

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



TESIS DOCTORAL

**Personalidad, depresión y muerte**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR

**Francisco Ramos**

DIRECTOR:

**Dionisio Pérez y Pérez**

Madrid, 2015

R: 732.801  
v

D/ 352.03  
RAU.

Francisco Ramos Campos



5308230080

PERSONALIDAD, DEPRESION Y MUERTE



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

Colección Tesis Doctorales. Nº 154/82

© Francisco Ramos Campos  
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-24655-1982

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

PERSONALIDAD, DEPRESION Y MUERTE  
(TESIS DOCTORAL)

Director: PROF. Dr.DIONISIO PEREZ Y PEREZ  
Doctorando: FRANCISCO RAMOS CAMPOS

MADRID 1981



## INDICE

INTRODUCCION

AGRADECIMIENTOS

<u>CAPITULO PRIMERO : LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL.....</u>	<u>1</u>
1.1 Perspectivas generales.....	2
1.2 La psicología de la muerte.....	19
<u>CAPITULO SEGUNDO : MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.....</u>	<u>23</u>
2.1 El miedo a la muerte.....	25
2.2 La ansiedad ante la muerte.....	36
2.2.1 Diferencias conceptuales entre miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte.....	36
2.2.2 Ansiedad y ansiedad ante la muerte.....	42
2.2.3 Ansiedad normal y patológica ante la muerte.....	51
2.3 La medida del miedo y la ansiedad ante la muerte.....	53
2.3.1 Problemas metodológicos de medida.....	58
2.4 Investigaciones sobre el miedo y la ansiedad ante la muerte.....	82
2.4.1 Edad.....	83
2.4.2 Sexo.....	95
2.4.3 Negación, represión y resistencia cognitiva.....	97
2.4.4 Religiosidad.....	105
2.4.5 Salud física.....	107
2.4.6 Estilo cognitivo.....	109
2.4.7 Necesidad de logro, sentido de competencia y pro- positividad.....	109

III.

2.4.8 Personalidad.....	111
2.4.9 Enfermedades psiquiátricas.....	114
2.4.10 Suicidio.....	115
2.4.11 Otras variables.....	115

CAPITULO TERCERO: LAS INVESTIGACIONES DE D.I.TEMPLER.....119

3.1 Construcción y validación de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (D.A.S).....	120
3.1.1 Selección de items.....	120
3.1.2 Análisis de los items.....	121
3.1.3 Fiabilidad.....	123
3.1.4 Tendencia de respuesta y deseabilidad social....	123
3.1.5 Procedimientos de validación.....	124
3.2 Estudios con la D.A.S.....	138
3.2.1 Planteamiento general.....	138
3.2.2 Variables estudiadas.....	141
3.2.3 Estudios factoriales con la D.A.S.....	160
3.2.4 Terapéutica de la ansiedad ante la muerte.....	166
3.2.5 La adaptación castellana de la D.A.S.....	170
3.3 Hipótesis.....	182

CAPITULO CUARTO: METODOLOGIA.....185

4.1 Muestra de Ancianos.....	186
4.1.1 Selección de la población.....	186
4.1.2 Sujetos.....	188
4.1.3 Pruebas utilizadas.....	190

4.1.4	Procedimiento.....	201
4.1.5	La entrevista y los entrevistadores.....	204
4.1.6	Variables estudiadas.....	205
4.2	Muestra de Universitarios.....	208
4.2.1	Sujetos.....	208
4.2.2	Pruebas utilizadas.....	208
4.2.3	Procedimiento.....	224
4.2.4	Variables estudiadas.....	225
4.3	Muestra de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S).....	227
4.3.1	Sujetos.....	227
4.3.2	Pruebas utilizadas.....	227
4.3.3	Procedimiento.....	227
4.3.4	Variables estudiadas.....	229
4.4	Análisis estadístico.....	230
 <u>CAPITULO QUINTO: RESULTADOS.....</u>		 232
5.1	Consideraciones generales.....	233
5.2	Resultados obtenidos en la muestra de ancianos.....	235
5.2.1	Resumen del estudio piloto.....	236
5.2.2	Datos descriptivos.....	238
5.2.3	Análisis de varianza.....	302
5.2.4	Análisis de Chi-Cuadrado.....	326
5.2.5	Análisis correlacional.....	327
5.3	Resultados obtenidos en la muestra de universitarios.....	340
5.3.1	Datos descriptivos.....	341
5.3.2	Análisis de varianza.....	371
5.3.3	Análisis de Chi-Cuadrado.....	392
5.3.4	Análisis correlacional.....	393
5.3.5	Análisis factorial.....	396

5.4 Resultados obtenidos en la muestra de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S).....	408
5.5.1 Datos descriptivos.....	409
5.4.2 Análisis de varianza.....	422
5.4.3 Análisis de Chi-Cuadrado.....	423
5.4.4 Análisis correlacional.....	424
5.5. Diferencias de medias en las tres muestras estuda- das.....	425
5.6 Justificación estadística de la D.A.S.....	429
5.6.1 Análisis de elementos.....	430
5.6.2 Fiabilidad.....	448
5.6.3 Validez.....	450
<u>CAPITULO SEXTO: DISCUSION DE LOS RESULTADOS</u> .....	472
<u>CAPITULO SEPTIMO: CONCLUSIONES</u> .....	488
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	502
APENDICES	

## INTRODUCCION

En los últimos años, la muerte y todo lo relacionado con ella viene siendo un foco de creciente interés para el pensamiento científico. Los psicólogos no han sido ajenos a esta realidad y en la actualidad se viene investigando sobre una serie de temas que genericamente se agrupan bajo la denominación de "Psicología de la muerte". Uno de estos temas, quizá el más estudiado dentro del ámbito norteamericano, es el de la ansiedad ante la muerte, objeto de nuestra tesis doctoral.

En nuestro país los estudios de este tipo son escasos, y aunque hay largas reflexiones sobre el tema, los datos empíricos que poseemos son poco concluyentes. Se hacía pues necesario un estudio exploratorio que tratase de abrir camino dentro de nuestro ámbito sociocultural.

Pero si el interés por todo lo relacionado con la muerte es cada día mayor, lo mismo ocurre con el envejecimiento y la vejez; temas en los que ciertos enfoques psicológicos (sobre todo el Life-Span) están aunando esfuerzos para esclarecer una etapa de la vida humana que hasta ahora había quedado un poco marginada. Se trata así de dar soluciones adecuadas a la problemática planteada por una población anciana cada día más numerosa.

Fué a raíz del inicio del curso monográfico de Doctorado "Gerontopsicología", impartido por el Profesor Dionisio Pérez y Pérez en 1978-79 en la Facultad de Psicología de la Universidad

## VII

Complutense de Madrid (curso en el que fuimos invitados a colaborar), cuando nos planteamos la necesidad de realizar un amplio estudio sobre los ancianos, dedicando especial atención a la investigación de las actitudes ante la muerte.

Las peculiares características de la población a estudiar (ancianos internados en los grandes asilos del área metropolitana de Madrid) y la falta de instrumentos adecuados nos llevó a elaborar, en colaboración con el Dr. Pérez y Pérez, un cuestionario de indicadores sociales que, pese a sus limitaciones, ha resultado muy útil y nos ha suministrado una amplia información sobre diversos aspectos. En otras cuestiones habíamos decidido utilizar cuestionarios o escalas ya adaptados a la población española (EPI de Eysenck, S.D.S de Zung). Sin embargo, con respecto a la ansiedad ante la muerte no disponíamos de ninguna prueba que reuniera las condiciones necesarias para una valoración adecuada de este constructo.

Este hecho nos llevó a escoger entre las diversas escalas americanas existentes aquella que, a nuestro juicio, se adaptaba mejor a los fines de la investigación y a las características de la muestra en la que iba a ser estudiada. La elección recayó sobre la Death Anxiety Scale (DAS) de Templer (1970) y en su adaptación hemos centrado básicamente la realización de nuestra Tesis Doctoral.

Para contrastar los resultados obtenidos con la DAS en la muestra de ancianos nos pareció necesario ampliar nuestra investigación en otras poblaciones, motivo por el cual hemos estudiado también una muestra de universitarios y otra de ATS. Nuestra Tesis ha quedado así dividida en siete capítulos.

## VIII

En el capítulo primero hemos intentado enmarcar el tema, tratando de precisar el significado de la muerte en la sociedad actual, así como delimitar el campo de estudio de la llamada "Psicología de la muerte".

En el capítulo segundo tratamos de forma específica la problemática, tanto conceptual como metodológica, del miedo y de la ansiedad ante la muerte. Analizamos el estado actual de la cuestión y destacamos las aportaciones empíricas realizadas en este sentido.

El capítulo tercero está dedicado a las investigaciones de D.I. TEMPLER con la DAS. En él exponemos los pasos seguidos en la construcción y validación de la escala, así como una revisión de los principales estudios realizados en diversos países, los cuales han permitido a Templer esbozar algunos aspectos teóricos de la ansiedad ante la muerte y derivar ciertas consecuencias terapéuticas. Terminamos este capítulo describiendo los motivos que determinaron la elección de la DAS en nuestra investigación, los pasos seguidos en la adaptación castellana, así como las hipótesis que han orientado la realización de nuestra Tesis Doctoral.

El capítulo cuarto recoge los criterios metodológicos utilizados en la recogida de datos de cada una de las muestras estudiadas (sujetos, pruebas utilizadas, procedimiento, variables...), el tratamiento estadístico seguido y los programas que se utilizaron para ello.

Los capítulos quinto y sexto están dedicados a la exposición detallada de los resultados obtenidos, a su análisis e interpreta-

ción, confrontándolos con las hipótesis planteadas y con los hallazgos referidos por otros autores. En el capítulo siete destacamos las principales aportaciones de nuestra Tesis Doctoral y las conclusiones que se derivan de ellas. Finalmente ofrecemos una bibliografía actualizada sobre el tema, así como los cuestionarios y escalas utilizados.

AGRADECIMIENTOS

Quiero hacer pública mi gratitud a muchas de las personas que de diverso modo han hecho posible la realización de la presente Tesis Doctoral.

En primer lugar a mi director el Prof. Dionisio Pérez y Pérez, que ha sido siempre un estímulo constante para mí, y cuyas orientaciones, tanto en la planificación de la presente investigación como en su ejecución posterior, han sido siempre muy valiosas.

Así mismo estoy muy reconocido al Prof. Donald I. Templer, de la California School of Professional Psychology, que a través de una correspondencia eficaz me asesoró en todo momento y me proporcionó un material bibliográfico muy actualizado, y de difícil adquisición.

La Profesora Elena García-Alcañiz con su experiencia me prestó una colaboración muy estrecha en el tratamiento estadístico de los datos y en su interpretación. De igual modo los Profesores Mariano Yela, M<sup>a</sup> del Rosario Martínez, Migual Angel Padilla, José Muñiz y José Santasmases me aportaron en diversos momentos sugerencias y matices muy positivos.

Particularmente estoy muy agradecido al Dr. Jesús Sánchez Caro (Psiquiatra) y al Dr. A. Salgado Alba (Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja) que en todo momento se interesaron por mí, y cuyas gestiones facilitaron enormemente la obtención de datos en las muestras de ancianos y ATS.

Así mismo quiero destacar el entusiasmo de mis colaboradoras



M<sup>a</sup>Luz Pardo, Mercedes Santori, Patricia Alvarez; Leticia Zuazo y Carmen Pérez, que compartieron conmigo la larga tarea de entrevistar individualmente a los ancianos.

Finalmente quiero agradecer la colaboración de todos los sujetos e instituciones que han participado en la investigación.

CAPITULO PRIMERO :

LA MUERTE EN LA SOCIEDAD ACTUAL

### 1.1. PERSPECTIVAS GENERALES

El interés por el tema de la muerte se ha desarrollado -- desde muy diversas perspectivas. No en vano se trata de un fe-- nómeno biológico, psicológico y social de trascendental impor-- tancia en la vida del hombre, susceptible de ser considerado como fin de un proceso biológico (Biología), que promueve --- unas determinadas actitudes psíquicas y comportamentales, tan-- to a nivel individual como de grupo (Psicología y Sociología) y que en el transcurso del tiempo ha ido originando un univer-- so de significaciones (Filosofía) encarnadas en ritos, prác-- ticas y costumbres (Religión, Etnología y Antropología), cuyo discernimiento ha sido en no pocas ocasiones el móvil de pro-- cesos artísticos (Literatura, Arte), apareciendo como una --> frontera inevitable que el instinto de conservación del hom-- bre trata de alejar lo más posible (Medicina).

Todas estas y otras perspectivas, que obviamente son comple-- mentarias, constituyen lo que METCHNIKOFF denominó ya en el - año 1901 Thanatología.

El tema, por tanto, se presenta como el foco de interés de toda una serie de actividades intelectuales del hombre, lo que indica su riqueza de contenido, su capacidad polarizante y sugestiva. Sin embargo, puede afirmarse como ya hacia MORIN en 1.974- que las ciencias del hombre apenas han incidido en el estudio de la muerte (aunque ninguna haya podido evitar su inexcusable presencia, pero si ponerla entre paréntesis) y cuando lo han hecho ha sido desde perspectivas puramente especulativas.

La contradicción es todavía mayor si se tiene en cuenta que la muerte es el rasgo más cultural del hombre, porque significa una ruptura absoluta entre su mundo y el del animal. Puede decirse que el hombre es hombre desde que entierra a sus muertos, actitud que introduce plenamente la fuerza de la racionalidad dentro del proceso físico de la Naturaleza y fundamenta la autovaloración de un ser que se siente distinto, punto y aparte en la escala zoológica, capaz no ya sólo de modificar el entorno a través de diversos útiles, sino de expresar una percepción del mundo y de sí en la que hunden sus raíces la esencia misma y el significado de la trayectoria vital de la Humanidad.

La actitud del hombre ante la muerte supone un gran avance en su proceso de hominización, de ahí que sea un asunto clave a la hora de llevar adelante cualquier proyecto que pretenda comprender qué es el ser humano.

Es cierto que las características del fenómeno en cuestión no hacen fácil su tratamiento, ya que la muerte es -- por definición lo radicalmente opuesto a la vida, "una cancelación siempre posible -- como decía SARTRE -- de lo que puede ser, lo cual está fuera de mis posibilidades". Y fuera también del campo de experiencias verificables de algún modo del que la ciencia hace su objeto.

La carencia de estudios científicos (que hoy tiende a -- ser subsanada) también puede considerarse como síntoma y -- consecuencia de un fenómeno detectable en la sociedad contemporánea: la negación de la muerte, su ocultamiento, debido quizás a que en una época en la que el triunfo de la ciencia y los logros técnicos cada vez más avanzados aproximan al hombre a una hipotética cúspide en su dominio de la Naturaleza, la muerte continúa alzándose como el obstáculo supremo, o aún más, como la gran negadora de todos -- los esfuerzos en pro de un mundo sin fisuras. Ante la muerte, el hombre supertecnificado de nuestros días se ve obli

gado a inclinarse la cabeza y reconocer el señorío de una -- fuerza todavía incontrolable. En este sentido, la muerte - continúa poseyendo el carácter de tabú, de aquello ante lo que el hombre experimenta un sentimiento inevitable, difí-- cil de calificar; una mezcla de pudor, miedo, curiosidad, desolación y acaso también de serenidad, que a lo largo de los siglos ha perturbado y perturba su capacidad de "obje-- tivización". \*

Numerosas creencias se han organizado precisamente en - torno a la muerte y han tratado de ayudar a aceptar la muerte individual, desplazándola hacia un deseo de inmortalidad ejemplificado en lo que sobrevive (hijos, obras) o recono-- ciendo directamente la existencia de otra vida. De hecho, todas las religiones incluyen una especial valoración de - la muerte en sus prácticas y creencias. Incluso podría --- afirmarse que la mayor parte de ellas se desarrollan precisamente en relación con la necesidad humana de encontrar - una respuesta a los interrogantes que la finitud del hombre plantea.

El hombre contemporáneo ha reconocido la vanidad o in--- suficiencia de tales creencias y propone una auténtica negación

ción de la muerte. Así, la premisa "el hombre es mortal" ha perdido la fuerza de fundamentar un juicio apriorístico y ha sido sustituida por la de "el hombre muere" por accidente, por negligencia, porque no ha seguido ciertas prescripciones o reglas de salud o simplemente porque la ciencia no ha encontrado todavía la manera de curar todas las enfermedades. En consecuencia, hoy el hombre no es mortal sino que "muere de alguna cosa". Y en el matiz que diferencia ambas afirmaciones, el hombre contemporáneo, inmerso en una sociedad que gira en torno a la valoración de la juventud como bien supremo, descarga sus reacciones frente al tabú y desvía el enfrentamiento directo. A la inmortalidad del alma, se opone la posibilidad de la inmortalidad del cuerpo, gracias a los progresos de la ciencia que pueden -se piensa- controlar el "accidente". En la misma medida en que antes la muerte era objeto de temor sagrado, ahora se ha convertido en acicate de la investigación médica y en expectativa científica.

De lo dicho hasta aquí se deduce que la muerte no tiene un significado unívoco, sino que genera todo un arco de actitudes muy diferenciadas, de tal forma que en nuestro espa-

cio actual pueden convivir sociedades que pretenden difuminar su presencia y reducir sus efectos en la conciencia del hombre mediante eufemismos y estereotipos neutralizantes, y otras que centran toda su vida social en torno a los ritos funerarios, como los torajas de las Islas Célebes.

Y es que, pese a ser la negación de la vida, la muerte - mantiene con ella una relación directa, dándose una continuidad entre el estilo de vida y la actitud ante la muerte. La muerte es un dato inexcusable, un hecho ante el que no - existe posible escapatoria; y de una u otra forma, con ago bio, temor o pretendida ignorancia, influye sobre la vida - de las personas. Es tan importante lo que se piensa de ella como el fenómeno biológico en sí mismo.

La pluralidad de sentidos de la muerte nos remite siem-- pre al sistema sociocultural en que se desenvuelve el individuo. Cada pueblo, cultura o civilización tiene su propia concepción de la muerte y, paralelo a ella, desarrolla un - sistema en el que integra todos sus contenidos significati- vos: costumbres, actos, ritos, valores, creencias..Aproxi-- marse a la muerte implica penetrar en el contexto de cada - sistema cultural, religión, filosofía, política, economía...

Así, descubrimos una serie de situaciones históricas muy diferenciadas en cuyos extremos podríamos situar a los egipcios como pueblo fundamentalmente religioso que organiza su vida en función de la muerte, y a la sociedad occidental actual en la que predomina la exaltación del "aquí y ahora" de la vida.

El estilo de vida occidental contemporáneo ha modificado la percepción de la muerte y su situación dentro de la sociedad. En las grandes ciudades, donde habita la mayor parte de la población, la muerte ya no es vivida por un grupo social sino sólo por un círculo pequeño de allegados. La hospitalización, fenómeno muy frecuente, es una primera etapa de la separación entre el enfermo y sus familiares y posteriormente, la intervención de los aparatos técnicos privan al individuo de muchos derechos sobre su muerte.

La cada vez más frecuente abolición de los duelos es otra manifestación de esta tendencia a borrar los rastros de la muerte que hemos señalado con característica del mundo occidental de hoy. En otro tiempo, el luto y todo el entramado de conductas que llevaba consigo ofrecía a los supervivientes la posibilidad de poner su dolor al abrigo del mundo, a la vez que cumplía la finalidad de impedir que se olvidara

demasiado rápidamente al desaparecido. Hoy la mayor parte de los signos exteriores de duelo han desaparecido.

Estas y otras características de la muerte en el contexto de la sociedad occidental han sido objeto de numerosos estudios, en los que se ha tratado de esquematizar una concepción y unas actitudes generales básicas. Tales estudios --especialmente abundantes en los medios intelectuales norteamericanos-- tienen un valor relativo, pero indudablemente contribuyen a poner de relieve las notas comunes que, matizadas por la idiosincrasia de cada pueblo, parecen delinear se en el seno de la sociedad occidental.

Desde una perspectiva histórica, ARIES (1970) considera que existe un proceso de periodización de la percepción de la muerte en Occidente. Del siglo VI al XII la muerte es --"apprivoisée": los difuntos son seres familiares y el hombre es el maestro de su muerte, que no es interpretada como interrupción de la continuidad de ser. Del siglo XII hasta el siglo XV predomina el amor visceral por las cosas y el sentido de la biografía, por la cual la muerte es percibida como la pérdida del yo. A partir del siglo XVI, el difunto fascina pero el cementerio abandona el centro de la ciudad,

de tal forma que la muerte se siente a la vez próxima y lejana. El rechazo patético de la muerte del otro a través de ruidosos duelos y un cierto "culto de cementerio", es la característica del siglo XIX. Hoy la muerte es "inversée", generalizándose un rechazo del duelo y de los difuntos. El hombre no es ya el maestro de su muerte sino que se la encomienda a los profesionales (pompas fúnebres, servicios tanatológicos)

PARSONS (1963), por su parte, ha tomado la sociedad norteamericana como punto de referencia para el estudio de la muerte. Parte de la observación de que buena parte de la población actual vive hasta casi completar el ciclo vital, lo que origina nuevas posturas hacia la muerte, cuyas características pueden organizarse en torno a dos orientaciones básicas:

-Una orientación "normal" o activa (en consonancia con el alto valor que la sociedad contemporánea da a la ciencia y a la actividad), que pone de relieve la importancia moral de la muerte como fin de un ciclo vital, culminación de esfuerzos y realizaciones.

-Una orientación "desviada" que es esencialmente fatalista.

La orientación normal, según PARSONS, es la dominante en la sociedad norteamericana y exige del individuo que se enfrente con la muerte de una manera realista y de la comunidad que cumpla con su "triste deber de llorar al difunto" - de prisa y en privado, es decir, dentro del círculo íntimo de la familia y amigos.

La orientación desviada se caracteriza por la negación - de la realidad de la muerte, actitud que algunos autores y en cierta medida el cine han difundido como la típica de los norteamericanos (impermeabilidad de los ataúdes, criogenización...)

THOMAS (1975) ha estudiado las características de la --- muerte en la civilización occidental en relación con la cultura negro-africana. Su estudio pone de relieve la existencia de diferencias profundas (cuadros 1 y 2). La civilización negro-africana posee un carácter simbólico, mediante el que muertos y vivos son percibidos como integrantes de una misma comunidad. La muerte es respetada, aceptada e integrada en el circuito vital y el muerto podrá reencarnarse. La civilización occidental, por el contrario, es una civilización de ruptura: la muerte es lo radicalmente opuesto a la vida,

CUADRO. 1

COMPARACION ENTRE LA CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA Y LA CIVILIZACION OCCIDENTAL . (1.Tema General). (Thomas, 1976).

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
TIPO DE SOCIEDAD O CIVILIZACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sociedad de acumulación de hombres.</li> <li>-Rica en signos y símbolos.</li> <li>-Economía de subsistencia ( penuria, pero predomina el valor del uso ).</li> <li>-Inquietud por las relaciones personales y búsqueda cotidiana de la paz.</li> <li>-Espiritu comunitario.</li> <li>-Sentido de la continuidad y del diálogo; rol del mito, del tiempo repetitivo y del tiempo escatológico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sociedad de acumulación de bienes.</li> <li>-Rica en objetos y técnica.</li> <li>-Rentabilidad, abundancia, despilfarro; sociedad de consumo; predomina el valor de cambio.</li> <li>-Thanatocracia, burocracia o tecnocracia.</li> <li>-Exaltación del individualismo.</li> <li>-Sentido de la ruptura: rol de la ciencia, de la técnica, del tiempo explosivo</li> </ul>

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
SIGNIFICACION DEL HOMBRE	<p>-En el centro del mundo. Es la cultura más preciosa y la más socializada.</p> <p>-Valoración del viejo</p>	<p>-Considerado como producto, mercancia, productor, consumidor. Individualizado y consumido.</p> <p>-El viejo está desvalorizado, abandonado.</p>
NATURALEZA DE LO IMAGINARIO	<p>-Preponderancia del símbolo y del rito simbólico</p>	<p>-Predomina lo imaginario sobre lo simbólico; desaparece el rito simbólico.</p>

CUADRO 2:

COMPARACION ENTRE LA CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA Y LA CIVILIZACION OCCIDENTAL. ( 2.Filosofía y psicología de la vida y de la muerte.)

( Thomas,1976)

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
ACTITUD ANTE LA VIDA	<p>-Promoción de la vida bajo todas sus formas ( biológica, sexual, espiritual ).</p> <p>-Respeto del cuerpo: ritmo como lenguaje del cuerpo.</p>	<p>-Desprecio de la vida: sociedad mortífera ( mata o deja morir )</p> <p>-Actitud equívoca hacia la significación del cuerpo.</p>

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
ACTITUD ANTE LA MUERTE	<ul style="list-style-type: none"><li>-Aceptación y transcendencia. Desplazamiento ( en el límite neurosis ).</li><li>-Integración de la muerte como elemento necesario del circuito vital ( realidad ontológica ).</li><li>-Muerte ideal: "buena muerte".</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Angustia más o menos reprimida. Negación ( en el límite psicosis ).</li><li>-Huida de la muerte ontológica en favor de la "muerte accidente" que la ciencia podrá suprimir.</li><li>-Muerte ideal: "muerte bella".</li></ul>
ACTITUD HACIA EL MORIBUNDO	<ul style="list-style-type: none"><li>-Maternal y de seguridad. El grupo se hace cargo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Se muere solo, frecuentemente en el hospital; sin ayuda, ni asistencia.</li></ul>

TEMATICA	CIVILIZACION NEGRO-AFRICANA	CIVILIZACION OCCIDENTAL
ACTITUDES DE CARA A LOS DIFUNTOS Y LOS SUPERVIVIENTES.	-Importancia del duelo y de los ritos. Numerosos tabúes -Omnipresencia de los muertos. Prestigio del ancestro. Reencarnación eventual.. -El cementerio no tiene importancia, pero existe el culto de los ancestros.	-Duelo escamoteado. No hay tabúes -Muerte obsesiva o muerte rechazada. -Cementerio descuidado o fetichismo de la tumba.
PEDAGOGIA DE LA MUERTE	-Permanente, desde los primeros años de vida.	-Sin pedagogía oficial.

por eso angustia y obsesiona. La actitud ante ella es un intento de defensa que consiste en su rechazo y negación. Estas formas de defensa proceden tanto de sistemas religiosos (liberación, redención, resurrección, vida eterna) como de valores socioculturales (mitos científicos: hibernación, -- criogenización, etc.)

Numerosos autores más (BLAUNER, 1966; BROW, 1959; HOFFMAN, 1964; SULTZBERGER, 1961...) han estudiado las relaciones generales que existen entre la muerte y la sociedad contemporánea, destacando su interacción mutua a distintos niveles.

En consecuencia, podemos concluir que las actitudes frente a la muerte, los moribundos y los difuntos en Occidente han sufrido grandes transformaciones. Los progresos de la ciencia y de la técnica, la transformación de ciertas estructuras sociales como la familia, el establecimiento de una sociedad industrial basada en la producción para el consumo han originado una profunda metamorfosis, caracterizada por un proceso de racionalización, desacralización y desocialización que ha desembocado en una nueva concepción de la enfermedad y de la muerte. Todo ello ha contribuido a acrecen

tar el carácter de tabú que la muerte ha poseído siempre. Sin embargo, el análisis de las actitudes y creencias en relación con la muerte confirma la sorprendente complejidad de medios para luchar contra el dolor de la separación, y que van desde las ideologías y sistemas de pensamiento hasta los rituales, estudios de la vida después de la muerte, etc.

En la actualidad, se están llevando a cabo tentativas para someter a examen diversos aspectos de los sentimientos y actitudes personales ante la muerte empleando todo tipo de técnicas psicológicas, sociológicas y fisiológicas. Se han obtenido las respuestas de diferentes tipos de población: niños, adultos, ancianos, enfermos físicos y mentales, moribundos... Se han estudiado también ciertas características individuales (sexo, edad, religión, educación, salud, nivel de instrucción, etc.) como posibles variables que influyen en la actitud ante la muerte. Y si bien los primeros resultados han sido poco decisivos y hasta confusos, actualmente empieza a perfilarse un núcleo de investigaciones que a buen seguro nos permitirá un conocimiento más científico de la muerte y de todo lo que ella lleva consigo. En esta línea de investigación psicosocial se inscribe nuestro trabajo.

## 1.2. LA PSICOLOGIA DE LA MUERTE

Desde una perspectiva psicológica, el tema de la muerte está cobrando un interés cada vez mayor. La llamada "Psicología de la muerte" (KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972; SCHULZ, --- 1978) constituye ya un importante foco de investigación. Todo parece confirmar la idea de PARSONS(1963) sobre el predominio en los últimos tiempos de una orientación activa en relación con la muerte, en oposición a la negación de su realidad.

En este sentido, se está poniendo de relieve que la muerte es un proceso, no un momento, y que este proceso no es sólo biológico sino también psicológico y social (KALIS, 1976; KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972; KASREMBUM y COSTA, 1977; LESTER, 1967b).

Actualmente hay una serie de temas que, como SCHULZ (1978) ha señalado, constituyen el núcleo de las investigaciones más significativas que se están llevando a cabo. Estos temas son:

1º.- La preocupación por la muerte: en esta línea debemos destacar principalmente las investigaciones sobre el miedo y

la ansiedad ante la muerte. Esta es la perspectiva concreta que hemos adoptado en la realización de nuestra Tesis.

2º.- La demografía de la muerte: se investigan las causas de la muerte y las variables demográficas de mayor influencia.

3º.- La fase terminal de la vida: se investiga la trayectoria del enfermo moribundo y las actitudes del personal sanitario hacia él.

4º.- La longevidad: se pretenden investigar los factores biológicos y psicosociales de la longevidad.

5º.- Las actitudes después de la muerte: se estudian los procesos de aflicción y duelo de los familiares y parientes del difunto.

Como consecuencia del creciente interés por estas investigaciones y por los resultados derivados de ellas, se ha puesto de manifiesto la necesidad de una orientación activa hacia este fenómeno, mediante una "educación sobre la muerte" dirigida no sólo a los enfermos terminales y a los ancianos, sino a todas las edades de la vida y de forma muy especial, a todo el personal sanitario.

Por otra parte, hay que subrayar que si inicialmente los -

estudios de la Psicología de la muerte se fundamentaban sobre todo en posturas intuitivas y métodos descriptivos, en la actualidad se tiende a marginar la mera especulación y aspiran a basarse en datos empíricos. Con este fin se vienen utilizando metodologías cuyas características específicas nos dan pie para hablar de tres tipos de estudios: observacionales, correlacionales y experimentales. Una buena parte de las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora pertenecen a las dos primeras categorías; sin embargo, la perspectiva experimental, cuando es posible, tiende también a ser utilizada (BELL, 1975).

Todavía se está muy lejos de poder establecer conclusiones generales acerca de la mayor o menor eficacia de estos métodos, ya que la comparación de los hallazgos respectivos resulta problemática por la dificultad de las técnicas de medida y por la diversidad de las muestras utilizadas, factores ambos que acentúan las diferencias individuales, sociales, religiosas y culturales a las que un fenómeno como la muerte está sometido. Se puede afirmar, no obstante, que en la actualidad se está perfilando una línea de investigación cuyo interés y coherencia parecen posibilitar un conocimiento cada vez más científico del tema, no sólo en relación con el plano pu-

ramente biológico de la muerte, sino también respecto a sus implicaciones psicológicas y sociales.

CAPITULO SEGUNDO :

MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

## 2. MIEDO Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Se está de acuerdo en que es imprescindible investigar la significación que la muerte tiene para el individuo y para la sociedad, si queremos comprender su influencia en la conducta humana (FEIFEL, 1963; FULTON, 1965; KALIS, 1969; 1976; KASTEMBAUM, 1969; KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972; KASTEMBAUM y COSTA, 1977; WEISMAN y HACKET, 1961; WEISMAN, 1974).

Sin embargo, y aunque la muerte puede suscitar todo tipo de actitudes, una de las emociones referidas a ella con más frecuencia es el miedo (CHORON, 1964; FREUD, 1922; RHEIGOLD, 1967; THOMAS, 1976; WAHL, 1959; ZILBORG, 1943).

Otros investigadores sugieren también que la ansiedad ante la muerte puede manifestarse bajo formas diferentes del miedo a la muerte, tanto por la variedad de los síntomas psicósomáticos como por las perturbaciones psicológicas que origina (BECKER, 1973; FEIFEL, 1969; GILLESPIE, 1963; KLEIN, -- 1948; MEYER, 1975; SEARLES, 1961).

Miedo y ansiedad son, por tanto, los dos aspectos más estudiados en relación con la muerte. Ambos conceptos se han veni

do utilizando indistintamente, por lo menos en lo que se refiere a su medida, lo que ha dado origen a problemas conceptuales y metodológicos de no muy fácil solución (KASTEMBAUM y COSTA, 1977; LESTER, 1967; SCHULZ, 1978).

A estas dificultades hay que añadir las orientaciones --- particulares de los distintos autores a la hora de considerar estos conceptos, bien desde una perspectiva psicoanalítica, bien desde la psicología existencial o desde la psicología del aprendizaje.

### 2.1. EL MIEDO A LA MUERTE

KASTEMBAUM y AISEMBERG (1972) han estudiado el miedo a la muerte con un enfoque Estímulo-Respuesta debido a que muchas de las dificultades provienen de la "inhabilidad" para identificar tanto los estímulos como las respuestas. Reconocen los autores que este enfoque no resuelve todos los problemas pero supone un "campo de referencia" satisfactorio. Por otra parte, se aceptan también sus muchas limitaciones, argumentándose que pretende ser ante todo un enfoque metodológico -

en el que se trata de identificar las variables orgánicas y ambientales susceptibles de influenciar el miedo a la muerte (1).

El esquema general de este enfoque es:

E (muerte)----- R (miedo)

A continuación, vamos a resumir las posibilidades lógicas que se derivan de esta perspectiva y que son precisamente -- aquellas en las que más hincapié ha hecho la literatura dedicada al tema. Son las siguientes:

A) El miedo sería la Respuesta más típica e importante a la muerte.

B) La muerte sería un Estímulo aversivo o nocivo ("la muerte es lo que es temido"). En este sentido, sería neces-

---

(1) No se han utilizado aquí modelos de análisis conductual más complejos como el LINDSLEY (1964): Estímulo-Respuesta--Contingencia-Consecuencia (E-R-K-E), el de KANFER (KANFER y SALOW, 1969; KANFER y PHILLIPS, 1977): Estímulo-Organismo--Respuesta-Contingencia-Consecuencia (E-O-R-K-C), o el de GOLDFRIED (GOLDFRIED y D'ZURILLA, 1969; GOLDFRIED y KENT, -- 1972; GOLDFRIED y SPRAFKIN, 1974): Estímulo-Organismo-Respues-  
ta-Consecuencia (E-O-R-C), etc.

rio estudiar las condiciones del Estímulo y relacionarlo con otros tipos de miedo mediante técnicas experimentales. De esta forma, quizás se podría aclarar el papel de ciertas variables que hasta ahora no parecen estar asociadas a la muerte.

C) Todas las Respuestas de miedo derivarían de un origen común: la amenaza de la propia extinción. En unas circunstancias, esta amenaza es tan directa que puede ser reconocida fácilmente (guerra, enfermedad grave, etc.). En otras, es indirecta y depende de un proceso de aprendizaje social complejo en el que influye la idiosincrasia de cada persona y del grupo social.

D) Este miedo nos lleva a adoptar unas conductas entre las que podrían destacarse:

-Apartar los pensamientos relativos a la muerte -- propia (evitación).

-Apartar los pensamientos relativos a la muerte -- de otros (evitación).

-Convivir con el miedo a la muerte.

-Apartarse de las situaciones que nos ponen en contacto con la realidad de la muerte.

En ciertos enfoques, la muerte es concebida como "lo que es temido", y se acepta el miedo a la muerte como algo normal e incluso deseable. Sin embargo, se puede argüir que -- ciertos grupos (los ancianos maduros, por ej.) confiesan no tener miedo a la muerte. Esto pone de relieve que la muerte puede ser "lo temido", pero también "lo no temido". Ambas - suposiciones no se excluyen sino que, por el contrario, se " complementan. La muerte, en este sentido, puede ser acepta-- da o rechazada.

KASTEMBAUM y AISEMBERG (1972) consideran que el miedo a - la muerte es algo real que afecta a todos los individuos, lo contrario sería más bien especular en la línea de "el miedo al miedo a la muerte". Por otra parte, el miedo a la muerte puede variar en intensidad de tal manera que un cierto miedo puede ser normal e incluso necesario, y un miedo excesivo - cae ya en lo patológico.

En definitiva, parece que todo hombre tiene miedo a la -- muerte, poco o mucho, pero o lo acepta o lo niega y lo repri me. Lo que caracterizaría al miedo patológico sería su acui- dad y permanencia (Thanatofobia).

Hay, además de todo esto, un aspecto que se ha discutido

en algunas ocasiones, pero la mayor parte de las veces se --  
 ha descuidado bastante: la investigación de la unidimension  
 lidad o multidimensionalidad del miedo a la muerte (FEIFEL y  
 BRANSCOMB, 1973; KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1977; KASTEMBAUM y  
 COSTA, 1977; SCHULZ, 1978). Parece de sentido común que el -  
 miedo a la propia muerte sea distinto del miedo a la muerte  
 de otro, y también que el miedo al propio proceso de morir -  
 (dying) sea distinto al del otro (COLLETT y LESTER, 1969; --  
 CHORON, 1964).

KASTEMBAUM y AISEMBERG (1972), por una parte, y SCHULZ --  
 (1978), por otra, han esquematizado los distintos procesos -  
 del miedo asociado a "la muerte (ver Cuadros 3 y 4 )

Todos los tipos de miedo definidos por SCHULZ pueden ser  
 experimentados vicariamente en relación con la muerte de ---  
 otras personas, animales, etc. El miedo al abandono puede ser  
 experimentado directamente. El autor considera que los dife-  
 rentes miedos específicos a la muerte pueden ser investigados  
 a tres niveles diferentes: público, privado e inconsciente.

En el cuadro referido a SCHULZ se muestran los tres nive-  
 les cruzados con los posibles subcomponentes. Sin embargo, -  
 resultaría muy difícil diferenciar operativamente c <sup>M A D R</sup> una "   
 de las cincuenta y siete celdas posibles.

CUADRO 3:

MIEDO                      PROPIA MUERTE                      MUERTE DE OTRO

A morir	Sufrimiento personal Indignidad personal	Sufrimiento vicario Desintegración vicaria
A la otra vida	Castigo Rechazo	Represalias (besquite). Pérdida de relaciones
A la extinción	Miedo básico a la muerte Miedos asociados	Abandono Vulnerabilidad

CUADRO DE MIEDOS ASOCIADOS A LA MUERTE  
(KASTENBAUM y AISENBERG, 1972)

CUADRO 4:  
 MIEDOS ESPECIFICOS A LA MUERTE, SEGUN DIFERENTES  
 NIVELES DE VALORACION (SCHULZ, 1978).

	NIVEL DE VALORACION		
	PUBLICO	PRIVADO	INCONSCIENTE
Miedos referidos a la propia muerte: -Dolor -Disfunción corporal -Humillación -Rechazo -Castigo -Interrupción de metas -Impacto negativo en los vivos: a) Sufrimiento psicológico de los vivos b) Dificultades económicas.			

THOMAS (1976), por su parte, ha diferenciado también varios tipos de miedo, así como algunas de las creencias, situaciones y circunstancias que los acompañan (ver Cuadro 5 ). De los tres tipos de miedo a la muerte que analiza ("miedo a morir", "miedo a lo que acontece después de la muerte" y "miedo a los muertos"), el primero es el que juega un papel más importante y ha sido el más estudiado, tanto en las culturas occidentales como en las negro-africanas.

CHORON (1964) ha analizado el contexto situacional del miedo a la muerte, distinguiendo entre:

A) Situaciones en las que el sujeto se enfrenta directamente con la muerte: Cuando hay un peligro inminente de muerte por un evento externo (guerra, accidente, etc.); cuando hay un desorden interno en el organismo (enfermedad) que amenaza la vida del individuo; cuando uno se está muriendo.

B) Situaciones en las que se piensa acerca de la posibilidad e inevitabilidad de la muerte en general (miedo a la muerte como anticipación a la muerte).

Esta distinción parece implicar un contexto situacional de tres dimensiones: tiempo, espacio y probabilidad.

CUADRO 5:

<p>MIEDO A MORIR</p>	<p>-Interrupción de metas. -Miedo a una muerte dolorosa -Miedo a la soledad, a la desesperación, al vacío.</p>
<p>MIEDO A LO QUE ACONTECE DESPUES DE LA MUERTE</p>	<p>-Miedo a la podredumbre. -Miedo al más allá (castigo) -Miedo a ser olvidado por la familia. -Miedo a la "nada". -Inquietud en lo que concierne a los funerales y al entierro.</p>
<p>MIEDO A LOS MUERTOS</p>	<p>-Miedo de que vuelvan. -Miedo al contagio.</p>

CUADRO DE TIPOS DE MIEDO A LA MUERTE (THOMAS, 1976)



El tiempo hace referencia a las preguntas: "¿cuándo moriré, dentro de muchos o pocos años?".

El espacio hace referencia a las preguntas: "¿dónde está la muerte, dentro de mí, fuera de mí?".

La probabilidad hace referencia a que es demasiado obvio el que existen un 100% de probabilidades de morir.

Otros autores se han preguntado el porqué del miedo a la muerte. BECKER (1973) distingue dos posturas o alternativas:

1.- Significado saludable: las reacciones ante la muerte son aprendidas y por tanto el miedo a ella no es natural.

2.- Significado morboso: el miedo a la muerte es natural y nos afecta a todos. Es el miedo principal, el que influye a todos los demás y ante el que nadie es inmune. Autores como KUBLER-ROSS (1969,1974) consideran el miedo a la muerte como algo universal. Sin embargo, KASTEMBAUM y AISEMBERG (1972) y JEFFERS y VERWOERDT (1977) han criticado la exageración de tal afirmación. Este punto de vista no excluye el rol del aprendizaje temprano ni las experiencias personales que influyen el miedo, sino que consideran que el miedo a la muerte es parte esencial de la condición humana.

BECKER personalmente aboga por la segunda posición, debido a que el miedo a la muerte es tan poderoso que la gente ha desarrollado sistemas de creencias y rituales para afrontar este terror. Los contenidos de estos varían de unas sociedades a otras y también según los individuos.

