

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS DOCTORAL

**Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor) y  
religiosidad**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Salvador Urraca Martínez**

DIRECTOR:

**Diego Gracia Guillén**

Madrid, 2015

Salvador Urraca Martínez

TP  
1982  
-----  
207



x-56-939056-2

ACTITUDES ANTE LA MUERTE (PREOCUPACION, ANSIEDAD,  
TEMOR) Y RELIGIOSIDAD



ARCHIVO

Departamento de Psicología Matemática  
Facultad de Psicología  
Universidad Complutense de Madrid  
1982

"

**Colección Tesis Doctorales. Nº 207/82**



© Salvador Urraca Martínez  
Edita e imprime la Editorial de la Universidad  
Complutense de Madrid. Servicio de Reprografía  
Noviciado, 3 Madrid-8  
Madrid, 1982  
Xerox 9200 XB 480  
Depósito Legal: M-31617-1982

BIBLIOTECA

AUTOR: SALVADOR URRACA MARTINEZ.

TITULO DE LA TESIS: ACTITUDES ANTE LA MUERTE  
( PREOCUPACION, ANSIEDAD,  
TEMOR) Y RELIGIOSIDAD.

DIRECTOR: DR. DIEGO GRACIA GUILLEN.  
Catedrático de Historia  
de la Medicina( Univer-  
sidad Complutense, Ma--  
drid)

PONENTE: DR. JESUS AMON HORTELANO.  
Catedrático de Psicología  
Matemática( Universidad--  
Complutense, Madrid)

. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE.  
Facultad de Psicología.  
Madrid, noviembre de 1981.



DEDICATORIA

A mi mujer, Juana, por su  
inestimable ayuda.

A mi hija, Carolina, toda  
vía en los albores de la-  
vida.



#### AGRADECIMIENTOS.

- \* Al Dr. Diego Gracia Guillén, Catedrático de Historia de la Medicina , por la acogida que siempre dispuso al presente trabajo. Asimismo, mi reconocimiento por su acertada dirección y por sus aportaciones múltiples.
- \* Al Dr. Jesús Amón por haberme sugerido el tema en 1975. El siempre me impulsó a proseguirlo y me aportó sugerencias metodológicas con el rigor científico que le caracteriza.
- \* Al Dr. Rafael San Martín por sus consejos metodológicos y por las correcciones de diversa índole que me ofreció.
- \* Al Profesor Ludgerio Espinosa por su esfuerzo interesado en el procesamiento de la información. A él le debo muchas horas de dedicación.
- \* A los Dres. Jiménez Burillo y F. Asís de Blas por sus interesantes sugerencias.
- \* Al Dr. Víctor Sánchez de Zabala por su ayuda inestimable en la traducción de los Cuestionarios.
- \* A mis compañeros de Departamento. Especialmente, a los Profesores Luis Jáñez, Vicente Sierra, Vicente Ponsoda y Leopoldo F. Pedreira. El Dr. J.M. Arredondo me hizo valiosas aportaciones.
- \* A los Dres. J.M. Cobo y A. Hortal. A la Universidad de Comillas.



IV

I N D I C E

	<u>Páginas</u>
<u>INTRODUCCION.</u> Objetivos de la investigación ...	XVI
<u>CAPITULO 1 : La muerte y el morir en la Socie -</u> <u>dad Contemporánea</u> .....	1
1.1. Introducción .....	2
1.2. Contexto biológico, social y médico .....	3
1.2.1. El ámbito biológico ..	3
1.2.2. El ámbito social .....	5
1.2.3. El ámbito de la Medici na .....	6
1.3. Experiencia de la muerte vio- lenta .....	8
1.4. Las concepciones de la muerte en Occidente .....	9
1.5. Enfoques nuevos de la tanato- logía y de la juvenología ...	11
1.5.1. Temas y problemas de - la tanatología actual.	11
1.5.2. La juvenología como - prolongación de la ju- ventud .....	14

<u>APENDICE: Aproximaciones a la antropología de la muerte y el morir</u> .....	16
1. Contexto del problema.	16
2. Bipolaridad vida-muerte .....	19
3. La representación ritual de la muerte ....	21
4. Símbolos arquetípicos y personales de la muerte .....	23
5. Conclusiones .....	26
<u>CAPITULO 2 : El pensamiento sobre la muerte y el morir en la psicología contemporánea.</u> .....	28
2.1. Orientaciones generales .....	29
2.2. Etapa de iniciación .....	31
2.3. Etapa descriptiva .....	32
2.4. Etapa científica .....	34
<u>CAPITULO 3 : Psicología y actitudes ante la muerte y el morir.</u> .....	42
3.1. Anotación preliminar .....	43
3.2. Posibilidades y limitaciones de una psicología sobre la muerte .....	44
3.2.1. Contexto y objeto .....	44

VI

	<u>Páginas</u>
3.2.2. Imprecisión terminológica .....	45
3.2.3. Conducta propositiva ante la muerte .....	46
3.2.4. Muerte propia y del otro .....	46
3.2.5. La muerte como estímulo que elicit y produce conductas...	47
3.2.6. Limitaciones de la psicología de la muerte .....	48
3.3. Posibilidad y limitaciones de la medida de las actitudes - ante la muerte .....	48
3.3.1. Las actitudes en psicología y su medida ...	48
3.3.1.1. La actitud y sus componentes .....	49
3.3.1.2. Actitud y comportamiento .....	51
3.3.1.3. La medida de las actitudes .....	52
3.3.1.4. Limitaciones en la medida de las actitudes .....	52

VII

	<u>Páginas</u>
3.3.2. Las actitudes ante la muerte (posibilidad - y limitaciones en su medida) .....	52
3.4. Génesis y evolución de las - actitudes ante la muerte y el morir .....	54
3.4.1. Introducción .....	54
3.4.2. Etapa infantil .....	54
3.4.2.1. Aproximación al tema .....	54
3.4.2.2. Investigaciones y conclusiones....	56
3.4.2.3. Conclusiones.	61
3.4.3. La adolescencia frente a la muerte .....	64
3.4.3.1. Breve aproximación .....	64
3.4.3.2. El adolescente frente a la muerte ....	64
3.4.4. Senectud y actitudes ante la muerte .....	66
3.4.4.1. Aproximaciones al tema/problema de la senectud .....	66

VIII

Páginas

3.4.4.1.1. Aproximación sociológica .....	66
3.4.4.1.2. Aproximación psicológica .....	67
3.4.4.2. Senectud y muerte .....	68
3.4.4.2.1. Conciencia de la finitud humana .....	68
3.4.4.2.2. El proceso de socialización ante la - muerte inminente .....	69
3.4.4.2.3. Senectud y eutanasia .....	71
3.4.4.2.4. Senectud y diálogo sobre la muerte ...	72
3.4.4.2.5. Senectud y actitudes ante la muerte...	73
3.5. Personalidad y actitudes ante la muerte.	
3.5.1. Constructos personales y muerte..	74
3.6. Psicología del enfermo moribundo.	
3.6.1. Necesidades y sentimientos .....	76
3.6.2. La agonía y la muerte saludable..	80
NOTA .- Términos y expresiones sobre la muerte y el morir .....	84

CAPITULO 4 : Ansiedad general y ansiedad  
ante la muerte.

4.1. El constructo ansiedad.	88
4.1.1. Aproximación a la naturaleza de la an- siedad .....	88
4.1.2. Ansiedad como - Estado-Rasgo .....	90
4.1.3. Ansiedad normal y patológica .....	91
4.2. Ansiedad ante la muerte	91
4.3. Medida de la ansiedad - ante la muerte .....	95

CAPITULO 5 : Temor general ante la muerte  
y el morir.

5.1. Aproximación teórica al miedo .....	102
5.2. Temor al morir y a la - muerte .....	103
5.3. Consecuencias del temor a la muerte .....	105
5.4. Investigaciones sobre el temor a la muerte .....	105

X

Páginas

5.4.1. Conclusiones de algunas investigaciones sobre la muerte y el morir ..... 106

5.4.2. Investigaciones sobre la multidimensionalidad del temor a la muerte ..... 109

5.4.3. Estudios comparativos entre el miedo y ansiedad ante la muerte ..... 111

5.4.4. Temor a la muerte, accidentes y conductas peligrosas .... 112

CAPITULO 6 : La religiosidad y sus relaciones con el temor y la ansiedad ante la muerte .

6.1. Aproximación a la religiosidad ..... 114

6.2. Religiosidad y actitudes ante la muerte .... 114

6.3. Religiosidad y ansiedad ante la muerte ..... 115

6.3.1. Religiosidad y ansiedad ..... 115

6.3.2. Religiosidad y ansiedad ante la muerte....	115
6.3.2.1. Aproximación teórica .....	115
6.3.2.2. Investigaciones .....	117
6.3.3. Religiosidad y temor a la muerte .....	119
6.3.3.1. Investigaciones .....	120
6.3.3.2. Conclusiones.	124

**CAPITULO 7 : Hipótesis de trabajo. Metodología e Instrumentos.**

Introducción .....	127
7.0. Hipótesis de trabajo y justificación de las mismas .....	128
7.0.1. Hipótesis generales ...	128
7.0.2. Hipótesis específicas..	128
7.0.3. Explicación y justificación de las hipótesis..	130
7.1. Metodología	
7.1.1. Selección de la muestra, procedencia y aspectos - psicosociales de la misma.	137
7.1.2. Cuestionarios .....	144

Páginas

7.1.3. Metodología utilizada en el análisis de los Cuestionarios y de los resultados de las Inves <u>tigaciones</u> .....	174
7.1.4. Pruebas aplicadas en la investigación y modo de aplicación .....	182
7.1.5. Congruencia de las res- puestas a los Cuestiona <u>rios</u> (Escala <u>s</u> ) .....	184
7.1.6. Aproximación a las va - riables que aparecen en esta investigación ...	185
7.1.7. Escalas Originales ....	187

**CAPITULO 8 : Análisis de la estructura de los ins-  
trumentos. Discusión de los resulta -  
dos.**

8.1. Estructura del Cuestionario REI.	191
8.2. Resultados y discusión de la Es- cala DI .....	203
8.3. Resultados y discusión sobre el STAI-SX.2 .....	212

XIV

Páginas

8.4. Estructura y discusión de los resultados de la Escala L-1 .....	221
8.5. Estructura y discusión de los resultados de la Escala STAI-SX.1 ....	232
8.6. Estructura y discusión de los resultados de la Escala DAS .....	240
8.7. Correlación entre los factores de los Cuestionarios y entre las diversas Variables (Análisis factorial de segundo orden).....	247

CAPITULO 9 : Contraste de las hipótesis de trabajo.

9.1. Precisiones preliminares.	251
9.2. Comprobación de las hipótesis formuladas .....	254
(Conclusiones y discusión de resultados).	
9.2.1. Hipótesis generales .....	
9.2.2. Hipótesis específicas .....	314

CAPITULO 10 : Conclusiones generales

10.1. Introducción .....	375
10.2. Conclusiones generales...	376
10.3. Sugerencias para próximas investigaciones .....	383
<u>BIBLIOGRAFIA.</u> ....	388

INTRODUCCION.

Se ha afirmado, no sin razón, que la historia de la humanidad ha estado impregnada por el sino de la muerte. Pero esta presencia-ausencia de la muerte ha sido acallada por intereses y preocupaciones de rango más relevante en las Sociedades Occidentales.

Cuando hace dos décadas (1959) las ciencias sociales "redescubren" el contorno y la significación de la muerte, se piensa en el "impudor" y en la osadía de tales ciencias.

A pesar de ello, cada vez con mayor intensidad y profusión las ciencias sociales y bio-médicas han ido propiciando nuevos enfoques del proceso terminal y de la misma muerte (enmascarándoles, unas veces ; - apoyadas en los riesgos y logros de la prolongación de la vida, otras).

La psicología no podía estar ajena al problema; no es extraño, - pues, que haya sido la psicología - social la ciencia que más profusa - mente ha estudiado el tema de la - muerte y del morir. En los últimos - veinte años se han publicado más -- trabajos y realizado más investiga-

ciones sobre la muerte que en toda la historia de la psicología contemporánea (Aparte de los seminarios sobre tanatología, revistas especializadas, films, etc.).

No obstante, la muerte y el morir siguen constituyendo temas tabú en la sociedad contemporánea; incluso, se intenta negar su realidad. Mas, el hombre se siente expectante ante el misterio de la muerte (siempre muerte del otro) . Las reacciones de evasión y huida son provocadas tanto por la muerte en sí como por las estructuras socioeconómicas que atribuyen el ideal de vida a la juventud y a la vida misma.

Cada vez con más frecuencia, y a veces parcialidad, se afrontan diversos temas que preocupan al hombre y se relacionan con la muerte y el morir : El suicidio, el posible holocausto atómico, el proceso del envejecimiento, la eutanasia activa o pasiva, las enfermedades irreversibles ... Pues bien, podemos afirmar que todavía no existe una doctrina comprensiva y estructurada de los problemas médicos y sociales que envuelven el proceso del moribundo y la muerte. Debe

## XVIII

mos admitir que existen demasiados misterios y dificultades para poder esclarecer estos problemas.

Aparte de los aspectos puramente biológicos y médicos, la muerte y el morir provocan en los seres humanos diversas actitudes y comportamientos. La "experimentación" de la muerte va unida a "la muerte propia" (estados próximos a la muerte) y a la muerte de los otros. En general, se vivencia la muerte sólo de forma parcial y simbólica (más bien, vicaria).

La gama de actitudes que la muerte produce tienen diversas causas: experiencias ante la muerte, formación personal, metas o logros que conseguir, convicciones religiosas, ganas de vivir, etc. Sin embargo, la muerte provoca algunas actitudes generales: temor, ansiedad, preocupación y rechazo. Nosotros vamos a estudiar las tres primeras, pero no de forma aislada. - Trataremos de observar las interrelaciones que existen entre ellas. Además, introduciremos la religión como una variable relevante (al menos en nuestro contexto), a diferencia de algunos investigadores anglosajones (que la conside -

## XIX

ran irrelevante y confusa).

Para explorar dichas actitudes, hemos estructurado los estudios psicológicos que hemos considerado más pertinentes. Dicha estructuración se ha ceñido a los aspectos siguientes: ansiedad (cap. 4), temor (cap. 5), religiosidad y muerte (cap. 6). Hemos intentado diferenciar la ansiedad y el temor, al menos teóricamente; de ahí que aparezcan ambos aspectos en capítulos distintos. Como capítulos introductorios, se analizan: "la muerte y el morir en la Sociedad Contemporánea" (cap. 1), "el pensamiento sobre la muerte y el morir en la psicología contemporánea" (cap. 2) y "psicología y actitudes ante la muerte y el morir" (cap. 3). Como es obvio, en los capítulos introductorios hemos intentado enmarcar la segunda parte de la tesis: "La medida de las actitudes ante la muerte y el morir" (caps. 7, 8 y 9).

Así, pues, el objetivo más general consiste en introducir en la literatura psicológica española las bases teóricas en que se han sustentado las investigaciones que se han realizado sobre la muerte y el morir.

"

Como instrumentos de medida, hemos traducido y aplicado Escalas que miden el temor (Lester, 1969, 1973), la ansiedad (Templer, 1970) y la preocupación ante la muerte (Dickstein, 1972). Asimismo, hemos aplicado la Escala de Religiosidad de Allport y Amón (1968, 1969). Finalmente, hemos considerado importante aplicar un Cuestionario sobre Ansiedad Rasgo-Estado (STAI, de Spielberger, 1966, 1968) y el Cuestionario CAM sobre los niveles socioeconómicos de la muestra. En el capítulo 7 se realiza una descripción de todas las Escalas y Cuestionarios; asimismo, se sintetizan los estudios y resultados que se han logrado con los mismos. En el apartado "Metodología" (cap. 7), se analizan brevemente los diversos métodos que hemos utilizado en el análisis de la estructura de las Escalas y/o Cuestionarios (cap. 8).

Hemos formulado diversas hipótesis (cap. 7), que se justifican debidamente. Finalmente, se contrastan dichas hipótesis (cap. 9). Para lograrlo, hemos seleccionado una muestra suficientemente amplia; queremos, pues, estudiar las diferencias y el perfil psicológico que caracteriza a las diversas etapas de la vida.

XXI

Para concluir la investigación, se extraen las conclusiones que consideramos más consistentes (cap. 10) y proponemos algunos temas en los - que pensamos seguir trabajando.



CAPITULO 1 : LA MUERTE Y EL MORIR EN LA  
SOCIEDAD CONTEMPORANEA.

- Contextos social, biológico  
y psicológico.
- Aspectos antropológicos.

## CAPITULO 1 : LA MUERTE Y EL MORIR EN LA SOCIEDAD CONTEMPORANEA

1.1. Introducción. Dos son las grandes preocupaciones del hombre moderno: el origen y el término de la vida. La interconexión del continuo vida-muerte aparece como un todo en las ciencias humanas y médicas actuales. La muerte es vista así como una dimensión de la vida y, añadiríamos, un elemento fundamental que a la vez se halla dentro de nosotros y más allá de nosotros (García-Sabell, 1981); no es la muerte un agente extraño exterior, ni proviene de una voluntad extraña, ni es un puro accidente ... Rechazar la muerte u ocultarla es negar la esencia de la vida (Evely, L., 1980); la reinserción de la muerte en la vida es humanizarla (Thomas, 1976).

El hombre se cuestiona seriamente por su sentido de futuro en medio de una sensación de crisis catastrofista. Dicha crisis atañe tanto a los modelos socio-culturales, al crecimiento económico, a las fuentes de energía, al medio ecológico, ...; asimismo, afecta al hombre-máquina (al intento prometeico de crear un hombre nuevo), a la civilización del ocio, a las creencias y valores tradicionales, a las pautas de comportamiento, a la individualidad humana, a la institución familiar y a su constitución (paso a la familia nuclear), a la seguridad cósmica e individual (Friedmann, 1970), a la muchedumbre solitaria (Kosik, Leontiev, Luria, 1971)...

En medio de estas grandes crisis, aparece la gran y más fuerte crisis : la muerte y el morir. En ella incluiríamos la pérdida de su sentido (cognitivo y real) y la progresiva deshumanización del proceso terminal; lo que Aries (1972) llama "la crisis contemporánea de la muerte".

Frente (y a pesar) de estas crisis, aparecen aspectos que el hombre contemporáneo denomina conquistas : dominio de la enfermedad (?), mayor esperanza de vida, avances espectaculares en la tecnología aeroespacial, desarrollo progresivo y vertiginoso de las comunicaciones, manipulación genética, exploración de las bases moleculares de la vida, etc.

El hombre contemporáneo se siente desesperadamente solo ante la vida y ante la muerte. La esperanza escatológica está, para muchos, aquí y ahora. Sin embargo, para los creyentes católicos esta esperanza escatológica se denomina salvación; la realidad en sus diversos estratos será salvada (Communio,1980). La soledad impone su ley en una preocupación desesperante ante el hecho fáctico de la vida : "La muerte completa la nihilización. Absurdo el mundo, absurda la muerte, absurdo el individuo" (Morin,1974).

Lo que la muerte coloca entre paréntesis es el sentido del ser personal, más que lo referente al Cosmos; por tanto, constituye un tema y un problema difícilmente solubles. La muerte, pues, es el gran reto del homo sapientissimus. No obstante, ante el problema de la muerte es un aprendiz observador y acongojado.

A pesar de todo, el hombre actual intenta esquivar la muerte : hibernación, esperanza desmesurada y demagógica en la tecnología médica, fe en la conquista de habitats adecuados para la supervivencia, etc. En el polo opuesto, aparecen la inseguridad y el desamparo, lo difuso y lo problemático, la indagación y las defensas ... tanto en el enfermo terminal, como en la actitud adoptada por el homo viator sano.

## 1.2. Contexto biológico, social y médico.

1.2.1. El ámbito biológico. La muerte constituye el final de un proceso biológico personal. Las ciencias biológicas persiguen de nodadamente el secreto último de la vida. La teoría del evolucionismo (origen del hombre por evolución) darwiniano constituye una base transcendental para los estudiosos. La bioquímica moderna y la genética han aportado pruebas concluyentes a la teoría evolucionista (Ayala,1980). Retana (1980,p.487) no duda en afirmar : "El hombre está manipulando biológicamente al hombre . Estamos inmersos en el secreto, tocando el techo de lo que casi no somos capaces de comprender. Rondamos el misterio de la vida y de la muerte"... y añade, "la misma muerte está haciendo retroceder sus fronteras. La hibernación,

por ejemplo, representa una fundada esperanza para la prolongación de la vida, al margen de que se utilice como un gran recurso terapéutico".

Por lo que toca a la evolución de la especie humana, existen dos componentes fundamentales: el biológico y el cultural.

La evolución cultural ha sido decisiva en la supervivencia de la especie humana. Entre las diversas especies, sólo el hombre tiene conciencia y autoconciencia de que la muerte es inevitable; además, es capaz de adaptarse al medio y es capaz de transmitir cultura. En la lucha por la existencia, el hombre afronta la lucha con un patrimonio cultural y genético únicos (Prevosti, 1979).

Se ha descubierto (Retana, 1980, p.49) " que la base química de la herencia reside en los ácidos nucleicos y que éstos operan dirigiendo la síntesis de las proteínas, sustancias a las que los seres vivos deben, en general, sus caracteres específicos". En el laboratorio se ha llegado a descifrar la clave genética.

El gran problema con que se encuentra la biología es que la vida no es solo materia y, por lo tanto, escapa al control humano.

Junto a estos hallazgos, existen elementos perturbadores del código genético; entre ellos, la contaminación, especialmente las radiaciones (sobre todo, las ionizantes), afirma Botella Llusíá (1979); dentro de la contaminación, se ha de distinguir también la contaminación moral y social (el hombre mismo).

En este contexto, el ser humano encuentra verdaderos problemas para su subsistencia tanto individual como colectivamente. Las catástrofes genéticas y biológicas acechan al hombre contemporáneo.

1.2.2. El ámbito social. Tanto la organización social de la muerte (Sudnow, 1971), como las convenciones sociales (el contacto con el cadáver; el aseguramiento social y económico; el luto; etc.) han sufrido cambios notables en los últimos tiempos.

La progresiva muerte hospitalaria, modifica el entorno habitual de los moribundos, con efectos negativos y deterioros consiguientes en los sentimientos de los pacientes terminales. En general, podemos afirmar que el medio hospitalario tiene ventajas manifiestas a nivel tanto tecnológico como de tratamiento; en contrapartida, presenta caracteres deshumanizantes en las interrelaciones paciente-personal sanitario (debido, en gran medida, a la gran masificación y a la carencia de una formación humanística adecuada).

La muerte supone la ruptura de los vínculos que unen al sujeto con una estructura social concreta: familia, trabajo, amistades, etc.; en el plano individual, supone desvinculación de intereses, actividades, proyectos, esperanzas ... (la significación de la muerte puede hacerse bajo la perspectiva del rango que ocupa una persona en la familia, en el trabajo ...; pero también, - en función de la edad, de las posibilidades y de las expectativas que haya suscitado en el grupo de referencia).

Con gran frecuencia, la muerte se considera como un asunto de familia; a pesar de ello, el contacto con el cadáver es realizado por empresas funerarias especializadas; de igual modo, las disposiciones sucesorias y los seguros de todo tipo regulan las relaciones de propiedad.

En la estructura agraria feudal y urbana burguesa, la relación de intercambio facilitaba la cohesión de vínculos afectivos; la pérdida de un miembro era irremplazable para el grupo; por ello, se exigía una reestructuración del grupo en el que había que crear nuevos vínculos afectivos. Por el contrario, en la sociedad industrializada (división del trabajo), la pérdida de un --

miembro no significa, generalmente, un problema importante ; se le puede reemplazar fácilmente. Asimismo, las costumbres de luto han variado; se limitan a la asistencia al entierro (nos - referimos a la cultura urbana). Por parte de los parientes del difunto, la expresión de su tristeza debe hacerse privadamente (incluso las ropas de luto van perdiendo significado); lo que importa, se dice, son las vivencias y experiencias internas. - Se han restringido las manifestaciones de duelo a los familiares y amigos íntimos y a la representación minoritaria de compañeros de trabajo. Los cementarios, asimismo, ya no forman - parte de la vida ciudadana, son apéndices olvidados de la gran ciudad. (Schulz, R., 1978; Foillet, 1968).

1.2.3. El ámbito de la Medicina. Ante los constantes hallazgos y avances técnico-sanitarios, se han producido en el hombre contemporáneo expectativas y esperanzas a veces utópicas.

Dichos hallazgos han posibilitado :

- a) que haya crecido, espectacularmente, la esperanza de vida (con un estancamiento progresivo).
- b) que la higiene pública se haya especializado;
- c) que el fenómeno de la muerte resulte más influenciado por agentes exteriores;
- d) que ciertos tipos de enfermedades ya no sean tan terribles y mortales (la quimioterapia, la fisioterapia y la radioterapia han resultado decisivas);
- e) que la atenuación de los sufrimientos de la agonía sea posible;
- f) que se pueda mantener la actividad cardiovascular en - estados incluso comatosos e irreversibles (prolongación artificial de los centros fisiológicos básicos);
- g) que contribuya a sostener el tabú en torno a la muerte (García-Sabell, 1981, p.31).

Todos estos logros han conseguido que no exista apenas el - contacto inmediato con el moribundo y la muerte. De ahí que se

haya disminuído paulatinamente la intensidad de la vivencia de la muerte propia y de los otros (la muerte, frecuentemente, ha dejado de ser un elemento de socialización primaria en la formación emocional).

Como consecuencia del progreso técnico/sanitario aparece un -- nuevo modelo de muerte: la muerte hospitalaria (en 1967 el 75% de las personas que fallecieron en Nueva York lo hicieron en hospitales y centros sanitarios). A pesar de las ventajas que suponen -- los centros hospitalarios : reanimación, atenuación o supresión -- de los sufrimientos y de la sensibilidad, instrumentación adecuada, personal especializado, fármacos necesarios, (Aries, 1977, p. 577 y ss.), ... también ofrecen inconvenientes : incapacidad del personal sanitario para ofrecer un diálogo abierto con el enfermo -- y su familia acerca de la evolución y problemas que aparecen en -- una enfermedad determinada (debido a la falta de tiempo y a la ca -- rencia de una formación adecuada) y, en su caso, del carácter -- irreversible del proceso terminal (Aries, 1977; Sudnow, 1971; Jan -- kélévith, 1966; Gorer, 1965; Kübler-Ross, 1969; Feifel, 1959).

Ante esta perspectiva, la muerte y el morir se presentan como consecuencia de la impotencia de la técnica y de la medicina. Para el médico, el bien más importante es la vida en sentido biológico (Jankélévith, 1966), aunque sea la puramente vegetativa o artificial (Aries, 1977). "En la actualidad, afirma Pohier (1974), la medicina se apodera del moribundo, le aparta física y psicológicamente de los seres queridos de un modo más o menos radical, -- incluso le sustrae a sí mismo". Sobre la usurpación de los dere-- chos de la persona moribunda (Evely, 1980, pp. 20 y ss.), el médi -- co, a veces injustamente, ha sufrido ataques despiadados: Zeigler (1976, p. 204) considera al "médico como amo de la muerte. Ya no registra la hora del final de una vida, la fija a su elección". Sundow (1971) coincide, en cierto modo, con Zeigler cuando afirma " que las muertes ocurren dentro de un orden organizativo, que exis -- ten intereses prácticos y autorizados de los médicos y que pueden anticipar las muertes dentro de una organización concreta (Cfr.-

Glaser y Strauss, 1964 y 1965).

A pesar de la concepción del médico como tanatócrata (dueño y señor de los moribundos) y manipulador de los enfermos, aparecen voces autorizadas (García-Sabell, 1981; Monod, 1974...) que ponen el acento en la muerte digna, que implica el abreviar el proceso terminal en los enfermos desahuciados y que han agotado todas las posibilidades terapéuticas (habría que hacer referencia a la eutanasia y a los graves problemas que conlleva: médicos, deontológicos, éticos, sociales...).

De este modo, la muerte adviene púdica y discretamente (Aries, 1977) que contrasta con el glorioso instante de otras épocas. - Hoy, se prefiere la muerte dulce y repentina, malditas en tiempos pretéritos.

1.3. Experiencia de la muerte violenta. Una visión optimista de la limitación de la vida puede asumirse a partir de los avances tecnológicos y de la división del trabajo; a través de estos medios es posible que la muerte ya no resulte tan temerosa y ansiosa (en el fondo, se tiene la esperanza de una prolongación - ilimitada de la vida), ya que posibilitan la visión realista de la vida.

Pero en contra de esta visión optimista, aparecen contradicciones manifiestas. La misma sociedad permite que exista la -- muerte biológica y social violentas: guerras, accidentes, sobre dosis de drogas, luchas armadas por grupos minoritarios ... Aparece, asimismo, la muerte social y psicológica de quienes la -- sociedad margina: viejos, inválidos, disminuidos psíquicos y físicos, delincuentes... (muchos de los suicidios tienen su fundamentación y su causa en la actitud y estructura de la sociedad contemporánea).

La autoconservación justifica, lamentablemente, la muerte - violenta del hombre por el hombre. La misma sociedad legitima - la muerte de sus miembros para salvaguardar ciertos bienes y se

guridades. Pero la muerte violenta no consigue, en general, un contacto profundo con la misma. El sadismo y la pasividad de la sociedad actual permiten que reiteradamente aparezcan escenas - violentas tanto en la vida real como en los medios de comunicación; aún más, existe la tendencia a ponerse del lado del fuerte, del que tiene éxito y es inmune a la muerte (representación ficticia de la muerte).

Evidentemente, pende sobre el hombre la posible guerra termo nuclear y/o químico-biológica ; ante tales posibles eventos, los miembros anónimos de la sociedad se sienten impotentes y pasivamente fatalistas ( Charmaz, 1980).

1.4. Las concepciones de la muerte en Occidente. Hemos pasado - de una época en la que el hombre era el dueño de su muerte y -- constituía una norma el saber que uno iba a morir (Aries, 1972, p.20). Estaba, pues, la muerte rodeada de gran solemnidad pública, donde el protagonista era el enfermo moribundo; los miembros familiares, amigos, médico y sacerdote coparticipaban en - el acontecimiento.

En nuestros días, la función del médico y de la familia han evolucionado hacia el enmascaramiento de la muerte (Aries, 1972; Zeigler, 1976). Lo que parece importar es la enfermedad más que la muerte. Los dos derechos del enfermo moribundo (Thomas, 1976, p.286) en el mundo moderno son : a) no saber que va a morir; - b) si lo sabe, actuar como si no lo supiera.

Los patrones que rigen en la sociedad, la acumulación de bienes, progreso y riqueza técnica, exaltación del individuo, exaltación de la vida ... El hombre es visto como un consumidor, especialmente en su época juvenil y es rechazado y/o abandonado en su - etapa senecta (física y emocionalmente), afirma Bell (1970). En este contexto, la muerte y el morir son accidentes, no algo natural (Grupo del Dr. Veil, 1974); de ahí que el ambiente artificial del hospital favorezca esta concepción (Krant, 1974).

La emergencia de un futuro nuevo y esperanzador hace que el hombre se sienta dueño de su destino y de su futuro (Ruiz de la Peña, 1980) y que ante tal perspectiva surja en el hombre la esperanza existencial o humana; más al fondo, la muerte, sin cuya experiencia la esperanza no existiría o estaría en estado larvado (Gracia, D., 1981).

Y en medio de esperanzas y desesperanzas, de perspectivas -- catastróficas u optimistas en el futuro, aparece "un nuevo estilo de morir" (Aries, 1972, pp. 22 y 23) en el que se confunden la discreción y el silencio con la dignidad de la persona terminal. Se trata de ocultar o evadir la próxima inmediata etapa de acercamiento a la muerte. La muerte hospitalaria constituye una forma de ocultar y aislar a la persona moribunda (Aries, 1977), cuando el esfuerzo general debe ir encaminado "no a ocultar la muerte, si no a devolverle su lugar en la vida" (Grupo del Dr. Viel, 1974, pp. 67). El hecho de querer ocultar la muerte, provoca -- una actitud más aterradora y ansiosa.

De otro lado, el aminorar o suprimir los duelos es otro modo de ocultar la muerte (Aries, 1977; Charmaz, 1980); la sociedad - actual (especialmente en las grandes ciudades) exige que las manifestaciones de pena no se simbolicen exteriormente y que la - incorporación al trabajo se realice con celeridad.

Existen otros aspectos de la muerte en el mundo actual; la - consideración de las muertes súbitas, inopinadas... Nunca han - existido tantas muertes debidas a accidentes (originadas por - los avances tecnológicos), ni tantas muertes debidas a enfermedades cardiovasculares, ni tantas muertes debidas a enfermedades oncológicas, ni tantos suicidios ... Habría que examinar -- los efectos que producen tales riesgos en nuestra actual sociedad y las actitudes de los sujetos a tales eventos. Entre 1950 y 1963 la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha aumentado en un 20% en USA; para evitar tal peligro, se lanzaron en 1964 dos programas para reducir el consumo de tabaco y modi-

ficar los hábitos alimenticios de los americanos ( Lacrohi--  
que, 1978).

Si durante mucho tiempo fue la sexualidad el tema tabú, la -  
muerte sigue siéndolo en alguna medida (Gorer, 1955); pero la -  
muerte se ha tenido como un tema prohibido y obsceno .

Finalmente, es probable que en la nueva concepción del morir,  
de la muerte y del duelo, hayan tenido una gran importancia tan  
to la nueva tecnología y la industrialización, como la gran im-  
portancia que se viene dando a la vivencia de una vida nueva, -  
que exige experiencias nuevas de todo tipo; de igual modo, han  
incidido el cambio de los valores tradicionales y la no sustitu-  
ción por otras alternativas válidas; la rapidez con que evolu-  
ciona la ciencia y la tecnología, han influido en que hoy se de-  
see una muerte lo más rápida posible y sin sufrimiento. De otro  
lado, el paso al agnosticismo y al debilitamiento de las creen-  
cias religiosas tradicionales, han proporcionado la creencia en  
la inmortalidad corporal (el declive religioso en la vida actual  
está acompañado por un declive en su utilidad a la hora de la -  
muerte).

#### 1.5. Enfoques nuevos de la tanatología y de la juvenología.

1.5.1. Temas y problemas de la tanatología actual. En las  
sociedades tradicionales se ha demostrado que existe suficiente  
capacidad para integrar la muerte en la vida por medio de símbo-  
los, ritos y mitos. El hecho de la muerte, constituía un momen-  
to solemne en la vida del hombre y de su entorno.

Hoy se considera a la vida como la causa de nuestros valores  
y la muerte, por contra, es una condición limitadora (Reck, 1977).  
Por tanto, la muerte es un antivalor detestable y que se ha de -  
evitar (aunque se reconozca su carácter de límite). Los valores " "  
satisfacen los deseos e impulsos de los organismos dinámicos. La  
estrategia actual es la de proteger y prolongar la vida.

El morir como proceso debe ser la temática que debe abordar -

una tanatología pragmática, dentro de un contexto personal y social. En dicho contexto, se deberían incluir a médicos, personal religioso y familiares.

A pesar del intento de acercamiento a la muerte, el enigma - de la misma sigue siendo un tema actual; sin embargo, el campo de la tanatología se amplía cada vez más . Han aparecido publicaciones periódicas (Omega, Death Education, Journal of Thanatology...), seminarios y cursos sobre la muerte y el morir (Fulton, 1974; - Leviton, 1974), cursos sobre "los aspectos psicosociales de la enfermedad mortal", tesis doctorales, films, etc. (Simpson, 1979; Fulton, 1977) que han pretendido descubrir las actitudes del hombre ante la muerte y el morir; cursos que han intentado educar a quienes contactan directamente con enfermos terminales y al público en general (Kübler-Ross, 1974).

Entre los temas que ha abordado la nueva tanatología figuran: la muerte, la agonía, el suicidio, la enfermedad terminal y sus consecuencias, la senectud y la muerte, la comunicación con el paciente moribundo, la muerte hospitalaria , la ansiedad y los mecanismos de defensa, la negación de la muerte y sus efectos, - los funerales y su sentido, los padres e hijos frente a la muerte, etc.

Cada uno de estos temas se ha estudiado desde diversos campos de la ciencia: antropológico, psicológico, sociológico, médico... (Cfr. Simpson, 1979; Fulton, R., 1977).

En el intento de aproximarse a la muerte, todavía quedan por explicitar muchos problemas: ¿qué es la muerte?, ¿cuáles son los criterios válidos para determinar inequívocamente la muerte?, - ¿cuándo y de qué modo utilizar la eutanasia?, ¿qué función específica pueden ejercer las ciencias humanas en los enfermos terminales?, ¿qué terapias utilizar?...

Se ha afirmado que los transplantes de órganos significan la brecha por donde el hombre de ciencia podría vencer a la misma-

muerte; pero han surgido problemas definitivos: lo complicado de la inmunización corporal, la escasez de donantes, el bajo porcentaje de éxitos y lo costoso de tales operaciones. Se ha sugerido, ingenuamente, la posibilidad del trasplante del cerebro o la cabeza (A. Harrington, 1969; Toffler, 1970). En el fondo, se preten de hacer al hombre inmortal.

El método criónico (congelación y descongelación del cuerpo) es otro de los recursos que esgrime la nueva tecnología en su lucha contra la muerte; mediante el nitrógeno líquido se podría - conservar el cuerpo hasta un momento determinado. Los problemas que conlleva son ilimitados: técnicos, sociales, ecológicos...

También se viene especulando con las posibilidades(?) de la - quimioterapia para detener el proceso de envejecimiento; con lo cual se dominaría la muerte natural (se considera a la muerte como afrenta a la dignidad, al dominio y a la creatividad humanas). De hecho, más que detener el proceso de envejecimiento, lo que haría es una prolongación de la vida (¿hasta cuándo?). La - pregunta que surge es clara: ¿hasta qué punto no es un intento de prolongar vegetativamente la vida?.

El mejor medicamento, por ahora, sería la aceptación positiva y realista de la muerte (Aries, 1977, p. 587) no como algo negativo, traumático y fatalista, sino como una ley biológica ineludible y como el final de un proceso, corto o largo, en el que todo ser - vivo está embarcado.

En el intento de aproximarse al enfermo moribundo, la Dra. - Kübler-Ross (1974) ha sugerido las etapas por donde pasan (al menos algunas): negación, ira, pacto, depresión y aceptación. Me--diante el conocimiento de estos estadios, se puede ayudar al enfermo terminal a aceptar "libremente" su muerte; el mayor dolor no es el físico, sino la ignorancia, la soledad o la repulsa persistente (Charmaz, 1980).

La importancia del entorno hospitalario ha desembocado en la creación de "hospicios", es decir, refugios contra el miedo al dolor. La primera de estas instituciones fue el St. - Christopher's Hospice, puesta en marcha por Saunders en Londres (Saunders, C., 1977). La mayor parte de los pacientes admitidos cuenta aún con dos o tres semanas de vida por término medio; el cuadro médico no se preocupa de diferir el momento de la muerte, por lo que no existe tecnología salvavidas, ni se recurre a procedimientos heroicos para prolongar la existencia. La norma es mantener al paciente en su plena conciencia hasta donde sea posible, sin aplicarles sedantes, mediante pequeñas dosis de calmantes y de acuerdo con las - necesidades del enfermo. Existen pocas habitaciones privadas y los sujetos han de tener conciencia de que la muerte no es un trance al que el individuo debe enfrentarse sin -- ninguna compañía. Se fomenta la creación de amistades, a pesar del espectáculo doloroso y diario de la muerte. Cuando alguien está en los últimos momentos, todo el personal puede participar del modo que considere oportuno (con la pre--sencia, el silencio, la oración, el contacto, la palabra...). Por lo tanto, la muerte aparece en un clima plenamente famiconsulta al paciente acerca de la posibilidad de abandonar los mismos y vivir los últimos días en sus casas. (Jennings, 1978).

#### 1.5.2. La Juvenología como prolongación de la juventud.

Ya se ha hablado de las posibilidades que existen de prolongar la vida y dilatar los procesos de envejecimiento, mediante los progresos médicos y sociales.

La juvenología pretende "prolongar la juventud, conservarla y hasta recuperarla" (Shenkman, 1978, p. 387). Su fundamen-tación radica en el propio organismo humano y en sus inagotables (i) reservas.

En esta nueva ciencia se considera que antes de los ciento cincuenta años es una muerte violenta y proveniente de una vida desordenada (bloqueo y deterioro de los sistemas adaptativos).

Entre los científicos se apuntan cifras en la continuidad y pervivencia humanas que van desde 120 a 1000 años. Cifras posibles si se combinaran adecuadamente los logros de la genética, la biología molecular y la medicina, los códigos alimenticios, la higiene, la actividad física y psíquica, el consumo racional de hidratos de carbono y de grasas.

Un amplio espectro de científicos de diversas especialidades van aunando esfuerzos en pro de estos logros; un ejemplo claro es la Unión Soviética. "Prueba de ello es la inauguración del Instituto de Juvenología en Moscú, el cual está llamado a centralizar y colocar sobre una sólida base todas las investigaciones que se llevan a efecto en el país en este complejo e interesante terreno" (Shenkman, 1978). Se apunta a una fórmula mágica de la salud: a) factores positivos serían la estabilidad emocional, la actividad motora, la temperatura térmica, la alimentación racional; y b) factores negativos, las enfermedades, el stress, el fumar y el alcohol.

A pesar de estos hallazgos, "la vida es algo más -es mucho más- que materia y por lo mismo escapa, y escapará, en sus últimas consecuencias a nuestro control humano" (Retana, 1980). No parece lejano el día en que podamos mecanizar el desarrollo del hombre, dado por la síntesis de las proteínas. "Rondas, como afirma Retana (1980), "el misterio de la vida y de la muerte".

APENDICE : APROXIMACIONES A LA ANTROPOLOGIA DE LA MUERTE Y EL MORIR.

1. Contexto del problema. La antropología aborda el estudio de las formas sociales y colectivas (estudios comparativos, análisis de los rasgos institucionales; observación de formas que acontecen de modo natural; organización familiar y sistemas de valores del grupo social; sentimientos e ideas elaborados por la colectividad, etc.) en los que el sujeto nace, evoluciona y muere. Existen autores (Kroeber, 1975) que subordinan el individuo a las fuerzas culturales que funcionan como un modelo superorgánico.

Resulta difícil, ~~si~~no imposible, extrapolar al hombre de su entorno sociocultural y del contexto en que se desarrolla.

Así, pues, la muerte y el morir tienen caracteres tanto a nivel individual como institucional y social.

El tema y el problema de la muerte y el morir son aspectos que interesan (o deben interesar) por igual a todos los investigadores (Frazer, 1913). Tan importante como el origen de la vida, es el origen de la muerte (Morin, 1951).

Para Frazer el problema de la muerte se convirtió en una cuestión de investigar ciertas costumbres salvajes particulares. N. Smith (1897, p.14) hace hincapié sobre la ubicación de la muerte en la evolución, como acontecimiento secundario en el curso de la vida cuya necesidad no es sino una forma de adaptación que sigue la ley de la selección natural.

Malinowski, (1954, pp.47,51), admite que los puntos de vista ortodoxos de la experiencia de la muerte como núcleo de la religiosidad primitiva son del todo correctos. Sobre el universalismo de la muerte (en contra de la idea de F. Boas) declara : "incluso entre los pueblos más primitivos, la actitud -

hacia la muerte es infinitamente más compleja y, permítaseme añadir, más parecida a la nuestra de lo que se suele suponer". Respecto a las ceremonias religiosas referidas a la muerte, - Malinowski afirma que "son actos que se agotan en sí mismos". "La función de la Religión es la de contraponer las fuerzas - centrífugas del miedo, la consternación y la desmoralización, y proporcionar el medio más poderoso de reintegrar la solidaridad amenazada del grupo y de restablecer la moral". (Malinowski, 1954, pp.47,51).

La antropología de la muerte, debe intentar describir e interpretar los comportamientos que se producen en las ceremonias, las prácticas rituales y las racionalizaciones ideológicas (sobre la significación del rito funerario, ver p.e. A. Douglas, 1969). Las prácticas funerarias tienen como finalidad la evitación de la muerte contagiosa (Morin, 1974, p. 27).

El estructuralismo radical de Lévi-Strauss (1966, pp.238 y ss.) ha preparado y descrito la vuelta desde una etnografía - folklorizada de la muerte, hacia las investigaciones de su significación universal. Las costumbres relativas a la muerte se analizan como evidencias esenciales para la constitución del pensamiento salvaje. La muerte se contempla como la mediadora entre el mundo de los vivos y el de los muertos. Sorprendentemente, Lévi-Strauss (1967, pp.397) afirma que la antropología es el estudio de la muerte : "El mundo comenzó sin la raza humana y terminará sin ella... El hombre jamás ha hecho otra cosa -excepto en la reproducción- que dismantelar alegremente millones y millones de estructuras y reducir sus elementos a un estado que hace imposible la reintegración ... La "entropología", no la antropología, debería ser la palabra que designara la disciplina que se dedica al estudio de este proceso de desintegración en sus formas más altamente evolucionadas".

En síntesis, podemos decir que el estructuralismo propor-

ciona una posibilidad de considerar la experiencia humana de la muerte como el núcleo de un lenguaje, de un código universal.

Diversas formas, culturalmente específicas, de reacción ante la muerte, se interpretaron como realizaciones de la creencia - en el alma, en la inmortalidad o en poderes sobrenaturales; o - bien se percibieron como revestimiento ritual de las crisis sufridas por el grupo, como una forma indirecta de ejercer control sobre lo vivo o simplemente como medio de proporcionar una higiene mental individual y social ante acontecimientos que no se podían hacer frente a través de la acción racional e instrumental directa.

Bastide (1968, pag. 104) señala que la religión africana externaliza a los difuntos (puede vivir con ellos), mientras que la sociedad occidental, los internaliza en forma de obsesiones. Su conclusión es sorprendente : "Si la estructura de las culturas africanas es la de un diálogo (entre los vivos y los muertos), entonces la estructura de la sociedad occidental es la de un monólogo, pero el monólogo de los muertos".

Morin, (1974, p. 9 y ss.) habla de que el hombre tiene presente la muerte durante toda su vida; pero es el hombre el único que entierra a sus muertos, cree en la supervivencia y/o en la inmortalidad (coincide con Zeigler, 1976, p.143). "La muerte introduce entre el hombre y el animal una ruptura más sorprendente aún que el utensilio, el cerebro o el lenguaje". "La muerte se sitúa exactamente en el umbral bio-antropológico. - Es el rasgo más humano, más cultural del *ántrpos*" (p.13). El hombre " ha visto que el primer misterio era, no la muerte, - sino su actitud ante la muerte" (p.17).

Los muertos siempre, y en todos los pueblos, han recibido - un cuidado y/o unos ritos especiales. La creencia en la inmortalidad ha sido un paradigma común a pueblos y religiones. (la inmortalidad debe entenderse aquí como prolongación de la vida,

no necesariamente eterna, según Frazer); dicha inmortalidad implica el reconocimiento de la muerte (Morin, 1974, p.24).

La conciencia humana muestra ante la muerte negación (como - paso a la nada) y aceptación (como un acontecer inevitable). La obsesión que el hombre tiene por la supervivencia revela que el hombre quiere salvar (a toda costa) su individualidad aún después de la muerte (Morin, 1974, pp. 30 y 31).

No es, pues, de extrañar que la contemplación de la muerte - conlleve reacciones traumáticas per se; no sólo de tipo individual sino a nivel de grupo social (en la vida o en la muerte los miembros de un grupo pertenecen a dicho grupo).

2. Bipolaridad Vida-Muerte. El hecho de existir la muerte hace al hombre cuestionarse por el sentido de la vida y del dolor.

Dentro del continuo de la existencia humana, quizás sean los extremos del mismo a los que más importancia se ha dado. La muerte no se puede entender sin intentar comprender la vida. La propia contingencia humana implica finitud; y, precisamente, la finitud nace de la misma constitutividad biológica del ser viviente e inexcusablemente del ser humano.

La muerte y el proceso del morir hacen que el hombre profunde en los aspectos biológicos-sociales de la vida; de la vida en acción y en el tiempo (Luria, 1973). Ambos aspectos serían objeto de la bioquímica y de la evolución. A diferencia de otros fenómenos, la vida tiene un programa, una individualidad, unas metas y una organización; lo demás acontece por azar (Morin, - 1974; Luria, 1975).

Tanto la vida como la muerte poseen el carácter irrepetible e irreversible. Lo que sí variará será el contexto en que van apareciendo : "Los organismos vivientes de hoy son la relación incompleta de las posibilidades del pasado" (Luria, 1975, p.17).

En la evolución de la especie humana existen dos componentes básicos: el biológico y el cultural. Si importante ha sido lo biológico, no lo es menos el cultural; ésto hace que el hombre tenga autoconciencia y conciencia de la muerte, y ofrece la posibilidad de que transmita cultura y de ajustar a ella su propia conducta (Dobzhansky, 1967). Sin embargo, en el proceso de hominización y de humanización siguen manteniéndose los misterios -insondables del cómo y el cuándo.

A pesar de los enigmas del proceso evolutivo, de los avances de la genética (Botella Llusia, 1979) y de los cambios demográficos y sociales, "la mayor parte de los seres humanos dolorosamente comprueban en su propia experiencia vital ... una carga -insostenible: la conciencia de su propia transitoriedad como individuo, el conocimiento de la muerte inevitable (Luria, 1975, p. 170). Von Bertalanffy, añade, (1974, pp. 11 y ss.): "Más bien parece que el instinto de muerte -como diría Freud- ha acompañado al hombre a lo largo de toda la historia, con ciencia o sin ella, y la única diferencia es que hoy se manifiesta de manera más refinada y eficaz".

En medio de esta vorágine, el hombre se hace cada vez más -consciente de sus limitaciones y de sus posibles logros; la vida juega un papel insoslayable e inapreciable. Pero la vida humana es aquella que es aceptada, querida y vivida experiencialmente (Moltman, 1974); y este sentido de la vida cobra mayor importancia en medio de la enfermedad, de la violencia y frente a la -misma muerte.

Ni los constante avances técnicos, ni el aumento insospechado de la esperanza de vida, han mitigado del todo el dolor y menos aún han apartado al hombre del enfrentamiento veraz, aunque cotidiano, con la muerte. Por razones obvias, cada vez existe una mayor desvinculación del hombre enfermo y/o terminal con su entorno; hay, pues, un progresivo debilitamiento con la vivencia de la muerte personal.

3. La representación ritual de la muerte. Existen muchas civilizaciones en las que la obligación de los vivos es liberarse completamente de los muertos; su preocupación por el bienestar de los muertos y el viaje de transición, constituyen la esencia de la oración fúnebre. Ello significa que los muertos tienen algún modo de vida entre los vivos. Las consecuencias son claras : 1) la muerte es algo más que la putrefacción y permite por eso mismo una diferenciación entre la muerte humana y la no humana. 2) se concibe a la persona humana como continua en algún sentido y 3) supone la representación del lugar de los muertos (oposición entre el lugar de los vivos y de los muertos).

El ritual no sólo es remedio de una sensible pérdida personal y social; la muerte, de otro lado, es causa de duelo personal y público; dicho duelo está incorporado a los ritos funerarios.

Función fundamental del ritual es la de liberar y enviar fuera de este mundo al fantasma, alma, sombra... que está vagando entre los vivos, una vez que se ha producido la muerte. Es una especie de exorcismo. La conversación que se entabla con el espíritu errante debe ser persuasiva.

El ritual contrasta dos modos de existencia : la de los vivos (mortal) y la de los muertos (que es inmortal). Las leyendas (por ej. el poema de Gilgamés, leyenda del origen de la muerte entre los sanpoil de América del Norte) sobre el origen de la muerte se refieren más a personas vivas que a los muertos. En dichas leyendas el origen de la muerte va unido a ciertas faltas (incesto, desobediencia, homicidio...); es el resultado inevitable de la culpa.

En algunas cosmogonías indias, la muerte en un período es meramente el paso al siguiente, en que retornará el tiempo original, para ser seguido por una subsiguiente caída (podría haber una repetición incesante de la caída); parece no haber una

salida del círculo interminable si no es por la condenación o salvación final.

Los ritos iniciáticos cobran aquí suma importancia (Thomas, 1976, p. 462; Mair, L. 1965, p. 224). Así entre los ngatatjara, de Australia Central, la primera parte del ritual de iniciación (paso de muchacho a hombre) está dedicada a la muerte del iniciando a su primera infancia. La reflexión sobre la estructura de tales acciones nos revela la estructura ritual del mismo acto de morir. Hay una ruptura o separación inicial que está representada con frecuencia por distancia física, oscuridad, falta de comunicación, seguida de un período de pruebas y otras separaciones rituales. De igual modo se puede concebir al espíritu pasando por un número de pruebas o tentaciones antes de ser llevado finalmente a su último lugar de descanso. De aquí deducimos que así como el muchacho requiere <sup>el ritual</sup> para convertirse en un hombre, del mismo modo el espíritu exige el ritual para pasar a formar parte de la comunidad de los muertos.

El ritual de la muerte humana ha acentuado en su mayor parte el carácter comunitario de las acciones humanas básicas. El ritual será el viaje del espíritu; debe realizarse en el lugar más adecuado, a su debido tiempo... Entre los sandaws de Tanzania, los rituales están asociados a los movimientos del sol y a las fases lunares; el sol <sup>asocia</sup> a la muerte por su rápida desaparición en la noche.

La transición es una acción incompleta, ya que es un movimiento hacia una meta, hacia una vida futura. Aunque el rito no contempla en sí mismo la meta, dicha meta suele caracterizarse por ser :

- a) enteramente buena y deseable. (nirvana budista, el cielo cristiano).
- b) totalmente repulsiva (infierno cristiano).
- c) ambigualmente indeseable (Sheol judío, hades clásico, el limbo cristiano).

El ritual, finalmente, es siempre y en todas partes una acción eficaz, su modo es imperativo e invitatorio. A su vez, es una forma de conocimiento; expresa la concepción que la comunidad tiene de la muerte. La angustia por la muerte impele a reaccionar de forma mágica-simbólica.

4. Símbolos arquetípicos y personales de la muerte. "El hombre vive en un universo que no es de objetos sino de símbolos" (Von Bertalanffy, 1974, p. 35). El hombre, pues, fabrica y usa constantemente símbolos. Cassirer (1957, 1963) define al hombre como "animal Symbolicum". Todo símbolo se caracteriza por ser representativo, transmitido por la tradición y creado libremente. "Los símbolos atañen a la comunicación de valores y no de hechos" (Von Bertalanffy, 1965, a ).

4.1. Arquetipos del inconsciente. Jung (1959, p. 145) afirma que "los arquetipos son los elementos imperecederos del inconsciente, pero cambian sus aspectos constantemente". Dicha inconstancia hace que no podamos precisar el arquetipo de la muerte como algo único.

La descripción de la muerte se ciñe a presentarla como oscura, desconocida y sin formas definidas. Por ello, el paralelismo muerte/inconsciente no es injustificado. Para Cassirer (1953) en casi todas las religiones la Creación consiste en iluminarlo que estaba oscuro.

La oscuridad puede ser un elemento del arquetipo de la muerte, sin forma ni luz. Las cualidades de oscuro y desconocido concuerdan con la concepción de la muerte; estas cualidades sugieren que los aspectos de oscuridad y desconocimiento de la muerte puedan en un tiempo futuro tomar forma (¿nueva creación?) y hacerse conocidos (conscientes) para todos nosotros. "

4.2. El agua, arquetipo de la muerte. Las cualidades cósmicas del agua como masa sin forma de la cual emerge la vida y en la cual se hunde la misma son conocidas.

El río Jordán ha sido a menudo el símbolo del morir. Los bautismos cristianos por inmersión simbolizan la muerte y resurrección.

También ha sido atribuido a las mareas una asociación con la vida y la muerte. Así Frazer (1959, p. 59) advertía en 1890: "En la marea creciente no ven un mero símbolo, sino un motivo de abundancia, de prosperidad y de vida, mientras que en la marea menguante distinguen tanto un agente real como símbolo melancólico de malogro, debilidad y muerte".

El diluvio implica muerte y caos (Thomas, 1976, p. 465).

T. de Chardin (1957, p.84) afirma: "...la muerte es el océano en que vienen a confluír, antes o después, pero con absoluta certeza todos los humanos".

4.3. La muerte como "personificación". A. Machado (Cante hon do) dice: "... y era la muerte, al hombro la cuchilla, el paso -- largo, torva y esquelética"...

La muerte se ha representado como separada del cuerpo y sin sexo. En los grabados de madera de Holbein (1971) en The Dance of Death (creada en 1538) se simboliza la muerte como un esqueleto asexual; incluso en sus descripciones de cada grabado, Holbein rehusó incluir a la muerte dentro de algún género sexual particular.

Las personificaciones romanas y griegas de la muerte, tienen a concebirla como algo violento y, a menudo, como un papel desempeñado por un personaje femenino. Por ejemplo, "Horacio describe la muerte con alas negras y una red para atrapar a sus víctimas". (Cirlot, 1962).

4.4. El sueño como expresión arquetípica de la muerte. Es frecuente describir a la muerte como un estado de sueño. Expresiones tales como enterrado para descansar, descansen en paz, duer

me el sueño de los justos, dormido en Jesús, etc. son frecuentes en los epitafios y en nuestros diálogos.

El sueño simboliza un descanso y una esperanza en el despertar. Puede atribuirse al sueño la noción de que el alma puede abandonar el cuerpo durante el sueño (Frazer, 1959, p.196-197).

Incluso el término "cementerio" en el sentido de lugar de descanso (Gillon, 1972, p. VII), aumenta la fantasía de la muerte como un sueño. Homero decía que el sueño y la muerte son hermanos. Es frecuente que a la persona muerta se le haga aparecer en actitud de las personas vivas cuando se hallan durmiendo.

#### 4.5. Otros símbolos y arquetipos de la muerte y del muerto.

El fuego como algo devorador, devastador, destructor y purificador.

Lechner, E. y Johanna (1960) muestran diversas flores, plantas y árboles que simbolizan ciertos aspectos de la muerte.

- . la caña de bambú es símbolo de luto por un padre entre los chinos ( p.112).
- . la camelia representaba muerte repentina entre los japoneses (p.113).
- . el ciprés era el símbolo griego de la muerte y también representaba luto y duelo para los occidentales (p.114); etc.

Lechner (1971) indica que un memento mori "es un objeto o símbolo gráfico asociado con la muerte. Tales símbolos incluyen las calaveras, huesos, ataúdes, urnas, ángeles de la muerte, antorchas invertidas, sepulcros y lápidas sepulcrales, relojes de arena, guadañas, espadas, sapos, serpientes, gusanos, búhos, cuervos, cipreses, sauces lloronés, nardos, perejil... (p.116)."

Cervantes (Don Quijote, p. 2; cap. XX) comenta :

No es segador (la muerte) que  
 duerme las siestas, que a to-  
 das horas siega y corta así  
 la seca como la verde yerba.

#### 5. Conclusiones.

5.1. Es totalmente cierto que la antropología no ha tratado con suficiente amplitud y profundidad el tema de la muerte y del morir (Fabian, 1972, pp. 542-543).

5.2. En general, se ha limitado a aspectos descriptivos sin profundizar en los contextos. Su limitación afecta a la temática tratada: ceremonias rituales, magia, la universalidad de la muerte, costumbres, inmortalidad, etc.

5.3. Sin embargo, los antropólogos han olvidado temas tan apasionantes como : conexiones entre ideosincrasia y sistemas-rituales; efectos de la muerte en la ruptura/reinserción de los vínculos parentales; significado de la muerte en las sociedades tecnificadas; violencia y muerte; parámetros culturales y sentido de la muerte; adhesión a creencias religiosas concretas y conexiones con la muerte; aspectos biológicos y humanos del moribundo; el proceso canceroso y el tratamiento humano del mismo; actitudes colectivas e individuales ante la muerte; el progreso científico y la búsqueda de la superación definitiva de la muerte y el dolor, etc.

5.4. La antropología de rango católico sobre la muerte (T. de Chardin, M. Schmaus, Karl Rahner, H. Volk, etc.) tiene mucho que aportar, con el fin de clarificar ciertas teorías parciales (E. Morin, Malinowski, etc.). Frecuentemente, se olvidan las acertadas aportaciones del gran antropólogo T. de Chardin, cuya reflexión gira en torno a la muerte (J.L. Ruiz de la Peña, 1971). Habla tanto de las limitaciones y disminuciones que supone la muerte como de las salidas que clarifican ese enigma: "Siento que había que decir algo sobre la alegría (sana) de la muerte, sobre

su armonía con la vida, sobre la ligazón íntima (y, al mismo tiempo, la separación) del Mundo de los muertos y del Mundo de los vivos" (citado por Ruiz de la Peña, 1971, p.168).

5.5. Un tema conexo con la muerte es el dolor. La antropología debería intentar explicar por qué el progreso tecnológico ha producido en el individuo una progresiva incapacidad para soportar el dolor.

CAPITULO 2 : EL PENSAMIENTO SOBRE LA MUERTE  
Y EL MORIR EN LA PSICOLOGIA CON-  
TEMPORANEA.

- Etapas diversas.

-- Construcción de Escalas y  
Cuestionarios.

CAPITULO 2. EL PENSAMIENTO SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR EN LA  
PSICOLOGIA CONTEMPORANEA.

2.1. Orientaciones generales. Desde que Fechner, W. James, Freud y otros se preocuparon -en algunos casos superficialmente- de estudiar la inmortalidad y/o los instintos tanáticos, la psicología ha ido profundizando en mayor grado en el tema de la muerte y el morir.

Ya no son sólo los antropólogos, filósofos, biólogos, teólogos y sociólogos quienes se preocupan de describir y analizar los procesos religiosos, evolutivos y sociales que envuelven la muerte. Los psicólogos han invadido un terreno - que les es propio : la conducta y las actitudes del hombre, en general, y del enfermo terminal, en particular, ante la muerte.

A pesar del enorme esfuerzo realizado, todavía no existe una estructura doctrinal y una metodología adecuadas en el tratamiento del tema. Se podría decir lo que Staats (1970, p. 234, citado por Yela, 1980) afirma: "en conclusión, se puede decir que actualmente el campo del aprendizaje (y el de la Psicología, en general) consiste en buena parte en intentos desorganizados y en grandes separatismos". Las discrepancias y críticas en el campo de la psicología de la muerte tienen su raíz en la no existencia de unidad en las indagaciones y en la deficiente definición de los constructos : ansiedad, temor ... Ciertamente, el tema y el problema son complejos y multidimensionales (Bell, 1975; Lester, 1969; Nelson, 1975, 1978). Quizá las variables que se han analizado no explican el problema con relevancia, quizá no se hayan examinado con rigor las conductas patentes y/o, posiblemente, el problema es tan polimorfo que no es posible llegar al fondo del mismo con la metodología utilizada hasta ahora (irrelevante en unas ocasiones, imprecisa

en otras).

Sea cómo fuere, la psicología contemporánea ha pretendido, y en cierto modo conseguido, aproximarse y desvelar un tema tan apasionante y tan humano: la muerte y el proceso del morir.

Las dimensiones o ejes que Pelechano (1980) atribuye a la psicología, deberían tenerse en cuenta para posibles análisis del tema : el eje natural-social y el descriptivo-intervención.

En el esquema del capítulo se diferencian tres etapas (objetivables por lo subjetivo, pero basadas en los métodos y - en la temática utilizados):

## 2.2. De iniciación (hasta 1935) :

2.2.1. Metodología e instrumentos : introspectivo - observacional - encuestas.

2.2.2. Temática : inmortalidad, suicidio e instinto de muerte.

## 2.3. Descriptiva (de 1936 a 1958) :

2.3.1. Metodología e instrumentos : cuestionarios, entrevistas y encuestas. Análisis descriptivos.

2.3.2. Temática : Concepto y desarrollo evolutivo de los conceptos morir y muerte, actitudes de los universitarios ante la muerte.

## 2.4. Científica (de 1959 a nuestros días) :

2.4.1. Metodología e instrumentos : análisis correlacional y diferencial - análisis multivariado (especialmente el análisis discriminante) - construcción de Escalas de Actitudes.

2.4.2. Temática : estadíos psicológicos del enfermo moribundo; cursos y seminarios pedagógicos; análisis y evaluación de las variables demográficas y psicológicas que configuran las actitudes ante la muerte y el morir; evaluación del contexto social y físico del enfermo terminal; factores psicológicos que inciden en la concepción de la senectud y de la muerte; variables religiosas y muerte; personalidad y muerte...

\* La estructura y la dinámica de las tres etapas, de los autores asignados y de los contenidos no pretenden ser exclusivos y exhaustivos. Simplemente son unas pinceladas, no una sistematización definitiva y última.

2.2. Etapa de iniciación (Principios de siglo a 1935). La fecunda obra de Fechner no podía por menos de abordar temas tan diversos como la psicofísica y la muerte (1904). El propio W. James le prologa la obra ; Fechner analiza el problema de la muerte y el tema de la identidad del hombre.

W. James, después de su etapa experimentalista-pragmática, tiene grandes preocupaciones morales y religiosas. De esta época surgen sus teorías sobre la inmortalidad y el carácter transcendente del sentimiento religioso (W. James, -- 1910). Convencido de la existencia de un instinto belicoso, W. James publica su ensayo "The moral equivalent of war". Propugna un programa concebido para dar cauces menos dañinos a la agresividad hasta ahora orientada hacia la guerra.

Sin salirnos de los experimentalistas, aparece Hall. En 1915 organiza el primer Seminario que se conoce sobre "Tanatología e inmortalidad"; investigó, asimismo, las ideas y experiencias que las personas adultas recordaban de su infancia. Hall insiste en que las experiencias más recordadas son el primer contacto con el cuerpo frío y los funera

les (Senescence, 1922) A lo que se ve, aspectos muy superficiales y que se ajustan al fetichismo erótico (Kastenbaum, 1972).

En esta etapa existe un autor relevante : Freud. Bien es sabida su honda preocupación por la vida (eros) y la muerte (thanatos). En la 3ª etapa de su obra (1923-1939), aparecen tratados en los que la alusión a la muerte es constante : "el malestar de la cultura"; "el porvenir de una ilusión"; y - "Moisés". También alude a la muerte en "Reflexiones acerca de la guerra y la muerte" (1918).

Aunque sociológica, merece la pena insistir en la obra de Durkheim (1897): "Le suicide". No son los factores climáticos quienes impelen al hombre a suicidarse, sino los factores sociales, concluye Durkheim. La repercusión que esta obra ha tenido en la psicología es clara (Douglas, -- 1967; 1969; Farberow, 1975; Charmaz, 1980, cap. 8).

En síntesis, la temática de este período se centra en la inmortalidad (James, W.; Hall y Osler(1904) ), el suicidio (Durkheim) y el instinto tanático (Freud).

2.3. Etapa Descriptiva (1936-1958). El núcleo central de las investigaciones se centrará en los niños y universitarios : nacimiento, evolución y formalización del pensamiento y actitudes ante la muerte. Más esporádicamente, aparecen estudios sobre la muerte y la tercera edad.

Middleton publicó en 1936 un estudio sobre la actitud de los universitarios hacia la muerte (tomó la muestra de los estudiantes de las Universidades Butler y De Pauw). En el Cuestionario aparecen ítems relativos a la muerte dolorosa, depresión en los funerales y en los relatos respecto a la muerte. Lester (1970, 1971) reexaminó los resultados obtenidos por Middleton; halló las diferencias con estudiantes de 1970 en dichas Universidades . Los jóvenes de-

1970 parecen estar más preocupados por pensamientos acerca de la muerte que los de 1935 (especialmente las mujeres). - Los estudiantes de 1970 creían en menor grado en la vida después de la muerte que los de 1935, pero deseaban estar más seguros de si existía una vida después de la muerte (ocurría tanto en hombres como en mujeres).

Los estudios más relevantes de este período son los de - Nagy (1938, 1948) y los de Anthony (1940).

Nagy realizó su investigación con niños húngaros, en edades comprendidas entre los 3 y los 10 años. Su método es muy directo : conversaciones, redacciones y dibujos sobre temas conexos con la muerte. Realiza un minucioso estudio y divide en tres categorías la evolución del pensamiento del niño ante la muerte: a) hasta los cinco años: la muerte es reversible, no es el final; es una separación; b) de 5 a 9 años: la muerte es el final, pero puede ser eludida; el niño personifica la muerte; c) de 9 a 10 años : la muerte no es sólo el final, sino que es universal e inevitable; se acepta la propia mortalidad (Kastenbaum, 1977).

Anthony (1940, 1973) trata de ver la integración de la -- muerte en la vida del niño; el niño está activamente interesado en comprender el fenómeno de la muerte. Realiza estudios sobre las diferencias individuales en las diversas edades. En síntesis, es un libro clásico sobre el tema.

Aparecen los primeros estudios sobre la concepción y actitudes de las personas senectas ante la muerte y el morir. -- (Feifel, 1956; Shrut, 1958).

Finalmente, un libro que causó gran impacto fue : "L'homme et la mort dans l'histoire (Morin, 1951, reeditado en 1970). Análisis de los fundamentos bio-antropológicos de la muerte; estudio de la muerte cósmica y de las crisis contemporáneas de la muerte. Insiste obsesivamente en la amortalidad y en -

la nihilización (texto de matices marxistas).

2.4. Etapa Científica (1959-1981). En los inicios de los años sesenta se incrementa exponencialmente la investigación; van apareciendo libros, revistas (Omega, editada por Kastenbaum; Essence, editada por Lonetto y Fleming; Death Education, editado por Wass), films educativos, cursos sobre tanatología en diversas Universidades americanas, bibliografías ingenues (Simpson, 1979; Fulton, 1977): "Sólo en los últimos años se han publicado en revistas científicas y especializadas más escritos sobre esta cuestión (la muerte) que en los últimos cien años anteriores" (Fulton, 1974, p. 27). Como dato indicativo, en el "Psychological Abstracts" se reseña una media de 10 artículos por año de 1948 a 1964. La publicación de artículos sigue creciendo: 34 en 1965, 68 en 1968, 54 en 1969 y 147 en 1970... Es en 1970 cuando aparecen las revistas especializadas y, consecuentemente, surgen multitud de artículos sobre diversos temas relacionados con la muerte y el morir (muchos de los artículos son resumen de trabajos de investigación y/o tesis doctorales).

2.4.1. Evolución teórica en el tratamiento de los aspectos psicológicos de la muerte.

2.4.1.1. Iniciación. Fue Feifel (1959) quien editó un compendio de artículos varios (Jung, G. Murphy, Tillich, Marcuse, Kastenbaum...) que constituyeron el germen para redescubrir el olvidado tema de la significación de la muerte. A partir de 1959 se abre un esperanzado campo de investigación. Aunque el texto constituye una mixtura de articulistas y teorías, la relevancia de las ideas vertidas sobre los aspectos sociológicos, psiquiátricos, filosóficos y psicológicos de la muerte fueron el aldabonazo para reemprender una orientación nueva del tema : la psicología de la muerte.

En 1977 volverá Feifel a editar un texto muy completo (New

meanings of death), en el que se abordan temas sobre la psicología evolutiva y la muerte, aspectos clínicos, las res -- puestas a la muerte ...Colaboran autores tan relevantes como Kastenbaum, Saunders, Shneidman, Leviton y Simpson. Feifel - es considerado como el padre de la nueva psicología sobre la muerte (Kastenbaum, 1977).

