

Universidad Católica de Valencia

Facultad de Enfermería

Programa de Doctorado: Psicología y Ciencias de la Salud



**ACTITUDES HACIA LA MUERTE
Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR
EN ESTUDIANTES DE PRIMER CURSO DE GRADO EN ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Enrique Jesús Sáez Álvarez

Directora:

Dra. D^a. María del Pilar Barreto Martín

Dra. D^a. María Antonia Pérez Marín

Ponente:

Dr. José Francisco Gallego Pérez

Valencia 2016

Dedico este trabajo a Ana María

Me habría gustado hacerle una canción

Porque su corazón latía de la misma forma que las más bonitas

Pero bueno, hasta aquí he llegado

Un besito

Agradecimientos

A Pilar Barreto

... porque para mí ha sido un deseo cumplido trabajar con ella

Marian Pérez

... por ayudarme recibiendo a cambio únicamente mis peores tipos de afrontamiento

Francisco Gallego

... por su ayuda cuando la necesité

Pilar Medrano

... por tener la suerte de contar con su amistad

Mi Universidad

... que me ayuda a formarme día a día

Arturo Morales

... un modelo de conducta que os recomiendo a todos

Carmen Legaz

... el espíritu de la enseñanza

Manolo

... quien compartió conmigo pensamientos y vivencias fundamentales

Cristina, Asun, Carmen y Alicia

... por enseñarme humildad

Ricardo Abizanda

... maestro y un gran luchador

Mi familia

... por todo lo anterior, y porque son el motor, el motivo, la ilusión y la alegría

... de todo corazón,

Enrique Sáez Álvarez

Índice General

	pág.
0. Resumen	1
1. INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1. 1. LA MUERTE HASTA NUESTROS DÍAS	5
La muerte como tabú	9
Desde la medicina, la psicología y la psiquiatría	9
Desde la propia vivencia.....	12
Desde la educación	14
CAPÍTULO 1.2. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES	16
1.2.1. ¿Qué son las actitudes?.....	16
1.2.2. ¿Qué son las actitudes ante la muerte?.....	17
1.2.3. Tipos de actitudes hacia la muerte	18
1.2.4. Las actitudes en el personal de enfermería	24
CAPÍTULO 1.3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE	26
1.3.1. Instrumentos de medida de las actitudes ante la muerte	26
1.3.2. Instrumentos unidimensionales.....	27
1.3.3. Instrumentos multidimensionales	32
CAPÍTULO 1.4. UNA BREVE RESEÑA ACERCA DEL MODELO DEL MANEJO DEL TERROR.....	37
CAPÍTULO 1.5. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE	39
CAPÍTULO 1.6. PSICOLOGÍA POSITIVA	66
1.6.1. Bienestar Psicológico.....	67
1.6.2. Resiliencia.....	69
Justificación	76
2. OBJETIVOS	79
2.1. Objetivo principal.....	81
2.2. Objetivos secundarios	81
3. HIPÓTESIS.....	83
4. METODOLOGÍA	87
4.1. Diseño	89
4.2. Participantes	89
4.1.1. Población.....	89
4.1.2. Muestra	90
4.3. Instrumentos	92
4.4. Método	96
4.5. Análisis de datos	97
5. RESULTADOS.....	105
5.1. Descripción de la muestra	107
5.2 Propiedades psicométricas de los cuestionarios PAM-Ry CLFoDS	108
5.3. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida	111
5.4. Análisis univariante.....	112
5.5. Análisis bivariante.....	117

5.6. Análisis comparativo.....	124
5.6.1 Actitudes ante la muerte en función de la edad y el sexo	124
5.6.2 Relaciones bivariadas entre las actitudes ante la muerte el Bienestar y la Resiliencia	126
5.6.3 Modelo predictivo del Bienestar y la Resiliencia a partir de las estrategias y actitudes ante la muerte.....	134
6. DISCUSIÓN	137
7. CONCLUSIONES	161
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
9. ÍNDICE DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	199
10. ÍNDICE DE TABLAS	201
11. ÍNDICE DE GRÁFICOS	205
12. ÍNDICE DE FIGURAS	205
13. ANEXOS.....	207
Anexo 1. Hoja de información acerca de los cuestionarios	209
Anexo 2. Cuestionario de datos socio-demográficos y otras variables de interés	210
Anexo 3. Perfil de Actitudes Hacia la Muerte Revisado.....	211
Anexo 4. Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (CLFoDS)	214
Anexo 5. Escala de Bienestar Subjetivo de Ryff	215
Anexo 6. Escala breve de Afrontamiento Resiliente	217
Anexo 7. Permiso para la realización del estudio de campo	218

0. Resumen

La necesidad de profundizar en el estudio de las actitudes hacia la muerte en el personal de enfermería está fundamentada desde múltiples perspectivas. Por un lado, la influencia de dichas actitudes hacia el paciente mayor o en situación de muerte próxima, o hacia los deudos, o incluso hacia la comunicación de malas noticias o la ventilación de sentimientos, es una realidad. Por otro, parece plausible que determinadas actitudes o el grado en que estas se manifiestan sean indicadores de peso en el sentimiento de bienestar de los sujetos.

Objetivos: Obtener el perfil general de las actitudes hacia la muerte en el estudiante de 1º curso de enfermería y comprobar su relación con el Bienestar Psicológico y la Resiliencia.

Instrumentos de medida: PAM-R y CLFoDS.

Participantes: 285 estudiantes de 1º Curso de Grado en Enfermería de la UCV.

Resultados y Conclusiones: La actitud de Aceptación Neutral muestra correlaciones positivas y significativas con todas las dimensiones del Bienestar Psicológico, excepto con Relaciones Positivas. La Aceptación de Acercamiento presenta una relación positiva y significativa con Propósito en la Vida. Cuanto mayor es el Miedo a la Muerte del sujeto, éste manifiesta menores puntuaciones en todas las subescalas de Bienestar Psicológico, excepto en Propósito en la Vida. A mayor Miedo al Proceso de Morir de los Otros se obtienen puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de Bienestar Psicológico. Cuanto mayor es la Aceptación de Escape del sujeto, éste manifiesta menores puntuaciones en todas las subescalas de Bienestar Psicológico. Cuanto mayor sea la Evitación de la Muerte del sujeto, éste presentará puntuaciones más bajas en Autonomía y Crecimiento Personal.

1. INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO 1. 1. LA MUERTE HASTA NUESTROS DÍAS

La muerte en sí... es una idea.

Pero también es una realidad.

Es una fantasía. Pero también es dolor. Está en el futuro, eso seguro, pero también en el presente. “Se mueren 54 millones de personas al año en el mundo” (Bayés, 2001, p.162). Se evita, pero a todos llega. La muerte ocurre en la individualidad, pero es, sobre todo, una experiencia colectiva (Blasco, 2010). Se ensalza, en el arte, la cultura, el cine, la poesía... Pero se teme, en el arte, la cultura, el cine, la poesía... Se puede manipular, pero hasta un cierto punto. Se trabaja con ella, y contra ella. Está en la vida, pero no es la vida. Aunque, la fundamenta. Nos hace iguales, pero también diferentes. La muerte destruye, pero también crea, deja paso. Es imbuible. Es universal. Y, ha estado siempre.

La vida y la muerte son interdependientes. Existen simultáneamente, no consecutivamente, nos recuerda Irving Yalom (1998).

No tiene límites.

Por eso el estudio de la muerte es tan difícil.

Con tan largo camino recorrido, la muerte sigue siendo, aún, esa gran desconocida. En el fondo de todo ello...esa gran negada.

Pero si hay un tema que confirma esa confluencia de todas las perspectivas mencionadas, este es, sin duda, el de las actitudes hacia la muerte.

Es evidente que solo desde la religión se cree saber acerca de la muerte, desde cualquier otro ámbito sólo se sabe acerca de la actitud que se tiene ante ella (Aguilera y González, 2009).

Las actitudes hacia la muerte han configurado el arte, han dado pie a la filosofía, las religiones y la espiritualidad, explican parte de la antropología, modelan la poesía, impulsan o retrasan el desarrollo biomédico, el humano, la comunicación (Barreto et al., 2010; Bermejo, 2011), fomentan el estudio de la conducta, favorecen o impiden la formación de tendencias psicopatológicas, mejoran la seguridad laboral, potencian o

inhiben el desarrollo educacional de los más jóvenes o de los profesionales... crean historia.

Las actitudes hacia la muerte son pues, ese nexo de unión, ese catalizador imparable en la vida de las personas; de ahí la importancia de su estudio y comprensión en profundidad.

Las actitudes hacia la muerte aparecen en el momento mismo en que el hombre empieza a tener consciencia de su propia muerte.

Además de la antropología y la arqueología, la tercera gran fuente de conocimientos acerca de cómo la muerte es vivida a lo largo de la historia proviene de la iconografía, sobresaliendo la obra de Alberto Tenenti (Azpeitia, 2008) a finales de la Edad Media que fue pionero al estudiar la imagen de la muerte teniendo como fuente primordial los testimonios iconográficos. Para trasladarnos, posteriormente, a la literatura con revisiones tan soberbias como la de Howard Rollin Patch o Joël Saignieux, con su obra “las danzas macabras de Francia y España y sus extensiones literarias” (*Les danses macabres de France et d’Espagne et leurs prolongements littéraires*), (Saignieux, 1972). Desde otro ámbito, no faltan las aportaciones de la demografía histórica, encontrando, entre otras obras a Élisabeth Carpentier, quien publicó un estudio sobre la incidencia de la Peste Negra en una población concreta, que se convirtió en clásico (*Une ville devant la peste. Orvieto et la Peste Noire de 1348*), a partir de la cual se han hecho muchas otras aportaciones, por ejemplo, en cuanto se refiere a la fiebre amarilla, la sífilis, etc (i.e. Ledermann, 2003). Dicha perspectiva también fue la elegida por Hugues Neveux para analizar la mortalidad de un grupo social concreto, el de los pobres (Azpeitia, 2008).

Otras aportaciones provienen del estudio de los testamentos, ya que... “son el vehículo que nos permite una aproximación científica a una de las cuestiones más vitales del hombre medieval: su muerte” (Baldó, García y Pavón, 2005, p. 155); o del Derecho, con múltiples estudios de profundidad y otros llamativos entre los que podemos encontrar, por ejemplo, “El estudio de la pena de muerte en España” (Corral, 2005; Oliver, 2008), o incluso, hoy en día desde el concepto tradicional de muerte como parada cardiovascular, hasta el de diagnóstico de muerte cerebral cuyos criterios son los establecidos en el Reglamento de trasplantes aprobado por Real Decreto de 22 de febrero de 1980.

La ética trata la muerte desde muchas perspectivas. Así, las razones “humanitarias” para pensar en la muerte han existido desde antiguo. Ya Diderot (*L'Encyclopédie*, 1751, en Arase, 1989, pp. 2-3) opinaba que sería deseable utilizar el cuerpo vivo del condenado para estudiar, bajo la “adecuada sedación”, los procesos biológicos incomprensidos aún en aquella época, es decir, la rentabilización del suplicio, en palabras del propio Diderot “en cuanto a los criminales, pocos hay de ellos que no prefieran una operación dolorosa a una muerte cierta”.

Bajo la misma premisa, Joseph Ignace Guillotin, se basó en un instrumento ya conocido, la guillotina, para perfeccionarlo y hacer de él un elemento que evitaba el suplicio, haciendo referencia dicha palabra a la habitual tortura a que eran sometidos los reos antes de morir. Incluso en la época de Guillotin no era infrecuente que la decapitación lejos de ser una técnica limpia se convirtiera en un gran sufrimiento por la impericia o fallo del verdugo que muchas veces debía asestar varios golpes antes de separar la cabeza del tronco.

Esta idea, también es observada por el antiguo Japón, en un rito de suicidio por honor de los Samurai conocido como Seppuku. En este suicidio ritual, el samurai elegía a aquel que tenía que cortarle la cabeza (como signo de pureza) tras abrirse el vientre, ya que no todos tenían la capacidad de hacerlo de un solo tajo (i.e. Fusé, 1980).

Y, en contraste, la ética actual que desde el pensamiento personalista nos acerca a la vida, no como lucha contra la muerte, sino como protección del don de la vida (Juan Pablo II, 1995).

Desde la filosofía, con Sócrates, Aristóteles, Platón, San Agustín, Santo Tomás de Aquino, y desde una perspectiva filosófica contemporánea, Diego Gracia, Francesc Torralba o Elio Sgreccia, y en la ética aplicada, por ejemplo, a los Cuidados intensivos y paliativos, con figuras españolas de renombre como Ricardo Abizanda, Juan Gómez Rubí o Lluís Cabré Pericás, o a nivel internacional con Beauchamp y Childress y sus principios de ética biomédica.

Desde la religión, la aportación es vastísima. Pocas culturas han contemplado el cadáver como un punto y final del ser humano. Morir es el inicio de algo.

Los rituales funerarios, las prácticas en el lecho de muerte: la colocación de los objetos, la posición del moribundo, los recordatorios, el duelo, la purificación, el

velatorio. El cortejo fúnebre. La creencia en el más allá, en la reencarnación, en un mundo diferente, o en una réplica, o un mundo al revés. Los juicios, el castigo, el infierno, el limbo. La momificación, la excarnación, el canibalismo, la incineración, la inhumación, la criogenización. Morir en combate. Trascender. Prepararse para la muerte.

Llama la atención, desde la literatura, las *ars moriendi* (o el arte de morir) con Roger Chartier (1976) como mayor especialista, pero con algunas aportaciones sorprendentes como, por ejemplo, las de Manuel Machado, que no Antonio, “lleno estoy de sospechas de verdades. Que no me sirven ya para la vida, Pero que me preparan dulcemente, a bien morir...” (Machado, 1999).

En los años 80 aparece una figura indiscutible en el estudio historiográfico de la muerte, tanto por su importancia como su estilo y forma literaria “atractiva” para el lector, Philippe Ariès, quien llegaría a ser el historiador de referencia en el campo de la historia de la muerte.

Ariès (2000) llama la atención, entre muchos otros aspectos acerca del cambio de las actitudes hacia la muerte a través de los últimos siglos, desde la concepción primitiva de que todos hemos de morir o la muerte domada, pasando por la muerte propia, la muerte lejana y próxima y la muerte invertida.

Para concluir este pequeño repaso histórico, nada mejor que la reflexión de Vovelle (1982)¹, quien opina, con fundada asertividad, que la conclusión esencial de la obra de su colega Ariès es que si algo caracteriza al entendimiento de la muerte y su repercusión en las prácticas y actitudes cotidianas es que se está produciendo una individualización progresiva de las actitudes frente a la muerte.

¹ Esta reflexión la realiza Vovelle en referencia a la obra original de Ariès, concretamente *Attitudes devant la vie et devant la mort du XVIIe au XIXe siècle; quelques aspects de leurs variations*, INED, 1949; *L'Homme devant la mort*, Seuil, 1977; *Essais sur l'histoire de la mort en Occident : du Moyen Âge à nos jours*, Seuil, 1975 e *Images de l'homme devant la mort*, Seuil, 1983, y no de la obra traducida al español presentada aquí y que corresponde a fechas posteriores.

A parte del nivel histórico, ligeramente esbozado aquí, resulta también importante el nivel vivencial contemporáneo, porque la muerte se ha estudiado, investigado y relatado a través de sus numerosas ramificaciones, versiones o interpretaciones. Algunas de las cuales son:

La muerte como tabú

La muerte como el sexo son nudos psíquicos. Entrelazan miedo y fascinación (González y Herrán, 2010). Hablar de la muerte no interesa... porque no es de buen gusto. Ésta es la máxima expresión cotidiana del tabú de la muerte; sin embargo, tal aprensión se traslada también al ámbito profesional, como pone de manifiesto el miedo a hablar de la muerte con los niños (Kroen, 2002; Kübler Ross, 1992; Poch y Herrero, 2003; Sanders, 1990), o se hace patente en la conspiración del silencio (Díaz, Barcia, Gallego y Barreto, 2012; Fumis, de Camargo, del Giglio, 2012; Young et al, 2004).

El tabú de la muerte se sigue expresando en múltiples ejemplos.

En el 11 M se reconocieron como héroes a los bomberos y a los servicios de urgencia. Pero no se mencionó que gracias al trabajo callado de 1000 trabajadores de los servicios funerarios fue posible reconocer muchos cuerpos (González y Herrán, 2010).

Y la lista... sería interminable.

Por lo que, uno de los retos de la ciencia de hoy es la desmitificación. Y la temática de la muerte tiene mucho que decir, que investigar y que progresar al respecto.

Desde la medicina, la psicología y la psiquiatría

Ya en 1922 Freud (en Freud, 1995) nos habla de la pulsión de muerte, ideada, entre otras cosas, tras lo que él interpretaba como la necesidad de recrear el trauma de la guerra una vez vuelto el soldado a la vida normal.

En 1944, Lindeman realiza un estudio que arrojará luz al ámbito del duelo y la respuesta al trauma, tras el desastre del Cocoanut Grove².

Quince años más tarde, Herman Feifel edita una recopilación de textos acerca de la muerte de autores como Jung, Kastembaum y así hasta 21 expertos de diversos campos (desde la psicología, religión, medicina, psicoanálisis, filosofía, psiquiatría, etc) que marca el primer intento multidisciplinar de acercamiento al entendimiento del proceso de morir (Feifel, 1959).

Pero es en el campo de las actitudes hacia la muerte y, sobre todo, en el de las actitudes hacia el paciente que está muriendo donde se inicia en la década de los 60 un importante avance. Elizabeth Kübler Ross publica su libro “On death and dying” (1969), al que seguirán otros no menos interesantes e influyentes.

Uno de los debates más llamativos que parte, precisamente, desde la medicina, es el de la comprensión y clarificación de la existencia o no de vida tras la muerte. Raymond Moody, en su obra *Vida después de la vida* (1975) abre la puerta a este estudio. En su libro, informa de más de 150 casos de sujetos que tras haber fallecido, fueron resucitados por los equipos de reanimación y cuentan su experiencia. En contraposición, Robert Kastembaum publica su libro “Entre la vida y la muerte” (Kastembaum, 1979) donde reflexiona acerca del ejemplo negativo, es decir por cada uno de los sujetos de Moody ¿Cuántos no recuerdan haber tenido tales experiencias? Se abre aquí un debate, en el que también entrarán autoras como Elizabeth Kübler Ross (1992) y muchos otros.

Otro hito de gran relevancia, Cicely Saunders impulsa el movimiento Hospice, y en 1965 publica su artículo “Los últimos estadios de la vida” (Saunders, 1965).

En 1978, Collin Murray Parkes escribe sobre la muerte y la transculturalidad (Parkes, 1978) y ya no parará de publicar hasta nuestros días (i.e. Parkes, Laungany y Young, 1997; Rando, Doka, Fleming, Franco, Lobb, Parkes y Steele, 2012).

² El Cocoanut Grove, club nocturno de Boston que se incendió el 28 de noviembre de 1942 en el cual murieron 493 personas. Erick Lindeman ofreció ayuda en crisis a los dolientes y determinó la existencia de una serie de etapas en la resolución del duelo.

En los 80, John Bowlby (1985) formula la teoría del apego, con importantes influencias de los trabajos con niños de Anna Freud.

Callahan (2000) publica “*Los fines de la medicina*”, el documento que elaboró el grupo de investigadores del Hastings Center, y que es un intento de desmitificar la medicina, a fin de que el ejercicio de la misma constituya efectivamente un progreso para la humanidad. Constituyendo éste otro punto de inflexión importante.

Desde la psicología evolutiva se pueden señalar dos grandes contribuciones, aunque hay muchas más. Metchnikoff, quien en 1901 acuña el término tanatología, dice que la angustia que genera la muerte se debe a que muy poca gente alcanza el fin normal de su existencia, tras “el cumplimiento de un ciclo completo y fisiológico de la vida con una vejez normal, que desemboca en la pérdida del instinto de vida y la aparición del instinto de muerte natural”. Por su parte, Erikson plantea un esquema vital en el que sólo puede existir una resolución positiva si se han resuelto satisfactoriamente los conflictos propios de las fases precedentes del desarrollo adulto; plantea un esquema vital en el cual la resolución positiva del tener que enfrentarse a una muerte inevitable incluye un sentimiento de plenitud, paz e integridad en lugar de sentimientos de fracaso, horror y desesperación (Bravo, 2006).

A partir del trabajo de Lindeman, ya citado, otros muchos clínicos y teóricos desarrollan diferentes concepciones del duelo. Desde el duelo anticipado por el propio proceso de morir (Kübler Ross, 1969), al modelo de tareas del duelo (Worden, 1997), o el modelo constructivista del duelo (Neimeyer, 1997; Neimeyer y Stewart, 1996; Shear, et al., 2011) pasando por muchos otros, dan cuenta del trabajo realizado en esta área y desde diferentes prismas.

Otra perspectiva psicológica, la de los cuidados paliativos con los cuidados en la terminalidad y en la muerte la aportan el estudio a través de la psicooncología, las herramientas de comunicación (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003), el conocimiento del paciente en proceso terminal o el autoconocimiento como herramienta que ayuda al acercamiento (Bermejo, 2011).

Desde la propia vivencia

No es infrecuente encontrar en la literatura numerosos ejemplos de personas que han pasado por la experiencia de un duelo, anticipado o en curso, una enfermedad grave o incluso mortal o una experiencia de terror que ha puesto en peligro sus vidas, la de sus seres queridos o las de los que, por circunstancias, se encontraban cerca.

Jean Améry, Viktor Frankl o Primo Levi. Tienen todos en común su vivencia personal en los campos de concentración Nazi. Sus obras reflejan la disparidad de actitudes hacia una misma situación. Por ejemplo, Emery da cuenta de las vivencias y actitudes ante la muerte que tenía él y sus compañeros en el campo de concentración, cuando escribe que “Para decirlo concisa y trivialmente: al igual que su camarada sin formación espiritual, el preso intelectual se las había no con la muerte, sino con el morir” [...]. El morir estaba omnipresente, la muerte se sustraía” (Améry, 2001, p. 75-76).

En una línea muy diferente, Viktor Frankl, creador de la Logoterapia, enfoca esta experiencia desde la premisa de que “sobrevivir es hallarle sentido al sufrimiento” (Frankl, 1946, p.11).

El cómo modulan en Primo Levi sus experiencias en el campo de concentración y la actitud que presenta ante la muerte, lo muestra hablando de un compañero al que van a matar hoy los Nazis “Morirá hoy bajo nuestras miradas: y quizá los alemanes no comprendan que la muerte solitaria, la muerte de hombre que le ha sido reservada, le servirá de gloria y no de infamia” (Levi, 1958, p. 162).

La vivencia del duelo por la persona del ser amado se expresa en la obra de Clive Staples Lewis (1994), sus más profundos pensamientos se ponen al alcance del lector de tal manera que pueden ser leídos tal y como si nos los contara un deudo, paciente o amigo.

Lo mismo hace Iosu Cabodevilla (2001), aunque esta vez desde la propia experiencia de muerte casi cierta.

La vivencia de la propia patología, los miedos y la lucha, los pensamientos y las fortalezas, los otros como amarre y ella misma como auténtica protagonista de su vida, son ideas que leemos cuando Mariam Suárez (2000) se desnuda emocionalmente ante

nosotros en “Diagnostico cáncer”, una autobiografía de su paso por una enfermedad como es el cáncer, su paso por tratamientos extenuantes y el pronóstico más desalentador. También, aunque centrada en el problema y quizá sin el control de la aceptación de las cosas que son irresolubles, el paso por la misma enfermedad, esta vez contado por el marido de Treya Wilber (1995). La pérdida de las funciones de Jean Dominique Bauby (2008). O en la pérdida de una hija, encarnada en el libro del periodista Carlos Garrido (2006). O el resentimiento de “los debería” como es expresado por Maruchi Méndez, (2013) tras la pérdida de su hijo.

Y un clásico, León Tolstoi (2002)³, con la muerte de Ivan Ilich, un texto que es difícil dejar de nombrar en los escritos modernos acerca del duelo y de la comunicación y que nos acerca a una temática tan actual como es la conspiración del silencio o la incomunicación.

Una segunda parte del estudio de la muerte desde la vivencia es aquella que se centra en la investigación formal como instrumento de acercamiento. Desde esta perspectiva, los estudios han abarcado todas las áreas posibles de desarrollo, por ejemplo, el estudio de las actitudes, afrontamiento o respuestas de padres que han perdido hijos, hijos que han perdido padres, personas que han perdido a iguales, la familia tras la muerte de un niño, o de una enfermedad crónica, personas que han estado a punto de morir, patologías asociadas a la propia idea de muerte o la de los demás, como el trastorno de estrés postraumático (Aftyka, Rybojad, Rozalska, Rzońca y Humeniuk, 2014; Bjornestad, Schweinle, Elhai, 2014), la ansiedad, la depresión, la muerte prenatal o perinatal (Kersting et al, 2013), la muerte súbita de bebés (i.e. Mitchell, 2000), de deportistas, la muerte por enfermedades estigmatizantes (i.e. Flores, 2008), o por suicidio (i.e. Pérez, 2004; Ratnarajah, Maple y Minichiello, 2014), así como un muy largo etcétera, que se escaparía a las pretensiones básicas de la presente revisión.

El estudio de las actitudes ante la muerte tras la vivencia real de la misma es un campo muy importante de estudio, sobre todo por la ayuda que se presta a aquellas personas que en algún momento de sus vidas están pasando por momentos similares. El modelaje, la comparación, la perspectiva de “los otros” son todos ellos modificadores

³ Versión original de 1886

del afrontamiento, la cognición o la relevancia de las pérdidas asociadas que no puede ser obviado si se pretende un conocimiento global de las actitudes ante la muerte.

Desde la educación

¿Dónde nos encontramos a nivel educativo con respecto a la muerte? ¿Tenemos la opción de recibir las competencias adecuadas para afrontar este desenlace? ¿La tienen los niños? ¿Es importante adquirirlas desde pequeños? Porque... ¿La tienen los profesionales que están en contacto con la muerte?

La cuestión es que en el momento actual contamos con profesionales, de la salud o la enseñanza, o de ambas conjuntamente, que comparten una sociología, cultura e historia parecidas pero que, quizá, también se diferencien en matices que pueden hacer variar sus actitudes hacia la muerte.

Desde dicha conjunción no puede pasar desapercibida la educación (así como desde la diversidad, véanse por ejemplo, los estilos educativos parentales).

Como ilustran González y de la Herrán (2010) “...en la historia de la pedagogía y la enseñanza no encontramos todavía referencias claras que reflexionen sobre una posible educación para la muerte”. Y es que esta reflexión es de suma importancia ya que cimienta no solo la formación en la muerte de los profesionales actuales sino también la que han tenido sus padres (tanto biológicos como de oficio). Desde infantil a primaria la muerte no se expresa en la enseñanza planificada; ningún currículo oficial, en toda Europa incluye expresamente a la muerte como ámbito formativo, afirman González y de la Herrán (*ibid*).

Estos y otros autores a nivel nacional, tras la realización de varios estudios de revisión, concluyen que no existen programas educativos en España a nivel de infantil, primaria y secundaria que incluyan la muerte en el ámbito educativo

¿Qué se puede pretender de unos profesionales que han sido educados en la negación de la muerte y en la evitación? ¿Pesa más ese currículo oculto que el deseo altruista, profesional, o competencial de ayudar en la muerte o ante la muerte?

Se podría pensar que los profesionales de la salud y la enseñanza cuentan en los currículos propios de sus respectivas especialidades con competencias enfocadas a la mejora de las habilidades de afrontamiento y acercamiento a la muerte y al paciente

moribundo, pero esto, más que una realidad, es un deseo. Concepció Poch lo expresa de la siguiente manera: “Tenemos que reconocer que cuando tratamos de la educación sobre la muerte, tanto maestros como padres, y todos los adultos en general, nos hallamos bastante solos y desinformados” (Poch, 2000). Irving Yalom, psicoterapeuta de corte existencialista, en referencia a su campo, expresa este mismo concepto con claridad “Algunos terapeutas afirman que las preocupaciones sobre la muerte, simplemente, no son expresadas por sus pacientes. No obstante, yo creo que el tema real es que el terapeuta no está preparado para oírlos” (Yalom, 1998, p.227).

Sin embargo, en el ámbito universitario algo sí que se ha estudiado y publicado en relación a la actitud y ayuda hacia los estudiantes que han sufrido la muerte de un compañero de clase. Así, en 1985 Zinner editó “Coping with death on Campus” y Servaty-Seib y Tauben 2008 publican “Assisting Bereaved College Students: New Directions for Student Services”(citados en Dorney, 2014). Aunque, en la generalidad de las publicaciones, estos ejemplos podrían ser considerados como anecdóticos y limitados.

Para finalizar, decir que esta pequeña revisión, sin pretender la exhaustividad, no haría justicia al avance científico del estudio de la muerte y sus procesos sin tener en cuenta a los medios que han posibilitado la difusión de estas líneas de trabajo, desde las más generales (New England Journal of Medicine, Social Psychiatry, American Journal of Psychiatry, por citar algunas), pasando por algunas sensibilizadas por los procesos inherentes de sus temáticas (Psycho-oncology, Psicooncología, Annals of Oncology, Journal of Clinical Oncology, Medicina Paliativa o el Journal of Palliative Medicine, etc) y otras de estudio específico sobre la muerte, el proceso de morir y constructos relacionados (Death Studies, OMEGA, Bereavement, Death Education).

"Lo que llamamos muerte es acabar de morir, y lo que llamamos nacer es empezar a morir, y lo que llamamos vivir es morir viviendo. Por eso cuando el hombre muere, acaba a un tiempo de vivir y de morir" (Quevedo)

CAPÍTULO 1.2. DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE LAS ACTITUDES

1.2.1. ¿Qué son las actitudes?

Una actitud puede considerarse como “una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada” (Fazio, 1989, p. 155). Tal y como señalan Morales, Reboloso y Moyá (Morales et al., 1994) dicho objeto actitudinal pueden ser tanto situaciones sociales, como personas, como problemas sociales; haciendo referencia la evaluación tanto al afecto que este objeto despierta, como a las emociones que moviliza, los recuerdos emotivos de experiencias vividas o las creencias acerca de la capacidad del objeto de conseguir metas.

Una actitud posee tres componentes. Uno sería el componente cognitivo, otro el afectivo y el tercero el componente conativo-conductual (i.e. Breckler, 1984); pero no solo esos tres dominios forman parte de ellas, las actitudes pueden verse afectadas, así mismo, por fuentes de información de corte cognitivo, emocional y conductual.

La actitud, en sí misma, no es directamente observable. Según Azjen (1989) “es una variable latente, que ha de ser inferida de ciertas respuestas mensurables y que refleja, en última instancia, una evaluación global positiva o negativa del objeto de la actitud”. Pese a que la conducta es uno de los componentes de la actitud, el valor predictivo de una medida de actitud hacia el comportamiento ha quedado en entredicho en múltiples ocasiones (i.e. La Piere, 1934; Blumer, 1955 o Kelman, 1974, en Morales et al., 1994).

Por otro lado y para complicar las cosas más aún, según el trabajo de revisión de Valdés, se llega a la conclusión de que:

Actualmente, existe un amplio consenso entre los autores en que el determinante de una conducta no puede ser únicamente la actitud, sino que hay otros factores como el contexto o la situación donde la conducta es observada y la actitud valorada que condicionan fuertemente la respuesta (Valdés, 1994, p.54).

De todo ello se desprende la enorme dificultad no solo de la medición de las actitudes, sino de la exactitud de tal medición.

En ese sentido, se han definido las actitudes como una tendencia psicológica expresada por la evaluación de una entidad particular desde algún grado de positividad o negatividad (Eagly y Chaiken, 1993), la misma idea expresan Peters y otros (Peters et al., 2013), pero además sugieren que la actitud no solo está formada por dicha evaluación, sino que, en adición, se espera que cambie con el tiempo por la experiencia adquirida. No obstante, y pese a las dificultades reseñadas en torno a su estudio, es ésta asociación entre actitud, acción y cambio la que confiere a las actitudes ante la muerte una posibilidad notable de estudio, aplicación, cambio y mejora.

El estudio de las actitudes ha despertado el interés de numerosos investigadores y el campo es muy amplio, desde los estudios clásicos de medición de actitudes hacia el racismo, el prejuicio o la discriminación (véase Duckitt, 1992, para una revisión de la evolución histórica de este área de investigación), pasando por las actitudes hacia las personas mayores (Dulcey y Ardila, 1976), la jubilación (Rodríguez, 2007) hasta las actitudes hacia la ciencia, las matemáticas o... las actitudes hacia la muerte.

1.2.2. ¿Qué son las actitudes ante la muerte?

Fazio (1989) señala que si no se tiene experiencia previa del objeto no se puede hablar de actitud hacia él. En dicho punto, este autor prefiere hablar de no actitudes. Es fácil, bajo esta argumentación, caer en la tentación de hipotetizar que en aquellas personas en las que la experiencia previa de muerte es nula o inexistente será imposible hablar de actitudes y, suponiendo esta premisa como cierta, la hipótesis estaría justificada. La pregunta es, ¿existen personas, con suficiente desarrollo cognitivo como para poder emitir un juicio sopesado, en las que la experiencia de muerte es nula o inexistente? O lo que es lo mismo, aplicado al objeto de estudio de la presente investigación y ampliable a otros, ¿existen adolescentes sin experiencia previa de muerte?

La investigación dice que no. Desde los trabajos de Piaget (Piaget, 1954, 1972; Piaget e Inhelder, 1959) hasta nuestros días, pasando por Kübler-Ross (1992), Kroen (2002), Poch (2000) y muchos otros, se han ofrecido diversas concepciones del conocimiento de los niños acerca de la muerte. Los niños saben de la muerte (de la Herrán, 2000) y quieren saber más. La curiosidad natural de la infancia crea en el niño un mundo de preguntas que si no son respondidas son autorrespondidas creando así un mundo explicativo y, por tanto, actitudinal (Poch, 2000; Cortina, 2010)

Cuando hablamos de actitudes ante la muerte una posible definición nos la ofrece Robert Neimeyer cuando se refiere a ellas como “...estructuras de significado que usan los individuos para construir la muerte” (Neimeyer, 1997).

En la literatura se han diferenciado diversas actitudes ante la muerte (Neimeyer, 1997), entre las que podemos distinguir: miedo a la muerte, ansiedad ante la muerte y temor a la muerte como tres actitudes que pueden crear confusión debido a su aparente proximidad; otras actitudes son: aceptación ante la muerte, sentimiento de competencia ante la muerte, obsesión por la muerte, depresión relacionada con la muerte, etc.

1.2.3. Tipos de actitudes hacia la muerte

1.2.3.1. Ansiedad, miedo y temor ante la muerte

“El sosiego de los que se fueron
antes no calma el desasosiego de los que se
van” (Descubriendo a Forrester, 2000).

La ansiedad y el miedo a la muerte son, probablemente, el objeto actitudinal hacia la muerte más estudiado (Robbins, en Neimeyer, 1997).

A causa de la complejidad de los diferentes miedos hacia la muerte, algunos autores (i.e. Schultz, 1979) han sugerido el término ansiedad ante la muerte para describir todo el conjunto de sentimientos que pueden surgir al evocar el tema de la muerte.

La ansiedad ante la muerte se puede definir como la reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia (Limonero, 1997).

Collet y Lester sugieren que se puede entender el temor o ansiedad ante la muerte como un concepto multidimensional que lleva a una persona a responder de forma diferencial a la idea de la muerte como un estado, o bien, como un proceso: el proceso de morir. Así mismo, las reacciones tanto actitudinales como afectivas que tenga alguien hacia la muerte, dependerán de si se trata de la idea de su propia muerte o de la muerte de los otros (Collet y Lester, 1969).

De acuerdo con Pelechano, es importante distinguir los conceptos fácilmente intercambiables en la literatura, de ansiedad, angustia, miedo y fobia (ante la muerte)

(Pelechano, 2007, citado en Moreno, 2013); sirva como ejemplo la explicación de los autores acerca de la "Thanatophobia Scale" en cuyo texto se dice que sirve para medir el "miedo a la muerte"; lo cual no sería correcto ya que se considera el miedo como un continuo que va de la normalidad a lo patológico, la fobia un proceso siempre patológico, y entre la ansiedad y la angustia, la diferencia radicaría en que en la primera existe una predominancia de los síntomas o componentes psíquicos y en la angustia de los somáticos (Sierra et al. 2003, citado en Moreno, 2013).

Hoelter (1979) construyó un instrumento para medir el miedo a la muerte a la cual definió previamente como una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación o anticipación de cualquiera de las distintas facetas relacionadas con la muerte.

En palabras de Yalom (1998) "el miedo a la muerte existe siempre y en todas partes y es tan grande que la mayor parte de la energía vital es gastada en el momento de la muerte".

El reconocimiento de que el miedo a la muerte es universal se remonta, al menos, al trabajo de Hall de 1986 (Thorson y Powell, 1992). En este sentido, los datos demuestran que el miedo y la ansiedad ante la muerte están presentes en todas las culturas (Lobar, Youngblut y Brooten, 2006).

Podríamos concluir, de acuerdo con Charmaz (1980) en que la opinión más común es que el miedo es una de las reacciones más naturales al encuentro con la muerte.

1.2.3.2. Evitación de la muerte

La evitación de la muerte, de los pensamientos de muerte, de todo aquello que tiene relación con ella, como, por ejemplo, evitar hablar de alguien que ha fallecido, evitar leer algún libro sobre el tema o la queja activa cuando alguien saca el tema a colación son algunas de las características de esta actitud.

Varios de los cuestionarios de medida de las actitudes hacia la muerte (i.e. CAM, PAM-R) poseen escalas para medir este constructo, siendo ítems representativos los siguientes: "Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte", "Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte", "Considero morboso pensar deliberadamente en

mi muerte inevitable”, “Pensar en la muerte es perder tiempo” (siendo los dos primeros del PAM-R y los dos últimos del CAM).

Aunque no está descrito, hasta este momento, no faltan motivos para pensar en la evitación de la muerte como la dimensión conductual del miedo a la muerte.

1.2.3.3. Obsesión por la muerte

Hace referencia al grado en el que algunas personas pueden llegar a verse dominadas por ideas persistentes o por impulsos, imágenes o pensamientos también persistentes centrados en la propia muerte o la muerte de personas significativas; y que, además, son experimentados por la propia persona como incómodos o que su presencia y/o renuncia causan ansiedad,

1.2.3.4. Depresión relacionada con la muerte

Ya Elizabeth Kübler Ross identificó la depresión en la persona que es sabedora que ha de morir como una de las cinco fases que podrían ocurrir a partir de ese momento (Kübler-Ross, 1969), es decir, negación, ira, negociación, depresión (generalmente cuando la persona percibe que la negociación ya no es útil) y aceptación de la finalidad.

Templer (Templer et al., 2001-2) se refieren a la depresión ante la muerte y, en consecuencia, crean la escala de depresión ante la muerte, como un tipo de tristeza o reflexión ante la muerte inminente, asociada con la idea de la propia muerte o la muerte de los otros o con la concepción general de muerte.

1.2.3.5. Negación de la muerte

La negación de la muerte ha sido objeto de estudio desde hace mucho tiempo. Ya Elizabeth Kübler-Ross (1969) la contemplaba como la primera de una serie de cinco fases por las que debía de pasar cualquier persona que se enfrentase a una patología o situación terminal. Para esta autora, la negación es un momento que permite la asunción de diferentes posibilidades para un mismo hecho, una frontera o transición entre el shock de una verdad que es intolerable y el verdadero afrontamiento.

La negación es también un mecanismo de defensa. En la Teoría del Manejo del Terror (TMT) forma parte de un sistema amortiguador que lo que intenta (y, de hecho,

lo hace junto con otros mecanismos como son la evitación) es mantener alejado ya no los pensamientos (como ocurre en el caso de la evitación) sino los sentimientos que el conocimiento de algo despierta, concretamente, en la TMT la ansiedad hacia la muerte (Greenberg et al., 1990).

Becker (1973) entiende la negación como un elaborado mecanismo de defensa simbólica contra el conocimiento de nuestra mortalidad; lo que él denomina “proyecto de inmortalidad”, cuyo fin es evitar la angustia que produce en el ser humano el ser conocedor de su propia mortalidad.

1.2.3.6. Competencia ante la muerte

El estudio de la competencia ante la muerte como constructo objeto de medida, parte de los trabajos de Bugen (Bugen, 1980-81, en Neimeyer, 1997). A partir de este momento, otros autores (Robbins, 1992; Smith, 2004) han desarrollado escalas que completan e intentan medir las competencias o resultados de aprendizaje tanto actitudinales como de conocimientos prácticos en diversos programas de entrenamiento. El análisis de la competencia hacia la muerte se ha utilizado tanto para la evaluación de la influencia del paso temporal en la competencia de los sujetos, del cambio competencial por la experiencia laboral con la muerte, como por su respuesta a determinados programas formativos cuyo objetivo es el cambio de actitudes hacia la muerte (Dunn, Otten y Stephens, 2005; Mooney, 2005; Moores, 2007; Smith, 2004).

1.2.3.7. Aceptación de la muerte

“La muerte no es terrible... la opinión de que es terrible es lo terrible” (Epicteto).

La aceptación, un constructo que, a simple vista, aparenta autodefinido y claro; sin embargo no lo es tanto. Parece que los diferentes autores no logran ponerse de acuerdo en lo que significa la aceptación de la pérdida.

Observamos que cada persona puede dirigir la aceptación hacia objetos diferentes. No es lo mismo que alguien acepte la realidad de su propia muerte que la de un familiar o un amigo. O que se llegue a aceptar la pérdida real de un ser querido como parte del proceso de duelo. Podemos deducir también que un tipo diferente de

aceptación se produciría al enfrentarse a una enfermedad mortalmente grave y a la vez no aceptar que se va a morir en breve. O aceptar que la muerte es inminente pero no sentirse preparado para el sufrimiento que ello podría conllevar. Aparentemente, la aceptación esta muy relacionada con el miedo a la muerte, pero, ¿Es la aceptación lo contrario al miedo a la muerte?

Ericsson plantea que los sujetos, en su última fase de desarrollo, aceptarán la muerte si tienen la convicción de que la vida ha valido la pena y ha tenido sentido, así como si no ha habido discrepancia entre el ideal sentido y la realidad. Por tanto, según este autor, estos sujetos tenderán a aceptar la muerte y tener menos miedo a la misma. Si por el contrario, estas personas sienten que han malgastado su vida y que es demasiado tarde para empezar de nuevo, entonces es más probable que experimenten desesperanza y miedo a la muerte (Erickson, 1963, en Shaffer y Kipp, 2007, p. 51-52).

En esta misma línea de pensamiento están los trabajos de Butler (citado en Wong, Recker y Gesser, en Neimeyer, 1997) “los sujetos que ven sus vidas como plenas y significativas, deberían mostrar menos ansiedad ante la muerte y más aceptación de la misma. Debe notarse que estos autores consideran el miedo a la muerte como lo contrario a la aceptación. Sin embargo, otros autores no están de acuerdo, y como refieren Ray y Najman (1986) “es más probable que el miedo y la aceptación coexistan en una tregua insegura”.

¿Es la aceptación un concepto unitario o, por el contrario es multidimensional?

Elisabeth Kübler Ross (Kübler Ross, 1969, 1975) creyó que la aceptación era la consecuencia positiva de la sucesión exitosa de una serie de fases (a saber, shock, negación, ira, negociación y depresión). Ella hablaba de dos formas de aceptación; una en la que “...su destino no le deprimirá ni le enojará. Habrá podido expresar sus sentimientos anteriores, su envidia por los que gozan de buena salud...y contemplará su fin próximo con relativa tranquilidad”. La otra aceptación a la que hace referencia la autora es más cercana al momento final de la vida, es la continuación de la primera y se relaciona más con la fase agónica, ella sugiere que la persona se dirige hacia una separación gradual o deatexis, en la que “ya no hay comunicación en dos direcciones”.