Para KALIS (1976) la posición de BECKER no es sostenible y para demostrarlo cita un estudio de GEER (1965) en el que a las personas investigadas se les pedía que indicasen en un cuestionario los miedos más intensos que sufrían (o les preocupaban). El miedo a la propia muerte no aparecía necesariamente en primer lugar; incluso, muchos sujetos indicaban el miedo a la muerte de otros como preocupación primordial.

Por su parte MOODY (1977), en su conocido libro "Life after Life", subraya que las personas que han tenido alguna experiencia "próxima a la muerte" (1) afirman que ya no sienten miedo de ella. A conclusiones similares llegaron OSIS y HARALDSON (1979)(2).

---

(1) MOODY estudió tres tipos de experiencias: personas que habían "resucitado" después de que sus médicos les considerasen clínicamente muertos; personas que estuvieron muy cerca de la muerte física; y personas que al morir hablaban con otras personas que se encontraban presentes, siendo estas últimas las que después informaban del contenido de la experiencia de la muerte. Hay que recalcar que el propio MOODY considera que su estudio no es científico.

(2) El libro de OSIS y HARALDSON, "A la hora de la muerte" constituye un intento más serio de abordar el tema desde una perspectiva científica.

## 2.2. LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

La ansiedad ante la muerte, considerada como constructo teórico y como dimensión operativa, presenta numerosos problemas. A pesar de las investigaciones realizadas no se ha conseguido definir con exactitud su naturaleza, aduciéndose que es un área relativamente reciente y por tanto poco explorada.

Para ordenar mi exposición voy a agrupar estos problemas en los siguientes apartados:

-Diferencias conceptuales entre miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte.

-Ansiedad y ansiedad ante la muerte.

-Ansiedad normal y patológica ante la muerte.

La finalidad de estos apartados es la de intentar clarificar en lo posible algunos de los aspectos teóricos de la ansiedad ante la muerte, antes de abordar el problema de su medida y exponer las investigaciones realizadas sobre el tema.

### 2.2.1. Diferencias conceptuales entre miedo a la muerte y ansiedad ante la muerte

Una de las cuestiones problemáticas que todavía sigue vi-

gente es la distinción entre miedo y ansiedad ante la muerte. Esta distinción se deriva de un problema más general y ya bastante antiguo en Psicología y en Psicopatología: la definición conceptual e interpretación del miedo y de la ansiedad (1). Se ha puesto de relieve en este sentido que el miedo es "miedo a algo" en tanto que la ansiedad es "miedo sin saber a

---

(1) En la Psicología de la muerte se han venido utilizando indistintamente términos como ansiedad, angustia, miedo, temor, preocupación, inquietud..., sin que apenas se hayan hecho precisiones conceptuales ni operacionales. Sería interesante insistir en este punto dado el caos semántico que a veces se origina (ver Cuadro 6).

FREUD (1916) distinguió claramente entre miedo ("furcht") y ansiedad ("angst"). KLAGES (1926) considera el miedo como algo determinado que no tiene nada que ver con la angustia. La angustia indeterminada es un estado cuya esencia y sentido sólo pueden ser comprendidos como presentimiento del hecho vital que llamamos muerte. KAHN (1928) dice que el animal ante la existencia amenazada tiene miedo y se aparta del peligro por la huida. La angustia humana es angustia ante la -- muerte. W. STERN (1937) piensa que el miedo y la angustia son dos partes de la constitución emotiva; en el miedo se piensa más en el objeto, y en la angustia, en el sujeto. E. BLEULER (1949) y HOCHE (1927) no hacen tan neta distinción: para el primero, angustia es la reacción ante la representación de una amenaza frente a la cual el sujeto se siente impotente. HOCHE piensa que es lado subjetivo de la existencia amenazada. Existe una tendencia a mantener un estado de equilibrio entre el organismo y el medio; si aquél está amenazado, se produce una especie de viveza o excitabilidad general, que es la angustia. Estos puntos de vista coinciden con las tesis de GOLDSTEIN (1929) y LOPEZ IBOR (1950).

CUADRO 6:

ESPAÑOL	FRANCES	ALEMAN	INGLES
miedo	peur	Angst, évt, Furcht	fear
miedo intenso	peur intense	schreckliche Angst	frighth
ansiedad	anxiété	innere Unruhe; dauernde peinliche; frei flottierende Angst.	dread anxiety
angustia	angoisse	Herzenangst; Todesangst; beklem- mende, quälende angst.	anguish pang agony
temor	crainte	Furcht, évt. Angst. Befürchtung. Scheu.	fear apprehensive dread.

CUADRO DE EQUIVALENCIA DE LAS PALABRAS (LOOSLI-USTERI, 1946).

qué". En el miedo podemos fácilmente reconocer el objeto, - mientras que en la ansiedad no; por eso se caracteriza la -- ansiedad como un estado emocional negativo que carece de objeto específico (FREUD, 1916; GOLDSTEIN, 1929; KIERKEGAARD, - 1844) o como la experiencia de una amenaza carente de causa- definida (LAZARUS, 1966). El miedo, en cambio, tiene un obje- to específico y la conducta con respecto a él es direccional y está organizada.

Estos matices se han aplicado para tratar de diferenciar, desde un punto de vista conceptual, el miedo a la muerte de la ansiedad (KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972; KASTEMBAUM y COSTA, 1977; SCHULZ, 1978). Suele ponerse como ejemplo ilustrativo de esta diferencia el hecho de que hay circunstancias -- concretas en las que podemos tener un miedo específico a la muerte (miedo a una muerte dolorosa, p. ej.) pero a la vez - también podemos experimentar ansiedad frente a situaciones - desconocidas vagamente asociadas con ella (cómo y cuándo moriremos, qué hay después de la muerte, etc.). En definitiva, las dificultades metodológicas consisten principalmente en - identificar la naturaleza y condiciones del estímulo (la --- muerte) y el tipo de respuestas que elicit.

"

Por otra parte, hay que señalar que no todos los autores mantienen esta diferencia entre miedo y ansiedad. Para EYSENCK y RACHMAN (1965), por ejemplo, la ansiedad es una reacción condicionada de miedo, cuya fuerza depende de dos variables independientes: el grado de emocionalidad, que determina la fuerza del estímulo incondicionado, y la fuerza del condicionamiento, que determina el grado en el cual han sido asociados el estímulo condicionado y el incondicionado. En términos de teoría de la personalidad, la emocionalidad es medida con el neuroticismo y la susceptibilidad al condicionamiento está fuertemente asociada con la dimensión extraversión-introversión.

La posibilidad de que la ansiedad sea un síndrome afectivo (IZARD, 1972) en el que se funden emociones diversas (miedo, vergüenza, culpa) y contenidos significativos de origen cultural (SCHACHTER, 1966) complica todavía más la cuestión.

KASTEMBAUM y AISEMBERG (1972), al analizar fenomenológicamente el problema, han insistido particularmente en que miedo y ansiedad ante la muerte no deben ser confundidos, y que tampoco debe considerarse la ansiedad como una condición más intensa o amenazante que el miedo. En un trabajo posterior, KASTEMBAUM y COSTA (1977) proponen considerar el miedo y la ansie

dad ante la muerte como dos fenómenos independientes y básicamente distintos, tanto cualitativa como cuantitativamente.

Aunque desde una perspectiva teórica es posible mantener esta distinción, no ocurre lo mismo a nivel de medida, pues las escalas de miedo y ansiedad ante la muerte utilizan elementos - que, analizados fenomenológicamente, pueden referirse a ambos conceptos. Aparece aquí el mismo confusionismo detectado por MANDLER (1972) en las escalas de ansiedad general que, en su opinión, miden unos resultados globales en los que se mezclan o pueden mezclarse indiscriminadamente modalidades tan heterogéneas como éstas:

1. Ansiedad provocada por miedo o terror.
2. Ansiedad como proceso anticipatorio defensivo, ansiedad-señal.
3. Ansiedad como alto nivel de activación.
4. Ansiedad como respuesta condicionada a un vago no sé qué, que puede consistir en miedo o dolor.
5. Ansiedad como disposición innata.
6. Ansiedad como impulso ("drive").

En consecuencia, pese a los esfuerzos realizados por KASTEMBAUM y Cbres., el problema de la distinción entre miedo y ansiedad ante la muerte no está aclarado, al menos en lo que

se refiere a su medida. De hecho, la mayoría de los autores siguen utilizando indistintamente ambos términos.

Enfoques más recientes, como el de SCHULZ (1978), cuestionan la utilidad de estos constructos teóricos, pretendidamente unitarios, y abogan por una definición operativa de sus componentes. Sin embargo, todo hace suponer que tales conceptos no van a ser abandonados, sino sometidos a un análisis crítico, a fin de dotarlos de un sentido conceptual y operacional más preciso.

#### 2.2.2. ANSIEDAD Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

El tema de la ansiedad, según ha puesto de relieve el profesor PINILLOS (1975), es una especie de encrucijada en la que confluyen los aspectos más diversos de la motivación y de la vida afectiva, tal cual se integran en la personalidad humana.

El intento de definir la ansiedad continúa ocasionando serias dificultades metodológicas, ya que no se trata de un fenómeno particular y aislable, sino de un amplio conjunto de fenómenos que plantea numerosos problemas teóricos y experimentales.

Se ha considerado la ansiedad como:

-Una noción puramente teórica que cabría aplicar a la conducta defensiva, a la evitación de estímulos aversivos y a determinados síntomas neuróticos.

-Un rasgo de personalidad.

-Un estado o condición transitoria y sectorial que puede enriquecer la personalidad normal.

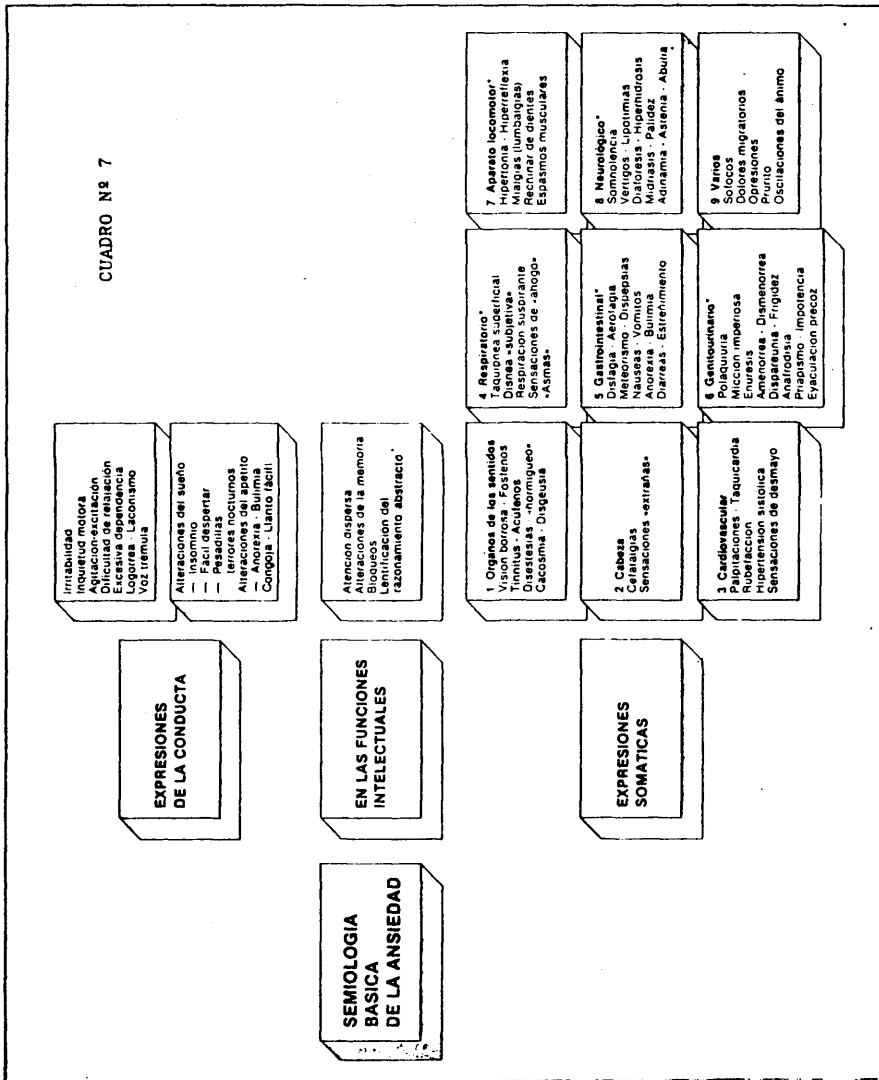
-Un impulso ("drive").

-Un proceso psicofisiológico complejo que acontece como reacción al stress. (Ver Cuadro 7).

La ansiedad aparece pues como un concepto multidimensional que puede ser considerado desde diversos puntos de vista. Por tratarse de un tema central de la Psicología y de la Psicopatología ha atraído la atención de muchos autores, que han tratado de interpretarlo dentro del contexto teórico en que cada uno de ellos se mueve. EPSTEIN (1972) ha clasificado estas interpretaciones en tres grupos, definidos respectivamente por su insistencia en considerar la naturaleza de la ansiedad como algo debido a la:

- sobrestimulación primaria,
- incongruencia cognoscitiva,
- carencia de respuestas apropiadas.

CUADRO Nº 7



Sin embargo, como ha apuntado MANDLER (1966), entre las distintas teorías relativas a la ansiedad cabe descubrir --- ciertos puntos comunes, que suelen verse corroborados por el análisis instrospectivo y experimental de este fenómeno. Así p. ej., se reconoce unánimemente que la vivencia o sensación de ansiedad radica en la toma de conciencia de una amenaza - inminente, de una estimulación excesiva o de ciertas presiones a las que no se puede hacer frente, y que va unida a una descarga del sistema nervioso simpático. Diversos autores reconocen asimismo que las reacciones motivadas por la ansiedad suscitan una motivación en el individuo, puesto que le impulsan, ante una situación desagradable, a sustraerse a la amenaza o al peligro con mayor prontitud y eficacia. Es curioso observar que tanto la teoría del aprendizaje como la existencialista subrayan la función adaptadora de la ansiedad en las situaciones que suponen un riesgo, aun cuando ambos puntos de vista divergen acerca de la naturaleza de dicho riesgo. Parece existir también un acuerdo general acerca del papel inhibitor de la ansiedad en las actividades complejas, particularmente las de índole cognitiva. La discrepancia es mayor en lo que atañe al origen de la reacción ansiosa.

El psicoanálisis y el conductismo hacen hincapié sobre la influencia de experiencias traumáticas, mientras que el existencialismo considera la ansiedad como una característica innata del organismo humano. Hay que señalar que ciertos psicoanalistas coinciden en este punto con la teoría existencialista.

En la actualidad, la distinción entre ansiedad como Estado y ansiedad como Rasgo (CATELL, 1958; CATELL y SCHEIER, -- 1961; SPIELBERGER, 1966; SPIELBERGER y Cbres., 1970) (1) sigue atrayendo el interés de los psicólogos, y si bien los estudios de SCHACHTER (1966) confirman operacionalmente la existencia de la ansiedad como Estado, no sucede lo mismo con la ansiedad como Rasgo. De este problema hablaremos más adelante, al comentar el cuestionario Rasgo-Estado de Ansiedad --- (SPIELBERGER y Cbres., 1969).

---

(1) Es ya clásico citar la distinción de Cicerón entre "angor" y "anxietas" como precedente de la diferenciación entre ansiedad como Estado y ansiedad como Rasgo. Actualmente, el Estado se define como una condición transitoria que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo como reacción a circunstancias que son percibidas como amenazadoras. El rasgo se define como una disposición relativamente permanente de la personalidad que -- tiende a permanecer estable (SPIELBERGER y Cbres., 1970).

Además de los constructos de Estado-A y Rasgo-A, las variables que se consideran más significativas en la investigación de la ansiedad son:

1º.- El estímulo externo e interno que provoca estados de ansiedad.

2º.- Los procesos cognitivos que están asociados con los estímulos calificados como amenazantes.

3º.- Los mecanismos de defensa que se emplean para anular estados de ansiedad o reducir su intensidad una vez que han sido experimentados.

Aparte de las divergencias teóricas y conceptuales, uno de los problemas fundamentales de la ansiedad ha sido el de su medida. El intento de resolver este problema ha dado lugar a la proliferación de escalas, hecho sobre el que MANDLER llamó irónicamente la atención, calificándolo como "la enfermedad de las escalas de ansiedad". Estas escalas miden modalidades muy heterogéneas. Nos interesa destacar ahora que algunas de ellas han sido utilizadas en estudios sobre miedo y ansiedad ante la muerte. Así, TEMPLER (1970) utilizando su "Escala de Ansiedad ante la Muerte" (DAS) y la "Escala de Miedo a la Muerte (FODS) de BOYAR (1964), obtuvo una tabla de correlacio

nes con tres escalas de ansiedad (Ver Tabla 1). La alta correlación entre la Escala de miedo ante la muerte (FODS) y la DAS (0,74), así como las correlaciones moderadas de estas escalas con las otras escalas de ansiedad, muy por debajo de las que ellas tienen entre sí, dio pie a TEMPLER para concluir que tanto la DAS como la FODS miden el miedo y la ansiedad ante la muerte con relativa independencia de las escalas de ansiedad general, por lo que se puede considerar la primera como una ansiedad específica ligeramente relacionada, a nivel de medida con la segunda. Sin embargo, según TEMPLER (1971)(1975), la ansiedad ante la muerte no es tanto un entidad fija como un estado sensible a los acontecimientos del medio ambiente y muy en particular al impacto de las relaciones personales.

Un estudio posterior de DICKSTEIN (1972) muestra cómo las puntuaciones de su escala de "Preocupación por la Muerte" -- (Death Concern Scale) están también positiva y moderadamente relacionadas con diversas medidas de ansiedad (MAS, STAI, Escala de Represión-Sensibilización de BYRNE). Según DICKSTEIN, la persona que está preocupada por la muerte generalmente suele -

TABLA 1: CORRELACIONES ENTRE MEDIDAS DE MIEDO/ANSIEDAD ANTE LA

MUERTE Y ANSIEDAD (n= 76).

	DAS	FODS	MAS	WAS	WAI
DAS	1.00				
FODS	0.74...	1.00			
MAS	0.36..	0.41..	1.00		
Welsh Anxiety Scale	0.39..	0.36.	0.78...	1.00	
Welsh Anxiety Index	0.18	0.25.	0.60...	0.69...	1.00

(Templer, 1970)

. p < 0.05  
 .. p < 0.01  
 ... p < 0.001

ser más ansiosa y sensible que la que no lo está. El sexo, sin embargo, matiza algunas diferencias. En las mujeres, la preocupación por la muerte está asociada con ansiedad manifiesta, rasgo de ansiedad, estado de ansiedad y sensibilidad. En los hombres, esta relación sólo es positiva con la ansiedad manifiesta. Pese a estos resultados, la interpretación de DICKSTEIN es que las relaciones entre "preocupación por la muerte" y medidas de ansiedad sugieren que la primera es una simple manifestación de una tendencia a ser ansioso, aunque ello no quiere decir que "preocupación por la muerte" y "ansiedad" sean constructos sinónimos. En consecuencia, la preocupación por la muerte debe considerarse como una variable de personalidad que interactúa de forma compleja con otras variables

Interpretaciones similares a la de DICKSTEIN (1972) habían sido hechas por TOLOR y REZNIKOFF (1967), HANDAL (1969) y -- HANDAL y RYCHLAK (1971), poniendo de manifiesto que si bien la ansiedad general influye sobre la ansiedad ante la muerte, ésta debe ser considerada como un constructo diferente del primero.

Todavía no se ha investigado lo suficiente para saber hasta qué punto podemos aplicar la distinción entre Rasgo y Esta

do de ansiedad ante la muerte. En lo que respecta a la medida, el problema no ha sido abordado hasta ahora.

### 2.2.3. ANSIEDAD NORMAL Y PATOLOGICA ANTE LA MUERTE

Al igual que en el miedo, también se ha considerado que existe una ansiedad normal ante la muerte y una ansiedad patológica. La primera se deriva de los intensos sentimientos y emociones que la inevitabilidad de la muerte provoca en el hombre, si bien la acción de los mecanismos de defensa tiende a evitar o controlar estos estímulos aversivos, facilitando la adaptación del individuo. Pero cuando la acción de los mecanismos de defensa fracasa sobreviene la ansiedad patológica ante la muerte. Autores como BECKER (1973) han estudiado el papel de la ansiedad ante la muerte en la génesis de las psicosis, mientras que MEYER (1975) lo ha hecho en las neurosis. TEMPLER, por su parte, y otros autores (BROADMAN y Cbres., 1954; TEMPLER y Cbres., 1974; WOLFF, 1966) han -- puesto de manifiesto que la ansiedad ante la muerte está asociada a ciertos estados de ansiedad, a ciertos tipos de neurosis y depresiones. Todas estas cuestiones se abordan más adelante (ver apartados 3.1.5; 3.2.1 y 3.2.3).

Recientemente desde una perspectiva endocrinopsicológica se ha destacado el papel que ejercen las endorfinas - (GUILLEMIN, 1975, 1977, 1978) (1) en la homeostasis cerebral, y por ende, en los procesos fisiológicos que regulan el comportamiento. La acción de las endorfinas es de tipo analgésico, muy similar a la morfina. A nivel biocomportamental la mayor o menor carencia de endorfinas, puede incidir sobre la sensibilidad del sujeto, adquiriendo especial relevancia en los procesos psicopatológicos.

(1) Las endorfinas son neuropeptidos segregados por las neuronas a nivel del sistema diencefálico-hipofisario y en todo el tejido hemisférico cerebral. Más información sobre el tema puede verse en PEREZ Y PEREZ, D. (1980).: Iniciación a la Endocrinopsicología. Facultad de F<sup>a</sup> y Ciencias Ed. Universidad de Salamanca.

### 2.3. LA MEDIDA DEL MIEDO Y LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Para la valoración y la medida del miedo y/o la ansiedad ante la muerte se han venido utilizando técnicas directas y técnicas indirectas. Las primeras incluyen sobre todo entrevistas, cuestionarios y escalas. Las técnicas indirectas utilizan principalmente tests proyectivos o bien la respuesta - psicogalvánica (R.P.G.) y el tiempo de reacción (T.R.), asociados casi siempre a una tarea (reconocer palabras-estímulo, completar frases que hacen referencia a la muerte, etc.).

Hasta ahora, las técnicas directas han sido las más utilizadas; buena prueba de ello es la existencia en la literatura angloamericana de una serie de cuestionarios o escalas(1) que pretenden medir el miedo y/o la ansiedad ante la muerte: BOYAR, 1964; COLLETT y LESTER, 1969; LESTER, 1967 b; SARNOFF y CORWIN, 1959; TEMPLER, 1970; TOLOR, 1967. De estas escalas solamente la "Fear of Death Scale" (FODS) de BOYAR (1964) y

---

(1) Hay que precisar que las escalas de medida directa son - Escalas de Evaluación Conductual, y que como tales constituyen más un instrumento de medida que una definición operativa o fenomenológica de una realidad clínica. Su utilización plantea problemas de interpretación clínica y dificultades metodológicas por la falta de adecuación a los constructos teóricos que pretenden medir (CONDE y CHAMORRO, 1976). Pero como "constructos empíricos" estas Escalas de Evaluación Conductual son hoy por hoy imprescindibles.

y la "Death Anxiety Scale" (DAS) de TEMPLER (1970) están validadas. El resto no han sido validadas independientemente, aunque las intercorrelaciones con otras escalas (ver Tabla 2) dan un alto grado de validez concurrente (DURLAK, 1972a).

La escala de COLLETT y LESTER (1969) diferencia cuatro tipos de miedo a la muerte: miedo a la propia muerte (Dth-Self), miedo al propio proceso de morir (Dy-Self), miedo a la muerte de otros (Dth-Other) y miedo al proceso de morir de otros (Dy-Other). Las intercorrelaciones entre estas cuatro subescalas son bajas lo que, según los autores, sugiere que es mejor diferenciar estos tipos de miedo que agruparlos indiscriminadamente en la misma escala. En la Tabla 2.1. aparecen las correlaciones de las tres escalas referidas anteriormente -- con las subescalas de COLLET y LESTER (1969). Aceptando esta última como base de validez, los datos parecen indicar que dichas escalas miden específicamente el miedo/ansiedad ante la propia muerte y el propio proceso de morir, y de un modo más general el miedo/ansiedad ante la muerte de los otros.

TEMPLER (1970), por su parte, encontró una correlación -- positiva de 0.74 entre la DAS y la FODS de BOYAR, lo que indica la escasa discriminabilidad de ambas escalas para ais--

	LE	BO	S-C	TO	SDS
BO	0.56..				
S-C	0.41..	0.65..			
TO	0.40..	0.61..	0.47..		
SDS	- 0.10	-0.21	-0.13	-0.14	

..  $p < 0.01$

BO(BOYAR), S-C (SARNOFF y CORVIN)  
 TO(TOLOR), SDS (Escala de Deseabi-  
 lidad Social de CROWNE y MARLOWE  
 1960) LE (LESTER).

TABLA 2: INTERCORRELACIONES ENTRE VARIAS ESCALAS DE MIEDO/ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y LA ESCALA DE DESEABILIDAD SOCIAL (DURLAK, 1972 a).

C-L Subescalas	LE	BO	S-C	TO
Dth-Self	0.78	0.69	0.55	0.47
Dy-Self	0.47	0.58	0.52	0.46
Dth-Other	0.31	0.46	0.37	0.39
Dy-Other	0.36	0.40	0.41	0.40

(Todas significativas  $p < 0.01$ )

TABLA 2.1. CORRELACIONES ENTRE VARIAS ESCALAS DE MIEDO  
A LA MUERTE Y LAS CUATRO SUBESCALAS DE CO-  
LLET Y LESTER (DURLAK, 1972a).

lar operativamente los conceptos de miedo y ansiedad ante la muerte, al tiempo que confirma que, al menos por lo que se refiere a la medida, esta distinción no se mantiene.

Otros dos escalas han aparecido posteriormente. Se trata de la "Death Concern Scale" de DICKSTEIN (1972 y 1975) y el "Threat Index" de KREIGER, EPSTING y LEITNER (1974).

La escala original de DICKSTEIN (1972) consta de 30 elementos, sin embargo, un estudio factorial de la escala llevado a cabo por KLUG y BOSS (1976) ha puesto de relieve que es posible distinguir dos sub-escalas diferentes: Una denominada "contemplación consciente de la muerte" (estaría compuesta por nueve elementos) y otra denominada "evaluación negativa de la muerte" (estaría compuesta por cinco elementos). KLUG y BOSS (1976) subrayan que la utilización de estas sub-escalas, por separado ofrece mayores ventajas (en términos de validez y fiabilidad) que la escala total.

La forma original del "Threat Index" (KREIGER et al. 1974) consta de 200 elementos. Recientemente NAIMAYER y DJNGEMANS (1980 en prensa) han realizado una forma abreviada que contiene solamente 90 elementos. La correlación entre ambas formas (original y abreviada) es de 0,84.

### 2.3.1. PROBLEMAS METODOLOGICOS DE MEDIDA

A nivel de medida la clarificación del concepto miedo/ansiedad ante la muerte ha planteado numerosos problemas. Esto ha originado una serie de críticas que podemos resumir en dos puntos principales:

•

A-El miedo/ansiedad ante la muerte no es un concepto unitario sino multidimensional ( COLLETT y LESTER , 1969 ; KASTEMBAUM y AJSEMBERG, 1972 ; KASTEMBAUM y COSTA , 1977; LESTER , 1967 a ; NELSON y NELSON , 1975 ; RAY y NAJMAN , 1974 ; SCHULZ , 1978 ; SPILKA et al, 1977 ).

La investigación de la multidimensionalidad del miedo/ansiedad ante la muerte se ha llevado a cabo mediante el análisis factorial de algunas de las escalas anteriormente citadas:

- D.A.S. de TEMPLER
- Death Concern de DICKSTEIN

o la construcción expresa de escalas factoriales ( NELSON y NELSON, 1975 ).

B) Autores de orientación psicoanalítica (FULTON, 1961; RHEINGOLD, 1967) han apuntado que si bien las técnicas directas pueden medir el miedo, no son útiles para medir la ansiedad ante la muerte, ya que ésta es en la mayoría de los casos inconsciente. En este mismo sentido, KASTEMBAUM y COSTA (1977) han sugerido que miedo y ansiedad ante la muerte son dos fenómenos diferentes e independientes, tanto cualitativa como cuantitativamente.

- El primer punto deriva del problema que hemos apuntado anteriormente sobre el "constructo teórico" y la medida operativa de ese constructo, ya que en principio toda escala constituye más un instrumento de medida que una definición fenomenológica de una realidad clínica. En este sentido, el problema de la unidimensionalidad/multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte, aunque ha sido abordado conceptualmente, apenas sí lo ha sido en términos de medida. SWENSON (1965) había distinguido entre actitud positiva, actitud negativa y actitud de miedo hacia la muerte. Asimismo, FAUNCE y FULTON (1958) clasificaron las actitudes hacia la muerte de acuerdo con sistemas de referencia temporales y espirituales. KALIS (1963), utilizando 75 ítems sobre actitudes hacia la muerte, extrajo 20 factores. El trabajo de DURLAK (1972a) po

ne de relieve que las escalas utilizadas (a excepción de la de COLLET y LESTER, 1969) asumen preferentemente el concepto de miedo/ansiedad ante la muerte en una o dos dimensiones -- discretas (la propia muerte y el propio proceso de morir). La propia escala de COLLET y LESTER está construida siguiendo un método tipológico, y aunque dicho método provee una -- clarificación sobre diversos conceptos que se venían utili-- zando en el contexto teórico por los investigadores, los í-- tems de la escala fueron ajustados a categorías diferencia-- das de antemano. La debilidad fundamental de este método en cuanto a la explicación teórica es que ignora el descubri-- miento de dimensiones conceptuales que ponen en entredicho -- los esquemas tipológicos (HAGE, 1972).

El método del análisis factorial para la elaboración de -- conceptos es diferente del método tipológico, ya que promue-- ve el descubrimiento de dimensiones conceptuales no investi-- gadas. En él, la variedad potencial de las dimensiones descu-- biertas está limitada solamente por la naturaleza de las --- cuestiones estudiadas o por las explicaciones utilizadas pa-- ra definir el concepto. El análisis factorial tiene también su debilidad: las dimensiones aisladas pueden ser tan numero-- sas y diversas que la definición conceptual de los factores

se hace extremadamente difícil.

Ilustrativo, hasta cierto punto al menos, de este último aspecto es el estudio realizado por KALIS (1963), que exploró las siguientes actitudes hacia "la destrucción de la vida: control de natalidad, aborto, eutanasia, matar en tiempo de guerra, pena capital, miedo a la muerte, creencia en Dios y creencia en la vida después de la muerte. Las variables independientes fueron: edad, sexo, identificación religiosa y raza. Se extrajeron tres factores:

-"Liberalismo social": definido por las variables control de la natalidad, eutanasia y aborto.

-"Justicia religiosa": definido por las variables creencia en Dios, creencia en la vida después de la muerte y aceptación de la pena capital.

-"Aceptación de la destrucción de la vida": definido por las variables matar en tiempo de guerra y pena capital.

El miedo a la muerte no apareció como significativo en ningún factor.

Los católicos se mostraban más favorables a las variables incluidas en el segundo factor ("Justicia religiosa") y a la variable matar en tiempo de guerra. Los judíos y ateos

eran más favorables a las variables del primer factor ("Liberalismo social"). Las diferencias según la edad y el sexo no fueron significativas para ninguna de las variables.

Como puede observarse, las interpretaciones de estos factores puede dar lugar a discusiones de todo tipo, incluso en relación con la metodología y el diseño utilizados. Por otra parte, el miedo a la muerte (una de las actitudes investigadas) no alcanzaba relaciones significativas con las otras variables, excepto con la aprobación del aborto ( $r = -0.19$  --  $p < 0.05$ ). KALIS no sabía que explicación dar a esta relación.

Sin embargo, NELSON y NELSON (1975) han abordado precisamente la clarificación de la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte con el análisis factorial. Para ello aplicaron a 135 estudiantes un cuestionario de 55 ítems (escala tipo LIKERT) que hacían referencia a la muerte. Por medio del análisis factorial eliminaron aquellos ítems que no obtenían pesos por encima de .25, dejando reducido el cuestionario a 24 ítems. Este nuevo cuestionario fue aplicado a una muestra de 1279 personas (todos varones). El análisis de los resultados eliminó cuatro ítems más. De los 20 ítems restantes y utilizando rotación oblicua, NELSON y NELSON extrajeron los cuatro factores siguientes:

Factor I: "Evitación de la muerte": definido por el disgusto o malestar a "estar cerca de" o "tocar al muerto" y por la aversión a experiencias situacionales relacionadas con la muerte.

Factor II: "Miedo a la muerte": definido por afirmaciones como "tengo mucho miedo de morir", "cada uno en su mente tiene miedo de morir".

Factor III: "Negación de la muerte": Este factor refleja la aversión a enfrentarse con la realidad social de la muerte y las consecuencias que la muerte lleva consigo. Aparece representado por afirmaciones como "desearía el mejor ataúd para que mi cuerpo estuviera bien protegido" o "creo que las personas moribundas deberían estar en un hospital, aún cuando no tuvieran que ser tratadas".

Factor IV: "Aversión a interactuar con el moribundo": ítems típicos de este factor son "no quiero pensar que trabajo con personas moribundas", "no podría hablar tranquilo con una persona moribunda", "odio visitar a un paciente moribundo".

NELSON y NELSON concluyen que la evidencia de la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte supone un gran paso para llegar a una clarificación operativa de este constructo. Otros autores se han manifestado también en este sen

tido (SCHULZ, 1978); sin embargo, hay que reconocer que las escasas investigaciones realizadas no son aún concluyentes. Este estado de la cuestión supone no sólo un refinamiento de las técnicas, sino el empleo de muestras más amplias que las hasta ahora utilizadas.

En un contexto más extenso, PANDEY (1975) realizó un estudio para comprobar la estructura factorial de los componentes cognitivos y afectivos de las actitudes hacia la muerte según la raza y el sexo. Para ello seleccionó 40 ítems (escala tipo LIKERT), y tras realizar un estudio pilotó, confeccionó un cuestionario y se lo aplicó a una muestra de 233 estudiantes universitarios, extrayendo cuatro factores:

Factor I: Curiosidad-Evitación

Factor II: Depresión-Miedo

Factor III: Mortalidad

Factor IV: Sarcasmo-Fascinación.

Aunque estos factores no se corresponden exactamente, son muy similares tanto según la raza como según el sexo. En ambos grupos (blancos y negros) los factores I y II son idénticos. Los blancos tienen "Mortalidad" y "Sarcasmo", mientras que los negros obtienen "Sarcasmo" y "Mortalidad". El sexo -

produce también pequeñas diferencias. Hombres y mujeres tienen como factores comunes "Curiosidad-Evitación", "Depresión-Miedo" y "Mortalidad". Los hombres tienen como factor III, "Sarcástico-Optimista", mientras que las mujeres tienen "Sarcasmo" en el factor IV.

El examen conjunto de estos factores, pone de relieve, según PANDEY, que son comunes para los cuatro grupos analizados. Para el autor, la razón de similitud en la estructura factorial de las actitudes hacia la muerte puede ser entendida en función de la interrelación de factores; él mismo apunta, sin embargo, que dichos factores son susceptibles de verse influenciados por características biológicas, psicológicas y sociales.

Rencientemente DURLAK y KASS ( 1980, en prensa ) han realizado una investigación exploratoria con la finalidad de revisar y clarificar el problema de la medida de las actitudes hacia la muerte. Para ello aplicaron a 350 universitarios una serie de instrumentos que se han venido utilizando en la investigación de tales actitudes. La batería utilizada comprendía: La Escala de Miedo ante la Muerte de LESTER (1967 b), la DAS de TEMPLER (1970), las cuatro sub-escalas de COLLETT y LESTER (1969), la Death Concern Scale de DICKSTEIN ( 1972 ), el Threat Index de KRIEGER et al. ( 1974 ), la escala Acep-

tación de la Muerte de RAY y NAJMAN (1974), la Escala multidimensional de Ansiedad ante la Muerte de NELSON y NELSON (1975) y dos escalas de diferencial semántico ( E.D.S. ), para la valoración de los conceptos "Mi muerte" y "Sufrir en la Muerte" (E.D.S.M.M.) y (E.D.S.S.M.).

Las correlaciones entre estos instrumentos, así como entre las subescalas que las componen pueden verse en la tabla 3, las correlaciones oscilan entre 0.00 y 0.63. La correlación media es de 0.33. Entre parentesis figuran los coeficientes de consistencia interna ( coeficiente alfa ), a excepción del "Threat Index" que por sus características no pudo ser calculado.(1)

Solamente la "escala de Miedo a la Muerte" de LESTER (1967 b) obtiene una consistencia interna baja ( 0.34 ), lo que indica que es una escala bastante heterogenea.

A la vez se realizó un análisis factorial por el método de los componentes principales. Se utilizó la Rotación Varimax. Se extrajeron cinco factores que explican alrededor del 70% de la varianza total. Estos factores fueron denominados "Evaluación negativa de la muerte personal" (Factor I), "Aversión a actuar con el moribundo" (Factor II), "Reacción negativa a sufrir en la muerte" (Factor III), "Reacción a todo lo que recuerda a la muerte" (Factor IV), "Pensamientos preocupantes re-

---

(1) En la Tabla 3 podemos apreciar como la DAS correlaciona de forma significativa, aunque en diverso grado, con todas las escalas analizadas.

TABLA 3. CORRELACIONES ENTRE DIVERSAS ESCALAS DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE ( N= 350, DUPLAK y KASS, 1980)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1- E.D.S.M.M.	(.90)														
2- E.D.S.S.M.	.43	(.89)													
COLLETT y LESTER (1969):															
3- Death-Self	.61	.35	(.76)												
4- Death-Others	.30	.20	.42	(.70)*											
5- Dying-Self	.47	.38	.54	.43	(.59)										
6- Dying-Others	.24	.15	.30	.31	.35	(.62)									
DICKSTEIN (1972):															
7- Cortemplación de la muerte	-.09	.03	.05	.11	.07	-.03	(.82)								
8- Evaluación negativa de la muerte	.54	.21	.57	.30	.47	.24	.13	(.81)							
9-DAS ( TEMPLER,1970 )	.35	.23	.56	.46	.51	.29	.30	.54	(.73)						
10-F.D.S. (LESTER,1967b)	.61	.30	.61	.31	.47	.27	-.06	.49	.36	(.34)					
NELSON y NELSON, 1975															
11-Evitación de la muerte	.25	.23	.33	.52	.40	.33	.05	.37	.51	.25	(.76)				
12-Miedo a la Muerte	.48	.24	.57	.34	.43	.22	.06	.57	.55	.54	.34	(.63)			
13-Aversión al moribundo	.19	.07	.16	.27	.24	.44	-.07	.32	.26	.29	.41	.33	(.63)		
KRIEGER y Colab. 1974:															
14-Threat Index	.63	.33	.45	.16	.34	.19	-.10	.38	.23	.44	.18	.32	.12		
RAY y NAJMAN, 1974:															
15-Aceptación de la muerte	-.55	-.36	-.51	-.29	-.42	+.19	.00	-.39	-.33	-.55	-.31	-.36	-.13	-.39	(.70)

Nota : Por brevedad se han suprimido los ceros.

$r \geq .10$  ( $p < 0.05$ )

Las correlaciones que figuran entre paréntesis

$r \geq .13$  ( $p < 0.01$ )

son los coeficientes de consistencia interna.

$r \geq .17$  ( $p < 0.001$ )

lacionados con la muerte" (Factor V).

La tabla 3.1. muestra las saturaciones factoriales de cada factor, así como las escalas y subescalas por las que -- vienen definidos.

Para determinar las relaciones entre cada uno de los factores hallados y una serie de variables predictoras ( sexo , rasgo de ansiedad, etc) se calcularon los coeficientes factoriales Z para cada individuo y se realizó un análisis de regresión múltiple. Dado que no todos los sujetos tenían las mismas variables predictoras se distinguieron dos grupos. El grupo 1 que estaba compuesto por 143 universitarios y tenía como variables predictoras el sexo, la proximidad de la muerte, la muerte de un amigo íntimo, la frecuencia de conversaciones sobre la muerte, la valoración de la propia vida, el propósito de vivir ( "Purpose in Life Test" de CRUMBAUGH y MAHOLICK, 1964 ), la deseabilidad social ( Escala de MARLOWE y CROWNE, 1960) y una tarea de reconocer colores asociados a palabras que hacen referencia a la muerte ( Color Word Interference Test ). El grupo 2, compuesto por 168 universitarios, incluía los mismos predictores, excepto la deseabilidad social y el "Color Word Interference Test"; en su lugar se utilizó la variable rasgo de ansiedad (Escala de ----

TABLA 3.1.

ANÁLISIS FACTORIAL DE DIVERSAS ESCALAS DE ACTITUDES ANTE LA MUERTE POR EL METODO DE LOS COMPONENTES PRINCIPALES (Rotación Varimax n= 350; DURLAK y KASS, 1980)

	FACTORES					h <sup>2</sup>
	I	II	III	IV	V	
1-E.D.S.M.M.	.72		.46			.76
2-E.D.S.S.M.			.83			.73
COILETT-LESTER, 1969:						
3-Death-Self	.73					.70
4-Death-Others				.81		.72
5-Dying-Self	.43			.43		.58
6-Dying-Others		.79				.73
DICKSTEIN, 1972:						
7-Contempl. muerte					.93	.87
8-Eva. neg. muerte	.76					.70
9-DAS (TEMPLER,1970)	.50			.51	.44	.73
10-FDS (LESTER,1967 b)	.75					.67
NELSON-NELSON,1975:						
11-Evitación muerte				.76		.71
12-Miedo a la muerte	.75					.67
13-Aversión al morib.		.80				.75
14-Threat Index	.56		.49			.61
15-Aceptación muerte	.53		-.42			.56
Eigen values	5.90	1.61	1.27	.96	.75	
Fiabilidad factorial	.95	.90	.81	.85	.74	

Nota : En esta tabla se ha suprimido por sencillez los ceros y las saturaciones inferiores a .40

SPIELBERGER y Cbres., 1970).

