y Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa. Ver **Tabla 8**.

Podemos afirmar:

- a) Existe una correlación positiva significativa entre Religiosidad y Espiritualidad (coeficiente de correlación = ,861**; $p < 0,01$).
- b) Existe una correlación positiva significativa entre Religiosidad y Creencias y Prácticas Espirituales (coeficiente de correlación = ,849**; $p < 0,01$).
- c) Existe una correlación positiva significativa entre Religiosidad y Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa (coeficiente de correlación = ,846**; $p < 0,01$).
- d) Existe una correlación positiva significativa entre Espiritualidad y Creencias y prácticas espirituales (coeficiente de correlación = ,852**; $p < 0,01$).
- e) Existe una correlación positiva significativa entre Espiritualidad y Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa (coeficiente de correlación = ,767**; $p < 0,01$).
- f) Existe una correlación positiva significativa entre Creencias y prácticas espirituales y Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa (coeficiente de correlación = ,867**; $p < 0,01$).

Tabla 8

Correlaciones entre Religiosidad, Espiritualidad, Creencias y Soporte Social

	BMMRS Religiosidad	BMMRS Espiritualidad	Creencias y prácticas espirituales	Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa
BMMRS Religiosidad	1			
BMMRS Espiritualidad	,861**	1		
Creencias y prácticas espirituales	,849**	,852**	1	
Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa	,846**	,767**	,867**	1

7.3 Análisis de Pruebas “T” de Muestras Independientes para el Género.

En relación al género se aplicaron pruebas t de comparación de medias, resultando significativas la dimensión de religiosidad y espiritualidad del Índice Breve BMMRS, creencias y prácticas espirituales y soporte social por pertenecer a comunidad religiosa del Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r), la dimensión de Ansiedad ante mi muerte de la escala de Miedo a la Muerte de Collet-lester, las dimensiones de Evitación de la muerte y Aceptación de escape del perfil revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R). Ver **Tabla 9**.

Tabla 9.

Pruebas “*t*” comparación de Medias en Función del Sexo Religiosidad/Espiritualidad, Creencias y Soporte Social

<i>BMMRS + ISC-15r</i>	Sexo	<i>M (DT)</i>	<i>t</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Religiosidad	Mujer	17,65 (7,00)	4,553	291	< 0,001
	Hombre	14,13 (6,22)			
Espiritualidad	Mujer	23,64 (5,86)	4,040	291	< 0,001
	Hombre	20,79 (6,13)			
Creencias y prácticas espirituales	Mujer	27,63 (10,36)	4,724	291	< 0,001
	Hombre	21,90 (10,31)			
Soporte social por pertenencia a comunidad religiosa	Mujer	11,73 (5,39)	4,698	291	< 0,001
	Hombre	8,97 (4,55)			
Ansiedad ante mi muerte	Mujer	10,40 (4,72)	2,410	287	0,017
	Hombre	9,21 (3,41)			
Evitación de la muerte	Mujer	15,49 (9,04)	-1,984	291	0,048
	Hombre	17,65 (9,61)			
Aceptación de escape	Mujer	45,61 (16,90)	2,72	291	0,007
	Hombre	40,01 (18,12)			

7.4 Análisis Multivariado: Análisis de Varianza ANOVAs.

Para la comparación de medias se utilizaron ANOVAs y para las diferencias de medias entre grupos la prueba Tukey en todos los instrumentos utilizados.

EDAD/BMMRS

En relación a la edad del Índice Breve BMMRS, las ANOVAs no fueron significativas para ninguna de las dos dimensiones tal como muestra la tabla: religiosidad ($F(1, 292) = 1,68$, $p = 0,187$), espiritualidad ($F(1, 292) = 2,433$, $p = 0,090$). En función de los resultados de los ANOVAs, podemos decir que no hay diferencias estadísticamente significativas en función de la edad en religiosidad ni en espiritualidad. Ver **Tabla 10**.

Tabla 10

ANOVAs. Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad Según Edad

BMMRS		<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Religiosidad	Hasta 75	16,01 (6,99)	1,68	292	0,187
	76-85	15,32 (6,72)			
	Más de 85	17,50 (6,73)			
Espiritualidad	Hasta 75	22,31 (5,98)	2,43	292	0,090
	76-85	21,57 (6,06)			
	Más de 85	23,90 (6,59)			

EDAD/ISC 15-r

Tal y como nos muestra la tabla x, en relación a la edad, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grupos en Creencias y Prácticas Espirituales. Dado que el ANOVA de esta escala fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existen diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,030$) entre el grupo de 76-85 años ($M = 23,60$; $DT = 10,09$), con los de más de 85 años ($M = 28,30$, $DT = 11,30$). No existen, sin embargo, en Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa no se observaron diferencias en función del grupo de edad en ningún grupo. ($F(2, 290) = 2,22$, $p = 0,108$). Ver **Tabla 11**.

Tabla 11.

ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social en Función de la Edad

ISC-15r	Edad	M (DT)	F	g.l.	p
Creencias y prácticas espirituales	Hasta 75	24,80 (10,74)	3,31	292	0,038
	76-85	23,60 (10,09)			
	Más de 85	28,30(11,30)			
Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa	Hasta 75	10,57 (5,06)	2,24	292	0,108
	76-85	9,73 (5,11)			
	Más de 85	11,60 (5,62)			

EDAD/COLLET/LESTER

En relación a la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad en las puntuaciones medias de la subescala de Ansiedad a la Propia Muerte ($F(2, 286) = 5,87, p = 0,003$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad a la propia muerte fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de Hasta 75 años ($M = 10,70, DT = 4,95$) y aquellos que tenían edades entre 76 y 85 años ($M = 8,99, DT = 3,40$), sin embargo, en las demás comparaciones en función del grupo de edad no se observaron diferencias, los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de Ansiedad al Proceso de Morir Propio ($F(2, 289) = 1,86, p = 0,157$), Ansiedad a la Muerte de Otros ($F(2, 290) = 0,56, p = 0,572$), y Ansiedad al Proceso de Morir de Otros ($F(2, 290) = 0,28, p = 0,751$). Ver **Tabla 12**.

Tabla 12.

ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad Ante mi Muerte y la de Otros en Función de la Edad

	<i>Edad</i>	<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Ansiedad ante mi muerte	Hasta 75	10,70 (4,95)	5,87	288	0,003*
	76-85	8,99 (3,40)			
	>85	9,12 (2,52)			
Ansiedad ante mi proceso de morir	Hasta 75	20,42 (6,08)	1,86	290	0,157
	76-85	19,60 (6,07)			
	>85	21,54 (4,60)			
Ansiedad ante la muerte de otros	Hasta 75	21,27 (4,88)	0,55	291	0,572
	76-85	20,71 (4,34)			
	>85	21,38 (3,85)			
Ansiedad ante el proceso de morir de otros	Hasta 75	21,99 (4,89)	0,28	291	0,751
	76-85	21,53 (4,43)			
	>85	21,80 (4,70)			

EDAD/PAM-R

En relación a la escala PAM-R, los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según grupos de edad en las puntuaciones medias de las subescalas de:

Aceptación de acercamiento ($F(2, 290) = 4,15, p = 0,017$) Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante Mí Proceso de Morir fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos de edad mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta 75* ($M = 30,95, DT = 4,38$) y el grupo de *Más de 85* ($M = 33, DT = 3,51$).

Aceptación de escape ($F(2, 290) = 3,65, p = 0,027$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante la Muerte de Otros fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta 75* ($M = 42,22, DT = 16,93$) y el grupo de *Más de 85* ($M = 49,04, DT = 17,89$).

Aceptación neutral ($F(2, 290) = 5,455, p = ,005$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante la Muerte de Otros fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta 75* ($M = 25,96, DT = 7,13$) y el grupo de *Más de 85* ($M = 29,74, DT = 5,20$), y con los de *75-85* ($M = 26,44, DT = 7,72$) con los de *Más de 85 años* ($M = 29,74, DT = 5,20$).

Los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de: *Miedo a la Muerte* ($F(2, 290) = 2,07, p = 0,127$), *Evitación de la Muerte* ($F(2, 290) = 0,35, p = 0,702$). Ver **Tabla 13**.

Tabla 13.

ANOVAs. *Comparación de Medias en Actitudes Hacia la Muerte en Función de la Edad*

PAM-R	Edad	M (DT)	F	g.l.	p
Miedo a la muerte	Hasta 75	24,06 (11,63)	2,07	292	0,127
	76-85	21,06 (11,29)			
	>85	23,80 (12,62)			
Evitación de la muerte	Hasta 75	16,91 (9,67)	0,35	292	0,702
	76-85	16,28 (8,86)			
	>85	15,68 (9,50)			
Aceptación de acercamiento	Hasta 75	30,95 (4,38)	4,15	292	0,017*
	76-85	31,88 (4,94)			
	>85	33,00 (3,51)			
Aceptación de escape	Hasta 75	42,22 (16,93)	3,65	292	0,027*
	76-85	41,18 (18,11)			
	>85	49,04 (17,89)			
Aceptación neutral	Hasta 75	25,97(7,14)	5,45	292	0,005*
	76-85	26,44 (7,72)			
	>85	29,74 (5,20)			

ESTADO CIVIL/BMMRS

Tal y como nos muestra la tabla 12, en relación al estado civil, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grupos en espiritualidad. Dado que el ANOVA de la escala de espiritualidad fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = ,048$) entre los grupos *Casados y en Pareja* ($M = 22,61$; $DT = 5,75$), con los *Solteros y Separados* ($M = 20,27$, $DT = 7,06$), también se hallaron diferencias significativas ($p = 0,33$) entre *Viudos* ($M = 23,01$; $DT = 6,09$) con *Solteros y Separados* ($M = 20,07$; $DT = 7,06$), sin embargo, en religiosidad no se observaron diferencias en función del grupo de edad en ningún grupo. Religiosidad ($F(2, 290) = 1,215$, $p = ,298$). Ver **Tabla 14**.

Tabla 14.

ANOVAs Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad en Función del Estado Civil

BMMRS		<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	g.l.	<i>p</i>
Religiosidad	Casados y en pareja	15,90(6,34)	1,21	292	0,298
	Viudos	16,88 (6,69)			
	Solteros y separaos	15,02(8,57)			
Espiritualidad	Casados y en pareja	22,61 (5,75)	3,55	292	0,030
	Viudos	23,01 (6,09)			
	Solteros y separados	20,27 (7,06)			

ESTADO CIVIL/ISC-15R

Tal y como nos muestra la tabla 13, en relación al *Estado Civil*, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre grupos en *Creencias y Prácticas Espirituales*. Dado que el ANOVA de esta escala fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,006$) entre *Viudos* ($M = 27,16$; $DT = 10,36$), con *Solteros y Separados* ($M = 21,06$, $DT = 11,39$). Sin embargo, en *Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa* no se observaron diferencias en función del *Estado Civil* en ningún grupo, ($F(2, 290) = 1,69$, $p = 0,185$). Ver **Tabla 15**.

Tabla 15.

ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social en Función de la Edad

ISC-15r	<i>Estado Civil</i>	<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Creencias y Prácticas Espirituales	Casados y en pareja	25,08 (10,38)	5,23	292	0,006
	Viudos	27,16 (10,36)			
	Solteros y separados	21,06 (11,39)			
Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa	Casados y en pareja	10,53 (4,97)	1,69	292	0,185
	Viudos	11,01 (5,27)			
	Solteros y separados	9,32 (5,70)			

ESTADO CIVIL/COLLET-LESTER

En relación a la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según *Estado Civil* en las puntuaciones medias de la subescala de Ansiedad a la Propia Muerte ($F(2, 286) = 9,11, p < 0,001$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad a la Propia Muerte fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo *Casados y en Pareja* ($M = 10,522, DT = 4,48$) y *Solteros y Separados* ($M = 7,61, DT = 1,78$).

Los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de *Ansiedad ante el Propio Proceso de Morir* ($F(2, 289) = 1,40, p = 0,246$), *Ansiedad ante la Muerte de Otros* ($F(2, 290) = 0,88, p = 0,413$), y *Ansiedad ante el Proceso de Morir de Otros* ($F(2, 290) = 2,343, p = 0,098$). Ver **Tabla 16**.

Tabla 16.

ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad ante Mi Propia Muerte y la de Otros en Función del Estado Civil

EMMCL	Estado civil	M (DT)	F	g.l.	p
Ansiedad ante mi muerte	Casados y en pareja	10,52(4,48)	9,11	288	< 0,001*
	Viudos	9,79(4,16)			
	Solteros y separados	7,61(1,78)			
Ansiedad ante mi proceso de morir	Casados y en pareja	20,52(5,89)	1,41	291	0,246
	Viudos	20,71(5,84)			
	Solteros y separados	19,06 (5,79)			
Ansiedad ante la muerte de otros	Casados y en pareja	21,01(4,25)	0,88	292	0,413
	Viudos	21,58 (4,46)			
	Solteros y separados	20,54(5,46)			
Ansiedad ante el proceso de morir de otros	Casados y en pareja	22,05(4,42)	2,34	292	0,098
	Viudos	22,11(4,62)			
	Solteros y separados	20,5 (5,48)			

Fuente: Elaboración propia, a partir de instrumentos aplicados

ESTADO CIVIL/PAM-R

En relación a la escala PAM-R, los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según “*Estado Civil*” en las puntuaciones medias de las subescalas de:

Miedo a la muerte ($F(2, 290) = 4,29, p = 0,014$) Dado que el ANOVA de la subescala Miedo a la muerte fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos según *Estado Civil* mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Casados y en Pareja* ($M = 23,59, DT = 11,35$) con el grupo de *Solteros y Separados* ($M = 18,68, DT = 10,86$).

Evitación de la muerte ($F(2, 290) = 2,95, p = 0,050$). Dado que el ANOVA de la subescala Evitación de la muerte fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Casados y en Pareja* ($M = 17,15, DT = 9,72$) con *Solteros y Separados* ($M = 13,58, DT = 7,79$).

Los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de: *Aceptación acercamiento* ($F(2, 290) = 2,62, p = 0,075$), *Aceptación de escape* ($F(2, 290) = 2,81, p = 0,062$), *Aceptación neutral* ($F(2, 290) = ,496, p = 0,609$). Ver **Tabla 17**.

Tabla 17.

ANOVAs. Comparación de Medias en Actitudes hacia la Muerte en Función del Estado Civil

PAM-R	Estado civil	M (DT)	F	g.l.	p
Miedo a la muerte	Casados y en pareja	23,59 (11,35)	4,29	292	0,014
	Viudos	24,42 (12,47)			
	Solteros y separados	18,68 (10,86)			
Evitación de la muerte	Casados y en pareja	17,15 (9,72)	2,95	292	0,050
	Viudos	16,95 (9,26)			
	Solteros y separados	13,58 (7,79)			
Aceptación de acercamiento	Casados y en pareja	31,35 (4,63)	2,62	292	0,075
	Viudos	31,36 (4,76)			
	Solteros y separados	32,94 (3,30)			
Aceptación de escape	Casados y en pareja	43,57 (16,42)	2,81	292	0,062
	Viudos	45,07 (17,63)			
	Solteros y separados	37,86 (20,69)			
Aceptación neutral	Casados y en pareja	26,70 (7,13)	0,49	292	0,609
	Viudos	26,38 (7,34)			
	Solteros y separados	27,64 (7,08)			

NIVEL ESTUDIOS/BMMRS

En relación al instrumento BMMRS, los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en *Religiosidad* y *Espiritualidad* entre los grupos en función del Nivel de Estudios. Religiosidad ($F(2, 290) = 0,14, p = 0,866$), Espiritualidad ($F(2, 90) = 0,32, p = 0,722$). Ver **Tabla 18**.

Tabla 18.

ANOVAs. Comparación de Medias en Religiosidad y Espiritualidad en Función del Nivel Estudios

BMMRS		<i>M (DT)</i>	<i>F</i>	<i>g.l.</i>	<i>p</i>
Religiosidad	Hasta primaria	16,13 (6,92)	0,144	292	0,866
	Secundaria	16,19 (7,07)			
	Universitarios	15,62 (6,67)			
Espiritualidad	Hasta primaria	22,22 (6,23)	0,326	292	0,722
	Secundaria	22,98 (6,32)			
	Universitarios	22,14 (5,79)			

NIVEL ESTUDIOS/ISC-15R

En relación al instrumento ISC-15R los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en Creencias y Prácticas Espirituales entre los grupos en función del nivel educativo. Tampoco en Soporte Social por pertenecer a Comunidad Religiosa. *Creencias y Prácticas Espirituales* ($F(2, 290) = 0,71, p = 0,495$), Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa ($F(2, 90) = 0,09, p = 0,906$). Ver **Tabla 19**.

Tabla 19.*ANOVAs. Comparación de Medias en Creencias y Soporte Social en Función del Nivel de Estudios*

ISC-r	Estado Civil	M (DT)	F	g.l.	p
Creencias y prácticas espirituales	Hasta primarios	25,41 (10,82)	0,706	292	0,495
	Secundarios	25,27 (10,60)			
	Universitarios	23,57(10,51)			
Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa	Hasta primarios	10,54(5,37)	0,098	292	0,906
	Secundarios	10,48 (4,69)			
	Universitarios	10,21 (5,13)			

NIVEL ESTUDIOS/COLLET-LESTER.

En relación a la Escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según Nivel de Estudios en las puntuaciones medias de las subescalas de:

Ansiedad ante mi proceso de morir ($F(2, 286) = 3,78, p = \mathbf{0,024}$) Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante mí proceso de morir fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta primaria* ($M = 20,93, DT = 5,56$) y el grupo de *Secundaria* ($M = 18,35, DT = 6,63$).

Ansiedad ante la muerte de otros ($F(2, 290) = 3,51, p = \mathbf{0,031}$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante la muerte de otros fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían

diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta primaria* ($M = 21,62$, $DT = 4,13$) y el grupo de *Universitarios* ($M = 19,98$, $DT = 5,30$).

Ansiedad ante el proceso de morir de otros ($F(2, 290) = 3,30$, $p = 0,038$). Dado que el ANOVA de la subescala de Ansiedad ante la muerte de otros fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias ($p = 0,005$) entre el grupo de *Hasta primaria* ($M = 21,62$, $DT = 4,13$) y el grupo de *Secundaria* ($M = 19,98$, $DT = 5,30$).

Los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de Ansiedad ante mi muerte (aunque roza la significación) ($F(2, 286) = 2,83$, $p = 0,060$). Ver **Tabla 20**.

Tabla 20.

ANOVAs. Comparación de Medias en Ansiedad a mi Propia Muerte y la de Otros en Función del Nivel Estudios

EMMCL	Nivel Estudios	M (DT)	F	g.l.	p
Ansiedad ante mi muerte	Hasta Primaria	10,29 (4,76)	2,834	288	0,060
	Secundarios	9,35 (3,50)			
	Universitarios	8,94 (2,39)			
Ansiedad ante mi proceso de morir	Hasta Primaria	20,93 (5,56)	3,785	290	0,024
	Secundarios	18,35 (6,63)			
	Universitarios	20,10 (5,89)			
Ansiedad ante la muerte de otros	Hasta Primaria	21,62 (4,13)	3,505	291	0,031
	Secundarios	20,56(4,67)			
	Universitarios	19,98 (5,30)			
Ansiedad ante el proceso de morir de otros	Hasta primaria	22,27 (4,39)	3,300	291	0,038
	Secundarios	20,37 (4,47)			
	Universitarios	21,52 (5,49)			

NIVEL ESTUDIOS/PAM-R

Los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según nivel de estudios en las puntuaciones medias de las subescalas:

Miedo a la muerte ($F(2, 290) = 3,66, p = 0,027$). Dado que el ANOVA fue significativo, se analizaron las diferencias entre los grupos según nivel de estudios mediante la prueba de Tukey observándose que existían diferencias estadísticamente significativas ($p=0,005$) con hasta primarios ($M = 24,42, DT = 12,27$) con secundarios ($M = 20,44, DT = 9,92$) y Universitarios ($M = 20,79, DT = 10,89$). Los ANOVAs no fueron significativos para las dimensiones de: *Evitación de la Muerte* ($F(2, 290) = 0,37, p = 0,689$), *Aceptación Acercamiento* ($F(2, 290) = 0,19, p = 0,889$), *Aceptación de Escape* ($F(2, 290) = 0,47, p = 0,623$), *Aceptación Neutral* ($F(2, 290) = 1,03, p = 0,357$). Ver **Tabla 21**.

Tabla 21.