2.4.1.2. Década de los sesenta. Predominan temas y problemas concretos : a) la psicología del enfermo terminal (actitudes y etapas) y su entorno físico y social; b) el nacimiento y elaboración del concepto de los niños ante la muerte; c) la construcción de Escalas para medir las actitudes - ante la muerte.

a) Respecto al enfermo terminal, aparecen obras cuyo estudio se basa en la información directa con el propio moribundo - (caso de Kübler-Ross, Hinton y Sudnow) y de su entorno (Sudnow, 1967). De interés especial son las obras : On death and dying (Kübler-Ross, 1969) y Dying (Hinton, 1967). Ambas son una tentativa de descubrir las etapas por las que atraviesa el enfermo terminal (negación, ira, pacto, depresión y aceptación, según K-Ross) y el análisis de sus reacciones y dolores psíquicos. Se apuntan soluciones para el alivio de las - perturbaciones emocionales, aunque se reconoce su complejidad. Las clásicas etapas por las que K-Ross afirma que pasa el enfermo terminal, han sido revisadas y criticadas por Kastenbaum (1975) y Schütz (1978), ya que piensan que el tipo de personalidad, los factores situacionales críticos y el ambiente sociofísico inciden de modo determinante en el paciente - terminal.

En esta misma línea de ayuda al moribundo, han aparecido - no hace mucho dos obras : 1) "Ayudando a morir" (Sporken, -- 1978), que completa las etapas que apunta K-Ross en el enfermo terminal; el auxilio a la vida y al morir y su consiguiente ayuda pastoral. Son temas que se abordan seriamente.

2) "Morir con dignidad" (Alvarez y otros, 1976), el acercamiento al moribundo por el médico, la enfermera y el pastor de almas constituyen una importante aportación. Las -- orientaciones pastorales y deontológicas son el núcleo del libro.

\* De una gran agudeza y actualidad es el libro de Sudnow (Passing on. The social organization of dying, 1967). En él se analizan la muerte y el morir como situaciones sociales, la sociología del duelo, el ambiente del Country Hospital... Asimismo, se hacen observaciones prácticas sobre cómo la organización del hospital afecta y es afectada por las muertes que se producen.

\* Otros dos textos que produjeron impacto en USA fueron el de Mitford (The American way of death, 1963), sobre las prácticas funerarias y los negocios que reportan; y, finalmente, la obra conjunta editada por Pearson (Death and dying: Current issues in the treatment of the dying person, 1963) - en la que se abordan temas tan sugestivos como el pensamiento del enfermo terminal, la muerte y la familia, psicología de la muerte, tratamientos psicoterapéuticos a utilizar con los enfermos terminales... (Otras obras relevantes sobre el proceso terminal son las de Glaser y Strauss (1965, 1968).

b) Si Anthony y Nagy fueron las pioneras en el campo de la exploración del concepto que los niños tienen de la muerte, fue Grollman (1967, 1970) quien hizo anotaciones de cómo - se ha de participar al niño la pérdida de miembros de la familia y dialogar con ellos sobre qué sienten, piensan y saben sobre la muerte. Grollman aconseja que no se debe hablar con dogmatismo ni evasivas. Entre las reacciones que el niño pueden tener ante una pérdida significativa: negación, - idealización, ansiedad, culpabilidad...

c) La creación de Escalas para intentar medir las actitudes ante la muerte (Lester y Collet, 1969; Tolor, 1967; Boyar,

1964; Templer, 1970) constituirá un punto focal importante (se analizarán posteriormente).

2.4.1.3. Década de los setenta. Cambian ligeramente las orientaciones investigadoras tanto en cuanto a la temática (a) como en el análisis de los datos (b).

a) Aparecen obras teóricas relevantes cuya temática : 1) recorre los aspectos generales de la psicología de la muerte ; evolutivos, metodológicos, entorno cultural, sentimientos y pensamientos ante la muerte y el morir, eutanasia, actitudes ... (Kastenbaum y Aisenberg, 1972; Schulz, 1978; -- Hardt, 1979; Becker, 1973); 2) analiza la función de los médicos en el proceso terminal y en la agonía (Zeigler, 1976; Brodie, 1976); se centra en los aspectos psicosociales del proceso terminal, el duelo y el suicidio (Charmaz, 1980; -- Farberow y Shneidman, 1965; Lester, 1971; Litman, 1971). La prevención, detección y tratamiento de conductas suicidas-- es un hito que intenta lograr la sociedad americana contra el suicidio; el paradigma básico consiste en que el suicidio es función de la deprivación y vulnerabilidad de los sujetos (Farber, 1968).

\* Aparecen, asimismo, las primeras revistas dedicadas exclusivamente a temas conexos con la muerte y el morir (Omega, 1970; Essence...) que posibilitan la labor investigadora.

b) En cuanto a metodología y análisis de datos, se verá en 2.4.3.

2.4.2. Construcción de escalas ante la muerte. Como un medio para medir las actitudes ante la muerte, se han construido diversas Escalas (la mayoría se basan en la técnica de Likert, 1932).

2.4.2.1. Escalas de ansiedad ante la muerte. Algunos autores (Schulz, 1978; Holmes & Anderson, 1980) emplean como análogas las Escalas de Ansiedad y de Temor a la muerte. Las Escalas más conocidas y utilizadas son las de Boyar, 1964; Collet and Lester, 1969; Lester, 1967 a; Sarnoff and Corwin, 1959; Templer, 1970; Tolor, 1967; Nelson y Nelson, 1975.

La Escala más importante ha sido la de Templer (1970). Ya se verán sus ventajas e inconvenientes en el apartado-INSTRUMENTOS (en un posterior capítulo).

2.4.2.2. Escalas de temor ante la muerte. Dos - son las Escalas que se han utilizado para intentar medir el miedo a la muerte y el morir.

2.4.2.2.1. Índice de Amenaza (Krieger, Epting y Leitner, 1974; Neimeyer, Dingemans y Epting, 1977, Epting, Rainey y Weiss, 1979). Pretende medir el temor a la muerte a nivel consciente.

2.4.2.2.2. Escala de Temor a la muerte y el morir (Lester, 1969; 1974). El objetivo es diferenciar entre temor a la muerte (propia o de otra persona) y el morir (propio o de otra persona). Más adelante se analizará con detalle.

2.4.2.3. Escalas de preocupación ante la muerte. La única escala que mide la preocupación ante la muerte es la de Dickstein (1972; 1975; 1977-78). La finalidad de la Escala consiste en la contemplación de la realidad de la muerte y la evaluación negativa de la misma.

2.4.2.4. Escalas sobre la evitación-confrontación ontológica con la muerte. Acerca de la evitación de la muerte y de la soledad han tenido su secuencia en la construcción de diversas Escalas, realizadas por

el equipo de Thauberger, de la Universidad canadiense de Regina (Thauberger, 1974, 1975, 1976 a, 1976 b, 1977 a, 1977 b, 1977 c, 1978 a, 1978 b, 1979 a, 1979 b, 1979 c, 1979 d, --- 1980 a, 1980 b, 1980 c).

Asimismo, el equipo de Thauberger construyó Escalas acerca del rechazo de sí mismo, del rechazo de los demás y del rechazo por los demás (Ruznisky, 1980a, 1980b, 1980c).

Constituyen un gran esfuerzo y una tentativa relevante -- para medir aspectos que los psicólogos americanos no han tenido en cuenta.

2.4.3. Técnicas y métodos utilizados en la medida de las actitudes ante la muerte. Varias han sido las tentativas para medir las actitudes ante la muerte: técnicas - proyectivas (TAT, sobre todo), métodos indirectos (R.P.G.), métodos directos (Cuestionarios, Entrevistas, Redacciones, dibujos, estudio de los diarios de los jóvenes, etc.).

El instrumento más utilizado han sido las Escalas de Ansiedad (Templer, 1970) y Collet-Lester (1969).

Las dificultades que se han encontrado en la medida de las actitudes es su gran variedad y las variables concomitantes y/o explicativas que inciden en la configuración y modelación de las mismas : sexo, status, ocupación, variables personales, perspectivas temporales y objetivos, perturbaciones emocionales, concepción personal de la muerte, etc.

2.4.3.1. Cuestionarios. Tratan de medir opiniones. Se complementan con las entrevistas, sean estructuradas o no lo sean. (Nagy, 1938, 1948; Anthony, 1940, 1973; Hackett y Weissman, 1965; Jeffers, Nichols y Eisdorfer, 1961). Únicamente se contabilizan las frecuencias. Son técnicas directamente, juntamente con las Escalas.

2.4.3.2. Técnicas proyectivas. Se ha utilizado el TAT (Murray, 1943), especialmente.

Rudick y Dibner (1961), Caprio (1950) y Shrut (1958) intentaron medir las actitudes ante la muerte sea por el TAT (Rudick y Dibner repartían 12 tarjetas del TAT y se evaluaba la preocupación por la muerte en función de las veces que un sujeto introducía el término muerte en un relato), sea por medio del completamiento de frases (Shrut, 1958) o sea por asociación libre de palabras (Caprio, 1950).

2.4.3.3. Respuestas psicogalvánicas (RPG). Utilizadas como métodos indirectos, las respuestas están asociadas a palabras relacionadas con la muerte y el morir (Alexander y Adlerstein, 1958, 1960) o palabras que simbolizan la muerte (Meissner, 1958; Christ, 1961); en general, las palabras asociadas a la muerte producían una latencia más prolongada y una mayor RPG. Los resultados no han sido muy convincentes (Kastenbaum, 1977).

2.4.3.4. Técnicas correlacionales. Han pasado desde las simples correlaciones lineales de Pearson y la correlación curvilínea (Handall y Rychlak, 1971) a la técnica del Análisis factorial y multidimensional.

2.4.3.4.1. Análisis Factorial. Muy empleado últimamente para descubrir los factores que subyacen en las Escalas de actitudes ante la muerte (Pollack, 1979; Durlak, 1972; Klug y Boss, 1976; Nelson y Nelson, 1975, 1978; Pandey, 1975).

En general, se han limitado a una simple extracción de los factores comunes por medio de los Componentes Principales (Rotación Varimax). Sin embargo, se echa en falta un análisis de las correlaciones entre los factores y un análisis serio de las posibles intercorrelaciones de los factores de las Escalas que miden Ansiedad, Temor y Preocupación ante la muerte (Inves

tigación que se realizará en esta tesis).

2.4.3.4.2. Análisis multidimensional. Iniciado por Nelson y Nelson (1975), ha sido el propio Nelson (1978, 1980) quien ha insistido en la multidimensionalidad de las actitudes ante la muerte (al menos se detectaron cuatro factores, obtenidos por rotación oblicua). Nelson y Cantrell (1980) hicieron un minucioso análisis de la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte y su relación con la religión como variable independiente (creencias y prácticas religiosas para predecir la ansiedad ante la muerte); se utilizó un análisis de regresión múltiple.

Feifel y Nagy (1981) han intentado medir la relación entre diversos factores de religiosidad y el temor a la muerte (utilizan el análisis discriminante, para ver qué variables definen mejor a cada grupo).

2.4.3.4. Métodos diferenciales. Fundamentalmente, se han utilizado métodos de diferencias de medias; el método más generalizado ha sido el Análisis de Varianza (ANOVA) con un componente.

Es una lástima que no se haya utilizado el ANOVA con más criterios de clasificación; de este modo, se podría observar si las actitudes (ansiedad, temor...) son debidas a las interacciones de los diversos criterios.

2.4.3.5. Métodos experimentales. Apenas han existido estudios al respecto; y ello, por varios motivos; el más importante por la dificultad de encontrar grupos control y grupos experimentales (Bell, 1975; Lester, 1967).

**CAPITULO 3 : PSICOLOGIA Y ACTITUDES ANTE  
LA MUERTE Y EL MORIR.**

- La muerte como estímulo que elicitá respuestas.
  
- Posibilidad y limitaciones en la medida de las actitudes ante la muerte.
  
- Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte.- (Diversas etapas).

CAPITULO 3 : PSICOLOGIA Y ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y EL MORIR.

3.1. Anotación Preliminar. Es difícil encontrar los paradigmas que subyacen en la llamada psicología de la muerte. Se podría afirmar lo que Mayor (1980, p.215) dice de la psicología cognitiva, la psicología de la muerte "repite la aventura epistemológica de la psicología en general: acumulación de evidencia empírica difícilmente manejable e integrable; dispersión e incluso contraposición teórica y metodológica, que mantiene en permanente crisis a la disciplina".

Hasta el presente no han existido intentos suficientes y válidos que unifiquen o integren los aspectos teóricos y metodológicos de la psicología de la muerte. Existen, eso sí, temas y problemas más o menos comunes y una metodología que ya va resultando un tanto tópica: la medida de las actitudes de las personas no terminales ante la muerte.

Aunque no es objetivo prioritario de esta tesis, conviene incidir en la posibilidad y en las limitaciones de la psicología de la muerte. En la literatura psicológica norteamericana ya han empezado a aparecer libros que llevan este título (Kastenbaum, 1972; Schulz, 1978). Su núcleo de investigación son tanto las experiencias, como las actitudes y expresiones sobre la muerte y el morir (la muerte como pensamiento, como proceso y como hecho fáctico, y las reacciones que produce). Los artículos que específicamente se aproximan al tema son innumerables (Bengston, 1975; Cappon, 1972; Crown, 1967; Feifel, 1969; Kalish, 1963; Kastenbaum y Costa, 1977; Fulton, 1971).

Ahora bien, la muerte y el morir acontecen en un contexto situacional y cultural determinados que posibilitan la aparición de unos modos comportamentales específicos (Charmaz, 1980; Blauner, 1966; Goldscheider, 1975).

La complejidad de la psicología de la muerte y la medida de las actitudes ante la misma, radica en que la muerte puede ser enfocada como pensamiento (variando desde mi muerte a la muerte del otro), como presentimiento y/o como presencia; de igual modo, el proceso terminal puede enfocarse de, al menos, dos modos (propio o del otro).

Otras opciones en el enfoque de la psicología sobre la muerte pueden referirse a temas tan diversos como : el contexto social y psicológico del suicidio, aspectos psicológicos del duelo, la eutanasia, génesis y evolución del concepto muerte, morir, moribundo; asimismo, en el análisis de las conductas se puede hacer referencia las conductas patentes y a las interiorizadas .(A veces se confunden las respuestas que el sujeto manifiesta ante la muerte y la conducta propiamente).

No es, pues, anormal que se produzcan resultados dispares en la investigación del tema por la complejidad, indefinición y variopinta metodología.

### 3.2. Posibilidad y limitaciones de una psicología sobre la muerte.

3.2.1. Contexto y objeto. Si el objeto de la psicología, como afirma Pinillos (1975, pp.681 y ss.) "propende claramente a definirse a sí misma como ciencia de la conducta, esto es, como ciencia de aquellas actividades del organismo que pueden ser observadas objetivamente, desde fuera, por otros organismos", existe la posibilidad de una psicología de la muerte, ya que la muerte y el morir producen en el organismo sensaciones que se manifiestan en respuestas y conductas específicas patentes. Bien es cierto que el objeto y el objetivo de la psicología de la muerte es la misma muerte como pensamiento que produce en el hombre actitudes, vivencias, conductas y experiencias concretas. Pero la profusión de pensamientos y vivencias es tan variado, personal y contextual que, probablemente, existen varios posibles enfo

ques. Desde el puramente hullaiano, al cognitivo (operaciones con objetos), freudiano, psicosocial, etc. Lo difícil es la unificación de estos enfoques.

Durante las últimas décadas, la psicología ha intentado dirigir sus estudios a problemas sociales (Atkinson, 1977), bien entendido que tales problemas engloban aspectos colaterales de indudable relevancia. Los problemas sociales no dependen sólo de la estructura social, más bien el sujeto es quien modela dicho contexto. Más exactamente, sujeto y estructura social interactúan para producir conductas (Piaget y otros, 1975, pp. 147 y ss.). La muerte es un objeto - específico que lleva aparejado connotaciones sociales propias y una vivencia/conducta específicas.

3.2.2. Imprecisión terminológica. La "muerte" es un sustantivo que se utiliza como referencia a la "cesación de la vida". Suele designar inapropiadamente "morir", "muerto", "moribundo". La muerte es en sí misma un concepto general que trata de explicar la naturaleza y el sentido de toda existencia (del ser viviente genéricamente).

La muerte del hombre es un hecho singular; no se producen los mismos procesos que en otros seres vivientes (Ferrater Mora, 1962, pp. 23 y ss.). De otro lado, la muerte es un simple concepto; mientras que el morir es un proceso, el/lo muerto es propiamente la cesación fáctica de la vida.

El hombre (y el ser biológico) es un ser en proceso moribundo desde que nace; no obstante, al hablar de moribundo se hace referencia al proceso terminal de los organismos biológicos.

Pueden, por tanto, existir equívocos en la utilización de los términos morir, moribundo, muerte y muerto. No es lo mismo hablar de mi muerte que de la muerte, de mi morir que del

morir; de la muerte de una persona que de un animal (a veces también se aplican a entidades inorgánicas).

De igual modo, es patente que la interpretación de estos términos difiere sustancialmente según se haga un enfoque lingüístico, social, psicológico, médico o filosófico - (el concepto es relativo y se va modificando progresivamente).

3.2.3. Conducta propositiva ante la muerte. El análisis sensu estricto de las conductas ante la muerte puede resultar simplista, demasiado intuitivo, vago y heterogéneo (carente, por tanto, de significación analítica y científica).

Es necesario plantearse seriamente el problema de la intencionalidad o propositividad conductual (Rodríguez, 1980) en las conductas y actitudes ante la muerte y el morir.

De la combinación de ambos aspectos, lo observable y lo propositivo, se pueden hacer inferencias válidas para elaborar una psicología de la muerte. No se olvide que la muerte está en estrecha relación con las conductas asociadas a la misma; es difícil mantener disociados los aspectos cognitivos, propositivos y conductas manifiestas.

3.2.4. Muerte propia y del otro. Desde que el niño percibe su distintividad, se inicia la espiral diferenciadora -- que le llevará a distinguir la muerte de lo otro y del otro como algo que no le pertenece. Sin embargo, la muerte del otro afecta a la propia seguridad (Kastenbaum, 1972), de ahí que la presencia del proceso terminal y de lo muerto -- conlleve reacciones conmovedoras y, frecuentemente, traumáticas.

La muerte propia sólo se puede vivir imaginativamente y/o de modo vicario.

3.2.5. La muerte como estímulo que elicita respuestas y produce conductas. Para Kastenbaum (1972) la muerte es un estímulo aversivo (aquello que se teme). Es, por tanto, un estímulo que elicita respuestas de huida como consecuencia de la amenaza que supone un atentado, directa o indirectamente, contra la propia supervivencia (sobre distinción entre estímulo aversivo y estímulo punitivo, Cfr. - Pelechano, 1980b, p.310 y ss.) La muerte es un estímulo que está "más allá o fuera" del propio sujeto. Lo que más interesa en esta investigación son las respuestas que los sujetos dan a este estímulo. Como afirma Kastenbaum (1972, p.40 y 41): "muchas de las dificultades en los intentos para investigar la relación hombre-muerte, derivan de nuestra frecuente inhabilidad para identificar tanto el estímulo como la respuesta". Ello quiere decir que la muerte es proceso encubierto y "en el caso de los procesos encubiertos, los refuerzos positivos y negativos no son definidos en función de su efecto sobre la conducta sino en función de las respuestas que da el sujeto a uno o más cuestionarios (Cautela y Kastenbaum, 1967; Wolpe y Lang, 1964). Sabemos que el informe verbal de un sujeto acerca de un hecho o situación, incluso veraz, refleja solamente el modo de sentir acerca del hecho o situación pero no necesariamente su modo de conducirse a nivel observable. La relación funcional entre la expresión verbal y la dinámica comportamental no es perfecta". (Pelechano, 1980b, p.374).

La concepción de la muerte es un proceso vicario de aprendizaje, según el cual el sujeto observador puede aprender una serie de conductas sin necesidad de ejecutarlas físicamente (Avia, 1978, p.42).

Entre el estímulo y la conducta aparecen las actitudes como variables intermedias (Jiménez Burillo, 1980, p.208). Las actitudes más importantes son el temor, la ansiedad y la preocupación.

En síntesis, una psicología de la muerte que pretende ser coherente y paradigmática describiría la dinámica de la actuación social y personal para de ahí inferir la estructura y/o un modelo teórico explicativo (Cfr. Pelechano, 1980a, p.21).

### 3.2.6. Limitaciones de la psicología de la muerte.

- a) Las propias de la psicología.
- b) La ambigüedad comprensiva del estímulo aversivo (no estimulación aversiva); en este caso, la muerte.
- c) La carencia de técnicas psicofisiológicas eficientes.
- d) Precaridad de principios básicos de la actividad psicológica y, en concreto, de la actividad específica del hombre ante la/su muerte.
- e) El exceso de temas y problemas que dificultan una unificación teórica y metodológica.
- f) Las contradicciones e incoherencias de las conclusiones en los mismos temas.
- g) La utilización terminológica ambigua : ansiedad, temor, angustia... Con frecuencia se emplean indistintamente, no analógicamente y/o diferencialmente.

### 3.3. Posibilidad y limitaciones de la medida de las actitudes ante la muerte.

3.3.1. Las actitudes en psicología y su medida. Como ya afirmó acertadamente Allport (1935) "actualmente se puede medir las actitudes, mejor de lo que se las puede definir". Afirmación que está todavía vigente.

La problemática que subyace a la medida de las actitudes es, pues, la definición de éstas, sus componentes y la rela-

ción que tienen con la conducta de los sujetos.

Aunque el tema es ampliamente debatido en los tratados de Psicología Social, no es incongruente que se trate aquí, al menos someramente.

3.3.1.1. La actitud y sus componentes. La actitud constituye uno de los conceptos más relevantes en psicología social (Berkowitz, 1972; Mc Guire, 1969). No es un concepto aislado, se halla interrelacionado con otros conceptos psicológicos : la motivación (la actitud tiene fuerza impulsora); la percepción (la actitud es sólo una fase de ella, según Fraisse); la personalidad (que considera a --- ciertas estructuras actitudinales como patrones de la personalidad bastante estable, (Rokeach, 1976, p.112) y, constituyen, finalmente, un instrumento psicológico que permite explicar y modificar la conducta.

Desde que Allport (1935) definió la actitud como un "estado de disposición nerviosa y mental, organizada mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada" (citado - por Pinillos, 1975, p. 516), los autores coinciden en la - función disposicional dirigida a la acción (Duijker, 1967, pp. 90 y 93; Pinillos, 1975, p. 516; Murphy, 1947; Kelvin, 1970; Meili, 1964; Fraisse, 1967).

Las actitudes son constructos que explican una buena - parte de la conducta humana (aspecto explicativo); son, a su vez, un medio para predecir las conductas y, por fin, - son predisposiciones que inducen al sujeto a responder favorable o desfavorablemente a determinados estímulos sociales.

Berkowitz (1972) propone que las definiciones de actitud se deberían clasificar según tres categorías básicas: a) co

mo evaluación o reacción afectiva (Osgood y Thurstone).  
 b) como disposiciones a actuar.  
 c) como mezcla de tres componentes (afectivo, cognitivo y conductual).

Rosenberg y Hovland (1960) realizaron un esquema ambicioso en función de los tres componentes de que consta la actitud, del objeto y de las respuestas que se producen :

- a) variable independiente (mensurable): el objeto o estímulo de la a.
- b) variable interviniente : la actitud (componentes afectivo, cognitivo y conductual).
- c) variable dependiente :
  - a) respuestas del sistema nervioso (asociadas al c. afectivo) - y/o enunciados verbales.
  - b) respuestas perceptivas (asociadas al c. cognitivo) y/o enunciados verbales.
  - c) conducta pública (asociado al c. conductual) y/o enunciados verbales.

No se puede, pues, definir la actitud sin hacer referencia a sus componentes, ya que existe cierta congruencia entre ellos. El modo de producir un cambio en las actitudes es la creación de incongruencia entre los tres componentes presentando alguna información nueva (Whittaker, - 1979, pp.246). Bien es cierto que también influyen en el cambio la fuente (credibilidad y atractivo), el canal de comunicación y el mensaje transmitido (los cambios de actitud no se producen, en general, de inmediato; existe un efecto de latencia). Asimismo, la disonancia cognitiva -- (Festinger, 1957) puede ser el revulsivo que posibilite dicho cambio.

Por otra parte, habría que diferenciar entre creencia,

actitud y opinión. La creencia sería el aspecto cognitivo de la actitud; la manifestación de las actitudes constituye la opinión.

En la génesis, evolución y estructura de la actitud -- se hallan entreverados dos elementos básicos : el sujeto y objeto intencional de la actitud. Lo constitutivo del sujeto de la actitud es su trasfondo afectivo, cognitivo y tendencial (Bertran-Quera, 1980, pp. 21 y ss.). El objeto puede referirse a múltiples realidades : las ideas, la realidad objetual y las personas.

3.3.1.2. Actitud y comportamiento. Es uno de los problemas más polémicos en el estudio de las actitudes; y, por supuesto, de una gran importancia.

La predictividad de las actitudes respecto a los comportamientos ha quedado en entredicho con frecuencia (La Piere, 1934; Kutner et alii, 1952; Krech et alii, 1962, pp. 163; Campbell, 1963; Blumer, 1955; Kelman, 1974; Ro--keach, 1967; Calder & Ross, 1973). Se afirma que la medida de las actitudes ha carecido de valor predictivo de la conducta.

Recientemente, han existido varios autores que han intentado profundizar en la relación actitud-comportamiento; parece existir un acuerdo: las actitudes son sólo uno de los muchos factores que determinan la conducta (Brannon, 1976; Liska, 1975; Schneider, 1976; Ajzen, 1977). Para Ajzen y Fishbein (1977, p. 889) las entidades actitudinales y el comportamiento pueden estudiarse bajo cuatro puntos de vista: "la acción, el objetivo al que se dirige la acción, el contexto y el tiempo en que se realiza. La generalidad o especificidad de cada elemento depende del procedimiento de medida empleado".

3.3.1.3. La medida de las actitudes. Las actitudes son fenómenos complejos, de ahí la multiplicidad de métodos que se han empleado : Escalas (Thurstone, 1928; técnica de Likert, 1932; el Escalograma de Guttman, 1944); Escala de distancia social de Bogardus, 1925; Osgood et alii, 1957); métodos fisiológicos, en especial la RPG (Cook y - Selltitz, 1964; Ramplin y Campbell, 1955; Woodmansee, 1976).

3.3.1.4. Limitaciones en la medida de las actitudes . En la medida de las actitudes por medio de Escalas se han hallado problemas que no se analizan aquí . Entre ellos, la manifestación de los sujetos de una deseabilidad social (Crowne & Marlowe, 1960), la construcción de los ítems (Ostrom, 1971-72), la congruencia entre las respuestas emitidas a los ítems y el pensamiento/sentimiento de los sujetos, la uni/multidimensionalidad de la Escala, la generabilidad de las conclusiones y, finalmente, la fiabilidad y validez de constructo.

3.3.2. Las actitudes ante la muerte (posibilidad y limitaciones en su medida). Desde que el hombre existe, las actitudes ante la muerte han variado muy poco en cuanto a la cuantía; eso sí, han ido modificándose cualitativamente dependiendo del contexto social, del ámbito religioso, etc. La preocupación, ansiedad y temor son los más comunes. El rol que ha desempeñado la muerte en la vida y experiencia humanas ha variado y ha influido en su percepción.

Es evidente que la intensidad y propositividad de las actitudes varían según se trate de la muerte propia o del otro, de la "experiencia" personal o del otro y de los fundamentos religiosos que sustentan el actuar de las personas.

La importancia de las actitudes ante la muerte es clara;

pueden influir en las respuestas a la producción cultural, en el comportamiento y decisiones personales. Hardt (1975, pp. 96) afirma: "las actitudes hacia la muerte comprenden un área importante con ramificaciones en lo individual, cultural y subcultural".

Ante la actitud que el sujeto adopta ante la muerte (miedo, ansiedad, y/o preocupación), aparecen conductas de hufda y rechazo (especialmente, pensamientos y situaciones referentes a la muerte personal y/o de seres queridos). La - muerte tiene en el hombre una presencia ausente.

Más adelante, se analizarán con pormenor las actitudes - que produce la muerte.

\* La posibilidad de medir las actitudes ante la muerte reside en la posibilidad de medir las actitudes en general (Thurstone, 1929).

\* Sin embargo, existen dificultades más acusadas que - en otras áreas:

- a) el rechazo, bastante general, de los sujetos a hablar - del tema de la muerte.
- b) el mismo significado de la muerte, que puede modificarse debido a experiencias vicarias o personales.
- c) la complejidad en detectar si las Escalas están midiendo las actitudes habituales (generales) ante la muerte ó son las mismas Escalas quienes favorecen el miedo y/o ansiedad larvados.
- d) la posible coexistencia de actitudes contradictorias - (aceptación-rechazo) en el mismo sujeto (Feifel, 1965, 1969).
- e) la detección del miedo y la ansiedad normales y patoló- gicos.
- f) la incongruencia entre los resultados obtenidos por distintos procedimientos (Escalas, RPG, Autoinforme, Observacional...).

- g) la dificultad en definir operativamente los diversos constructos: ansiedad y temor.
- h) la obtención de validez y fiabilidad de las Escalas, especialmente las multidimensionales.

#### 3.4. Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte y el morir.

3.4.1. Introducción. Todavía no existe una gran literatura psicológica sobre el tema. Por su importancia en la formación conceptual, la etapa más estudiada ha sido la infancia,

Aunque Koocher (1973, 1974a, 1974b) apunta la idea de que la edad cronológica no es buen predictor para ahondar en los niveles de conocimiento de la muerte; aquí se utilizará (la mayoría de estudios así lo han hecho).

#### 3.4.2. Etapa infantil.

3.4.2.1. Aproximación al tema. a) Es frecuente que el niño tenga que "enfrentarse con situaciones en las que la vida deja de existir: su perro es atropellado; un entierro pasa por la calle; muere el abuelo, Y, por supuesto, la televisión se encarga de pintar muertes con los más vivos colores" (Grollman, 1974, pp.131).

Así, pues, la muerte no es un fenómeno aislado o esporádico en la vida infantil.

Para que un concepto sobre la muerte sea adecuado, Port (1964) señalaba que se deberían elegir correctamente el término preciso en cada uno de los siguientes pares : 1- ausencia permanente versus temporal; 2- inmovilidad versus

movilidad; 3- insensibilidad (cesación del funcionamiento psicológico) versus inmovilización por constreñimiento; - 4- hechos naturales versus mágicos.

b) La metodología utilizada ha sido variada : la opinión de padres y educadores (Spinetta, 1974); redacciones sobre la muerte (Nagy, 1938, 1948); entrevista abierta, flexible e informal (Kane, 1979); preguntas concretas (Weininger, 1979), etc.

c) Acerca de los factores que pueden incidir en la percepción de la muerte se pueden señalar : el estrato socio--económico, nivel mimético, nivel educativo, grado de maduración individual, etc.

d) Son los padres y educadores, apunta Kastenbaum(1974), quienes evitan cualquier tipo de explicación del tema e impiden que los niños presencien situaciones que consideran desagradables: visita a personas queridas en estado terminal; asistencia a las exequias, etc. Se piensa, asimismo, que los padres y educadores son quienes deben proteger al niño de la posible ansiedad y temor que pueden provocar situaciones límite. Sin embargo, existen vocablos y temas que no se pueden soslayar de una correcta educación : tiempo, existencia, nacimiento y muerte, aparecer-desaparecer, estabilidad-cambio... (Maurer,1964, 1966).

Algunos autores (Anthony, 1939,1940; Feifel, 1959; -- Grollman, 1976; Nagy, 1948) aconsejan que se eduque a los niños en las primeras etapas de su vida acerca de la realidad y del sentido de la muerte. Ello reportará la desvelación del misterio y evitará la ambigüedad; las respuestas evasivas, confunden y provocan mayor ansiedad (Grollman, 1970, 1974, 1976; Koocher, 1973).

"

#### 3.4.2.2. Investigaciones y conclusiones.

A) En base a las etapas cronológicas. Los estudios pioneros son de Nagy (1938; 1948) con niños húngaros. Se mezcló el método de redacción con la entrevista personal y el dibujo. Los tres estadios que estructuró fueron :

- a) de 3 a 5 años : La muerte es una separación temporal; no distingúan entre estar vivos y no estar vivos ; la muerte es como sueño; nos morimos y luego volvemos a vivir.
- b) de 5 a 9 años : El niño tiende a personificar la muerte; la muerte es un agente externo; - en torno a los nueve años, piensan que la muerte es inevitable e irreversible; también empiezan a ver la muerte como final.
- c) de 9 a 10 años : Admiten el hecho de la muerte como algo universal y que a ellos también les sucederá. La muerte es un proceso interno inevitable e irreversible.

Finalmente, Nagy afirma que existen tres preguntas propias de los niños, ¿Qué es la muerte?, ¿Por qué muere la gente?, ¿Qué sucede a la gente cuando muere, adónde va?.

\* Muchos autores anglosajones han seguido el esquema cronológico de Nagy; otros, el esquema de desarrollo mental piagetiano.

\* Para sintetizar los estudios pro-contra Nagy, se hace un cuadro partiendo de las ideas clave de la psicóloga húngara:

## PENSAMIENTO DE NAGY

	reversibilidad	personificación	universalidad
A FAVOR	Rochlin(1959, 1967) Hansen(1972)	Kastenbaum(1972, 1977)	Hansen(1972) Childers yWainer (1971) Formanek (1974)
CONTRA	Gartley y Bernascosi (1967)	Gartley y Bernascosi (1967)	-

B) En base a las etapas de desarrollo (esquema piagetiano).

Brevemente, y para que sean claras las posteriores referencias, las etapas de que habla Piaget (1960, 1961, 1965, 1968, 1969) son: a) senso-motriz (nacimiento a dos años, aproximadamente); b) representación preconceptual ( desde un año y medio hasta los cinco años); c) comienzos del pensamiento operacional (desde los cuatro a los ocho años); d) comienzo de las operaciones formales (de los nueve a los doce años).

Los autores más representativos son : Koocher (1973, 1974a, 1974b); Weininger (1979); Kane (1979); Safir (1964).

a) Un autor que rechaza la edad cronológica como válida para predecir la conducta de los niños ante la muerte es Koocher. Su muestra abarca niños de seis a quince años; los clasificó por el grado de maduración intelectual según el esquema piagetiano.

El método que utilizó Koocher fue la pregunta personal y directa : ¿Qué es lo que hace que las cosas mueran?; ¿Cómo -

consigues que las cosas muertas vuelvan a la vida?; ¿Cuándo te morirás?; ¿Qué sucederá, entonces?.

De las respuestas dedujo : 1) los niños menores de siete años incluyen razonamientos fantásticos y pensamientos mágicos; sugieren que es posible la reversibilidad. 2) de siete a doce años indicaron medios específicos para producir la -- muerte : armas, actos de asalto,... más que procesos inter-- nos del propio cuerpo.3) en torno a los doce años, ofrecie -- ron respuestas más abstractas y reconocieron que tanto el de -- terioro físico como la muerte son unos procesos naturales y propios del cuerpo. 4) acerca de la pregunta, ¿qué sucede -- después de la muerte?, el 52% respondieron que ser enterra -- dos; las referencias al cielo y/0 al infierno se da en el -- 27% de los niños. 5) sorprendió la parquedad con que los ni -- ños insisten en temas y conceptos religiosos. Sólo el 27% -- utilizó la palabra Dios.

b) Una de las ideas más relevantes en Piaget es el "ani -- mismo" infantil (estudiado con sagacidad por J.A. del Val, -- 1973). Pues bien, Safir (1964) estudió la relación que existe entre el concepto animista y la muerte. Para realizar su investigación, Safir administró diez palabras estimuladoras a cada uno de los treinta niños (divididos en tres grupos de edad); se les preguntaba si cada estímulo estaba vivo, podía dañar, crecer o morir. A continuación, se les entrevistaba -- para corroborar el por qué se había escogido el estímulo X.

Encontró que los conceptos sobre la muerte mejoraban al -- mismo tiempo que se clasificaban los conceptos sobre la vida. Las inexactitudes referentes a la vida y al animismo decre -- cían al mismo tiempo que iba aumentando la exactitud sobre -- la realidad.

c) Hansen (1972) utilizó el esquema piagetiano para obser

var las posibles diferencias significativas entre niños de 4 a 5 años; 7 a 8 años y 11 a 12 años. Los niños de 4 a 5 años concebían la muerte como estado reversible y no universal. De 7 a 8 años entendían la muerte como un estado definitivo; en contra de lo esperado, la muerte era un proceso corporal interno inevitable. El grupo de mayores, entendían la muerte - como disolución y poseían ideas sobre la reencarnación.

d) "Existe un espacio en blanco entre el pensamiento, la acción y el lenguaje en la mayoría de los niños pequeños"; afirma Weininger (1979,p.399). Este autor rechaza la exclusividad de los métodos utilizados hasta ahora (entrevistas, - dibujos, redacciones ... sobre la muerte), propone el juego infantil como una alternativa válida y única para explorar y comprender lo que el niño quiere expresar. Ya no habla de la muerte en abstracto, sino del morir y lo muerto. Combina las cuatro preguntas de Koocher con dos situaciones de juego para obtener la percepción que el niño posee de la muerte. La muestra consta de niños comprendidos entre cuatro y nueve años.

De los resultados se infiere que : 1) no existen diferencias intersexo.

2) a medida que aumentan en edad, los niños van comprendiendo más exactamente los conceptos "va a morir" y "muerto".

3) los niños menores de cuatro años no comprendían el -- concepto "está muy enfermo y va a morir"; pero cuando se les decía que la muñeca "estaba enferma y ahora está muerta"; - el 90% de ellos hacían recuperarse a la muñeca.

Para hacer que las cosas muertas volvieran a la vida apuntaron las siguientes soluciones: dando comida, dando medicinas, agujas y/o operaciones.

4) los niños de cinco años hablan de que la muerte es un proceso reversible; no entienden, todavía, los conceptos --

"está muriendo" o "está muerto".

5) a los seis años, el niño no hace nada por recuperar a la muñeca muerta (67%); los datos de estos niños son muy dispersos. Como nota significativa, ya piensan (algunos) en la muerte como estado permanente (33%). Conocen el término-muerte, pero lo usan mal.

6) a los siete años, comprenden la muerte como estado permanente (17%). Los resultados son similares a 5); probablemente, ésta sea una etapa (6-7 años) de transición; años de clasificación del mundo.

7) todos los niños de ocho años aceptan la muerte como un estado permanente (en el juego lo demostraron, no en las palabras). Empiezan a pensar en su propia muerte.

8) a los nueve años, entienden la permanencia de la muerte y empiezan a ver "causas potenciales" que pueden originar la muerte.

e) En la formación de los conceptos sobre la muerte se distinguen tres niveles de comprensión : descriptivo, causal e inferencial (Bolduc, 1972); Coppinet (1939) consideraba tres etapas : negativa, verdad parcial y aceptación.

f) Finalmente, se hace referencia a los estudios llevados a cabo por Kane (1975, 1979) y sus conclusiones. La muestra consta de 122 niños blancos americanos de 3 a 12 años. Para ser seleccionado se exigía tener conocimiento de la muerte (previamente se hizo una entrevista en que se pedía al niño que eligiera entre ocho cuadros uno que representara un conejo muerto ; los conejos estaban dibujados en diferentes estados de actividad). El procedimiento que se siguió en la investigación, una vez seleccionados los niños, fue el de la entrevista personal; dichas entrevistas se grabaron y se extractaron las ideas más fundamentales.

De estudios anteriores se entresacaron diversos componentes que se consideraban esenciales para describir a la muerte y/o al morir : realización, separación, inmovilidad, irrevocabilidad, causalidad, disfuncionalidad, universalidad, insensitividad y personificación.

Las conclusiones a que llega Kane (1979, p. 141) son :

- "1) Los conceptos infantiles sobre la muerte estaban formados por componentes previos al estudio.
- 2) La comprensión de los niños de cada uno de los componentes se desarrolla desde la ausencia a la presencia incompleta y a la presencia completa.
- 2) El concepto infantil de la muerte se desarrolla en función de la madurez cronológica.
- 3) Las experiencias de los niños con la muerte desarrollan más rápidamente el proceso, sólo hasta los seis años.
- 5) El concepto infantil sobre la muerte se desarrolla en tres etapas, relacionadas con la tres etapas piagetianas".

#### 3.4.2.3. Conclusiones.

1) Existe un problema, a veces insoluble, para examinar los conceptos que los niños poseen sobre la muerte : la verbalización.

2) La ambigüedad y/o el soslayar la clasificación de los conceptos que nos solicitan los niños, pueden conllevar temores innecesarios; estos temores suelen ser debidos a patrones adultos.

3) Los medios de comunicación (cine, TV...) pueden provocar una concepción errónea y/o distorsionada de la muerte. Patrones distorsionados de conducta pueden originar consecuencias fatales.

4) En el proceso de adaptación social, existen aspectos que no se pueden olvidar: vida y muerte.

5) Gran parte de las actitudes hacia la muerte aparecen en la primera infancia. Los niños pueden tener - sentimientos intensos por la pérdida de un ser querido ...

6) Los niños utilizan frecuentemente las palabras morir y muerte. Aunque no sepan exactamente todo su significado, poseen connotaciones desagradables : separación, pérdida, etc.

7) Las conclusiones que se extraen de los diversos estudios realizados (Nagy, Anthony, Koocher, Kane, etc.) ni son definitivos ni generalizables . El entorno cultural, religioso, psíquico, social ... difiere del nuestro. Sus conclusiones habría que matizarlas con estudios realizados con nuestros niños y con muestras más numerosas.

8) La evolución y maduración personales influyen en la interpretación que el niño da de la muerte; de igual modo, las experiencias vitales también pueden determinar el - pensamiento infantil sobre la muerte (Kastenbaum, 1977).

9) Los niños que crecen en el ambiente actual es probable que perciban la muerte antes de que los padres lo quieran reconocer (con mayor rapidez en la clase baja) Tall - mer (1974).

10) El niño de ambiente rural se percata de la realidad de la muerte antes que el de ambiente urbano: ve morir animales, oye hablar de vecinos que mueren, asiste más -- prematuramente a exequias, etc. (Kastenbaum, 1977).

11) Los mayores no suelen comunicar, fácilmente, la pérdida de un ser querido y/o allegado; intentan proteger al niño de la angustia que ellos sienten. No quieren compartir su dolor.

12) Tanto los padres como los educadores deben propiciar (y animar) a que los pequeños comuniquen lo que saben, sienten y piensan acerca de la muerte. Los adultos, obviamente, deben comunicar sus incertidumbres acerca del tema.

13) El no comunicar al niño que alguien de la familia ha muerto, puede indicar falta de confianza en la capacidad del niño para afrontar situaciones reales (Grollman, 1974); el niño precisa confianza y verdad. Si se le responde con evasivas y/o no se dice toda la verdad, puede producir en él ira y resentimiento. Jamás, afirma Grollman(1974), debe andarse con circunloquios.

14) Se han de evitar descripciones terroríficas y macabras. El ejemplo de las estaciones (nacer, florecer, morir) es adecuado para que entiendan lo que es el devenir de la vida (Grollman, 1974).

15) La muerte es algo desagradable y triste, pero es parte integrante de la vida. Además, puede conllevar una espera y una esperanza saludables. El niño debe saberlo.

16) En el niño se pueden dar distintas reacciones ante la muerte de un ser querido: negación, malestar corporal, reacciones hostiles hacia el difunto y hacia otras personas, sustitución afectiva, idealización, ansiedad, pánico, culpabilidad, imitación... (Grollman, 1974), separación y pérdida, inquietud,...

17) Hasta los 3 años el niño no es capaz de comprender casi nada de la muerte. No tiene percepción clara del espacio y del tiempo. Las contestaciones sobre el tema deben ser sencillas (Jackson,1974) y rodeadas de afectividad. "

18) Entre los 4-7 años el niño tiene una orientación fisiológica; su preocupación por la muerte se mueve en el plano físico: creen que los muertos oyen, sienten, comen...

19) Entre los 8-11 años tiene mayor conciencia del tiempo y el espacio. Ve que la muerte amenaza a su contexto social y de la familia. El niño busca con sus preguntas seguridad y conocimiento. Debe enseñárseles a respetar su propia vida (Jackson, 1974).

### 3.4.3. La adolescencia frente a la muerte.

3.4.3.1. Breve aproximación a la adolescencia. Todos los libros de Psicología Evolutiva dedican amplia importancia a esta etapa.

Las características más sobresalientes, en resumen, podrían ser : a) gran labilidad; b) descubrimiento del sexo; c) crítica a todo lo establecido; d) soledad y rebeldía; e) funciones de orientación; f) autoafirmación y autoestima; g) formación de ideales ; h) maduración intelectual; i) establecimiento de una jerarquía de valores; j) madurez espiritual; k) búsqueda de su vocación y status (Maurer, 1964); l) egocentrismo versus altruísmo; ll) inseguridad emotiva; m) capacidad de abstracción; n) esfuerzo por adquirir experiencia; o) idealismo; p) necesidad de comprensión psicológica.

### 3.4.3.2. El adolescente frente a la muerte.

1) A diferencia del niño, acepta que la muerte es inevitable y el final de todo; no obstante, la muerte la ve como algo lejano y que a él no le atañe (Grollman, 1974, pp.132).

2) El grado de desarrollo, el tipo y maduración de la personalidad, las experiencias vitales y el nivel de comunicación pueden influir decisivamente en la configuración de la actitud del adolescente ante la muerte (Kastenbaum, 1977; Lomry, 1966).

3) Se forman las actitudes ante la muerte. Ya no es un pensamiento aislado. El adolescente coordina los componentes que delimitan la configuración de la muerte y el morir (Maurer, - 1964; Riegel, 1973; Blacke, 1970; Salter y Salter, 1975).

4) La relación que existe entre la preocupación ante la muerte y la percepción del futuro personal es la siguiente : los adolescentes que no tienen interés por los temas relacionados con la muerte, conciben su futuro como lejano; lo contrario ocurría con los que puntuaban alto en preocupación por la muerte. (Dickstein, 1967)

5) La muerte y sus consecuencias personales les preocupa; - la razón que apunta Jackson (1974) es que con ello explayan su sentido narcisista. Entre el nivel de autoestima y la ansiedad ante la muerte poseen una relación negativa (Davis y Martin, - 1978).

6) Sabatini y Kastenbaum (1973) afirman su sorpresa por la gran cantidad de adolescentes que piensan morir jóvenes de modo violento (¿idealización?, ¿desesperación?, ¿huída de la realidad? ...).

7) Cuando los adolescentes adoptan posturas de ansiedad obsesiva pueden conducirles a comportamientos inadaptados (Jackson, 1974; Grollman, 1974). No obstante, un miedo y ansiedad - prudenciales puede hacerles valorar más la vida.

8) Existen pensadores que afirman (Ohyama y otros, 1978) la importancia que adquiere la muerte para estudiar el resto de los aspectos evolutivos de la adolescencia.

9) La muerte puede significar, para el adolescente, un escape en situaciones intolerantes, un castigo, una aventura atractiva (Hogan, 1970 ;Greenberger, 1961).

Nota . En la mayoría de las investigaciones sobre actitudes ante la muerte se han tomado muestras de jóvenes (y, más en concreto, jóvenes universitarios).

Cuando se estudie la ansiedad, el temor y la preocupación ante la muerte, se hará una alusión extensa al pensamiento y actitudes de la juventud ante la muerte. De ahí que ahora se considere inoportuno hacer tales referencias.

3.4.4. Senectud y actitudes ante la muerte. Existe "una importante proporción de ancianos en los países desarrollados - y... esta proporción aumenta año tras año" (Casals, 1980,p.91).

3.4.4.1. Aproximaciones al tema/problema de la senectud. Por ser una etapa crucial en la vida, se realizará aquí una incursión breve en los campos sociológico, psicológico y biológico de la senectud. Es improbable que se puedan comprender las actitudes ante la muerte de las personas senectas sin explicar dichos aspectos.

Se ha creído, frecuentemente, que la senectud es un problema estrictamente biológico y, por ende, se han olvidado las raíces psicológicas y sociales del mismo. Aquí se pretende soslayar tal error. No obstante, el descenso de nacimientos, la mejora de la calidad de la vida, el progreso de la medicina y el desarrollo socioeconómico hacen que aumente la población senecta.

3.4.4.1.1. Aproximación sociológica. Es indudable que el desarrollo técnico e industrial han propiciado la marginación de las clases poco productivas e inútiles. Pero el problema no acaba aquí, la propia cultura abandona y segrega a las personas senectas. Se les asigna roles paternalistas y se les considera más como jubilados-retirados que como personas.

La segregación y el aislamiento de las personas senectas pueden ser debidos a tres causas (Hochschild, 1973,p.18): su declive en el rendimiento laboral, la estratificación basada en la edad y el debilitamiento de los vínculos de parentesco.

Además, señala Gubrium (1973,p.200), el envejecimiento es catalogado como proceso de disminución de deseos y necesidades (Thomas, 1976,pp.361-364).

La gerontología social, como afirma Rodríguez Ibáñez (1980),

se centra "en la prevención de la senilidad, en el logro de un sano equilibrio entre las personas de edad, a base, por lo común, de mantenerse activas en cualquier ocupación: "hobbies", vida vecinal, juegos, participación en organizaciones y clubs, etc.

Se han mantenido diversas teorías dentro de la gerontología social (R. Ibáñez, 1980) : 1) teoría de la actividad; 2) teoría del "disengagement" (desentendimiento); 3) teoría de las relaciones interpersonales.

Estrictamente, los ancianos no constituyen un grupo homogéneo, son más bien un agregado social, segregado culturalmente (Rose, 1965, pp. 19 y ss., habla de subcultura de la ancianidad).

Los problemas se agudizan para el viejo-pobre, más que para viejo-rico.

3.4.4.1.2. Aproximación psicológica. Existen innumerables problemas psicológicos en las personas senectas (muchos de ellos rebatidos por U. Lehr, 1980): 1) deficiencias en el rendimiento intelectual y en el aprendizaje; 2) problemas de personalidad (rigidez e inflexibilidad); 3) problemas ecológicos (vivienda, clima, paisaje, tráfico, transporte...) que influyen en el comportamiento de la persona senecta; 4) problemas de aislamiento y soledad ("Antes de morir a la vida, muere a la Sociedad", afirma Thomas, 1976, pp.361 y 51; García Sabel, 1980, pp.21-25); 5) problemas de dependencia (física, social y económica) y desvalimiento; 6) pérdida de interés existencial; 7) sentimientos de inutilidad e improductividad (como afirma Aragó, 1980, p. 149: "la propaganda parte del modelo de ficitarario de la vejez y refuerza los estereotipos negativos que predominan") ; 8) desesperanza en un porvenir feliz.

9) crisis de identidad y estima de sí mismo (cambios - ocupacionales, modificación del entorno familiar y social) que

provocan inseguridad (Aragó, 1980,p. 162); 10) problemas mnésicos (Zarit, 1979,pp.40-48).

\* Ante estos relevantes problemas, es necesario una gerontología de intervención (Baltes, 1973; Laforestrle-Guy,1979) para analizar y ayudar a modificar los procesos de envejecimiento y crear una espera y una esperanza objetivamente fundamentadas. En este cuidado es muy útil no esperar que ellos tomen la iniciativa.

3.4.4.1.3. Aproximación biológica. Entre las causas más eficientes para provocar el deterioro biológico se halla "la vulnerabilidad del organismo frente a enfermedades o accidentes, vulnerabilidad atribuible al declinar inexorable de la capacidad funcional a partir de los 30 años" --- (Hayflick, 1980,p.24).

El envejecimiento es propio y específico de las células normales (los fibroblastos dejan de dividirse y mueren). A medida que se crece en edad la división de los fibroblastos es inversamente proporcional a la edad (Hayflick, 1980,p.28). - Por tanto, se produce un deterioro progresivo e irreversible de los mecanismos autorreguladores y alteraciones en el sistema genético (Walford, 1969-70); asimismo, hay una disminución en la actividad metabólica del organismo y de los sistemas productores de enzimas (Frolkis, 1975; Rappaport,1978).

#### 3.4.4.2. Senectud y muerte.

##### 3.4.4.2.1. Conciencia de la finitud humana.

Para los ancianos es de suma importancia el hecho de tener conciencia de la finitud humana; así, afirma Munnichs (1966,p.4) : " es tan difícil imaginar a la juventud sin futuro como a la vejez con él. Esta peculiaridad de la ancianidad debería hacerse más patente cuando un anciano se encuentra ante la última fase de sus días, esto es, ante la muerte...; el hecho de tomar conciencia y de saber que

la vida toca a su fin y la aceptación de ese hecho se pueden posiblemente considerar como el punto central de la mentalidad del anciano". El término "finitud" no se debe tomar aquí en un sentido cronológico; muchas de las actitudes ante la muerte se hallan intercorrelacionadas tanto con la edad como con otras variables.

La toma de conciencia de la proximidad inmediata de la muerte hace que el anciano busque el significado de la misma; ello hará que el anciano quede impactado en su vida diaria (Marshall, 1976, p.114) y en su conducta (depende de los recursos internos de la persona). La conciencia anticipatoria de la muerte es un hecho en el anciano,

Entre los paradigmas que constituyen la gerontología social están :

- a) la teoría de la actividad .
- b) la teoría de la desocupación (Palmore, 1969, p.58; Lemon y otros, 1972); se ha olvidado el tema de la "conciencia de finitud" (experiencia indirecta). Ciertamente, la teoría de la conciencia de finitud no tiene cabida en el paradigma de la actividad (que pone el énfasis en los niveles altos de utilidad y dinamicidad), ni tampoco lo tiene en la teoría de la desocupación (ya que pone el acento en el equilibrio entre el individuo y la sociedad a la que pertenece: vínculos sociales). En esencia, estos dos paradigmas son de rango social. Sin embargo, la conciencia de finitud se centra en el self, que lo acompaña.

Las variables que inciden en la conciencia de finitud no sólo es la edad propia, sino la autopercepción de la salud y la supervivencia de los miembros de la familia (Marshall, 1976, p.122; Reynolds y Kalish, 1974, pp.224-231; Lessing, 1968; Wohlford, 1966).

3.4.4.2.2. El proceso de socialización ante la muerte inminente. El hecho de tener que aprender nuevos roles constantemente, tiene una vi-

gencia especial en las personas provecas. Así, Riley y otros (1969), señalan refiriéndose a los ancianos : "también se exigen importantes adaptaciones a medida que el rol ocupacional da paso a otro de ocio durante la jubilación... a medida que se lleva a cabo la preparación para recibir a la muerte definitiva".

La muerte representa la amenaza más terrorífica a las realidades cotidianas; la integración de la muerte dentro de la suprema realidad de la existencia social es, pues, un hecho de máxima importancia. Además, "la muerte plantea un problema clave para la legitimación de la biografía" (Berger y Luckmann, 1967, p.101). El proceso de legitimación conlleva dos vertientes; la muerte de los otros y la inminente muerte propia; la función que pretende la legitimación es la de mitigar el terror personal para no paralizar el ejercicio de la vida social cotidiana.

La adaptación al entorno social hostil actual hace que el senecto planifique en cierto grado su muerte (Miller, Galanter y Priban, 1960, pp.141-142); pero, piensan algunos autores que es mejor planificar que olvidar o negar (Riley y Foner, 1968, pp.336-7); los planes pueden referirse a aspectos espirituales, funeral, entierro, administración de bienes, donación a entidades benéficas del propio cuerpo...

El problema de la socialización de la muerte pudiera afectar a comunidades (como Glen Brae, que nos refiere Marshall), en las cuales se enseña a aceptar la muerte de modo ecuánime.

Para afrontar mejor la muerte inminente es preciso seguir una especie de proceso de modelaje del rol (Hockschild, 1973, p.80) que permite al individuo considerar que las muertes de sus semejantes tienen lugar dentro de un marco que se da por sentado y que convierte a aquéllas en fenómenos apropiados.

Las propias experiencias hacen que el hombre senecto vea

la muerte como un mal necesario en beneficio de la propia sociedad.

3.4.4.2.3. Senectud y eutanasia. Las posturas ante la eutanasia, en general, han sido contradictorias. Las investigaciones realizadas por Williams (1969), revelan que el 87% de los médicos a quienes interrogó apoyaban la eutanasia negativa (omisiones planificadas de los tratamientos que pudieran prolongar la vida a enfermos deshauciados); el 80% de ellos la habían practicado. El 15% de los médicos interrogados apoyaban la eutanasia positiva (la implantación de tratamientos que se espera promuevan la muerte más rápidamente a enfermos deshauciados). Existe una reacción, bastante generalizada, contra el alargamiento de la vida de enfermos deshauciados; se desea una rápida transición entre la vida y la muerte (Kastenbaum, 1976).

Luego está, por supuesto, la parte más interesada: el paciente y sus familiares. Pues bien, Brown y otros (1970) informaron que el 38% de los médicos habían recibido demandas de eutanasia negativa por parte del paciente y el 54% recibieron dicha solicitud por los parientes del enfermo. En menor cuantía se solicitó la eutanasia positiva.

Diversos estudios acerca de las actitudes de las personas senectas ante la muerte, ponen de manifiesto que gran parte de los pacientes apoyan la eutanasia (Cappon, 1962; Preston y Williams, 1971). El apoyar, sin paliativos, la eutanasia ha sido calificado como una actitud de deseo psicológico hacia la vida y la muerte (Cappon, 1962). La evidencia empírica que apoya esta afirmación se encuentra en el hecho constatado de que el miedo a la muerte es mayor entre pacientes con enfermedades psíquicas que entre pacientes somáticos o sanos, y que los pacientes psiquiátricos están más en desacuerdo con la eutanasia.

Para el moribundo, el hecho de solicitar la eutanasia (ex-

plícita o implícitamente) puede tener distintas implicaciones, tremendamente diferentes al principio de una enfermedad mortal, que cuando la enfermedad se agudiza y la muerte se percibe como próxima.

Williams (1969) afirma que "el paciente y la familia desean la eutanasia más frecuentemente de lo que es practicada por el médico, puede practicarse en determinados momentos de la agonía y en determinados pacientes. La mayoría de los pacientes moribundos, afirma Cappon (1962), desean que haya algún tipo de control sobre el momento y la forma de la muerte. En general, se encuentran más preocupados respecto a la prolongación de su vida que en la evitación del dolor (Hinton, 1974, pp. 1977 y ss.; Charmaz, 1980).

#### 3.4.4.2.4. Senectud y diálogo sobre la muerte. Existe una gran con-

troversia respecto a la alternativa : dialogar sobre la muerte o evadirse mediante el silencio (Hinton, 1974, pp. 178-179). Existen muchos tratadistas que son partidarios de la comunicación franca de la situación del paciente (Hinton, 1974, pp. 80 y ss.; Kübler-Ross, 1975; Feifel, 1969; Dudley y otros, 1969); el deber de informar, se afirma, se basa en aspectos materiales y espirituales (e incluso en una verdadera psicoterapia). Muchos médicos creen que no tiene sentido hablar de algo irreversible y que puede agudizar aún más la angustia (Asher, 1955, p. 373). En el pensamiento anglosajón existen varias razones, incluso legales, para comunicar al paciente su dolencia. No obstante, existen motivos de índole psicológica que apoyan el diálogo abierto: "Nuestra experiencia nos ha demostrado que una discusión abierta -- alivia algo la tensión, disminuye la depresión y ayuda a los residentes a abordar la muerte y su muerte (Saul y Saul, 1973).

#### 3.4.4.2.5. Senectud y actitudes ante la muerte. A pesar de que la -

muerte acaece en cualquier época de la vida, corrientemente suele aparecer con mucha más frecuencia en personas retiradas de la participación social activa y se hallan física o psicológicamente incapacitadas (Swenson, 1959, p.399). - De aquí se deduce que la contemplación anticipatoria de la muerte es frecuente en estas personas. Además, se ha pensado que es el médico quien tiene la responsabilidad particular de enseñar a los ancianos a morir y/o evitar las incomodidades que rodean esta experiencia (Eissler, 1965; Warbasse, 1956).

Las actitudes de las personas ante la muerte pueden clasificarse en tres categorías :

- a) positivas o de espera/esperanza.
- b) evasivas o despreocupación
- c) negativas :negación, temor, preocupación y ansiedad - (Swenson, 1959, p.400). A medida que aumenta la proximidad (por edad, enfermedad, pérdida de seres queridos ...) se suele producir una mayor aceptación resignada.

La clase social y económica también influyen en la asunción de la muerte. Mientras que los ancianos de clase alta suelen temer más hondamente la pérdida de la vida, los de la clase baja son más evasivos y tienen un mayor poder de resignación.

Es evidente que otras variables inciden positiva o negativamente; la orientación religiosa puede ser un elemento positivo en la aceptación de la muerte (la esperanza - de otra vida). En esto no hay concordancias (Feifel, 1959). "

El grado de salud puede hacer que se espere la muerte, caso de enfermedades graves, más que se tema el momento último.

No se puede olvidar el grado de educación; Swenson (1959) llega a afirmar que el individuo con poca educación tiende a despreocuparse del problema de la muerte (por la complejidad que entraña). La persona con mayor nivel de educación puede tener más recursos para realizar un ajuste personal.

Parece que existe una alta correlación positiva entre la edad y la depresión (Templer, 1971, p.521). Asimismo, existe una correlación alta entre ansiedad ante la muerte y depresión (Templer, 1971, p.522): "Se sugiere provisionalmente que una gran ansiedad ante la muerte es corrientemente parte de un síndrome depresivo en personas mayores. Sin embargo, la predicción de depresión sobre la base de gran ansiedad hacia la muerte es posiblemente una deducción menos de fiar que la relación inversa".

El miedo a la muerte tiende a ser relativamente inexistente en el pensamiento consciente del anciano; ya que la elude o espera pacientemente que llegue (Swenson, 1959); puede que esta actitud se pueda interpretar como negación; o, finalmente, puede ser una adaptación del anciano a la muerte y al proceso del morir (Feifel, 1959). Además, el miedo a la muerte en ancianos se relaciona con actitudes sobre la salud.

Finalmente, el tipo de personalidad (estado afectivo, dependencia, ansiedad general, impulsividad, hipomanía, esquizofrenia, depresión, histeria...) puede incidir en una propensión mayor o menor al temor, preocupación y ansiedad ante la muerte.

### 3.5. Personalidad y actitudes ante la muerte.

3.5.1. Constructos personales y muerte. Kelly (1955) formuló la teoría de los constructos personales. Su base se halla en la afirmación siguiente :..."los procesos de una per-

sona están canalizados psicológicamente a través de medios por los que se anticipa a los acontecimientos" (1955, p.46). Las premisas (interpretaciones) en que se basa la persona en dicha construcción son de índole tanto externa como interna. La persona es la que elabora sus relaciones interpersonales. Ello supone que el hombre es un ser activo a la hora de relacionarse con su entorno; estructura e interpreta el significado del entorno, de modo que su conducta no es posible interpretarla sin apelar a la construcción de su realidad (Alonso Tapia, 1979, p.1; Pinillos, 1978). El sujeto, pues, percibe, procesa y elabora la realidad.

En la posibilidad de elaborar la percepción personal de la muerte (en general, de modo vicario) es donde el ser humano puede adoptar sus propias estructuras mentales y actitudes. Bien entendido que cada persona elabora sus propios constructos (jerárquicamente organizados). De ahí el poder anticipativo de la propia muerte.

La persona tiene un constructo del mundo (Krieger y Epting, 1974) que supone una amenaza para su integridad (se siente inseguro). Evidentemente, aquéllos que perciben mayor amenaza tendrán mayor temor a la muerte y ocurrirá lo contrario en quienes creen y esperan una vida después de la muerte. Estas hipótesis fueron confirmadas por Krieger y Epting (1974, pp.305-306).

Kelly (1955, p.490) menciona a la muerte como algo que "atemoriza a la mayoría de la gente ... porque la perciben como algo que les va a suceder y como algo que puede dar lugar a cambios drásticos en la estructura de su esencia".

Quienes <sup>poseen</sup> su esquema estructurado, de modo que puedan prever anticipadamente su muerte, tendrán menos miedo y se sentirán menos amenazados por ella que los que organizan su mundo de manera que éstos asuman su inmortalidad personal (exclusión de la muerte como un hecho real personal).

Rainey y Epting (1977,p.20) intentaron medir el temor hacia la muerte por medio de la resistencia que una persona - ofrecía al clasificar juntos los elementos del propio yo, el yo ideal y la muerte (elementos bajo el mismo polo). El individuo que sitúa su yo y la muerte en el mismo polo de la estructura personal, organiza su mundo de modo que ve la muerte como una realidad personal; lo contrario ocurre con quien disocia ambos elementos.

3.5.2. Rasgos de personalidad y miedo a la muerte. El miedo y la ansiedad ante la muerte pueden fluctuar; las causas - que pueden influir son varias; desde la experiencia de la - muerte de un ser querido (Lester y Kamm, 1971) a la edad (Feifel y otros, 1973). También puede variar en intensidad, dependiendo de las experiencias personales o vicarias, del momento psicológico, de la aceptación o rechazo del propio morir, etc.

"Los altos en ansiedad ante la muerte son relativamente - menos confiados, más inseguros, menos serios y controlados, - más fácilmente afectados por sentimientos y más tensos y frugtrados que los sujetos con baja ansiedad ante la muerte". - (Neufeldt y Holmes, 1979, p.909).

Los distintos grados de personalidad ofrecen modalidades respecto al miedo a la muerte (Worden y Proctor, 1976; Lester, 1967). Wolf (1966) señala que son los rasgos de personalidad quienes más inciden en la concepción de la muerte.

### 3.6. Psicología del enfermo moribundo.

3.6.1. Necesidades y sentimientos. Desde que Kübler-Ross (1969;1975) aportó sus experiencias sobre las necesidades - emocionales de la persona agonizante y los estadios por los que pasa, progresivamente se ha producido una clara conciencia en los cuerpos médico-sanitarios (En nuestro país se ha

abierto la puerta a la esperanza en este campo. El Dr. Diego Gracia Guillén, Catedrático de Historia de la Medicina de la U. Complutense de Madrid, ha promovido el primer Curso de Doctorado "SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR", - 1980-81. En él se han abordado temas psicológicos, médicos, biológicos, filosóficos, teológicos y sociales que afectan al proceso del morir. Asistieron alrededor de - 60 médicos) y en los especialistas de la psicología y - sociología de la gran importancia que tiene la ayuda al enfermo terminal y a su familia; ayuda no sólo biomédica y técnica, sino espiritual y personal (según la clase de enfermos y enfermedades).

La ayuda al moribundo se topa con la actitud defensiva y tabú de la sociedad (Kübler-Ross, 1975, p.25). Esta ayuda puede dirigirse a la aceptación de la muerte - con dignidad y a la superación del dolor, a veces insostenible (Kastenbaum, 1974, p.47).

En las reacciones del enfermo terminal inciden diversos elementos : el tipo de enfermedad, la interrelación con el personal sanitario, la personalidad del paciente y de sus familiares, el tipo de medicación, el lugar de la asistencia, la edad del paciente, sus creencias - religiosas, la educación, la duración de la enfermedad, el malestar físico y mental,...

El ritmo del trabajo hospitalario, la falta de preparación humanística, el conocimiento precario y superficial del enfermo terminal, el contexto deshumanizado... hacen que la muerte hospitalaria sea temida y, a veces, trágicamente asumida.

Constituye un riesgo el hecho de tener que ofrecer - una caracterización psicológica del enfermo terminal--- irreparable ; aparte de los factores apuntados, se ha de insistir en que el tipo de enfermedad (cancerígena, - cardiopatías, enfermedades progresivas e incurables), -

y el estado lúcido o comatoso de la persona son decisivos. No obstante, desde que se hacen patentes el diagnóstico y el pronóstico, existe un corto o largo período (la mayoría de las veces con tintes de incomunicación y desconfianza; el enfermo suele intuir su estado precario e irreversible) de silencio y de aparente cordialidad.

Los sentimientos, especialmente del anciano terminal, van desde la aceptación realista del momento, el temor - por el dolor y sufrimientos previos a la muerte, el alivio en personas que han sufrido largas dolencias, la serenidad ante la esperanza de una próxima recompensa, la soledad ... Kübler-Ross (1969,1975) señala cinco fases o reacciones de los moribundos (se supone que conocen el diagnóstico) :

- 1) Negación y aislamiento (al menos parciales)
- 2) Ira (ira, rabia, envidia y resentimiento) y quejas constantes
- 3) Pacto
- 4) La depresión (ante pérdidas inminentes).
- 5) Aceptación (no es una etapa feliz; está casi desprovista de sentimientos; el interés del paciente disminuye).

Estas etapas no siguen una cronología y una secuencia matemática; pueden coexistir entre ellas. Una sexta fase podría ser la esperanza en la medicina y/o en una curación extrahumana.

Una de las necesidades más acuciantes del enfermo terminal es la predisposición de la persona sana a compartir sus preocupaciones (con tranquilidad y sin ansiedad personales) y amarguras. A veces, añade Kübler-Ross (1975, p.345), la terapia del silencio es la mejor : "Los pacientes mortalmente enfermos sufren más cuando quienes les rodean no están dispuestos a participar de los problemas

personales del muriente" (Hinton,1974,p.21). Los mismos médicos huyen y/o soslayan al enfermo desahuciado : "Hay médicos que rehuyen permanecer mucho tiempo junto a los que agonizan, porque sólo les place hablar a sus pacientes en términos de curación. Consideran a la muerte como un fracaso desde el punto de vista profesional, y se dan por vencidos demasiado pronto" (Hinton,1974,p.21).

No es, pues, extraño que Kastenbaum (1979,p.189) afirme : "Teóricamente, la prevención de la muerte y el cuidado del moribundo deben integrarse en la misma unidad". Pero, en general, esto no es así; cuando el enfermo terminal precisa mayor ayuda, es abandonado tanto por la - sociedad como por el sistema sanitario (Feifel,1977; -- Brim,1975; Kübler-Ross, 1975; Kastenbaum,1979). Un problema complejo es el de aliviar las perturbaciones emocionales; ello es debido a las dificultades que entraña conocer plenamente la situación psicológica global del enfermo terminal.

Dentro de los trastornos afectivos que puede provocar el estado terminal está la depresión. Bien entendido que la caracterización de la depresión es "la tristeza, la inhibición psicomotora y la inhibición del pensamiento" (Polaino, 1979, p.6). Siguiendo el esquema de

Polaino (1979,pp.37 y ss.), en algunos enfermos terminales existe una sintomatología depresiva clara : ensimismamiento; incomunicación; inseguridad y duda; se considera acabado, cansado y acosado por los sufrimientos; impermeabilidad frente a los otros; autoconcepto peyorativo; reducción de todos los proyectos personales, disminución de la tasa de conductas de escape; incremento de la tasa de conductas de evitación y fracaso de las mismas; hipersensibilidad al ruido ... Durante el período depresivo, la familia tropieza con más dificultades psicológicas que el propio paciente (Kübler-Ross,1974,- p.19).