La tabla 3.2. presenta un resumen de los hallazgos más significativos de los análisis de regresión múltiple. Para DURIAK y KASS (1980), los resultados no son muy alentadores, porque aunque existe alguna variable predictora en cada uno de los factores, el porcentaje de varianza explicado es generalmente bajo. Sin embargo, estos resultados ponen de relieve algunos matices, que aunque con mucha cautela, vamos a exponer a continuación:

En el factor I ("Evaluación negativa de la muerte personal ") solamente el "Propósito de vivir" es una variable predictora significativa en el grupo 2. Se puede decir que existe, pues, una ligera evidencia de que los individuos con muchas ganas de vivir evalúan menos negativamente la muerte personal.

Del mismo modo, en el Factor II ("Aversión a actuar con el moribundo"), solamente el "Propósito de vivir" es la variable predictora significativa en el grupo 1. En cambio en el grupo 2 hay tres variables predictoras significativas: el sexo, hablar de la muerte y la proximidad de la muerte. La interpretación de los resultados sugiere que las mujeres, los que tienen grandes propósitos de vivir, los que hablan menos de la muerte y los que han estado próximos a la muerte, tienen, aunque ligeramente, menos aversión a actuar con los moribundos.

El rasgo de ansiedad es la única variable predictora signi-

TABLA 3.2.

RESUMEN DE LOS ANALISIS DE REGRESION MULTIPLE REALIZADOS  
(DURLAK y KASS, 1980)

VARIABLES PREDICTORAS		R <sup>2</sup>	r	Beta
Factor I : Evaluación negativa muerte				
Grupo 1	Ninguna			
Grupo 2	Propósito vivir	.05..	-.23	-.21
Factor II : Aversión a actuar con morib.				
Grupo 1	Propósito vivir	.06..	-.24	-.34
Grupo 2	Sexo	.04..	-.21	-.19
	Hablar de muerte	.08.	-.19	-.17
	Proximidad muerte	.10.	-.17	-.15
Factor III: Reacción Negativa Sufrir				
Grupo 1	Ninguna			
Grupo 2	Rasgo ansiedad	.04.	.20	.19
Factor IV : Reacción recuerdo muerte				
Grupo 1	Sexo	.10..	.32	.34
Grupo 2	Sexo	.11..	.34	.32
	Propósito vivir	.15..	-.20	-.19
Factor V. :Pensamientos preocupantes				
Grupo 1	Hablar muerte	.22..	.47	.44
	Propósito vivir	.28..	-.25	-.17
Grupo 2	Hablar muerte	.15..	.39	.40
	Rasgo ansiedad	.26	.28	.32

. p &lt; 0.05

.. p &lt; 0.01

ficativa del factor III ("Reacción negativa a sufrir en la muerte"), aunque solo en el grupo 2. Parece, pues, que las personas más ansiosas reaccionan más negativamente a todo lo que conlleva sufrimientos y dolor en la muerte.

En el Factor IV ("Reacción a todo lo que recuerda a la muerte") el sexo es una variable predictora, significativa común a los dos grupos. En este sentido los datos ponen de relieve que las mujeres reaccionan más negativamente a "todo lo que recuerda a la muerte" que los hombres. De igual modo "el propósito de vivir" es una variable predictora significativa en el grupo 2, reflejando que un alto propósito de vida está asociado con reaccionar menos negativamente " a todo lo que recuerda a la muerte".

En el Factor V ("Pensamientos preocupantes relacionados con la muerte") la frecuencia de conversaciones en torno a la muerte ha sido una variable predictora significativa de ambos grupos. Los resultados ponen de relieve que los universitarios que hablan más de la muerte tienen más "pensamientos preocupantes" acerca de ella.

"El propósito de vivir" fue también variable predictora, significativa para el grupo 1, mientras que el rasgo de ansiedad lo fue para el grupo 2. Los datos sugieren que las personas con alto "propósito de vivir" no piensan con excesiva preocupación en la muerte, mientras que sí lo hacen las personas muy ansiosas.

En resumen, el estudio de DURLAK y KASS (1980), pese a su carácter exploratorio, contribuye a poner de relieve:

-que las actitudes ante la muerte son multidimensionales, coexistiendo y covariando según los individuos. Se hace necesario construir instrumentos de medida adecuados que tengan en cuenta estas dimensiones por separado.

-que algunas escalas ( el Threat Index de KPIEGGER, la DAS de TEMPLER, la "Escala de adaptación de la muerte de RAY y NAJMAN ) o subescalas ("Miedo al propio proceso de morir de COLLETT y LESTER ) al alcanzar altas saturaciones en más de un factor están indicando su posible naturaleza multidimensional , lo que puede ocasionar problemas en la interpretación y comparación de los resultados, cuando estas escalas sean utilizadas tanto con sujetos de poblaciones diferentes como en situaciones experimentales diversas.

-que el nombre de algunas escalas es inapropiado. Así las escalas "miedo a la muerte" (LESTER, 1967 b) y las subescalas "miedo a la propia muerte" (COLLETT Y LESTER, 1969) "miedo a la muerte" (NELSON Y NELSON, 1975), y "evaluación negativa de la muerte" (DICKSTEIN, 1972) alcanzan altas saturaciones en el Factor I , pero solamente la última identifica adecuadamente el constructo que ha sido medido. Por otra parte, estas escalas no solamente valoran el miedo a

la muerte, sino también una variedad de reacciones como inquietud, ansiedad, temor, rechazo y depresión. El miedo es por tanto algo demasiado específico como para caracterizar de una forma general las reacciones negativas hacia la muerte, tales como son medidas por estas escalas. Lo mismo puede decirse de las escalas, presumiblemente multidimensionales, que alcanzan también saturaciones considerables en el factor J ( DAS de TEMPLER, -- Threat Index, de KREIGER et al, Escala de aceptación de la muerte de NAJMAN y RAY, "miedo al propio proceso de morir, de COLLETT y LESTER).

Estos instrumentos no solo miden dimensiones específicas como el miedo, la ansiedad y el rechazo, sino también actitudes más generales hacia la muerte y el "proceso de morir".

En relación con el segundo punto ( orientaciones psicoanalíticas ), se ha creído que una medida de la ansiedad ante la muerte inconsciente podrían ser las técnicas indirectas - (FEIFEL y BRANSCOMB, 1973; KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972 ) o - incluso el análisis del contenido de los sueños ( HANDAL y -- RYCHLAK, 1971 ). Otros autores ( KASTEMBAUM y COSTA, 1977 ;-- SCHULZ, 1978 ) aconsejan el uso conjunto de técnicas directas e indirectas.

Desde esta perspectiva, uno de los estudios más intere---

santes es el de FEIFEL y BRANSCOMB (1973). Estos autores --- utilizaron criterios multidimensionales para evaluar el miedo/ansiedad ante la muerte propia en una población de 371 su jetos (92 enfermos terminales, 94 enfermos crónicos, 90 en--fermos mentales y 94 personas sanas).

El miedo/ansiedad ante la propia muerte fue considerado a tres niveles:

-nivel consciente: investigado a través de la pregunta: "¿Tiene usted miedo de su propia muerte? ¿Por qué?"

-nivel imaginario: investigado mediante la pregunta: "Qué ideas o imágenes se le vienen a la cabeza cuando --piensa en su propia muerte?" También se utilizó una escala de diferencial semántico.

-"el-nivel-más-bajo-de-conciencia" (Below-the-level-of-Awareness)<sup>1</sup>: investigado por la medida del Tiempo de Reac ción (R.T.) en un test de asociación de palabras neutras y - palabras que hacían referencia a la muerte. También se utili zó el "Color-Word Interference Test"(KLEIN, 1964; STROOP, --1935).

Las variables predictoras fueron: edad, sexo, estado civil, educación, inteligencia, status socioeconómico, número de hi- jos, autovaloración religiosa, experiencia reciente con la -

(1) Literalmente "debajo del nivel de conciencia"

muerte y proximidad de la muerte. La edad y la autovaloración religiosa fueron las dos únicas variables predictoras que correlacionaron con el miedo consciente a la muerte personal. Análisis adicionales matizaron que el grupo de sujetos entre 50-79 años negaba tener miedo a la muerte con mayor frecuencia ( $p < 0.01$ ) que los grupos entre 30-49 años y 10-29 años, aunque la razón más veces invocada por los de mayor edad era similar a la de la población general: "Es inevitable", "Dios lo quiere".

En relación con el nivel imaginario (o fantasmático), solamente la autovaloración religiosa estaba relacionada significativamente con este criterio. Los sujetos que respondían con imágenes positivas eran significativamente más religiosos que aquellos que daban respuestas ambivalentes o negativas.

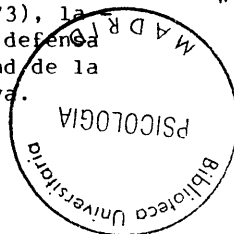
Según la escala de diferencial semántico la muerte era percibida como "limpia", "hermosa" y "bella", pero también como "oscura" y "solitaria". La edad y la autovaloración religiosa matizaban estos resultados. Los más religiosos y los de más edad percibían su muerte más "limpia, hermosa y social" que los menos religiosos y los más jóvenes.

En el nivel más bajo de conciencia, se halló que la mayor parte de los sujetos sentían aversión hacia la muerte (1), - aunque los más religiosos y lo de más edad presentaban una - percepción más benigna que sus colegas, pero participaban en - cambio del rechazo a la proximidad de la muerte. Según FEI-- FEL y BRANSCOMB esto sugería que la proximidad de la muerte puede exacerbar la ansiedad.

Otras variables como la institucionalización, tipo de enfermedad, etc., pese a la diversidad de la muestra utilizada, no parecían influir decisivamente en el miedo/ansiedad ante - la muerte.

(1) El el test de asociación de palabras el Tiempo de Reac-- ción era más largo para las palabras que hacían referencia a la muerte que para las neutrales ( $p < 0.01$ ). La edad estaba - significativamente asociada con el T.R. Las personas de más edad tenían un T.R. más largo que las jóvenes. Un hallazgo - complementario fue que había más errores en la evocación de palabras asociadas a la muerte que en las neutrales. Por o-- tra parte, ninguna de las variables predictoras estaba aso-- ciada con estos resultados.

En el "Color Word Interference Test", los sujetos recono-- cían más lentamente los colores de las palabras asociadas a la muerte que los de las neutrales. Estos datos contrastan - con los obtenidos por LESTER y LESTER (1970): el reconoci-- miento de palabras borrosas que hacían referencia a la muerte era más rápido que el de palabras borrosas neutras. Los auto-- res explicaban sus resultados en términos de facilitación -- perceptiva. En el estudio de FEIFEL y BRANSCOMB (1973), la interpretación debe hacerse más bien en términos de defen-- da perceptiva. Hay que señalar también que la proximidad de la muerte era la única variable predictora significativa.



En resumen, la configuración de los tres niveles de ----- FEIFEL y BRANSCOMB con respecto al miedo/ansiedad ante la -- muerte sugiere que la respuesta dominante a nivel consciente es de rechazo, a nivel imaginario ambivalente (luz y oscuridad) y a nivel inconsciente predominantemente negativa. Es-- tos resultados ponen de relieve la existencia de un contraba-- lanceo entre la aceptación y el rechazo de la muerte perso-- nal, que está directamente relacionado con la necesidad de - adaptarse a ella y organizar los propios recursos para enfren tarse a todo lo que la acompaña.

De las variables demográficas, solamente la edad y la au-- tovaloración religiosa parecen jugar un papel importante en el miedo/ansiedad ante la muerte personal. Pero aunque los - individuos de más edad y los más religiosos manifiestan una capacidad de percibir la muerte de forma más positiva en el nivel consciente y en el imaginario, sucumben en cambio en - el nivel inconsciente. Esto podría dar pie para reconside-- rar la afirmación de FREUD (1925) sobre la carencia de repre-- sentación de nuestra propia muerte en el inconsciente.

Hay que destacar que frecuentemente se ha dicho que las - personas ancianas son más hábiles en controlar el miedo a la muerte que los jóvenes, debido tanto a su proximidad en rela

ción a ella como por la necesidad de adaptarse a la idea de su extinción personal. Sin embargo, este razonamiento no se confirma en el estudio de FEIFEL y BRANSCOMB, sino que más bien se pone de relieve que la proximidad de la muerte puede ser una etapa necesaria y previa a su aceptación a nivel consciente e imaginario, aunque la cualidad requerida para llegar a la inmunidad frente al miedo/ansiedad ante la muerte (si esto es posible) parece consistir en un proceso de "aprendizaje distribuido" o una larga vida.

Otro punto importante que se ha planteado posteriormente es la forma de aplicación de las escalas de miedo/ansiedad ante la muerte. SCHULZ, ADERMAN y MANKO (1976), utilizando las escalas de TEMPLER (1970) y SARNOFF y CORWIN (1959) con estudiantes universitarios, encontraron que cuando las escalas se administraban en sesiones individuales las puntuaciones eran más bajas que cuando se aplicaban en grupo. Por otra parte, la ansiedad ante la muerte medida en grupo no era significativamente diferente cuando se medía por el "bogus pipeline method" (JONES y SIGALL, 1971). Lo positivo de este método (especie de detector de mentiras) es que los sujetos no quieren ser descubiertos por la máquina, por lo que presentan una tendencia muy grande a responder con los sesgos sociales típicos, lo que viene a poner de manifiesto que las

medidas de papel y lápiz de la ansiedad ante la muerte estarían muy influenciadas por este tipo de sesgos .

Por otra parte, los hallazgos de SCHULZ y Cbres. sugieren que puede haber un "componente público" y otro "privado" en la ansiedad ante la muerte, y que la medida a nivel individual es más fiable cuando la respuesta es anónima.

En conclusión, aunque se reconoce la multidimensionalidad de las actitudes hacia la muerte e incluso el de conceptos específicos como el de ansiedad ante la muerte, en la actualidad los problemas planteados por las escalas utilizadas no están resueltos. Es muy probable que futuras investigaciones traten de perfeccionar los instrumentos actuales o bien crear otros nuevos. A la vez, también, se hace necesario una teoría que trate de integrar los datos existentes sobre el tema.

2.4. INVESTIGACIONES SOBRE EL MIEDO Y

LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

#### 2.4. INVESTIGACIONES SOBRE EL MIEDO/ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Los estudios sobre miedo/ansiedad ante la muerte se han orientado en diversos sentidos. Las áreas más estudiadas han sido las siguientes:

- a) Génesis y desarrollo.
- b) Manifestaciones.
- c) Patología.
- d) Diferencias individuales.
- e) Función.
- f) Conducta.
- g) Análisis.

Se ha investigado el miedo/ansiedad ante la muerte en niños, jóvenes (universitarios especialmente), adultos y ancianos, tanto con variables demográficas como de personalidad. Los resultados por el momento no son excesivamente concluyentes, sobre todo debido a la diversidad de las técnicas de medida y la variedad de las muestras utilizadas.

Sin embargo, se ha podido precisar que los factores de personalidad y las experiencias vividas son los que determinan preferentemente el miedo/ansiedad ante la muerte, sin descartar la importancia del ambiente social. Con todo, estas varia

bles han sido muy poco investigadas. Recientemente, KASTEM--BAUM y COSTA (1977) han hecho hincapié en considerar las actitudes ante la muerte como resultado de la conducta individual y social del sujeto, destacando especialmente la importancia del "estilo de vida":

Vamos a tratar de resumir aquí los hallazgos más importantes y pertinentes de cara a nuestra Tesis. Para ello nos apoyamos en las revisiones que han realizado sobre el tema LESTER (1967), KALIS (1976), KASTEMBAUM y COSTA (1977) y SCHULZ (1978), y nosotros mismos en colaboración con el Dr. SANCHEZ CARO (1), incluyendo asimismo algunos trabajos posteriores - que hemos creído relevantes. Los trabajos realizados con la DAS de TEMPLER (1970) los analizaremos más pormenorizadamente.

#### 2.4.1. EDAD

HALL y SCOTT (en HALL, 1922) intentaron valorar el miedo-ansiedad ante la muerte en los niños a través de preguntas - que evocaban experiencias tempranas con la muerte y pusieron

---

(1) RAMOS, F. y SANCHEZ CARO;J, (1980):Miedo y ansiedad ante la muerte. En "Rev. Española de Gerontología y Geriatria", 1:67-80.

de relieve que en los niños muy pequeños la visión de la -- muerte se caracteriza por objetos específicos y por sentimientos asociados con una muerte específica.

ANTHONY (1939) también encontró que los niños, tanto normales como perturbados, piensan frecuentemente en la muerte, siendo la separación y la pena los temas dominantes.

NAGGY (1948), en un trabajo ya clásico, entrevistó directamente a 378 niños y niñas de 3 a 10 años de edad. Su estudio muestra que la noción de la muerte sigue un desarrollo progresivo en tres fases:

1) De 3 a 5 años la muerte es considerada como una separación temporal o como un sueño.

2) de 5 a 9 años la muerte es considerada como "el final" y se personifica tanto en una persona separada como en una muerta.

3) A partir de los 9 años la muerte es reconocida no sólo como "final" sino también como inevitable.

Los datos de NAGGY sugieren que la asociación entre muerte y ansiedad se establece alrededor de los 3 años de edad.

Autores como ROCHLIN (1965) han sugerido que temas relacionados con la muerte son expresados frecuentemente por los ni-

ños en los juegos.

OPIE y OPIE (1967) también han mostrado la importancia de tales temas en los juego familiares y en las canciones infantiles.

Diversos estudios posteriores (JACKSON, 1967, 1974; ----- CHILDERS y WIMMER, 1971; KOOCHEK, 1973a, 1973b, 1974; SPINETTA 1974) han enriquecido los datos aportados por NAGGY, no sólo en cuanto al desarrollo del concepto de muerte en el niño, sino también en cuanto al miedo y ansiedad ante la muerte -- (BOWLBY, 1974; SPINETTA, 1972, 1973).

Un resumen apretado de estos trabajos nos podría dar el siguiente esquema:

Hasta los 3 años: Durante este período el niño no es capaz de formarse un concepto de la muerte, sobre todo porque su percepción del tiempo y del espacio es limitada.

El niño no puede distinguir entre una ausencia corta y una separación definitiva. La separación es interpretada como -- abandono y representa una amenaza a su seguridad.

Entre los 4 y los 7 años: En este período el niño posee -- un buen desarrollo del lenguaje y ha avanzado mucho intelectualmente. Conoce bien su cuerpo y quiere saber cómo funciona.

Esta orientación fisiológica hace que se interese por la naturaleza de la muerte en comparación con la vida. Por eso, a veces, pregunta si es posible que la persona muerta le oiga, o cómo pueden ver los muertos o qué comen. Está tratando de encontrar la diferencia entre estar vivo y estar muerto.

Entre los 8 y los 11 años: Durante este período tienen importancia dos cosas: el mayor desarrollo de las facultades cognoscitivas del niño y el hecho de que su mundo social se ha ampliado mucho. El tiempo y el espacio tienen un significado más preciso. Su interés fisiológico por lo que representa estar muerto es reemplazado por un interés más social: ¿cómo puede aceptar la muerte su familia?, ¿qué pasaría si alguien muriese?, ¿quién cuidaría de él?

En la adolescencia: Durante este período el niño se desarrolla intelectualmente hasta ser capaz de pensamiento lógico abstracto. Esto le permite manejar sus problemas a otro nivel, a través de una actividad intelectual muchas veces abstracta y poco productiva en actos concretos. No tiene experiencia y, por tanto, desea adquirirla de una manera personal: lo que siente, lo que vive, es único. Esta tendencia le lleva a crear su propia filosofía de la vida y a cambiar su actitud hacia la muerte. Quiere comprender lo que la muerte

significa para él y para su vida futura. El adolescente se introduce dentro de sí mismo para explorarse emocionalmente. De aquí puede surgir un miedo a la muerte saludable que le lleva a valorar mucho la vida. Pero, cuando produce ansiedad elevada, puede dar lugar a comportamientos inadaptados y a amenazas contra la vida: juegos arriesgados con armas de fuego, motos, automóviles, que llegan a poner en peligro su propia vida o la de los demás.

SOFIES (1964), GARTLEY y BERNASCONI (1967), TALLMER y Cbres. (1974) han analizado la influencia de la televisión en las actitudes hacia la muerte de los niños: Da la impresión de que los niños americanos estudiados están menos protegidos de la muerte que los niños suizos estudiados por PIAGET en 1.920. Sin embargo, apoyándonos en estas investigaciones, se pueden admitir ciertos cambios maduracionales en el desarrollo cognitivo y en las actitudes hacia la muerte, a la vez que se destacan las diferencias en la cohorte como reflejo del cambio social.

En este mismo contexto, TALLMER y Cbres. (1974) encontraron más conciencia de la muerte en los niños de clase social baja que en los niños de clase media.

También ABERASTURY (1978) ha analizado la evolución de la percepción de la muerte en el niño y el papel decisivo que juegan los adultos en ella. Según esta autora, el problema -- más grave que la muerte plantea al niño es el de la separación definitiva de su cuerpo. Igualmente, a través de sus experiencias psicoanalíticas con niños, pone de relieve que éstos expresan frecuentemente su miedo a la muerte mediante un lenguaje no verbal.

Por otra parte, los niños que están en peligro de muerte debido a una enfermedad definitivamente mortal no sólo perciben el peligro de esta situación, sino también el momento en que van a morir. Así, SALNIT y GREEN (en ABERASTURY, 1978) han estudiado el significado de la muerte para el niño y las verbalizaciones del miedo a morir. Narran, entre otros, el caso de un niño de cuatro años hospitalizado que sufría cáncer y mantenía una relación muy satisfactoria con el pediatra. -- Antes de recibir la anestesia para la primera operación pidió al médico que se quedase con él y le cantase la canción de cuna que solía cantarle su madre. La enfermedad siguió -- progresando y veinticuatro horas antes de su muerte, el niño dijo: "Tengo miedo de morir". Los padres creían que su hijo -- ignoraba su enfermedad.

En trabajos realizados con adultos , CHRIST (1961), ----- SWENSON (1961), RHUDICK y DIBNER (1961), JEFFER y Cbres. --- (1969) no encontraron diferencias significativas en el miedo a la muerte en relación con la edad. TEMPLER, RUFF y FRANK - (1971) y LESTER (1972) tampoco hallaron correlación entre la edad y las puntuaciones obtenidas en la DAS.

Por otra parte, en diversos trabajos realizados se constata que existe una tendencia en los ancianos a confesar que no tienen miedo a la muerte (JEFFERS, NICHOLS y EISDORFER, - 1961; KINSEY, ROBERT y LOGAN, 1972; MARS, 1978).

Otros estudios han comparado las actitudes del anciano -- con diversos grupos de edad. SHARMA y JAIN (1969) encontra-- ron diferencias significativas muy elevadas en el miedo a la muerte no sólo entre jóvenes y personas retiradas, sino también entre el grupo de 55-60 años y en el grupo de más de 61 años.

Las investigaciones de ROTHSEIN (1967) vienen a poner de - relieve que la ansiedad ante la muerte es baja en los adul-- tos de menor edad y máxima hacia la mitad de la vida. Por el contrario, FEIFEL y BRANSCOMB (1973) encuentran que los suje- tos a partir de los 50 años tienden a contestar más frecuen-

temente "No" a la pregunta: "¿Tiene usted miedo de morir?" -- que los sujetos más jóvenes. Sin embargo, como BUTLER (1968) ha señalado, el que los ancianos confiesen no tener miedo a la muerte no significa que el problema de la muerte les sea ajeno.

FEIFEL Y BRANSCOMB (1973) encuentran que los ancianos -- que obtienen una puntuación baja en ansiedad manifiesta ante la muerte, exhiben una ansiedad inconsciente ante la muerte tan alta como la de los sujetos más jóvenes. De forma similar, COREY (1961) señala que las personas de más edad muestran una fuerte tendencia a evitar la muerte en tests proyectivos.

THOMAS (1976) ha esquematizado la existencia de tres actitudes básicas ante la muerte: muerte esperada, aceptada y rechazada. En la Tabla 4 podemos observar los resultados obtenidos por este autor en una sociedad negro-africana de tipo tradicional. En ella se pone de relieve cómo, a medida que aumenta la edad, la muerte deja de ser rechazada y tiende a aceptarse y a ser esperada. En el caso de los sujetos mayores de 60 años, las categorías "esperada" y "aceptada" suman el 89 % del total. Resultados similares obtuvo LIEBERMAN (1965), tras un estudio de seis años en el hospital Cushing de -

Actitud	Porcentaje (%)		
	20-40 años	40-60 años	60 y más
Esperada	9,5	11	26
Aceptada	13,5	30	63
Rechazada	77	59	11

TABLA 4: ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN LA SOCIEDAD  
NEGRO-AFRICANA (THOMAS, 1976)

Massachusetts, y en el que puso de relieve que las expresiones extremas de ansiedad ante la muerte se presentan principalmente en casos de deterioro orgánico importante.

Parece pues que la mayoría de los ancianos suelen poseer una orientación activa hacia la muerte y no están de acuerdo con la idea de que se deba ignorar y no hacer plan alguno en relación con ella. Se ha demostrado que la proximidad de la muerte les produce poca ansiedad (CUMMING y HENRY, 1961) mientras para los jóvenes, cuyo futuro está poco estructurado, el grado de tolerancia de la idea de la muerte es pequeño (KASTEMBAUM, 1964). A la vez, la muerte les parece menos "terrible" a los ancianos que a los jóvenes (FEIFEL y BRANSCOMB, 1973; KALIS y JOHNSON, 1972; KOGAN y WALLACH, 1961; MARTIN y WRIGHTSMAN, 1965), pero piensan y hablan más de la muerte que ellos (CAMERON, STEWART y BIBER, 1973; KALIS Y REYNOLDS, 1976; MARS, 1978; RILEY, 1970).

JEFFERS y VERWOERDT (1966, 1977) llevaron a cabo un estudio con 140 ancianos no institucionalizados y obtuvieron los resultados siguientes:

<u>Pensar en la muerte</u>	
Diariamente	49 %
Una vez a la semana	20 %
Menos de una vez/semana	25 %
No piensa en la muerte	5 %
Indecisos	1 %

Los autores aclaran que para un 7 % de los encuestados -- el pensar en la muerte había sido una constante en sus vidas. Los que no piensan en la muerte dan como razón que tal pensamiento puede afectar "su alegría de vivir". Estos ancianos -- habían sido muy activos, no estaban desengañados de la vida, su estado de salud objetivo y subjetivo era excelente y -- tenían un C.I. alto.

CARRASCO, VELA y ARANA (1979) en ancianos españoles obtuvieron los siguientes resultados:

<u>Pensar en la muerte</u>	
Muy frecuentemente	1 %
Frecuentemente	5 %
Ocasionalmente	19,2 %
Raramente	50,4 %
Nunca	24,2 %

Según los autores existe correspondencia entre el pensar poco o nada en la muerte y las altas expectativas de vida.

De todo esto se deduce que la adaptación a la muerte parece ser mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital. En este sentido, se ha sugerido (MUNNICH, 1966; -- PAYNE, 1967) que la aceptación realista de la muerte como -- fin propio de la vida puede ser señal de madurez emocional. -- Pero, si la edad es uno de los factores más importantes en --

la aceptación de la propia muerte, no se conoce muy bien cómo interactúa con otras variables.

Puede parecer contradictorio que el anciano, para quien - la muerte está más próxima, tenga menos miedo de ella y la - acepte mejor. KALIS (1976) ha propuesto tres razones para -- explicar este fenómeno:

1.- En la vejez hay una disminución social del valor de la vida, por lo cual el anciano reconoce los límites de su - futuro y todo lo que esto supone (mala salud, problemas eco- nómicos, etc.).

2.- La esperanza media de vida (65 a 75 años) ha sido - incorporada como algo dado en el pensamiento de mucha gente; esto hace que el anciano, una vez alcanzadas estas edades, - sienta que ya ha recibido "lo suyo" o incluso más.

3.- Cuando la gente envjece socializa su propia muerte: la persona que ha visto morir a sus padres, hermanos, amigos mayores que él, etc., siente que ya va llegando su hora.

Las personas ancianas no sólo tienen una muerte más inmi- nente, sino que han alcanzado una mayor experiencia de la -- muerte de otras personas (KASTEMBAUM, 1969). De este modo, - la muerte va a ser percibida como la consecuencia de la acu- mulación de años, experiencias y sobre todo, de una lenta --

transformación interior, más que como un hecho sorprendente. Quizás esto podría explicar por qué los ancianos piensan y - hablan (1) más de la muerte (CAMERON y Cbres., 1973; KALIS y REYNOLDS, 1976; RILEY, 1970).

#### 2.4.2. SEXO

En muchos estudios no se han encontrado diferencias signi- ficativas en el miedo/ansiedad ante la muerte entre ambos se- xos (CHRIST, 1961; DICKSTEIN, 1972; HANDAL, 1969; JEFFERS, - NICHOLS y EISDORFER, 1961; MIDDLETOWN, 1936; RHUDICK y DIBNER, 1961; SWENSON, 1961).

Sin embargo, utilizando la DAS de TEMPLER, se ha encontra- do que las mujeres tienen más miedo a la muerte que los hom- bres (TEMPLER, RUFF y FRANKS, 1971; IAMMARINO, 1975). Otros investigadores, utilizando el TAT, han encontrado que los -- hombres tienen más miedo a los efectos de su muerte en los - familiares (DIAGGORY y ROTHMAN, 1961) y a una muerte violen- ta (LOWRY, 1965). En contraposición, las mujeres muestran --

---

(1) REBOUL (1971) ha analizado la forma en que los viejos ha- blan de la muerte, poniendo de relieve que el discurso se -- caracteriza por el empleo del "nosotros", por el uso de perí- frasis poéticas ("Ha partido", "se fue", "voló"... ) y sobre todo por la generalización ("es normal morir a nuestra edad"). Los temas de estos discursos son especialmente la enfermedad, la soledad y la muerte de otros.

más miedo a la desaparición del cuerpo y al dolor físico --- asociado con la muerte (DIGGORY y ROTHMAN, 1961).

DEGNER (1974) sugiere que puede haber un componente --- cognitivo y emocional en la ansiedad ante la muerte. Las mujeres se enfrentarían con la muerte en términos más emocionales, mientras que los hombres lo harían en términos más cognitivos. En este sentido, es interesante el estudio de KRIEGER, EPSTING y LEITNER (1974) que, utilizando el Threat Index (escala que mide la ansiedad ante la muerte en términos de - distancia cognitiva), encontraron que los hombres presentan en ansiedad ante la muerte unas puntuaciones más altas que las mujeres. Sin embargo, mediante la Escala de miédo a la muerte de LESTER (1967) y la DAS de TEMPLER (1970), se ha obtenedo precisamente el hallazgo contrario. Esto ha dado pie para que el Threat Index haya sido considerado como una medida - cognitiva de la ansiedad ante la muerte, mientras que la escala de LESTER sería más bien afectiva; consideración corroborada por el hecho de que no existe correlación entre ambas escalas y de que la FODS de BOYAR (que se supone que es también una escala cognitiva) correlaciona positivamente ( $r = .73$  -  $p < 0.01$ ) con el Threat Index, pero no con la escala de LES-

TER (KRIEGER, EPSTING y LEITNER, 1974; BERMAN y HAYS, 1973).

LESTER (1972), utilizando la escala de COLLET y LESTER -- (1969), encontró diferencias en algunos miedos específicos - a la muerte entre hombres y mujeres. Estos últimos tendrían más miedo de la propia muerte, del propio proceso de morir y de la muerte de otros, pero no diferirían en el miedo al proceso de morir de otros ni en el miedo general a la muerte.

TEMPLER, LESTER y RUFF (1974), a través de diversas escalas de medida (LESTER, 1967; COLLET y LESTER, 1969, TEMPLER, 1970), encontraron correlaciones significativas con la escala de Feminidad de GOUGH (1952). Parece ser que la relación entre estas dos variables es función de una asociación positiva de ambas con la ansiedad general.

#### 2.4.3. NEGACION, REPRESION Y RESISTENCIA COGNITIVA

Los mecanismos de defensa psicológicos son modos o pautas habituales de pensamiento y conducta que el individuo -- utiliza como medio para satisfacer sus necesidades y sus -- tendencias de una manera aceptable para él mismo. Sin embargo, ciertos mecanismos de defensa pueden ser adaptativos para unas personas y poca adaptativos para otras. Para que un determinado tipo de defensa sea siempre adaptativo son necesa

rias algunas condiciones, que pueden variar tanto cualitativa como cuantitativamente. Con relación a la muerte, JEFFERS y VERWOERDT (1977) han señalado, entre otras:

- a) Factor temporal (edad, proximidad o lejanía de la -- muerte).
- b) Salud física y mental.
- c) Estructuras de referencia (orientación religiosa, -- estatus socioeconómico, profesión, etc.).
- d) Actitudes sociales.
- e) Experiencia de la muerte (personal y familiar).
- f) Actitudes de otras personas en el medio social.
- g) Integridad y madurez psicológica del individuo.

Todas o algunas de estas condiciones pueden coexistir --- simultáneamente de cara a la aceptación de la propia muerte.

Se ha señalado que la negación es el mecanismo de defensa más poderoso en relación con la muerte (FEIFEL y BRANSCOMB, 1973; KASTEMBAUM y AISEMBERG, 1972; SCHULZ, 1978; THOMAS, -- 1976; WEISMAN y HACKETT, 1967). Sin embargo, la negación no es un fenómeno simple y unitario, sino que se presenta bajo - múltiples formas en relación con las diversas circunstancias biológicas, psicológicas y sociales del individuo. Su uso es

tan amplio que cubre casi todos los actos o palabras con que una persona intenta evitar la realidad o escapar de algo molesto y terrible.

WEISMAN y HACKETT (1967) han definido la negación como el rechazo consciente e inconsciente de parte o de todo el significado de un acontecimiento para aliviar el miedo, la ansiedad u otras emociones desagradables. ANNA FREUD (1950) había señalado que la negación era una respuesta primitiva al peligro sobre la que se basaban los demás mecanismos de defensa. Sin embargo, WEISMAN ha puesto de relieve que la negación es sólo un aspecto de las defensas que ayuda a apartar las circunstancias amenazantes de la realidad. La negación es el acto final de todo un proceso.

A nivel empírico, se ha relacionado la negación de la muerte con el miedo/ansiedad que se tiene ante ella. Parece ser que esta negación se intensifica cuando aumenta el miedo (MAGNI, 1972). Incluso a veces un nivel bajo de miedo/ansiedad ante la muerte encubre una poderosa negación (FEIFEL y BRANSCOMB, 1973). Esto se debería a que, como ha puesto de manifiesto KUBLER-ROSS (1969) en sus trabajos con pacientes moribundos, la ansiedad ante la muerte es como un iceberg, -

del que la mayor parte permanece escondida, inconsciente.

La tesis de la negación ha sido también extendida a los sujetos que se encuentran en peligro inminente de muerte: en fermos del corazón (ABRAMS, 1965; WEISMAN y HACKETT, 1967), cancerosos (WEISMAN, 1972), condenados a muerte (BLUESTONE y MCGAHEE, 1962).

WEISMAN (1972) ha distinguido cuatro fases que preceden a la negación:

1ª: Aceptación de una realidad obvia e innegable ("me duele el pecho").

2ª: Rechazo de una parte del significado de esa realidad ("no puede ser nada grave").

3ª: Sustitución del significado rechazado por una versión más agradable ("es acidez de estómago").

4ª: Reorientación del sujeto de acuerdo con la nueva significación para reaccionar ante la nueva versión de la realidad ("tomaré un antiácido").

La quinta fase sería la negación ("no se trata del corazón"). Sin embargo, entre el pleno reconocimiento de la muerte y el rechazo total de la misma hay un área incierta, que WEISMAN denomina "medio conocimiento", en la que muchas per-

sonas, aunque nieguen verbalmente haber pensado en la muerte, indican mediante algún tipo de "lapsus" que en cierto modo - se han dado cuenta de su estado. Así, una paciente que había superado un paro cardíaco decía que recordaba los últimos momentos antes de perder el conocimiento y sin embargo negaba que se le hubiese ocurrido la idea de que estaba muriéndose.

WEISMAN cree que cuando una persona acepta abiertamente su diagnóstico y las consecuencias que implica y a continua--ción parece confusa e incapaz, puede producirse una recaída. De hecho, la reaparición del "medio conocimiento" puede constituir un síntoma de que la fase terminal ha comenzado.

Este mismo autor clasifica en tres grados el alcance de - lo que la gente niega: En primer lugar, niega los hechos primarios de la enfermedad; en segundo lugar, el paciente admite esos hechos, pero niega sus implicaciones; en tercer lu--gar, acepta el diagnóstico y sus consecuencias, pero se re--siste a admitir que de ello se derivará su muerte.

Ciertas tendencias del psicoanálisis han considerado que toda negación es mala, y que si existe miedo a la depresión o a la muerte, debe ser atraído a la conciencia y tratado. - " Sin embargo, autores como CASSEM (1974) apuntan que los en--fermos que recurren a la negación soportan su proceso mejor que los que no lo hacen. Los primeros niegan de palabra te--

ner miedo a los síntomas, a la muerte, a los aparatos, a la posibilidad de otro ataque, a la invalidez, etc... y además tratan de restarle importancia al asunto ("¿De qué sirve --- preocuparse?, ¿qué se adelanta con ello?"). Por otra parte, cuando se interroga a estos pacientes suelen usar dichos -- del tipo "si te ha llegado la hora, ya no hay nada que ha--- cer", "si la suerte está echada, resignación", "lo que sea será", "¿por qué inquietarse?".

La negación, en consecuencia, sirve muchas veces de ayuda, pero se convierte en un obstáculo cuando es extremada e impo sibilita una vida psicológica normal. Además, la negación es también un acto social. El individuo aprende desde una edad temprana pautas sociales de conducta que le llevan a acep--- tar o rechazar algo. Una de las más importantes es la nega-- ción de la muerte como parte de la vida. Se observa así que cuanto más se hace para evitar o posponer la muerte, tanto ~ más se la niega. Por eso, en las sociedades con una tecnolo-- gía médica más avanzada (la norteamericana, p. ej.) la nega-- ción de la muerte es mayor (KUBLER-ROSS, 1974; CASSEM, 1974).

Por nuestra parte creemos que la evidencia empírica de es te concepto es bastante pobre, y que la metodología utiliza-- da para medirlo es muy criticable. Autores como DONALDSON --

(1972) han apuntado que es preciso esclarecer aún más este - concepto en el plano teórico y dar una definición operacional de él, antes de sacar conclusiones sobre su existencia.

Otro concepto invocado a menudo es el de represión, y que ha sido largamente expuesto por la teoría psicoanalítica. A nivel empírico, TOLOR y REZNIKOFF (1967), utilizando su es--cala de ansiedad ante la muerte y la escala de "Represión--Sensibilización" de BYRNE (1961), encontraron relaciones --significativas entre ansiedad ante la muerte y represión. - Resultados similares fueron obtenidos por TEMPLER (1971b).

Tanto la negación como la represión han sido reconsidera--das conjuntamente como modelo de mecanismo de defensa fren--te al miedo /ansiedad ante la muerte por HANDAL y RYCHLAK, - (1971). Estos autores utilizaron como medida indirecta de la "ansiedad ante la muerte" inconsciente la valoración del contenido de los sueños; como medida directa de la "ansiedad ante la muerte" consciente la escala de ansiedad ante la muerte --de HANDAL (1969), y utilizaron además la escala de Represión--Sensibilización de Byrne(1961). Esta metodología se aplicó a dos muestras de universitarios ( $n_1 = 43$ ;  $n_2 = 36$ ) con un año - de separación entre la recogida de datos de una y otra. Los

resultados confirman la hipótesis de una relación curvilínea entre la "ansiedad ante la muerte" consciente y tener sueños relacionados con la muerte o sueños de "contenido desagradable". Para HANDAL y RYCHLAK estos resultados abren la posibilidad de considerar la validez de la Escala de Ansiedad ante la Muerte como una medida de la represión y de la negación de la ansiedad ante la muerte. No obstante, puntualizan que obtener un bajo nivel de ansiedad ante la muerte no quiere decir que ésta sea un indicador invariante de ansiedad reprimida, sino que dentro del grupo de "baja ansiedad ante la muerte" se pueden distinguir dos tipos de sujetos reprimidos: aquellos que pueden reprimir una gran parte de la ansiedad, de tal forma que manifiestan una escasa preocupación por la muerte, y aquellos que pueden ser ineficaces en reprimir tanto la ansiedad general como la ansiedad específica ante la muerte y lo manifiestan a nivel inconsciente, pero no a nivel consciente. Similar distinción se podría hacer con el grupo de "alta ansiedad", aunque este grupo es sólo una pequeña parte del total de los sujetos en los que la "ansiedad ante la muerte" consciente se simultanea con tener sueños relacionados con la muerte o sueños "de contenido desagradable".

Pese al esfuerzo realizado, las conclusiones a las que llegan HANDAL y RYCHLAK son excesivamente especulativas y contribuyen a oscurecer más todavía la delimitación del papel jugado por la represión y la negación en la adaptación a la muerte. Por otra parte, se reconoce igualmente la importancia -- que pueden tener otros mecanismos de defensa (racionalización, sublimación, supresión...), pero no han sido suficientemente investigados.

Apuntemos por último que GOLDING, ATWOOD y GOODMAN (1966) no encontraron relaciones significativas entre miedo/ansiedad ante la muerte y dos formas cognitivas de resistencia (rigidez cognitiva y defensa perceptiva). Sin embargo, las medidas de estas dos variables muestran correlaciones significativas, lo que pone de relieve que ambas variables pueden derivar de un mismo factor general.

#### 2.4.4. RELIGIOSIDAD

Las relaciones entre religión y miedo/ansiedad ante la --- muerte no parecen estar bien definidas. Tal hecho se debe a - las diferencias conceptuales de las actitudes estudiadas, a " la variabilidad de las muestras y probablemente, como apuntan

TEMPLER (1972a) y KALIS (1976) a que han sido medidas de una forma muy simple. Así, AMON (1969) ha mostrado cómo una faceta social tan aparentemente unidimensional como la religión utilitaria, medida con un cuestionario sumamente purificado, se manifestaba como pluridimensional, siendo además bastante independientes entre sí los elementos en que se descomponía. De igual manera, habría que tener en cuenta las diferentes definiciones de la muerte adoptadas por cada religión y las diferentes necesidades que la religión viene a satisfacer en cada sector de la sociedad (RILEY, 1974).