ANOVAs. Comparación de Medias en Actitudes Hacia la Muerte en Función del Nivel Estudios

PAM-R	Nivel Estudios	M (DT)	F	g.l.	p
Miedo a la muerte	Hasta primarios	24,42 (12,27)	3,663	292	0,027
	Secundarios	20,44 (9,92)			
	Universitarios	20,79 (10,89)			
Evitación de la muerte	Hasta primarios	16,70 (9,48)	0,373	292	0,689
	Secundarios	16,85 (9,28)			
	Universitarios	15,59 (9,13)			
Aceptación de acercamiento	Hasta primarios	31,52 (4,73)	0,118	292	0,889
	Secundarios	31,81 (4,46)			
	Universitarios	31,76 (3,85)			
Aceptación de escape	Hasta primarios	43,73 (17,20)	0,474	292	0,623
	Secundarios	42,71 (17,84)			
	Universitarios	41,24 (18,96)			
Aceptación neutral	Hasta primarios	27,21 (6,77)	1,034	292	0,357
	Secundarios	26,36 (7,84)			
	Universitarios	25,78 (7,76)			

7.5. Análisis de Regresión Lineal Múltiple.

7.5.1 *Ansiedad Ante la Muerte*

Para el desarrollo de este apartado se realizaron diferentes análisis de regresión múltiple para predecir individualmente cada una de las cuatro dimensiones de la escala Miedo a la Muerte de Collet-Lester que analiza la ansiedad ante la propia muerte y la ansiedad ante el proceso de morir propio y la ansiedad ante la muerte de otros y la ansiedad ante el proceso de morir de otros.

Como predictores se utilizaron dos dimensiones, dos escalas. De una parte, se incluyeron de la escala BMMRS la religiosidad y espiritualidad como constructos relacionados pero diferentes, y de otra parte se incluyeron del Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r) las dimensiones o subescalas de Creencias y prácticas espirituales y la de Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa.

a. Ansiedad ante la propia muerte.

En primer lugar, se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la ansiedad ante la propia muerte, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 10,2%. La ansiedad ante la propia muerte fue predicha positivamente por la dimensión de Creencias y prácticas espirituales ($t = 4,15$). Por último, en cuanto al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,102), se calculó el límite inferior del IC del 95% utilizando la expresión matemática de Cohen et al. (2003) para obtener el error estándar de la R-cuadrado (SER^2) que es necesario utilizar en las operaciones. Una vez calculado el límite inferior del IC 95% (,229), se aplicaron los puntos de corte de 0,02, 0,13 y 0,26 para determinar si el tamaño del efecto era pequeño, mediano o grande (Ellis, 2010); el valor obtenido indicaba que el tamaño del efecto era grande.

Ver **Tabla 22**.

Tabla 22.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS / ISC-15r y la Ansiedad ante mi Propia Muerte.

Criterio: Ansiedad ante mi muerte			<i>B</i>	<i>SEB</i>		β	<i>t</i>	<i>p</i>
		Model $R^2_{adj} = 0,089$, $F(4, 288) = 8,06$, $p < 0,001$						
BMMRS Religiosidad			- 0,131	0,082		- 0,214	- 1,58	0,114
BMMRS Espiritualidad			- 0,076	0,085		- 0,112	0,90	0,369
Creencias y practicas espirituales			0,227	0,055		0,578	4,15	< 0,001
Soporte social comunidad			- 0,022	0,101		- 0,027	- 0,21	0,829

Variable dependiente: Ansiedad ante mi muerte

b. Ansiedad ante mi proceso de morir:

A continuación, se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la ansiedad ante mi proceso de morir, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 9,4%. La ansiedad ante mi proceso de morir fue predicha positivamente por la dimensión espiritualidad ($t = 3,67$) al igual que Creencias y prácticas espirituales con ($t = 1,94$), y negativamente por la dimensión de religiosidad de la escala BMMRS ($t = -2,70$); la dimensión Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa no alcanzó significación estadística. En relación con el tamaño del efecto, además de tener en cuenta la R-cuadrado (0,094), se calculó el límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,218 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano. Ver **Tabla 23**.

Tabla 23.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ ISC-15r y la Ansiedad ante mi Proceso de Morir.

Criterio: Ansiedad ante mi proceso de morir	<i>B</i>		<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model $R^2_{adj} = 0,081$, $F(4, 291) = 7,410$, $p < 0,001$						
BMMRS Religiosidad	- 0,313		0,116	- 0,366	-2,70	0,007
BMMRS Espiritualidad	- 0,365		0,119	- 0,382	3,67	0,002
Creencias y practicas espirituales	0,149		0,077	0,271	1,94	0,049
Soporte social comunidad	- 0,084		0,141	- 0,074	-0,59	0,553

Variable dependiente: Ansiedad ante mi proceso de morir.

c. Ansiedad ante la muerte de otros.

En relación a los otros, se realizó un primer modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la ansiedad ante mi proceso de morir, resultando significativo el modelo ($p = 0,006$) con una varianza explicada del 9,4%. La ansiedad ante la muerte de otros fue predicha negativamente por la dimensión religiosidad del BMMRS ($t = -2,25$) y de forma positiva por Creencias y prácticas espirituales con ($t = 3,22$), la dimensión de espiritualidad del BMMRS y el soporte de la comunidad no fueron significativas. En relación con el tamaño del efecto, la R-cuadrado mostró un valor de 0,049, además se calculó el límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,137 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano. Ver **Tabla 24.**

Tabla 24.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ ISC-15r y la Ansiedad Ante la Muerte de Otros.

Criterio: Ansiedad ante la muerte de otros	<i>B</i>		<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Model $R^2_{adj} = 0,036$, $F(4, 292) = 3,699$, $p = 0,006$						
BMMRS Religiosidad	- 0,206		0,091	- 0,312	-2,25	0,025
BMMRS Espiritualidad	- 0,019		0,094	- 0,026	0,21	0,837
Creencias y practicas espirituales	0,195		0,061	0,460	3,22	0,001
Soporte social comunidad	- 0,116		0,112	-0 134	-1,04	0,298

Variable dependiente: Ansiedad ante la muerte de otros.

d. Ansiedad ante el proceso de morir de otros

Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la ansiedad ante el proceso de morir de otros, resultando significativo el modelo ($p = 0,001$) con una varianza explicada del 9,4%. La ansiedad ante el proceso de morir de otros fue predicha negativamente por la dimensión religiosidad del BMMRS ($t = -2,47$) y de forma positiva por las Creencias y prácticas espirituales con ($t = 2,62$). En relación con el tamaño del efecto, la R-cuadrado mostró un valor de 0,061, y el cálculo del límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% obtuvo un valor de 0,161 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano. Ver **Tabla 25**.

Tabla 25.

Coefs Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS/ISC-15r Ansiedad ante el Proceso de Morir de Otros.

Criterio: Ansiedad ante la muerte de otros		<i>B</i>		<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Model $R^2_{adj} = 0,048$, $F(4, 292) = 4,679$, $p = 0,001$						
BMMRS Religiosidad		- 0,233		0,094	-0,340	-2,47	0,014
BMMRS Espiritualidad		0,124		0,097	0,162	1,27	0,203
Creencias y practicas espirituales		0,164		0,062	0,373	2,62	0,009
Soporte social comunidad		- 0,041		0,115	-0,046	-0,36	0,719

Variable dependiente: Ansiedad ante el proceso de morir de otros.

7.5.2 Actitudes Ante la Muerte

Para el desarrollo de este apartado se realizaron diferentes análisis de regresión múltiple para predecir individualmente cada una de las cinco dimensiones del instrumento de medición de las actitudes hacia la muerte PAM-R, que analiza el miedo a la muerte, la evitación de la muerte, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y aceptación neutral.

Como predictores se utilizaron dos dimensiones, dos escalas. De una parte, se incluyeron de la escala BMMRS la religiosidad y espiritualidad como constructos relacionados pero diferentes, y de otra parte se incluyeron del Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r) las dimensiones o subescalas de Creencias y prácticas espirituales y la de Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa.

a. Miedo a la muerte.

En primer lugar, se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir el miedo a la muerte, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 19,6%. El miedo a la muerte fue predicho positivamente por Creencias y prácticas espirituales ($t = 6,96$), y negativamente por Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa ($t = -3,08$). Finalmente, en relación al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,196), se calculó el límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,358, considerándose grande. Ver **Tabla 26**.

Tabla 26.

Coefficientes de Regresión Lineal Múltiple Dimensiones Escalas BMMRS / ISC-15r y Miedo a la Muerte.

Criterio: Miedo a la muerte		<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Model $R^2_{adj} = 0,185$, $F(4, 292) = 17,536$, $p < 0,001$					
BMMRS Religiosidad		- 0,410	0,218	-0,240	-1,88	0,060
BMMRS Espiritualidad		- 0,106	0,224	0,055	0,47	0,637
Creencias y practicas espirituales		1,003	0,144	0,915	6,96	0,000
Soporte social comunidad		-0,819	0,266	-0,363	-3,08	0,002

Variable dependiente: Miedo a la muerte

b. Evitación de la muerte

A continuación, se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la muerte de *evitación de la muerte*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 12,6%. *La evitación de la muerte* fue predicha positivamente por Creencias y prácticas espirituales ($t = 5,93$), y negativamente por las dimensiones del BMMRS de religiosidad ($t = -2,70$) y espiritualidad ($t = -1,96$), no obteniéndose resultados estadísticamente significativos en Soporte Social por pertenecer a comunidad religiosa ($t = -1,22$; $p = 0,223$). Finalmente, en relación con el tamaño del efecto, la R-cuadrado obtuvo un valor de 0,126, además, el cálculo del límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% obtuvo un valor de 0,226 considerándose grande. Ver **Tabla 27**.

Tabla 27.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple entre dimensiones del BMMRS / ISC-15r y Evitación de la Muerte.

Criterio: Evitación de la muerte		<i>B</i>	<i>SEB</i>		β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Model $R^2_{adj} = 0,113$, $F(4, 292) = 13,339$, $p < 0,001$						
BMMRS Religiosidad		- 0,489	0,181		- 0,359	-2,70	0,007
BMMRS Espiritualidad		- 0,365	0,186		-0,239	-1,96	0,049
Creencias y practicas espirituales		0,711	0,120		0,814	5,93	0,000
Soporte social comunidad		-0,270	0,221		-0,150	-1,22	0,223

Variable dependiente: Evitación de la muerte

c. Aceptación de acercamiento

Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la muerte de *Aceptación de acercamiento*, no resultando significativo el modelo ($p = 0,224$). Ver **Tabla 28**.

Tabla 28.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones del BMMRS y ISC-15r y Aceptación de Acercamiento.

Criterio: Aceptación de acercamiento				<i>B</i>				<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
				Model $R^2_{adj} = 0,006$, $F(4, 292) = 1,429$, $p = 0,224$							
BMMRS Religiosidad				-0,094				0,092	-0,143	-1,02	0,311
BMMRS Espiritualidad				0,183				0,095	0,250	1,93	0,055
Creencias y practicas espirituales				-0,114				0,061	-0,270	-1,86	0,064
Soporte social comunidad				0,173				0,112	0,200	-1,54	0,125

Variable dependiente: Aceptación de acercamiento

d. Aceptación de escape

Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la muerte de *Aceptación de escape*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 62,4 %. *La aceptación de escape* fue predicha positivamente por, creencias y prácticas espirituales ($t = 8,55$), y por espiritualidad de la escala BMMRS ($t = 2,96$), y de forma negativa por Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa ($t = -3,11$); la religiosidad de la escala BMMRS no fue un predictor

para aceptación de escape. Finalmente, en relación con el tamaño del efecto, la R-cuadrado obtuvo un valor de 0,624, el cálculo del límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,747 considerándose un valor grande. Ver **Tabla 29**.

Tabla 29.

Coefficientes de Regresión Lineal Múltiple Dimensiones del BMMRS y ISC-15r y Aceptación de Escape.

Criterio: Aceptación de escape		<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Model $R^2_{adj} = 0,619$, $F(4, 292) = 119,446$, $p < 0,001$					
BMMRS Religiosidad		0,052	0,224	0,020	0,23	0,815
BMMRS Espiritualidad		0,683	0,231	0,238	2,96	0,003
Creencias y practicas espirituales		1,269	0,148	0,769	8,55	0,000
Soporte social comunidad		-0,851	0,274	-0,250	-3,11	0,002

Variable dependiente: Aceptación de escape

e. Aceptación neutral

Finalmente se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la muerte de *Aceptación neutral*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 7,7 %. *La aceptación neutral* fue predicha positivamente por espiritualidad de la escala BMMRS ($t = 2,44$), siendo las demás variables no significativas. Finalmente, en relación con el tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,077), se calculó el límite inferior del Intervalo de confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,199 considerándose medio. Ver **Tabla 30**.

Tabla 30.

Coefficientes Regresión Lineal Múltiple Dimensiones BMMRS y ISC-15r y Aceptación Neutral.

Criterio: Aceptación neutral		<i>B</i>	<i>SEB</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>
	Model $R^2_{adj} = 0,064$, $F(4, 292) = 5,988$, $p < 0,001$					
BMMRS Religiosidad		-0,137	0,142	-0,131	-0,96	0,337
BMMRS Espiritualidad		0,359	0,147	0,307	2,44	0,015
Creencias y practicas espirituales		0,108	0,094	0,161	1,14	0,253
Soporte social comunidad		-0,126	0,174	-0,091	-0,72	0,471

Variable dependiente: Aceptación neutral

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

La muerte ha sido tema de meditación desde principios de los tiempos de la humanidad. Cada cultura puede tener significados diferentes, aunque es normal que el hecho de pensar en la muerte, hace mostrar una serie de actitudes que pueden ser predictoras de determinadas conductas ante semejante tema. Es normal concebir la muerte como un estímulo aversivo contra la propia persona, esto genera temor que es la respuesta actitudinal más común. También produce ansiedad y miedo y trasladan a la persona a desarrollar actitudes como la evitación de la muerte, aceptar la muerte, aceptación de acercamiento y contemplar la muerte como una opción frente a una vida de sufrimiento y dolor. (Gala *et al.* 2002).

Las particularidades de cada persona conllevan a que en el tema de la muerte las personas adopten actitudes muy diferentes, siendo éstas más positivas o negativas ante dicha posibilidad ya se trate de la muerte propia o de la ajena. Por otra parte, la muerte sólo puede vivirse desde la imaginación, nadie la ha experimentado. Según los resultados de algunas investigaciones (Bayés *et al.*, 1993 citado en Sanchís Fernández, L. 2017) manifiestan que lo que produce mayor ansiedad es el propio proceso de morir.

Hay investigadores que afirman que un mayor grado de religiosidad se relaciona con una menor ansiedad ante la muerte (Jeffers *et al.*, 1961; Wolff, 1970 citado en Fernández 2017) creen que esto es debido al apoyo emocional que reciben y a que las creencias sirven de amortiguador del miedo. A estos factores protectores que se le atribuyen a la religión tendríamos que sumar el mayor apoyo que reciben los ancianos que forman parte de una comunidad, religiosa o no. La mayor función de la religión, según Freud, se encuentra en

su segunda atribución, que es la de satisfacer la necesidad de seguridad y calmar la angustia y el miedo que se siente a la hora de afrontar la muerte.

El hecho de que el nivel de espiritualidad haya disminuido en los últimos tiempos lleva a que no se acepten ideas preconcebidas de que existe una vida después de la muerte, por lo que aparece el carácter de lo desconocido que genera temor (Falkenhain y Handal, 2003 citado en Fernández 2017). Se ha dicho que, si existe una creencia en Dios y en la vida después de la muerte, puede llevar a que las personas acepten más fácilmente la muerte y tengan menor ansiedad y una actitud de acercamiento a ella.

En base a todo lo expuesto:

Nuestro **objetivo general** fue analizar si existen diferencias respecto el miedo a la muerte y las actitudes hacia la misma en función de variables demográficas y psicológicas en una muestra de 293 sujetos mayores de 65 años y si la religiosidad con sus dimensiones (intrínseca/extrínseca) y la espiritualidad son predictivos de la ansiedad y miedo a la muerte.

Con el fin de comentar cada aspecto importante a tener en cuenta, seguiremos en la discusión el mismo orden que la exposición de las hipótesis planteadas en el apartado de metodología.

Para realizar el objetivo general del estudio y los específicos y averiguar si nuestras hipótesis eran ciertas se realizaron las siguientes acciones:

Se llevaron a cabo análisis de correlaciones contrastando la relación de cada una de las dimensiones que conforman los instrumentos de medida utilizados en la investigación con el Miedo a la Muerte, haciendo distinción entre Miedo a la *Muerte Propia* y *Miedo a la Muerte Ajena*.

Se realizaron pruebas de comparación de medias, “la prueba *t* para el género” con la prueba de Levene para la igualdad de varianzas. Para el resto de las dimensiones se utilizaron “ANOVAs”, utilizando además para conocer las posibles diferencias entre grupos la prueba “HSD Tukey” de comparaciones múltiples.

Se realizaron análisis de regresiones múltiples para analizar qué dimensiones de la religiosidad eran predictoras de las distintas actitudes ante la muerte y miedo y ansiedad ante ésta.

Se utilizaron instrumentos validados internacionalmente. No fue necesario construir ninguno *ad hoc*. Se utilizó de forma individualizada: La Breve Medida Multidimensional de Religiosidad/Espiritualidad (BMMRS), Inventario de Sistema de Creencias revisado (ISC 15-r), Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y Escala de Miedo a la Muerte (EMMCL), comprobando con anterioridad que los valores de validez y fiabilidad de cada uno de los cuestionarios fueran adecuados.

Con todo ello, se llevaron a cabo los comentarios pertinentes para cada una de las hipótesis a partir de los resultados obtenidos en este estudio y se han contrastado con otros estudios realizados por autores de relevancia en este tema de investigación, resaltando que son pocos los interesados en investigar temas relacionados con los asuntos del final de la vida, pese a ello aún se encuentra suficiente bibliografía para poder ir avanzando en el tema.

Algunos estudios demuestran que a pesar de que hay distinción teórica entre religiosidad y espiritualidad, en realidad la mayoría de las personas, que son creyentes, se definen a sí mismas tanto religiosas como espirituales. Esto se debe a que perciben su espiritualidad dentro de una religión organizada y no observan la diferencia entre ambas (Hill y Pargament, 2008 citado en Fernández 2017). Es importante concebir ambos conceptos como diferentes, ya que constituye una herramienta válida que busca facilitar la investigación, aunque ambos fenómenos se encuentren intrínsecamente asociados.

Los estudios indican que el fenómeno de la religiosidad puede ser subdividido en varios aspectos, distinguiendo las prácticas que se realizan de manera personal y las que son de índole marcadamente interpersonal. La oración particular, es lo que se refiere a lo personal, además la lectura de las escrituras en un espacio privado y la meditación íntima, todo esto es “religiosidad intrínseca”, dentro de lo interpersonal se encuentran las celebraciones en grupos de personas y la adoración en común, grupos de participación y prestación de apoyo social, sería lo que llamamos religiosidad “extrínseca” (Spilka *et al.*, 2003 citado en Fernández, 2017).

Para poder cumplir con los objetivos propuestos y dar respuesta a nuestras preguntas de investigación se hicieron análisis de comparación de medias con pruebas “t” de Student, y ANOVAs.

Para analizar que variables son predictoras de Ansiedad y Miedo a la Muerte se utilizaron análisis de regresión lineal multidimensional y análisis de correlaciones. Para ello los objetivos los hemos dividido en dos partes:

Primera parte de objetivos específicos.

Análisis con pruebas “t” y ANOVAs. Pruebas de comparación de medias para el género, edad, estado civil y nivel de estudios.

- **Hipótesis 1.1.** *Las mujeres son más religiosas tanto intrínsecamente como extrínsecamente que los hombres, al igual que son también más espirituales.*

-

Los resultados obtenidos a través de los instrumentos del BMMRS+ ISC-15r ponen de manifiesto que tanto en la dimensión de religiosidad (intrínseca/extrínseca), como de espiritualidad, analizadas con la prueba “t” de Student para el género, han obtenido puntuaciones más altas las mujeres que los hombres.

Es la mujer la que mayor puntuación ha obtenido en las cuatro dimensiones analizadas, (religiosidad, religiosidad intrínseca y extrínseca y espiritualidad) con respecto al hombre, con diferencias estadísticamente significativas, $p < .001$.

Estos resultados coinciden con los registrados por investigaciones previas. Las mujeres presentan mayor tendencia a la religiosidad que los hombres; esta predisposición podría estar conduciendo a las mujeres a buscar en la religión el soporte a su bienestar, así como el apoyo para mantener conductas socialmente adaptadas (Miller y Stark, 2002 citado en Fernández 2017).