Klug y Sinha (1987, citado en Neimeyer, 1997) definen aceptación como “el reconocimiento deliberado e intencional de la perspectiva de la propia muerte y la asimilación emocional positiva de las consecuencias”. Por lo tanto sugieren que la aceptación de la muerte consta de dos componentes: la conciencia cognitiva de la propia finitud y la reacción emocional positiva (o al menos neutra) a ese conocimiento.

Gesser y su equipo (Gesser, Wong y Recker, 1987) proponen un modelo de tres componentes de aceptación de la muerte. Así, identifican tres tipos distintos de aceptación: Aceptación de Acercamiento, de Escape y Aceptación Neutral. La Aceptación de Acercamiento implica la creencia de una vida feliz después de la muerte y, por tanto, menos miedo a la misma. En la Aceptación de Escape la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la “bondad” inherente de la muerte, sino en la “maldad” de la vida. Tal como citan estos autores “las personas muestran aceptación de escape porque no pueden afrontar de manera eficaz el dolor y los problemas de la existencia”. No obstante también hemos observado este tipo de aceptación en personas que han visto ya cumplidas sus expectativas en la vida, de ahí que generalmente las personas mayores puntúen más alto en Aceptación de Escape que los jóvenes. Por último, en la Aceptación Neutral no se teme a la muerte ni se le da la bienvenida, simplemente se la acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita.

En otra línea de pensamiento nos acercamos a la postura que sugiere que la aceptación puede ser global o fraccionada. Es decir podemos aceptar ciertas condiciones de nuestra realidad pero no otras. Alguien puede decir “...sé que voy a morir y no tengo miedo al hecho de morir, pero no puedo soportar perder el control de mi cuerpo sin vida, el olor, el trato al que será sometido, lo que pensarán de mí aquellos que lo vean; así pues, voy a aferrarme a la vida tanto como pueda !No quiero morir;...!no voy a morir!”. Otras personas no aceptan el hecho de perder ante una enfermedad o de dejar solos a unos niños. Aceptar la muerte, una vez más, es mucho más que darse cuenta de que se va a morir.

¿Es la aceptación lo mismo que la indefensión?

Dice Martin Seligman (Seligman, 1975; 2000) que “...cuando una persona o un animal se enfrentan a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas,

aprenden que ese acontecimiento es independiente de sus respuestas”. Esta, es la base de la Teoría de la Indefensión Aprendida. Es decir, ante experiencias frustrantes (en nuestro caso, podría ser, por ejemplo, una recaída después de haber trabajado muy duro para mantenerte sano) la persona aprende que el resultado no dependerá de lo que él/ella haga, es incontrolable, y entonces podría preferir la pasividad. ¿Aceptación?

No obstante, los correlatos emocionales no son de paz y tranquilidad, sino más bien parecidos a los de la depresión, al síndrome de desmoralización (García-Soriano y Barreto, 2008), que a la aceptación según los términos empleados por Klug y Shinha; hasta tal punto que Seligman la considera el origen de la mayoría de las depresiones (Seligman, 1975; 2000).

1.2.4. Las actitudes en el personal de enfermería

¿Qué actitudes han sido fundamentales en la trayectoria de investigación de la ciencia enfermera?

¿Se han medido las actitudes hacia la muerte desde el campo enfermero?

Empezaremos describiendo resumidamente algunos aspectos referentes a la primera pregunta, porque el estudio de las actitudes hacia diversos temas de interés se ha mostrado de importancia práctica para el desempeño enfermero.

Se ha constatado, por ejemplo que las actitudes positivas de las enfermeras hacia las personas que se autolesionan son determinantes respecto a la manera y efectividad en que las primeras interactúan con estos pacientes, y una revisión sobre esta línea de trabajo demuestra que las actitudes negativas hacia este tipo de pacientes son muy frecuentes entre las enfermeras (Karman et al., 2014).

Otras investigaciones sobre actitudes en el personal de enfermería incluyen, por ejemplo, la actitud hacia el riesgo de contagio (Taddei et al., 2014). Actitudes hacia las personas mayores y su influencia en el tipo de interacción enfermera en los servicios de urgencias (Deasey, Kable y Jeong, 2014). Actitudes de la enfermera hacia el autocuidado en pacientes en diálisis y como estas actitudes pueden influir en la calidad de la información que se presta a estos pacientes (Davison y Cooke, 2014). Incluso, se han observado diferencias entre temas tan concretos como la elección de uno u otro método de aspiración intratraqueal en neonatos, en función de las actitudes hacia el

gasto sanitario (Valizadeh, Jannani, Jannan y Galechi, 2014); o la actitud hacia la revelación de los errores cometidos por enfermeras a sus pacientes (Mc Lenan, Diebold, Rich y Elger, 2014).

Todo un fascinante campo de investigación, sin duda.

En cuanto al estudio de las actitudes hacia la muerte del personal de enfermería, la producción investigadora ha sido abundante, siendo este colectivo uno de los más representados en la literatura científica.

Muchas son las características inherentes al ejercicio de esta profesión que hacen de ella un campo de estudio interesante y de importancia real en la aplicación práctica de los resultados, cuya influencia no recae solamente sobre el propio profesional sino, también sobre las personas a las que trata e incluso sobre el resto de la comunidad en conjunto.

Desde la profesión enfermera, el campo de investigación de las actitudes hacia la muerte ha sido amplio, pero podría sintetizarse en cuatro grandes áreas: 1. el estudio de base de las actitudes hacia la muerte en el personal de enfermería; 2. el estudio de la competencia hacia la muerte y la influencia de las actitudes hacia la muerte en la competencia hacia el cuidado de los pacientes con compromiso vital importante; 3. las líneas de investigación acerca de la evolución temporal de las actitudes hacia la muerte con respecto a la formación recibida, reglada o diseñada “ad hoc” para las diversas investigaciones; y, por último, 4. el estudio de validación de instrumentos de evaluación de las actitudes hacia la muerte con población enfermera.

CAPÍTULO 1.3. INSTRUMENTOS PARA MEDIR LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Sirva este breve repaso de algunos de los instrumentos utilizados en la medición de las diferentes actitudes hacia la muerte tanto como análisis de las estrategias utilizadas y panorámica general de la cuestión, como recordatorio didáctico para poder entender mejor los diferentes desarrollos teóricos que se van a ir planteando a lo largo del presente estudio.

1.3.1. Instrumentos de medida de las actitudes ante la muerte

Los instrumentos para la medición de las actitudes hacia la muerte se han dividido tradicionalmente en dos grandes grupos, en función de si los instrumentos de medida utilizados son instrumentos unidimensionales o son instrumentos multidimensionales.

Nelson (1978) concluye que la evidencia de la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte supone un gran paso para llegar a una clarificación operativa de este constructo. En coherencia, hoy en día, los más utilizados son los instrumentos multidimensionales y en los casos en los que se utiliza un instrumento de medida unidimensional, éste suele combinarse con otro multidimensional.

Pruebas en favor de la utilización de los instrumentos multidimensionales frente a los unidimensionales hay muchas y de muy variada índole, pero un ejemplo de ello que llama la atención por la didáctica de su naturaleza nos lo ofrece la propia historia de la investigación acerca de las actitudes hacia la muerte. En este caso, fue llamativa la disparidad de resultados entre Feifel (1959) y él mismo y Branscomb tiempo después (Feifel y Branscomb, 1973). En el primer estudio, este autor concluye que a mayor nivel de religiosidad se producía una correlación positiva con la ansiedad ante la muerte. En el segundo estudio, demuestra exactamente lo contrario. La explicación de los propios autores apunta al hecho de la utilización de diferentes instrumentos con el consiguiente acercamiento al tema de la muerte desde dos perspectivas diferentes. Así, Florian y Kravetz (1983) investigan estas diferencias y descubren que, por ejemplo, los sujetos con altas puntuaciones en religiosidad tienen más miedo a aspectos de la muerte como castigo en el más allá y menos hacia, por ejemplo, la desaparición del propio ser. Otros autores (Chistopher, Drummond, Jones, Marek y Therriault, 2006) también encuentran

diferencias; por ejemplo, relacionan positivamente la religiosidad con la muerte como un fin natural de la vida, y de manera negativa con la consideración de la muerte como un fallo.

Por otra parte, los instrumentos también pueden clasificarse en cuantitativos o cualitativos. Todos los que se presentan en esta sección son cuantitativos, quedando como prototipo de los instrumentos cualitativos de estudio del miedo a la muerte, por ejemplo, el índice de amenaza o Threat Index (i.e. Neimeyer, 1997).

1.3.2. Instrumentos unidimensionales

Escala de ansiedad ante la muerte de Templer

(EAM o en inglés Death Anxiety Scale- DAS), de Templer (1970)

Es la más usada. Consta de 15 ítems dicotómicos con consistencia interna alta.

Hoy en día casi en desuso dada la mayor potencia y más apropiados criterios de bondad de los cuestionarios multidimensionales.

Escala Nehrke-Templer-Boyart (NTB)

Es una mejora de la anterior combinando la escala de templer, la de Boyart y un ítem nuevo.

Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (DAS-R)

De Thorson y Powell (1992). Es la última mejora de la escala de Templer

Escala de Templer de Depresión ante la Muerte

(Death Depression Scale).

Construida por Templer en 1990. Se diferenciaba bastante a nivel psicométrico de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (validez discriminante) en algunos trabajos de investigación, pero no en todos. Por ello, Templer y otros decidieron mejorarla construyendo la Escala de Depresión ante la Muerte Revisada.

Escala de Depresión ante la Muerte Revisada (DDS-R)

De Templer, Harville, Hutton, Underwood, Tomeo, Russell, Mitroff y Arikawa (2001-2002), (Templer, et al.'s Death Depression Scale-Revised).

Consta de 21 ítems en formato de respuesta tipo likert y cuatro factores: Factor 1: tristeza por la muerte, Factor 2: anergia, Factor 3: vacío existencial y Factor 4: anhedonia.

La versión española está validada por Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2005).

The Fear of Personal Death Scale

De Florian y Kravetz (1983)

Es un cuestionario autoadministrado de 30 ítems respondidos mediante una escala Likert de siete puntos, indicando mayor puntuación un mayor miedo a la muerte. Las preguntas de este cuestionario son afirmaciones hacia la propia muerte del sujeto, con las cuales puede estar más o menos de acuerdo.

Death Anxiety (DA)

De Lester, consiste en los ocho ítems de la subescala del CLFoDS de Collet-Lester del “Miedo a la Propia Muerte” tomados aisladamente.

The Lester Attitude Toward Death Scale (LATDS)

Está constituida por 21 ítems que pueden ser evaluados por el sujeto como de acuerdo con lo que presuponen o en desacuerdo. Cada uno de los ítems tiene un valor proporcional (máximo 5), es decir, no todos los ítems hacen igual referencia a la cantidad de miedo hacia la muerte que tienen los sujetos, sino que cada uno tiene una carga particular. Se toman todos aquellos ítems con los que el sujeto ha manifestado estar de acuerdo, se suman las cargas y después se divide por el número de ítems. Así se obtiene una puntuación. A mayor puntuación más miedo hacia la muerte refiere el sujeto. Algunos ejemplos de estos ítems son:

“La muerte nos hace a todos iguales”

“Evitaría la muerte a toda costa” o

“La muerte será una de las experiencias más interesantes de mi vida”

Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (EAM-R) de Thorson y Powell

Esta escala está formada por 25 ítems, cada uno con igual valor de 0 a 4 en una escala Likert. Con 17 de las proposiciones enunciadas de manera positiva y ocho de

manera negativa. Tras la inversión de estos últimos ítems, la puntuación final se obtiene de la suma de los 25 reactivos.

The Competence About Death Scale, de Bugen(EBAM)

Consta de 30 ítems que intentan captar hasta qué punto uno mismo muestra creencia y actitud respecto a su propia capacidad para afrontar la muerte.

Escala de Autoeficacia frente a la Muerte (Robbins, 1992)

El concepto de autoeficacia es una creencia sobre la capacidad para llevar a cabo una determinada tarea. Es un constructo cognitivo que pone en contraste los recursos personales con los requerimientos de la conducta instrumental a desarrollar.

The Fear of Death Scale de Boyar (1964)

Consiste en quince afirmaciones que pueden ser contestadas como verdaderas o falsas.

Fue desarrollada y validada en parte por el mismo Boyar en su Tesis Doctoral.

Revised Death Fantasy Scale

De McLennan et al., 1997

Es una escala de 18 ítems basada en metáforas acerca de la propia muerte

Escala de Preocupación ante la Muerte (DC) de Dickstein (1972)

Pretende medir las diferencias individuales en el grado en que los sujetos afrontan conscientemente la muerte y están preocupados por sus implicaciones. Se publica en 1972 y Urraca en 1.981 la adapta a la población española.

Está formada por 30 Ítems con cuatro alternativas de respuesta que van desde “a menudo” hasta “nunca”.

En esta escala aparecen diferenciados dos factores:

1º la contemplación consciente de la muerte y 2º la evaluación negativa de la muerte.

Cuestionario de Aceptación de la Muerte de Brandtstädler

Construido en 1997, se conoce una versión en alemán.

Es una escala codificada mediante el modo Likert de cinco puntos, desde muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo” significando las puntuaciones altas mayor aceptación de la muerte.

Death Acceptance Scale,

De Ray y Najman (1974, en Neimeyer, 1997).

Estos autores desarrollan una escala de siete ítems heterogéneos, que incluyen la negación (“la muerte no es algo terrible”), la aceptación como escape (“La muerte no es más que un alivio del dolor”) y actitudes positivas (“La muerte es un amigo”).

Klug’s Death Acceptance Scale

De Klug y Sinha (1987-1988, en Neimeyer, 1997).

Mide aceptación de la muerte. Consta de 16 ítems y está conformada por dos componentes:

- Confrontación con la muerte: Se refiere a la disposición a pensar acerca de la propia muerte (i.e. “tiendo a negar el hecho de mi inevitable muerte”).
- Integración con la muerte: Hace referencia a la comprensión emocional positiva de la propia muerte (pensamiento de crecimiento, i.e. “mi vida tiene más significado porque acepto el hecho de mi propia muerte”).

Índice de Amenaza (Threat Index-TI)

Ideado por Krieger, Epting y Leitner en 1974.

Destaca este instrumento de medida por su carácter cualitativo. Tal y como señalan Neimeyer y Van Brunt (1995) más del 95% de los instrumentos de medida utilizados para analizar las actitudes hacia la muerte en la investigación actual son cuestionarios directos, con preguntas cerradas y, en la mayoría de los casos con respuestas categorizadas en un formato tipo Likert. Esto, unido a que de ese menos del 5% restante la mayoría utilizan formas de recolección de datos que no cumplen con los requisitos de validación deseables, hacen que el Threat Index sea uno de los mejores

instrumentos de medida cualitativos de que se dispone en la actualidad para el estudio de las actitudes hacia la muerte.

Siguiendo a Neimeyer (1997), existen dos formas, la basada en la entrevista y otra más simple, la autoadministrada. En esta última, se presentan al sujeto pares opuestos de constructos y se tiene que señalar en cual de los dos polos del par se sitúa (diferenciando su yo, de su yo ideal y de su propia muerte), contabilizando las discrepancias y calculando de ese modo el índice de amenaza. A mayor puntuación más amenaza ante la muerte presenta el sujeto.

Incluso en la misma fuente, Neimeyer (*ibid*) ofrece la posibilidad de una forma muy corta del instrumento en la cual solo se utilizarían siete de los constructos.

The Life and Death Attitudes Scale

De Orbach, Feshbach, Carlson Glaubman y Gross (1983)

Es un test semiproyectivo.

Consiste en cuatro cuentos de fantasía en los que en cada uno de ellos un héroe (con género neutral) se encuentra con un dilema que representa o bien la atracción hacia la vida, la atracción hacia la muerte, la repulsión por la vida o la repulsión por la muerte.

La actitud del sujeto hacia cada uno de los cuatro cuentos se miden con una escala Likert de siete puntos.

1.3.3. Instrumentos multidimensionales

Abdel-Khalek's Death Obsession Scale

Esta escala fue diseñada para medir la preocupación, los impulsos y las ideas persistentes acerca de la muerte. Contiene 15 ítems con respuestas que van desde el 1 (en absoluto de acuerdo) al 5 (totalmente de acuerdo).

Tiene una estructura trifactorial, siendo:

Factor 1: Rumiación acerca de la muerte,

Factor 2: Dominación de la muerte y

Factor 3: Ideas repetitivas acerca de la muerte.

Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (PAM-R)

(Gesser, Wong, y Recker, 1987). Consta de cinco subescalas:

Miedo a la muerte, Evitación de la muerte, Aceptación de acercamiento, Aceptación neutral y Aceptación de escape.

Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS)

Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte (Hoelter, 1979). Se compone de ocho subescalas, las cuales son:

Miedo al proceso de morir, Miedo a los muertos, Miedo a ser destrozado, Miedo por otras personas significativas, Miedo a lo desconocido, Miedo a una muerte consciente, Miedo por el cuerpo después de la muerte y Miedo a una muerte prematura

Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (CLFoDS)

Se trata de una escala multifactorial que trata de medir el Miedo a la Muerte como respuesta a las escalas que se acercan al tema mediante una sola dimensión. Collet y Lester (1969) afirman que el miedo a la muerte está compuesto de varios subtipos y que la alta puntuación en uno de ellos no necesariamente indica mayor puntuación en los restantes.

La escala original ha pasado por diversos cambios, así como numerosas traducciones. Se muestran aquí varios ejemplos:

Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester en español (Lester, en Neimeyer, 1997).

Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester, adaptación española de Ramón Bayés y Limonero.

Escala Revisada de Miedo a la Muerte de Collet-Lester, adaptación española de Tomás-Sábado, Limonero y Abdel-Khalek (2005).

En todos los casos, esta escala consta de cuatro subescalas que son:

Miedo a la propia muerte, Miedo al propio proceso de morir, Miedo a la muerte de los demás y Miedo al proceso de morir de los demás.

Frommelt's Attitude toward Caring of the Dying (FATCOD)

Consta de 30 ítems, la mitad de los cuales están presentados de manera positiva y la otra mitad son proposiciones negativas. Estos ítems describen creencias y sentimientos acerca de los cuidados al final de la vida como, por ejemplo, toma de decisiones, autonomía, acercamiento emocional con el paciente, cuidado del paciente y familia o tratamiento del dolor.

La puntuación comprende desde 30 hasta 150 y resultados mayores indican actitudes más positivas hacia el cuidado de la persona que está muriendo.

The Fear of Personal Death Scale (FPDS; Florian y Kravetz, 1983)

Distingue entre preocupaciones intrapersonales (pérdida del sí mismo, aniquilación), preocupaciones interpersonales (pérdida de identidad social, consecuencias para la familia y amigos) y preocupaciones transpersonales (consecuencias trascendentales, castigo en la otra vida).

La Escala de Ansiedad ante la Muerte

(EAM; Osadolor, 2005) consta de 25 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 1 totalmente de acuerdo a 5 totalmente en desacuerdo) y cuatro factores: ansiedad, dolor, depresión y miedo.

Cuestionario de Ansiedad hacia la muerte (CAM)

Extraído y adaptado a población Colombiana del original de Templer (citado en Hernández et al., 2002). En este cuestionario los individuos tienen 2 alternativas de respuesta (acuerdo o desacuerdo), donde un total de 141 puntos o más corresponde a actitud positiva hacia la muerte y puntajes inferiores a actitud negativa. Dicho instrumento consta de 33 afirmaciones, distribuidas en 6 dimensiones que corresponden a diferentes actitudes ante la muerte: evitación, aceptación, temor, concepción de la muerte como una salida o solución y actitud desde un punto de vista profesional.

Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte (DACs)

Construida por Moya, Barcia, Canteras y Garcés (2010). Se trata de una escala construida en España y validada en una muestra de 416 sujetos. Consta de seis factores, siendo los factores 5 y 6 miedo y preocupación ante la muerte y el proceso de morir y preocupación por el futuro respectivamente.

Carmel's Fear of Death and Dying Inventory (1997)

Constan de seis ítems. Por ejemplo: “tengo mucho miedo a morir”, etc.

Y se responde mediante una escala Likert de cinco puntos (completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo).

The Caregiver Communication with Patients About Illness and Death Scale (CCID),

De Bachner, Davidov y Carmel, (2008).

Mide el recuerdo que tienen los cuidadores acerca de la enfermedad e inminente muerte durante los tres últimos meses de vida de los pacientes.

Consta de cinco ítems:

“Rara vez hablé con el paciente acerca de su enfermedad por miedo a entristecerle”

“Tenía miedo de hablar con el paciente acerca de mi vida sin él”

“No sabía cómo actuar o qué decirle acerca de lo que le estaba pasando”

“Evité hablar con el paciente acerca de sus sentimientos y sus miedos”

“Evité hablar con el paciente sobre asuntos relacionados con su muerte inminente”

Y el sujeto que responde puede evaluar cada ítem en una escala que va desde el 1 hasta el 5 (desde completamente en desacuerdo a completamente de acuerdo).

The Death Anxiety Inventory (DAI)

Por Tomás Sábado y Gómez Benito (2005). La última versión es el DAI revisado (Tomás Sábado, Gómez Benito y Limonero, 2005).

Contiene 17 ítems expresados en un formato tipo Likert de 5 puntos (que van desde “total desacuerdo”=1 hasta “total acuerdo”=5) siendo el rango posible de resultados de 17 a 85, teniendo en cuenta que cuanto más alta sea la puntuación obtenida mayor será el nivel de ansiedad ante la muerte.

Consta de cuatro factores los cuales son:

Aceptación de la muerte, Ansiedad ante la muerte generada externamente, Finalidad de la muerte, y Pensamientos acerca de la muerte.

Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte (DAQ)

Conte, Bakus-Weiner y Plutchik (1.982) construyeron este cuestionario que mide la ansiedad ante la muerte a través de 15 ítems, en un intento de eliminar algunas de las ambigüedades e inconsistencias conceptuales de las escalas populares previas conocidas. Estos 15 ítems fueron escogidos de 24 cuestiones que fueron construidas sobre la base de vídeos y entrevistas con personas de varias edades sobre la naturaleza del miedo a la muerte y de ser moribundo.

Posee cuatro factores:

Miedo a lo desconocido, Miedo a la soledad, Miedo a la extinción personal, y Miedo al sufrimiento.

The Thanatophobia Scale

Desarrollado por Joseph Merrill para medir el miedo a la muerte (tanatofobia) mediante preguntas acerca de los sentimientos de discomfort al tratar con pacientes en proceso de morir.

Es una escala de siete ítems con un formato de respuesta tipo Likert de siete puntos, desde “Muy en desacuerdo” hasta “Muy de acuerdo”.

Los sujetos con altas puntuaciones pueden tener dificultades en su trato con los pacientes que están muriendo, mientras que puntuaciones bajas indicarían mayor comodidad en el entorno de los Cuidados Paliativos.

The Confrontation-Integration of Death Scale (CIDS)

Desarrollado por Klug y adaptado por Chandler.

Mide la confrontación de la muerte, es decir, la contemplación consciente de la propia muerte y la integración, que hace referencia a la asimilación emocional positiva de la propia muerte.

Sirva la presente como revisión de los instrumentos que aparecen más frecuentemente en la literatura acerca de las actitudes ante la muerte. Para finalizar, no obstante, consideramos importante hacer referencia también a algunos trabajos (i.e. Noppe y Noppe, 1997; Mueller, 2001) que, pese a la gran cantidad de material validado del que se dispone, siguen elaborando cuestionarios ad hoc sin presentar criterios de bondad, lo cual puede llevar a errores de resultado o interpretaciones erróneas de los datos.

CAPÍTULO 1.4. UNA BREVE RESEÑA ACERCA DEL MODELO DEL MANEJO DEL TERROR

Greenberg, Solomon, y Pyszczynski (1997).

Los seres humanos por el mero hecho de tener conciencia de nuestra propia mortalidad estamos expuestos a un nivel de ansiedad ante ese hecho que no compartimos con ninguna otra especie animal. Es decir, el hecho de saber que algún día moriremos nos produce ansiedad.

Sin embargo, habitualmente no somos conscientes de tal realidad. No somos conscientes de nuestra finitud. Y, por otro lado, podemos manejar a la perfección ese “saber que vamos a morir” de modo tal que dicho conocimiento no suele comprometer ni nuestra calidad de vida ni el desempeño eficiente que es característico de la especie humana.

Pero ¿por qué se autolimita dicha ansiedad a niveles tolerables o incluso inexistentes?

La TMT nos indica que los seres humanos disponemos de dos defensas básicas para manejar (o gestionar) dicho conocimiento (ver Greenberg, Solomon, y Pyszczynski, 1997). Son las defensas primarias y las secundarias. Ambas defensas no se activan al mismo tiempo.

Las defensas primarias se ponen en marcha cuando los pensamientos de muerte entran en nuestra consciencia. Es decir, cuando somos conscientes de que la muerte existe. En este momento se activan movimientos activos como la negación, la evitación, la distracción, etc. Que son suficientes para apartar de nuestra mente dichos pensamientos.

Las defensas secundarias nos protegen todo el tiempo. Una vez los pensamientos han sido apartados de nuestra consciencia, o simplemente no están en ella, es cuando podemos observar el efecto de estas defensas secundarias, que son: la visión cultural, propia y compartida del mundo, por un lado, y la autoestima, por otro.

La visión cultural de un mundo que conocemos y en el que nos encontramos seguros nos proporciona un mundo de significados para dotar de sentido a nuestra vida, y también a nuestra muerte. En el primero de los casos, los hijos, los objetivos,

trascender... en el caso de la muerte, tiene sentido el legado, el más allá, el reencuentro, etc.

Las investigaciones cuerpo de la TMT demuestran que la visión cultural del mundo de cada uno se afianza cuando experimentalmente se induce a los sujetos a pensar en la muerte. Algunos trabajos demuestran que cuando se produce la Saliencia de la Muerte, es decir, cuando se induce y superficializan (se hacen conscientes) los pensamientos de muerte, los sujetos se muestran más de acuerdo con las normas sociales, culturales o religiosas (i.e. aumento en la oposición a la prostitución, penas de cárcel mayores para delincuentes peligrosos, mayor patriotismo, etc.).

La segunda defensa secundaria es la autoestima. La autoestima hace referencia a un sentimiento de bienestar con uno mismo, con las propias creencias, valores y actitudes. La autoestima es capaz de mantener la idea de la muerte fuera de la consciencia. Autoestima y visión cultural del mundo están estrechamente relacionadas ya que la primera es dependiendo de lo de acuerdo que nos comportamos o somos respecto a las normas; por ejemplo, el hecho de fumar puede hacer que, en algunas sociedades, sea un factor que aumente la autoestima, consecuentemente mantenga los pensamientos de muerte fuera de la consciencia y, pese a que fumar mata, se mantenga la conducta.

CAPÍTULO 1.5. VARIABLES QUE INFLUYEN EN LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE

1.5.1. Actitudes hacia la muerte y diferencias entre sexos

El estudio de las diferencias entre sexos en las puntuaciones en las diferentes actitudes hacia la muerte es un tema de controversia hoy en día. Aunque existe una gran concordancia entre los diferentes investigadores en cuanto a que los sujetos del sexo femenino puntúan en mayor medida en miedo o ansiedad hacia la muerte, como puede objetivarse con diversos instrumentos de medida del miedo a la muerte como son el DAS, el Collet-Lester, el PAM-R (Tabla 1) u otros muchos, todavía no existe un acuerdo tan unánime en cuanto a dos cuestiones fundamentales; por un lado, en qué tipos de miedo a la muerte se producen tales resultados y, en segundo lugar, si también se producen de manera consistente diferencias en las demás actitudes hacia la muerte estudiadas hasta ahora.

Así pues, analizando los resultados obtenidos con el DAS, se muestran mayores puntuaciones en las mujeres que en los hombres, de manera consistente, en ansiedad hacia la muerte, y estas diferencias se mantienen entre diversos tipos de muestras como, por ejemplo, adolescentes (López, Sueiro y López, 2004), feligreses de todas las edades (Harding, Flannelly, Weaver y Costa, 2005), familiares de pacientes con patología oncológica (Beydag, 2012) o con estudiantes universitarios (Eshbaugh y Henninger, 2013; Moreno, 2013).

Con un análisis de regresión, Moreno (2013) en su estudio con 1172 estudiantes universitarios españoles, descubre que ser mujer y no haber tenido experiencia previa con la muerte es un predictor negativo de ansiedad ante la muerte (medido con el DAS). Es decir, aquellas mujeres que no han sufrido la pérdida de un ser querido puntúan menos en el DAS que las mujeres que sí han sufrido esta pérdida, sin embargo, este efecto no se observa en los sujetos del sexo masculino. En este mismo estudio, la autora informa que las mujeres también puntuaban menos en Depresión ante la Muerte. Con esta misma metodología, Eshbaugh y Henninger (2013) intentan averiguar si en el efecto del sexo sobre el miedo a la muerte influyen otras variables como la depresión, la deseabilidad social y el dominio (*mastery*) con resultados negativos, es decir, que la diferencia en miedo a la muerte expresada en su muestra era debida al sexo y no a cualquiera de esas variables junto al sexo.

Ateniéndonos a las evaluaciones llevadas a cabo con este instrumento, no cabe lugar a dudas, las mujeres puntúan más en miedo a la muerte que los hombres. Pero... ¿que ocurre al utilizar otros instrumentos de medida?

Exponemos aquí algunas de las razones de porqué los resultados se muestran contradictorios.

¿Qué ha ocurrido utilizando como instrumento de medida el PAM-R? (Tabla 1)

Ninguna de las investigaciones llevadas a cabo con este instrumento objetiva mayor miedo a la muerte en las mujeres que en los hombres utilizando muestras tan dispares como estudiantes pregrado de un curso de psicología (Tomer y Eliason, 2005), ciudadanos japoneses mayores de 60 años (Nakagi y Tada, 2014), enfermeras portuguesas de Medicina Interna, Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos (Gama, Barbosa y Vieira, 2012), adultos jóvenes (de 18 a 34 años) estudiantes universitarios y otra de adultos de más de 65 años (Uribe, Valderrama, Durán, Galeano y Gamboa, 2008), adultos intermedios y mayores (Álvarez y Flórez, 2007), adolescentes (Dezutter et al., 2009), preuniversitarios (Knight, Elfenbein y Capozzi, 2000), estudiantes de secundaria, nada menos que 1377 sujetos (Chui y Chan, 2013), estudiantes Universitarios y adultos mayores de 65 años (Uribe, Valderrama, Durán Galeano y Gamboa, 2008).

No obstante, con este instrumento, es interesante observar que, pese a no alcanzar significación de relevancia estadística, mayoritariamente las mujeres puntúan más en “Miedo a la Muerte” y “Evitación de la Muerte”.

Atendiendo a otras dimensiones del PAM-R, observamos que, en “Aceptación de Acercamiento” las mujeres puntúan de manera estadísticamente significativa más alto que los sujetos masculinos (Gama, Barbosa y Vieira, 2012; Knight, Elfenbein y Capozzi, 2000; Uribe et al., 2008).

En su estudio sobre personificación de la muerte con 67 estudiantes de psicología (Basset, McCann y Cate, 2008), hombres y mujeres no diferían de manera estadísticamente significativa en cuanto a la personificación elegida (en primer lugar las más amenazadoras) ni en cuanto a la principal emoción que estas imágenes evocaban, en ambos casos miedo. Sin embargo, las mujeres puntuaron significativamente más en Evitación de la Muerte, así como también en Aceptación de Acercamiento.

Tabla 1. Distribución por sexos de las diferentes dimensiones del PAM-R.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la literatura.

Autor, año	MM Varón	MM Mujer	E Varón	E Mujer	AN Varón	AN Mujer	AA Varón	AA Mujer	AE Varón	AE Mujer
Abu et al, 2013	3,32	3,55	2,98	3,1	3,66	3,74	3,62	3,62	3,19	3,2
Bassett, J, 2008	3,46	4,52	3,17	4,6	5,92	5,64	5,32	5,95	4,56	5,07
Chui y Chan (2013)	3,44	3,51	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Knight et al, 2000	n.d.*	n.d.	n.d	n.d	n.d	n.d	4,16	4,33	n.d	n.d
Malliarou et al, 2011	5,57	4,8	5,27	4,8	5,31	5,7	4,88	4,00	3,07	2,86
Siracusa, 2010	3,76	4,14	4,12	4,48	5,62	5,42	3,73	3,92	3,56	3,41
Uribe, 2007	2,53	2,73	3,19	3,58	4,53	4,38	4,28	4,5	4,48	4,49
Wong, 2013	3,44	3,51	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Wong, Recker y Gesser,	2,93	3,13	2,74	3,07	5,53	5,61	5,23	4,66	4,7	4,19

Autor, año	MM Varón	MM Mujer	E Varón	E Mujer	AN Varón	AN Mujer	AA Varón	AA Mujer	AE Varón	AE Mujer
Nakagi y Tada (2014)	181,98 **	182,88	189,7	177,3	n.d.	n.d.	176,32	186,98	184,38	181,14

En rojo se presentan las puntuaciones más altas.

*n.d. no disponible

** Se presentan las puntuaciones tal y como son baremadas por los autores, teniendo en cuenta que en la versión japonesa del PAM-R la puntuación se realiza mediante una escala de cinco puntos. Así mismo, al ofrecer poca validez y fiabilidad en la subescala de aceptación neutral ha sido eliminada por los propios autores.

Con otros instrumentos, los resultados son parecidos. Con el DAI se encuentra más ansiedad ante la muerte en mujeres que en hombres (Rivera, Montero y Sandoval, 2010); igual resultado con la escala de Miedo a la Muerte de Boyar (Maxfield et al., 2007); con el Bugen, mayor competencia percibida en el grupo masculino que en el

femenino (Colell, 2005); o actitud más positiva hacia la muerte en hombres que en mujeres al administrar el LATDS (Maxfield, Kluck, Greenberg, Pyszczynski, Cox y Weise, 2007), aunque Makgati y Simbayi (2005) con el mismo instrumento no encuentran ninguna diferencia entre ambos grupos.

Esta misma dirección se encuentra en trabajos que tratan las actitudes hacia la muerte de manera indirecta. En este sentido, Harrawood, White y Benshoff (2008-2009) en una muestra de 243 directores de funerarias encuentran que los directores de sexo masculino asistieron de media a más funerales o embalsamamientos que las directoras, de sexo femenino.

La pregunta que se hace desde la comunidad científica es si la multidimensionalidad del miedo a la muerte afecta a estos resultados (Nelson, 1978). La respuesta parece clara.

En tres estudios (Thorson, 1977; Thorson y Perkins, 1977; Thorson y Powell, 1984) usando la Escala Nehrke-Templer-Boyart y la Escala Revisada de Ansiedad ante la Muerte (DAS) se encuentra más ansiedad ante la muerte en mujeres que en hombres. Sin embargo, un análisis más detallado de la última de ellas muestra que las mujeres solo puntuaron más en 4 de los 25 ítems, miedo al dolor, terror a una operación, qué ocurre con el cuerpo después de la muerte y la descomposición del cuerpo.

Curiosamente, otro autor (Wong, 2013) mediante el MFoDS e intentando encontrar relaciones entre el nivel de superstición y el miedo a la muerte, en una muestra de 126 estudiantes universitarios, encuentra que las mujeres puntuaban más en miedo a la muerte en todas las subescalas (menos en “Miedo a una Muerte Prematura”) y, así mismo, también puntuaban más en “Superstición”; sin embargo, al realizar un análisis de regresión encuentran que la única variable capaz de predecir el miedo a la muerte era la superstición, y no el sexo. So-Kum, Wu y Yan (2002) evalúan el miedo a la muerte en 282 estudiantes universitarios de Hong Kong con tres instrumentos, el DAS, el DAS Revisado y el MFoDS, encontrando que en los dos primeros las mujeres obtenían puntuaciones significativamente más altas que los hombres en ansiedad hacia la muerte y en el tercero en las dimensiones de Miedo al proceso de morir, Miedo a los Muertos, Miedo por otras Personas Significativas y Miedo por el Cuerpo tras la Muerte, no habiendo diferencias en las otras cuatro subescalas.

Esta diferencia en los resultados en función de la dimensionalidad a la que se refieren los autores al hablar del miedo a la muerte va a reproducirse en el resto de trabajos revisados, con los más variados instrumentos. Por ejemplo, con el EMMM de Hoelter (Siracusa, 2010; Siracusa, Cruz, Pérez et al., 2011), con el LFDS (Cicirelli, 1999), con el Carmel's Fear of Death and Dying Inventory (Carmel y Mutran, 1997).

Muy interesantes, por su aplicabilidad, resultan los estudios que utilizan en su metodología el CLFoDS. Los resultados, nuevamente, arrojan más miedo a la muerte en el grupo femenino en todas las dimensiones (Naderi y Smaili, 2009; Bath, 2010) o solo en algunas de ellas: “Miedo al Proceso de Morir” y “Miedo a la Muerte” (Like, 2013)

Dattel y Neimeyer (1990) consideran que la cuestión de las diferencias intersexo en el miedo a la muerte es que las mujeres expresan más las emociones que los hombres. A una muestra de 117 sujetos (hombres y mujeres blancos y de color en parecida proporción) les administraron el DAS y el Índice de Amenaza (*Threat Index*) ya que el primero mide el miedo a la muerte a nivel afectivo y el segundo a nivel cognitivo. Los resultados apoyan su hipótesis, las mujeres puntuaron más en el DAS pero no en el *Threat Index*. Por otra parte, tras controlar el efecto de la deseabilidad social y la tendencia a las autorrevelaciones, los resultados se mantenían, por lo que estos autores concluyen que el fenómeno en realidad existe.

1.5.2. Efecto de la edad y actitudes hacia la muerte

La edad se ha relacionado frecuentemente con el miedo a la muerte, aunque de manera negativa, es decir, a mayor edad menor miedo hacia la muerte.

Este hecho se ha observado en muestras no sanitarias de diferentes edades, como son, adolescentes de 16 a 19 años (López, Sueiro y López, 2004; Dezutter et al., 2009), estudiantes universitarios (So-Kum, Wu y Yan, 2002), alumnos de estudios superiores (Cicirelli, 1999), adolescencia tardía versus madurez intermedia (Maxfield et al., 2007), adolescencia tardía versus madurez avanzada (Polaino, 1994), madurez temprana e intermedia y avanzada en familiares de pacientes oncológicos (Beydag, 2012), estudiantes universitarios y adultos mayores (Uribe, Valderrama, Durán Galeano y Gamboa, 2008), sujetos de los 23 a los 87 años (Kopp, 2008-09). No obstante, esta diferencia se diluye cuando se evalúa solo a personas pertenecientes a la adultez avanzada (Nakagi y Tada, 2014).

Tampoco encuentran esta relación Álvarez y Flórez (2007) tomando como muestra dos grupos diferenciados (adultos intermedios y mayores).

Los resultados son algo más dispares cuando las muestras analizadas tienen relación con el ámbito sanitario. Powell, Thorson, Kara y Uhl (2001) no encuentran diferencias entre alumnos de 1º curso de medicina y después de cuatro años; lo mismo ocurrió en varios estudios sobre personal de enfermería de diversas edades (Gameel y Saied, 2010; Gama, Barbosa y Vieira (2012), así como en el estudio de Black con enfermeras y médicos (Black, 2007), o con estudiantes de psicología (Makgati y Simbayi, 2005). Sin embargo, otros trabajos encuentran una correlación negativa, por ejemplo con enfermeras de domiciliaria (DePaola, Neimeyer y Ross, 1994), estudiantes de enfermería (Chuen, Del Ben, Fortson y Lewis, 2006), médicos de familia (Grau et al., 2008) o directores de funerarias (Harrawood, White y Benshoff, 2008-2009).

No obstante, de acuerdo con DePaola, Neimeyer y Ross (1994) es ilustrativo el resultado de Gesser et al. (Gesser, Wong y Recker, 1987) en el que nos muestran, en una muestra compuesta por sujetos de tres intervalos de edad (18 a 26, 35 a 50 y 60 o más), como el “Miedo a la Muerte” medido con el PAM-R variaba de manera curvilínea con respecto a la edad, Obteniéndose puntuaciones medias en el primer grupo, más altas puntuaciones en el segundo grupo de edad, para volver a descender, a valores más bajos que los mostrados por el grupo más joven, en el de grupo de 60 o más años.

En cuanto al resto de las actitudes hacia la muerte, la mayoría de los estudios no arrojan resultados notables; algunas excepciones las encontramos en la correlación positiva entre la edad y la “Aceptación de Acercamiento” (Dezutter et al., 2009; Nakagi y Tada, 2014; Uribe et al., 2008), positiva entre la edad y la “Aceptación Neutral” (Kopp, 2008-09; Uribe et al., 2008), relaciones positivas con “Aceptación de Escape” (Gama, Barbosa y Vieira, 2012; Uribe et al., 2008) y “Aceptación de la Muerte” (Jennings, Galupo y Cartwright, 2009; Pinquart, Fröhlich, Silvereisen y Wedding, 2005-2006). Y ninguna relación con la “Negación de la Muerte” (Hayslip, Sculer, Page y Carver, 2014).

Curiosamente, Dezutter y Black encuentran relaciones negativas entre la edad y la “Aceptación Neutral” (Black, 2007; Dezutter et al., 2009), y en el caso de Black, también negativas con “Aceptación de Escape”.

Otros estudios (Iranmanesh et al., 2010) con 223 estudiantes de enfermería revelan que los sujetos más mayores y que tienen un modo más natural de ver la muerte (puntuaciones altas en Aceptación Neutral en el PAM-R) informaban también de actitudes menos negativas para con el cuidado de los paciente en el final de sus vidas.

La edad también se ha relacionado con la depresión ante la muerte. En el trabajo de Abengózar, Bueno y Vega (1999) con sujetos españoles, utilizando el DDS separa por edades a tres grupos compuestos por 61 sujetos (de 18 a 34, de 35 a 59 años y de 60 a 75 años de edad) observando una mayor puntuación en el grupo de 60 a 75 años en comparación con los otros dos grupos en las cuatro subescalas que componen este cuestionario.

1.5.3. Profesiones sanitarias versus no sanitarias

Utilizando el DAS, Powell, Thorson, Kara y Uhl (2001) refieren que los estudiantes de medicina mostraron puntuaciones menores en ansiedad ante la muerte que una muestra de comparación de 599 estudiantes y adultos (media de edad de 35,1 años).

Ramos y García-Ortega (1991) revelan que los estudiantes universitarios de varias especialidades puntuaron una media de 8,33 en el DAS, mientras que los profesionales de enfermería presentaban puntuaciones medias de 7,68.

Chuen, Del Ben, Fortson y Lewis (2006) administran el MFoDS a una muestra de 53 estudiantes de enfermería con experiencia en el trato con pacientes en situación terminal, 49 estudiantes de enfermería sin esta experiencia y 50 estudiantes de otras especialidades distintas a las sanitarias resultando de sus análisis que las estudiantes de enfermería con experiencia presentaban más “miedo al proceso de morir” que las inexperimentadas y las otras estudiantes y “más miedo a lo desconocido” que las estudiantes de otras especialidades distintas a la enfermería. Así mismo, las estudiantes de enfermería no experimentadas presentaban más miedo que las de otras especialidades en “miedo a lo desconocido”.