De hecho, los primeros estudios muestran resultados poco claros y hasta contradictorios. Ciertos autores han encontrado una relación positiva entre miedo/ansiedad ante la muerte e intensidad de la devoción religiosa (FEIFEL, 1959; FAUNCE y FULTON, 1958; STOUFFER, 1949). Otros, en cambio, han llegado a la conclusión de que tal relación es negativa (ALEXANDER y ADLERSTEIN, 1958; JEFFERS y Cbres., 1961; SWENSON, --- 1961). Estudios posteriores muestran que la única idea que parece confirmarse es que los sujetos más religiosos tienen un nivel bajo de miedo/ansiedad ante la muerte (FEIFEL y --- BRANSCOMB, 1973; FEIFEL, 1974; KALIS y REYNOLDS, 1976; MARTIN y WRIGHSTMAN, 1965; SHEARER, 1973; SWENSON, 1961, TEM---

PLÉR, 1972a; WILLIAM y CALE, 1968).

La creencia en la otra vida ha sido sugerida como una variable interviniente que reduce el miedo/ansiedad ante la -- muerte entre la gente muy religiosa (BERMAN y HAYS, 1973; -- JEFFERS y Cbres., 1961; DIGGORY y ROTHMAN, 1961; KALIS, 1963; OSARCHUCK y TATZ, 1973). En este sentido se ha comprobado -- que los católicos creen más firmemente en la existencia de -- la vida después de la muerte que los judíos y protestantes (DIGGORY y ROTHMAN, 1961). Quizás esto pueda explicar por qué los católicos tienen tendencia a obtener las puntuaciones -- más bajas en la DAS (TEMPLER, 1972b; TEMPLER y RUFF, 1975).

Por último, hay que apuntar que la actividad religiosa en las personas ancianas influye en su adaptación al envejeci-- miento. Parece ser que la falta de creencias religiosas produce incertidumbre (RUHBACH, 1977).

#### 2.4.5. SALUD FISICA

Se ha argüido que las relaciones entre salud física y mie-- do/ansiedad ante la muerte presentan la misma problemática -- que la edad (SCHULZ, 1978). Según esto, hay que diferenciar -- entre la manifestación del miedo o ansiedad y la posibili-- dad de negación por parte de los sujetos amenazados de --

muerte inminente. SWENSON (1961) encontró que los individuos con salud deficiente tendían a tomar conciencia de una muerte próxima más que de su miedo hacia ella.

FEIFEL y Cbres. (1973, 1974) ponen de relieve que los enfermos terminales tienen un nivel de miedo/ansiedad consciente ante la muerte similar al de otros sujetos, pero muestran un alto miedo/ansiedad inconsciente.

KUBLER-ROSS (1969), en su estudio con enfermos terminales, encuentra que estos pacientes experimentan un gran shock cuando se enteran de su estado por primera vez, pero más tarde llegan a aceptar su muerte inminente.

RICHARDSON y FREEMAN (en JEFFERS y VERWOERDT, 1977) llegan a la conclusión de que las personas que tienen mala salud piensan más en la muerte que las personas con buena salud. Estos datos están de acuerdo con los obtenidos por SHRUT (1958), RHUDICK y DIBNER (1961) y JEFFERS y VERWOERDT (1966), quienes hallaron una relación inversa entre autovaloración positiva de salud subjetiva y frecuencia de pensar en la muerte.

#### 2.4.6. ESTILO COGNITIVO

MISHARA, BAKER y KASTIN (1972), utilizando el Kinesthetic Figural After Effects Fask (que clasifica a los sujetos según perciban los objetos aumentados o reducidos), muestran que los estudiante de diferente estilo cognitivo tienen diferentes actitudes hacia la muerte. Los sujetos "aumentadores" tienden a elevar la intensidad del estímulo y se sienten más cómodos antes estímulos de deprivación y menos ante estímulos aversivos. Cuando se les pide que imaginen el final de sus vidas, los "aumentadores" mencionan la muerte (presumiblemente un estímulo aversivo) más significativamente que los "reductores". Aunque no se aplicó ninguna escala de ansiedad, MISHARA y Cbres. sugieren que los "aumentadores" tienen más miedo/ansiedad ante la muerte que los "reductores".

#### 2.4.7. NECESIDAD DE LOGRO, SENTIDO DE COMPETENCIA Y PROPOSITIVIDAD

Se han investigado , en este aspecto, tres hipótesis en relación con el miedo/ansiedad ante la muerte:

1ª.- Los individuos con gran necesidad de logro ten--

drían más miedo a la muerte porque ésta les priva de la posibilidad de conseguir metas importantes para su propia realización (DIGGORY y ROTHMAN, 1961).

2ª.- Los individuos con alto sentido de competencia --- apenas tendrían miedo a la muerte porque estarían satisfechos de sus vidas (GOODMAN, 1975).

3ª.- Según FRANKL (1965), el individuo intenta realizarse en esta vida y para conseguirlo puede aceptar e incluso encontrar satisfacción en sus sufrimientos y en su propia muerte. En este sentido, la muerte tendría el significado de una satisfacción plena de la vida. Esta noción sería el soporte de una relación negativa entre propósito de vida ("ganas de vivir") y miedo a la muerte.

La primera hipótesis fue confirmada inicialmente por DIGGORY y ROTHMAN (1961) sobre una amplia población de sujetos de edad comprendidas entre los 15 y los 55 años. Dos estudios posteriores (NOGAS y Cbres, 1974; RAY y NAJAM, 1974) no la han confirmado. Sin embargo, estos estudios tienen como limitación fundamental el haber utilizado solamente muestras universitarias.

La segunda hipótesis ha sido corroborada parcialmente por NOGAS y Cbres. (1974), al encontrar una correlación negativa significativa entre ansiedad ante la muerte y sentido de competencia. Los datos pueden indicar, sin embargo, que el sentido de competencia incluye esta cualidad en la confrontación con la muerte.

La tercera hipótesis ha sido comprobada por los estudios - de BLAZER (1973), DURLAK (1972b, 1973b) al hallar altas correlaciones negativas (de - .54 a -.83) entre el Purpose in Life Test (CRUMBAUGH y MAHOLICK, 1964) y diversas escalas de ansiedad ante la muerte.

#### 2.4.8. PERSONALIDAD

Ya hemos dicho anteriormente que los factores de personalidad y las experiencias personales de los sujetos juegan un papel muy importante en el miedo/ansiedad ante la muerte. -- Hasta hoy, sin embargo, son escasos los estudios que relacionan ambos temas, aunque cabe esperar que proliferen en los próximos años.

WOLFF (1966) estudió las actitudes hacia el envejecimiento y hacia la muerte de 90 pacientes ancianos en relación -- con diversos tipos de personalidad. Distinguió seis tipos di

ferentes:

- Pasiva/dependiente
- Esquizoide
- Inadecuada
- Inestable
- Compulsiva
- Paranoide.

Cada tipo de personalidad estaba respresentado por un grupo de quince sujetos.

El autor parte de la idea de que la mayoría de las personas ancianas no aceptan la muerte como fin de la vida, sino que más bien intentan negar o reprimir esta idea. Las consecuencias de tal negación y represión llegan a ser evidentes y se caracterizan por diversos tipos de conductas desajustadas -inquietud, agitación, irritabilidad, ansiedad, insomnio, miedo a quedarse solo en casa, miedo de la oscuridad- y a veces incluso por reacciones de pánico con delirios de persecución y alucinaciones auditivas.

WOLFF encuentra que los tipos pasivo-dependientes y esquizoide no muestran demasiada preocupación, miedo o ansiedad ante la muerte. Los otros cuatro grupos de personalidad mues-

tran todos , en líneas generales, una gran preocupación y --temor hacia la muerte, pero con matices diferentes en cada - grupo. Así, a los inestables el miedo excesivo a la muerte - les producía una gran agitación y depresión. Los compulsivos consideraban la muerte como una gran amenaza relacionada con el miedo a lo desconocido y con la dificultad de aceptar la muerte como una realidad sin escapatoria. Los paranoides presentaban actitudes dispares. Por un lado, unos consideraban la muerte como una liberación, creyendo que tras ella sobrevendría la paz (muchos pensaban que su enfermedad era un castigo de Dios, como consecuencia de sus pecados imaginarios); otros, en cambio, tenían mucho miedo a la muerte y se aferraban a la vida desesperadamente porque sentían desconfianza - ante lo que les pudiera ocurrir después de la muerte.

WOLFF concluye afirmando que, aunque el miedo a la muerte depende de varios factores individuales y está muy relacionado con la religión, la familia y el medio ambiente, son los rasgos de personalidad del sujeto los que más influyen en - su actitud hacia la muerte.

Por su parte, TEMPLER (1970, 1972a) encontró correlacio--nes positivas entre su escala y la Escala de Neuroticismo de

EYSENCK, la Escala de Depresión del MMPI, la Welsh Anxiety Scale y otras escalas de Ansiedad (TEMPLER, 1970; 1971a; LUCAS, 1974). No obstante, hay que hacer notar que, si bien se reconoció la relevancia de los factores de personalidad, es un campo insuficientemente explorado todavía.

#### 2.4.9. ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS

BRODMAN, ERDMAN y WALF (1956) y TEMPLER (1971a) encontraron enfermedades psiquiátricas (estados de ansiedad, neurosis, depresión) asociadas positivamente con alta ansiedad ante la muerte. De forma similar, TEMPLER y RUFF (1971) han señalado que las muestras psiquiátricas obtienen unas medias más elevadas en ansiedad ante la muerte que las muestras normales. Sin embargo, el estudio de FEIFEL y HERMANN (1973) no corrobora estos resultados.

RHUDICK y DIBNER (1961), usando técnicas proyectivas, encontraron correlaciones significativas positivas con cuatro escalas de "preocupaciones neuróticas" del MMPI, demostrando así que los neuróticos presentan una mayor preocupación por la muerte que los psicóticos y normales.

#### 2.4.10. SUICIDIO

LESTER (1967a) demostró que los adolescentes suicidas tienen menos miedo a la muerte que los no suicidas. Los primeros poseen más conciencia de la muerte, conocen mejor las ventajas que puede tener para ellos y saben cómo manipularla (efectos de su muerte en sus amigos, p. ej.). Para ellos la muerte no parece ser una aventura sino un remedio para sus problemas. Estos resultados han sido corroborados por TEMPLER y FERLEY (1974). Sin embargo, un estudio del propio LESTER (no publicado, pero reseñado en la revisión que él mismo hace de los trabajos sobre el miedo a la muerte, 1967a) puso de relieve precisamente lo contrario, aunque el autor aduce que tal constatación es débil porque la muestra era pequeña. La conclusión más general parece apuntar hacia que los "suicidas potenciales" tienen menos miedo a la muerte que los sujetos normales.

#### 2.4.11. OTRAS VARIABLES

RHUDICK y DIBNER (1961) no encontraron relación entre alta preocupación por la muerte (determinada por el TAT) y edad, sexo, status ocupacional (retirados y activos), estado civil y educación en ancianos normales.

Se ha puesto asimismo de relieve (FULTON, 1965; FEIFEL, - 1959) que los ancianos tienen menos miedo a la muerte cuando viven en ambientes familiares o con parientes e, incluso, en residencia para ancianos, que cuando viven solos. Estos resultados indican la necesidad de apoyo social que tienen los -- moribundos; apoyo difícil de conseguir en muchos casos, dada las tendencias modernas hacia la hospitalización y el aislamiento de las personas mayores (GLASER y STRAUSS, 1965).

SWENSON (1961) encontró que edad, sexo, fuente de ingresos, status ocupacional, ambiente rural o urbano, no afectaban al significado de las actitudes hacia la muerte. En este mismo estudio se puso de manifiesto que los viudos tienden a eludir la cuestión, en tanto que los solteros, casados y separados consideran más la muerte.

Otros estudios (MEANS, 1936; TOLOR, 1961) han llegado a la conclusión de que algunas formas de muerte son más temidas - que otras; y se ha encontrado que cuanto mayor es el grado de educación tanto menos negativa es la imagen que la persona - tiene de la muerte, menor su ansiedad manifiesta y más activa su adaptación a ella (RILEY, 1974).

Así mismo, se ha argüido que ciertas profesiones que presuponen un contacto frecuente con la muerte pueden reducir la ansiedad que se experimenta ante ella. No obstante la evidencia empírica sobre tal afirmación es poco consistente. Así se ha puesto de relieve que las estudiantes de enfermería, que realizan sus prácticas hospitalarias, aceptan menos la muerte que las enfermeras ya diplomadas ( YEAWORTH, KAPP y WINGET, 1974 ), estas últimas muestran un bajo nivel de ansiedad ( LESTER, GETTY y KNEISL, 1974 ) y piensan poco en la muerte ( SNYDER, GERTLER y FERNEAU, 1973 ). Se ha demostrado, así mismo, que la ansiedad ante la muerte de las enfermeras no está relacionado con el tanto por ciento de personas a las que han visto morir, ni con el servicio en el que trabajan ( SHUSTERMAN y SECHRESTS, 1973 ), ni con su especialidad ( LESTER, GETTY y KNEISL, 1974 ).

Finalmente ALEXANDER y LESTER ( 1972 ), en un estudio llevado a cabo con paracaidistas, encontraron que sus puntuaciones en diversas escalas de ansiedad no eran más altas que las de los sujetos del grupo de control.

CAPITULO TERCERO :

LAS INVESTIGACIONES DE DONALD I. TEMPLER

### 3. LAS INVESTIGACIONES DE D. I. TEMPLER

En nuestra Tesis hemos escogido como medida directa de la Ansiedad ante la Muerte la Death Anxiety Scale (DAS) de TEMPLER por varias razones:

1ª. Está validada.

2ª. Es, en nuestra opinión, la que mejor se adapta a nuestra investigación, de modo especial a la muestra de an cianos, donde su sencillez y brevedad la convierten en un -- instrumento muy útil.

3ª. Ha sido probablemente una de las escalas más - utilizadas en Norteamérica dentro del contextp del estudio - de la ansiedad ante la muerte, con todo tipo de muestras y - sujetos.

A todo ello hay que añadir que en todo momento el Dr. Tem- pler, a través de una correspondencia epistolar, nos ha propor- cionado una colaboración muy valiosa.

### 3.1. CONSTRUCCION Y VALIDACION DE LA ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

#### 3.1.1. SELECCION DE ITEMS

Templer seleccionó en un principio 40 ítems presumiblemente relacionados con la ansiedad ante la muerte, 23 de los cuales eran "verdaderos" y 17 "falsos".

Se informó a siete jueces (un psicólogo clínico, dos estudiantes graduados en psicología clínica y cuatro capellanes de un hospital psiquiátrico estatal) sobre la finalidad de la investigación y se les pidió que valoraran cada ítem de 1 a 5, según los siguientes criterios:

- 1.- Inaplicable al caso de ansiedad ante la muerte.
- 2.- Escasamente asociado con ansiedad ante la muerte.
- 3.- Moderadamente asociado con ansiedad ante la muerte.
- 4.- Considerablemente asociado con ansiedad ante la muerte.
- 5.- Muy asociado con ansiedad ante la muerte.

Se calculó el promedio para cada ítem y los que obtuvieron un promedio por debajo de tres (9 ítems) fueron descartados. Los 31 restantes fueron incluidos en los últimos 200 ítems del

M.M.P.I. (1)

(1) Un estudio posterior (TEMPLER y RUFF, 1971) ha mostrado que esto no afecta a las puntuaciones de la DAS.

### 3.1.2. ANALISIS DE LOS ITEMS

Para determinar la consistencia interna de los ítems se --- calcularon las correlaciones biserials puntuales ( $r_{bp}$ ) de cada uno de ellos en relación con el total, en los tres grupos - de sujetos siguientes:

a) Cuarenta y cinco ( $n=45$ ) estudiantes de segundo -- curso de Psicología de la Universidad de Kentucky.

b) Cincuenta ( $n=50$ ) estudiantes de edades comprendi- das entre los 25 y 57 años, procedentes de distintos cursos de las Universidades de Kentucky y Tennessee.

c) Cuarenta y seis ( $n=46$ ) estudiantes de un curso in- troductorio de Psicología de la Universidad de Kentucky.

Se decidió seleccionar aquellos ítems que alcanzaran una -- correlación biserial puntual significativa ( $p < 0.10$ ) en dos de los tres análisis.

La Tabla 5 contiene los 15 ítems seleccionados. La probabi- lidad de que la correlación verdadera fuera cero en dos de los tres análisis fue de 0. 028 ( $p < 0.10$ ).

Se calculo el coeficiente Phi ( $\phi$ ) para determinar la inde- pendencia relativa de los ítems. Como ninguno de los coe

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.

TABLA 5: LOS 15 ITEMS DE LA DAS

tes de correlación entre los ítems empleados excedía de 0.65, Templer dedujo que no había una excesiva redundancia entre --- los ítems.

### 3.1.3. FIABILIDAD

A 31 de los sujetos delHopkinsville Community College de -- Kentucky que participaron en el estudio sobre tendencia de - respuesta que describiremos a continuación, se lesaplicó por - segunda vez la DAS tres semanas después de la primera aplica-- ción. La correlación test-retest fue de 0.83. Un coeficiente de 0.76 (KUDER-RICHARDSON Fórmula 20) demostró una consisten-- cia interna razonable en estos 31 sujetos.

### 3.1.4. TENDENCIA DE RESPUESTA Y DESEABILIDAD SOCIAL

Nueve de los quince ítems que componen la DAS son "verdade--- ros" y seis "falsos". A fin de determinar si en la escala in-- fluía la "tendencia de respuesta" se hizo un estudio con la escala de COUCH y KENISTON (1960), que mide precisamente esta tendencia. Para ello, se pasaron ambas escalas a una muestra - de 37 estudiante delHopkinsville Community College. Diecinueve de estos sujetos pertenecían a un curso introductorio de Psico

logía y el resto (dieciocho) eran sujetos de nacionalidad francesa que cursaban primer año de inglés. La correlación entre ambas escalas fue de 0.23 (no significativa al  $p < 0.05$ ).

De igual manera, para estudiar la influencia de la "deseabilidad social" se pasó la DAS y la "Escala de Deseabilidad Social" de MARLOWE y CROWNE (1960) a una muestra de cuarenta y seis ( $n=46$ ) estudiantes de un curso introductorio de Psicología de la Universidad de Kentucky. La correlación entre las dos escalas ( $r=0.03$ ) no fue significativa.

Según estos resultados, Templer concluyó que tanto la "tendencia de respuesta" como la "deseabilidad social" apenas influyen en la DAS.

### 3.1.5. PROCEDIMIENTOS DE VALIDACION

El estudio de la validez de constructo de la DAS se llevó a cabo mediante dos proyectos. En el primero los sujetos fueron pacientes de un hospital psiquiátrico estatal (1) y en el segundo, estudiantes de Universidad.

#### A) Pacientes psiquiátricos:

En este proyecto se compararon las puntuaciones en la DAS

---

(1) Western State Hospital. Hopkinsville, Kentucky.

de 21 pacientes psiquiátricos, que presumiblemente tenían alta ansiedad ante la muerte (bien porque la habían verbalizado espontáneamente, bien porque habían manifestado su preocpación ante la muerte), con las puntuaciones obtenidas por - otros 21 pacientes que actuaban como grupo de control.

Los primeros fueron seleccionados a través de tres procedimientos distintos:

- por informe directo de los capellanes del hospital;
- mediante una lista de nombres elaborada por el director de enfermeros y todo su equipo;
- a través de las historias clínicas de los pacien--tes.

Los sujetos de control fueron equiparados aproximadamente en edad, sexo y diagnóstico. La Tabla 6 muestra las puntuaciones obtenidas en la DAS por cada paciente, así como la -- edad, sexo y diagnóstico psiquiátrico.

Los 21 sujetos con alta ansiedad ante la muerte obtenían una  $\bar{x} = 11,62$ , mientras que los del grupo de control obtuvieron  $\bar{x} = 6,77$  ( $t = 5,79$   $p < 0.01$ ).

A la vista de los resultados, Templer concluye que los pacientes psiquiátricos que verbalizaron espontáneamente su ansiedad ante la muerte obtienen unas puntuaciones significati

TABLA 6.- PUNTUACIONES EN LA DAS DEL GRUPO DE SUJETOS CON ALTA ANSIEDAD ANTE LA

MUERTE Y EL GRUPO DE CONTROL

DAS Score of High Death Anxiety Patients and Controls											
High death anxiety patients						Control patients					
Patients	Sex	Age	Diagnosis	DAS score	Patients	Sex	Age	Diagnosis	DAS score		
1-A	M	24	P	12	1-B	M	21	P	6		
2-A	M	21	S	14	2-B	M	24	S	12		
3-A	M	25	S	6	3-B	M	21	S	3		
4-A	M	62	P	11	4-B	M	60	P	9		
5-A	M	66	MD-D	14	5-B	M	64	IPR	10		
6-A	M	49	S	9	6-B	M	41	S	10		
7-A	F	27	P	15	7-B	F	21	P	4		
8-A	F	25	N	11	8-B	F	37	N	5		
9-A	F	45	N	11	9-B	F	45	N	7		
10-A	F	41	S	12	10-B	F	36	S	6		
11-A	F	49	S	9	11-B	F	46	S	4		
12-A	F	36	S	9	12-B	F	35	S	8		
13-A	F	56	MD-D	15	13-B	F	55	MD-D	10		
14-A	F	35	N	13	14-B	F	31	N	4		
15-A	F	24	N	13	15-B	F	30	N	8		
16-A	F	74	S	13	16-B	F	72	S	6		
17-A	F	35	N	14	17-B	F	37	N	7		
18-A	M	32	P	10	18-B	M	38	P	6		
19-A	M	23	S	11	19-B	M	21	S	2		
20-A	F	24	S	8	20-B	F	28	S	3		
21-A	F	41	S	14	21-B	F	41	S	7		

Note: S = Schizophrenia, P = Personality disorder, IPR = Involuntary psychotic reaction, N = Neurosis, MD-D = Manic depressive-depressed type.

vamente más altas que otros pacientes psiquiátricos.

#### B) Estudiantes universitarios

La DAS, la FODS de BOYAR, una tarea de asociación secuencial de palabras y el M.M.P.I. fueron aplicados a una muestra de 77 estudiantes de la Universidad del Estado de Murry.

La sesión se dividió en dos partes. En la primera, los estudiantes cumplimentaron los 366 ítems del M.M.P.I. y tuvieron quince minutos de descanso. En la segunda parte se les aplicó el resto del M.M.P.I. y tuvieron que realizar la tarea de asociación secuencial de palabras. Los ítems de la DAS se camuflaron entre los últimos 200 ítems del M.M.P.I.

La FODS de BOYAR se utilizó como medio de determinación de la validez de la DAS, pues aunque la validez de construcción de la primera no está completamente determinada (1), era

---

(1) Boyar seleccionó una serie de ítems a través de entrevistas individuales e investigó la adecuación de dichos ítems a su proyecto. La fiabilidad de su escala fue determinada por el método de las dos mitades, con resultados satisfactorios. Para determinar la validez, Boyar aplicó su escala a dos grupos de sujetos "antes" y "después" de ver una película. En el grupo experimental la película supuestamente aumentaba el miedo y/o ansiedad ante la muerte, mientras que era supuestamente inofensiva para el grupo de control. Al incrementarse significativamente las puntuaciones del grupo experimental, el autor concluía que la validación de su escala estaba establecida, aunque parcialmente.

sin duda el instrumento de medida más adecuado para medir el miedo y/o ansiedad ante la muerte.

La tarea de asociación secuencial de palabras se utilizó - también como procedimiento de validación. OSIPOW y GROOMS --- (1965) encontraron un incremento en el número de palabras --- idiosincrásicas y un descenso en el número de respuestas populares, al llevar a cabo una prueba semejante. Era razonable - suponer que la determinación proyectiva se incrementase tanto como lo permitiese la cadena de asociaciones y que, en consecuencia, la tarea de asociación secuencial de palabras pudiera tener un gran valor clínico.

En el presente estudio los sujetos tuvieron que escribir - diez asociaciones referidas a cinco palabras, una de la cuales era "muerte". Las otras cuatro (amor, odio, papel, vida) fueron incluidas para que la naturaleza de la investigación no - apareciera de forma obvia ante los sujetos.

Utilizando este mismo procedimiento, Templer había llevado a cabo anteriormente un estudio piloto con 40 estudiantes de un curso introductorio de Psicología, a los que también les aplicó la DAS. El análisis de los datos mostraba que los sujetos que obtenían unas puntuaciones altas en la DAS tendían a

asociar palabras descriptivas de emociones ( $r=0.41$   $p<0.01$ ).

Un estudio de validación cruzada se llevó a cabo, empleando el mismo procedimiento, con 48 estudiantes de Psicología de la Universidad Oeste de Kentucky. A diez jueces (tres psicólogos clínicos y siete estudiantes graduados en psicología clínica) se les dio una lista de todas las asociaciones obtenidas y una serie de instrucciones para que determinaran las palabras que ellos considerasen directamente descriptivas de emociones. Las palabras juzgadas como descriptivas de emociones por seis o más jueces fueron las siguientes: "ansiedad", "duelo", "grito", "atroz", "pavor", "odio", "afligido", "vacío", "miedo", "miedos", "sentimiento", "pena", "esperanza", "dolor", "soledad", "solo", "amor", "miseria", "lamento", "triste", "tristeza", "pesar", "lágrimas", "desdicha", "desgraciado" y "preocupación".

La correlación entre los resultados obtenidos por los sujetos en la DAS y el número de palabras juzgadas como descriptivas de emociones por seis o más de los jueces fue de 0.31 ( $p<0.05$ ). De esta forma, Templer puso de relieve la relación positiva entre el número de palabras emotivas y las puntuaciones obtenidas en la DAS, concluyendo que la utilización de palabras emotivas y/o emocionales puede ser un signo de ansie--

dad ante la muerte.

Anteriormente RAPAPORT (1946) había encontrado que las res puestas emocionales en un test de asociación de palabras poní an de relive un desorden asociativo. Otras investigaciones -- (BYRNE, 1964; LEFCOURT, 1966) han demostrado que las personas sensibles son más propensas a dar menos respuestas emociona- les que las reprimidas, y que la dimensión sensibilidad-repre sión correlaciona estrechamente con la ansiedad (JOY, 1963).

En el presente estudio sólo se tuvieron en cuenta aquellas palabras consideradas como descriptivas de emociones en el es tudio piloto anterior.

El M.M.P.I. (1) fue utilizado por dos razones. La primera, porque contiene tres medidas de ansiedad bien conocidas: la - Escala de Ansiedad Manifiesta de TAYLOR (1951), la Escala de Ansiedad de WELSH (1956) y el Índice de Ansiedad de WELSH --- (1956). Se suponía que si la DAS correlacionaba estrecha-- mente con cada una de estas escalas, más que una medida de an siedad ante la muerte lo sería de la ansiedad general. Así, - no tendría lo que CAMPBELL (1959) denominó validez discrimina

---

(1) Un intento de construir una Escala de Ansiedad ante la - Muerte con los ítems del M.M.P.I. fue llevado a cabo por TEM- PLER y LESTER (1974). Los resultados obtenidos fueron poco -- satisfactorios.

tiva. Se prevía, por tanto, que al igual que en otras escalas de ansiedad específica (p. ej., la Escala de Ansiedad de SARASON) las correlaciones, aunque positivas, serían pequeñas.

La segunda razón para utilizar el M.M.P.I. fue la de investigar la relaciones de la DAS con las variables de personalidad del M.M.P.I., ya que una buena parte de los estudios sobre ansiedad ante la muerte han tenido en cuenta estas variables, si bien se han obtenido unos resultados conflictivos y un tanto confusos (BOYAR, 1964; RHUDICK y DIBNER, 1961; SWENSON, -- 1961).

### C) Resultados y discusión

La Tabla 7 muestra las correlaciones de la DAS con la ---- FODS de BOYAR, las variables del M.M.P.I., las tres escalas - de ansiedad mencionadas y las palabras descriptivas de emociones.

La Tabla 8 muestra las correlaciones de la FODS con las -- mismas variables y, como puede observarse, los resultados -- son muy similares a los de la DAS. Aunque se preveía una ma--

TABLA 7:

CORRELACION DE LA DAS CON OTRAS VARIABLES

EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS (n=76).

VARIABLES	CORRELACION CON LA DAS
FODS (n=70)	0.74..
L	0.05
F	0.13
K	-0.43..
Hs	-0.04
D	0.03
Hy	0.01
Pd	-0.24.
Mf	-0.14
Pa	-0.09
Pt	0.04
SC	-0.08
Ma	0.12
Si	0.25.
Escala de Ansiedad de Welsh	0.39..
Indice de Ansiedad de Welsh	0.18
Escala de Ansiedad Manifiesta	0.36..
Palabras Emocionales	0.25.

. p < 0.05    .. p < 0.01

TABLA 8: CORRELACION CON LA FODS (n=69).

Variabes	Correlación con la FODS
DAS (n=70)	0.74..
L	-0.06
F	0.10
K	-0.33..
Hs	0.11
D	0.20
Hy	-0.03
Pd	-0.27.
Mf	-0.09
Pa	-0.06
Pt	0.19
SC	0.01
Ma	0.00
Si	0.25.
Escala de Ansiedad de Welsh	0.36..
Indice de Ansiedad de Welsh	0.25.
Escala de Ansiedad Manifiesta	0.41..
Palabras emocionales	0.20

. p < 0.05

.. p < 0.01

yor independencia, dado los contenidos de los ítems de ambas escalas.

Según Templer, estos resultados proporcionan una evidencia mutua para la validación de ambas escalas, pero también ponen de relieve su escasa discriminabilidad para aislar operativamente el miedo de la ansiedad.

La correlación entre la DAS y el número de palabras que describen emociones ( $r = 0.25$   $p < 0.05$ ) es otra prueba, según TEMPLER, de que la DAS es una medida de la ansiedad ante la muerte.

Las correlaciones de la DAS con la MAS ( $r = 0.36$   $p < 0.01$ ), la WAS ( $r = 0.039$   $p < 0.01$ ) y el WAI ( $r = 0.18$  n.s.) fueron bastante inferiores a las de estas escalas entre sí (Tabla 9).

Con respecto a las escalas del M.M.P.I., la DAS sólo correlaciona positivamente con tres de ellas (K., Desviación Psicopática e Introversión Social). El resto de las correlaciones son bastante bajas. Esto no parece estar de acuerdo, en principio, con las afirmaciones de un buen número de clínicos que dicen que la ansiedad ante la muerte está asociada con ciertos síndromes psicopatológicos (BROINBERG, 1933, 1936; CHRIST, 1961; SEARLES, 1961). Sin embargo, los resultados de este estudio no contradicen necesariamente los puntos de vista de --

TABLA 9:  
 INTERCORRELACIONES ENTRE DIVERSAS ESCALAS DE ANSIEDAD

Variable	Indice de ansiedad de Welsh	Escala de Ansiedad . Manifiesta
Escala de Ansiedad de Welsh	0.69	0.78
Indice de Ansiedad de Welsh		0.60

estos autores , puesto que la población estudiada era psíquicamente normal.

Para intentar determinar si las bajas correlaciones obtenidas eran función de una ausencia de psicopatología grave en la población universitaria utilizada como muestra, se aplicó el M.M.P.I. y la DAS, cuyos ítems fueron camuflados entre los 200 últimos del M.M.P.I., a 32 pacientes de un hospital psiquiátrico, diagnosticados de psicosis, neurosis y trastornos de personalidad. La Tabla 10 contiene las correlaciones entre la DAS, las variables del MMPI y las tres escalas de ansiedad utilizadas en otros estudios.

A excepción de las correlaciones positivas con las escalas de ansiedad (aquí notablemente más altas que en estudios con poblaciones normales), las correlaciones son distintas de las que se obtuvieron con una población normal.

Como se puede apreciar en la Tabla 10, las correlaciones obtenidas por Templer son significativas para las escalas F., Depresión, Desviación psicopática, Psicastenia, Paranoia y Esquizofrenia. Estos resultados son coherentes con la literatura clínica, en la que se afirma que las personas esquizofrénicas, obsesivo-compulsivas y depresivas tienen un alto nivel de ansiedad ante la muerte.

TABLA 10:  
CORRELACIONES CON LA DAS EN PACIENTES PSIQUIATRICOS

MMPI	Correlación con la DAS
L	-0.27
F	0.41.
K	-0.10
Hs	0.17
D	0.47..
Hy	0.34
Pd	0.35.
Mf	0.31
Pa	0.39.
Pt	0.49..
Sc	0.56..
Ma	0.16
Si	0.02
Escala de Ansiedad de Welsh	0.44.
Indice de Ansiedad de Welsh	0.36.
Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor	0.48..

.p < 0.05  
.p < 0.01

### 3.2. ESTUDIOS CON LA DAS

#### 3.2.1. PLANTEAMIENTO GENERAL

Las investigaciones llevadas a cabo con la DAS de TEMPLER (1969,1970) no han resuelto el problema de la naturaleza de la ansiedad ante la muerte, pero han contribuido a poner de relieve sus relaciones con otras variables, qué tipo de gente tiene un alto/bajo nivel de ansiedad ante la muerte y cuáles son algunas de las condiciones que determinan este nivel.

Según TEMPLER (1976), hay dos determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte: el estado general de salud psicológica y las experiencias personales que hacen referencia al tópico de la muerte. En relación con el primer punto, los pacientes psiquiátricos tienden a obtener puntuaciones más altas en la DAS que los sujetos normales (TEMPLER, 1969, 1970; TEMPLER y RUFF, 1971). Tanto en sujetos normales como "anormales" otras escalas de ansiedad general o desajuste correlacionan positivamente con la DAS (BLAKELY, 1975; LUCAS, 1974; TEMPLER, 1969, 1970, 1971a, 1971b, 1971c, 1972).

BROWN (1975) encontró una relación inversa entre ansiedad ante la muerte y "ganas de vivir". TEMPLER, RUFF y AYERS (1974) han demostrado que los pacientes depresivos, sistemá---

ticamente tratados con drogas antidepresivas, tienden a disminuir su ansiedad ante la muerte, y esta disminución correlaciona positiva y significativamente con la disminución de la depresión.

Por otra parte, parece que la ansiedad ante la muerte no tiene a estar relacionada con la salud física o la integridad somática. LUCAS (1974) y BLAKELY (1975) hallaron que las puntuaciones en la DAS de pacientes enfermos del riñón que recibían diálisis se mantenía en los límites de la normalidad. TEMPLER (1971b) en una muestra de personas jubiladas no encontró relaciones significativas entre las puntuaciones de la DAS y las de la Escala Somática del CORNELL Medical Index (BRODMAN y Cb. 1949; 1956).

Con respecto a las "experiencias vividas" relacionadas con la muerte, TEMPLER, RUFF y FRANKS (1971) hallaron que la ansiedad ante la muerte de los adolescentes se parece a la de sus padres. Las correlaciones fueron altamente significativas, sobre todo con los padres del mismo sexo, tanto para los adolescentes varones como para las hembras. Sin embargo, la correlación más alta obtenida ( $r=0.59$ ) se dio entre las puntuaciones obtenidas en la DAS por los propios padres. Los autores sugieren que estos datos deben interpretarse más en términos de --



aprendizaje que de similitud genética, y que probablemente -- no dependan de experiencias tempranas ni de la estructura básica de la personalidad.

Según esto, la ansiedad ante la muerte no sería tanto una entidad fija como un estado sensible a los acontecimientos -- del medio y, muy en particular, al impacto de las relaciones interpersonales con los seres más íntimos.

Resultados similares fueron hallados por KIRBY y TEMPLER (1975). Incluso en otro estudio anterior, LESTER y TEMPLER -- (1972) pusieron de relieve que las correlaciones en ansiedad ante la muerte entre una muestra de adolescentes, de edades -- comprendidas entre los 13 y los 19 años, y sus padres eran diferentes según la edad y el sexo. Para los hijos las correlaciones tienden a aumentar con la edad, mientras que para los padres disminuyen.

Una mayor evidencia para esta posición fue obtenida por -- LUCAS (1974) quien, estudiando a tres grupos diferentes de pacientes y a sus mujeres respectivas, encontró un parecido significativo en la ansiedad ante la muerte de ambos esposos. Parece también plausible que elementos exteriores a la familia puedan determinar parcialmente la ansiedad ante la muerte a -- través de las relaciones interpersonales.

### 3.2.2. VARIABLES ESTUDIADAS

#### Edad

TEMPLER, RUFF y FRANKS (1971), con una muestra de 2.500 sujetos de edades comprendidas entre los 19 y los 85 años, han probado que no existe relación entre la edad y las puntuaciones obtenidas en la DAS. Sin embargo, en un estudio posterior (TEMPLER y colaboradores, 1979) la correlación fue significativa ( $r = 0.28$   $p < 0.05$ ). La muestra de este segundo estudio estaba constituida por 101 delincuentes varones encarcelados. Del mismo modo, DEVINS (1979), ha puesto de relieve que los jóvenes obtienen puntuaciones significativamente más altas en la DAS que los ancianos.

#### Sexo

TEMPLER, RUFF y FRANKS (1971) pusieron de relieve que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en la DAS que los hombres ( $p < 0.01$ ). Estos resultados han sido confirmados por LUCAS (1974); BROWN (1975); KLUG (1976); MCDONALD (1976); SCHULZ (1976); MCMORDIE (1979). En cambio, en otros estudios realizados (PANDEY y TEMPLER, 1972; WARREN y CHOPRA, 1979; DEVINS, 1979) no se han encontrado diferencias significativas.

TEMPLER, LESTER y RUFF (1974), hallaron una asociación positiva entre feminidad y ansiedad ante la muerte, que era interpretada en función de una correlación positiva de las dos variables con la ansiedad general.

#### Nivel de instrucción

TEMPLER y Cbres. (1979) encuentran una correlación negativa significativa ( $r = -0.24$   $p < 0.05$ ) entre la DAS y el nivel educativo.

#### Inteligencia

TEMPLER y Cbres. (1979) encuentran una correlación negativa significativa ( $r = -0.24$   $p < 0.05$ ) entre la DAS y el C.I. -- (WAIS). Estos resultados son coherentes con otros obtenidos -- por TEMPLER (1967) en los que se puso de manifiesto una ten-- dencia negativa entre la DAS y la Eficiencia Intelectual del MMPI (GOUGH, 1953).

#### Salud física

La ansiedad ante la muerte no tiende a estar relacionada con la salud física o integridad somática de los sujetos (LUCAS, 1974; BLAKELY, 1975).

#### Raza

En un estudio ya citado anteriormente (PANDEY y TEMPLER, -- 1972) no se encontraron diferencias raciales significativas, concluyéndose que los blancos y los negros (americanos) pue-- den adoptar actitudes similares hacia la muerte, al integrar

los últimos los valores de la cultura dominante. Estos resultados se confirmaron posteriormente (TEMPLER y Cbres., 1979).

#### Status socioeconómico

En el estudio de PANDEY y TEMPLER (1972) las relaciones entre la DAS y el Duncan Index (DUNCAN, 1961), que controla el status socioeconómico, no fueron significativas. Se sugirió que la subcultura, en líneas generales, no influye decisivamente en la ansiedad ante la muerte.

#### Cultura

El único estudio realizado sobre este tema fue llevado a cabo por BESHAI y TEMPLER (1978). En él se compararon los resultados obtenidos en la DAS de dos muestras diferentes: una de funcionarios públicos egipcios (n=45) y otra de americanos (n=49). El supuesto que se trataba de investigar era que tal vez una cultura antigua como la egipcia, que ha elaborado minuciosamente rituales de muerte, puede fomentar un nivel más bajo de ansiedad ante ella que una cultura moderna como la de EEUU.

La DAS fue traducida por el primer autor de este trabajo - al árabe , con la colaboración de dos periodistas. Esta ver-

sión se envió por correo a cincuenta funcionarios públicos - egipcios y la versión original fue remitida a cien funcionarios públicos norteamericanos. Cuarenta y nueve norteamericanos y 45 egipcios cumplimentaron el cuestionario.

El análisis global de los datos revela que las puntuaciones medias de los egipcios ( $\bar{x}= 7,11$   $Sx= 3,03$ ) no diferían significativamente de las de los americanos ( $\bar{x}= 6,06$   $Sx= 3,13$ ) - ( $t= 1,67$   $p < 0.10$ ).

La ligera tendencia superior de los egipcios sobre los americanos en la DAS está en contradicción con el supuesto planteado y probablemente la creencia de que la sociedad preindustrial está relativamente libre de la ansiedad ante la muerte no sea cierta. Se arguye también que la falta de medios sanitarios y de una tecnología adecuada puede contribuir a explicar la diferencia.

El análisis de los ítems de la DAS ofrece sin embargo algunas divergencias y coincidencias interesantes. Así, los egipcios tienen más miedo a sufrir un ataque al corazón que los norteamericanos ( $\chi^2 = 6,72$   $p < 0.01$ ), lo que puede estar en relación con la esperanza media de vida para cada país (51,6 años en Egipto y 67,4 en EEUU); pero por otra parte, no hay -

diferencias en el miedo al cáncer, dado el carácter irreversibile e incurable que posee esta enfermedad en ambas sociedades.

#### Depresión

En una muestra de personas jubiladas (n=75) TEMPLER (1971b) encontró una correlación positiva ( $r= 0.28$   $p < 0.01$ ) entre la DAS y la Escala de Depresión (D) del MMPI, sugiriendo que la alta ansiedad ante la muerte forma parte del síndrome depresivo en las personas ancianas. En otro estudio posterior (TEMPLER y RUFF, 1974) se postula que la ansiedad ante la muerte puede considerarse como un síntoma en personas depresivas.

#### Personalidad

En el estudio sobre la validación de la DAS (TEMPLER, 1970) ya hemos aludido a las relaciones con las variables del MMPI, tanto en sujetos normales como en pacientes psiquiátricos. En un estudio posterior (TEMPLER, 1979), llevado a cabo con delinquentes encarcelados, se confirma que la DAS está positivamente asociada con ciertas variables psicopatológicas del MMPI (Escala L, K, Depresión, Paranoia, Psicastenia, Hipomanía, Introversión social). En la Tabla 12 se recogen los datos con los tres tipos de muestras. La correlación positiva entre DAS y -

TABLA 12

CORRELACIONES DELA D.A.S. CON LAS VARIABLES DE M.M.P.I. EN DIVERSOS ESTUDIOS  
(TEMLER, 1970; 1979)

Escalas del M.M.P.I.	Universitarios (N=77)	Pacientes Psiquiátricos (N=32)	Delicuentes (N=101)
L	0.05	-0.27	-0.22 .
F	0.13	0.41 .	0.09
K	-0.43 ..	-0.10	-0.30 ..
Hipocondríaasis.	-0.04	. 0.17	0.17
Depresión	0.03	0.47 ..	0.25 .
Histeria	-0.01	0.34	0.13
Desviación psicopática	-0.24 .	0.35 .	-0.11
Masculinidad-Feminidad	-0.14	0.31	0.17
Paranoia	-0.09	0.39 .	0.26 .
Psicastenia	0.04	0.49 ..	0.25 .
Esquizofrenia	0.08	0.56 ..	0.06
Hipomanía	0.12	0.16	-0.19 .
Introversión Social	0.25 .	0.02	0.26 .