Spilka *et al.* (2003 citado en Fernández 2017), al igual que Miller y Stark (2002) encontraron que las mujeres son más asiduas a las prácticas requeridas por la fe religiosa (Hood *et al.*, 2009 citado en Fernández 2017). Además, afirmaron que con la religiosidad

las mujeres intentan evitar las situaciones de riesgo, es decir, mantienen conductas más adaptativas y socialmente aceptadas.

- *Con estos resultados podemos aceptar nuestra hipótesis de investigación y rechazamos la hipótesis nula de que las mujeres son más religiosas tanto, intrínseca con extrínsecamente que los hombres al igual que más espirituales.*

- Hipótesis 1.2. *Las mujeres obtendrán puntuaciones más altas tanto en Miedo a la Muerte Propia como Ajena.*

El instrumento de medida utilizado para medir Ansiedad y Miedo a la Muerte Collet-Lester (EMMCL) diferencia entre: *Miedo a la Propia Muerte, Miedo al Propio Proceso de Morir, Miedo a la Muerte de Otros, Miedo al Proceso de Morir de otros*, los análisis se realizaron con pruebas estadísticas “t” de Student de comparación de medias.

Los resultados encontrados confirman que existen diferencias significativas en el *Miedo a la Muerte Propia*, entre hombres y mujeres, las mujeres han obtenido puntuaciones más altas que los hombres en *Miedo a la Propia Muerte*. En el resto de dimensiones: *Ansiedad ante mi Proceso de Morir, Ansiedad ante la Muerte de Otros, Ansiedad Ante el Proceso de Morir de Otros*, también obtuvo puntuaciones más altas la mujer, en todas ellas, aunque no llegaron a la significación estadística.

- *Con estos resultados podemos aceptar de forma parcial nuestra hipótesis de investigación ya que encontramos diferencias significativas en Miedo a la Propia Muerte, las mujeres puntuaron más alto, Aceptamos de forma parcial la hipótesis de investigación, ya que las mujeres tienen más Ansiedad ante su Propia Muerte, que los hombres, pero no ante la Muerte Ajena.*

En una primera revisión efectuada por Pollak (1979) de los trabajos realizados hasta 1977 con relación a la ansiedad ante la muerte, se constató que la mayoría de las investigaciones concluían que las mujeres presentaban grados de ansiedad ante la muerte superiores a los hombres. Gran parte de las investigaciones posteriores parecen confirmar esta tendencia, incluso sugieren que es universal.

Lester et al. (2007) recogieron puntuaciones más elevadas en miedo a la muerte en mujeres en un estudio en el que utilizaron muestras de 16 países, incluyendo España. También, obtuvo la mujer las puntuaciones más altas, con respecto al miedo a la muerte, en la investigación llevada a cabo por González (2015).

En estudios con la versión árabe del DAS (Beshai y Templer, 1978), también se observaron puntuaciones significativamente más altas en mujeres, tanto en muestras egipcias (Abdel-Khalek y Beshai, 1993; Abdel-Khalek et al., 1993) y libaneses (Abdel-Kalek, 1991) y kuwaitíes (Abdel-Khalek, 1997b).

La mayoría de las investigaciones que han abordado el estudio del miedo a la muerte han comprobado que las mujeres tienen una mayor preocupación ante la muerte que los hombres (Lester et al., 2007; Russac et al., 2007; Tang et al., 2002), así como una mayor ansiedad ante la misma.

El elevado miedo y ansiedad ante la muerte en las mujeres es una conclusión consistente (Kastembaum, 2000).

El estudio de Neimeyer *et al.*, (2004) mostró que las mujeres suelen, en general, pensar más sobre su propia muerte que los hombres. Lester (1972) sugirió que este mayor temor a la muerte está referido a áreas específicas y no tanto a la muerte de modo genérico. Además, utilizando la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte, Neimeyer y Moore (1994) encontraron que las mujeres tenían mayores temores en la mayoría de las subescalas, pero que tenían menos miedo a lo desconocido que los hombres.

Russac et al. (2007) encuentran que, aunque tanto hombres como mujeres alcanzan sus puntuaciones máximas de ansiedad ante la muerte alrededor de los 20 años, las mujeres alcanzan gradualmente un pico secundario a esa edad que no se observa en los hombres alrededor de los 50 años. Considerando la posibilidad de que las diferencias observadas se deban a algún sesgo, Dattel y Neimeyer (1990), después de controlar por variables que podrían ser elementos de confusión, continúan encontrando que las puntuaciones de las mujeres son significativamente más altas, lo que las lleva a concluir que las diferencias de género son reales y no el resultado de algún tipo de sesgo de evaluación.

- Hipótesis 1.3. *Existirán diferencias en Actitudes hacia la muerte según sexo. Las mujeres tendrán puntuaciones más altas en Aceptación de Escape, los hombres puntuarán más alto en Evitación de la Muerte.*

-

El instrumento de medida utilizado para medir las Actitudes hacia la Muerte fue el PAM-R, éste diferencia entre: *Miedo a la Muerte, Evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento, Aceptación de Escape y Aceptación Neutral*. Los análisis se realizaron con pruebas estadísticas “t” de Student. de comparación de medias.

En relación con el sexo las mujeres presentaron puntuaciones más altas con diferencias significativas respecto al hombre en actitudes hacia la muerte en *Aceptación de Escape*, lo que sugiere que la mujer ve más la muerte como una salida al sufrimiento de este mundo. El hombre alcanzó mayor puntuación con diferencias significativas, que la mujer, en *Evitación de la Muerte*, lo que sugiere que prefieren evitar el tema para no manifestar sus ansiedades, es posible por el rol de masculinidad ya que podría verse como una debilidad del hombre mostrar miedo a la muerte.

➤ *Con estos resultados podemos aceptar nuestra hipótesis de investigación ya que las mujeres puntuaron más alto con diferencias significativas respecto al hombre en Aceptación de Escape y los hombres en Evitación de la Muerte.*

Esto coincide con lo hallado por Espinoza *et al.* (2016) y Wong *et al.* (1997), quienes mostraron que las mujeres aceptan más la vida después de la muerte y la muerte como un *Escape de la Vida* que los hombres. Este hallazgo puede resultar contradictorio, pero existe una ambivalencia que va desde una actitud de rechazo y con ello la evitación ante la muerte, hasta una actitud de aceptación ante el hecho de la finitud. Erikson (1963) explica esta contrariedad como una transición en la etapa de la vejez, que puede o no generar una crisis denominada *Integridad vs. Desesperanza*. La *Integridad* lleva a que la persona en su adultez mayor se sienta conforme y satisfecha con la forma en que vivió su vida, encontrándole sentido, lo que lleva a afrontar la muerte sin miedo, y que se relacionaría con la puntuación obtenida en la escala de Aceptación Neutral. Por el contrario, la *Desesperanza* se manifiesta cuando estas personas sienten que han malgastado su vida y perciben que es demasiado tarde para empezar de nuevo, experimentando miedo a la muerte

y tratando de evitarla al máximo. Lo que coincide con las puntuaciones obtenidas en las escalas de *Evitación y Miedo*.

La Aceptación de Escape mostrada más por las mujeres mayores, tiene que ver como lo sugiere Vernon, (1972) con el miedo a vivir bajo ciertas condiciones que son más dolorosas que el miedo a la muerte. Por lo tanto, en la *Aceptación de Escape*, la actitud positiva hacia la muerte no se basa en la “**bondad**” de la muerte, sino en la “**maldad**” de la vida. Es de esperar que las personas que muestran *Aceptación de Escape* lo hagan porque no pueden afrontar el dolor y los problemas de la existencia. Esto se ve corroborado por Neimeyer, (1997) cuando indica que las personas más mayores ven dificultades por las pérdidas y por las enfermedades físicas. Su incapacidad para continuar con muchas de las actividades y roles que solían aportarles significado y satisfacción, junto con el aislamiento social y la soledad, pueden aumentar su anhelo de que se les libere de una existencia dolorosa.

- **Hipótesis 1.4.** *Los participantes de mayor edad puntuarán más alto en religiosidad (intrínseca/extrínseca) al igual que en espiritualidad.*

-
Al igual que para el sexo se utilizó el instrumento de medida (BMMRS) que diferencia entre religiosidad y espiritualidad, y el ISC-15r, que mide religiosidad intrínseca y extrínseca. Los análisis se realizaron con pruebas estadísticas de comparación de medias “ANOVAs”.

Los resultados obtenidos por los tres grupos de edad, en *Creencias* (religiosidad intrínseca) y *Soporte Social* (religiosidad extrínseca) nos dicen que no hay diferencias significativas en *Soporte Social* (religiosidad extrínseca), entre grupos siendo las puntuaciones más altas las que se obtienen en *Creencias* (religiosidad intrínseca). Las puntuaciones más altas con diferencias significativas respecto a los otros dos grupos han sido en *Creencias* por el grupo de edad de “*Más de 85 años*”.

No hubo diferencias significativas entre grupos en la dimensión *Soporte Social*, aunque fueron también los de Más de 85, los que puntuaron más alto, aunque sin significancia estadística.

- *Con estos resultados podemos aceptar de forma parcial nuestra hipótesis de investigación ya que encontramos diferencias significativas en Creencias (religiosidad intrínseca), en el grupo de Más de 85 años, los de Más de 85 años puntuaron más alto en religiosidad, espiritualidad, creencias y soporte social que el resto de grupos de edad, pero sólo alcanzaron significancia estadística en Creencias (religiosidad intrínseca) que los otros grupos.*

Existen evidencias de que a medida que pasan los años, los niveles de religiosidad son más altos (Spilka *et al.*, 2003; Nelson -Beker, 2006 citado en Fernández, 2017).

Las investigaciones previas llevadas a cabo por diversos autores afirman que existe una propensión a la religiosidad con la edad “Cuanto más años tiene la persona, más apoyo encuentra en la religión”. (Cohen y Koenig, 2003; Hill *et al.*, 2000; Hybels *et al.*, 2012; Koenig *et al.*, 2004; Spilka *et al.*, 2003, 2006 citado en Fernández, 2017). Nuestros resultados avalan estas afirmaciones, ya que el grupo de “Más de 85” son los que mayores puntuaciones han obtenido tanto en religiosidad (intrínseca y extrínseca) como en espiritualidad, aunque de forma significativa ha sido la religiosidad intrínseca.

Diversas investigaciones (Cohen y Koenig, 2003; Hill *et al.*, 2000; Hybels *et al.*, 2012; Koenig *et al.*, 2004; Spilka *et al.*, 2003, 2006 citado en Fernández, 2017) afirman que para los adultos mayores es importante la religión, ya que se ha encontrado que la edad es uno de los factores que diferencia a las personas en su religiosidad, hallándose que las personas de mayor edad asignan mayor importancia a la religión dentro de sus vidas que personas más jóvenes. Los estudios han determinado que alrededor del 60% de las personas mayores de 50 años afrontan las situaciones difíciles mediante la religiosidad/espiritualidad, hallándose que cuanto más años tiene la persona más confianza depositan en la religiosidad (Cohen y Koenig *et al.*, 2004, 2006 citado en Fernández, 2017).

Se ha encontrado que cuanto más años tiene la persona, mayor tendencia a la reflexión (Snyder, 2000). En este aspecto, la religiosidad ha demostrado tener capacidad para apoyar a las personas a ponderar el significado de la propia existencia (Spilka *et al.*, 2003; Norezayan, 2010; Krause y Hayward, 2012), o a encontrar respuestas a las cuestiones sobre el sentido de la vida (Hood *et al.*, 2009), lo que provee de esperanza a las personas mayores (Cohen 2012).

- **Hipótesis 1.5.** *Los grupos de menor edad puntuarán más alto en Miedo a la Muerte tanto Propia como de Otros.*

- Se utilizó el instrumento de medida de Ansiedad y Miedo a la Muerte Collet-Lester (EMMCL) que diferencia entre: *Miedo a la Propia Muerte, Miedo al Propio Proceso de Morir, Miedo a la Muerte de Otros, Miedo al Proceso de Morir de otros*, los análisis se realizaron con pruebas estadísticas de comparación de medias ANOVAs.

Podemos decir en base a los resultados que el grupo que más *Ansiedad ante Mi Muerte* mostró fue el de *Hasta 75 años*, encontrando diferencias significativas con el grupo de *76-85* y los de *Más de 85*.

➤ *Con estos resultados podemos aceptar nuestra hipótesis de investigación de que a medida que envejecemos disminuye el miedo a la muerte.*

Los resultados que hemos obtenido coinciden con lo encontrado en estudios recientes que han obtenido que cuanto mayor es la persona menor miedo a la muerte presenta, evidenciando que las personas mayores estabilizan su miedo a la muerte durante los últimos años de su vida, piensan y hablan sobre ella y, en comparación con personas más jóvenes, por lo que se puede afirmar que la temen menos (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003).

La menor intensidad del temor a la muerte en las personas mayores puede justificarse mediante el trabajo de Kalish (1976) debido a tres circunstancias:

- La disminución del valor que socialmente, hoy se les da a sus vidas y que el propio anciano también asume y comparte, haciéndole reconocer lo precario de su futuro y las limitaciones que progresivamente les esperan a todos los niveles (afectivo, económico.). La pérdida de valor se acrecienta aún más al observar la escasa repercusión que la muerte de otros ancianos tiene sobre las personas que los rodean.
- En función de las expectativas que, como consecuencia de la media de vida existente en su medio y momento histórico, los ancianos van asumiendo y que les hacen tener conciencia de que se acercan al límite. Es decir, la sensación y el conocimiento de que ya han vivido “*lo suyo*”, cuando les correspondía.

- Socialización de la muerte, este término presupone que el sujeto se habrá ido haciendo a la idea de que se ha ido aproximando a su hora, a medida que iba viendo morir a los demás.

Aunque esta menor ansiedad ante la muerte ha sido sistemáticamente constatada en varios estudios (Kastenbaum, 1969; Kalish y Johnson, 1972; Feifel y Brascomb, 1973; Thorson y Powell, 1988), son varias las interpretaciones alternativas que han ido surgiendo.

Es común pensar que la población más envejecida se encuentra mejor preparada para afrontar su propia muerte y mostrar menos niveles de miedo a la muerte, en comparación con los jóvenes (González-Celis y Martínez-Camarena, 2009). Las principales fuentes de angustia para las personas mayores en relación con la muerte son: la pérdida de los seres queridos, experimentar dolor y sufrimiento, no haber alcanzado las metas propuestas a lo largo de la vida, la posibilidad de existencia en otra vida, pérdida de control personal y de sus actos (Abdel-Khalek, 2002). Esto podría explicar por qué en esta investigación las personas mayores a partir de 76 años, han obtenido las puntuaciones más bajas con respecto a la *Ansiedad ante Mi Muerte*.

Las demás dimensiones Ansiedad ante mi Proceso de Morir, Ansiedad ante la Muerte de Otros, Ansiedad ante el Proceso de Morir de Otros no han mostrado diferencias significativas entre grupos.

Goebel y Boeck (1987) sugieren que las personas mayores tienden a expresar niveles más bajos de miedo a la muerte, posiblemente debido a una sensación de satisfacción y cumplimiento de vivir una vida plena o al deseo de dejar atrás una vida perdida. Ya no vale la pena vivir.

Sin embargo, Feifel y Nagi (1981), Maiden y Wlaker (1985) y Wlaker y Maiden (1987), entre otros, concluyen que la edad no es un factor que afecte significativamente; de hecho, algunos trabajos han encontrado una relación positiva y significativa entre la edad y la ansiedad ante la muerte (Templer et al., 1979).

Robbins (1992) encontró una relación negativa significativa entre la edad y el miedo a la muerte en una investigación con trabajadores de residencias de ancianos.

- **Hipótesis 1.6.** *Existirán diferencias en Actitudes hacia la Muerte según grupos de edad puntuando más alto en Aceptación Neutral, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape el grupo de más edad.*

- Se contó con el instrumento de medida de Actitudes hacia la muerte PAM-R, que diferencia actitudes hacia la muerte: Miedo a la muerte, evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento, Aceptación de Escape y Aceptación Neutral. Los análisis se realizaron con pruebas estadísticas de comparación de medias ANOVAs.

El grupo de *Más de 85* años mostró puntuaciones más altas de forma significativa con respecto en actitudes hacia la muerte en: *Aceptación Neutral, Aceptación de Escape y Aceptación de Acercamiento.*

En las actitudes de *Miedo a la Muerte y Evitación de la Muerte* no hubo diferencias significativas en función de grupos de edad.

Las puntuaciones más altas las obtuvieron el grupo de *Más de 85* años, seguidas de los de *76-85* y las más bajas los de *Hasta 75*. Se muestra una relación de a más edad mayor *Aceptación Neutral, Aceptación de Escape y Aceptación de Acercamiento.*

- *Con estos resultados podemos aceptar nuestra hipótesis de investigación, ya que hemos visto mayor puntuación en los más mayores en Aceptación de Acercamiento en Aceptación Neutral y Aceptación de Escape.*

Los resultados avalan parcialmente el estudio de Uribe et al. (2007), encontró diferencias significativas en cada una de las actitudes en función de la edad. En este caso, los resultados obtenidos indican que las personas mayores que se encuentran en la etapa de la vejez tardía presentan las puntuaciones más altas en la actitud ante la muerte (*Aceptación Neutral*).

Se ha establecido que la madurez y la experiencia que proporciona la edad, y los cambios físicos y mentales asociados al envejecimiento ayudan a las personas a prepararse para la muerte (Serra y Abengózar, 1990) y como resultado se reducen los sentimientos y actitudes negativas hacia la misma.

Como señalan Thorson y Powell (1988), el hecho de que las personas mayores hayan acumulado circunstancias vitales desagradables a lo largo de los años puede hacer que la muerte sea menos traumática.

- Hipótesis 1.7. *Existirán diferencias en religiosidad (intrínseca/extrínseca) y espiritualidad en función del estado civil.*

Los resultados del BMMRS+ ISC-15r obtenidos según Estado Civil, ponen de manifiesto que tanto en la dimensión de religiosidad como de espiritualidad obtenidas a través del BMMRS han obtenido puntuaciones más altas los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja*, el grupo *Otros*, (solteros separados y demás) obtuvo las puntuaciones más bajas tanto en religiosidad como en espiritualidad.

Aunque no hubo diferencias significativas en religiosidad entre los grupos, si hubo en espiritualidad, siendo las diferencias entre *Casados y en Pareja con los Solteros y Separados*, siendo más altas los primeros, además se hallaron diferencias significativas entre “*Viudos con Solteros*” siendo más altas los “*Viudos*”.

En cuanto al tipo de religiosidad Creencias y Prácticas Espirituales (religiosidad intrínseca) las puntuaciones más altas las obtuvieron los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja*; el grupo *Otros* (solteros separados y demás) obtuvieron puntuaciones más bajas cuya diferencia con respecto a los *Viudos* fue estadísticamente significativa. Aunque hubo diferencias entre *Viudos y Casados y en Pareja* no fueron significativas. Podemos decir que los *Viudos*, según muestra de estudio son los que presentan mayores puntuaciones en religiosidad intrínseca. Buscan más una relación con Dios, posiblemente porque hayan tenido alguna pérdida importante, de conyugue o pareja o estén más cerca del final de la vida.

En cuanto a Soporte Social por Pertenecer a una Comunidad Religiosa (religiosidad extrínseca) las puntuaciones más altas las han obtenido los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja* y por último el grupo *Otros* (solteros separados y demás), aunque hubo diferencias entre los grupos no fueron significativas.

En la investigación llevada a cabo, las puntuaciones medias más altas han sido alcanzadas en “*Religiosidad intrínseca*”. Las medias más altas las obtuvieron los

“*Viudos*”, seguido de “*Casados y en Pareja*”, los que obtuvieron las puntuaciones más bajas fueron los “*Solteros y Separados*”. Las diferencias entre grupos fueron estadísticamente significativas entre “*Viudos y Solteros y Separados*”.

Podemos decir que los *Viudos* tuvieron puntuaciones más altas en religiosidad, tanto intrínseca como extrínseca, así como en espiritualidad.

- *Con estos resultados podemos aceptar nuestra hipótesis de investigación. Existirán diferencias en religiosidad (intrínseca/extrínseca) y espiritualidad en función del estado civil.* Las puntuaciones medias más altas han sido alcanzadas en “religiosidad intrínseca”. Las medias más altas las obtuvieron los *Viudos*, con diferencias significativas con *Solteros y Separados*.