Frecuentemente, se produce incertidumbre atormentadora que va unida al pensamiento del final de la vida (Hinton, 1974, p.168). A veces, dicha incertidumbre queda resuelta si el paciente observa que el personal sanitario pone un énfasis especial en dominar su dolor y sufrimiento (no sólo con analgésicos, sedantes y tranquilizantes); la compañía y apoyo de familiares y/o seres queridos puede paliar esta situación embarazosa (el hecho de aparentar una cierta seguridad hará que el enfermo se sienta menos turbado).

3.6.2. La agonía y la muerte saludable. Dentro de la conciencia de la propia muerte emerge en el enfermo terminal la agonía; el agonizante se vuelve lentamente otra persona, incluso diferente al hombre que ha sido antes de comenzar el proceso terminal (Ziegler, 1976, p.265). Prácticamente, todo cambia para él, "se produce un cambio dinámico" (Kastenbaum, 1974, p.47).

Cuando la muerte resulta irreversible, el enfermo suele aceptar resignadamente su último momento y se produce una rendición en la lucha por la vida: "Este proceso hacia la aceptación puede ser difícil y penoso" (Hinton, 1974, p.148). La aceptación de la propia inminencia mortal "es un sentimiento de paz interna y externa" (Kübler-Ross, 1974, p.20).

La reacción de huida, física y emocional, ante un paciente desahuciado es un hecho; especialmente, los médicos y enfermeras (la muerte se considera enemiga del éxito profesional y enemiga de la seguridad íntima del médico).

Al hablar de "muerte saludable" (Kastenbaum, 1979, p.185) se quiere indicar que la agonía tiene que ser tan saludable como la vida misma; en el fondo, se busca una muerte digna y aceptada (Sporken, 1978, p.93).

La muerte saludable, seguimos las ideas de Kastenbaum. (1979), es una demanda que exigen el individuo y la sociedad. Las causas de esta demanda son:

1) Crítica a la forma en que la tecnología es aplicada a las personas desahuciadas (a veces, contra la sensibilidad humana).

2) Crítica a la actuación impersonal y aséptica del personal sanitario.

3) Temor a permanecer en indefinida suspensión entre la vida y la muerte (en medio de sofisticadas máquinas), cuando no hay esperanza de vida.

4) Reacción contra la pérdida de control en los momentos de agonía.

Estos cuatro puntos se refieren al deseo, consciente o inconsciente, de lo que la mayoría no desea que le suceda. Se busca lo que Weisman (1972) denominaba "una muerte apropiada" o lo que hoy se denominaría la muerte que integra y confirma la identidad individual.

Se han producido evidentes avances en la curación de los seres humanos; pero estos avances afectando modo inapelable a la posibilidad de la megamuerte (la línea entre curación y destrucción es difícil de trazar).

Cada vez se hace más patente la gran importancia que tiene el individuo como persona, aún en el estado agonizante (Kübler-Ross, 1969, 1975; Nash, 1977; Alvarez y otros, 1976; Veatch, 1976; Horan y Mall, 1976).

Prueba de ello es el movimiento actual de "hospicios"; cuyo promotor ha sido el Dr. C. Saunders en 1967 (Cfr. - "Dying They Live : St. Christopher's Hospice, por C. Saun

ders en el libro editado por H. Feifel, 1977, pp.153-180. La finalidad prioritaria se cifra en mantener una continuidad de cuidados en los sujetos desatendidos (El St. Christopher's Hospice sólo tiene 54 camas); asimismo, la pretensión del hospicio es el control del dolor y de otros síntomas, mediante la ayuda médica y las relaciones afectivas e interpersonales; el análisis cuidadoso de la situación de cada paciente y la prolongación de la vida de forma útil y deseable es aquí una realidad (Saunders, 1978). No hay restricciones ni en horas de visita, ni en posibles reuniones entre pacientes; incluso la familia es animada para que traiga la comida favorita del paciente y/o un animal doméstico puede visitarle si es importante para el paciente (Wilson y otros, 1978, p.10; el The Royal Victoria Hospital in Montreal es una imitación del St. Christopher's Hospice). La unidad familia-paciente se considera como la esencia de los cuidados en los pacientes terminales. Incluso, después de la muerte de un paciente, el Hospice se preocupa de atender a la familia del mismo.

Ante este ideal de hospicio, surge el realismo de los Hospitales tradicionales : marco artificial para la enfermedad y la muerte.

Finalmente, algunos enfermos terminales aceptan con serenidad tranquilizadora su agonía y muerte; otros, por el contrario, intentan asirse vanamente a la vida; por último, están aquéllos que aceptan el momento último en estado contemplativo. En general, son frecuentes los estados lábiles : alegría-depresión, esperanza-desesperanza, tranquilidad-temor,... "La aproximación consciente de la muerte permite a algunas personas tener una visión más despreñda/humilde de la vida y de sí mismo ... El momento del fin determina el valor y la significación de una vida entera" (Noyes, 1971).

No sería justo concluir este apartado sin hablar, some ramente, de la labor del sacerdote católico (en general, del pastor de almas) y su aportación a una muerte digna.

Si Kübler-Ross (1969,1975), Kastenbaum (1972,1974,1977, 1979), Hinton (1974) y otros investigadores, han hablado - con profusión del significado que el diálogo tiene para el enfermo terminal, en ese diálogo tiene un sentido clave- el sacerdote (no se olvide el contexto católico español). Las palabras que puede aportar al paciente y su misma pre sencia física, pueden mantenerle a flote en la amenaza -- del sinsentido; la esperanza cristiana debe insertarse en el hombre terminal necesitado de la presencia de Dios y - la aceptación cristiana de la muerte constituye un hito - pastoral. La función primaria del sacerdote es la de ser mensajero de "vida y de resurrección". "El auxilio pastoral" implica :

\* 1) que el auxiliar establezca con el paciente una auténtica relación interhumana dentro de la cual resulten asequibles por el diálogo las cuestiones existenciales - personales del paciente.

2) que el auxiliar no puede ofrecer soluciones prefabricadas desde fuera sino que debe, juntamente con el pa ciente y en cuanto compañero de ruta, descubrir de qué-- manera puede tal vez servir la interpretación cristiana de la existencia para resolver la problemática vital.

3) que, en el caso ideal, todo eso puede quedar coronado por una celebración sacramental expresa de aquellos sacramentos más adecuados a la situación " (Sporken,1978, p.104).

El diálogo pastoral supone un diálogo humano; este diá logo previo puede versar sobre las inquietudes, sentimien tos y deseos del moribundo.

Nota .- Términos y expresiones sobre la muerte y el morir

1. Observación.

Esta nota se circunscribe a la muerte del ser humano; se prescinde de la terminología sobre los otros seres vivos y los seres inertes.

2. El lenguaje sobre la muerte y el morir.

El lenguaje siempre es rico y está el hombre a la búsqueda de términos con que intenta decir algo sobre aquel fenómeno, unas veces claramente; otras, en forma velada - por causas psicológicas : miedo, rechazo, etc. De ahí que muchas veces el lenguaje se hace descriptivo, se sirve de eufemismos o disfemismos, se hace metafórico, busca la similitud con actos fisiológicos y hasta de las mismas manifestaciones de la muerte. Esta es ya la conclusión anticipada de este primer enfoque. En él se han revisado muchas palabras y expresiones similares de la lengua española en base a sus orígenes latinos o griegos (Diccionarios Labor, 1965, 68; Casares, 1942; Múgica, 1958; Mendizábal, 1942).

2.1. Las palabras más tajantes y diáfanas quizá sean :

."Muerte", "Morir", "Muerto", derivadas del latín "mors".

. "Cadáver", del latín "cadaver" : Cuerpo muerto.

Quizá se nos aparezcan como formas más suaves y sencillas :

."Finar", "Finamiento", del latín "finire" : Terminar; acabar; cesar; morir. Así, "Finado" es quien ha llegado al término de la vida, al "final" de ella.

. "Fenecer", también derivado del verbo latino mencionado antes y con acepción de "poner fin o -- término a una cosa, concluirla".

2.2. "Agonía", "Agonizar" derivan del griego "agonizein", una de cuyas acepciones tiene el sentido de "combate", "lucha". De aquí el significado con que aparece en los diccionarios, como "congoja" o "angustia del moribundo".

2.3. La mayor parte de palabras o expresiones se caracterizan por los Eufemismos, de connotaciones más gratas. De este modo aparecen :

- . "Hora suprema".
- . "Partida", "Paso", "Tránsito", "Jornada", "Marcharse", "Dejarnos", "Partir" o "Partirse de esta vida", "Pasar a mejor vida", "Salir de este mundo", "Llevarle a uno su fin".
- . "Obito": el verbo latino "obire" expresa : "Dirigirse a, acudir a, salir al paso de "; pero también significa : "llegar a su ocaso"; "morir, perecer".
- . "Fallecer", "Fallecimiento", vienen del verbo latino "fallere", que en primer lugar significa "hacer resbalar"; pasa por otras acepciones como "engañar", "embaucar"; "faltar", "no cumplir", desviar la atención de", "ahuyentar", "disminuir", "reducir", para concluir con el sentido de "escaparse al conocimiento", "ocultarse", "encubrirse". Estos tres últimos conceptos -- quizá están más acordes con el acto de "fallecer".
- . "Defunción", "Difunto", : del verbo latino "defungi", que significa en una primera acepción : "cumplir con", "desempeñar", "ejercer"; en otras : "salir de un negocio", "acabar", donde ya se usa con sustantivos como "vita", "fato", "morte", con el significado de "morir", "sucumbir".
- . "Extinto", "Extinguir" : del verbo latino "extinguere", cuyo primer significado es "extinguir", "apagar"; y el último, "morir".

#### 2.4. Dentro del lenguaje metafórico se citan algunos eufemismos :

- . "La Parca" : Deriva de las mitologías griega y romana. En aquella eran las Moiras, tres hermanas, hijas de Zeus y de Temis, las que gobernaban la vida de los humanos: Cloto tejía el hilo de la vida; Láquesis medía su longitud; Atropos lo cortaba. En la mitología romana se llamaban Parcas, y eran Nona, Decuma y Morta.
- . "Acabarse la candela" o "apagarse la vela".
- . "Liar el petate": Puede expresar la idea de "ligar o atar la cama y la ropa de cada marinero, soldado o preso", o bien, en Marina y en forma familiar, "el equipaje de cualquiera de las -- personas que van a bordo". Figurada y familiarmente puede también significar: "Mudar de vivienda, especialmente cuando se es despedido". Pero también en lenguaje figurado y familiar expresa "morir".

2.5. También se dan casos de Disfemismo, donde la connotación lleva quizá un poco de humor :

- . "Palmar"
- . "Espichar". De "espiche": arma o instrumento - puntiagudo; de donde "espichar" significa propiamente "pinchar". Usado el verbo en forma intransitiva: "morir".
- . "Hincar el pico", metáfora.
- . "Dejar el pellejo", sinécdoque.

2.6. Eufemismos de connotación religiosa :

- . "Entregar el alma a Dios".
- . "Devolver el alma a su creador".
- . "Llevarle Dios a uno a juicio".
- . "Descansar" o "Dormir en el Señor", expresión, esta última, donde ya se advierte el rasgo fisiológico.

2.7. Por similitud con algunas funciones fisiológicas:

- . "Expirar", "Expiración": del verbo latino "exspirare": "respirar"; "exhalar", "despedir, echar con el aliento". De ahí, en una segunda acepción: "morir", "perecer".
- . "Exhalar el último suspiro".
- . "Se durmió para siempre".
- . "Sueño eterno".

2.8. Algunos síntomas clínicos del morir :

- . "Palpar la ropa", con que se alude a la carfología: Movimiento involuntario de manos y dedos, de signo preagónico, con que el paciente parece querer coger algo en el aire o bien las ropas de la cama.
- . "Búsqueda" o "Boquear": expresa la acción de abrir la boca los moribundos..
- . "Torcer la cabeza".
- . "Cerrar los ojos".
- . "Estirar la pierna", que alude al Rigor Mortis.

**CAPITULO 4.-ANSIEDAD GENERAL Y ANSIEDAD  
ANTE LA MUERTE.**

- El constructo ansiedad
- Ansiedad ante la muerte.
- Investigaciones sobre la  
la ansiedad ante la muerte.

#### CAPITULO 4. ANSIEDAD GENERAL Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

4.1. El constructo ansiedad. La ansiedad constituye uno de los constructos psicológicos más ambiguos y difusos dentro de las ciencias de la conducta (Pinillos, 1975, pp.571 y 572; Bermúdez, 1977, p.009; F. Ballesteros, 1977, p.225; Spielberger, 1972; Seligman, 1975, p.112; Strongman, 1973, p.170).

Consecuentemente, definir operativamente dicho constructo conlleva no pocos riesgos y posibles parcialismos.

Siendo ello así, no es anormal que aparezcan resultados contradictorios, dependiendo en gran medida de la metodología empleada (Así, F. Ballesteros, l.c., señala las correlaciones nulas entre los resultados obtenidos por métodos psicofisiológicos (R.P.G.) y los Cuestionarios que intentan medir el constructo hipotético ansiedad).

##### 4.1.1. Aproximación a la naturaleza de la ansiedad.

a) La ansiedad suele darse cuando el temor es crónico ante una amenaza imprevisible (Seligman, 1975, p.112). Seligman (1975, p.114) apunta que tanto la ansiedad como el temor son no observables directamente, pero sí inferibles a partir de informes subjetivos, conductuales o fisiológicos (coincide con Bermúdez, 1977, p.010).

b) Los factores cognitivos propenden a facilitar las respuestas emocionales (Green, 1976). Las clasificaciones cognitivas relevantes se hallan relacionadas con las respuestas emocionales ante una situación (Goldfried, M.R. & Sobocinski, D., 1975; Rusell y Brandsma, 1974); evidentemente, el proceso cognitivo es difuso y deficitario..

c) "La ansiedad consiste en una anticipación del peligro o del dolor, esto es, la ansiedad que funciona - como señal" (Pinillos,1975,p.572). Esta afirmación, explica-Pinillos, se fundamenta en la teoría freudiana. Freud considera al constructo como una reacción interna que sirve de se ñal de un peligro.

d) La indefinición y falta de categorización son otras características del constructo (Pinillos,1975, -- p.574). Lo cual suele acarrear respuestas difusas, inconcretas, desproporcionadas y alternativas.

e) De la confusión ansiedad-miedo da cuenta la teoría de Mowrer (1939); él fue quien aplicó a la teoría freudiana los parámetros de la psicología Estímulo-Respuesta (mediante la aplicación del condicionamiento clásico).

f) Entre los componentes de la ansiedad están :

- 1) fuerte y desproporcionada reacción fisiológica.
- 2) aprensión y fabulación;
- 3) estado lábil que va desde estimulaciones difusas a específicas;
- 4) el arousal (activación), como factor predominante en todo estado emotivo; el arousal es un elemento coadyuvante y anterior en el organismo ante diversa clase de estímulos y anterior a las - emociones. Los aspectos físicos del arousal están controlados por SNA (simpático-parasimpático).

g) Los efectos fisiológicos y conductuales - del constructo ansiedad pueden ser: insomnio, ascenso de la presión sanguínea, la piel se vuelve sudorosa y pálida, la - boca se seca, la respiración es profunda y frecuente, los -

músculos pierden tono, etc. (Darwin,1915; Strongman,1973, p.171; Wolman,p.192, 1980).

4.1.2. Ansiedad como Estado-Rasgo. Respecto al uso indiscriminado del término ansiedad para referirse a dos -- constructos distintos, Bermúdez (1977,pp.105-106; comentando a Spielberger,1966) dice:"El término ansiedad se usa -- frecuentemente para describir un estado o condición emocional desagradable que está caracterizado por sentimientos - subjetivos de tensión, aprensión e inquietud y por activación o arousal del sistema nervioso. Un estado de ansiedad (A-State) es evocado cuando una persona percibe un estímulo o situación particular como potencialmente dolorosa, peligrosa o amenazante para él. El estado de ansiedad varía en intensidad y fluctúa en el tiempo en función de la cantidad de stress que incide sobre un individuo.

El término ansiedad se usa también para referirse a las diferencias individuales relativamente estables en propensión a la ansiedad como rasgo de personalidad. El rasgo de ansiedad (A-trait) no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse de la frecuencia e intensidad de las elevaciones del estado ansiedad del individuo a través del tiempo".

La ansiedad como rasgo es duradera y persistente; por el contrario, la ansiedad como estado es transitoria ante una situación específica.

.. Cuando los psicólogos hablan de ansiedad se refieren a la ansiedad como rasgo de personalidad (aspecto crónico). Se le califica de ansiedad (free-floating) flotante.

Por otra parte, la ansiedad como estado puede resultar una energía facilitadora o inhibidora de la tarea (podrían incluirse la ansiedad limitada a ciertas situaciones :es

tados fóbicos); es transitoria, no persistente como la ansiedad rasgo.

Así, pues, en la ansiedad existen elementos simbólicos anticipatorios; la ansiedad surge si los sistemas cognitivos no son apropiados para relacionar el mundo que les rodea (Bermúdez, 1977, p.115).

4.1.3. Ansiedad normal y patológica. A pesar de que algunos investigadores han considerado la ansiedad como algo patológico o anormal, hoy no se puede admitir tal afirmación. De lo contrario, todos los humanos serían anormales. La función primordial que tiene la ansiedad es la de un funcionamiento correcto del organismo ante las posibles amenazas (Strongman, 1973, p.170). Si la ansiedad persiste obsesivamente durante mucho tiempo (estados compulsivos - obsesivos), puede resultar perjudicial y revertir en patológica. Es normal que la ansiedad presente un mayor grado de agudización en enfermedades crónicas, dolorosas ... y, en general, en estados complejos de inseguridad (personal y social). La ansiedad normal puede ser la reacción a una situación "stressante"; no es de intensidad desmedida y cesa cuando se resuelve la situación provocadora.

Por el contrario, cuando no existe una situación stressante apropiada y la ansiedad persiste por cierto tiempo, adquiere matices nuevos debido a la aparición de síntomas depresivos o somáticos (Lader, 1970, p.4).

4.2. Ansiedad ante la muerte. Se intentará diferenciar - temor y ansiedad ante la muerte (Capítulos 4 y 5).

Varias son las dificultades que se encuentran en la identificación del constructo "ansiedad ante la muerte":

4.2.1. El empleo indiscriminado y sinonímico de los términos ansiedad, angustia, temor y preocupación (Kastenbaum, 1972, p.55, 1977, p.233; Charmaz, 1980, p.84; Schulz, -- 1978, p.22) que han propiciado no poca confusión a la hora de saber a qué constructo se referían los autores. - (tanto a nivel de constructo como metodológico).

4.2.2. La ansiedad ante la muerte fluctuará en intensidad en función del grado de emocionalidad del sujeto, del rasgo-estado de la ansiedad general, de las experiencias personales o vicarias ante la muerte, del tipo de personalidad, del estilo de vida, de la asunción personal de la muerte, etc. De ahí que habría que estudiar la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte (Pollak, 1980, p.98; Stout y otros, 1976).

4.2.3. La ansiedad ante la muerte haría referencia a una amenaza difusa y general que puede acechar a la supervivencia personal; la función de la ansiedad sería la de alertar ante el peligro difuso. La persona tiene suficientes mecanismos para ir acotando el campo difuso amenazante; de lo contrario, se produciría la ansiedad anormal o patológica (formas neuróticas, obsesivas e inadaptativas) (Feifel, 1959, 1969, 1977).

4.2.4. La ansiedad ante la muerte podría referirse a los siguientes aspectos difusos : el cómo, el cuándo, y el dónde morirá una persona (Kastenbaum, 1972) y, sobre todo, a los pensamientos acerca de la inevitabilidad de la muerte, de su universalidad y de lo que acontecerá -- después de la muerte. El objeto difuso de esta ansiedad puede focalizarse a lo puramente conceptual de la muerte (no al proceso del morir, que sería propio del temor). -

El problema (todavía no estudiado, que se sepa) radica en que la ansiedad ante la muerte se ha considerado como rasgo de personalidad, más que como estado. Cuando lo que realmente es relevante es el estado de ansiedad general, no el rasgo (Pinillos, 1975; Bermúdez, 1977).

4.2.5. Para detectar la presencia o ausencia de la ansiedad ante la muerte habría que aplicar procedimientos útiles que fueran sensibles a la localización de los estímulos difusos ; Krause (1961; citado por Bermúdez) habla de seis tipos de evidencia :

- 1) Informes introspectivos.
- 2) Respuestas al stress.
- 3) Signos fisiológicos.
- 4) Intuición clínica.
- 5) Conductas molares.
- 6) Cambios en la ejecución de la tarea.

Los criterios, pues, cambiarán según los autores y las escuelas de pertenencia de los mismos.

Sería conveniente examinar los niveles de activación que operan en cada sujeto ((Bindra, 1959).

4.2.6. Habría que utilizar instrumentos que reflejaran no sólo las posibles reacciones verbales o fisiológicas, sino también las preocupaciones reprimidas ante la muerte (Handal y Rychlak, 1971, utilizaron los sueños pa-

ra detectar la ansiedad inconsciente; se cotejaron estas puntuaciones con las del "DAS" de Handal, ansiedad - ante la muerte).

4.2.7. En la medida de ansiedad ante la muerte se han empleado diversos métodos. El más habitual ha sido el informe personal (autoinforme) por medio de la introspección de los sujetos. Las Escalas han sido hasta ahora la base de investigación.

La validez de las Escalas de ansiedad ante la muerte puede ofrecer dudas fundadas :

- a) ¿Miden la ansiedad rasgo del sujeto o, por el contrario, son las mismas Escalas y sus ítems quienes provocan dicha ansiedad? (Pudiera ser que las Escalas provoquen que el sujeto elicitte respuestas que inconscientemente siente y piensa).
- b) ¿Existe un verdadero continuo en las Escalas tipo Likert, o son valores puramente ordinales)?
- c) ¿Son, realmente, los ítems representativos de lo que se pretende medir?. (F. Ballesteros, 1979, p.29).
- d) La postura defensiva ante los sentimientos de ansiedad ante la muerte es un hecho. ¿Cómo medirla?.

4.2.8. La ansiedad ante la muerte puede caracterizarse como "ansiedad positiva o esperanzada", "evasiva" y/o "llena de miedo" (Swenson, 1965, citado por Nelson y Nelson, 1975, p.171).

4.2.9. La ansiedad ante la muerte puede estar referida a estructuras temporales y/o espirituales (Faunce y Fulton, 1958).

4.2.10. La relación invariante entre ciertas variables : sexo y ansiedad, edad y ansiedad,... ha podido viciar la interpretación de los resultados; se echa de menos algunas variables moduladoras (Pelechano, 1972, -- 1975) que pueden estar influyendo sobre las relaciones entre dos o más variables (variables situacionales, experiencias próximas, religiosidad,...). Correlaciones lineales entre ciertas variables en relación con la muerte pueden ser aproximadamente nulas; sin embargo, es factible que existan otra u otras variables que modifiquen claramente el resultado de la correlación.

4.3. Medida de la ansiedad ante la muerte. Si problemáticos y complejos son la definición, componentes, relaciones y medida de la ansiedad general (Bermúdez, 1977, pp.009, 017; Pinillos, 1975, p.577), no lo es menos la conceptualización, operativización y medición de la ansiedad ante la muerte (Pollak, 1980, p.98; Kastenbaum, 1972, 1977, 1979; Charmaz, 1980, pp.83 y 84; Schulz, 1978). De ahí que los estudios comparativos ofrezcan resultados confusos y, frecuentemente, contradictorios (Ejemplos claros son los trabajos de Swenson, 1971 y Feifel, 1976; Rhudick y Dibner, 1961 en comparación con los de Swenson, 1971).

4.3.2. Las medidas directas (autoconforme) han sido las más empleadas: especialmente las Escalas de Ansiedad ante la muerte. En general, se puede decir que tales Escalas no han satisfecho los requisitos mínimos de los índices de fiabilidad y consistencia interna. Y ello, entre otras razones, porque han considerado la ansiedad como unidimensional.

La Escala más conocida es la DAS de Templer, 1970, -- que fue concebida como unidimensional (En el apartado - INSTRUMENTOS se examinará profusamente).

Se debe a Nelson (1975, 1978, 1980) el loable intento y la imperiosa necesidad de estudiar la multidimensionalidad de la ansiedad y el temor ante la muerte. En 1975 estudió la multidimensionalidad del constructo ansiedad ante la muerte; en vez de utilizar el método tipológico a priori (caso de Lester, 1967, 1969) utilizó el análisis factorial (rotación oblicua) para descubrir a posteriori las dimensiones subyacentes a una muestra de ítems; incluso, en los últimos estudios ha utilizado técnicas de regresión múltiple y análisis discriminante (1978, 1980).

En un estudio realizado en 1975, partió de 55 ítems (tipo Likert); previo análisis factorial, seleccionó todos los que saturaban  $\geq 0,25$ ; quedaron 24; en un posterior análisis, eliminó 4 más. Con lo cual construyó una escala de ansiedad ante la muerte.

Las cuatro dimensiones (factores) que aparecieron - las denominó :

- 1) Rechazo de la muerte.
- 2) Miedo a la muerte.
- 3) Negación de la muerte.
- 4) Rechazo (aversión) a interactuar con el moribundo (Nelson y Nelson, 1975, pp. 172 y ss.) Resulta -

una alternativa válida a la escala de Templer (DAS,1970) y, sin género de duda, una profundización en la medición de la ansiedad.

Respecto a la estructura factorial de la ansiedad ante la muerte, han aparecido otras investigaciones (Lonetto y Fleming,1979; Pandey,1974,1975; Templer y Pandey, 1972; Durlak,1972), que han buscado la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte. Lonetto y Fleming (1979) encontraron cuatro factores en la ansiedad ante la muerte mediante la Escala DAS (Templer, 1970) :

- 1) Preocupación cognitivo-afectiva.
- 2) Preocupación sobre alteraciones físicas .
- 3) Preocupación por el paso rápido del tiempo.
- 4) Preocupación por el dolor.

Para mejorar la unidimensionalidad de la Escala de Templer, y para evitar que las respuestas fueran dicotómicas (0,1) , McMordie (1979), utilizó dos versiones de la Escala DAS; en ellas siguió la técnica Likert (1932) en cada una de las quince cuestiones de Templer . La finalidad que pretendió McMordie fue la de mejorar las características psicométricas de la Escala DAS (McMordie, 1979,p.975). Ciertamente,el objetivo lo consiguió ya que mejoró el índice discriminativo de la Escala susodicha.

\*\* Han existido imprecisiones en el estudio de las Escalas de ansiedad ante la muerte. Así, Schulz (1978,p.24)- afirma que Durlak (1972) encontró correlaciones positivas entre cinco escalas ... El propio Schulz sigue pensando de modo inconsciente que dichas escalas son unidimensionales . De lo contrario, hubiera hablado de los factores -- que aparecen al factorizar dichas escalas (por el procedimiento de análisis factorial de segundo orden), ya que la

mayoría de las Escalas de las que habla son unidimensionales.

4.3.3. Las técnicas psicofisiológicas. Las respuestas involuntarias del organismo podrían ofrecer una buena alternativa a los Autoinformes (F. Ballesteros, 1979, pp. 56 y ss.). En realidad, tanto en la psicología general como en la psicología de la muerte no se han encontrado demasiadas concordancias (Cone, 1976; Fleming, 1977, p. 392) en las técnicas observacionales y autoinformes (Kastenbaum, 1977, p. 235).

Además, las técnicas psicofisiológicas han sido poco empleadas en la medida de la ansiedad ante la muerte (Fleming, 1977; Templer, 1971).

4.3.4. Conclusiones de las investigaciones sobre ansiedad ante la muerte :

- a) Las mujeres son significativamente más ansiosas - que los hombres (Iammarino, 1976; Ray y Najman, -- 1974; McMordie, 1979; Brown, 1975; McDonald, 1976; - Chiapetta y otros, 1976).

Sin embargo, la mayor parte de los autores insisten en que no hay diferencias significativas (Christ, 1961; Pollak, 1979; Swenson, 1961; Jeffers y otros, 1961; Warren y Chopra, 1979).

- b) La variable edad no parece que tenga mucho que ver con la ansiedad ante la muerte. En general, no hay diferencias entre los grupos de edad y la ansiedad ante la muerte (Pollak, 1979; Jeffers y otros, 1961).

- c) El status socioeconómico y ansiedad ante la muerte ha sido poco estudiado. No obstante, Farley - (1971) encontró que existe ansiedad ante la muerte significativamente mayor en las clases más altas (la muestra es de adolescentes). Sin embargo, Pandey y Templer (1972) no encontraron relación significativa.
- d) Respecto a las investigaciones sobre la ocupación profesional y ansiedad ante la muerte, apenas -- existen . Feifel y otros (1967) compararon grupos de estudiantes de medicina y médicos en ejercicio; su conclusión es tajante, existe menor ansiedad (significativamente menor) ante la muerte en los estudiantes que en los médicos.

No obstante, Lester y otros (1974) concluyen lo contrario que Feifel; sin embargo, la muestra era de enfermeras y estudiantes de enfermera.

- e) Las correlaciones que existen entre represión--sensibilización y ansiedad ante la muerte irfan en la siguiente dirección:
- 1) La baja ansiedad es asociada significativamente con las defensas represivas y
  - 2) La alta ansiedad ante la muerte se asocia positivamente con la dimensión "sensibilización" (Tolor y Reznikoff, 1967; Handall y Rychlak, - 1971).
- f) La relación que existe entre la necesidad de logros y ansiedad ante la muerte parece que tiende a ser nula (Nogas y otros, 1974; Ray y Najman, - 1974).

- g) Existe una correlación positiva y significativa entre la DAS (de Templer) y la Escala de Depresión del MMPI, en personas ancianas (Templer, - 1971 y 1974).
- h) Parece que existe una correlación negativa y significativa entre el nivel de formación e instrucción y ansiedad ante la muerte (Templer y otros, 1979). Lo mismo ocurre con inteligencia y ansiedad ante la muerte (Templer, l.c.).
- i) Feifel y Hermann (1973) no encontraron diferencias significativas entre sujetos psicopáticos y personas normales.
- j) La ansiedad ante la muerte correlaciona significativamente y positivamente con la ansiedad general - (tomando por referencia tanto la Welsh Anxiety - Index como la MAS de Taylor). Lo cual parece indicar que la ansiedad general y ante la muerte son constructos similares (Lucas, 1974; Templer, - 1972; Nogas y otros, 1974), aunque las correlaciones son moderadas.
- k) Se sugiere "que la ansiedad ante la muerte es -- sensible a sucesos ambientales en general y al - impacto de relaciones interpersonales en particular" (Templer y otros, 1974, p.216).
- l) La relación entre propósitos y objetivos en la vida y la DAS se correlaciona de modo inverso -- (Brown, 1975).

**CAPITULO 5 : TEMOR GENERAL ANTE LA MUERTE  
Y EL MORIR.**

- Aproximación teórica al miedo a la muerte.
- Investigaciones y conclusiones.

CAPITULO 5. TEMOR GENERAL ANTE EL MORIR Y LA MUERTE.

5.1. Aproximación teórica al miedo. Dentro de las reacciones ante las señales premonitorias, se halla el temor. El miedo, a diferencia de la ansiedad, tiene un estímulo específico, localizado y conocido. Gray (1971,p.9) señala que "el miedo es un tipo de reacción emocional frente al castigo; pudiendo definirse el "castigo" como un estímulo que - la mayoría de los miembros de la especie considerada procuran rehuir, terminar o evitar". Por lo tanto, el miedo produce reacciones de evitación y huida (Pinillos, 1975,p.575); la evitación se realiza por medio de la eliminación del estímulo (en este caso la muerte; o, más específicamente, el proceso del morir). El miedo puede tener una función específica, la supervivencia del individuo. La muerte y el morir suelen considerarse como castigos (sería conveniente hacer una incursión en la teoría del "castigo" en el condicionamiento operante).

¿Son los miedos innatos o aprendidos?. La teoría watsoniana (1924) afirma que existen estímulos innatos que -- producen temor (ruido, pérdida súbita de soporte y dolor) y estímulos atemorizantes adquiridos (la mayoría de los miedos son consecuencia del aprendizaje por condicionamiento). La generalidad de esta teoría a todas las especies, - ha sido criticada por biólogos y etólogos.

Gray (1971,p.21) clasifica "los estímulos causantes de miedo en intensos, nuevos, característicos de peligros especiales de significado evolutivo y estímulos procedentes de interacciones sociales entre congéneres".

Las situaciones conductuales típicas ante los estímulos aversivos son tanto la respuesta emocional condicionada como la respuesta de evitación condicionada (Crow,1980, p.143).

El miedo ante el deterioro físico, el dolor físico y psicológico, la pérdida de la vida propia y/o de alguien significativo, el posible castigo post-mortem, etc. pueden ser estímulos aversivos que funcionan como señales de peligro. El individuo, pues, tiende a sustraer el organismo a situaciones penosas (Nuttin-Pieron, 1965) y a huir ante el miedo (Pinillos, 1975, p.563) que le produce todo lo que atañe a su integridad física o psíquica (carácter anticipatorio del miedo).

Habría que diferenciar (Gray, 1971, p.163) entre escapar y evitar el estímulo que produce el miedo. Evitar se refiere a una dimensión activa y anterior a que aparezca el estímulo; escapar "es dar fin a la exposición de un estímulo que produce aversión". Como propiedad del comportamiento de evitación ~~está~~ su persistencia que "es reforzado por las señales de seguridad" (Gray, 1971, p.1975).

5.2. Temor al morir y a la muerte. "Es posible que el temor sea la respuesta más típica e importante ante la muerte" - (Kastenbaum, 1972, p.41). La muerte y el morir elicitán una gama de temores específicos ante la amenaza por la sobrevivencia. Quizá lo que más repugna a la aceptación de la muerte es una alta autoestima. El hombre tiene miedo a la muerte física (biológica y/o clínica) y a la muerte social (rechazo de la sociedad); ambas conllevan el dolor físico y psíquico. (Kalish, 1966).

Tres niveles diferenciales habría que distinguir en el miedo a la muerte y al morir (con algunos matices específicos en consonancia con la edad, situación, personalidad, religiosidad...):

1) Personal : temor al proceso del morir (dolores, -- muerte inesperada, latencia prolongada entre una enfermedad terminal y el suceso de la muerte, enfermedades dolorosas,-

desintegración física, impotencia, invalidez, abandono, soledad...); temor al castigo post-mortem (espiritual o físico); temor a la precariedad económica, social y afectiva de los deudos; temor a la pérdida de la propia identidad; temor a la podredumbre; temor a la ruptura de proyectos; miedo a la agonía ...

2) Del otro (especialmente, familiares y amigos):

Temor a los sufrimientos y duración de la enfermedad mortal; temor al moribundo; temor a los funerales y situaciones de duelo; temor al muerto; temor a visitar a enfermos terminales; temor a la ausencia y a sentirse abandonado; temor a la separación ; temor al espíritu de los muertos.

3) Miedo a objetos, lugares y/o situaciones que recuerdan la muerte y el morir : cementerios, féretros, -- hospitales, color negro, etc.

\*\* El miedo al morir, en general, es quien centraliza los diversos temores que el hombre tiene - de lo que genéricamente denominamos "miedo a la muerte". Por lo tanto, el miedo a la muerte no se refiere a aspectos especulativos de la misma (propios de la ansiedad ante la muerte).

Por lo tanto, al existir unas causas determinadas, la persona puede evitar y/o escapar a situaciones peligrosas. De este modo, se restablece el equilibrio perdido y/o acechado.

Ahora bien, los conceptos sobre la muerte son - dinámicos; de ahí que los miedos relativos a la misma sean variados y cambien en intensidad y - dirección según las circunstancias (Kastenbaum, 1972). A veces la muerte y el morir se consideran como alivio del dolor (Feifel, 1956).

5.3. Consecuencias del temor a la muerte. Dentro de la literatura psicológica, existen autores para quienes la mayoría de las conductas del hombre son consecuencia directa del problema irresuelto de la finitud y la muerte (Feifel, 1971, 1977, 1981); sin embargo, otros opinan que el miedo puede influir en los desórdenes psicossomáticos y en la depresión (Feifel, 1977, 1981; Meyer, 1975). Cierta tipo de temores intensos y fantasías sobre la muerte son prominentes en la psicopatología; las "ideas sobre la muerte" son muy frecuentes en algunos pacientes neuróticos, en variados síntomas psicossomáticos, en las alucinaciones de muchos pacientes psicóticos y en la demencia senil" (Feifel y Nagy, 1981, p.38).

Según estas teorías, el temor a la muerte y al morir, pueden tener importancia relevante en aspectos de la personalidad y, más concretamente, en la emotividad general (Stekel, 1949, "llegó a afirmar que todos los miedos son miedo a la muerte"; citado por Feifel, 1977, p.278). La función del miedo a la muerte es biológica o protectora de la vida (Hinton, 1974, p.31). Las consecuencias del temor a la muerte pueden relacionarse con la muerte propia, la muerte de otros y/o a los efectos que puede producir la muerte.

5.4. Investigaciones sobre el temor a la muerte. En principio, se creyó que el miedo a la muerte "a priori" es multidimensional (Lester, 1966, 1967, 1974). La estructura del miedo a la muerte se acepta como multivariable: miedo al morir propio y del otro; miedo a la muerte propia y del otro. Miedo a otra posible vida; miedo consciente/inconsciente, etc.

Por contra, muchos estudios no han partido "a priori" de la multidimensionalidad del temor a la muerte; se ha

descubierto su estructura por medio del análisis factorial (Nelson y Nelson, 1975, 1978; Hoelter, 1979; Feiffel y Nagy, 1981).

La variedad de muestras y de presupuestos hipotéticos han dificultado la obtención de resultados definitivos (Lester, 1967,p.31).

No obstante, parece que tanto las experiencias vitales como los factores de personalidad son relevantes a la hora de interpretar el miedo a la muerte (se entiende "la muerte" como proceso y fin de la vida).

Una dificultad importante es la congruencia o no de las respuestas que los sujetos dan a los Cuestionarios o Escalas y el modo de comportamiento. (Las creencias y opiniones acerca del temor a la muerte pueden hallarse en contradicción con la conducta observada; normalmente, las conductas responden a la negación y evitación del temor a la muerte).

#### 5.4.1. Conclusiones de algunas investigaciones sobre la muerte y el morir.

- a) Las mujeres parece que temen más a su propia muerte y la temen en mayor grado que los hombres (Middletown,1936; Lester, 1972); especialmente, temen la descomposición de su cuerpo (Diggory y Rothman, 1961); otros autores no encontraron relación significativa entre el temor a la muerte y ciertas variables demográficas: estado civil, sexo... (Rhudick y Dibner, 1961; Swenson,1961; Jeffers y otros, 1961).

- b) La adaptación o no a las residencias de personas senectas, lleva aparejado más o menos temor a la muerte. Swenson (1961) halló que quienes vivían en residencias tenían menor temor a la muerte y tenían actitudes más positivas ante la muerte. Lo contrario concluye Shrut (1958). Klopfer (1947) encontró que el temor a la muerte se reduce en las residencias de ancianos si tienen gran actividad.

La salud puede ser un ingrediente importante en la concepción de la muerte por los ancianos (Christ, 1961).

- c) Según el grado de educación la concepción - de temor a la muerte puede variar. Mientras algunos (Christ, 1961; Rhudick y Dibner, 1961), no han encontrado relaciones significativas; otros (Jeffers y otros, 1961; Maurer, 1964) - hallaron que a mayor grado de educación existía un menor grado de temor a la muerte.
- d) Del miedo a la muerte y sus orígenes en las primeras etapas de la vida (niños y adoles- centes) ya se habló en un capítulo precedente. Feifel (1956) observó dos actitudes fundamentales en los ancianos : la muerte como fin de todo y la muerte como iniciación de una existencia nueva. No obstante, se cree que la edad en sí misma no se halla correlacionada con el temor a la muerte y al morir (se confirma tal teoría en la investigación que han llevado a cabo Feifel y Nagy, 1981).
- e) El miedo más intenso y el rechazo inconsciente de la muerte se relaciona con las respuestas RPG más emocionales ante palabras rela--

cionadas con la muerte (Christ, 1961; Alexander y otros, 1957).

- f) Una gran preocupación y temor por la muerte - suelen ir asociados a puntuaciones altas en el MMPI (hipocondría, histeria, dependencia e impulsividad) y con sentimientos depresivos (Rh dick y Dibner, 1961; Brodman y otros, 1956; Jeffers y otros, 1961).
- g) Aparte de las variables de personalidad, experiencias vitales, proximidad o lejanía hipotética de la muerte ... se han de considerar aspectos tales como la presencia de la muerte y/o el presentimiento de la misma.

El mayor temor a la muerte se correlaciona positiva y significativamente con el grado de evitación (Lester, 1966).

- h) "La desviación del temor de las fuentes que lo han originado se observa con frecuencia en los pacientes que necesitan ayuda médica, porque - les asalta frecuentemente la obsesión de que se encuentran próximos a morir" (Hinton, 1974, pp. 40 y 41).
- i) Las personas con una gran necesidad de logro, sentirán mayor temor a la muerte (Spilka y Pellegrini, 1967); lo que no llegó a comprobar Lester (1970).
- j) Se han considerado tres niveles en el temor a la muerte (Feifel y Herman, 1973; Epting y -- otros, 1979) : consciente, fantástico e inconsciente. Más bien, se hipotetizó inconsciencia

versus consciencia en Feifel (1973). En estudio de Epting y otros (1979) apareció que la mayoría de los individuos temen a la muerte en el nivel inconsciente, ambivalencia en el nivel fantástico y negación en el nivel consciente. La mayor correlación se da entre los dos primeros niveles, lo cual confirma la teoría de Feifel de que existen sólo dos niveles : inconsciente versus consciente.

- k) El mayor grado de autoestima suele correlacionarse positiva y significativamente con el temor a la muerte, debido a que la muerte constituye una gran amenaza de la propia extinción. En gran medida, correspondería con la teoría freudiana de que el yo retiraría sus categorías narcisistas (Spilka y Pellegrini, 1967).
- l) El miedo a la muerte propia y de otros, va asociado al proceso del morir, a la otra vida y a la extinción (Kastenbaum, 1972, p.45).

#### 5.4.2. Investigaciones sobre la multidimensionalidad del temor a la muerte; conclusiones :

- a) Nelson (1978) utilizó un instrumento con 15 ítems; encontró tres factores actitudinales :
  - 1) evitación de los símbolos sobre la muerte y lo muerto.
  - 2) renuncia a enfrentarse con procesos terminales.
  - 3) miedo a la muerte propia.

En cada uno de los factores halló el coeficiente de fiabilidad de la consistencia interna (alpha).

En 1975 Nelson y Nelson habían identificado cuatro factores de temor : Evitación - de la muerte; miedo a la muerte; negación de la muerte; rechazo a interactuar con - los moribundos.

b) Hoelter (1979) obtuvo, mediante el análisis factorial, ocho dimensiones del miedo a la muerte (diferencia por primera vez la medida del miedo a la muerte de la medida de la ansiedad ante la muerte) :

- 1) miedo al proceso del fallecimiento.
- 2) miedo a la muerte.
- 3) miedo a ser destruído.
- 4) miedo por la muerte de personas significativas.
- 5) miedo a lo desconocido (post-mortem).
- 6) miedo a la muerte consciente.
- 7) miedo por la suerte del cuerpo después de la muerte.
- 8) miedo a la muerte prematura.

La mayoría de estos factores se hipotetizaron en investigaciones anteriores, de modo especial por Collet y Lester (1969), Kalish (1963) y -- Nelson y Nelson(1975). El coeficiente de fiabilidad medio fue de .75.

c) Feifel y Nagy(1981) aceptan la multidimensionalidad del miedo a la muerte; para demonstrarlo han realizado un estudio para "determinar el grado de miedo a la muerte, basándose en la categorización de la posición del indivi-

duo en medidas diversas e individuales de miedo a la muerte" (Feifel y Nagy, 1981, - p.278).

Las personas con alto miedo a la muerte - difieren (según Feifel y Nagy, 1981) significativamente con los medios y los bajos en dicho temor ; además, mostraban un temor creciente a medida que se hacían más viejos y eran menos religiosos.

Feifel y Nagy (1981) consideran el nivel de fantasía como distinto al nivel consciente; ambos grupos difieren significativamente en favor del nivel de fantasía.

- d) Aparte de las variables que se han utilizado, fundamentalmente demográficas y psicosociales, se deben tener en cuenta otras variables de personalidad y situacionales en el estudio del temor a la muerte. Lo que queda claro (apartado 5.4.2) es que el temor a la muerte es un constructo multidimensional y diferente de la ansiedad ante la muerte.

5.4.3. Estudios comparativos entre miedo y ansiedad ante la muerte. Se han realizado leves intentos para estudiar las posibles relaciones entre la Escala DAS (Templer, 1970) y las subescalas de Collet-Lester (1969, 1974): temor ante la muerte (Durlak, 1972; Marc Vargo, 1980).

De modo más bien rudimentario, se ha realizado un-



estudio comparativo (Marc Vargo, 1980) en el que se concluye que existe una alta correlación positiva entre ambas escalas ; sin embargo, la Escala DAS correlaciona más significativamente con las dos subescalas de Collet-Lester que miden miedo a la propia muerte y a la agonía personal. También la DAS correlaciona significativamente con el miedo a la muerte de otros y a la agonía de los mismos.

Otros autores (Feifel, 1969, 1977, 1980, 1981; Meyer, 1975; Kastenbaum, 1972, 1977) piensan que la ansiedad ante la muerte es el sustrato de todos los temores que el hombre tiene y manifiesta.

#### 5.4.4. Temor a la muerte, accidentes y conductas peligrosas.

- a) En sujetos que tuvieron accidentes graves y sobrevivieron, Noyes y Slymen (1978-79, p.313) encontraron tres actitudes ante la amenaza de muerte : "la despersonalización, la hipervigilancia y la percepción mística".

La pérdida de temor a la muerte era una constante en estos accidentados y, a su vez, el futuro personal apenas le temían.

- b) Feifel y Nagy (1980) han investigado tres grupos de personas que tienen conductas atentatorias a su salud y su vida: alcohólicos, drogadictos y violentos. En ellos se intentó indagar acerca del miedo a la muerte : miedo consciente, fantástico e inconsciente. No se hallaron diferencias significativas entre los niveles y las clases de sujetos.

CAPITULO 6 : LA RELIGIOSIDAD Y SUS RELACIONES  
CON EL TEMOR Y LA ANSIEDAD ANTE  
LA MUERTE.

- Religiosidad y actitudes ante la muerte.
  
- Diversas investigaciones y conclusiones.

CAPITULO 6 . LA RELIGIOSIDAD Y SUS RELACIONES CON  
EL TEMOR Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

Por razones obvias, no se tratarán temas de gran importancia en la concepción religiosa de la muerte. La Teología y la Antropología religiosas han tratado con rigor y prolijidad dichos temas (Karl Rahner, 1969,1972; Ruiz de la Peña,1971,1978, 1979,1980; Grégoire,1972;Troisfontaines, 1960; Rideau,1963; Ratzinger,1974; Parsons,1974).

6.1. Aproximación a la religiosidad. La religiosidad importa aquí por su dimensión actitudinal; unida a ella van aparejadas las prácticas religiosas (aunque tengan aspectos bien diferenciados).

Como acto cultural, tiene la religiosidad dos dimensiones: la social y la personal. Por lo tanto, dicha dimensionalidad no es un vector con dos polos contrapuestos : social versus personal.

Se ha distinguido, con no poco acierto, entre religiosidad extrínseca (utilitaria) e intrínseca (personal); pero ambas dimensiones son empíricamente distintas e independientes y, por lo tanto, compatibles (Amón y Yela,1968; Amón, 1968,1969,1973).

En el contexto español, obviamente, la religiosidad tendrá su punto referencial en la Religión Católica.

6.2. Religiosidad y actitudes ante la muerte. Ingente ha sido la investigación realizada e hipótesis -- formuladas al respecto. Valga la opinión de Chasin -

(1971, p.107) : "Uno de los descubrimientos más congruentes en este área, ha sido que las actitudes religiosas están conexas con las actitudes hacia la muerte".

Faunce y Fulton (1958) afirman que es útil separar a los sujetos según su grado de religiosidad al estudiar las actitudes ante la muerte.

Jeffers y otros (1965) insisten en la gran importancia de las actitudes religiosas al estudiar el tema de la muerte.

### 6.3. Religiosidad y ansiedad ante la muerte.

6.3.1. Religiosidad y ansiedad. Sturgeon y Hamley (1979) han partido de la Escala de Allport para verificar la hipótesis de que los cristianos extrínseca-intrínsecamente orientados poseen menos ansiedad que otros sujetos. Dentro de los sujetos religiosamente orientados, se llegó a demostrar que los que aceptan la opción intrínseca poseen menos ansiedad existencial y como rasgo que los sujetos que poseen una religiosidad extrínseca.

### 6.3.2. Religiosidad y ansiedad ante la muerte.

6.3.2.1. Aproximación teórica. Las crisis frecuentes que el hombre posee durante su vida le provocan estados emocionales diversos. Pero la más fuerte crisis que el hombre posee es la muerte. Malinowski (1965, p.71) sostiene que la religión desempeña una función mitigadora en tales crisis. La religión, afirma, es el gran remedio a la ansiedad; es más, la muerte es quien mayores trastornos y desorganización produce en los cálculos del hom-

bre y acaso sea el principal origen de las crencias religiosas. Las creencias religiosas son - las que llevan al individuo a una restauración de la normalidad.

Contrariamente, Radcliffe-Brown (1965,p.81) proclama que si no fuera por la religión el hombre no sentiría ansiedad ante la muerte.

Homans (1965,p.86) arguye que ambas concepciones no se contradicen, sino que se complementan. Mientras que Malinowski hace referencia al individuo, Radcliffe-Brown lo hace hacia la Sociedad.

Homans opina que cuando el individuo se aproxima o experimenta de algún modo la muerte siente una ansiedad adscrita socialmente. Es, pues, la - religión quien aumenta la ansiedad con el énfasis que pone en la inmortalidad del alma y en el juicio final.

Berger (1967,p.9) afirma que la muerte no es horrible de modo inherente; sin embargo, cualquiera de los temores que los hombres experimentan - al considerar la muerte, son consecuencia de las concepciones y definiciones que la Sociedad da de la misma. Según esta teoría, pues, se aprende a temer la muerte mediante el proceso de socialización (coincide con Leming,1975).

Leming (1975) argumenta que la religión institucionalizada produce ansiedad manifiesta ante la muerte; por contra, la religión individual incita a una ansiedad latente.

6.3.2.2. Investigaciones. Existen ciertas contradicciones en los estudios realizados hasta la fecha. La religiosidad se correlaciona negativamente con la ansiedad ante la muerte (Templer, 1972; Feifel y Branscomb, 1973; Swenson, 1965; Chassin, 1971; Jeffers y otros, 1961); contrariamente, otros estudios concluyen que la relación es positiva (Larsen y otros, 1974; Feifel, 1956, 1959; Faunce y Fulton, 1958). Finalmente, existen autores que han observado relaciones inconsistentes e inexistentes (McDonald, 1976; Feifel, 1974; Iammarino, 1975; Siegman, 1961).

Quizá la explicación de tales contradicciones esté en que la religiosidad puede inducir o atenuar la ansiedad ante la muerte (Fulton, 1965, p.81) bajo diferentes condiciones y situaciones. Además, la gran diversidad muestral y los procedimientos utilizados han sido muy diversos para que las conclusiones puedan ser válidas.

Sabido es que en situaciones experimentales la amenaza de castigo refuerza el rechazo (Skinner, 1968); de igual modo, la amenaza del castigo divino y/o la inseguridad ante la futura vida, pueden conllevar al rechazo de la muerte y un aumento de la ansiedad; de lo contrario, la confianza en la salvación personal debería causar el efecto contrario.

Los sujetos ambivalentes en la religiosidad manifestarán mayor ansiedad ante la muerte que aquellos con una religiosidad débil o fuerte (Nelson y Cantrell, 1980, p.149). De ahí que Nelson y Cantrell (1975, 1980) concluyan que la religiosidad y la ansiedad ante la muerte mantienen una relación curvilínea (p.151).

Tanto la ansiedad ante la muerte como la religiosidad son conceptos multidimensionales (Nelson y Nelson, 1975; Swenson, 1965; Collet y Lester, 1969; Lenski, 1963; King, 1967; Starky y Glock, 1970); aunque muchos estudios les hayan tratado como unidimensionales.

No obstante, se ha de hacer una observación importante. Ningún estudio ha insistido en la importancia de las dimensiones de la religiosidad y sus relaciones con la ansiedad ante la muerte. Las dos variables de tipo religioso que se han tenido en cuenta han sido : las prácticas religiosas y la medida de la creencia religiosa (pertenencia a una confesión u otra).

Puede que la afirmación formulada por Templer en 1970 (p.895) de que la religión tiene "un efecto limitado sobre las actitudes y el comportamiento de la mayoría de los universitarios en nuestra sociedad", sea en parte cierta en la sociedad española actual; <sup>es</sup>este el riesgo de seleccionar muestras demasiado homogéneas y parciales. Lo incorrecto es deducir conclusiones tan parciales o equívocas como que la religiosidad no tiene relación con la ansiedad ante la muerte.

Templer y Dotson (1970) no encontraron diferencias significativas entre la DAS (Escala de Ansiedad ante la Muerte) y diversas variables religiosas; tampoco encontraron diferencias entre protestantes y católicos (n = 213 universitarios).

En un estudio posterior, Templer (1972) descubre que las personas con fuertes convicciones religiosas, prácticas religiosas frecuentes y con gran

seguridad en una vida post-mortem tienen menor ansiedad ante la muerte que cualquier otra muestra - en la que se empleó la DAS.

Evidentemente, existe la posibilidad de que la baja ansiedad ante la muerte no sea el efecto de las prácticas religiosas solamente; más bien es posible que existan interacciones edad-religiosidad, ansiedad general-religiosidad, concepción específica de la vida de ultratumba por la religión concreta, tipo de personalidad, etc. Así, pues, no parece que los efectos que pueda producir la religiosidad deban desmembrarse de otras variables demográficas, sociales, situacionales y personales.

### 6.3.3. Religiosidad y temor a la muerte.

Se ha considerado que las creencias religiosas tienen la función de atenuar el temor a la muerte (Feifel, 1974, p.353).

Entre las hipótesis de trabajo que se han sometido a comprobación, sobresalen :

a) La gente que teme la muerte puede recurrir a una actitud religiosa para hacer frente a dicho temor; esto acontece, al menos, a nivel inconsciente (Feifel, 1956); fundamentalmente, en las personas senectas que, a priori, necesitan mayores defensas contra el temor al morir y a la muerte (Feifel, 1956).

Sin embargo, en un estudio realizado por Feifel en 1974, no se hallaron diferencias significativas en la intensidad de miedo a la muerte entre cre-

yentes y no creyentes.

b) La adhesión a un conjunto de creencias religiosas canaliza los temores hacia la muerte y - permite mirarla con sentido positivo (Alexander y Adlerstein, 1959).

#### 6.3.3.1. Investigaciones.

##### a) Con personas senectas :

Swenson (1961) identificó dos grupos de actitudes hacia la muerte : una positiva, expectante y, otra, activamente evasiva. Además, midió el grado de religiosidad mediante una Escala que no específica y la participación de las personas en actividades religiosas. Sus conclusiones son claras : las personas con convicciones religiosas profundas, esperan la muerte con más ilusión que las menos convencidas (lo mismo ocurre con las que participan regularmente en actividades religiosas respecto a las que participan poco); además, se encontraron actitudes temerosas hacia la muerte con más frecuencia en quienes tenían poca actividad religiosa.

Christ (1961) investigó la asociación entre temor y religiosidad en 100 pacientes psiquiátricos de 60 años o más. No encontró ninguna relación entre su medida de actitudes hacia la muerte y religiosidad; los católicos no diferían de los protestantes en el grado de temor.

Jeffers y otros (1961) realizaron su investigación con 260 personas mayores de 60 años. La creencia en una vida post-mortem se relacionaba con un menor temor a la muerte; no encontraron relación entre temor y asistencia a servicios religiosos y/o actividades religiosas.

En conclusión, la adhesión a una religión y la realización frecuente de prácticas religiosas parece que se relaciona con un menor temor a la muerte en personas senectas. No se puede determinar cuál es la causa y cuál el efecto.

b) Con población general:

Martín y Wrightsman (1965) estudiaron 58 adultos de diversas confesiones. Les aplicaron dos pruebas de temor a la muerte y una escala de participación religiosa y prácticas religiosas.

Las personas que manifestaron mayor actividad religiosa poseían menor temor a la muerte que los menos activos y practicantes.

No existía relación entre las dos dimensiones de religiosidad (Broen, 1957): proximidad a Dios y fundamentalismo/humanismo y temor a la muerte.

Diggory y Rothman (1961) tomaron una amplia muestra de sujetos (563) y creencias

religiosas (protestantes, católicos, judíos y otra religión-ninguna). Se les entregaron siete posibles consecuencias desagradables que podía producir la muerte (que debían comparar por pares según el orden decreciente de desagrado). Los católicos son los que menos temor manifestaron respecto a : ya no podría tener experiencias; ya no podría cuidar de mis familiares y se truncarían todos mis planes y proyectos. El mayor temor correspondió a los sujetos de "otra religión-ninguna" (Diggory y Rothman, 1961, pp. 208 y 210). Por el contrario, el posible dolor de morir era muy temido por los católicos.

Kalish (1963a) realizó su investigación con una amplia muestra (427 vecinos de Los Angeles y 280 estudiantes de Universidad). El 60% eran protestantes, el 20% católicos, el 10% judíos y ateo-agnósticos. Los que puntuaron alto en "Religión tradicional" (creencia en el Dios personal y en la vida después de la muerte) creían en la importancia de los funerales y del luto, deseaban la presencia familiar a la hora de la muerte, desaprobaban la eutanasia y el control de natalidad ... No existía relación entre Religión Tradicional y el temor a una muerte repugnante, etc.

c) Con estudiantes :

Fauce y Fulton (1958) dieron una prueba a 104 estudiantes que consistía en com--

pletar frases para investigar su actitud hacia la muerte. Se identificaron dos orientaciones generales : una orientación temporal (se rechaza el concepto de una vida después de la muerte, se recalca el carácter final de la muerte ...) - y una orientación espiritual (la muerte es vista como la transición a otro modo de vida, dicha vida es considerada feliz y libres de preocupaciones, se insiste en el juicio final ...). Los estudiantes católicos poseían una orientación más espiritual que los de otras confesiones; - hablaron con más frecuencia de la vida después de la muerte en términos de recompensa y castigo con más frecuencia que los de otros grupos lo mismo ocurría con los que tenían prácticas religiosas más frecuentes).

Kalish (1963 b) investigó el temor a la muerte en 210 estudiantes de Universidad. Quienes creían en Dios no se relacionaban significativamente con el temor a la muerte.

Hooper y Spilka (1962) construyeron escalas para medir nueve diferentes actitudes hacia la muerte : la muerte como fin natural, dolor y pérdida del autodomínio, soledad, lo desconocido, castigo, abandono de familiares, fracaso personal, una vida de recompensas en el más allá, y una expresión de los valores y del valor de uno mismo. Junto a estas Escalas se midió la conducta religiosa.

Spilka y Pellegrini (1967) dieron estas Escalas a 136 universitarios, junto a medidas de la asistencia a los servicios religiosos. Se concluyó que sólo tres escalas de las 9 se relacionaban con la asistencia a servicios religiosos : la muerte se veía menos en términos de dolor y más como recompensa después de esta vida (Esto quedó demostrado en una posterior investigación de Spilka y otros, 1968).

La investigación de Alexander y Adlerstein (1960) consistió en comparar las actitudes hacia la muerte de 25 estudiantes con creencias religiosas profundas y 25 - increyentes (en función de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Josey sobre religiosidad, 1950). Se midió el temor a la -- muerte mediante un test de asociación verbal de palabras relacionadas, en mayor o -- menor grado, con la muerte y un cuestionario de temor a la muerte. No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos.

#### 6.3.3.2. Conclusiones .

En general, no se han encontrado correlaciones significativas entre temor y religiosidad en personas jóvenes y de mediana edad.

Se han encontrado, pues, resultados poco relevantes y, a veces, contradictorios. Quizá sea la -- falta de criterios claros para medir la religiosidad y/o el temor a la muerte; además, la heterogeneidad

de las muestras y, frecuentemente, la poca representatividad de las mismas son otras posibles causas de las contradicciones aparecidas. La religiosidad parece que no reduce sino que canaliza el temor a la muerte. También ha influido la carencia de hipótesis claras y específicas.

En las personas mayores, no obstante, aparecen resultados más definidos; la adhesión profunda a creencias religiosas y las frecuentes prácticas parece que aminoran el temor a la muerte. (Lester, 1972).

El temor a la muerte no se puede explicar de modo convincente apelando sólo a las prácticas religiosas y a la religiosidad (aunque tengan su importancia). Existen otras variables demográficas, psicosociales y situacionales que pueden clarificar tan complejo y multidimensional tema. En este estudio se han tenido en cuenta algunas de estas variables.

CAPITULO 7 : HIPOTESIS DE TRABAJO. METODOLOGIA E INSTRUMENTOS.

- Análisis de las hipótesis de trabajo.
- Descripción de la muestra.
- Análisis de los métodos utilizados.

CAPITULO 7. HIPOTESIS DE TRABAJO. METODOLOGIA E  
INSTRUMENTOS.

INTRODUCCION.

Este capítulo intenta analizar y describir someramente tanto las hipótesis de trabajo como los instrumentos utilizados en la presente tesis.

Junto a la formulación de las hipótesis, se explican y justifican las mismas.

Los métodos de análisis que se describen se utilizarán en los dos capítulos siguientes.

Para el análisis de los Cuestionarios (Cap. 8) se empleará el Análisis Factorial, el Análisis de Conglomerados y el Coeficiente Alpha.

En el análisis de los resultados se utilizarán el ANOVA (Análisis de Varianza) con dos Componentes o Criterios y el Análisis discriminante.

También se hace una breve incursión al problema de la congruencia de las respuestas que los sujetos dan en los Cuestionarios, en general, y, específicamente, en las Escalas y Cuestionarios que miden las actitudes ante la muerte.

Finalmente, se intenta definir las variables más significativas que aparecen en este trabajo (aunque ya en la parte teórica y en el Análisis de los Cuestionarios se hace una aproximación a las variables que aquí se definen).

7.0. HIPOTESIS DE TRABAJO Y JUSTIFICACION DE LAS MISMAS.

7.0.1. HIPOTESIS GENERALES.

7.0.1.1. LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE SON MULTIDIMENSIONALES. ESTO ES, LA PREOCUPACION, LA ANSIEDAD Y EL TEMOR ANTE LA MUERTE DEBEN APARECER COMO FACTORES DIFERENCIADOS.

7.0.1.2. LA RELIGIOSIDAD ES UN CONSTRUCTO MULTIDIMENSIONAL. SE ESPERAN DOS CONSTRUCTOS BASICOS : UNO EXTRINSECO y OTRO INTRINSECO.

7.0.1.3. SE ESPERA QUE LA RELIGIOSIDAD TANTO EXTRINSECA COMO INTRINSECA SIRVAN PARA DIFERENCIAR A LOS SUJETOS EN LOS NIVELES DE TEMOR, ANSIEDAD Y PREOCUPACION ANTE LA MUERTE.

7.0.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS.

7.0.2.1. LOS SUJETOS SENECTOS Y CON BAJA RELIGIOSIDAD INTRINSECA MOSTRARAN MAYOR PREOCUPACION Y TEMOR ANTE SU PROPIA MUERTE QUE LOS SUJETOS DE MEDIANA EDAD Y JOVENES CON UNA ORIENTA

CIÓN RELIGIOSA MENOS PROFUNDA.

7.0.2.2. LAS PERSONAS SENECTAS TENDRAN A TENER MAS PREVENCIONES Y TEMORES ANTE EL HECHO HIPOTETICO DE TENER QUE COMUNICAR LA INMINENTE MUERTE DE SERES QUERIDOS QUE LAS PERSONAS JOVENES.

7.0.2.3. LA ADAPTACION A LA VIDA COTIDIANA DESPUES DE LA MUERTE DE UN SER QUERIDO SERA MAS RAPIDA EN LAS PERSONAS CON MAYOR RELIGIOSIDAD INTRINSECA QUE EN LAS PERSONAS AMBIVALENTES Y/O NULAMENTE ORIENTADAS RELIGIOSAMENTE.

7.0.2.4. LOS SUJETOS SENECTOS CON UNA OPCION RELIGIOSA ASUMIDA INTERNAMENTE POSEERAN MENOS TEMOR ANTE EL DOLOR Y LA DEGENERACION EN EL PROCESO TERMINAL QUE LOS SUJETOS DE OTRAS EDADES Y RELIGIOSIDAD.

7.0.2.5. LAS PERSONAS JOVENES MOSTRAN MENOS ANSIEDAD ANTE SITUACIONES "STRESSANTES" QUE RECUERDEN LA MUERTE QUE LAS PERSONAS MAYORES.

7.0.3. EXPLICACION Y JUSTIFICACION DE LAS HIPOTESIS.

7.0.3.1. HIPOTESIS GENERALES.

HIPOTESIS 7.0.3.1.1. En las hipótesis generales se hace referencia a la multidimensionalidad tanto de las actitudes ante la muerte (Nelson y Nelson, 1975, 1978, 1980; Feifel, 1980, - 1981; Swenson, 1961; Lenski, 1963) como de la religiosidad (Amón, 1968, 1969, 1973; Amón y Yela, 1968; Sturgeon, 1979). Asimismo, se formula una tercera hipótesis general que trata de ver la relación entre las dos primeras hipótesis.

Se admite que tanto la ansiedad como el temor y la preocupación ante la muerte deben aparecer multidimensionalmente.

Evidentemente, el temor ante la muerte y el morir personales tiene connotaciones que le diferencian del temor a la muerte y al morir de los demás.

Respecto al proceso terminal ocurre lo mismo. Es distinto el miedo al propio proceso degenerativo que el miedo por el curso de la enfermedad de seres queridos, por ejemplo (caso de que exista conciencia del mismo).

Asimismo, el modo de enfrentarse

uno a la enfermedad y a la propia muerte presupone actitudes diversas : activamente aceptada/rechazada, evasivamente aceptada/rechazada...

Entre las causas que pueden afectar a los diversos niveles de ansiedad, temor y preocupación ante la muerte se hallan : el tipo de personalidad, las experiencias personales y vicarias ante la muerte, el modo de vivir, los ideales personales, las actitudes religiosas ...

HIPOTESIS 7.0.1.2. Aunque ampliamente estudiada en nuestro país por los Pres. Amón y Yela, se plantea esta hipótesis en función de dos presupuestos: a) Se intenta ver la estructura de la religiosidad; b) Dado que desde la realización de los estudios citados han pasado al menos trece años, se plantea la cuestión de una posible evolución en la religiosidad y en su estructura. No obstante, se espera confirmar los hallazgos de los autores citados.

HIPOTESIS 7.0.1.3. Si una de las funciones de la religiosidad es la de amplificar el temor, ansiedad y preocupación ante la muerte se espera que las clases de religiosidad sirvan para diferenciar a los sujetos en dichas variables.

Muchas de las confusiones que han existido en el estudio de la interrelación entre actitudes ante la muerte y religiosidad radican en la confusa definición de la misma religiosidad. En casi todos los estudios que se citan en el capítulo 6 se ha confundido entre indicadores religiosos y religiosidad. Es decir, las conclusiones a que se ha llegado son equivocadas y poco relevantes. En concreto, se ha tomado como religiosidad "las prácticas religiosas" y/o la pertenencia a diversos tipos de religión.

A pesar de la confusión en las conclusiones a que las investigaciones sobre la religiosidad y actitudes ante la muerte han llegado, el autor de esta tesis está convencido de que los distintos niveles de religiosidad (entendida "como actitud ante el hecho religioso ") servirán para diferenciar a los sujetos en las actitudes ante la muerte.

#### 7.0.3.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS.

Algunos autores (Jeffers y otros, 1965; Faunce y Fulton, 1958) han insistido en la importancia de separar a los sujetos según su grado de religiosidad al estudiar las actitudes ante la muerte. Aquí se ha intentado verificarlo.

HIPOTESIS 7.0.2.1. Si una de las funciones que tiene la religiosidad es la de amenorar y canalizar los temores ante la muerte

te; los sujetos que posean un alto grado de religiosidad intrínseca tenderán a manifestar menor temor ante su propia muerte. Los sujetos con profunda religiosidad propenderán a ver el suceso de su propia muerte como algo que escapa a su propia voluntad y que está en función de los designios divinos; de ahí su gran confianza y aceptación.

Se formula que los viejos más religiosos poseerán menos temor ante la propia muerte. Debido al hecho de acercarse a su estado terminal y a los sufrimientos que la vida les ha deparado propiciarán que las personas senectas asuman de forma más positiva su propia muerte (especialmente si son profundamente religiosas). Sin embargo, quienes se identifiquen con posibles castigos post-mortem pueden poseer mayor ansiedad y temor ante la muerte.

HIPOTESIS 7.0.2.2. Los sujetos más viejos tienen, en general, más prevenciones para comunicar a una persona su estado terminal. Probablemente se deba a tres razones : a) La aceptación implícita de que a ellos también les tocará próximamente ; lo cual acarrea un estado evasivo ante el problema (estado defensivo).

b) La mentalidad tradicional de que la muerte es un tema tabú, intangible e inabordable.

c) El pensamiento de que al comunicar al enfermo su estado terminal puede resultar perjudicial para su salud física y psíquica.

Lo contrario ocurre con los jóvenes y personas de mediana edad. La muerte personal se ve como algo lejano y ajeno. El hecho de tener pocas experiencias vicarias hace que no se tengan ciertas barreras que poseen las personas mayores para acercarse al amigo en estado terminal e, incluso, comunicarle su situación.

HIPOTESIS 7.0.2.3. Aunque toda hipótesis general entraña evidentes riesgos, es probable que las personas con una gran fundamentación religiosa acaten con resignación la muerte de seres queridos y que, consecuentemente, su adaptación a la vida cotidiana será más rápida. No obstante, hay autores que hablan de que los religiosamente orientados tienen o una extrema aceptación o una extrema desesperación (Nelson y Cantrell, 1980; Feifel, 1980, 1981; Fulton, 1965), bajo diferentes condiciones.

HIPOTESIS 7.0.2.4. Parece coherente que las personas jóvenes posean una mayor preocupación y temor ante la degeneración física y el dolor que conlleva la enfermedad. En una Sociedad en la que se exaltan los valores físicos y el hedonismo es una ley de vida, el hecho de ver

se privados de la salud suele llevar aparejados el rechazo de la enfermedad, del dolor, de la soledad y de la degeneración física.

La persona mayor ha sufrido un progresivo deterioro de sus facultades físicas; de ahí que la posible enfermedad terminal se divise como algo lógico y como una ley de vida. La persona senecta es más realista en este aspecto; la persona joven es un ser que programa conquistas en diversos terrenos sin pensar, frecuentemente, en la posibilidad de que la enfermedad le afecte. Es, pues, congruente el hipotetizar que las personas jóvenes y de mediana edad sienten un mayor temor ante la posibilidad del doloroso proceso terminal.