. P < 0.05

.. P < 0.01

Paranoia de los delincuentes encarcelados no tiene para TEMPLER una explicación lógica. Sin embargo, parece ser consistente con la opinión de M. KLEIN (1948), para quien el miedo a la muerte es la raíz de toda ansiedad. El miedo a la muerte también ha sido identificado como síntoma de las neurosis (MEYER, 1975) y de las psicosis (BECKER, 1973).

Las correlaciones entre la DAS y las variables del MMPI -- obtenidas por los delincuentes encarcelados tiende a asimilar se más con las de los estudiantes universitarios que con las de los pacientes psiquiátricos. Las diferencias afectan principalmente a la escala F y la de Paranoia.

TEMPLER (1972a), en una muestra (n=348) de universitarios, estudió las relaciones entre la DAS y las variables del EPI - (Neuroticismo y Extraversión). En la Tabla 13 aparecen las me dias y desviaciones típicas de este estudio. Se puede observar que las mujeres presentan puntuaciones más elevadas en la DAS que los hombres (TEMPLER, RUFF, y FRANKS, 1971). Lo mismo sucede en Neuroticismo (EYSENCK, 1955, 1966) y en Extraversión, variable en la que EYSENCK (1958, 1960) había obtenido precisamente lo contrario.

	DAS		EXTRAVERSION		NEUROTICISMO		
	N	$\bar{x}$	Sx	$\bar{x}$	Sx	$\bar{x}$	Sx
HOM.	217	6,69	2,72	13,88	3,63	13,28	4,01
MUJ.	167	7,84	2,99	14,31	3,28	14,74	4,05
TOTAL	384	7,19	2,89	14,07	3,48	13,91	4,09

TABLA 13: MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS EN LA DAS,  
EXTRAVERSION Y NEUROTICISMO (TEMPER, -  
1972a).

En la Tabla 14 pueden verse las correlaciones de la DAS - con estas dos variables. En ella se aprecia que las correlaciones entre la DAS y Neuroticismo son significativas ( $p < 0.01$ ) para los hombres, las mujeres y el total de la muestra. Las correlaciones con Extraversión no son significativas en ningún caso(1).

Según EYSENCK (1947,1960) los distímicos ( o neuróticos in trovertidos) serían más propensos a la ansiedad, a la depresión y a la sintomatología obsesivo-compulsiva, mientras que los histéricos (o neuróticos extravertidos) tenderían a las manifestaciones histéricas y psicopáticas. De acuerdo con estos datos, podría concluirse que los distímicos tienen más an siedad ante la muerte que los histéricos, ya que son más propensos a rumiar sobre los hechos del pasado o sobre los sucesos del futuro. Sin embargo, como puede verse en la Tabla 15 esta hipótesis no se corrobora.

---

(1) Esto estaría en relación con lo apuntado por EYSENCK --- (1967), en el sentido de que el extravertido forma con dificultad respuestas condicionadas frente al miedo. Este autor - ha sugerido que dicha característica depende de una mala condicionabilidad, aunque GRAY (1971) lo atribuye más bien al es caso miedo.

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
NEUROTICISMO	0,36...	0,31...	0,36...
EXTRAVERSION	0,03	-0,07	0,00

...  $p < 0.001$

TABLA 14: CORRELACIONES DE LA DAS CON NEUROTICISMO  
Y EXTRAVERSION MODULADAS POR EL SEXO.  
(TEMPLER, 1972a)

	N	$\bar{x}$	Sx	t
HISTERICOS	10	9,30	1,64	1,33 n.s.
DISTIMICOS	23	8,25	2,85	

TABLA 15: DIFERENCIAS DE MEDIAS ENTRE  
HISTERICOS Y DISTIMICOS  
(TEMLER, 1972a)

### Proximidad y experiencia de la muerte

DEVINS ( 1979 ) no ha encontrado diferencias significativas entre los ancianos sanos y aquellos que, por sufrir una enfermedad grave, tienen un riesgo muy alto de morir. De igual modo ha puesto de relieve, tanto en jóvenes como en ancianos, que la proximidad de la muerte así como la mayor o menor experiencia de la muerte de seres queridos no influía en la ansiedad ante la muerte. Sin embargo, la interacción de ambas variables era significativa (  $p < 0.03$  ).

DEVINS aclara que cuando se daba esta interacción los jóvenes manifestaban más ansiedad si el muerto era un miembro de la familia, mientras que los ancianos manifestaban más ansiedad cuando el muerto era un amigo íntimo.

### Suicidio

TARTER y TEMPLER (1974) no encontraron relación significativa entre la ansiedad ante la muerte y la posibilidad de evitar un intento de suicidio.

### Eutanasia

DEVINS (1979) ha obtenido en ancianos una correlación positiva significativa (  $r=0.28$  ,  $p < 0.01$  ) entre la ansiedad ante la muerte y la aceptación de la "eutanasia pasiva voluntaria".

Religiosidad

En una muestra con estudiantes universitarios (n=213), --  
TEMLER y DOTSON (1970) no encontraron relaciones significativ  
vas entre diversas variables de tipo religioso (afiliación, -  
creencia, actividad) y la DAS. Se explicaba esta ausencia de  
relación aludiendo a que la religión juega un pequeño papel -  
en la mayoría de los estudiantes universitarios. También se -  
sugería que en determinadas circunstancias un tipo de creencia  
específica puede interactuar con variables de personalidad y  
con ciertas dimensiones psicopatológicas, influyendo en la -  
naturaleza o grado de ansiedad ante la muerte.

En un estudio posterior (TEMLER, 1972b), llevado a cabo -  
con sujetos presumiblemente muy religiosos (n= 657), los re--  
sultados fueron diferentes. Las personas "muy religiosas" en  
el sentido tradicional (con grandes convicciones religiosas,  
creencia en la vida después de la muerte, interpretación liter  
al de la Biblia, etc.) obtienen unas puntuaciones notablement  
e inferiores a las de los estudiantes universitarios.

En otro estudio (TEMLER y RUFF, 1975), realizado con un -  
grupo heterogéneo de pacientes psiquiátricos (n=276), solament  
e una de las variables religiosas estudiadas ("el aspecto --

más importante de la religión es que ofrece la posibilidad de una vida después de la muerte") obtuvo una ratio significativa con la DAS. Una explicación de este hallazgo puede ser que los enfermos mentales con alta ansiedad ante la muerte sienten una poderosa necesidad de una religión que les garantice la existencia de la vida después de la muerte. Otra explicación plausible puede consistir en que la creencia religiosa basada sólo en la existencia de la vida después de la muerte -- tiende a producir alta ansiedad ante la muerte en los pacientes psiquiátricos.

En la Tabla 16 pueden verse las puntuaciones obtenidas en la DAS y las variables religiosas utilizadas. Hay que señalar que en los tres estudios, los católicos obtienen puntuaciones más bajas que los sujetos de otras afiliaciones.

#### Otras variables

TEMPLER (1971a) encontró que las puntuaciones de la DAS -- (medida verbal de la ansiedad ante la muerte) correlacionaban significativamente con la Respuesta Psicogalvánica (RPG), medida no verbal de la ansiedad ante la muerte, asociada al reconocimiento de palabras que hacen referencia a ella.

MEDIAS DE LA D.A.S. SEGUN EL CUESTIONARIO RELIGIOSO ( TEMPLER , 1975 )

VARIABLE	UNIVERSITARIOS			PERSONAS MUY RELIGIOSAS			PACIENTES PSIQUIATRICOS		
	N	M	F	N	M	F	N	M	F
RELIGION	22	5.73		7	3.57		35	6.14	
	1	10.00					1	8.00	
	180	6.25		276	3.99		204	6.80	
	2	7.00		2	8.00	1.47	10	7.70	
	8	9.88	1.70	11	3.82		26	8.08	1.10
APEGO A LA RELIGION	84	6.24		195	3.73		120	6.48	
	110	6.41		67	4.70		96	6.95	
	19	6.53	0.15	5	4.80	14.47	60	1.52	

( cont. )

VARIABLE	UNIVERSITARIOS			PERSONAS MUY RELIGIOSAS			PACIENTES PSIQUIATRICOS		
	N	M	F	N	M	F	N	M	F
UNA VEZ POR SEMANA	104	6.38		228	3.86		77	6.51	
ACTIVIDAD	47	6.28		25	5.32		28	6.12	
RELIGIOSA	37	6.46		9	2.77		61	7.28	
RARAMENTE/NUNCA	25	6.36	0.02	4	6.00	3.45	106	7.08	0.93
PERMANENCIA EN LA MISMA	175	6.49		168	3.89		169	6.52	
AFILIACION RELIGIOSA	38	5.76	1.51	95	4.25	1.05	59	7.58	3.64
CREENCIA EN LA VIDA	166	6.25		240	3.78		220	6.86	
DESPUES	6	5.67		4	6.75		38	7.29	
DE LA MUERTE	41	7.05	1.46	23	5.83	8.19	18	6.06	0.77

156

( cont. )

VARIABLE	UNIVERSITARIOS			PERSONAS MUY RELIGIOSAS			PACIENTES PSIQUIATRICOS		
	N	M	F	N	M	F	N	M	F
<u>ASPECTO MAS IMPORTANTE</u> <u>RELIGION : VIDA DESPUES</u> <u>DE LA MUERTE</u>	98	6.61		64	4.08		200	7.17	
	113	6.15	1.17	196	4.01	0.03	76	6.07	4.87
<u>INTERPRETA BIBLIA</u> <u>LITERALMENTE</u>	81	6.81		93	3.20		213	6.92	
	128	6.12	2.55	155	4.48	13.11	63	6.70	0.16
<u>INTENSIDAD</u> <u>DE LAS</u> <u>CREENCIAS</u>	74	6.29		218	3.71		98	6.52	
	114	6.39		37	5.05		123	6.75	
	21	6.00	0.15	7	7.57	10.47	55	7.74	2.02

• p < 0.05

•• p < 0.01

Igualmente, la DAS correlaciona significativamente con la Escala de Represión-Sensibilización de BYRNE.

Por otro lado, no se han hallado diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas en la DAS entre fumadores, no fumadores y personas que han fumado anteriormente pero que en la actualidad no lo hacen. Sin embargo, existe una correlación negativa entre las puntuaciones obtenidas y la cantidad de cigarrillos consumidos por día (TEMLER, 1972a). Acaso puedan explicarse estos resultados (en principio un tanto paradójicos) si se presupone que la ansiedad ante la muerte limita el consumo de cigarrillos en personas habituadas al tabaco, si bien se reconocen asimismo la existencia de otras variables como la extraversión y la presión social. Según TEMPLER (1972a), estos hallazgos pueden servir como modelo para investigar desde una perspectiva más amplia determinadas conductas autodestructivas (abuso de drogas, alcoholismo, comer demasiado, et.). Probablemente la ansiedad ante la muerte puede ejercer algún control sobre estas conductas, pero es ineficaz para erradicarlas.

Finalmente NEHRKE y Cbres. (en HULICKA, 1977), en un estudio llevado a cabo con 120 ancianos que residían en instituciones públicas y privadas o en su propio hogar, no encontraron relaciones significativas entre la DAS de TEMPLER con la escala I-E de ROTTER y con el "Life satisfaction Index A" de NEUGARTEN y Cbres. La hipótesis previa sugería que un bajo nivel de ansiedad ante la muerte podía ser un indicador de la Integridad del Yo, el cual, según la teoría de ERIKSON, puede influir poderosamente en la adaptación de las personas ancianas a su propio proceso de envejecimiento. Un análisis más profundo de los datos puso de relieve que efectivamente un bajo nivel de ansiedad ante la muerte constituye un reflejo de la Integridad del Yo, pero que es modulado por la influencia de otras variables como aislamiento, movilidad, salud y adaptación al tipo de vida. En este mismo estudio se pudo constatar que los ancianos que vivían en su propio hogar manifestaban significativamente más ansiedad ante la muerte que los que vivían en instituciones públicas y privadas, sin que hubiera diferencias significativas entre estos últimos.

### 3.2.3. ESTUDIOS FACTORIALES CON LA D.A.S

Los estudios factoriales llevados a cabo con la DAS son bastante recientes. Inicialmente Templer (1970) y Pandey y Templer (1972) habían apuntado que muy posiblemente la DAS era una escala multidimensional, pero no realizaron ningún estudio para probar este aserto. Sin embargo los estudios de Warren y Chopra (1979); Devins (1979) y Lonetto, Fleming y Mercer (1979) han venido a confirmarlo. En todos ellos el análisis factorial se realizó por el método de los Componentes Principales y se utilizó la Rotación Varimax.

Warren y Chopra (1979) obtuvieron tres factores que explicaban el 38 % de la Varianza total. La Tabla 17 recoge los pesos factoriales de cada factor y el porcentaje de varianza total explicada por cada factor.

El factor I viene definido por los items 7,5 y 1 y fue designado como "Factor puro de ansiedad ante la muerte".

El factor II viene definido por los items 12,13,2,3,10,8 y se le consideró como un factor de "preocupación general".

Finalmente el factor III está definido por los items 9,14,11,15,4,6 y fue identificado como un factor de "miedo al dolor y a las operaciones".

TABLA 17  
 ANALISIS FACTORIAL DE LA DAS. METODO COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACION VARIMAX. (WARREN Y CHOPRA, 1979)

NºItem	Factor I	Factor II	Factor III
7	- 0.82		
5	- 0.81		
1	0.59		
12		0.58	
13		0.57	
2		- 0.56	
3		- 0.55	
10		0.44	
8		0.38	
9			0.61
14			0.60
11			0.53
15			- 0.46
4			0.44
6			0.40
% de varianza	17,58%	11,23%	9,18%

Devins (1979), por su parte, obtuvo cinco factores que explicaban el 56,7 por ciento de la varianza total de la DAS.

La Tabla 18 recoge los pesos factoriales de cada factor y el porcentaje de varianza total explicada por cada factor.

El factor I viene definido por los elementos 1,5,10 y fue denominado "miedo a la muerte personal". El factor II viene definido por los elementos 6,4,9,15, siendo considerado como un factor que refleja "las preocupaciones en torno al sufrimiento y al dolor en la muerte". El factor III está definido por los elementos 12,y 8,hace referencia a la "proximidad subjetiva de la muerte". El factor IV aparece definido por los elementos 11,14,3,13 y engloba "los miedos asociados con la muerte". Por último el factor V viene definido por los elementos 2 y 7; aparece caracterizado por los "pensamientos perturbadores en torno a la muerte".

El estudio de Lonetto, Fleming y Mercer (1979) fue llevado a cabo con diversas muestras de población (universitarios, enfermeras, estudiantes de los servicios Funerarios y Asistenciales). Los análisis factoriales fueron realizados independientemente para cada muestra, y al margen de ciertas peculiaridades, los autores identificaron cuatro factores - comunes en todos los grupos, que fueron denominados: factor

TABLA 18

ANALISIS FACTORIAL DE LA DAS. METODO COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACION VARIMAX (DEVINS, 1979)

Nº Item	Factor I	Factor II	Factor II	Factor II	Factor IV	Factor V
1	0.78					
5	0.68					
10	0.57					
6		0.70				
4		0.63				
9		0.62				
15		0.53				
12			0.82			
8			0.70			
11				0.74		
14				0.57		
3				0.51		
13				0.51		
2					0.77	
7					0.57	
% de varianza	20 %	13%	9,10%	8%	6,60%	

cognitivo-afectivo, factor de "alteraciones físicas", factor de "conciencia del tiempo" y factor de "stress y dolor".

Estos cuatro factores explicaban por término medio un 64% de la varianza total sistemática de la escala, oscilando entre un 61,82% y un 72,57% según el grupo.

El factor "cognitivo-afectivo" viene definido por el miedo a morir (elementos 1 y 5), el nerviosismo al hablar de la muerte (elemento 3), o pensar en ella (elementos 2 y 7), la preocupación por lo que puede pasar en el futuro (elemento 15) o después de la muerte (elemento 10).

El factor "alteraciones físicas" engloba el temor a ser operado (elemento 4) y la reacción ante un cadáver (elemento 14).

El factor "conciencia del tiempo" viene claramente definido por la vivencia del paso del tiempo (elemento 8) y por la sensación de que la vida es corta (elemento 12).

El factor de "stress y dolor" viene reflejado por el miedo a una muerte dolorosa (elemento 9), a tener el cáncer (elemento 6) o sufrir un ataque al corazón (elemento 11) y a la posibilidad de una tercera guerra mundial (elemento 13).

Para los autores los cuatro factores comunes descritos - están de acuerdo, en líneas generales, con los puntos de vis-

ta expresados por otros investigadores a cerca de la naturaleza de la ansiedad ante la muerte (Kavanaugh,1972;Lifton 1973;Pandey,1975,Pandey y Templer,1972,Templer,1970;1976). Sin embargo el factor "conciencia del tiempo" parece ser bastante independiente de los otros factores hallados,(solo explica el 8,5%de la varianza total).En este sentido sería interesante investigar si este factor es más bien una consecuencia de la ansiedad general,que de la ansiedad ante la muerte.

En resumen los estudios factoriales llevados a cabo con la DAS ponen de relieve que esta es efectivamente multidimensional,sin embargo la estructura factorial varia entre tres y cinco factores,siendo algunos de estos factores muy similares en los tres trabajos que hemos analizado.



#### 3.2.4. TERAPEUTICA DE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Para TEMPLER (1976) el tratamiento de las implicaciones de los estados de alta ansiedad ante la muerte deben realizarse según los dos factores conceptuales apuntados en su teoría sobre la etiología de la ansiedad ante la muerte. Si la alta ansiedad ante la muerte es un componente primario de un estado psicopatológico más amplio, como la neurosis de ansiedad, la depresión, la neurosis obsesivo-compulsiva o la esquizofrenia, puede ser tratado sintómicamente por psicoterapia, terapia de conducta, drogas, electroshock, o según la terapéutica clínica que se elija.

Sin embargo, si la alta ansiedad ante la muerte es un síntoma aislado en una persona psicológicamente normal o la consecuencia de una experiencia desfavorable, entonces puede ser eliminada mediante técnicas de terapia de conducta como la desensibilización. En aquellos pacientes en lo que dicha alta ansiedad ante la muerte es consecuencia de una experiencia psicopatológica (general o específica) de la muerte, el tratamiento puede llevarse a cabo tanto con métodos directos como indirectos.

No obstante, puede ocurrir que los procesos de manipulación de la ansiedad ante la muerte alcancen una complejidad mayor que la de los dos factores implicados en el modelo de TEMPLER (1976). En este sentido, el trabajo de MURRAY (1974) es muy interesante. Su objetivo consistió en determinar el efecto de un programa de educación ante la muerte en un grupo de enfermeras, seleccionadas según su nivel de ansiedad. El programa se llevó a cabo en sesiones semanales de hora y media. La metodología utilizada incluía lecturas y discusiones, técnicas audiovisuales, dinámica de grupos, rol play y técnicas de sensibilización.

A los sujetos participantes se les aplicó la DAS de TEMPLER (1970) en tres ocasiones: en la primera sesión, al finalizar el programa (sexta semana) y cuatro semanas después.

El trabajo de MURRAY pone de relieve que la ansiedad ante la muerte en las enfermeras no decrece significativamente -- durante las seis semanas que dura el programa, pero sí cuatro semanas después de concluir la experiencia.

Para MURRAY no está claro por qué ocurre esto. Sugiere que es posible que el tiempo transcurrido facilite la reflexión -- de las enfermeras sobre sus actitudes hacia la muerte o que --

en este período ya hayan tenido oportunidad de utilizar, tanto personal como profesionalmente, la información recibida -- durante el curso.

MURRAY ve en esta reducción de la ansiedad ante la muerte un sólido apoyo para la concepción de TEMPLER, RUFF y FRANKS (1971) de que "la ansiedad ante la muerte no es tanto una entidad fija como un estado sensible a los acontecimientos del medio", incluida la intervención terapéutica.

Otro estudio de ZNEHLKE y WATKINS (1975) puede también --- ilustrar la complejidad del cambio de la ansiedad ante la muerte como consecuencia de los esfuerzos terapéuticos. Estos autores dieron durante dos semanas seis sesiones individuales de logoterapia (FRANKL, 1971) a seis pacientes terminales, encontrando un aumento significativo en las puntuaciones del Purpose in Life Test y de la DAS. El grupo de control, en cambio, no mostraba ninguna variación esencial.

Estos resultados contradicen los obtenidos en el trabajo de BROWN (1975) citado anteriormente, en el que se ponía de relieve la existencia de una correlación negativa entre resolución de vida ("ganas de vivir") y ansiedad ante la muerte.

ZUEHLKE y WATKINS sugieren que en estos pacientes los resultados pueden deberse a un proceso intrapsíquico, en el que la realidad de su propio estado físico les aumenta la conciencia y la admisión del miedo a la muerte. En relación con (o quizás como resultado de) la aceptación de esta realidad, los pacientes experimentan una mayor libertad para cambiar sus actitudes y se perciben a sí mismos como significativos y valiosos.

En relación con los ancianos, TEMPLER (1971b) ha apuntado que su tratamiento debe apoyarse más en el refuerzo de los mecanismos de defensa existentes que en una exploración psicodinámica profunda, pues en edades avanzadas los altos estados de ansiedad ante la muerte son frecuentemente consecuencia de una crisis de los mecanismos citados.

### 3.2.5. LA ADAPTACION CASTELLANA DE LA DAS

La primera versión de la DAS en castellano fue realizada conjuntamente por FRANCES FILLORAMO (Masters in Spanish por la Univ. de Georgetown), JOSE MANUEL PEREZ ANES (Lic. en Filología Inglesa por la Univ. Complutense de Madrid), BUDJ. B. MALIG (Lcdo. en Filología Inglesa por la Univ. de Manila) y el autor de esta Tesis. En esta primera versión se hizo una traducción literal de la DAS, respetando al máximo el texto inglés, aunque teniendo en cuenta los giros propios del castellano.

Dicha versión fue revisada y corregida por el Dr. Sánchez Caro (Psiquiatra), la Dra. García-Alcañiz, Alfredo J. Ramos (Licenciado en Ciencias de la Información por la Universidad Complutense de Madrid) y el autor de esta Tesis. Se tuvieron muy en cuenta las matizaciones cognitivas y emocionales que presenta la escala.

En la página siguiente aparece una versión de la DAS tal como fue utilizada en los estudios que expondremos más adelante. Hay que subrayar que esta adaptación no es definitiva, sino susceptible de ser modificada en el curso de nuevas investigaciones.

## ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (TEMPLE, 1970)

(Traducción y adaptación FRANCISCO RAMOS)\*

## INSTRUCCIONES

A continuación encontrará algunas afirmaciones que hacen alusión a su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar. Lea cada frase y decida si con relación a usted es *verdadera* (V) o *falsa* (F). Sitúe sus respuestas en la columna correspondiente.

No hay respuestas buenas ni malas. Si duda ante alguna cuestión, decídase por la respuesta que se acerque más a su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar.

	V	F
1) Tengo mucho miedo de morir .....	-----	-----
2) Apenas pienso en la muerte .....	-----	-----
3) No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte .....	-----	-----
4) Me asusta mucho pensar que tengan que hacerme una operación .....	-----	-----
5) No tengo ningún miedo de morir .....	-----	-----
6) No tengo especialmente miedo de tener el cáncer .....	-----	-----
7) No me molesta nada pensar en la muerte .....	-----	-----
8) Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa .....	-----	-----
9) Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	-----	-----
10) La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho .....	-----	-----
11) En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón .....	-----	-----
12) Pienso a menudo que la vida es realmente corta .....	-----	-----
13) Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial .....	-----	-----
14) Ver un cadáver me horroriza .....	-----	-----
15) Pienso que el futuro no me guarda nada que temer .....	-----	-----

\* Con la colaboración del Dr. J. SÁNCHEZ CARO, psiquiatra; Dra. E. GARCÍA-ALCAÑIZ, profesora de Psicología de la Univ. Compl. de Madrid; FRANCIS FILORAMO, Master in Spanish por la Univ. Georgetown (Washington); J. M. PÉREZ ANES, licenciado en Filología Inglesa por la Univ. Compl. de Madrid; BUDY B. MALIC, licenciado en Filología Inglesa por la Univ. de Manila, y A. J. RAMOS, licenciado en Ciencias de la Información por la Univ. Compl. de Madrid.

En resumen, teniendo en cuenta las características de --  
la escala, podemos hacer la siguiente ficha técnica de la -  
DAS:

1) Identificación

Título: Death Anxiety Scale (DAS).

Autor: Donald I. Templer.

Procedencia: U.S.A. (1970).

2) Objetivos y contenido

Intenta la apreciación de la ansiedad ante la muerte.

Consta de 15 frases, en las que se invita al sujeto a ---  
que las acepte como "verdaderas" o "falsas".

Los fundamentos que han guiado su construcción están re-  
cogidos con detalle en TEMPLER, 1970 y TEMPLER, 1976.

3) Aplicación

Autoaplicada tanto individual como colectivamente.

Heteroaplicada (en sujetos que no saben leer)

El tiempo de aplicación no suele pasar de cinco minutos.

4) Corrección y puntuación

La corrección se puede hacer mediante plantillas adecua--  
das o automáticamente por sistemas mecanizados.

Para la puntuación de cada elemento hay que tener en cuenta su enunciado positivo (verdadero) o negativo (falso) en relación con la ansiedad ante la muerte. En este sentido, cada elemento indicador de ansiedad ante la muerte contabiliza 1 punto. La puntuación total, en consecuencia, puede oscilar entre 0 puntos para la puntuación mínima y 15 para la máxima.

Una clave para la corrección y puntuación de los ítems se adjunta en la página siguiente.

#### 6) Tipificación

Aunque se han realizado numerosos estudios, no existen por el momento datos normativos para ningún tipo de población. La tabla 19 recoge las  $\bar{X}$  y  $S_x$  de varios estudios.

#### 6) Fiabilidad y validez

Tiene fiabilidad y validez. Gran parte de los datos en este sentido se recogen en los trabajos de Templer (1970), Durlak y Kass (1980), Devins (1979), Lonetto y Cbres (1979) va mencionados.

CLAVE PARA LA CORRECCION Y PUNTUACION DE LA D.A.S

	V	F
1) Tengo mucho miedo de morir .....	1	
2) Apenas pienso en la muerte .....		1
3) No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte .....		1
4) Me asusta mucho pensar que tengan que hacerme una operación .....	1	
5) No tengo ningún miedo de morir .....		1
6) No tengo especialmente miedo de tener el cáncer .....		1
7) No me molesta nada pensar en la muerte .....		1
8) Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa .....	1	
9) Me da miedo morir de una muerte dolorosa.	1	
10) La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho .....	1	
11) En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón .....	1	
12) Pienso a menudo que la vida es realmente corta .....	1	
13) Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial .....	1	
14) Ver un cadáver me horroriza .....	1	
15) Pienso que el futuro no me guarda nada que temer .....		1

TABLA 19

Medias y desviaciones típicas en las D.A.S de varios estudios

Sujetos	Estudio	$\bar{x}$	Sx
Templer (1969,1970)			
77	Estudiantes de la Univ. de Murray	6,13	3,10
32	Pacientes psiquiátricos heterogéneos	6,78	2,97
21	Pacientes psiquiátricos con alta ansiedad	11,62	1,96
21	Pacientes psiquiátricos (SS control)	6,77	2,74
Templer y Dotson (1970)			
104	Estudiantes masculinos Univ.Kentucky	6,07	3,12
109	Estudiantes femeninos Univ.Kentucky	6,66	3,07
Templer, Ruff y Franks (1971)			
123	Ancianos residentes	4,85	2,88
160	Ancianas residentes	6,11	3,31
299	Adolescentes varones	5,72	3,07
444	Adolescentes mujeres	6,84	3,21
569	Padres de adolescentes	5,74	3,32
702	Madres de adolescentes	6,43	3,22
78	Pacientes psiquiátricos heterogeneos varones	6,50	3,55
59	Pacientes psiquiátricos mujeres	7,15	3,72
13	Auxiliares psiquiátricos varones	5,08	2,25
112	Auxiliares psiquiátricos mujeres	6,33	3,24
Templer (1971 a)			
49	Pacientes psiquiátricos heterogeneos	7,13	3,45

(TABLA 19 Cont.)

Sujetos	Estudio	$\bar{x}$	Sx
	Templer (1971 b)		
46 Ancianos jubilados		4,15	3,29
29 Ancianas jubiladas		4,41	3,43
	Templer (1972 a)		
217 Estudiantes universitarios masculinos (Bloomfield, College)		6,69	2,72
167 Estudiantes universitarios femeninos		7,84	2,99
	Templer (1972 b)		
106 Hombres muy religiosos		3,67	2,52
161 Mujeres muy religiosas		4,21	2,91
	Pandey y Templer (1972)		
134 Estudiantes universitarios negros		6,35	3,28
124 Estudiantes universitarios blancos		6,16	3,21
	Beshai y Templer (1978)		
45 Egipcios		7,11	3,03
49 Norteamericancos		6,06	3,13
	Templer et al. (1979)		
101 Delicuentes encarcelados		6,07	3,63

Recientemente MCMORDIE (1979) ha realizado dos versiones de la DAS de TEMPLER. La primera de estas versiones (TEMPLER-MCMORDIE I) ha respetado el enunciado de los items de la escala original, pero ha suprimido la dicotomía Verdadero-Falso, calificando cada item de 1 a 7 puntos (escala tipo LIKERT) en un continuo que va de "Está muy de acuerdo" a "Está en completo desacuerdo".

La segunda versión (TEMPLER-MCMORDIE II) respeta el número de items de la escala original, pero introduce no solo un nuevo tipo de puntuación (igual al de la primera versión) sino que también modifica el enunciado de los items, personalizando e intensificando su contenido.

Estas versiones de la DAS han sido estudiadas en un trabajo (MCMORDIE, 1979) llevado a cabo con 320 estudiantes de psicología.

La tabla 20 muestra las correlaciones entre la DAS original, las dos versiones de MCMORDIE, la Escala de Deseabilidad Social de MARLOWE-CROWNE y una Escala de Autopercepción Religiosa.

La tabla 20.1. Muestra las correlaciones entre las tres escalas en una segunda aplicación a 281 de los estudiantes

TABLA 20. CORRELACIONES ENTRE TRES ESCALAS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y OTRAS ESCALAS

( N= 320, MCMORDIE, 1979 )

ESCALA	1	2	3	4
1. TEMPLER	1.00			
2. TEMPLER-MCMORDIE I	0.85...	1.00		
3. TEMPLER-MCMOR. II	0.77...	0.86...	1.00	
4. MARLOWE-CROWNE	-0.21..	-0.24..	-0.23..	1.00
5. AUTOPERCEPCION RELIGIOSA	0.07.	0.05	-0.01	0.07

.. p < 0.01

... p < 0.001

anteriormente mencionados. Como puede apreciarse las correlaciones entre estas tres escalas son elevadas y altamente significativas, lo que pone de relieve que poseen aproximadamente el mismo grado de validez discriminante. Hay que destacar, también, en este estudio las correlaciones negativas de las tres escalas con la escala de Deseabilidad Social de MARLOWE-CROWNE, datos contrarios a los obtenidos por TEMPLER (1970).

TABLA 20.1. CORRELACIONES ENTRE TRES ESCALAS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE, ( N= 281, MCMORDIE,1979 )

ESCALA	1	2	3
1. TEMPLER	1.00		
2. TEMPLER-MCMOR DIE I	0.87...	1.00	
3. TEMPLER-MCMOR DIE II	0.82...	0.88...	1.00

...  $p < 0,001$

TABLA 20.2. FIABILIDAD DE LAS TRES ESCALAS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (MCMORDIE, 1979)

	TEST-RETEST	COEF. $\alpha$
1. TEMPLER	0.84	0.76
2. TEMPLER-MCMORDIE I	0.85	0.84
3. TEMPLER-MCMORDIE II	0.87	0.84

La tabla 20.2. Muestra la fiabilidad test-retest entre ambas aplicaciones, así como los coeficientes de consistencia interna ( Coeficiente  $\alpha$  , CRONBACH, 1951 ). Como puede apreciarse la consistencia interna aumenta en las dos versiones de MCMORDIE, siendo esta diferencia significativa (  $p < 0.003$  ). De igual modo MCMORDIE, ha puesto de relieve que estas versiones poseen una mayor discriminabilidad que la escala original, resaltando como conclusión de su trabajo que cuanto menos la versión TEMPLER-MCMORDIE I ofrece mayores ventajas que la escala original.

Por su parte WARREN y CHOPRA (1979) han llevado a cabo un estudio con la DAS en Australia, obteniendo un índice de con-

sistencia interna razonable ( Coeficiente Alfa = 0.65 )  
y poniendo de relieve que la aquiescencia social no influ-  
ye en la escala.

Las correlaciones obtenidas entre el Total-escala y ca-  
da uno de los items eran todos positivas ( la media de -  
las correlaciones era de 0.41 ) y significativas con -  
 $p < 0.01$  .

### 3.3 HIPOTESIS

Las hipótesis que vamos a someter a comprobación experimental son las siguientes:

1. La ansiedad ante la muerte depende del grado de emocionabilidad del sujeto. Es de esperar que los sujetos más ansiosos y sensibles sean los que manifiesten un mayor nivel de ansiedad ante la muerte.

De igual modo, esto nos da pie para esperar relaciones positivas entre los constructos empíricos que pretenden medir la ansiedad ante la muerte y aquellos que presumiblemente miden el grado de emocionabilidad del sujeto.

2. La extraversión puede inhibir la ansiedad ante la muerte: las personas extravertidas mostrarán menos ansiedad ante la muerte que las introvertidas.
3. Se ha considerado la ansiedad ante la muerte como un síntoma del síndrome depresivo. Cabe suponer entonces que las personas más depresivas tendrán mayor nivel de ansiedad ante la muerte.
4. La aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital. Es presumible, en

consecuencia , preveer que la ansiedad ante la muerte disminuya con la edad.

5. El sexo influye en la ansiedad ante la muerte de tal forma que las mujeres manifestarán más ansiedad que los hombres.
6. El nivel de instrucción puede modificar la ansiedad ante la muerte: cuanto mayor sea el grado de instrucción menor será el nivel de ansiedad ante la muerte.
7. La religión puede influir de forma muy diversa en la ansiedad ante la muerte, sin embargo en los católicos es de esperar que la actividad religiosa frecuente disminuya la ansiedad ante la muerte.
8. Cierta tipo de creencias, cuyo dato común es presuponer que después de la muerte la vida continúa, pueden reducir el nivel de ansiedad ante la muerte.
9. Las experiencias personales que hacen referencia a la muerte determinan el nivel de ansiedad ante ella. Es lícito suponer que ciertos profesionales cuyo ejercicio diario exige un contacto frecuente con la muerte, manifiesten un bajo nivel de ansiedad ante ella.

10. Finalmente, es muy probable que la ansiedad ante la muerte, medida a través de la DAS de TEMPLER, aparezca como algo multidimensional, aunque el número de dimensiones sea reducido.

CAPITULO CUARTO :

M E T O D O L O G I A

#### 4. METODOLOGIA

En la presente investigación hemos utilizado tres muestras diferentes:

- muestra de anciano internados en asilo-residencia (n=120),
- muestra de universitarios (n= 110);
- muestra de A.T.S. (n=244).

Vamos a describir a continuación cada muestra por separado, indicando las pruebas utilizadas y el procedimiento seguido.

##### 4.1. MUESTRA DE ANCIANOS

###### 4.1.1. SELECCION DE LA POBLACION

Valiéndonos de la lista de residencias de ancianos -- del área metropolitana de Madrid, confeccionada por el Departamento de Geriatria de la Cruz Roja Española (jefe de servicio: Dr. A. Salgado Alba) y de informaciones oficiales, seleccionamos una serie de residencias que tenían las siguientes características:

- categoría de residencia-asilo,
- capacidad entre 100 y 500 sujetos;
- ser mixtas;
- régimen abierto (1);
- participación económica de la residencia, en la medida de sus posibilidades;
- estar en el área metropolitana de Madrid.

Había cinco residencias-asilos con estas características:

	<u>Capacidad</u>
-Hermanitas de los Pobres .....	225
(Dr. Esquerdo, 49)	
-Hermanitas de los Pobres .....	235
(c/Almagro, 7)	
-Hermanitas de los Pobres .....	150
(C/Buen Suceso, 12)	
-Hermanitas de los ancianos desamparados	500
(C/Mártires del Alzamiento; 12)	
-Gran Residencia de ancianos .....	500
(c/General Ricardos, 165)	
TOTAL.....	1.410

(1) Por régimen abierto entendemos aquellos centros en los que se tiene un horario flexible en la disciplina interna, y se respeta, aunque con ciertas limitaciones, la libertad de salida diaria, fines de semana...

La población total seleccionada estaba compuesta por 1.410 sujetos, de los cuales tuvimos que excluir 133, que habían sido diagnosticados por el psiquiatra de sufrir alguna enfermedad mental de cierta consideración o que presentaban algún déficit sensorial (sordera total, p. ej.) que hacía imposible llevar a cabo la aplicación de las pruebas en las condiciones fijadas para los demás sujetos.

El resto de los sujetos podría decirse que entraban en la categoría de "ancianos psiquiátricamente normales", es decir, "sin presentar signos de trastornos psiquiátricos funcionales u orgánicos" ni ninguna forma de enfermedad mental clínicamente reconocible (KAY y Cbres., 1964).

#### 4.1.2. SUJETOS

De los sujetos disponibles (1.277) se seleccionaron al azar (por medio de una tabla de números aleatorios) 25 sujetos para el estudio piloto (1) y 130 sujetos para la investigación propiamente dicha.

De antemano habíamos fijado un número de sujetos de reserva para el caso de fracasar con alguno de los seleccio-

(1) PEREZ, D.; RAMOS, F.; y ORTIZ, T.: Aspectos psicosociales de los ancianos. En "Rvta. Española de Geriatria y Gerontología", 1979,4: 359-370.

nados, lo que sucedió en doce ocasiones.

Después de revisar todos los cuestionarios, la muestra de la investigación experimental quedó compuesta definitivamente por 120 sujetos, ya que 10 de los elegidos con anterioridad no habían realizado todas las pruebas. De estos sujetos, 72 eran mujeres y 48 varones . Sus edades oscilaban entre 65 y 97 años. Su lugar de origen era el siguiente:

-Avila	3	-Madrid	47
-Badajoz	6	-Málaga	2
-Bilbao	1	-Murcia	1
-Burgos	2	-Navarra	2
-Cáceres	4	-Oviedo	3
-Cádiz	1	-Orense	1
-Ciudad Real	2	-Santander	4
-Córdoba	1	-Segovia	4
-Cuenca	2	-Sevilla	1
-Jaen	6	-Toledo	9
-Granada	1	-Valladolid	5
-Gerona	1	-Valencia	2
-Guadalajara	2	-Zamora	2
-Huelva	2	-Zaragoza	2
-Logroño	1		

#### 4.1.3. PRUEBAS UTILIZADAS

La utilización de pruebas psicológicas en la población de personas ancianas plantea frecuentemente serios problemas metodológicos, generalmente asociados a la medida y al muestreo. Este hecho ha sido ampliamente discutido por numerosos investigadores (DOPPELT y WALLACE, 1955; BIRREN 1964 y 1967; HERON y CHOWN, 1967; SCHAIE y SHROTHER, 1968; BUSSE y PFEIFFER, 1977; SAVAGE y Cbres., 1973 y 1977; --- KAHANA, 1978; COSTA y MCCRAE, 1978; BALTES y Cbres., 1979, 1980), quienes han puesto de relieve que la elección de instrumentos y muestras adecuadas no se ha cuidado todo lo que hubiera sido deseable.

Se ha planteado (SAVAGE y Cbres., 1973; 1977) la necesidad de tipificar las pruebas existentes (WAIS, 16 P F, - EPI, etc.) en poblaciones de ancianos, a fin de que estas medidas sean válidas y fiables.

En consecuencia, parece bastante probable que en un futuro no muy lejano, sea posible contar con "pruebas específicas" para las personas ancianas o bien con "grupos normativos" que permitan una comparación más adecuada.

En el diseño de la presente investigación contábamos con dos instrumentos fijos: la Escala de Ansiedad ante la Muerte (TEMLER, 1970), de la que ya hemos hablado anteriormente, y el Cuestionario de Indicadores Sociales (PEREZ y PEREZ, RAMOS y ORTIZ, 1979). Este cuestionario (ver apéndice 4 ) trata de recabar información sobre una serie de variables psicosociales que podemos agrupar, a efectos de denominación, en áreas más amplias:

- Datos personales (edad, sexo, estado civil...),
- Familia;
- Trabajo (actitudes, opiniones).
- Residencia-asilo.
- Relaciones sociales (adaptación y actividad social).
- Percepción de la vejez y esperanza de vida.
- Muerte (actitudes, opiniones, creencias).
- Religiosidad (actitudes, opiniones, creencias).
- Afectividad.
- Salud.
- Dinero.
- Felicidad.

May que decir que algunos de estos indicadores sociales están tomados de investigaciones nacionales y extranjeras; otros, por el contrario, han sido creados siguiendo los -- criterios expuestos por AMANDO DE MIGUEL (1967). Si bien en la investigación global se recogió información sobre -- todos y cada uno de tales indicadores, en la presente Te- sis sólo hemos analizado aquellos que parecían relaciona- dos con nuestras hipótesis.

Para la medida de la personalidad teníamos la posibili- dad de utilizar una serie de instrumentos (16 PF, EPI, CEP) que podrían ser válidos de cara a nuestros objetivos. Sin embargo, dado el procedimiento utilizado en su aplicación, la duración total del tiempo de aplicación de las pruebas no debía ser muy largo ni exigir grandes esfuerzos a los - ancianos. Por este motivo nos inclinamos por el Cuestiona- rio EPI de EYSENCK, cuyas características fundamentales -- describimos a continuación:

A) Ficha técnica del EPI

-Identificación:

Nombre: EPI. Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Autores: H.J. Eysenck, Sibil B.G. Eysenck.

Procedencia: University of London Press Ltd. Londres.

Título original: Eysenck Personality Inventory.

Adaptación Española: M. Sánchez Turet (Barcelona) y Sección de Estudio de Tests de T.E.A. (1973).