En un estudio Nozari y Dousti (2013), en Irán, investigan las actitudes hacia la muerte, utilizando para ello el PAM-R, en una amplia muestra de sujetos sanos, sujetos con diabetes y sujetos con cáncer de mama o pulmón ;no encontrando diferencia alguna en ninguna de las cinco actitudes del PAM-R entre los tres grupos estudiados!

Una investigación realizada con una muestra de 74 enfermeras, 32 médicos y 29 trabajadores sociales de un hospital de Nueva York, por medio del PAM-R, y haciendo un análisis de regresión tomando como covariables la edad y el género, Black (2007) no encuentra diferencias estadísticamente significativas en relación a si los sujetos son enfermeras, médicos o trabajadores sociales.

Aunque desde un punto de vista diferente al apuntado en el presente apartado, a saber, profesiones sanitarias versus no sanitarias, el contacto con la muerte se puede producir desde otras direcciones, como son la educación y programación formativa en duelo, muerte y/o cuidados paliativos. Desde este contexto, un estudio de Schiappa, Gregg y Hewes (2004) utilizando diez episodios de una serie televisiva (*Six feet under*) como elemento formativo encuentra, al administrar pre (56 sujetos) y post-intervención (129 sujetos) el PAM-R y el MFODS de Hoelter a su muestra, que tras la exposición los sujetos puntuaban más en “Miedo a la Muerte” y “Evitación de la Muerte”.

Anteriormente, Combs (1981) ya explica este hecho porque los jóvenes generalmente evitan pensar en la muerte a menos que este objeto o alguna de sus dimensiones se hagan salientes para él.

DePaola et al. (1994, en Neimeyer, 1997) encuentra que el personal de enfermería puntuó más bajo que un grupo control de sujetos que trabajaban en ocupaciones no relacionadas con la muerte en miedo a la muerte y miedo a la muerte de otros significativos en el MFODS de Hoelter.

Chistopolskaya y Enikolopov en un trabajo reciente (Chistopolskaya y Enikolopov, 2013) encuentran que aquellos sujetos que habían admitido un intento de cometer suicidio mostraban más miedo a la muerte que una muestra de control, así mismo, también puntuaban de manera significativa más en evitación de la muerte y en otras esferas medidas con el “Fear of Personal Death Scale” de Florian y Kravetz (1983) como: miedo de las consecuencias de la muerte para la personalidad, para el cuerpo, las aspiraciones, miedo por amigos o familia, pérdida de la identidad social, así como también en evitación de la muerte con esta escala. Sin embargo, aquellos que negaron ideas de suicidio y achacaban el intento a otras causas puntuaron menos en evitación de la muerte.

1.5.4. Actitudes hacia la muerte y bienestar

La felicidad de tu vida depende de
la calidad de tus pensamientos
(Marco Aurelio)

El estudio de las actitudes hacia la muerte cuenta ya con una evolución investigadora importante, desde los estudios de Templer hasta las Tesis Doctorales más actuales de Colell (2005), Moreno (2013), Smith (2004) o Schmidt (2007) por nombrar alguno.

En esta trayectoria han sido muchos los constructos que se han asociado a dichas actitudes. Por citar solo los más modernos, podemos encontrar relaciones con la personificación (Basset, McCann y Cate, 2008), con la religión (Dezutter, Soenens, Luyckx, Bruyneel, Vansteenkiste, Duriez y Hutsebaut, 2009; Dezutter, Luyckx y Hutsebaut, 2009), con la donación de órganos (Gajardo et al., 2009), en sujetos drogodependientes (Bobes et al., 1991), con el Burn-out (Santisteban, 2006), inteligencia emocional, la depresión, la ansiedad y la obsesión por la muerte (Aradilla, Tomás-Sábado y Gómez, 2013), con el apego (Lubetzky y Gilat, 2002), con el suicidio, (Payne y Range, 1995) y con el postsuicidio (Chistopolskaya y Enikolopov, 2013), con actitudes negativas hacia el envejecimiento (DePaola et al., 1992), con el trastorno de estrés postraumático (Martz, 2004), saliencia de la propia muerte (Ma-Kellams y Blascovich, 2012), con el autoconcepto y la autoestima (Tomer y Eliason, 2005) o incluso con la opción política (López et al., 2004) o el aumento del sentido de compromiso en las relaciones románticas (Mikulincer, Florian e Hirschberger, 2003).

Todas estas investigaciones tienen como objetivo, por un lado, mejorar el entendimiento acerca de la manera en que las actitudes hacia la muerte covarían con el funcionamiento personal de cara a situaciones y/o procesos tanto de la vida cotidiana como a otros menos habituales; y, por otro, como las actitudes hacia la muerte influyen en las actitudes hacia los procesos o situaciones de terceros (por ejemplo, pacientes en situación terminal, con enfermedades graves, personas en duelo, etc).

Pero una cuestión básica y, en gran parte, previa a las anteriores, hace referencia al punto en el que situamos a las actitudes hacia la muerte. En otras palabras ¿son buenas o malas?, ¿son beneficiosas o perjudiciales?, y... si son una u otra cosa ¿qué actitudes son buenas o beneficiosas y que actitudes son negativas o perjudiciales? ¿es una cuestión de tipo de actitud o del grado en que esta se presenta?

Así pues, para responder a estas preguntas, una operacionalización posible es la de buscar la relación entre las actitudes hacia la muerte y medidas de bienestar psicológico, teniendo en cuenta que el constructo de bienestar psicológico se refiere a los ámbitos y/o funciones que serían indicadores del desarrollo humano (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002), de modo que si fuese posible relacionar una determinada actitud hacia la muerte con un determinado sentimiento de bienestar nos habríamos acercado de manera notable a su valoración.

A pesar de todo este desarrollo académico, la mayor parte de la investigación e interpretación de las actitudes ante la muerte versa sobre la ansiedad ante la muerte, teniendo el resto de actitudes una representación menor.

En este sentido, Deffner y Bell (2005) encuentran que aquellas enfermeras que obtuvieron puntuaciones altas en ansiedad ante la muerte se mostraban más reacias a tratar asuntos relacionados con la muerte con sus pacientes.

Así mismo, Martz (2004) encuentra que la ansiedad hacia la muerte es un predictor de reacciones de estrés postraumático en afectados de médula espinal por accidente (mediante la versión de McMordie del DAS) y encuentra que la ansiedad ante la muerte (y los factores consciencia de la muerte y negación de la muerte) explicaban hasta el 12% de la varianza en el Trastorno de Estrés postraumático.

El miedo a la muerte también ha mostrado ser un predictor de las expectativas negativas sobre las consecuencias de donar órganos, disminuyendo la expresión de intención de donar, correlacionando también con bajos niveles de discusión familiar sobre donación de órganos (Wu y Tang, 2009). Así mismo, Gajardo et al. (2009) encuentran una asociación negativa entre la donación de órganos y el miedo a la propia muerte y al propio proceso de morir.

En el estudio de Ruíz-Benítez y Coca (2008) con familiares de pacientes terminales, se refiere que a mayor miedo y evitación de la muerte dichos familiares se sentían menos competentes para tratar los asuntos relacionados con la muerte, y más desbordados emocionalmente (desmotivados, apenados, con rabia, sin energía...).

Dezutter et al. (2009) en un estudio con 471 familiares, amigos y allegados de estudiantes universitarios a quienes se les hacen tres preguntas acerca de su estatus de salud subjetivo, siendo estas: cuan frecuentemente visitan al médico, si han experimentado dolor en el último año y que comparen su estado de salud con el de sus

iguales; encuentran que el estado de salud subjetivo correlacionaba de manera negativa y significativamente con miedo a la muerte.

También se han realizado estudios donde se relacionan modelos evolutivos como, por ejemplo, la teoría psicosocial de Erick Erickson, con las actitudes hacia la muerte. En este sentido, el estudio de Nakagi y Tada (2014) explora en 364 ciudadanos mayores (de 60 a 85 años de edad) con el EPSI (Erickson Psychosocial Stage Inventory), un instrumento cuya pretensión es medir el nivel de resolución de cada una de las etapas de la teoría de Erickson, la etapa que evolutivamente, por edad, están intentando solucionar los sujetos de este estudio que es la de “Integridad del yo”; así, Nakagi y Tada descubren que los sujetos que puntuaron alto en Integridad también puntuaron, de manera estadísticamente significativa, menos en Miedo a la Muerte, Evitación de la Muerte y Aceptación de Escape, medidas con el PAM-R, cuando se compararon con el grupo que puntuó bajo en Integridad. Así mismo, la Integridad se correlacionaba de manera negativa con Miedo a la Muerte, Evitación de la Muerte y Aceptación de Escape. Los autores concluyen que el hecho de haber aceptado su vida (tanto lo bueno como lo malo de ella) alivia su miedo a la muerte y les prepara para encarar la muerte. Por otra parte, consideran que su actitud de encarar su propia muerte sin escapar de ella formaría parte de los factores constitutivos de su actitud de falta de miedo hacia la muerte.

En el estudio de Bachner, O’Rourke y Carmel (2011) se concluye que los sujetos que presentaban menor miedo a la muerte también puntuaban menos en sintomatología depresiva (medido con el *Beck Depression Inventory*). Así mismo, encuentran una relación positiva y significativa entre el miedo a la muerte y el cansancio emocional (medido con el *Maslach Burnout Inventory*) en los sujetos no religiosos.

Empleando el DAS, Eshbaugh y Henninger (2013), con una muestra de 443 estudiantes universitarios informan correlaciones positivas con significación estadística entre el Miedo a la Muerte y Depresión (medido con el *Center for Epidemiological Studies Depression Scale*) y negativas con el Dominio de su Propia Vida (medido con el *Pearlin Mastery Scale*).

Tras analizar una muestra de 144 sujetos procedentes de Irán, Ziapour, Dusti y Abbasi (2014) analizan la relación entre la Felicidad, medida con el “*Oxford Happiness Questionnaire*”, y la Ansiedad ante la Muerte, medida con el cuestionario de Ansiedad

ante la Muerte de Templer, y encuentran que la Felicidad correlaciona de manera negativa y significativa con la Ansiedad ante la Muerte.

So-Kum descubre que aquellos sujetos que puntúan bajo en autoeficacia o alto en Locus de control externo de salud presentaban más ansiedad hacia la muerte (So-Kum, Wu y Yan, 2002).

En 2010, Rivera, Montero y Sandoval realizan un estudio administrando el EAAM de Templer a una muestra de 83 pacientes con diabetes y en terapia de diálisis peritoneal continua ambulatoria y al cotejarlo con la “Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos” y con el “Inventario de Ansiedad de Beck” evidencian altas correlaciones, concretamente la subescala de “Miedo a la muerte” .38 ($p<.01$) con la depresión y .43 ($p<.01$) con la ansiedad; y la subescala de “Miedo a la Agonía y al Fin de la Vida” de .40 ($p<.01$) con la depresión y .43 ($p<.01$) con la ansiedad (Rivera, Montero y Sandoval, 2010).

Moreno (2013) en un estudio con 1172 estudiantes universitarios observa que la “Depresión ante la Muerte” junto con la “Obsesión por la Muerte” son predictores significativos de ansiedad ante la muerte (medida con el DAS). Así mismo, refiere que la obsesión por la muerte explicaría el 47% de la “Depresión ante la Muerte” y que la Ansiedad ante la Muerte explicaría el 9,3% de la misma; es decir a más obsesión y ansiedad ante la muerte también habría más Depresión ante la Muerte. Por último, constata esta autora que: tanto la “Depresión ante la Muerte” como la “Obsesión por la Muerte” predicen de manera negativa las puntuaciones en Sentido de la Vida (medidas mediante la escala PIL).

Por otro lado, la relación entre la ansiedad ante la muerte (medida con el DAS) y el suicidio potencial (por medio del *Gill's Suicide Probability Scale*) se midió (D'Attilio y Campbell, 1990) en una muestra de adolescentes de entre 16 y 20 años y se encontró una correlación positiva y significativa, indicando que a mayor ansiedad ante la muerte mayor riesgo de suicidio o viceversa.

Ardelt (2008) en un estudio con una muestra de 123 personas mayores provenientes de clubs de jubilados encuentra que las personas con mayores puntuaciones en sabiduría (medido con el *Three-Dimensional Wisdom Scale* “3D-WS”) también puntuaban menos en “Miedo a la Muerte” ($-.46/p<.05$), “Evitación de la

Muerte” ($-.33/p<.05$) y en “Aceptación de Escape” ($-.24/p<.05$). Y que las personas con mayores puntuaciones en “Propósito en la Vida (medido con el *Purpose in Life Test* de King y Hunt) curiosamente de igual manera puntuaban menos en “Miedo a la Muerte” ($-.35/p<.05$), “Evitación de la Muerte” ($-.30/p<.05$) y en “Aceptación de Escape” ($-.61/p<.05$).

Por otro lado, Knight y Elfenbein (1996) utilizando el PAM-R, el DAS y el DAQ y relacionándolos con la “*Health Opinion Survey*” de Krantz, que sirve para cuantificar la actitud de búsqueda de información de salud, automedicación y confianza en los profesionales, solo encuentran que aquellos que puntuaban alto en el DAS (mayor ansiedad ante la muerte) tenían más conductas de búsqueda de información médica y mayor automedicación en caso de enfermedades o síntomas. Sin embargo, con los otros dos instrumentos no se consigue ninguna relación significativa.

Colell (2005) en su Tesis Doctoral con 444 estudiantes de enfermería españolas descubre que aquellas estudiantes que puntuaban bajo en ansiedad rasgo (por debajo del percentil 25) medido con el STAI-R se sentían significativamente más deseosas de trabajar con pacientes agudos que las que puntuaban por encima del percentil 75 ($5,2/4,9$, $p=.068$); sin embargo, estas mismas sujetos también mostraban más deseo de trabajar con pacientes con cáncer terminal ($4,83/4,45$, $p=.066$), acercándose en gran medida estos resultados a la significación estadística.

Routledge y Juhl (2010) realizan un estudio en el que, partiendo de la base de que la TMT demuestra que los sujetos en situación de MS aumentan su valoración positiva de los valores culturales, pero que no demuestran que esto disminuya los niveles de ansiedad ante la muerte o los aumente, administran el DA y también la subescala de “Significado de la vida” de Riff. Poniendo a los sujetos en dos condiciones, una de MS y la otra de control. Y encuentran que: en relación al grupo control, el grupo que puntuaba bajo en “Significado de la vida” puntuaban significativamente más alto ($p<.05$) en ansiedad ante la muerte, sin embargo, en los que puntuaban alto en “Significado de la vida” no se observaron estas diferencias ($p=.51$).

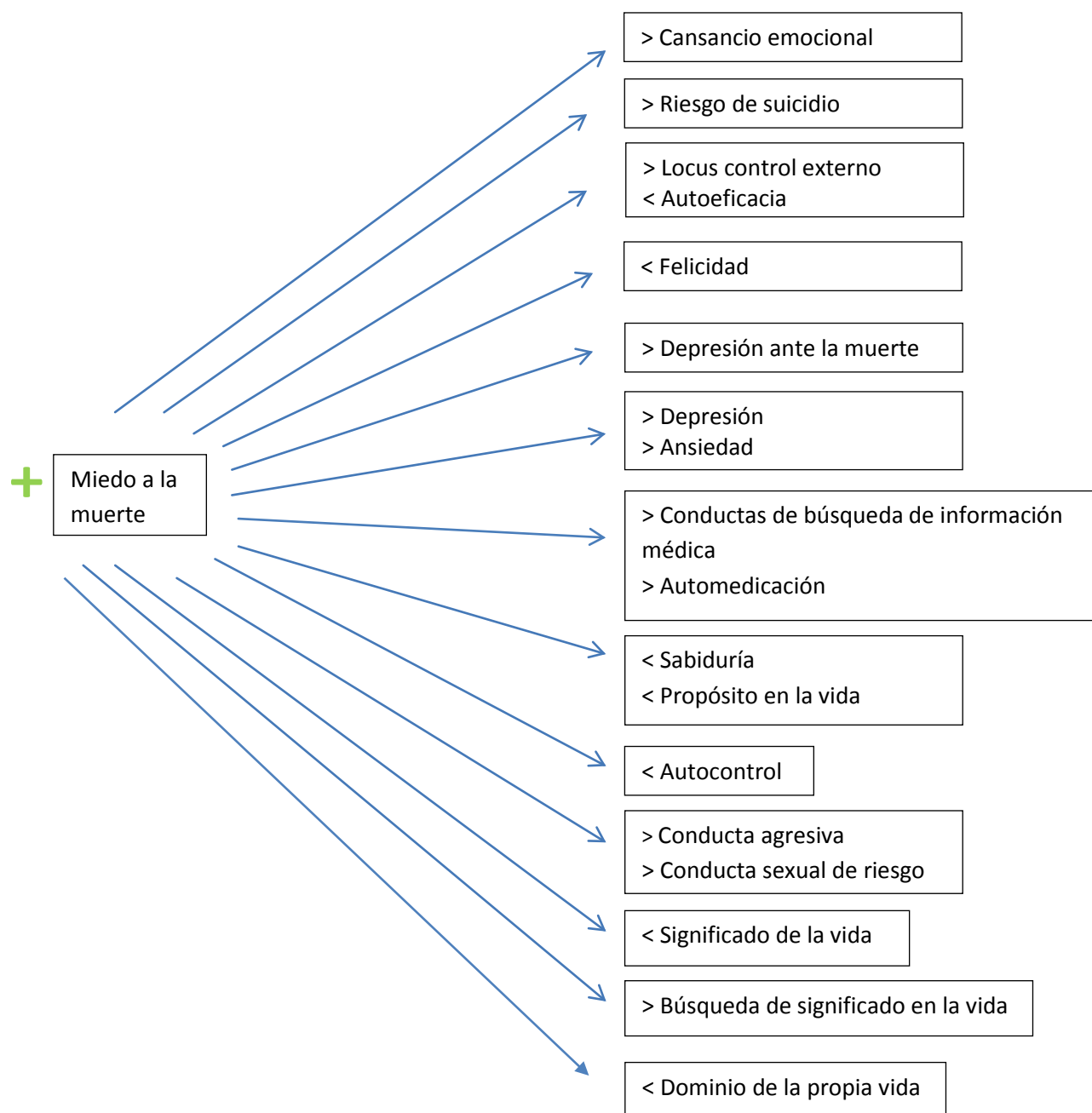
Chui y Chan (2013) utilizan solo la escala de “Miedo a la Muerte” del PAM-R en su muestra de 1377 estudiantes de secundaria y la relacionan con una escala de Autocontrol, encontrando que los sujetos con menor autocontrol obtuvieron puntuaciones mayores en “Miedo a la Muerte”. Otros estudios (e.g. Stucke y

Baumeister, 2006) llegan a la conclusión de que la asociación de bajo autocontrol y “Miedo a la Muerte” se relacionan con un aumento de la conducta agresiva, o con un aumento de la conducta sexual de riesgo. Tice, Bratslavsky y Baumeister (2001) proponen como explicación a estos resultados que, en parte, el uso de la conducta agresiva es una respuesta a su preocupación por la muerte.

Teniendo en cuenta que el constructo “Significado de la vida” puede ser operacionalizado en dos dimensiones inversamente relacionadas que son el “Significado de la vida” propiamente dicho y la “Búsqueda de significado en la vida” (Steger, Frazier, Oishi, y Kaler, 2006), Like (2013) divide a los sujetos de su estudio (168 ciudadanos de 18 a 35 años) dependiendo de si han puntuado alto o bajo en esas dos variables y entonces mide su miedo a la muerte y su miedo al proceso de morir (ambos medidos mediante la CLFoDS) y encuentra que los sujetos que puntuaron bajo en “Búsqueda de significado en la vida” también puntuaron significativamente más bajo en “Miedo a la propia Muerte” que los que puntuaron alto en “Búsqueda de significado en la vida”.

En la figura 1 se ofrece un esquema explicativo de las relaciones entre miedo a la muerte y diferentes medidas (directas o indirectas) de bienestar.

Figura1. Relación entre el Miedo hacia la Muerte y diversas mediciones de bienestar. Fuente:
Elaboración propia a partir de los resultados de la literatura.



1.5.5. Relación con el más allá, la trascendencia o las creencias religiosas

Esta línea de investigación ha sufrido un desarrollo importante desde sus orígenes.

Por un lado, Thorson y Powell (1989) encontraron correlaciones significativas entre religiosidad (Utilizando la escala de Motivación Religiosa Intrínseca de Hoge) y la ansiedad ante la muerte (operacionalizada con el DAS-R) en dos ítems: “No me preocupa en absoluto si existe una vida después de la muerte” (correlación negativa) y “Espero que haya una nueva vida cuando muera” (correlación positiva).

También con el DAS, López, Sueiro y López (2004) con una muestra de 505 adolescentes de 16 a 19 años, encontró mayor ansiedad ante la muerte en aquellos sujetos que se calificaban a sí mismos como católicos (8,47), frente a los que refieren no profesar religión alguna (6,5).

Iranmanesh et al. (2010) realizando un estudio en el que comparaban a estudiantes de enfermería iraníes y suecos (223 sujetos en total) llegaron a la conclusión de que los sujetos que eran más religiosos y tenían más miedo a la muerte (medido con el PAM-R) también tenían peores actitudes hacia el paciente en el final de su vida (medido con el FATCOD).

Bachner, Davidov y Carmel (2011) informan que, de su muestra de 236 familiares o cuidadores informales de pacientes que habían muerto por cáncer, aquellos que se denominaban a sí mismos como religiosos puntuaban menos en el “Caregiver Communication with Patients About Illness and Death Scale (CCID)” que los que se denominaban no religiosos ($p<.05$).

Sin embargo, los anteriores resultados y la fundamentación teórica no resultaban compatibles.

Por ejemplo, Viktor Frankl (1946) postuló que las creencias de corte espiritual pueden ser consideradas como las más importantes y efectivas vías para poner a la muerte en perspectiva y encontrar significado en la vida.

La TMT, por su parte, defiende que la cultura actúa como mecanismo amortiguador del miedo que provoca la consciencia de la muerte. Así mismo, la religión, como parte de la cultura, posee este mismo efecto, además de que ofrece

respuestas a cuestiones existenciales relativas a la muerte y da esperanza en una inmortalidad tanto de carácter simbólico como material, como por ejemplo, el legado, los hijos o la inmortalidad (Greenberg et al, 1990).

Intentando encontrar una explicación a estos resultados, la respuesta parecía estar de nuevo en la dimensionalidad.

Cohen, Pierce, Chambers et al. (2005) con una muestra de sujetos protestantes, y Ardel y Koenig (2006) con personas mayores, llegan a este resultado. La religiosidad extrínseca se relacionaba con miedo a la muerte en ambos casos y la intrínseca con menor miedo a la muerte en el primer caso, y con aceptación de la muerte en el segundo.

Tomer y Eliason (2005) en una muestra de 117 estudiantes pregrado de un curso de psicología refiere que los sujetos con una motivación intrínseca hacia la religión tienden a obtener puntuaciones mayores en Aceptación de Acercamiento.

Resulta muy interesante el estudio de Bachner, O'Rourke y Carmel (2011) con una muestra de 236 familiares, cuidadores principales, de pacientes oncológicos israelitas (de media de edad 56 años) fallecidos en los doce meses previos al comienzo de su investigación. Estos autores hipotetizaron que, dado que el judaísmo postula que las faltas cometidas en la tierra guardan relación con las penas pagadas en el más allá, a mayor nivel de religiosidad habrá también un mayor miedo a la muerte. Y sus resultados así lo avalan. Encuentran mayores puntuaciones (utilizando el *Carmel's Fear of Death and Dying Inventory*) en miedo a la muerte en el grupo de sujetos que se consideran religiosos que en los autodenominados laicos.

En un estudio anterior (Carmel y Mutran, 1997) con 1170 sujetos israelíes de 70 o más años obtienen resultados similares.

Chuen, Del Ben, Fortson y Lewis (2006) encuentran, en una muestra de estudiantes de enfermería y de otras especialidades, administrando el MFoDS a 169 sujetos, que la religiosidad correlacionaba de manera negativa con el “Miedo a ser Destruído” y positivamente con el “Miedo a lo Desconocido”.

Por otra parte, tomando como referencia el modelo de Wulff⁴ (1991), Dezutter et al. (2009), con 213 estudiantes de psicología de Bélgica, informan que la Inclusión Literal correlacionaba positivamente con “Miedo a la Muerte”, “Evitación” y “Aceptación de Acercamiento; y de manera negativa con “Aceptación Neutral”. La Exclusión Literal correlacionaba positivamente con “Miedo a la Muerte”, “Evitación”. La Inclusión Simbólica solo correlacionaba y de manera positiva con la “Aceptación de Acercamiento”. Y la Exclusión Simbólica solo y también de manera positiva con “Aceptación Neutral”. Es decir, dependiendo de la manera en que cada uno vivía su espiritualidad/religiosidad, se obtuvieron medidas específicas en diferentes actitudes hacia la muerte, en este caso con el PAM-R.

⁴ Wulff postula un modelo de cuatro dimensiones de la religiosidad. Estas dimensiones son: Inclusión literal, exclusión literal, exclusión simbólica e inclusión simbólica. Posteriormente, Duriez et al., (2000) operacionalizan este modelo mediante un cuestionario de 33 ítems, siendo un ítem representativo de Inclusión literal “pienso que las historias de la biblia deben ser tomadas literalmente, tal y como están escritas; de exclusión literal “la fe es la expresión de una débil personalidad”; de exclusión simbólica “soy muy consciente de que de que mi ideología es una posibilidad entre muchas otras”; y de inclusión simbólica “la biblia posee una verdad más profunda que solo puede ser revelada bajo una reflexión personal”.

1.5.6. Experiencia con la muerte

En el trabajo ya citado de López, Sueiro y López (2004) con el DAS y con una muestra de 505 adolescentes de 16 a 19 años, las medias variaban sustancialmente si los sujetos habían informado no haber sufrido ninguna pérdida relevante (7,6/3,6), haber sufrido una pérdida importante en el último año (8/3,3), entre uno y tres años (8,2/3,37) o si hacía más de tres años (8,04/3,94).

En un trabajo con estudiantes de enfermería de dos facultades de Irán (Razi y Bam), tomando como única diferencia entre ellos la cantidad de muertes de allegados o haber tenido alguna experiencia cercana a la muerte propia (97% en el caso de las estudiantes de Bam frente al 10% en las de Razi), los autores encuentran que las primeras tenían una menor predisposición a cuidar a pacientes en proceso terminal que las segundas y, sin embargo, señalan tener menos Miedo a la Muerte, más Aceptación de Escape y menos Aceptación de Acercamiento (Iranmanesh, Savenstedt y Abbaszadeh, 2008).

Harrawood, White y Benshoff (2008-2009) en una muestra de 243 directores de funerarias con el MFODS de Hoelter observan una relación negativa y significativa entre el tiempo de exposición a cadáveres (número de funerales) y la ansiedad ante la muerte ($r = -.19$; $p = .12$).

También con el MFoDS, Chuen, Del Ben, Fortson y Lewis (2006) encuentra en una muestra de 169 estudiantes de enfermería y de otras especialidades que aquellos que habían sufrido la muerte de algún familiar presentaban más puntuación en “Miedo a ser destruido”, “Miedo a una muerte consciente” y “Miedo por el cuerpo tras la muerte”.

1.5.7. Experiencia de enfermedad grave o riesgo para la propia vida

La idea general de que la experiencia de enfermedad grave o que ha llegado a poner en riesgo la vida puede ser de gran influencia en las actitudes hacia la muerte (Bayés, 2001; Kübler-Ross, 1969), no ha llegado a encontrar todo el apoyo empírico que fuera esperable a nivel teórico. López, Sueiro y López (2004) y Nozari y Dousti (2013) no encuentran diferencias entre aquellos que habían vivenciado una situación propia de gravedad en el pasado al compararlos con los que no habían tenido este tipo de experiencia, por un lado, y entre pacientes con diabetes, pacientes con cáncer de

mama o digestivo y un grupo de sujetos sanos por otro. Polaino (1994) también obtiene en su muestra los mismos resultados.

De otra manera, no ya con la enfermedad como trauma sino con la violencia, Cohen parte de la hipótesis de que la exposición a la violencia podría estar asociada a: menor atracción por la vida, mayor repulsión por la vida y alta atracción por la muerte. Sus resultados (Cohen, 1988) aportan apoyo a esta hipótesis, ya que en su muestra de 85 adolescentes de entre 13 y 18 años encuentra que la “Atracción por la Vida” estaba negativamente correlacionada con la victimización del sujeto en el pasado ($r=.26/p<.01$), la “Repulsión por la Vida” se correlacionaba positivamente con la cantidad de violencia presenciada en la propia casa ($r=.35/ p<.01$) y la “Atracción por la Muerte” correlacionó positivamente con la exposición en el pasado a cualquier tipo de violencia ($r=.21/ p<.05$); sin embargo, el miedo a la muerte no se relacionó con la exposición a ningún tipo de violencia, excepto en los casos de exposición previa a un ataque con cuchillo o pistola ($r=.28/ p<.01$).

1.5.8. Correlaciones entre las distintas escalas del PAM-R

Según la Teoría del Manejo del Terror, el creer en una vida después de la muerte conseguiría eliminar los efectos de la Exteriorización de los pensamientos de muerte (*Mortality Salience*) (Vail, Rothschild, Weise, Solomon, Pyszczynski y Greenberg, 2010) y disminuir el miedo a la muerte, por lo que, al menos desde la teoría, MM y EM debería mantener correlaciones negativas con AA; aunque estos resultados han de matizarse dada la complejidad de las relaciones con lo trascendente.

Sin embargo, la mayoría de resultados presentan correlaciones de signo positivo entre “Miedo a la Muerte”, “Evitación”, “Aceptación de escape” y “Aceptación de Acercamiento” (Ardelt, 2008; Dezutter, Luickx y Hutsebaut, 2009; Knight, Elfenbein y Capozzi, 2000; Siracusa, 2010; Siracusa, Cruz, Pérez, et al., 2011, Tomer y Eliason, 2005), y correlaciones de corte negativo entre estas dimensiones y la de “Aceptación Neutral” (Dezutter et al., 2009; Knight et al., 2000; Siracusa et al., 2011; Tomer y Eliason, 2005).

En la Tabla 2, se muestran las correlaciones entre “Miedo a la Muerte” y el resto de dimensiones del PAM-R

Tabla 2. Correlación entre Miedo a la muerte y el resto de dimensiones del PAM-R. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la literatura.

Autor	EM	AN	AA	AE
Ardelt	.61*	-	-	-
Dezutter et al.a	.53**	-.25**	-	-
Dezutter et al.b	.68***	-.47**	.23**	-
Dunn et al.	.48**	-	-.42**	-.33*
Knight et al.	.28**	-	.18**	-
Kopp, E.	.608**	-.193**	-.236**	-
Siracusa, C.	.61**	-	.24**	.21**
Tomer y Eliason	.68**	-.22*	-	-

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

En el trabajo de Dunn, Otten y Stephens (2005) en una muestra de 58 enfermeras profesionales se informa de correlaciones positivas entre “Miedo a la Muerte” y “Evitación de la Muerte” ($.48/p < .01$); entre “Aceptación de Acercamiento” y “Aceptación Neutral” ($.28/p < .05$); y en “Aceptación de Escape” con “Aceptación de Acercamiento” ($.56/p < .01$) y “Aceptación Neutral” ($.35/p < .05$).

En los años 70, Ray y Najman (1974) argumentaron que el Miedo a la Muerte no era incompatible con la Aceptación de la misma. En ese momento desarrollaron un instrumento para medir la aceptación, el *Death Acceptance Scale* (para más información ver “Instrumentos de medida”). Comparando los resultados de esta escala con los de la *Death Anxiety Scale* obtuvieron correlaciones negativas, pero no mutuamente exclusivas, es decir, encuentran que una persona puede aceptar la muerte y estar ansioso al mismo tiempo. Siguiendo esta misma línea, Harding, Flannelly, Weaver y Costa (2005) en un estudio con 130 feligreses en Nueva York a los que administraron DACS de Ray y Najman y el DAS de Templer (para medir aceptación y ansiedad ante la muerte paralelamente) encuentran también que la ansiedad ante la muerte y la aceptación ante la muerte estaban inversamente relacionadas ($r = -.35$; $p < .001$). Correlaciones muy parecidas fueron anteriormente obtenidas por Durlak y Kass ($r = -.33$) y Warren ($r = -.36$) (por Durlak y Kass, 1981-1982; Warren, 1981-1982; citados en Harding et al., 2005).

Siracusa, Cruz, Pérez, et al (2011), con 123 padres y madres de niños de primaria encuentran que las escalas del EMMM de Hoelter correlacionaban con las del PAM-R. Observando que a más miedo a la muerte en general (puntuaciones bajas en la EMMM general), se puntuaba con mayor Aceptación de Acercamiento, mayor Evitación de la Muerte y mayor Miedo a la Muerte. Así como, a más Miedo a la Muerte en general menos Aceptación Neutral.

Se presenta una visión general en la Tabla 3 de las diferentes puntuaciones en el PAM-R de las principales investigaciones revisadas.

Tabla 3. Puntuaciones a lo largo de la literatura científica revisada en el cuestionario PAM-R.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la literatura.

Autor/a	País	Instrumento y muestra	MM	EM	AN	AA	AE
Abu, M, 2013	Jordania	51 enfermeras 20-29 años	3,67	3,09	3,56	3,36	2,83
		65 enfermeras >40 años	3,22	3,03	3,87	3,86	3,56
Álvarez, L. 2009	Colombia	Adolescentes (13-20 años)	4,14	4,35	5,4	4,95	4,19
		Adultos tempranos (21-40 años)	3,72	4,25	5,63	5,12	4,09
Bassett, J. 2008	EEUU	28 estudiantes psicología	3,73	3,73	5,84	5,65	4,69
Black, K. 2007	USA	74 enfermeras	4,87	5,73	2,16	2,69	4,13
		32 médicos	5,2	6,06	1,95	4,48	3,8
		29 trabajadores sociales	4,42	5,13	3,12	3,57	4,16
Dunn, K. et al, 2005	USA	58 enfermeras	3,77	2,53	5,69	4,17	5,49
Gesser, Wong y Recker	USA	300 adultos jóvenes	3,03	2,91	5,57	4,95	4,45
Kopp, 2008-9	USA	300 adultos. 23 a 87 años	3,23	3,2	5,77	5,7	5,1
Latha, K. et al. 2013	India	130 Estudiantes universitarios	2,22	2,37	3,25	2,47	1,96
		100 profesores universitarios	2,08	2,34	3,24	2,16	1,99
Lin, A, 2003	USA	91 americanos > 60 años	2,33	2,2	4,39	4,07	3,47
	China	87 chinos > 60 años	2,35	3,51	4,45	3,48	3,7
Linley y Joseph. 2005	Reino Unido	78 directores de funerarias	2,98	2,46	5,75	4,5	4,26
Malliarou et al, 2011	Grecia	150 enfermeras	4,9	4,9	5,6	4,2	2,9
Marques, 2013	Portugal	360 enfermeras	4,16	3,64	5,35	3,74	3,5
Masoumeh, M et al. 2014	Irán	100 mujeres con diabetes T.II	4,53	4,13	5,68	5,19	3,98
Moya, F. 2007	España	316 Sujetos > 65 años	4,14*	5,67*	5,68*	4,95*	4,17*
		100 estudiantes universitarios	3,97	3,98	5,28	3,54	3,01
Nozari y Dousti, 2013	Irán	105 sujetos sanos	4,34	3,88	5,7	5,46	3,93
		108 sujetos con diabetes T.II	4,45	4,08	5,69	5,22	3,97
		87 sujetos con cáncer	4,45	4,4	5,88	5,51	4,1
Parker, D. 2013	Nicaragua	115 sujetos de 60 a 91 años	2,47	2,74	5,88	5,47	4,75
Reid y Dixon, 1999	USA	67 profesores de 1ª y 2ª	4,17	3,68	2,36	4,42	4,41
Schiappa et al. 2004	USA	Estudiantes college	4,11*	4,08*	5,25*	3,76*	3,9*
		Idem tras programa TV	3,86	4,46	2,56	3,18	4,54
Siracusa, C. 2010	España	224 padres/madres de alumnos de 8-12 años	3,95	4,3	5,52	3,82	3,48
		15 profesores de los alumnos	2,91	3,77	5,3	4,69	4,19
Uribe, A et al, 2007	España	>65 años Varón	2,53	3,19	4,53	4,28	4,48
		>65 años Mujer	2,73	3,58	4,38	4,5	4,49
Uribe, A et al, 2008	Colombia	PAM-R	2,77	3,1	4,19	3,85	3,59
Wing y Heng, 2013	China	711 mujeres de secundaria	3,51	n.d	n.d	n.d	n.d
		666 hombres de secundaria	3,44	n.d	n.d	n.d	n.d

Se señala en rojo aquella dimensión con más alta puntuación

Y en azul las dimensiones con menor puntuación

* Los autores han baremado las puntuaciones como la suma de los ítems que componen cada dimensión. Dado que las instrucciones del cuestionario aconsejan la división por el número de ítems que componen cada dimensión, se ha realizado dicho cálculo, que se muestra en la presente tabla para que la tabla adquiriera el sentido y claridad deseados.

1.5.9. Diferencias entre la muerte propia y la muerte de los demás

Existen diferentes actitudes hacia la muerte según sobre en quien se focalice la atención.

Ya hemos visto algún estudio sobre la personificación de la muerte en líneas precedentes. Desde esa misma concepción Basset, McCann y Cate (2008) realizan un estudio en el que concluyen que en la condición de muerte de una persona típica, la mayoría de los sujetos (56%) eligió una representación de la muerte fría y lejana (frente a las otras tres representaciones típicas: imagen gris y terrible, gentil y confortable e impersonal o robótica), eligiendo un 51% en la condición de muerte personal la imagen tipo gentil y confortable, estos autores hacen suya la explicación de Tomer (Tomer, 2000, citado en Basset, McCann y Cate, 2008) de que es más fácil encarar la muerte con resignación estoica cuando se piensa acerca de la inevitabilidad de la muerte de otras personas como parte del orden natural de las cosas que cuando se contempla la propia mortalidad.

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 4, la mayoría de los estudios concuerdan en que la experiencia de miedo más puntuada es la de “Miedo a la Muerte de los Otros”, y la que menos miedo parece generar es la de “Miedo a la Propia Muerte”.

Tabla 4. Puntuación por dimensiones en el CLFoDS. Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la literatura.

Autor/a	País	Instrumento/versión	Mi muerte	Mi proceso	Muerte otros	Proceso otros
Aradilla, A. 2013	Barcelona	Estudiantes enfermería 1º	22,82	26,18	29,03	24,71
		Estudiantes enfermería 2º	22,35	24,98	27,59	24,83
		Estudiantes enfermería 3º	22,61	25,63	27,22	23,12
Bath, D. 2010	Australia	Collet-Lester/Lester y Abdel	21,33	22,71	26,94	24,01
Colell,R, 2005	España	Collet-Lester/Bayés y Limonero				
		Con estudiantes de enfermería catalanes	18,75	21,65	22,86	22,15
		Con estudiantes de enfermería andaluces	18,41	21,06	22,55	21,83
Edo et al., 2011	España	Collet-Lester/Tomás-Sábado				
		Varón	20,31	24,55	25,93	21,28
		Mujer	22,93	25,89	28,45	24,72
Espinoza et al., 2011	Chile	Collet-Lester/Tomás-Sábado	17,59	20,76	23,45	20,27
Gajardo et al, 2009	Chile	Collet-Lester/Tomás-Sábado Adolescentes	21,6	23,69	28,39	25,62
Lyke, 2013	USA	Collet-Lester (Lester,2004)	3,29	3,68	n.d.	n.d.
		Varón	2,96	3,28	n.d.	n.d.
		Mujer	3,48	3,90	n.d.	n.d.
Martí, C. 2014	Granada	Collet-Lester/Tomás-Sábado				
		Imágenes desagradables	23,3	23,5	27,5	24,4
		Imágenes de muerte	23,6	24,6	27,4	26
Mondragón et al, 2015	México	Collet-Lester/Tomás-Sábado	2,71** (18,97)	3,21** (22,47)	3,52** (24,64)	3,28** (22,96)
Moya, F. 2007	Murcia	C.L. original > 65 años	20,59	30,14	29,09	31,75
		C.L. original estudiantes univ.	22,53	28,9	29,82	29,35
Naderi y Esmaili, 2009	Irán	Colet-Lester versión iraní	26	29	33	31
		Varón	25	31	31	30
		Mujer	27	34	34	33
Sevilla y Ferré, 2013	Tarragona	15 enfermeras Centro soc.sanit	26,55	30,09	29,64	27,82
Valdés, M. 1994	Sevilla (España)	Collet-Lester/Urraca*				
		Cónyuges de pacientes ingresados en UCI	32,95	34,47	29,58	35,4
		Cónyuges de personas no ingresadas	34,5	37,41	24,91	33,78

*Se muestran dos puntuaciones, en primer lugar el modo de presentación de los autores y en segundo lugar la manera estándar.

* Versión de 36 ítems, de ahí las puntuaciones más altas.

**Estos autores dividen la puntuación por el número de ítems.

Se presentan en rojo las dimensiones con mayores puntuaciones y en azul aquellas con menores puntuaciones.

1.5.10. Aplicaciones prácticas de los conocimientos acerca de las actitudes hacia la muerte

El conocimiento generado en estos años, así como las investigaciones que tienen que producirse todavía, ofrecen un sentido importante dentro de la investigación de base acerca de la muerte como vivencia; desde ese punto de vista la investigación sobre las actitudes hacia la muerte ya “per se” se fundamenta a sí misma y tiene un objetivo claro: generar y mejorar el conocimiento básico.

Sin embargo, como en todo conocimiento, es deseable su aplicación práctica. Dicha aplicación ya ha sido extensamente debatida y señalada en los párrafos precedentes, pues todos ellos incluyen aplicaciones y efectos directos sobre las personas que los ejecutan, así por ejemplo, ya se ha discutido la relación de las actitudes hacia la muerte con el bienestar psicológico. Sabemos, también, que las actitudes hacia la muerte se encuentran en esa modulación entre creencias y prácticas religiosas, es decir, modulan no solo nuestros sentimientos, sino también nuestra conducta final, así como la cantidad de tiempo que dedicamos a esa conducta (tanto en beneficio propio, como podría ser a través de la propia implicación en determinadas actividades, como en beneficio de los demás, si esas actividades se encaminan hacia terceros, por ejemplo, a través de la educación de los hijos o en tareas de ayuda, etc).

Por otro lado, las implicaciones de las actitudes hacia la muerte propias van más allá de uno mismo. En la literatura científica se da buena cuenta de ello. Así el estudio de la competencia hacia la muerte (como actitud) se ha mostrado relevante en tanto influye en la relación que se mantiene con el sujeto objetivo de tal actitud (en este caso, la persona que muere, el suicida, el paciente agónico o la persona en proceso terminal, por citar algunos). Pero también nuestro propio miedo a la muerte puede intermediar la relación con el otro, sea paciente o no. Ya Stoller (1980) encontró que el miedo al proceso de morir de los otros predecía las respuestas de las enfermeras en situaciones hospitalarias como el cuidado y la interacción con un paciente moribundo. Así mismo, Deffner y Bell (2005) encontraron que aquellas enfermeras que habían recibido educación en comunicación relacionada con la muerte aumentaron su sentimiento de confort en la discusión de asuntos relacionados con la muerte tanto con pacientes como con los familiares de estos. Dunn, Otten y Stephens (2005) observaron que las enfermeras que “utilizaban” más tiempo, porcentualmente hablando, con los pacientes

moribundos también informaban de actitudes más positivas hacia el cuidado de los mismos (medido con el FATCOD).