HIPOTESIS 7.0.2.5. Se aplicó la Escala Estado de Ansiedad de Spielberger después de la aplicación de los diversos Cuestionarios que miden preocupación y temor ante la muerte. El objetivo de tal aplicación fue la de medir el grado en que las situaciones "stressantes" producen más o menos ansiedad (en este caso ansiedad ante la muerte). En la aplicación de los Cuestionarios se observó un mayor rechazo a hablar del tema de la muerte por parte de las personas senectas. A pesar de que se les justificó la finalidad científica de esta investigación, muchas de las personas senectas abandonaron la sesión. Ello

dió motivo a que se formulara esta hipótesis.

Tiene ciertas trazas de verosimilitud que las personas senectas estén más sensibilizadas ante un tema tan "conflictivo".

Sin embargo, no ocurrió de igual modo en las personas jóvenes; más bien, - ocurrió el efecto contrario. Produjo curiosidad por la investigación.

Por razones obvias, a las personas senectas tales situaciones, en general, les producen preocupación y ansiedad

## 7.1. METODOLOGIA.

### 7.1.1. SELECCION DE LA MUESTRA (A), PRO- CEDENCIA (B) Y ASPECTOS PSICOSOCIA LES DE LA MISMA (C).

A) Se han seleccionado sujetos desde 18 a 81 años. Se observará que abundan los jóvenes; las dificultades que se encontraron al seleccionar la muestra de la 3ª edad y - la mortandad de esta muestra (de más de 300 Cuestionarios que se pasaron sólo fueron - útiles 98) hicieron que se desistiese en la selección de una muestra más representativa de las personas senectas.

Dentro de la muestra de jóvenes, se han preferido alumnos de Facultades con matices humanísticos : Psicología, Teología y Medicina. Además, hay una muestra de 52 médicos; todos ellos siguieron el Curso de Doctorado que dirigió el Catedrático Dr. Diego Gracia (Facultad de Medicina, Univesidad -- Complutense).

Completan la muestra 10 enfermos y 291 trabajadores.

A pesar de lo numerosa que es la - muestra, no es la finalidad de este trabajo hacer generalizaciones acerca de la pobla-- ción española. Y ello por varias razones :

a) la muestra de personas senectas es re- ducida y con unas características peculiares: Aulas de 3ª edad.

b) La muestra de jóvenes está compuesta casi íntegramente por universitarios.

\* Se completa la descripción de los sujetos de la muestra con los datos que ha aportado el Cuestionario CAM (Aspectos psicosociales) : edad, sexo, estudios, nacimiento, ingresos, prácticas religiosas, experiencias ante la muerte; estado civil, situación laboral, etc.

B) Procedencia.a) Estudiantes de Psicología.

- \* Universidad Complutense (Madrid):  
2ºCurso de Psicología.  
Grupo diurno : n = 217.  
Grupo nocturno: n = 112.
- \* Universidad Autónoma (Madrid).  
Grupo diurno : n = 196
- \* CIPP (Centro Internacional de Psicología y Psicodiagnóstico), régimen nocturno : n = 18.
- \* Universidad de Comillas (Canto Blanco, Madrid), 1ºy 2ºde Psicología - (diurno) : n = 53.

b) Alumnos de la Facultad de Medicina.  
(Universidad Complutense de Madrid).

- \* Alumnos de 1ºde Medicina : n = 203.
- \* Alumnos de 6ºde Medicina : n = 83.

c) Médicos del Curso de Doctorado.

Organizado y dirigido por el Dr. Gracia Guillén : "SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR" : n = 52.

d) Alumnos de Teología. (Universidad de - Comillas, Madrid) : n = 46.e) Enfermos de corazón.

Se aplicaron los Cuestionarios a 10 enfermos que habían sufrido infarto cardíaco y que se habían recuperado.

n = 10.

f) Trabajadores.

Aplicaron los Cuestionarios mis alumnos de Psicología Matemática de 2º Curso de Psicología (Grupo Nocturno del Campus de Somosaguas). La enorme variedad de profesiones hace imposible una somera descripción .

n = 291.

c) CUESTIONARIO PSICO-SOCIAL (CAM) :

## 1) EDAD :

Años	Número	%
17-25	915	71.42
26-29	106	8.27
30-58	142	11.08
59-82	98	7.65
Sin datos	20	1.56

## 2) SEXO :

Sexo	Número	%
Varón	473	36.9
Hembra	786	61.4
Sin datos	21	1.6

## 3) ESTUDIOS :

E. realizados o en Curso	Número	%
Sin estudios	22	1.7
Primario y Bachillerato	240	18.7
Medios (Magisterio, ATS, etc.)	162	12.6
Superiores	856	66.8

## 4) LUGAR DE NACIMIENTO :

<u>Nacimiento</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin datos	11	.9
Ciudad	950	74.2
Pueblo	319	24.9

5) CENTRO DE ESTUDIOS PRIMARIOS O BACHILLE-

<u>Centro</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin datos	2	.2
C. religioso	651	50.8
C. privado	312	24.4
C. estatal	306	23.9

## 6) INGRESOS :

<u>Pesetas</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin datos	10	.8
≥ 40.000	248	19.4
30.000 a 39.999	114	8.9
20.000 a 29.999	53	4.1
15.000 a 19.999	40	3.1
< 15.000	133	10.4
Sin ingresos	683	53.3

## 7) FRECUENCIA DE LAS PRACTICAS RELIGIOSAS:

<u>Prácticas</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin datos	8	.6
Varias veces por semana	181	14.1
Una vez por semana	275	21.5
Mensualmente	21	1.6
Apenas practico	344	26.9
No practico	451	35.2

## 8) EXPERIENCIAS ANTE LA MUERTE DE UN AMIGO O FAMILIAR FUE :

<u>Experiencias</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
No he tenido tal experiencia .....	124	9.7
Dentro del mes pasado.	116	9.1
De un mes a seis meses.	204	15.9
De siete meses a un año.	165	12.9
De un año a tres años...	327	25.5
Más de tres años .....	344	26.9

## 9) EXPERIENCIA "PERSONAL" RESPECTO DE LA MUERTE (Experiencia próxima a la misma).

<u>Experiencias</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin experiencia	931	72.7
Hace menos de un año	116	9.1
Hace más de un año	233	18.2

## 10) ESTADO CIVIL :

<u>Estado</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin datos	2	.2
Casados	220	17.2
Solteros	994	77.6
Viudos	44	3.4
Separados	21	1.6

## 11) SITUACION LABORAL ACTUAL :

<u>Laboral</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Sin identificar trabajo .....	4	.3
Parado .....	186	14.5

.../...

.../...

<u>Laboral</u>	<u>Número</u>	<u>%</u>
Jubilado	60	4.7
Estudiante (sólo e.)	701	54.7
Estudiante/ trabajador	248	19.4
Sus labores	46	3.6

### 7.1.2. CUESTIONARIOS.

a) El criterio de selección de los instrumentos se fundamenta en los objetivos que persigue el presente trabajo. Pareció conveniente utilizar aquellos Cuestionarios y/o Escalas que midieran más adecuadamente la Religiosidad (Allport y Ross, 1967; Amón, 1968, 1969, 1973; Amón y Yela, 1968), el temor a la muerte (Collet-Lester, 1969; Lester, 1974), la preocupación por la muerte (Dickstein, 1972), la Ansiedad como Rasgo-Estado (Spielberger y otros, 1970) y un Cuestionario de indicadores sociales (Cuestionario CAM).

b) Se observará que no se han realizado estudios acerca de la validez interna, externa y/o de constructo de los Cuestionarios. En la mayoría de las Escalas se han verificado originalmente tales análisis. Ciertamente que algunos métodos para obtener índices de validez en los presentes Cuestionarios se pueden poner entre paréntesis.

c) Lo que interesa aquí es hallar los factores más relevantes de los Cuestionarios y obtener la consistencia interna de los mismos.

d) Se describen algunos estudios que se han realizado con los Cuestionarios y los resultados obtenidos.

e) En el capítulo 8 se hará un estudio exhaustivo de la estructura de los Cuestionarios y Escalas utilizadas en esta investigación.

\* Se notará que, por un defecto en la mecanografía, la clasificación de los Cuestionarios debería ser la siguiente : 7.1.2.1., 7.1.2.2... Sin embargo, aparecen numerados del modo que sigue : 7.2. ; 7.3. ; 7.4...

DESCRIPCIÓN DE LAS ESCALAS Y CUESTIONARIOS.

7.2. Escala de Religiosidad (REI, Allport-Amón).

7.2.1. Nombre : REI. Cuestionario de Religiosidad intrínseca y extrínseca.

7.2.2. Autores : Allport (1967), Amón (1968;1969).

7.2.3. Redacción de frases : Las frases del Cuestionario han sido redactadas originariamente extrínseca o intrínsecamente.

En el Cuestionario REI se han utilizado frases originales de Amón (1968,1969). Extrínsecamente - redactadas : números 1,3,6,8,11,13,21,27 y 29. Redactadas intrínsecamente : números 2,4,5,7,22,25 y 30.

El resto de ítems se construyeron para la realización de esta tesis.

7.2.4. Puntuación de las frases .

Las alternativas, originariamente, iban desde: Muy de acuerdo (MAC), de acuerdo (AC), dudo (DUD), en desacuerdo (DES), muy en desacuerdo (MDES). Cada sujeto debía elegir una de las cinco alternativas en cada frase; la puntuación de cada frase depende de la alternativa elegida y de la naturaleza de la frase. El esquema es el siguiente (Amón,1969,p.71) :

Alternativa elegida	Frase redactada extrínsecamente	Frase redactada intrínsecamente
MAC	5 puntos	1 punto
AC	4 puntos	2 puntos
DUD	3 puntos	3 puntos
DES	2 puntos	4 puntos
MDES	1 punto	5 puntos

Sin embargo, en la forma que se ha presentado aquí no se ha hecho tal diferencia. Todos los ítems se han valorado según la Escala (tipo Likert) siguiente :

1 : Muy en desacuerdo; 2 : Moderadamente en desacuerdo;  
 3 : Ligeramente en desacuerdo; 4 : Ligeramente de acuerdo;  
 5 : Moderadamente de acuerdo; y 6 : Muy de acuerdo.

#### 7.2.4.5.- Cuestionario REI.

. Lea con mucha atención cada frase y responda según lo que usted piensa acerca de la misma. Para ello, debe poner a continuación de cada frase ( )... el número que corresponda según la siguiente escala:

- . Muy en desacuerdo ..... 1
- . Moderadamente en desacuerdo... 2
- . Ligeramente en desacuerdo .... 3
- . Ligeramente de acuerdo ..... 4
- . Moderadamente de acuerdo ..... 5
- . Muy de acuerdo ..... 6

. PROCURE RESPONDER A TODAS LAS FRASES.

- 1- El principal beneficio que me ofrece la religión es consuelo en las aflicciones y en las desgracias ..... ( )
- 2- Muy frecuentemente he sentido profundamente la presencia de Dios ..... ( )
- 3- La razón principal de que yo rece es porque así me lo han enseñado ..... ( )
- 4- Mi oración en particular es tan válida como si lo hiciera con otras personas ..... ( )
- 5- La religión me es imprescindible porque responde a muchas cuestiones acerca del sentido de la vida ..... ( )
- 6- Creo que mis convicciones religiosas no deben influir en mis actividades de cada día..... ( )
- 7- Procuro leer libros o revistas acerca de mi religión.. ( )
- 8- El fin principal de la oración es asegurar una vida feliz y tranquila ..... ( )
- 9- Sólo me acuerdo de Dios cuando tengo necesidades materiales ..... ( )
- 10- Mi vida no tendría demasiado sentido si no creyera en Dios ..... ( )
- 11- A veces encuentro necesario comprometer mis creencias religiosas para proteger mi bienestar social y económico ..... ( )
- 12- Cada día doy gracias a Dios por existir ..... ( )
- 13- El fin principal de la oración es lograr alivio y protección cuando lo necesito ..... ( )
- 14- Cuando ha muerto un ser querido he apelado a mis creencias ..... ( )
- 15- Mis prácticas religiosas me proporcionarán ánimo y fuerza para enfrentarme a mi morir ..... ( )
- 16- No importa mucho ser honrado en lo que se hace, sino realizar actos piadosos ante los demás ..... ( )
- .. 17- También en mis éxitos necesito comunicarme con Dios .. ( )
- 18- Procuro ser religioso sin pensar en su función salvadora ..... ( )
- 19- Espero que mis creencias religiosas sean un alivio en los posibles sufrimientos postreros ..... ( )

- 20- Mis creencias religiosas son para mí algo imprescindible en sí mismas ..... ( )
- 21- La iglesia es un lugar muy importante para establecer buenas relaciones sociales ..... ( )
- 22- Me es imprescindible emplear ciertos momentos en reflexionar sobre asuntos religiosos ..... ( )
- 23- Realizo prácticas religiosas para que me tengan por buena persona ..... ( )
- 24- Por encima de las Instituciones y personas está mi fe ..... ( )
- 25- Me esfuerzo mucho en que mis creencias religiosas - estén presentes en todas las actividades de mi vida. ( )
- 26- Creo firmemente que después de mi muerte iré a vivir una vida mejor ..... ( )
- 27- Creo que en mi vida existen cosas más importantes que mis creencias religiosas ..... ( )
- 28- Acepto los sufrimientos de la vida como algo que -- Dios permite para mí bien ..... ( )
- 29- Una de las razones de que yo pertenezca a la Iglesia es que tal pertenencia me ayuda a adquirir cierto prestigio en el grupo ..... ( )
- 30- Mi postura total ante la vida se fundamenta en mis creencias religiosas ..... ( )
- 31- Me agrada oír hablar bien de la Iglesia ..... ( )
- 32- No siento nada cuando voy a la Iglesia ..... ( )
- 33- No quiero oír hablar de cuestiones religiosas ..... ( )
- 34- Nunca he leído la Biblia ..... ( )
- 35- No creo que la religión católica sea la única verdadera ..... ( )
- 36- No creo que Dios sea bondadoso ya que permite la -- muerte del hombre ..... ( )
- 37- Tengo fe en que Dios no permitirá que yo tenga una - muerte dolorosa ..... ( )
- 38- Mis creencias religiosas me hacen contemplar la muerte con cierta tranquilidad ..... ( )
- 39- Si se muriera algún ser querido dejaría de realizar prácticas religiosas ..... ( )
- 40- Creo que las normas cristianas están pensadas para - beneficiar a la Iglesia terrenal ..... ( )

7.2.6. INVESTIGACIONES CON LA ESCALA DE RELI-  
GIOSIDAD.

- a) La Escala que se utiliza en esta inves-  
tigación se basa en la que en su día -  
elaboraron Allport y Amón.
  
- b) Con la Escala original se han realiza-  
do varios y profundos estudios. Espe-  
cialmente, Amón (1968, 1969, 1973),  
Amón y Yela (1968) y Yela (Homenaje a  
Aranguren).
  
- c) En los capítulos 8 y 9 se hacen refe-  
rencias y comentarios sobre tales tra-  
bajos.
  
- d) Ambos autores verificaron varios aná-  
lisis factoriales y extrajeron los --  
factores más relevantes. Fundamental-  
mente, aparecen dos factores : reli-  
giosidad intrínseca y extrínseca.

7.3. Escala de Preocupación ante la Muerte (Death Concern, Dickstein, 1972).

(ESCALA DI)

7.3.1. Definición de Preocupación ante la Muerte.

"Contemplación consciente de la realidad de la muerte y una evaluación negativa de esa realidad" (Dickstein, 1972, p.565).

7.3.2. Objetivo. La escala pretende medir las diferencias individuales en el grado en que los sujetos afrontan conscientemente la muerte y están preocupados por -- sus implicaciones.

7.3.3. Hipótesis. a) "Las puntuaciones en la Escala - estarán positivamente relacionadas con las puntuaciones en medidas sobre Ansiedad. La persona que conscientemente esté inquieta ante la muerte, será generalmente más ansiosa que la persona que evite pensamientos acerca de la muerte". (Dickstein, 1972, p.565).

b) Las puntuaciones <sup>en</sup> la Escala de Preocupación "estarán referidas a la convicción más general de que el destino de cada cual no refleja sus propias acciones sino más bien la presión de fuerzas externas. Por el contrario, el individuo con baja inquietud ante la muerte estará en armonía con los factores internos como determinantes de las circunstancias de su vida" (Dickstein, 1972, p.565). El individuo preocupado por la muerte se concentra en un suceso inevitable que está más allá del control individual.

7.3.4. Método. En principio, se confeccionaron 48 ítems con cuatro respuestas alternativas por ítem y fueron administrados a 160 estudiantes de la asignatura Introducción a la Psicología en el City College de la City University de Nueva York. El 27% superior e inferior de la muestra en la Escala fueron comparados en cada ítem. Se eliminaron 18 ítems.

7.3.5. : ESCALA DI

- . Esta escala consta de 30 cuestiones. Vd. sólo debe dar una respuesta ante cada una de las mismas. Responda con la mayor rapidez y sinceridad.
- . En las 11 primeras cuestiones debe anotar su opinión en el espacio vacío que aparece detrás de cada afirmación( ), según la siguiente escala:

. Nunca ..... 1            . Algunas veces ..... 3  
 . Apenas ..... 2            . A menudo ..... 4

1. Pienso en mi propia muerte .....( )
2. Pienso en la muerte de mis seres queridos .....( )
3. Pienso en morir joven .....( )
4. Pienso en la posibilidad de ser asesinado en la calle ..( )
5. Tengo fantasías acerca de mi propia muerte .....( )
6. Pienso en la muerte justo antes de acostarme .....( )
7. Pienso cómo actuaría si uspiera que voy a morir en una fecha determinada .....( )
8. Pienso cómo actuarían y se sentirían mis padres después de mi muerte .....( )
9. Cuando estoy enfermo, pienso en la muerte .....( )
10. Cuando estoy en el campo durante una tormenta, pienso en la posibilidad de ser alcanzado por un rayo .....( )
11. Cuando voy en un automóvil pienso en la gran incidencia de desgracias en el tráfico,.....( )

- . En las siguientes cuestiones, responda según la siguiente escala:

. Muy en desacuerdo ..... 1  
 . Algo en desacuerdo ..... 2  
 . Algo de acuerdo ..... 3  
 . Muy de acuerdo ..... 4

12. Pienso que la gente debería inquietarse por primera vez ante la muerte cuando es anciana .....( )
13. Estoy mucho más preocupado por la muerte que aquellos - que me rodean .....( )
14. La muerte apenas me inquieta .....( )

15. Mi punto de vista general no permite pensamientos que me causen horror ..... ( )
16. La posibilidad de mi propia muerte me produce inquietud ..... ( )
17. La posibilidad de mi propia muerte me deprime ..... ( )
18. La posibilidad de la muerte de mis seres queridos me produce inquietud ..... ( )
19. La seguridad de que voy a morir no afecta de ningún modo la conducta de mi vida ..... ( )
20. Veo mi propia muerte como una experiencia dolorosa y horrible ..... ( )
21. Tengo miedo de morir ..... ( )
22. Tengo miedo de estar muerto ..... ( )
23. Mucha gente se conmueve ante la vista de su propia tumba, pero eso a mí no me afecta ..... ( )
24. Me inquieto cuando pienso en la brevedad de la vida.. ( )
25. Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo ..... ( )
26. La muerte no debería ser vista como una tragedia si sobreviniera después de una vida productiva ..... ( )
27. La inevitable muerte del hombre representa un serio desafío a la significación de la existencia humana... ( )
28. La muerte del individuo es en último caso beneficiosa porque facilita el cambio en la sociedad ..... ( )
29. Deseo continuar viviendo después de la muerte ..... ( )
30. La pregunta de si hay o no una vida futura me preocupa considerablemente ..... ( )

7.3.6. Fiabilidad. Se obtuvo mediante la técnica del test-retest, en una muestra de 151 hembras. La Escala fue administrada dos veces con un período intermedio de 8 semanas. La fiabilidad está próxima a 0,84.

7.3.7. Validez. Se utilizó la validez de constructo. Se investigaron las relaciones de la Escala con la "Escala de Ansiedad Manifiesta" (MAS; Taylor, 1953), con el "Inventario del Rasgo-Estado de Ansiedad (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), con la "Escala de Represión-Sensibilización (R-S; Byrne, 1961; Byrne, Barry y Nelson, 1963), con la "Escala Interna-Externa" (I-E; Rotter, 1966) y con el "Catálogo de Preferencias Personales de Edwards" (EPPS; Edwards, 1959).

7.3.8. Administración. La Escala DI fue diseñada para su uso en sistema de auto-aplicación, individual o colectivamente. El tiempo de aplicación es ilimitado. (Aproximadamente unos 15 minutos).

7.3.9. Puntuación de la Escala. Para los once primeros ítems las alternativas fueron : a menudo (4), - algunas veces (3), apenas (2) y nunca (1). En los restantes 19 ítems las alternativas son : estoy muy en desacuerdo (1), estoy algo en desacuerdo (2), estoy algo de acuerdo (3) y estoy muy de acuerdo (4). Los ítems están redactados de tal modo que el acuerdo representa una alta inquietud ante la muerte en 11 ítems y el desacuerdo representa una alta inquietud en 8 ítems. Los ítems donde el desacuerdo representa una alta inquietud ante la muerte son el 12, 14, 15, 19, 23, 25, 26 y 28.

7.3.10. Conclusiones que obtuvo Dickstein.

- a) La preocupación ante la muerte está positivamente relacionada con el estado-rasgo de ansiedad (Dickstein, 1972).

- b) Las relaciones entre la preocupación ante la muerte y las medidas de ansiedad sugieren que aquélla es una manifestación de una tendencia más generalizada a estar ansioso. Sin embargo, la preocupación ante la muerte y la ansiedad general están lejos de ser conceptos sinónimos.
- c) Los sujetos con baja inquietud ante la muerte eran significativamente más bajos en religiosidad que los sujetos con alta preocupación (Dickstein y Blatt,1966).
- d) Las puntuaciones en la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe-Crowne (1960) se relacionan con las de preocupación ante la muerte de modo significativamente negativo (Dickstein,1975,1978).

Feifel (1973) cree que en USA es lógico, ya que la muerte es un tópico tabú; la reacción consciente sería la negación y ello sugiere que las respuestas socialmente deseables serían de rechazo ante la preocupación por la muerte.

7.3.11. Otras investigaciones. En 1976 se llevó a cabo un análisis factorial sobre la Escala de Dickstein (Klug y Boss : Factorial Structure of the death Concern Scale, Psychol. Reports,38:107-112). Aparecen diferenciados e independientes dos factores : Contemplación consciente de la muerte y evaluación negativa de la muerte.

"

En un reciente estudio sobre la relación entre el índice de amenaza y la preocupación por la muerte (Tobacyk y Eckstein, 1980-81, pp. 139 y ss.), se encontraron diferencias significativas entre un grupo de jóvenes estudiantes de tanatología y un grupo control acerca de la preocupación por la muerte. Estaban significativamente más preocupado el grupo de estudiantes.

7.4. Cuestionario de Ansiedad como Rasgo (Trait Anxiety Inventory; Spielberger y otros, 1970). STAI.SX-2.

- 7.4.1. Notas preliminares. a) La mayoría de los datos descriptivos de la Escala completa State-Trait Anxiety se han tomado de la tesis doctoral de Bermúdez (1977).
- b) El hecho de aparecer primero la subescala "Rasgo" es porque así se realizó la aplicación en el conjunto de pruebas; además, la Escala rasgo es bastante inalterable por las condiciones y el momento de aplicación.
- c) La teoría acerca del rasgo-estado ha sido tratada prolijamente por Bermúdez (1977,1978) y Pinillos (1975). De ahí que no se hagan reflexiones al respecto.
- d) Los autores de la Escala son : Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).
- e) El estado de ansiedad hace relación a una reacción transitoria y fluctuante ante situaciones amenazantes. Por el contrario, el rasgo de ansiedad es más general y persistente ante una gran variedad de situaciones amenazantes.

7.4.2. Aplicación. Individual o colectiva, según las normas previas. No existe tiempo límite ( $\approx$  10 minutos).

7.4.3. Fiabilidad. Por el método test-retest se obtuvieron fiabilidades entre .73 y .86 ; y de .86 a .92 en consistencia interna.

7.4.4. Validez. Se halló la validez concurrente con otras Escalas : MAS (Taylor, 1953) e IPAI ANXIETY SCALE (Cattell,1961).

La validez osciló entre .75 y .83.

7.4.5. Factores . Spielberger (1972) pensaba que existía un factor principal, que era el Rasgo; el Estado sería un Subfactor.

7.4.6. CUESTIONARIO STAI. SX-2

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

- . Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número a la derecha de la frase, indicando cómo se siente usted generalmente.
- . No hay contestaciones buenas o malas.
- . No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	A menudo	Casi siempre
1. Me siento bien .....	1	2	3	4
2. Me canso rápidamente .....	1	2	3	4
3. Siento ganas de llorar .....	1	2	3	4
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	1	2	3	4
5. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	1	2	3	4
6. Me siento descansado .....	1	2	3	4
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada .....	1	2	3	4
8. Siento que las dificultades se me amontonan hasta el punto de no poder superarlas .....	1	2	3	4
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia .....	1	2	3	4
10. Soy feliz .....	1	2	3	4
11. Tomo las cosas muy a pecho .....	1	2	3	4
12. Me falta confianza en mí mismo .....	1	2	3	4
13. Me siento seguro .....	1	2	3	4
14. Trato de afrontar las crisis y dificultades .....	1	2	3	4

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 15. Me siento melancólico .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me siento satisfecho .....   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Algunas ideas poco importantes<br>pasan por mi mente y me molestan.                      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me afectan tanto los desenga-<br>ños que no me los puedo quitar<br>de la cabeza .....    | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Soy una persona estable .....  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Cuando pienso en los asuntos que<br>tengo entre manos me pongo tenso<br>y alterado ..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

#### 7.4.7. Otras investigaciones sobre la Escala Rasgo.

Nixon y Steffeck (1977) han realizado un -  
concienzudo estudio acerca de la fiabilidad del STAI.

Para el rasgo de ansiedad, obtuvieron fiabilidades  
que fluctuaron desde .292 a .539 (más bien moderadas).

Endler y Magnusson (1976) hallaron dos subfactores  
en la Escala de Rasgo (uno cognitivo y otro afectivo) -  
de ansiedad. Kendall y otros (1976) identificaron tres-  
factores, pero solamente el primer factor define el rasgo  
de ansiedad (ansiedad cognitiva); en este factor sa-  
turaron catorce de los veinte items; el segundo y tercer  
factores reflejan el estado de ansiedad. Concluyeron que  
el rasgo es unidimensional. Realizaron el análisis facto-  
rial de ambas Escalas Rasgo-Estado de Ansiedad conjunta-  
mente.

Loo (1979) encontró cuatro factores en la Ansiedad  
como Rasgo (hombres); factor I : nivel afectivo; factor  
II : nivel de inseguridad; factor III : nivel cognitivo;  
factor IV : nivel depresivo. Con mujeres encontró los tres " "  
primeros y un cuatro que denominó fatiga. En este estu-  
dio se confirma la multidimensionalidad que apuntaban En-  
dler y Magnusson.

7.5. Escala de Temor a la Muerte (Collet-Lester, 1969; 1974).

(THE FEAR OF DEATH SCALE)

7.5.1. Objetivo. La Escala pretende medir cuatro aspectos del temor a la muerte : muerte propia y de otros; morir propio y de otros (como proceso). (Collet-Lester, 1969).

7.5.2. Escala Original. Se construyeron 38 items para medir los cuatro aspectos señalados en 7.5.1. (10,10, 8,10, respectivamente). Los items se presentaron en una escala que iba desde -3 (no estoy de acuerdo en absoluto) hasta +3 (muy de acuerdo).

La Escala se aplicó a una muestra de 25 estudiantes del sexo femenino; los items que no correlacionaban significativamente con la subescala a que pertenecían, fueron eliminados. De este modo, quedaron eliminados seis items.

Se calcularon las intercorrelaciones entre las cuatro subescalas que oscilaron entre .03 y .58; lo cual significa, según Lester, que los cuatro temores son distintos.

7.5.3. Puntuación. La Escala estaba diseñada como cualquier Escala tipo Likert, con items formulados en clave positiva y negativa. El esquema sería el siguiente:

<u>Positivos</u>	<u>Negativos</u>
muerte propia : 1,4,17,20	6,14,23,26,28
muerte de otros:2,13,19,27,32,33	7,9,18,21
morir de uno mismo: 5,15,30,36	12,24
morir de otros : 11,22,29,31,34,35	3,8,10,16,25

7.5.4.: ESCALA L-1 (ESCALA DE TEMOR ANTE LA MUERTE)

. Esto es una serie de afirmaciones generales. Anote su opinión en la siguiente escala:

- . Muy en desacuerdo .....1
- . Moderadamente en desacuerdo ...2
- . Ligeramente en desacuerdo .....3
- . Ligeramente de acuerdo .....4
- . Moderadamente de acuerdo .....5
- . Muy de acuerdo .....6

. Lea cada afirmación y decida rápidamente lo que siente de ella, después haga constar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo. Anote sus primeras impresiones.

. Por favor, conteste a todas las afirmaciones.

. Anote el NUMERO dentro del paréntesis que aparece después de cada afirmación ( ).

1. Evitaría la muerte a toda costa .....( )
2. Experimentaría una gran pérdida si se muriese una persona querida .....( )
3. No me sentiría intranquilo en presencia de una persona de la que sabría que se está muriendo .....( )
4. Me atemoriza el aislamiento total de la muerte .....( )
5. Me molesta la degeneración física que conlleva una muerte lenta .....( )
6. No me importaría morir joven .....( )
7. Acepto la muerte de otros como el fin de su vida sobre la Tierra .....( )
8. No me importaría visitar a un amigo anciano .....( )
9. No me adaptaría fácilmente después de la muerte de una persona querida .....( )
10. Si pudiera elegir entre informar o no a un(a) amigo(a) - de que se está muriendo, le informaría .....( )
11. Evitaría a un amigo moribundo .....( )
12. El morir podría ser una interesante experiencia .....( )
13. Me gustaría poder comunicar con el espíritu de un amigo muerto .....( )
14. Veo la muerte como una liberación del sufrimiento terrenal .....( )

15. Me asusta el dolor del morir .....( )
16. Si un amigo se estuviera muriendo, me gustaría saberlo .....( )
17. Me inquieta la brevedad de la vida .....( )
18. No me importaría tener que identificar el cadáver de un conocido .....( )
19. Nunca me repondría después de la muerte de una persona querida .....( )
20. Me molesta pensar en todas las cosas que no podría hacer después de la muerte .....( )
21. No creo que las personas muertas tengan algún tipo de existencia .....( )
22. No me sentiría a gusto si alguien me hablase de la próxima muerte de un amigo común .....( )
23. Me importa saber cómo se siente uno cuando está muerto( )
24. Si tuviera una enfermedad mortal, me gustaría ser informado de ello .....( )
25. Visitaría a un(a) amigo(a) en su lecho de muerte .....( )
26. No me molesta la idea de que nunca más pensaré, ni sentiré cuando me muera .....( )
27. Si se muriese una persona querida, la echaría mucho de menos .....( )
28. No me inquieta el que la muerte sea el fin de la vida tal como yo la conozco .....( )
29. Me sentiría ansioso si una persona que se estuviera muriendo me hablase de ello .....( )
30. Me molesta la degeneración intelectual de la vejez ... ( )
31. Si un amigo se estuviera muriendo, no quisiera ser informado .....( )
32. No podría aceptar el carácter final de la muerte de un amigo .....( )
33. Me perturbaría tener que ver una persona muerta .....( )
34. Si yo supiera que un(a) amigo(a) se estuviera muriendo no sabría qué decirle .....( )
35. No quisiera ver la degeneración física de un(a) amigo(a) que se estuviera muriendo .....( )
36. Me inquieta la idea de que mis capacidades estarán limitadas mientras me estoy muriendo .....( )

7.5.5. Fiabilidad. Obtenido por el procedimiento test-retest : .58.

7.5.6. Validez. Se correlacionaron cada una de las cuatro subescalas con la Escala de Boyar; se halló - un coeficiente de validez medio de .30.

Otros estudios sobre la validez fueron realizados por Durlak, 1972 (Measurement of the fear of death. J. Clin. Psychol., 28, 545-547).

7.5.7. Análisis factorial. Lester (1974) realizó un análisis factorial por medio del UCLA Biomed Statistical Programs PMDO3M. No señala qué método de -- análisis factorial eligió. La investigación se realizó con 241 hembras. Extrajo cuatro factores que explicaban, respectivamente, el 18%, el 6%, el 6% y el 5% de la varianza total. El factor I coincide casi integramente con el factorII que se obtuvo en esta investigación; el factorII coincide en gran parte con el - factor I que aparece en la muestra española; el factor III es similar al factor IV y, finalmente, el factor IV de Lester es en gran medida el factor VII de esta tesis.

7.6. Cuestionario de Ansiedad como Estado. (State Anxiety Inventory; Spielberger y otros, 1970). STAI-SX-1.

7.6.1. Notas Previas. a) Ya se indicó el motivo de separar las dos Subescalas de Spielberger y otros (1970) de Ansiedad Rasgo-Estado.

b) La mayor parte de los datos y la traducción de las Escalas Rasgo-Estado se han tomado de la tesis doctoral de Bermúdez (1977).

c) El estado de Ansiedad se define como sentimientos subjetivos transitorios ante situaciones amenazantes. Es pasajero; existe un despertar exaltado de los sistemas autónomos.

7.6.2. Aplicación. Individual o colectiva, según las normas previas a la misma. Sin tiempo límite (≈10 minutos).

7.6.3. Fiabilidad. Por el método test-retest se hallaron fiabilidades que oscilaban entre .16 a .54; y de .83 a .92 en consistencia interna.

7.6.4. Validez. Se halló la validez de constructo, analizando las diversas variaciones ante situaciones variadas.

7.6.5. Factores . Spielberger supuso que el rasgo era un factor principal, mientras que el estado era un factor subsidiario.

7.6.6. : CUESTIONARIO STAI (SX.1)

Algunas de las expresiones que la gente usa para describirse aparecen a continuación.

. Lea cada frase y trace un círculo alrededor del número a la derecha de la frase, indicando cómo se siente usted ahora mismo, o sea, en este momento.

. No hay contestaciones buenas o malas.

. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado .....	1	2	3	4
2. Me siento seguro .....	1	2	3	4
3. Estoy tenso .....	1	2	3	4
4. Estoy contrariado .....	1	2	3	4
5. Estoy a gusto .....	1	2	3	4
6. Me siento alterado .....	1	2	3	4
7. Estoy preocupado por algún posible contratiempo .....	1	2	3	4
8. Me siento descansado .....	1	2	3	4
9. Me siento ansioso .....	1	2	3	4
10. Me siento confortable .....	1	2	3	4
11. Tengo confianza en mí mismo .....	1	2	3	4
12. Me siento nervioso .....	1	2	3	4
13. Me siento agitado .....	1	2	3	4
14. Me siento excitable .....	1	2	3	4
15. Me siento reposado .....	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho .....	1	2	3	4
17. Estoy preocupado .....	1	2	3	4
18. Me siento excitado y aburrido .....	1	2	3	4
19. Me siento alegre .....	1	2	3	4
20. Me siento bien .....	1	2	3	4

7.6.7. Otras Investigaciones sobre la Escala Estado.

Nixon y Steffeck (1977) encontraron en diversas situaciones stressantes, fiabilidades test-retest de .256; .146 y .155. Estas bajas fiabilidades se habían hipotetizado en el estudio (esto contradice la teoría de Spielberger y otros, 1970).

### 7.7. Escala de Ansiedad ante la Muerte.

(DAS : Death Anxiety Scale, Templer, 1970).

7.7.1. Notas Previas. a) Muchas de estas ideas han sido tomadas del artículo de Templer: The Construction and Validation of a death Anxiety Scale -- (1970: The Journal of General Psychology, 82, 165-177) y de otros trabajos de Templer (1969, 1971).

b) A pesar de su uso generalizado, la Escala tiene grandes lagunas. Se señalan como deficiencias básicas : 1) La poca variabilidad que ofrecen las elecciones, ya que se presentan las Cuestiones como dicotómicas.

2) La duda, fundada, de que realmente mida Ansiedad ante la muerte (quizá sería mejor hablar de mixtura Ansiedad-Temor).

3) La unidimensionalidad de la Escala (Así fue presentada). Lo que contradice las teorías más elementales sobre la Ansiedad.

c) Como ventajas, habría que exponer :

1) La brevedad de la Escala y la facilidad para completar los ítems.

2) Está validada; no muy frecuente en este tipo de instrumentos.

7.7.2. Selección de ítems. Templer seleccionó - 40 ítems relacionados hipotéticamente con Ansiedad ante la muerte; mediante siete jueces se seleccionaron 31 ítems, que se incluyeron en el MMPI. Como medida de independencia de los ítems se calcularon las correlaciones  $\phi_i$ ; se encontró que la relación era -- más bien pequeña. Al final, se eligieron 15 ítems.

7.7.3 : D. A. S.

- . Respóndase a las 15 preguntas que aparecen más abajo.
- . Para ello, enciérrese en un círculo el "1" situado a la derecha de las afirmaciones, que referidas a usted, sean verdad o estén cerca de ella, y el "2" situado a la derecha de las que, referidas a usted, sean una falsedad o se encuentren cerca de serlo.
- . LOS DATOS QUE OBTENGAMOS SON TOTALMENTE CONFIDENCIALES.

1. Me da mucho miedo morir .....	1	2
2. Rara vez pienso en la muerte .....	1	2
3. No me pone nada nervioso/a que la gente hable de la muerte .....	1	2
4. Me horroriza pensar que tenga que sufrir una operación .....	1	2
5. No tengo ningún miedo a morir .....	1	2
6. No siento ningún temor especial a tener cáncer ...	1	2
7. No estoy preocupado con la idea de la muerte .....	1	2
8. El hecho de que el tiempo vuele tan rapidísimamente como lo hace suele producirme inquietud .....	1	2
9. Tengo miedo a tener una muerte muy dolorosa .....	1	2
10. La cuestión de la vida después de la muerte me causa una gran zozobra .....	1	2
11. Tengo verdadero miedo a tener un ataque al corazón.	1	2
12. Pienso con frecuencia en lo corta que es verdaderamente la vida .....	1	2
13. Cuando oigo a la gente hablar de la tercera guerra mundial me estremezco .....	1	2
14. La vista de un cadáver me horripila .....	1	2
15. A mí me parece que no hay nada en el futuro que tenga yo que temer .....	1	2

7.7.4. Fiabilidad. Por el procedimiento test-retest se halló una fiabilidad de .83.; la consistencia interna fue de .76 (Fórmula 20 de Kuder-Richardson).

7.7.5. La DAS y la deseabilidad social. Se pasó la DAS y la "Escala de Deseabilidad Social" de Marlowe y Crowne (1960). La correlación entre las dos Escalas no fue significativa ( $r = .03$ ).

7.7.6. Validación. Se realizó con pacientes psiquiátricos que, presumiblemente, habían manifestado alta ansiedad ante la muerte y un grupo control de pacientes psiquiátricos.

En un segundo proyecto de validación se entregó la DAS, el FODS de Boyar, el MMPI y una tarea de asociación secuencial de palabras (Osipow y Grooms, 1965) a estudiantes universitarios.

Las correlaciones de la DAS con la MAS fue de .36; con la FODS de Boyar de .74.

7.7.7. Otros estudios con la DAS. El propio Templer (1976) ha señalado que existen elementos que clasifican el grado de ansiedad ante la muerte : la salud psicológica y las experiencias personales que hacen relación a la muerte.

En general, se puede afirmar que los pacientes psiquiátricos obtienen más altas puntuaciones en la DAS -- que los sujetos normales (Templer 1969, 1970, 1971, 1976).

Lucas (1974) halló que las puntuaciones en la DAS en enfermos de riñón tratados por hemodiálisis eran normales.

Respecto al sexo, se han encontrado diferencias significativas en la DAS a favor de las hembras (Lucas, 1974; McDonald, 1976; McMordie, 1979); no se han confirmado tales hallazgos en otros estudios (Warren y Chopra, 1979).

7.7.8. Análisis factorial de la DAS. La suposición que formuló Templer (1970, p.173) de que la DAS como medida de ansiedad podría ser multidimensional, ha quedado confirmado en algunos estudios recientes.

Warren y Chopra (1979) han encontrado tres factores por el método Varimax : FACTOR I (Ansiedad propia ante la muerte; definido por los items 7,5,1,). FACTOR II - (Preocupación general ante la muerte; items 12,13,2,3, 10,8) y FACTOR III (Miedo al dolor y a las operaciones; items 9,14,11,15,4,6).

Estos factores tienen cierta similitud con los encontrados en la muestra española.

Lonetto y otros (1979) hallaron factores que denominaron : cognitivo-afectivo, alteraciones físicas, conciencia del tiempo , stress y dolor.

7.9. CUESTIONARIO "CAM".

En varias de las preguntas que se le formulan encontrará puntos suspensivos, (...), ponga los datos que más se ajustan a su persona.

En la mayoría de las cuestiones se le sugieren posibles respuestas. ELIJA SOLO UNA DE ELLAS. REDONDEE el número que lleva detrás la respuesta elegida. Lea previamente todas las posibles respuestas. Gracias por su sinceridad y colaboración.

LOS DATOS QUE SE OBTENGAN SON ABSOLUTAMENTE SECRETOS.

- 
1. EDAD (Último cumpleaños) .....
2. SEXO : . Varón ..... 1  
          . Hembra ..... 2
3. ESTUDIOS REALIZADOS O EN CURSO DE REALIZACION:  
    . No tengo estudios ..... 0  
    . Primarios y/o bachillerato .. 1  
    . Medios (Magisterio,ATS,etc.) . 2  
    . Superiores ..... 3
4. LUGAR DE NACIMIENTO :  
    . Ciudad ..... 1  
    . Pueblo ..... 2
5. CENTRO DE ESTUDIOS (Primarios o Bachillerato):  
    . Ningún Centro ..... 0  
    . Colegio Religioso ..... 1  
    . Colegio Privado ..... 2  
    . Centro Estatal ..... 3  
    . Otros Centros ..... 4
6. MIS INGRESOS MENSUALES SON :  
    . Mayores de 40.000 Pts..... 1  
    . De 30.000 a 39.999 Pts ..... 2

.../...

.../...

- . De 20.000 a 29.999Pts..... 3
- . De 15.000 a 19.999Pts ..... 4
- . Menos de 15.000 Pts ..... 5
- . No tengo ningún ingreso .... 6

## 7. PRACTICO LA RELIGION :

- . Varias veces por semana .... 1
- . Una vez por semana ..... 2
- . Mensualmente ..... 3
- . Apenas practico ..... 4
- . No practico ..... 5

## 8. MI MAS RECIENTE EXPERIENCIA REFERENTE A LA MUERTE DE UN FAMILIAR O AMIGO FUE :

- . No he tenido tal experiencia.0
- . Dentro del pasado mes .....1
- . De un mes a seis meses .....2
- . De siete meses a un año .....3
- . De un año hasta tres años ...4
- . Más de tres años .....5

## 9. HE TENIDO ALGUNA EXPERIENCIA "PERSONAL" RESPECTO DE LA MUERTE(He estado próximo a la misma):

- . No he tenido tal experien-  
cia ..... 0
- . Hace menos de un año ..... 1
- . Hace más de un año ..... 2

## 10. ESTADO CIVIL :

- . Casado(a) ..... 1
- . Soltero(a) ..... 2
- . Viudo(a) ..... 3
- . Separado(a) ..... 4

## 11. SITUACION LABORAL ACTUAL :

- . Trabajo ..... 1
- . Parado ..... 2

.../...

.../...

. Jubilado .....	3
. Estudiante (sólo estudiante) .....	4
. Estudiante/trabajador.	5
. Sus labores .....	6

7.1.3. METODOLOGIA UTILIZADA EN EL ANALISIS DE LOS CUESTIONARIOS Y DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.

7.1.3.1. Análisis Factorial.

a) El método utilizado para la extracción de factores en los diversos Cuestionarios ha sido el de FACTORES PRINCIPALES (Yela, 1957, pp.74 y 75; Harman, 1980, pp. 160 y ss.; Sánchez García, 1978 pp. 51 y ss.).

b) Dentro de las soluciones factoriales múltiples ortogonales objetivas se ha empleado el criterio VARIMAX (Kaiser, 1956); dicho criterio es función de la varianza de los coeficientes factoriales de las columnas. Según Harman, es la mejor técnica analítica de la rotación ortogonal con la condición de simplificar las columnas o factores para satisfacer los requisitos de la estructura simple (Harman, 1980, pp. 323-332; Sánchez García, 1978, pp. 98-99).

c) En la rotación oblicua se ha utilizado el método OBLIMIN, solución BI CUARTIMIN (que adopta soluciones intermedias entre el covarimín y el cuartimín). En esta solución los factores hallados tendrán correlaciones entre sí. A partir de la matriz factorial de primer orden se verificará un análisis factorial de segundo orden o nivel de factores; mediante -

este análisis se obtendrán factores superiores más amplios y escasos que se acomodan más fielmente a la interdependencia que ofrecen los datos reales (Yela, 1966).

d) El criterio para seleccionar el número de factores comunes estadísticamente significativos puede resultar complejo. Los métodos más utilizados son :

a) El de máxima verosimilitud (Harman, 1980, pp. 228 y ss.).

b) El "scree test" de Catell (descrito por Santos y Martín-Moreno, en Revista de Psicología General y Aplicada, 1976, pp. 647-662) como criterio decisorio cuando se parte del método de Kaiser.

c) Aquí se ha utilizado el método desarrollado por Kaiser (1959, 1961) que consiste en seleccionar aquellos factores que posean raíces características o valores propios superiores a la unidad. También se han tenido en cuenta la aportación a la varianza común de cada factor. (En general, aquellos que aportan como mínimo un 5%).

En cuanto a las saturaciones sólo se han tenido en cuenta aquellos ítems que tienen  $\geq .30$ .

Para algunos autores (Santos y Mar

tín-Moreno, l.c., p. 657) el método de Kaiser infraestima el número de factores. Es decir, es más conservador, por ejemplo, que el "scree test".

e) El coeficiente de congruencia.

(Burt, 1941; Tucker, 1951; Wriggley y Newhams, 1955). Martínez Arias, 1979: "Comparación de estructuras factoriales", Informes del Departamento de Psicología General, -- vol. 2, nº5, pp. 155-167, ha descrito el análisis de la semejanza de dos conjuntos de factores.

Se echará de menos la comparación de estructuras factoriales procedentes de diversas investigaciones dentro del área de la medida de las actitudes ante la muerte, pero verificadas con diferentes muestras.

Las dificultades que se han encontrado han resultado insalvables : a) La mayoría han verificado sus estudios con muestras muy específicas, no con un grupo general.

b) No se describen, en general, las saturaciones de los diversos factores.

c) Existen pocos análisis factoriales-- de las Escalas que se utilizan aquí.

\* Todos los análisis factoriales se han realizado mediante un ordenador UNIVAC 1108 (INFONET, Madrid) y el paquete utilizado ha sido el SSPS (Statistical Package for the Social Sciences, 1979).

7.1.3.2. Análisis "cluster". (Análisis de conglomerados).

Dentro del análisis multivariado se ha seleccionado el método de clasificación "cluster analysis" con el fin de ordenar y agrupar los objetos (ítems de cada Cuestionario) en función de sus semejanzas y/o desemejanzas (Beckner, 1959, citado por Sánchez García, 1978, p. 221).

El criterio de clasificación más simple consiste en asignar el objeto, en función de la probabilidad de pertenencia a una clase de una observación, a la clase más probable.

El objetivo prioritario del análisis de conglomerados consiste en hallar "grupos naturales" y, más concretamente, en clasificar las observaciones en categorías o conglomerados. De este modo, el análisis cluster puede ser usado para revelar las relaciones estructurales entre los datos. Es, pues, una herramienta exploratoria que intenta descubrir la estructura de objetos o entidades diversas. Previamente se han definido las medidas de desemejanza o semejanza, bajo diversas condiciones y restricciones (Sánchez García, 1978, pp. 224 y ss.; tesis doctoral de Arredondo, 1979, pp. 179 y ss.).

Dentro de los coeficientes de semejanza o desemejanza se han escogido en este trabajo dos : la distancia euclidiana y el

coeficiente de correlación. El método ha sido el de conglomerados jerárquicos, representados gráficamente por endogramas de variables (ítems). El coeficiente de correlación medio se ha escogido para observar la similaridad de las variables (ítems); de otro lado, se ha seleccionado el método de las desemejanzas euclidianas mínimas para confirmar el análisis anterior (la distancia euclidiana es no lineal; bastante congruente con los datos de Escalas de Actitudes).

Los análisis cluster se han computado mediante un ordenador UNIVAC 1108 y el paquete utilizado ha sido el BMDP1M (1975). La salida incluye un diagrama triangular con el orden de emergencia de los conglomerados sobre una matriz estratificada numéricamente en una escala de 0 a 100; también contiene una tabla de equivalencia para convertir el rango de la escala anterior en sus correspondientes coeficientes de correlación.

#### 7.1.3.3. Análisis de Varianza. (Dos criterios de clasificación).

En 7.1.3.1. y 7.1.3.2. se ha tratado de métodos correlacionales (Análisis factorial) y de clasificación (Análisis de conglomerado).

Como métodos diferenciales se utilizarán dos técnicas : ANOVA y Análisis discriminante. El ANOVA servirá para estudiar las

diferencias entre o dentro de los grupos y la posible interacción de los dos criterios respecto a una tercera variable. Para el estudio de las condiciones que exige el modelo, de la interacción, etc. puede consultarse el vol. II de J. Amón : "Estadística para psicólogos".

Todos los ANOVAS se han realizado mediante un ordenador UNIVAC y el paquete utilizado ha sido el SPSS (1979).

#### 7.1.3.4. El Coeficiente Alpha.

En todos los Cuestionarios se ha obtenido el coeficiente alpha como índice de "la precisión con que un conjunto de ítems mide un cierto aspecto de la personalidad o de la conducta". (Yela, 1979, p. 2. 106). Así, pues , -

El coeficiente alpha es una medida de la consistencia interna. Es función de la coherencia de los elementos y de su longitud; indica, asimismo, la representatividad del Cuestionario en la medida en que representa a la población de ítems de igual contenido psicológico y de la misma clase (Yela, l.c., p. 2. 106).

En cuanto a la cuantía del coeficiente alpha, Yela (1979, p. 2. 118) afirma : "Si se dispone de tests con coeficientes de 0.50 a 0.80 y se emplean en grupos de tamaño y variabilidad adecuado, la investigación puede seguir adelante. La relativa baja fiabilidad puede compensarse mediante, por una parte, la convergencia de los resultados experimentales ... y, por otra, mediante procedimientos que permiten corregir los efectos del error de medida".

Muchos son los estudios que se han realizado sobre el concepto clásico de fiabilidad. Fue el propio Cronbach quien introdujo el concepto de coeficiente alpha ("Coefficient alpha and internal structure of test", *Psychometrika*, 1951, 16, 297-334) y probó que es el promedio de la fiabilidad de todas las posibles divisiones del test en dos partes de igual longitud.

Novick y Lewis (Coefficient Alpha and the Reliability of Composite Measurements, *Psychometrika*, 1967, pp. 1-13) muestran las condiciones bajo las cuales puede obtenerse

el coeficiente de fiabilidad del test; además, la fórmula de Spearman-Brown no es más que un caso particular del coeficiente alpha, cuando dicho límite es alcanzado.

McKennell ("Attitudes measurement : use of coefficient alpha with cluster or factor analysis", *Sociology*, 42, 227-245, 1970) utiliza el coeficiente alpha en la selección ítems para las escalas de actitudes, junto con el análisis cluster y el análisis factorial.

Raju ("A generalization of coefficient alpha", *Psychometrika*, 42, 549-565, 1977) muestra que el coeficiente beta corrige la fiabilidad en el caso de que el número de ítems de cada subtest sea distinto.

Habría que distinguir estabilidad de un test de consistencia interna.

El coeficiente alpha es un índice de fiabilidad que ofrece dos aspectos : homogeneidad y longitud. El grado de homogeneidad de una escala puede ser pequeño y aún así la fiabilidad de la medida puede ser muy alta, si se usan muchos ítems. En la medida que los ítems sean una muestra aleatoria de una población de ítems, el coeficiente alpha es un coeficiente de generalizabilidad.

Para la obtención de los coeficientes alpha se utilizó un ordenador UNIVAC 1108 y el paquete fue el SPSS (1979).

7.1.4. PRUEBAS APLICADAS EN LA INVESTIGACION  
Y MODO DE APLICACION.

- a) En los tres grupos de edad que constituyen la muestra de la presente investigación (Jóvenes, Mediana Edad, Viejos) se aplicaron las mismas pruebas : REI (Cuestionario de Religiosidad, Allport-Amón), DI (Escala de Preocupación ante la muerte, Dickstein), STAI-SX.2 (Escala de Ansiedad como Rasgo, Spielberger), L-1 (Escala de Temor ante la muerte, Lester), STAI-SX.1 (Escala de Ansiedad como Estado, Spielberger), DAS (Escala de Ansiedad ante la muerte, Templer) y CAM (Escala de Indicadores Sociales, elaborada para esta tesis).
- b) Todos los Cuestionarios y/o Escalas se aplicaron en una sola sesión. La duración aproximada fue de dos horas.

Como es obvio, en el grupo de ancianos se produjeron dificultades de comprensión más acusadas que en otros grupos. En dicho grupo abandonaron la sesión alrededor del 20%.

Previamente se les había dado una indicación superficial de qué se iba a hacer.

Entre 300 Cuestionarios rellenos sólo fueron útiles 98 (el resto contenía deficiencias varias). Hubiera sido muy interesante explorar las razones que hicieron que - unas 60 personas abandonaran la sesión. ¿Eran las personas más ansiosas, temerosas y/o preocupadas por la muerte?. ¿No les parecía "atractivo" el tema?.

En el grupo de personas senectas se observó un climax más "stressante" que en el resto de los grupos.

Muchas de las personas viejas prefirieron rellenar los Cuestionarios en sus domicilios. Previamente, se les explicaron las normas para todos y cada uno de los Cuestionarios.

- c) La colaboración, en todos los casos fue totalmente voluntaria.
- d) A cada uno y a todos los sujetos se les asignó un número para identificar las diversas Escalas.
- e) El grupo de personas senectas tardó más tiempo que los otros grupos en rellenar los Cuestionarios (aproximadamente dos horas y media).

"

- f) El orden de aplicación de los Cuestionarios tiene su lógica. En penúltimo lugar figura el STAI SX.1 (Ansiedad como Estado). La finalidad que se pretendió fue la de detectar el posible estado "stressante" de los sujetos ante la aplicación de Escalas que miden preocupación y temor ante la muerte. De ahí que se haya formulado una hipótesis al respecto.

#### 7.1.5. CONGRUENCIA EN LAS RESPUESTAS A LOS CUESTIONARIOS (ESCALAS).

Se plantean varios problemas en la credibilidad de las respuestas que los sujetos manifiestan en los Cuestionarios; de este modo, puede existir contaminación en los datos que se ofrecen al investigador.

- a) Un problema puede surgir del falseamiento consciente/inconsciente, de la falta de cooperación (sabotaje), de la aquiescencia (intencionalidad), de la deseabilidad social, etc.

- b) Es probable que ante los Cuestionarios que miden ansiedad, temor y preocupación ante la muerte exista una "defensa perceptiva". Es decir, es posible que entre los estímulos aversivos y las respuestas haya una respuesta retardada (Labrador, F.J. : "Defensa perceptiva, su relación a factores de personalidad", Informes del Departamen

to de Psicología General, 1/2, 1978, 125-135).

Como afirma Labrador (1978, p.125) "la defensa perceptiva sería resultado de un - posible sistema de prevención cognitiva precoz, destinado a proteger al organismo de los estímulos indeseados o peligrosos".

Aunque la "defensa perceptiva" se ha referido a situaciones propiamente experimentales, tiene también sentido en las respuestas que pueden darse ante las Escalas que miden actitudes ante la muerte.

En este retardamiento en las respuestas ante los Cuestionarios, pueden aparecer los problemas que aparecen en b).

#### 7.1.6. APROXIMACION A LAS VARIABLES QUE APARECEN EN ESTA INVESTIGACION.

Aunque en la descripción de los Cuestionarios se han definido algunas variables, se examinan de forma concisa las variables más relevantes.

7.1.6.1. RELIGIOSIDAD. Actitud que las personas tienen ante el hecho religioso en general y, más concretamente, ante el hecho religioso cristiano.

7.1.6.2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.

Estado de tensión ante la situación amenazante de la posibilidad de la muerte.

7.1.6.3. TEMOR A LA MUERTE.

Estado de inquietud que provocan los posibles sufrimientos de la enfermedad terminal, el proceso degenerativo terminal y/o las consecuencias que la muerte puede producir en los familiares.

7.1.6.4. PREOCUPACION ANTE LA MUERTE.

Contemplación consciente de la realidad de la propia muerte y evaluación negativa de esa realidad.

7.1.6.5. PROCESO TERMINAL.

Aquel que se refiere a la enfermedad que indefectiblemente aboca en la muerte.

7.1.6.6. "EXPERIENCIAS" ANTE LA MUERTE.

Hechos vivenciales personales de "proximidad" ante la muerte personal y/o ante la muerte de otras personas (vivencia vicaria).

7.1.6.7. OTRAS VARIABLES.

Edad, sexo, niveles socioeconómico, cultural y/o laboral ...

7.1.7. ESCALAS ORIGINALES.ESCALA DI (DICKSTEIN, 1972)

## ITEMS ON THE DEATH CONCERN SCALE

1. I think about my own death.
2. I think about the death of loved ones.
3. I think about dying young.
4. I think about the possibility of my being killed on a city street.
5. I have fantasies of my own death.
6. I think about death just before I go to sleep.
7. I think of how I would act if I knew I were to die within a given period of time.
8. I think about how my relatives would act and feel upon my death.
9. When I am sick I think about death.
10. When I am outside during a lightning storm I think about the possibility of being struck by lightning.
11. When I am in an automobile I think about the high incidence of traffic fatalities.
12. I think people should first become concerned about death when they are old.
13. I am much more concerned about death than those around me.
14. Death hardly concerns me.
15. My general outlook just doesn't allow for morbid thoughts.
16. The prospect of my own death arouses anxiety in me.
17. The prospect of my own death depresses me.
18. The prospect of the death of my loved ones arouses anxiety in me.
19. The knowledge that I will surely die does not in any way affect the conduct of my life.
20. I envision my own death as a painful, nightmarish experience.
21. I am afraid of dying.
22. I am afraid of being dead.
23. Many people become disturbed at the sight of a new grave but it does not bother me.
24. I am disturbed when I think about the shortness of life.
25. Thinking about death is a waste of time.
26. Death should not be regarded as a tragedy if it occurs after a productive life.
27. The inevitable death of man poses a serious challenge to the meaningfulness of human existence.
28. The death of the individual is ultimately beneficial because it facilitates change in society.
29. I have a desire to live on after death.
30. The question of whether or not there is a future life worries me considerably.

ESCALA D.A.S. (TEMPLER, 1970)

## THE 15 DAS ITEMS

Key	Content
T	I am very much afraid to die.
F	The thought of death seldom enters my mind.
F	It doesn't make me nervous when people talk about death.
T	I dread to think about having to have an operation.
F	I am not at all afraid to die.
F	I am not particularly afraid of getting cancer.
F	The thought of death never bothers me.
T	I am often distressed by the way time flies so very rapidly.
T	I fear dying a painful death.
T	The subject of life after death troubles me greatly.
T	I am really scared of having a heart attack.
T	I often think about how short life really is.
T	I shudder when I hear people talking about a World War III.
T	The sight of a dead body is horrifying to me.
F	I feel that the future holds nothing for me to fear.

188

ESCALA L - 1 (Lester, 1969 y 1974)

CAPITULO 8.-ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE  
LOS INSTRUMENTOS. DISCUSION  
DE LOS RESULTADOS.

CAPITULO 8 : ANALISIS DE LA ESTRUCTURA DE LOS INSTRUMENTOS. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

Este capítulo constituye una tentativa para descubrir la estructura de los Cuestionarios que se han utilizado en la presente investigación.

En general, sólo se han extraído los factores que poseen valor propio igual o mayor que 1.00.

Respecto a los items, solamente se han tenido en cuenta aquéllos cuya saturación es  $\geq .30$ .

Como un análisis previo, se ha utilizado la técnica de "conglomerados" para observar el agrupamiento de los items en diversos conglomerados. Se observará que, en general, las estructuras del análisis factorial y del análisis de "conglomerados" es muy similar (especialmente, entre las soluciones factoriales y las soluciones del a. de conglomerados, método correlacional).

En todos los Cuestionarios se ha obtenido el coeficiente de fiabilidad alpha.

Finalmente, después de analizar la estructura de los Cuestionarios se discuten los resultados.

Al final del capítulo, aparecen los resultados del Análisis Factorial de 2º Orden entre los factores y la matriz de correlaciones entre los factores de 1º Orden.

## 8.1. ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO REI.

### 8.1.1. Comparación de los resultados obtenidos por Amón (1969) y los hallados en la presente investigación.

En este apartado aparecen algunos de los ítems que utilizó Amón (1969) y que se hallan incluidos en el REI.

Aparecen las saturaciones de dichos ítems en ambas investigaciones. No se ha profundizado en la congruencia de tales resultados, ya que la muestra es totalmente distinta y el propio instrumento ha sufrido algunas modificaciones.

### 8.1.2. Estructura del REI.

Sólo se han extraído aquellos factores que en la Rotación Varimax poseen valor propio mayor de 1.00 (Kaiser, 1958).

Los ítems que constituyen cada factor tienen saturaciones  $\geq .30$ .

El punto antepuesto a cualquier valor numérico reemplaza al 0.

### 8.1.3. Coeficiente alpha.

8.1.4. Representación gráfica de los dos factores extraídos (Figura 8.1.).

8.1.5. "Cluster analysis" (Figuras 8.2. y 8.3.).

8.1.6. Discusión de los resultados.

8.1.1. Comparación de resultados.FACTOR 1 : Religiosidad intrínseca (Rotación Varimax)

items (REI)	Descripción	Saturación (Amón,1968)	Saturación (Urraca,1981)
25	Me esfuerzo en que mis creencias religiosas estén presentes en todas las actividades de mi vida	. 65	. 78078
30	Mi postura total ante la vida se fundamenta en mis creencias religiosas .....	. 53	. 77442
22	Me es imprescindible emplear ciertos momentos en reflexionar sobre asuntos religiosos .....	. 52	.. 59672
7	Procuro leer libros o revistas acerca de mi religión .....	. 50	. 69559
2	Muy frecuentemente he sentido profundamente la presencia de Dios..	. 48	. 60367
6	Creo que mis convicciones religiosas no deb-- ben influir en mis actividades de cada día.	. 44	-.47335
5	La religión me es im-- prescindible porque -- responde a muchas cuestiones acerca del sentido de la vida .....	. 24	. 67404

\* Notas : a) La frase nº6 fue redactada originariamente del modo siguiente : "Aunque soy una persona religiosa no dejo que consideraciones religiosas influyan en mis negocios de cada día", que pudo interpretarse por algunos (según Amón, 1968) como expresión de no -- aprovecharse de la religión para resolver los asuntos de la vida (en sentido intrínseco).

b) Evidentemente, aquí sólo se señalan las frases que Amón utilizó en su Cuestionario. En la investigación presente, existen muchas otras frases que determinan el factor de religiosidad intrínseca. Además, dicho factor aparece como bipolar (como se verá). En ambas investigaciones, aparece dicho factor como el primero.

FACTOR 3 : Religiosidad Extrínseca (Rotación Varimax)

items (REI)	Descripción	Saturación Amón(1968) (Factor 3)	Saturación Urraca(1981) (Factor 2)
8	El fin principal de la oración es asegurar una vida feliz y tranquila	. 70	. 53625
13	El fin principal de la oración es lograr alivio y protección .....	. 62	. 53937
1	El principal beneficio que me ofrece la religión es consuelo en las aflicciones y en las desgracias...	. 43	. 58961

\* Este factor es uno de los que constituyen la religiosidad utilitaria o extrínseca. Los sujetos entienden "la religión como medio de consuelo y alivio, como norma y protección" (Amón, 1969, pp.131 y 132). Otro factor de religiosidad extrínseca que apunta Amón (1969, pp.129 y 130) hace referencia a la Iglesia y la religión como un medio para adquirir posición socioeconómica, establecer relaciones sociales y satisfacer ciertas necesidades de convivencia social.

8.1.2-ESTRUCTURA FACTORIAL DEL REI.  
FACTOR I : RELIGIOSIDAD INTRINSECA.

Item	Descripción	Varimax	Oblimin
25	Me esfuerzo mucho en que mis creencias religiosas estén presentes en todas las actividades de mi vida..	.78078	.79411
30	Mi postura total ante la vida se fundamenta en mis creencias religiosas .....	.77442	.78615
20	Mis creencias religiosas son para mí algo imprescindibles en sí mismas .....	.75602	.77012
7	Procuro leer libros o revistas acerca de mi religión .....	.69559	.70916
5	La religión me es imprescindible porque responde a muchas cuestiones acerca del sentido de la vida.	.67404	.69541
10	Mi vida no tendría demasiado sentido si no creyera en Dios .....	.64997	.66511
15	Mis prácticas religiosas me proporcionarán ánimo y fuerza para enfrentarme a mi morir .....	.64241	.66963
26	Creo firmemente que después de mi muerte iré a vivir una vida mejor.	.64120	.66281
17	También en mis éxitos necesito comunicarme con Dios .....	.60392	.62121
38	Mis creencias religiosas me hacen contemplar la muerte con cierta tranquilidad .....	.60840	.63381
2	Muy frecuentemente he sentido profundamente la presencia de Dios...	.60367	.61431
22	Me he imprescindible emplear ciertos momentos en reflexionar sobre asuntos religiosos .....	.59672	.61161

Item	Descripción	Varimax	Oblimin
27	Creo que en mi vida existen cosas más importantes que mis creencias religiosas .....	-.57797	-.58686
12	Cada día doy gracias a Dios por existir .....	.56813	.58387
19	Espero que mis creencias religiosas sean un alivio en los posibles sufrimientos posteriores .....	.53400	.55822
31	Me agrada oír hablar bien de la Iglesia .....	.51116	.55120
28	Acepto los sufrimientos de la vida como algo que Dios permite para mi bien .....	.50565	.53308
6	Creo que mis convicciones religiosas no deben influir en mis actividades de cada día .....	-.47335	-.47881
14	Cuando ha muerto un ser querido he apelado a mis creencias ....	.45432	.47805
24	Por encima de las Instituciones y personas está mi fe .....	.43567	.46211
32	No siento nada cuando voy a la Iglesia .....	-.38679	-.43527
34	Nunca he leído la Biblia .....	-.38608	-.40429
18	Procuro ser religioso sin pensar en su función salvadora ...	.36605	.39387
33	No quiero oír hablar de cuestiones religiosas .....	-.35887	-.40471

* VALOR PROPIO : 12.48	}	R. Varimax
* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA: 32		
* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA: 68		

FACTOR II : RELIGIOSIDAD EXTRINSECA

Item	Descripción	Varimax	Oblimin
1	El principal beneficio que me ofrece la religión es consuelo en las aflicciones y en las desgracias .....	.58961	.61688
13	El fin principal de la oración es lograr alivio y protección cuando lo necesito .....	.53937	.57618
8	El fin de la oración es asegurar una vida feliz y tranquila .....	.53625	.58035
37	Tengo fe en que Dios no permitirá que yo tenga una muerte dolorosa .....	.49403	.52938
19	Espero que mis creencias religiosas sean un alivio en los posibles sufrimientos posteriores .....	.46165	.54476
28	Acepto los sufrimientos de la vida como algo que Dios permite para mi bien .....	.40269	.47148
31	Me agrada oír hablar bien de la Iglesia .....	.37955	.45001
15	Mis prácticas religiosas me proporcionarán ánimo y fuerza para enfrentarme a mi morir .....	.36024	.44758
3	La razón principal de que yo rece es porque así me lo han enseñado .....	.35732	.37379
14	Cuando ha muerto un ser querido he apelado a mis creencias .....	.35188	.41743

\* VALOR PROPIO : 2.47634

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 6.1

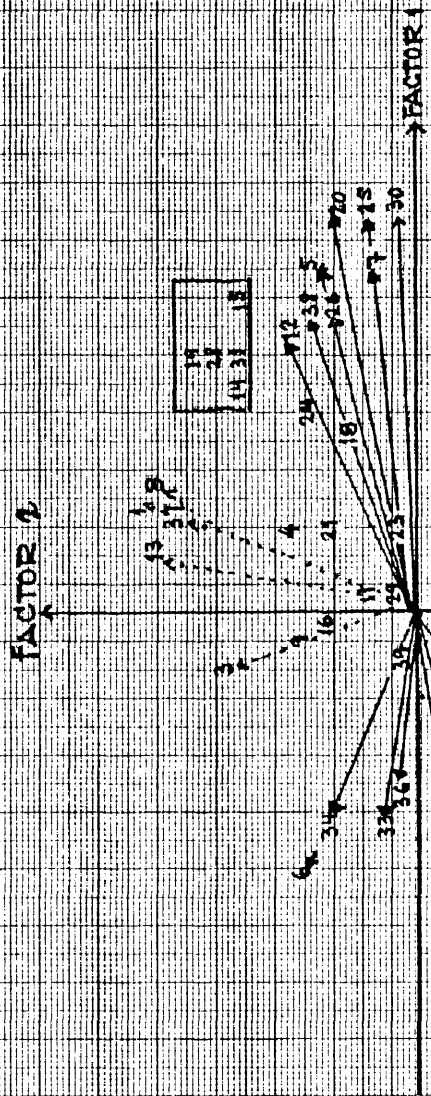
\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 13.5

R. Varimax

8.1.3. Coefficiente Alpha del REI.

. 89788

**Figura 8.1. Representación de los factores 1 y 2 (Rotación VARIMAX) (CUESTIONARIO REA)**



FACTOR 1.- Aparece claramente la bipolaridad del mismo:

- a) Cuestiones que saturan positivamente: 25, 30, 20, 7, 5, 16, 28, 15.
- b) Cuestiones que saturan negativamente: 27, 6, 32, 34, 33.

FACTOR 2.- Defiende claramente por los siguientes cuestionos: 4, 18, 2, 31 y 3.

ITEMS AMBIVALENTES.- Saturan en ambos factores: 19, 28, 31, 14, 15.