-Objetivos:

Evaluación de dos grandes dimensiones de la personalidad: neuroticismo y extraversión, con una escala adicional de sinceridad. Se utiliza la forma habitual de preguntas con posibilidades de contestar "Sí" o "No". Existen dos formas paralelas: "A" y "B". En nuestro trabajo hemos utilizado la forma "A".

-Material:

Manual.

Ejemplar del Cuestionario, forma "A" o "B".

Plantilla de corrección.

Administración:

Individual y colectiva. Adolescentes y adultos. No exige una formación cultural previa. Es aplicable en la mayor parte de los trabajos de psicodiagnóstico.

Duración:

Variable . Aproximadamente de 10 a 12 minutos.

-Corrección

Mediante una plantilla, válida para ambas formas "A" y "B", se realiza una corrección manual y objetiva y se obtienen puntuaciones en las tres escalas.

-Tipificación

Baremos en una escala de centiles, sobre muestras de escolares (estudios medios y superiores), y profesionales (diversas categorías). Se ofrece tipificación independiente para varones y mujeres.

No existen baremos para ancianos. Nuestro equipo de investigación ha realizado un baremo especial para este caso.

b) Origen y fundamentos

El Eysenck Personality Inventory (EPI) es el resultado del desarrollo de un instrumento similar (Maudsley Personality Inventory-M.P.I, Eysenck, Londres 1959 y R.R. Knapp, San Diego, 1962).

Incluye varias ventajas respecto a éste:

-Dos formas paralelas "A" y "B", que permiten realizar el retest en un tratamiento experimental, sin la interferencia de los factores de memoria.

-Redacción verbal más elaborada, haciéndolo comprensible incluso a sujetos con un bajo nivel intelectual o educativo.

-Alto grado de independencia entre los dos grandes factores, mediante una mejor selección de los elementos. La correlación entre ambos factores no es estadísticamente significativa.

-Introducción de una escala de sinceridad (S).

-Elevado coeficiente de fiabilidad "test-retest": incluso con intervalo de varios meses, se ha llegado a obtener un coeficiente de 0.85, bastante elevado en una prueba de personalidad de este tipo.

-Su valor como instrumento descriptivo de las manifestaciones de la conducta de la personalidad.

La base teórica y la validación experimental de los conceptos de neuroticismo y extraversión han sido presentadas en varias obras del autor.

El neuroticismo señala la hiperreacción emocional general y la predisposición a la depresión neurótica bajo los efectos del "stress".

La extraversión, en tanto que opuesta a la introversión, indica las tendencias impulsivas y sociables a la exteriorización y la no-inhibición de un sujeto.

Estas dos dimensiones están conceptualizadas como completamente independientes y los estudios experimentales realizados lo han demostrado en varias ocasiones (BENDIG, 1960; EYSENCK, 1956; 1963; FARLEY, 1967).

De una manera descriptiva, los estudios factoriales han -  
llegado a un esquema ortogonal de las dos dimensiones fundamentales de la personalidad que Eysenck ha desarrollado en sus obras. En el estudio de personalidad se han considerado los aspectos fenotípicos y genotípicos: la conducta de una persona (Pc) está en función de sus aspectos constitucionales (Pg) y de las influencias ambientales o entorno (E), esto es:  $Pc = Pg \times E$ .

El cuestionario EPI apunta hacia diferencias descriptivas, fenotípicas y, en este sentido, debe considerarse la significación de los resultados que se obtienen con él (1).

---

(1) Más detalles sobre validez y fiabilidad pueden verse en el Manual de la Adaptación española (Sánchez Turet y Sección de Estudio de Tests de T.E.A., 1973)

### c) Aplicación

La medida de los factores bipolares de neuroticismo-estabilidad y extraversión-introversión ha demostrado su utilidad en una gran variedad de situaciones:

-Industriales (selección, clasificación y orientación profesional, estudio de mercado, etc).

-Pedagógicas (orientación, clasificación, selección y consejo de los escolares, estudios de comportamiento y aprendizaje, etc.).

-Clínicas: casos individuales, programas terapéuticos...

-Experimentales.

Para la medida de la depresión teníamos también la posibilidad de utilizar una serie de instrumentos que podrían ser válidos de cara a nuestra investigación:

-Inventario para la depresión de Beck.

-Escala de Hamilton.

-Escala de depresión de Monnein-Osmond.

-Escala de depresión de Lekie-Wikthers.

-Escala de depresión del MMPI.

-Escala de depresión de Zung.

Nos hemos decidido por la escala de depresión de Zung, -- debido a que ha sido adaptada a la población española en diversos trabajos llevados a cabo por CONDE y Cbres. (1969, 1970, 1973a, 1973b, 1974a, 1974b, 1975).

La ficha técnica de esta escala es la siguiente:

-Identificación

Nombre: Self-Rating Depression Scale (S.D.S.).

Autor: W. Zung (1965).

Procedencia: USA.

Adaptaciones españolas: Se han hecho dos. La primera fue llevada a cabo por CONDE y SANCHEZ DE VEGA (1967) y la segunda por CONDE y Cbres. (1970).

-Objetivos

El objetivo de Zung al crear esta escala fue el de proporcionar un método transversal para la evaluación clínica de 20 rasgos o ítems que permitieran caracterizar, de una manera global y cuantitativa, el llamado "trastorno depresivo" que puede presentarse en cualquier tipo de enfermedad. Además, se pretendía contar con un instrumento de exploración longitudinal en los controles evolutivos, tanto clínico-fenomenológicos como psicoterapéuticos, psicofarmacológicos y bioló-

gicos, permitiendo objetivar la evolución del componente -- depresivo principal (o secundario) de un síndrome o entidad nosológica determinada.

La escala consta de 20 ítems, diez de los cuales repre--- sentan síntomas positivos y el resto negativos. En su aplicación se invita a los pacientes a que califiquen cada uno de los ítems en función de la intensidad de los síntomas. Los criterios diagnósticos son: ánimo deprimido, tendencia al -- llanto, variación del estado de ánimo durante el día, tras-- tornos del sueño, disminución y/o pérdida de apetito, pérdi-- da de peso, disminución y/o pérdida de la libido, estreñi--- miento, taquicardia, fatiga, lentitud psicomotriz, agitación psicomotriz, confusión, vacío vital y/o vivencial, irritabi-- lidad, insatisfacción, devaluación personal y rumiación sui-- cida (ver apéndice 3)

La SDS está construida de tal manera que los pacientes más deprimidos obtienen puntuaciones más altas que los menos de-- primidos (medida cuantitativa de la depresión). Al puntuar - la SDS, se asigna un valor a cada respuesta según que el --- enunciado del ítem vaya en el sentido de la depresión (1,2,3, 4) o a la inversa (4,3,2,1). Las puntuaciones, por. tanto, pue

den oscilar entre 20 (puntuación mínima) y 80 puntos (puntuación máxima).

-Aplicación

Individual y colectiva.

La SDS presenta como ventaja frente a las demás "Rating Scales" la brevedad de su aplicación (rara vez superior a los diez minutos), tanto autoaplicada como heteroaplicada; así como su utilización, no sólo en las depresiones clínicamente graves, sino también en depresiones subclínicas, larvadas, latentes, etc., ya que, si bien no recoge todos los síntomas de la enfermedad depresiva --y mucho menos el síndrome depresivo-ansioso--, sí incluye 20 síntomas "claves", dirigidos hacia los equivalentes psicopatológicos, psicofisiológicos y afectivos, sobre los que existe un acuerdo común y general en relación con su frecuencia en tales trastornos.

En trabajos posteriores se ha llevado a cabo una segunda adaptación de la escala (CONDE y Cbres, 1970), así como la evaluación estadística en muestras normales y patológicas -- (CONDE y Cbres., 1970; CONDE y ESTEBAN, 1973a, 1973b, 1974a, 1974b, 1975).

En nuestra Tesis hemos utilizado la versión realizada en

la segunda adaptación en su forma heteroaplicada y heteroevaluada, teniendo en cuenta todas las indicaciones sobre las posibles aclaraciones de los ítems dadas por CONDE y SANCHEZ DE VEGA (1969).

-Corrección

Mediante plantilla o corrección mecanizada, utilizando hojas diseñadas al efecto.

-Tipificación

La puntuación directa se transforma en un índice SDS. --- Existen grupos normativos tanto en muestras normales como patológicas.

4.1.4. PROCEDIMIENTO

En un sondeo exploratorio llevado a cabo con ancianos -- internados en asilos se nos pusieron de manifiesto dos puntos principales:

-La escasa motivación de los sujetos a cumplimentar los cuestionarios (por olvido, extravío, no tener tiempo...)

-La existencia de algunos sujetos que no sabían leer ni escribir.

El primer punto confirmaba las afirmaciones de LAWTON y Cbres. (1978) en el sentido de que los déficits cognitivos, sensoriales y sociales de los ancianos, así como los problemas motivacionales, influyen notablemente en la realización de pruebas objetivas. Estos autores han llegado a calificar la situación actual como "desesperanzadora". Esta perspectiva no derivaría del fracaso de las pruebas objetivas como tales, sino de las condiciones de aplicación y sobre todo de una carencia general de investigaciones relevantes en torno a estos aspectos. La misma opinión sostienen COSTA y MCKRAE (1978).

El segundo punto es una consecuencia de la situación sociocultural española, que se acentúa particularmente en los asilos, donde, como es sabido, se acoge principalmente a personas de clase social media-baja y baja, por lo cual es difícil encontrar entre un 10 y un 15% de analfabetos o semianalfabetos.

Todas estas circunstancias nos llevaron a la determinación de realizar nuestra investigación en una situación de entrevista estructurada (este mismo procedimiento fue utilizado por SAVAGE y Cbres, 1973, 1977, en sus investigaciones sobre

inteligencia y personalidad en los ancianos). Dicha entre---  
vista la llevamos a cabo de forma individual con cada sujeto  
en un clima de confianza, sin prisas, pero ateniéndonos lo  
más fielmente posible a las fórmulas utilizadas en los cues-  
tionarios.

Para fomentar una actitud positiva hacia nuestra investi-  
gación utilizamos diversos procedimientos:

-Información al médico y al psiquiatra.

-Información a la comunidad religiosa que dirigía el --  
centro.

-El día anterior a la aplicación, todo el grupo de in--  
vestigación fue a la residencia para pasar la tarde con los  
ancianos, a fin de obtener la máxima colaboración por parte  
de los sujetos seleccionados durante todo el proceso de in-  
vestigación.

La forma y el orden de aplicación se realizaron según un  
criterio fijo, determinado de antemano, y fue el siguiente:

-Instrucciones generales

-Cuestionario de Indicadores Sociales (1 al 6)

-EPI

-Zung.

-DAS

-Cuestionario de Indicadores Sociales (7 al 82)

Los datos se recogían en una hoja diseñada al efecto, según un código fijo (ver apéndice 5 ).

#### 4.1.5. LA ENTREVISTA Y LOS ENTREVISTADORES

Como hemos dicho, la aplicación de los cuestionarios se realizó en el transcurso de una entrevista estructurada con la persona seleccionada, en una sala o despacho del asilo. En ese momento no había más que el entrevistador y la persona entrevistada. Antes de comenzar, se le comunicaba al sujeto que la investigación era totalmente anónima, así como una serie de instrucciones que aparecen recogidas en el apéndice 1.

Los entrevistadores (n=5) eran todos licenciados en Psicología y de sexo femenino. Fueron preparados para la investigación mediante reuniones de grupo y técnicas de "rol play", en las cuales se analizaron los objetivos propuestos, las posibles situaciones difíciles que podrían surgir en el curso de la investigación y la conducta a adoptar en ellas.

Al sujeto se le leían las instrucciones generales y, a continuación, las preguntas específicas de cada cuestionario en particular, sucesivamente, sin hacer ningún tipo de

comentario ni modificar el texto.

Las respuestas se iban anotando en la hoja diseñada al efecto. En caso de respuesta "inhabitual" o "confusa", el entrevistador la anotaba textualmente y pedía aclaraciones al sujeto. Todas estas respuestas "inhabituales" fueron después analizadas según criterios comunes de interpretación y puntuación, teniendo en cuenta las aclaraciones que había realizado el propio sujeto.

En el caso de preguntas abiertas (Cuestionario de Indicadores Sociales), se anotaban las respuestas tal como las decía el sujeto. Estas preguntas fueron tipificadas al final del estudio, por lo cual su interpretación sólo se refiere a la muestra en que han sido utilizadas.

#### 4.1.6. VARIABLES ESTUDIADAS

Vamos a enumerar a continuación las variables estudiadas en la muestra de ancianos, indicando la abreviatura que hemos utilizado para identificarlas, así como la prueba o número de indicador por el que ha sido medida o tenida en cuenta.

<u>Variable nº</u>	<u>Nombre</u>	<u>Abreviatura</u>	<u>Medición</u>
1	Edad	EDA	1
2	Sexo	SEX	2
3	Estado civil	E.C.	3
4	Nivel instrucción	N.I.	5
5	Extraversión	EEY	E.P.I.
6	Neuroticismo	NEY	E.P.I.
7	Depresión	DZUN	SDS de ZUNG
8	Ansiedad ante la muerte	DAS	DAS de TEMPLER
9	Pensar en la muerte	PEM	31
10	Miedo a morir	MIEDO	32
11	Creencia después de la muerte	CDM	33
12	Ganas de morirse	GM	34
13	Suicidio	SUIC	35
14	Opinión sobre el suicidio	OPIN	36
15	Religión I (Comulgar)	RELI I	40
16	Autocalificación religiosa	RELI II	41
17	Aburrimiento	ABUR	50
18	Soledad	SOLED	51
19	Tristeza	TRIST	52

<u>Variable nº</u>	<u>Nombre</u>	<u>Abreviatura</u>	<u>Medición</u>
20	Amigos	AMIG	61
21	Felicidad	FELI	57
22	Enfermedad	ENFER	13
23	Estado de salud subjetivo	SALD	65
24	Esperanza de vida	E.V.	66
25	Creencia en los cui- dados médicos	CMED	77
26	Dormir	DOR I	44
27	Tomar algo para dormir	DOR II	43
28	Sentirse viejo	S.V.	29
29	Rectificar	RE	59
30	Motivo de ingreso	M.I.	12
31	Sinceridad	SEY	EPI

#### 4.2. MUESTRA DE UNIVERSITARIOS

##### 4.2.1. Sujetos

La muestra de universitarios estaba compuesta por 114 -- alumnos de tercer curso (grupos de la mañana) de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Su participación en las pruebas fue totalmente voluntaria, ya que únicamente se les invitó a colaborar como sujetos -- anónimos en una investigación, prometiéndoles que al final de la misma se les informaría adecuadamente sobre ella. Cuatro de estos sujetos no cumplieron totalmente los datos exigidos, por lo que fueron eliminados, quedando la muestra reducida a 110 sujetos (39 varones y 71 mujeres) de edades comprendidas entre los 19 y los 44 años.

##### 4.2.2. PRUEBAS UTILIZADAS

Se utilizaron en esta investigación las siguientes pruebas:

- Escala de Ansiedad ante la muerte de Templer (1970).
- Cuestionario EPI de Eysenck (1964).
- Escala para la medida de la depresión de Zung (1965).

-Escala de ansiedad manifiesta de TAYLOR (1953).

-Cuestionario Rasgo-Estado de ansiedad (Spielberger y Colab., 1970).

Vamos a hablar brevemente de estas dos últimas pruebas, ya que de las otras hemos tratado en páginas anteriores.

#### A. Escala de ansiedad manifiesta de Taylor (1953)

Partiendo de la teoría de HULL (1943), SPENCE y la Escuela de IOWA consideraron la ansiedad como un impulso, es decir, como una "variable motivacional semipermanente y en gran parte dependiente de la situación experimental misma", cuya medida se realizó a través de la MAS. Esta escala se basó en la definición de ansiedad manifiesta propuesta por CAMERON (1947), y la finalidad perseguida en su construcción fue lograr una medida de la ansiedad entendida como capacidad de respuesta emocional. Partiendo de que "existe un nivel de ansiedad relativamente constante" y de que este nivel de ansiedad "es fuente de diferencias sistemáticas entre los sujetos", TAYLOR (1953) consideró que la intensidad de esta variable orectica podría ser medida con una prueba de papel y lápiz. De esta forma, dio a cinco psi



cólogos clínicos unos doscientos ítems del MMPI, con la finalidad de que se seleccionasen aquellos que, a su juicio, indicaran un grado sumo de ansiedad manifiesta. Después de una serie de estudios, la escala quedó compuesta por 50 -- ítems (ver Apéndice 6) verdaderos o falsos en el sentido de la ansiedad.

La población de tipificación comprendió unos 2000 estudiantes de Primer curso de Psicología de la Universidad de Iowa. Las puntuaciones obtenidas variaron de 1 a 46 con una media de 14,56. La distribución total estaba ligeramente desplazada hacia la derecha en la dirección de mayor puntuación en ansiedad. No se obtuvieron diferencias significativas entre sexos. Resultados similares fueron hallados con estudiantes de otra Universidad, así como en un curso de paracaidistas.

La fiabilidad test-retest, con intervalos entre las aplicaciones desde tres semanas hasta 17 meses, fueron satisfactorias (de .81 a .89) y las medias obtenidas se mantuvieron constantes (PELECHANO, 1973). En 1956 BENDING presentó una forma abreviada de 20 ítems.

En sus experimentos SPENCE y la Escuela de IOWA esperaban demostrar que aquellos sujetos que alcanzaran una puntuación elevada en la MAS se mostrarían asimismo más exaltables, ya que, según dicha teoría, la ansiedad es un impulso secundario, es decir, adquirido.

Los experimentos llevados a cabo con dicha escala corroboran la hipótesis antes expuesta, a saber: que los individuos que obtienen una puntuación elevada (es decir, los sujetos más ansiosos) adquieren respuestas condicionadas respecto a estímulos incondicionados negativos con mayor prontitud que los demás. Tal es el caso del condicionamiento -- del parpadeo y del reflejo psicogalvánico. No obstante, semejantes predicciones sólo se verifican en lo que respecta al condicionamiento de evitación, por lo que se ha afirmado que el impulso estimado por la escala de ansiedad manifiesta constituye una reacción, y no una tendencia crónica. En -- otras palabras, un individuo que alcance una alta puntuación en la escala, manifestará ansiedad en situaciones que supongan una amenaza o incluso un conflicto, pero no responderá con tanta emotividad a cualquier situación.

Se ha demostrado asimismo (TAYLOR, 1956) que los sujetos ansiosos obtienen mayor éxito en las tareas sencillas que -

en las complejas, mientras que aquellos que manifiestan poca ansiedad ejecutan mejor las tareas difíciles.

De igual modo, si bien dicha escala no se creó con fines terapéuticos, los resultados que suministra presentan correlaciones positivas significativas con los diagnósticos clínicos relativos a la ansiedad, tanto en sujetos neuróticos como en poblaciones normales. Debido a ello, y aunque ni SPENCE ni TAYLOR aclararon del todo si esta variable consiste en un estado transitorio o en un rasgo de personalidad, EYSENCK, apoyándose en las altas correlaciones entre la MAS y los cuestionarios de neuroticismo, optó por interpretarla en términos de un factor de personalidad permanente. (1)

En 1959 O'CONNOR y Colab. sometieron a un análisis factorial los resultados obtenidos en doscientos veinte estudiantes de Psicología (valoración por el método centroide y rotación con estructura simple). El análisis se refirió a 42 ítems, ya que ocho ítems tuvieron que suprimirse, puesto -- que las respuestas mostraron una frecuencia menor del 10% o

(1) Más detalles sobre la MAS pueden encontrarse en TAYLOR (1953). De igual modo, una revisión crítica de las --- aportaciones de EYSENCK y de la escuela de Iowa aparece en PELECHANO (1973).

mayor de un 90%. Se pudieron aislar cuatro factores:

-El factor A: interpretado como "ansiedad crónica unida a sensibilidad y falta de seguridad en sí mismo".

-El factor B: interpretado como "inestabilidad del sistema neurovegetativo a consecuencia de situaciones que son advertidas como amenazadoras o terroríficas".

-El factor C: interpretado como "alteraciones del sueño unidas a fuerte tensión íntima".

-El factor D: interpretado como "sentimiento de insuficiencia personal".

En el presente estudio hemos utilizado la traducción del MMPI realizada por TEA (1974), entresacando los elementos que constituyen la MAS.

#### B. Escala Rasgo-Estado de ansiedad

Para la descripción de esta escala nos vamos a apoyar en el trabajo de BERMUDEZ (1978), así como en el manual de la misma prueba.

##### a) Identificación

Título: State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation - Questionnaire).

Autores: Charles D. SPIELBERGER, Richard L. GORSUCH y -  
Robert E. LUSHENE.

Procedencia: Consulting Psychologists Press, Palo Alto,  
California (1970).

b) Objetivos y contenido

Intento de apreciación de dos conceptos distintos de ansiedad: estado de ansiedad y rasgo de ansiedad, mediante -- las dos escalas de que se compone el inventario, separadas.

La escala de Rasgo consta de veinte frases en las que se invita al sujeto a describir cómo se siente "generalmente". Por su parte, la escala de Estado consta igualmente de veint~~e~~ frases, pero sus instrucciones piden al sujeto que indique cómo se siente en un "momento particular".

Las concepciones de ansiedad como Estado y como Rasgo, - que han guiado la construcción del STAI (State-Trait Anxiety Inventory), están recogidas con mayor detalle en SPIELBERGER (1966 ).

Las circunstancias y condiciones que parecen evocar más - altos niveles de Estado de ansiedad en personas que difie-- ren en Rasgo de ansiedad están suficientemente consideradas en SPIELBERGER, LUSHENE y MCDON (1971).

Una teoría adecuada de la ansiedad debe definir y distinguir bien entre ansiedad como estado transitorio y ansiedad como rasgo relativamente estable en la personalidad.

El estado de ansiedad (estado-A) es una situación transitoria que también se considera como condición humana que -- fluctúa en intensidad y varía con el tiempo. Se caracteriza porque el individuo tiene conciencia de su estado de tensión y aprehensión. Normalmente las situaciones son vividas por el sujeto como peligrosas y amenazantes.

La ansiedad como rasgo, en cambio, se refiere a diferencias individuales en la forma de percibir situaciones como amenazadoras o peligrosas. Personas que puntúan alto en ansiedad como rasgo tienden a percibir un número mayor de situaciones como peligrosas y amenazadoras.

Estos constructos psicológicos deben especificar las características de estímulos "stressenates" que evocan diferentes niveles de estado-A, en personas que difieren en ansiedad como rasgo.

La teoría asume que el despertar de los estados ansiosos engloba una serie de eventos ordenados en el tiempo y que se inician tanto por estímulos internos como externos, per-

cibidos como peligrosos o amenazantes por el sujeto.

Los presupuestos básicos son:

-En situaciones apreciadas por un individuo como amenazadoras es evocado un estado-A. A través de la censura y el "feed-back" cognitivo se sentirán niveles elevados de estado-A y se experimentará una sensación dolorosa (displacentera).

-La intensidad de un estado-A será proporcional a la cantidad de amenaza que el individuo presupone que tiene la situación.

-La duración de un estado-A o de una reacción a un estado-A depende de la persistencia del sujeto en considerar la situación como amenazante.

-Un individuo con un rasgo-A alto percibirá una situación como amenazante o de fracaso mucho más que uno con un rasgo-A bajo.

-Si el estado-A sube los estímulos y propiedades que pudieran haber sido expresados directamente en el comportamiento, pueden haber servido en el pasado para reducirlos.

-Una situación "stressante" puede provocar en el sujeto defensas que reducen el estado-A.

Se puede especular con el hecho de que las experiencias de la niñez influyen en el desarrollo de diferencias individuales en el rasgo-A, y que las relaciones entre padres-hijos centradas en el castigo son especialmente importantes desde este punto de vista. El descubrimiento de actitudes de autodesprecio en personas con rasgo-A elevado, bajo circunstancias caracterizadas por fracasos, etc., sugiere - que tales individuos reciben excesivas críticas y valoraciones negativas por parte de sus padres, lo cual mina su confianza e influye adversamente en el concepto de sí mismos.

### c) Aplicación

Diseñado para su uso en sistema de auto-aplicación, en régimen individual o colectivo.

Las instrucciones están impresas en el test para ambas escalas, Rasgo y Estado (ver apéndice 7)

Las instrucciones para la escala de Rasgo deben ser siempre las impresas en el ejemplar del test; sin embargo, para la escala de Estado las instrucciones pueden ser modi-

ficadas para evaluar el nivel de intensidad del Estado de ansiedad en una situación o intervalo de tiempo que sea -- de interés para el evaluador.

El inventario no tiene tiempo límite, aunque la práctica indica que normalmente una de las escalas se puede completar en diez o doce minutos, y que son necesarios, aproximadamente, veinte minutos para completar ambas escalas. Cuando alguna de las escalas se repite, es frecuente que -- sean suficientes cinco minutos o menos para completarla.

Los autores recomiendan que, cuando ambas se aplican juntas, se pase en primer lugar la escala de Estado de ansie--dad. Puesto que esta escala fue diseñada para ser sensible a condiciones bajo las que el test es administrado, las -- puntuaciones que en ella se obtengan pueden estar influen--ciadas por la atmósfera emocional creada si la escala de -- Rasgo se aplica en primer lugar. Por el contrario, se ha -- demostrado que las escalas de Rasgo de ansiedad son relativamente inalterables por las condiciones bajo las que se -- aplican (JOHNSON, 1968; JOHNSON y SPIELBERGER, 1968; LAMB, 1969).

En investigación, si fuese absolutamente necesario realizar medidas repetidas de Estado de ansiedad, se pueden usar

escalas muy breves de cuatro o cinco ítems, que pueden proporcionar medidas válidas de Estado de ansiedad (O'NEIL, -- SPIELBERGER y HANSEN, 1969; O'NEIL, HANSEN y SPIELBERGER, - 1969).

Aunque originalmente se diseñó como instrumento de inves-- tiguación para explorar fenómenos de ansiedad en sujetos -- "normales", se ha comprobado su utilidad en otras áreas.

Se puede aplicar a cualquier sujeto, siempre que éste -- sea capaz de entender claramente las diferencias que esta-- blecen las instrucciones específicas para cada escala.

#### d) Corrección y puntuación

El rango de puntuación posible varía desde una puntuación mínima igual a 20 hasta un máximo igual a 80 en cada escala del STAI, en base a las ponderaciones de las auto-evalua-- ciones del sujeto en la escala de 4 puntos.

La corrección y puntuación se pueden hacer mediante plan-- tillas adecuadas o automáticamente por sistemas mecaniza-- dos, si se utilizan hojas especialmente diseñadas para tal eventualidad.

La puntuación total de cada escala será la suma de las

puntuaciones alcanzadas en cada ítem.

f) Tipificación

En el manual se recogen datos normativos para amplios -- espectros de población. Dentro de cada área se presentan ta-- blas de puntuaciones-T y rangos de percentiles.

g) Fiabilidad

La fiabilidad test-retest de la escala de Rasgo es rela-- tivamente alta, oscilando de 0,73 a 0,86, mientras que los coeficientes de fiabilidad de la escala de Estado tienden a ser bajos (de 0,16 a 0,54), como era de esperar en una medi-- da que supuestamente habría de recoger las influencias de -- factores situacionales.

Ambas escalas demuestran tener un alto grado de consis-- tencia interna (de 0,83 a 0,92 para la Escala de Estado, y de 0,86 a 0,92 para la escala de Rasgo).

h) Validez

Estudiando la validez concurrente de la escala de Rasgo, se analizaron sus correlaciones con otras escalas, entre -- ellas la IPAT anxiety scale (CATTELL, y SCHEIER, 1963) y el TAYLOR (1953) Manifest Anxiety Scale (MAS), en diversas

muestras, oscilando aquellas de 0,75 a 0,83.

La validez de constructo de la escala de Estado se estudió analizando las fluctuaciones de las medias de Estado en varias situaciones, con diferentes grados de "stress". En los diversos estudios realizados se encontró que las puntuaciones medias en la escala de Estado eran más elevadas en las situaciones más "stressantes", y más bajas en aquellas de mayor relajación.

Estos datos indicarían la idoneidad de la escala para recoger la influencia de factores situacionales en el estado de ansiedad del sujeto.

Otros estudios sobre la validez del Inventario se recogen en el manual del mismo.

Por otra parte, hay que decir que, a pesar de que un gran número de investigaciones han confirmado la distinción de Spielberger acerca de estos dos tipos de ansiedad, algunos trabajos recientes de LYON (1978) y WADSWORTH, BARKER y WILSON (1976) han demostrado que la ansiedad-Rasgo no es tan constante y puede variarse por tratamiento. Estos descubrimientos plantean cuestiones como la de hasta qué punto estas

escalas miden dos tipos distintos de ansiedad.

WADSWORTH, BARKER y WILSON (1976) realizaron un estudio para evaluar la diferencia entre Estado y Rasgo. Para ello, aplicaron el STAI tres veces seguidas a 134 alumnos durante el curso 1971. La segunda realización del test se hizo una semana más tarde que la primera, y la tercera realización dos semanas más tarde. El objeto de dejar este espacio de tiempo intermedio fue el de tener tiempo paralelo para administrar el cuestionario a pacientes de hospital que recibían tratamiento experimental. Los estudiantes servían para determinar el efecto de la repetición del test en las puntuaciones de Estado y Rasgo.

La extracción de un solo factor principal de las intercorrelaciones de las medidas de los dos diferentes tipos de ansiedad parece contradecir el hecho de que estas dos medidas fueran independientes. SPIELBERGER (1972) suponía, sin embargo, que la medida de Estado dependía de la medida de Rasgo. Esta interpretación sugiere que existe un factor principal, que es el Rasgo, junto a un factor subsidiario, que es el Estado.

No obstante, sin tener en cuenta los resultados hallados por medio del análisis factorial, se había previsto -- que las correlaciones entre las medidas sucesivas del Estado de ansiedad serían bajas, mientras que las del Rasgo tenderían a ser elevadas, lo que resultó cierto.

Las correlaciones más bajas encontradas fueron las de -- las medidas de Rasgo y Estado; sin embargo, la corrección -- para la atenuación de las correlaciones entre Estado y Rasgo dieron como resultado una alta correlación, lo cual re-- fuerza la hipótesis de un solo factor básico.

Por tanto, la conclusión de estos autores fue la de que parece existir un solo tipo de ansiedad en vez de dos. (1)

Finalmente, hay que decir que el cuestionario que hemos denominado R (apéndice 8) consta de 10 preguntas sobre algunas variables demográficas (edad, sexo, estado civil), religiosas y conductuales. Su finalidad era la de obtener una información objetiva y rápida sobre ciertas variables que considerábamos pertinentes para nuestra Tesis, tanto en la muestra de universitarios como en la de A.T.S.

---

(1) Mas detalles sobre estos trabajos pueden encontrarse en GONZALEZ FINO, A. : Ansiedad y procesos cognitivos . Tesis Doctoral. Fac. de Psicología. Univ. Compl. Madrid; 1979.

#### 4.2.3. PROCEDIMIENTO

En un aula suficientemente cómoda y amplia, y advertidos los sujetos del carácter anónimo de la investigación, se pasaron durante tres sesiones distintas los cuestionarios citados anteriormente, siguiendo este orden:

##### 1ª Parte

- Instrucciones generales
- Escala de Estado de Ansiedad (Sx-1)
- EFI de Eysenck
- Escala de Depresión de Zung
- Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer.
- Cuestionario R (variables demográficas, religio-  
sas y conductuales).

##### 2ª Parte

- Escala de Rasgo de Ansiedad (Sx-2)
- Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor

Entre la primera y la segunda parte se dió un descanso de cinco minutos, tiempo durante el que los sujetos pudieron fumar, charlar entre ellos, etc., pero no salir de la clase. Al final de la segunda parte, cada sujeto entregó--

los cuestionarios cumplimentados, poniendo el número que se le asignó para todos y cada uno de ellos. Se informó de que estos números podrían servir para que el propio sujeto, si lo deseaba, pudiese conocer los resultados. A continuación se pidió a los sujetos que criticasen, según sus conocimientos, los cuestionarios realizados, poniendo especial atención en la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer e indicando si las preguntas eran lo suficientemente claras y estaban bien formuladas, así como su actitud personal ante esta escala. Se recogieron los cuestionarios y, tras un breve coloquio en el que se comunicó a los sujetos los objetivos y finalidades de la investigación, se dio por terminada la sesión. En el coloquio se contestaron sus preguntas y se les dijo que, una vez que los resultados de todo el estudio estuviesen a punto, se dedicaría una clase a exponerlos y comentarlos.

#### 4.2.4. VARIABLES ESTUDIADAS

Vamos a enumerar a continuación las variables estudiadas en la muestra de universitarios, indicando la abreviatura que hemos utilizado para reconocerlas, así como la prueba o indicador por el que han sido medidas o tenidas en cuenta:

<u>Variable nº</u>	<u>Nombre</u>	<u>Abreviatura</u>	<u>Medición</u>
1	Edad	EDA	Cuestion. R
2	Sexo	SEX	" "
3	Estado civil	E.C.	" "
4	Extraversión	EEY	EPI
5	Neuroticismo	NEY	"
6	Depresión	DZU	SDS
7	Ansiedad ante la muerte	DAS	DAS
8	Religión I	REL-I	Cuestion. R
9	Religión II	REL-II	" "
10	Creencia después de la muerte	CDM	" "
11	Fumar	FUM	" "
12	Creencia en la Reencarnación	R	" "
13	Sinceridad	SEY	EPI
14	Estado de Ansiedad	Sx1	STAI
15	Rasgo de Ansiedad	Sx2	"
16	Ansiedad Manifiesta	MAS	MAS

#### 4.3. MUESTRA DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

##### 4.3.1. SUJETOS

La muestra estaba compuesta por 260 ATS, que se encontraban realizando un curso de especialización en Psicogeriatría en la Coruña. Una vez corregidas las pruebas a las que después nos referiremos, tuvimos que eliminar 16 sujetos por no haber cumplimentado correctamente los cuestionarios, con lo cual la muestra quedó reducida a 244 sujetos (76 varones y 168 mujeres) de edades comprendidas entre los 19 y los 69 años.

##### 4.3.2. PRUEBAS

En este caso, debido a la muestra tan numerosa y a la escasez de tiempo de que disponíamos, tras las instrucciones generales, sólo se consideró necesario aplicar el Cuestionario R (variables demográficas, religiosas y conductuales) y la escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer.

##### 4.3.3. PROCEDIMIENTO

La aplicación de las pruebas se llevo a cabo en una sola sesión durante una clase ordinaria del curso. El salón era lo suficientemente grande como para que los sujetos estuvie

sen cómodamente distribuidos, y se encontraba técnicamente bien equipado para seguir sin dificultad el desarrollo de la sesión. Una vez que se hizo el silencio, el profesor informó a los alumnos de que se estaba realizando una investigación (no se especificó sobre qué) y les solicitó su concurso. Les dijo que ese día les iba a pasar dos cuestionarios muy breves y que no era necesario que pusiesen sus nombres, sino sólo un seudónimo o indicativo con el que se pudiera identificar las pruebas realizadas por cada sujeto. Volvió a insistir en que la investigación era totalmente anónima, y que esto se hacía con la finalidad de que al término de la investigación no se confundiesen los cuestionarios realizados por un sujeto con los de otro. Pidió a todos la máxima colaboración y a continuación, se repartieron los cuestionarios. El profesor dio las instrucciones generales y los sujetos comenzaron a cumplimentar las pruebas.

Una vez terminada la aplicación, el profesor pidió a los alumnos que criticasen las pruebas realizadas, indicando si las preguntas eran suficientemente claras y estaban bien formuladas, así como su actitud ante la escala que trataba de la muerte (no se mencionó la palabra "ansiedad").

A continuación, recogidos los cuestionarios, el profesor continuó la clase normal, prometiendo a los alumnos que cuando concluyese la investigación dedicaría una clase a comentar los objetivos y finalidades de ésta, así como los resultados obtenidos (1).

Hay que reseñar que en las tres muestras utilizadas ni las instrucciones ni los ítems de la DAS ofrecieron tipo -- alguno de dificultad a los sujetos.

#### 4.3.4. VARIABLES ESTUDIADAS

Al igual que en las muestras de ancianos y universitarios, vamos a enumerar las variables estudiadas en la muestra de ATS, indicando la abreviatura de identificación y la prueba o indicador por el que cada variable ha sido medida o tomada en cuenta:

<u>Variable nº</u>	<u>Nombre</u>	<u>Abreviatura</u>	<u>Medición</u>
1	EDAD	EDA	Cuest. R
2	Sexo	SEX	" "
3	Estado civil	E.C.	" "

---

(1) Dicha información les fue comunicada a los sujetos una vez concluido el estudio de fiabilidad de la DAS (test-retest).

<u>Variable nº</u>	<u>Nombre</u>	<u>Abreviatura</u>	<u>Medición</u>
4	Ansiedad ante la muerte	DAS	DAS
5	Religión I	RELI-I	Cuest. R
6	Religión II	RELI-II	" "
7	Creencia después de la muerte	CDM	" "
8	Fumar	FUM	" "
9	Creencia en la Reencarnación	REENC	" "

#### 4.4. ANALISIS ESTADISTICO

Corregidos los cuestionarios, los datos fueron tabulados. Las fichas utilizadas fueron perforadas y verificadas en IBM/O29.

Los cálculos estadísticos se realizaron en un ordenador IBM 360/65, K= 512, Sistema Operativo OSMST del Centro de Cálculo de la Universidad Complutense de Madrid.

Puesto que empleábamos variables continuas y discretas, y de acuerdo con las hipótesis que queríamos demostrar, se utilizaron los siguientes programas de la serie BMDP de la Health Sciences Computing Facility, University of Califor--

nia, Los Angeles:

- P 4 D Alphanumeric Frequency Count Routine  
(Frecuencia de caracteres alfanuméricos)
- P 2 D Frequency Count Routine  
(Frecuencia de variables)
- P 7 D Description Shata with Histograms and  
Analysis of Variance (Descripción de estratos  
con histogramas y análisis de varianza).
- P 1 P Two-way Contingency Tables  
(Tablas de contingencia).
- P 4 M Factor Analysis Double Precision  
(Análisis factorial).

Además fue necesario utilizar un programa de la Serie Osiris de la Universidad de Michigan para el cálculo de la correlación biserial puntual (rbp) en el análisis de los elementos de la Escala de Ansiedad ante la Muerte.

Habíamos decidido trabajar a los niveles de confianza del 5 por 100, 1 por 100 y 1 por 1000.

CAPITULO QUINTO :

R E S U L T A D O S

### 5.1.- CONSIDERACIONES GENERALES

Vamos a exponer a continuación los resultados obtenidos en las tres muestras que hemos utilizado en nuestra investigación. El orden de exposición es el siguiente:

- Datos descriptivos: Frecuencias, porcentajes, medias, desviaciones típicas y representación gráfica, según la naturaleza de las variables analizadas.

- Análisis de varianza: Hemos considerado la ansiedad ante la muerte como una variable dependiente, tratamos de ver, en consecuencia, como influyen en ella cada una de las variables que hemos controlado (análisis de varianza en dos componentes).

- Análisis de  $\chi^2$ : Entre la variable ansiedad ante la muerte (tricotomizada) y las variables discretas. En el caso de que  $\chi^2$  sea significativo expondremos también el coeficiente de contingencia (C).

- Análisis correlacional: Entre la variable ansiedad ante la muerte y las variables continuas. Este tipo de análisis, y según las muestras, lo ampliaremos a otras variables que consideramos pertinentes.

- Análisis factorial: De diversas variables de personalidad (sólo en la muestra de universitarios).

De igual forma expondremos los análisis para determinar la validez y fiabilidad de la adaptación que hemos realizado de la DAS.

Queremos finalmente apuntar que cuando utilizamos la expresión "ansiedad ante la muerte" nos estamos refiriendo a esta variable tal y como es medida por la D.A.S., en la versión que ha quedado expuesta en el apartado 3.2.5 de la presente Tesis. De igual modo cuando utilizamos otras variables (Neuroticismo, Depresión, etc.) nos referimos a los cuestionarios, escalas o indicadores, a través de los cuales han sido medidos o controlados.

5.2. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA MUESTRA  
DE ANCIANOS

### 5.2.1. RESUMEN DEL ESTUDIO PILOTO

En el estudio piloto se ensayó en una muestra reducida de ancianos (n=25) todo el proceso de investigación descrito en el apartado 4.1. Se cuidó especialmente la forma de aplicación de las pruebas por los entrevistadores, a fin de detectar todos los posibles fallos y llegar a unos criterios comunes en aquellas cuestiones que pudieran presentar dificultades. La muestra del estudio piloto estaba compuesta por 25 ancianos (9 hombres y 16 mujeres), cuyas edades estaban comprendidas entre 67 y 89 años. Debido a que parte de este estudio piloto ya fue publicado (1) vamos a exponer aquí de forma resumida aquellos datos que hemos creído mas relevantes de cara a nuestra tesis.

La Tabla 21 recoge las medias y desviaciones típicas de seis variables analizadas en este estudio, mientras que la Tabla 22 muestra las correlaciones de estas variables con la D.A.S. Solo las variables Neuroticismo y Depresión, correlacionan positiva y significativamente ( $p < 0.05$ ) con la D.A.S. Esto está de acuerdo con la primera y tercera hipótesis de nuestro trabajo. Extraña un poco la correlación positiva, aunque no significativa, entre la DAS y la Extraversión, cuando lo esperado era una correlación negativa. Sin embargo para una confirmación más segura de este hallazgo habrá que esperar los resultados obtenidos con la muestra que vamos a analizar a continuación (N=120).

TABLA 21

MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE ALGUNAS VARIABLES DEL ESTUDIO  
PILOTO (N = 25)

	MEDIAS	DESVIACIONES TIPICAS
EDAD	77,88	6,11
EXTRAVERSION	8,88	3,11
NEUROTICISMO	12,40	5,28
SINCERIDAD	2,80	1,29
DEPRESION	48,36	9,52
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	6,92	1,90

TABLA 22

CORRELACIONES ENTRE LA DAS y ALGUNAS VARIABLES DEL ESTUDIO  
PILOTO (N=25)

	DAS
EDAD	0,092
EXTRAVERSION	0,289
NEUROTICISMO	0,402.
SINCERIDAD	0,042
DEPRESION	0,469.