Las actitudes hacia la muerte también mostraron su relación hacia el envejecimiento. El artículo de Vickio y Cavanaugh muestra que la ansiedad ante la muerte se correlacionaba con la ansiedad personal hacia el envejecimiento (Vickio y Cavanaugh, 1985, citado en DePaola, Neimeyer y Ross, 1994). Y en este último artículo (DePaola, Neimeyer y Ross, 1994) con el MFODS, en una muestra de enfermeras y ayudantes de enfermería, se vuelve a mostrar que los sujetos con mayor miedo a la muerte mostraban mayor distrés en relación a su propio envejecimiento.

Por otra parte, las actitudes hacia la muerte también se han utilizado como indicadores de la eficacia de programas formativos. Lange, Thom y Kline (Lange et al., 2008) encuentran que son la experiencia de la enfermera y su edad los factores predictores más potentes de las actitudes de la enfermera ante la muerte y el cuidado de los pacientes moribundos; o también como elementos a tener en cuenta a la hora de presentar programas cuyo objetivo sea la mejora asistencial, en este sentido Tang, Wu y Yan (2002) han analizado las expectativas de autoeficacia en estudiantes universitarios chinos, observando que bajos niveles correlacionan positivamente con altos niveles de ansiedad ante la muerte.

De los resultados de Colell (2005) en su Tesis Doctoral con 444 estudiantes de enfermería españolas destaca el hecho de que aquellas estudiantes que puntuaban más alto en competencia percibida hacia la muerte (percentil 75) deseaban en mayor medida trabajar tanto con pacientes terminales de cáncer como terminales de SIDA como terminales geriátricos o sujetos en proceso terminal de la etnia gitana que los que puntuaban bajo en competencia percibida hacia la muerte (percentil 25); es decir, se sentían más capaces de afrontar el cuidado de cualquier paciente en proceso terminal.

Iranmanesh et al. (2010) informaron que los sujetos que tenían mayor miedo a la muerte también afirmaban tener sentimientos más negativos hacia el cuidado de las personas en el final de sus vidas.

CAPÍTULO 1.6. PSICOLOGÍA POSITIVA

La Psicología Positiva es definida por Seligman (1999) como “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene la incidencia de la psicopatología”.

La psicología y la psicopatología tradicional se habían centrado, de forma fundamental, en los aspectos patológicos (negativos) del ser humano. La Psicología Positiva, por el contrario, hace énfasis en las virtudes, emociones positivas, fortalezas, que obviamente influyen en la calidad de vida y en la salud mental y que, además, su acercamiento y estudio puede ayudar a mejorarlas en algunos sujetos y mantenerlas en otros (Contreras y Esguerra, 2006).

La Psicología Positiva como realidad ya existía desde hace mucho tiempo antes de ser conocida como tal. Autores y terapeutas como Viktor Frankl, Carl Rogers, Bandura o Maslow (con el concepto de autoactualización) son muy representativos de este movimiento. Pero fue Martin Seligman, autor muy conocido por su “Teoría de la Indefensión Aprendida” y un gran estudioso de los procesos de la psicopatología, en especial de la depresión, quien desde su puesto de presidente de la *Psychological Association* en 1998 se plantea el fomento y desarrollo de la Psicología Positiva (Prada, 2005; Alpízar y Salas, 2010).

Tanto el planteamiento como el enfoque del tratamiento de la Psicología Positiva está dirigido a realizar una potenciación de las fortalezas de la persona, así como una reparación de las debilidades; ofreciendo a los sujetos la posibilidad de adquirir repertorios comportamentales más amplios (Luciano, Páez y Valdivia, 2006).

Según Prada (2005) existen tres aspectos básicos dentro de la Psicología Positiva:

- Las emociones positivas (felicidad, fluir, placer, juego, optimismo, esperanza),
- La personalidad positiva (autocontrol, creatividad, talento, resiliencia, afrontamiento, empatía, altruismo) y,
- Las instituciones positivas (justicia, equidad, logros culturales, relaciones interpersonales, cooperación).

1.6.1. Bienestar Psicológico

Cuenta Carol Ryff (1995) que durante los últimos 20 años el Bienestar Psicológico (BP) distinguía entre afecto positivo y negativo como dos dimensiones independientes y argumentaba que la “Felicidad” era el resultado de un balance entre ambos. Sin embargo, análisis posteriores demostraron que estas dos dimensiones del afecto no eran independientes, por ejemplo, se demostró como la frecuencia de los afectos positivo y negativo tendía a correlacionar negativamente (a más veces se produce un afecto en una unidad de tiempo determinada menos se produce el otro en la misma unidad de tiempo), pero correlacionaban positivamente cuando se medía la intensidad (es decir, a más intensidad de un afecto también se observó que cuando se producía el otro también ocurría más intensamente). Por lo tanto, lejos de ser afectos independientes... estaban relacionados.

Tiempo después, se observó cómo no solo la felicidad componía el BP sino que como indicador clave sobresalía la “satisfacción por la vida”, y que ambos podrían ser complementarios, el primero por su carácter afectivo y el segundo por su componente cognitivo. Así se descubre el BP al menos como bidimensional.

No es hasta 1989 cuando Ryff propone a nivel teórico una estructura multidimensional para el BP compuesta por seis componentes, los cuales son: Autoaceptación, Relaciones Positivas, Autonomía, Dominio del Entorno, Crecimiento Personal y Propósito en la vida (Riff, 1995).

En un estudio (Ryff, 1989) se compararon hombres y mujeres en tres grupos de edad (18 a 29 años, 30 a 64 años y 65 o más) encontrándose que:

- Al aumentar la edad se puntuaba más en “Dominio del Entorno” y “Autonomía”, sobre todo desde la adultez temprana hasta la media.
- Al aumentar la edad disminuían las puntuaciones en “Crecimiento Personal” y “Propósito en la Vida”.

No se encontró relación de la edad con “Autoaceptación” y “Relaciones Positivas”.

Tanto en esta investigación como en otra de la misma autora (Ryff, 1991) las mujeres puntuaron significativamente más alto que los hombres en “Relaciones

Positivas” y “Crecimiento Personal”. En una investigación posterior (Ryff, 1995), vía telefónica en una muestra de 1.108 sujetos de 48 estados de EEUU de tres grupos de edad, pero esta vez distribuidos de diferente manera (25 a 29 años, 30 a 64 años y mayores de 65 años) también encuentra que, de manera estadísticamente significativa:

- Al aumentar la edad disminuían las puntuaciones en “Crecimiento Personal” (CP) y “Propósito en la Vida” (PV).

- Al aumentar la edad aumentaba la puntuación en “Dominio del Entorno”. Ocurría lo mismo en “Autonomía” (AU) pero solo se encontraron diferencias entre el grupo de adultez temprana y media.

- No se encontraron diferencias dependientes de la edad en “Autoaceptación” (AE).

Como se puede observar, los resultados son los mismos que en la investigación precedente, excepto que:

- Se encontraron diferencias en “Relaciones Positivas”, aumentando la puntuación con la edad.

En cuanto al sexo, las mujeres obtuvieron resultados mayores en “Relaciones Positivas”.

Las correlaciones entre las seis dimensiones eran todas positivas y estadísticamente significativas, Estas correlaciones se mantienen en el trabajo de Gallardo y Mollano (2012) en una muestra de 335 adolescentes chilenos de entre 14 y 19 años.

Por otro lado, estudios como los de Ryff (1995) encuentran correlaciones positivas y significativas con “Felicidad” y “Satisfacción”, y negativas con “Depresión” medida con el CES-D.

1.6.2. Resiliencia

“La resiliencia es la magia de lo ordinario” (Masten, 2001)

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos. Pero... ¿Qué es la resiliencia?

En el diccionario de la Real Academia de la lengua Española, en su 23ª edición, se define resiliencia como “Capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas. Capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación” (RAE, 2014).

A grandes rasgos, y centrados en nuestro trabajo con personas, podemos decir que resiliencia es “la capacidad de reponerse tras un evento traumático, o incluso de salir favorecido de él”.

Una definición más completa nos la ofrece Bonanno (2004):

La habilidad de personas adultas que viviendo circunstancias normales quedan expuestas a un acontecimiento aislado y, en potencia, altamente disruptivo, tal como la muerte de un allegado, o una situación violenta o altamente amenazante para la vida, para mantener de manera relativamente estable niveles saludables de funcionamiento psicológico y físico... así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas.

En general, las diferentes definiciones de resiliencia destacan que se trata de los procesos que capacitan a los individuos para enfrentarse con éxito a los eventos estresantes o adversos que aparecen en la vida de modo que se crece y gana en competencia en este proceso. Se produce un enriquecimiento de las cualidades resilientes (Artuch, 2014).

Cuando se habla de resiliencia hay varios conceptos que, sin ser sinónimos, guardan estrecha relación unos con otros. Por una parte, según la revisión que hacen del tema Poseck, Carbelo y Vecina (2006), podemos hablar de resiliencia propiamente dicha que, según estos autores, haría referencia a “la habilidad de mantener un

equilibrio estable durante todo el proceso” o la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa. Otro concepto trabajado en la literatura, en este caso por Bonanno (2004) o por O’Leary (1998) es el de “recuperación”, el cual implica un “retorno gradual hacia la normalidad”.

Un tercer concepto que es importante distinguir es el de crecimiento postraumático o florecimiento (*thriving*) que, según Carver (1998) hace referencia a “*la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática*”.

Otros constructos relacionados serían el de “Sentido de coherencia” desarrollado por Antonovsky (1993) y relacionado con una perspectiva de vínculo con lo que uno hace, con sensación de continuidad y coherencia vital, de proximidad con los demás y satisfacción vital como elementos de fortaleza frente a la adversidad. O el constructo desarrollado por Kobasa, Madi y Kahn (1982) en los años ochenta de “Personalidad resistente (*hardiness*)” que estudiaba a aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían, que “no se enfermaban” en situación de estrés y para las que las situaciones de estrés eran vividas como oportunidades de enriquecimiento.

Otros conceptos existen, pero a nuestro modo de ver presentan gran similitud con los citados y no son relevantes en la unificación científica, véase por ejemplo “el fenómeno del fénix” citado por Wainrib y Bloch (1998), o el de “superviviente exitoso” que designa a aquella persona que ha sobrevivido física y psicológicamente a grandes dificultades vitales y de las que sale exitosamente adelante e incluso llega a triunfar a pesar de tener todo en contra en la niñez, adolescencia o juventud (Becoña, 2006).

En cuanto a la medición de la resiliencia y según la revisión de Cohen (Cohen et al., 1998), en el ámbito cuantitativo se han seguido varias estrategias:

1º- Entrevistas. En ellas hay dos clasificaciones. Por un lado aquellas que utilizan categorías de crecimiento “a priori”. Por ejemplo, a pacientes de cáncer (Collins et al., 1990, en Cohen et al., 1998) se les preguntó cómo su enfermedad influyó en sus actividades diarias, objetivos para el futuro, autoimagen, relación con otros, etc. Otras usan categorías “a posteriori”, lo que hacen es que se pregunta a los participantes si su experiencia traumática les ha producido algunos beneficios o ganancias, luego las respuestas eran categorizadas como “relaciones familiares más cercanas”, “crecimiento

emocional”, “crecimiento espiritual”, etc. Un ejemplo de estas lo encontramos en Lehman, Davis y DeLonguis (1993) que entrevistaron a adultos que habían perdido a su cónyuge o hijos en accidente de coche.

2º- Medidas de papel y lápiz indirectas:

Realizadas primordialmente a base de cuestionarios autoinformados. Miden constructos que teóricamente están relacionados con la resiliencia.

Un trabajo de Bonanno, con Lehman, Tweed, Wortman, et al., (2002), nos muestran una operacionalización curiosa de resiliencia. Estos autores miden a través del CES-D la depresión en un grupo de personas antes de la muerte del cónyuge, a los seis meses y a los dieciocho meses. En resumen, estos autores consideran una reacción de duelo cuando la medida a los 6 meses es mayor que la medida pre y esta es igual a la que se da a los 18 meses. El patrón resiliente se daba con una baja puntuación pre y la misma a los 6 y 18 meses. Duelo retrasado, bajo en pre, bajo a los 6 y alto a los 18 meses. Y duelo crónico, bajo en pre y alto a los 6 y 18 meses. Con esta metodología, Bonanno descubre un 45,9% de personas con patrón resiliente.

3º- Medidas de papel y lápiz directas:

Intentan medir, por medio de estimadores específicos, la resiliencia propiamente dicha. Un ejemplo concreto sería el “*Posttraumatic Grow Inventory*” (Tedeschi y Calhoun, 1996)

Características del crecimiento postraumático:

1/ Es un constructo multidimensional, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinadas áreas de la vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otras áreas.

2/ Puede ser entendido como un resultado o como una estrategia. En el primer caso el sujeto pone en marcha una serie de estrategias de afrontamiento que le llevan a encontrar un beneficio de su experiencia, en el segundo la persona utiliza esta búsqueda de beneficio para afrontar su experiencia (Calhoun y Tedeschi, 1998).

Este punto es muy interesante, ya que crea la base de cuestionarios como el utilizado en el presente trabajo, el *Brief Resilient Coping Scale*, elaborado por Sinclair y Wallstron (2004).

Según Calhoun y Tedeschi (1998), los resultados se pueden dividir en tres categorías: cambios en uno mismo, cambios en las relaciones interpersonales y cambios en la espiritualidad y en la filosofía de vida

Una característica adicional es que los factores de protección de la resiliencia son universales a través de las diferentes culturas, razas y niveles socioeconómicos, aunque están influidos por ellos (Fergus y Zimmerman, 2005). Así pues, la resiliencia no es una cualidad especial de algunos individuos sino que todas las personas tenemos el potencial de ser resilientes. Aceptando esta premisa, tiene sentido la creación de programas que alienten y entrenen en la adquisición o mejora de las cualidades resilientes.

Por otro lado, la investigación muestra ciertos correlatos con la resiliencia, por ejemplo, han sido objetivados correlatos entre la resiliencia y las emociones positivas: quienes experimentaron emociones positivas en el transcurso de su duelo encontraron también con mayor probabilidad significado a su experiencia (Moskowitz, 2001, Fredrickson, 2003); también desarrollaron más frecuentemente planes a largo plazo y objetivos (Stein, 1997; Bonanno, 1997 et al., en Fredrickson, 2003). Correlatos con rasgos de personalidad: la resiliencia correlacionó negativamente con neuroticismo y positivamente con extraversión y apertura a la experiencia (Fredrickson, 2003, Tedeschi y Calhoun, 1996).

Probablemente, uno de los hallazgos más consistentes en la literatura es que la gente que tiene altos niveles de características personales como esperanza u optimismo (por ejemplo, aquellos que esperan resultados positivos y creen que poseen los recursos o habilidades para conseguir sus objetivos) con mayor probabilidad han informado experimentar crecimiento en relación con el estrés o el trauma. O con el afrontamiento: en un estudio con estudiantes que habían sufrido un estresor reciente, se identificaron las estrategias de afrontamiento de reevaluación positiva o aceptación como las más relacionadas con la resiliencia (Park, 1998).

Se han postulado una serie de características en los adolescentes (y también en niños) como son la competencia social, capacidades de resolución de problemas, autonomía, sentido de propósito y la creencia en un futuro positivo, en cuanto a factores de protección interna. Otros factores de protección interna, son el cuidado e implicación afectiva de los adultos, altas expectativas y participación y contribución a la comunidad (Artuch, 2014; Bernard, 1991). Parecidos factores han sido aislados también en los trabajos sobre resiliencia relacionados con los procesos de duelo (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012).

Otro estudio (Aldwin, 1996, citado en Park, 1988), de tipo longitudinal, revela que el “enfrentamiento centrado en el problema” se relacionaba positivamente con la experimentación de resultados positivos, mientras que el uso del “escape” lo hacía de manera negativa. Con depresión: de forma consistente, en varios estudios se obtuvieron correlaciones negativas entre resiliencia y depresión (Bonanno, 2004, Fredrickson, 2003). En cuanto a la religión, diversos estudios han encontrado relación entre espiritualidad, religiosidad (Aldwin, 1996, Park, 1996 citados en Park, 1988), y la participación religiosa (Tedeschi y Calhoun, 1996) con la religiosidad. Por último, en lo que al apoyo social se refiere, Park (1998) informa que aquellos individuos satisfechos con el apoyo recibido relataban, aunque de forma moderada, en mayor medida crecimiento tras el trauma.

¿Y qué ocurre entre resiliencia y bienestar?

Tedeschi y Calhoun (1996) proponen tres dominios en los que tiende a ser expresado el crecimiento percibido: cambios en la autopercepción, cambios en la relación con otros y cambios en la filosofía de vida (por ejemplo, apreciación de la vida, cambios en las prioridades, nuevas direcciones, etc). La pregunta es “si uno se ve como mejor persona, o más involucrado en ciertos aspectos de la vida, o más espiritual, o con mejoras en su relación conyugal, o... ¿Qué relación hay entre esto y el bienestar psicológico?”.

Algunas investigaciones revelan una relación positiva. Otras, como la de Lehman (Lehman et al., 1993) en la que se estudió la relación entre el número de cambios positivos, informados por personas que habían perdido a sus cónyuges o hijos en accidentes de circulación y el ajuste psicológico, fallan en este objetivo.

Una posible explicación está en la multidimensionalidad del concepto de resiliencia, así, por ejemplo, una persona puede estar asombrada con la dedicación de su cónyuge y haber logrado lo que de otra manera nunca habría conseguido (por ejemplo, atención, ternura, expresión) y no poder aceptar las implicaciones que una enfermedad oncológica o incapacitante le demanda, viéndose de forma global reducido su bienestar psicológico.

La respuesta queda pues en el aire, sin embargo, la idea preliminar es que el bienestar podría mejorar. En este sentido, otros estudios (Bonanno y Keltner, 1997) muestran que la mayoría de las personas en duelo de su estudio exhibían sonrisas genuinas y hasta risas cuando hablaban sobre su pérdida reciente y que estas personas tendían a tener un ajuste mejor comparados con otros dolientes. En otro estudio (Stein et al., en Bonanno, 2005) con personas que cuidaron a sus parejas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, descubrieron que los cuidadores hacían más evaluaciones positivas que negativas en sus narrativas y que ello predecía altos niveles de bienestar psicológico doce meses después de la muerte de la pareja.

Resiliencia es un tema emergente, todavía en su fase preliminar. Sin embargo, en pleno desarrollo y donde antes se pensaba que la ausencia relativa de distres durante el duelo era rara e incluso psicopatológica (ver, por ejemplo la revisión de Bonanno, 2005), o que se manifestaría en el tiempo como un duelo atrasado o congelado, los teóricos están asumiendo que, en palabras de Bonnano (*ibid*), “la ausencia relativa de síntomas de duelo, y la habilidad para continuar funcionando de forma adecuada siguiendo a la muerte de alguien cercano no parece reflejar negación o patología, sino más bien una inherente y adaptativa resiliencia de cara a la pérdida”. En este sentido, piénsese en lo adaptativo de este tipo de reacción ante, por ejemplo, un duelo anticipatorio.

O’Leary e Ickovics (1998) plantean que cuando un individuo se enfrenta con una situación estresante puede sucumbir o puede responder de una de las tres siguientes formas: sobrevivir, recuperarse o crecer.

Un último aspecto, muy relacionado y de gran importancia es el relativo a qué personas son sujetos de resiliencia, no en el sentido de quienes pueden ser resilientes sino, más bien, en referencia al momento de la vida en que la resiliencia como constructo que hace referencia a un estilo personal puede ser medido. En este sentido,

Patterson (2002) nos habla de dos perspectivas acerca de la resiliencia, en una de ellas, la exposición a factores de alto riesgo sería un requisito para que la persona pudiera ser considerada o no resiliente, en función de su adaptación a tal o tales factores. Desde la otra perspectiva, se podría denominar resilientes a aquellos sujetos que desarrollan fortalezas y funcionan competentemente en muchas circunstancias importantes de la vida en general, considerando a la vida misma como lo suficientemente desafiante como para ir creando situaciones de exposición al riesgo.

Por otro lado, desde una perspectiva prospectiva, Madi y Kobasa (1984) al sugerir el concepto de personalidad resistente, entienden esta como una cualidad capaz de disminuir la reacción del individuo ante determinados problemas o hechos y, en consecuencia, los trastornos asociados, y lo hace de diferentes maneras: modificando las percepciones que se tienen acerca de los estímulos estresantes, haciéndolos menos amenazantes; afectando a sus estrategias de afrontamiento de manera indirecta, por ejemplo, a través del apoyo social, o favoreciendo cambios en determinados estilos de vida.

Justificación:

Tal y como ha quedado reflejado en la revisión precedente, el estudio de las actitudes hacia la muerte es relevante tanto a nivel epistemológico como en todas las áreas vinculadas con la vivencia humana. En el primer caso, el conocimiento científico de base, qué duda cabe, podría cimentar el conocimiento posterior en áreas que se prevé pueden mejorar, pero también en otras no tan conocidas o incluso insospechadas. En el segundo caso y tomando como marco de referencia la Teoría del Manejo del Terror, la influencia de las actitudes hacia la muerte en las relaciones humanas, culturales o, incluso, desde dentro del propio individuo son suficientes como para apostar por su estudio.

Las actitudes hacia la muerte influyen no solo en la vida de las personas, a todos los niveles, sino también quedan influidas por multitud de variables. Esa sinergia, agonismo, interacción, influencia y permisividad de cambio hacen de dichas actitudes objetos de relevancia científica, con potencial para mejorar no solo la calidad de vida de los propios individuos, sino también la de los demás.

El estudio de la relación entre el bienestar psicológico y las actitudes hacia la muerte además de que permite estudiar qué actitudes y en qué medida son más o menos beneficiosas o perjudiciales, también ofrece un vasto y prometedor enfoque educacional sobre tanatología de la vida cotidiana. En este sentido, desde las escuelas de infantil hasta las facultades de enfermería o medicina podrían ser todas subsidiarias de tal beneficio, con las repercusiones lógicas tanto para el colectivo que representan cada una de ellas, como en la población indirecta a la que llega su radio de influencia. Por el mismo motivo, otras áreas, de las cuales la prevención de la psicopatología y el desarrollo positivo son paradigma, también pueden sufrir mejoras con tales bases de conocimiento como premisa.

El auge actual de las ciencias positivas, modelo actual y representante de primera de las cuales hoy en día son, sin duda, el estudio de la resiliencia y del BP, determina la necesidad de entender cómo se relacionan estos constructos.

La importancia de invertir en la investigación sobre el adolescente es clave. 1200 millones de personas en todo el mundo podrían verse beneficiadas (UNICEF, 2011). Y no solo a nivel cuantitativo el alcance es importante, también lo es a nivel cualitativo, ya

que la adolescencia es una fase con características propias. La idiosincrasia inherente a esta fase de la ontogenética convierte su estudio en ineludible para el conocimiento científico y no solo de la muerte, ni de todas sus consecuencias sino, más aún, de la experiencia humana en sus más variadas dimensiones.

Por todo lo dicho, resulta útil el establecimiento de la secuencia siguiente: conocimiento de las actitudes ante la muerte en el colectivo adolescente en su etapa tardía, esclarecimiento de las relaciones entre bienestar psicológico y actitudes ante la muerte, influencia recíproca entre resiliencia y actitudes hacia la muerte y, por último, búsqueda de la aplicabilidad práctica del conocimiento generado.

En esa espera, sirva el presente material.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

1º/ Analizar la relación entre las Actitudes hacia la Muerte y el Bienestar Psicológico

2º/ Determinar la relación entre las Actitudes hacia la Muerte y la Resiliencia

2.2. Objetivos secundarios

1º/ Identificar la influencia de las variables sociodemográficas en las Actitudes hacia la Muerte de los sujetos a estudio.

2º/ Evaluar la influencia de las otras variables de interés en las Actitudes hacia la Muerte de los sujetos a estudio.

3º/ Investigar la relación de las diferentes actitudes hacia la muerte entre sí mismas.

4º/ Obtener la validación parcial y confirmación factorial de los cuestionarios PAM-R y CLFoDS.

5º/ Estudiar la relación entre el Bienestar Psicológico y la Resiliencia.

6º/ Determinar la capacidad de predicción de Bienestar Psicológico y Resiliencia a partir de las Actitudes Hacia la Muerte.

3. HIPÓTESIS

H.1. Las medidas de Miedo a la Muerte (tanto del PAM-R como del CLFoDS), Evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape correlacionan de manera negativa con las medidas de Bienestar Psicológico.

H.2. Las medidas de Miedo a la Muerte (tanto del PAM-R como del CLFoDS), Evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape correlacionan de manera negativa con las medidas de Resiliencia.

H.3. La medida de Aceptación Neutral mantiene correlaciones de signo positivo con las medidas de Bienestar Psicológico.

H.4. La medida de Aceptación Neutral mantiene correlaciones de signo positivo con las medidas de Resiliencia.

H.5. Los sujetos que han experimentado una pérdida personal importante puntúan más en Miedo a la Muerte y Evitación que los que no han vivido tal experiencia.

H.6. Existe una correlación positiva entre Bienestar Psicológico y Resiliencia.

H.7. Existen correlaciones positivas entre el Interés hacia la Muerte y el Miedo y la Evitación de la Muerte.

H.8. Los sujetos del sexo femenino muestran mayor Miedo a la Muerte que los sujetos del sexo masculino.

H.9. A mayor edad de los sujetos se obtienen puntuaciones menores en Miedo a la Muerte en los sujetos.

H.10. Los sujetos con mayor formación en duelo y muerte muestran actitudes más positivas hacia la muerte que aquellos con menor formación.

H.11. Las Actitudes hacia la Muerte de Miedo a la Muerte, Evitación, Aceptación de Escape y Aceptación de Acercamiento son predictores negativos y la actitud de Aceptación Neutral es un predictor positivo de Bienestar Psicológico y Resiliencia.

H.12. La Actitud hacia la Muerte en la que los sujetos obtienen las mayores puntuaciones es en Miedo a la Muerte del PAM-R y Miedo a la Propia Muerte del CLFoDS.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño:

Se trata de un estudio transversal, de tipo observacional, descriptivo e inferencial.

4.2. Participantes en el estudio:

4.1.1. Población

Según datos del INE (2013), se matricularon en las universidades españolas en el año 2011 un total de 1.455.885 personas tanto de los estudios de grado como de los de 1º y 2º ciclo Universitario, siendo mujeres 785.157. En 2012 el número de estudiantes matriculados en grado fue de 1.469.653, de los cuales el 27,9% (410.033 alumnos) tenían 19 años o menos.

Los alumnos de entre 17 y 18 años que cursaron estudios de grado, licenciatura o diplomatura en las diferentes universidades de la Comunidad Valenciana en el curso 2010-11 fueron algo más de 20.500, lo que supone algo menos de la cuarta parte de la población de dicha edad.

Según datos de la misma fuente (INE, 2013), a nivel estatal, dentro de la franja de edad a estudio, en el curso 2010-11 (que es el último que está censado en el momento de escribir estas líneas), el 75,8% de los varones y el 70,7% de las mujeres de 17 años, así como el 34,8% y 40,0% respectivamente para la edad de 18 años cursaron estudios de educación secundaria postobligatoria (bachillerato y ciclos formativos de grado medio) y el 34,2% y 24,6% de hombres y mujeres de 18 años cursaron estudios Universitarios o equivalentes (no se presentan datos para la edad de 17 años referentes a estudios Universitarios). Esto significa que en total, el 69,03% de las personas de 17 y 18 años a nivel nacional son estudiantes universitarios, o bien de educación secundaria postobligatoria.

No obstante al planteamiento que precede, diferentes estudios (Aradilla, 2013; Colell, 2005; Schmidt, 2007) coinciden al encontrar una variabilidad importante en las edades de los estudiantes de 1º curso del Grado en Enfermería.

En cuanto a los estudios de enfermería, para el curso 2011-12 en toda España se matricularon un total de 17.750 alumnos (INE, 2013), por lo que se tomará este dato para el cálculo del tamaño muestral.

4.1.2. Muestra

El tamaño muestral (en población finita) se ha obtenido mediante el algoritmo de cálculo para análisis de diferencias en una muestra aleatoria estratificada procedente de una población de la cual se conoce el número de individuos que la integran.

$$n = N \times Z^2 \times p \times q / d^2 (N-1) + Z^2 \times p \times q$$

N = población

n = muestra

Z = Coeficiente de confianza

Para seguridad del **95%** es de 1.96

p = proporción esperada = 0.5 (50%). este valor maximiza el tamaño muestra. Si es del 5% se multiplica por 0.05.

q = 1- p

d = precisión. Si es de un **3%** se utiliza 0.03

Así pues,

$$n = 17.750 \times 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95 / 0.03^2 (17.750 - 1) + 1.96^2 \times 0.05 \times 0.95$$

$$n = 3238,949 / 16,1566$$

n= 201 sujetos

La muestra para una representatividad óptima debería estar constituida, al menos, por 201 sujetos.

Previamente a la obtención de la muestra se han seguido los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.2.1.1. Criterios de inclusión

- Ser estudiante de Primer Curso del Grado en Enfermería de la Universidad Católica de Valencia (UCV).
- Edad mínima de 17 años.
- Capaz de leer y escribir en español.
- Estar presente en el aula en el momento de la aplicación de los cuestionarios.
- Aceptación voluntaria e informada de participación en el estudio.

4.2.1.2. Criterios de exclusión

- Pertenencia a grupos de ERASMUS o MUNDUS, cursando su estancia en el grupo cuestionado.
- Pertenencia a grupos de intercambio interprovinciales, cursando su estancia en el grupo cuestionado.

Así mismo,

No se administró ningún cuestionario después de que en alguna de las clases previas se hubiera hablado de manera focalizada sobre la muerte, ya como fenómeno (muerte de algún familiar de algún alumno, por ejemplo) o como parte programada de la asignatura. En este sentido se evitó administrar los cuestionarios tras asignaturas como, psicología del cuidado o antropología. Esta decisión fue basada en la investigación de Routledge y Juhl (2010) quienes basándose en la Teoría del Manejo del Terror (Greenberg et al., 1990) muestran como la superficialización (saliencia de la muerte) de pensamientos acerca de la muerte se correlacionaba de manera negativa con las medidas de bienestar psicológico de significado en la vida.

4.3. Instrumentos:

Hoja de información acerca de los cuestionarios (Anexo 1)

Consiste en una página construida por el autor en la cual se asegura a los participantes la confidencialidad de los datos que se sustraigan en la investigación, el anonimato de sus respuestas y participación y la voluntariedad de su participación.

Está provista de una pequeña introducción y un correo electrónico de contacto.

Hoja de recogida de datos Socio-demográficos (Anexo 2)

Es un instrumento muy sencillo, construido ad hoc para la presente investigación que consta de dos partes, la primera donde se preguntan aspectos socio-demográficos básicos (edad, sexo y estado civil) y una segunda parte cuyas cuestiones están referidas a aspectos asociados con la muerte y su vivencia que, tras la revisión pertinente, se consideró podrían ser relevantes para esta investigación (interés acerca del tema de la muerte, historia personal de pérdidas, enfermedades propias de gravedad, etc).

Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) (Anexo 3)

Es una revisión y modificación del “Perfil de Actitudes hacia la Muerte” de Templer (1970), realizada por Gesser, Wong y Recker (1987). Fue traducido al español por Neimeyer (1997). Con una muestra española, Schmith (2007) replicó los factores originales.

Consta de cinco dimensiones, las cuales son:

Miedo a la Muerte

Formada por siete ítems. Hace referencia a preocupaciones hacia la muerte en general, su significado y la muerte propia.

Evitación de la Muerte

Con cinco ítems. Se refiere a los esfuerzos conscientes realizados en primera persona para apartar el pensamiento de la muerte de la consciencia.

Aceptación de Acercamiento

Consta de diez ítems. Intenta medir en qué grado el sujeto piensa que la muerte puede presentar el factor positivo de una vida tras ella y es vivenciado por el sujeto, así mismo, de manera positiva.

Aceptación Neutral

De cinco ítems. Evalúa la muerte como un hecho natural que no posee en sí mismo propiedades agresivas ni atemorizantes, aunque tampoco placenteras.

Aceptación de escape

Formada por cinco ítems. Esta dimensión considera que la muerte es aceptable en el sentido de que es un alivio a los sufrimientos o problemas de esta vida. No mide la bondad de la muerte “per se” sino en relación y comparación a la vida.

El análisis de fiabilidad para los autores de la escala fue de: .86, .88, .97, .65, y .84 (Gesser, Wong y Recker, 1987) y para la adaptación española de .83, .90, .93, .69 y .81 respectivamente para cada una de las cinco dimensiones (Schmith, 2007).

Escala de Miedo a la Muerte de Collet-lester (Anexo 4)

Versión española de Tomás-Sábado, Limonero y Abdel-Khalek (2007).

Esta escala, al igual que sus predecesoras, diferencia entre la muerte y el proceso de morir.

Consta de cuatro subescalas:

- **Miedo a la Muerte Propia**
- **Miedo al Propio Proceso de Morir**
- **Miedo a la Muerte de los Otros**
- **Miedo al Proceso de Morir de los Otros**

La fiabilidad de las cuatro subescalas fue para este autor de: .83, .89, .79 y .86 respectivamente (*ibid*).

Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Anexo 5)

Se trata de una escala que tiene por objeto la medición del Bienestar Psicológico de corte eudamónico y caracterizada por presentar un modelo multidimensional del BP.

Trayectoria de la versión española de la escala de Ryff. Pasos:

1º desarrollo del instrumento por Ryff en 1989: escalas de bienestar psicológico

- Veinte ítems por escala

2º en 1994 Ryff, Lee, Essex y Schumutte desarrollan la 2ª versión

- Catorce ítems por escala

3º en 2002, Ryff y Keyes desarrollan la 3ª versión

- nueve ítems por escala

4º en 2004, van Dierendonck crea su versión de 39 ítems

- La investigación muestra que esta versión es la más ajustada psicométricamente

5º en 2006, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck desarrollan la versión de 21 ítems en castellano (Díaz et al., 2006), que es la utilizada en la presente investigación y consta de 6 dimensiones:

- Autoaceptación

Hace referencia al sentimiento de bienestar con uno mismo, reconociendo y siendo conscientes de sus propias limitaciones y asumiéndolas.

-Relaciones Positivas

Mantenimiento de relaciones positivas y relaciones estables con otras personas, disponer de amigos en los que poder confiar así como tener la capacidad de amar, son las características de esta dimensión.

- Autonomía

Consiste en la capacidad de mantenimiento de su independencia y autoridad personal, ser autodeterminantes. Este tipo de personas resisten mejor la presión social.

- Dominio del Entorno

Fundamentado en la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables con el objeto de satisfacer los deseos y necesidades propias.

- Crecimiento Personal

Es el empeño por desarrollar las propias potencialidades, seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades.

- Propósito en la vida

La definición de metas y objetivos que doten a la vida de un cierto sentido son las propiedades definitorias de las puntuaciones altas en esta dimensión.

La fiabilidad de la escala es adecuada y en la versión de 29 ítems (*ibid*), utilizada en el presente trabajo, los autores informan de los siguientes resultados:

Autoaceptación .84; Relaciones positivas .78, Autonomía .70; Dominio del entorno .82; Propósito en la vida .70 y Crecimiento personal .71.

Escala Breve de Resiliencia (Anexo 6)

Escala que consta de cuatro reactivos

La puntuación de la escala tiene un rango que va desde 4 hasta 20

Los autores (Sinclair y Wallstron, 2004) tras baremar los resultados en la aplicación de su escala observan que el 30,5% de los sujetos puntúan menos de 13 y que el 27,1% 17 o más. Según los autores, se podría considerar a los primeros como “bajos en afrontamiento resiliente” y a los segundos como “altos en afrontamiento resiliente”, quedando otro 32,5% como intermedios o dudosos.

Esta escala de cuatro ítems fue adaptada y validada en España (Tomás, Sancho, Meléndez y Mayordomo, 2012) con una consistencia interna de .79.

4.4. Método

Para la realización del presente estudio se siguieron los siguientes pasos:

En primer lugar se solicitó el permiso correspondiente en Vicerrectorado de Estudiantes en la Universidad Católica de Valencia para poder realizar la administración de los cuestionarios (ver Anexo 7).

Una vez obtenido el permiso, se mantuvieron reuniones con el Decanato de la Facultad de Enfermería para informar de la investigación. En tercer lugar se contactó con los profesores de 1º curso de Grado en Enfermería de las Sedes de Valencia y Alcira de la UCV para convenir en el momento más adecuado para el pase de los cuestionarios, el cual debía ser implementado en horario de clase lectiva con el fin de poder captar al máximo número de alumnos posible.

En el día y hora convenidos para cada grupo (cinco grupos en Valencia y uno en Alcira) se realizó el pase de cuestionarios en una sesión de 25 minutos para cada grupo. En dicha sesión se informó a los estudiantes de manera oral y por escrito (ver Anexo 1) acerca de los cuestionarios, teniendo en cuenta los tres fundamentos principales en la administración de cuestionarios, a saber: la confidencialidad, la voluntariedad y el anonimato.

Todos los paquetes de cuestionarios fueron cumplimentados y recogidos en la misma sesión para cada uno de los grupos. Para la recogida se empleó una bolsa con cremallera que fue cerrada hasta el momento de la introducción de los datos en la base de datos.

Al finalizar la sesión de administración de los cuestionarios se agradeció a todos los asistentes su participación, se facilitó feed-back inmediato y un correo electrónico para cuantas dudas o sugerencias relacionadas con la investigación o los sentimientos que ésta hubiera suscitado pudieran presentarse.

4.5. Análisis de datos

4.5.1. Estudio de las propiedades psicométricas de los cuestionarios PAM y CLFoDS

Para estudiar las propiedades psicométricas de las dos escalas, se llevó a cabo un estudio de su validez y fiabilidad. Con este objetivo se especificaron, estimaron y evaluaron dos modelos de ecuaciones estructurales, y se calcularon estimaciones de consistencia interna.

Los modelos de ecuaciones llevados a cabo, en concreto, análisis factoriales confirmatorios (AFCs), se caracterizan por representar los procesos causales objeto de estudio mediante una serie de ecuaciones, pudiéndose modelar estas ecuaciones estructurales de forma pictórica para conceptualizar de forma más clara la teoría estudiada (Byrne, 2012). Este procedimiento es apropiado cuando, como en este caso, el investigador tiene un conocimiento previo sobre las relaciones entre las variables observables (ítems), en este caso, la estructura original propuesta por los autores.

El primer AFC puesto a prueba, para el Cuestionario PAM-R, especificaba una estructura de cinco factores correlacionados (Miedo a la Muerte, Evitación a la Muerte, Aceptación Neutral, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape), que explicarían los 32 ítems del instrumento, tal y como se puede observar en la Figura 2.

El segundo modelo, para estudiar la validez del Cuestionario CLFoDS, especificaba una estructura de cuatro factores correlacionados (Miedo a la Propia Muerte, Miedo al Propio Proceso de Morir, Miedo a la Muerte de Otros y Miedo al Proceso de Morir de Otros), que explicaban los 28 ítems del cuestionario (ver Figura 3).

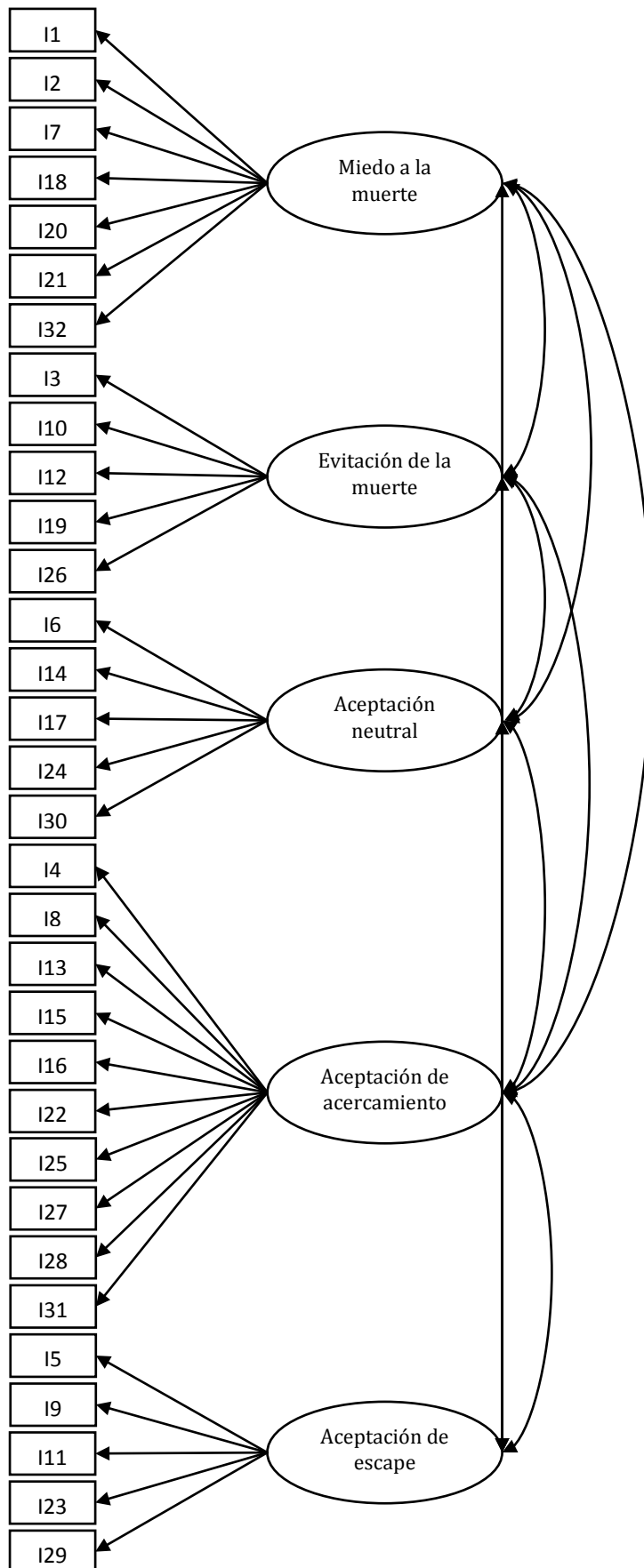
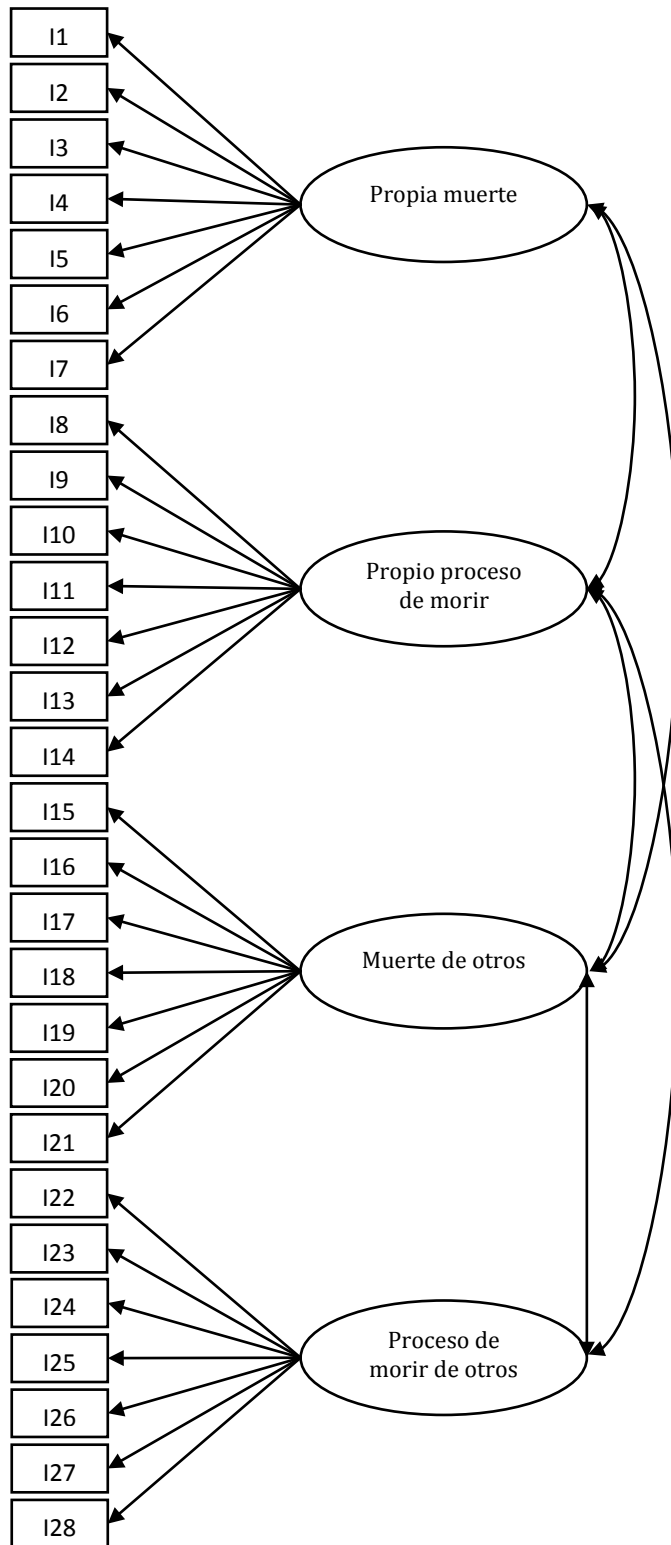
Figura 2. Análisis factorial confirmatorio propuesto para el Cuestionario PAM-R

Figura 3. Análisis factorial confirmatorio propuesto para el Cuestionario CLFoDS

Se parte, como se observa en las figuras 2 y 3, de los modelos originales de de Gesser, Wong y Recker (1987) y Miedo a la muerte de Tomás-Sábado et al. (2007).