### REI (ESCALA DE PONTAÇÃO - ALTERNATIVA) - CUSTAS MÍNIMAS MÉDIA CONDIÇÃO

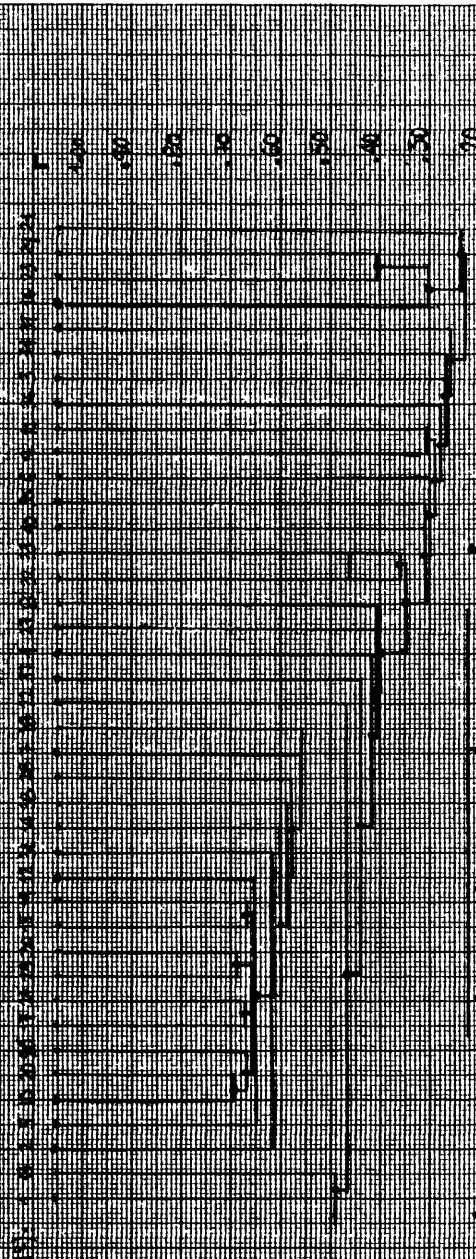


FIGURA 02 - Endogeneidade (pontuação) / Jomembim (REI)

ANEXO 01 - ANÁLISE DE ENDÓGENIDADE (PONTUAÇÃO) - ANEXO 01 - ANÁLISE DE ENDÓGENIDADE (PONTUAÇÃO)

ANÁLISE DE ENDÓGENIDADE (PONTUAÇÃO) - ANEXO 01 - ANÁLISE DE ENDÓGENIDADE (PONTUAÇÃO)

# REI (escala de religiosidad, Allport-Hiron) - CLUSTER ANALYSIS, distancia euclídeana.

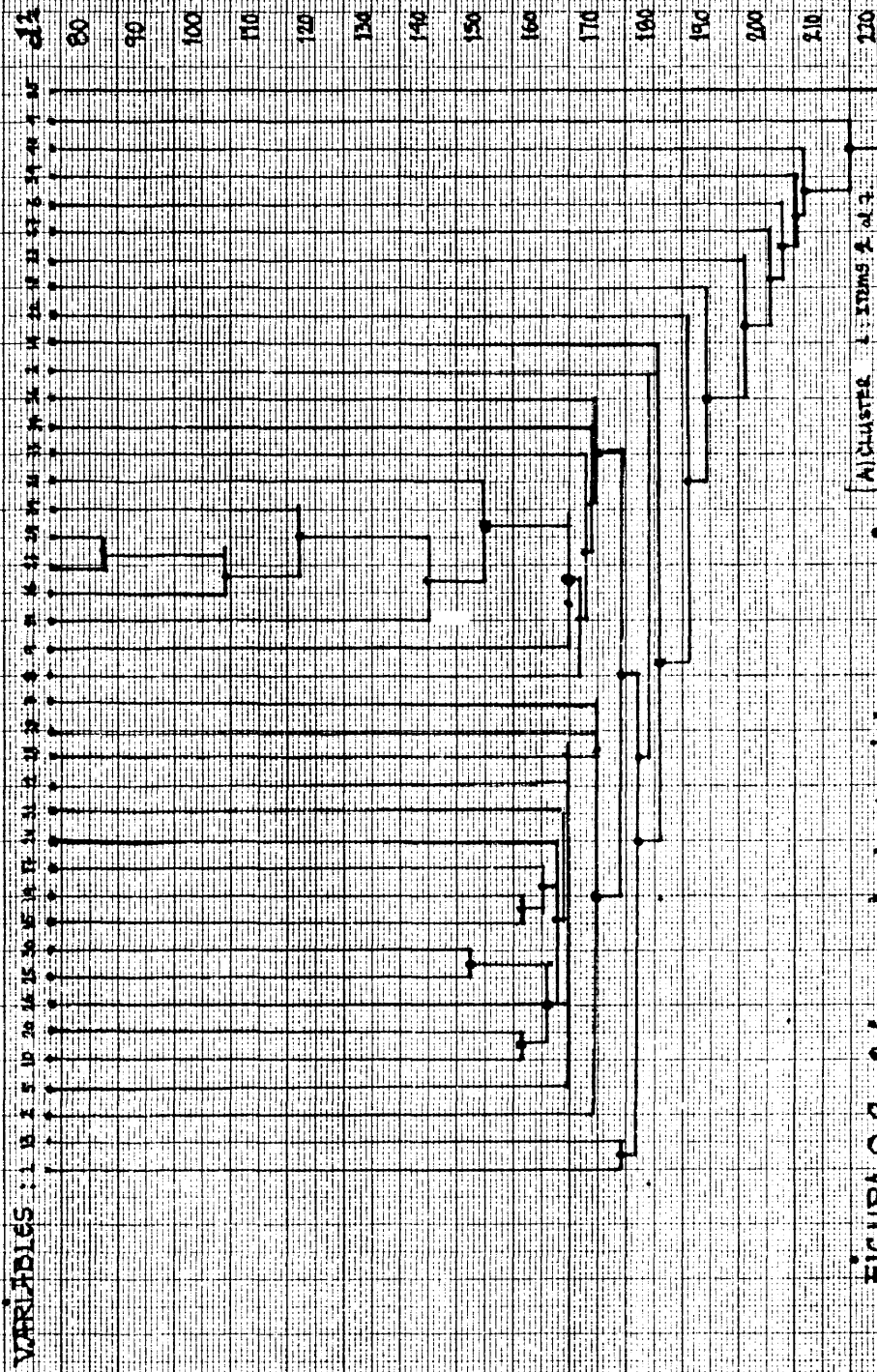


FIGURA 8.3 - Endograma jerárquico Aglomerativo (REI).

#### 8.1.6. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.1.6.1. Se confirman las predicciones de Amón y Yela de que la religiosidad es un constructo multidimensional.

8.1.6.2. La religiosidad aparece aquí como bidimensional : intrínseca y extrínseca.

8.1.6.3. Dentro de la religiosidad intrínseca , Yela halló dos subfactores : activo-vivencial y contemplativo-meditativo. En cuanto a la religiosidad extrínseca también dos factores : extrínseca socioeconómica y extrínseca moral o consoladora.

Ambos factores poseen entre sí una correlación casi nula (.05) (Yela, Homenaje a Aranguren, p. 352).

8.1.6.4. En la presente investigación se han tenido en cuenta sólo dos factores : intrínseco y extrínseco. Sin embargo, en el Análisis factorial (Rotación Varimax) han aparecido tres factores con valor propio mayor de 1.00; no obstante, el tercer factor tiene saturaciones factoriales bajas :  $\leq .46$  y sólo explica el 3% de la varianza común. Otra razón suficiente para eliminar este factor está en que los ítems que más alto saturan en él - también lo hacen en el factor 1 (y con mayores saturaciones).

8.1.6.5. Como se observará, el factor de religiosidad intrínseca contiene - ítems que consideran a la religión como un valor supremo y por encima de - las mismas necesidades económicas y - sociales. Es decir, es un factor que considera a la religión como un valor en sí mismo y no un medio para obtener consuelo, prestigio y/o utilidad (lo contrario ocurre con el factor de religiosidad extrínseca).

La religiosidad intrínseca es - algo vivencial, mientras que la religiosidad extrínseca es únicamente útil para lograr unos fines específicos - - (Amón, 1969, pp. 19 y 20).

8.1.6.6. El coeficiente alpha es muy alto : .89788; lo cual indica que los ítems del Cuestionario REI tienen una alta precisión o representatividad en función de su coherencia o consistencia interna. Es posible que si el REI tuviera los ítems originales el coeficiente alpha hubiera descendido (el coeficiente alpha es función también de la longitud del test; y el REI tiene más ítems que el Cuestionario original).

8.1.6.7. En la figura 8.2. se confirma la estructura bidimensional que el Análisis factorial ha descubierto. (Es evidente que mediante el Cluster Analysis, método correlacional, se obtienen es-

"

estructuras muy similares a las del Análisis Factorial, Rotación Varimax).

8.1.6.8. La rotación Oblimín (método Biquartimín) confirma la estructura que ha descubierto la rotación ortogonal .

8.1.6.9. En la Tabla 1 (Matriz de correlaciones que aparece al final del capítulo) aparece una correlación significativa (no se debe olvidar el  $n$  en la significación de las correlaciones lineales), pero poco relevante entre los dos factores de religiosidad (.18484).

8.2. RESULTADOS Y DISCUSION DE LA ESCALA  
DI.

8.2.1. Estructura factorial de la  
Escala.

Se han seleccionado los dos factores que aparecen con valores propios mayores que 1.000 y con varianza común  $\geq 15.00$ .

8.2.2. Coeficiente alpha.

8.2.3. Representación gráfica de los dos factores (Rotación VARIMAX). (Figura - 8.6.).

8.2.4. "Cluster analysis": método correlacional (Figura 8.4.) y método de las distancias euclidianas (Figura 8.5.).

8.2.5. Discusión de los resultados.

8.2.1. ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DI.-FACTOR I : PREOCUPACION CONSCIENTE POR LA MUERTE  
PROPIA.

Items	Descripción	Varimax	Oblimin
21	Tengo miedo a morir .....	.76400	.80073
16	La posibilidad de mi propia muerte me produce - preocupación .....	.76056	.80457
17	La posibilidad de mi propia muerte me deprime ....	.75507	.79846
20	Veo mi propia muerte como una experiencia dolorosa y horrible .....	.57740	.62234
22	Tengo miedo de estar muerto .....	.54877	.60482
24	Me inquieto cuando pienso en la brevedad de la vida.	.43538	.50497
14	La muerte apenas me inquieta .....	-.41834	-.52597
18	La posibilidad de la muerte de mis seres queridos - me produce inquietud ....	.40337	.43880

\* VALOR PROPIO : 5.71333

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 19

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 51.8

FACTOR II : EVALUACION NEGATIVA DE LA MUERTE.

<u>Items</u>	<u>Descripción</u>	<u>Varimax</u>	<u>Oblimin</u>
8	Pienso en cómo actuarían y se sentirían mis pa - rientes después de mi - muerte .....	.68637	.74042
7	Pienso cómo actuaría si supiera que voy a morir en una fecha determinada	.50751	.57849
5	Tengo fantasías acerca de mi propia muerte ....	.41161	.54834
3	Pienso en morir joven ..	.32170	.48154

\* VALOR PROPIO : 1.73597

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 5.7

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 15.7

8.2.2. COEFICIENTE ALPHA DE LA ESCALA DI.

. 71996

Diagnóstico de Aprendizaje de la Música (Música) - CLUSTER ANALISIS (Método Estadístico)

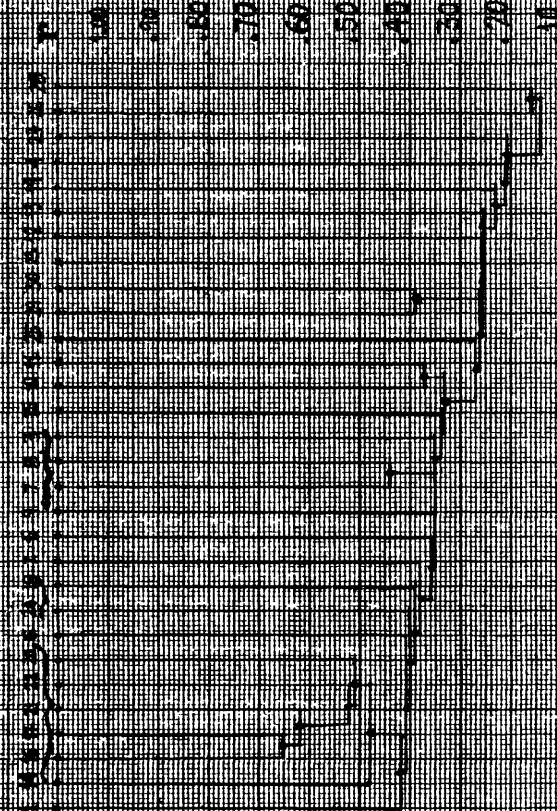


FIGURA B.1 Resumen de los datos de aprendizaje de la música

El número de alumnos que estudian cada instrumento es el mismo, es decir, 100 alumnos por instrumento.

El número de alumnos que estudian cada instrumento es el mismo, es decir, 100 alumnos por instrumento.

DI (ESCALA DE INQUIETUD ANTE LA MUERTE, DICKSTEIN) - CLUSTER ANALYSIS - DISTANCIAS EUCLIDIANAS -

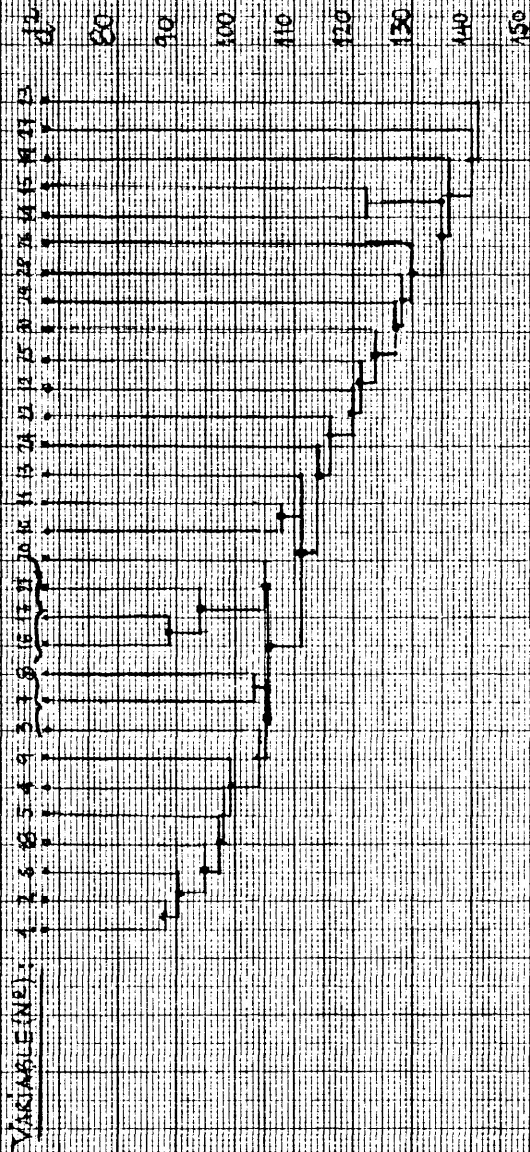
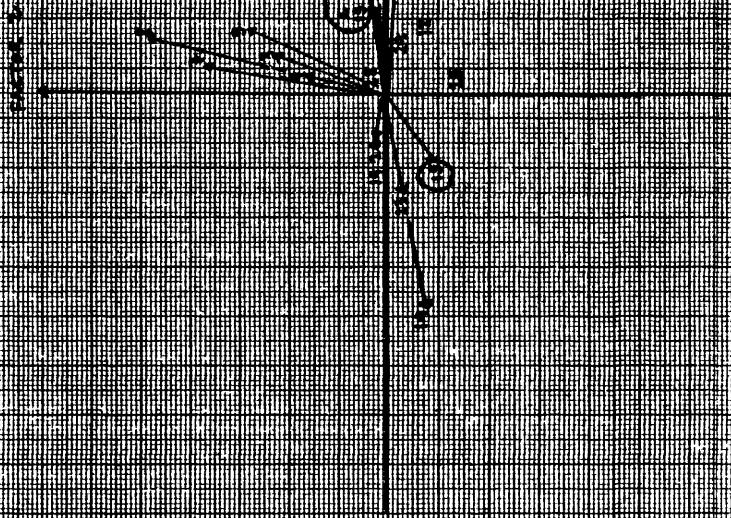


FIGURA 8.5 . Endograma Jerárquico Aglomerativo . Los Clusters con Mayor Similitud son :

- ① Formado por los ítems : 16, 17, 21, 20.
- ② Formado por los ítems : 3, 1, 8.

FIGURA 3.1.1 - Representação gráfica da função f(x) = 2x + 3 (Retreta)



- A função f(x) = 2x + 3 é uma função linear.
- A função f(x) = 2x + 3 é uma função crescente.
- A função f(x) = 2x + 3 é uma função ímpar.
- A função f(x) = 2x + 3 é uma função par.
- A função f(x) = 2x + 3 é uma função simétrica.
- A função f(x) = 2x + 3 é uma função assétrica.

8.2.5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.2.5.1. Pocos son los análisis factoriales que se han realizado con la Escala DI.

8.2.5.2. Se confirman los hallazgos y estructura que Klug y Boss (1976) habían descubierto en la Escala DI. Aparecen los dos factores que estos autores encontraron : evaluación negativa de la muerte y preocupación consciente ante la misma.

8.2.5.3. Los elementos que forman el primer factor se refieren a la preocupación que produce la posibilidad de la muerte personal y - al proceso doloroso terminal. Asimismo, no sólo preocupa la muerte, sino que esa preocupación puede - llegar a producir depresión.

El segundo factor se refiere al modo de actuar que tendrían las personas allegadas después de la muerte de uno ; están presentes aspectos fantásticos.

8.2.5.4. Dickstein (1972) había - apuntado que la preocupación ante la muerte y las medidas de ansiedad sugieren que la preocupación es simplemente una manifestación

de una tendencia más generalizada a estar ansioso.

Ello no significa que preocupación ante la muerte y ansiedad general sean sinónimos. Los sujetos con alta preocupación ante la muerte tenderán a ser más ansiosos. La matriz de correlaciones interfactores indica que la correlación entre preocupación ante la muerte y los dos factores de ansiedad como Rasgo se correlacionan significativamente ( $\alpha = .001$ ); de igual modo ocurre con el segundo factor del DI (Evaluación negativa de la muerte) y los dos factores de la ansiedad Rasgo (Tabla 1, al final del capítulo).

También, pero en menor cuantía, los dos factores del DI se correlacionan significativamente ( $\alpha = .001$ ) con los dos factores de Ansiedad Estado (Tabla 1).

8.2.5.5. Importante, de otro lado, es la correlación que existe entre el primer factor de la DI y el factor de Ansiedad ante la muerte (DAS). La correlación entre ambos factores es de .74704. Lo que significa que la preocupación consciente ante la muerte propia explica el 55,80% de la Ansiedad ante la muerte. (Tabla 1).

8.2.5.6. También existe una correlación significativa entre la preocupación ante la muerte propia y la evitación cognitiva de la muerte de los otros (.5604); de igual modo, existe una alta correlación entre la Escala DI y el temor a las consecuencias de la muerte (-.60274). -- Ambas correlaciones son significativas ( $\alpha=.001$ ) y relevantes.

8.2.5.7. En el primer factor de segundo orden (Rotación Varimax) los dos factores que mayor saturación tienen son la preocupación consciente ante la muerte propia (.87177) y el factor de la DAS (.83650). (Cfr. Tabla 2, al final del capítulo).

8.2.5.8. El coeficiente alpha es alto (.71996). Lo cual significa que la muestra de ítems de la Escala DI es representativa de la población de ítems que miden preocupación ante la muerte; además, significa una alta precisión o coherencia.

8.3. RESULTADOS Y DISCUSION SOBRE EL STAI-SX.2  
(ANSIEDAD COMO RASGO).

8.3.1. FACTORES, COEFICIENTE ALPHA Y CLUS-  
TERS ANALYSIS.

8.3.1.1. Coeficiente Alpha.

8.3.1.2. Factores (Rotaciones Vari  
max y Oblimin).

8.3.1.3. "Cluster Analysis".

- Figura 8.7.

- Figura 8.8.

8.3.1.4. Representación de los dos  
factores (Figura 8.9).

8.3.2. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.3.1. Factores, coeficiente alpha y clusters analysis en el SX-2.

8.3.1.1. Coeficiente alpha : .46871. Lo cual confirma la hipótesis de Nixon y Steffeck. Se rechaza, pues, la hipótesis de Spielberg (Demasiado optimista en sus predicciones).

8.3.1.2. Factores (Rotaciones Varimax y Oblimin.

Los factores encontrados tienen cierta similitud con los hallados por Loo (1979).

FACTOR I: PREOCUPACION OBSESIVA POR TODOS LOS ASUNTOS (Depresión).

Items	Descripción	Varimax (Factor I)	Oblimin (Factor IV)
9	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia....	.64268	.69612
18	Me afectan tanto los engaños que no les puedo quitar de la cabeza .....	.62869	.67321
11	Tomo las cosas muy a pecho .....	.60956	.62595
20	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	.48431	.56162
8	Siento que las dificultades se me amontonan hasta el punto de no poder superarlas .....	.46114	.56646
17	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	.45954	.50013
15	Me siento melancólico ...	.45854	.54442
3	Siento ganas de llorar...	.36232	.43963
4	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo ...	.34955	.42151
5	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	.33486	.43121

\* VALOR PROPIO : 6.18316  
 \* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 30  
 \* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 73

FACTOR II : INSEGURIDAD PERSONAL

Items	Descripción	Varimax (Factor II)	Oblimin (Factor I)
13	Me siento seguro .....	-.72561	-.82591
12	Me falta confianza en mi mismo .....	.70102	.79834
5	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	.45162	.54738
14	Trato de afrontar las crisis y dificultades...	-.41642	-.50506
16	Me siento satisfecho....	-.35982	-.55064
8	Siento que las dificultades se me amontonan hasta el punto de no poder superarlas .....	.33136	.52116
19	Soy una persona estable.	-.30644	-.48266

\* VALOR PROPIO : 1.08095  
 \* de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 5,4  
 \* de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 12,8

# S'YTAI-I (ANSIEDAD COMO DASGO, SPIELBERGER) - CENSIOR ANALISIS - METODO CORRELACIONAL

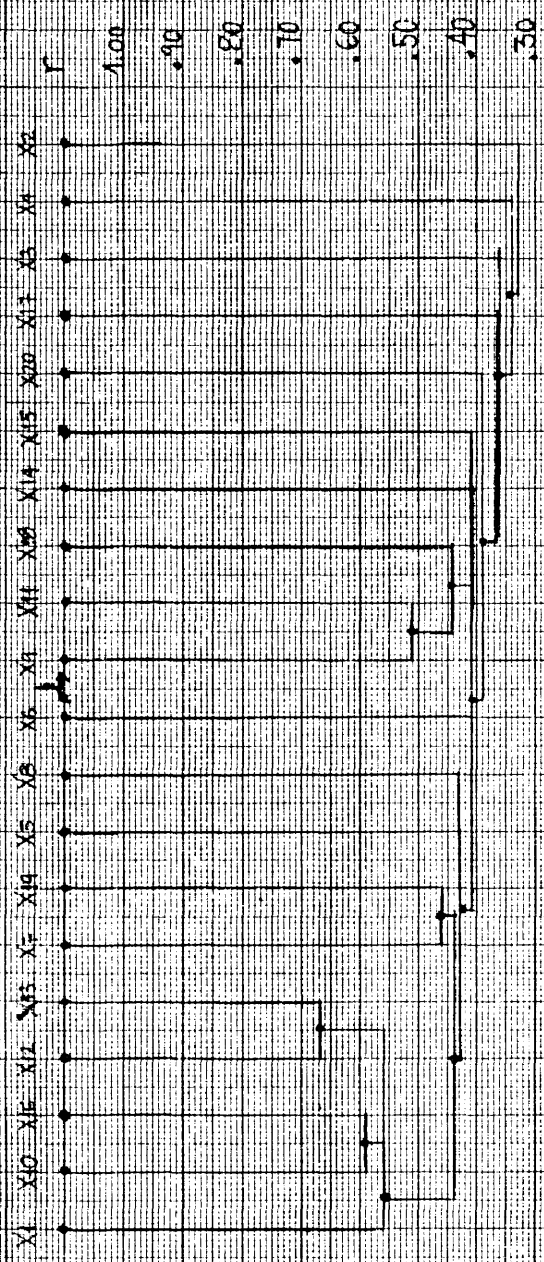
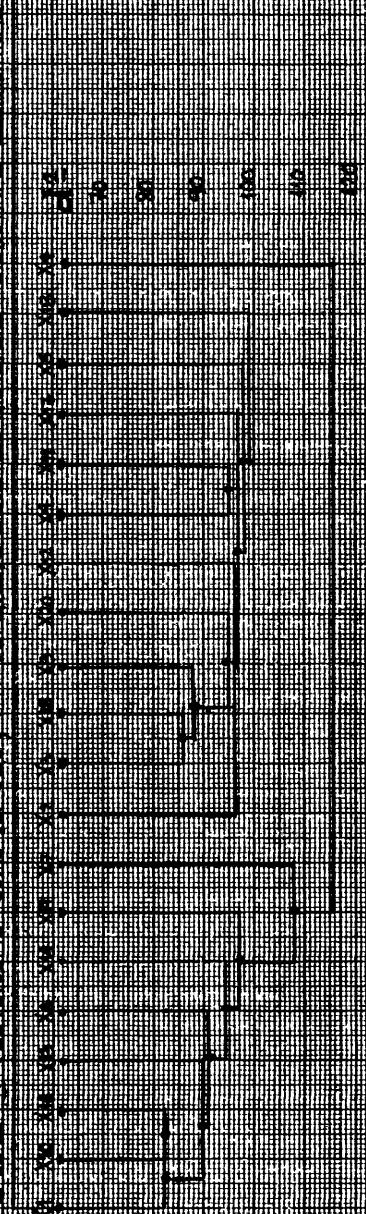


FIGURA 8.7.- Endograma Jerarquico Asimetrico

- Existen dos clusters : a) El formado por los items 9, 11, 18, 14, 15, 20, 17, 3, 4  
 b) Constituido por los items 10, 16, 12, 13, 7, 19, 6.

### STATI UNIFORMI CON BASSO SINDRONE



### PROBLEMA 1.1

Calcolare la somma per k diversi (k < 100) di f(k).

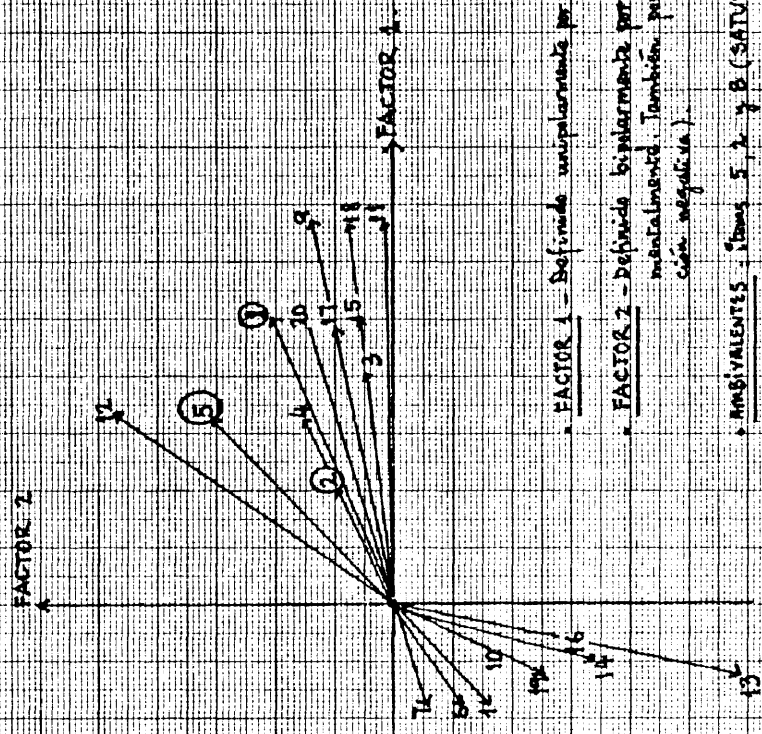
Calcolare la somma per k diversi (k < 100) di f(k)².

Calcolare la somma per k diversi (k < 100) di f(k)³.

Calcolare la somma per k diversi (k < 100) di f(k)⁴.

Calcolare la somma per k diversi (k < 100) di f(k)⁵.

FIGURA 9.- REPRESENTACION DE LOS FACTORES 1 Y 2 del SIAI SX-2 (ROTACION VARIMAX)



- FACTOR 1 - Definido unipolarmente por los ítems: 1, 14, 11, 8, 20, 17, 15
- FACTOR 2 - Definido bipolarmente por los ítems: 12 y 13, fundamen-  
tamentalmente. También por los ítems: 14, 16 (con saturación  
negativa).
- AMBIVALENTES - Ítems 5, 2, y 8. (SATURAN CASI POR IGUAL EN  
AMBOS FACTORES).

### 8.3.2. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.3.2.1. El factor I tiene elementos que implican depresión, tristeza, impotencia y desesperación. Bermúdez (1977, p. 274) habla que este factor lo forman "componentes depresivos".

En cierto modo este factor es similar al obtenido por Bermúdez - (factor IV), aunque con mayor varianza total explicada.

La razón de esta divergencia es lógica. Bermúdez verificó el análisis factorial de los 40 ítems de que consta el STAI. Sin embargo, en la presente investigación se aplicaron las dos subescalas del STAI por separado.

8.3.2.2. El factor II, que aparece en este trabajo, es claramente un - factor de inseguridad personal. Los dos ítems que saturan más alto son el ítem 12 : Me falta confianza en mí - mismo (.70102) y el ítem 13 : Me siento seguro (-.72561).

8.3.2.3. El coeficiente de fiabilidad es moderada (más bien moderada baja): .46871. Coincide con los hallazgos - de Nixon y Steffeck (1977).

8.3.2.4. Kendall y otros (1976) encontraron que el rasgo de ansiedad es unidimensional.

Pues bien, en el análisis factorial de segundo orden, que se ha realizado en este trabajo, queda confirmada tal hipótesis. Ambos factores constituyen el factor V en el análisis de segundo orden; las saturaciones de ambos factores en el factor V son, respectivamente : .61165 y .74280.

8.3.2.5. Los dos factores del STAI-SX.2 se hallan muy interrelacionados (Tabla 1) y ambos factores saturan altamente en el factor III de segundo orden (Tabla 2), lo que indica que la Ansiedad como Rasgo es unidimensional.

8.4. ESTRUCTURA Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA L-1.

8.4.1. Estructura factorial del L-1.

8.4.2. Coeficiente alpha del L-1.

8.4.3. "Clusters Analysis": Figura 8.10.

Figura 8.11.

8.4.4. Representación de los factores : Figura 8.12.

Figura 8.13.

Figura 8.14.

8.4.5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS DEL L-1.

## 8.4.1. Estructura factorial del L-1.

FACTOR I : EVITACION COGNITIVA DE LA MUERTE DEL OTRO.

Items	Descripción	Varimax (FactorI)	Oblimin (FactorII)
31	Si un amigo se estuviera muriendo, no quisiera ser informado .....	.65693	-.66245
16	Si un amigo se estuviera muriendo, me gustaría saberlo .....	-.60157	.60469
24	Si tuviera una enfermedad mortal, me gustaría ser informado de ello .....	-.53973	.56227
10	Si pudiera elegir entre informar a un(a) amigo(a) de que se está muriendo, le informaría .....	-.40604	.43878
25	Visitaría a un(a) amigo(a) en su lecho de muerte....	-.36118	.42862
11	Evitaría a un amigo moribundo .....	.34480	-.38982

\* VALOR PROPIO : 4.94452

\* de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 13.73

\* de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 41.7

FACTOR II : ACEPTACION DE LA MUERTE PROPIA.

Items	Descripción	Varimax (FactorII)	Oblimin (FactorIII)
28	No me inquieta el que la muerte sea el fin de la vida tal como yo la conozco.	.61933	.65434
14	Veo la muerte como una liberación del sufrimiento - terrenal .....	.48470	.45671
6	No me importaría morir joven .....	.47926	.47985
26	No me molesta la idea de que nunca más pensaré, ni sentiré cuando muera .....	.47007	.50985
17	Me inquieta la brevedad de la vida .....	-.40045	-.45802

Items	Descripción	Varimax (FactorII)	Oblimin (FactorIII)
1	Evitaría la muerte a toda costa .....	-.39013	-.40607
12	El morir podría ser una - interesante experiencia..	.38068	.37619
4	Me atemoriza el aislamien to de la muerte .....	-.35287	-.42291

\* VALOR PROPIO : 1.86969

\* de VARIANZA TOTAL EXPLICADA: 5.19

\* de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 15.8

FACTOR III : TEMOR A LAS CONSECUENCIAS DE LA MUERTE DEL  
OTRO.

Items	Descripción	Varimax (FactorIII)	Oblimin (Factor V)
19	Nunca me repondría después de la muerte de una perso- na querida .....	.65953	-.66679
9	No me adaptaría fácilmente después de la muerte de una persona querida .....	.61206	-.67169
32	No podría aceptar el carác- ter final de la muerte de - un amigo .....	.37887	-.46017

\* VALOR PROPIO : 1.39467

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 3.87

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 11.8

FACTOR IV: TEMOR AL PROCESO DEGENERATIVO PERSONAL.

Items	Descripción	Varimax (FactorIV)	Oblimin (FactorI)
36	Me inquieta la idea de que mis capacidades estarán limitadas mientras me estoy muriendo.....	.50095	.51380
5	Me molesta la degeneración física que conlleva una muerte lenta ....	.48962	.51056
30	Me molesta la degeneración intelectual de la vejez .....	.48214	.48239
15	Me asusta el dolor del morir .....	.47115	.49174
17	Me inquieta la brevedad de la vida .....	.44279	.48285
4	Me atemoriza el aislamiento total de la muerte ..	.42895	.44358
20	Me molesta pensar en todas las cosas que no podría hacer después de la muerte .....	.40674	.45014
35	No quisiera ver la degeneración física de un(a) amigo(a) que se estuviera muriendo .....	.38584	.45014

\* VALOR PROPIO : 1.17762

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 3.27

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 9.9

8.4.2. Coefficiente Alpha-L-1.

.70519

# Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

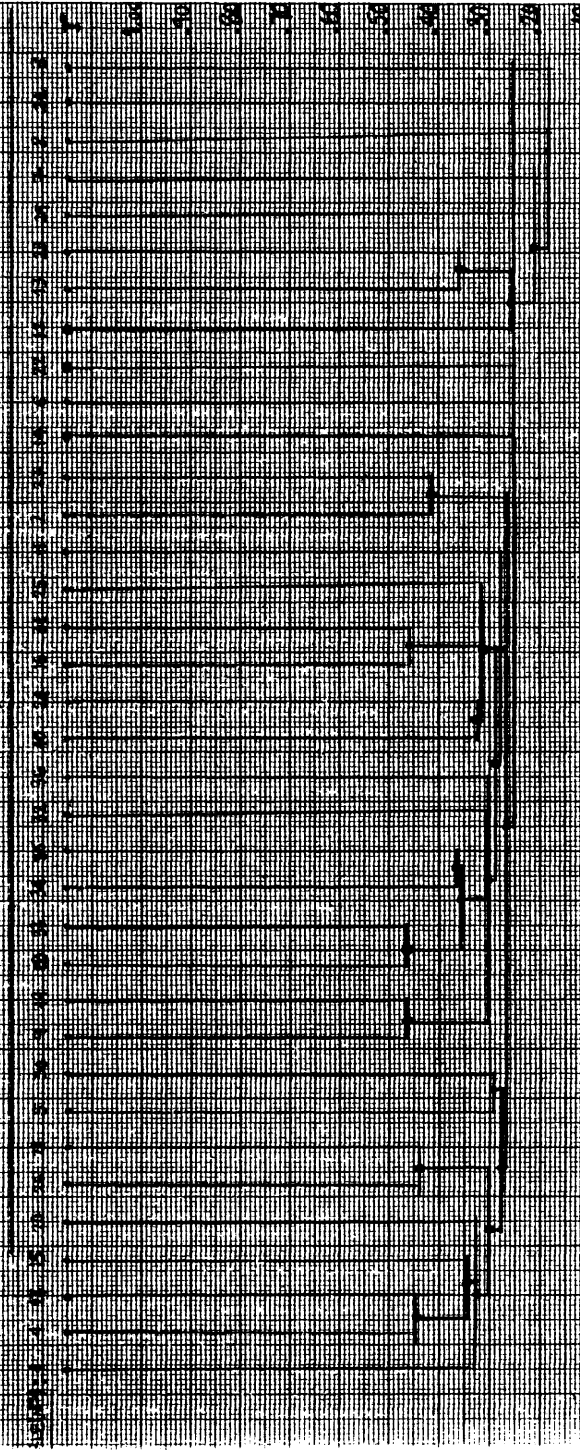


FIGURE 1. Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

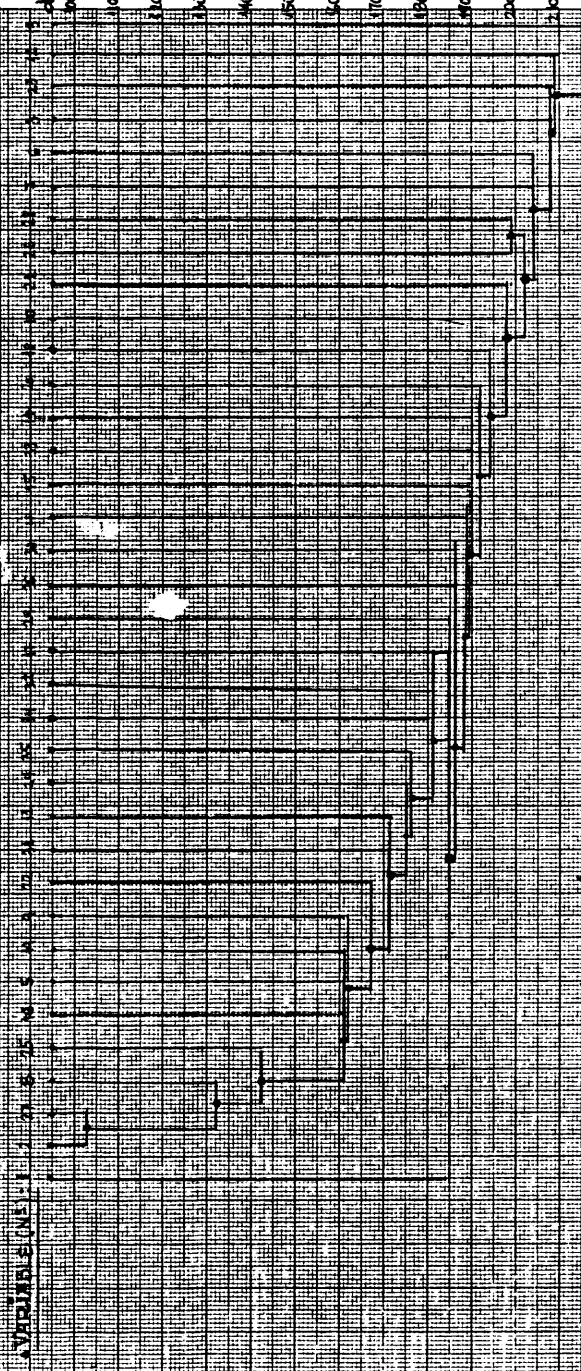
Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

Cluster Analysis of the 1980s - 1990s

## CLUSTERS

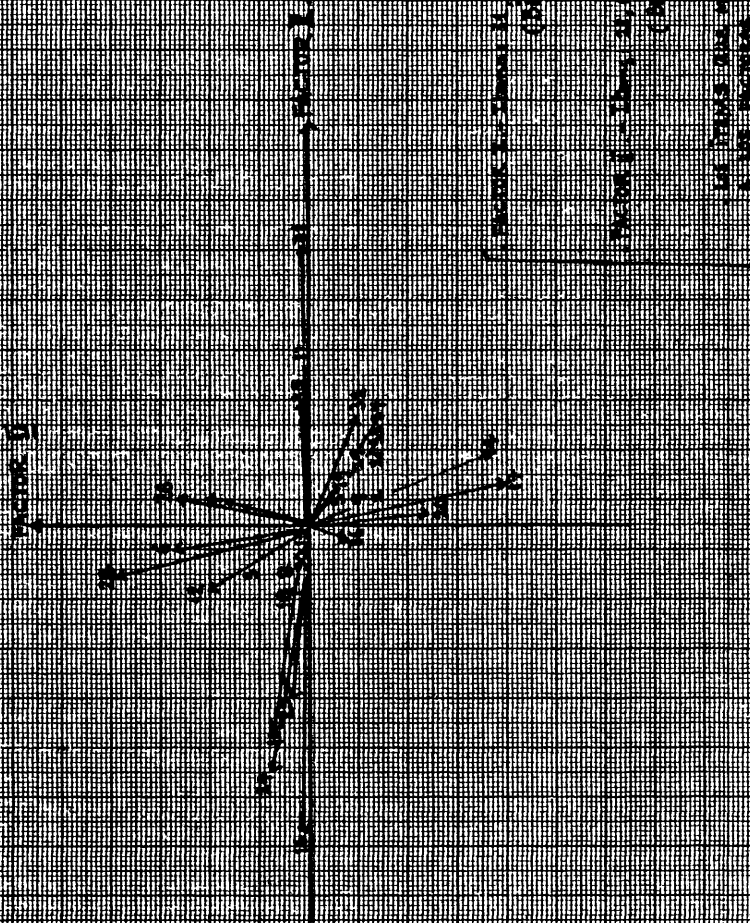
# Plan (Escala de 1:200) Ante la Museo (Ante) - Escuela Nueva, Instalación de Electricidad



Escuela Nueva, Instalación de Electricidad

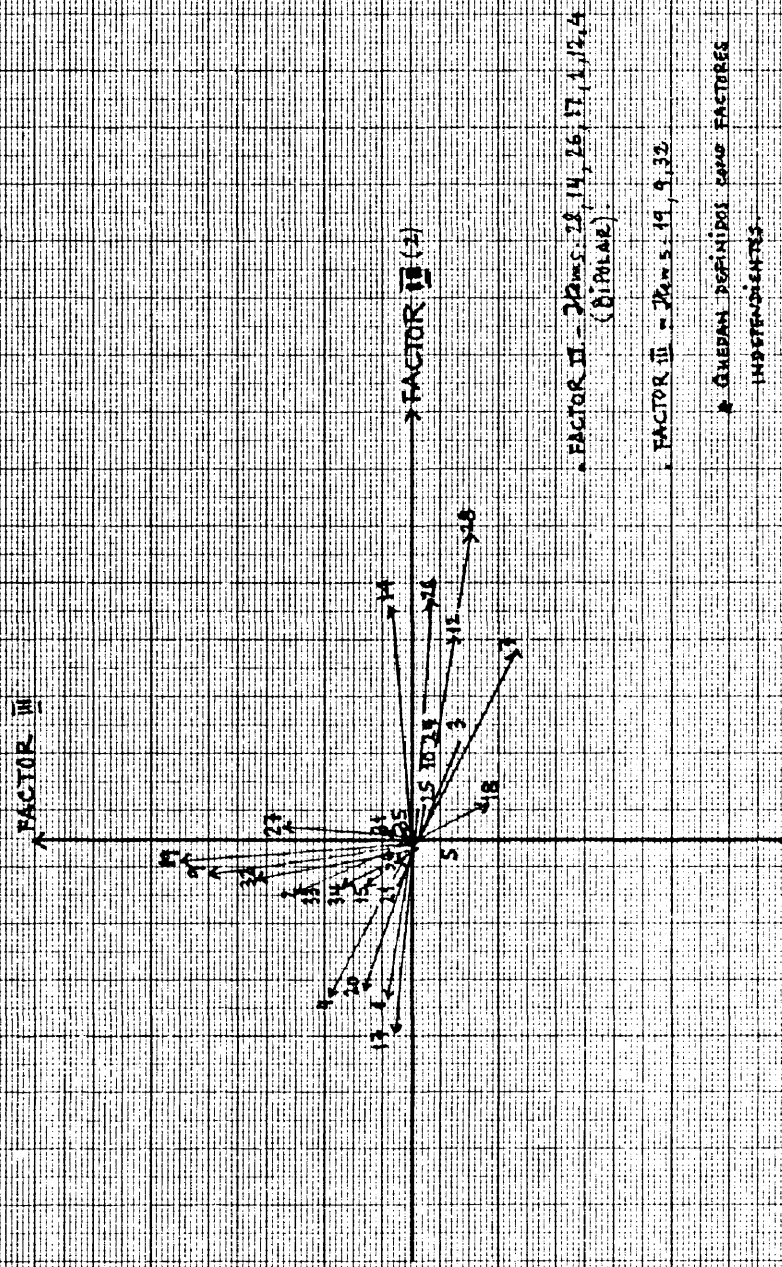
100' EASTON "WASH. DISTRICT"

FIGURA 1111 - REPRESENTACIÓN DE LOS FACTORES I, II Y III DEL I-VI



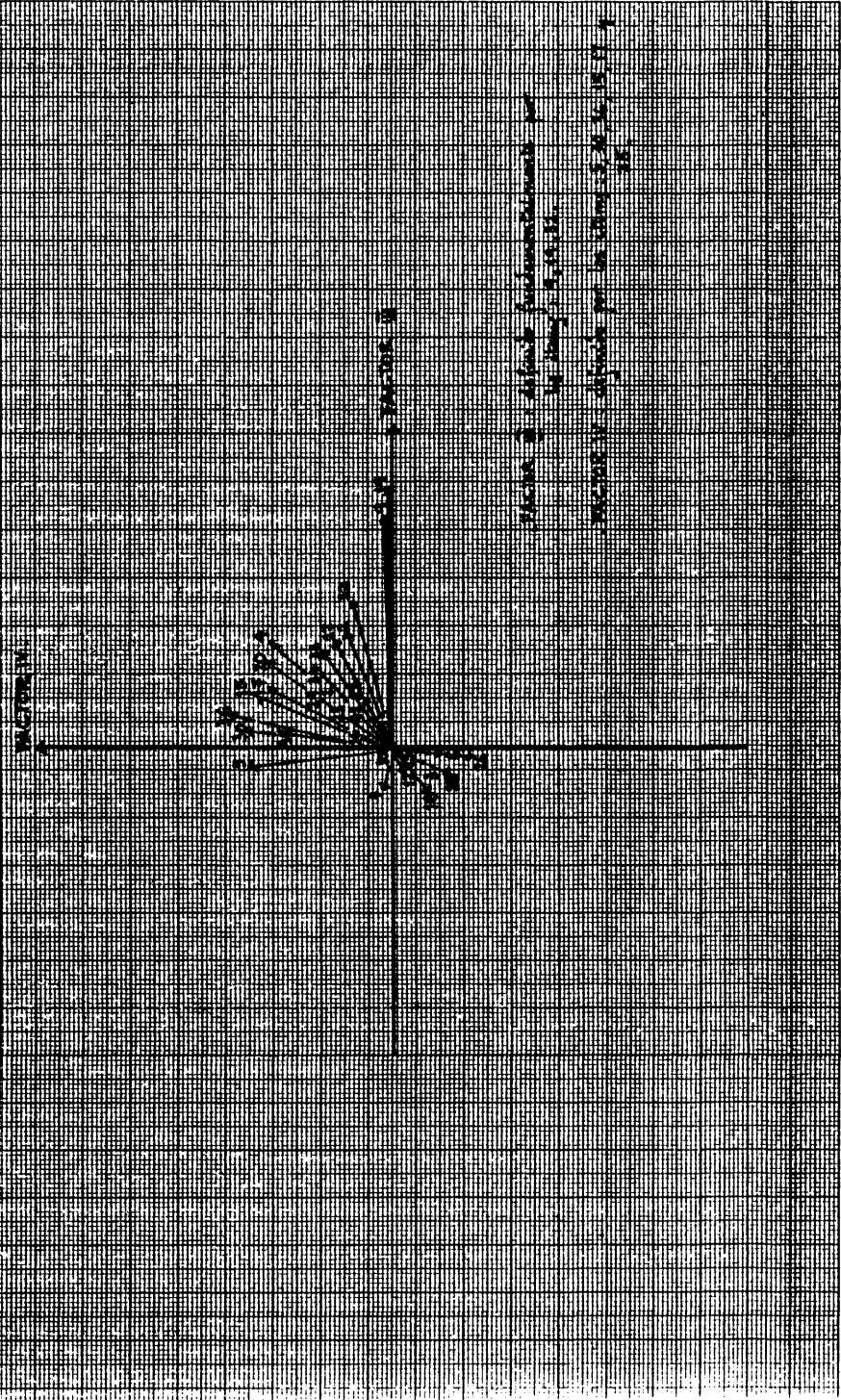
Factor I - Dimension I (D1-D10-AZ)  
Factor II - Dimension II (D1-D10-AZ)  
Factor III - Dimension III (D1-D10-AZ)

FIGURA 8.15.- REPRESENTACIÓN DE LOS FACTORES II Y III. Lr.1.



FOR "BAKTOR" MARKA REGISTRADA

FIGURA 8-14. Representación en el plano complejo de los polos y ceros de la función de transferencia  $H(s)$ .



El sistema es estable ya que todos los polos están en el semiplano izquierdo del plano complejo.

El sistema es de tipo 0 ya que no hay polos en el origen.

#### 8.4.5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS DEL L-1.

8.4.5.1. Pocos son los análisis factoriales que se han realizado para estudiar la estructura de la Escala de Temor ante la muerte (L-1).

8.4.5.2. El autor de la Escala (Lester) realizó un análisis factorial de la misma. La muestra no es muy representativa, ya que seleccionó 241 mujeres. Utilizó el paquete BMDP 3M. No indica qué método de rotación utilizó.

8.4.5.3. Sería un sesgo grande el intentar establecer comparaciones válidas entre los hallazgos que obtuvo Lester y los que aparecen en este trabajo. La razón fundamental estriba en que aquí no se han verificado análisis factoriales por sexos y, además, se desconoce el modo de rotación factorial.

8.4.5.4. Sin embargo, sí podemos afirmar que la estructura que a priori estableció Lester no se confirma con exactitud. Este autor afirmó que existen cuatro tipos de temores : muerte propia y ajena; morir propio y morir de otros. Los cuatro factores que aparecen en este análisis factorial divergen bastante de tal teoría.

"

8.4.5.5. En el análisis factorial de segundo orden, los tres primeros factores del L-1 forman parte de un primer factor. Las saturaciones de los tres factores son: factor I (.61312); factor II (-.42621) y factor III (-.68113) (Tabla 2). Lo cual indica que es bidimensional. El cuarto factor tiene una correlación casi nula con los otros tres factores (Tabla 1).

8.4.5.6. El coeficiente de fiabilidad alpha del L-1 es bastante alto (.70519), dado que el Cuestionario es "a priori" heterogéneo. Ello quiere decir que el Cuestionario L-1 está compuesto por ítems que representan bien a la población de ítems que hacen relación al temor acerca de la muerte.

8.5. ESTRUCTURA Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS  
DE LA ESCALA STAI-SX.1 (Ansiedad como Es  
tado).

8.5.1. Estructura factorial del STAI-SX.1

8.5.2. Coeficiente de fiabilidad alpha  
del SX.1.

8.5.3. "Analysis Clusters" del L-1 :  
Figura 8.15.

Figura 8.16.

8.5.4. Representación de los factores  
del SX.1.: Figura 8.17.

8.5.5. Discusión de los resultados.

8.5.1. ESTRUCTURA FACTORIAL DEL STAI-SX.1FACTOR I : INQUIETUD ANTE LA SITUACION "STRESSANTE".

Items	Descripción	Varimax	Oblimin
13	Me siento agitado .....	.83428	.86706
12	Me siento nervioso .....	.80752	.84487
6	Me siento alterado .....	.74306	.78929
3	Estoy tenso .....	.66567	.72998
18	Me siento muy excitado y aturdido .....	.64514	.72381
14	Me siento excitable .....	.63926	.69638
9	Me siento ansioso .....	.55991	.63461
1	Me siento calmado .....	-.54057	-.67831
4	Estoy contrariado .....	.49858	.59098
15	Me siento reposado .....	-.42971	-.60005
17	Estoy preocupado .....	.42283	.59358
7	Estoy preocupado por algún posible contratiempo .....	.33504	.47606
8	Me siento descansado .....	-.31911	-.48874

\* VALOR PROPIO : 8.60604

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 43.03

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 78.2

FACTOR II : TRANQUILIDAD ANTE LA SITUACION "STRESSANTE".

Items	Descripción	Varimax	Oblimin
20	Me siento bien .....	.73796	.80133
5	Estoy a gusto .....	.70241	.74652
16	Me siento satisfecho..	.68006	.72147
10	Me siento confortable.	.67987	.71429
15	Me siento reposado ...	.65028	.74256
19	Me siento alegre .....	.64760	.64119
2	Me siento seguro .....	.59486	.69412

.../...

<u>Items</u>	<u>Descripción</u>	<u>Varimax</u>	<u>Oblimin</u>
8	Me siento descansado ....	.59919	.67814
11	Tengo confianza en mi mismo .....	.55316	.60668
1	Me siento calmado .....	.54389	.67412

\* VALOR PROPIO : 1.73866

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 8.69

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 15.8

8.5.2. COEFICIENTE DE FIABILIDAD ALPHA DEL SX.1

.62835



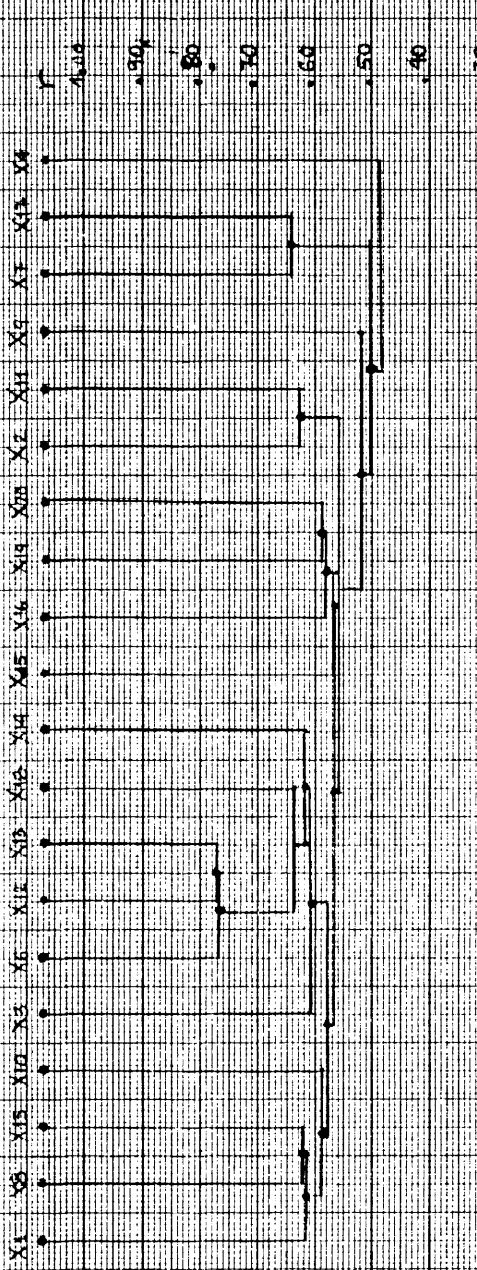
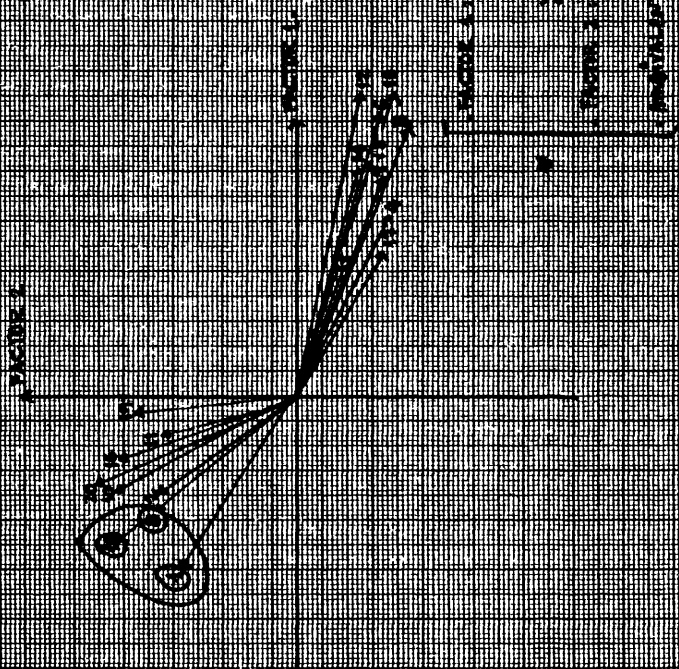


FIGURA 111 - Encograma Jerarquico e Implementativo

- A Items 1, 8, 15, 10 (Subgrupo 8, 15)
- B Items 6, 12, 13, 18, 14 (Subgrupo 12, 13)
- C Items 5, 16, 19, 20 (Subgrupo 19, 20)
- D Items 2, 11
- E Items 7, 17

Existen varios clusters

# FIGURA 11. REPRESENTACION DE LOS FACTORES 1 Y 2 DEL TEST SIX-1



FACTORES 1 y 2 del Test SIX-1  
C = 1.00  
D = 0.85  
E = 0.80  
F = 0.75  
G = 0.70  
H = 0.65  
I = 0.60  
J = 0.55  
K = 0.50  
L = 0.45  
M = 0.40  
N = 0.35  
O = 0.30  
P = 0.25  
Q = 0.20  
R = 0.15  
S = 0.10  
T = 0.05  
U = 0.00  
V = -0.05  
W = -0.10  
X = -0.15  
Y = -0.20  
Z = -0.25

#### 8.5.5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.5.5.1. Aparecen dos factores con valor propio mayor de 1.00. El factor I corresponde al concepto ordinario y clásico de ansiedad : estado que se define por la tensión, preocupación, inquietud ...

Coincide, casi enteramente, con el factor I general hallado por Bermúdez (1977, p. 277) en su tesis doctoral.

8.5.5.2. El factor II es definido como "Tranquilidad ante la situación stressante"; es muy similar al factor II (general) de Bermúdez (1977, p. 278). Sería un factor cuyo componente más relevante es la tranquilidad y la confianza en uno mismo ante la situación "stressante".

8.5.5.3. Cuando se habla de situación "stressante se quiere significar que - el STAI-SX.1 (Ansiedad como Estado) manifieste la ansiedad como estado ante los Cuestionarios que hablan del tema de la muerte. (De ahí que se incluyera el SX.1 después del DI: (Preocupación - ante la muerte) y L-1: (Temor ante la muerte).

8.5.5.4. En el análisis factorial de segundo orden (Tabla 2) los dos facto-

res que aparecen en el análisis de primer orden constituyen un único factor (el factor III). Las saturaciones de ambos factores son a) factor I : .62389.

b) factor II: -.92715.

Es decir, constituyen un factor bipolar, lo que indica que la Ansiedad Estado es unidimensional.

8.5.5.5. La fiabilidad de esta Subescala del STAI es bastante más alta que la del SX.2 (Rasgo) : .62835 frente a -- .46871. Lo que indica una aceptable fiabilidad.

Nixon y Steffeck (1977) encon-traron una baja fiabilidad test-retest.

8.6. ESTRUCTURA Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DAS (Ansiedad ante la muerte).

8.6.1. FACTOR DE LA ESCALA DAS.

8.6.2. VALOR DEL COEFICIENTE ALPHA.

8.6.3. "ANALYSIS CLUSTER" DE LA DAS.

8.6.4. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.6.1. ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DAS.FACTOR I : ANSIEDAD (TEMOR) GENERAL ANTE LA MUERTE  
PROPIA.

<u>Items</u>	<u>Descripción</u>	<u>Varimax</u>	<u>Oblimin</u>
7	No estoy preocupado con la idea de la muerte.....	-.57265	-.63045
1	Me da mucho miedo morir ...	.47405	.56390
3	No me pone nada nervioso(a) que la gente hable de la - muerte .....	.46022	.49039
5	No tengo ningún miedo a mo- rir .....	.45195	.53972
2	Rara vez pienso en la muer- te .....	.41889	.45439

\* VALOR PROPIO : 2.90123

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 19.34153

\* % de VARIANZA COMUN EXPLICADA : 64.8

8.6.2. VALOR DEL COEFICIENTE ALPHA.

. 48543

DAS (ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE, TEMPLER) - CLUSTER ANALYSIS - DISTANCIAS EUCLIDIANAS

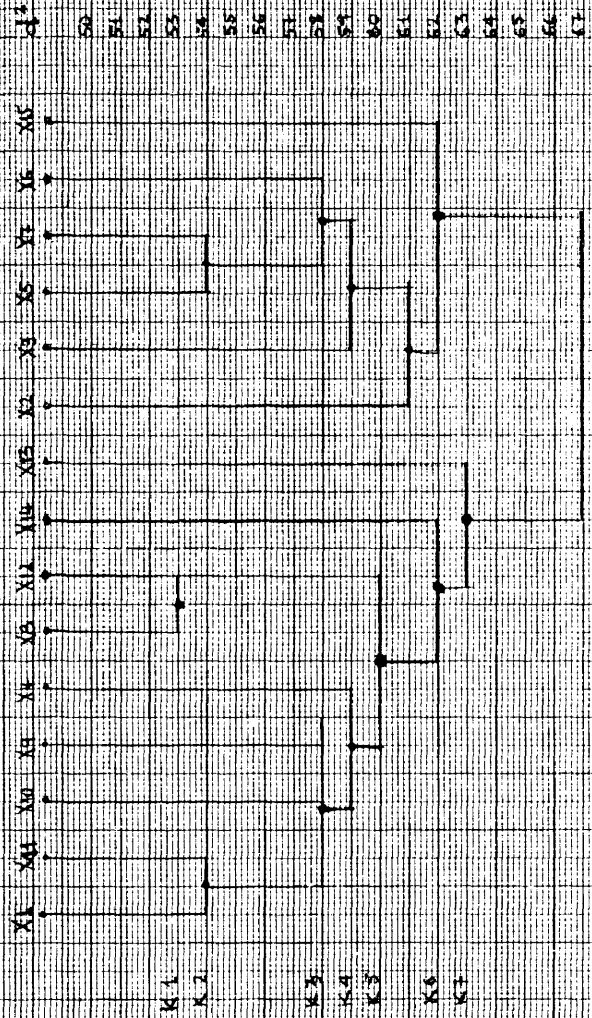


FIGURA 8.18.- ENDOGRAMA JERÁRQUICO AGLOMERATIVO.

(A) Compuesto de los Items: 1, 11, 10, 9, 4, 8, 12, 14, 13 → SUBGRUPO 1 : Items 1, 11  
 (B) Compuesto de los Items: 2, 3, 5, 7, 6, 15 → SUBGRUPO 2 : Items 8, 12

• APARECEN DOS CLUSTERS BIEN DIFERENCIADOS

DAS (ESCALA DE ANOMALIA) EN EL MUNICIPIO DE TEMPLER, 1910.  
Cálculo Clusius - Método Computacional.

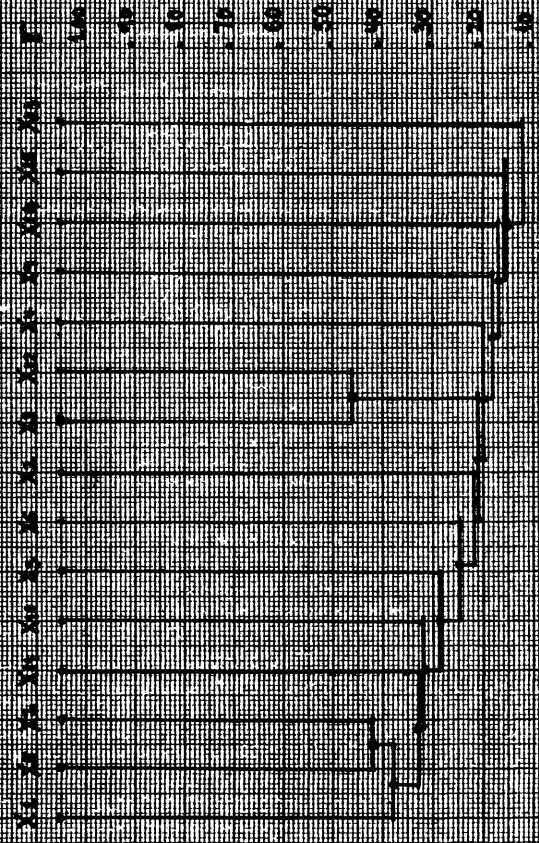


FIGURA 8.19. - Ecuación aritmética / Altimetría

Apuntes de Clusius N.º 2000 57.1.11.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.101.102.103.104.105.106.107.108.109.110.111.112.113.114.115.116.117.118.119.120.121.122.123.124.125.126.127.128.129.130.131.132.133.134.135.136.137.138.139.140.141.142.143.144.145.146.147.148.149.150.151.152.153.154.155.156.157.158.159.160.161.162.163.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176.177.178.179.180.181.182.183.184.185.186.187.188.189.190.191.192.193.194.195.196.197.198.199.200.

#### 8.6.5. DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

8.6.5.1. A pesar de ser una de las Escalas más utilizadas, los análisis de su estructura han sido bastante precarios.

8.6.5.2. Solamente en los últimos años se han verificado análisis factoriales : Warren y Chopra(1979), Lonetto y otros (1979), Ramos (1981).

8.6.5.3. En general, se han encontrado varios factores en la DAS, - por lo que se ha hablado de multidimensionalidad de la misma.

8.6.5.4. A pesar de ello, en esta - investigación no se confirma tal - multidimensionalidad.

Solamente aparece un factor con valor propio mayor o igual a - 1.000 : Ansiedad (temor) general an te la muerte propia (Explica el 19,34153% de la Varianza total).

8.6.5.5. El segundo factor (Rotación Varimax) solamente explica el 4,5% de la Varianza Total y, con secuentemente, el valor propio es de .67593.

El tercer factor (Rotación Varimax) tiene un valor propio -- .53064. De ahí que estos factores queden eliminados en la elección de los factores de la Escala DAS.

8.6.5.6. En consecuencia, sólo se admite el factor I de la DAS. Dicho factor coincide, en parte, con los factores I y II de Warren y Chopra (1979) y con el factor I de la investigación de Devins (1979).

8.6.5.7. Templer halló una consistencia interna de .76. En la presente investigación aparece un coeficiente alpha de .48543 (mediana precisión), dado el número de ítems -- de la Escala (15 ítems).

8.6.5.8. Esta Escala ofrece ciertos problemas que ya se han apuntado :

a) La forma negativa reiterada con que se formulan varios ítems.

b) Las alternativas dicotómicas - que se ofrecen en todos y cada uno - de los ítems.

c) La mezcla que el autor hace de los constructos temor y ansiedad ante la muerte.

8.6.5.9. Estos problemas pueden haber influido en los resultados que se han obtenido tanto en el análisis factorial como en la obtención del coeficiente alpha.

8.6.5.10. El factor de la DAS aparece en el primer factor de segundo orden (Tabla 2) con una alta saturación -- (.83650). Este factor de segundo orden es bipolar y se podría definir como - "Temor ante la muerte personal y por - las consecuencias de la muerte".

8.7. CORRELACIONES ENTRE LOS FACTORES Y ENTRE DIVER-  
SAS VARIABLES. (ANALISIS FACTORIAL DE SEGUNDO OR-  
DEN).

TERMINOLOGIA:

NOMENCLATURA	DESCRIPCION DE LAS VARIABLES Y FACTORES	CUESTIONARIO (FACTOR)
X1	Edad .....	CAM
X2	Sexo .....	CAM
X3	Estudios .....	CAM
X6	Ingresos .....	CAM
X8	Frecuencia de las prácticas religiosas .....	CAM
X9	Experiencias ante la muerte de un amigo o familiar .....	CAM
X10	Experiencia "Personal" ante la muerte .....	CAM
X13	Religiosidad intrínseca ...	REI-1
X14	Religiosidad extrínseca ...	REI-2
X15	Preocupación consciente por la muerte propia .....	DI-1
X16	Evaluación negativa de la muerte .....	DI-2
X17	Preocupación obsesiva por todos los asuntos .....	SX-2.1
X18	Inseguridad personal .....	SX-2.2
X19	Evitación cognitiva de la muerte del otro .....	L-1.1
X20	Aceptación de la muerte pro pia .....	L-1.2
X21	Temor a las consecuencias de la muerte del otro ....	L-1.3
X22	Temor al proceso degenerati vo personal .....	L-1.4
X23	Inquietud ante la situación "stressante" .....	SX-1.1
X24	Tranquilidad ante la situa ción "stressante" .....	DAS
X25	Ansiedad (Temor) general an te la muerte propia .....	DAS

CORRELATION COEFFICIENTS.(ANÀLISIS FACTORIAL DE 2º ORDEN)

TABLA 1

	X1	X2	X3	X6	X8	X9	X10	X13	X14	X15
X1	1.00000	-.03272	-.36563	-.46490	-.22892	.04822	.09364	.27687	.28841	-.03191
X2	-.03272	1.00000	-.01907	.09613	-.01085	.01509	-.04322	.00623	.00519	.18764
X3	-.36563	-.01907	1.00000	.22062	.02831	-.01469	-.04281	-.04003	-.12647	-.03184
X6	-.46490	.09613	.22062	1.00000	-.08001	-.06580	-.10428	.01256	-.07259	.02397
X8	-.22892	-.01085	.02831	-.08001	1.00000	.00067	-.02215	-.76615	-.16053	.06477
X9	.04822	.01509	-.01469	-.06580	.00067	1.00000	-.02195	-.02398	.00074	-.00023
X10	-.03272	-.04322	-.04281	-.10428	-.02215	.02195	1.00000	.03400	-.00468	-.04633
X13	.27687	.00623	-.04003	.01256	-.02398	.02398	.05400	1.00000	1.8484	-.06713
X14	.28841	-.12647	-.07259	-.07259	-.00074	-.00074	-.00468	1.8484	1.00000	1.9523
X15	-.03191	.02397	-.03184	.02397	-.00023	-.00023	-.04633	-.06713	1.9523	1.00000
X16	-.33558	.11085	-.02008	.10193	-.03479	-.01218	.05519	.05316	.07852	.43496
X17	-.19314	.15395	.03588	.20897	-.02821	-.02821	-.06565	-.18278	.06982	.31636
X18	-.02923	.11220	-.04944	.12948	.00861	-.03734	.01332	.22934	.22934	.32639
X19	-.03286	.28765	-.03593	.00861	.13774	.00190	-.07536	-.08356	.15555	.56040
X20	.00377	-.15959	-.03669	-.02772	-.15304	-.01409	.11410	.18591	-.13176	-.33127
X21	.18246	-.08678	-.09619	-.01409	-.022074	-.00233	-.07853	.24521	-.00865	-.60274
X22	.12378	-.02530	-.02285	.05642	-.01743	-.04915	-.07885	-.06067	-.06887	-.08024
X23	-.00415	.18246	-.08678	-.01743	-.04915	-.03464	-.09087	.19627	.11377	.18807
X24	.18052	.20877	-.06549	-.13397	-.16717	-.09181	-.07872	.19627	-.02556	-.25993
X25	-.00530	.20877	-.03701	.03545	-.00284	-.00284	-.07872	-.06580	.21474	.74704
X16		X17	X18	X19	X20	X21	X22	X23	X24	X25
X1	-.03558	-.19314	-.02923	-.03286	.00377	.18246	.12378	-.00415	.18052	-.00530
X2	.11085	.15395	.11220	.28765	-.15959	-.08678	-.02530	.05856	-.16579	.20877
X3	.02008	.03588	-.04944	-.03593	.03669	-.09619	-.08638	-.02285	-.06549	-.03701
X6	.10193	.20897	.12948	.00676	-.02772	-.04584	-.15092	.05251	-.13397	.03545
X8	-.03479	.14085	.00861	.13774	-.22074	-.01768	.0542	-.04915	-.16717	.08181
X9	-.01218	-.02821	-.03734	-.00190	-.01409	-.00233	-.01743	-.04915	.03464	-.00284
X10	.05519	-.06565	-.04372	-.07536	.11410	.07853	-.07885	-.00301	.09087	-.00284
X13	.05316	-.18278	.01332	-.08226	.18591	.24521	-.06067	-.05274	.19627	-.06580
X14	.07852	.06982	.22934	.15555	-.13176	-.00865	-.06887	.11377	-.02556	.21474
X15	.43496	.31636	.32639	.56040	-.33127	.60274	-.08024	.1807	-.25993	.74704
X16	1.00000	.31131	.34348	.26755	-.08871	.10604	-.30441	.18020	-.18694	.41278
X17	.31131	1.00000	.69090	.32840	-.25062	-.15836	-.13229	.40150	-.62130	.30903
X18	.34348	.69090	1.00000	.35700	-.22907	-.12356	-.12781	.43127	-.43605	.35194
X19	.26755	.32840	.35700	1.00000	-.27207	-.37773	-.04960	.19959	-.30890	.56214
X20	-.08871	-.25062	-.22907	-.27207	1.00000	.32203	-.08559	-.17504	.23921	-.37464
X21	-.10604	-.15836	-.12356	-.37773	.32203	1.00000	-.04208	.07158	.17522	-.53903
X22	-.30441	-.13229	-.12781	-.04960	-.08559	-.04208	1.00000	-.08439	.05701	-.08439
X23	.40150	.43127	.43127	.19959	-.04208	.07158	-.08439	1.00000	-.64510	.23853
X24	-.18694	-.62130	-.43605	.17522	-.08439	-.07158	-.08439	-.64510	1.00000	-.28417
X25	.41278	.30903	.35194	.56214	-.37464	-.53903	-.08487	.23853	-.28417	1.00000

# TABLA 2.

ANALISIS FACTORIAL. SEGUNDO ORDEN. SALVADOR.