.(p < 0.05)

#### 5.2.2.- DATOS DESCRIPTIVOS

Los resultados que vamos a exponer a continuación se refieren a la muestra formada por 120 ancianos, seleccionados al azar, según los criterios expuestos anteriormente. Sin embargo en orden a ofrecer una visión lo más sencilla y coherente posible de los datos descriptivos hemos seguido los criterios siguientes:

En las variables discretas ofrecemos las frecuencias y porcentajes obtenidos con un breve comentario sobre los hallazgos mas relevantes.

En las variables continuas cuando la gama de puntuaciones no es muy extensa exponemos las frecuencias y porcentajes obtenidos en cada puntuación. Cuando la gama de puntuaciones es muy extensa hemos tricotomizado la variable en función de los percentiles hallados, distinguiendo tres grupos, uno con el 25% superior, otro con el 50% intermedio y otro con el 25% inferior. Exponemos también las medias y desviaciones típicas así como la diferencia de medias entre hombres y mujeres cuando esta ha resultado ser significativa. Todo ello va acompañado, de un pequeño comentario explicativo.

VARIABLE n°1 : EDAD

Año de nacimiento. (Edad)

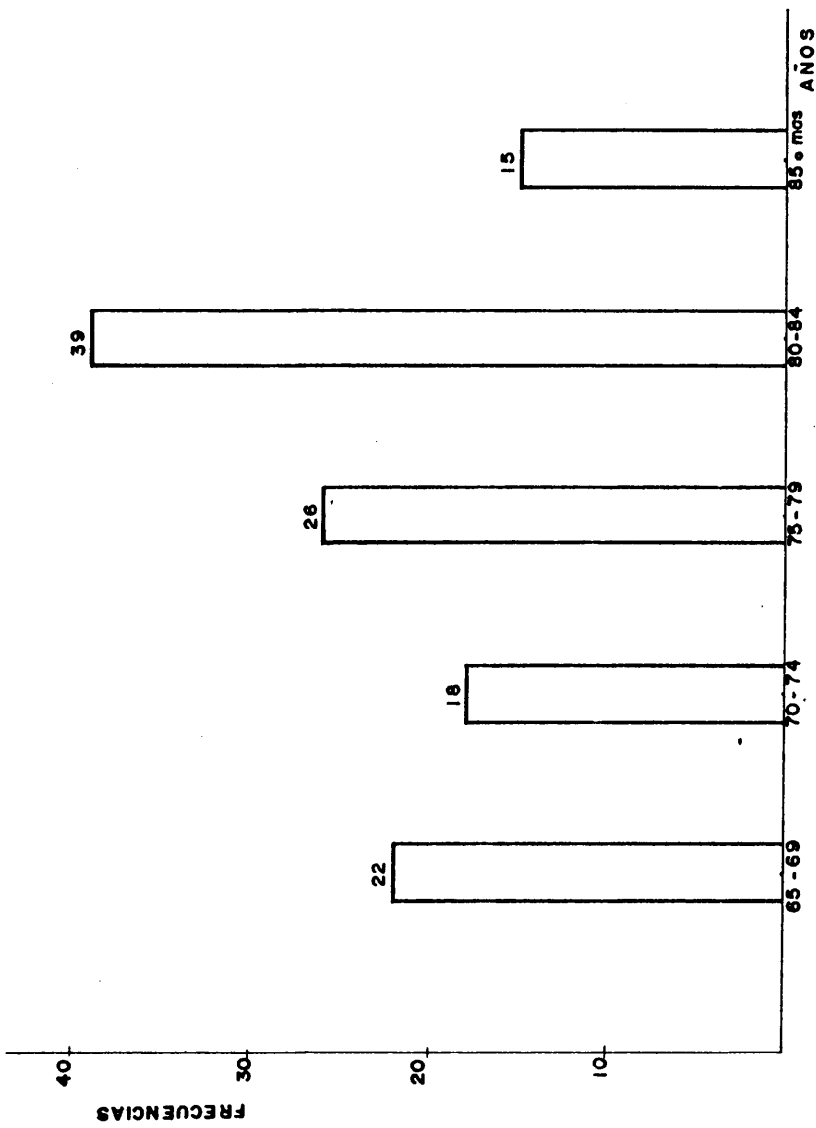
AÑOS	N	%
1- 65 a 69 años	22	18,33
2- 70 a 74 años	18	15,00
3- 75 a 79 años	26	21,67
4- 80 a 84 años	39	32,50
5- 85 ó más años	15	12,50

TOTAL                                    120                                    100 %

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	78,51	7,64
HOMBRES	76,20	6,54
TOTALES	77,59	7,28

La amplitud de esta variable abarca de los 65 a los 97 años. Podemos ver su representación gráfica en la Fig. n° 1 Los datos ponen de relieve que el grupo más numeroso de residentes está formado por ancianos entre 80-84 años (35,50%).

Fig. 1



REPRESENTACION GRAFICA DE LA VARIABLE EDAD.

A partir de esta edad la cifra desciende considerablemente, como consecuencia de que la esperanza de vida disminuye a medida que aumenta la edad de los sujetos.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombre y la de las mujeres.

VARIABLE n°2 : SEXO

Sexo	N	%
0- Varón	48	40
1- Hembra	72	60

TOTAL                      120                      100%

SEXO Y EDAD

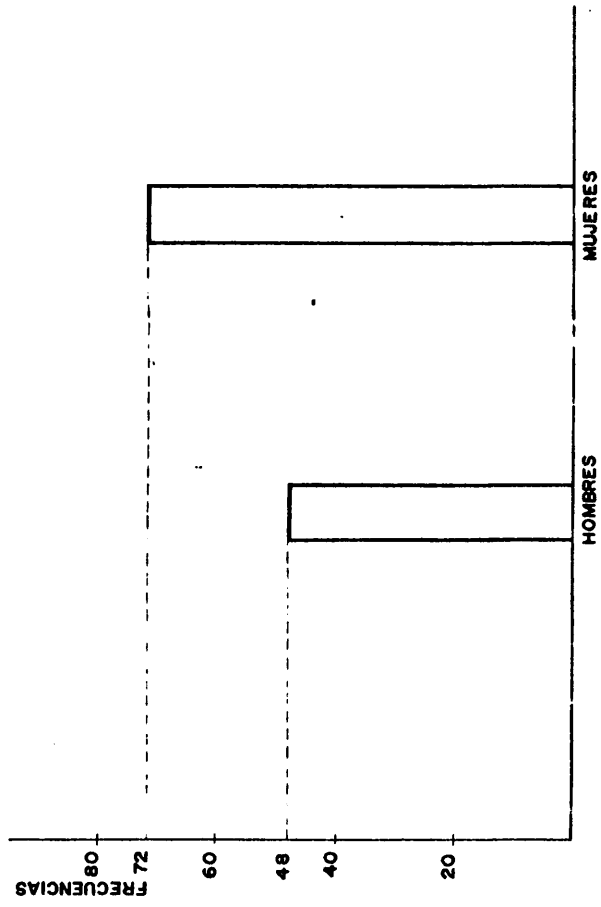
AÑOS	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
1- 65 - 69	10	8,33	12	10,00
2- 70 - 74	7	5,83	11	9,16
3- 75 - 79	12	10,00	14	11,67
4- 80 - 84	16	13,33	23	19,17
5- 85 ó más	3	2,50	12	10,00
TOTAL	48	40,00	72	60,00

Las mujeres son más numerosas que los hombres sobre todo a medida que aumenta la edad.

Esto está en relación con la esperanza de vida para cada sexo, pues es sabido que en la población

general la duración media de la vida es mayor en las mujeres que en los hombre. Una representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 2

Fig. 2



REPRESENTACION GRAFICA DE LA VARIABLE SEXO

244

## VARIABLE nº 3 : ESTADO CIVIL

CATEGORIAS	N	%
0- Soltero	51	42,50
1- Casado	21	17,50
2- Viudo	46	38,33
3- Separado	2	1,67

Las personas viudas y solteras constituyen el 80% de la muestra, lo que pone de relieve que mientras vive el marido o la mujer hay una tendencia a permanecer en el ambiente familiar y social. También puede influir que hasta hace muy poco en la mayoría de los asilos se practicaba la discriminación sexual, situación que está cambiando actualmente. En relación con la edad (Tabla 23 ) se puede observar un aumento progresivo del número de personas viudas, siendo las mujeres (25%) casi el doble que los hombres (13,3%). Estos datos están de acuerdo con los obtenidos en otras investigaciones. (Informe Gaur, 1975; Duocastella, 1976; Carrasco, Vela y Arana, 1979). Una representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 3

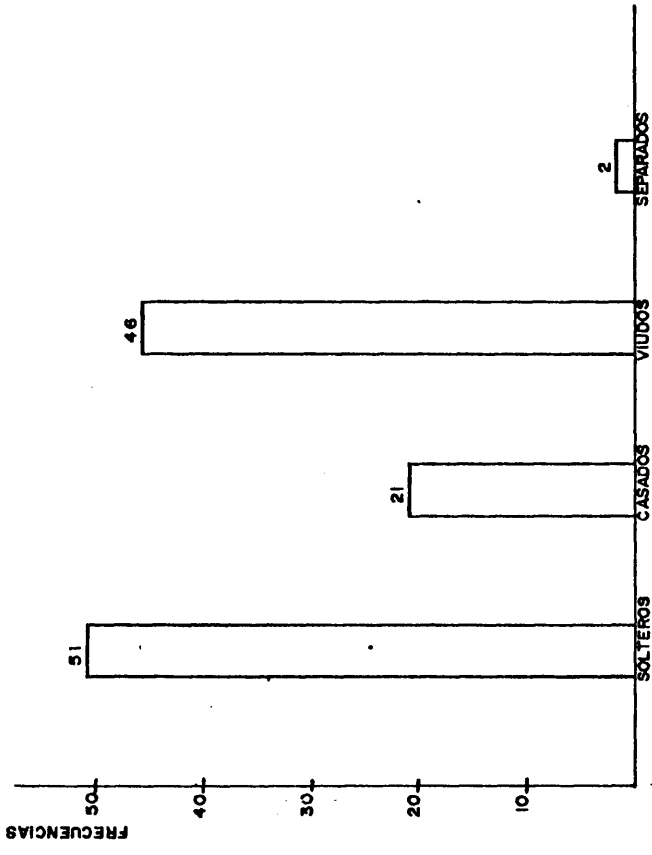
TABLA 23 ESTADO CIVIL Y EDAD

AÑOS	SOLTERO		CASADO		VIUDO		SEPARADO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1- 65 - 69	15	12,50	5	4,17	2	1,67	0	0,00
2- 70 - 74	8	6,67	4	3,33	5	4,17	1	0,83
3- 75 - 79	7	5,83	6	5,00	13	10,83	0	0,00
4- 80 - 84	14	11,67	6	5,00	18	15,00	1	0,83
5- 85 ó más	7	5,83	0	0,00	8	6,67	0	0,00
TOTAL	51	42,50	21	17,50	46	38,33	2	1,67

TABLA 24 ESTADO CIVIL Y SEXO

CATEGORIAS	HOMBRES		MUJERES	
	N	%	N	%
0- Soltero	19	15,83	32	26,67
1- Casado	12	10,00	9	7,50
2- Viudo	16	13,33	30	25,00
3- Separado	1	0,83	1	0,83

Fig. 3



247

REPRESENTACION GRAFICA DE LA VARIABLE ESTADO CIVIL

VARIABLE n°4 : NIVEL DE INSTRUCCION

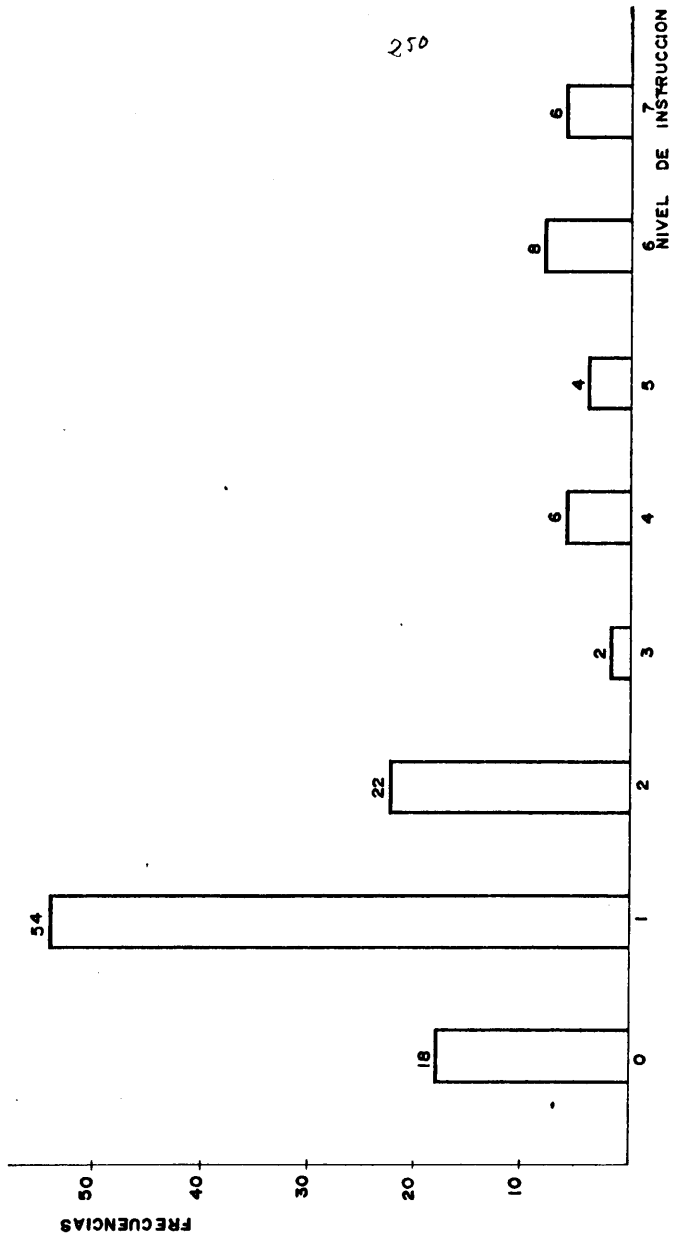
VALORES	N	%
0- Analfabeto	18	15,00
1- Sabe leer y escribir	54	45,00
2- Estudios primarios sin certificado	22	18,33
3- Estudios primarios con certificado	2	1,67
4- Estudios secundarios sin terminar	6	5,00
5- Bachiller Elemental	4	3,33
6- Bachiller Superior	8	6,67
7- Estudios Universitarios	6	5,00

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,77	1,69
HOMBRES	2,20	2,25
TOTALES	1,98	1,97

Las tres primeras categorías suman el 78% de toda la muestra, lo que indica un nivel cultural predominantemente bajo, ligado probablemente a las circuns-

tancias socioeconómicas y culturales en que vivieron. En este sentido parece confirmarse que actualmente los asilos acogen a gente necesitada, de bajo nivel cultural y social. El hallazgo de ancianos con un alto nivel cultural en este tipo de instituciones puede explicarse, según sus propias palabras, por "circunstancias excepcionales en mi vida". Por otra parte, no hemos encontrado diferencias significativas entre las medias de hombres y mujeres. Una representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 4

Fig. 4



REPRESENTACION GRAFICA DE LA VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCION

VARIABLE nº5 : EXTRAVERSION

GRUPOS	$x_1$	N	%
1- Introversos	27	33	27,50
2- Normales	8-12	54	45,00
3- Extraversión	13-19	33	27,50

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	9,25	3,26
HOMBRES	10,75	3,75
TOTALES	9,87	3,56

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	R.C	F	p
1,5	0,66	2,27	1,96	0.05

Esta variable ha sido medida mediante el cuestionario E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 25. La distribución tiende a ser normal aunque la moda aparece un poco desplazada hacia la izquierda. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0,05$ ). Los hombres tienden a ser más extravertidos que las mujeres. (Eysenck, 1958, 1960)



## VARIABLE n°6 : NEUROTICISMO

GRUPOS	$x_1$	N	%
1- Neuroticismo bajo	1-9	33	27,50
2- Neuroticismo medio	10-15	56	46,67
3- Neuroticismo alto	16-24	31	25,83

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	13,16	4,66
HOMBRES	11,39	4,39
TOTALES	12,43	4,59

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	R.C	F	p
1,77	0,85	2,08	1,96	0.05

Esta variable ha sido medida mediante el cuestionario E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 26. La distribución tiende a ser leptocúrtica y tiene la moda desplazada a la izquierda. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0,05$ ). Las mujeres tienden a ser más neuróticas que los hombres. (Eysenck, 1955, 1966)



VARIABLE n°7 : DEPRESION (DZUN)

GRUPOS	$x_1$	N	%
1- Baja Depresión	21-38	31	21,83
2- Media Depresión	39-49	58	48,33
3- Alta Depresión	50-72	31	25,83

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	46,76	8,99
HOMBRES	40,64	9,10
TOTALES	44,34	9,47

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
6,12	1,70	3,6	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida mediante la S.D.S. de Zung. La Tabla 27 muestra su distribución, estadísticos principales y representación gráfica. La distribución tiende a la normalidad, aunque es ligeramente asimétrica negativa. Al igual que en las dos variables anteriores



(Extraversión y Neuroticismo) la tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0.05$ ). Las mujeres tienden a ser más depresivas que los hombres. Esto es coherente con los resultados obtenidos por Conde y Esteban-Chamorro (1974) en poblaciones normales, y contradice los resultados obtenidos por el propio Zung (1971), que utilizando una muestra de población, no encontró diferencias significativas debidas al sexo en la S.D.S.



VARIABLE n°8 : ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	0-5	31	25,83
MEDIA	6-9	64	53,33
ALTA	10-15	25	20,83

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	7,80	2,73
HOMBRES	6,79	2,78
TOTAL	7,39	2,79

Esta variable ha sido medida mediante la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica puede verse en la Tabla 28 . La distribución tiende a la normalidad, aunque es ligeramente asimétrica negativa. La tricotomización se ha realizado también en función de los percentiles obtenidos. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres. Así pues , estos resultados confirman los obtenidos por Pandey y Templer (1972), y contradicen los obtenidos por Templer, Ruff y Franks (1971) en un estudio anterior.

VARIABLE NUMBER . . . . . 1

NAME . . . . . DAS

NUMBER OF DISTINCT VALUES . . . 15

NUMBER OF VALUES COUNTED . . . 120

NUMBER OF VALUES NOT COUNTED . . 0

LUCATIEN ESTIMATES    MEAN    7.391664

                         MEDIAN    7.500000

                         MODE     8.000000

                         MAXIMUM    14.000000

                         MINIMUM    0.0

                         RANGE     14.000000

                         VARIANCE    7.7864733

                         ST.DEV.    2.7904253

                         (S3-Q1)/2    2.000000

                         ST.ERROR    0.2547297

                                        0.2886752

PERCENTILES

PERCENTILE	VALUE
5	7.5
10	7.5
20	8.0
30	8.0
40	8.5
50	9.0
60	10.0
70	10.5
80	11.0
90	12.0
95	12.5
99	13.0

MIN-----MAX

MIN	M	Q	S	MAX
0	8	9	10	14

EACH \* = 0.1085271

PERCENTILES

PERCENTILE	VALUE	COUNT	CUM	PERCENTS	CELL	CUM
5	7.5	4	4	3.3	1	3.3
10	7.5	5	9	4.2	2	7.5
20	8.0	6	15	5.0	3	12.5
30	8.0	7	22	5.8	4	18.3
40	8.5	7	29	6.7	5	25.0
50	9.0	9	38	7.5	6	32.5
60	10.0	10	48	8.3	7	40.8
70	10.5	13	61	9.2	8	49.0
80	11.0	17	78	10.0	9	58.0
90	12.0	18	96	11.7	10	68.0
95	12.5	2	98	15.0	1	99.0
99	13.0	2	100	16.7	1	100.0

EACH \* = 0.1085271

PERCENTS

PERCENTS	CELL	CUM
3.3	1	3.3
4.2	2	7.5
5.0	3	12.5
5.8	4	18.3
6.7	5	25.0
7.5	6	32.5
8.3	7	40.8
9.2	8	49.0
10.0	9	58.0
11.7	10	68.0
15.0	1	99.0
16.7	1	100.0

TABLA 28 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

VARIABLE n°9 : PENSAR EN LA MUERTE

¿Piensa frecuentemente en la muerte?

VALORES	N	%
0- Nunca	39	32,50
1- Muy pocas veces	26	21,57
2- Algunas veces	29	24,17
3- Muchas veces	18	15,00
4- Constantemente	8	6,67

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,68	1,15
HOMBRES	1,02	1,34
TOTALES	1,42	1,27

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	RC	F	p
0,66	0,23	2,87	2,58	0.01

La muerte no parece ser un tema obsesivo para los ancianos de nuestra muestra, ya que casi la tercera parte (32,5%) afirma que nunca piensan en ella, el 45,7% admite que lo hace de forma ocasional y solamente un 21,%

confiesa que la muerte es un tema muy frecuente en sus pensamientos. Estos resultados están muy próximos a los obtenidos por Carrasco, Vela y Arana (1979) con ancianos españoles, y aunque no son estrictamente comparables, son algo diferentes a los referidos por Jeffers y Verwoerd (1977). Parece a grandes rasgos que los ancianos norteamericanos estudiados por Jeffers y Verwoerd piensan más en la muerte que los ancianos de nuestra muestra.

Por otra parte, hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0,01$ ). Las mujeres tienden a pensar más en la muerte que los hombres.



VARIABLE n°10 : MIEDO

¿Tiene miedo a morir?

VALORES	N	%
0- Nada	82	68,33
1- Un poco	14	11,57
2- Regular	6	5,00
3- Bastante	2	1,67
4- Mucho	16	13,33

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	0,95	1,48
HOMBRES	0,56	1,25
TOTALES	0,80	1,40

Gran parte (68,3%) de los ancianos de nuestra muestra confiesa directamente no tener ningún miedo de morir. El resto (31,6%) admite de una forma más o menos acentuada, que morir es algo que les da miedo; incluso para algunos (13,3%) constituye un temor muy intenso.

Estos resultados están de acuerdo con diversos trabajos realizados sobre el tema (Jeffers y Cbres, 1961;

Kimsey y Cbres, 1972; Mars, 1978) en los que se constata que existe una tendencia en los ancianos a confesar que no tienen miedo de morir cuando se les pregunta directamente. Esto no quiere decir que el problema de la muerte les sea ajeno; más bien pone de relieve que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando el ciclo de su vida (Kastembaum, 1969; Kalis, 1976; Thomas, 1976). La actitud de los ancianos que confiesan tener mucho miedo de morir probablemente está relacionado con variables religiosas y de personalidad, como veremos más adelante, pero también con la biografía individual del sujeto. Finalmente hay que destacar que no hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE nº11 : CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE

¿Qué cree que hay después de la muerte?.

CATEGORIAS	N	%.
0- Ideas religiosas. .	42	35
1- Idea del más allá pe- ro sin precisar	41	34,17
2- Nada	22	18,33
3- No sabe, no contesta	15	12,50

Uno de los tópicos íntimamente ligados a la muerte es la existencia de un más allá, que algunas religiones presentan a sus fieles de una forma estructurada y precisa. Sin embargo en líneas generales, las razones que fundamentan esta creencia pueden pertenecer a tres categorías principales: la filosófica, la místico-religiosa y la científica. La aproximación filosófica al problema de la muerte ofrece algunos argumentos tradicionales en favor de la doctrina de la supervivencia personal después de la muerte corporal. Carrington y Meader (1911) los resumieron del siguiente modo:

a) El argumento ontológico, que basa la inmortalidad en la inmaterialidad e irreductibilidad de la substancia anímica.

b) El argumento teológico, que utiliza los conceptos de destino y función del hombre, su disposición a liberarse progresivamente de las condiciones espacio temporales y a desarrollar completamente sus potencialidades intelectuales y morales, desarrollo que es imposible en las condiciones de vida terrestre.

c) El argumento ético, es decir, la exigencia moral de una equivalencia que no puede encontrarse en la vida.

d) El argumento histórico, la creencia en la supervivencia a la muerte es tan antigua como el hombre y está ampliamente difundida, lo que demuestra que se encuentra profundamente asentada en la naturaleza humana.

Todos y cada uno de estos argumentos son altamente especulativos, y están basados más en presupuestos intelectuales que experimentales.

De igual modo el papel preponderante jugado por muchas religiones está íntimamente asociado con la muerte. En este sentido un aspecto crucial de la mayor parte de las religiones es la de dar un significado a la muerte,

"

garantizando a menudo la supervivencia tras ella. Aparece así todo un universo de ultratumba que cada religión organiza y estructura de una forma peculiar y propia.

Es dentro de cada universo religioso donde hay que situar los múltiples testimonios a favor de la supervivencia tras la muerte, dadas por místicos y ascetas de toda índole. Pero del mismo modo que la lógica y la razón han sido insuficientes hasta ahora para suministrar un conocimiento cierto de una vida posterior, las experiencias directas de los místicos y de los ascetas han demostrado ser insuficientes para inducir una convicción universal.

Queda por último decir algo sobre el conocimiento científico que se tiene sobre el tema. Para ello es preciso advertir que si bien la thanatología viene estudiando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la muerte, casi sin excepción, el trabajo de los thanatólogos se ha basado en la suposición de que con la muerte termina la existencia humana, considerando por tanto que la tarea de las profesiones asistenciales es enseñar al paciente moribundo que acepte su fin. El estudio científico de la cuestión se puede decir que está en sus comienzos y es sumamente arriesgado por el momento tratar de llegar a unas conclusiones siquiera provisio-

nales. Ello no ha sido obstáculo, sin embargo, para que en este siglo autores como William James (1901), Hart (1959), G. Murphy (1961), A. Toynbee (1968), Kubler-Ross (1969, 1974), Moody (1975, 1977), entre otros, hayan tratado el tema desde diversas perspectivas. Muchos de estos estudios son ensayos especulativos en los que se aborda el tema con soltura y profundidad, aunque sin tomar partido; otros carecen de científicidad probada (v.g. Kubler-Ross, Stevenson, Moody). Todo parece indicar como ha afirmado el conocido parapsicólogo Rhine (1960) que la investigación de la supervivencia después de la muerte plantea serias dificultades metodológicas a la ciencia actual. Recientemente dos psicólogos Osis y Haraldsson (1979) han expuesto en su libro "A la hora de la muerte" un estudio científico transcultural de las visiones que los moribundos tienen en el lecho de muerte. Parece ser que ni el condicionamiento médico, ni el psicológico, ni el cultural pueden explicar las visiones en el lecho de muerte; visiones que además son independientes de variables como, edad, sexo, educación, religión y status socioeconómico. Aunque los datos aportados por este estudio, no demuestran categóricamente la existencia de supervivencia después de la muerte, sin embargo, posibilita según los autores, una creencia basa-

da en hechos, racional y, por tanto, realista en la vida después de la muerte.

En nuestra muestra, más de la tercera parte de los ancianos (35%) tienen una visión de lo que acontece después de la muerte, influenciada por la religión católica. Estas personas creen que después de la muerte hay cielo, purgatorio, infierno, juicio, etc. Otra buena parte (34,17%) creen simplemente en el "más allá". De igual modo un 18,33% confiesa abiertamente que "después de la muerte no hay nada", e incluso de forma personal, algunos de estos sujetos matizan que no "tiene que haberlo" y "ni puede haberlo, después de lo que uno ya ha pasado en esta vida". De forma ocasional se nos ha puesto de relieve que en muchos sujetos la existencia de vida después de la muerte estaba íntimamente asociada al premio ("después de todo lo que he sufrido, confío en que Dios me de el descanso") o el castigo ("me da mucho miedo, porque temo condenarme"). Finalmente, hay un porcentaje considerable (12,5%) que no saben-no contestan, lo cual puede reflejar muy bien la interrogación e incertidumbre que muchas personas tienen sobre la posibilidad de existencia de vida después de la muerte.

VARIABLE n°12 : GANAS DE MORIRSE

¿Ha sentido alguna vez ganas de morirse?

VALORES	N	%
0- Nunca	57	47,50
1- Muy pocas veces	28	23,33
2- Algunas veces	18	15,00
3- Muchas veces	13	10,83
4- Constantemente	4	3,33

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,03	1,07
HOMBRES	0,94	1,31
TOTALES	0,99	1,17

Vejez y muerte son temas paralelos. Surge la pregunta. ¿Es la muerte el remedio para los males de la vejez?. Todo parece depender de la propia biografía personal del sujeto y de su propia adaptación al proceso de envejecimiento. Diversos estudios (Richard y Cbrs, 1962; Savage y Cbrs., 1977) han puesto de relieve las formas en que los ancianos se adaptan personal y socialmente a los cambios producidos por el envejecimiento. Todo parece indicar que, en líneas

generales, se pueden destacar (al menos en el plano teórico) dos posturas muy marcadas: aquellos que aceptan la vejez como algo natural en el curso de su vida (visión de la vejez como culminación) y aquellos que rechazan la vejez por ser algo no ya inevitable sino fatal para el individuo (visión de la vejez como etapa estéril de la vida, caracterizada por la decadencia y la decrepitud).

En nuestra muestra, casi la mitad de los sujetos (47,5%) no han sentido "ganas de morirse", el resto (52,5%) admiten claramente esta posibilidad, aunque hay que notar que el porcentaje de sujetos va disminuyendo progresivamente en las diversas categorías. A la vez conviene destacar que "el deseo de morirse" puede ser un síntoma asociado a una mayor tendencia a la depresión, algo frecuente en los ancianos internados en los asilos.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE nº13: SUICIDIO

¿Por qué cree usted que hay personas de su edad que se quitan la vida?

CATEGORIAS	N	%
0- Locura	39	32,50
1- Desesperación y aburrimiento	34	28,33
2- Locura y desesperación	30	25,00
3- Otras	17	14,17

El suicidio es visto como algo anormal y patológico por la casi totalidad de los ancianos encuestados (85,8%). Esta pregunta era una de las llamadas "abiertas" y la tipificación se hizo teniendo en cuenta las respuestas de los sujetos. Parte de ellos (32,5%) aluden a que "quitarse la vida es debido a la locura" otros (28,3%) lo atribuyen a la "desesperación" y al "aburrimiento"; algunos (25%) citan expresamente la "locura" y la "desesperación" a la vez. Finalmente un 14,17% da razones de muy diversa índole ("se sentirían muy desgraciados" "sufrirían mucho" "son cobardes" etc.) predominando en cierta medida las de tipo patológico.

VARIABLE n°14: OPINION DEL SUICIDIO

¿Que opinión le merecen estas personas?

CATEGORIAS	N	%
0- Buena	12	10,00
1- Regular (lo comprenden pero no lo aceptan)	48	40,00
2- Mala	60	50,00

No solamente el suicidio es algo patológico, sino que el anciano suicida es mal visto por la mitad (50%) de sus coetáneos, aunque hay un porcentaje considerable (40%), que admite comprenderlo, si bien no lo acepta. Solamente algunos sujetos (10%) mantienen una buena opinión de estas personas.

## VARIABLE n°15: RELIGION I

¿Con qué frecuencia suele comulgar?

VALORES	N	%
0- Todos los días	32	26,67
1- Una o dos veces semana	35	29,17
2- Cada quince días	10	8,33
3- Cada mes	11	9,17
4- Cada dos o tres meses	7	5,83
5- Una o dos veces al año	10	8,33
6- Casi nunca	15	12,50

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,76	1,79
HOMBRES	2,77	2,39
TOTALES	2,13	2,11

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
1,01	0,40	2,52	1,96	0.05

Diversos estudios han puesto de relieve que en la vejez existe un mayor interés hacia los valores espirituales y religiosos, sin embargo una evaluación acertada

de estos aspectos es bastante complejo y requiere un diseño adecuado. En nuestra muestra la mayoría de los ancianos confesaban pertenecer a la religión católica y salvo por razones de fuerza mayor (enfermedad que le obligaba a guardar cama etc.) no dejaban de asistir a misa los domingos, incluso buena parte de los sujetos afirmaban ir a misa todos los días. Preguntadas las religiosas que regentaban estos asilos si era obligatorio la asistencia diría a misa nos dijeron que no, sin embargo algunos de los ancianos encuestados nos dijeron que si, incluso algunos nos contaron la manera picaresca que utilizaban en ocasiones para "librarse" de la misa. La escasa información prestada por estos indicadores nos llevo finalmente a prescindir de ellos y a no incluirles en el presente estudio. Un buen indicador de la actividad e intensidad religiosa es la frecuencia con que la gente suele comulgar (Amando de Miguel, 1967).

En nuestra muestra sólo un 26,6% de los ancianos son de los de "comunión diaria", de igual modo un 29,1% comulga una o dos veces por semana. Estas dos categorías constituyen más del 55% de toda la muestra. El resto de los an

cianos se distribuyen sin grandes diferencias en las categorías restantes, aunque quizá sea preciso destacar ese 12,5% de ancianos que casi nunca comulgan.

Por otra parte, hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0.05$ ), éstas comulgan con mayor frecuencia que aquellos.

VARIABLE n°16: RELIGION II

¿Cómo se clasificaría usted?

VALORES	N	%
0- Muy buen católico	38	31,67
1- Católico practicante	50	41,67
2- Católico no muy practicante	19	15,83
3- Indiferente	11	9,16
4- Ateo	2	1,67

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	0,93	0,81
HOMBRES	1,35	1,27
TOTALES	1,09	1,04

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
0,42	0,30	2,10	1,96	0.05

Casi la tercera parte de la muestra (73,3%), se auto califica como muy buen católico o católico practicante, mientras, que el 15,8% se considera como católico, aunque no muy practicante. El resto de la muestra esta constituido por personas que se declaran indiferentes (9,1%) o ateas

(1,6%). Hay que precisar que los ateos de nuestra muestra afirmaban serlo con "todas sus consecuencias" y que habían mantenido esta actitud desde su adolescencia. A grandes rasgos esta variable coincide bastante con la anterior, sin embargo no podemos descartar ciertas connotaciones socioculturales que las expresiones "buen católico" o "mal católico" llevan consigo, y que están referidas no solo a la creencia y actividad religiosa, sino a conductas socialmente deseables. Por ello creemos que sería necesario un estudio más amplio y metodológicamente mejor elaborado que analizara la conducta religiosa de los ancianos, y ello cobra mayor importancia si, como ha puesto de relieve Amon (1969) en un estudio llevado a cabo con estudiantes jóvenes (entre 15 y 20 años), existe un alto porcentaje de individuos que admiten que la oración y la religión tienen un fin primariamente utilitario.

Por último hay que decir que hemos encontrado diferencias significativas entre las medias de los hombres y las de las mujeres ( $p < 0,05$ ). Estas tienden a autocalificarse como "más" católicas que los hombres.

VARIABLE n°17: ABURRIMIENTO

¿Se aburre durante el día?

VALORES	N	%
0- Muy poco tiempo	73	60,83
1- Algún tiempo	21	17,50
2- Gran parte del tiempo	11	9,17
3- Casi siempre	15	12,50

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	0,79	1,08
HOMBRES	0,64	1,04
TOTALES	0,73	1,06

La vida diaria y cotidiana del asilo tiene una importancia especial por el acercamiento que supone a los que allí habitan, de cara a una mejor comprensión de su ambiente. Como hemos apuntado en otro trabajo (Ramos y Sánchez Caro, 1980 a) la "leyenda negra" de los asilos continúa en nuestros días, y ello pese a que en la actualidad han cambiado mucho, pero quizá no tanto como para echar por tierra esa mala imagen que se tiene del anciano internado que triste y solitario espera el fin de sus días. Uno de

los problemas fundamentales de la Tercera Edad es la orientación del ocio, la organización del tiempo libre (que es prácticamente todo el día) con actividades motivantes y humanizadoras que mantengan en el anciano esa sensación de "estar vivo", de ser útiles, de valer para algo. En este sentido se ha culpado a los asilos de fomentar seres inmóviles, inactivos, aburridos, tristes, solitarios, infelices y depresivos. Sin embargo hoy día técnicas como la Terapia Ocupacional, la Socioterapia, la Fisioterapia, la Reeducción Psicomotriz etc. utilizadas adecuadamente pueden no sólo garantizar en el anciano un buen nivel funcional, sino contribuir poderosamente a su adaptación personal y social (Ramos y Sánchez Caro, 1980 a).

Los ancianos de nuestra muestra parece que se dividen en dos posturas contrapuestas: por un lado los que tienen una gran tendencia al aburrimiento (22,6%), por otro los que rara u ocasionalmente lo tienen (88,3%). El balance es claramente favorable a los segundos, poniendo de relieve que al menos para la mayor parte la vida en el asilo no resulta monótona y aburrida. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE nº18 : SOLEDAD

¿Se siente solo?

VALORES	N	%
0- Muy pocas veces	60	50,00
1- Algunas veces	23	19,17
2- Muchas veces	9	7,50
3- Siempre	28	23,33

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,04	1,20
HOMBRES	1,06	1,27
TOTALES	1,04	1,23

Al igual que en el indicador anterior las opiniones de los ancianos se dividen en dos bloques: por un lado los que tienen una gran tendencia a sentirse solos (31,8%) y los que no la tienen (69,2%).

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE nº19: TRISTEZA

¿Se siente triste?

VALORES	N	%
0- Muy pocas veces	55	45,83
1- Algunas veces	33	27,50
2- Muchas veces	16	13,33
3- Siempre	16	13,34

	MEDIA	DESVIACION TÍPICA
MUJERES	1,55	1,08
HOMBRES	0,75	1,10
TOTALES	0,95	1,10

Se siguen manteniendo las dos posturas apuntadas en los indicadores anteriores y con porcentajes muy similares: los que tienen una gran tendencia a sentirse tristes (26,7%) y los que no la tienen (73,3%). Los motivos de estar tristes no están siempre relacionados con la vida que llevan en la residencia, sino que lógicamente influye la biografía personal del sujeto, su familia (si viene a verlo o no), sus relaciones sociales etc.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE n°20: AMIGOS

¿A cuántas personas de las que viven con usted les considera sus amigos?

VALORES	N	%
0- Ninguna	37	30,83
1- Una o dos	25	20,83
2- De tres a cinco	16	13,33
3- Más de cinco	42	35,00

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,48	1,26
HOMBRES	1,58	1,25
TOTALES	1,52	1,25

La vida en el asilo no lleva sólo consigo necesidad de adaptarse a las condiciones de vida de la colectividad sino que posibilita la probabilidad de establecer nuevas relaciones. En nuestra muestra se constata que mientras el 35% de los ancianos confiesan tener mas de cinco amigos entre sus compañeros, existe un 30,8% que afirma no tener ninguno. El resto de la muestra (33,2%) oscila en tener de uno a cinco amigos. Da la impresión, según estos

datos, que para algunos sujetos resulta verdaderamente difícil hacer amistades, mientras que para otros resulta bastante fácil. Ya veremos más adelante el papel que juegan los factores de personalidad (neuroticismo y extraversión). Un matiz explicativo que creemos necesario exponer es que la gente suele tener como amigos a gente de su mismo pueblo y provincia, o región en su defecto. Parece que a esta edad vuelve un poco a repetirse lo que pasa con los jóvenes que hacen su servicio militar fuera de su región, que debido a lazos y afinidades comunes tienden a relacionarse entre ellos.

Finalmente hay que apuntar que no hemos encontrado diferencias significativas entre la media de hombre y la de las mujeres.

VARIABLE n°21: FELICIDAD

Teniendo en cuenta todo, ¿Cómo diría que le van las cosas actualmente?

VALORES	N	%
0- Es muy feliz	21	17,50
1- Bastante feliz	33	27,50
2- Algo feliz	41	34,17
3- No demasiado o nada feliz	25	20,83

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,58	0,98
HOMBRES	1,58	1,04
TOTALES	1,58	1,00

Vuelve a surgir aquí las dos posturas apuntadas en los indicadores anteriores, aunque aquí los sujetos se reparten más equitativamente, predominando los que se sienten algo o escasamente felices (55%) sobre los que se sienten bastante o muy felices (45%). Hay que decir que la pregunta no trataba de evaluar como se sentía en la residencia, sino en líneas generales. Así muchas personas daban razones ajenas a la vida del asilo. ("No soy muy fe-

liz, porque mi hijo esta enfermo", "No vienen a verme"  
"Mi felicidad se acabó cuando murió mi marido" etc.).

No hemos encontrado diferencias significativas  
entre la media de los hombres y la de las mujeres.

## VARIABLE nº22 : ENFERMEDAD

¿Qué enfermedad padece actualmente?

CATEGORIAS	N	%
0- Ninguna	26	21,67
1- Alguna enfermedad	94	78,33

ENFERMEDAD PRINCIPAL	N	%
0- Reuma	11	9,17
1- De la vista	20	16,67
2- Diabetes	4	3,33
3- Bronquios, asma, vías respiratorias	1	0,83
4- Circulación sangre	12	10,00
5- Artrosis, arteriosclerosis	10	8,33
6- Corazón	8	6,67
7- Otras enfermedades	28	23,33

Se puede observar una tendencia muy alta a sufrir una enfermedad crónica (78,33%). Por otra parte algunos sujetos padecen dos o tres enfermedades a la vez por lo que hemos preferido especificar solamente la enfermedad principal.

Se constata así que las enfermedades de la vista (16,67%) junto con las del sistema circulatorio (10%) son las categorías que tienen mayor porcentaje. Los ancianos con problemas auditivos graves fueron excluidos del muestreo por razones metodológicas (dificultad de mantener entrevista). Hay que subrayar que estos datos deben ser interpretados con mucha cautela, pues están obtenidos directamente de los pacientes y del personal sanitario (diagnóstico de presunción).

VARIABLE n°23 : SALUD

¿Cómo considera su estado de salud en general?

VALORES	N	%
0- Bueno	56	46,67
1- Regular	49	40,83
2- Malo	15	12,50

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	0,80	0,74
HOMBRES	0,47	0,61
TOTALES	0,66	0,71

Al margen de sufrir o no sufrir una enfermedad crónica, la tendencia percibir su estado de salud general como "buena" es lo más frecuentes (46,67%). Por otra parte el 40,83% decide situarse en una zona intermedia que puede interpretarse como "ir tirando" dentro del propio proceso de envejecimiento, o como consecuencia de la propia enfermedad que padece. Solamente un 12,5% percibe su propio estado como realmente "malo".

VARIABLE n°24 : ESPERANZA DE VIDA

¿Cuántos años confía aún en vivir?