No se encontraron estudios de interés científico para poder comparar resultados.

- Hipótesis 1.8. *Existirán diferencias en Ansiedad y el Miedo a la muerte según Estado Civil*

- Se utilizó el instrumento de medida de Ansiedad y Miedo a la Muerte Collet-Lester (EMMCL) que diferencia entre: *Miedo a la Propia Muerte*, *Miedo al Propio Proceso de Morir*, *Miedo a la Muerte de Otros*, *Miedo al Proceso de Morir de otros*, los análisis se realizaron con pruebas estadísticas de comparación de medias ANOVAs.

En la investigación llevada a cabo, se pudo encontrar que las puntuaciones medias más altas en la dimensión *Ansiedad ante la Propia Muerte* en relación al *Estado Civil* las tuvieron los *Casados y en Pareja*, seguida por los *Viudos y los Solteros y Separados*. Hubo diferencias significativas entre *Casados y en Pareja y Solteros y Separados*.

En cuanto a *Ansiedad ante Mi Proceso de Morir* las puntuaciones más altas las obtuvieron los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja*, los que menos puntuaron fueron *Solteros y Separados*. Aunque las diferencias entre los grupos no fueron significativas.

En relación a *Ansiedad ante la Muerte de Otros* igualmente las puntuaciones más altas las alcanzaron los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja* y los que menos *Solteros y Separados*. Igualmente, aunque hubo diferencias entre los grupos no fueron significativas.

En *Ansiedad Ante el Proceso de Morir de Otros* igualmente las puntuaciones más altas las alcanzaron los *Viudos*, seguidos de *Casados y en Pareja* y los que menos *Solteros y Separados*. Igualmente, aunque hubo diferencias entre los grupos no fueron significativas.

Con estos resultados podemos concluir que según nuestra muestra los *Casados y en Pareja* mostraron más *Ansiedad ante la Propia Muerte* y los “*Viudos*” *Ansiedad Ante el Propio Proceso de Morir, la Muerte de Otros y el Proceso de Morir de Otros*.

Se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros (Wagner y Lorion, 1984). A diferencia de lo que ocurre con otros períodos evolutivos, el ***Estado Civil*** parece determinar las actitudes que los ancianos mantienen hacia la muerte.

Quizás esto pueda ser así por la mayor preocupación por la situación tanto económica como emocional en la que pueda quedar el cónyuge una vez que el sujeto con el que se compartía la vida haya fallecido.

- *En relación a los resultados obtenidos podemos aceptar la hipótesis de investigación de que existen diferencias ante el miedo a la muerte en función del Estado Civil. Son los Viudos los que manifiestan más ansiedad y miedo.*

- Hipótesis 1.9. Existirán diferencias en Actitudes frente a la Muerte en función del Estado Civil

-

La escala PAM-R aplicada y los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron que en la dimensión *Miedo a la Muerte*, los *Viudos* obtuvieron las puntuaciones más altas. Hubo diferencias estadísticamente significativas entre *Viudos* con *Solteros y Separados*.

En cuanto a la dimensión *Evitación de la Muerte* las puntuaciones más altas las alcanzaron los *Casados y en Pareja*, y hubo diferencias significativas entre éstos y el grupo de *Solteros y Separados*.

Las puntuaciones más altas se dieron en la actitud de *Aceptación de Escape*, en los tres grupos. No hubo diferencias significativas entre ellos. Las puntuaciones más bajas se dieron en *Evitación de la Muerte* en los tres grupos, no hubo diferencias significativas entre ellos.

- *En relación a los resultados obtenidos podemos aceptar la hipótesis de investigación de que existen diferencias en actitudes hacia la muerte en función del estado civil.*

En el presente estudio se obtuvieron puntuaciones más altas con diferencias significativas entre grupo de *Viudos*, en la dimensión de *Miedo a la Muerte* con *Solteros* y *Separados*. En las actitudes de *Evitación de la Muerte* los casados obtuvieron puntuaciones más altas siendo significativas las diferencias entre *Casados* y *en Pareja* con el grupo de *Solteros* y *Separados*.

No hemos encontrado antecedentes de investigación con el que podamos comparar resultados

- Hipótesis 1.10. Existirán diferencias en Creencias religiosas en función del Nivel de Estudios

En la investigación llevada a cabo en relación al BMMRS (religiosidad, espiritualidad), los resultados de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en religiosidad ni en espiritualidad entre los grupos en función del Nivel de Estudios. Las puntuaciones medias más altas han sido alcanzadas en Creencias (religiosidad intrínseca), por los tres grupos de nivel de estudios; la mayor puntuación en esta dimensión es la conseguida por las personas con estudios *Hasta Primaria*, seguido por el grupo de *Secundaria* y finalmente, el grupo de personas con estudios Universitarios. Aunque hubo diferencias entre los grupos éstas no fueron significativas.

Soporte Social en la dimensión del ISC-15r tuvo las puntuaciones medias más bajas en los tres grupos de nivel de estudios. Los participantes con estudios *Universitarios* han obtenido la puntuación más baja en esta dimensión, seguida por el grupo de *Secundaria* y

por último el grupo *Hasta Primarios*. Aunque hubo diferencias entre los grupos éstas no fueron significativas.

No hemos encontrado antecedentes de investigación que expliquen la posible relación entre religiosidad (intrínseca o extrínseca) y espiritualidad en función de Nivel de estudios de las personas mayores.

- Hipótesis 1.11. *Existirán diferencias en Ansiedad y Miedo a la Muerte Según Nivel de estudios.*

Los resultados mostraron que, en Ansiedad Ante la Muerte, obtuvieron puntuaciones más altas en las cuatro dimensiones que mide el instrumento del Collet-lester, los del grupo *Hasta Primaria*.

En la dimensión *Ansiedad ante mi Proceso de Morir* puntuó más alto el grupo *Hasta Primaria* con diferencias significativas con los de *Secundaria*, la dimensión *Ansiedad Ante la Muerte de Otros* también puntuó más alto el grupo *Hasta primaria* con diferencias significativas con los de estudios *Universitarios*, en la cuarta y última dimensión *Ansiedad ante el Proceso de Morir de Otros* también puntuó más alto el grupo de *Hasta Primaria* encontrándose diferencias significativas entre los del grupo de *Hasta Primaria* y *Secundaria*.

Tanto los mayores con *Estudios Universitarios*, como los que tienen estudios *Secundarios*, así como los que pertenecen al grupo *Hasta primaria*, han obtenido mayores puntuaciones en Miedo a la Muerte Ajena que en el miedo a la Muerte Propia.

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que las personas mayores con estudios *Hasta Primaria* presentan las puntuaciones más altas en ambos tipos de miedo a la muerte: Ajena y propia, en comparación con los otros niveles de estudios. Una mayor escolaridad implica un mejor manejo del miedo por mayores recursos cognitivos (Aday, 1985; Sandín et al., 2001). El nivel de estudios es una variable asociada con el miedo a la muerte. En Mexico Rivera y Montero (2010), al comparar una muestra de adultos mayores con estudiantes universitarios, hallan, mayor ansiedad ante la muerte en la primera muestra. No obstante, otros estudios hablan de una relación inversa, disminuyendo dicha ansiedad

con la edad, reflejando un proceso de maduración y aceptación de la muerte (Rasmussen y Brems, 1996; Wu et al., 2002).

- **Hipótesis 1.12.** *Existirán diferencias en actitudes hacia la muerte según Nivel de Estudios.*

- Los resultados obtenidos de los ANOVAs unifactoriales entre-grupos señalaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según nivel de estudios en las puntuaciones medias de las subescalas *Miedo a la Muerte*, en los grupos de *Hasta Primarios* con *Secundarios* y *Universitarios*.

Las puntuaciones más altas se obtuvieron en *Aceptación de Escape* en todos los grupos, las más bajas en *Evitación de la Muerte*, en todos los grupos.

Según los resultados obtenidos el *Miedo a la Muerte* es la actitud en la que ha habido diferencias significativas entre grupos. Podemos decir que existen diferencias en la actitud de *Miedo a la Muerte* en función de Nivel de Estudios, siendo el grupo de Hasta primarios los que han alcanzado mayores puntuaciones.

- **Hipótesis 1.13.** *Existirán diferencias en Ansiedad ante mi Muerte según el tipo de Actitudes ante ella.*

- Los resultados de análisis de correlación indican que hay una relación negativa entre *Aceptación de Acercamiento* y *Ansiedad ante Mi Muerte*, cuanto más *Aceptación de Acercamiento* menos *Ansiedad* y menos *Miedo* de forma significativa, y cuanto más *Aceptación* tanto de *Acercamiento* como *Neutral* menos *Evitación de la Muerte*.

Estos resultados indican que para disminuir el miedo y la ansiedad ante la muerte lo que puede dar mejores resultados es aceptarla. Blanco Picabia y Antequera-Jurado (1998), afirman que las personas que se encuentran en la etapa de la vejez, adoptan una orientación activa hacia la muerte, producto de la mayor aceptación que a estas edades se produce del hecho de morir, tanto a niveles genéricos (la muerte de los demás) como particulares (la muerte propia).

Segunda parte de objetivos específicos. Análisis de regresión lineal multivariadas y correlaciones.

Para dar respuesta a una de nuestras preguntas de investigación se analizó si la religiosidad (intrínseca o extrínseca) y la espiritualidad pueden ser variables predictoras de la *Ansiedad ante la Muerte* y de las *Actitudes ante ésta*.

Para el desarrollo de este apartado se realizaron diferentes análisis de regresión múltiple para predecir individualmente cada una de las cuatro dimensiones de la escala miedo a la Muerte de Collet-Lester que analiza la ansiedad ante la propia muerte y la ansiedad ante el proceso de morir propio y la ansiedad ante la muerte de otros y la ansiedad ante el proceso de morir de otros. Como predictores se utilizaron dos dimensiones, dos escalas. De una parte, se incluyeron la escala BMMRS de religiosidad y espiritualidad como constructos relacionados pero diferentes, y de otra parte se incluyeron del inventario de Sistema de Creencias revisado (ISC-15r) las dimensiones o subescalas de creencias y prácticas religiosas espirituales y la de Soporte social derivado de pertenecer a una comunidad religiosa.

Hipótesis 2.1. *La religiosidad tanto intrínseca como extrínseca, así como la espiritualidad son predictoras de la Ansiedad ante Mi Muerte.*

Ansiedad Ante Mi Muerte. Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS que mide religiosidad y espiritualidad y ISC-15r que mide religiosidad intrínseca y extrínseca para predecir la Ansiedad ante la Propia Muerte, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 10,2 %. La ansiedad ante la propia muerte fue predicha positivamente por la dimensión de Creencias y Prácticas espirituales ($t = 4,15$). Por último, en cuanto al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,102), se calculó el límite inferior del IC del 95% utilizando la expresión matemática de Cohen et al. (2003) para obtener el error estándar de la R-cuadrado (SER^2) que es necesario utilizar en las operaciones. Una vez calculado el límite inferior del IC 95% (,229), se aplicaron los puntos de corte de 0,02, 013 y 0,26 para determinar si el tamaño del efecto era pequeño, mediano o grande (Ellis, 2010); el valor obtenido indicaba que el tamaño del efecto era grande.

Según los resultados, las variables que contribuyen a la predicción de la *Ansiedad ante Mi Muerte* son: *Creencias y Prácticas Espirituales* ($p < 0,001$).

Ansiedad Ante mi Proceso de Morir. El análisis de regresión múltiple basado en las mismas dimensiones que el anterior resultó significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 9,4 %. La *Ansiedad Ante mi proceso de Morir* fue predicha positivamente por la dimensión espiritualidad ($t = 3,67$) al igual que *Creencias y Prácticas Espirituales* con ($t = 1,94$), y negativamente por la dimensión de religiosidad de la escala BMMRS ($t = -2,70$); la dimensión Soporte Social por pertenecer a Comunidad Religiosa no alcanzó significación estadística. En relación con el tamaño del efecto, además de tener en cuenta la R-cuadrado (0,094), se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,218 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano.

Según los resultados, la variable que contribuye a la predicción de la *Ansiedad ante Mi Proceso de Morir* fue predicha positivamente por la dimensión espiritualidad ($t = 3,67$) al igual que *Creencias y prácticas espirituales* con ($t = 1,94$), y negativamente por la dimensión de religiosidad de la escala BMMRS ($t = -2,70$); la dimensión Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa no alcanzó significación estadística.

Ansiedad Ante la Muerte de Otros. Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS que mide religiosidad y espiritualidad y ISC-15r que mide religiosidad intrínseca y extrínseca para predecir la *Ansiedad ante la Muerte de Otros*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 9,4 %. La *Ansiedad Ante la Muerte de otros* fue predicha negativamente por la dimensión de religiosidad del BMMRS ($t = -2,25$) y de forma positiva por *Creencias y prácticas espirituales* con ($t = 3,22$), la dimensión de espiritualidad del BMMRS y el Soporte de la Comunidad no fueron significativas. En relación al tamaño del efecto, la R-cuadrado mostró un valor de 0,049, además se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95 % que obtuvo un valor de 0,137 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano.

Según los resultados, la variable que contribuye a la predicción de la *Ansiedad ante la Muerte de Otros* fue predicha negativamente por la dimensión religiosidad ($t = -2,25$) y de forma positiva por *Creencias y prácticas espirituales* igual que *Creencias y prácticas*

espirituales con ($t = 1,94$), y negativamente por la dimensión de religiosidad de la escala BMMRS ($t = -2,70$); la dimensión Soporte social por pertenecer a comunidad religiosa no alcanzó significación estadística.

*Ansiedad Ante el proceso de Morir de Otros*_Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS que mide religiosidad y espiritualidad y ISC-15r que mide religiosidad intrínseca y extrínseca para predecir la Ansiedad ante la Propia Muerte, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 9,4 %. La Ansiedad Ante la Muerte de otros fue predicha negativamente por la dimensión de religiosidad del BMMRS ($t = -2,47$) y de forma positiva por Creencias y prácticas espirituales con ($t = 2,62$), la dimensión de espiritualidad del BMMRS y el Soporte de la Comunidad no fueron significativas. En relación al tamaño del efecto, la R-cuadrado mostró un valor de 0,061, además se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95 % que obtuvo un valor de 0,161 siendo el tamaño del efecto de la regresión mediano.

Según los resultados, las variables que contribuyen a la predicción de la Ansiedad *ante el Proceso de Morir de Otros* son: Religiosidad y *Creencias y Prácticas Espirituales* ($p < 0,001$).

- Hipótesis 2.2. *Las creencias religiosas de los individuos pueden determinar sus actitudes y ansiedad hacia la muerte y el proceso de morir.*

Para el desarrollo de este apartado se realizaron diferentes análisis de regresión múltiple para predecir individualmente cada una de las cinco dimensiones del instrumento de medición de las actitudes hacia la Muerte PAM-R, que analiza el *Miedo a la Muerte*, *Evitación de la Muerte*, *Aceptación de acercamiento*, *Aceptación de Escape*, y *Aceptación Neutral*.

Como predictores se utilizaron dos escalas. De una parte, se incluyeron de la escala BMMRS la religiosidad y espiritualidad como constructos relacionados pero diferentes, y de otra parte se incluyeron el Inventario de Sistema de Creencias Revisado (ISC-15r) las dimensiones o subescalas de Creencias y Prácticas Espirituales y la de Soporte Social derivado de Pertenecer a una Comunidad Religiosa.

a. Miedo a la Muerte. En primer lugar, se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir el *Miedo a la Muerte*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 19,6%. *El Miedo a la Muerte* fue predicho positivamente por *Creencias y Prácticas Espirituales* ($t = 6,96$), y negativamente por *Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa* ($t = -3,08$). Finalmente, en relación al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,196), se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,358, considerándose grande.

b. Evitación de la Muerte. Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la *Evitación de la Muerte*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 12,6%. La *Evitación de la Muerte* fue predicha positivamente por *Creencias y Prácticas Espirituales* ($t = 5,93$), y negativamente por las dimensiones del BMMRS de religiosidad ($t = -2,70$) y espiritualidad ($t = -1,96$), no obteniéndose resultados estadísticamente significativos en *Soporte Social por Pertenecer a Comunidad Religiosa* ($t = -1,22$; $p = 0,223$). Finalmente, en relación al tamaño del efecto, la R-cuadrado obtuvo un valor de 0,126, además, el cálculo del Límite Inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,226, considerándose grande.

c. Aceptación de Acercamiento Se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud de *Aceptación de Acercamiento*, no resultando significativo el modelo ($p = 0,224$)

d. Aceptación de Escape se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la Muerte de *Aceptación de Escape*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 62,40 %. La *Aceptación de Escape* fue predicha positivamente por *Creencias y Prácticas Espirituales* ($t = 8,55$), y por espiritualidad de la escala BMMRS ($t = -3,11$); la religiosidad de la escala BMMRS no fue un predictor para *Aceptación de Escape*. Finalmente, en relación al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,624), se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,747, considerándose un valor grande.

e. Aceptación Neutral Finalmente se realizó un modelo basado en las dimensiones de las escalas BMMRS y ISC-15r para predecir la actitud ante la Muerte de *Aceptación de Neutral*, resultando significativo el modelo ($p < 0,001$) con una varianza explicada del 7,7 %. La *Aceptación de Neutral* fue predicha positivamente por Espiritualidad de la escala

BMMRS ($t = 2,44$), siendo las demás variables no significativas. Finalmente, en relación al tamaño del efecto, además de la R-cuadrado (0,077), se calculó el límite inferior del Intervalo de Confianza (IC) al 95% que obtuvo un valor de 0,199, considerándose un valor medio.

- *Aceptamos la hipótesis de investigación de que la religiosidad tanto intrínseca como extrínseca, así como la espiritualidad son predictoras de la Ansiedad ante Mi Muerte.*

Por todo lo anteriormente descrito podemos concluir que:

No es sencillo llegar a establecer conclusiones claras en aquellos aspectos que incumben a la muerte. Como hemos visto, hay algunas variables sobre el tema que se han universalizado, otros aspectos quedan inconsistentes salvo en el que existe un acuerdo unánime, en el que la muerte es inevitable, universal e irreversible.

Como hemos podido observar la relación entre la religiosidad y las actitudes y el miedo a la muerte se muestran inconsistentes, ya que se han encontrado relaciones tanto inversas, como curvilíneas, como inexistentes. Lo cual ha dado pie a que cada investigador pueda llegar a conclusiones muy contradictorias con las de los demás.

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Verse en el final de sus días puede producir profunda angustia a muchos adultos mayores. Los ancianos atraviesan dificultades, que van desde dolores y malestares físicos, de pereza y pérdida de interés por las cosas y las personas, hasta sentimientos de inutilidad, aislamiento y desesperación.

Ante esta serie de síntomas se agudizan en el adulto mayor cuestiones sobre la cercanía de la muerte relativas al sentido de la vida, del sufrimiento, de la vida que aún queda por ser vivida, a los valores en cuanto persona y en cuanto a ser único.

Entonces ya en el final de la vida, momento de gran emocionalidad, se echa en falta la preparación en temas de espiritualidad y religiosidad por parte de la familia y de los profesionales de salud. La idea de que moriremos puede llegar a causarnos un profundo dolor, miedo y ansiedad. Las religiones intentan dar una explicación sobre la muerte y también consuelo, algo que nos puede permitir vivir la vida en paz, sabiendo que la muerte es inevitable. La espiritualidad en la última fase de la vida tiene especial importancia, según algunos autores favorece la capacidad del ser humano de elevarse y trascender y ayuda a disminuir el sufrimiento (Ros 2017).

Por todo ello los elementos que más interés nos ha despertado a la hora de investigar y que hemos perseguido dar respuesta con esta investigación son: ¿Ser religioso o espiritual ayuda a disminuir el miedo a la muerte?; ¿qué actitudes, y creencias pueden ser más protectoras de nuestro bienestar psicológico a la hora de enfrentarse con la muerte?; ¿aumenta la espiritualidad y la religiosidad a medida que vamos envejeciendo?; ¿hay diferencias por sexo, edad, estado civil, nivel de estudios en la *ansiedad* que les produce el fenómeno de la muerte a los mayores?; ¿hay diferencias por sexo, edad, nivel de estudios, estado civil en las *actitudes* que adoptan nuestros mayores hacia la muerte?

A todas estas preguntas hemos intentado darles respuesta en este trabajo de investigación.

Después de analizar los resultados encontrados hemos llegado a las conclusiones siguientes:

¿Ser religioso o espiritual ayuda a disminuir el miedo a la muerte?