Tal y como recomienda la literatura (Hu y Bentler, 1995; Tanaka, 1993), el ajuste de los modelos a los datos se evaluó mediante diversos criterios: el estadístico chi-cuadrado (χ^2), el índice de ajuste comparativo (Comparative Fit Index, CFI) y la raíz media cuadrática del error de aproximación (Root Mean Square Error of Approximation, RMSEA). El estadístico chi-cuadrado estudia la magnitud de las discrepancias entre las matrices de varianzas y covarianzas del modelo estimado y las encontradas en la muestra objeto de estudio (Wang y Wang, 2012). Se espera un resultado estadísticamente no significativo, es decir, que no exista tal discrepancia, de forma que no se rechace la hipótesis nula (Kline, 2011). Este estadístico, no obstante, ha sido ampliamente criticado por su sensibilidad al tamaño muestral, al tamaño de las correlaciones y a la violación de las asunciones de normalidad multivarada, de forma que se han desarrollado diversos índices alternativos para evaluar la bondad de ajuste de los modelos. El CFI y el RMSEA, que se han utilizado en este estudio, son dos de los más ampliamente reconocidos. El CFI compara los resultados del modelo especificado en los datos con los del modelo nulo, que asume covarianzas iguales a cero entre las variables observables, esto es, es un índice de ganancia. Puede obtener valores entre 0 y 1, siendo indicativo de un buen ajuste con valores superiores a .90 e, idealmente, a .95 (Hu y Bentler, 1998, 1999). Por otra parte, el RMSEA evalúa la falta de ajuste especificado a la población, con valores de 0 se interpretan como un ajuste perfecto, y menores de .80 como indicativos de un ajuste adecuado (Browne y Cudeck, 1989; Byrne, 1998).

Para evaluar la fiabilidad⁵ de las escalas se utilizó el alfa de Cronbach para las diferentes subescalas. Este es el índice más conocido para evaluar la consistencia interna, con estimaciones de .70 a .79 considerados moderados y valores de .80 o superiores considerados como alta fiabilidad (Cicchetti, 1994).

⁵ Ésta solo ha podido realizarse por procedimientos de consistencia interna, por falta de mediciones en más de un momento temporal. Entendemos que, a pesar de que esto supone una limitación en el estudio de la fiabilidad del instrumento, sigue la pauta habitual de la literatura científica, siendo el coeficiente alfa de Cronbach el más utilizado para reportar la fiabilidad en los textos científicos.

4.5.2 Estadísticos descriptivos de las variables de interés

Una vez estudiadas las garantías psicométricas de los dos instrumentos claves en el estudio, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las variables incluidas en la investigación. Para las variables cuantitativas y semi-cuantitativas, como el interés por la muerte, la edad a la que la persona cree que morirá, las puntuaciones obtenidas de los cuestionarios PAM-R y CLFoDS, o el bienestar psicológico y la resiliencia, estos análisis incluyeron la media, desviación típica y puntuaciones mínimas y máximas. En el caso de las variables categóricas, como por ejemplo la formación relacionada con la muerte o haber sufrido alguna pérdida personal, se calcularon distribuciones de frecuencias y porcentajes.

4.5.3 Estudio de las actitudes ante la muerte en función de la edad y el sexo

Para estudiar la relación de la edad con las actitudes ante la muerte, tal y como son evaluadas con los cuestionarios PAM-R y CLFoDS, se llevaron a cabo diversas correlaciones de Pearson. Las correlaciones se consideran de pequeño tamaño cuando $r = .10$, moderadas cuando $r = .30$ y grandes cuando $r = .50$ o superior (Cohen, 1988).

También se realizaron análisis de varianza multivariados (MANOVAs) para comparar los niveles en las actitudes ante la muerte en función del sexo. El MANOVA evalúa las diferencias en el centroide de medias de las múltiples variables dependientes (i.e., subescalas del Cuestionario CL-FoDS), para las diversas categorías de las variables independientes (hombre vs. mujer). De entre los diversos criterios multivariados para evaluar los efectos, se escogió el criterio de Pillai, dado que es el más robusto frente a las violaciones de los supuestos (Tabachnick y Fidell, 2007). El segundo paso del MANOVA, si la prueba F muestra que el centroide (vector) de medias de las variables dependientes no es el mismo para los grupos de las variables independientes, es realizar análisis de varianza (ANOVA) de continuación, que determina en cuáles de las variables dependientes (en este caso, las actitudes ante la muerte) se encuentran las diferencias estadísticamente significativas. El tercer paso del MANOVA, para aquellas variables que hayan resultado estadísticamente significativas en los ANOVAs de continuación, es realizar pruebas post-hoc, en este caso de Bonferroni, para las diferencias entre grupos, de forma que se determine qué grupos son los que difieren significativamente en medias. Sin embargo, dado que en este caso concreto la variable independiente tan solo incluía dos categorías, ésta última no fue

necesaria. Los tamaños del efecto (eta-cuadrado parciales) también se estimaron, siendo evaluadas utilizando las guías de Cohen para interpretar la magnitud de dichos efectos: .02, .13 y .26 son utilizados como puntos de corte para pequeños, medios y grandes efectos, respectivamente (Cohen, 1992).

4.5.4 Estudio de las relaciones entre las Actitudes hacia la Muerte, el Bienestar y la Resiliencia

Para conocer las relaciones entre las Actitudes hacia la Muerte y el resto de variables de interés de esta investigación, se utilizaron de nuevo MANOVAs y correlaciones de Pearson⁶.

⁶ Los análisis estadísticos han sido precedidos de un riguroso análisis de los supuestos matemáticos subyacentes y analizados a la vista de los estudios de robustez frente a violaciones de éstos.

En cuanto a los MANOVAs entre-sujetos empleados, los supuestos de este tipo de técnicas son la independencia de las puntuaciones, lo que se garantiza con el tipo de muestreo, la normalidad y la homoscedasticidad. En cuanto a la homoscedasticidad, aunque tiene poco efecto, los análisis estadísticos empleados utilizaron el criterio de Pillai, el más robusto frente al incumplimiento de este supuesto, que puede emplearse en ausencia de la homogeneidad de varianzas, lo que se ha hecho (Tabachnick y Fidell, 2007). El caso de ausencia de normalidad ha sido también estudiado en este trabajo. Es bien conocido, especialmente teniendo en cuenta el Teorema Central del Límite, que la normalidad, salvo condiciones extremas y/o valores atípicos extremos no supone una amenaza para las pruebas de significación. Se han cribado los datos para detectar la posible presencia de valores extremos atípicos, en cuyo caso se hubiera eliminado o recortado de ser necesario. Hoy en día esta es una cuestión fuera de debate, pero un resumen histórico de la ausencia de problemas derivados de la no normalidad puede verse en Glass, Peckham y Sanders (1972) y más recientemente en Harwell, Rubinstein, Hayes y Olds (1992), Maxwell y Delaney (2004), Stevens (1999, 2002) y Tabachnick y Fidell (2012).

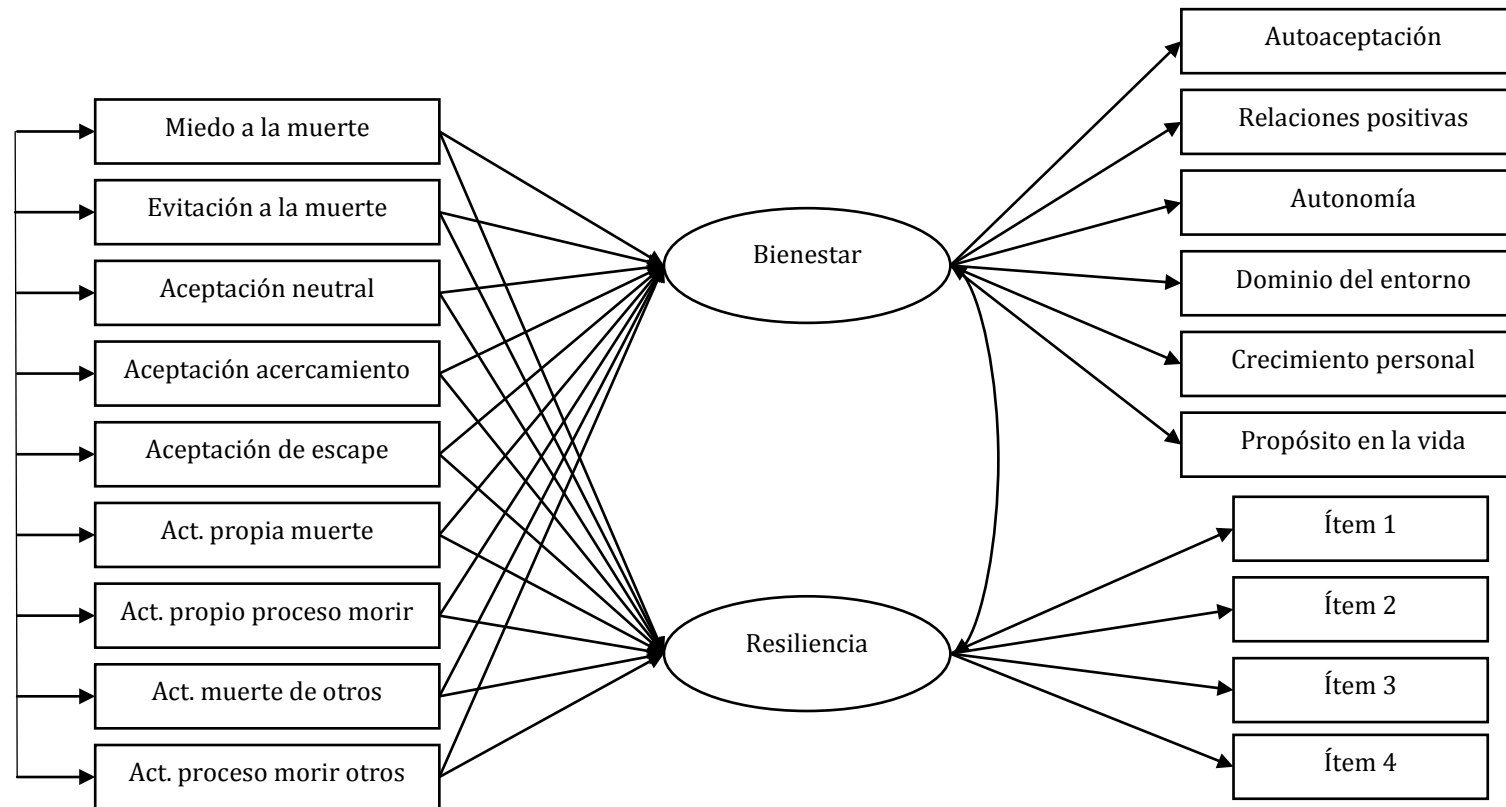
En lo que respecta a los supuestos asociados al uso del coeficiente de correlación de Pearson, el empleo como cuantificador de la relación lineal entre variables es muy robusto, aunque sí podrían verse afectadas sus pruebas de significación (es decir, no afecta a la estimación de la cuantía de la relación, sino en todo caso a la significación que se le asocia a cada valor). No obstante, incluso en ese caso, bajo el supuesto de independencia de las puntuaciones, la correlación es robusta salvo bajo condiciones de no normalidad extrema que no se dan en nuestros datos (Field, 2009; Tabachnick y Fidell, 2012). Además, las correlaciones se calcularon especialmente con afán exploratorio, para pasar a posteriori a emplear técnicas multivariantes más elegantes, potentes y detalladas que permitieran poner a prueba las relaciones hipotetizadas y halladas empíricamente en modelos que controlan por múltiples variables simultáneamente.

El MANOVA se utilizó para comparar las medias en actitudes en función de si los participantes habían recibido formación sobre la muerte (curso) y también para comparar las medias en función de si habían tenido alguna pérdida personal significativa. Tal y como ya se ha explicado en los MANOVAs anteriores, se utilizó el criterio de Pillai y las guías del tamaño del efecto para eta-cuadrado parcial de Cohen (1992).

Las correlaciones de Pearson, por su parte, se utilizaron para relacionar variables cuantitativas o semi-cuantitativas con las Actitudes hacia la Muerte, en concreto: el Interés hacia la Muerte, la edad a la que la persona cree que morirá, las seis dimensiones del Bienestar y la Resiliencia. De nuevo se emplearon los puntos de corte propuestos por Cohen (1988) para el tamaño del efecto de estos análisis.

4.5.5 Modelo predictivo del Bienestar y la Resiliencia a partir de las Actitudes hacia la Muerte

Finalmente, para estudiar las relaciones entre el Bienestar, la Resiliencia y los cuestionarios PAM-R y CL-FoDS, se llevó a cabo un modelo de ecuaciones estructurales en el que las actitudes ante la muerte predecían el Bienestar y la Resiliencia. El modelo hipotetizado, que se puede consultar en la Figura 4, se evaluó con los índices de ajuste explicados anteriormente.

Figura 4. Modelo predictivo del bienestar y la resiliencia a partir de las actitudes ante la muerte

5. RESULTADOS

5.1. Descripción de la muestra

De un total de 332 estudiantes de 1º Curso de Grado en Enfermería de la Universidad Católica de Valencia se incluyeron en el estudio 285 estudiantes, lo cual supone una mortalidad experimental del 14,16%.

Las causas de mortalidad experimental fueron: 42 sujetos no presentes, 2 rechazan participar y en 3 casos respuestas extremas en dos o más cuestionarios.

Tabla 5. Datos básicos de la muestra

N=285		
Sexo	Masculino	26,6% (n=76)
	Femenino	73,1%(n=209)
Edad media		19 (SD= 5,79)
Hasta 21 años		67,1% (n=192)
Rango de edad		17-53
Estado Civil	Soltera/o	95,1% (n=272)
	Casada/o	3,1% (n=9)
	Separada-divorciada/o	1,4% (n=4)
	Viuda/o	0% (n=0)
¿Ha realizado curso duelo/muerte?	Si	5,9%(n=17)
	No	93% (n=266)

La práctica totalidad de los sujetos (95,1%) pertenecían a la categoría “Solteras/os”⁷

Un número muy elevado de participantes (266/93%) referían no haber realizado nunca un curso sobre el duelo o la muerte, fuera de sus estudios Universitarios de Grado en Enfermería.

El rango de edades se presenta elevado, siendo la edad media de 19 años y los sujetos de 21 o menos años el 67,1% de la muestra.

⁷ Este hecho apoya la decisión de excluir del análisis estadístico la variable “Estado Civil”.

En cuanto a la distribución por sexos, aproximadamente las 3/4 partes corresponden al sexo femenino y el resto al masculino.

5.2 Propiedades psicométricas de los cuestionarios PAM-Ry CL-FoDS

Para estudiar la validez de constructo del Cuestionario PAM-R, se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que se identificaron cinco factores latentes que explicaban los distintos ítems del cuestionario: Miedo a la Muerte, Evitación de la Muerte, Aceptación Neutral, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape, siguiendo la propuesta de los autores originales (Gesser, Wong y Recker, 1987). Este modelo mostró un ajuste general muy adecuado: $\chi^2(454) = 864.888$ ($p < .001$), CFI = .944, RMSEA = .057 (intervalo de confianza al 90%: .051-.062). También el ajuste analítico fue correcto, con todos los ítems con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < .010$), tal y como se puede observar en la Tabla 6.

Tabla 6. Saturaciones factoriales del análisis factorial confirmatorio del cuestionario PAM-R

Miedo a la Muerte		Evitación de la Muerte		Aceptación Neutral		Aceptación de Acercamiento		Aceptación de Escape	
Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	.416	3	.740	6	.672	4	.704	5	.474
2	.674	10	.812	14	.832	8	.653	9	.635
7	.870	12	.662	17	.270	13	.682	11	.670
18	.790	19	.817	24	.750	15	.902	23	.777
20	.537	26	.661	30	.402	16	.907	29	.768
21	.621					22	.491		
32	.640					25	.867		
						27	.691		
						28	.753		
						31	.669		

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < .010$).

En cuanto a las relaciones entre los cinco factores, la dimensión de Miedo a la Muerte mostró una relación positiva y estadísticamente significativa con la Evitación de la Muerte, y una relación estadísticamente significativa y negativa con la Aceptación Neutral; la Evitación con la Muerte también se relacionó de forma negativa y estadísticamente significativa con la Aceptación Neutral; y la Aceptación de

Acercamiento y la Aceptación de Escape mostraron una relación estadísticamente significativa y positiva. El resto de correlaciones no resultaron estadísticamente significativas. El detalle de estas relaciones puede consultarse en la Tabla 7.

Tabla 7. Correlaciones entre los factores del cuestionario PAM-R

	Miedo a la Muerte	Evitación de la Muerte	Aceptación Neutral	Aceptación de Acercamiento	Aceptación de Escape
Miedo a la Muerte	1.00				
Evitación de la Muerte	.607**	1.00			
Aceptación Neutral	-.363**	-.223**	1.00		
Aceptación de Acercamiento	.110	.000	-.058	1.00	
Aceptación de Escape	.023	.032	-.041	.279**	1.00

Nota: ** $p < .010$; * $p < .050$.

Por lo que respecta a la validez de constructo del Cuestionario CL-FoDS, se realizó un análisis factorial confirmatorio en el que se identificaron los cuatro factores latentes propuestos por los autores originales (Collett y Lester, 1969; Lester y Abdel-Khalek, 2003; Tomás-Sábado, 2007) que explicaban los 28 ítems del cuestionario: Actitudes hacia la Propia Muerte, Actitudes hacia el Propio Proceso de Morir, Actitudes hacia la Muerte de Otros y Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros. Este modelo también mostró un ajuste general adecuado: $\chi^2(344) = 811.531$ ($p < .001$), CFI = .954, RMSEA = .069 (intervalo de confianza al 90%: .063-.075). El ajuste analítico también fue correcto, con todos los ítems con saturaciones factoriales estadísticamente significativas ($p < .010$), tal y como se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8. Saturaciones factoriales del análisis factorial confirmatorio del cuestionario CL-FoDS

Propia Muerte		Propio Proceso de Morir		Muerte de Otros		Proceso de Morir de Otros	
Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ	Ítem	λ
1	.686	8	.579	15	.749	22	.547
2	.680	9	.694	16	.573	23	.437
3	.676	10	.461	17	.817	24	.753
4	.606	11	.551	18	.666	25	.760
5	.718	12	.681	19	.674	26	.769
6	.780	13	.748	20	.467	27	.733
7	.548	14	.590	21	.800	28	.552

Nota: Todas las saturaciones factoriales resultaron estadísticamente significativas ($p < .010$).

En cuanto a las relaciones entre los cuatro tipos de actitud hacia la muerte, todas ellas fueron positivas y estadísticamente significativas, tal y como se muestra en la Tabla 9.

Tabla 9. Correlaciones entre los factores del cuestionario CL-FoDS

	Propia Muerte	Propio Proceso de Muerte	Muerte de Otros	Proceso de Morir de Otros
Propia Muerte	1.00			
Propio Proceso de Morir	.784**	1.00		
Muerte de Otros	.591**	.712**	1.00	
Proceso de Morir de Otros	.432**	.669**	.724**	1.00

Nota: ** $p < .010$; * $p < .050$.

5.3. Análisis de fiabilidad de los instrumentos de medida

Tabla 10. Análisis de fiabilidad de las escalas a estudio

Instrumento	Estadístico	Elementos	Coficiente
PAM-R	Alfa de Cronbach	32	.826
CL-FoDS	Alfa de Cronbach	28	.913
BP de Ryff	Alfa de Cronbach	29	.896
TER de Sinclair y Wallstron	Alfa de Cronbach	4	.709

Tal y como puede ser observado en la Tabla 10, el análisis muestra una alta fiabilidad en todos los instrumentos excepto para el TER en el que es moderada.

Tabla 11. Análisis de fiabilidad por dimensiones

Instrumento														
PAM					CL-FoDS					BP				
MM	EM	AA	AE	AN	MPM	MPPM	MMO	MPMO	AA	RP	AU	DE	CP	PV
.812	.869	.924	.791	.574	.826	.787	.768	.817	.814	.828	.436	.594	.762	.797

El análisis de fiabilidad para cada una de las dimensiones del PAM-R, el CL-FoDS y la escala de BP, que se muestran en la Tabla 11, muestra la alta fiabilidad de los datos en todas ellas, excepto en Aceptación Neutral (AN) del PAM-R y AU y DE del BP en las cuales es baja y en MPPM y MMO del CL-FoDS y CP del BP en que es moderada.

5.4. Análisis univariante

5.4.1.- Grado de interés acerca de la muerte

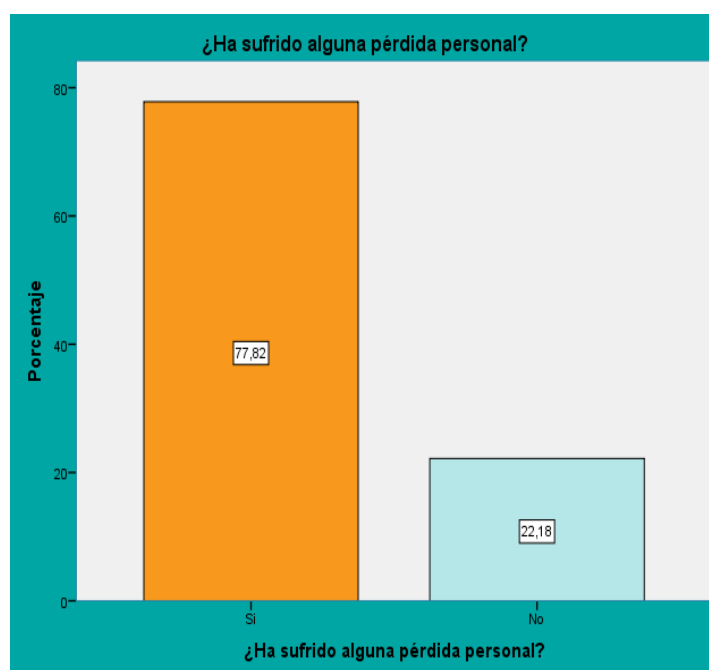
A la pregunta “Valore del 1 al 10 Cuanto le interesa el tema del duelo o la muerte:

La media de interés afirmado es de 7,14 con DT de 1,87

Tabla 12 .Valoración del 1-10 del interés por el tema del duelo o la muerte

	Frecuencia	Porcentaje
1,00	3	1,1
2,00	3	1,1
3,00	5	1,8
4,00	4	1,5
5,00	41	15,0
6,00	31	11,4
7,00	63	23,1
8,00	64	23,4
9,00	26	9,5
10,00	33	12,1
Total	273	100,0
Perdidos	13	
Total	286	

Gráfico 1. Experiencia de pérdida personal



La moda de la distribución de respuestas se sitúa en 8.

Un 5,5% de los sujetos refieren un interés por debajo de 5.

5.4.2. Experiencia de muerte personal

La mayor parte de los sujetos (221) refiere haber sufrido alguna pérdida personal (ya sea humana, animal, material, proyectos, etc). Frente a 63 sujetos que refieren no haber sentido ninguna de esas pérdidas.

5.4.3. Tipo de pérdida

De los sujetos que afirman haber sufrido algún tipo de pérdida,

El rango de edad a la que se produjo tal pérdida se extiende entre los 2 y los 48 años; con media a los 14,4 y Dt de 6,39.

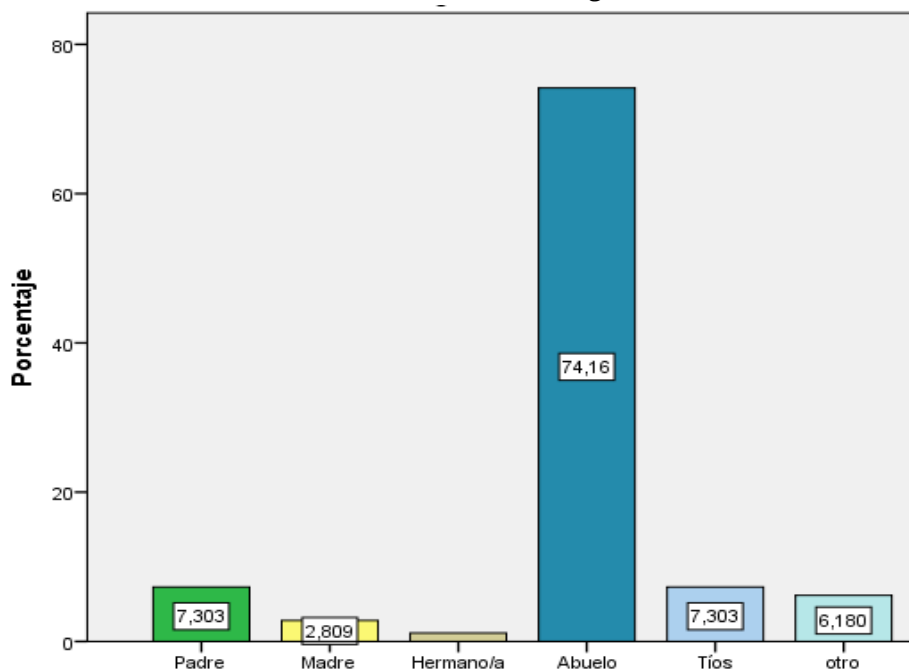
Tabla 13. Tipo de pérdida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
Amigo	26	9,1	11,9
Familiar	181	63,3	82,6
Mascota	9	3,1	4,1
Pareja	2	,7	,9
Otros	1	,3	,5
Total	219	76,6	100,0
Perdidos	67	23,4	
Total	286	100,0	

La mayor parte de los sujetos refiere haber sufrido la pérdida de un familiar (82,6% de los que han respondido a la pregunta).

5.4.4. En caso de ser un familiar: parentesco

Gráfico 2. Parentesco del familiar/allegado fallecido



Como puede observarse en el Gráfico 2, la gran mayoría de los fallecimientos son de orden evolutivo y corresponden a los abuelos.

5.4.5. Una o más muertes

De los 207 sujetos (72,62% del total) que refieren haber sufrido alguna pérdida personal, 93 (42,1%) refieren haber tenido más de una y 114 (51,6%) solo una. En 14 casos los sujetos no han respondido a esta pregunta.

5.4.6. Enfermedad propia de gravedad

22 participantes (7,7%) refieren haber sufrido alguna enfermedad grave a lo largo de su vida, y el 92% (263 participantes) refieren que no.

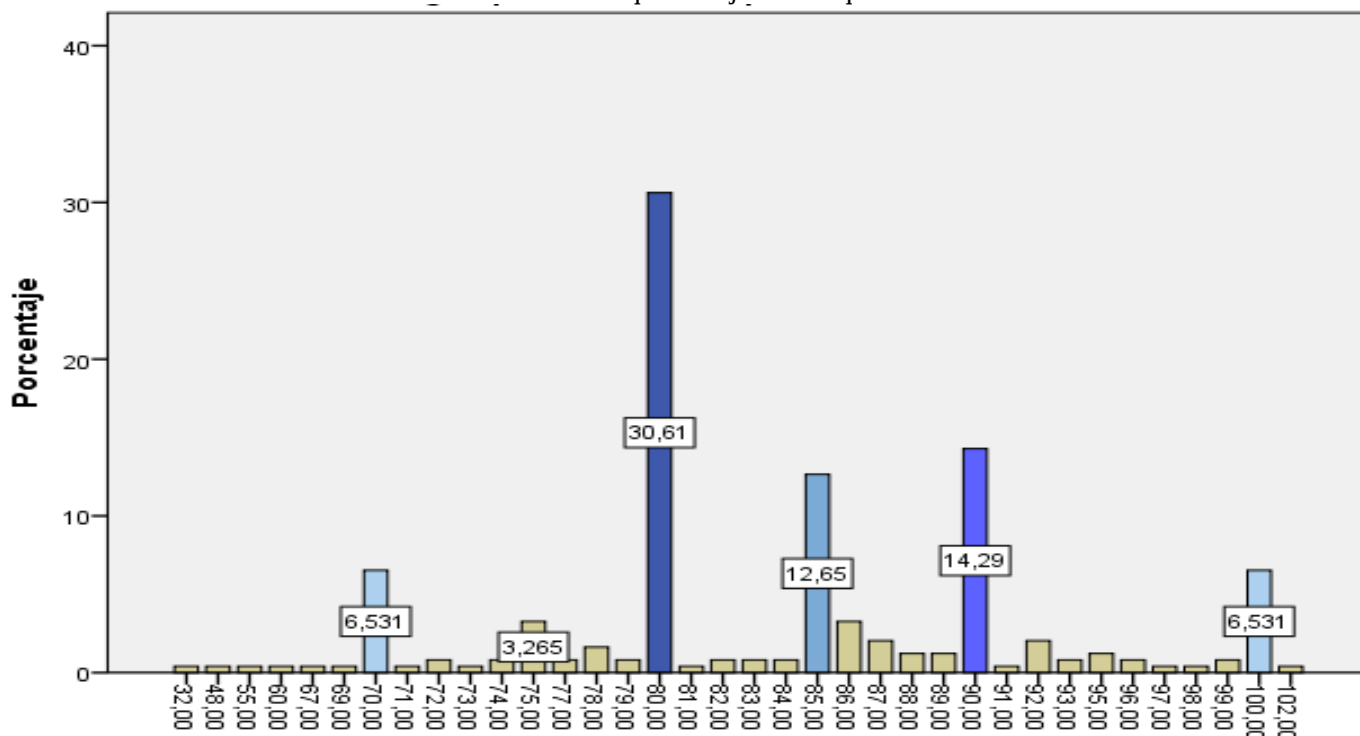
El tipo de patología varía desde leucemia, hasta asma bronquial, pasando por anorexia nerviosa, patología de la coagulación, trauma de tráfico con secuelas, etc.

5.4.7. Viven sus padres

274 de los estudiantes refieren que sus padres sí que viven y 10 de ellos refieren que, al menos uno de ellos, no vive⁸.

5.4.8. Edad presumida de fallecimiento

Gráfico 3. Edad a la que el sujeto cree que morirá



⁸ Este dato apoya la exclusión de la variable “¿Vive sus padres?” del análisis comparativo

Tal y como informa el Gráfico 3, la mayoría de los sujetos presupone que morirá sobre los 80 años. Siendo un 63% del total los que opinan que morirán al menos a esa edad.

No obstante, un 14,7% del total cree que morirá a los 75 o menos y 6 de los sujetos refieren que creen que morirán en edades muy por debajo de las normativas.

5.4.9. Puntuaciones medias en el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte

Tabla 14. Puntuaciones medias en el PAM-R

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PAM Aceptación de Acercamiento	1,00	6,90	3,9762	1,41177
PAM Aceptación Neutral	2,80	7,00	5,6036	,85314
PAM Aceptación Escape	1,00	6,80	3,3637	1,33811
PAM Miedo a la Muerte	1,14	6,86	4,0447	1,30625
PAM Evitación de la Muerte	1,00	7,00	3,8641	1,51992

Para las puntuaciones obtenidas con el PAM-R, la puntuación más alta se obtiene en la dimensión de “Aceptación Neutral” y la más baja en la de “Aceptación de Escape”.

5.4.10. Puntuaciones medias en el CL-FODS

Tabla 15. Puntuaciones medias en el CL-FoDS

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
MPM	7,00	35,00	22,8516	6,22673
MPPM	9,000	35,000	25,46643	5,186737
MMO	13,000	35,000	28,09187	4,761552
MPMO	8,000	35,000	23,86926	5,818216

Para las puntuaciones obtenidas con el CLFoDS, la puntuación más alta se produce en “Miedo a la Muerte de los Otros” y la más baja en “Miedo a Mi Propia Muerte”.

5.4.11. Puntuaciones medias en la escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Tabla 16. Puntuaciones medias en BP de Ryff

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ryff.AA	4,00	24,00	18,3369	3,56685
Ryff.RP	8,00	30,00	25,1525	4,76660
Ryff.AU	8,00	35,00	25,0177	4,10143
Ryff.DE	11,00	30,00	22,8369	3,61221
Ryff.CP	9,00	24,00	20,1312	3,21592
Ryff.PV	10,00	30,00	23,8227	4,10500

Las puntuaciones más altas en Bienestar Psicológico se han producido en las dimensiones de “Autonomía” y “Relaciones Personales” y la menor en “Auto-Aceptación”.

5.4.12. Puntuaciones medias en la escala de Resiliencia de Sinclair y Walstron

Tabla 17. Puntuaciones medias en el TAR

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Test de Afrontamiento Resiliente	4,00	20,00	14,2050	2,88486

Con una puntuación en el TAR total de 14,205, según los baremos de Sinclair y Wallstrom (2004) se trata de una puntuación media que es definida por ellos como intermedia o dudosa.

5.4.13. Realización de un curso sobre duelo y/o muerte

Solo 17 de 283 (6%) sujetos refieren haber recibido formación en duelo y muerte de manera independiente a sus estudios universitarios de enfermería.

5.5. Análisis bivalente

5.5.1. Correlación de Edad con PAM-R

Tabla 18. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones del PAM-R

	Edad	PAM Aceptación de Acercamiento	PAM Aceptación Neutral	PAM Aceptación Escape	PAM Miedo a la Muerte	PAM Evitación de la Muerte
<i>r</i>	1	,126	,167	,107	-,189	-,127
<i>p</i>		,037	,005	,075	,002	,035
<i>n</i>	280	276	276	276	276	276

Para un nivel de significación menor de .05, se aprecian correlaciones positivas y significativas, aunque de pequeño tamaño entre la edad y la “Aceptación de Acercamiento” y la “Aceptación Neutral”.

De la misma manera, se aprecian correlaciones negativas y significativas, también de pequeño tamaño entre la edad y el “Miedo a la Muerte” y la “Evitación de la Muerte”.

Correlación edad-PAM-R tomando solo las edades de 17,18 y 19 años

Tabla 19. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones en el PAM-R

	de 17,18 y 19 años	PAM Aceptación de Acercamiento	PAM Aceptación Neutral	PAM Aceptación Escape	PAM Miedo a la Muerte	PAM Evitación de la Muerte
<i>R</i>	1	,038	,067	,028	-,176	-,056
<i>P</i>		,650	,428	,739	,035	,506
<i>N</i>		143	143	143	143	143

Como puede observarse en la Tabla 19, la única correlación significativa se presenta de manera negativa entre la edad y el “Miedo a la Muerte”, distando fuertemente el resto de dimensiones de la significatividad.

5.5.2. Correlación de Edad con CLFoDS

Tabla 20. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones del CLFoDS

	Edad	MPM	MPPM	MMO	MPMO
	<i>r</i>	1	-,229	-,058	-,102
Edad	<i>p</i>		,000	,088	,001
	<i>n</i>	278	278	278	278

La edad para el conjunto de la muestra correlaciona de manera significativa y negativa en las subescalas de “Miedo a tu propio proceso de morir” y “Miedo al proceso de morir de los otros” de la escala CL-FoDS.

Correlación Edad con CL-FoDS tomando solo las edades de 17,18 y 19 años

Tabla 21. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones en el CLFoDS

	de 17,18 y 19 años	MPM	MPPM	MMO	MPMO
	<i>r</i>	1	-,249	-,095	-,108
de 17,18 y 19 años	<i>p</i>		,003	,259	,198
	<i>n</i>	143	143	143	143

Al excluir de la muestra aquellos casos mayores de 19 años solo se aprecia significación en la correlación con “Miedo a tu Propio Proceso de Morir”.

5.5.3. Correlación de Edad con Bienestar Psicológico

Tabla 22. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones de Bienestar Psicológico

	Edad	Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
<i>r</i>	1	,080	-,017	,109	,160	,178	,073
Edad	<i>p</i>		,181	,779	,069	,008	,003
	<i>n</i>	280	278	278	278	278	278

En la Tabla 22 se pueden observar correlaciones estadísticamente significativas entre la edad de los sujetos y las subescalas de bienestar subjetivo de “Dominio del Entorno” y “Crecimiento Personal”.

Correlación Edad- Bienestar Psicológico tomando solo las edades de 17,18 y 19 años

Tabla 23. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones de Bienestar Psicológico

	de 17,18 y 19 años	Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
<i>r</i>	1	,088	-,027	-,004	,025	,065	,024
de 17,18 y 19 años	<i>p</i>		,297	,751	,959	,768	,443
	<i>n</i>		143	143	143	143	143

En la submuestra de sujetos de 17,18 y 19 años no se evidencia ningún tipo de asociación entre ambas variables (para $p < .05$)

5.5.4. Correlación de Edad y Edad de 17 a 19 años con Resiliencia

Tabla 24. Correlaciones entre la Edad y Edad de 17 a 19 años y sus puntuaciones en el TAR

		Edad	Edad 17-19
TAR	<i>r</i>	.165	-.013
	<i>p</i>	.006	.879

Al asociar las variables Edad y Edad de 17 a 19 años se aprecia una correlación positiva y significativa entre la Edad y las respuestas al TAR, pero no entre éstas y la Edad de 17 a 19 años.

5.5.5. Correlación de Interés hacia la Muerte con PAM-R

Tabla 25. Correlación Interés hacia la Muerte con PAM-R

		PAM AA	PAM AN	PAM AE	PAM MM	PAM EM
Valore del 1-10 cuanto le	<i>r</i>	,187	,033	-,015	,018	-,287
interesa el tema del duelo o	<i>p</i>	,002	,595	,803	,769	,000
la muerte	<i>n</i>	269	269	269	269	269

Tal y como se puede observar en la Tabla 25, hay correlación significativa entre el “Interés acerca del tema de la muerte” y las dimensiones “Aceptación de Acercamiento” y “Evitación de la Muerte” del PAM-R, siendo positiva en la primera dimensión y negativa en la segunda.

5.5.6. Correlación de Interés hacia la Muerte con CL-FoDS

Tabla 26. Correlación Interés hacia la muerte con CL-FoDS

		MPM	MPPM	MMO	MPMO
Valore del 1-10 cuanto	<i>r</i>	,038	,108	,059	,013
le interesa el tema del	<i>p</i>	,538	,076	,334	,837
duelo o la muerte					

No se aprecian correlaciones con significación ($p < .05$) para las variables a estudio.

5.5.7. Correlación de Interés hacia la Muerte con Bienestar Psicológico

Tabla 27. Correlación Interés hacia la muerte con Bienestar Psicológico

		Ryff. AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
Valore del 1-10 cuanto	<i>r</i>	-,030	-,095	,013	,038	,125	,050
le interesa el tema del	<i>p</i>	,623	,121	,830	,537	,041	,416
duelo o la muerte	<i>n</i>	270	270	270	270	270	270

Se evidencia correlación de corte positivo e intensidad moderada con significación estadística entre las variables “Interés por el tema de la muerte” y la subescala de “Crecimiento Personal” del Ryff.

5.5.8. Correlación de Interés hacia la Muerte con Resiliencia

Tabla 28. Correlación de Interés hacia la Muerte con Resiliencia

		TAR
Valore del 1-10 cuanto le	<i>r</i>	,133
interesa el tema del duelo o	<i>p</i>	,030
la muerte	<i>n</i>	266

Se objetiva correlación de corte positivo y moderada con significación estadística entre las variables “Interés por el tema de la Muerte” y el TAR.

5.5.9. Correlación de Edad prevista de muerte con CL-FoDS y PAM-R

Tabla 29. Correlación Edad prevista de muerte con CL-FoDS y PAM-R

		MPM	MPPM	MMO	MPMO	PAM-R MM	PAM-R EV	PAM-R AA	PAM-R AE	PAM-R AN
Edad	<i>r</i>	-.116	.000	.034	-.020	-.081	-.079	-.18	.124	.118
presumida	<i>p</i>	.091	.997	.626	.775	.239	.251	.793	.072	.087

Tal y como aparece en la tabla 29, no se encuentran correlaciones entre la edad prevista de fallecimiento y las subescalas del CL-FoDS y del PAM-R.

5.5.10. Correlación de Edad prevista de muerte con Bienestar Psicológico y Resiliencia

Tabla 30. Correlaciones entre Edad prevista de muerte y BP y resiliencia

		¿A qué edad?	Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV	TAR
¿A qué edad?	Correlación de Pearson	1	-,018	-,073	-,002	,078	,024	,028	,114
	Sig. (bilateral)		,791	,290	,972	,259	,731	,680	,098
Ryff.AA	Correlación de Pearson		1	,473**	,413**	,681**	,551**	,731**	,318**
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000	,000	,000
Ryff.RP	Correlación de Pearson			1	,254**	,449**	,339**	,399**	,176**
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000	,000	,003
Ryff.AU	Correlación de Pearson				1	,284**	,354**	,322**	,302**
	Sig. (bilateral)					,000	,000	,000	,000
Ryff.DE	Correlación de Pearson					1	,536**	,691**	,303**
	Sig. (bilateral)						,000	,000	,000
Ryff.CP	Correlación de Pearson						1	,598**	,328**
	Sig. (bilateral)							,000	,000
Ryff.PV	Correlación de Pearson							1	,346**
	Sig. (bilateral)								,000
TAR	Correlación de Pearson								1
	Sig. (bilateral)								

No se evidencia correlación entre la edad prevista de muerte y ninguna de las dimensiones de la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff como tampoco con el TAR.

Así mismo, en la Tabla 30, se puede observar como correlacionan todas las dimensiones de Bienestar Psicológico entre ellas y con la puntuación de los sujetos en el TAR, siendo todas estas correlaciones positivas y estadísticamente significativas.