FILE NONAME (CREATION DATE = 07/17/81)

## VARIMAX ROTATED FACTOR MATRIX

	FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6
X1	-.05906	.23999	-.01618	.83964	-.01990	-.02772
X2	.24067	.04178	.08426	-.04967	.07805	-.00934
X3	-.00264	-.02411	.00882	-.42493	-.07499	.03996
X6	.04163	.09630	.03480	-.56785	.16862	.05131
X8	.09013	-.86937	.04811	-.00938	.00126	-.01170
X9	.00600	-.02348	-.03480	.05308	-.03869	.01476
X10	-.10939	.00308	-.02240	.12215	-.06840	.20667
X13	-.09213	.86365	-.06199	.08676	-.01180	.09361
X14	.18117	.20833	.03006	.28309	.18269	.04215
X15	.87177	.00031	.06071	.04127	.04976	.18394
X16	.34171	.06000	.09678	-.02868	.18007	.57118
X17	.26064	-.12903	.44001	-.16341	.61165	.11338
X18	.27970	.04155	.31306	.02104	.74280	.14749
X19	.61312	-.05314	.14365	.04581	.17185	.05548
X20	-.42621	.12186	-.12182	-.04726	-.16524	.19094
X21	-.68113	.18990	.00880	.12589	.08323	.11986
X22	-.01176	-.03814	-.03673	.14166	-.07760	-.48471
X23	.14559	-.01090	.62389	.03934	.20459	.08321
X24	-.23176	.11706	-.92715	.14911	-.14957	.01448
X25	.83650	.00069	.10322	.06541	.09280	.14749

CAPITULO 9 : CONTRASTE DE LAS HIPOTESIS  
DE TRABAJO.

- Análisis de cada hipótesis.
- Conclusiones parciales.

CAPITULO 9: CONTRASTE DE LAS HIPOTESIS DE TRABAJO.9.1.- PRECISIONES PRELIMINARES.-

9.1.1. En los diversos Análisis de Varianza( Doble Criterio de Clasificación)se utilizarán puntuaciones factoriales; dichas puntuaciones son las p. factoriales que cada sujeto ha obtenido en los constructos o factores de los diversos Cuestionarios( Cfr. SPSS, 1975, pp.487-489; Harman, 1980,pp. 411 y ss.).

9.1.2.- Las puntuaciones factoriales se pueden obtener de modos diversos. El programa utilizado las ha hallado mediante la técnica de la regresión múltiple. Se considera a los factores como variables dependientes y a las puntuaciones estandarizadas de los sujetos en las variables originales, como variables independientes. El primer paso del programa es el cálculo de los coeficientes de regresión de las p. factoriales y, a continuación, calcula las estimaciones de las puntuaciones factoriales.

Las puntuaciones factoriales se obtienen en cada caso del modo siguiente:

$$\hat{F}_i = \sum b_{ij} z_{ij}$$

. donde j=1...m factores  
. donde i=1...p variables.  
. donde  $b_{ij}$  son los coeficientes de regresión de las p. factoriales.

9.1.3. Se ha empleado el Análisis de Varianza en el tratamiento de los datos. La razón es obvia. Se pretende examinar las diferencias que existen entre los diversos grupos de edad, religiosidad, etc. respecto a los factores que aparecen en los Cuestionarios DI,

L-1 y DAS.

9.1.4. Cuando se hable de grupos ALTO, MEDIO y BAJO en cualquier factor o variable, se ha verificado dicha clasificación teniendo en cuenta la variabilidad del grupo: ALTO = mayor o igual a más una desviación típica por encima de la media; BAJO = menor o igual a menos una desviación típica por debajo de la media; MEDIO = mayor que menos una desviación típica y menor que más una desviación típica.

9.1.5. En cuanto a los grupos de edad, se considerarán jóvenes a los sujetos hasta los 29 años; mediana edad, desde los 30 años hasta los 58 ; y viejos, a los sujetos mayores de 59 años.

9.1.6. Cuando el ANOVA aparecen valores en las variables criterio con el código 999 no se tendrán en cuenta , ya que son casos (muy pocos) a quienes les faltan datos y no se les puede asignar sus correspondientes casillas.

9.1.7. En los ANOVAS se trabajará con un nivel de significación de .05 .

9.1.8. Cuando aparezca la F significativa en el análisis de varianza, se estudiará la diferen-

cia entre los diversos pares de medias con el fin de contrastar si la misma es significativa.

Para ello se aplicará el estadístico de contraste que propone Scheffé (Amón, 1980, vol. II, p. 432) :

$$\frac{|\bar{y}_r - \bar{y}_{r'}|}{\sqrt{MCe \left( \frac{1}{n_r} + \frac{1}{n_{r'}} \right)}} \leq \sqrt{(f-1) F_{1-\alpha, f-1, (n-1)fc}}$$

A
B

## 9.2. COMPROBACION DE LAS HIPOTESIS FORMULADAS.

### 9.2.1. HIPOTESIS GENERALES.

#### a) HIPOTESIS 7.0.1.1.

a.1) Se formula la multidimensionalidad de las actitudes ante la muerte.

a.2) Para confirmar o rechazar tal hipótesis se ha verificado un Análisis Factorial (Rotación Varimax) de los 81 ítems que forman conjuntamente las Escalas de Preocupación (DI), Temor (L-1) y Ansiedad (DAS) ante la muerte. (Del ítem 1 al 30 son de la Escala DI, del 31 al 66 de la Escala L-1 y del ítem 67 al 81 de la Escala DAS).

a.3) Se supone, a priori, que hay ítems en las tres Escalas que miden la misma dimensión psicológica.

a.4) Este Análisis Factorial se ha verificado con el paquete BMDP4M (University of California, Los Angeles, 1975).

a.5) Sólo se han tenido en cuenta las saturaciones  $\geq .30$ . A diferencia de otros análisis realizados, se han considerado los factores con valor propio superior a 1.50. De lo contrario, se habrían extraído veinte factores (a partir del factor  $\bar{X}$  los ítems, en su gran mayoría, ya habían saturado en otros factores y de modo más alto).

a.6) En este análisis se han considerado los 1281 sujetos que constituyen la muestra total.

a.7) Es la primera vez que se ha realizado un análisis conjunto de las tres Escalas (al menos no se conoce tal análisis en la investigación norteamericana).

2.7. Análisis Factorial de las Escalas DI,  
L-1 y DAS conjuntamente.

FACTOR I : PREOCUPACION CONSCIENTE POR LA MUERTE  
PROPIA. (Coincide con el FACTOR I de la  
Escala DI).

Items	Descripción	Varimax
21	Tengo miedo de morir (DI)...	.732
17	La posibilidad de mi propia muerte me deprime (DI) .....	.702
16	La posibilidad de mi propia muerte me produce inquietud (DI) .....	.698
20	Veo mi propia muerte como - una experiencia dolorosa y horrible (DI) .....	.676
67	Me da mucho miedo morir (DAS).	.654
22	Tengo miedo de estar muerto(DI)	.628
34	Me horroriza pensar que ten- ga que sufrir una operación (L-1) .....	.501
24	Me inquieto cuando pienso en la brevedad de la vida (DI)..	.305
47	Me inquieta la brevedad de la vida (L-1) .....	.344
58	No me inquieta el que la muer- te sea el fin de la vida tal como yo la conozco (L-1) ....	-.342
14	La muerte apenas me inquieta (DI) .....	-.492
71	No tengo ningún miedo a morir (DAS) .....	-.362

31	Evitaría la muerte a toda costa (L-1) .....	.321
----	--	------

\* VALOR PROPIO : 11.453

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 14.1

FACTOR II : EVALUACION NEGATIVA DE LA MUERTE.  
(Coincide con el FACTOR II de DI)

Items	Descripción	Varimax
8	Pienso en cómo actuarían y se sentirían mis parientes después de mi muerte (DI)..	.682
7	Pienso cómo actuaría si supie- ra que voy a morir en una fe- cha determinada (DI) .....	.653
5	Tengo fantasías acerca de mi propia muerte (DI) .....	.616
3	Pienso en morir joven (DI) ..	.570
1	Pienso en mi propia muerte (DI) .....	.441
6	Pienso en la muerte justo an- tes de acostarme (DI) .....	.408
4	Pienso en la posibilidad de ser asesinado en la calle (DI)	.332

\* VALOR PROPIO : 3.911

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 4.82

FACTOR III : CONCIENCIA ANTE EL PASO DEL TIEMPO.

(Coincide, en gran medida, con el  
FACTOR III de la Escala de DAS, que  
aquí no se ha descrito).

Items	Descripción	Varimax
78	Pienso con frecuencia en lo corta que es la vida (DAS) .....	-.745
74	El hecho de que el tiempo vuele tan rápidamente como	

	lo hace suele producirme inquietud (DAS) .....	-.685
24	Me inquieto cuando pienso en la brevedad de la vida (DI) .....	-.651
47	Me inquieta la brevedad de la vida (L-1) .....	-.632

\* VALOR PROPIO : 3.368

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 4.15

FACTOR IV : TEMOR AL PROCESO DEGENERATIVO PERSONAL

(Coincide con el FACTOR III de L-1)

Items	Descripción	Varimax
35	Me molesta la degeneración física que conlleva una muerte lenta (L-1) .....	.635
66	Me inquieta la idea de que mis capacidades estarán limitadas mientras me estoy muriendo - (L-1) .....	.604
60	Me sentiría ansioso si una persona que se estuviera muriendo me hablase de ello (L-1) ..	.603
65	No quisiera ver la degeneración física de un(a) amigo(a) que se estuviera muriendo (L-1) ..	.560
45	Me asusta el dolor del morir (L-1) .....	.430
50	Nunca me repondría después de la muerte de una persona querida (L-1) .....	.369
64	Si yo supiera que un(a) amigo(a) se estuviera muriendo no sabría qué decirle (L-1) .....	.316
75	Tengo miedo a tener una muerte dolorosa (DAS) .....	.392

\* VALOR PROPIO : 2.589

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 3.19

FACTOR V : EVITACION DE CADAVERES

Items	Descripción	Varimax
80	La vista de un cadáver me horripila (DAS) .....	-.729
48	No me importaría tener que identificar el cadáver de un conocido (L-1) .....	.713
63	Me perturbaría tener que ver una persona muerta (L-1) ..	-.696
55	Visitaría a un(a) amigo(a) en su lecho de muerte(L-1)...	.306

\* VALOR PROPIO : 2.147

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA: 2.65

FACTOR VI : EVITACION COGNITIVA DE LA MUERTE DEL OTRO.

(Coincide con el FACTOR I del L-1)

Items	Descripción	Varimax
46	Si un amigo se estuviera muriendo me gustaría saberlo (L-1) .....	.723
61	Si un amigo se estuviera muriendo, no quisiera ser informado (L-1) .....	-.739
54	Si tuviera una enfermedad mortal, me gustaría ser informado de ello (L-1) .....	.566
40	Si pudiera elegir entre informar o no a un(a) amigo(a) de que se está muriendo, le informaría (L-1) .....	-.402
41	Evitaría a un amigo muribundo (L-1) .....	-.366
55	Visitaría a un(a) amigo(a) en su lecho de muerte (L-1).....	.306

\* VALOR PROPIO : 1.978

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 2.44

FACTOR VII: TEMOR A LAS CONSECUENCIAS DE LA MUERTE

(Coincide con el FACTOR III de L-1)

Items	Descripción	Varimax
49	Nunca me repondría después de una persona querida(L-1).....	.743
39	No me adaptaría fácilmente después de la muerte de una persona querida (L-1) .....	.663
62	No podría aceptar el carácter final de la muerte de un amigo(L-1).	.511

\* VALOR PROPIO : 1.793

\*% de VARIANZA TOTAL EXPLICADA :2.21

FACTOR VIII : TEMOR ANTE LA PERDIDA DE SERESQUERIDOS.

Items	Descripción	Varimax
57	Si se muriese una persona querida, la echaría mucho de menos (L-1) .....	.626
38	No me importaría visitar a un amigo anciano (L-1).....	.608
32	Experimentaría una gran pérdida si se muriera una persona querida (L-1) .....	.601
55	Visitaría a un(a) amigo(a) en su lecho de muerte(L-1)..	.500

\* VALOR PROPIO : 1.734

\* % de VARIANZA TOTAL EXPLICADA : 2.14

a.8) DISCUSION Y CONCLUSIONES ACERCA DE LA HI-  
TESIS 7.0.1.1.

a.8.1) Se confirma la estructura multidimensional de las actitudes ante la muerte que - Nelson (1975, 1978, 1980), Feifel (1980,1981) y Hoelter (1979) han propugnado.

a.8.2) En el análisis factorial de segundo orden (veáse la Tabla 2 del capítulo 8) parece - que existe un factor importante (el I) en el que sa turan varios de los factores que se extrajeron - en el A.F. de primer orden de las Escalas DI, L-1 y DAS. No obstante, aparece un factor V en el que sólo saturan los factores "Evaluación negativa de la muerte" (DI.2) y el "temor al proceso degenerativo" (L1.4).

Por lo tanto, se confirma la estructura multidimensional de las actitudes ante la - muerte.

a.8.3) En los ocho factores que se han ex-- traído en el análisis factorial realizado con los 81 ítems, aparecen ítems que pertenecen a Cuestionarios distintos que saturan en el mismo factor.

Se confirma la suposición que se formuló de que existen ítems de los diversos Cuestionarios que miden la misma dimensión psicológica. De hecho, los factores están constituídos por ítems pertenecientes a los tres Cuestionarios L-1, DI y DAS (pero siempre y en todos los factores existe - un elenco de ítems que pertenecen a un mismo Cues-

cionario y cuyas saturaciones son las más altas en el factor).

a.8.4) Dentro del temor a la muerte, aparecen diversos factores que confirman la multidimensionalidad del mismo : temor al proceso degenerativo (factor IV), temor a los cadáveres (factor V), evitación cognitiva de la muerte del otro (factor VI), temor a las consecuencias de la muerte (factor VII) y temor ante la pérdida de seres queridos (factor VIII).

a.8.5) En la estructura de la preocupación ante la muerte, aparecen dos factores : preocupación consciente por la muerte propia (factor I) y evaluación negativa de la muerte (factor II).

Los ítems de la Escala DI sólo saturan en estos dos primeros factores.

La previsión que se tenía de que la Escala DI es la más relevante de las tres Escalas queda patente en este A.F. Ya en el Análisis factorial de segundo orden quedó manifiesto (Tabla 2 del capítulo 8).

a.8.6) La Escala DAS, considerada aisladamente, sólo ofrecía un factor relevante (cap.8). En este nuevo A.F. el factor de ansiedad ante la muerte propia no aparece en este Análisis. Y ello tiene su explicación; existe una alta correlación con el factor I de preocupación ante la muerte (Tablas 1 y 2 del capítulo 8). Las saturaciones que ofrece la DAS en este factor prime-

ro son, en general  $</.30/$ . El factor I de la DI y el factor de Ansiedad ante la muerte de la Escala DAS confirman una misma dimensión.

El factor V del A.F. del total de ítems, (evitación de cadáveres) queda determinado, en -- gran medida, por la DAS (este factor no aparece como relevante en el A.F. de la DAS considerada aisladamente).

a.8.7) En esta investigación se ha insistido en la estructura multidimensional de las actitudes ante la muerte y el morir. De algún modo, aparecen las cuatro dimensiones que Nelson y Nelson (1975) descubrieron: rechazo de la muerte, miedo a la misma, negación de la muerte y aversión a interactuar con el moribundo.

a.8.8) Asimismo, se confirman las conclusiones de Lonetto y Fleming (1979) sobre la multidimensionalidad de la ansiedad y preocupación ante la muerte. Ellos hallaron las siguientes dimensiones: preocupación cognitivo-afectiva, preocupación por las alteraciones físicas, preocupación por el paso rápido del tiempo y preocupación por el posible dolor que producirá la enfermedad terminal.

a.8.9) Es indudable que la multidimensionalidad de las actitudes ante la muerte puede referirse a otros aspectos que no sea la estructura o dimensiones de las mismas. Por ejemplo: a) Al cómo, -

cuándo, dónde y por qué (Kastenbaum, 1972) de la muerte y el morir.

b) A las posturas que se pueden adoptar ante la muerte : positiva o esperanzada, evasiva y llena de miedo (Nelson y Nelson, 1975; Swenson, 1961).

c) A los pensamientos que la muerte provoca en la mayoría de las personas : universalidad, inevitabilidad, vida post-mortem, etc.

d) Al abanico de actitudes que la muerte produce en las personas : negación, ira, temor, ansiedad, preocupación, aceptación ...

e) Al entorno polimorfo en que los sujetos se encuentran ante la muerte : enfermedades crónicas, enfermedades rápidas e irreversibles, accidentes, muerte hospitalaria ...

b) HIPOTESIS 7.0.1.2.

b.1) Se ha hipotetizado la bidimensionalidad de la religiosidad.

b.2) La hipótesis queda confirmada en el capítulo 8, apartado 8.1. De hecho, aparecen claramente diferenciados los dos factores de religiosidad : intrínseca y extrínseca.

b.3) En el análisis factorial de 2° orden (tablas 1 y 2 del capítulo 8) se confirma, asimismo, la bidimensionalidad de la religiosidad.

b.4) Se ha supuesto, igualmente, que ambos factores son dimensiones más o menos independientes y, por lo tanto, compatibles entre sí. Existe una correlación de  $-.18484$  (tabla 2 del capítulo 8) entre ambos factores. Aunque significativa (no se debe olvidar la importancia del  $n$  en el contraste de la correlación lineal), es una correlación irrelevante (un factor explica del otro sólo el  $3.4165\%$ ).

b.5) El factor II de segundo orden lo constituye, en gran medida, el factor de religiosidad intrínseca con una alta saturación ( $.86365$ ). Sin embargo, el factor de religiosidad extrínseca tiene su mayor peso en el factor IV de segundo orden ( $.28309$ ). Ello confirma la independencia de las dos dimensiones, aunque sean compatibles.

b.6) Como análisis adicional, se ha verificado un ANOVA (con dos criterios : Edad y Religiosidad intrínseca con el fin de observar las diferencias que existen entre los sujetos en el REI.2 (religiosidad extrínseca) y confirmar la posible interacción Edad-REI.1 - (tablas 9.0-A, 9.0-B y Figuras 9.0-B.1 y --- 9.0.-B.2).

# TABLA 9.0-A -

ANALYSIS OF VARIANCE

REI:2: FACTOR DE RELIGIOSIDAD EXTRINSECA.  
 EDAD: TRES GRUPOS: JOVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS.  
 REI1: RELIGIOSIDAD INTRINSECA

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	121.187	4	30.297	43.979	.000
Y2	74.881	2	37.441	54.349	.000
	37.788	2	18.894	27.426	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	13.542	4	3.386	4.914	.001
Y2	13.542	4	3.386	4.914	.001
EXPLAINED	134.729	8	16.841	24.447	.000
RESIDUAL	845.963	1228	.689		
TOTAL	980.692	1236	.793		

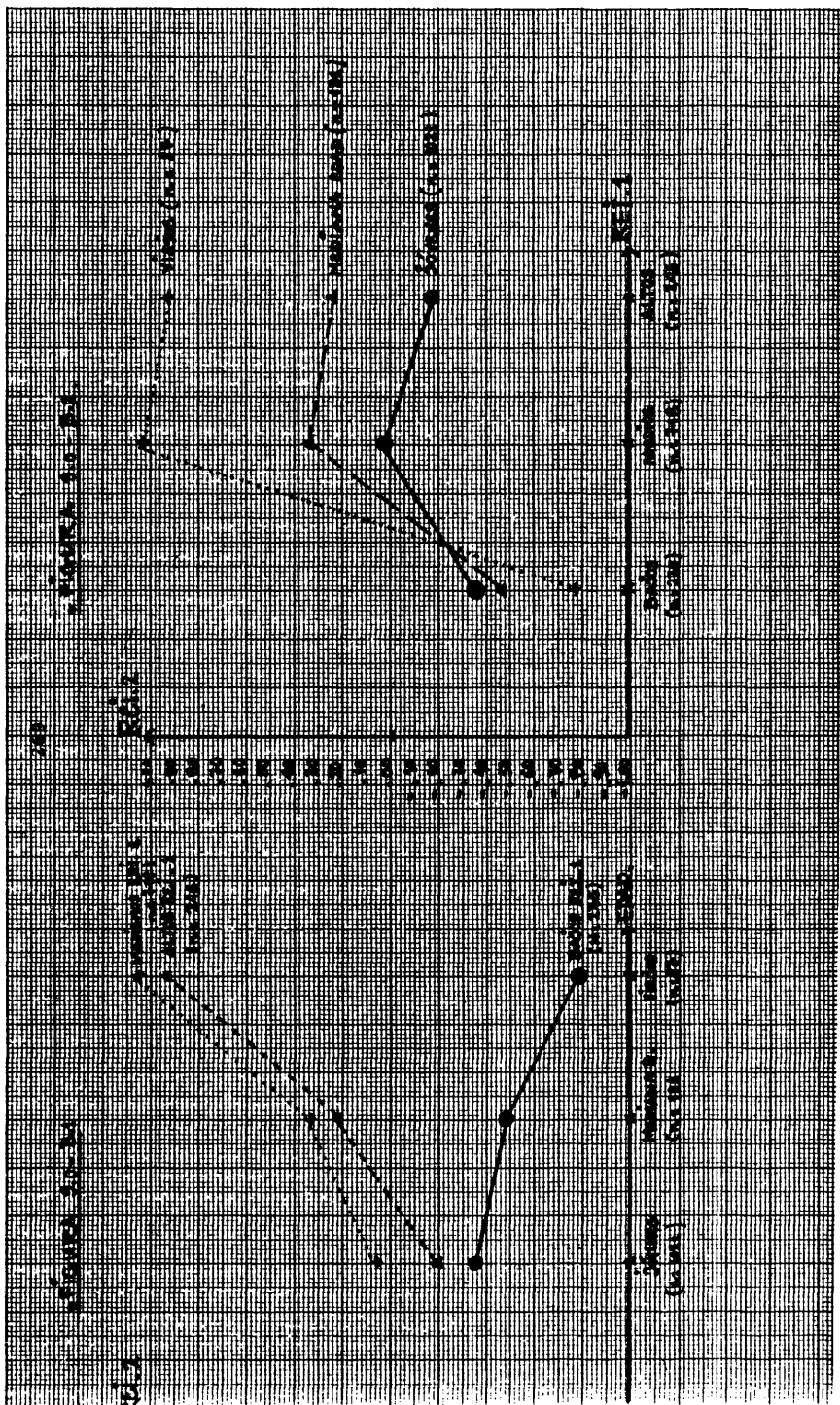
1281 CASES WERE PROCESSED.  
 44 CASES ( 3.4 PCT) WERE MISSING.

# TABLE 9.0-B

CRITERION VARIABLE	X3	REI.2	REI1	EDAD	COUE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
BROKEN DOWN BY	Y2	Y1	Y1	Y1						(
										1239)
FOR ENTIRE POPULATION						-6.5881	-.0053	.8905	.7930	( 1239)
Y2	1.					-100.0441	-.3638	.8405	.7064	( 275)
Y1	1.					-85.7308	-.3471	.8315	.6913	( 247)
Y1	2.					-11.1350	-.4640	.9761	.9527	( 24)
Y1	3.					-3.1783	-.7946	.4149	.1721	( 4)
Y2	2.					67.2330	.0936	.8720	.7603	( 718)
Y1	1.					10.9519	.0177	.7990	.6383	( 620)
Y1	2.					24.6790	.3629	1.0651	1.1344	( 68)
Y1	3.					31.6021	1.0534	1.1430	1.3064	( 30)
Y2	3.					26.2229	.1066	.8980	.8065	( 246)
Y1	1.					-31.7021	-.2059	.7027	.4938	( 154)
Y1	2.					8.9654	.2299	.9368	.8775	( 39)
Y1	3.					48.9596	.9238	.8512	.7246	( 53)

TOTAL CASES = 1281  
MISSING CASES = 42 OR 3.3 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1	}	JÓVENES :	-1042784
(EN REI.2)		MEDIANA E.:	.1718114
		VIEJOS :	.0894827
• MEDIAS DEL REI.2	}	MEDIAS EDAD	
(EN REI.2)		(EN REI.2)	



b.7) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.0-A, 9.0-B  
Y FIGURA 9.0-B.1.

1. Los sujetos intrínsecos en su religiosidad difieren significativamente en su religiosidad extrínseca.

Para observar qué pares de medias difieren se aplicará la prueba de Scheffé, (Tabla 9.0-B) :

Pares de Grupos (Ref. 1)	A	B	Significación
Bajos-Medios	7.77	2.45	SI
Medios-Altos	3.26479	2.45	SI
Bajos-Altos	6.4577	2.45	SI

Los sujetos con baja religiosidad intrínseca manifiestan una religiosidad extrínseca significativamente más baja que los otros grupos con religiosidad intrínseca media y alta.

2. Las diferencias entre los grupos de edad respecto a la religiosidad extrínseca son significativas (Tabla 9.0-A).

Se compararon los pares de edad en religiosidad extrínseca :

Pares de grupos	A	B	Significación
Jóvenes-M.Edad	3.584	2.45	SI
Mediana E.-Viejos	3.2445	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	3.26387	2.45	SI

3. La interacción entre Edad-Religiosidad Intrínseca respecto a la Religiosidad Extrínseca es significativa ( $\alpha = .001$ ). Es decir, los resultados que aparecen en relación con la REI.2 no son debidos aislada mente a las diferencias de edad ni a las diferencias de religiosidad intrínseca si no a la acción conjunta (interacción) - de la edad y de la REI.1 (Tabla 9.0-A).

Por lo prolijo que resulta verificar las comparaciones entre los pares de medias de las nueve casillas (se tendrían que hacer 36 comparaciones :  $C_{9,2}$ ), no se realizarán. Para interpretar la interacción basta con observar las figuras -- 9.0-B.1 y 9.0-B.2.

Los sujetos viejos con baja religiosidad intrínseca son los que manifiestan más baja religiosidad extrínseca y los sujetos viejos con religiosidad intrínseca mediana son los que manifiestan mayor religiosidad extrínseca. En general, los viejos con media y alta religiosidad intrínseca son los que puntúan más alto en la religiosidad extrínseca. Los jóvenes son los que manifiestan mayor escepticismo en REI.2.

**b.8) DISCUSION Y CONCLUSIONES ACERCA DE LA HIPOTISIS 7.0.1.2.**

b.8.1.) Uno de los resultados que más reiteradamente se ha confirmado en investigaciones anteriores es la bidimensionalidad de la religiosidad (Amón,1968,1969,1973; Yela,1968).

b.8.2.) La religiosidad intrínseca es el factor más relevante que se descubre en esta investigación (Cap. 8); aparece como un factor bipolar.

b.8.3.) El factor de religiosidad extrínseca es unipolar. Como se había hipotetizado en investigaciones anteriores (Amón, 1969 y Yela,1968) es un factor que se refiere al consuelo, alivio y protección que Dios puede proporcionar en situaciones conflictivas o difíciles (cap. 8).

b.8.4.) Se confirma la hipótesis formulada en el capítulo 7.

b.8.5.) La actitud religiosa es diversa y compleja, no sólo existen los matices extrínsecos e intrínsecos sino que aparecen polos opuestos en la antirreligiosidad, en el ateísmo y/o en la misma indiferencia. No obstante, con el Cuestionario REI sólo se detectan las dos dimensiones de religiosidad citadas: intrínseca y extrínseca.

b.8.6.) Es probable que con un Cuestionario más abarcativo pudieran aparecer dimensiones distintas en los sujetos dentro de los grados de religiosidad. Es decir, puede que se apreciaran los -

matices de arreligiosidad, antirreligiosidad, ateis  
mo, etc. que aqui no aparecen.

c) HIPOTESIS 7.0.1.3.

c.1) Se formula en esta hipótesis que la religiosidad intrínseca y extrínseca servirán para diferenciar a los sujetos en los diversos niveles de temor, ansiedad y preocupación ante la muerte.

c.2) Para ello, se han realizado diversos Análisis de Varianza (ANOVAS), cuyos factores de clasificación serán la religiosidad intrínseca (REI.1) y la religiosidad extrínseca (REI.2).

Como variables criterio aparecen los -- diversos factores de las Escalas DI, L-1 y DAS.

c.3) Sólo se han seleccionado aquellos factores de las tres Escalas que son más generales.

c.4) Se ha elegido el nivel de significación de 0.5.

c.5) Cuando en los ANOVAS aparecen diferencias significativas atribuibles a los factores de clasificación (REI.1 y/o REI.2), se verificarán las pertinentes diferencias de medias por el método de Scheffé (Amón, Vol.II, p.432).

c.6) Finalmente, se verifica una discusión de resultados y se extraen algunas conclusiones.

TABLE 9.1-A

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 DI.1: *PERCENTAJE CUMPLIMIENTO POR LA MARCA PROFIT*~  
 REI.1: *RELIGION INTERNA*~  
 REI.2: *RELIGION EXTERNA*~  
 BY X4  
 Y2  
 Y3

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	48.112	4	12.028	14.064	.000
Y3	9.573	2	4.786	5.597	.004
	43.603	2	21.801	25.492	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	3.065	4	.766	.896	.467
Y3	3.065	4	.766	.896	.467
EXPLAINED	51.177	8	6.397	7.480	.000
RESIDUAL	1045.085	1222	.855		
TOTAL	1096.262	1230	.891		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.

**• TABLA 9.1.1-B •**

CRITERION VARIABLE X4  
 BROKEN DOWN BY Y2  
 BY Y3

DI.1  
 REI.1  
 REI.2

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		-9520	-.0007	.9460	.8949	( 1278)
Y2	1.	16.7859	.0613	.9333	.8710	( 274)
Y3	1.	-8.0627	-.0775	.9241	.8539	( 104)
Y3	2.	17.6047	.1214	.9010	.8119	( 145)
Y3	3.	7.2439	.2898	1.1006	1.2114	( 25)
Y2	2.	18.2812	.0255	.9629	.9271	( 717)
Y3	1.	-41.2229	-.3714	.9839	.9680	( 111)
Y3	2.	8.3714	.0183	.9324	.8693	( 458)
Y3	3.	51.1327	.3455	.9309	.8666	( 148)
Y2	3.	-28.4641	-.1157	.8970	.8046	( 246)
Y3	1.	-22.0452	-.5010	.7690	.5913	( 44)
Y3	2.	-12.3301	-.0874	.8762	.7677	( 141)
Y3	3.	5.9112	.0969	.9558	.9136	( 61)
Y2	999.	-7.5549	-.1843	.9733	.9474	( 41)
Y3	999.	-7.5549	-.1843	.9733	.9474	( 41)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 3 OR .2 PCT.

• MEDIAS REI.1 (EN DE.1)  
 BAJOS : .06173 (n=274)  
 MEDIOS : .025509 (n=717)  
 ALTOS : .1156768 (n=246)

• MEDIAS REI.2 (EN DI.1)  
 BAJOS : -.2754 (n=274)  
 MEDIOS : .01836 (n=717)  
 ALTOS : .2747 (n=234)

FIGURA 9.1 - B.1

DÍ.1

1.00  
.90  
.80  
.70  
.60  
.50  
.40  
.30  
.20  
.10  
.00  
-.10  
-.20  
-.30  
-.40  
-.50  
-.60  
-.70  
-.80  
-.90  
-1.00

REI.1

BAIXOS

MÉDIOS

ALTOS

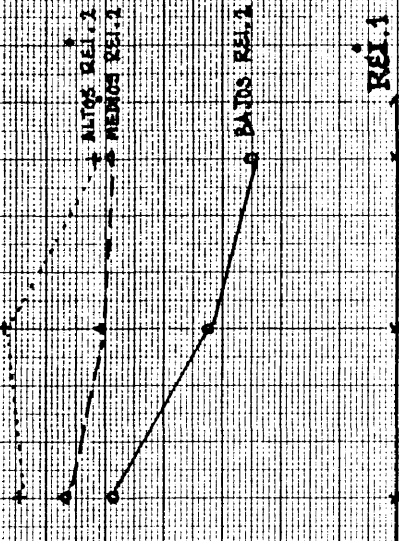


FIGURA 9.1 - B.2

DÍ.1

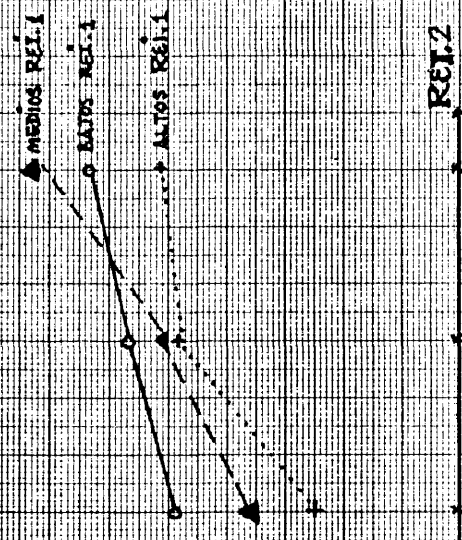
1.00  
.90  
.80  
.70  
.60  
.50  
.40  
.30  
.20  
.10  
.00  
-.10  
-.20  
-.30  
-.40  
-.50  
-.60  
-.70  
-.80  
-.90  
-1.00

REI.2

BAIXOS

MÉDIOS

ALTOS



c.7) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.1-A y 9.1-B  
Y DE LAS FIGURAS 9.1-B.1 y 9.1-B.2 .

1) Existen diferencias significativas entre los sujetos orientados intrínsecamente en su religiosidad respecto a "la preocupación consciente por la propia muerte" (Tabla 9.1-A).

Para contrastar las diferencias entre los pares de las medias de las columnas se aplicará la fórmula que propone Winer (1971, p.449). Y ello porque la prueba de Scheffé no aprecia las diferencias que deben aparecer entre las medias, ya que en el ANOVA las F de filas y columnas son significativas (en las salidas del ordenador aparecen redondeados los valores de las medias de las celdillas; ello influye en las medias de filas y de columnas).

La fórmula que propone Winer es la siguiente :

$$\frac{\bar{Y}_i - \bar{Y}_j}{\sqrt{M C_e (1/n_i + 1/n_j)}} \geq t_{1-\alpha} \text{ , g.l.intra}$$

A'
B'

Para la obtención de las diferencias entre las medias se parte de los valores de la Tabla 9.1-B :

REI.1	A'	B'	Significación
Bajos-Medios	.541334	1.645	NO
Medios-Altos	2.06668	1.645	SI
Bajos-Altos	2.1794	1.645	SI

\* Los sujetos que menor preocupación muestran ante la muerte propia son los que más - alta religiosidad intrínseca manifiestan.

2) Existen diferencias significativas en la preocupación ante la muerte propia en los - grupos de religiosidad extrínseca (Tabla -- 9.1-A).

La significación de las diferencias entre las medias se realizará por medio del método de Scheffé (Tabla 9.1-B):

REI.2	A	B	Significación
Bajos-Medios	4.457533	2.45	SI
Medios-Altos	3.7014407	2.45	SI
Bajos-Altos	6.59624	2.45	SI

\* Los sujetos que mayor preocupación tienen ante su propia muerte son aquellos que poseen más alta religiosidad extrínseca o utilitaria (REI.2).

3) La interacción no es significativa (Tabla 9.1-A y Figuras 9.1-B.1 y 9.1-B.2).

TABLA 9.2.-A-

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 DI.2 : EVALUACION NEGATIVA DE LA SUERTE -  
 REI.1 : RELIGIOSIDAD INTERJESCA ~  
 REI.2 : RELIGIOSIDAD EXTERJESCA ~

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	15.481	4	3.870	4.881	.001
Y3	8.183	2	4.092	5.160	.006
	7.891	2	3.946	4.976	.007
2-WAY INTERACTIONS					
Y2 Y3	2.474	4	.619	.780	.541
	2.474	4	.619	.780	.541
EXPLAINED	17.955	8	2.244	2.830	.004
RESIDUAL	969.028	1222	.793		
TOTAL	986.983	1230	.802		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.

TABLA 9.2-B-

CRITERION VARIABLE X5  
 BROKEN DOWN BY Y2 Y3  
 BY Y1 Y2 Y3  
 JI.2  
 REI.1  
 REI.2

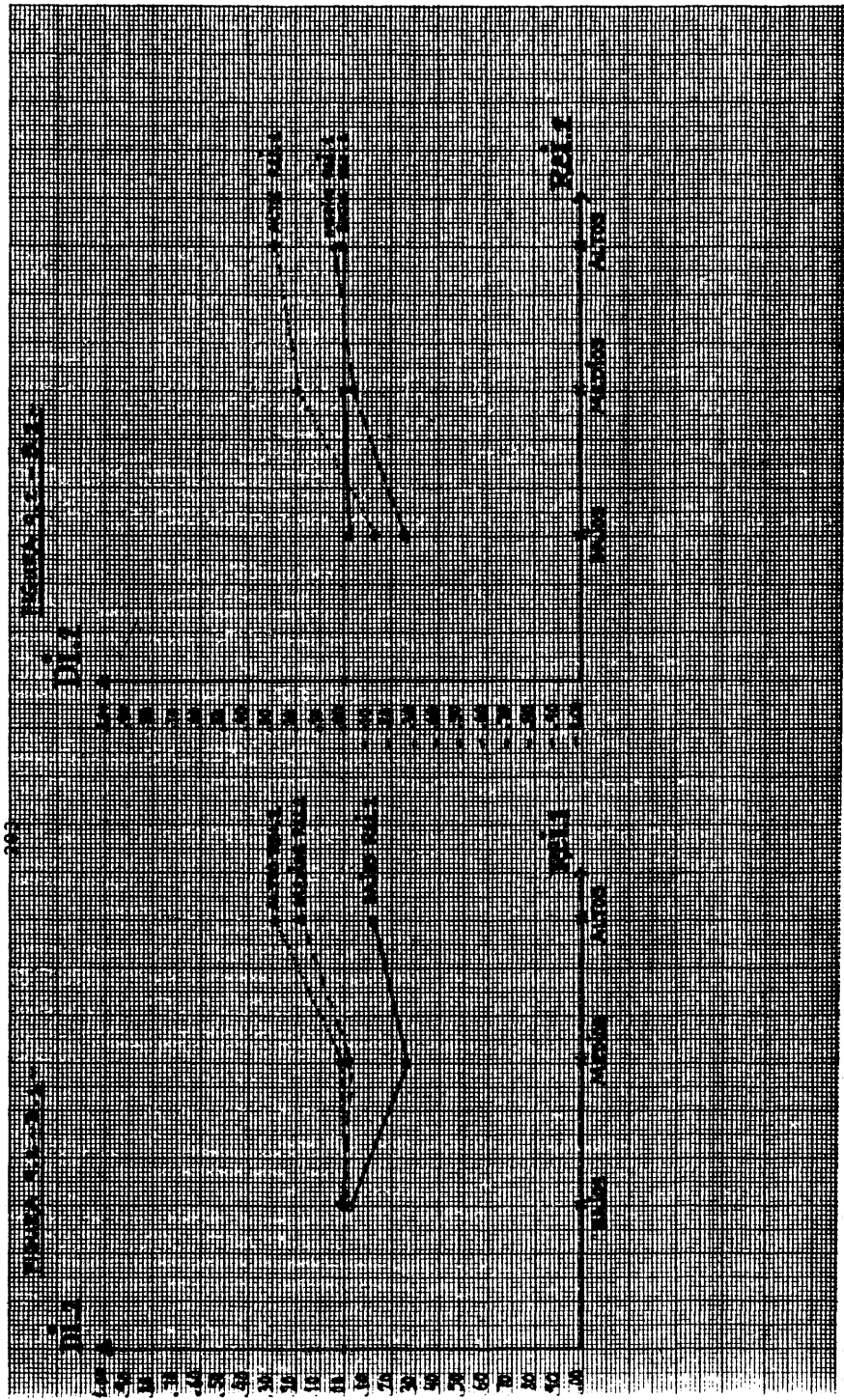
VARIABLE	COJE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
Y2		-8090	-.0006	.8985	.8072	( 1278)
Y3	1.	1.2415	.0045	.8545	.7302	( 274)
Y3	1.	-1.5865	-.0153	.7935	.6297	( 104)
Y3	2.	2.5765	.0179	.8689	.7550	( 145)
Y3	3.	-.2514	.0101	1.0345	1.0703	( 25)
Y2	2.	-33.2073	-.0463	.9088	.8259	( 717)
Y3	1.	-27.0029	-.2433	.8919	.7956	( 111)
Y3	2.	-14.1218	-.0308	.9165	.8399	( 458)
Y3	3.	7.9174	.0535	.8809	.7759	( 148)
Y2	3.	39.8642	.1620	.8862	.7853	( 246)
Y3	1.	-5.4906	-.1248	.8964	.8035	( 44)
Y3	2.	28.0676	.1991	.8535	.7284	( 141)
Y3	3.	17.2872	.2834	.9234	.8526	( 61)
Y2	999.	-8.7073	-.2124	.9738	.9482	( 41)
Y3	999.	-8.7073	-.2124	.9738	.9482	( 41)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 3 OR .2 PCT.

• MEDIAS REI.1 (EN 91.1)  
 BAJOS : .0045 (n = 274)  
 MEDIOS : -.0463 (n = 717)  
 ALTOS : .1620 (n = 146)

• MEDIAS REI.2 (EN 91.2)  
 BAJOS : -.1316166 (n = 259)  
 MEDIOS : .0257106 (n = 744)  
 ALTOS : .1087444 (n = 234)

=



"FOR BENTON" MARKETING RESEARCH

100

c.8. INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.2-A Y 9.2-B Y DE LAS FIGURAS 9.2-B.1 y 9.2-B.2.

1.) Existen diferencias significativas en la "evaluación negativa de la muerte" en los sujetos que manifiestan REI.1 (R. intrínseca), (Tabla 9.2-A).

La significación entre los pares de medias será (Tabla 9.2-B):

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios ....	.8032129	2.45	NO
Medios-Altos ....	3.1666256	2.45	SI
Bajos-Altos ....	2.0136802	2.45	NO

La diferencia más significativa está entre los medios-altos en REI.1. Los sujetos con alta religiosidad intrínseca son quienes poseen mayor preocupación por las consecuencias que su muerte producirá en sus familiares.

2.) Existen diferencias entre los sujetos con REI.2 respecto a la evaluación negativa de la muerte (Tabla 9.2.-A).

La significación de la diferencia de medias sería (Tabla 9.2-B) :

REI.2	A	B	Significación
Bajos-Medios ....	2.4488629	2.45	NO
Medios-Altos ....	1.2444215	2.45	NO
Bajos-Altos ....	24.649701	2.45	SI

\* La mayor diferencia significativa está entre los sujetos Bajos-Altos. Los sujetos altos en REI.2 están más preocupados por las consecuencias que la propia muerte producirán en los parientes.

3.) La interacción no es significativa (Tabla 9.2-A y Figuras 9.2-B.1 y 9.2-B.2).

TABLA 9.3-A~

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.1 : SVITACION COGNITIVA DE LA MUESTRA DEL OTRO~  
 REI.1 : RELIGIONADO INTRINSECA~  
 REI.2 : RELIGIONADO EXTRINSECA~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	33.415	4	8.354	10.639	.000
Y3	14.191	2	7.096	9.037	.000
Y3	25.673	2	12.837	16.348	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	4.983	4	1.246	1.587	.174
Y3	4.983	4	1.246	1.587	.174
EXPLAINED	38.398	8	4.800	6.113	.000
RESIDUAL	959.516	1222	.785		
TOTAL	997.914	1230	.811		

1231 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.

:

TABLA 9.3-B

CRITERION VARIABLE X8  
 BROKEN DOWN BY Y2  
 BY Y3

L1.1  
 REI.1  
 REI.2

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		.0028	.0000	.9041	.8173	( 1273)
Y2	1.	32.9581	.1207	.9298	.8646	( 273)
Y3	1.	-2.6652	-.0256	1.0327	1.0665	( 104)
Y3	2.	32.4297	.2268	.8122	.6596	( 143)
Y3	3.	3.1937	.1228	1.0549	1.1128	( 26)
Y2	2.	-4.8974	-.0068	.8729	.7619	( 715)
Y3	1.	-22.9061	-.2064	.9145	.8362	( 111)
Y3	2.	-10.5205	-.0230	.8212	.6744	( 458)
Y3	3.	28.5293	.1954	.9588	.9193	( 146)
Y2	3.	-29.0787	-.1187	.9342	.8728	( 245)
Y3	1.	-26.1696	-.5948	.8458	.7154	( 44)
Y3	2.	-15.2038	-.1078	.8926	.7967	( 141)
Y3	3.	12.2947	.2049	.9600	.9217	( 60)
Y2	999.	1.0207	.0255	1.0131	1.0264	( 40)
Y3	999.	1.0207	.0255	1.0131	1.0264	( 40)

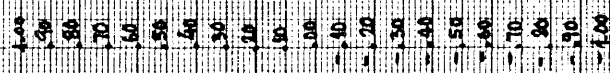
TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1 { BAJOS : .1207 (n= 213)  
 MEDIOS : -.0068 (n= 115)  
 ALTOS : -.1187 (n= 145)  
 ( EN L.1.1 )

• MEDIAS DEL REI.2 { BAJOS : -.1997837 (n= 259)  
 MEDIOS : .0090277 (n= 742)  
 ALTOS : .1097206 (n= 232)  
 ( EN L.1.1 )

FIGURA 9.1.3 - 8.1.1

1.1.1



1.1.1

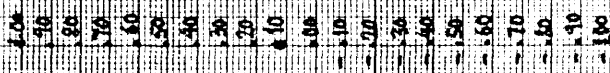


FIGURA 9.1.3 - 8.1.2

1.1.1



1.1.1



ALTIOS REI.1  
 MEDIOS REI.1  
 BAIOS REI.1

ALTIOS REI.2  
 MEDIOS REI.2  
 BAIOS REI.2

REI.1

REI.2

BAIOS MEDIOS ALTOS

BAIOS MEDIOS ALTOS

c.9 INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.3-A y 9.3-B, y DE LAS FIGURAS 9.3-B.1 y 9.3-B-2.

- 1) Existen diferencias significativas en las personas religiosas intrínsecamente orientadas (REI-1) respecto a la "evitación cognitiva de la muerte del otro" (Tabla 9.3-A).

La diferencia de medias será (Tabla 9.3-B):

REI-1	A	B	Significación
Bajos-Medios	2.0227179	2.45	NO
Medios-Altos	1.7061048	2.45	NO
Bajos-Altos	3.0703723	2.45	SI

Los sujetos menos religiosos intrínsecamente son los que mayor tendencia tienen a evitar el conocimiento de la situación terminal de seres allegados; los más altos en religiosidad intrínseca son los que mayor interés tienen en conocer la situación terminal.

- 2) Existen diferencias entre los grupos que manifiestan religiosidad extrínseca respecto a la "evitación cognitiva de la muerte".

La diferencia entre las medias será:

REI-1	A	B	Significación
Bajos-Medios	3.2656865	2.45	SI
Medios-Altos	2.9822385	2.45	SI
Bajos-Altos	4.8633932	2.45	SI

Los sujetos con alta REI.2 son los que más tienden a evitar la comunicación de la situación terminal de otras personas.

- 3) La interacción no es significativa (Tabla 9.3-A y Figuras 9.3-B.1 y 9.3-B.2).

TABLA 9.4-A~

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.2 : Aproximación de la muestra propia  
 REI.1 : Regresiones intrínsecas ~  
 REI.2 : Regresiones extrínsecas ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	63.248	4	15.812	21.899	.000
Y3	52.879	2	26.440	36.618	.000
Y3	16.668	2	8.334	11.542	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	5.983	4	1.496	2.072	.081
Y3	5.983	4	1.496	2.072	.081
EXPLAINED	69.231	8	8.654	11.985	.000
RESIDUAL	882.343	1222	.722		
TOTAL	951.574	1230	.774		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.

**TABLA 9.4-B-**

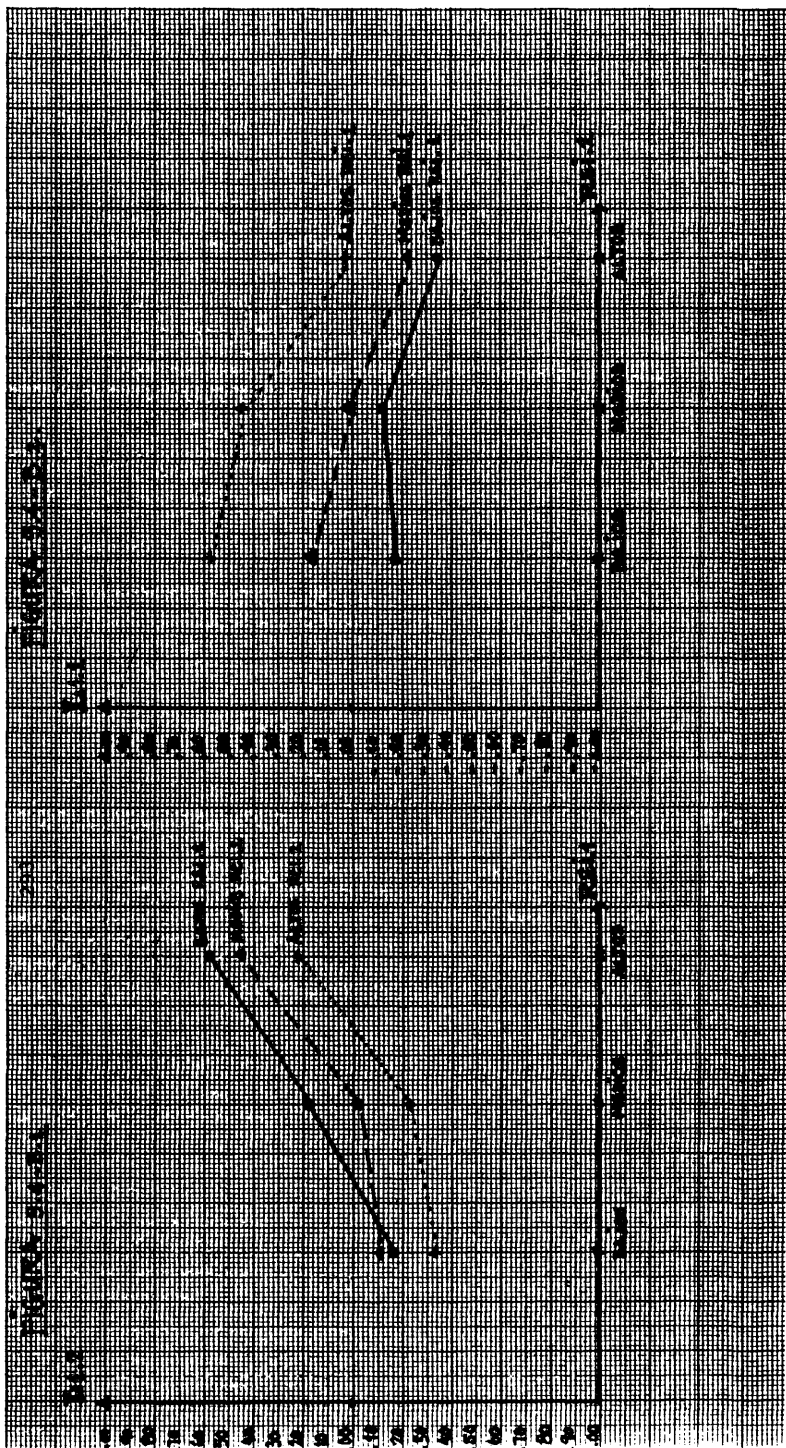
CRITERION VARIABLE X9 L1.2  
 BROKEN DOWN BY Y2 REI.1  
 BY Y3 Y3 REI.2

VARIABLE	COUE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		-0.1807	-0.0001	.8779	.7707	( 1273)
Y2	1.	-45.6638	-.1673	.8685	.7542	( 273)
Y3	1.	-18.2859	-.1758	.8721	.7605	( 104)
Y3	2.	-18.5826	-.1299	.8371	.7008	( 143)
Y3	3.	-8.7952	-.3383	1.0265	1.0537	( 26)
Y2	2.	-47.8205	-.0669	.8881	.7887	( 715)
Y3	1.	22.0491	.1986	.9198	.8460	( 111)
Y3	2.	-36.9347	-.0806	.8597	.7390	( 458)
Y3	3.	-32.9350	-.2256	.9125	.8326	( 146)
Y2	3.	93.4018	.3812	.7493	.5615	( 245)
Y3	1.	26.3367	.5986	.5923	.3508	( 44)
Y3	2.	64.6818	.4587	.7140	.5098	( 141)
Y3	3.	2.3833	.0397	.8299	.6887	( 60)
Y2	999.	-0.0981	-0.0025	.8567	.7340	( 40)
Y3	999.	-0.0981	-0.0025	.8567	.7340	( 40)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1 (EN L1.2) { BAJOS : -.1673 (n= 273)  
 MEDIOS : -.0669 (n= 715)  
 ALTOS : .3812 (n= 245) }  
 • MEDIAS DEL REI.2 (EN L1.2) { BAJOS : .1162154 (n= 251)  
 MEDIOS : .0123803 (n= 742)  
 ALTOS : -.1696191 (n= 232) }

=



c.10 INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.4-A, 9.4-B  
9.4-B.1 y 9.4-B.2

1) Existen diferencias significativas entre los sujetos con una orientación religiosa intrínseca en "la aceptación de la muerte propia" (Tabla 9.4-A).

Por lo tanto, se aplica la técnica de comparación de diferencias de pares de medias (Tabla 9.4-B):

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	1.6608493	2.45	NO
Medios-Altos	7.1237798	2.45	SI
Bajos-Altos	7.3351432	2.45	SI

\* Quienes mejor aceptan la inevitabilidad de la muerte propia son las personas con alta religiosidad intrínseca. Además, la diferencia es clara y muy significativa.

2) Existen diferencias entre los sujetos con religiosidad extrínseca respecto a la aceptación de la propia muerte (Tabla 9.4-A).

La diferencia entre medias será (Tabla 9.4-B) :

REI.2	A	B	Significación
Bajos-Medios	1.6932489	2.45	NO
Medios-Altos	2.8475514	2.45	SI
Bajos-Altos	3.7214027	2.45	SI

\* Los sujetos que mayor religiosidad extrínseca muestran son los que peor aceptan - lo inevitable de la muerte.

3) No existen diferencias significativas en la interacción (Tabla 9.4-A y Figuras 9.4-B-1 y 9.4-B.2).

TABLA 9.5-A

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.3 : TIPO DE LAS CONSTRUCCIONES DE LA MUJER DEL OTRO -  
 REI.1 : RELIGION INTERIOR -  
 REI.2 : RELIGION EXTERIOR -  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	55.481	4	13.870	19.659	.000
Y3	55.416	2	27.708	39.271	.000
Y3	1.384	2	.692	.981	.377
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	6.189	4	1.547	2.193	.067
Y3	6.189	4	1.547	2.193	.067
EXPLAINED	61.670	8	7.709	10.926	.000
RESIDUAL	861.472	1221	.706		
TOTAL	923.142	1229	.751		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

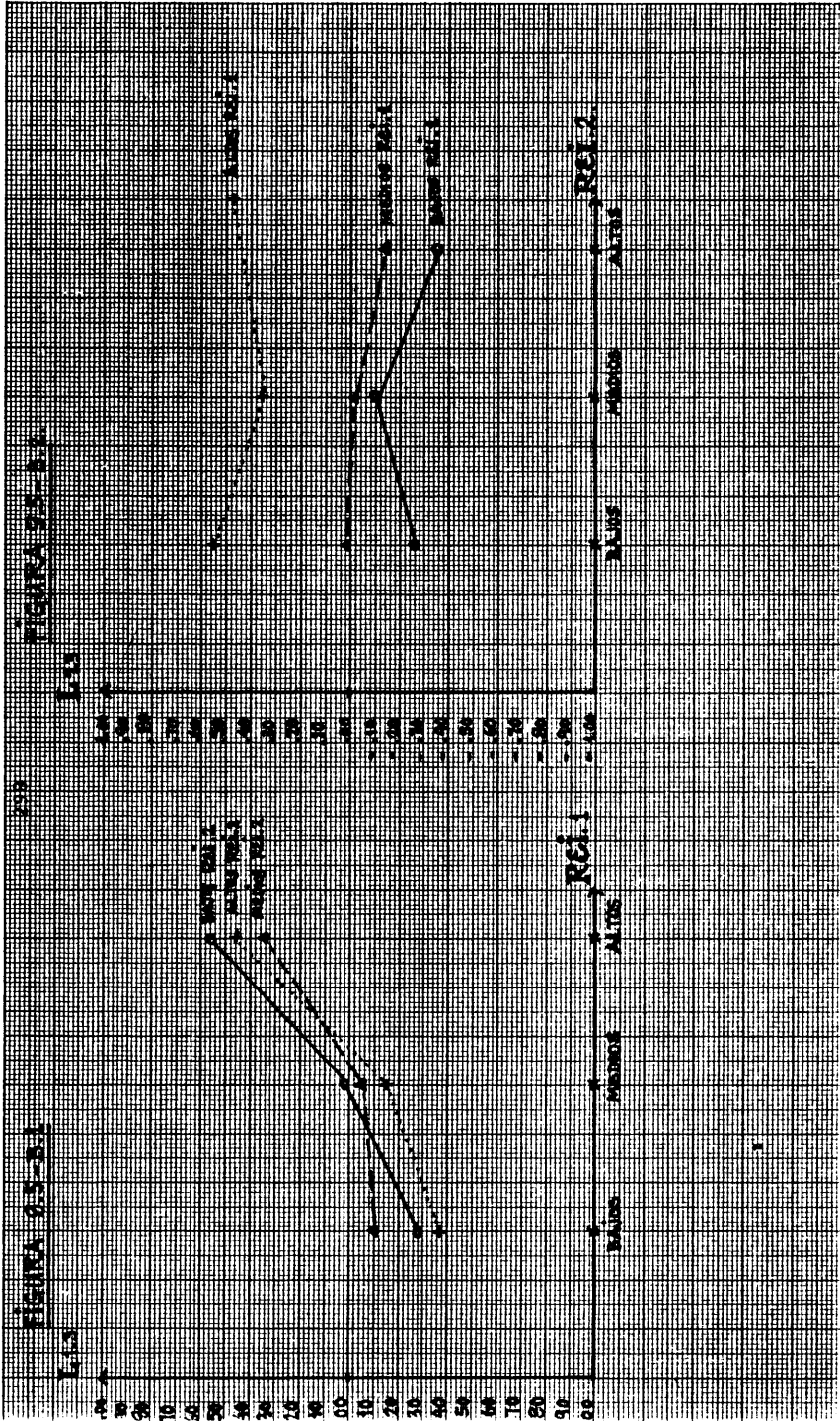
**TABLA 9.5-B-**

CRITERION VARIABLE X10 L1.3  
 BROKEN DOWN BY Y2 REI.1  
 BY Y3 Y3 REI.2

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		.7501	.0006	.8688	.7548	( 1273)
Y2	1.	-52.9646	-.1940	.9171	.8411	( 273)
Y3	1.	-28.6409	-.2754	.9416	.8865	( 104)
Y3	2.	-14.3166	-.1001	.9044	.8179	( 143)
Y3	3.	-10.0071	-.3849	.8584	.7368	( 26)
Y2	2.	-45.6350	-.0638	.8263	.6828	( 715)
Y3	1.	7.7505	.0698	.8336	.6948	( 111)
Y3	2.	-31.9278	-.0697	.8254	.6813	( 458)
Y3	3.	-21.4578	-.1470	.8168	.6672	( 146)
Y2	3.	101.4577	.4141	.7993	.6389	( 245)
Y3	1.	23.8877	.5429	.7362	.5419	( 44)
Y3	2.	48.7442	.3457	.8177	.6686	( 141)
Y3	3.	28.8258	.4804	.7955	.6328	( 60)
Y2	999.	-2.1080	-.0527	.9142	.8358	( 40)
Y3	999.	-2.1080	-.0527	.9142	.8358	( 40)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.\*

• MEDIAS DEL REI.1 (EN L.1.3) | MEDIAS DEL REI.2 (EN L.1.3)  
 BAJOS : -.1940 (n= 273) | BAJOS : .01159 (n= 259)  
 MEDIOS : -.0638 (n= 715) | MEDIOS : .0033784 (n= 742)  
 ALTOS : .4141 (n= 245) | ALTOS : .014025 (n= 232)



c.11) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.5-A, 9.5-B  
9.5-B.1 y 9.5-B.2

1) Los sujetos con religiosidad intrínseca difieren significativamente respecto al "temor a las consecuencias de la muerte - del otro" (Tabla 9.5-A).

De ahí que se obtengan las diferencias entre los pares de medias (Tabla 9.5-B):

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	2.1780953	2.45	NO
Medios-Altos	7.6831562	2.45	SI
Bajos-Altos	8.2239022	2.45	SI

\* Los sujetos con religiosidad intrínseca alta tienen mayores dificultades en la adaptación a la vida diaria después de la muerte de seres queridos.

2) No existen diferencias significativas en los sujetos con religiosidad extrínseca respecto al temor a las consecuencias de la muerte del otro (Tabla 9.5-B).

3) La interacción no es significativa (Tabla 9.5-A y Figuras 9.5-B.1 y 9.5-B.2).

TABLA 9.6-A~

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.4 : TUNEL AL PROCEO DEGENERATIVO PERSONAL ~  
 REI.1 : RELIGIÓNS INTRÍNSICA~  
 REI.2 : RELIGIÓNS EXTRÍNSICA ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	11.043	4	2.761	4.344	.002
Y3	4.944	2	2.472	3.890	.020
Y3	3.979	2	1.990	3.131	.043
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	3.649	4	.912	1.436	.219
Y3	3.649	4	.912	1.436	.219
EXPLAINED	14.692	8	1.837	2.890	.004
RESIDUAL	775.936	1221	.635		
TOTAL	790.628	1229			

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

**TABLA 9.6-B**

CRITERION VARIABLE X11  
BROKEN DOWN BY Y2  
BY Y3

L1.4  
REI.1  
REI.2

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		1.9310	.0015	.8028	.6445	( 1273)
Y2	1.	36.1276	.1323	.8475	.7183	( 273)
Y3	1.	18.1673	.1747	.8422	.7093	( 104)
Y3	2.	21.1543	.1479	.8344	.6962	( 143)
Y3	3.	-3.1941	-.1228	.9282	.8616	( 26)
Y2	2.	-29.6951	-.0415	.7820	.6116	( 715)
Y3	1.	12.2179	.1101	.8677	.7528	( 111)
Y3	2.	-42.4807	-.0928	.7473	.5585	( 458)
Y3	3.	.5676	.0039	.8077	.6524	( 146)
Y2	3.	-11.3804	-.0465	.8023	.6437	( 245)
Y3	1.	3.4961	.0795	.7078	.5010	( 44)
Y3	2.	-16.0830	-.1141	.8015	.6424	( 141)
Y3	3.	1.2065	.0201	.8634	.7455	( 60)
Y2	999.	6.8789	.1720	.7664	.5873	( 40)
Y3	999.	6.8789	.1720	.7664	.5873	( 40)

TOTAL CASES = 1281  
MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1  
(EN L1.4)

BAJOS : .1373 (n:273)  
Medios : -.0415 (n:715)  
ALTOS : -.0465 (n:245)

• MEDIAS DEL REI.2  
(EN L1.4)

BAJOS : .130643 (n: 259)  
Medios : -.0504592 (n: 742)  
ALTOS : -.0061094 (n: 232)

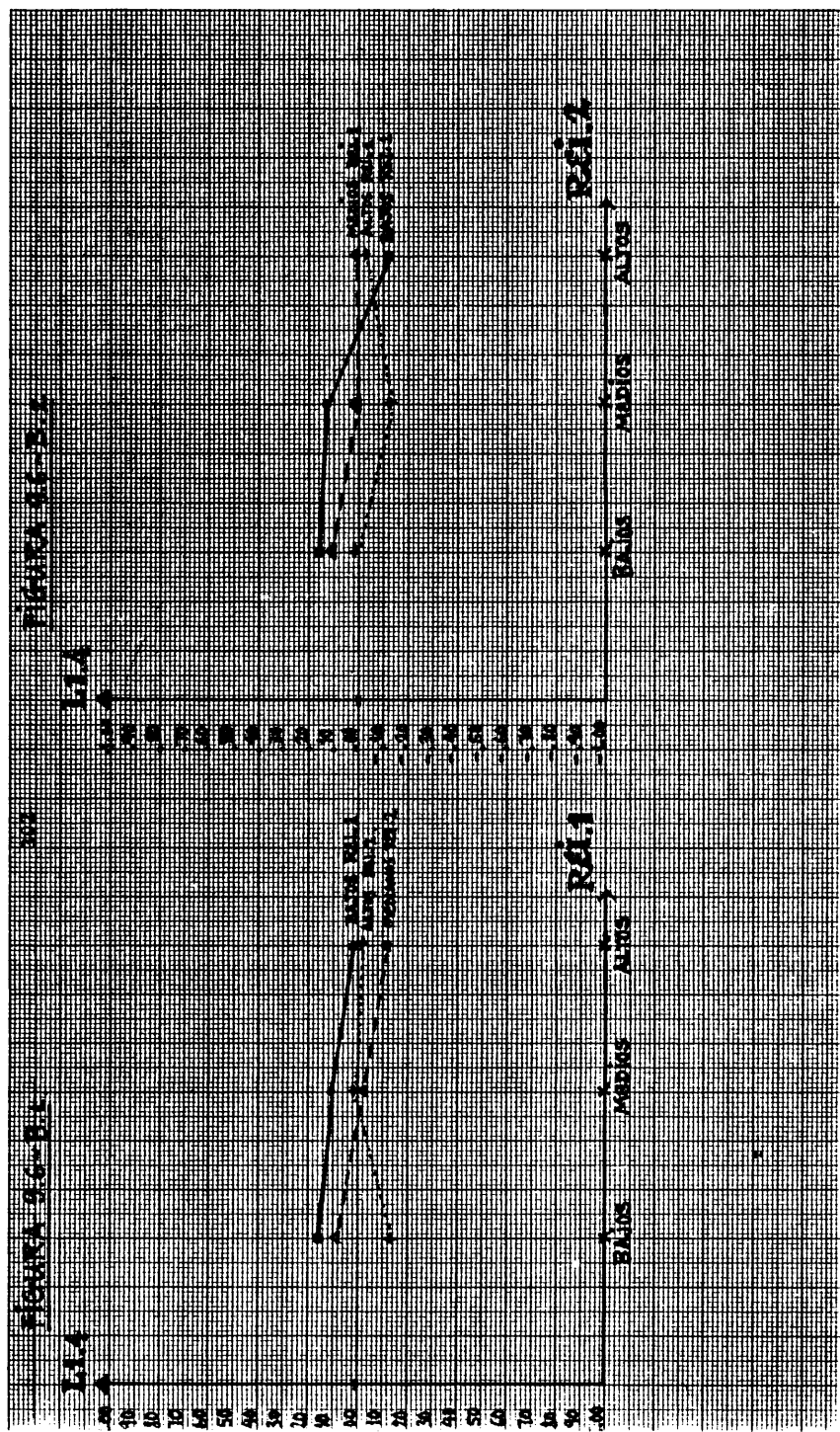


FIGURA 1.6 - B1

B1

FIGURA 1.6 - B2

B2

c.12) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.6-A, 9.6-B  
9.6.-B.1 y 9.6-B.2.

1) Existen diferencias significativas entre los sujetos intrínsecamente orientados respecto del "temor al proceso de generativo personal" (Tabla 9.6-A).

La diferencia entre las medias (Tabla 9.6-B) será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	3.0656342	2.45	SI
Medios-Altos	.08476	2.45	NO
Bajos-Altos	2.5496599	2.45	SI

\* Los sujetos con baja REI.1 tienen mayor temor y preocupación ante el proceso degenerativo que produce la enfermedad que el resto de los sujetos.

2) Las diferencias son significativas en los sujetos religiosamente extrínsecos - respecto del "temor al proceso degenerativo personal" (Tabla 9.6-A).

\* La diferencia de medias (Tabla 9.6-B) será :

REI.2	A	B	Significación
Bajo-Medios	3.1525039	2.45	SI
Medios-Altos	.7399156	2.45	NO
Bajos-Altos	1.9012481	2.45	NO

Solamente existen diferencias significativas entre los sujetos bajos-medios-

en REI.2 respecto al proceso degenerativo personal. Los más preocupados son - los sujetos con baja religiosidad extrínseca.

3) No existen diferencias significativas en la interacción (Tabla 9.6-A y Figuras 9.6-B.1 y 9.6-B.2).