Los resultados indican que las mujeres son más religiosas, tanto intrínsecamente como extrínsecamente, así como más espirituales. A la vez también nos indican que las mujeres alcanzaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres en *Ansiedad ante Mi Propia Muerte*. Estos resultados se dan en todas las culturas, son *Universales*.

Dados los resultados nuestra respuesta a esta pregunta de investigación es que la religión no ayuda a disminuir el miedo a la muerte, aunque puede dar paz mental.

- **¿Qué actitudes, pueden ser más protectoras de nuestro bienestar psicológico a la hora de enfrentarse con la muerte?**

Los resultados de análisis de correlación indican que hay una relación negativa entre *Aceptación de Acercamiento* y *Ansiedad ante Mi Muerte*, cuanto más *Aceptación de Acercamiento* menos *Ansiedad* y menos *Miedo* de forma significativa, igualmente cuanto más *Aceptación* tanto de *Acercamiento* como *Neutral* menos *Evitación de la Muerte*.

Los resultados nos dicen que para disminuir el miedo y la ansiedad ante la muerte lo que puede dar mejores resultados es aceptarla. Blanco-Picabia y Antequera-Jurado (1998), aseguran que las personas que se encuentran en la etapa de la adultez mayor, toman una orientación activa hacia la muerte, consecuencia de la mayor aceptación que a estas edades produce el hecho de morir

¿Aumenta la espiritualidad y la religiosidad a medida que vamos envejeciendo?

En *creencias y prácticas espirituales* obtuvieron puntuaciones significativamente más altas el grupo de *Más de 85 años*, “*religiosidad intrínseca*”. Los adultos cuanto más mayores *Mayor Religiosidad Intrínseca*.

- ¿Hay diferencias por sexo, edad, nivel estudios, estado civil en la ansiedad que les produce el fenómeno de la muerte?

En la investigación llevada a cabo, se pudo encontrar que en relación al sexo, edad, estado y nivel de estudios lo siguiente:

Sexo: Los resultados encontrados confirman que existen diferencias significativas en el *Miedo a la Muerte Propia*, entre hombres y mujeres, las mujeres han obtenido puntuaciones más altas que los hombres estadísticamente significativos en *Miedo a la Propia Muerte*. En el resto de dimensiones: *Ansiedad ante mi Proceso de Morir*, *Ansiedad ante la Muerte de Otros*, *Ansiedad Ante el Proceso de Morir de Otros*, también obtuvo puntuaciones más altas la mujer, en todas ellas, aunque no llegaron a la significación estadística.

Edad. Los resultados obtenidos coinciden con lo encontrado en estudios recientes que encuentran que cuanto mayor es la persona menor miedo a la muerte tiene, constatando que las personas mayores equilibran el miedo a la muerte en los últimos años de su vida, piensan y hablan sobre ella y, en comparación con personas más jóvenes se puede afirmar que la temen menos (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003).

Estado Civil. Con estos resultados podemos concluir que en relación al *Estado Civil* según nuestra muestra los *Casados y en Pareja* mostraron más *Ansiedad ante la Propia Muerte* y los “*Viudos*” *Ansiedad Ante el Propio Proceso de Morir*, *la Muerte de Otros* y *el Proceso de Morir de Otros*.

Se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros (Wagner y Lorion, 1984). A diferencia de lo que ocurre con otros períodos evolutivos, el *Estado Civil* parece determinar las actitudes que los ancianos mantienen hacia la muerte.

Nivel Estudios. Los resultados obtenidos en esta investigación indican que las personas mayores con estudios *Hasta Primaria* alcanzan las puntuaciones medias más altas en ambos tipos de miedo a la muerte: Ajena y Propia o la de Otros en comparación con los grupos de niveles de estudios más altos. Un mayor nivel de formación lleva a un mejor manejo del miedo por recursos cognitivos más altos. (Aday, 1985; Sandín et al., 2001).

- **¿Hay diferencias por sexo, edad, nivel de estudios, estado civil en las actitudes que adoptan nuestros mayores hacia la muerte?**

Sexo. En la actitud hacia la muerte de *Aceptación de Escape* las mujeres alcanzaron puntuaciones significativamente más altas que los hombres. Los alcanzaron hombres puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en *Evitación de la Muerte*.

Edad. El grupo de *Más de 85* años tuvo las puntuaciones significativamente más altas en la Actitud hacia la Muerte en Aceptación Neutral.

Estado Civil. En la actitud de *Miedo a la Muerte* según *Estado Civil*, mostraron puntuaciones significativamente más altas los *Viudos* con respecto a *Solteros* y *Separados*. Los *Viudos* es el grupo que más miedo tiene a la muerte en nuestra muestra.

Nivel Estudios. En la actitud de *Miedo a la Muerte* en función del *Nivel de Estudios* el grupo de *Hasta Primarios* obtuvo las puntuaciones significativamente más altas con respecto a los grupos de mayor nivel. Las personas mayores con niveles de estudios más bajos muestran una actitud de miedo a la muerte mayor.

Se resalta la importancia de contribuir, desde la psicología y la pedagogía, a cambiar las actitudes que generan reacciones negativas ante la muerte, garantizando bienestar y calidad de vida a las personas que se encuentran en la última etapa de su vida.

Los resultados de este estudio refieren la necesidad de continuar un proceso de investigación dado que se encuentran muchas algunas en este campo de estudio.

Habría que tener en cuenta en el tema de mayores a la hora de investigar la opinión de los *Viudos*, ya que da mucha información, pero hay muy pocos estudios que tengan en cuenta el “*Estado Civil*”

CAPÍTULO 10.

LIMITACIONES Y

PROSPECTIVAS

Limitaciones

Existen algunas limitaciones en esta investigación, que es conveniente citar para futuros estudios.

Esta investigación se inició en el contexto de pandemia del Covid-19. Fruto de ello proponer a las personas participar en un estudio relacionado con la muerte se hizo difícil. Muchas personas a las que se les propuso participar se mostraron muy sensibilizadas con el tema y rehusaron hacerlo, especialmente aquellas que habían tenido la pérdida de seres muy queridos muy recientemente; hijos, pareja, padres... Hablar de la muerte crea un ambiente de pavor y no resulta fácil animar a las personas a que participen y en este contexto de pandemia costó mucho que el tamaño de la muestra fuera óptimo, aun así, fue de 293 sujetos, fruto de la colaboración de personas interesadas en el tema.

Otra de las limitaciones es la edad, encontrar personas en el rango de edades avanzadas capacitadas, que cumplieran con los criterios de inclusión resultó difícil, se intentó en Centros de Día, pero dados los protocolos de la Dirección, la necesaria colaboración de familiares, y el bajo porcentaje de participantes que se podían obtener por no cumplir los criterios de inclusión se optó ignorar esta posibilidad.

Las variables demográficas sexo y edad, se tienen en cuenta en muchos de los trabajos de investigación relacionados con el tema, pero estado civil y nivel de estudios hemos tenido limitaciones para acceder a estudios previos.

Los Centros Socioculturales fueron una buena fuente de participantes, pero también hace falta la colaboración de la dirección que siempre no se da.

El tamaño de la muestra no es proporcional en todos los grupos de edad ya que el número de adultos de avanzada edad es escaso.

La base de conocimientos acerca de la ansiedad ante la muerte para la atención de las personas mayores al final de la vida actualmente no es suficiente.

Prospectiva

Los adultos mayores que integran el grupo de personas de 60 años o más, son la porción de más rápido crecimiento en el total de la población en muchos países. Se calcula que en todo el mundo viven 600 millones de adultos mayores, se estima que en el año 2025 esta cantidad se duplicará y en el 2050 aumentará hasta llegar a dos mil millones de personas.

Para futuros estudios podrían incluirse variables de control como estado civil, nivel de estudios, estado de salud, rasgos de personalidad, recursos sociales o recursos económicos, ya que podrían influir sobre las respuestas. Por lo tanto, es necesario ampliar la investigación y controlar estas variables para obtener resultados más fiables.

Los instrumentos de medición quedan obsoletos, sería recomendable una renovación.

Se hace necesario una mayor educación para la muerte. Investigaciones dirigidas a encontrar las claves de enfrentarse a morir sin miedo. Aprender a morir ya que los seres humanos deben aprender a vivir y a adaptarse a la conciencia de su propia finitud y, por ello, necesitan sistemas culturales como estructura simbólica que proporcionen significado para la muerte y un contexto para la trascendencia. Aunque morir constituye una experiencia universal, la forma en la que las personas se relacionan con la muerte es particular y diversa y genera una amplia gama de actitudes y emociones de distinta intensidad.

El incremento, porcentual y absoluto, de las personas mayores ha dado lugar a que la ancianidad se convierta en objeto de estudio desde múltiples perspectivas (antropología, sociología, medicina, etc.) y muchos han sido los temas que han sido abordados tomando como sujetos de investigación a los adultos mayores. Desde la disciplina de la Psicología es necesario aumentar los esfuerzos en este tema ya que se echa en falta mayor implicación de ésta en estos temas.

Se ha demostrado que existe una clara relación entre la vejez (por cercanía a la muerte) y el sexo femenino con la ansiedad. No obstante, la carencia de estudios deja constancia sobre la falta de investigación de la visión de las personas mayores ante la muerte, ya que la totalidad de estudios no contribuye a un conjunto coherente de conocimientos.

Habría que plantearse la evidencia empírica disponible sobre la aparición de ansiedad relacionada con la muerte en el adulto mayor y los cambios que se han producido en los últimos años en los mayores, dada la influencia que el mayor nivel de estudios de los nuevos mayores, el mayor poder adquisitivo, la mayor apertura de la mente y otros cambios evolutivos si los resultados de los nuevos trabajos de investigación se corresponden con los que se hicieron décadas atrás.

CAPÍTULO 11.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A., Beshai, J. A., & Templer, D. I. (1993). La estructura de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer entre estudiantes egipcios. *Informes Psicológicos*, 72(3), 920-922.
- Abdel-Khalek, A. M. (2001). Muerte, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios kuwaities. *OMEGA-Revista de la Muerte y el Morir*, 42(4), 309-320.
- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for death fear scale. *Death Studies*, 26(8), 669-680.
- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Ansiedad ante la muerte en grupos clínicos y no clínicos. *Estudios de Defunción*, 29(3), 251-259.
- Abdel-Khalek, A. M., Al-Arja, N. S., & Abdalla, T. (2006). Death obsession in Palestinians. *Death Studies*, 30(3), 203-215.
- Abdel-Khalek, A., & Lester, D. (2009). Death anxiety as related to somatic symptoms in two cultures. *Psychological Reports*, 105(2), 409-410.
- Abi-Hashem N. (2001). Redescubriendo la esperanza en la psicología estadounidense. *Psicólogo Americano*, 56 (1), 85-86.
- Aday, R. H. (1985). Belief in after life and death anxiety: correlates and comparisons. Addison-Wesley. Adultos Mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- adults. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical*.

- Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Actitudes y la relación actitud-conducta: Procesos razonados y automáticos. *Revista Europea de Psicología Social*, 11(1), 1-33.
- Alandete, J. G. (2010). Psicología positiva, felicidad y religión. *Religión y cultura*, (253), 523-548.
- Alcántara, J. A. (1988). *Cómo educar las actitudes*. Barcelona: Ceac.
- Aldwin, C. M. (1991). Does age affect the stress and coping process? Implications of age differences in perceived control. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, 174-180.
- Alexander, I. E., & Adlerstein, A. M. (1959). Death and Religion. by Herman Feifel, (New York: McGraw-Hill, 1959), 271-283.
- Alizade, M. (2021). *Clínica con la muerte*. Ediciones Biebel.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. En C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social*.
- Allport, G. W. y Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality & Social Psychology*, 5, 432-443. doi: 10.1037/h0021212.
- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 202-204.
- Álvarez-Ramírez, L. Y. (2009). Actitudes frente a la muerte en un grupo de adolescentes y adultos tempranos en la ciudad de Bucaramanga. *Aquichan*, 9(2), 156-70.
- Anitha, B., & Chaitanya, S. (2014). Death anxiety: A comparative study across religion. *International Journal of Recent Scientific Research*, 5(3), 632-641.
- Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente*. Barcelona: El Acantilado.
- Armstrong, K. (2020). *Breve historia del mito* (Vol. 71). Siruela.

- Arnal, W., & McCutcheon, R. T. (2013). *Lo sagrado es lo profano: la naturaleza política de la religión*. Oxford University Press.
- Arndt, J., Allen, J. J., & Greenberg, J. (2001). Rastros de terror: Primos de muerte subliminales e índices electromiográficos faciales de afecto. *Motivación y Emoción*, 25, 253-277.
- Arndt, J., Routledge, C., & Goldenberg, J. L. (2006). Predicción de las respuestas de salud proximales a los recordatorios de la muerte: la influencia del estilo de afrontamiento y el optimismo de la salud. *Psicología y Salud*, 21(5), 593-614
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: theoretical models of human development* (6º ed., Vol. 1, 569664). New York: Wiley.
- Barca, C. (1999). *La vida es sueño*. Madrid: Edimat Libros S.A.
- Barraza, M., & Uranga, R. (2006). Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase Terminal.
- Bautista, J. M. (2001). Actitudes y valores: precisiones conceptuales para el trabajo didáctico. *XXI, Revista de Educación*, 3, 189-196.
- Bayés Sopeña, (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza Editorial.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Barreto, P., & Comas, M. D. (1997). Una forma de detectar el sufrimiento en los cuidados paliativos. *Revista de Cuidados Paliativos*, 13(2), 22-26.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E. y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6, 140-143.

- Beca, J. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*, 1(1).
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislao, C., Rodríguez-Rico, J. L., Díaz, H., Bassi, A., y Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75-81.
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Becker, E. (2023). Teoría de la Gestión del Terror (TMT). *Divididos: Apertura mental y dogmatismo en un mundo polarizado*, 268.
- Behar, D. (2003). *Un buen morir: encontrando sentido al proceso de la muerte*. México: Pax. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Beit-Hallahmi, B., & Argyle, M. (1975). Dios como proyección: la teoría y la evidencia. *Revista Británica de Psicología Médica*.
- Ben-Ari, O. T., Florian, V., & Mikulincer, M. (2000). Does a threat appeal moderate reckless driving? A terror management theory perspective. *Accident Analysis & Prevention*, 32(1), 1-10.
- Berger, M., y Hortalá, F. (1982). *Morir en el hospital*. Barcelona: Ediciones Rol.
- Berger, P. L. (2016). Nuevas reflexiones en torno de la religión y la modernidad1. *Sociedad y Religión*, 26(45), 143-152.
- Bernard. N. Schumacher. (2018) *Muerte y mortalidad en la filosofía contemporánea*. Traducción de Herder.
- Beshai, J. A., & Templer, D. I. (1978). American and Egyptian Attitudes Toward Death. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Death and Dying*.

- Bevan, A. L., Maxfield, M., & Bultmann, M. N. (2014). Los efectos de la conciencia de la edad y la muerte en las intenciones de comportamientos saludables. *Psicología y Salud*, 29(4), 405-421.
- Blanco-Picabia, A. (1990). Edad y respuesta a la muerte. *An Psiquiatría*, 6, 142-145.
- Blanco-Picabia, A. (1993). Hablando de la muerte (Pero, ¿de qué muerte?). *V. Pelechano*.
- Blanco Picabia, I., Antequera Jurado, R., & Torrico Linares, E. (1994). Mesa redonda: Actitudes y creencias en el anciano. Ponencia: Actitudes ante la muerte y creencias religiosas en los ancianos. *Intus: Revista de la Cátedra de Psicología Médica y Psiquiatría y UD de Historia de la Medicina*, 5 (1-2), 157-174.
- Blanco Picabia, A., & Antequera Jurado, R. (1998). La muerte y el morir en el anciano. *L. Salvarezza, comp. La vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós*, 379-406.
- Blanco-Picabia, I., & Antequera Jurado, R. (2000). Evaluación psicológica en Oncología. *Boletín de Psicología*, 67, 65-113.
- Bradshaw, M., Ellison, C. G., Fang, Q., & Mueller, C. (2015). Listening to religious music and mental health in later life. *The Gerontologist*, 55(6), 961-971.
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la Tanatología? *Revista digital universitaria*, 8(7), 1-10.
- Breckler, S. J. (1984). Validación empírica del afecto, la conducta y la cognición como componentes distintos de la actitud. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 47(6), 1191.
- Bremmer, J. N. (2002). *El concepto del alma en la antigua Grecia*. Madrid: Siruela.
- Brubeck, D., & Beer, J. (1992). Depression, self-esteem, suicide ideation, death anxiety, and GPA in high school students of divorced and nondivorced parents. *Psychological Reports*, 71(3), 755-763.

- Butler, R. (1974). Successful aging and the role of life review. *Journal of the American*
by ES Shneidman. Mayfield. California: Sage.
- Cádiz, M. (1916). *El profesor Metchnikoff y sus trabajos científicos*. Impr. Barcelona.
- Calle, R. (2011). Enseñanzas para una muerte serena. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
cáncer. En *Foro de enfermería oncológica* (Vol. 24, N° 4, pp. 663-671).
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub J. K. (1989). Assessing coping strategies: a
theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Caserta, M. S., & Lund, D. A. (1992). Bereavement stress and coping among older adults:
expectations versus the actual experience. *Omega: Journal of Death and Dying*,
25(1), 33-45.
- Cathcart, T., y Klein, D. (2012). *Heidegger y un hipopótamo van al cielo*. Barcelona:
Planeta.
- Chaiken, S., & Stangor, C. (1987). Actitudes y cambio de actitud. *Revista anual de*
Psicología, 38(1), 575-630.
- Chan, L. C., & Yap, C. C. (2009). Edad, sexo y religiosidad en relación con la ansiedad ante
la muerte. *Revista Académica Sunway*, 6, 1-16.
- Charmaz, K. (1980). *La realidad social de la muerte: La muerte en la América*
contemporánea. Unites States. Editorial Addison-Wesley.
- Cicirelli, V. G. (2002). Miedo a la muerte en adultos mayores: predicciones de la teoría del
manejo del terror. *Revistas de Gerontología Serie B: Ciencias Psicológicas y*
Ciencias Sociales, 57(4), p358-p366.
- Clarke, P. B., Byrne, P., & Evans, S. (1993). *Religion defined and explained*. New York: St.
classification. (*No Title*).
- Clinch, J. J. (2007). Deseo de eutanasia o suicidio asistido por un médico en las
clínicas. *Avisos Internacionales de Investigación Académica*, 2012.

- Cognitive Neuroscience of Emotion* (pp. 3-11). New York: Oxford University
- Cohen, A., & Koenig, H. (2003). Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial.
- Cohen, E. D. (2007). Acerca de la posibilidad de un imposible: el suicidio en la lente de Spinoza. In *El gobierno de los afectos en Baruj Spinoza* (pp. 133-146). Trotta.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum.
- Colell, R., Limonero, J. T., & Otero, M. D. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación Psicológica*, 5(2), 104-112.
- Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The journal of Psychology*, 72(2), 179-181.
- Comas, A., & Krienitz, L. (1997). Comparative LM-and SEM-studies on Coelastrum (Chlorophyta, Chlorellales) under culture conditions. *Algological Studies*, 87, 87-98.
- Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Medición de la ansiedad ante la muerte: aspectos conceptuales, psicométricos y factoriales. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 43(4), 775.
- Cotterell, A. (2011). *Enciclopedia de la mitología universal*. Barcelona: Parragón.
- Critchley, S. (2008). *El libro de los filósofos muertos*. Madrid: Taurus.
- Crumbaugh, J. C., & Henrion, R. (1988). The PIL, test: administration, interpretation, uses, theory and critiques *cultur*as.
- Damasio, A. R. (1994). *El error de Descartes*. Chile: Andrés Bello.
- Dastur, F. (2008). *La muerte. Ensayo sobre la finitud*. Barcelona: Herder.