5.5.11. Correlación de PAM-R con PAM-R

En la Tabla 31, se puede observar correlaciones significativas entre:

Aceptación de Acercamiento: positiva con Aceptación de Escape y con miedo a la muerte.

Aceptación Neutral: negativa con Miedo a la Muerte y Evitación de la Muerte

Miedo a la muerte: positiva con Evitación de la muerte

Tabla 31. Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala PAM-R

		PAM AA	PAM AN	PAM AE	PAM MM	PAM EM
PAM AA	Correlación de Pearson	1	-,017	,170	,162*	,000
	Sig. (bilateral)		,779	,004	,006	,998
PAM AN	Correlación de Pearson		1	,112	-,357	-,227
	Sig. (bilateral)			,061	,000	,000
PAM AE	Correlación de Pearson			1	,020	,023
	Sig. (bilateral)				,733	,701
PAM MM	Correlación de Pearson				1	,509
	Sig. (bilateral)					,000
PAM EM	Correlación de Pearson					1
	Sig. (bilateral)					

5.5.12. Correlación de PAM-R con CL-FoDS

En la página siguiente, Tabla 32, se puede comprobar la asociación mediante correlaciones estadísticamente significativas entre:

“Aceptación de Acercamiento” y “Miedo a la Muerte Propia” y “Miedo a la Muerte de los Otros”, de carácter positivo.

“Aceptación Neutral” y todas las escalas del CL-FoDS. Todas ellas con signo negativo.

“Miedo a la Muerte” y todas las escalas del CL-FoDS. Todas ellas con signo positivo.

“Evitación de la Muerte” y todas las escalas del CL-FoDS. De nuevo todas ellas con signo positivo.

Sin embargo, Aceptación de Escape no mantiene correlación alguna con el CL-FoDS

Tabla 32. Correlaciones entre las dimensiones de la escala PAM-R y del CL-FoDS

		MPM	MPPM	MMO	MPMO
PAM Aceptación de	<i>r</i>	,125	,089	,180	,024
Acercamiento	<i>p</i>	,036	,137	,003	,686
PAM Aceptación Neutral	<i>r</i>	-,230	-,232	-,147	-,194
	<i>p</i>	,000	,000	,014	,001
PAM Aceptación Escape	<i>r</i>	-,029	-,006	,000	,015
	<i>p</i>	,633	,918	1,000	,804
PAM Miedo a la Muerte	<i>r</i>	,700	,463	,399	,298
	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000
PAM Evitación de la	<i>r</i>	,344	,244	,246	,245
Muerte	<i>p</i>	,000	,000	,000	,000

5.5.13. Correlación de PAM-R con Bienestar Psicológico y Resiliencia

Tabla 33. Correlación de PAM-R con Bienestar Psicológico y Resiliencia

		Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV	TAR
PAM AA	<i>r</i>	,076	,004	-,083	,021	,001	,134	,078
	<i>p</i>	,206	,946	,167	,723	,982	,024	,199
PAM AN	<i>r</i>	,211	,072	,173	,168	,285	,202	,202
	<i>p</i>	,000	,230	,004	,005	,000	,001	,001
PAM AE	<i>r</i>	-,229	-,173	-,178	-,227	-,181	-,196	-,049
	<i>p</i>	,000	,004	,003	,000	,002	,001	,413
PAM MM	<i>r</i>	-,230	-,197	-,140	-,208	-,221	-,113	-,125
	<i>p</i>	,000	,001	,019	,000	,000	,059	,038
PAM EM	<i>r</i>	-,045	-,043	-,123	-,058	-,151	-,050	-,103
	<i>p</i>	,451	,471	,039	,336	,011	,408	,087

Se evidencia una ligera correlación con significación estadística entre la “Aceptación de Acercamiento” y el “Propósito en la Vida”.

La “Aceptación Neutral” correlaciona de manera positiva y significativa con el TAR y con todas las dimensiones de BP excepto con “Realización Personal”.

La “Aceptación de Escape” mantiene correlaciones significativas de corte negativo con todas las dimensiones del BP y, aunque mantiene el carácter negativo de la correlación, ésta asociación no se muestra significativa con la escala TAR.

La dimensión de “Miedo a la Muerte” correlaciona de manera positiva y significativa con el TAR y con todas las dimensiones de BP excepto con “Propósito en la Vida”.

Y la “Evitación de la Muerte” no muestra correlación con significación estadística con ninguna de las variables estudiadas.

5.5.14. Correlación de CLFoDS con CL-FoDS

MPM	Correlación de Pearson	1	,645**	,499**	,394**
MPPM	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000
MMO	Correlación de Pearson		1	,563**	,559**
MPMO	Sig. (bilateral)			,000	,000

Tabla 34. Correlación entre las distintas dimensiones del CL-FoDS

El conjunto de datos perteneciente a la Tabla 34, objetiviza la significación de las correlaciones entre todas las dimensiones de la CLFoDS.

5.5.15. Correlación de CL-FoDS con Bienestar Psicológico

Tabla 35. Correlaciones entre la CLFoDS y la escala de BP de Ryff

		Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
MPM	<i>r</i>	-,160	-,023	-,086	-,096	-,089	-,033
	<i>p</i>	,007	,706	,150	,109	,137	,586
MPPM	<i>r</i>	-,176	-,084	-,110	-,108	-,080	-,120
	<i>p</i>	,003	,158	,064	,071	,179	,044
MMO	<i>r</i>	-,152	-,113	-,123	-,133	-,086	-,041
	<i>p</i>	,010	,058	,039	,025	,149	,494
MPMO	<i>r</i>	-,214	-,129	-,231	-,183	-,141	-,159
	<i>p</i>	,000	,031	,000	,002	,017	,007

Las correlaciones existentes que presentan significatividad ($p < .05$ o $p < .01$) entre el CLFoDS y la escala de BP son todas ellas de carácter negativo, y se producen entre: “Miedo a la Muerte Propia” y AA; “Miedo al Propio Proceso de Morir” y AA;

“Miedo a la Muerte de los Otros” y AA, AU y DE; “Miedo al Proceso de Morir de los Otros” y todas las dimensiones del Ryff.

Para pormenorizar el análisis, se muestra también las correlaciones entre BP y la dimensión MPMO del CL-FoDS divididas entre hombres y mujeres.

Tabla 36. Correlaciones entre BP y MPMO para sexo masculino

	MPMO
Ryff.AA	-.173
Ryff.RP	-.103
Ryff.AU	-.272*
Ryff.DE	-.067
Ryff.CP	-.190
Ryff.PV	-.236*

Nota: ** $p < .010$; * $p < .050$.

Tabla 37. Correlaciones entre BP y MPMO para sexo femenino

	MPMO
Ryff.AA	-.222**
Ryff.RP	-.180**
Ryff.AU	-.176**
Ryff.DE	-.231**
Ryff.CP	-.111
Ryff.PV	-.141*

Nota: ** $p < .010$; * $p < .050$.

Se aprecian correlaciones negativas y significativas para hombres en AU y PV, y para mujeres en todas las dimensiones de BP excepto en CP, donde la dirección también es negativa.

5.5.16. Correlación de CL-FoDS con Resiliencia

Tabla 38. Correlación entre el TAR y el CL-FoDS

		MPM	MPPM	MMO	MPMO
TAR	<i>r</i>	-,064	-,034	-,065	-,187
	<i>p</i>	,285	,578	,277	,002

Se presentan todas las correlaciones con carácter negativo, alcanzando la significatividad estadística únicamente entre la Escala de Afrontamiento Resiliente con la Dimensión de “Miedo al Proceso de Morir de los Demás”.

5.5.17. Correlación de Bienestar Psicológico con Bienestar Psicológico

Tabla39. Correlaciones entre las distintas dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff

		Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
Ryff.AA	Correlación de Pearson	1	,473	,413	,681	,551	,731
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000	,000
Ryff.RP	Correlación de Pearson		1	,254*	,449	,339	,399
	Sig. (bilateral)			,000	,000	,000	,000
Ryff.AU	Correlación de Pearson			1	,284	,354	,322
	Sig. (bilateral)				,000	,000	,000
Ryff.DE	Correlación de Pearson				1	,536	,691
	Sig. (bilateral)					,000	,000
Ryff.CP	Correlación de Pearson					1	,598
	Sig. (bilateral)						,000
Ryff.PV	Correlación de Pearson						1
	Sig. (bilateral)						

5.4.18. Correlación de Bienestar Psicológico con Resiliencia

Tabla 40. Correlación entre las dimensiones de la escala de BP de Ryff y el TAR

		Ryff.AA	Ryff.RP	Ryff.AU	Ryff.DE	Ryff.CP	Ryff.PV
TAR	<i>r</i>	,318	,176	,302	,303	,328	,346
	<i>p</i>	,000	,003	,000	,000	,000	,000

En los dos conjuntos de datos precedentes (Tabla 39 y Tabla 40) se puede apreciar como se producen correlaciones positivas y significativas entre todas las dimensiones de la escala de BP de Ryff, así como entre éstas y el Test de afrontamiento Resiliente de Sinclair y Wallstrom (2004).

5.6. Análisis comparativo

5.6.1 Actitudes hacia la Muerte en función de la edad y el sexo

Para estudiar las diferencias en medias de actitudes ante la muerte, evaluadas con el Cuestionario PAM-R, en función del sexo, se llevó a cabo un MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes el miedo a la muerte, la evitación a la muerte, la aceptación neutral, la aceptación de acercamiento y la aceptación de escape. Los resultados del MANOVA no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $F(5,275) = 1.741$, $p = .125$, $\eta^2 = .031$.

Tampoco los ANOVAs de continuación, que se pueden observar en la Tabla 41, mostraron tales diferencias. En la Tabla 42 pueden observarse las medias y desviaciones típicas obtenidas por los diferentes grupos en cada una de las dimensiones.

Tabla 41. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona sexo con las actitudes ante la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	glden	F	p	η^2
Sexo	Miedo a la Muerte	1	279	0.620	.432	.002
	Evitación de la Muerte	1	279	1.210	.272	.004
	Aceptación Neutral	1	279	2.303	.130	.008
	Aceptación de Acercamiento	1	279	3.363	.068	.012
	Aceptación de Escape	1	279	1.653	.200	.006

Tabla 42. Medias y desviaciones típicas de las actitudes ante la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los géneros.

	Hombres		Mujeres	
	M	DT	M	DT
Miedo a la Muerte	3.94	1.39	4.08	1.27
Evitación de la Muerte	3.69	1.46	3.92	1.53
Aceptación Neutral	5.73	0.82	5.55	0.86
Aceptación de Acercamiento	3.71	1.56	4.06	1.34
Aceptación de Escape	3.53	1.43	3.30	1.29

En cuanto al estudio de las diferencias en medias de actitudes hacia la muerte, evaluadas con el Cuestionario CLFoDS, en función del sexo, el MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes actitudes hacia la propia muerte, actitudes hacia el propio proceso de morir, actitudes hacia la muerte de otros y actitudes hacia el proceso de morir de otros, mostró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres: $F(4,278) = 8.523$, $p < .001$, $\eta^2 = .109$, de tamaño medio (explicaban el 10.9% de la varianza).

Los ANOVAs de continuación, que se pueden observar en la Tabla 43, apuntaron que dichas diferencias se encontraban en las cuatro actitudes o variables dependientes. Tal y como se puede observar en la Tabla 44, estas diferencias siempre fueron a favor de las mujeres, que mostraron mayores medias en los cuatro tipos de actitudes.

Tabla 43. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona sexo con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CL-FoDS) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	glden	F	p	η^2
Sexo	Propia Muerte	1	281	5.850	.016	.020
	Propio Proceso de Morir	1	281	7.756	.006	.027
	Muerte de Otros	1	281	21.099	<.001	.070
	Proceso de Morir de Otros	1	281	30.561	<.001	.098

Tabla 44. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CL-FoDS) para cada uno de los géneros.

	Hombres		Mujeres	
	M	DT	M	DT
Propia Muerte	21.37	6.50	23.38	6.05
Propio Proceso de Morir	24.05	5.41	25.97	5.01
Muerte de Otros	26.00	5.55	28.84	4.20
Proceso de Morir de Otros	20.84	6.06	24.96	5.33

5.6.2 Relaciones bivariadas entre las Actitudes hacia la Muerte, el Bienestar y la Resiliencia

Para estudiar las diferencias en medias de actitudes ante la muerte, evaluadas con el Cuestionario PAM-R, en función de la formación específica en la muerte o el proceso de morir, se llevó a cabo un MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes el miedo a la muerte, la evitación a la muerte, la aceptación neutral, la aceptación de acercamiento y la aceptación de escape. Los resultados del MANOVA no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $F(5,273) = 1.908$, $p = .093$, $\eta^2 = .034$.

Los ANOVAs de continuación, sin embargo, mostraron diferencias estadísticamente significativas en miedo a la muerte, aunque de tamaño residual: $F(5,273) = 1.908$, $p = .093$, $\eta^2 = .034$, explicando un 1.4% de la varianza. En la Tabla 46 pueden observarse las medias y desviaciones típicas obtenidas por los diferentes grupos en cada una de las dimensiones.

Tabla 45. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona formación con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	gl den	F	p	η^2
Formación	Miedo a la Muerte	1	277	3.898	.049	.014
	Evitación de la Muerte	1	277	1.962	.162	.007
	Aceptación Neutral	1	277	0.015	.902	.000
	Aceptación de Acercamiento	1	277	0.429	.513	.002
	Aceptación de Escape	1	277	3.831	.051	.014

Tabla 46. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los grupos.

	Con formación		Sin formación	
	M	DT	M	DT
Miedo a la Muerte	3.42	1.10	4.08	1.30
Evitación de la Muerte	3.35	1.62	3.89	1.51
Aceptación Neutral	5.62	0.80	5.59	0.85
Aceptación de Acercamiento	3.75	1.61	3.99	1.40
Aceptación de Escape	4.00	1.37	3.32	1.33

Para el estudio de las diferencias en medias de actitudes hacia la muerte, evaluadas con el Cuestionario CL-FoDS, en función de la formación, se llevó a cabo otro MANOVA en el que se incluyeron como variables dependientes actitudes hacia la propia muerte, actitudes hacia el propio proceso de morir, actitudes hacia la muerte de otros y actitudes hacia el proceso de morir de otros. Este análisis mostró diferencias estadísticamente significativas entre los participantes con formación y aquellos que no la tenían: $F(4,276) = 4.782$, $p = .001$, $\eta^2 = .065$, de tamaño medio (6.5% de la varianza).

Los ANOVAs de continuación, que se pueden observar en la Tabla 47, apuntaron que dichas diferencias se encontraban en las actitudes hacia la propia muerte y hacia la muerte de otros. Tal y como se puede observar en la Tabla 48, en ambos casos estas diferencias fueron a favor del grupo sin formación, que mostró mayores medias.

Tabla 47. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona la formación con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CL-FoDS) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	glden	F	p	η^2
Formación	Propia Muerte	1	279	8.862	.003	.031
	Propio Proceso de Morir	1	279	0.873	.351	.003
	Muerte de Otros	1	279	11.406	.001	.039
	Proceso de Morir de Otros	1	279	3.452	.064	.012

Tabla 48. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) para cada uno de los grupos

	Con formación		Sin formación	
	M	DT	M	DT
Propia Muerte	18.58	6.11	23.16	6.14
Propio Proceso de Morir	24.29	5.86	25.50	5.13
Muerte de Otros	24.35	5.27	28.31	4.64
Proceso de Morir de Otros	21.29	6.01	23.98	5.76

Con el objetivo de estudiar las diferencias en medias de actitudes hacia la muerte, evaluadas con el Cuestionario PAM-R, en función de si los participantes habían sufrido o no una pérdida personal significativa, se llevó a cabo un MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes el miedo a la muerte, la evitación a la

muerte, la aceptación neutral, la aceptación de acercamiento y la aceptación de escape. Los resultados de este análisis no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $F(5,274) = 0.442$, $p = .819$, $\eta^2 = .008$.

Tampoco los ANOVAs de continuación, que se pueden observar en la Tabla 49, mostraron tales diferencias. En la Tabla 50 pueden observarse las medias y desviaciones típicas obtenidas por los diferentes grupos en cada una de las dimensiones.

Tabla 49. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona haber sufrido una pérdida personal con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	glden	F	p	η^2
Pérdida personal	Miedo a la Muerte	1	278	0.005	.941	.000
	Evitación de la Muerte	1	278	0.002	.966	.000
	Aceptación Neutral	1	278	1.484	.224	.005
	Aceptación de Acercamiento	1	278	0.545	.461	.002
	Aceptación de Escape	1	278	0.000	.993	.000

Tabla 50. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los grupos.

	Con pérdida		Sin pérdida	
	M	DT	M	DT
Miedo a la Muerte	4.05	1.32	4.04	1.23
Evitación de la Muerte	3.86	1.55	3.85	1.42
Aceptación Neutral	5.56	0.87	5.71	0.75
Aceptación de Acercamiento	3.94	1.41	4.09	1.37
Aceptación de Escape	3.36	1.34	3.36	1.32

En cuanto al estudio de las diferencias en medias de actitudes hacia la muerte, evaluadas con el Cuestionario CLFoDS, en función de la pérdida personal, el MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes actitudes hacia la propia muerte, actitudes hacia el propio proceso de morir, actitudes hacia la muerte de otros y actitudes hacia el proceso de morir de otros, tampoco mostró diferencias

estadísticamente significativas entre aquellos que habían sufrido una pérdida y aquellos que no: $F(4,277) = 0.797$, $p = .528$, $\eta^2 = .011$.

Los ANOVAs de continuación, que se pueden observar en la Tabla 51, tampoco mostraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las actitudes en función del grupo. En la Tabla 52 pueden observarse las medias y desviaciones típicas obtenidas por los diferentes grupos en cada una de las actitudes.

Tabla 51. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona haber sufrido una pérdida personal con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CL-FoDS) como variables dependientes.

Fuente de variación	Variables dependientes	glnum	glden	F	p	η^2
Pérdida personal	Propia Muerte	1	280	0.033	.855	.000
	Propio Proceso de Morir	1	280	1.865	.173	.007
	Muerte de Otros	1	280	0.015	.901	.000
	Proceso de Morir de Otros	1	280	0.070	.792	.000

Tabla 52. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CL-FoDS) para cada uno de los grupos.

	Con pérdida		Sin pérdida	
	M	DT	M	DT
Propia Muerte	22.90	6.22	22.74	6.27
Propio Proceso de Morir	25.65	5.15	24.65	5.17
Muerte de Otros	28.10	4.80	28.01	4.68
Proceso de Morir de Otros	23.88	5.96	23.66	5.22

5.6.3 Modelo predictivo del Bienestar y la Resiliencia a partir de las Actitudes hacia la Muerte

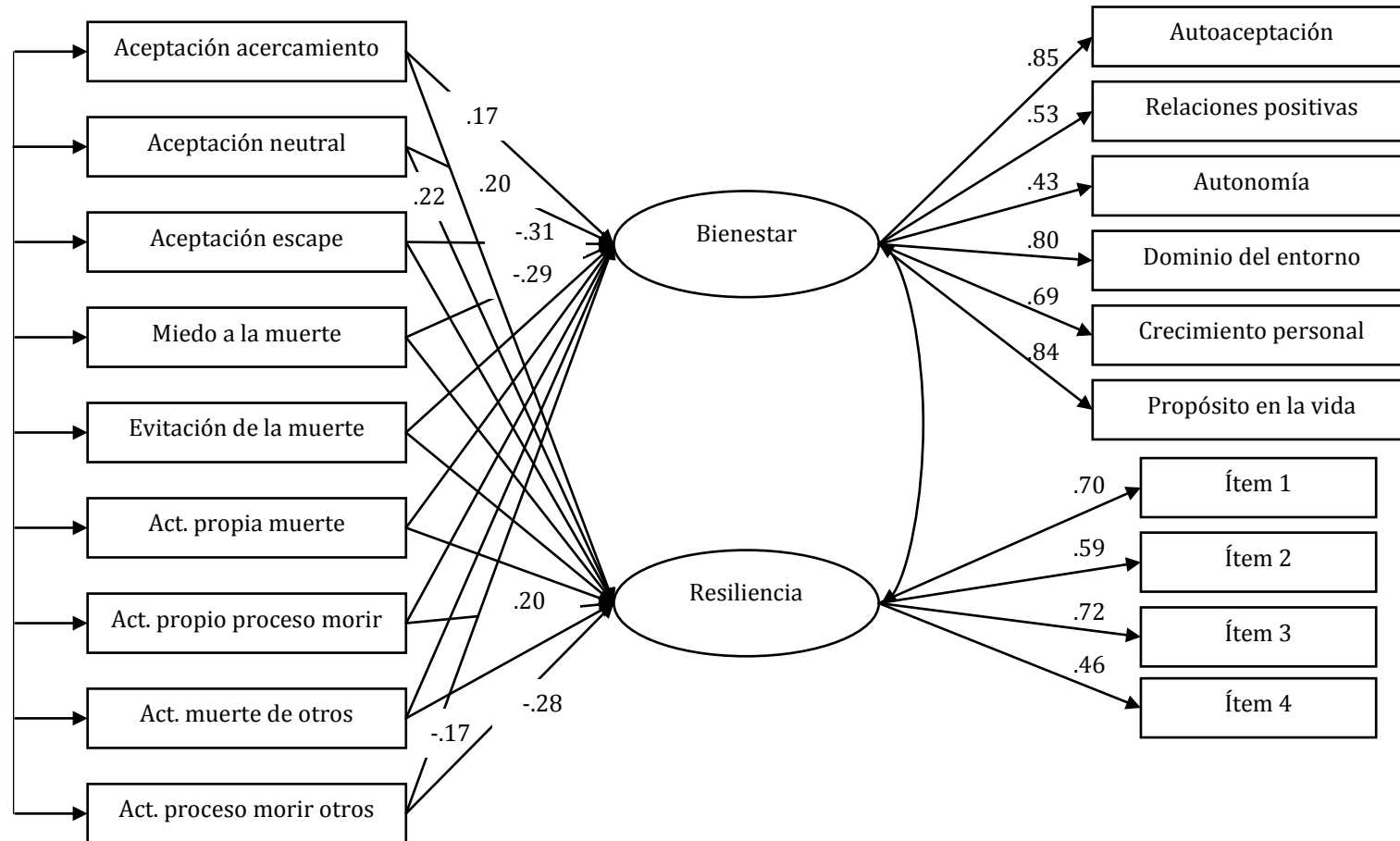
El modelo de ecuaciones estructurales en el que las actitudes ante la muerte predecían el bienestar y la resiliencia mostró un ajuste general adecuado: $\chi^2 (106) = 164.8450$ ($p < .001$), CFI = .961, RMSEA = .045 (intervalo de confianza al 90%: .031-.058).

En cuanto al ajuste analítico, y tal y como se puede observar en la Figura 4, la parte de medida (factores latentes de Bienestar y Resiliencia con sus indicadores) fue adecuada, pues todas las saturaciones factoriales fueron estadísticamente significativas y positivas.

Por lo que respecta a la parte de predicción, la Aceptación de Acercamiento, la Aceptación Neutral, la Aceptación de Escape, el Miedo a la Muerte y las Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros fueron los predictores estadísticamente significativos del Bienestar, siendo la Aceptación de Acercamiento y la Aceptación Neutral positivos, y la Aceptación de Escape, el Miedo a la Muerte y las Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros, predictores negativos. Los predictores estadísticamente significativos de la Resiliencia, por su parte, fueron la Aceptación Neutral y las Actitudes hacia el Propio Proceso de Morir, con capacidad predictiva positiva, y las Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros con capacidad predictiva negativa.

En cuanto a las correlaciones entre variables predictoras, éstas se pueden observar en las Tablas 31 y 32, y la correlación entre los errores (*disturbance*) de los dos factores, Bienestar y Resiliencia, fue de .440 ($p < .010$).

Se consiguió explicar un 22.9% del Bienestar ($R^2 = .229$) y un 14.9% de la Resiliencia ($R^2 = .149$).

Figura 5. Modelo predictivo del Bienestar y la Resiliencia a partir de las estrategias y las Actitudes hacia la Muerte

Notas: Para mayor claridad, solo se muestran las relaciones estadísticamente significativas ($** p < .010$); las correlaciones entre las variables predictoras pueden consultarse en las Tablas 31 y 32.

6. DISCUSIÓN

H.1. Las medidas de Miedo a la Muerte (tanto del PAM-R como del CL-FoDS), Evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape correlacionan de manera negativa con las medidas de Bienestar Psicológico.

H.2. Las medidas de Miedo a la Muerte (tanto del PAM-R como del CL-FoDS), Evitación de la Muerte, Aceptación de Acercamiento y Aceptación de Escape correlacionan de manera negativa con las medidas de Resiliencia.

H.3. La medida de Aceptación Neutral mantiene correlaciones de signo positivo con las medidas de Bienestar Psicológico.

H.4. La medida de Aceptación Neutral mantiene correlaciones de signo positivo con las medidas de Resiliencia.

La “Aceptación Neutral” se muestra como la actitud más positivamente relacionada con el Bienestar Psicológico, o dicho de otra manera, más saludable. La única dimensión del cuestionario Ryff que no muestra correlación con AN es “Relaciones Positivas” quizá porque es la única de todas ellas en la cual existe una reciprocidad dinámica entre los otros y uno mismo.

A nivel intuitivo, parecen ciertas las palabras de Beydag (2012) cuando dice que básicamente el pensamiento que produce miedo no es el sentimiento de que la vida continuará, es el sentimiento de que en algún momento acabará. En ese sentido, qué duda cabe que podríamos considerar la aceptación de acercamiento como una actitud positiva. En el presente estudio, esta afirmación se ve confirmada, aunque relativamente pues AA solo correlaciona significativamente con “Propósito en la Vida”.

Excepto la actitud de “Aceptación Neutral” y la de “Aceptación de Acercamiento” el resto de relaciones podrían considerarse “poco saludables”. En este sentido resalta el “Miedo a la Muerte” del PAM-R que correlaciona negativamente con todas las dimensiones de Bienestar Psicológico (menos con “Propósito en la Vida”, aunque por muy poquito) y con la medida de resiliencia. Igual ocurre con la “Aceptación de Escape” que está relacionada negativamente con todas las dimensiones de BP (aunque no con la resiliencia), y con la subescala de “Evitación de la Muerte” que mantiene correlaciones negativas y significativas con “Autonomía” y “Crecimiento Personal”.

En el estudio de Nakagi y Tada (2014) también se muestra como los sujetos con más “Miedo a la Muerte”, “Evitación de la Muerte” y “Aceptación de Escape” puntuaban significativamente menos en “Integridad del Yo”. Lo mismo ocurre en un estudio de Ardeli (2008) que muestra como estas mismas tres actitudes correlacionan de manera negativa con “Sabiduría” y con “Propósito en la Vida”.

Como era de esperar, las correlaciones entre el miedo a la muerte medido con el CLFoDS y el BP o la resiliencia son todas de carácter negativo. No obstante solo se alcanza la significación en algunas de ellas: Ryff AA para MPM, Ryff AA y PV para MPPM, Ryff AA, Ryff AU y Ryff DE para MMO y, lo que más llama la atención es la correlación negativa y significativa entre todas las dimensiones de BP y la subescala de MPMO, lo cual la convierte en la actitud, a priori, menos saludable.

Existe, al menos, un estudio (Routledge y Juhl, 2010) que mide la subescala de “Propósito en la Vida” del Ryff y la relaciona con el CL-FoDS y, al igual que en el presente estudio, muestra como se correlacionan de manera negativa. Sin embargo en su estudio este resultado solo se producía tras haber elicitado el efecto de la saliencia de la Mortalidad (MS), en lo cual discrepamos, ya que nuestros resultados muestran que se produce siempre. Sin embargo, nuestra muestra está compuesta por sujetos que, de alguna manera, están ya expuestos a la MS por el hecho de ser estudiantes de enfermería y los sujetos del estudio de Routledge y Juhl no, lo cual podría explicar esta diferencia. En todo caso este sería un aspecto muy interesante sobre el que centrar futuros trabajos de investigación.

Por otra parte, estos resultados apoyan otros en los cuales se manifiestan ciertas actitudes hacia la muerte como menos “deseables”. Así, por ejemplo, la “Ansiedad hacia la muerte” se ha relacionado con depresión (Moreno, 2013), mayor riesgo de suicidio (D’Attilio y Campbell, 1990), mayor automedicación en caso de enfermedad (Knight y Elffenbein, 1996), con menor tendencia de las enfermeras a tratar asuntos relacionados con la muerte con sus pacientes (Deffner y Bell, 2005), reacciones de estrés posttraumático (Martz, 2004), menor locus de control interno y menor autoeficacia (So-Kum, 2002); miedo a la muerte y evitación de la muerte se han relacionado con menor competencia percibida por los familiares de pacientes en proceso terminal para tratar asuntos relacionados con la muerte (Ruíz-Benítez y Coca, 2008), el miedo a la muerte de manera negativa con el estado de salud subjetivo (Dezutter et al., 2009), con

mayor depresión (Bachner et al., 2011; Eshbaugh y Henninger, 2013; Rivera et al., 2010), con disminución del “Dominio de su propia Vida” (Eshbaugh y Henninger, 2013), con menor felicidad (Ziapour et al., 2014), mayor búsqueda de significado en la vida (Like, 2013), mayor ansiedad (Rivera et al., 2010) y menor autocontrol (Chui y Chan, 2013). Resaltando, de manera llamativa, que no se ha encontrado ningún trabajo en sentido contrario.

Es muy interesante observar como las correlaciones se producen en mayor medida entre las puntuaciones del CL-FoDS del sexo femenino con BP que en el sexo masculino, es decir parece ser que el “Miedo al Proceso de Morir de los Otros” está más relacionado con una disminución en BP en las mujeres que en los hombres. Lo que realmente intriga de estos resultados es el porqué... ¿quizá la mujer de manera natural está más sensibilizada hacia el sufrimiento de los otros?

¿Quizá su rol de cuidadora doméstica y de cuidadora principal en el caso de enfermedad de algún miembro de la familia extensa fomenta ese miedo al proceso de morir de los otros?

¿O es quizá al revés?, que su miedo a dicho proceso más unas normas sociales y culturales todavía presentes jueguen un papel importante en el hecho de que, aún hoy, de hombres y mujeres trabajadores ambos, siga siendo la mujer quien asume este papel de cuidadora principal en la mayoría de los casos (Badia, Lara y Roset, 2004; Pezo, Souza y Costa, 2004; Vaquiro y Stieповich, 2010).

Por otra parte también se ha detectado una relación negativa entre MPMO y la resiliencia, es decir, las personas más resilientes mostrarán menor MPMO o al revés.

No obstante a los datos presentados, el debate acerca de la deseabilidad o no de las actitudes “negativas” ante la muerte no queda cerrado. También hay que recordar que, de manera tentativa, Eshbaugh y Henninger (2013) opinan que la ansiedad ante la muerte podría tener un efecto positivo influenciando a los sujetos a hacer elecciones saludables y evitar conductas de riesgo en un intento de evitar la muerte.

Raja (2001) con una muestra de 333 médicos y enfermeras encuentra que el 14,7% presentaba nada o poca ansiedad ante la muerte, el 51,7% moderada o baja ansiedad ante la muerte, el 30% moderada alta y el 3,6% mucha ansiedad ante la muerte. Es imposible, o al menos no hemos sido capaces de obtener el siguiente resultado: puntuar cero en ansiedad hacia la muerte, de lo que se desprende que, al igual

que ocurre con el tono muscular, un poco de miedo o ansiedad hacia la muerte sea necesario (no está de más aclarar que este resultado nunca se ha producido en la investigación acerca de las actitudes hacia la muerte).

Lo deseable ahora sería encontrar el grado que diferencia entre actitudes positivas y las negativas.

En este sentido, Hilton (1974) afirma que mucha de la ansiedad que experimentan las personas ante la muerte inminente puede considerarse normal; es decir que podría existir una gradación de la ansiedad ante la muerte en función de su papel más o menos adaptativo, como ocurriría con el estrés; así, una ansiedad debidamente canalizada y expresada es beneficiosa e importante en el desempeño diario y frente a situaciones de peligro o amenaza, pero desadaptativa cuando anticipa un peligro irreal o irrelevante (Sandín y Chorot, 1995).

Por otra parte, apoyando la idea de que el miedo a la muerte es un estresor y que, por tanto, tiene connotaciones y manifestaciones negativas está el concepto de “Malestar ante la Muerte” (Death distress) que según autores como Maltby y Day (2000) estaría formado por la triada miedo/ansiedad hacia la muerte, depresión ante la muerte y obsesión por la muerte. De hecho, cuando estos autores hacen su estudio de validación de la DOS con 174 estudiantes universitarios ingleses encuentran correlaciones fuertemente positivas y con significación estadística entre la obsesión a la muerte y la ansiedad ante la muerte, la depresión por la muerte, la obsesión en general, la ansiedad en general y la depresión en general. Datos que, según estos autores, replican los de Abdel-Khalek de 2003 con una muestra egipcia.

H.5. Los sujetos que han experimentado una pérdida personal importante puntúan más en Miedo a la Muerte y Evitación que los que no han vivido tal experiencia

Nuestros resultados no arrojan diferencias con significación estadística en cuanto a la experiencia previa de haber sufrido alguna pérdida significativa, tanto si este hecho fue cotejado con el PAM-R como cuando lo fue con el CL-FoDS.

La literatura revisada, sin embargo, muestra la relevancia de dicha experiencia sobre las actitudes hacia la muerte (Chuen et al., 2006; Iranmanesh et al., 2008; López et al., 2004). Sin embargo, excepto el de Iranmanesh que utilizó el PAM-R (Iranmanesh

et al., 2008) ninguno de los otros trabajos utilizó como variable dependiente ni el PAM-R ni el CL-FoDS.

No obstante, es importante nombrar como sesgo de nuestro trabajo en este punto, la forma en que se realizó la pregunta, ya que se hacía referencia a pérdidas en general, lo cual incluía pérdidas laborales, sentimentales, muerte de mascotas o de personas, primer elemento cuestionable que, sin embargo, no fue determinante debido a que la gran mayoría de los sujetos citaron pérdidas relacionadas con la muerte de seres queridos (95,4 entre muerte de familiares, de amigos o de pareja) con lo cual el efecto de las demás condiciones es muy bajo. Sin embargo, si que es de destacar el efecto de no tener en cuenta el espacio temporal en el que se produjeron tales pérdidas, ya que en el caso del presente trabajo se toma como pérdida cualquiera ocurrida desde el nacimiento hasta el momento del pase del cuestionario, siendo el análisis efectuado en los demás estudios revisados durante el año anterior a la evaluación (Chuen et al., 2006; López et al., 2004).

Ahora bien, Dickinson (1992) con estudiantes de grado superior al preguntarles acerca de su primera experiencia de muerte, encuentra que la edad media del primer fallecimiento fue a los ocho años. Siendo el 57% de familiares y el 28% de animales de compañía. Knight, Elfenbein y Capozzi (2000) en una muestra de 304 estudiantes universitarios, halla una edad media de primer contacto con la muerte de 9,55 años. En la misma línea de los anteriores autores y el nuestro, ellos también cifran en 56% la muerte de un allegado (siendo los abuelos el 61% de estos) y el 23% informaron que su primera experiencia de muerte fue una mascota. Asimismo, descubren que aquellos que eran más jóvenes en el momento de su primera experiencia también puntuaron más en miedo a la muerte. Este estudio revela la importancia de las pérdidas personales en la infancia, motivo por el que la pregunta fue planteada de la manera en que se hizo.

H.6. Existe una correlación positiva entre Bienestar Psicológico y Resiliencia

Encontramos relaciones positivas y significativas entre “Autoaceptación”, “Autonomía”, “Dominio del Entorno”, “Crecimiento Personal” y “Propósito en la Vida” del Ryff y la puntuación de la TAR de Resiliencia, con niveles de significación menores de .01 en todos los casos.

H.7. Existen correlaciones positivas entre el Interés hacia la Muerte y el Miedo y la Evitación de la Muerte.

En la revisión de la literatura efectuada para la confección de este trabajo no se ha encontrado ninguna referencia a la variable “Interés por la Muerte”, ni de manera directa ni formulada de alguna otra forma respecto a las actitudes hacia la muerte y, mucho menos, si cabe, en relación al bienestar psicológico o la resiliencia. En el presente estudio esta variable ha sido operacionalizada mediante una escala visual del uno al diez. No se ha encontrado relación entre el “Interés por la Muerte” y el miedo a la muerte medido tanto con el PAM-R como con el CL-FoDS. Lo que sí parecía lógico, y se evidencia aquí, es el hecho de haber encontrado una correlación de signo negativo con “Evitación de la Muerte” medida con el PAM-R. Es decir, la interpretación de este dato sugiere que a mayor interés por el tema de la muerte habrá una menor evitación de la misma (es decir, se hablará, estudiará o leerá más sobre ella, por ejemplo), o viceversa.

Llama un poco más la atención la correlación de corte positivo entre el “Interés hacia la Muerte” con la “Aceptación de Acercamiento” que sugiere la tendencia a que las personas más creyentes o más orientadas hacia la vida tras la muerte también muestren más interés por temas relacionados con la muerte, lo cual podría estar motivado por la generalización propia de la estructura de la pregunta “Interés hacia la Muerte” como un constructo dirigido hacia cualquier ámbito del morir (como podría ser el más allá, la vida tras la muerte, la religión, o la espiritualidad) y no solo al contexto de este estudio que sería el interés hacia la muerte como fenómeno académico, que nos ocurre a nosotros, estudiantes o profesionales de la enfermería y a nuestros pacientes. Nuevamente, como ya ocurrió con la operacionalización del Miedo a la Muerte o la Religión que una variable, en principio, unidimensional como es el “Interés hacia la Muerte” aparenta ser también una variable multidimensional y, por tanto, mucho más compleja de lo que se ha pretendido aquí, y que abre una interesante nueva línea de investigación.

No obstante, es optimista el dato, en contra tal vez de la opinión popular y la tendencia general hacia la negación de la muerte o la muerte como tema de mal gusto, macabro o fuera de lugar, el hecho de que el “Interés hacia la Muerte” correlacione positiva y significativamente con “Crecimiento Personal” de la escala de Ryff y con la

puntuación del TAR. Es decir, a más interés hacia el tema de la muerte, una persona también mostrará una tendencia a poseer un mayor crecimiento personal o ser más resiliente o, lo que podría parecer más razonable, cuanto más una persona siente que su vida y experiencias le han brindado un crecimiento personal importante o cuanto más resiliente se autoconceptualiza, también muestra más interés por el tema de la muerte.

H.8. Los sujetos del sexo femenino muestran mayor Miedo a la Muerte que los sujetos del sexo masculino.

A pesar de que en la Tabla 1 se muestra un predominio del “Miedo a la Muerte” y la “Evitación de la Muerte” medido con el PAM-R entre las mujeres, pero con unos resultados más dispares en el resto de las actitudes, al analizar la influencia de la variable sexo con dicho instrumento en el presente trabajo, se puede observar una falta de diferencias entre ambos grupos. En lo que sí que convergen los estudios revisados y el presente es en la significación estadística de los resultados en cuanto a la dimensión “Miedo a la Muerte”, ya que en la investigación precedente las diferencias obtenidas no presentaban tal significación (Maxfield et al., 2007; Nakagi y Tada, 2014; Dezutter et al., 2009; Tomer y Eliason, 2005; Uribe et al., 2008; Álvarez et al., 2009; Chui y Chan, 2013; Siracusa, 2010) tal y como ocurre en nuestros resultados en los que hay mayor puntuación en el grupo femenino en “Miedo a la Muerte”, pero sin significación estadística.

No obstante, utilizando otros instrumentos de medida, sí que se han informado en la literatura científica diferencias significativas entre ambos sexos en la variable de Miedo a la Muerte. Se han encontrado con el DAS (López et al., 2004; Beydag, 2012; Eshbaugh y Henninger, 2013; So-Kum, 2002; Dattel y Neimeyer, 1990; Harding, 2005), con el LATDS (Maxfield et al., 2007), con el LFDS (Cicirelli, 1999), con el Carmel (Carmel y Mutran, 1997), con el EMMM (Siracusa, 2011), con el DAI (Rivera, 2010) y con el MFoDS (Siracusa, 2010), todos ellos expresando más miedo hacia la muerte en el grupo femenino que en el masculino. Señalar que también se ha encontrado un resultado con uno de estos instrumentos que no encuentran diferencias: Makgati y Simbayi (2005) en un grupo de estudiantes sudafricanos de raza negra, de 2º curso de psicología, utilizando el LATDS.

Este resultado paradójico, en principio, puede ser debido a que realmente el PAM-R aunque es considerado un instrumento de medida de las actitudes hacia la

muerte de carácter multidimensional, quizá en realidad sea un instrumento unidimensional en lo que se refiere a la medida del “Miedo a la Muerte” por lo que podría no alcanzar la potencia teórica de los instrumentos específicos de medida del Miedo a la Muerte de corte multidimensional. Por ello, quizá, se manifiesta como un instrumento poco sensible a las diferencias, en este caso, entre hombres y mujeres.

Puede observarse la puntuación en “Miedo a la Muerte” del PAM-R presentada aquí y la correlación entre esta dimensión y las diferentes escalas del CL-FoDS. Como puede apreciarse MM del PAM-R correlaciona positivamente con todas ellas, y pese a que haría falta mayor extensión estadística sí que se aprecia que la correlación más grande, con diferencia, se da entre MM y Miedo a la Muerte Propia, siendo el resto mucho menores. Los autores del PAM-R (Gesser, Wong y Recker, 1987) en la depuración del PAM original lo que hicieron fue quitar aquellos reactivos que medían Miedo al Proceso de Morir para que la escala de “Miedo a la Muerte” fuera más homogénea. Por lo que la escala gana por un lado, pero lo cual también podría indicar que el constructo MM del PAM-R pierde mucha información que sí que es recogida, en este caso, por el CLFoDS. Tal y como enuncian Neimeyer, Moser y Wittkowski la evolución de las medidas de las actitudes hacia la muerte ha sido hacia una mayor diferenciación y especificidad, cambiando desde evaluaciones globales a escalas multidimensionales (Neimeyer, Moser y Wittkowski, 2003, citado en Tomás-Sábado, et al., 2007).

En cuanto al resto de subescalas, ya se ha comentado que hay muchas discrepancias entre los diversos autores. Sin embargo, en lo que se refiere a “Aceptación de Acercamiento” del PAM-R sí que se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres de manera más consistente y siempre con mayores puntuaciones en las primeras (Knight, 2000; Siracusa, 2010; Uribe, 2008), o en instrumentos de corte similar (Siracusa, 2010, con niños y niñas). En el estudio que presentamos no se han obtenido diferencias con significación estadística por muy poco margen, pero sí apuntando en la dirección señalada anteriormente.

Sin embargo, al igual que en el total de la literatura revisada (Bath, 2010; Colell, 2005; Like, 2013; Naderi y Smaili, 2009), donde, para la variable sexo, se encuentran sistemáticamente diferencias significativas en todas o casi todas las subescalas del CLFoDS, en el presente trabajo sí que se han encontrado diferencias con significación

estadística entre los sujetos del sexo femenino y los del masculino en las cuatro escalas medidas, con puntuaciones mayores siempre y, por tanto, más miedo a la muerte en las mujeres que en los hombres.

H.9. A mayor edad de los sujetos se obtienen puntuaciones menores en Miedo a la Muerte.

Los datos presentados en la presente investigación se ven corroborados por la mayor parte de la bibliografía revisada (Beydag, 2012; Chuen et al., 2006; Cicirelli, 1999; DePaola et al., 1994; Grau et al., 2005; Harrawood et al., 2008-2009; Kopp, 2008-09; Maxfield et al., 2007; Polaino, 1994; So-Kum et al., 2002; Uribe et al., 2008).