**TABLA 9.7-A**

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 DAS : AMBIBAD (TEMP) GENERAL ANTE LA MUJER -  
 REI.1 : ABUSOS/ASIA INTRAFISCA -  
 REI.2 : ABUSOS/ASIA EXTRA FISCA -  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y2	47.209	4	11.802	15.668	.000
Y3	9.668	2	4.834	6.417	.002
Y3	41.388	2	20.694	27.472	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y2	4.341	4	1.085	1.441	.217
Y3	4.341	4	1.085	1.441	.217
EXPLAINED	51.550	8	6.444	8.554	.000
RESIDUAL	919.772	1221	.753		
TOTAL	971.321	1229	.790		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

**TABLA 9.1-B**

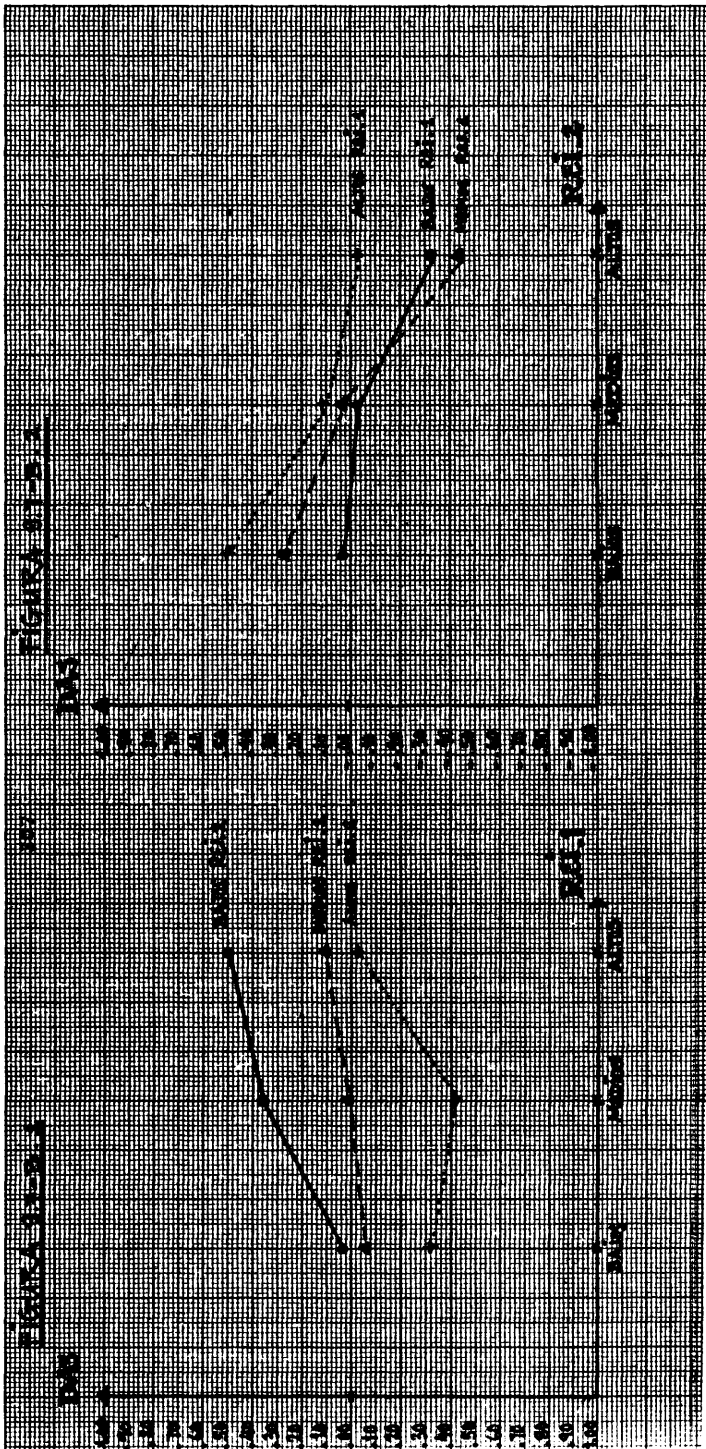
CRITERION VARIABLE X14 BY Y2 Y3  
 BROKEN DOWN BY DAS REI.1 REI.2

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		- .9815	- .0008	.8869	.7867	( 1275)
Y2	1.	-8.6933	-.0317	.8591	.7381	( 278)
Y3	1.	4.9876	.0480	.8731	.7623	( 104)
Y3	2.	-5.4203	-.0376	.8666	.7510	( 144)
Y3	3.	-8.2606	-.3177	.7153	.5117	( 26)
Y2	2.	-28.0076	-.0391	.9193	.8451	( 717)
Y3	1.	30.2022	.2721	.9338	.8719	( 111)
Y3	2.	2.6956	.0059	.9013	.8124	( 458)
Y3	3.	-60.9054	-.4115	.8480	.7191	( 148)
Y2	3.	32.7208	.1341	.8186	.6700	( 244)
Y3	1.	22.2338	.5053	.7850	.6163	( 44)
Y3	2.	14.4338	.1038	.8520	.7258	( 139)
Y3	3.	-3.9468	-.0647	.6776	.4592	( 61)
Y2	999.	2.9986	.0750	.8292	.6876	( 40)
Y3	999.	2.9986	.0750	.8292	.6876	( 40)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 6 OR .5 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1 { BAJOS : -.0317 (n= 274)  
 MEDIOS : -.0391 (n= 717)  
 ALTOS : -.1341 (n= 244) }  
 ( EN DAS )

• MEDIAS DEL REI.2 { BAJOS : .2217308 (n= 254)  
 MEDIOS : .015811 (n= 742)  
 ALTOS : -.311017 (n= 235) }  
 ( EN DAS )



c.13) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.7-A y 9.7-B; Y DE LAS FIGURAS 9.7-B.1 y 9.7-B.2

1) Existen diferencias significativas entre los sujetos intrínsecamente orientados respecto a la "ansiedad (temor) general ante la muerte" (Tabla 9.7-A).

Las diferencias entre los pares de medias (Tabla 9.7-B) será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	.1200714	2.45	NO
Medios-Altos	2.6927153	2.45	SI
Bajos-Altos	2.1703905	2.45	NO

\* Sólo entre los sujetos medios y altos existen diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte. Los que menos ansiedad muestran son los sujetos con alta religiosidad intrínseca.

2) Entre los sujetos bajos, medios y altos en REI.2 existen diferencias significativas respecto a la ansiedad general ante la muerte (Tabla 9.7-A) .

Las diferencias entre los pares de medias (Tabla 9.7-B) será :

REI.2	A	B	Significación
Bajos-Medios	3.2875106	2.45	SI
Medios-Altos	5.0214226	2.45	SI
Bajos-Altos	6.8158	2.45	SI

\* Los sujetos con alta religiosidad extrínseca son los sujetos con más ansiedad ante la muerte (de modo muy notoriamente).

3) La interacción no es significativa -  
(Tabla 9.7-A y Figuras 9.7-B.1 y 9.7-B.2).

c.14) DISCUSION Y CONCLUSIONES RESPECTO A LA HIPO  
TESIS 7.0.1.3.

c.14.1) A pesar de las reiteradas veces <sup>en</sup> la literatura psicológica sobre el tema se ha insistido en lo irrelevante que es la - religiosidad para explicar y diferenciar - a los sujetos en las actitudes ante la muerte, se demuestra aquí de modo empírico que estas hipótesis no son ciertas.

c.14.2) Por medio de las dos dimensiones de la religiosidad se ha observado, en general, que existen diferencias significativas en - los diversos factores de las Escalas DI, L-1 y DAS.

c.14.3.) Los sujetos que menor preocupa -- ción muestran ante la muerte son los suje - tos con alta religiosidad intrínseca.

c.14.4.) Las personas con alta religiosidad intrínseca son quienes poseen mayor preocu - pación por las consecuencias que la muerte producirá en sus familiares. Lo mismo ocu - rre con los sujetos con alta religiosidad - extrínseca.

c.14.5.) Los sujetos menos religiosos intrín - secamente son los que mayor tendencia tienen a evitar el conocimiento de la situación ter - minal de seres allegados.

Los sujetos con más alta religiosidad extrínseca son los que mayor temor muestran en tal comunicación.

c.14.6.) Las personas que mejor aceptan la muerte propia son los que asumen la religiosidad intrínseca con más profundidad. Los que manifiestan mayor temor ante la muerte propia son los sujetos con más alta religiosidad extrínseca.

c.14.7.) Los sujetos con baja religiosidad intrínseca tienen mayor temor ante el proceso degenerativo que produce la enfermedad y la muerte. Lo mismo ocurre con los sujetos con baja religiosidad extrínseca.

c.14.8.) Son los sujetos con alta religiosidad intrínseca que menor ansiedad muestran ante su muerte; lo contrario acontece con los sujetos con alta religiosidad extrínseca.

c.14.9.) Se confirman las predicciones de Sturgeon y Hamley (1979) de que los sujetos con una orientación religiosa profunda tienen menos ansiedad y preocupación existencial. Por lo tanto, poseerán menos temor ante la muerte. Se cumple lo que Malinowski (1965) afirmaba : la religión cumple una función -mitigadora ante el temor y la ansiedad que produce la muerte (coincide con Jeffers y otros 1961; Templer, 1972).

c.14.10.) Una de las conclusiones que puede llamar la atención es que, en general, los sujetos con más alta religiosidad extrínseca son los que poseen mayor preocupación, ansiedad y temor ante su propia muerte. Por el hecho de que la religiosidad extrínseca es utilitaria, resulta congruente que tales sujetos vean en su muerte motivos de preocupación ante la finitud de la vida y ante -- los posibles sucesos que acontecerán post-mortem . Se cumple la previsión de Leming (1975) de que la religión extrínseca e institucionalizada produce mayor ansiedad manifiesta ante la muerte.

c.14.11.) El hecho de encontrar que los sujetos más intrínsecos son quienes menos preocupación y temor poseen ante "el proceso degenerativo personal" es del todo verosímil.

Es decir, son sujetos cuyas convicciones religiosas profundas les hacen sobrellevar con dignidad el hecho ineludible de la muerte; esperan más positivamente los posibles dolores, la degeneración física y la misma muerte (Swenson, 1961) que las personas cuyas actitudes religiosas son menos profundas (Martin y Wrightsman, 1965). Los sujetos con convicciones religiosas intrínsecamente asumidas consideran a la enfermedad y a la muerte como mero tránsito a otra vida (Faunce y Fulton, 1958) y tales hechos se consideran como una recompensa en

la presente vida (Spilka y Pellegrini, 1967).

c.14.12.) Se ha encontrado que los sujetos con religiosidad intrínseca más alta son - quienes peor se suelen adaptar a la vida - ordinaria después de la muerte de seres - queridos.

Si ello es así, cabría suponer que tales sujetos son más vulnerables debido a la preocupación que les supone el estado en que se hallarán sus seres queridos muertos : juicio divino, estado o lugar en que se encontrarán, etc.

9.2.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS.d) HIPOTESIS 7.0.2.1.

d.1) En esta primera hipótesis específica se hipotetiza que las personas senectas con baja religiosidad intrínseca tenderán a poseer mayor preocupación y temor ante su propia muerte que los sujetos jóvenes y de mediana edad con religiosidad intrínseca menos profunda.

d.2) Para examinar las posibles diferencias se realizarán diversos ANOVAS con dos factores clasificatorios: Edad y religiosidad intrínseca; como variables criterio se utilizarán algunos factores de los Cuestionarios DI, L-1 y DAS.

Concretamente, como criterio se han tomado DI.1, DI.2, L-1.2 y DAS.

d.3) Si en los ANOVAS aparecieran diferencias significativas atribuibles a los factores de clasificación (F significativas), se realizarán las correspondientes diferencias de medias por el método de Scheffé (Amón, vol.II, p. 432).

d.4) El nivel de significación en todos los análisis será de .05.

d.5) Para finalizar, aparece la correspondiente discusión de resultados y conclusiones referentes a la hipótesis 7.0.2.1.

• TABLA 9.8-A.

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 X4 DI.1: Presencia en la empresa propia.  
 BY Y1 EDAD: Servicios - MAFIANA 8200 - VIJOS -  
 Y2 RE11: Relación intrínseca.  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	8.514	4	2.128	2.401	.048
Y2	3.761	2	1.881	2.122	.118
Y2	4.883	2	2.441	2.755	.062
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	6.539	4	1.635	1.845	.117
Y2	6.539	4	1.635	1.845	.117
EXPLAINED	15.053	8	1.882	2.123	.031
RESIDUAL	1088.388	1228	.886		
TOTAL	1103.441	1236	.893		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 44 CASES ( 3.4 PCT) WERE MISSING.

• TABLA 9.9 - B •

CRITERION VARIABLE X4 DI.1  
 BROKEN DOWN BY Y2 REII  
 BY Y1 EDAD

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		-.9520	-.0007	.9460	.8949	( 1278)
Y2	1.	16.7859	.0613	.9333	.8710	( 274)
Y1	1.	8.2807	.0335	.9226	.8512	( 247)
Y1	2.	6.5563	.2851	1.0526	1.1079	( 23)
Y1	3.	1.9489	.4872	.8027	.6443	( 4)
Y2	2.	18.2812	.0255	.9629	.9271	( 717)
Y1	1.	34.9082	.0564	.9480	.8988	( 619)
Y1	2.	-14.9875	-.2204	1.0450	1.0920	( 68)
Y1	3.	-1.6395	-.0547	1.0220	1.0444	( 30)
Y2	3.	-28.4641	-.1157	.8970	.8046	( 246)
Y1	1.	-21.7086	-.1410	.8544	.7300	( 154)
Y1	2.	-11.1750	-.2865	.9562	.9142	( 39)
Y1	3.	4.4194	.0834	.9544	.9109	( 53)
Y2	999.	-7.5549	-.1843	.9733	.9474	( 41)
Y1	1.	-5.3150	-.1399	.9431	.8895	( 38)
Y1	2.	-3.1047	-1.5523	.2575	.0663	( 2)
Y1	3.	.8648	.8648	0.	0.	( 1)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 3 OR .2 PCT.

• MEDIAS REI.1 (EN DI.1)  
 BAJOS : .0613 (n=274)  
 MEDIAS : .0255 (n=717)  
 ALTOS : -.1157 (n=246)

• MEDIAS EDAD (EN DI.1)  
 JÓVENES : .021051 (n=1020)  
 MEDIANA E.: -.1507463 (n=120)  
 Y JEDOS : .0548448 (n=87)



d.6) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.8-A y  
9.8.-B Y DE LAS FIGURAS 9.8-B.1 Y  
9.8-B.2.

1. No se aprecian diferencias significativas entre los grupos de edad respecto a la preocupación consciente por la muerte propia (Tablas 9.8-A y 9.8-B).

De ahí que no se realice la diferencia entre las medias.

2. No existen diferencias significativas en los grupos de religiosidad intrínseca con respecto a la preocupación consciente por la muerte propia (Tablas 9.8-A y 9.8-B).

3. No existe interacción significativa entre edad-religiosidad intrínseca respecto a la preocupación consciente por la muerte propia. (Tabla 9.8-A y Figuras 9.8-B.1 y 9.8-B.2).

No obstante, si se observa la figura 9.8-B.2 se verá que los sujetos bajos en REI.2 y viejos son los que mayor preocupación tienen ante su muerte propia. Sin embargo, las diferencias no son significativas.

TABLE 9.9-A -

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 DI.2: EVALUACIÓN MODERATIVA DE LA MUJER ~  
 EDAD: Jóvenes, Media y Edad, Viejos ~  
 REII: Belleza e Intimidad ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	11.542	4	2.885	3.627	.006
Y2	3.589	2	1.794	2.255	.103
Y1 Y2	8.234	2	4.117	5.175	.006
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	2.422	4	.605	.761	.553
Y2	2.422	4	.605	.761	.553
EXPLAINED	13.964	8	1.745	2.194	.026
RESIDUAL	977.031	1228	.796		
TOTAL	990.995	1236	.802		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 44 CASES ( 3.4 PCT) WERE MISSING.

• TABLA 9.9-8-

CRITERION VARIABLE X5 OI.2  
 BROKEN DOWN BY Y2 REI1  
 BY Y1 Y1 EDAD

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		-.8090	-.0006	.8985	.8072	( 1278)
Y2	1.	1.2415	.0045	.8545	.7302	( 274)
Y1	1.	3.3962	.0137	.8542	.7296	( 247)
Y1	2.	-1.0548	-.0459	.9192	.8449	( 23)
Y1	3.	-1.0999	-.2750	.5376	.2890	( 4)
Y2	2.	-33.2073	-.0463	.9088	.8259	( 717)
Y1	1.	-9.8015	-.0158	.9133	.8340	( 619)
Y1	2.	-21.0316	-.3093	.8684	.7541	( 68)
Y1	3.	-2.3742	-.0791	.8314	.6912	( 30)
Y2	3.	39.8642	.1620	.8862	.7853	( 246)
Y1	1.	22.7344	.1476	.9082	.8249	( 154)
Y1	2.	5.0227	.1288	.7943	.6309	( 39)
Y1	3.	12.1071	.2284	.8977	.8058	( 53)
Y2	999.	-8.7073	-.2124	.9738	.9482	( 41)
Y1	1.	-5.7813	-.1521	.9432	.8896	( 38)
Y1	2.	-3.2612	-1.6306	.7445	.5542	( 2)
Y1	3.	.3352	.3352	0.	0.	( 1)

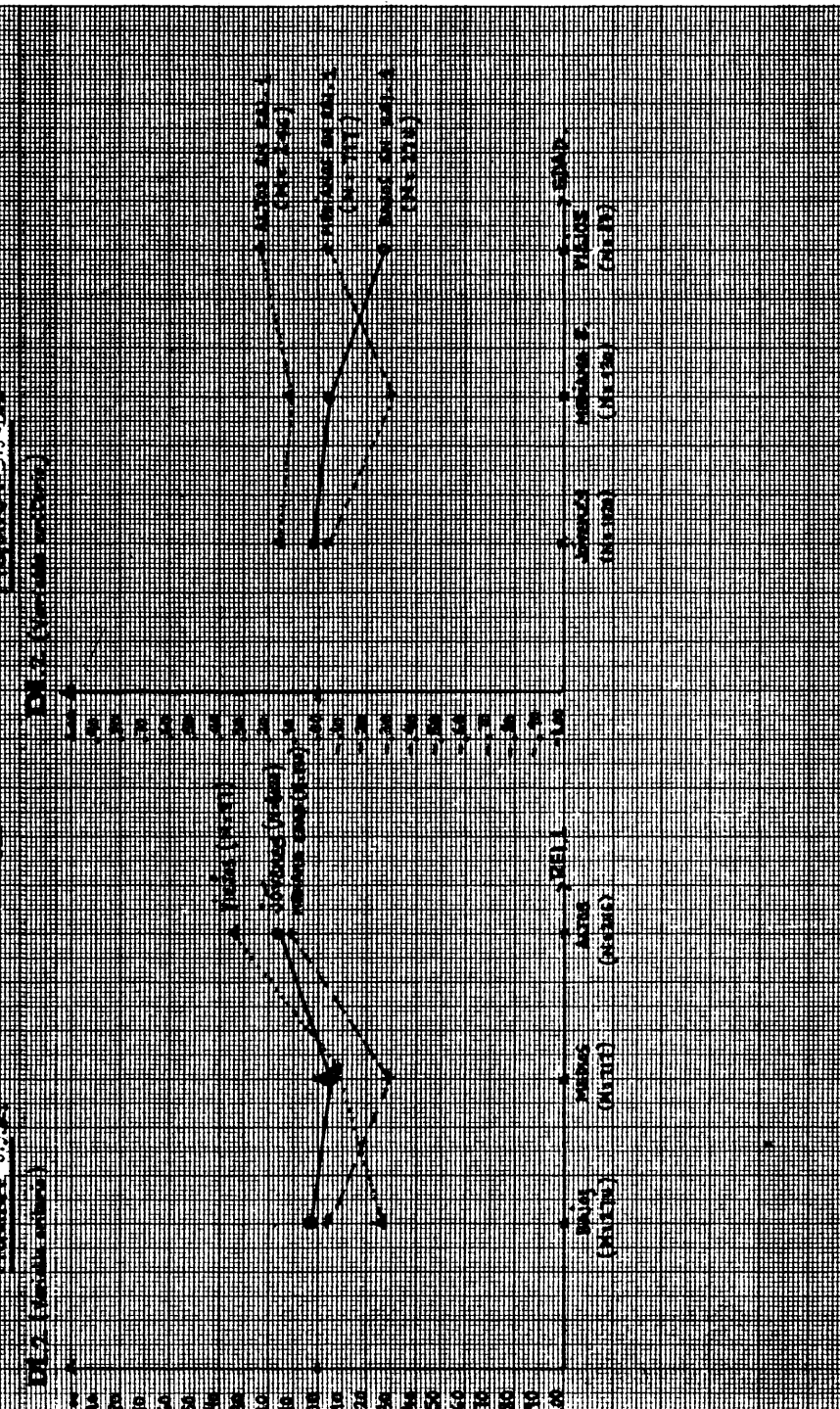
TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 3 OR .2 PCT.

• MEDIAS DEL REI.1  
 (EN DI.2) { BAJOS : .0045  
 MEDIOS : -.0445  
 ALTOS : .1620

• MEDIAS DE EDAD  
 (EN DI.2) { JÓVENES : .0160158  
 MEDIANA E. : -.1912684  
 VIEJOS : .0922206

FIGURA 9.9-B

FIGURA 9.9-A



d.7) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.9.-A Y 9.9.-B Y FIGURAS 9.9.-B.1 Y 9.9.-B.2.

1. No aparecen diferencias significativas entre los grupos de edad respecto a la preocupación por las consecuencias - que la muerte puede producir en los parientes (Tabla 9.9.-A y 9.9.-B).

Consecuentemente, no se hace la diferencia de medias.

2. Las diferencias significativas en los grupos de religiosidad respecto a las - consecuencias que la muerte propia producirá en los parientes (Tabla 9.9.-A).

La diferencia de medias será la siguiente según los pares de la Tabla 9.9.B:

<u>REI.1</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>Significación</u>
Bajos-Medios	.8016918	2.45	NO
Medios-Altos	3.159747	2.45	SI
Bajos-Altos	2.0098771	2.45	NO

Por lo tanto, sólo existen diferencias significativas entre los sujetos medios-altos en religiosidad intrínseca. Los más preocupados son los religiosos intrínsecamente orientados.

3. La interacción de edad-religiosidad - intrínseca no es significativa (Tabla 9.9-A y Figuras 9.9-B.1 y 9.9-B.2).



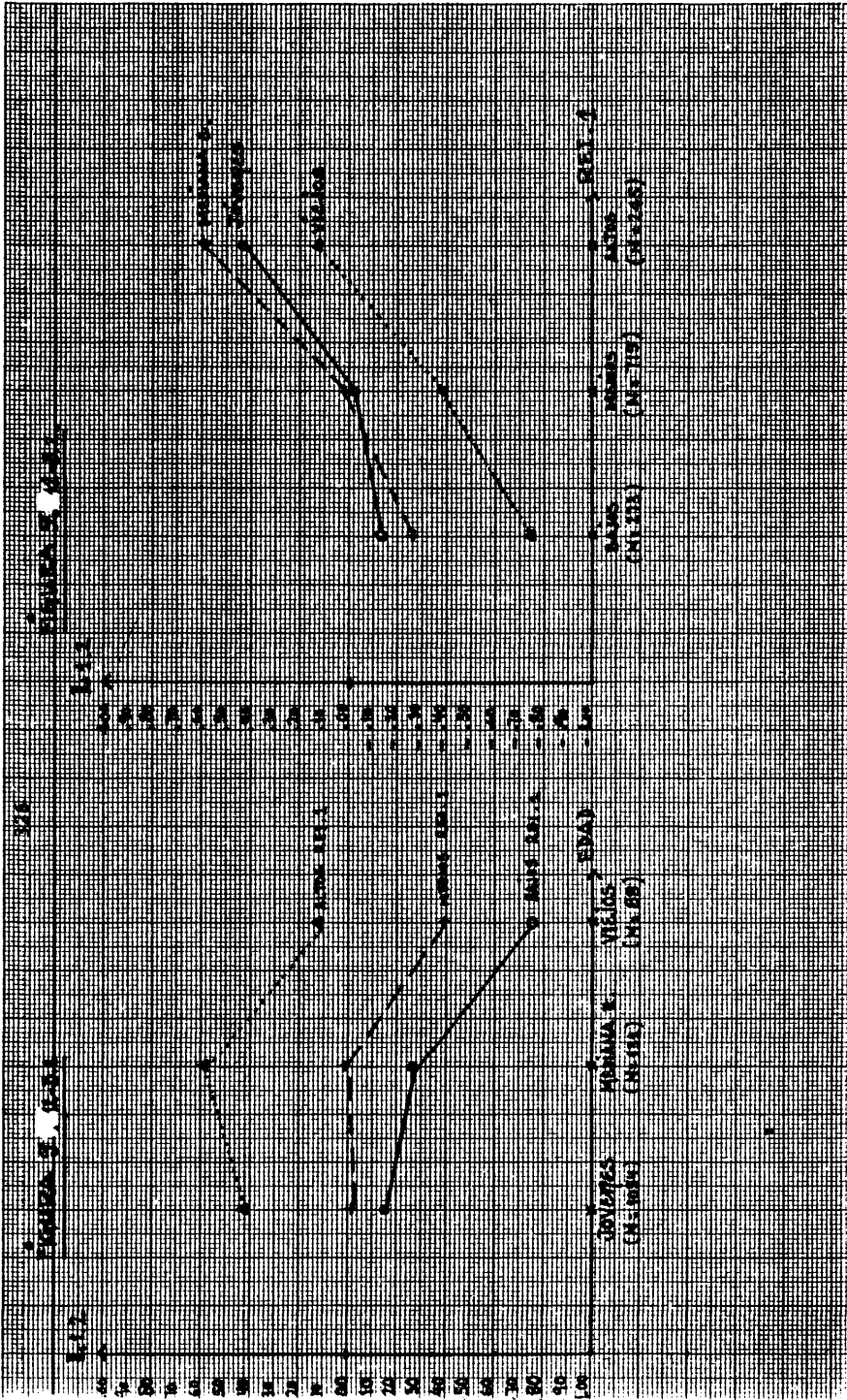
TABLA 2.12 - B.

CRITERION VARIABLE		X9	L1.2		SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
BROKEN DOWN BY		Y1	Y2	REI1					
VARIABLE	CODE	Y1	Y2	REI1					
FOR ENTIRE POPULATION									
					-.1807	-.0001	.8779	.7707	( 1273)
Y1	1.				-12.5285	-.0119	.8614	.7420	( 1054)
Y2	1.				-36.6271	-.1495	.8621	.7432	( 245)
Y2	2.				-39.5407	-.0640	.8705	.7577	( 618)
Y2	3.				64.5797	.4193	.6811	.4640	( 154)
Y2	999.				-.9404	-.0254	.8578	.7359	( 37)
Y1	2.				22.1529	.1691	.9466	.8960	( 131)
Y2	1.				-6.0300	-.2512	.9770	.9546	( 24)
Y2	2.				4.0009	.0597	.9806	.9617	( 67)
Y2	3.				22.5033	.5922	.7035	.4949	( 38)
Y2	999.				1.6786	.8393	.0250	.0006	( 2)
Y1	3.				-9.8051	-.1114	.9442	.8915	( 88)
Y2	1.				-3.0067	-.7517	.2806	.0788	( 4)
Y2	2.				-12.2808	-.4094	.9741	.9489	( 30)
Y2	3.				6.3188	.1192	.9004	.8108	( 53)
Y2	999.				-.8364	-.8364	0.	0.	( 1)

TOTAL CASES = 1281  
MISSING CASES = 8 OR .6 PCT. -

• MEDIAS DE EDAD (EN L1.2) { JÓVENES : -.014432  
MEDIANAS : -.1583116  
NIÑOS : -.1021172

• MEDIAS DE REI.1 (EN L1.2) { DATOS : -.0632641  
MEDIAS : -.066902  
ALTOS : .3311975



d.8) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.12-A Y 9.12-B Y DE LAS FIGURAS 9.12-B.1 Y 9.12-B.2.

1. Existen diferencias en la "aceptación de la muerte propia" en los diferentes - grupos de edad (Tabla 9.12-A).

Por tanto, se verá entre qué pares de grupos de edad existen tales diferencias significativas (Tabla 9.12-B):

Edad	A	B	Significación
Jóvenes-M.Edad	2.13	2.45	NO
M. Edad-Viejos	2.48	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	.92449	2.45	NO

El grupo que mejor "acepta su propia muerte" es el de edad intermedia y el que peor lo acepta es el grupo de personas viejas.

2. Existen diferencias significativas en los grupos de religiosidad intrínseca (Tabla 9.12-A) en la aceptación de la muerte propia.

La diferencia entre las medias será (Tabla 9.12-B):

<u>REI.1</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>Significación</u>
Bajos-Medios	1.65	2.45	NO
Medios-Altos	7.08	2.45	SI
Bajos-Altos	7.29	2.45	SI

\* Los sujetos con más alta religiosidad - son los que mejor aceptan su propia muerte; los que peor aceptan su muerte son los sujetos más bajos en religiosidad intrínseca (Tabla 9.12-B).

3) No existen diferencias significativas en la interacción edad-religiosidad intrínseca (Tablas 9.12-A y Figuras 9.12-B.1 y 9.12-B.2) respecto a la aceptación de la muerte propia.

\* TABLA 9.16-A.

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 DAS : ANÁLISIS (TEMPO) GENERAL ANTE LA MUJERTE PROPIA -  
 EDAD : EDADES, MEDIANA EDAD, VIEJOS -  
 RELI : RELIGIOSIDAD INTERINSECA ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	10.782	4	2.695	3.435	.009
Y2	4.961	2	2.481	3.161	.042
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	7.491	2	3.745	4.772	.009
Y2	2.298	4	.575	.732	.573
EXPLAINED	2.298	4	.575	.732	.573
RESIDUAL	13.080	8	1.635	2.083	.034
TOTAL	958.241	1221	.785		
	971.321	1229	.790		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

\* TABLA 9.16 - B \*

CRITERION VARIABLE X14 DAS  
 BROKEN DOWN BY Y1 EDAD  
 BY Y2 REI1

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
Y1		-5.9939	-.0008	.8869	.7867	( 1275)
Y2	1.	-7.1895	-.0057	.9157	.8385	( 1055)
Y2	1.	-25.4143	-.0292	.8783	.7714	( 246)
Y2	2.	24.5186	-.0410	.9415	.8863	( 620)
Y2	3.	2.0913	.1613	.8773	.7697	( 152)
	999.		.0565	.8279	.6854	( 37)
Y1	2.	16.8066	.1273	.7711	.5945	( 132)
Y2	1.	-2.7948	-.1165	.7016	.4923	( 24)
Y2	2.	5.7147	.0853	.7881	.6212	( 67)
Y2	3.	12.6068	.3233	.7382	.5449	( 39)
	999.	1.2799	.6400	1.1367	1.2921	( 2)
Y1	3.	-11.7942	-.1340	.6499	.4224	( 88)
Y2	1.	1.2911	.3228	.4167	.1736	( 4)
Y2	2.	-8.3080	-.2769	.6621	.4383	( 30)
Y2	3.	-4.4046	-.0831	.6486	.4207	( 53)
	999.	-.3726	-.3726	0.	0.	( 1)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 6 OR .5 PCT.

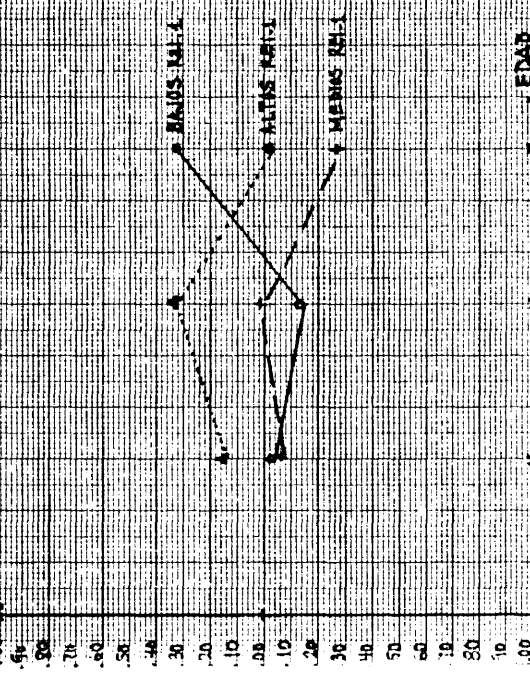
• MEDIAS DE EDAD (EN DAS) { JÓVENES : -.0079425  
 MEDIANA E.: .1194446  
 VIEJOS : -.1511255

• MEDIAS DE REI1 (EN DAS) { BAJOS : -.031708  
 MEDIOS : -.0390682.  
 ALTOS : .1341065.

FIGURA 9.16 - III

331

DAS

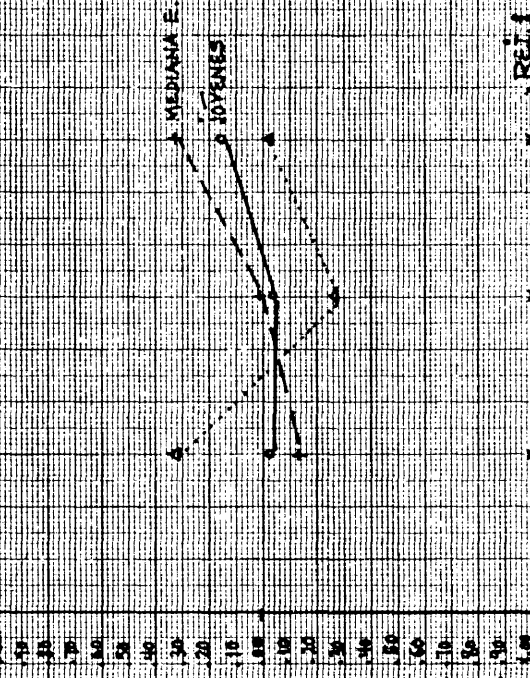


JÓVENES (Males) MEDIANA G. (Middle) VIEJOS (Older)

EDAD

FIGURA 9.16 - II

DAS



BAJOS (Lower) MEDIOS (Middle) ALTOS (Higher)

RELI

d.9) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.16-A, 9.16-B Y FIGURAS 9.16-B.1 y 9.16-B.2

1. Existen diferencias significativas entre los grupos de edad respecto a la ansiedad (temor) general ante la muerte propia (Tabla 9.16-A).

De ahí que se realice el contraste de las diferencias de medias (Tabla - 9.16-B).

Edad	A	B	Significación
Jóvenes-M.Edad	1.5437	2.45	NO
M.Edad-Viejos	2.46	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	1.246	2.45	NO

Los sujetos que mayor ansiedad - (temor) general muestran ante su propia muerte son los viejos (Tabla 9.16-B).

2. Existen diferencias significativas - en los grupos de religiosidad intrínseca en la "ansiedad general ante la muerte propia" (Tabla 9.16-A).

Las diferencias entre los pares - de medias (Tabla 9.16-B) de REI.1 en la DAS será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	.116966	2.45	NO
Medios-Altos	2.6372	2.45	SI
Bajos-Altos	2.1262	2.45	NO

\* Quienes menor ansiedad muestran son los sujetos con alta religiosidad intrínseca.

3. No existe interacción significativa entre Edad-Religiosidad (Tabla 9.15-A y Fig. 9.16-B.1 y 9.16-B.2) en la "ansiedad general ante la muerte propia".

d.10) DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES  
ACERCA DE LA HIPOTESIS 7.0.2.1.

d.10.1) No se aprecian diferencias significativas entre los grupos de edad y de religiosidad en la preocupación consciente por la muerte propia.

La interacción edad-religiosidad no es significativa.

d.10.2) No aparecen diferencias significativas en los grupos de edad respecto a la preocupación por las consecuencias que la muerte de seres queridos puede producir.

Sí aparecen diferencias en los grupos de religiosidad intrínseca en la preocupación por las consecuencias de la muerte.

d.10.3) El grupo que mejor acepta su propia muerte es el de edad intermedia; el grupo que peor acepta la propia muerte es el de personas senectas.

Los sujetos con alta religiosidad intrínseca son los que mejor aceptan su propia muerte (dentro de los grupos de REI.1).

d.10.4) Las personas senectas son las que mayor ansiedad muestran ante su propia muerte.

Los sujetos con alta religiosidad intrínseca son los que menos ansiedad muestran.

d.10.5) No se confirma la hipótesis tal como se ha formulado, ya que las interacciones edad-religiosidad intrínseca no aparecen como significativas.

d.10.6) El que las personas viejas <sup>muestran</sup> mayor ansiedad ante su muerte está <sup>sugerido</sup> en las conclusiones de las investigaciones de Templer (1972) y McDonald (1976). Contradice los hallazgos de Devins (1979) que afirman que los jóvenes son los más ansiosos ante la muerte.

Quizá sería conveniente diferenciar entre temor a la muerte y ansiedad ante la misma.

Es probable que los jóvenes posean mayor temor ante el sufrimiento y la degeneración física y psíquica que la muerte supone. Sin embargo, las personas mayores posiblemente tengan mayor ansiedad ante la incertidumbre del cuándo y cómo les sucederá la muerte.

d.10.7) Los sujetos de mediana edad parece que son los que mejor aceptarían la propia muerte (aunque no el dolor y el sufrimiento que la enfermedad terminal conllevaría). Los viejos son quie-

nes mayor preocupación mostrarían ante la proximidad subjetiva de su propia - muerte.

d.10.8) De otro lado, se observa que - en algunos aspectos los grupos de edad no difieren en su relación con la evaluación negativa de la muerte. Lo que confirma las teorías de Pollak (1979) y Jeffers y otros (1961).

e) HIPOTESIS 7.0.2.2.

e.1) La hipótesis hace relación al hecho hipotético de tener que comunicar el estado terminal a las personas allegadas.

e.2) Para intentar explicar tal hipótesis se han verificado dos ANOVAS.

En el primer ANOVA se han tomado como factores la religiosidad extrínseca y la religiosidad intrínseca; como variables criterio se ha considerado el L-1.1: "Evitación cognitiva de la muerte del --otro".

En el segundo ANOVA (el que propiamente responde a la hipótesis formulada) se han considerado como factores la Edad y la Religiosidad Intrínseca; como criterio aparece el L-1.1.

e.3) En el caso del primer ANOVA aparecen diferencias significativas tanto en el factor REI.1 como en el factor REI.2 (La interpretación de este análisis se verifica en el apartado c) ).

e.4) El nivel de significación es de 0.5.

\* TABLA 9.11 - A -

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.1: EYITACION COGNITIVA DE LA MUERTE DEL OTRO.  
 EDAD: JOVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS.  
 REI1: RELIGION INTRINSECA.  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	12.034	4	3.008	3.759	.005
Y2	4.292	2	2.146	2.682	.067
Y2	6.992	2	3.496	4.369	.013
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	7.986	4	1.997	2.495	.041
Y2	7.986	4	1.997	2.495	.041
EXPLAINED	20.020	8	2.502	3.127	.002
RESIDUAL	977.894	1222	.800		
TOTAL	997.914	1230	.811		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.





e.5) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.11-A y  
9.11-B Y DE LAS FIGURAS 9.11-B.1 y -  
9.11-B.2.

1. Al nivel de significación de  $\alpha = .05$  no existen diferencias entre los grupos de edad ante el hecho hipotético de tener que comunicar la inminencia de la muerte a seres queridos. Se observa, no obstante, mayor conformidad en los sujetos de mediana edad (Tablas 9.11-A y - 9.11-B).

2. Existen diferencias entre los distintos niveles de religiosidad intrínseca - en "la evitación cognitiva de la muerte - de los otros" (Tabla 9.11-A).

Por lo tanto, se hace la diferencia entre las medias de los sujetos intrínsecamente orientados en L-1.1 (Tabla -- 9.11-B) :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	2.0048	2.45	NO
Medios-Altos	1.69	2.45	NO
Bajos-Altos	3.04207	2.45	SI

\* Los sujetos altos en religiosidad son, significativamente, los que más temen comunicar el estado terminal a los amigos y familiares.

3. Existe interacción significativa entre Edad y religiosidad respecto al factor "evitación cognitiva de la muerte del otro" (Tablas 9.11-A, 9.11-B y las figuras 9.11-B.1 y 9.11-B.2).

Para realizar las diferencias entre los pares de medias había que realizar 36 comparaciones (Tabla 9.11-B).

No obstante, basta con interpretar las Figuras 9.11-B.1 y 9.11-B.2 para saber la significación de la interacción - Edad-Religiosidad intrínseca.

Los sujetos que más temen comunicar el estado terminal a seres queridos son los viejos con alta religiosidad intrínseca.

4. En consecuencia, la hipótesis tal como se formuló no se confirma.

No son los grupos de edad quienes mejor diferencian "la evitación cognitiva" de la muerte del otro, más bien es la interacción edad-religiosidad quien mejor explica "la evitación cognitiva".

e.6) DISCUSION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES  
(HIPOTESIS 7.0.2.2.).

Es lógico que las personas senectas y con alta religiosidad intrínseca temen el hecho hipotético de tener que comunicar el estado terminal a seres queridos, ya que -en general- las personas senectas tienen mayor pudor (Polaino-Lorente, 1981) en hablar de la muerte; se produce lo que Hinton (1974) llama la "evasión del silencio".

A pesar de que la proximidad de la muerte hace que los viejos acepten mejor su muerte (Swenson, 1959), aparece la interacción "religiosidad-edad" que hace que los sujetos, inconscientemente, tengan una gran preocupación por la misma (Templer, 1971, 1974). Muy probablemente aparezca en los viejos "la conciencia anticipatoria" y el deseo de que los familiares supervivan (Marshall, 1976; Reynolds y Kalish, 1974). La negación de la muerte es aquí el silencio, como manera de encubrimiento del propio temor.

Los "jóvenes con baja religiosidad intrínseca" también poseen alto temor en el hecho hipotético de tener que comunicar la proximidad de la muerte de seres queridos. La juventud, en general, suele ver la muerte como una "condición limitadora" (Reck, 1977) y como algo lejano (Grollman, 1974), de ahí su predisposición a no querer saber y a no querer comunicar el estado terminal de alguien querido.

En el fondo, se teme a la amenaza que supone la muerte para la estructura de la persona (Krieger y Epting, 1974), todavía no delimitada en los jóvenes. Los jóvenes son más vulnerables ante la experiencia de la muerte de seres queridos (Polaino, 1981).

No se puede olvidar aquí las teorías de Feifel (1980 y 1981) y de Fulton (1965) que hablan de que la religión puede inducir o atenuar el temor a la muerte.

f) HIPOTESIS 7.0.2.3.

f.1) La hipótesis se refiere a la adaptación que los sujetos tendrían después de la muerte de seres queridos.

f.2) Para verificar la hipótesis se ha realizado un ANOVA (Tabla 9.13-A).

Los factores clasificatorios son la Edad y la religiosidad intrínseca (REI.1); como criterio se ha considerado el factor IV del Cuestionario L-1.

f.3) El nivel de significación es .05.

1. TABLA 913 -A

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 L1.3 : TEMPE A LAS CONSERVACIONES DE LA MUSETE DEL OTRO.  
 EDAD : JUVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS.  
 RE11 : RELIGIOSIDAD INTRINSECA.  
 \*\*\*\*\*

X10  
 BY Y1  
 Y2

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	64.029	4	16.007	22.737	.000
Y2	8.782	2	4.391	6.237	.002
Y1 Y2	38.093	2	19.046	27.054	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	3.012	4	.753	1.070	.370
Y2	3.012	4	.753	1.070	.370
EXPLAINED	67.041	8	8.380	11.903	.000
RESIDUAL	860.319	1222	.704		
TOTAL	927.360	1230	.754		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 50 CASES ( 3.9 PCT) WERE MISSING.

• TABLA 9.13-B •

CRITERION VARIABLE X10 L1.3  
 BROKEN DOWN BY Y1 EDAD  
 BY Y2 REII

VARIABLE	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION						
		.7501	.0006	.8688	.7548	( 1273)
Y1	1.	-59.3304	-.0563	.8447	.7135	( 1054)
Y2	1.	-48.1273	-.1964	.9124	.8324	( 245)
Y2	2.	-62.3812	-.1009	.8026	.6442	( 618)
Y2	3.	54.2519	.3523	.7678	.5896	( 154)
Y2	999.	-3.0739	-.0831	.8942	.7996	( 37)
Y1	2.	17.2609	.1318	.9774	.9554	( 131)
Y2	1.	-6.9630	-.2901	.9728	.9463	( 24)
Y2	2.	6.4730	.0966	.9705	.9418	( 67)
Y2	3.	17.1632	.4517	.8796	.7737	( 38)
Y2	999.	.5876	.2938	1.8306	3.3511	( 2)
Y1	3.	42.8196	.4866	.8173	.6680	( 88)
Y2	1.	2.1257	.5314	.7244	.5248	( 4)
Y2	2.	10.2732	.3424	.8382	.7026	( 30)
Y2	3.	30.0425	.5668	.8226	.6766	( 53)
Y2	999.	.3783	.3783	0.	0.	( 1)

TOTAL CASES = 1281  
 MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.

• MEDIAS DE EDAD (SU 1.4 x 1) •  
 • DESVIOS : .0551182  
 • MEDIANA B : .0292519  
 • VARIOS : .4877931

• MEDIAS DE REII (SU 1.4 x 2) •  
 • BAJOS : -.1937736  
 • MEDIANAS : -.025208  
 • ALTOS : .414191.

FIGURA 9.13-11

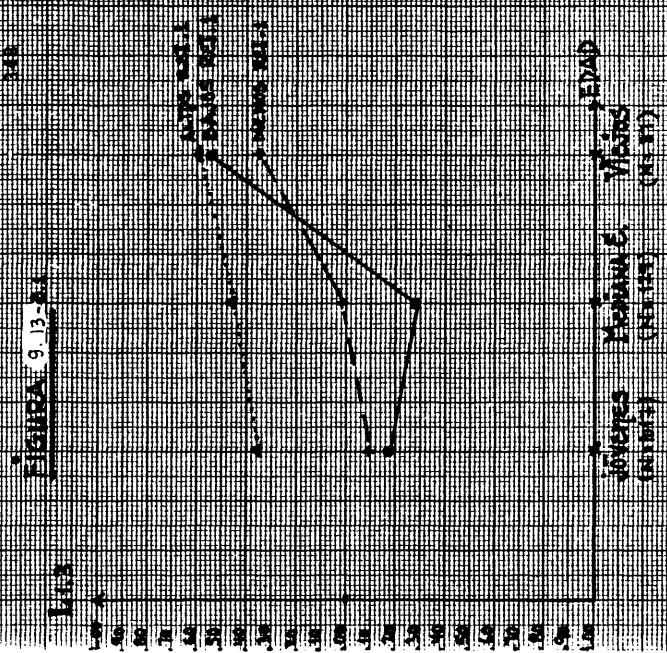
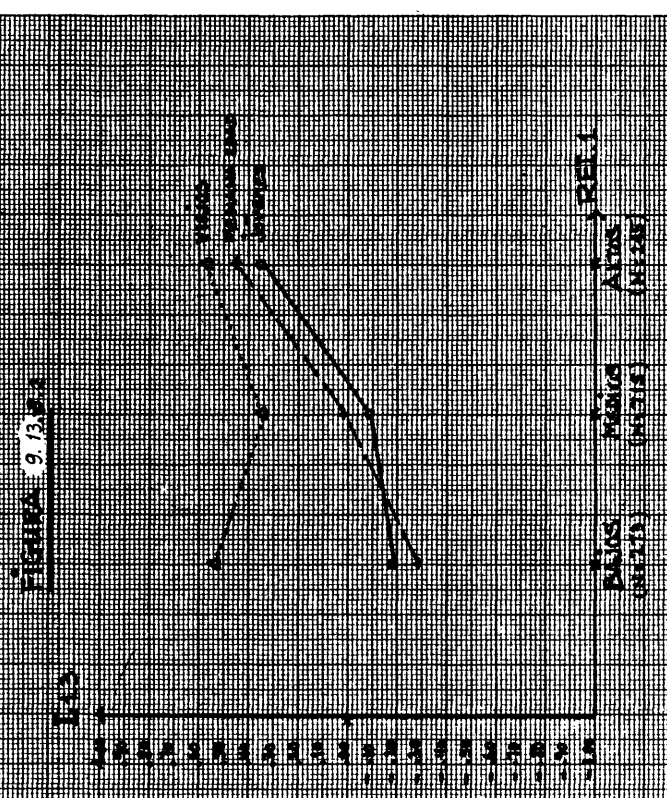


FIGURA 9.13-12



f.4) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.13-A  
Y 9.13-B Y FIGURAS 9.13-B.1 y 9.13-B.2

1. Existen diferencias significativas en los grupos de edad respecto a las consecuencias de la muerte del otro; esto es, hay diferencias en el grado de adaptación después de la muerte del otro (Tabla 9.13-A).

Por lo tanto, la diferencia entre las medias (Tabla 9.13-B) será :

Edad	A	B	Significación
Jóvenes-M.Edad	2.3616	2.45	NO
M.Edad-Viejos	3.08	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	5.7945	2.45	SI

Las personas senectas son las que peor se adaptarían después de la muerte de seres queridos.

2. Entre las personas religiosas intrínsecamente orientadas hay diferencias significativas respecto a la adaptación - después de la muerte de seres queridos (Tabla 9.13-A).

Las diferencias entre los pares de medias de REI.1 con respecto a L1.3 - (Tabla 9.13-B) será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	2.18	2.45	NO
Medios-Altos	7.69	2.45	SI
Bajos-Altos	8.23	2.45	SI

Los sujetos con alta religiosidad son quienes peor se adaptarían a la vida cotidiana después de la muerte de seres allegados.

3. No existen diferencias significativas en la interacción Edad-REI.1 en L1.3 (Figuras 9.13-B.1 y 9.13-B.2).

f.5) DISCUSION Y CONCLUSIONES (HIPOTESIS  
7.0.2.4.).

Las personas senectas se adaptan peor a su vida diaria después de la muerte de seres queridos.

La muerte de los otros supone en el viejo una vivencia vicaria de gran importancia; la proximidad de su muerte les hace pensar, con relativa frecuencia, en "su" muerte; no como en otras edades en que se piensa en la "muerte del otro"; es lo que Marshall (1976) llama la "conciencia anticipatoria" del anciano.

Munnichs (1966) habla de que es tan difícil imaginar a la juventud sin futuro como a la vejez con él. De este modo, se producen estados de tensión e inquietud en los viejos.

El impacto psicológico que puede producirles la muerte de seres allegados, puede hacer que los viejos pierdan el sentido de la realidad circundante y se "ensimismen" en su mundo. Evidentemente, el entorno del viejo le facilitará la adaptación a sus actividades diarias o, por el contrario, le hará que sólo piense en su muerte y en el sinsentido de la vida aquí. De ahí que las Residencias de ancianos, tal como se han concebido hasta el presente, no favorezcan la adaptación al quehacer diario después de la muerte de seres conocidos; el tema de conversación, el recuerdo casi constante del ser muerto y el recordar las actividades y los lugares

res que la persona difunta hacía u ocupaba, facilitan la depresión y los estados de inquietud.

No obstante, el grado de educación y la autopercepción física y psíquica pueden incrementar o decrecer el grado de adaptación a la vida diaria (Maurer, 1964; Jeffers y otros, 1961; Christ, 1961; Templer, 1974).

g) HIPOTESIS 7.0.2.4.

g.1) Se hipotetiza que las personas viejas y con alta religiosidad poseerán menor temor ante el proceso de generativo que los sujetos con mediana edad o jóvenes con baja o media religiosidad.

g.2) Para verificar esta hipótesis se realiza un análisis de varianza con dos factores clasificatorios: Edad y Religiosidad intrínseca.

Como variable criterio se utiliza el factor IV del Cuestionario L-1.4.

g.3) Se trabajará con un nivel de significación de .05.

4. TABLA 9.14 - A -

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 X11 LI.4 : TEMER AL PROESO DECONVERTATIVO TROPICAL -  
 BY Y1 EDAD : JOVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS ~  
 Y2 RE11 : RELIGIOSIDAD INTERMEDIA ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	25.398	4	6.350	10.183	.000
Y2	18.335	2	9.167	14.701	.000
	8.997	2	4.499	7.214	.001
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	3.851	4	.963	1.544	.186
Y2	3.851	4	.963	1.544	.186
EXPLAINED	29.250	8	3.656	5.863	.000
RESIDUAL	761.379	1221	.624		
TOTAL	790.628	1229	.643		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

\* TABLA 9.14 - B.

CRITERION VARIABLE BROKEN DOWN BY	X11 Y1 Y2	L1.4 EDAD REII	CODE	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N
FOR ENTIRE POPULATION								
				1.9310	.0015	.8028	.6445	( 1273)
Y1			1.	-46.6671	-.0443	.7846	.6156	( 1054)
Y2			1.	25.5077	.1041	.8506	.7235	( 245)
Y2			2.	-64.4292	-.1043	.7491	.5611	( 618)
Y2			3.	-12.9147	-.0839	.7964	.6342	( 154)
Y2			999.	5.1691	.1397	.7329	.5371	( 37)
Y1			2.	43.5377	.3323	.8182	.6695	( 131)
Y2			1.	8.9066	.3711	.7573	.5735	( 24)
Y2			2.	29.5986	.4418	.8252	.6810	( 67)
Y2			3.	3.5723	.0940	.7830	.6131	( 38)
Y2			999.	1.4602	.7301	1.7035	2.9017	( 2)
Y1			3.	5.0604	.0575	.8820	.7779	( 88)
Y2			1.	1.7133	.4283	1.1165	1.2466	( 4)
Y2			2.	5.1355	.1712	.9485	.8996	( 30)
Y2			3.	-2.0380	-.0385	.8365	.6997	( 53)
Y2			999.	.2496	.2496	0.	0.	( 1)

TOTAL CASES = 1281  
MISSING CASES = 8 OR .6 PCT.

• MEDIAS DE EDAD (CN 281.4)      • BAJOS : .1323227 (n: 173)  
 • MEJORES : .0510063 (n: 87)      • MEDIOS : .0415675 (n: 215)  
 • MEJANA E. : .3261937 (n: 129)      • ALTOS : .0464861 (n: 245)  
 • VIJOS : .0552724 (n: 17)      (CN 281.4)

FIGURA 9 14 004

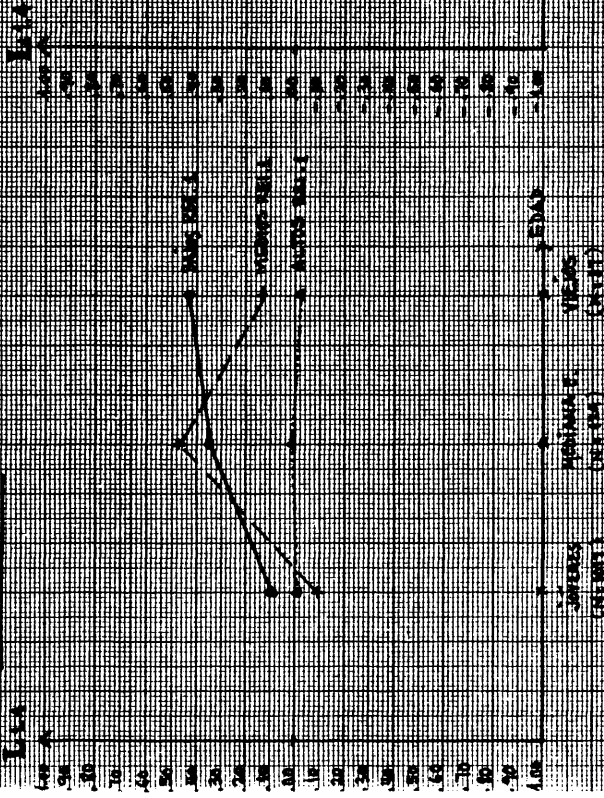
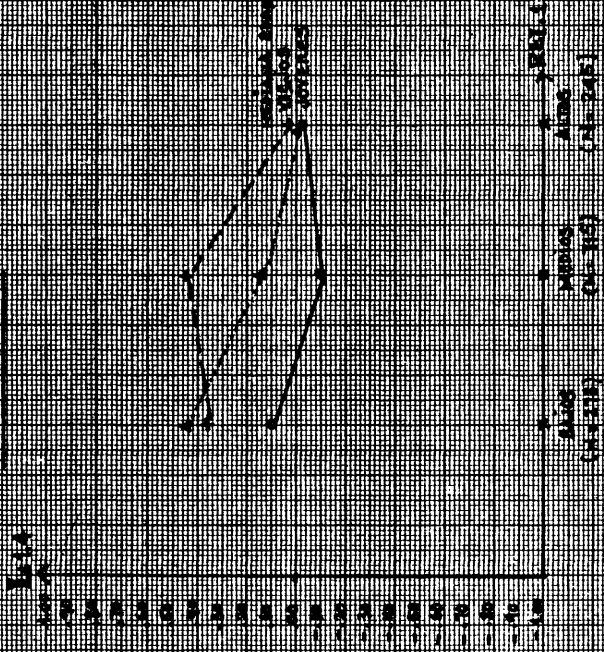


FIGURA 9 14 005



JUNIERS (1981-1982)  
 AGOSTO (1981-1982)  
 SEPTIEMBRE (1981-1982)  
 OCTUBRE (1981-1982)

JUNIERS (1981-1982)  
 AGOSTO (1981-1982)  
 SEPTIEMBRE (1981-1982)  
 OCTUBRE (1981-1982)

g.4) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.14-A y 9.14-B  
Y DE LAS FIGURAS 9.14-B.1 y 9.14-B.2

1. Existen diferencias significativas entre los grupos de edad respecto al dolor y al proceso degenerativo físico e intelectual que produce la enfermedad y el morir (Tabla 9.14-A).

Se contrastan, a continuación, la diferencia entre los pares de medias (Tabla 9.14-B) de los grupos de edad en L-1.4.

Edad	A	B	Significación
Jóvenes-M. Edad	5.1091727	2.45	SI
M. Edad-Viejos	2.5588547	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	1.204469	2.45	NO

\* Los sujetos a quienes preocupa más la degeneración física y psíquica son los de mediana edad.

2. Las diferencias entre los grupos de religiosidad en el factor L-1.4 son significativas (Tabla 9.14-A).

Las diferencias de medias del REI.1 respecto a L-1.4 (Tabla 9.14-B) será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	3.1941867	2.45	SI
Medios-Altos	.084111	2.45	NO
Bajos-Altos	2.57216	2.45	SI

\* Los sujetos con baja religiosidad intrínseca son los que más temor tienen en L-1.4; por contra, los sujetos con alta religiosidad son quienes menor miedo poseen respecto al proceso degenerativo.

3. La interacción Edad-religiosidad intrínseca en L-1.4 no es significativa (Tabla 9.14-A y Figuras 9.14-B.1 y 9.14-B.2).

g.5) DISCUSION Y CONCLUSIONES (HIPOTESIS 7.02.4)

Los sujetos de mediana edad son los que tienen mayor temor ante el proceso degenerativo físico y mental, que supuestamente producirá la enfermedad terminal.

No es extraño que dichos sujetos manifiesten preocupación por el posible sufrimiento y "degeneración" que supone la enfermedad y la muerte. Se englobaría en la gran crisis vital y existencial que estas personas poseen. Cuando el hombre ha obtenido ciertos logros y cierta madurez, es lógico que le preocupen las experiencias desagradable y dolorosas ; y la enfermedad y la muerte lo son (Diggory y Rothman, 1961).

Es indudable que esta hipótesis se debe relacionar con la eutanasia; sería, pues, deseable estudiar la relación que existe entre temor a la enfermedad y al dolor con la "eutanasia voluntaria pasiva" (Polaino-Lorente, 1981). Muchas personas desearían una muerte placentera, suprimiendo el dolor ("derecho a morir"); otras personas desearían una muerte digna (Polaino-Lorente, 1981; -- Sporken, 1978; Alvarez y otros, 1976).

La asociación del dolor y el sufrimiento con una muerte lenta puede provocar un temor creciente en las personas de mediana edad. No se confirma aquí la hipótesis de que son los jóvenes quienes mayor temor poseen ante el deterioro físico y el dolor.

Las personas senectas habrían asumido mejor su finitud y el estado de deterioro lógico que la edad y la enfermedad suponen (Feifel, 1956; Kalish, 1966).

h) HIPOTESIS 7.0.2.5.

h.1) Las personas jóvenes mostrarán me  
nos ansiedad ante las situaciones -  
"stressantes" que recuerden la muerte  
que las personas de mediana edad y jó-  
venes.

h.2) Se realizan dos ANOVAS con la Edad  
y la Religiosidad como factores clasifi-  
catorios.

Como criterio se utilizan, respec-  
tivamente, la "inquietud" en el primer -  
ANOVA y la "tranquilidad" en el segundo -  
ANOVA.

h.3) El nivel de significación es de 0.5.

\* TABLA 3.17 - A. -

\*\*\*\*\* ANALYSIS OF VARIANCE \*\*\*\*\*  
 ST11.1 : INQUIETUD ANTE LA SITUACION "STRESSANTE"  
 EDAD : EDAD : JUVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS ~  
 RE11 : RELIGIOSIDAD INTRINSECA ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	11.094	4	2.773	2.970	.019
Y2	6.116	2	3.058	3.275	.037
	6.926	2	3.463	3.708	.024
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	4.341	4	1.085	1.162	.326
Y2	4.341	4	1.085	1.162	.326
EXPLAINED	15.434	8	1.929	2.066	.036
RESIDUAL	1140.148	1221	.934		
TOTAL	1155.582	1229	.940		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.

. TABLA 0.17 ~ B .

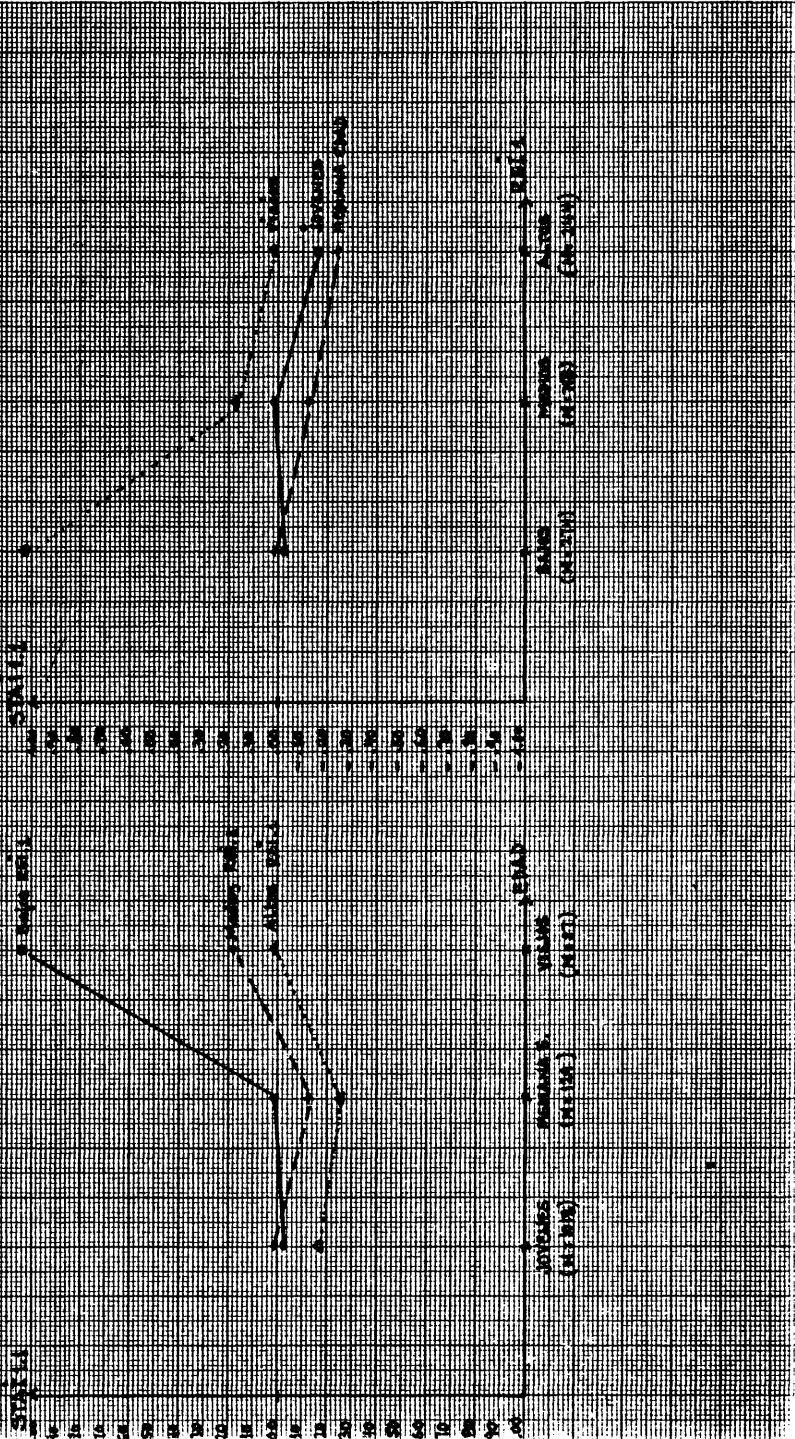
CRITERION VARIABLE		X12		STAT1.1							
BROKEN DOWN BY		Y1	Y2	EDAD	REI1						
VARIABLE	CODE	VAL	SUM	MEAN	STD DEV	VARIANCE	N				
FOR ENTIRE POPULATION											
			1.1159	.0009	.9658	.9328	( 1276 )				
Y1	1.	4.7423		.0045	.9642	.9297	( 1056 )				
Y2	1.	-.2502		-.0010	.9457	.8943	( 246 )				
Y2	2.	30.5306		.0492	.9960	.9921	( 620 )				
Y2	3.	-24.5246		-.1613	.8604	.7403	( 152 )				
Y2	999.	-1.0135		-.0267	.9064	.8215	( 38 )				
Y1	2.	-16.9883		-.1287	.9190	.8446	( 132 )				
Y2	1.	1.9111		.0796	.9508	.9039	( 24 )				
Y2	2.	-8.4276		-.1258	1.0116	1.0234	( 67 )				
Y2	3.	-9.1962		-.2358	.7287	.5310	( 39 )				
Y2	999.	-1.2755		-.6378	.3394	.1152	( 2 )				
Y1	3.	13.3619		.1518	1.0370	1.0753	( 88 )				
Y2	1.	4.5567		1.1392	2.0490	4.1984	( 4 )				
Y2	2.	5.8841		.1961	.9775	.9556	( 30 )				
Y2	3.	3.3904		.0640	.9657	.9326	( 53 )				
Y2	999.	-.4693		-.4693	0.	0.	( 1 )				

TOTAL CASES = 1281  
MISSING CASES = 5 OR .4 PCT.

JÓVENES : .0056308  
MEDIANA E.: -.12088  
VIEJOS : .1501862

MEDIAS DE REI.1  
(con error 1.1.)  
BAJOS : .0227051  
MEDIOS : .0389935  
ALTOS : .1242696

FIGURE 9-17 - 9-18



h.4) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.17-A y 9.17-B  
Y DE LAS FIGURAS 9.17-B.1 y 9.17-B.2.

1. Existen diferencias significativas entre los grupos de edad en la inquietud ante las situaciones "stressantes" (Tabla 9.17-A).

La diferencia de medias en el SATI 1.1 será (Tabla 9.17-B) :

Edad	A	B	Significación
Jóvenes-M. Edad	1.4056	2.45	NO
M. Edad-Viejos	2.4748	2.45	SI
Jóvenes-Viejos	1.420562	2.45	NO

\* Las personas senectas son las que mayor desasosiego muestran ante la situación "stresante".

En otras palabras, son las personas que manifiestan mayor ansiedad a la hora de hablar sobre la muerte.

2. Entre los grupos de religiosidad intrínseca existen diferencias significativas en el STAI 1.1 (tabla 9.17-A).

Se estudia ahora la diferencia entre los pares de medias de los sujetos intrínsecamente orientados con respecto a la situación "stressante" (Tabla 9.17-B) :

<u>REI.1</u>	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>Significación</u>
Bajos-Medios	0.237051	2.45	NO
Medios-Altos	2.49516	2.45	SI
Bajos-Altos	1.728062	2.45	NO

\* Los sujetos con más alta religiosidad intrínseca son los que muestran menor preocupación ante la situación "stressante".

3. No existen diferencias significativas en la interacción Edad-Religiosidad intrínseca con respecto a la inquietud ante la situación "stressante" (Tabla 9.17-A y Figuras 9.17-B.1 y 9.17-B.2).

TABLA 9.18 - A      
 \*\*\*\*\* ANA L Y S I S O F V A R I A N C E \*\*\*\*\*  
 STAIL.2 : TRANQUILIDAD ANTE LA SITUACIÓN "STRESANTE" ~  
 EDAD : JÓVENES, MEDIANA EDAD, VIEJOS ~  
 RE11 : RELIGIÓN INTRINSECA ~  
 \*\*\*\*\*

SOURCE OF VARIATION	SUM OF SQUARES	DF	MEAN SQUARE	F	SIGNIF OF F
MAIN EFFECTS					
Y1	64.389	4	16.097	18.728	.000
Y2	19.482	2	9.741	11.333	.000
Y2	30.746	2	15.373	17.885	.000
2-WAY INTERACTIONS					
Y1	3.079	4	.770	.895	.468
Y2	3.079	4	.770	.895	.468
EXPLAINED	67.468	8	8.433	9.812	.000
RESIDUAL	1049.466	1221	.860		
TOTAL	1116.934	1229	.909		

1281 CASES WERE PROCESSED.  
 51 CASES ( 4.0 PCT) WERE MISSING.



FIGURA 9.2-3.1

369

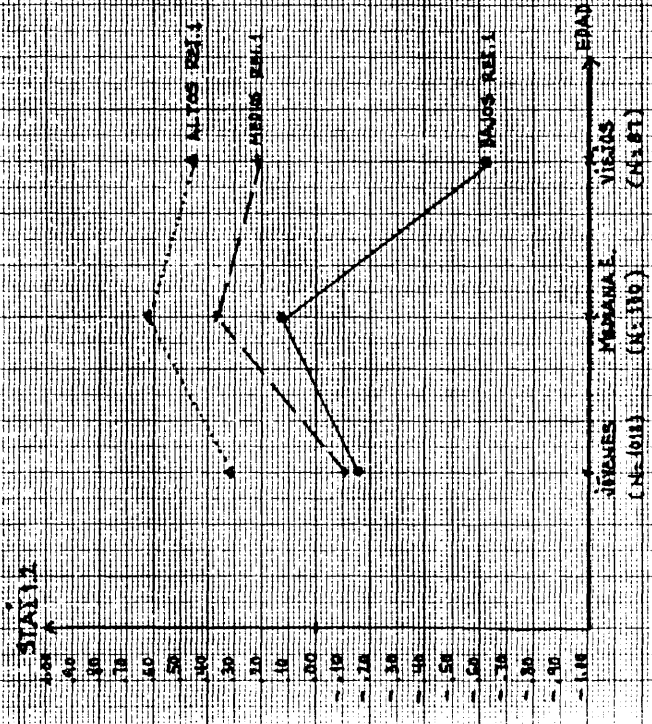
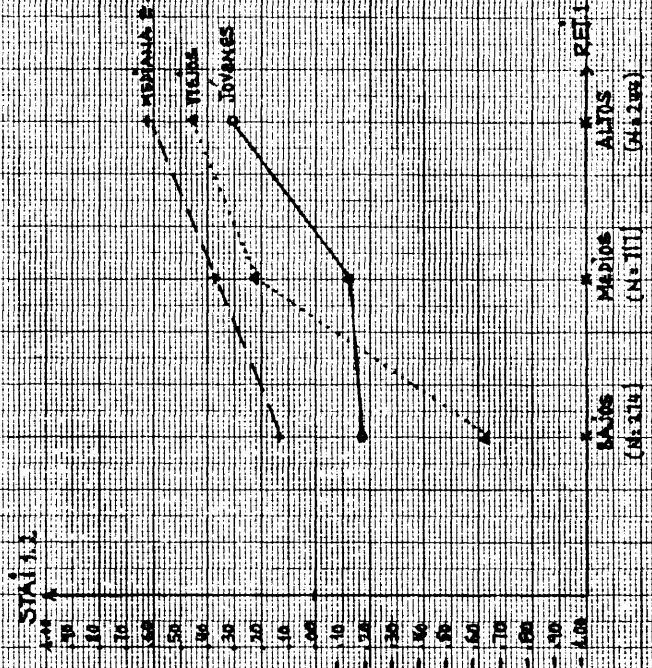


FIGURA 9.2-3.2



h.5) INTERPRETACION DE LAS TABLAS 9.18-A y 9.18-B  
Y DE LAS FIGURAS 9.18-B.1 y 9.18-B.2.