- Dattel, A. R., & Neimeyer, R. A. (1990). Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 14(1), 1-11.
- Davis, S. F., Martin, D. A., Wilee, C. T., & Voorhees, J. W. (1978). Relationship of fear of death and level of self-esteem in college students. *Psychological Reports*, 42(2), 419-422.
- Debray, R. (2005). *Dios. Un Itinerario: Materiales Para la Historia Del Eterno en Occidente* desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454. *Dialnet-Efectos Positivos de la Religion y la Espiritualidad en ELA-5645307* (2).
- Devins, J. C., Rzaad, S. J., & Schwabe, R. J. (1981). Fenómenos de descomposición y predescomposición en líquidos. *Revista de Física Aplicada*, 52(7), 4531-4545.
- Dezutter, J., Luyckx, K., & Hutsebaut, D. (2009). ¿Tienes miedo de morir? Religión y actitudes ante la muerte en una muestra de adolescentes. *Revista de Psicología y Teología*, 37(3), 163-173.
- Dickinson, G. E., Lancaster, C. J., Winfield, I. C., Reece, E. F., & Colthorpe, C. A. (1997). Detached concern and death anxiety of first-year medical students: Before and after the gross anatomy course. *Clinical Anatomy: The Official Journal of the American Association of Clinical Anatomists and the British Association of Clinical Anatomists*, 10(3), 201-207.
- Dickstein, L. S. (1972). Death Concern: Measurement and Correlates. *Psychological* diferentes formas de construir el objeto de estudio. *Estudios de Psicología*.
- Diggory, J. C., & Rothman, D. Z. (1961). Values destroyed by death. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(1), 205.

- Ding, F., X., Chen, L., & Wang, X. (2022). La relación entre la salud física y el miedo a la muerte en residentes rurales: el efecto mediador del sentido de la vida y la salud mental. *Estudios de Defunción*, 46 (1), 148-156.
- Dittes, J. E. (1969). Secular Religion: Dilemma of Churches and Researchers: The H. Paul Douglass Lectures of 1968 (Religión secular: dilema de iglesias e investigadores: las conferencias de H. Paul Douglass de 1968). *Revista de Investigación Religiosa*, 10(2), 65-81.
- Doka, K. J. (2013). Perspectivas históricas y contemporáneas sobre la muerte. En *Manual de tanatología* (pp. 17-23). Routledge.
- Dolber, H. (1974). La muerte y el morir: función del miedo a la muerte en las relaciones interpersonales con el paciente desahuciado. Trabajo de Investigación de Tercer Ciclo.
- Domínguez, M., Ocejo, A., y Rivera, M. (2013). Bienestar, apoyo social y contexto familiar de cuidadores de adultos mayores. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(1), 1018-1030.
- Duch-Alvarez, L. (2001). *Antropología de la religión* (1º ed.). Herder S.A.
- Duche, A. B. (2012). La antropología de la muerte: autores, enfoques y períodos. *Revista Sociedad y Religión*.
- Dulcey-Ruiz, E., y Valdivieso, C. U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana en Psicología*.
Dumery. *Colección de estudios del Instituto Superior de Pastoral*.
- Duran-Badillo, T., Vidales, M. A. M., Aguilar, M. D. L. L. M., Sánchez, G. G., & Alpírez, H. Á. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global*, 19(2), 287-304.

- Durkheim, É. (2021). Las formas elementales de la vida religiosa: el sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento). Fondo de Cultura Económica.
- Durlak, J. A. (1972). Measurement of the fear of death: an examination of some existing scales. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 545-547. *Economics*.
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., & Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129-135.
- Eggerman, S., & Dustin, D. (1986). Orientación a la muerte y comunicación con enfermos terminales. *OMEGA-Revista de la Muerte y el Morir*, 16(3), 255-265.
- Eiser, J. R. (1989). *Psicología social: actitudes, cognición y conducta social*. Madrid: Pirámide.
- Elías, N. (1987). Sobre el ser humano y sus emociones: un ensayo sociológico procesual. *Teoría, cultura y sociedad*, 4(2-3), 339-361.
- Elizalde, G. (2010). *Aprendiendo a morir: modificación de las estrategias de los ancianos para afrontar la muerte* (Doctoral dissertation, Tesis de doctorado. México: UNAM. Facultad de Psicología).
- Elkins, G. R., & Fee, A. F. (1980). Relationship of physical anxiety to death anxiety and age. *The Journal of Genetic Psychology*, 137(1), 147-148.
- Ellis, P. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the Ensayos de antropología social*. Madrid: Siglo XXI Editorios. 330 Ramos, F., y García, I.
- Erikson, E. (1959). Teoría del desarrollo de la identidad. E. Erikson, La identidad y el ciclo vital. Nueva York: International Universities Press.

- Espinoza, M., Luengo, L., y Sanhueza, O. (2016). Actitudes en profesionales de enfermería chilenos hacia el cuidado al final de la vida. Análisis multivariado. Aquichan.
- Espinoza, M., Sanhueza, O., y Barriga, O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana*.
- Evans-Pritchard, E. E. (1973). Some notes on Zande sex habits. *American Anthropologist*, 171-175.
- Everly Jr, G. S., & Rosenfeld, R. (2012). *La naturaleza y el tratamiento de la respuesta al estrés: una guía práctica para los clínicos*. Springer Science & Business Media.
- Falkenhain, M., & Handal, P. J. (2003). Religion, death attitudes, and belief in afterlife in the elderly: Untangling the relationships. *Journal of Religion and Health*, 42, 67-76.
- Faller, G. (2001). Psicología versus religión. *Revista de Consejería Pastoral*, 36, 21.
- Faria, J. B. D., & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: reflexão e crítica*, 18, 381-389.
- fear of death scale in nigerian population. *Omega: Journal of Death and Dying*, 57(2).
- Fehring, R. J., Miller, J. F., & Shaw, C. (1997, May). Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. In *Oncology nursing forum* (Vol. 24, No. 4, pp. 663-671).
- Feifel, H. (1955). Actitudes de los enfermos mentales ante la muerte. *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 122(4), 375-380.
- Feifel, H. (1959). *Attitudes toward death in some normal and mentally ill populations*. En H. Feifel (Ed.) *The Meaning of Death*. New York: McGraw-Hill.

- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and terminally ill. *Journal for the Scientific Study of Religion*.
- Fernández-García, A., García Llamas, J. L., & Pérez Serrano, G. (2014). Los Programas Universitarios de Mayores y su contribución al aprendizaje a lo largo de la vida. *Revista Complutense de Educación*.
- Fernández, M. I. R. (2011). ¿Es la espiritualidad una fuente de salud mental o de psicopatología? *Psiquiatría com*, 15.
- Festinger, L. (1954). Una teoría de los procesos de comparación social. *Relaciones Humanas*, 7(2), 117-140.
- Fetzer, I. (2003). Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working Group. *Kalamazoo, MI: John E. Fetzer Institute*.
- Figuerola, M. I., y Cohen, S., (2006). Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes. *Pensar la adolescencia hoy. De la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Floyd Jr., H. H., & McSeveney, D. R. Bankston, W. B., (1977). Contingencias sociales estructurales en las decisiones de los tribunales penales de condenar a los acusados como incompetentes para ser juzgados y criminalmente dementes. *Revista de Justicia Penal*, 2(2), 111-130.
- Fogg, S. L., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Handzo, G. F. (2004). Un análisis de las derivaciones a capellanes en un hospital comunitario en Nueva York durante un período de siete años. *Revista de Cuidado Pastoral y Consejería*, 58(3), 225-235.
- Frankl, V. E., & Turienzo, F. F. (1965). *La idea psicológica del hombre*. Rialp.
- Frankl, V. (2012). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia*. Herder Editorial.

- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Herder editorial
- Fraser, R. (2015). *La rama dorada: magia y religión*. Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (1912). Tótem y tabú: Algunas concordancias en la vida anímica de los salvajes y de los neuróticos. In *Totem y tabú y otras obras: 1913-1914* (pp. p-2).
- Freud, S. (1918). Historia de una neurosis infantil (caso del «hombre de los lobos»). *Obras completas*, 2.
- Freud, S. (1936). *The problem of anxiety*. New York: Norton.
- Freud, A. (1973). Infants without families: The case for and against residential nurseries. In *Infants without families reports on the Hampstead nurseries 1939-1945* (pp. 543-559).
- Fuentes, L.C. (2018). La Religiosidad y la Espiritualidad ¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de psicología*, 14(28), 109-119.
- Gabilondo, A. (2004). *Mortal de necesidad. La filosofía, la salud y la muerte*. Madrid: ABADA editores.
- Gaitán de Rojas, J. D. (1984). Problemas y perspectivas de espiritualidad.
- Gala-León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M., & Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50.
- Gallardo-Peralta, L. P., Cuadra-Peralta, A., & Veloso-Besio, C. (2018). Validación de un Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad en personas mayores. *Revista De Psicología (Santiago)* 27(1), 1-13. 10.5354/0719-0581.2018.50736

- Gallego-Pérez, J. F., & García-Alandete, J. (2004). Sentido de la vida y desesperanza en un grupo de estudiantes universitarios. *NOUS: Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 8, 49-64.
- García-Alandete, J., (2008). Actitudes religiosas, valores y razonamiento moral. *Universidad De Valencia. Servei De Publicacions*.
- García-Alandete, J., Gállego-Pérez, J. F., & Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- Giordano, D., Everly, G. S., & Dusek, D. (1986). Controlling stress and tension. Englewood-Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Goebel, B. L., & Boeck, B. E. (1987). Integridad del ego y miedo a la muerte: una comparación de adultos mayores institucionalizados y que viven de forma independiente. *Estudios de la Muerte*, 11(3), 193-204.
- Goldenberg, J. L., Routledge, C., & Arndt, J. (2009). Las mamografías y el manejo del malestar existencial: Amenazas asociadas a la fiscalidad del cuerpo y al neuroticismo. *Psicología y Salud*, 24(5), 563-581.
- Gomes, B., & Higginson, I.J. (2008). Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care. *Palliative Medicine*, 22, 33-41.
- Gomes, A. M. R. (2011). La espiritualidad ante la proximidad de la muerte *Enfermería Global*, 10(2).
- Gómez-Sancho, M. (2007). La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. Madrid: Arán Ediciones S.L.
- González-Celis, A. L., y Martínez-Camarena, R. L. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*.

- González-Celis, A.L., y Araujo, A.V. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós Gerontología*.
- González, M. P. (1981). *La educación de la creatividad: Técnicas creativas y cambio de actitud en el profesorado*. redined.educacion.gob.es
- González, S. (2015). *Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería*. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- González, T. (2004). Las creencias religiosas y su relación con el proceso salud enfermedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 7 (2), 19-29.
- Gordon, D. (1972). *Overcoming the fear of death*. Baltimore: Penguin.
- Gros, S. R. (2013). *Vulnerabilidad y transmisión del sentido en la bioética del cuidado: Aportaciones de Gabriel Marcel, Viktor Frankl y Elisabeth Kübler-Ross* (Doctoral dissertation, Universitat de València).
- Gray, J. A. (1971). *La psicología del miedo*. Madrid: Ediciones Guadarrama.
- Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Teoría de la gestión del terror de la autoestima y las cosmovisiones culturales: evaluaciones empíricas y refinamientos conceptuales. En *Avances en psicología social experimental* (Vol. 29, pp. 61-139). Editorial Académica.
- Grün, A. (2006). *¿Por qué a mí?: el misterio del dolor y la justicia de Dios*. Editorial Bonum.
- Gubrium, J. F. (1973). Apprehensions of coping incompetence and responses to fear in old age. *International Journal of Aging and Human Development*.
- Guinot, J.L. (2011). *Al final de este viaje*. Madrid: Alianza Editorial.
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion and*

- Culture*, 8, 253-261. health research: A report of the Fetzer Institute/National Institute on Aging Working.
- Hawkins, M. A. (2024). Albert Camus, Ernest Becker y el arte de vivir en la paradoja existencial. *Revista de Psicología Humanista*, 64(2), 281-300.
- Hayslip Jr, B., Schuler, E. R., Page, K. S., & Carver, K. S. (2014). Probabilistic thinking and death anxiety: A terror management based study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 69(3), 249-270.
- Heidegger, M. (1927). La posibilidad del estar entero del Dasein y el estar vuelto hacia muerte. En M. Heidegger. *Ser y Tiempo*. Santiago de Chile: Editorial
- Heidegger, M. (2022). *Ser y tiempo*. Editorial Universitaria de Chile.
- Henrie, J., & Patrick, J. H. (2014). Religiosidad, duda religiosa y ansiedad ante la muerte. *Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano*, 78(3), 203-227.
- Hernández, Z. (2000). El concepto de la muerte en el adulto mayor. *Revista de Psicología y Salud*.
- Herrán, A. y Cortina, M. (2007). Fundamentos para una Pedagogía de la muerte. *Revista Iberoamericana de Educación*.
- Hill, P., Pargament, K., Hood, R., McCullough, M., Swyers, J., Larson, D., & Zinnbauer, B. (2000). Conceptualizing religión and spirituality: points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Hill, P., & Pargament, K. (2008). Advances in the conceptualization and measurement of religión and spirituality: implications for physical and mental health research. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(1), 3-17.
- Hinton, J. M. (1974). Talking with people about to die. *British Medical Journal*, 2, 25.

- Hintze, J., Templer, D. I., Griffin, P. R., & (1993). Esperanza de vida de género y alcohol: una perspectiva internacional. *Revista Internacional de Adicciones*, 28(14), 1613-1620.
- Hitschmann, E., & Bergler, E. (1937). Frigidity in women: Its characteristics and treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 86(6), 740-741.
- Hoge, R. (1972). Una escala de motivación religiosa intrínseca validada. *Revista para el Estudio Científico de la Religión*, 369-376.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H., (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. Hong Kong. *Journal Aging Health*.
- Hood, R., Hill, P., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: an empirical approach*. New York: Guilford.
- Houghton, J. D., & Neck, C. P. (7). 7 Organizational Behavior and Workplace Spirituality. *Management, Spirituality and Religion*, 111.
- Hui, V. K. Y., & Coleman, P. G. (2012). Do reincarnation beliefs protect older adult Chinese Buddhists against personal death anxiety? *Death Studies*, 36(10), 949-958.
- Hui-Mei, A. (2003). Factors related to attitudes towards death among american and chinese older adults. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Hybels, C., Blazer, D., George, L., & Koenig, H. (2012). The complex association between religious activities and functional limitations in older adults. *The Gerontologist*.
- Ibáñez, T. (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Editorial UOC.
- Idler, E. L., McLaughlin, J., & Kasl, S. (2009). La religión y la calidad de vida en el último año *in adversity*, 2007.
- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., y Williams, D. R. (2003). Medición de múltiples dimensiones de la religión y la espiritualidad para la investigación en salud: antecedentes conceptuales y hallazgos

- de la Encuesta Social General de 1998. *Investigación sobre el Envejecimiento*, 25(4), 327-365.
- Instituto Mexicano de Tanatología. (2012). *¿Cómo enfrentar la muerte? Tanatología*. México: Trillas.
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). La ansiedad ante la muerte y su papel en la psicopatología: Revisión del estado de un constructo trans diagnóstico. *Revista de Psicología Clínica*, 34(7), 580-593.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience*. New York: Modern Library.
- Jaramillo, A., Carvajal, S. Marín, N. y Ramírez, A. (2008). Los estudiantes universitarios Javerianos y su respuesta al sentido de la vida. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 199-208.
- Jeffers, F. C., Nichols, C. R., & Eisdorfer, C. (1961). Actitudes de las personas mayores hacia la muerte: Un estudio preliminar. *Revista de Gerontología*, 16(1), 53-56.
- Jer, S. B. (2013). Situación límite y suicidio en Jaspers. *Philosophia*, 73(1), 45-60.
- Jiménez, J.P. (2005). La espiritualidad, dimensión olvidada de la medicina. *Rev GPU*, 1, 92-101.
- Johnson-Laird, P. N., & Oatley, K. (2004). Cognitive and social construction in emotions. En M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Judd, C. M., & Johnson, J. T. (1984). The polarizing effects of affective intensity. In *Attitudinal judgment* (pp. 65-82). New York, NY: Springer New York.
- Jung, C. *Escritos sobre espiritualidad y trascendencia*. Editorial TROTTA. 1ª Edición 2016
- Kahoe, R. D., & Dunn, R. F. (1975). The fear of death and religious attitudes and behavior. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 379-382.

- Kalish, R. A. (1963). Algunas variables en las actitudes ante la muerte. *Revista de Psicología Social*.
- Kalish, R. A. (1976). Death and dying in a social context. *Handbook of aging and the social sciences*.
- Kalish, R. A., & Johnson, A. I. (1972). Values similarities and differences in three generations of women. *Journal Marriage and Family*.
- Kalish, R. A., & Reynolds, D. K. (1977). El papel de la edad en las actitudes ante la muerte. *Estudios de la Muerte*, 1(2), 205-230.
- Kastenbaum, R. (1969). Death and bereavement in later life. *Death and Bereavement*.
- Kastenbaum, R., & Aisenberg, R. (1976). Death as a Thought. *Death: Current Perspectives/Ed.by ES Shneidman*. Mayfield.
- Kastenbaum, R., & Costa, P. T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*.
- Kastenbaum, R. (1987). Duelo vicario: ¿Un fenómeno intergeneracional? *Estudios de la Muerte*, 11(6), 447-453.
- Kastenbaum, R., Cole, T. R., Achenbaum, W. A., & Jakobi, P. L. (Eds.). (1992). *Voices and visions of aging: Toward a critical gerontology*. Springer Publishing Company.
- Kastenbaum, R. (2000). *La psicología de la muerte*. Editorial Springer.
- Kastenbaum, R. (2009). ¿Deberíamos gestionar el terror, si pudiéramos? *OMEGA-Revista de la Muerte y el Morir*, 59(4), 271-304.
- Kaufmann, W. A. (1976). Existencialismo, religión y muerte: Trece ensayos.
- Klein, M. (1948). Una contribución a la teoría de la ansiedad y la culpa. *Revista Internacional de Psicoanálisis*.
- Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith: How belief and prayer can help you triumph over disease*. New York: Touchstone Books.

- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York: Oxford University Press.
- Koenig, H., George, L., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality and health in medically.
- Koenig, H. G. (2008). Religión y salud mental: ¿qué deben hacer los psiquiatras? *Boletín Psiquiátrico*, 32(6), 201-203.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). El Índice de Religión de la Universidad de Duke (DUREL): una medida de cinco ítems para su uso en estudios epidemiológicos. *Religiones*, 1(1), 78-85.
- Koenig, H. (2012). Religión, espiritualidad y salud: la investigación y las implicaciones clínicas. *ISRN Psychiatry*, 1-33.
- Kolawole, M., & Olusegun, A. (2008). The reliability and validity of revised Collett Lester
- Krause, N., Bruce, D., Hayward, R. D., & Woolever, C. (2014). Gratitud a Dios, salud autopercebida y síntomas depresivos. *Revista para el Estudio Científico de la Religión*, 53(2), 341-355.
- Krieger, S., Epting, F., & Leitner, L. M. (1974). Personal constructs, threat and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*.
- Krzemien, D., Urquijo, S., y Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*.
- Krzemien, D., Urquijo, S., y Monchietti, A. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar de Plata. Una revisión de la autodistracción. *Interdisciplinaria*.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kubler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *Sobre el duelo y el duelo: Encontrar el significado del duelo a través de las cinco etapas de la pérdida*. Simón y Schuster.

- Kübler-Ross, E. (2006). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B.
- Kübler-Ross, E. (2011). *Vivir con la muerte y morir*. Simón y Schuster.
- LaChapelle, D. L., & Hadjistavropoulos, T. (2005). Age-related differences among adults coping with pain: evaluation of a developmental life-context model. *Canadian Journal of Behavioral Science*.
- Lamers Jr, W. M. (2012). Herman Feifel, el significado de la muerte. *Mortalidad*, 17 (1), 64-78.
- Lane, R., Nadel, L., Allen, J. J. B., & Kaszniak, A. (2000). The study of emotion from the perspective of Cognitive Neuroscience. En D. Richard & L. Nadel (Eds.),
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. *Latinoamericana De Psicología*, 39(3), 632-635. *Latino-Americana*.
- Lechuga, R.L. (2016). Concepciones y actitudes ante la muerte (Doctoral dissertation, Universidad de Huelva).
- Leep, L. (1968). *Death and its mysteries*. New York: MacMillan.
- Lehto, R., & Stein, K. F. (2009). Ansiedad ante la muerte: Un análisis de un concepto en evolución. *Deepblue.lib.umich.edu*.
- Lenoir, F. (2018). *Breve tratado de historia de las religiones*. Herder Editorial.
- Lévano, A. C. S. (2016). Acerca de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista Educa UMCH*, (07).
- Liechty, D. (2013). Contenido sagrado, contexto secular: Una teoría generativa de la religión y la espiritualidad para el trabajo social. *Revista de trabajo social en el final de la Vida y Cuidados Paliativos*, 9(2-3), 123-143.
- Limonero, J. (1994). Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte. [Tesis Doctoral]. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia de l'Educació.

- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Revista ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.
- Limonero, J. T., Tomás Sábado, J., & Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre la inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12.
- Limonero, J. T. (2008). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y estrés*.
- Little, M., & Sayers, E. J. (2004). Mientras haya vida: la esperanza y la experiencia del cáncer. *Ciencias Sociales y Medicina*, 59(6), 1329-1337.
- Lonetto, R., Mercer, G. W., Fleming, S., Bunting, B., & Clare, M. (1980). Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *The Journal of psychology*, 104(1-2), 75-82.
- Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). *Ansiedad ante la muerte*. Hemisphere Publishing Corp.
- López-Castedo, A., y Calle Santos, I. (2008). Características psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en pacientes VIH/ SIDA. *Psycotema*, 20(4), 958-963.
- Luckmann, T., Kaden, T., & Schnettler, B. (2022). *La religión invisible: El problema de la religión en la sociedad moderna*. Routledge.
- Lund, D. A., Caserta, M. S., & Dimond, M. F. (1989). Impact of spousal bereavement on the subjective well-being of older adults. En D. A. Lund (Ed.), *Older bereaved spouses: research with practical applications*. Nueva York: Taylor & Francis Hemisphere.

- Maiden, R., & Walker, G. (1985). Actitudes hacia la muerte a lo largo de la vida Documento presentado en la Reunión Científica Anual de la Sociedad Gerontológica. *Nueva Orleans, LA*.
- Malinowski, B. (2014). *Magic, science and religion and other essays*. Read Books Ltd.
- Maltby, J., & Day, L. (2000). Síntomas depresivos y orientación religiosa: Examinando la relación entre la religiosidad y la depresión en el contexto de otros correlatos de la depresión. *Personalidad y Diferencias Individuales*, 28(2), 383-393.
- Marett, R. R. (1967). *La antropología y los clásicos*. Editorial Psicología.
- Maríñez, A. (2003). Sentido de la vida en la obra de Viktor Frankl. Madrid: Entrelíneas.
- Marqueta, A., Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Gargallo, P., & Nerín, I. (2010). Evolución de la ansiedad en el proceso de dejar de fumar en fumadores que acuden a una Unidad de Tabaquismo. *Adicciones*, 22(4), 317-324.
- Martín-Velasco, J. (1970). Hacia una filosofía de la religión cristiana: la obra de H. Dumery. *Colección de estudios del Instituto Superior de Pastoral*.
- Martin, P., Kliegel, M., Rott, C., Poon, L. W., & Johnson, M. A. (2008). Diferencias de edad y cambios en el comportamiento de afrontamiento en tres grupos de edad: Hallazgos del Estudio de Centenarios de Georgia. *Revista Internacional de Envejecimiento y Desarrollo Humano*, 66(2), 97-114.
- Martínez-Echeverry, M. R., Méndez Porras, C., & Ballesteros, B. P. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al Centro Javeriano de Oncología. *Univ. Psychol*, ERRO-01_231.
- Martínez, J. (2010). *La experiencia trágica de la muerte*. Murcia: Edit. Um.
- Martínez-Martí, M. L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258.

- Martínez, L. (2011). Las variedades de la psicología de la religión: explorando las diferentes formas de construir el objeto de estudio. *Revista Digital Estudios de Psicología*.
- Mc Cutcheon, R. (2007). "Lamieron la bandeja hasta dejarla limpia": sobre la codependencia de lo religioso y lo secular. *Método y Teoría en el Estudio de la Religión*, 19(3-4), 173-199.
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M.
- McGuire, W. J. (1968). Cambio de personalidad y actitud: Una teoría del procesamiento de la información. *Fundamentos Psicológicos de las Actitudes*, 171, 196.
- McIntosh, D. N., Poulin, M. J., Silver, R. C., & Holman, E. A. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 497-507.
- McMordie, W. R. (1979). Mejorar la medición de la ansiedad ante la muerte. *Informes Psicológicos*, 44(3), 975-980.
- McMordie, W. R. (1981). Religiosidad y miedo a la muerte: Fuerza del sistema de creencias. *Informes Psicológicos*, 49(3), 921-922.
- Meadow, M. J. & Kahoe, R. D. (1984). *Psychology of religion: Religion in individual lives*. Harper & Row.
- Mèlich, J.-C., prólogo a Poch, C., y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós.
- Mercado-García, L. R., García Rillo, A., Arceo Guzmán, M. E., Pimentel Ramírez, M. L., Díaz Flores, M., & Arauz Contreras, J. (2016). Actitud hacia la muerte y su relación con la empatía médica en estudiantes de Medicina. *Educación Médica Superior*, 30(1), 0-0.

- Ramos, F., & García, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. *J. Buendía, Psicopatología Clínica y salud. Servicio de Publicaciones de la Univ. de Murcia. Murcia*, 131-166.
- Milanesi, G., & Aletti, M. (1974). *Psicologia della religione*. Elle di ci.
- Millar, D. S., Lopez, A., White, D., Abraham, G., Laursen, B., Holding, S., & Cooper, D. N. (1993). Screening for mutations in the antithrombin III gene causing recurrent venous thrombosis by single-strand conformation polymorphism analysis. *Human Mutation*, 2(4), 324-326.
- Miller, A., & Stark, R. (2002). Gender and Religiousness: can socialization explanations be saved? *American Journal of Sociology*, 107(6), 1399-1423.mimeo. Adaptación Argentina, Leibovich de Figueroa, N. B. (1999).
- Miller, W. R., & Thoresen, C. E. (2003). Espiritualidad, religión y salud: un campo de investigación emergente. *Psicólogo Estadounidense*, 58(1), 24.
- Miner, J. D., & Brush, L. R. (1981). The correlations of attitudes toward suicide with death anxiety, religiosity, and personal closeness to suicide. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 11(4), 317-324.
- Mishara, B., y Riedel, R. (1986). *El proceso del envejecimiento*. Madrid: Morata.
- Molla, M. (2002). *La logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: una visión existencial*. Extracto de ponencia presentada en seminario: aportes de la logoterapia, espiritualidad y proyecto de vida en la comunidad terapéutica.
- Moller, D. W. (1996). *Confronting death. Values, Institutions and human mortality*. Oxford: Oxford University Press.
- Montaigne, M. (1998). De Cómo Filosofar es Aprender a Morir. *Ensayos*. Madrid,
- Moody, H. R. (2012). *Religion, spirituality, and aging: A social work perspective*. Routledge.

- Moos, R. H., & Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress*:
- Moreno-Claros, L. F. (2002). *Martín Heidegger: el filósofo del ser*. Madrid: Edaf.
- Mullins, L. C., & Lopez, M. A. (1982). Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education*, 6(1), 75-86.
- Múnera Montoya, Juan Carlos. “Neuroteología y la naturaleza de la experiencia religiosa”. *Theologica Xaveriana* 187 (2019): 1-24.
- Navas Alfaro, V. C., Guerrero de Bolaños, A. L., & Figueroa, R. A. (2012). Niveles de ansiedad, depresión y autoestima que presentan las personas que han sido diagnosticadas con VIH-SIDA del grupo de apoyo de la Red Salvadoreña de personas viviendo con VIH-SIDA (REDSAL) en el primer semestre del año 2012.
- Navas Domínguez, F. A., Vargas Porras, C., & Estévez Suárez, S. C. (2012). Conocimientos de cuidadores en salud pediátrica en niños internados en el Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 44(2), 35-43.
- Needham, R., Evans-Pritchard, E. E., & Hertz, R. (1973). Right & left: Essays on dual symbolic classification. (No Title).
- Nehrke, M. F., Bellucci, G., & , S. J. (1978). Ansiedad ante la muerte, locus de control y satisfacción con la vida en los ancianos: Hacia una definición de la integridad del ego. *OMEGA-Revista de la Muerte y el Morir*, 8(4), 359-368.
- Neimeyer, R. A., & Dingemans, P. M. (1980). Death orientation in the suicide intervention worker. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11, 15-23.
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application* (pp. 103-119).

- Neimeyer, C. M. (1997). Chronic myelomonocytic leukemia in childhood: a retrospective analysis of 110 cases. *Blood*, 89, 3534-3543.
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
- Nelson, L. D., & Nelson, C. C. (1975). A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega: Journal of Death and Dying*, 6, 171-178.
- Nelson, L.D. & Cantrell, C. H. (1980). Religiosidad y ansiedad ante la muerte: Un análisis multidimensional. *Revista de Investigación religiosa*, 148-157.
- Neugarten, B. L. (1968). *Middle age and aging. A reader in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Nia, H. S., Lehto, R. H., Ebadi, A., & Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal Community Based Nursing Midwifery*, 4(1): 2-10.
- Nisbet, P. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Seidlitz, L. (2000). El efecto de la participación NJ: Prentice-Hall.
- Nuland, S.B. Cómo nos llega la muerte. Reflexiones sobre la etapa final de la vida. Norma. o más. *Revista de Enfermedades Nerviosas y Mentales*, 188(8), 543-546.
- O'Brian, S. L. (1991). Forewarning of a husband's death: does it makes a difference for older widows? *Omega: Journal of Death and Dying*, 22(3), 227-239.
- Ocampo, J., Romero, N., Sa, H., Herrera, J., y Reyes, C. (2006). Prevalencia de las prácticas religiosas, disfunción familiar, soporte social y síntomas depresivos en adultos mayores. *Revista Colombia Médica*, 3, 26-30.
- Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Madrid, Informes Envejecimiento en red: <http://envejecimiento.csic>.

- Olatunji, R. W. (2014). Como otros nos ven: Diferentes percepciones de las relaciones públicas en Nigeria entre los profesionales y el público en general. *Revista de Relaciones Públicas*, 40(3), 466-472.
- Olson, D. H., & Mc Cubbin, H. I. (1989). *Families, What Makes Them Work*. Sage Publications.
- Oñate, M. E., Mesurado, B., Rodríguez, L. M., & Moreno, J. E. (2018). *Práctica religiosa y sentido de vida en adultos jóvenes*. *Revista de Psicología Vol. 14, Nº 27, 2018*.
- Ortiz, C. A. R. (1998). Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Médica*, 29(4), 155-157.
- Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013). Neurobiología de las emociones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13(1), 1-13.
- Paloutzian, R., & Park, C. (2005). *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford.
- Pargament, K. I., & Brant, C. R. (1998). Religion and coping. In *Handbook of religion and mental health* (pp. 111-128). Academic Press.
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Significado en el contexto del estrés y el afrontamiento. *Revista de psicología general*, 1(2), 115-144.
- Pattison, E. (1977). *The experience of dying*. Englewood cliffs: Prentice-Hall.
- Pedrero-García, E. (2012). Educación para la Salud y pedagogía de la muerte: percepciones y demandas del profesorado universitario en España. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180404.
- Pelechano, V. (1981). *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplús.
- Pérez, R. (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. *Geroinfo*, 1, 1-15.

- Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: cuidados humanizados*, 5 (2), 41-45.
- Picabia, A., & Antequera-Jurado, R. (2005). La muerte y el morir em el anciano. *Salvarezza L. La vejez: una mirada gerontológica actual. Buenos Aires: Paidós.*
- Pichot, P. (1987). La cuantificación de la angustia. Cuestionarios y" Rating Scales"(Escala de clasificación). *Angustia: aspectos psíquicos y somáticos*, 47.
- Pierce Jr, J. D., Cohen, A. B., Chambers, J. A., & Meade, R. M. (2007). Diferencias de género en la ansiedad ante la muerte y la orientación religiosa entre estudiantes de secundaria y universitarios de EE. UU. *Salud Mental, Religión y Cultura*, 10(2), 143-150.
- Pinto, N. (2007). Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica, *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 9 (1), 20-35.
- Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., y Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85112.
- Pochintesta, P. A. (2010). Las emociones en el envejecimiento y el miedo a la muerte. ri.conicet.gov.a
- Pollak, E., & Pechukas, P. (1979). Unified statistical model for "complex" and "direct" reaction mechanisms: A test on the collinear H⁺H₂ exchange reaction. *The Journal of Chemical Physics*, 70(1), 325-333.
- Pritchard, E. (1990) *Catorce cartas a la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Pritchard, E. (1990). *Ensayos de antropología social*. Madrid: Siglo XXI Editorios.
- Pysczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (1999). Un modelo de doble proceso de defensa contra los pensamientos conscientes e inconscientes relacionados con la

- muerte: una extensión de la teoría de la gestión del terror. *Revisión Psicológica*, 106(4), 835.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Convergendo hacia una teoría integrada de la autoestima: respuesta a Crocker y Nuer (2004), Ryan y Deci (2004) y Leary (2004).
- Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2003). *A raíz del 11-S: La psicología del terror*. Asociación Americana de Psicología.
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 5 (2), 321-336.
- Quintero Martín, S. (2022). La interpretación de la poesía hölderliniana como elemento de catarsis en Martin Heidegger. *En Claves del Pensamiento*, 16 (31).
- Rachman, S. (2004). Miedo a la contaminación. *Investigación y Terapia Conductual*, 42(11), 1227-1255.
- Ramos Campos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Madrid: Tesis Doctoral.
- Ramos, F., & García, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. *J. Buendía, Psicopatología Clínica y salud. Servicio de Publicaciones de la Univ. de Murcia. Murcia*, 131-166.
- Rangel, A. L. G. C., & Viveros, A. V. A. (2010). Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. *Revista Kairós-Gerontología*, 13 (1).
- Rasmussen, C. A., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology*, 130(2), 141-144.
- Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Espiritualidad y religiosidad: Relaciones relativas con la ansiedad ante la muerte. *OMEGA-Revista de la Muerte y el Morir*, 29(4), 313-318.

- Rasmussen, C., & Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 130(2), 141-144.
- Ray, R., & Raju, M. (2006). Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in India. *Psychological Reports*, 99(1), 20-26.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Madrid: Espasa Calpe.
- Reker, G., & Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte: religiosidad una revisión bibliográfica. *Psocial*, 4(2), 47-57.
- Reyes-Ortiz, C. A., Payan, C., Altamar, G., Gómez, F., & Koenig, H. G. (2019). Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. *Colombia Medica*, 50(2), 67-76.
- Richards, P. S., & Bergin, A. E. (2000). Hacia la competencia religiosa y espiritual de los profesionales de la salud mental.
- Rivera, A. (2007) Espiritualidad. *Diversitas: perspectivas psicología*, 5(2), 321-336. Este viaje buscando sentido.
- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López Lena, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 30(1), 39-47.
- Rivera- A., y Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.

- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2014). Ajuste psicológico y vida religiosa en adultos mayores. *Universitas Psychologica*, 13(3), 895-906.
<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-3.apvr>
- Riveros, F., Bernal, L., Bohórquez, D., Vinaccia, S., & Quiceno, J. M. (2018). Inventario de sistema de creencias (SBI-15 R) en Colombia: estructura factorial y confiabilidad en población universitaria y en pacientes crónicos. *Revista Colombiana de Enfermería*, 17, 13-20.
- Robbins, J., Hamilton, J. W., Lof, G. L., & Kempster, G. B. (1992). Oropharyngeal swallowing in normal adults of different ages. *Gastroenterology*, 103(3), 823-829.
- Roberto, K. A., & Stanis, P. (1994). Reactions of older women to the death their close friends. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29(1), 17-27.
- Robinson, P. J., y Wood, K. (1983). Miedo a la muerte y a la enfermedad física: Un enfoque de constructo personal. *Educación sobre la Muerte*, 7(2-3), 213-228.
- Roca, J. (2006). *Automotivación*. Badalona: Editorial Paidotribo.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rodríguez del Pozo, P., & Fins, J. J. (2005). Muerte, morir e informática: tergiversar la religión en MedLine. *BMC Ética Médica*, 6, 1-5.
- Rodríguez y J. Seoane (2011). Creencias, actitudes y valores. Madrid: Alhambra.
- Rodríguez, G. L., & Osorio, C. (2014). Aportes de la psicología existencial al afrontamiento de la muerte. *Tesis Psicológica*, 9(1), 50-63.
- Rodríguez, M., Fernández, M., Pérez, M., & Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11(2), 24-49.

- Roff, L. L., Butkeviciene, R., & Klemmack, D. L. (2002). Ansiedad ante la muerte y religiosidad entre los profesionales lituanos de la salud y los servicios sociales. *Estudios de Defunción*, 26(9), 731-742.
- Rojas, M. (1984). A cada quien su flor. *ESCENA. Revista de las artes*, 18-24.
- Rojas-Marcos, L. (2010). Superar la adversidad: el poder de la confiabilidad en población universitaria y en pacientes crónicos. *Revista Colombiana*.
- Roldán, A. F. (2009). La historia de las religiones en la interpretación de Paul Tillich. Prolegómenos para el diálogo interreligioso hoy. *Teología*, 30.
- Ros Romero, J.L. (2017). Implicación de la espiritualidad en la resiliencia y en la calidad de vida de pacientes oncológicos.
- Rosenberg, M. J. (1960). Una teoría estructural de la dinámica de actitudes. *Public Opinion Quarterly*, 24(2), 319-340.
- Rosenheim, E., & Muchnik, B. (1985). Death concerns in differential levels of consciousness as functions of defense strategy and religious belief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 15(1), 15-24.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Hyman aging: Usual and successful. *Science*, 237.
- Rubio, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento: factores determinantes e impacto sobre el bienestar en la tercera edad*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- Rubio-Herrera, R. (1981). El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36(4), 719- 727.
- Ruiz, E.D. & Valdivieso, C.U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1 (1), 17-27.

- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31, 549-561.
- Rutjens, B. T., van der Pligt, J., & van Harreveld, F. (2009). Las cosas mejorarán: las cualidades de la esperanza progresista para amortiguar la ansiedad. *Boletín de Personalidad y Psicología Social*, 35(5), 535-543.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Evitar la muerte o comprometerse con la vida como relatos de significado y cultura: comentario sobre Pyszczynski et al. (2004).
- Sábado, J. T., Benito, J. G., & Montesinos, M. D. H. (2002). Análisis del funcionamiento diferencial de los ítems de la Escala Ansiedad ante la muerte de Templer. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4(1), 95-110.
- Sábado, J.T., & Benito, J.G. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada: revista de la federación española de Asociaciones de Psicología*, 56 (3), 257-279.
- Sadowski, C. J., Davis, S. F., & Loftus-Vergari, M. C. (1980). Locus de control y ansiedad ante la muerte: una reexaminación. *OMEGA-Revista de Muerte y Morir*, 10(3), 203-210.
- Sáez, A. E., Medrano, A. P., Cunha, P. C., Cuesta, F., J., & Martín-Utrilla, S. (2021). Perceived Competence in the Face of Death before and after Nursing Studies: An Intrasubject Longitudinal Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12084.
- Salgado, A. C. (2012). Efectos del bienestar espiritual sobre la resiliencia en estudiantes universitarios de Argentina, Bolivia, Perú y República Dominicana. (*Tesis doctoral*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú).

- Salgado, A.C. (2014). Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*, 2(1), 121-159.
- Sánchez, G. (2007). Una psicología para una espiritualidad. Catholic.net Inc. Sentido de la vida en la obra de Viktor Frankl. *Madrid: Entrelínea*
- Sánchez Herrera, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte: Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichan*, 4(1), 6-9.
- Sánchez-Herrera, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Aquichan*, 9(1), 8-22.
- Sánchez, J. F. (1988). Los temas periodísticos de Miguel Delibes. *Comunicación y sociedad= Communication & Society*, 1(1), 135-148.
- Sanchís Fernández, L. (2017). Afrontamiento del miedo a la muerte. (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).
- Sanders, J. F., Poole, T. E., & Rivero, W. T. (1980). Death anxiety among the elderly. *Psychological Reports*, 46(1), 53-54.
- Sandín, B., y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, P., Valiente, R., y Santed, M. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en “segundas pruebas” de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 17-36.