En este sentido, observamos como en los estudiantes de enfermería de primer curso de nuestra muestra existe, por un lado, una correlación negativa y estadísticamente significativa entre el miedo a la muerte y la edad, siendo esta correlación igualmente significativa cuando únicamente se examina la submuestra de sujetos de 17, 18 y 19 años de edad y, por otro, atendiendo a los resultados obtenidos en el CL-FoDS también se presentan correlaciones de signo negativo y significación estadística en “Miedo a la Propia Muerte” y en “Miedo al Proceso de Morir de los Otros” en el caso de la muestra total y en “Miedo a la Propia Muerte” durante el análisis realizado únicamente a los sujetos de 17, 18 y 19 años. Esta discrepancia entre los datos de la muestra total y la submuestra de 17 a 19 años podría ser explicada, de manera tentativa, en términos de la disminución del egocentrismo en la etapa postformal de la adolescencia tardía (Gavin, Galupo y Cartwright, 2009; Wadsworth, 1991), que le permiten al sujeto, a medida que avanza su edad, un acercamiento empático mayor al sufrimiento del otro, y que se va a mantener en toda la trayectoria de esta etapa.

Así mismo, hemos encontrado el mismo tipo de relación negativa entre edad y “Evitación de la Muerte” lo cual no sorprende dada la correlación tan alta entre MM y EM.

Este efecto significativo de la edad sobre el miedo a la muerte se ha comprobado con múltiples instrumentos de medida. Así, ocurre con el LATDS (Maxfield et al., 2007) con el MFoDS (DePaola et al., 1994; Chuen et al., 2006; Harrawood et al., 2008-2009) con el DAS (Polaino, 1994) con el LFDS (Cicirelli, 1999) con el CAM (Grau et al., 2005; Beydag, 2012; So-Kum et al., 2002) con el PAM-R (Kopp, 2008-09; Uribe et al., 2008). Llama la atención, no obstante, que de todos los artículos revisados en el presente trabajo que utilizan el CL-FoDS ninguno de ellos ha medido el miedo a la

muerte en relación con la edad. Sirva pues este resultado como posible primer antecedente.

Es importante señalar, no obstante, que una pequeña parte de la investigación revisada no encuentra relación entre la edad y el miedo a la muerte (Álvarez y Flórez, 2009; Dezutter et al., 2009; Gama et al., 2012; Gameel y Saied, 2010; Powell et al., 2001) y que otros estudios, aunque informan de diferencias en cuanto al miedo a la muerte en función de la edad, en las cuales se observaba más miedo a la muerte en el grupo más joven, sus resultados no alcanzaban la significación estadística (López et al., 2004; Makgati y Simbayi, 2005; Nakagi y Tada, 2014).

En cuanto al resto de subescalas del PAM-R, nuestros resultados muestran una correlación positiva entre “Aceptación de Acercamiento” y edad que, aunque débil, se muestra con significación estadística, similar al resultado de Nakagi y Tada (2014) con sujetos más mayores (aunque estos autores solo rozaban la significación estadística sin alcanzarla) o el de Uribe et al. (2008) con tres muestras estratificadas por edad de la población general, esta vez con significación estadística. Por otro lado, Black (2007) no encuentra tal relación.

En lo referente a la “Aceptación Neutral” de la misma manera que Kopp (2008-2009) o Uribe et al. (2008) obtenemos una correlación positiva y significativa con la edad. Sin embargo, con profesionales de la salud, Black (2007) informa de correlación, pero de corte negativo.

No encontramos relación con la edad en la dimensión de “Aceptación de Escape”, mientras que otros estudios con enfermeras en activo (Gama et al., 2012) o con población general (Uribe et al., 2008) informan de una relación positiva entre ambas variables; y Black (2007) encuentra esta relación, pero negativa. Constituyendo esta escala la que más discrepancias aporta en la discusión científica de su relación con la edad.

Otro trabajo (Álvarez y Florez, 2007), sin embargo, no encuentra relación de la edad con ninguna de las escalas del PAM-R.

En referencia al Bienestar Psicológico mostramos aquí como a más edad los sujetos de nuestra muestra también informan de mayor “Crecimiento Personal” y “Dominio del Entorno”. Estos resultados son parcialmente coincidentes con los de Ryff

(1989, 1995) quien con una muestra dividida en tres grupos de edad también encuentra que a mayor edad mayor “Dominio del Entorno” lo cual, en nuestro caso, podría tener sentido en personas que abandonan su entorno y empiezan “lejos” de casa en una Universidad y carecen de ese dominio que antes se daba por sentado en un entorno conocido, y ahora depende de uno mismo; pero difieren en que en los dos estudios de Ryff se puntuaba menos en “Crecimiento Personal” con la edad, lo cual podría ser posiblemente explicable desde la perspectiva de unos sujetos jóvenes (nuestra muestra está mayoritariamente compuesta por adolescentes en periodo tardío) que han dado un paso más en sus vidas al cambiar de estudios para enfrentarse a lo que con gran seguridad acabará siendo su profesión, frente a los sujetos de la muestra de Ryff que son adultos tempranos, intermedios y tardíos, y conforme aumenta la edad los sujetos han conseguido ya más metas y ven sus vidas más completas y con menor posibilidad de crecer; sin embargo, llama la atención el hecho de que no se produzca ningún tipo de correlación entre la submuestra de 17 a 19 años por lo que la explicación anterior carecería de sentido y tendría, quizá, más sentido una explicación de corte evolutivo, es decir, en la que ya no las circunstancias, que son comunes a todos los estudiantes, sino la evolución cognitiva propia de la edad o una multiplicidad de variables interdependientes ofrecería ahora una explicación tentativa.

H.10. Los sujetos con mayor formación en duelo y muerte obtienen actitudes más positivas hacia la muerte que aquellos con menor formación.

Nuestros resultados sugieren que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que referían haber realizado un curso acerca de la muerte de manera independiente a sus estudios de enfermería y los que sí, medidos mediante el PAM-R, excepto para “Miedo a la Muerte” en la que los datos reflejan mayores puntuaciones en los sujetos que no han recibido tal formación. No se han encontrado referencias para contrastar, pero de manera indirecta este dato no replica el anterior de Gama (2012) quien con una muestra de 360 enfermeras no encuentra diferencias entre las más experimentadas (mayor contacto con la muerte) y las menos en “Miedo a la Muerte” pero sí en “Aceptación de Escape”.

El efecto de la formación si que muestra diferencias estadísticamente significativas al ser medido con el CL-FoDS en las subescalas de “Miedo a la Propia

Muerte” y “Miedo a la Muerte de los Otros”, obteniendo mayores puntuaciones en ambas los sujetos sin formación.

Análisis cercanos, ya que utilizan instrumentaciones y metodologías diferentes, apuntan en diversos sentidos. Así, el estudio de Chen (Chen et al., 2006) con el MFODS de Hoelter precisa que son los estudiantes de enfermería con mayor experiencia frente a la muerte los que puntuaban más en ansiedad ante la muerte. Y el estudio de Leombruni (Leombruni et al., 2014) muestra actitudes más favorables hacia los pacientes terminales en aquellos estudiantes de segundo curso de enfermería que habían recibido formación previa. De nuevo, no se han encontrado trabajos que estudien esta variable con el PAM-R o el CL-FoDS.

Puede ser interesante señalar que los sujetos sin formación previa eran 266 y los que sí la habían recibido 17, hecho que resta potencia a los análisis estadísticos efectuados. Por otra parte, la implementación de un único ítem no puede pretender más que un acercamiento exploratorio, por lo que se precisa mayor profundidad de análisis con líneas operativas más centradas y completas para este dato concreto.

H.11. Las actitudes hacia la muerte de Miedo a la Muerte, Evitación, Aceptación de Escape y Aceptación de Acercamiento son predictores negativos y la actitud de Aceptación Neutral es un predictor positivo de Bienestar Psicológico y Resiliencia.

El análisis de la consistencia interna muestra en la escala de “Aceptación Neutral” del PAM-R una puntuación de .574, lo cual es llamativamente bajo aunque parcialmente previsible ya que estos resultados se repiten en otros estudios. Así, en el trabajo original de Wong, Recker y Gesser (en Neimeyer, 1997) el coeficiente alfa para “Aceptación Neutral” es de .65 y constituye el más bajo de las cinco dimensiones (el siguiente más bajo es, de lejos, “AE” con .85). Otro estudio más moderno con 300 adultos (Kopp, 2008-2009) también encuentra la “Aceptación Neutral” como la dimensión con coeficiente de fiabilidad menor (.58), seguida por “MM” con .83. Estos resultados se replican en el estudio de Tomer y Eliason (2005), con una consistencia interna de .64 para “Aceptación Neutral” siendo ésta la más baja de las subescalas (por debajo de “EM” con .85), y lo mismo ocurre en la validación de la versión española del PAM-R (Schmidt, 2007) que es de .69.

En cuanto a la fiabilidad de la escala de Ryff en el presente trabajo también encontramos coeficientes muy bajos en las dimensiones de Ryff AU (.436) y Ryff DE (.594). En la versión de 29 ítems (Díaz et al., 2006) AU es la dimensión con menor coeficiente de fiabilidad (.70), sin embargo DE presenta un alfa de .82. Más parecidos a los nuestros son los resultados de De-Juanas, Limón y Navaro (2013) en una muestra con 328 sujetos pertenecientes a tres Centros de Día de 65 o más años quienes obtienen una fiabilidad de .66 en AU y de .63 en DE. Y el trabajo de Gallardo y Mollano (2012) con 335 adolescentes chilenos de entre 14 y 19 años, una muestra más parecida a la nuestra, en la que el Alfa de Cronbach es en Autonomía .67 y en Dominio del Entorno .59 (idéntico al presentado aquí). Lo cual podría ser explicado en función de la disparidad de edades (adolescencia temprana y media en el caso del trabajo de Gallardo y Mollano) y el nuestro (adolescencia tardía y adultez temprana) con el resto lo cual repercute en una amplia variedad de respuestas dados los momentos evolutivos diferentes y concomitante disminución de la consistencia interna.

No obstante, y tal y como Huh, Delorme y Reid (2006) afirman, el valor de fiabilidad en investigación exploratoria debe ser igual o mayor a 0.6 y que en estudios confirmatorios debe estar entre 0.7 y 0.8. Por lo cual los datos ofrecidos por las escalas de “Aceptación Neutral” en el caso del PAM-R, y por las dimensiones de “Autonomía” y de “Dominio del Entorno” en la escala de BP de Ryff deben ser tomadas con cautela. Por otro lado, el análisis de los criterios de bondad de los cuestionarios PAM-R y CL-FoDS nos muestran como ambos ofrecen para nuestra muestra una excelente validez de constructo y el análisis factorial confirma las cinco subescalas que ya habían sido identificadas previamente por sus autores y en España aunque con una muestra diferente (Schmith, 2007) en el caso del PAM-R e igualmente en el caso del CL-FoDS (Lester y Abdel-Khalek, 2003; Tomás-Sábado et al., 2007; para las versiones en inglés y español respectivamente), aunque en la versión en español de este instrumento se empleó una muestra más heterogénea formada por 281 sujetos divididos en 109 enfermeras profesionales y 172 estudiantes de enfermería, y la muestra utilizada en el presente estudio está formada únicamente por estudiantes de enfermería de primer curso, por lo que los resultados deberían circunscribirse a esta población en concreto.

Por otra parte, es la primera vez que se validan ambos instrumentos en una muestra de estas características concretas. En este sentido, hay que tener en cuenta que la validez hace referencia al “grado en que la evidencia y la teoría apoyan las

interpretaciones de las puntuaciones de las pruebas implicadas para los usos propuestos de los tests” (American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education, 2004, p. 9), es decir, en qué medida podemos confiar de manera legítima en los resultados de un test concreto. De esta forma, la validez es una propiedad de las puntuaciones, no de los instrumentos de medida (Messick, 1989), y ésta ha de establecerse para cada aplicación del instrumento en un contexto distinto. De esta forma, una contribución de este estudio es el haber estudiado la aplicación de los cuestionarios PAM-R y CL-FoDS en una muestra de estudiantes de enfermería.

Además, y hasta dónde conocemos, es la primera vez que se utiliza para ello un procedimiento confirmatorio. Esta metodología adopta una perspectiva de evaluación de hipótesis (confirmación de hipótesis) para el análisis de la estructura que subyace a los distintos fenómenos, en este caso, las actitudes ante la muerte, que es prácticamente inaccesible para otras técnicas de análisis multivariado (Byrne, 2012). Además, los modelos de ecuaciones estructurales permiten tener en cuenta el error de medida y ofrecer estimaciones de dichos errores. Así pues, se trata de la metodología más recomendada para la investigación no experimental (Bentler, 1980).

En este sentido, el modelo predictivo propuesto para el bienestar y la resiliencia, permite explicar ambos constructos en un contexto libre de error en la medida de las dos variables dependientes, bienestar y resiliencia. Los resultados observados en este análisis, además, van en la línea de lo encontrado en la literatura previa: que la Aceptación de Acercamiento y la Aceptación Neutral predicen en positivo el Bienestar Psicológico, y la Aceptación de Escape, el Miedo a la Muerte y las Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros son predictores negativos de Bienestar Psicológico. Por otra parte, los predictores estadísticamente significativos de la Resiliencia, son la Aceptación Neutral y las actitudes hacia el Propio Proceso de Morir, con capacidad predictiva positiva, y las Actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros con capacidad predictiva negativa.

Este último dato llama mucho la atención porque rompe todos los esquemas previos encontrados en la literatura. ¡El Miedo al Proceso de Morir Propio es un predictor positivo de Resiliencia! Desde la reflexión (¿ingenuidad?) explicaciones hay, pero este dato, sin duda, necesita un contraste que ahora mismo no tenemos, porque de

igual forma que con los análisis confirmatorios de los instrumentos de medida, esta investigación es pionera en aplicar este tipo de modelos al estudio de las relaciones entre las actitudes hacia la muerte y el Bienestar/Resiliencia de los estudiantes de enfermería.

H.12. La actitud hacia la muerte en la que los sujetos obtienen las mayores puntuaciones es en Miedo a La Muerte del PAM-R y Miedo a la Propia Muerte del CL-FoDS.

Llama mucho la atención que en una sociedad como en la que vivimos, la dimensión del PAM-R en la que más puntúan casi todos los sujetos de los estudios revisados sea la de “Aceptación Neutral” (con 5,6 puntos de media frente a la siguiente dimensión que es MM con 4,04) ¡Hoy en día, que vivimos en la negación de la muerte! (Ariès, 2000; Arranz, et al., 2003; Bayés, 2001; Bermejo, 2011; Cortina, 2010; De la Herrán y Cortina, 2008; Gómez, 1998; Greenberg et al., 1990; Kübler-Ross, 1969, 1992; Poch, 2000; Poch y Herrero, 2003). En una sociedad donde la muerte de los niños es anecdótica, y los mayores lo hacen en residencias, a una edad que siempre nos queda lejos, donde la muerte queda relegada al ámbito de la familia nuclear (Ariès, 2000), al hospital, donde por razones, como la cremación, el cuerpo desaparece, en la que es de mal gusto hablar de la muerte; en una sociedad así, es curioso que la “Aceptación Neutral” sea la que mayores puntuaciones obtiene.

Por otro lado, y dada su relación con el Bienestar Psicológico, alegra que sus puntuaciones sean las mayores. Es por este último motivo que la “Aceptación Neutral” es una actitud que se erige como una de las importantes y cuyo fomento habría que incorporar en los programas de “optimización de las actitudes hacia la muerte”.

Pero no sin antes tener en cuenta una consideración, y nos la planteamos mediante una pregunta, muy simple, pero que precisa investigación:

¿Podría ocurrir que cuando hablamos de “Aceptación Neutral” realmente de lo que estamos hablando sea de negación?

No quiere esto decir que el planteamiento asuma que ambos constructos son lo mismo; obviamente no lo son. Pero ¿Podría existir una evaluación secundaria de los ítems del PAM-R por parte del sujeto? O dicho de otra manera ¿Estos reactivos suscitan dicha evaluación? Por ejemplo:

Cuando se pregunta: “La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable” (ítem 6 del PAM-R),

y el sujeto está de acuerdo con esta afirmación... pero le da miedo

Entonces, podría ocurrir que la respuesta fuera sí. Por lo tanto... ¿para qué pensar en ella? ¡Está fuera de control!

Por otra parte, la Teoría del Manejo del Terror (Greenberg, Solomon, y Pyszczynski, 1997) apunta que la negación es un mecanismo que nos ayuda a soportar la ansiedad que la muerte cierta produce en todos los seres humanos. Hasta ahora, la explicación más plausible a la correlación negativa que se encuentra habitualmente en los trabajos que utilizan el PAM-R entre “Aceptación Neutral” y “Miedo a la Muerte” (Dezutter, et al., 2009; Kopp, 2008-2009; Tomer y Eliason, 2005), y que se replica en nuestros resultados, era que la conciencia genuina de que la muerte es un hecho natural disminuía el miedo a la muerte, pero podría argumentarse que, aunque este hecho es cierto, quizá no sea eso lo que está ocurriendo con nuestros resultados y ese aumento en la “Aceptación Neutral” podría ser una manera de no pensar en la muerte, de dejarla de lado; un buffer o amortiguador.

Ambas dos son hipótesis tentativas; aunque, creemos que merecen atención científica. Quizá un desarrollo investigador encaminado en este sentido podría ayudar a esclarecer este punto que desde aquí lanzamos como importante, máxime si nuestra intención es la de implementar programas educativos o formativos acerca de las actitudes hacia la muerte.

*Para qué pensar en la muerte...
si cuando ella no está, nosotros estamos
y cuando ella está, nosotros no estamos
Epícurο*

Por otra parte, y como segunda respuesta a nuestra hipótesis, en la revisión realizada para la confección del presente trabajo y presentada más arriba, se puede constatar como la dimensión del CL-FoDS que más puntúan 16 de las 20 muestras a estudio cotejadas es la de “Miedo a la Muerte de los Otros”, y este efecto ocurre tanto en estudiantes, como en profesionales de los cuidados. En nuestro estudio ocurre igual.

Podría parecer lógico que unos sujetos que se van a dedicar, en mayor o menor medida, al cuidado de personas que mueren tuviesen una cierta predisposición “profesionalista” hacia estas personas, entonces ¿porqué tienen más miedo a la muerte de los otros? La respuesta no ha sido objeto de esta investigación, pero sí es posible argumentarla desde dos puntos de vista complementarios, el primero que haría referencia a los motivos relacionados con el hecho de estudiar una carrera enfocada al cuidado de las personas. En este sentido, sabemos que la elección de los estudios de enfermería atienden en la mayoría de los casos a motivos vocacionales (Mazeira, Martín y Terri, 1993; Grau, Suñer y García, 2005), y la angustia que la muerte de los demás provoca puede ser mayor en personas, quizá, más sensibilizadas a este respecto. Y el segundo hilo argumentativo estaría relacionado con la concepción moderna de la medicina y de la enfermería (Callahan, 2000) que está más enfocada hacia la curación y entiende la muerte de los pacientes más como un fracaso que como un final lógico de la evolución de un proceso más o menos largo. Este último punto quizá sea la clave para entender porqué entonces no se puntúa de igual manera en el “Miedo al Proceso de Morir de los Otros”, lo cual, por otra parte, convierte a estos resultados en una de las posibles líneas de investigación para entender algo más acerca de la obstinación terapéutica.

Otros hallazgos 1:

Edad presumida de fallecimiento

Esta variable no ha correlacionado no con el CL-FoDS, no con el PAM-R, con ninguna dimensión del Ryff ni con la resiliencia.

En España entre 1992 y 2013, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 73,9 a 80,0 años y la de las mujeres de 81,2 a 85,6 años, según las Tablas de mortalidad que publica el INE (2015). Kastembaum y Normand (1990) indican que, en comparación con los datos normativos, sus 63 estudiantes sobreestiman la edad que tendrán en el momento de su propia muerte. Por el contrario, Power y Smith (2008) encuentran que tanto hombres como mujeres, en una muestra de 144 estudiantes canadienses de entre 18 y 57 años de edad, subestimaron su edad de fallecimiento (media de edad para los hombres de 71 años y para las mujeres de 70).

En nuestro estudio, parece que hay concordancia entre la edad prevista de muerte de la mayoría de los sujetos y la edad normativa; el 63% de la muestra estima que morirá a los 80 años o menos. Sin embargo, existe un 24,04% de la muestra que informa que morirá a los 90 o más años, y un 5,92% a los 100 o más años. No sabemos si esto hace referencia más aun deseo (me gustaría morir a los...) o a una predicción hecha desde el pensamiento probabilístico (Like, 2013), lo cual no parece el caso, al menos por dos motivos, por un lado porque no hemos encontrado correlación de ningún tipo entre la predicción de muerte y el miedo a la muerte ni con el PAM-R ni con el CL-FoDS y, por otra, porque si el pensamiento probabilístico realmente sirviera de buffer tal y como lo hacen la negación o la evitación en la TMT (Greenberg et al., 1990) para disminuir la ansiedad ante la muerte tal y como sugiere Like (2013) quizá se habría obtenido una respuesta con mayor generalización que la vista en el presente estudio.

Desde este punto de vista, hay que resaltar otro dato importante al respecto, un 14,7% del total cree que morirá a los 75 o menos y 6 de los sujetos refieren que creen que morirán en edades muy por debajo de las normativas (32, 48, 55, 60, 67 y 69 años). Tanto desde el punto de vista probabilístico como desde las vivencias y cogniciones individuales, o la propia salud física, este dato, al menos, nos debería alertar y algún tipo de intervención, exploratoria, podría estar indicada. En nuestro estudio, el hecho de utilizar el anonimato como garantía metodológica y de confidencialidad no nos ha

permitido tal actuación, pero parece desprenderse de lo hallado aquí, desde un punto de vista ético por encima del metodológico, que en futuros trabajos donde se valore esta u otras variables similares solicitar datos de identificación podría estar indicado. En este sentido, Valadez, Silber, Meltzer y D'Angelo (2005) encuentran una asociación positiva y significativa entre aquellos sujetos que habían intentado suicidarse en el pasado y su predicción de muerte en menos de dos años.

Otros hallazgos 2:

La Evitación

Hay que resaltar el hecho de que la “Evitación de la Muerte” tal y como se estudia mediante el PAM-R, y el “Miedo a la Muerte”, mediante el mismo instrumento, tengan en el presente estudio correlaciones tan altas (.509), esto ya fue adelantado por diferentes autores (Ardelt, 2008; Dezutter et al., 2009; Dunn et al., 2005; Knight et al., 1996, Kopp, 2008-9; Siracusa, 2010; Tomer y Eliason, 2005) con correlaciones entre .48 y .68. Este dato es uniforme entre los diversos estudios. Ocurre, además, que también hemos obtenido correlaciones significativas y positivas entre la EM y los cuatro tipos de miedo a la muerte del CL-FoDS. Es decir, cuando hablamos de EM estamos ante un constructo que covaría de manera importante con el de miedo a la muerte. Van unidos en gran medida. La ventaja de la EM es que mide la parte conductual de la aprensión ante la muerte en vez de la cognitiva o emocional. Esto es importante ya que los programas de mejora de las actitudes hacia la muerte, tendentes a disminuir, al menos en el personal de enfermería, la EM y el MM se pueden beneficiar no solo de programas de corte cognitivista o afectivo y basados en, por ejemplo, el análisis de los errores cognitivos, ideas preconcebidas, modos de afrontamiento, control de la activación, o la inteligencia emocional (Aradilla, 2013; Aradilla, Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2013), sino también de aquellos elementos de cambio provenientes de programas cognitivo-conductuales.

Para finalizar

Uno de los propósitos de esta tesis ha sido aportar evidencia acerca de la importancia de las actitudes hacia la muerte en el bienestar de los sujetos. La investigación nos muestra como determinadas actitudes pueden conducir a determinadas conductas, creencias u otras actitudes, algunas de las cuales no son beneficiosas para el propio sujeto ni, en el caso del personal de enfermería, para su trato con los pacientes.

Hay muchas actividades, tareas o procesos de la atención sanitaria en los que una enfermera concreta nunca estará presente, solo por probabilidades. Por este mismo motivo, es casi seguro que en lo que sí que estará presente es en la muerte de uno, varios o muchos de sus pacientes. Es una de las características de nuestro trabajo. La correlación enfermera-muerte es mucho más alta que cualquiera de las que se han presentado aquí. Teóricamente, es una correlación de uno.

El burn-out, el malestar en el trabajo, los procesos de negación de cara a los pacientes, la pasividad, la dilución de la responsabilidad y, en casos extremos, la negligencia, muchas veces podrían tener relación con las actitudes hacia la muerte.

Todo profesional de la salud debería tener interés en analizar y comprender los diferentes componentes de su malestar: una toma de conciencia de las razones ocultas que le empujan a huir ante tales situaciones permitiría muchas veces rectificar su actitud y estar más cómodo en semejantes circunstancias (Gómez Sancho, 1990).

Si la enfermera se ve en situaciones o procesos de muerte y/o duelo a menudo en su práctica profesional y si su actitud ante ellos condiciona su desempeño, la evaluación de los programas de enseñanza sobre muerte y duelo existentes en nuestras Universidades con el grado de precisión más alto es una obligación científica, ética, humana y técnica en este momento. Si, por el aumento de concienciación y de profesionales sensibilizados, dichos planes de estudios son eficientes habría que continuar con ellos, pero si no lo son, es inexcusable mantenerlos.

El porqué de una investigación acerca de las actitudes hacia la muerte llama la atención, ya que a la luz de los conocimientos científicos actuales sobre el tema la única pregunta plausible es ¿por qué no?

E. Sáez

7. CONCLUSIONES

Para el objetivo general 1: Analizar la relación entre las Actitudes hacia la Muerte y el Bienestar Psicológico.

1ª- La actitud de Aceptación Neutral muestra correlaciones positivas y significativas con todas las dimensiones del Bienestar Psicológico, excepto con Relaciones Positivas.

2ª- La Aceptación de Acercamiento presenta una relación positiva y significativa con Propósito en la Vida.

3ª- Cuanto mayor es el Miedo a la Muerte del sujeto, éste manifiesta menores puntuaciones en todas las subescalas de Bienestar Psicológico, excepto en Propósito en la Vida.

4ª- A mayor Miedo al Proceso de Morir de los Otros se obtienen puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de Bienestar Psicológico.

5ª- Cuanto mayor es la Aceptación de Escape del sujeto, éste manifiesta menores puntuaciones en todas las subescalas de Bienestar Psicológico.

6ª- Cuanto mayor es la Evitación de la Muerte del sujeto, éste presenta puntuaciones más bajas en Autonomía y Crecimiento Personal.

7ª- La Aceptación de Acercamiento y la Aceptación Neutral son predictores positivos del Bienestar Psicológico, y la Aceptación de Escape, el Miedo a la Muerte y las actitudes hacia el Proceso de Morir de los Otros son predictores negativos del Bienestar Psicológico.

Para el objetivo general 2: Determinar la relación entre las Actitudes hacia la Muerte y la Resiliencia

8ª- Cuanto mayor es el Miedo a la Muerte del sujeto, éste manifiesta menores puntuaciones en Afrontamiento Resiliente.

9ª- A mayor Miedo al Proceso de Morir de los Otros se obtienen puntuaciones más bajas en Afrontamiento Resiliente.

10ª- La Aceptación Neutral y las actitudes hacia el Propio Proceso de Morir son predictores positivos de la Resiliencia, y las actitudes hacia el Proceso de Morir de Otros es un predictor negativo de la Resiliencia.

Para el objetivo específico 1: Identificar la influencia de las variables sociodemográficas en las Actitudes hacia la Muerte de los sujetos a estudio.

11ª- Existe una relación negativa y significativa entre la edad y el Miedo a la Muerte medido con el PAM-R y entre la edad y el Miedo a la Propia Muerte y Miedo al Proceso de Morir de los Otros medido con el CLFoDS.

12ª- Existe una correlación negativa y significativa entre la Edad y la Evitación de la Muerte, así como positiva y significativa entre la Edad y la Aceptación de Acercamiento y la edad y la Aceptación Neutral.

13ª- Se produce una relación positiva y significativa entre la edad y el Crecimiento Personal y la edad y el Dominio del Entorno, pero esto no ocurre en la submuestra de 17 a 19 años.

14ª- Las mujeres obtienen de manera estadísticamente significativa mayores puntuaciones en todas las subescalas del CL-FoDS que los hombres.

15ª- Los resultados varían cuando la muestra general es homogeneizada para la adolescencia tardía (17 a 19 años),

Para el objetivo específico 2: Evaluar la influencia de las otras variables de interés en las Actitudes hacia la Muerte de los sujetos a estudio.

16ª- Se objetiva una correlación negativa y significativa entre interés por el tema de la muerte y Evitación de la Muerte, así como positiva y significativa con Aceptación de Acercamiento, con Propósito en la vida y con el Afrontamiento Resiliente.

17ª- No existe influencia de la variable experiencia de muerte personal y ninguna de las actitudes hacia la muerte medidas.

18ª- Ni la formación extra recibida acerca de la muerte ni la edad presumida de fallecimiento se relacionan ni con las actitudes hacia la muerte de los sujetos ni con su grado de Bienestar Psicológico o Afrontamiento Resiliente.

Para el objetivo específico 3: Investigar la relación de las diferentes Actitudes hacia la Muerte entre sí mismas.

19^a- En el PAM-R, existen relaciones entre Aceptación de Acercamiento: positiva con Aceptación de Escape y con Miedo a la Muerte; Aceptación Neutral: negativa con Miedo a la Muerte y Evitación de la Muerte y Miedo a la muerte: positiva con Evitación de la muerte.

20^a- Entre el PAM-R y el CL-FoDS, existen relaciones entre Aceptación de Acercamiento y Miedo a la Muerte Propia y Miedo a la Muerte de los Otros, de carácter positivo; Aceptación Neutral y todas las escalas del CL-FoDS, cada una de ellas con signo negativo; Miedo a la muerte y todas las escalas del CL-FoDS, con signo positivo y Evitación de la muerte y todas las escalas del CL-FoDS, de nuevo, todas ellas con signo positivo. Aceptación de escape no mantiene correlación alguna con el CL-FoDS

21^a- Se constata que todas las subescalas del CL-FoDS están relacionadas fuertemente entre ellas.

Para el objetivo específico 4: Obtener la validación parcial y confirmación factorial de los cuestionarios PAM-R y CL-FoDS.

22^a- Tanto el cuestionario PAM-R como el CL-FoDS muestran niveles de entre moderada y alta fiabilidad, excepto en la subescala de Aceptación Neutral del PAM-R.

23- Ambos instrumentos ofrecen una validez de constructo adecuada y se confirman los factores propuestos por los autores.

Para el objetivo específico 5: Obtener el perfil general de la relación entre Actitudes hacia la Muerte y beneficio para el estudiante de Primer curso de enfermería.

24^a- Las dimensiones de Miedo a la Muerte medidas tanto con el CL-FoDS como con el PAM-R, y las de Evitación de la Muerte y Aceptación de Escape son actitudes de carácter negativo o poco deseable y las de Aceptación Neutral y Aceptación de Acercamiento son favorecedoras del Bienestar Psicológico y la capacidad de Afrontamiento Resiliente, siendo el Miedo al proceso de Morir de los Otros la actitud que menor Bienestar Psicológico produce.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. (2003). Assessing Attitudes Toward Dying and Death: Psychometric Considerations. *Omega: Journal of Death and Dying*, 47(1), 45-76.
- Abengózar, M., Bueno, B. y Vega, J. (1999). Intervention on attitudes toward death along the life span. *Educational Gerontology*, 25, 435-447
- Aftyka, A., Rybojad, B., Rozalska, I., Walaszeck, L., Rzońca, P., Humeniuk, E. (2014). Post-traumatic stress disorder in parents of children hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU): medical and demographic risk factors. *Psychiatria Danubina*, 26(4), 347-52.
- Aguilera, R. y González, J. (2009). La muerte como límite antropológico. El problema del sentido de la existencia humana. *Gazeta de Antropología*, 25 (2), n.p.
- Álvarez, L. y Flórez, Z. (2007). Actitudes frente a la muerte en un grupo de adolescentes y adultos tempranos en la ciudad de Bucaramanga. *Aquichan*, 9(2), 156-170.
- Alpízar, H. y Salas, D. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Revista electrónica de estudiantes Esc. de psicología, Universidad de Costa Rica*, 5(1), 65-83.
- Améry, J. (2001). Más allá de la culpa y la expiación, en: *En las fronteras del espíritu*. Traducción 2005. Valencia: Pre-textos.
- Antonowsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36 (6), 725–733.
- Aradilla, A., Tomás-Sábado, J. Gómez, J. (2013). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *Omega: Journal of Death and Dying*, 66(1), 39-55.
- Aradilla, A. (2013). *Inteligencia Emocional y variables relacionadas en Enfermería*. (Tesis Doctoral inédita). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Arase, D. (1989). *La guillotina y la configuración del terror*. Barcelona: Labor.

- Ardelt, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose in life, and attitudes toward death. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 2, (1), 1-10.
- Ardelt, M. y Koenig, C. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, 28(2), 184-215.
- Ariès, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente: Desde la edad media hasta nuestros días*. Barcelona: El acantilado.
- Arranz, P., Barbero, J. Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelos y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Artuch, R. (2014). *Resiliencia y autorregulación en jóvenes navarros en riesgo de exclusión social, que acuden a programas de cualificación profesional inicial*. (Tesis Doctoral Inédita). Facultad de Educación y Psicología. Universidad de Navarra. España.
- Azjen, I. (1989). Attitude Structure and Behavior. En S.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (eds), *Attitude structure and function* (pp. 241-274). Hillsdale, L. Erlbaum.
- Azpeitia, M. (2008) Historiografía de la “Historia de la muerte” *Studia Historica. Historia Medieval*, 26, 113-132.
- Bachner, Y., Davidov, E. y Carmel, S. (2008). Caregivers Communication with Patients about Illness and Death: Initial Validation of a Scale. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 57, 381-397.
- Bachner, Y. G., O'Rourke, N. y Carmel, S. (2011). Fear of death, mortality communication and psychological distress among secular and religiously observant family caregivers of terminal cancer patients. *Death Studies*, 35(2), 163-187.
- Badía, X., Lara, N. y Roset, M. (2004). Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Atención Primaria*, 34(4), 170-177.

- Baldó, J., García, A. y Pavón, J. (2005). Registrar la muerte (1381-1512). Un análisis de testamentos y mandas pías contenidos en los protocolos notariales navarros. *Hispania*, LXV/1, 219, 155-226.
- Barreto, P., Díaz, J., Saavedra, G. (2010). Acercamiento al sufrimiento a través del counselling. *Informació psicológica*, 100, 171-176.
- Barreto, P., de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368.
- Basset, J., McCann, P. y Cate, K. (2008). Personifications of personal and typical death as related to death attitudes. *Omega: Journal of Death and Dying*, 57(2), 163-172.
- Bath, D. (2010). Separation from loved ones in the fear of death. *Death Studies*, 34(5), 404-425.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bauby, J. (2008). *La escafandra y la mariposa*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. 1 ed. Barcelona: Masson. Traducido de T.M.
- Beauchamp y J. F. Childress (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition, Oxford University Press.
- Becker, E. (1973). *The Denial of Death*. New York: Simon & Schuster.
- Becoña, E. (2006) Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 11(3), pp. 125-146. Madrid: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. ISSN 1136-5420/06.
- Bermejo, J. (2011). *Introducción al counselling (Relación de ayuda)*. Santander: Sal Terrae.
- Bernard, B. (1991). *Fostering resiliency in kids. Protective factors in the family, school, and community*. Portland, OR: Northwest Regional Education Laboratory.

- Beydag, K. (2012). Factors Affecting the Death Anxiety Levels of Relatives of Cancer Patients Undergoing Treatment. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(5), 2405-2408.
- Bjornestad, A., Schweinle, A., Elhai, J. (2014). Measuring secondary traumatic stress symptoms in military spouses with the posttraumatic stress disorder checklist military version. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (12), 864-869.
- Black, K. (2007). Health care professionals' death attitudes, experiences and advance directive communication behavior. *Death Studies*, 31(6), 563-572.
- Blasco, D. (2010). *La historia de la muerte. Creencias y rituales funerarios*. Madrid: Libsa.
- Bobes, J., Díaz, J., González, P., Miera, G., Ordoñez, F., Rodríguez, F. (1991) Aspectos psicopatológicos y actitud ante la muerte. *Anales de Psiquiatría*, 7(8), 316-322.
- Bonanno, G. (2004). Loss, trauma and human resilience: Have we underestimate the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, G., Lehman, D., Tweed, R., Wortman, C., Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R. (2002). Resilience to loss and chronic grief. A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Sociology*, 83(5), 1150-1164.
- Bonanno, G., Folkman, S., Moskowitz, J., Papa, A. (2005). Resilience to loss in Bereaved Spouses, Bereaved Parents, and Bereaved Gay Men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (5), 827-843.
- Bonanno, G y Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 126-137.
- Bowlby, J. (1985). *La separación afectiva*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Boyar, J.(1964). The construction and partial validation of a scale for the measurement of fear of death. *Dissertation Abstracts*, 25, 20-21.
- Bravo, M. (2006). ¿Qué es la tanatología? *Revista Digital Universitaria*, 7(8), 1-10.

- Breckler, S.J. (1984). Empirical validation of affect, behavior and cognition as distinct components of attitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47(6), 1191-1205.
- Browne, M. W., y Cudeck, R. (1989). Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research*, 24(4), 445-455.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Byrne, B. M. (2012). *Structural Equation Modeling with Mplus: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York: Routledge.
- Cabodevilla, I. (2001). *En vísperas del morir*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342(9), 654-656.
- Calhoun, L y Tedeschi, R. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and trauma. *Journal of Social Issues*, 54(2), 357-371.
- Carmel, S. y Mutran, E. (1997). Wishes regarding the use of life-sustaining treatments among elderly persons in Israel. An explanatory model. *Social Science and Medicine*, 45(11), 1715-1727.
- Carver, C. (1998). Resilience and thriving: Issues, models and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Charmaz, K. (1980). *The Social Reality of Death*. London: Addison-Wesley.
- Chartier, R. (1976). «Les arts de mourir, 1450-1600». *Annales. Économies. Sociétés. Civilisations*, 31(1), 51-75.
- Chen, E. (2004). Why socioeconomic status affects the health of children: A psychosocial perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 13(3), 112-115.

- Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. y Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30(10), 919-29.
- Chistopolskaya, K. y Enikolopov, S. (2013). Defenses against the fear of death in postsuicide. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 86(10), 64-69.
- Christopher, A., Drummond, K., Jones, J., Marek, P., y Therriault, K. (2006). Beliefs about one's own death, personal insecurity, and materialism. *Personality and Individual Differences*, 40, 441-451.
- Chuen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. y Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30(10), 919-929.
- Chui, W. y Chan, H. (2013). Self-control and the fear of death among adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth Studies*, 16(1), 70-85.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290.
- Cicirelli, V. (1999). Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Studies*, 22(8), 713-733.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª Edición). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cohen, L., Cimboric, K., Armeli, S. y Hettler, T. (1998). Quantitative assessment of thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 323-335.
- Cohen, A., Pierce, J. y Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. y Koenig, H. (2005). Intrinsic and extrinsic religiousness, belief in the afterlife, Death anxiety and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality*, 39, 307-324.

- Colell, R. (2005). *Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña*. (Tesis Doctoral inédita). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Collett, L y Lester, D. (1969). The fear of death end the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181
- Connery, S., Mark, L. (productores) y Van Sant, G. (director). (2000). Descubriendo a Forrester (Cinta Cinematográfica). EEUU: Columbia Pictures
- Conte, H., Bakus-Weiner, M. y Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4), 775-85.
- Contreras, F. y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 2 (2), 311-319.
- Corr, C. (1995). Entering into adolescence understandings of death. In E.A. Grollman (Ed), *Bereaved Children and Teens. A support guide for parents and professionals*. Boston: Beacon Press. p 21-35.
- Corral, JL. (2005). *Historia de La pena de muerte*. Madrid: Aguilar.
- Cortina, M (2010). *La didáctica de la muerte a través del cine y la literatura infantil*. (Tesis Doctoral inédita). Departamento de Educación. Universidad Autónoma de Madrid.
- Cyrulnik, B. (2003). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dattel, A. y Neimeyer, R. (1990). Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death Studies*, 14(1), 1-11.
- D'Attilio, J. y Campbell, B. (1990). Relationship between death anxiety and suicide potential in an adolescent population. *Psychological Reports*, 67: 975-978.
- Davison, I., Cooke, S. (2014). How nurses' attitudes and actions can influence shared care. *Journal of Renal Care*. doi: 10.1111/jorc.12105

- De-Juanas, A., Limón, M. y Navaro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 22, 153-168.
- Deasey, D., Kable, A., Jeong, S. (2014). Influence of nurse's knowledge of ageing and attitudes towards older people on therapeutic interactions in emergency care: A literature review. *Australasian Journal on Ageing*, 33 (4), 229-36.
- Deffner, J. y Bell. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal of Nurses Staff Development*, 21(1), 19-23.
- De la Herrán, A., González, I., Mavarro, M. y Freire, M. (2000). *¿Todos los caracoles se mueren siempre? Cómo tratar la muerte en educación infantil*. Madrid: La Torre.
- De la Herrán, A. y Cortina, M. (2008). La educación para la muerte como ámbito formativo: más allá del duelo. *Psicooncología*, 5(2-3), 409-424.
- DePaola, S., Neimeyer, R. y Ross, S. (1994). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel as a function of training. *Omega: Journal of Death and Dying*, 29(3), 231-248.
- Descubriendo a Forrester (película). (2000). Columbia Pictures/ Fountainbridge Films. Director Gus Van San. 136 mn.
- Dezutter, J., Luyckx, K. y Hutsebaut, D. (2009). "Are you afraid to die?" Religion and death attitudes in an adolescent sample. *Journal of Psychology and Theology*, 37, 163-173.
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B. y Hutsebaut, D. (2009). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies*, 33(1), 73-92.

- Díaz, J., Barcia, J., Gallego, J. y Barreto, P. (2012). Conspiración del silencio y malestar emocional en pacientes diagnosticados de glioblastoma multiforme. *Psicooncología*, 9(1), 151-159.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, C. y van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572-577.
- Dickinson, G. (1992). First childhood death experiences. *Omega: Journal of Death and Dying*, 25(3), 169-182.
- Dickstein, L. (1972). Death Concern: Measurement and Correlates. *Psychological Reports*, 30(2), 563-571.
- Domínguez L. (2006). *Psicología del Desarrollo. Problemas, principios y categorías*. Interamericana de Asesoría y servicios S.A. del C.V. México D.F: Interamericana.
- Dorney, P. (2014). *The “lived experience” of baccalaureate nursing students following the sudden death of a classmate*. (Tesis Doctoral Inédita). Indiana University of Pennsylvania
- Duckitt, J. (1992). Psychology and prejudice. A historical analysis and integrative framework. *American Psychologist*, 47(10), 1182-1193.
- Dulcey, E. y Ardila, R. (1976). Actitudes hacia los ancianos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 8(1), 57-67
- Dunn, K., Otten, C. y Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-104.
- Duriez, B., Fontaine, J. y Hutsebaut, D. (2000). A further elaboration of the Post-Critical Belief scale: Evidence for the existence of four different approaches to religion in Flanders-Belgium. *Psychologica Belgica*, 40, 153-181
- Eagly, A. y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Hartcourt Brace Jovanovich.