1. Entre los grupos de edad existen diferencias significativas en la tranquilidad ante las situaciones "stressantes" (Tabla 9.18-A).

Las diferencias entre las medias (Tabla 9.18-B) será la siguiente :

EDAD	A	B	Significación
Jóvenes-M. Edad	5.3913027	2.45	SI
M. Edad - Viejos	.6406126	2.45	NO
Jóvenes - Viejos	3.7830	2.45	SI

\* Son las personas de mediana edad quienes más seguras, tranquilas y satisfechas se hallan ante la situación "stressante".

2. Los grupos de religiosidad difieren significativamente en cuanto a la tranquilidad ante la situación "stressante" (Tabla 9.18-A).

El contraste entre los pares de medias (Tabla 9.18-B) será :

REI.1	A	B	Significación
Bajos-Medios	1.5765957	2.45	NO
Medios-Altos	6.4031645	2.45	SI
Bajos-Altos	6.6636056	2.45	SI

\* Los sujetos con alta religiosidad intrínseca son quienes mayor tranquilidad muestran en las situaciones "stressantes" en las que se plantean temas sobre la muerte.

3. No existe interacción significativa edad-religiosidad para explicar las situaciones que producen desasosiego e intranquilidad (Tabla 9.18-A y Figuras 9.18-B.1 y 9.18-B.2).

#### h.6) DISCUSION Y CONCLUSIONES (HIPOTESIS 7.0.2.5)

Ya se explicó en otro lugar el sentido de esta hipótesis. Las personas senectas son quienes mayor temor y preocupación manifestaron a la hora de contestar a las Escalas que miden preocupación, ansiedad y temor ante la muerte. No es extraño, pues, que aparezcan aquí con puntuaciones más altas en la Escala de Estado de ansiedad, ya que dicha Escala se aplicó después de los Cuestionarios que miden el temor y la preocupación ante la muerte. Lo contrario ocurrió con las personas jóvenes o de mediana edad que, en general, sentían curiosidad por el tema.

Las personas senectas, pues, son menos confiadas, más inseguras, menos controladas, y más fácilmente afectadas por el hecho de tener que comunicar sus sentimientos y actitudes acerca de la muerte (Neufeldt y Holmes, 1979). Las personas viejas tienen más temor a abordar temas conexiónados con la situación terminal, ya que asumen la proximidad de su propia muerte (Polaino-Lorente, 1981). Todo ello les produce estados depresivos o de huida; aunque el temor, en general, está en estado larvado o inconsciente (Swenson, 1979; Feifel, 1959).

Aparece aquí la función mitigadora de la religión (Malinowski, 1965), ya que los sujetos con alta religiosidad intrínseca son quienes menor ansiedad manifiestan ante la "situación stressante" (Sturgeon y Hamley, 1979; Jeffers y otros, 1961; Swenson, 1961; Templer, 1972). Son los sujetos ambivalentes en su religiosidad intrínseca

quienes más ansiedad manifiestan ante la "situación stressante" (Nelson y Cantrell, 1980). De ahí que se hable en algunos estudios (Nelson, 1975, 1978, 1980) de que la religiosidad se relaciona con la ansiedad ante la muerte - de modo curvilíneo.



CAPITULO 10. CONCLUSIONES GENERALES.10.1. INTRODUCCION.

El trabajo que presentamos se inscribe dentro del ámbito de los - estudios actuales de la "psicología de la muerte y del morir"; y, más en concreto, en el área de las actitudes.

Se observará que hemos insistido en la gran importancia e incidencia que las dimensiones de religiosidad poseen en la concepción - que las personas tienen de la muerte y del proceso terminal. En general, se puede afirmar que en las investigaciones anglosajonas no aparecen - resultados concluyentes al respecto. Más aún, las conclusiones a que han llegado los investigadores son contradictorias. De ahí nuestro interés en clarificar, de algún modo, - dicho confusionismo.

Las conclusiones generales - que ofrecemos son el resultado de - las conclusiones parciales que hemos obtenido en los análisis de datos. No pretendemos, obviamente, inferir generalizaciones acerca de la población española. Somos conscientes de las limitaciones que existen en la presente investigación, tanto en la

misma constitución de la muestra como en los instrumentos de medida -- utilizados. Son, no obstante, aproximaciones indicativas del pensamiento y de las actitudes que las personas desde los dieciocho hasta los ochenta años tienen acerca de la muerte y del morir (n = 1281).

Finalmente, se apuntan las áreas de investigación que convendría abordar en próximas investigaciones.

## 10.2. CONCLUSIONES GENERALES.

10.2.1. Las actitudes ante la muerte y el morir aparecen como multidimensionales. Los factores más relevantes que aparecen en nuestra investigación son :

1. La preocupación consciente por la muerte propia.
2. Evaluación negativa de la muerte y del morir.
3. Conciencia ante el paso - del tiempo.

4. Temor al proceso degenerativo personal, físico y psíquico.
5. Evitación del contacto con cadáveres.
6. Evitación cognitiva del estado terminal.
7. Temor a las consecuencias que la muerte de un ser querido puede producir.
8. Temor ante la pérdida de seres queridos.

\* Se confirman las hipótesis que en su día formularon Lester (1969;1974), Nelson y otros (1975,1978,1980), Feifel y Nagy (1980,1981) y Hoelter(1979).

\* Asimismo, aparecen como dimensiones diferentes la preocupación y el temor ante la muerte.

10.2.2. La religiosidad se manifiesta como bidimensional.

- religiosidad intrínseca (bipolar).

- religiosidad extrínseca.

\* El factor más robusto es la religiosidad intrínseca.

\* Como nota adicional, señalemos que los sujetos con baja religiosidad intrínseca son quienes manifiestan, significativamente, menos religiosidad extrínseca. Las personas senectas ambivalentes en su religiosidad intrínseca, son las que mayor religiosidad extrínseca manifiestan.

\* Se confirma la hipótesis que reiteradamente habfan establecido Amón -- (1968, 1969, 1973) y Yela (1968 y en el Homenaje a Aranguren).

#### 10.2.3. Religiosidad y actitudes ante la muerte.

\* Mediante las dimensiones de religiosidad (intrínseca y extrínseca) y sus diversos niveles (alto, medio, bajo) se observan, en general, diferencias significativas en los factores de preocupación, temor y ansiedad ante la muerte.

10.2.3.1. Los sujetos con mayor grado de religiosidad intrínseca manifiestan, significativamente, menos temor y preocupación ante la propia muerte que las personas con baja o mediana religiosidad intrínseca.

En general, poseen una actitud más positiva ante la muerte y el morir.

Se confirma la hipótesis - de Swenson (1961).

10.2.3.2. Las personas con alta-religiosidad intrínseca o extrínseca poseen más preocupación por las consecuencias que producirá la muerte de seres queridos y serán quienes tendrán peor adaptación a la vida diaria después de la muerte de personas conocidas o allegadas. De igual modo, no desearían conocer la situación terminal de personas amigas.

10.2.3.3. En general, podemos afirmar que las personas que mayor temor y preocupación tienen ante el dolor de la enfermedad termi-

nal y ante el proceso degenerativo personal son las personas que puntúan más bajo en su religiosidad intrínseca.

10.2.3.4. Dentro de los sujetos orientados extrínsecamente en su religiosidad, manifiestan más temor, preocupación y ansiedad por su propia muerte las personas con alta religiosidad extrínseca.

\* Confirma la hipótesis formulada por Alexander y Adlerstein (1960).

10.2.3.5. Las personas que han asumido más profundamente la religiosidad intrínseca, tienen menos preveniciones y temor para comunicar sus sentimientos y actitudes acerca de la muerte y el morir que los sujetos con religiosidad intrínseca baja y media.

\* Se confirma la hipótesis de Martin y Wrightsman (1965).

10.2.4. Edad y actitudes ante la muerte y el morir.

10.2.4.1. No aparecen diferencias significativas entre los grupos de edad respecto a la preocupación consciente por la muerte propia; tampoco existen diferencias significativas en el grado de preocupación por las consecuencias que la muerte de conocidos o familiares pueda producir.

10.2.4.2. Las personas senectas muestran más ansiedad ante la proximidad subjetiva de la muerte; quienes menos ansiedad poseen son los sujetos de mediana edad.

10.2.4.3. El grupo más preocupado y temeroso ante los hipotéticos sufrimientos del proceso terminal es el de mediana edad.

Asimismo, son las personas que más temor manifiestan ante la posible degeneración física y/o psíquica.

10.2.4.4. Las personas mayores tienen un temor más acusado a comunicar el estado moribundo a familiares y/o amigos que - los jóvenes y sujetos de media na edad.

También son quienes peor se adaptarán a su vida diaria después de la muerte de seres queridos o conocidos.

10.2.4.5. Los jóvenes sienten, significativamente, mayor curiosidad y menos temor ante la situación "stressante" que produce el hecho de tener que manifestar sus opiniones sobre la - muerte.

Por el contrario, son las - personas mayores quienes más - preocupación, temor y ansiedad muestran ante la situación "stressante" susodicha. Por lo tanto, se sienten inseguras, menos controladas y más afectadas - cuando tienen que verbalizar - sus sentimientos acerca del morir y de la muerte.

10.3. SUGERENCIAS PARA PROXIMAS INVESTIGACIONES.

Dado que en la literatura psicológica española las investigaciones sobre la "psicología de la muerte" - están en sus balbucesos, nos atrevemos a formular algunas áreas que podrían explorarse en nuestro país (por su interés psicológico y por su urgencia).

10.3.1. La muerte hospitalaria.

Los aspectos que sería conveniente analizar son :

- a) el entorno psicosocial de los enfermos terminales y la organización social hospitalaria. Problemas psicológicos en la asistencia - a los pacientes "moribundos". El malestar físico y psicológico de los enfermos terminales hospitalizados y los cuidados que exigen.
- b) La muerte y el morir como - situaciones sociales.
- c) Etapas del proceso terminal y de la agonía.

- d) La ayuda pastoral y humana a los moribundos.

10.3.2. La reconstrucción personal y social después de la muerte.

- a) Cambios personales y cambios en las relaciones . Modificación de roles.
- b) El sentido social del duelo.
- c) Atención a los familiares del difunto.
- d) Experiencia y sentido de los funerales.

10.3.3. Actitudes ante la muerte y la eutanasia.

- a) Eutanasia activa y pasiva. El derecho a morir y el derecho a morir dignamente.

b) Los problemas éticos  
y psicológicos que -  
implica la eutanasia.

\* En nuestro país conoce -  
mos que el Profesor A. Polai-  
no-Lorente y un grupo de teó-  
logos y moralistas de la U. -  
de Comillas están investigan-  
do sobre el tema de modo inde-  
pendiente.

#### 10.3.4. Construcción de Escalas mul- tidimensionales.

No existen todavía en la Psí-  
cología Española Escalas ori-  
ginales que midan la ansie-  
dad, el temor, el rechazo ...  
de la muerte. Sería, pues, -  
deseable que este empeño se  
llevara a cabo. Razones exis-  
ten de sobra : la adaptación  
de las Escalas extranjeras -  
conlleva problemas de adecua-  
ción de los ítems al entorno  
social español y a la ideo-  
sincrasia con que afrontamos  
la enfermedad, el dolor, el -  
estado terminal y la muerte.

De ahí que haya que sopesar la uti  
lización indiscriminada de tales -  
Escalas.

Puesto que se ha demostrado  
aquí la multidimensionalidad de -  
las actitudes ante la muerte, de-  
bería contemplarse este hecho; ade  
más, se ha de tener en cuenta los  
problemas de fiabilidad y de vali  
dez de constructo que dichas Esca  
las deberían cumplir.

Es útil señalar, finalmente,  
las dificultades que pueden encon  
trarse en la credibilidad que las  
respuestas de los sujetos ofrecen  
en las Escalas de actitudes : fal  
seamiento consciente o inconscien  
te, la falta de cooperación, la -  
aquiescencia (inintencionalidad),  
la deseabilidad social, la defensa  
perceptiva, etc.

Sería, pues, interesante cons  
truir instrumentos que midieran las  
actitudes ante la muerte así como-  
la congruencia, veracidad y las --  
prevenciones cognitivas que los --  
sujetos tienen ante el estímulo -  
indeseado que es la muerte.

.BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1977). Attitude - Behavior - Relations.  
Psychological Bulletin, vol. 84, 5.
- ALEXANDER, I. y ADLERSTEIN, A. (1958). Affective Responses to the Concept of Death in a Population of Children and Early Adolescents.  
Journal of Genetic Psychology, 93,167-177.
- (1960). Studies in the -  
Psychology of Death.  
En H.P. David & J.C. Brengelmann (Eds.):  
Perspectives in Personality Research (Springer).
- ALEXANDER, I. (1959). Death and Religion.  
En The Meaning of Death (Editor : Feifel).  
Mc Graw-Hill, N.Y.
- ALONSO TAPIA, J. (1979). El desarrollo formal del pensamiento en la esquizofrenia.  
Fundación Juan March, nº100.
- ALVAREZ, F. y OTROS (1976). Morir con dignidad (Simposio)  
Ed. Marova. Madrid.
- ALLPORT, G.W. (1935). Attitudes.  
En Handbook of Social Psychology.  
Worcester, Mass : Clark University Press.
- ALLPORT, G.W. y ROSS, J.M. (1967). Personal Religious Orientations and Prejudice.  
J. of Personality and Social Psychology, 5,4,  
432-443.
- AMON, J. y YELA, M. (1968). Dimensiones de la religiosidad .  
Revista de Psicología General y Aplicada,  
nº95.
- AMON, J. (1969). Prejuicio antiprotestante y religiosidad utilitaria.  
Ed. Aguilar, Madrid, 178 pp.
- AMON, J. (1968). Multidimensionalidad de la religiosidad

utilitaria a través de la afinidad entre las cuestiones intrínsecas y las extrínsecas.  
Revista de Psicología General y Aplicada, vol. XXIII, 95, 983-988.

- AMON, J. (1973). Nuevo análisis sobre dimensionalidad de la religiosidad utilitaria.  
Revista de Psicología General y Aplicada.
- AMON, J. (1980). Estadística para psicólogos (Probabilidad y Estadística inferencial). vol. I y II.  
Ed. Pirámide.
- ANTHONY, S. (1939). A Study of the Development of the Concept of Death.  
Brit. J. Educ. Psychol., 9, 276-277.
- (1940) The Child's Discovery of Death.  
N.Y. : Harcourt, Brace & World.
- (1973) : Reprinted (The Discovery of Death in Childhood & After; Penguin Books-Baltimore).
- ARAGO, J.M. (1980). El proceso de envejecimiento : aspectos psicológicos.  
Rev. de Estudios de Psicología, n°2, Madrid.
- ARIES, Ph. (1977). L'homme devant la mort.  
Ed. Seuil. París.
- (1975). Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen age a nos jours.  
Eds. Seuil. París.
- (1972). La muerte al revés.  
Selecciones de Teología, n°41, pp. 19-29.
- ASHER, R. (1955). Management of Advanced Cancer.  
Proceedings of the Royal Society Medicine, n°48
- ATKINSON, R.C. (1977). Reflections on Psychology's Past and Concerns About its Future.  
American Psychologist, 205-210.
- AVIA, M.D. (1978). Procesos de autocontrol en la exposición a la estimulación aversiva.  
Tesis Doctoral. Univ. Complutense de Madrid.

- AYALA, F.J. (1980). El origen del hombre.  
Rev. Arbor, nº417-18. Sept.-Octubre.
- BALTES, P.B. (1973). Strategies for Psychological  
Intervention in Old Age.  
Gerontologist, 13, 4-6.
- BASTIDE, R. (1968). Religions Africaines et Structu-  
res des Civilisations.  
Présence Africaine, 66.
- BECKER, E. (1973). The Denial of Death.  
Free Press, N. Y.
- BELL, B. (1975) . The Experimental Manipulation of Death  
Attitudes : A Preliminary Investigation.  
Omega, 6, 199-205.
- BELL, L.V. (1970). Death in the Technocracy.  
J. of Human Relations, 833-839.
- BENGSTON, V. y OTROS (1975). Attitudes toward death and  
dying : Contrasts by Age, Sex, Ethnicity  
and S.E.  
Gerontology, 15 : 63.
- BERGER, P. y LUCKMANN, Th. (1967). The Construction of  
Reality.  
Garden City, N.Y. : Doubleday Anchor.  
(Existe traducción española).
- BERMUDEZ, J. (1977). Ansiedad y rendimiento.  
Tesis doctoral. Univ. Compl. Madrid.
- BERMUDEZ, J. (1978). Ansiedad y rendimiento en tareas  
intelectuales.  
Rev. de Psicología General y Aplicada,  
pp. 183-207.
- BERTRAN-QUERA, M. (1980). Las actitudes humanas : un aná-  
lisis preliminar.  
Anuario de Psicología. nº22. Barcelona.
- BINDRA, D. (1959). Motivation : A systematic reinter-  
pretation.  
New York : Ronald.
- BLACKE, R. (1970). Attitudes Toward Death as Function of  
Developmental Stages.  
Diss. Abstracts.

- BLAUNER, R. (1966). Death and Social Structure.  
Psychiatry, 29 : 378-394.
- BLUMER, H. (1955). Attitudes and the Social Act.  
Social Problems, 3 : 59-64.
- BOLDUC, J.A. (1972). A Developmental Study of the Relationship Between Experiences of Death & Age & Development of the Concept of Death.  
Dissert. Abstracts Internat., 33, 2758.
- BOTELLA LLUSIA, J. (1979). Sociedad y Genética.  
Rev. Arbor, n° 403-404.
- BOYAR, J.L. (1964). The Construction and Partial Validation of a Scale for the Measurement of the Fear of Death.  
Dissertation Abstracts, 25, 2041 (Rochester Univ., 1964).  
(University of Rochester, N.Y.).
- BRANNON, R. (1976). Attitudes and the Prediction of Behavior.  
En Social Psychology : An Introduction.  
N.Y. : Free Press.
- BRIM, O.G. (Ed.). (1975). The Dying Patient.  
N.Y. : Russell-Sage Foundation.
- BRODMAN, K. y OTROS (1956). Manual for the Cornell Medical Index.  
Ithaca, N.Y. : Cornell University Medical College.
- BROEN, W.E. (1957). A factor Analytic Study of Religious Attitudes.  
J. Abnorm. Soc. Psychol. 54, 176-179.
- BROWN, L.B. (1962). A Study of Religious Belief.  
Brit. J. Psychol., 53, 259-272.
- BYRNE, D. y OTROS (1963). Relation of the Revised Repression-Sensitization Scale to Measures of Self Description.  
Psychol. Reports, 13, 323-334.
- BYRNE, D. (1961). The Repression-Sensitization Scale: Rationale, Reliability, an Validity.  
J. of Personality, 29, 334-349.

- CALDER & ROSS (1973). Attitudes and Behavior.  
Morristown, N.J. : General Learning Press.
- CAMPBELL, D.T. (1963). Social Attitudes and Other Acquired Behavioral Dispositions.  
En Psychology : A study of a science.N.Y.:  
Mc. Graw-Hill, vol. 6, pp. 94-172.
- CAPPON, D. (1962). Attitudes of and toward the dying.  
Canadian Medical Association Journal,87,  
693-700.
- CAPRIO, F.S. (1950). A study of some Psychological reactions during Pre-Pubescence to the Idea of Death.  
Psychiatric Quarterly, 24, 495-505.
- CASALS, I. (1980). Hacia una sociología de la ancianidad en España.  
Revista Española de I. Sociológica.(C.I.S., Madrid).
- CASSIRER, E. (1953). The Phylosophy of Sympolic Forms.  
vol. II. N.Y.
- CATTEL, R.B. (1957). Handbook for the I.P.A.T. Anxiety Scale.  
Champaign,III: Institute for Personality and Ability Testing.
- CAUTELA, J.R. & KASTENBAUM, R. (1967). Fears and Reinforcers of Young and Old Adults.  
Presented at Annual Meeting, Gerontological Society, Octubre.
- CIRLOT, J.E. (1962). A Dictionary of Symbols.  
N.Y. : Philosophical Library, Inc.
- COLLET, L. y LESTER, D. (1969). Fear of Death and Fear of Dying.  
J. of Psychology, 72, 179-181.
- CONE, J.D. (1976). Multitrait-Multimethod Matrices in Behavioral Assessment.  
Washington, Sept.
- COOK y SELLTIZ (1964). A Multiple-Indicator Approach to Attitude Measurement.  
Psychological Bulletin, vol. 84, n°5.

- COUSINET, R. (1939). The Idea of Death in Children.  
J. Psychol. Normal & Patholog., 36, 65-76.
- CRONBACH, L.J. (1951). Coefficient Alpha and Internal Structure of Tests.  
Psychometrika, 16, 297-334.
- CROW, L.T. (1980). Otros impulsos.  
En Manual de Psicología General (Ed. Wolman).  
Editorial Martínez Roca, Barcelona.
- CROWN, B. y OTROS (1967) Attitudes Toward Attitudes Toward Death.  
Psychological Reports, 20, 1181-1182.
- CROWNE, D. y MARLOWE, D. (1960). A New Scale of Social Desiderability Independent of Psychopathology.  
Journal Consult. Psychology, 24, 349-354.
- CHARMAZ, K. (1975). The Coroner's Strategies for Announcing Death.  
Urban Life, 4, 296-316.
- (1980). The Social Reality of Death.  
Addison-Wesley P.C.
- CHASIN, B. (1971). Neglected Variables in the of Death Attitudes.  
The Sociological Quarterly, 12, 107-113.
- CHIAPETTA, W. y OTROS (1976). Sex Differences in Coping with Death Anxiety.  
Psychol. Reports, 39, 945-946.
- CHILDERS, P. y WIMMER (1971). The Concept of Death in Early Childhood.  
Child Develop., 43, 705-715.
- CHRIST, P.E. (1961). Attitudes Toward Death Among Geriatric Psychiatric Patients.  
Journal of Geront., 16, 56-59.
- DARWIN, Ch. (1915). The Expression of the Emotions in Man and Animals.  
N.Y. : Appleton.
- DAVIS, S.F. y MARTIN, D.A. (1978). Relationship of - Fear of Death and Level of Self-Esteem in College Students.  
Psychological Reports, 42, 419-422.

- DICKSTEIN, L.S. y BLATT, S.J. (1966). Death Concern, Futurity and Anticipation. *J. Consult. Psychol.*, 30, 11-17.
- DICKSTEIN, L.S. (1972). Death Concern: Measurement and Correlates. *Psychol. Reports*, 30, pp.563-571.
- (1975). Self-Report and Fantasy Correlates of Death Concern. *Psychol. Reports*. 37, pp.147-158
- (1977-78). Attitudes Toward Death, Anxiety, and Social Desiderability. *Omega*, 8:4, pp.369-378.
- DIGGORY, F.C. y ROTHMAN, D.Z. (1961). Values Destroyed by Death, *Journal of Abnormal and Social Psych.*, 63, 205-210.
- DOUGLAS, W.A. (1969). Death in Murelaga. University of Washington Press Seattle. (Existe traducción española).
- DOUGLAS, J.D. (1967). The Meanings of Suicide. Princeton, N.J. : Princeton Univ. Press.
- DUDLEY y OTROS (1969). Long-Term Adjustment, Prognosis and Death in Irreversible Diffuse Obstructive Pulmonary Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 31, 310-325.
- DUIJKER, H.C.J. (1967). Las actitudes en las relaciones interpersonales. En *Psicología de las actitudes*. Ed. Proteo. Bs. Aires.
- DURLAK, J. (1972). Measurement of the Fear of Death : An Examination of Some Existing Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 545-547.
- EISSLER, K.R. (1955). Psychiatrist and the Dying Patient. N.Y. : International Univ. Press.
- ENDLER, N.S. y MAGNUSSON, D. (1976). Multidimensional Aspects of State and Trait Anxiety: A Cross-Cultural Study of Canadian and Swedish College Students. En Spielberger y Díaz Guerrero (Eds.): *Cross-Cultural Anxiety*. Washington, D.C.: Hemisphere.

- EPTING, F.R. y OTROS (1979). Constructions of Death and Levels of Death Fear. *Essence*, 3, 21-30.
- ESSENCE . Journal of Aging, Dying & Death. Editada por Lonetto y Fleming, S. (Dept. of Psychology), Atkinson Coll., York - Univ., 4700 Keele St., Downsview, Ontario M 35 2 RJ, Canadá.
- EVELY, L. (1980). El hombre moderno ante la muerte. Eds. Sígueme . Salamanca.
- FABIÁN, J. (1972). How Others Die : Reflections on the Anthropology of Death. *Social Research*, 39, 543-567.
- FARBER, L.H. (1969) . The Phenomenology of Suicide. En E.S. Shneidman (Ed.) : On the Nature of Suicide. San Francisco : Jossey-Bass.
- FARBER, M.L. (1975). Cultural History of Suicide. En N.L. Farberow (Ed.): Suicide in Different Cultures, Baltimore : University Park Press.
- FARBEROW, N.L. (1975). Cultural History of Suicide. In Suicide in Different Cultures (Farberow, Ed., Baltimore : University Park - Press: Suicide in Different Cultures).
- FARBEROW, N.L. y SHNEIDMAN (1957). Clues to Suicide. N.Y. : Mc Graw-Hill.
- FARLEY, G. (1971). An Investigation of Death and the Sense of Competence. *Dissert. Abstracts International*, 31, p. 7595.
- FAUNCE, W.A. y FULTON, R.L. (1958). The Sociology of Death : A Neglected Area of Research. *Social Forces*, 36, 205-209.
- FECHNER, G. (1904). The Little Book of Life After - Death. Boston : Little Brown.
- FEIFEL, H. (1956). Older Persons Look at Death. *Geriatrics*, 11, 127-130.
- (1959). The Meaning of Death. (H. Feifel, Editor). McGraw-Hill, N.Y. 350 pp.

- (1965). The Function of Attitudes Toward Death.  
En Death and Dying : Attitudes of Patient and Doctor. Vol.,5, Symposium, n °11, N.Y.
- (1969). Attitudes Toward Death : A Psychological Perspective.  
Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 33, n°3, 292-295.
- FEIFEL, H. y BRANSCOMB, A.B. (1973). Who's Affraid of Death?.  
J. of Abnormal Psychology, 81,282-288.
- FEIFEL, H. (Editor) y OTROS (1977). New Meanings of Death.  
N.Y. : McGraw-Hill Book Co.
- FEIFEL, H. (1976). Religious Conviction and Fear of Death Among the Healthy Terminally Illness.  
En Death and Identity (Ed. Fulton). Maryland : Charles Press.
- FEIFEL, H. (1955). Attitudes of Mentally ill Patients toward Death.  
J. of Nervous and Mental Disease,122, 375-380.
- FEIFEL, H. (1974). Religious Conviction and Fear of Death Among the Healthy and the Terminally ill.  
J. of the Scientific Study of Religion, 13, 353-360.
- FEIFEL, H. y NAGY, V.T. (1981). Another Look at Fear of Death.  
J. Of Consulting and Clinical Psychol., vol. 49, n°2, 278-286.
- FEIFEL, H. y NAGY, V.T. (1980) : Death Orientation and Life-Threatening Behavior.  
J. of Abnormal Psychology, 89, 38-45.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y Colab. (1977). Relaciones entre distintas medidas de ansiedad.  
Revista de Psicología General y Aplicada. 32.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1979). Los métodos en evaluación conductual.  
Pablo del Río Editor, Madrid; 85 pp.

- FERRATER MORA, J. (1962). El ser y la muerte.  
Ed. Aguilar. Madrid.
- FESTINGER, L.A. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance.  
Stanford : Stanford Univer. Press.
- FLEMING, S.J. (1977). Perceptual Defensiveness and Death Anxiety.  
Psychological Reports, 41, 391-396.
- FOILLET, J. (1968). Fenomenología del duelo.  
En "La muerte y el hombre del S.XX".  
Ed. Razón y Fe.
- FORMANEK, R. (1974). When Children Ask About Death.  
Elementary School Journal, 75, 92-97.
- FRAISSE, P. (1967). El papel de las actitudes en la percepción.  
En "Psicología de las actitudes".  
Ed. Proteo, Bs. Aires.
- FRAZER, J.G. (1913). The Belief in Immortality and the Worship of the Dead.  
London, vol. I, pp. 3, 31 y ss.
- (1959). The New Golden Bough (Editor T. H. Gaster).  
N.Y. : Mentor and Plume Books (original, 1890)
- (1976). The Fear of the Dead in Primitive Religion.  
Arno Press, N.Y., 3 vol. in 1, 678pp.  
(Original, 1933/34/36).
- FRIEDMANN, G. (1970). El hombre y la técnica.  
Ed. Ariel. Barcelona.
- FROLKIS, V.V. (1975). Aspects Physiologiques du Vieillessement.  
En Gériatrie Pratique, pp.1-22.  
Ed. Karger, Basel.
- FULTON, R. (1974). La última enfermedad y la muerte: la asistencia final.  
En "Sociología de la muerte". Ed. Sala Madrid.
- (1977). Death, Grief & Bereavement: A Bibliography 1845-1975.  
Arno Press, N.Y., 253 pp.

- (1971). A Psychological Aspect of Terminal Care: Anticipatory Grief. *Omega*, 2 : 91-100.
- GARCIA-SABELL, D. (1981). La muerte, hoy. *Rev. Cuenta y Razón*, n°2, primavera del 81.
- (1980). La vejez como soledad y como pérdida. *Rev. Jano*, 18-24 Enero.
- GARTLEY, W. y BERNASCOSI, M. (1967). The Concept of Death in Children. *J. Genet. Psychol.*, 110, 71-85.
- GLASSER, B.G. y STRAUSS, A.L. (1964). Awareness Context and Social Interaction. *American Sociological Review*, 29.
- (1965). Awareness of Dying. Chicago, Aldine Publishing Co.
- (1968). Time for Dying. Chicago : Aldine.
- GOLDFRIED, M.R. y SOBOCINSKI, D. (1975). Effect of Irrational Beliefs on Emotional Arousal. *J. of Consulting and Clinical Psychol.* 43, 504-5-510.
- GOLDSCHIEDER, C. (1975). The Social Inequality of Death En Shneidman (Ed.), *Death : Current - Perspectives*. Palo Alto, Calif. : Mayfield.
- GORER, G. (1965). *Death, Grief and Mourning*. Cresset Press, London.
- GRACIA, D. (1980-81). Curso de Doctorado en la Facultad de Medicina, Universidad Complutense (Madrid): SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR.
- GRAY, J.A. (1971). *La psicología del miedo*. Ed. Guadarrama, Madrid.
- GREGOIRE, J. (1971). Misterio pascual y muerte del cristiano. Selecciones de Teología, n°49.
- GREEN, R. (1976). *Personality : The Skein of Behavior*. St. Louis : Mosby.

- GREENBERGER, E. (1961). Fantasies of Women Confronting Death.  
J. of Consulting Psychology, 29, 252-260.
- GROLLMAN, E. (1967). Explaining Death to Children.  
Boston, Beacon Press.
- (1970). Talking About Death.  
Boston : Beacon Press.
- (1974). Diálogo sobre la muerte entre padres e hijos.  
En Sociología de la muerte. Ed. Sala, Madrid.
- (1976). Talking About Death : A Dialogue Between Parent & Child.  
Beacon Press, Boston.
- GUBRIUM, J.F. (1975). Living and Dying in Murram Manor.  
N. Y. : Springer.
- HACKETT y WEISSMAN (1965). Reactions to the Imminence of Death.  
(En G.H. Gross, H. Wechsler & M. Greenblat (Ed.) : The Threat of Impending Disaster : Contribution To A Psychology Of Stress. Cambridge : Mit Press (Mass.).
- HALL, G.S. (1915). Thanatophobia & Immortality.  
American J. of Psychology, 26,550-613.
- HALL, G.S. (1922). Senescence : The Last Half of Life.  
N.Y. Appleton & Co. (Reprinted : N.Y. Anno Press, 1972).
- HANDALL, P. y RYCHLAK, J. (1971). Curvilinearity Between Dream Content and Death Anxiety and the Relationship of Death Anxiety to Repression-Sensitization.  
Journal of Abnormal Psychol., 77,1,11-16.
- HANSEN, Y. (1972). Development of the Concept of Death: Cognitive Aspect.  
Tesis Doctoral, California School of Professional Psychology, Los Angeles.
- HARDT, D.V. (1975). Development of an Investigatory Instrument to Measure Attitudes Toward Death.  
Journal of School Health, vol. XLV,nº2, 45,96-99.

- (1979). *Death, The Final Frontier*.  
Prentice-Hall, Inc., N.J.-194 pp.
- HARMAN, H. (1980). *Análisis Factorial Moderno*.  
Ed. Saltés.
- HAYFLICK, L. (1980). *Biología celular del envejecimiento humano*.  
*Revista de Investigación y Ciencia*, marzo. n°42.
- HINTON, J. (1967). *Dying*.  
Penguin Books, Middlesex, England.
- (1974). *Experiencias sobre el morir (traducción de DYING)*.  
Ed. Ariel. Barcelona, 300 pp.
- HOCHSCHILD, A. (1973). *The Unexpected Community*.  
Englewood Cliffs (N.J.).Prentice Hall.
- HOELTER, J.W. & EPLEY, R.J. (1979). *Religious Correlates of Fear of Death*.  
*J. for the Scientific Study of Religion*, 18, 404-411.
- HOELTER, J.W. (1979). *Multidimensional Treatment of Fear of Death*.  
*J. of Consulting and Clinical Psychol.*, vol. 47, 996-999.
- HOGAN, R.A. (1970). *Adolescents Views of Death*.  
*Adolescence*, 5, 55 - 66.
- HOLBEIN, H. (1971). *The Dance of Death (A Complete Facsimile of The Original 1538 French - Edition)*. N.Y.: Dover Pub., Inc.
- HOLMES, C.B. & ANDERSON, D.J. (1980). *Comparison - of Four Death Anxiety Measures*.  
*Psychological Reports*, 46, 1341-1342.
- HOMANS, G.C. (1965). *Anxiety and Ritual : The Theories of Malinowski and Radcliffe-Brown*.  
En Lessa, W.A. y Vogt, E.Z. (Ed.). *Reader in comparative Religion : An Antropological Approach*.  
N.Y. : Harfer & Row, pp. 83-88
- HOOPER, T. y SPILKA, B (1962). *Some Meanings and Correlates of future Time and Death Among College Students*.  
*Omega*, 1, 49-56.

- HORAN, D.J. y MALL, D. (Eds). (1976). *Death, Dying and Eutanasia..*  
Washington, D.C.:University Public. of America, Inc.
- IBANEZ R., J.E. (1980). *Perspectiva sociológica de la vejez.*  
Rev. Española de Investigación Sociológica (C.I.S., Madrid).
- IAMMARINO, N.K. (1976). *Relationship Between Death Anxiety and Demographic Variables.*  
*Psychological Reports*, 37, 362.
- JACKSON, E.N. (1974). *Diálogo en el seno de la familia.*  
*En Sociología de la muerte.* Ed. Sala.
- JAMES, W. (1910). *The Varieties of Religious Experience.*  
Boston : Longmans, Green. (Reprinted : Collier, McMillan, N.Y., 1967).
- JANKELEVITH, V. (1966). *La mort.*  
Flammarion. París.
- JIMENEZ BURILLO, F. (1980). *Conductismo y psicología social.*  
*En "Análisis y modificación de conducta",*  
vol. 6, n°11-12.
- JEFFERS, F.G., NICHOLS, C.R. & EISDORFER, C. (1961).  
*Attitudes of Older Persons to Death.*  
*J. of Gerontology*, 16, 53-56.
- JEFFERS, F.C. y OTROS (1965). *Attitudes of Older Persons to Death.*  
*J. of Gerontol.*, 16, 53-56.
- JENNINGS (1978). *Blitz Course for a Homecoming.*  
*American Journal of Nursing*, Mayo.
- JUNG, C.G. (1958). *Psyche and Symbol.*  
Doubledam and Co.
- (1959). *The Soul and Death.*  
*En H. Feifel : The Meaning of Death.* pp.3-15.
- KALISH, R.A. (1970). *Non-Medical Interventions in Life and Death.*  
*Social Science and Medicine*, 4.
- (1963b). *Some Variables in Death Attitudes.*  
*J. of Social Psychology*, 59,137-145.

(1963a). An Approach to the Study of Death Attitudes.  
Amer. Beh. Sci., 6, 68-70.

(1966). A Continuum of Subjectively Perceived Death.  
Gerontologist, 6, 73-76.

(1972). Of Social Values and the Dying: A Defense of Disengagement.  
Family Coordinator, 21, 81-94.

(1976). Death and Dying in a Social Context.  
En R. Binstock y E. Shanas (Eds.): Handbook of Aging and the Social Sciences. N.Y.: D. Van Nostrand.

KALISH, R.A. y REYNOLDS, D.K. (1976). Death and Ethnicity: A Psychocultural Study.  
Los Angeles : Andrus Gerontology Center.

KAHOE, R. y DUNN, R. (1975). The Fear of Death and Religious Attitudes and Behavior.  
J. for the Scientific Study of Religion, 14, 379-382.

KANE, B. (1979). Children's Concepts of Death.  
The Journal of Genetic Psychology, 134, 141-153.  
(Resumen de la Tesis Doctoral, 1975, Cincinnati, Ohio).

KASTENBAUM, R. y (AISENBERG, R. (1972). The Psychology of Death.  
N.Y. : Springer Publishing, Co.

KASTENBAUM (1959). Time and Death in Adolescent.  
En The Meaning of Death, McGraw-Hill.

KASTENBAUM, R. (1974). Consideraciones psicológicas sobre el proceso del morir.  
En "Sociología de la muerte". Ed. Sala.

KASTENBAUM, R. (1976). Suicide as the Preferred Way of Death.  
En E.S. Shneidman (Ed.). Suicidology: Contemporary Development. N.Y. (Grune & Stratton).

KASTENBAUM, R. y COSTA, P.T. (1977). Psychological Perspectives on Death.  
Annual Review Psychol., 28, 225-249.  
(1979). Health Dying: A Pa

- radical Quest Continues.  
J. of Social Issues, vol., 35, n°1.
- KIMSEY y OTROS (1972). Death, Dying, and Denial in the Aged.  
American Journal of Psychiatry, 29, pp.161-165
- KING, M.B. (1967). Measuring the Religious Variable: Nine Proposed Dimensions.  
J. for the Scientific Study of Religion, 6, - 173-190.
- KELMAN, H.C. (1974). Attitudes Are Alive and Well and Gainfully Employed in the Sphere of Action.  
American Psychologist, 29, 310-324.
- KELVIN, P. (1970). The Bases of Social Behavior.  
N.Y. : Ed. Holt, Rinehard y Winston.
- KELLY, G.A. (1955). The Psychology of Personal Constructs  
Norton, N. Y., vol. I y II.
- KENDALL y OTROS (1976). The State-Trait Anxiety Inventory : A Systematic Evaluation.  
J. of Consulting and Clinical Psychology, 44, 406-412.
- KLOPFER, W. G. (1974). Attitudes Toward Death in the Aged (Tesis Doctoral no publicada, City College of New York ).
- KLUG, L. y BOSS, M. (1976). Factorial Structure of the Death Concern Scale.  
Psychol. Reports, 38, 107-112.
- KOCHER, G.P. (1973). Childhood, Death, and Cognitive Development.  
Devel. Psychol., 9, 369-375.
- (1974b). Talking With Children About Death.  
Amer. J. of Orthopsychiatry, 3, 22-24.
- (1974a). Conversations with Children about Death: Ethical Considerations in Research.  
J. of Clinical Child Psychology, 3, 19-21.
- KOSIK y OTROS (1971). El hombre nuevo.  
Ed. Martínez Roca, S.A. Barcelona.
- KRANT, M.J. (1974). Los últimos momentos del paciente de cáncer.  
En Sociología de la muerte. Ed. Sala, 83-90.

- KRECH y OTROS (1962). Individual in Society: A Textbook of Social Psychology. N.Y.: McGraw-Hill.
- KROEBER, A. (1975). Lo superorgánico. En KAHN, J. : El concepto de cultura. Anagrama, Barcelona.
- KUBLER-ROSS, E. (1969). On Death and Dying. The McMillan Company.
- (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Eds. Grijalbo.
- (1974). Lecciones de la agonía. En Sociología de la muerte. Ed. Sala.
- KUTNER y OTROS (1952). Verbal Attitudes and Over Behavior Involving Racial Prejudice. Journal of Abnormal and Social Psychology., 47, 649-652.
- LACRONIQUE, J.F. (1978). Aux États-Unis: Un mode de vie que change. Le Monde, 4-1-78.
- LADER, M.H. (1970). Psicofisiología de la ansiedad clínica. British J. of Hospital Medicine, diciembre.
- LAFORESTRLE-GUY, R. (1979). Place et intervention du psychologue en milieu gériatrique. Bulletin du Psychologie, 32, 342, pp.103-109.
- LA PIERE, R. T. (1934). Attitudes VS. Actions. Social Forces, 13 : 230-237.
- LARSEN, K. y OTROS (1974). Attitudes Toward Death : A Desensitization Hypothesis. Psychological Reports, 35, 687-690.
- LECHNER, E. & J. (1960). Folklore and Symbolism of Plants. N.Y. : Tudor Pub., Inc., pp.111-115.
- (1971). Devils, Demons, Death and Damnation. N.Y. : Dover Pub., Inc.

- LEHR, U. (1980). *Psicología de la senectud*.  
Ed. Herder, n°60, Barcelona.
- LEMING, M.R. (1975). *Religión and Death : A Test of Homan's Thesis*.  
Trabajos Ciclostilados, que me envi6 el propio autor (52pp.).
- LEMON, B.W. y OTROS (1972). *An Exploration of the Activity Theory of Aging:Activity Types and Life Satisfaction Among Inmovers to a Retirement Community*.  
*J. Gerontol.*, 27 : 511-523.
- LENSKI, G. (1963). *The Religious Factor*.  
Garden City, N.Y.: Anchor Books.
- LESSING, E.E. (1968). *Demographic, Developmental, and Personality Correlates of Future Time Perspective*.  
*J. of Personality*, 36, 183-201.
- LESTER, D. (1967). *Experimental and Correlational Studies of the Fear of Death*.  
*Psychological Bulletin*, vol.67, n°1, 27-36.
- (1970). *Re-Examination of Middleton's Data: Sex Differences in Death Attitudes*.  
*Psychological Reports*, 27, 136.
- (1971). *Attitudes Toward Death Today and Thirty-Five Years Ago*.  
*Omega*, 2, 163-173.
- LESTER, D. y KAMM (1971). *Effect of a Friend Dying Upon Attitudes Toward Death*.  
*J. of Social Psychology*, 83, 149-150.
- LESTER, D. (1966). *Antecedents of the Fear of the Dead*.  
*Psychological Reports*, 19, 741-742.
- LESTER, D. (1974). *The Collet-Lester Fear of Death Scale : A Manual*.  
Texto ciclostilado que nos proporcion6 el propio Lester.
- LESTER, D. (1972). *Religious Behaviors and Attitudes Toward Death*.  
*En Death and Presence*, A. Godin (Ed.)  
Bruxelles. Belgique.

- LESTER, D. (1970). Religious Behavior and the Fear of Death. Omega,1, pp.181-188
- LEVI-STRAUSS, G. (1966). The Savage Mind. Chicago (Existe traducción española).  
(1967) Tristes Tropiques. N. York (Existe traducción española).
- LEVITON, D. (1974). Educación tanatológica en Colegios y Universidades. En Sociología de la muerte. Ed. Sala.
- LIKERT, R.A. (1932). A Technique for the Measurement of Attitudes. Archives of Psychology,140,183-184.
- LISKA, A.E. (1975). The Consistency Controversy: Readings on the Impact of Attitude on Behavior. N.Y. : Wiley.
- LITMAN, R.E. (1970). Suicide as Acting Out. En N.L. Farberow y otros : The Psychology of Suicide. N.Y. : Science House.
- LONETTO, R. y OTROS (1976). The Perceived Sex of Death and Concerns About Death. Essence,1,45-58.
- LONETTO, R. y OTROS (1979). The Structure of Death Anxiety: A Factor Analytic Study. J. of Personality Assessment,43,4,388-393
- LOMRY, R. (1965). Male-Female Differences in Attitudes Toward Death. (Tesis Doctoral, Brandeis University).
- LOO, R. (1979). The State-Trait Anxiety Inventory A-Trait Scale: Dimensions and Their Generalization. J. Of Personality Assessment,43,1, pp.50-53.
- LUCAS, R.A. (1974). A Comparative Study of Measures of General Anxiety and Death Anxiety Among Three Medical Groups Including Patient and Wife. Omega,5,pp.233-243.

- LURIA, S.E. (1975). La vida experimento inacabado.  
Alianza Editorial. Madrid.
- MALINOWSKI, B. (1954). Magic, Science and Religion.  
Garden City, N.Y.
- (1965). The Role of Magic and Religion  
En Lessa y Vogt (Edts.), N.Y.:  
Harper & Row, pp. 63-72.
- MARC VARGO (1980). Relationship Between the Templer  
Anxiety Scale and the Collet-  
-Lester Fear of Death Scale.  
Psychol. Reports, 46, 561-562.
- MARSHALL, V.M. (1975). Retirement for Impending Death  
in a Retirement Village.  
American Journal of Sociology, 80,  
1124-1144.
- MARSHALL, V.M. (1976). Age and Awareness of Finitude  
in Developmental Gerontology.  
Omega, vol. 6 (2), 113-129.
- MARTIN, D. y WRIGHTSMAN, L.S. (1965). The Relationship  
Between Religious Behavior and Concern  
About Death.  
J. of Social Psychology, 65, 317-323.
- (1964). Religion and Fears  
About Death : A Critical Review of  
Research.  
Religious Education, vol. 59, pp.174  
-176.
- MAURER, A. (1964). Adolescent Attitudes Toward Death.  
J. of Genetic Psychology, 105, 75-90
- (1966). Maturation of Concepts of Death.  
British J. of Medical Psychol., 39,  
35-41.
- MAYOR, J. (1980). Orientaciones y problemas de la psico-  
logía cognitiva.  
En Análisis y Modificación de Conduc-  
ta, vol., 6, n°11-12, pp.213-278.
- MGDONALD, G.W. (1976). Sex, Religion, and Risk-Taking  
Behavior As Correlates of Death  
Anxiety.  
Omega, 7. 35-44.

- MCKENNEL, A.C. (1970). Attitude Measurement : Use of Coefficient Alpha With Cluster or Factor Analysis. *Sociology*, 42, 227-245.
- MCMORDIE, W.R. (1979). Improving Measurement of Death Anxiety. *Psychol. Reports*, 44, 975-980.
- MEILI, R. (1964). *Les Attitudes*. P.U.F. París.
- MEISSNER, W.W. (1958). Affective Responses to Psychoanalytic Death Symbols. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 295-299.
- MEYER, J.E. (1975). *Death and Neurosis*. International Univ. Press , N.Y.
- MIDDLETOWN, W.C. (1936). Some Reactions Toward Death Among College Students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 31, 165-173.
- MILLER, GALANTER y PRIBAN (1960). *Plans and the Structure of Behavior*. Holt, Rinehart & Winston, N.Y.
- MITFORD, J. (1963). *The American Way of Death*. N.Y. Simon and Schuster.
- MOLTMANN, J. (1974). La esperanza humana y el futuro biomédico del hombre. *Selecciones de Teología*, n°39.
- MONOD, J. (1970). *El azar y la necesidad*. Barral Editores. Barcelona.
- MORIN, E. (1951). *L'homme et la mort dans l'histoire*. Ed. Correa.
- (1974). *El hombre y la muerte*. Ed. Kairós. Barcelona.
- MOWRER, O.H. (1939). A Stimulus Response Analysis of Anxiety and Its Role as a Reinforcing Agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- MUNNICH, J.M.A. (1966). *Old Age and Finitude*. Ed. Karger, Basel.

- MURPHY, G. (1947). Personality (A Biosocial Approach to Origin and Structures). N. York.
- MURRAY, H.A. (1943). Manual for the T.A.T. Cambridge, Mass: Harvard Univ. Press.
- NAGY, M. (1938). The Child and Death. Psychol. Stud., Univ. Budapest, 2, 152-157, 192-194.
- (1948) The Child's Theories Psychology, 73, 3-27.
- NASH, M.H. (1977). Dignity of Person in the Final Phase of Life : An Exploratory Study. Omega, 8, 71-80
- NEIMEYER, DINGEMAN y EPTING (1977). Convergent Validity, Situational Stability and Meaningfulness of the Threat Index. Omega, 8, 251-265.
- NELSON, L. D. y NELSON, C.C. (1975). A Factor Analytic Inquiry Into the Multidimensionality of Death Anxiety. Omega, 6, 171-178.
- NELSON, L.D. (1978). The Multidimensional Measurement of Death Attitudes : Construction and Validation of a Three-Factor Instrument. Psychol. Reports, 28, 525-533.
- (1979) Structural Conduciveness, Personality Characteristics and Death Anxiety. Omega, 10, 123-133.
- NELSON, L.D. y CANTRELL, C. (1980). Religiosity and Death Anxiety a Multidimensional Analysis. Review of Religious Research, vol. 21 n°2 : 148-157.
- NEUFELDT, D.E. y HOLMES, C.B. (1979). Relationship Between Personality Traits and Fear of Death. Psychological Reports, 45, 907-910.
- NIXON, G.F. y STEFFECK, J.C. (1977). Reliability of the State-Trait Anxiety Inventory. Psychological Reports, 40, 357-358.

- NOGAS, C. y OTROS (1974). An Investigation of Death Anxiety, Sense of Competence and Need for Achievement. *Omega*, 5, 245-255.
- NOYES, R. (Jr.) (1971). The Art of Dying. En *Perspectives and Medicine*. Enero-Junio, 442-443.
- NOYES, R. y KLETTI, R. (1977). Panoramic Memory : Response to Threat of Death . *Omega*, 8 : 181-194.
- NOYES, R. y SLYMEN, D. (1978-79). The Subjective Response to Life-Threatening Danger. *Omega*, vol. 9 (4), 313-321.
- NUTTIN, J. PIERON y OTROS (1965). La motivación. Ed. Proteo. Bs. Aires.
- OHYAMA y OTROS (1978). Death Concept in Adolescence. *Tohoku Psychologica Folia*, Tomus XXXVII, Fasc. 1-4. Sendai, Japan.
- OMEGA. International Journal of Dying and Death. Aparecida en 1970 y dirigida por R. Kastenbaum. Baywood Publications, Inc., 1 North west Drive, Farmingdale, N.Y., 11.735
- OSGOOD y OTROS (1957). The Measurement of Meaning. Urban, Ill.: University of Illinois Press.
- OSIPOW, S. y GROOMS, R. (1965). Norms for Chain of Word Association. *Psychol. Reports*, 16.
- PATTON, J. F. y FREITAG, C.B. (1977). Correlational Study of Death Anxiety, General Anxiety and Locus of Control. *Psychol. Reports*. 40, 51-54.
- PALMORE, E. (1969). Sociological Aspects of Aging. En *Busse and Pfeiffer: Behavior and Adaptation in Late Life*. Ed. Little, Brown, Boston.
- PANDEY, R.E. y Templer, D. I. (1972). Use of the Death Anxiety Scale in an Inter-Racial Setting. *Omega*, 3, 127-130.

- PANDEY, R.E. (1975). Factor Analytic Study of Attitudes Toward Death Among College Students.  
J. of Soc.:Psychiatry, 21, 7-11.
- PARSONS, T. (1974). Religious Symbolization and - Death.  
En el libro de Eister (Editor):Changing Perspectives in the Scientific Study of Religion.  
John Wiley & Sons, N. Y.
- PEARSON, L. (1969). Death and Dying : Current Treatmen on the Dying Patient.  
Cleveland : Case Western Reserve University Press.
- PELECHANO, V. (1973). Personalidad y Parámetros.  
Ed. Vicens Vives. Madrid.
- (1975). Psicología Estimular y Modulación.  
Ed. Marova (Dtor. V. Pelechano).
- (1980a). Psicología de la intervención En "Análisis y modificación de conducta" (Dir. V. Pelechano).  
Vol. 6. Valencia, pp. 321-346.
- (1980b). Modelos básicos de aprendizaje.  
Ed. Alfapplus, Valencia.
- PIAGET, J. (1960). La psicología de la inteligencia.  
Ed. Psique. Bs. Aires.
- (1961). La formación del símbolo en el niño.  
Ed. F.C.E. México.
- (1965). La construcción de lo real en el niño.  
Ed. Proteo. Bs. Aires.
- (1968). Educación e instrucción.  
Ed. Proteo, Bs. Aires.
- (1969). El nacimiento de la inteligencia.  
Ed. Aguilar. Madrid.

- (1975). Tendencias de la investigación en las ciencias sociales. Alianza Universidad, n°45, 2ªEd.
- PINILLOS, J.L. (1975). Principios de Psicología. Alianza Universidad, Madrid, 1ªEd.
- (1978). Lo físico y lo mental. Boletín informativo de la Fundación Juan March, n°71.
- POHIER, (1974). Muerte, naturaleza y contingencia. Rev. Concilium, n°94.
- POLAINO-LORENTE, A. (1979). Trastornos afectivos. Apuntes del Curso de Psicopatología. Facultad de Psicología, Univ. Complutense de Madrid (Somosaguas).
- (1981). Ansiedad ante la muerte y actitudes ante la enfermedad: Revisión crítica de un estudio experimental. *PERMOS y DEGRAD.*, vol. 8.
- POLLAK, J. M. (1979-80). Correlates of Death Anxiety: A Review of Empirical Studies. *Omega*, 10, 97-121.
- PORT, A. T. (1964). The Meaning of Death to Children. Dissert. Abstracts, 25, 7383-7384. (Univ. of Michigan, Ann Arbor).
- PRESTON, C.E. y WILLIAMS, R. H. (1971). Views of the Aged on the Timing of Death. *The Gerontologist*, 300-304.
- PREVOSTI, A. (1979). Conceptos de biología (La selección natural). *R. Arbor*, n°402.
- RADCLIFFE-BROWN, A. R. (1965). Taboo. En Lessa y Vogt (Eds.). N.Y.:Harper & Row, pp. 72-83.
- RAHNER, K. (1965). Sentido teológico de la muerte. Ed. Herder, Barcelona.
- RAIMBAULT, E. (1975). L'enfant et la mort. Privat, Toulouse.
- RAINEY, L. C. y EPTING, F.R. (1977). Death Threat Constructions in the Student and the Prudent. *Omega*, 8, 19-28.
- RAMPLIN, y CAMPBELL (1955). Galvanic Skin Response to Negro and White Experiments. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51,30-33.

- RAPPAPORT, L. (1978). La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. Ed. Paidós, pp. 52-101.
- RATZINGER, J. (1974). Más allá de la muerte. Selecciones de Teología, n°49.
- RAY, J. J. y NAJMAN, J. (1974). Death Anxiety and Death Acceptance : A Preliminary Approach. Omega, 5, 311-315.
- RECK, A. J. (1977). A Contextualist Thanatology : A Pragmatic Approach to Death and Dying. Death Education, 1 : 315-323.
- RETANA, N. (1980). Transformación biológica del hombre. *Rev. Arbor*, n°412, abril.
- REYNOLDS, D.K. y KALISH, R.A. (1974). Anticipation of Futurity as a Function of Ethnicity and Age. *J. of Gerontology*, vol. 29, n°2, 224-231.
- RHUDICK, P.J. y DIBNER, A. S. (1961). Age, Personality and Health Correlates of Death Concern in Normal Aged Individuals. *Journal of Gerontology*, 16, 44-49.
- RIDEAU, E. (1963). Teología de la muerte. Selecciones de Teología, 5, vol. 2.
- RIEGEL, K. y RIEGEL, R. (1972). Development, Drop and Death. *Develop. Psychol.*, 6, 306-319.
- RIEGEL, K. (1973). Dialectic Operations : The Final Period of Cognitive Development. *Human. Devel.*, 16 : 346-70.
- RILEY, R. y FONER, A. (1968). Aging and Society. Vol. I : An Inventory of Research Findings. N.Y. : Sage.
- RILEY, M. y OTROS, (1969). Death and Bereavement. *International Encyclopedia of the Social Sciences*, 4, 19-25.

- ROCHLIN, G. (1967). How Younger Children View Death and Themselves.  
En E.A. Grollman (Ed.), Explaining Death to Children.  
Boston : Beacon Press., pp. 51-88.
- RODRIGUEZ, A. (1980). Planes, metas y acción intencional.  
En "Análisis y modificación de conducta". (Ed. V. Pelechano).  
Valencia, pp. 117-125.
- ROKEACH, M. (1967). Attitude Change and Behavior Change.  
Public Opinon Quarterly, 30, 529-550.
- (1976). Beliefs, Attitudes and Human Values.  
Jossey. Bass, Ed., San Francisco.
- ROSE y PETERSON (1965). Older People and Their Social World.  
Filadelfia, F.A. Davis.
- ROSENBERG y HOVLAND (1960). Cognitive, Affective and Behavioral.  
Components of an Attitude.
- RUIZ DE LA PEÑA, J.L. (1971). El hombre y su muerte.  
Eds. Aldecoa. Burgos.
- (1978). Muerte y Marxismo humanista.  
Eds. Sígueme. Salamanca.
- (1979). Muerte y marxismo humanista.  
Fundación Juan March, nº80, 40-44.
- (1980). La otra dimensión (Escatología cristiana).  
Ed. Eapsa. 2ª Edición.
- RUSELL, P.D. y BRANDSMA, J.M. (1974). A Theoretical and Empirical Integration of the Rational-Emotive and Classical Conditioning Theories.  
J. of Consulting and Clinical Psychol., 42, 389-397.
- RUZNISKY, S.A. (1980a). Avoidance/Confrontation strategies in coping with rejection.  
Doctoral dissertation. University of Regina.
- RUZNISKY y OTROS (1980b). Methodological Concerns for homogeneity and purification: The separation of rejection.  
Unpublished manuscript.

- RUZNISKY y OTROS (1980b). Methodological Concerns for homogeneity and purification : The separation of rejection. Unpublished manuscript.
- RUZNISKY y OTROS (1980c). The Avoidance of rejection and the use of chemical agents. Unpublished manuscript.
- SABATINI, P. y KASTENBAUM, R. (1973). The Do-it-Yourself Death Certificate as a Research - Technique. *Life Threatening Behav.*, 3, 20-32.
- SAFIR, G. (1964). A Study of Relationship Between the life and Death Concepts in Children. *J. of Genetic Psychology*, 105, 283-294.
- SALTER, C.A. y SALTER, C. D. (1975). Death Anxiety & Attitudes Toward Aging & Elderly Among Young People. *Gerontology*, 15, 89.
- (1976). Attitudes Toward Aging and Behaviors Toward the Elderly Among Young People as a Function of - Death Anxiety. *The Gerontologist*, 16, 232-236.
- SANCHEZ GARCIA, M. (1978). Modelos estadísticos aplicados a tratamiento de datos. Centro de Cálculo de la Univ. Complutense, Madrid.
- SAN MARTIN CASTELLANOS, R. (1980). Introducción y Presupuestos de la Estadística Inferencial (Paramétrica y no Paramétrica). Facultad de Filosofía y Letras (Sección de Psicología). Universidad Autónoma de Madrid.
- (1981). Técnicas y Métodos de la Estadística Inferencial Paramétrica y no Paramétrica. Facultad de Filosofía y Letras (Sección de Psicología). Universidad Autónoma de Madrid.
- SAUL, S. R. y SAUL, S. (1973). Old People Talk About Death. *Omega*, vol., 4, n°1, 27-35.

- SAUNDERS, C. (1977). Dying They Live : St. Christopher's Hospice.  
En Feifel (Ed.): New Meanings of -  
Death.  
N.Y. : McGraw-Hill.
- (1978). Terminal Care.  
En C.A. Garfield (Ed.) : Psychoso--  
cial Care of the Dying Patient.  
(N.Y. : McGraw-Hill, pp. 22-33.).
- SCHNEIDER, D.J. (1976). Social Psychology.  
Readings, Mass., Addison-Wesley.
- SCHULZ, R. y ADERMAN, D. (1974). Clinical Research  
and the Stages of Dying.  
Omega, 5, 137-143.
- SCHULZ, R. y ADERMAN, D. (1976). How the Medical Staff  
Copes With Dying Patients: A Critical Re  
view.  
Omega, 7, 11-21.
- SCHULZ, R. (1978). The Psychology of Death, Dying, -  
and Bereavement.  
Addison-Wesley, 187 pp.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). Helplessness. On Depression,  
Development, and Death.  
W. H. Freeman and Co. San Francisco.
- SHENKMAN, S. (1978). ¿Cuánto pueden vivir las perso-  
nas?.  
Rev. Arbor, n°387.
- SHRUT, S.D. (1958). Attitudes Toward Old Age and -  
Death.  
Mental Hygiene, 42, 259-266.
- SIEGMAN, A. W. (1961). Background and Personality  
Factors Associated With Feelings and Atti-  
tudes About Death.  
Soc. Scient. Study Religion, Cambridge,  
Mass.
- SIMPSON, M.A. (1979). Dying, Death, and Grief (A Criti-  
cally Annotated Bibliography and Source  
Book of Thanatology and Terminal Care).  
Ed. Plenum Press. N.Y.
- SPIELBERGER, C.D. (Ed.) (1966). Anxiety and Behavior.  
Academic Press, N.Y.

- (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory.  
Palo Alto : Consulting Psychologists Press.
- (1972). Anxiety : Current Trends in Theory and Research.  
Academic Press.
- SPIILKA, B. y PELLEGRINI, R.J. (1967). Death and -  
Cultural Values : A Theory and a Research Program.  
Amer. Psychol. Ass., Washington, D.C.
- SPIILKA, B., DAILEY, K.A. y PELLEGRINI (1968). Religion, American Values and Death Perspectives.  
Sociological Symposium, 1, Western Kentucky Univ. Press.
- SPINETTA, J.J. (1974). The Dying Child's Awareness of Death : A Review.  
Psychol. Bulletin, 81, 256-260.
- SPORKEN, P. (1978). Ayudando a morir.  
Ed. Sal Terrae, Santander, 143 pp.
- STOUT, B.M. y OTROS. (1976). The Construction and Validation of Multidimensional Measures of Death Anxiety and Death Perspectives. Paper Presented at the Convention of the Rocky Mountain Psychological Association, Phoenix, Arizona.
- STRONGMAN, K.T. (1973). The Psychology of Emotion.  
Wiley.
- STURGEON, R.S. y HAMLEY, R.W. (1969). Religiosity and Anxiety.  
The Journal of Social Psychology, 108, 137-138.
- SUDNOW, D. (1967). Passing On : The Social Organization of Dying.  
Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.
- (1971). La organización social de la muerte.  
Ed. Tiempo Contemporáneo, Bs. Aires.

- SWENSON, W. M. (1959). Attitudes Toward Death Among the Aged . Minnesota Medicine, vol. 42, pp. 399-402.
- (1961). Attitudes Toward Death in an Aged Population. J. of Gerontology, 16, 49-52.
- (1965). Attitudes Toward Death Among the Aged. Publicado en R. Fulton : Death and Identity. (N.Y. : John Wiley and Sons, Inc.).
- (1971). Attitudes Toward Death in an Aged Population. J. of Gerontology, 16, 49-53.
- TALLMER y OTROS (1974). Factors Influencing Children's Concepts of Death. J. of Clinical Child Psychol., 3, 17-19.
- TAYLOR, J.A. (1953). A Personality Scale of Manifest Anxiety. J. of Abnormal and Social Psychol., 48, 285-90.
- TEMPLER, D. I. (1969). Death Anxiety Scale. Proceedings of the 77th Annual Convention of the American Psychological Association. 4 : 737-738.
- (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. Journal of General Psychology. 82: 165-177.
- (1971a). The relationship between verbalized and non-verbalized Death Anxiety. Journal of Genetic Psychology. 119: 211-214.
- (1971b). Death Anxiety as related to depression and health of retired person. Journal of Gerontology. 4 : 521-523.
- (1971c) Death Anxiety Scale Means, Standard Desviations, and Embedding. Psych. Reports, 29, 173-174.

- (1972). Death Anxiety in Religiously Very Involved Persons. *Psychol. Reports*, 31, 361-62.
- (1976). Two Factor Theory of Death Anxiety : A Note. *Omega*, 1, 91-93.
- TEMPLER, D.I. y DOTSON (1970). Religious Correlates of Death Anxiety. *Psychol. Reports*, 26, 895-897.
- THAUBERGER, P. y OTROS (1976). Avoidance of the ontological confrontation of Death and Physiological measures in a Field Setting Simulating a Death Atmosphere. *Journal of Social Science and Medicine*, 10, 527-533.
- (1977). Satiation as a Personality Source Trait in the Avoidance/Confrontation of Death. *Psychological Reports*, 41, 483-492.
- (1977). Avoidance of the Ontological Confrontation of Death and a Phenomenological Encounter With a Simulated Death Atmosphere. *Journal of Perceptual and Motor Skills*, 45, 171-178.
- (1979). The Avoidance of The Ontological Confrontation of Death : A Psychometric Research Scale. *Essence* . 3, 9-12.
- (1979a). The Avoidance of the Ontological Confrontation of Loneliness and Some Epidemiological Correlates of Social Behavior and Health. *Journal of Perceptual and Motor Skills*. 48, 1219-1224.
- THOMAS, L.V. (1976). *L'Anthropologie de la mort*. Payot. Paris.
- THURSTONE, L.L. (1928). Attitudes Can Be Measured. *American Journal of Sociology*, 33, 529-554.

- THURSTONE, L.L. y CHAVE, E. J. (1929). The Measurement of Attitude.  
Chicago, Chicago Univ. Press.
- TOBACYK, J. y ECKSTEIN, D. (1980-81). Death Threat and Death Concerns in the College Student.  
Omega, vol. 11 (2), pp. 135-155.
- TOLOR, A. y REZNIKOFF, M. (1967). Relationship Between Insight, Repression-Sensitization, Internal-External Control and Death Anxiety.  
J. of Abnormal Psychology, 72, 426-430.
- TROISFONTAINES, R. (1960). Je ne meurs pas ...  
París.
- VAL, J.A. del (1973). El animismo infantil.  
Tesis Doctoral. (Univ. Complutense de Madrid).
- VEATCH, R.M. (1976). Death, Dying, and the Biological Revolution.  
New Haven, Yale University Press.
- VEIL, Dr. y EQUIPO (1974). Los problemas de la muerte.  
En "Sociología de la muerte".  
Ed. Sala.
- VON BERTALANFFY, L. (1974). Robots, hombres y mentes.  
Ed. Guadarrama. Madrid. 2ª Ed.
- WARBASSE, J.P. (1956). The Ultimate Adventure.  
Geriatrics, 11 : 468.
- WARREN, M. G. y CHOPRA, P.N. (1979). Some Reliability and Validity Considerations on Australian Data From the Death Anxiety Scale.  
Omega, vol. 9 (3), 293-98.
- WEININGER, A. (1979). Young Children's Concepts of Dying and Dead.  
Psychological Reports, 44, 395-407.
- WEISMAN, A. (1972). On Dying and Denying : A Psychiatric Study of Terminality.  
N.Y. : Behavioral Publications.

- WHITTAKER, (1979). La Psicología social de hoy.  
Ed. Trillas. México.
- WILSON, D.C. y OTROS (1978). The Royal Victoria  
Hospital Palliative Care Ser-  
vice.  
Death Education, 2, 3-20.
- WILLIAMS, R. L. y SPURGEON (1968). Religiosity,  
Generalized Anxiety, and Appre-  
hension Concerning Death.  
The Journal of Social Psycho-  
logy, 75, 111-117.
- WILLIAMS, R. H. (1969). Our Role in the Generation,  
Modification and Termination of  
Life.  
Archives of Internal Medicine,  
124, 215-237.
- WOHLFORD, P. (1966). Extension of Personal Time,  
Affective States, and Expectation  
of Personal Death.  
J. of Personality & Social Psy-  
chology, 3, 559-566.
- WOLF, K. (1966). Personality Type and Reaction To-  
ward Aging and Death.  
Geriatrics., 189-192. (AUG.)
- WOLMAN, B.B. (Ed.) (1980). Manual de Psicología  
General.  
Eds. Martínez Roca, S.A. Bar-  
celona (vol. IV).
- WOODMANSEE, J.J. (1976). Respuesta papilar como me-  
dida de las actitudes sociales.  
En "Medición de las actitudes".  
(Summers, Ed.)  
Ed. Trillas, México.
- WORDEN, J. W. y PROCTOR, W. (1976). Personal Death  
Awareness.  
Englewood Cliffs, N.J. : Prenti-  
ce Hall.
- YELA, M. (1980). La evolución del conductismo.  
En "Análisis y modificación de  
conducta".  
Valencia. pp.147-180.
- YELA, M. . Aspectos de la actitud religiosa.  
En el Homenaje a Aranguren. Eds.  
de la Revista de Occidente. Madrid.

- YELA, M. (1979). El mundo visto desde la tercera edad.  
En Higiene Preventiva de la Tercera Edad. Ed. Karpos.
- YELA, M. (1957). La técnica del análisis factorial.  
Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- YELA, M. (1974). La estructura de la conducta. Eg título, situación y conciencia.  
Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- YELA, M. (1979). Curso de Psicometría y Teoría de Tests.  
Facultad de Psicología, Campus de Somosaguas. Madrid.
- ZARIT, S.H. (1979). Cómo ayudar al paciente que envejece a enfrentarse con sus problemas de memoria.  
Geriatrics, octubre.
- ZEIGLER, J. (1976). Los vivos y la muerte.  
Ed. Siglo Veintiuno, Madrid.