- Santiago, J. A. P. (2007). Estudio exploratorio sobre el tema de la espiritualidad en el ambiente laboral. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 23(1), 137-147.
- Saramago, J. (2014). *As intermitências da morte*. Lisboa, Portugal: Porto Editora.
- Sarmiento Correo, L. A. B. (2020). Validación psicométrica del inventario sistemas de creencias en Ecuador. Repositorio.ual.es.
- Scalici, E. (2013). La muerte en las diferentes culturas. *La muerte y el duelo en las diferentes culturas*. proyecto.webescuela.cl.
- Schimmel, J., Hayes, J., Williams, T., & Jahrig, J. (2007). ¿Es la muerte realmente el gusano en el núcleo? La evidencia convergente de que la amenaza de la visión del mundo aumenta la accesibilidad a la muerte. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 92(5), 789.
- Schmeichel, B. J., & Vohs, K. (2009). Autoafirmación y autocontrol: la afirmación de los valores fundamentales contrarresta el agotamiento del ego. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 96(4), 770.
- Schöndorf, H. (2009). La muerte en la filosofía de Arthur Schopenhauer. *Revista Portuguesa de Filosofia*, 65, 1193-1204.
- Schreurs, A. (2004). Psicoterapia y espiritualidad. *La integración de la dimensión espiritual a la práctica terapéutica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Schumaker, J. F., Barraclough, R. A., & Vagg, L. M. (1988). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of social psychology*, 128(1), 41-47.
- Schumaker, J. F., Warren, W. G., & Groth-Marnat, G. (1991). Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*, 131(4), 511-518.
- Sciences*, 55(7), M400-M405.
- Seligman, M. E. (2017). *La auténtica felicidad*. B de Bolsillo.

- Serra Desfilis, E., & Abengózar Torres, M.C. (1990). Ancianidad y preparación para la muerte. *Anales de Psicología*, Vol. 6, N° 2, 1990.
- Shafranske, E. P. (1996). Religious beliefs, affiliations, and practices of clinical psychologists. psycnet.apa.org.
- Sharma, R., Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A. y Haythornthwaite, J. A. (2014). Programas de meditación para el estrés psicológico y el bienestar: una revisión sistemática y meta-análisis. *JAMA Medicina Interna*, 174(3), 357-368.
- Shear, M. K., & Skritskaya, N. A. (2012). Duelo y ansiedad. *Informes Psiquiátricos Actuales*, 14, 169-175.
- Shkrum, M.J., & Ramsay, D.A. (2007). *Forensic pathology of trauma: common problems for the pathologist*. New Jersey: Humana Press Inc.
- Simkin, H., & Etchezahar, E. (2013). Las orientaciones religiosas extrínseca e intrínseca: validación de la Age Universal IE Scale en el contexto argentino. *Psykhé (Santiago)*, 22(1), 97-106.
- Siracusa, C. F. (2010). Educación para la muerte: estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar. Propuesta de un programa de intervención.
- Sligte, D. J., Nijstad, B. A., & De Dreu, C. K. (2013). Dejar un legado neutraliza los efectos negativos de la ansiedad ante la muerte en la creatividad. *Boletín de Personalidad y Psicología Social*, 39(9), 1152-1163.
- Sloan, R. P., & Bagiella, E. (2002). Afirmaciones sobre la participación religiosa y los *Social Psychology*, 52, 171-178 *Sociales*, 64(4), 528-537.

- Solomon, R. (1996). Coping with stress: a physician's guide to mental health in aging. *Geriatrics (Basel, Switzerland)*, 51(7), 46-8.
- Spencer, H., & Spencer, H. (1870). *The principles of psychology* (Vol. 1). London: Williams and Norgate.
- Spilka, B., Hood, R., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. (2003). *The psychology of religion. An empirical approach*. New York: Guilford.
- Stevens, S. J., Cooper, P. E., & Thomas, L. E. (1980). Age norms for Templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*, 46(1), 205-206.
- Stienstra, D., & Chochinov, H. M. (2012). Cuidados paliativos para poblaciones vulnerables. *Cuidados Paliativos y de Apoyo*, 10(1), 37-42.
- Stillon, J. M. (1985). Death and the sexes. *Washington: Hemisphere Publishing. Steevens, SJ, Cooper, PE e Thomas, LE (1980). Age norms for Templers Death Anxiety Scala. Psychological Reports*, 46, 205-206.
- Strachan, C. J., Rades, T., Gordon, K. C., & Rantanen, J. (2007). Espectroscopía Raman para el análisis cuantitativo de sólidos farmacéuticos. *Revista de farmacia y Farmacología*, 59(2), 179-192.
- Suedfeld, P., & Hare, R. D. (1977). Sensory deprivation in the treatment of snake phobia: behavioral, self-report, and psychological effects. *Behaviour and Therapy*, 8, 240-250.
- Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlatos de la ansiedad ante la muerte en Pakistán. *Estudios de Defunción*, 26(1), 39-50.
- Summers, G. F., Bohrnstedt, G. W., Campbell, D. T., Helier, R., & Sánchez, M. S. (1982). *Medición de Actitudes*. Trillas.

- Tang, C. S., Wu, A. M., & Yan, E. C. W. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.
- Tejo, J.D. (2017). Algunos aportes desde la Gerotrascendencia al diseño de itinerarios de iniciación cristiana con adultos mayores. *Revista Electrónica de Educación Religiosa, Didáctica y Formación De Profesores.*, 6(2).
- Templer, D. I. (1970). Construcción y validación de una escala de ansiedad ante la muerte. *Revista de psicología general*, 82(2), 165-177.
- Templer, D. I., & Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological reports*, 26 (3), 895-897.
- Templer, D. I. (1976). Teoría de dos factores de la ansiedad ante la muerte: Una nota. *Esencia: Cuestiones en el estudio del envejecimiento, el morir y la muerte*.
- Terhart, F., y Schulze, J. (2007). *Religiones del mundo*. Reino Unido: Parragón Books.
- terminales. *Revista para el Estudio Científico de la Religión*, 13(3), 353-360.
- Thomas, L. V. (1976). *L'antropologie de la mort*. Paris: Payot.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte: una lectura cultural*. Buenos Aires: Paidós.
- Thomas, L. V. (1993). *La muerte: una lectura cultural*. Buenos Aires: Paidós.
- Thomas, W. I., & Znaniecki, F. (1918). *The Polish Peasant in Europe and America: Primary-group, organization* (Vol. 2). University of Chicago Press.
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Espiritualidad y salud: ¿cuál es la evidencia y qué se necesita? *Anales de Medicina Conductual*, 24(1), 3-13.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984). *Revisión y análisis factorial de una escala de ansiedad ante la muerte*. Centro de Intercambio de Información ERIC.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5), 691-701.

- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1993). Desarrollo y validación de una escala multidimensional de sentido del humor. *Revista de Psicología Clínica*, 49(1), 13-23.
- Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1994). Depresión y sentido del humor. *Informes Psicológicos*, 75(3_suppl), 1473-1474.
- Thorson, J. A., Powell, F. C., & Samuel, V. T. (1998). African-and Euro-American samples differ little in scores on death anxiety. *Psychological Reports*, 83(2), 623-626.
- Thurstone, L. L. (1928). Las actitudes se pueden medir. *Revista Americana de Sociología*, 33(4), 529-554.
- Tillich, P., & Bertalot, R. (1996). *Teología sistemática* (Vol. 2006). Claudiana.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Kigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research*.
- Tomás Sábado, J., & Guix Llistuella, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2002). Propiedades psicométricas de la forma española de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. *Informes Psicológicos*, 91(3_suppl), 1116-1120.
- Tomás-Sábado, J., y Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General Aplicada*, 56(3), 257-279. Universitaria.
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construcción y validación del Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI). *Revista Europea de Evaluación Psicológica*, 21(2), 108-114.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., & Limonero, J. T. (2005). El inventario de ansiedad ante la muerte: una revisión. *Informes Psicológicos*, 97(3), 793-796.

- Tomás-Sábado, J., Fernández-Narváez, P., Fernández-Donaire, L., & Aradilla-Herrero, A. (2007). Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enfermería Clínica, 17*(3), 152-156.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J., & Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Studies, 31*, 246-260.
- Tomás-Sábado, (2016) *Miedo y ansiedad ante la muerte: Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Herder.
- Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies, 20*(4), 343-365.
- Toynbee, A. J. (1968). Actitudes tradicionales frente a la muerte. *El hombre frente a la muerte*. Buenos Aires: Emecé.
- Tunca, A., & Šimšek, Y. (2009). El efecto de la ansiedad ante la muerte y la edad en las conductas que promueven la salud: una perspectiva de la teoría del manejo del terror. *Revista de Psicología, 143*(4), 377-389.
- Tylor, E. B. (2017). *Antropología: introducción al estudio del hombre y de la civilización*. Maxtor. Universidad de Madrid.
- Uribe, A. F. (2007). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. Salazar (Eds.), *Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 201-223). Cali: Manual Moderno.
- Uribe, A. F., Valderrama, L., y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico, 3*(8), 109-120.
- Uribe-, A. F., Valderrama, L., Durán Vallejo, D. I. A. N. A., Galeano-Monroy, C., Gamboa, K., & López, S. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología, 11*(1), 119-126.

- Urmeneta, A. (2001). El afrontamiento de la muerte a través de la historia. En Astullido, W., Clavé, E., y Urdaneta, E. (Eds.), *Necesidades psicosociales en la terminalidad* (pp. 315-332). San Sebastián: Sociedad vasca de cuidados
- Urraca, S. (1982). Actitudes ante la muerte y la religiosidad. *Informes de psicología*, (3), 101-139.
- Urraca, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y religiosidad* (Doctoral dissertation, Universidad complutense de Madrid).
- Urraca, S. (1985). Estudio evolutivo de la muerte. *Jano*, (653), 43-54. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 12.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A., Marquez, M., & Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES. (2001). Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42(4), 301-305.
- Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2010). Un análisis de las funciones psicológicas de la religión en la gestión del terror. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 14(1), 84-94.
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Tesis Doctoral.
- Valiente-Barroso, C. (2013). Intersecciones entre espiritualidad/religiosidad y psicología: desde la filosofía hasta la neurociencia. *Revista de Historia de la Psicología*, 34(4), 67-88.
- Vanistendael, S. (2003). Resiliencia y espiritualidad. El realismo de la fe. Ginebra, Suiza: Oficina Internacional Católica de la Infancia.
- Vial Mena, W. (2000). *La antropología de Viktor Frankl: el dolor, una puerta*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- Viguera, V. (2005). Los miedos en los adultos mayores vulnerables. *Cuidados Paliativos y de Apoyo*, 10(1), 37-42.
- Wagner, K. D., & Lorion, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40(5), 1235-1241.
- Walk, R. D. (1965). Self-rating of fear in a fear-invoking situation. *Journal of Abnormal*.
- Wass, H., & Forfar, C. S. (1982). Assessment of attitudes toward death: Techniques and instruments for use with older persons. *Measurement and Evaluation in Guidance*, 15(3), 210-220.
- Weakland, J. H., Fisch, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13(2), 141-168.
- Wen, P. Y., Macdonald, D. R., Reardon, D. A., Cloughesy, T. F., Sorensen, A. G., Galanis, E., y Chang, S. M. (2010). Criterios actualizados de evaluación de la respuesta para gliomas de alto grado: evaluación de la respuesta en el grupo de trabajo de neurooncología. *Revista de oncología clínica*, 28(11), 1963-1972.
- Williams-Ziegler, J. C. (1984). Allaying common fears. *New Nursing Skillbook. Dealing with Death and Dying*, 27-32.
- Wilson, K. (2018). Psychological Aspects of Medical Assistance in Dying: A Personal Reflection. *Canadian Psychology*, 59(2), 132-143.
- Wittkowsky, A. K. (2001). Actualización de las interacciones medicamentosas: fármacos, hierbas y anticoagulación oral. *Revista de trombosis y trombólis*, 12, 67-71.
- Wittkowski, J., Doka, K. J., Neimeyer, R. A., & Vallerger, M. (2015). Tendencias de publicación en tanatología: Un análisis de las principales revistas. *Estudios de la Muerte*, 39(8), 453-462.
- Wolff, W. M. (1970). Un estudio de los criterios para los manuscritos de revistas. *Psicólogo Americano*, 25(7), 636.

- Wolpe, J., & Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2 (1), 27–30.
- Wong, P. T. P., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Perfil de Actitud ante la Muerte—Revisado: Una medida multidimensional de las actitudes hacia la muerte. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Manual de ansiedad ante la muerte: Investigación, instrumentación y aplicación* (pp. 121-148). Taylor & Francis.
- Wortman, C. B., & Silver, R. C. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of consulting and clinical psychology*, 57(3), 349.
- Wu, A. M., Tang, C. S., & Kwok, T. C. (2002). Ansiedad ante la muerte entre ancianos chinos en Hong Kong. *Revista de Envejecimiento y Salud*, 14(1), 42-56.
- Yoffe, L. (2007). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de los duelos. *Psicodebate*, 7, 193-203.
- Yoffe, L. (2012). Efectos positivos de las prácticas religiosas/espirituales en duelo. *Avances en Psicología*, 20(1), 9-30.
- Yoffe, L. (2015). Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Avances en Psicología*, 23(2), 155-176.
- Young, M., & Daniels, S. (1980). Born again status as a factor in death anxiety. *Psychological Reports*, 47(2), 367-370.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151.
- Zamarrón, M. D. (2006). *Bienestar subjetivo en la vejez* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Madrid).
- Zambrano-Curcio, M., & Guerra, M. (2018). Relationships between work design, engagement, *Psicología desde el Caribe*.

Zapata Noriega, L. F. (2017). *La espiritualidad como factor de bienestar psicológico en el proceso de envejecimiento* (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

Zilboorg, G. (1943). Miedo a la muerte. *The Psychoanalytic Quarterly*, 12(4), 465-475.

Zimbardo, P. G., & Leippe, M. R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. McGraw-Hill Book Company.

: [Ministerio de Sanidad - Eutanasia - Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia](#)

:https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2020_10112021_NOTA_TEC.pdf

:https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Defun2020_10112021_NOTA_TEC.pdf

[WHO Global health estimates Health Estimates Las 10 principales causas de defunción \(who.int\)](#)

[F2-Defunciones-segun-la-causa-y-el-grupo-de-edad-2011.xls \(live.com\)](#)

<http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/.htm>

Revista Digital Universitaria. DGSCA- <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art62/.htm>

ANEXOS



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

(Ψ) Facultad de
Psicología y Logopedia

Doctorado en Psicogerontología: Perspectiva del Ciclo Vital

Doctoranda: Amparo López Carretero

Directores: Dra. Emilia Serra Desfilis (Catedrática de Psicología Evolutiva y de la Educación) y Dr. Oscar F García Buelga

1. Que los actos han de realizarse con fines de experimentación o de ensayo, con referencia exclusiva a los de carácter técnico o científico y 2. Que han de referirse a la materia de la invención patentada, es decir, se ha de tratar de experimentos “sobre” la invención misma y no solo “con” la invención. Por lo tanto, hay que considerar excluidos del alcance de la excepción los actos de experimentación que no tengan por finalidad exclusiva la mejora o consolidación de aspectos técnicos relacionados con las invenciones en sí mismas

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Fines exclusivos de la investigación los instrumentos de medición son procedimientos sistemáticos y estandarizados que permiten observar la conducta humana, a fin de hacer inferencias sobre determinados constructos, rasgos, dimensiones o atributos. En el caso de la investigación educativa, Best (1973) ha definido los instrumentos como “aquellos objetos materiales que nos permiten adquirir y analizar datos mediante los cuales pueden ser comprobadas las hipótesis de la investigación” (p. 133).

El tiempo aproximado que se requiere para contestar los instrumentos de 20 a 35 minutos.

La participación en este trabajo de investigación es anónima.

Muchas gracias por su colaboración

1-Datos sociodemográficos (ponga una X donde corresponda).

a) Sexo	b) Edad entre	c) Estado Civil	d) Educación y formación
☐ Hombre	☐ 65-70	☐ Soltero/a	☐ No lee ni escribe
☐ Mujer	☐ 71-75	☐ Casado/a	☐ Estudios Primarios
	☐ 76-80	☐ Viudo/a	☐ Estudios Secundarios
	☐ 81-85	☐ Separado/a divorciado/a	☐ Estudios Superiores
	☐ 86-90	☐ Pareja	

2- Escala breve del BMMRS, Fetzer Institute y el National Institute of Aging Working Group (1999)

Lea cada frase y ponga una X donde se sienta más identificado (Nunca, Rara vez, A veces o Mucho)

		Nunca	Rara vez	A veces	Mucho
1	Siento la presencia de Dios				
2	Encuentro fortaleza y consuelo en mi religión				
3	Siento una profunda paz interior y armonía				
4	Me gustaría estar más cerca de Dios				
5	Siento el amor de Dios hacia mí, de forma directa o a través de otras personas				
6	Me siento espiritualmente conmovido por la belleza de la creación				
7	Siento la responsabilidad de disminuir el dolor y el sufrimiento de quienes me rodean				
8	Estar con Dios me da fuerza, apoyo y orientación				

9	¿Con qué frecuencia asiste a misa/ culto?				
10	¿Con qué frecuencia usted reza/ora de forma privada en lugares que no sea la iglesia o templo?				
11	¿Con qué frecuencia usted lee la Biblia u otros libros o revistas religiosas?				
12	Con qué frecuencia da gracias (reza/ora) antes o después de las comidas que sirven en su casa?				
13	¿Con qué frecuencia usted mira o escucha programas religiosos en la TV o radio?				
14	¿Hasta qué punto toma en cuenta su religión para entender o tratar con situaciones estresantes?				
15	Si usted enferma, ¿Cuánta ayuda recibirá de las personas de su iglesia?				
16	Si usted tuviera un problema o se enfrentara a una situación difícil ¿cuánto apoyo le darían las personas de su iglesia?				

3.- Escala Collett-Lester, (Jessica Collett y David Lester 1969)

Lea cada frase y contéstela rápidamente. Se trata de expresar cómo piensa ahora mismo. Marque el número que mejor representa su sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en...?	Mucho	Moderado			Nada
1. El morir sólo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será estar muerto.	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en.... ?					
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontará 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 amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en.....?					
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en...?					
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1

5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

Nº		1	2	3	4	5	6	7
1	La muerte es sin duda una experiencia horrible							
2	Mi propia muerte despierta mi ansiedad							
3	Evito pensamientos sobre la muerte							
4	Creo que iré al cielo cuando muera							
5	La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones							
6	La muerte se debería ver como un acontecimiento natural							
7	Me trastorna la finalidad de la muerte							
8	La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción							
9	La muerte proporciona un escape de este mundo terrible							
10	Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi lo evito							

11	La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento							
12	Siempre intento no pensar en la muerte							
13	Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo							
14	La muerte es un aspecto natural de la vida							
15	La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna							
16	La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa							
17	No temería a la muerte ni le daría la bienvenida							
18	Tengo un miedo intenso a la muerte							
19	Evito totalmente pensar en la muerte							
20	El tema de una vida después de la muerte me preocupa							
21	Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin							
22	Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir							
23	Veó la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal							
24	La muerte es una parte del proceso de la vida							
25	Veó la muerte como un pasaje a un lugar eterno							
26	Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte							
27	La muerte ofrece una maravillosa liberación del alma							

28	Una cosa que me consuela es la vida después de la muerte							
29	Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida							
30	La muerte no es buena ni mala							
31	Espero una vida después de la muerte							
32	Me preocupa no saber qué ocurre después de la muerte							

5- Cuestionario (PAM-R), (Gesser, 1987-1988)

Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo, teniendo en cuenta que: **1= Totalmente en Desacuerdo; 2= Bastante en desacuerdo; 3=Algo en desacuerdo; 4=Indeciso; 5=Algo de Acuerdo; 6=Bastante de Acuerdo; 7=Totalmente de Acuerdo.** Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones poniendo una X en la casilla correspondiente.

6- Inventario 15R, (Almanza y cols., 1999)

Lea cada afirmación cuidadosamente e indique luego hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo, teniendo en cuenta que: **1= Totalmente en Desacuerdo; 2= Algo en desacuerdo; 3= Algo de Acuerdo; 4=Muy de acuerdo.** Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones poniendo una X en la casilla correspondiente.

Nº		1	2	3	4
1	La religión es importante en mi vida cotidiana				
2	El rezar me ha ayudado para enfrentar tiempos de enfermedades				
2	Disfruto al asistir a actos religiosos				
4	Tengo la certeza de que , de alguna forma , Dios existe				
5	Cuando tengo que lidiar con mis problemas acudo a mi comunidad				
6	Creo que Dios no me dará una carga que yo no pueda soportar				
7	Disfruto reunirme con personas que comparten mis creencias				
8	Durante tiempos de enfermedad, mis creencias se han fortalecido				
9	Cuando me siento sólo, cuento con personas que comparten mis creencias				

10	He sentido esperanza como resultado de mis creencias religiosas				
11	He sentido paz mediante mi oración y meditación				
12	La vida y la muerte de uno, sigue un plan de Dios				
13	Busco gente en mi comunidad religiosa cuando necesito ayuda				
14	Creo que Dios me protege del daño				
15	Suelo rezar pidiendo ayuda a Dios durante tiempos difíciles				