- Eshbaugh, E. y Henninger, W. (2013). Potential mediators of the relationship between gender and death anxiety. *Individual Differences Research*, 11(1), 22-30.
- Espinoza, M., Sanhueza, O. y Barriga, O. (2011). Validación de la escala de miedo a la muerte de Collet-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5). Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf
- Fabian, G., Müller, O., Kovács, S., Tú, M., Károly, T., Csermely, P. y Fejérdy, J. (2007). Attitude toward Death: Does It Influence Dental Fear? *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113, 339–349.
- Fazio, R.H. (1989). On the power and functionality of attitudes: The role of accessibility. En S.R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.G. Greenwald (eds), *Attitude structure and function* (pp. 153-179). Hillsdale, L. Erlbaum.
- Feifel, H. (1959). *The Meaning of Death*. New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H. y Branscomb, A. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 82-88. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0034519>.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review Public Health*, 26, 399-419.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd edition). Los Angeles: Sage.
- Flores, F., Almanza, M. y Gómez, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13.
- Florian, V. y Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(3), 600-607.
- Florian, V., Mikulincer, M. y Hirschberger, G. (2002). The anxiety buffering function of close relationships: Evidence that relationship commitment acts as a terror

- management mechanism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 527-542.
- Frankl, V. (1946). *El hombre en busca de sentido*. Traducción 2001, Barcelona: Herder.
- Freud, S. (1995). Obras Completas, Vol. XVIII, *Más allá del principio del placer*, cap.VI. Madrid: Amorrortu, 6a. reimpresión. p.56.
- Fredrickson, B., Waugh, C., Larkin, G. y Tugade, M. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11 th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365-376.
- Fumis, R., De Camargo, D., Del Giglio, A. (2012). Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: a Brazilian survey. *Annals of Oncology*, 23(1), 205-211.
- Fusé, T. (1980). Suicide and culture in Japan: A study of seppuku as an institutionalized form of suicide. *Social Psychiatry*, 15(2), 57-63.
- Gajardo, M., Garrido, C., Lobos, C., Schmidt, K. y Soto, O. (2009). Temor a la muerte y su relación con la actitud de adolescentes hacia la donación de órganos. *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiesis"*, ISSN 1692-0945. 18.
- Gallardo, I. y Mollano, E. (2012). Análisis psicométrico de las escalas Ryff (versión española) en una muestra de adolescentes chilenos. *Universitas Psychologica*, 11(3), 931-939.
- Gama, G., Barbosa, F. y Vieira, M. (2012). Factors influencing nurse's attitudes toward death. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(6), 267.
- Gameel, W. y Saied, N. (2010). Nurses' attitudes toward caring for dying patient in Mansoura University Hospital. *Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 2078-0273.
- Garvie, P., He, J., Wang, Ji., D'Angelo, L. y Lyon, M. (2012). An Exploratory Survey of End-of-Life Attitudes, Beliefs, and Experiences of Adolescents with HIV/AIDS and Their Families. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(3), 373–385.

- García-Soriano, G. y Barreto, P. (2008). Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿desmoralización o depresión? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (2), 123-133.
- Garrido, C. (2006). *Te lo contaré en un viaje*. Barcelona: Critica.
- Gavin, J., Galupo, M. y Cartwright, K. (2009). The role of postformal cognitive development in death acceptance. *Journal of Adult Development*, 16(3), 166-172.
- Gesser, G., Wong, P. y Recker, G. (1987). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega: Journal of Death and Dying*, 18(2), 109-124.
- Glass G. V., Peckham P. D., Sanders J. R. (1972). Consequences of failure to meet assumptions underlying the fixed effects analyses of variance and covariance. *Rev. Educ. Res.* 42, 237–288.10.3102/00346543042003237
- Gómez, S. (1998). *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*. Barcelona: Aran.
- González, I., Herrán, A. de la (2010). Introducción metodológica a la muerte y los miedos en educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 15, 124-149.
- Gau, S., Chen, Y., Tsai, F., Lee, M., Chiu, Y., Soong, W., et al. (2008) . Risks factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health*, 57(2), 135-142.
- Grau, A., Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gazeta Sanitaria*, 19(6). Recuperado el 20 de agosto, 2015 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112005000600007&script=sci_arttext
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Rosenblatt, A., Veeder, M., Kirkland, S. y Lyon, D. (1990). Evidence for terror management theory II: The effects of mortality salience reactions to those who threaten or bolster the cultural worldview. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 308-318.

- Greenberg, J., Solomon, S., y Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and social behavior: Empirical assessments and conceptual refinements. En M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (29, pp. 61–139). New York: Academic Press.
- Harding, E., Flannelly, K., Weaver, A. y Costa, K. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 253-261.
- Hargie, O., Dickson, D. y Rainey, S. (2002). Religious difference, inter-group trust, attraction, and disclosure amongst young people in Northern Ireland. *International Journal of Adolescence and Youth*, 10, 213-235.
- Harrawood, L., White, L. y Benshoff, J. (2008-2009). Death anxiety in a national sample of United States funeral directors and its relationship with death exposure, age and sex. *Omega: Journal of Death and Dying*, 58(2), 129-146.
- Harwell, M. R., Rubinstein, E. L., Hayes, W. S., y Olds, C. C. (1992). Summarizing Monte Carlo Results in Methodological Research: The One- and Two-Factor Fixed Effects ANOVA Cases. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*. 17(4), 315-339.
- Hayslip, B., Schuler, E., Page, K. y Carver, K. (2014). Probabilistic thinking and death anxiety: a terror management based study. *Omega: Journal of Death and Dying*, 69(3), 249-70.
- Hernández, G., González, V., Fernández, L. e Infante, O. (2002). Actitud ante la muerte en los médicos de familia. *Revista cubana de Medicina General Integral*, 18(1), 22-32.
- Hoelter, J.W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(5), 996-999.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1995). Evaluating model fit in SEM: Concepts, issues, and applications. En R. H. Hoyle (Ed.), *Structural Equation Modeling. Concepts, Issues, and Applications* (pp. 76-99). London: Sage.

- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under-parameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.
- Huh, J.; DeLorme, D.E.; Reid, L.N. (2006). Perceived third-person effects and consumer attitudes on prevetting and banning DTC advertising. *Journal of Consumer Affairs*, 40(1), 90-116.
- King, J. A. (2003). What Have We Learned From 100 Years of Robustness Studies on r ? Paper presented at the annual meeting of the Southwest Educational Research Association, San Antonio, Texas, 12-15.
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Personas censadas en España de 17 años. Cifras INE [www.ine.es].
- Instituto Nacional de Estadística (2013). Estudios de los sujetos de entre 17 y 18 años. Cifras INE [www.ine.es].
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Número de sujetos censados en Valencia en el año 2012. Cifras INE [www.ine.es].
- Instituto Nacional de Estadística (2015). Número y Tasa de Mortalidad en España. Cifras INE [www.ine.es].
- Iranmanesh, S., Axelsson, K., Sävenstedt, S. y Häggström, T. (2010). A caring relationship with people who have cancer. *Journal of Advanced Nurse*, 65(6), 1300–1308.
- Iranmanesh, S., Savenstedt, S. y Abbaszadeh, A. (2008). Student nurses' attitudes towards death and dying in south-east Iran. *International Journal of Palliative Nursing*, 14 (5), 214-219.

- Isern, A. (2000). Some perspectives on positive affect and self-regulation. *Psychological Inquiry*, 11, 184-187.
- Jennings, J., Galupo, M. y Cartwright, K. (2009). The Role of Postformal Cognitive Development in Death Acceptance. *Journal of Adult Development*, 16, 166-172.
- Juan Pablo II. Encíclica *Evangelium Vitae*, 25 de marzo de 1995.
- Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I., van Meijel, B. (2014). Nurse's attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9. doi: 10.1111/jpm.12171.
- Kastembaum, R. (1979). *Entre la vida y la muerte*. Traducción de 1984. Barcelona: Herder.
- Kastembaum, R. y Normand, C. (1990). Death bed scenes as imagined by the Young and experienced by the old. *Death Studies*, 14, 201-217.
- Kersting, A., Dölemeyer, R., Steinig, J., Walter, F., Kroker, K., Baust, K., Wagner, B. (2013). Brief Internet-based intervention reduces posttraumatic stress and prolonged grief in parents after the loss of a child during pregnancy: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(6), 372-381.
- Keyes, C., Ryff, C. y Shmotkin, D (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (3ª Ed.). New York: Guilford Press.
- Knight, K. y Elfenbein, M. (1996). Relationship of death anxiety/fear to health-seeking beliefs and behaviors. *Death Studies*, 20(1), 23-31.
- Knight, K., Elfenbein, M., Capozzi, L. (2000). Relationship of recollections of first death experience to current death attitudes. *Death Studies*, 24(3), 201-221.
- Kobasa, S., Maddi, S., Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.

- Kobasa, S., Maddi, S., Kahn, S. (1993). Hardiness and health: A prospective study: Clarification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (1), 207.
- Kopp, E. (2008-2009). The influence of death attitudes and knowledge of end of life options on attitudes toward physician-assisted suicide. *Omega: Journal of Death and Dying*, 58(4), 299-311.
- Krieger, S., Epting, F. y Leitner, L. (1974). Personal constructs, threat, and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*, 5, 299-310.
- Kroen, W. (2002). *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido*. Barcelona: Oniro.
- Kübler-Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Mondadori.
- Kübler.Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. 2nd edition. Nueva York. The Macmillan Company.
- Kübler.Ross, E. (1992). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga. 10ª edición.
- Lange, M., Thom, B. y Kline, N. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959.
- Ledermann, W. (2003). El hombre y sus epidemias a través de la historia. *Revista Chilena de Infectología*, 20 supl. 13-17.
- Lehman, D., Davis, C, DeLonguis, A, Wortman, C, Bluck,S, Mandel,D y Ellard,J (1993) Positive and negative life changes following bereavement and their relations to adjustment. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 12(1), 90-112.
- Leombruni, P., Miniotti, M., Bovero, A., Zizzi, F., Castelli, L. y Torta, R. (2014). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(3), 188-196.
- Lester, D. y Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of Death Scale: A correction. *Death Studies*, 27(1), 81-85.

- Levi, P. (1958). *Si esto es un hombre*. Traducción de 1987. Barcelona: Muchnik Editores S.A.
- Lewis, C.S. (1994). *Una pena en observación*. Barcelona: Anagrama.
- Like, J. (2013). Associations among aspects of meaning in life and death anxiety in young adults. *Death Studies*, 37(5), 471-482.
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3, 37-46.
- Lindeman, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lobar, S., Youngblut, J. y Brooten, D. (2006). Cross-Cultural beliefs, ceremonies and rituals surrounding death of a loved one. *Journal of Pediatric Nursing*, 32(1), 44-50.
- López, A., Sueiro, E. y López, MC. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 9(11), 1138-1663.
- Lubetzky, O. y Gilat, I. (2002). The impact of premature Birth on fear of personal death and attachment styles in adolescence. *Death Studies*, 26(7), 523-543.
- Luciano, C., Páez, M., y Valdivia, S. (2006). Una reflexión sobre la Psicología Positiva y la Terapia de Aceptación y Compromiso. *Clínica y Salud*, 17(3), 339-356.
- Machado, M. 1999. *Alma-Ars Moriendi*. Madrid: Cátedra.
- Madi, S. y Kobasa, S. (1984). *The Hardy Executive: Health Under Stress*. Homewood IL: DowJones-Irwin.
- Ma-Kellams, C., Blascovich, J. (2012). Enjoying life in the face of death: East-West differences in responses to mortality salience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103(5), 773-86.

- Makgati, C. y Simbayi, L. (2005). Attitudes and beliefs about death and dying held by black south- african university students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 33(2), 175-182.
- Maltby, J. y Day, L. (2000). The reliability and validity of the Death Obsession Scale among English university and adult samples. *Personality and Individual Differences*, 28, 695-700.
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28(1), 1-17.
- Masten, A. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Mazeira, J., Martín, B. y Terri, I. (1993). Nivel de vocación por la especialidad de enfermería en ls estudiantes de segundo año. *Revista Cubana de Enfermería*, 15(1), 17-21.
- Maxfield, M., Kluck, B., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Cox, C., Solomon, S., Weise, D. (2007). Age-related differences in responses to thoughts of one's own death: Mortality salience and judgements of moral transgressions. *Psychology and Aging*, 22(2), 341-353.
- Maxwell S. E., Delaney H. D. (2004). *Designing Experiments and Analyzing Data: A Model Comparison Perspective*, 2nd Edn. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Mc Lenan, S., Diebold, M., Rich, L., Elger, B. (2014). Nurses' perspectives regarding the disclosure of errors to patients: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*. Oct 13. pii: S0020-7489(14)00259-4. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.10.001.
- Méndez, M. (2013). *Buscando mi estrella. Una memoria del amor perpetuo de una madre y un secreto sin contar*. New York: C.A. Press.
- Mitchell, E., Stewart, A. y Crampton, P. (2000). Deprivation and sudden infant death syndrome. *Social Science & Medicine*, 51(1), 147.

- Mondragón, E., Torre, E., Morales, M. y Landeros, E. (2015). Comparación del nivel de Miedo a la Muerte entre estudiantes y profesionales de enfermería en México. *Revista. Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 323-8.
- Moody, R. (1975). *Vida después de la vida. Y reflexiones sobre vida después de la vida*. Madrid: EDAF.
- Mooney, D. (2005). Tactical reframing to reduce death anxiety in undergraduate nursing students. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 22 (6), 427-432.
- Moore, T., Castle, K., Shaw, K., Stockton, M. y Bennett, M. (2007). Memorable patient deaths; reactions of hospital doctors and their need for support. *Medical Education*, 41, 942-946.
- Morales, J. (Coord). (1994). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Moreno, M. (2013). *Sentido de la vida y afectividad negativa (ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte) en universitarios*. (Tesis Doctoral Inédita). Departamento de Psicología y Antropología, Universidad de Extremadura.
- Moskowitz, J. (2001). Emotion and coping. In T. J. Mayne y G. A. Bonanno (eds.), *Emotions: Current issues and future directions* (pp. 311–336). New York: Guilford Press.
- Moya, F., Barcia, D., Canteras, M. y Garcés, E. (2010). La Escala Clínica de Ansiedad ante la Muerte DACS. *Edu Psykhé*, 9(2), 147-158.
- Mueller, M. (2001). Death education and Death fear reduction. *Education*, 97(2), 145-148.
- Naderi, F. y Esmaili, E. (2009). Collet-Lester Fear of Death Scale Validation and Gender-Based Comparison of Death Anxiety, Suicide Ideation and Life satisfaction in University Students. *Journal of Applied Sciences*, 9(18), 3308-3316.
- Nakagi, S. y Tada, T. (2014). Relationship between identity and attitude toward death in Japanese senior citizens. *The Journal of Medical Investigation*, 61(1-2), 103-117.

- Neimeyer, R. (1997). Meaning reconstruction and the experience of chronic loss. En K. Doka y J. Davidson (Eds), *Living with grief: When illness is prolonged*. Washington, D.C. Hospice foundation of America.
- Neimeyer, R. (1997). *Métodos de Evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. y Stewart, A. (1996). Trauma, healing and the narrative emplotment of loss. *Families in society: The Journal of Contemporary Human Services*, 77(6), 360-375.
- Neimeyer, R. y Van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In: *Dying: Facing the facts*. Was, H y R. Neimeyer (eds). Philadelphia: Tailor and Francis, pp: 49-88.
- Nelson, L. (1.978). The multidimensional measurement of death attitudes: constructions and validation of a three factor instrument. *Psychological Reports*, 28(4), 525-533.
- Night, K. y Elfenbein, M. (1996). Relationship of death anxiety/fear to health-seeking beliefs and behaviors. *Death Studies*, 20, 23-31.
- Noppe, I, y Noppe, L. (1997). Evolving meanings of death during early, middle, and later adolescence. *Death Studies*, 21, 253-275.
- Nozari, M. y Dousti, Y. (2013). Attitude Toward Death in Healthy People and Patients with Diabetes and Cancer. *Iranian Journal of Cancer Prevention*, 6(2), 95-100.
- O'Leary, V. e Ickovics, E. (1998). Strength in the face of adversity: Individual and social thriving. *Journal of Social Issues*, 54(2), 425-446.
- Oliver, P. (2008). *La pena de muerte en España*. Madrid: Síntesis.
- OMS. (1986). *La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Orbach, I., Feshbach, S., Carlson, G., Glaubman, H. y Gross, Y. (1983). Attraction and repulsion by life and death in suicidal and in normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 661-670.

- Osadolor, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte* (Tesis Doctoral Inédita). México: Universidad Iberoamérica.
- Papalia D, Feldman R y Martorell G. (2013). *Desarrollo humano*. México, 12ª ed. Mc Graw Hill. p. 420-21.
- Park, C. (1988). Stress-related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 54(2), 267-277.
- Parkes, C. (1978). Grief and mourning in cross-cultural perspective. *Medical Psychology and Medical Sociology*, 12(4), 319.
- Parkes, C., Laungani, P., Young, B. (1997). *Death and bereavement across cultures*. London: Routledge.
- Patterson, J. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64, 349-36.
- Payne, B., Range, L. (1995). Attitudes toward life and death and suicidality in young adults. *Death Studies*, 19, 559-569.
- Pérez, V. (2004). Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6).
- Peters, L., Payne, S., Connor, M., McDermott, F., Hood, K. y Morphet, J. (2013). How death anxiety impact nurses' caring at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14-17.
- Pezo, M., Souza, N. y Costa, M. (2004). La mujer responsable de la salud de la familia. *Index de Enfermería*, 13(46), 13-17.
- Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15(1), 1-12.
- Piaget, J. e Inhelder, (1959). *La genèse des structures logiques élémentaires. Classifications et sériations*. Paris: Delachaux et Niestlé.

- Pinquart, M., Fröhlich, C., Silvereisen, R. y Wedding, U. (2005-2006). Death Acceptance in Cancer Patients. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(3), 217-235.
- Poch, C. (2000). *De la vida y de la muerte. Reflexiones y propuestas para educadores y padres*. Barcelona: Claret.
- Poch, C. y Herrero, O. (2003). *La muerte y el duelo en el contexto educativo*. Barcelona: Paidós.
- Polaino, A. (1994). Ansiedad ante la muerte y actitudes ante la eutanasia: Revision crítica de un estudio experimental. *Persona y Derecho*, 8, 271-282.
- Powell, F., Thorson, J., Kara, G. y Uhl, H. (2001). Stability of medical students' attitudes toward aging and death. *The Journal of Psychology*, 124, 339-342
- Power, T. y Smith, S. (2008). Predictors of fear of death and self-mortality: an atlantic Canadian perspective. *Death Studies*, 32(3), 253-279.
- Prada, E. (2005). Psicología positiva y emociones positivas. Revista electrónica Psicología Positiva.com. Extraído el 5 de agosto del 2015 de <http://www.psicologia-positiva.com/Psicologiapos.pdf>
- Poseck, B., Carbelo, B. y Vecina, ML. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 27(1), 40-49.
- Ray, J. y Najman, J. (1974). Death anxiety and Death acceptance: A preliminary approach *Omega: Journal of Death and Dying*, 5(4), 311-315.
- Ray, J. y Najman, J. (1986). The generalizability of deferment of gratification. *Journal of Social Psychology*, 126(1), 117-119.
- Raja, R. (2001). *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del personal sanitario ante la muerte*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Cádiz, Facultad de Medicina. España.

- Ramos, F. y Garcia-Ortega, I. (1991). Miedo y ansiedad ante la muerte. En Buendía A, J. (Ed.): *Psicología clínica y salud: Desarrollos actuales*. Murcia: Universidad de Murcia (131-166).
- Rando, T., Doka, K., Fleming, S., Franco, M., Lobb, E., Parkes, C., Steele, R. (2012). A call to the field: complicated grief in the DSM-5. *Omega: Journal of Death and Dying*, 65(4), 251-5.
- Ratnarajah, D., Maple, M. y Minichiello, V. (2014). Understanding family member suicide narratives by investigating family history. *Omega: Journal of Death and Dying*, 69(1), 41-57.
- Real Academia Española. (2014). Disquisición. En Diccionario de la lengua española (23ª. ed.). Recuperado de <http://www.rae.es/diccionario-de-la-lengua-espanola/la-23a-edicion-2014>.
- Real Decreto 426/1980, de 22 de febrero, por el que se desarrolla la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. 63 BOE§13 marzo (1980).
- Rivera, A., Montero, M. y Sandoval, R. (2010). Escala de ansiedad ante la muerte de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 2(2), 83-91.
- Robbins, R. (1992). Death competency: a study of hospice volunteers. *Death Studies*, 16(6), 557-69.
- Rodríguez, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Interdisciplinaria* [online]. vol.24, n.1 [citado 2015-03-16], pp. 5-42. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272007000100001&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1668-7027.
- Routledge, C. y Juhl, J. (2010). When death thoughts lead to death fears: Mortality salience increases death anxiety for individuals who lack meaning in life. *Cognition and Emotion*, 24(5), 848-854.
- Ruíz-Benitez, M., Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología*, 1(5), 53-69.

- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Ryff, C. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6(2), 286–295.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
- Sanders, P. (1990). *Let's Talk About Death and Dying*. London: Aladdin Books.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Síndromes clínicos de la ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds), *Manual de psicopatología*, Vol. 2 (pp. 81-112). Madrid: McGraw-Hill.
- Santisteban, S. y Mier, O. (2006). A descriptive study of death anxiety and stressors in the various practitioners of a palliative care unit. *Unidad de Cuidados Paliativos*, 13, 18–24.
- Saugnieux, J. (1972). *Les Danses macabres de France et d'Espagne: et leurs prolongements littéraires*. Michigan: Vitte.
- Saunders, C. (1965). The last Stages of Life. *The American Journal of Nursing*, 65(3), 70-72.
- Schiappa, E., Gregg, P. y Hewes, D. (2004). Can a television series change attitudes about death? a study of college students and six feet under. *Death Studies*, 28(5), 459-474.
- Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la “Escala Bugen de afrontamiento de la muerte” y del “Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte”: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Granada, departamento de Enfermería.

- Schultz, R. (1979). Death Anxiety: Intuitive and Empirical Perspectives. *Death and Dying: Theory/Research/Practice*, edited by Larry A. Busen. Dubuque, IA: William C. Brown. Pp. 66–87.
- Seligman, M. (1999). The presidents address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. (2000). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Shaffer, D. y Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. México D.F. Cengage Learning Editores.
- Shear, M., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., et al. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(2), 103–117.
- Sinclair, V. y Wallstrom, K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Siracusa, C. (2010). *Educación para la muerte: Estudio sobre la construcción del concepto de muerte en niños de entre 8 a 12 años de edad en el ámbito escolar. Propuesta de un programa de intervención*. (Tesis Doctoral Inédita). Universidad de Granada, Facultad de Psicología.
- Siracusa, F., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M., García-Caro, M., Schmidt, J. y Vera, M. (2011). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en padres de niños de primaria. *Psicología Conductual*, 3, 627-642.
- Smith, T. (2004). *The effect of two death education programs on emergency medical technicians*. (Tesis Doctoral inédita). University of Maryland. Philosophy
- So-Kum, C., Wu, A. y Yan, E. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26(6), 491-499.
- Steger, M., Frazier, P., Oishi, S. y Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93.
- Stevens J. (2002). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, 4th Edn. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Stevens, J. (1999). *Intermediate statistics: A modern approach*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stucke, T. y Baumeister, R. (2006). Ego depletion and aggressive behavior: Is the inhibition of aggression a limited resource? *European Journal of Social Psychology*, 36, 1-13.
- Stoller, E. (1980). Effect of experience on nurse's responses to dying and death in the hospital setting. *Nursing Research*, 29, 35-38.
- Suárez, M. (2000). *Diagnóstico cáncer, mi lucha por la vida*. Barcelona: Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores.
- Tabachnick, G. G., y Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6ª Edición). Boston: Allyn and Bacon.
- Taddei, C., Ceccherini, V., Niccolai, G., Porchia, B., Boccalini, S., Levi, M., et al. (2014). Attitude toward immunization and risk perception of measles, rubella, mumps, varicella and pertusis in health care workers working in 6 hospitals of Florence, Italy 2011. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 25, 1-11.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equation models. En K. A. Bollen y J. S. Long, *Testing Structural Equation Models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- Tang, C., Wu, A. y Yan, E. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among chinese college students. *Death Studies*, 26(6), 491-499.
- Tabachnick, B. y Fidell, L. S. (2012). *Using multivariate statistics* (6th edition). New York: Pearson.
- Tabachnick, G. G., y Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6ª Edición). Boston: Allyn and Bacon.
- Tedeschi, R. y Calhoun, L. (1996). The posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.

- Templer, D. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D., Harville, M., Hutton, S., Underwood, R., Tomeo, M., Russel, M., Mitroff, D. y Arikawa, H. (2001-2002). Death Depression Scale-Revised. *Omega: Journal of Death and Dying*, 44(2), 105-112.
- Thorson, J. y Powell, F. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521.
- Tice, D. Bratslavsky, E. y Baumeister, R. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 53-67
- Tolstoi, I. (2002). *La muerte de Ivan Ilich*. Editorial Jorge a. Mestas. México D.F: Ediciones escolares.
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2005). Death anxiety and death depression in spanish nurses. *Psychological Reports*, 97(1), 21-24.
- Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J. y Limonero, J. (2005). The death anxiety inventory: a revision. *Psychological Reports*, 97(3), 793-796.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. y Abdel-Khalek, A. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of Death Scale. *Death Studies*, 31(3), 249-260.
- Tomás-Sábado, J., Meléndez, J., Sancho, P., Mayordomo, T. (2012). Adaptation and initial validation of the BRCS in an elderly Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 283-289.
- Tomer, A. y Eliason, G. (2005). Life regrets and death attitudes in college students. *Omega: Journal of Death and Dying*, 51(3), 173-195.
- UNICEF. (2011). Progreso para la infancia. Un boletín sobre los adolescentes. 10.
- Uribe, A., Valderrama, L., Durán, D., Galeano, C. y Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 119-126.

- Uribe, A., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Vail, K., Rothschild, Z., Weise, D., Solomon, S., Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (2010). A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Personality and Social Psychology Review Journal*, 14(1), 84-94.
- Valadez, A., Silber, T., Meltzer, A. y D'Angelo, L. (2005). Will I be alive in 2005? Adolescent level of involvement in risk behaviors and belief in near-future death. *Pediatrics*, 116(1), 24-31.
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos Generales*. (Tesis inédita de Doctorado). Universidad de Sevilla. Facultad de Psicología (España).
- Valizadeh, L., Jannani, R., Jannani, L. y Galechi, F. (2014). Neonatal Intensive Care Units nurses' attitude toward advantages and disadvantages of open vs closed endotracheal suction. *Nursing and Midwifery Studies*, 3(2): e18037.
- Vaquiroy, S. y Stieповich, J. (2010). Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 9-16.
- Venegas, M., Sanhueza, O. y Barriga, O. (2011). Validation of Collett-Lester's Fear of Death Scale in a sample of nursing students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(5), 1171-1180.
- Vovelle, M. (1982). *Ideologías y mentalidades*. Barcelona: Ariel, 1985 (edición original: *Idéologies et Mentalités*. Paris: Maspero).
- Wadsworth, B. (1991). *Teoría de Piaget del Desarrollo Cognoscitivo y Afectivo*. Mexico D.F: Diana.
- Wainrib, B. y Bloch, E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Wang, J., y Wang, X. (2012). *Structural Equation Modeling. Applications Using Mplus*. West Sussex, UK: Wiley.

- Wilber, K. (1995). *Gracia y coraje en la vida y en la muerte de Treya Killam Wilber*. Madrid: Gaia.
- Wong, S. (2013). Does superstition help? A study of the role of superstitions and death beliefs on death anxiety amongst chinese undergraduates in Hong Kong. *Omega: Journal of Death and Dying*, 65(1), 55-70.
- Worden, W. (1997). *El Tratamiento del Duelo. Asesoramiento Psicológico y Terapia*. Buenos Aires: Paidós, p. 46.
- Wu, A. y Tang, C. (2009). The Negative Impact of Death Anxiety on Self-efficacy and Willingness to Donate Organs among Chinese Adults. *Death Studies*, 33(1), 1-22.
- Wulff, D. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. New York: Wiley.
- Yalom, I. (1998). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Traducción de 2000, Buenos Aires: Paidós Ibérica.
- Young, H., Chang, G., Si-young, K., Sang-Wook, L., Dae, S., Jun, S., Keun, S et al. (2004). The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *Journal of Clinical Oncology*, 22(2), 307-314.
- Ziapour, S., Dusti, Y. y Abbasi, A. (2014). The correlation between happiness and death anxiety: A case study in health personnel of Zareh hospital of Sari. *European Journal of Experimental Biology*, 4(2), 172-177.

9. Índice de acrónimos y abreviaturas

AA: Aceptación de Acercamiento

AE: Aceptación de Escape

AFC: Análisis Factorial Confirmatorio

AN: Aceptación Neutral

ANOVA: Analysis of Variance

BP: Bienestar Psicológico

CAM: Cuestionario de Actitudes Hacia la Muerte

CAM-2: Cuestionario de Actitudes Hacia la Muerte Revisado

CDDE-R: Escala de Depresión ante la Muerte Revisada

CES-D: Center for Epidemiological Study Depression Scale

CLFoDS: Collet Lester Fear of Death Scale

DA: Death Anxiety

DAcS: Death Acceptance Scale

DAI: Death Anxiety Inventory

DAP-R: Death Attitudes Profile Revised

DAQ: Death Anxiety Questionnaire

DAS: Death Anxiety Scale de Templer

DC: Escala de Preocupación ante la muerte de Dickstein

DDS: Death Depression Scale

DOS: Death Obsession Scale

EEUU: Estados Unidos de América

EM: Evitación de la Muerte

EMMM: Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte de Hoelter

EAAM: Escala de Ansiedad Ante la Muerte

EPQ: Eysenk Personality Questionnaire

FATCOD: The Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying

HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale

KDAS: Klug Death Acceptance Scale

LFDS: Leming Fear of Death Scale

LATDS: Lester Attitude Toward Death Scale

MANOVA: Multivariate Analysis of Variance

MFODS: Multidimensional Fear of Death Scale, de Hoelter

MM: Miedo a la Muerte

MMO: Miedo a la muerte de los otros del CLFoDS

MPM: Miedo a mi propia muerte del CLFoDS

MPMO: Miedo al proceso de morir de los otros del CLFoDS

MPPM: Miedo a mi propio proceso de morir del CLFoDS

PAM-R: Perfil de Actitudes Hacia la Muerte Revisado

PIL: Purpose In Life

PPTSD-R: Purdue Posttraumatic Stress Disorder Scale Revised.

PTSD: Trastorno de Estrés Postraumático

Ryff AA: Dimensión “Autoaceptación” de la escala de Ryff

Ryff.RP: Dimensión “Relaciones Personales” de la escala de Ryff

Ryff AU: Dimensión “Autonomía” de la escala de Ryff

Ryff DE: Dimensión “Dominio del Entorno” de la escala de Ryff

Ryff CP: Dimensión “Crecimiento Personal” de la escala de Ryff

Ryff PV: Dimensión “Propósito en la vida” de la escala de Ryff

SM: Saliencia de la Muerte

STAI: Cuestionario de ansiedad de Spielberger

TAR: Test de Afrontamiento Resiliente

TMT: Teoría del Manejo del Terror

UCV: Universidad Católica de Valencia

10. Índice de tablas**pág.**

Tabla 1. Distribución por sexos de las diferentes dimensiones del PAM-R	41
Tabla 2. Correlación entre Miedo a la muerte y el resto de dimensiones del PAM-R	59
Tabla 3. Puntuaciones a lo largo de la literatura científica revisada en el cuestionario PAM-R	61
Tabla 4. Puntuación por dimensiones en el CLFoDS	63
Tabla 5. Datos básicos de la muestra	107
Tabla 6. Saturaciones factoriales del análisis factorial confirmatorio del cuestionario PAM-R	108
Tabla 7. Correlaciones entre los factores del cuestionario PAM-R	109
Tabla 8. Saturaciones factoriales del análisis factorial confirmatorio del cuestionario CLFoDS	110
Tabla 9. Correlaciones entre los factores del cuestionario CLFoDS	110
Tabla 10. Análisis de fiabilidad de las escalas a estudio	111
Tabla 11. Análisis de fiabilidad por dominios	111
Tabla 12. Valoración del 1-10 del interés por el tema del duelo o la muerte	112
Tabla 13. Tipo de pérdida	113
Tabla 14. Puntuaciones medias en el Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte	115
Tabla 15. Puntuaciones medias en el CL-FODS	115

Índice de tablas. Cont...**pág.**

Tabla 16. Puntuaciones medias en la escala de Bienestar Psicológico de Ryff	116
Tabla 17. Puntuaciones medias en la escala de Resiliencia de Sinclair y Wallston	116
Tabla 18. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones del PAM-R	117
Tabla 19. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones en el PAM-R	117
Tabla 20. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones del CLFoDS	118
Tabla 21. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones en el CLFoDS	118
Tabla 22. Correlaciones entre la edad y las puntuaciones de Bienestar Psicológico	119
Tabla 23. Correlaciones entre la muestra de 17,18 y 19 años y sus puntuaciones de Bienestar Psicológico	119
Tabla 24. Correlaciones entre la Edad y Edad de 17 a 19 años y sus puntuaciones en el TAR	119
Tabla 25. Correlación Interés hacia la muerte con PAM-R	120
Tabla 26. Correlación Interés hacia la muerte con CLFoDS.....	120
Tabla 27. Correlación Interés hacia la muerte con Bienestar Psicológico	120
Tabla 28. Correlación de Interés hacia la muerte con Resiliencia	121
Tabla 29. Correlación Edad prevista de muerte con CLFoDS y PAM-R	121
Tabla 30. Correlación de Edad prevista de muerte y BP y Resiliencia	122
Tabla 31. Correlaciones entre las diferentes dimensiones de la escala PAM-R	123

Índice de tablas. Cont...**pág.**

Tabla 32. Correlaciones entre las dimensiones de la escala PAM-R y del CLFoDS	124
Tabla 33 Correlación de PAM-R con Bienestar Psicológico y Resiliencia	124
Tabla 34. Correlación entre las distintas dimensiones del CLFoDS	125
Tabla 35. Correlaciones entre la CLFoDS y la escala de BP de Ryff	125
Tabla 36. Correlaciones entre BP y MPMO para sexo masculino	126
Tabla 37. Correlaciones entre BP y MPMO para sexo femenino	126
Tabla 38. Correlación entre el TAR y el CLFoDS	127
Tabla 39. Correlaciones entre las distintas dimensiones de la escala de Bienestar Psicológico de Ryff	127
Tabla 40. Correlación entre las dimensiones de la escala de BP de Ryff y el TAR	127
Tabla 41. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona sexo con las actitudes ante la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes	128
Tabla 42. Medias y desviaciones típicas de las actitudes ante la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los sexos	128
Tabla 43. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona sexo con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) como variables dependientes	129
Tabla 44. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) para cada uno de los sexos.....	129

Índice de tablas. Cont...

pág.

Tabla 45. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona formación con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes	130
Tabla 46. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los grupos	130
Tabla 47. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona la formación con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) como variables dependientes	131
Tabla 48. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) para cada uno de los grupos	131
Tabla 49. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona haber sufrido una pérdida personal con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) como variables dependientes	132
Tabla 50. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario PAM-R) para cada uno de los grupos	132
Tabla 51. ANOVAs de continuación para el MANOVA que relaciona haber sufrido una pérdida personal con las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) como variables dependientes	133
Tabla 52. Medias y desviaciones típicas de las actitudes hacia la muerte (Cuestionario CLFoDS) para cada uno de los grupos	133

11. Índice de gráficos pág.

Gráfico 1. Experiencia de pérdida personal	112
Gráfico 2. Parentesco del familiar/allegado fallecido	113
Gráfico 3. Edad a la que el sujeto cree que morirá	114

12. Índice de figuras pág.

Figura 1. Relación entre el Miedo hacia la Muerte y diversas mediciones de Bienestar	53
Figura 2. Análisis factorial confirmatorio propuesto para el Cuestionario PAM-R	98
Figura 3. Análisis factorial confirmatorio propuesto para el Cuestionario CLFoDS	99
Figura 4. Modelo predictivo del bienestar y la resiliencia a partir de las actitudes ante la muerte	104
Figura 5. Modelo predictivo del bienestar y la resiliencia a partir de las estrategias y las actitudes ante la muerte	135

Anexo 1. Hoja de información acerca de los cuestionarios

Información sobre los cuestionarios:

Los siguientes cuestionarios que le entregamos forman parte de un estudio que estamos realizando para entender mejor algunas de las actitudes de las personas en diversos centros hacia temas que creemos que son importantes tanto para la práctica clínica como para el desarrollo humano en general.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. No está obligada/o a rellenar los cuestionarios si usted cree en un determinado momento que no puede o no quiere hacerlo.

Todos los datos recogidos son confidenciales, por lo que nadie sabrá cuales han sido sus respuestas.

Le rogamos encarecidamente que si decide contestar lo haga de la manera más sincera posible, ya que los datos obtenidos son de suma importancia para todos.

Le agradecemos de antemano su colaboración, y le recordamos que estamos a su disposición para atenderle en todo lo relacionado a esta investigación, tanto durante como después de la finalización de la misma.

Por favor, si tiene alguna duda o sugerencia póngase en contacto con nosotros.

Muchas gracias.

Fdo. Enrique Sáez Álvarez
Enfermero. Profesor UCV.
E-Correo:enriquejesus.saez@ucv.es

Anexo 2. Cuestionario de Datos Socio-demográficos y otras variables de interés

Edad: _____ **Sexo:** V M

Estado civil: Casada/o Soltera/o Separada/o Viuda/o

¿Ha realizado algún curso sobre duelo y/o muerte: Si No

Valore del 1 al 10 cuanto le interesa, en general, el tema del duelo o la muerte (redondee con un círculo: 1 nada-10 muchísimo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Ha sufrido alguna pérdida importante durante el último año?

Si No

Quien o qué: amigo familiar (indique parentesco)

Mascota Relación (novio/a, etc) Trabajo Otros (indicar)

¿Ha sufrido alguna enfermedad grave?

Si No Indicar cual y cuando

¿Viven sus padres? Si No

¿A qué edad cree que morirá?

Anexo 3. Perfil de Actitudes Hacia la Muerte Revisado

Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte

Lee cuidadosamente cada afirmación e indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo.

TD: Totalmente en desacuerdo

BD: Bastante en desacuerdo

AD: Algo en desacuerdo

I: Indeciso/a

AA: Algo de acuerdo

BA: Bastante de acuerdo

TA: Totalmente de acuerdo

1. La muerte es sin duda una experiencia horrible

TD BD AD I AA BA TA

2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad

TD BD AD I AA BA TA

3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte

TD BD AD I AA BA TA

4. Creo que iré al cielo cuando muera

TD BD AD I AA BA TA

5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones

TD BD AD I AA BA TA

6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable

TD BD AD I AA BA TA

7. Me trastorna la finalidad de la muerte

TD BD AD I AA BA TA

8. La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

11. La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

12. Siempre intento o pensar en la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

14. La muerte es un aspecto natural de la vida

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

17. No temería a la muerte ni le daría la bienvenida

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

18. Tengo un miedo intenso a la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

19. Evito totalmente pensar en la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

22. Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

30. La muerte no es buena ni mala

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

31. Espero una vida después de la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

32. Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte

TD	BD	AD	I	AA	BA	TA
----	----	----	---	----	----	----

Anexo 4. Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (CLFoDS)

CLFoDS Adaptación española de Tomás-Sábado, Limonero y Abdel-Khalek (2007)

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes por los siguientes aspectos de la muerte y del proceso de morir? Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

	Mucho	Moderado	Nada		
En relación a tu propia muerte					
1. La total soledad de la muerte	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida	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 el estar muerto	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nunca nada más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
En relación a tu propio proceso de morir					
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 afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
En relación a la muerte de otros					
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, 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 sin ella	5	4	3	2	1
En relación al proceso de morir de otros					
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 como 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	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

Anexo 5. Escala de bienestar subjetivo de Ryff

1. Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas

1	2	3	4	5	6
Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo

2. A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones

1	2	3	4	5	6
TD					TA

3. No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente

1	2	3	4	5	6
TD					TA

4. Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida

1	2	3	4	5	6
TD					TA

5. Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga

1	2	3	4	5	6
TD					TA

6. Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad

1	2	3	4	5	6
TD					TA

7. En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo

1	2	3	4	5	6
TD					TA

8. No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar

1	2	3	4	5	6
TD					TA

9. Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí

1	2	3	4	5	6
TD					TA

11. He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto

1	2	3	4	5	6
TD					TA

12. Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo

1	2	3	4	5	6
TD					TA

14. Siento que mis amistades me aportan muchas cosas

1	2	3	4	5	6
TD					TA

15. Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones

1	2	3	4	5	6
TD					TA

16. En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo

1	2	3	4	5	6
TD					TA

17. Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro

1	2	3	4	5	6
TD					TA

18. Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí

1	2	3	4	5	6
TD					TA

19. Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad

1	2	3	4	5	6
TD					TA

21. Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general

1	2	3	4	5	6
TD					TA

22. Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen

1	2	3	4	5	6
TD					TA

23. Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida

1	2	3	4	5	6
TD					TA

24. En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo

1	2	3	4	5	6
TD					TA

26. No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza

1	2	3	4	5	6
TD					TA

27. Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos

1	2	3	4	5	6
TD					TA

31. En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo

1	2	3	4	5	6
TD					TA

32. Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí

1	2	3	4	5	6
TD					TA

36. Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona

1	2	3	4	5	6
TD					TA

37. Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona

1	2	3	4	5	6
TD					TA

38. Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento

1	2	3	4	5	6
TD					TA

39. Si me sintiera infeliz con mi situación de vida, daría los pasos más eficaces para cambiarla

1	2	3	4	5	6
TD					TA

Anexo 6. Escala Breve de Resiliencia (Sinclair y Wallston, 2004)

A continuación les presentamos una serie de preguntas sobre la capacidad que tiene usted para afrontar situaciones adversas. Le agradeceríamos que contestase a éstas según el grado en que se sienta identificado con las afirmaciones. Siendo 1 totalmente en desacuerdo -5 totalmente de acuerdo.

	Totalmente desacuerdo				Totalmente de acuerdo
24. Busco formas creativas de cambiar situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
25. Independientemente de lo que me pase, creo que puedo controlar mi reacción ante esto.	1	2	3	4	5
26. Creo que puedo crecer de forma positiva manejando situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
27. Puedo buscar activamente formas para reemplazar las pérdidas que encuentro en mi vida.	1	2	3	4	5

Anexo 7. Permiso para la realización del estudio de campo

Código Promotor: UCV/2015-2016/32. Versión 1.

Fecha 27/04/2016. IP. D. Enrique Jesús Sáez Álvarez

CONFORMIDAD DEL RESPONSABLE DEL ESTUDIO EN LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UCV.

Por la presente,

Dra. Dña. María Teresa Murillo

Decana en funciones de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia:

Para la realización del proyecto de investigación:

Título: Cuidados y fenomenología del duelo y la muerte

Investigador: Enrique Jesús Sáez Álvarez

Hace constar que:

Conoce el proyecto de investigación referenciado en el encabezamiento

Por lo que

Autoriza la realización del estudio en la facultad de Enfermería de la UCV

Y que, así mismo

Supervisará la realización del estudio desde su inicio hasta la finalización del mismo.

En Valencia, a 27 de Abril de 2016



Firmado: Dra. Dña. María Teresa Murillo