CATEGORIAS	N	%
0- Un año o dos	11	9,17
1- De dos a cinco años	23	19,17
2- De seis a nueve	13	10,83
3- Más de diez	57	47,50
4- No sabe, no contesta	16	13,33

A pesar de las enfermedades y de la edad casi la mitad de los ancianos (47,50%) confía en vivir mas de diez años (incluso dentro del grupo de 85 años o más). El resto se distribuye de forma variable en las diversas categorías. Hay que resaltar que este indicador fue rechazado por algunos sujetos (13,3%). Las evasivas eran de tipo "no sé, lo que Dios quiera", "hasta que Dios quiera llevarme con El" etc.

VARIABLE n°25 : CREENCIA EN LOS CUIDADOS MEDICOS

¿Cree usted que a partir de los 65 años uno se muere de viejo y los cuidados médicos no resuelven gran cosa?

CATEGORIAS	N	%
0- Sí, resuelven mucho	73	60,83
1- Depende de la situación de cada uno	29	24,17
2- No resuelven nada	9	7,50
3- No sabe, no contesta	9	7,50

Hay una tendencia muy marcada (60,8%) a creer que los cuidados médicos resuelven muchos de los problemas que el deterioro orgánico lleva consigo, otros (24,1%) en cambio matizan que los cuidados médicos pueden servir, pero que todo dependen en definitiva de la "situación de cada uno", de si la enfermedad tiene remedio o no. Los sujetos que no creen en los cuidados médicos (7,5%) están ya muy deteriorados y a menudo han perdido ya toda esperanza o se encuentran en fase terminal. De igual modo un 7,5% han optado por no saber que decir.

VARIABLE n°26 : DORMIR I

¿Cómo duerme ahora?

VALORES	N	%
0- Muy bien	22	18,33
1- Bien	34	28,33
2- Regular	40	33,33
3- Mal	14	11,67
4- Muy mal	10	8,33

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	1,91	1,13
HOMBRES	1,208	1,07
TOTALES	1,63	1,15

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	RC	F	p
0,71	0,20	3,55	2,58	0.01

Casi la mitad de los sujetos (46,6%) afirma no tener problemas para conciliar el sueño, una buena

parte (33,3%) confiesa que duerme "regular" y aproximadamente un 20% duerme francamente mal. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres, estas tienen mayores dificultades en conciliar el sueño que aquellos ( $p < 0.01$ ).

VARIABLE n°27 : DORMIR II

¿Toma alguna cosa para dormir?

CATEGORIAS	N	%
0- Sí	25	10,83
1- No	95	79,17

En líneas generales, la gran mayoría de los ancianos de nuestra muestra (79,2%) pueden dormir sin tener necesidad de tomar fármacos, mientras que el resto (20,8%) si los necesitan. Los datos proporcionados por este indicador son paralelos a los del anterior.

VARIABLE n° 28 : SENTIRSE VIEJO

Se siente uno viejo por muchos motivos

CATEGORIAS	N	%
0- La edad	27	22,50
1- Los efectos de la vejez	45	37,50
2- No se tiene ilusión por la vida, ya que la sociedad nos considera inútiles	5	4,17
3- Por todo en general	22	18,33
4- No se siente viejo, tiene ilusión	21	17,50

El momento de la autopercepción del inicio de la vejez es vivido por las personas de muy diversas formas, que dependen de la personalidad del individuo, de su posición social y de su capacidad de adaptación. Cada anciano normal tiene un patrón de ajuste personal sobre el que tiende a mantener sus pautas de conducta anterior-

res, no sólo para adaptarse a los cambios biológicos y psicosociales que acontecen con los años, sino también para crear nuevas formas de comportamiento y nuevos proyectos de vida. (Reichard y Cbres, 1962; Tobin, 1965; Havighurst, Neugarten y Tobin, 1968, Yela, 1979).

Un 82% de los ancianos de nuestra muestra se sienten efectivamente viejos, aunque por diversos motivos: los efectos de la vejez (37,5%), la edad (22,5%), por todo (18,3%), falta de ilusión (4,1%). Sin embargo un 17,5% dice claramente no "sentirse viejo" y lo que es más significativo, añoran "poder hacer lo mucho que aún serían capaz de hacer", dentro de una sociedad que apenas les concede posibilidades .

VARIABLE n°29 : RECTIFICAR

Si pudiera volver atrás rectificaría:

VALORES	N	%
0- Muchas cosas	48	40,00
1- Algunas cosas	35	29,17
2- Nada o casi nada	37	30,83

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	0,95	0,84
HOMBRES	0,83	0,83
TOTALES	0,90	0,84

El "sentirse viejo" es una situación vital a la que todo individuo esta abocado. El enfrentamiento con esta situación puede llevar, sobre todo en la Tercera Edad, a posiciones extremas entre las cuales son posibles toda una serie de situaciones intermedias que dependen de cada individuo en particular. En un extremo estarían aquellos individuos que se sienten satisfechos con lo que ha sido su vida, tienen el sentimiento del "deber cumplido", se muestran tranquilos y serenos y aceptan el envejecimiento como parte normal de la evolución individual. En el otro

extremo estarían aquellos que se sienten angustiados y frustrados por no haberse autorrealizado en la forma que querían, por los errores cometidos, por la dificultad "de volver atrás", por el rechazo del envejecimiento progresivo, por la soledad, por la carencia de recursos económicos, por sentirse inútil, por ver que día a día se le van escapando las posibilidades.

Típico de la vejez es pues, en cierto modo, el hacer un balance de lo que ha sido la vida, algo que en los ancianos obsesivos constituye lo que se ha llamado "la rumia del pasado". De igual manera la experiencia paulatina de los años hace que muchas cosas se vean de otro modo a como en realidad fueron, surgiendo entonces la posibilidad de reinterpretación de los hechos y de las situaciones vividas ("Entonces como era muy joven hice esto, por eso me equivoqué, con el tiempo he comprendido que hubiera sido mejor hacer esto otro...").

Un 40% de los ancianos de nuestra muestra confiesa que si pudiera volver atrás rectificaría muchas cosas, mientras que el 29% sólo rectificaría algo. Nuestros datos ponen, pues, de relieve que un 69% de los ancianos no están completamente satisfechos de lo que



ha sido su vida y si pudieran volver atrás rectificarian, el 31% restante, en cambio se muestra conformista y satisfecho .

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

VARIABLE nº30 : MOTIVO DE INGRESO

¿Por qué solicitó ingresar aquí?

CATEGORIAS	N	%
0- Cuestiones familiares	27	22,50
1- Soledad	44	36,67
2- Cuestiones económicas	20	16,67
3- Enfermedades	23	19,17
4- Otras	6	5,00

La soledad (36,67%) es la principal razón por la que los ancianos solicitan ingresar en el asilo. Las cuestiones familiares (riñas, problemas, falta de espacio) suele ser la segunda causa (22,5%), sobre todo cuando el anciano percibe que es un estorbo o una carga para la familia y ya no se le acepta. Vienen a continuación las enfermedades (19,17%) y la carencia de recursos económicos (16,67%). Finalmente una serie de ancianos 5% dan razones de muy diversa índole ("vivía en una pensión", "quería estar recogido" etc.).

VARIABLE n°31 : SINCERIDAD

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	4,05	1,44
HOMBRES	3,20	1,66
TOTALES	3,74	1,56

DIFERENCIAS DE MEDIAS				
$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
0,85	0,296	2,93	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con el E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 29. La distribución de la variable tiende a la normalidad, aunque la moda aparece un poco desplazada a la izquierda. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombre y la de las mujeres, estas tienden a ser más sinceras que aquellos ( $p < 0.01$ ).

STATISTIC	VALUE	PERCENTS	CELL COUNT	CUM	VALUE	COUNT	CELL CUM	PERCENTS
MEAN	2.750000	5.0	21	42.5	5.0	21	17.5	84.2
ST. DEV.	1.573158	26	21.7	45.0	16	13.3	97.5	
VARIANCE	2.4747906							
MINIMUM	1.0000000							
MAXIMUM	7.0000000							
RANGE	6.0000000							
ST. ERROR	0.1256080							
COEFF. OF VARIATION	0.5536752							
SKURTOSIS								
KURTOSIS								
MEAN CORRECTED								
ST. ERROR CORRECTED								

TABLA 29 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE SINCERIDAD

201

### 5.2.3. ANÁLISIS DE VARIANZA

Según el profesor YELA el análisis de varianza nos permite resolver dos clases de problemas: Por un lado comprobar la significación estadística de las diferencias entre las medias de varios grupo, y por otro, comprobar la influencia relativa de diversas variables independientes y de sus interacciones mutuas, cuando en un experimento intervienen dos o más variables de este tipo.

Sin embargo como han señalado Downie y Heath (1971) en el análisis de varianza se deben satisfacer las siguientes hipótesis:

- a) Los elementos de los diversos subgrupos se suponen elegidos por muestreo aleatorio de poblaciones de distribución normal .
- b) La varianza de los subgrupos ha de ser homogénea ( $H_0 = \sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \dots = \sigma_n^2$ ).
- c) Las muestras que constituyen los subgrupos han de ser independientes.

Aunque la lógica del análisis de varianza exige el cumplimiento de estas hipótesis, sin embargo en la práctica, dichas hipótesis no son igualmente críticas. Parece ser que, la segunda hipótesis, la de la homogeneidad de las varianzas, es la más importante y se suele contrastar antes de realizar el análisis de varianza. En este caso la hipótesis nula es  $H_0: \sigma_1^2 = \sigma_2^2 = \dots = \sigma_n^2$ .

Para contrastar esta hipótesis Bartlett(1937) ha propuesto el siguiente estadístico:

$$B = \frac{2,3026}{A} \left[ \sum (n_j - 1) \log \frac{\sum (n_j - 1) \bar{x}_j^2}{\sum (n_j - 1)} - \sum (n_j - 1) \log \bar{x}_j^2 \right] = \frac{C}{A}$$

que se distribuye según  $\chi^2$  con K-1 grados de libertad. Donde A sería

$$A = 1 + \frac{1}{3(k-1)} \left[ \sum \frac{1}{n_j - 1} - \frac{1}{\sum (n_j - 1)} \right]$$

Si  $B > \chi^2_{1-\alpha, K-1}$  podemos rechazar la hipótesis nula, verificando que las varianzas no son homogéneas, por el contrario si  $B < \chi^2_{1-\alpha, K-1}$  no podemos rechazar la hipótesis nula y afirmamos que las varianzas son homogéneas.

En nuestra investigación por medio del análisis de varianza queremos saber si existen diferencias significativas en ansiedad ante la muerte entre las diversas categorías o grupos de cada una de las variables que hemos controlado (1). En este sentido hemos realizado treinta Análisis de Varianza, en dos componentes, considerando siempre la ansiedad ante la muerte como una variable dependiente.

La Tabla 30 recoge un resumen de los análisis de varianza en los que no hemos encontrado diferencias significativas, mientras que la Tabla 31 expone un resumen de aquellos análisis en

(1) En las variables cuya gama de puntuaciones era muy extensa (Neuroticismo, Extraversión, Depresión y Sinceridad) hemos utilizado los grupos resultantes de la tricotomización realizada en los datos descriptivos.

TABLA 30 RESUMEN DE LOS ANALISIS DE VARIANZA NO SIGNIFICATIVOS  
 REALIZADOS ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y LAS VARIA-  
 BLES ESTUDIADAS ( Muestra de ancianos N= 120 )

VAR. Nº	NOMBRE	F	p
1	EDAD	0.3851	0.8189
2	SEXO	3.7853	0.0541
3	ESTADO CIVIL	0.2387	0.8692
4	NIVEL INSTRUCCION	0.3508	0.9284
5	EXTRAVERSION	2.3064	0.1041
7	DEPRESION	2.3825	0.0968
9	PENSAR MUERTE	2.2124	0.0719
12	GANAS DE MORIR	0.7102	0.5866
13	SUICIDIO	0.2145	0.8862
14	OPINION SUIC.	0.9512	0.3892
15	COMULGAR (REL I )	0.1833	0.9809
16	AUTOC. RELIG. (REL2)	0.9914	0.4153
17	ABURRIMIENTO	1.9965	0.1184
18	SOLEDAZ	2.3731	0.0739
19	TRISTEZA	1.4373	0.2356
20	Nº AMIGOS	0.0216	0.9957
22	ENFERMEDAD	0.3939	0.9218
23	ESTADO SALUD	1.9665	0.1230
24	ESPERANZA VIDA	0.6655	0.6172
25	CREENCIA EN CUIDADOS MEDICOS	0.8653	0.4613
26	BORMIR I	2.3235	0.0607
27	DORMIR 2	0.6201	0.4326
28	SENTIRSE VIEJO	0.4219	0.7926
29	RECTIFICAR	1.9436	0.1478
30	MOTIVO INGRESO	1.0494	0.3738
31	SINCERIDAD	0.1340	0.8747

TABLA 31 RESUMEN DE LOS ANALISIS DE VARIANZA SIGNIFICATIVOS REALIZADOS ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y LAS VARIABLES ESTUDIADAS ( muestra de ancianos N = 120 )

VAR. Nº	NOMBRE	F	p
6	NEUROTICISMO	3.4132	0.0362
10	MIEDO A MORIR	3.9980	0.0045
11	CREENCIA DES- PUES MUERTE	4.2027	0.0073
21	FELICIDAD	2.9260	0.0368

los que hemos encontrado diferencias significativas.

Cuando el análisis de varianza es significativo existen toda una serie de métodos para contrastar entre que grupos hay efectivamente diferencias significativas. En nuestro caso y debido a que el número de sujetos por grupo era distinto en la mayor parte de las variables hemos utilizado la prueba de Scheffé (1953) para comparaciones múltiples que tiene en cuenta esta circunstancia, según la fórmula:

$$\frac{|\bar{Y}_i - \bar{Y}_j|}{\sqrt{MC_{tra} \left( \frac{1}{n_i} + \frac{1}{n_j} \right)}} \geq \sqrt{(k-1) F_{1-\alpha; (k-1), (n-k)}}$$

Downie y Heath (1971) han deducido una fórmula simplificada de esta prueba:

$$F = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}{MC_{tra.} (N_1 + N_2) / N_1 N_2}$$

El cociente de esta fórmula tiene que ser mayor o igual que el valor de  $F_{0,99}$  o de  $F_{0,95}$  multiplicado por  $(K-1)$ .

Para simplificar estos cálculos los hemos organizado en

una tabla, en la que, como veremos a continuación, resulta fácil localizar entre que grupos se encuentran realmente las diferencias.

Queremos apuntar que efectivamente como han puesto de relieve algunos autores (Downie y Heath; 1971; Kerlinger, 1975) la prueba de Scheffé es muy conservadora, es decir, las diferencias entre los grupos tienen que ser muy elevadas para ser significativas.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que, aún cumpliendo los requisitos del análisis de varianza, el hecho de no encontrar diferencias significativas entre las medias de los grupos al aplicar la prueba de Scheffé, esto no quiere decir que no haya diferencias, sino que estas diferencias no son significativas a los niveles de confianza que hemos fijado (5% y 1%); probablemente si trabajásemos a niveles de confianza menos elevados las diferencias podrían ser significativas.

Veamos a continuación los análisis de varianza significativos uno por uno:

#### Ansiedad ante la muerte (DAS) y Neuroticismo (NEY)

Utilizando el contraste de Bartlett(1937) hemos obtenido  $B=1,72 < \chi^2_{0,95,2} = 5,99$ , por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula, verificando que la varianza de los subgrupos es homogénea.

La Tabla 32 recoge el análisis de varianza entre estas variables ( $F=3,41$   $p < 0.05$ ). Aplicada la prueba de Scheffé no

TABLA 32

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-NEY

		DAS		
		N	$\bar{x}$	$S_x$
NEY	BNEY	33	6,33	3,06
	MNEY	56	7,76	2,69
	ANEY	31	7,83	2,42
	TOTAL	120	7,39	2,79

BNEY=NEUROTICISMO BAJO  
MNEY=NEUROTICISMO MEDIO  
ANEY=NEUROTICISMO ALTO

Fuente Variación	Suma Cuadrados	g.l	Media cuadratica	F	p
Intergrupo	51,08	2	25,54	3,41	0,036
Intragrupo	875,50	117	7,48		
Total	926,58	119			

hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos a los niveles de confianza fijados (Tabla 33 ). No obstante la  $F_{\bar{x}_1 - \bar{x}_2} = 5,71$  se aproxima mucho al valor de significación del 5% (6,14).

Ansiedad ante la muerte (DAS) y Miedo a morir (MIEDO)

Utilizando el contraste de Bartlett hemos obtenido  $B=3,31$   $< \chi_{0,95,4}^2 = 9,488$ , verificando que la varianza de los subgrupos es homogénea.

La Tabla 34 muestra el análisis de varianza efectuado entre estas variables. Aplicada la prueba de Scheffé (Tabla 35 ) hemos encontrado que la media en la DAS del grupo  $x_1$  (aquellos que confiesan que no tienen nada de miedo a morir) difiere significativamente ( $p < 0.05$ ) de la del grupo  $x_5$  (los que confiesan tener mucho miedo de morir). No existen diferencias significativas en el resto de los grupos a los niveles de confianza fijados.

La interpretación de estos resultados nos pone de relieve que los sujetos que tienen mucho miedo de morir, sientan mas ansiedad ante la muerte que aquellos sujetos que no tienen nada de miedo.

Ansiedad ante la muerte (DAS) y Creencia despues de la muerte(CDM)

El contraste de Bartlett nos ha dado  $B=1,30$   $< \chi_{0,95,3}^2 = 7,81$ , verificando que las varianzas de los subgrupos es homogénea. La Tabla 36 recoge el análisis de varianza entre estas variables. Aplicada la prueba de Scheffé (Tabla 37 ) solo hemos encontrado diferencias significativas ( $p < 0.05$ ) entre los grupos  $x_1$

TABLA 33

PRUEBA DE SCHEFFE

NEUROTICISMO $X_1$  = Neuroticismo bajo $X_2$  = Neuroticismo medio $X_3$  = Neuroticismo alto

NC	g.l.	F	( K-1 )	F (K-1)
5%	2 y 117	3,07	2	6,14
1%		4,78		9,56

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES		p
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	5,71	n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	4,85	n.s.
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	0,01	n.s.

TABLA 34

## ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-MIEDO

DAS			
	N	$\bar{x}$	$S_x$
Nada	82	6,87	2,54
Poco	14	7,78	3,21
Regular	6	7,16	3,86
Bastante	2	11,50	0,70
Mucho	16	9,25	2,32
Total	120	7,39	2,79

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F
Intergrupo	113,12	4	28,28	3,99 0.
Intragrupo	813,46	115	7,07	
Total	926,58	119		

TABLA 35

PRUEBA DE SCHEFFE

MIEDO DE MORIR $X_1 =$  Nada $X_2 =$  Un poco $X_3 =$  Regular $X_4 =$  Bastante $X_5 =$  Mucho

NC	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5%	4 y 115	2,44	4	9,76
1%		3,47		13,88

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPIES		p
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	1,50	n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	0,06	n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_4$	5,90	n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_5$	10,80 > 9,76	0,05
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	0,22	n.s.
$\bar{X}_2 - \bar{X}_4$	3,41	n.s.
$\bar{X}_2 - \bar{X}_5$	2,28	n.s.
$\bar{X}_3 - \bar{X}_4$	3,98	n.s.
$\bar{X}_3 - \bar{X}_5$	2,67	n.s.
$\bar{X}_4 - \bar{X}_5$	1,29	n.s.

TABLA 36

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS Y CDM

DAS

	N	$\bar{x}$	$S_x$
Idea Relig.	42	6,45	2,87
Mas Allá	41	8,22	2,66
Nada	22	6,86	2,64
NS./NC	15	8,53	2,20
Total	120	7,39	2,79

CDM

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	90,83	3	30,27	4,20	0.007
Intragrupo	835,75	116	7,20		
Total	926,58	119			

TABLA 37

PRUEBA DE SCHEFFE

CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE

 $X_1$  = Idea religiosa (cielo...) $X_2$  = Más alla (sin especificar) $X_3$  = Nada $X_4$  = NS/NC

NC	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5%	3 y 116	2,68	3	8,04
1%		3,94		11,82

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES		p
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	9,19 > 8,04	0,05
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	0,34	n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_4$	6,66	n.s.
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	3,66	n.s.
$\bar{X}_2 - \bar{X}_4$	0,14	n.s.
$\bar{X}_3 - \bar{X}_4$	3,45	n.s.

(aquellos que tienen una visión religiosa de lo que hay después de la muerte) y  $x_2$  (aquellos que creen simplemente en el más allá). Parece ser que los sujetos que creen simplemente en el más allá experimentan más ansiedad ante la muerte que los sujetos que tienen una visión religiosa de lo que acontece después de la muerte.

Estos datos no apoyan nuestra hipótesis número ocho ("Cierta tipo de creencias, cuyo dato común es presuponer que después de la muerte la vida continúa, pueden reducir el nivel de ansiedad ante la muerte), pero si matizan que las diferencias se encuentran precisamente entre las personas que creen que después de la muerte existe algo, siendo los sujetos que creen en un más allá, vago y difuso, los que manifiestan más ansiedad que los sujetos que tienen una concepción religiosa de lo que ocurre después de la muerte.

#### Ansiedad ante la muertes (DAS) y Felicidad (FELI )

En el contraste de Bartlett hemos obtenido que  $B=0,80 < \chi^2_{0,95,3}=7,81$ , verificando que las varianzas de los subgrupos son homogéneas. La Tabla 38 recoge el análisis de varianza entre estas variables. Sin embargo aplicada la prueba de Scheffé no hemos encontrado diferencias significativas a los niveles de confianza fijados, aunque la  $F_{\bar{x}_1-\bar{x}_3}=7,846$  se aproxima mucho al valor de significación del 5% (8,04). (Tabla 39)

TABLA 38

ANALISIS DE VARIANZA DAS-FELIC.

DAS

FELICIDAD

	N	$\bar{x}$	$S_x$
Mucho	21	6,00	2,75
Bastante	33	7,72	2,55
Algo	41	8,04	2,91
Nada	25	7,04	2,59
Total	120	7,39	2,79

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	65,18	3	21,72	2,96	0.036
Intragrupo	861,40	116	7,42		
Total	926,58	119			

TABLA 39

PRUEBA DE SCHEFFE

FELICIDAD

 $X_1$  = Muy feliz $X_2$  = Bastante feliz $X_3$  = Algo feliz $X_4$  = Nada feliz

NC	g.l.	F	(k-1)	F(k-1)
5%	3 y 116	2,68	3	8,04
1%		3,94		11,82

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES	p	
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	2,78	n.s.
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	7,84	n.s.
$\bar{x}_1 - \bar{x}_4$	1,66	n.s.
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$	1,49	n.s.
$\bar{x}_2 - \bar{x}_4$	0,10	n.s.
$\bar{x}_3 - \bar{x}_4$	2,13	n.s.

Ansiedad ante la muerte (DAS) y comparación (COMP)

Hemos creído interesante ver si existían diferencias significativas entre los grupos extremos de las variables Neuroticismo y Extraversión, consideradas conjuntamente, distinguiendo así cuatro grupos:

N+ E+	Neuróticos Extravertidos (Histéricos)
N+ E-	Neuróticos Introversos (Distímicos)
E+ N-	Extraversos-Controlados (Extracon)
E- N-	Introversos Controlados (Intracon)

Para la selección de estos grupos nos hemos valido de la tricotomización que realizamos en cada una de estas variables en los datos descriptivos.

Las características de los histéricos y de los distímicos han sido descritas por Eysenck (1947,1960). Según este autor los distímicos son mas propensos a la ansiedad, a la depresión y a la sintomatología obsesivo-compulsiva, mientras que los histéricos tenderían a las manifestaciones histéricas y psicopáticas. En consecuencia, parece pausable predecir que los distímicos manifestaran más ansiedad ante la muerte que los histéricos. Los otros dos grupos (Extracontrolados e Intracontrolados) han sido menos investigados, incluso la terminología con la que aquí los hemos denominado es solamente a efectos de identificación.

En primer lugar hemos comprobado si estos grupos diferían significativamente, según las características apuntadas en ambas variables (Neuroticismo y Extraversión) por separado.

La Tabla 40 muestra el análisis de varianza entre la variable "Extraversión" y la variable "Comparación" (COMP, es así como hemos denominado a la variable que aglutina los cuatro grupos que hemos distinguido). Al ser el análisis de varianza significativo hemos tratado de ver entre que grupos se hallan las diferencias por medio de la prueba de Scheffé. Tal como puede verse en la Tabla 41 hemos encontrado que los grupos que difieren significativamente en Extraversión son:

- Los histéricos de los distímicos
- Los histéricos de los intracontrolados
- Los extracontrolados de los distímicos
- Los extracontrolados de los intracontrolados

Los que es lógico, debido a los criterios que hemos adoptado para diferencial estos grupos.

El mismo procedimiento hemos utilizado en la variable Neuroticismo (Tablas 42 y 43) comprobando que los grupos difieren significativamente en esta variable son:

- Los histéricos de los extracontrolados
- Los histéricos de los intracontrolados
- Los distímicos de los extracontrolados
- Los distímicos de los intracontrolados

Una vez que hemos comprobado que estos grupos difieren significativamente, según los criterios que los definen en las variables Neuroticismo y Extraversión, hemos realizado el análisis de varianza (verificando previamente la hipótesis de homogeneidad) pa-

TABLA 40

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE EY-COMP

EY

COMP

	N	$\bar{x}$	$S_x$
HISTERICOS	11	14,00	1,09
DISTIMICOS	8	5,50	1,19
EXTRACON	9	13,88	1,16
INTRACON	9	5,88	1,26
TOTAL	37	10,16	4,317

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrático	F	p
Intergrupo	625,24	3	208,41	150,24	0.000
Intragrupo	45,77	33	1,38		
Total	671,01	36			

TABLA 41 PRUEBA DE SCHEFFE

(EEY-COMP)

 $X_1$  = Históricos $X_2$  = Distímicos $X_3$  = Extracontrolados $X_4$  = Intracontrolados

N.C.	g.l.	F	K-1	F(K-1)
5%	3 y 33	2,88	3	8,64
1%		4,42		13,26

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES				p
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	243,26	>	13,26	0,01
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	0,044			n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_4$	236,61	>	13,26	0,01
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	216,53	>	13,26	0,01
$\bar{X}_2 - \bar{X}_4$	0,464			n.s.
$\bar{X}_3 - \bar{X}_4$	209,15	>	13,26	0,01

TABLA 42

## ANALISIS DE VARIANZA ENTRE NEY-COMP

NEY

	N	$\bar{x}$	$S_x$
HISTERICOS	11	18,27	1,55
DISTIMICOS	8	18,00	1,85
EXTRACÓN	9	8,00	1,32
INTRACÓN	9	6,11	1,83
TOTAL	37	12,75	5,88

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	1155,73	3	385,24	142,73	0.000
Intragrupo	89,07	33	2,69		
Total	1244,80	36			

TABLA 43 PRUEBA DE SCHEFFE (NEY-COMP)

$X_1$  = Históricos  
 $X_2$  = Distímicos  
 $X_3$  = Extracontrolados  
 $X_4$  = Intracontrolados

N.C.	g.l.	F	K-1	F(K-1)
5%	3 y 33	2,82	3	8,64
1%		4,42		13,26

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES	p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ 0,125	n.s.
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$ 193,52 > 13,26	0,01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_4$ 271,30 > 13,26	0,01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$ 156,86 > 13,26	0,01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_4$ 221,76 > 13,26	0,01
$\bar{x}_3 - \bar{x}_4$ 5,96	n.s.

ra ver si existían diferencias significativas entre estos grupos en la variable Ansiedad ante la muerte. La Tabla 44 muestra que estas diferencias no son significativas. Estos datos corroboran parcialmente los obtenidos por Templer (1972a) que no encontró diferencias significativas en Ansiedad ante la muerte entre los histéricos y distímicos. Hay que apuntar, no obstante que las características con las que Eysenck describe a histéricos y distímicos se refieren preferentemente a pacientes psiquiátricos, mientras que los resultados de Templer (1972a) y los nuestros están obtenidas de poblaciones presumiblemente normales.

TABLA 44

ANALISIS DE VARIANZA DAS-COMP.

DAS

	N	$\bar{x}$	$S_x$
HISTERICOS	11	8,27	2,28
DISTIMICOS	8	8,00	3,38
EXTRACON	9	5,77	3,03
INTRACON	9	5,00	3,64
TOTAL	37	6,81	3,27

COMP

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	73,93	3	24,64	2,60	0.068
Intragrupo	311,73	33	9,44		
Total	385,66	36			

#### 5.2.4 ANALISIS DE CHI-CUADRADO

La Tabla 45 expone un resumen de los análisis de Chi-Cuadrado efectuados entre la variable ansiedad ante la muerte (tricotomizada) y las variables discretas. Como se puede apreciar ninguno de estos análisis nos ha permitido rechazar la hipótesis de independencia. En conclusión parece que la ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, no está relacionada con ninguna de las variables discretas analizadas en la muestra de ancianos.

**TABLA 45**

RESUMEN DE LOS ANALISIS DE CHI-CUADRADO ENTRE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y DIVERSAS VARIABLES DISCRETAS  
(muestra de ANCIANOS N=120)

	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE		
	$\chi^2$	p.l	p
2 SEXO	2,349	2	n.s
3 E.CIVIL	2,044	6	n.s
11 EXPERIENCIA DESPUES DE LA MUERTE	8,594	6	n.s
13 SUICIDIO	4,197	6	n.s
14 OPINION SUICIDIO	5,036	4	n.s
22 ENFERMEDAD	17,941	16	n.s
24 ESPERANZA DE VIDA	6,811	8	n.s
25 CUIDADOS MEDICOS	7,796	6	n.s
27 DORMIR ?	2,457	2	n.s
28 SENTIRSE VIEJO	3,284	8	n.s
30 MOTIVO DE INGRESO	8,613	8	n.s

#### 5.2.5.- ANÁLISIS CORRELACIONAL

El análisis correlacional se realizó entre las variables que hemos considerado continuas en nuestra estudio. Sin embargo para atenernos a los objetivos de nuestra tesis vamos a simplificar la exposición de los resultados. Por un lado vamos a exponer las correlaciones entre la ansiedad ante la muerte (DAS) y todas las variables continuas, y por otro, vamos a analizar las correlaciones entre el resto de las variables que hacen referencia a la muerte (Pensar en la muerte, Miedo de morir y Ganas morir) y las variables que hemos considerado como principales (Edad, Nivel de instrucción, Neuroticismo, Extraversión, Depresión, Práctica religiosa y Autocalificación religiosa). En todos los análisis las tablas de correlación vienen dadas para mujeres (N=72), varones (N=48) y muestra total (N=120).

Para hallar la significación de las correlaciones hemos seguido el criterio del Profesor Yela, según este criterio si  $r\sqrt{N} \geq 1,96$ , la correlación es significativa al 5 por 100; si  $r\sqrt{N} \geq 2,58$ , lo es al 1 por 100 y si  $r\sqrt{N} \geq 3,28$  al 1 por 1000.

#### Ansiedad ante la muerte (VAR.8.DAS)

La Tabla 46 muestra las correlaciones entre la ansiedad ante la muerte (DAS) y las variables continuas de nuestro estudio. Podemos observar que en la muestra total la DAS correlacion positiva y significativamente con Neuroticismo (0.241  $p < 0.01$ ), Miedo de morir (0.314  $p < 0.001$ ) y Tristeza (0.186  $p < 0.05$ ).

Teniendo en cuenta la variable sexo se observan algunas

TABLA 46

CORRELACIONES ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE ( VAR. 8 ) Y DIVER-  
SAS VARIABLES ( MUESTRA DE ANCIANOS ).

	TOTAL N= 120	MUJEPES N= 72	VARONES N= 48
1 -EDAD	- 0.034	- 0.095	- 0.009
4 -N.I.	- 0.110	- 0.155	- 0.027
5 -EEY	0.138	0.246.	0.093
6 -MEY	0.241..	0.092	0.409..
7 -DZUN	0.169	- 0.083	0.420..
9 -FENM	0.153	- 0.017	0.280
10-MIEDO	0.314...	0.323..	0.254
12-G.M.	- 0.153	- 0.294.	- 0.004
15-PELI 1	0.058	-0.016	0.209
16-RELI 2	- 0.165	- 0.102	- 0.170
17-ABUR	0.002	- 0.004	- 0.026
18-SOLED.	- 0.071	- 0.074	- 0.074
19-TRIS	0.186.	0.036	0.337..
20-AMIG	- 0.023	- 0.048	- 0.105
21-FELI	0.115	0.089	0.159
23-SALD	0.150	- 0.012	0.331.
26-DORM	0.151	- 0.019	- 0.300
29-RE	- 0.164	- 0.156	- 0.226
31-SEY	0.049	- 0.058	0.092

.p < 0.05

..p < 0.01

...p < 0.001

modificaciones. En las mujeres la DAS correlaciona positiva y significativamente con Extraversión ( $0.246 \ p < 0.05$ ) y Miedo de Morir ( $0.323 \ p < 0.01$ ), y negativamente con Ganas de morir ( $-0.294 \ p < 0.05$ ). En los varones la DAS correlaciona positiva y significativamente con Neuroticismo ( $0.409 \ p < 0.01$ ), Depresión ( $0.420 \ p < 0.01$ ), Tristeza ( $0.337 \ p < 0.01$ ) y Estado de Salud Subjetivo ( $0.331 \ p < 0.05$ ).

En líneas generales la interpretación de los resultados nos pone de relieve que los ancianos con mayor nivel de ansiedad ante la muerte tienden a ser más neuróticos, a tener más miedo de morir y a sentirse más tristes que los ancianos con menor nivel de ansiedad ante la muerte. Según el sexo, las mujeres ancianas con mayor nivel de ansiedad ante la muerte suelen ser las extravertidas, las que tienen miedo de morir y las que no sienten ganas de morir. Los ancianos varones, en cambio, con mayor nivel de ansiedad ante la muerte suelen ser los neuróticos, los depresivos, los que se sienten tristes y perciben su estado de salud como "malo".

Con respecto a las variables de personalidad (Neuroticismo y Extraversión) los datos concuerdan parcialmente con los obtenidos por Templer (1972a) en estudiantes universitarios, las diferencias afectan fundamentalmente al grupo de las mujeres donde, por un lado, no hemos encontrado una relación significativa como era de preveer, entre la DAS y Neuroticismo (Templer obtuvo una  $r=0.31 \ p < 0.001$ , en el grupo de mujeres) y, por otro, la correlación significativa entre la DAS y Extraversión (Templer obtuvo

una  $r = -0.07$  n.s.). La interpretación de estos hallazgos no es fácil, y puede llevar a una serie de especulaciones que podrían ser precipitadas. Lo más prudente, sobre todo teniendo en cuenta la escasez de estudios de este tipo en nuestro contexto sociocultural (Ramos y Sánchez Caro, 1980a) es referirlos a la muestra en la que han sido obtenidos (ancianos internados en asilos), y esperar nuevas investigaciones, que con instrumentos iguales o similares a los que nosotros hemos utilizado confirmen o rechacen estos resultados.

La correlación entre la DAS y la Escala de Depresión de Zung, que hemos encontrado en los ancianos varones, es consistente con los hallazgos de Templer (1971b) y Templer y Ruff (1974), que sugieren que un nivel elevado de ansiedad ante la muerte es un síntoma característico de los ancianos depresivos. En este sentido, debe interpretarse también las correlaciones positivas obtenidas entre la DAS y la tendencia a la tristeza, ya que esta es un síntoma importante de la depresión.

La correlación negativa entre la DAS y la variable Ganas de Morirse da pie para pensar, aunque con las limitaciones que nos impone nuestra muestra, que un alto nivel de ansiedad ante la muerte puede ser un indicador de que el sujeto no va a intentar ningún acto que le lleve a su autodestrucción. De aquí que se haya señalado (Lester, 1967; Templer y Perley, 1974) la importancia que el papel de la ansiedad ante la muerte puede jugar en la identificación de potenciales suicidas y en la pre-

prevención de suicidios.

De igual modo la correlación positiva entre la DAS y la percepción del Estado de Salud Subjetivo en los ancianos varones, puede indicar que si bien el hecho de padecer una determinada enfermedad (VAR. 22 ENFER) parece no influir en la ansiedad ante la muerte, si en cambio lo haría la propia autopercepción del estado de salud. En efecto son los ancianos que perciben negativamente su estado de salud subjetivo los que manifiestan un mayor nivel de ansiedad ante la muerte.

Pensar en la muerte (VAR.9. PEN.M.)

La Tabla 47 muestra las correlaciones entre la "Frecuencia de pensar en la muerte" y una serie de variables que hemos considerado relevantes en nuestro análisis.

Podemos observar que en la muestra total la "Frecuencia de pensar en la muerte" correlaciona positiva y significativamente con Neuroticismo (0.279  $p < 0.01$ ), tendencia a la Depresión (0.460  $p < 0.001$ ), Miedo de morir (0.363  $p < 0.001$ ) y Ganas de morir (0.388  $p < 0.001$ ); negativamente con Extraversión (-0.219  $p < 0.05$ ). En las mujeres ancianas la "Frecuencia de pensar en la muerte" correlaciona positiva y significativamente con Neuroticismo (0.252  $p < 0.05$ ), tendencia a la Depresión (0.415  $p < 0.001$ ), Miedo de morir (0.355  $p < 0.01$ ) y

TABLA 47

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE PENSAR EN LA MUERTE (VAR.9) Y  
DIVERSAS VARIABLES ( MUESTRA DE ANCIANOS)

	TOTAL N= 120	MUJERES N= 72	VARONES N= 48
1-EDAD	0.133	0.073	0.137
4-N.I.	-0.027	-0.089	0.083
5-E.F.Y.	-0.219.	-0.170	-0.185
6-N.E.Y.	0.279..	0.252.	0.236
7-DZUN	0.460...	0.415...	0.412..
10-MIEDO	0.363...	0.355..	0.334.
11-G.M.	0.388...	0.281.	0.508...
15-RELI 1	-0.081	-0.142	0.100
16-RELI 2	-0.029	0.106	-0.041

.p < 0.05

..p < 0.01

...p < 0.001

Ganas de morir (0.281  $p < 0.05$ ); en los ancianos varones correlaciona positiva y significativamente con tendencia a la Depresión (0.412  $p < 0.01$ ), Miedo de morir (0.334  $p < 0.05$ ) y Ganas de morir (0.508  $p < 0.001$ ). Estos resultados nos ponen de relieve que la "frecuencia de pensar en la muerte" depende más bien de los factores de personalidad (Neuroticismo y Extraversión) del sujeto que de la Edad. De igual modo la mayor o menor tendencia a la Depresión juega un papel significativo, poniendo de manifiesto que las personas más deprimidas son precisamente las que más piensan en la muerte.

Las correlaciones significativas con dos variables como Miedo de Morir y Ganas de morir sugiere que la tendencia a pensar frecuentemente en la muerte está relacionada con el miedo a la muerte, pero también con las ganas de morir. Sucede así que un fenómeno cognitivo como es el pensar en la muerte está relacionado con variables que en principio pueden parecer opuestas, pero que en nuestro estudio, como veremos más adelante no guardan una relación significativa.

En resumen nuestros datos sugieren que las personas que piensan con mayor frecuencia en la muerte son las neuróticas, las introvertidas, las depresivas, las que tienen miedo de morir e, igualmente, las que tienen "ganas de morir".

Miedo de Morir (VAR.10.MIEDO.)

El miedo de morir solo correlaciona positiva y significativamente con el Neuroticismo, tanto en la muestra total (0.267  $p < 0.01$ ) como en el grupo de mujeres ancianas (0.235  $p < 0.05$ ). No lo hace en cambio en el grupo de ancianos varones donde el valor de la correlación no es significativo. Estos datos ponen de relieve que son las personas neuróticas las que generalmente tienen más miedo de morir. (Tabla 48).

Ganas de Morirse (VAR.12 G.M.)

En la muestra total la variable Ganas de morirse correlaciona positiva y significativamente con la tendencia a la Depresión (0.332  $p < 0.001$ ) y negativamente con la Extraversión (-0.242  $p < 0.01$ ). Las mujeres ancianas siguen la tónica general de la muestra total, es decir, esta variable correlaciona positiva y significativamente con la tendencia a la Depresión (0.403  $p < 0.001$ ) y negativamente con la Extraversión (-0.258  $p < 0.05$ ). Por el contrario no hemos encontrado ninguna correlación significativa con esta variable en los ancianos varones. (Tabla 49).

La interpretación de nuestros datos confirma algo que la literatura psiquiátrica ha venido afirmando desde hace tiempo: el deseo persistente de morir es un síntoma de la Depresión. De hecho la mayoría de las escalas para la medición de la depresión (Zung, Beck, etc.) incluyen este ítem. Por otra parte la

TABLA 48

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE MIEDO DE MORIR ( VAR. 10 ) Y  
 DIVERSAS VARIABLES ( MUESTRA DE ANCIANOS )

	TOTAL N= 120	MUJERES N= 72	VARONES N=48
1-EDAD	- 0.102	- 0.184	- 0.007
4-N.I.	- 0.059	- 0.046	- 0.050
5-EEY	0.134	0.158	0.026
6-NEY	0.267..	0.235.	0.276
7-DZUN	0.119	- 0.006	0.230
11-G,M.	- 0.052	- 0.087	- 0.011
15-RELI 1	- 0.036	- 0.116	0.150
16-RELI 2	- 0.033	- 0.038	0.032

. p < 0.05

.. p < 0.01

... p < 0.001

TABLA 49  
 CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE GANAS DE MORIRSE (VAR. 12)  
 Y DIVERSAS VARIABLES ( MUESTRA DE ANCIANOS )

	TOTAL N= 120	MUJERES N= 72	VARONES N= 48
1-EDAD	- 0.068	- 0.111	- 0.026
4-N.I.	0.040	0.158	- 0.067
5-EEY	- 0.242..	- 0.258.	- 0.220
6-NEY	0.176	0.223	0.108
7-DZUN	0.332...	0.403...	0.262
15-RELI 1	- 0.003	0.012	0.002
16-RELI 2	0.104	0.067	0.153

. p < 0.05

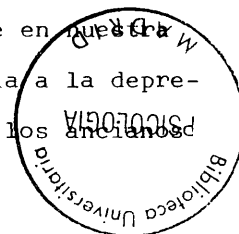
.. p < 0.01

... p < 0.001

relación negativa entre Ganas de morirse y Extraversión es bastante consistente con la descripción que se ha hecho del extravertido (Eysenck y Rachman 1965) como una persona impulsiva, activa y optimista a la que "le gusta reír y ser feliz". Es lógico pensar que el extravertido, por su propia naturaleza, difícilmente experimenta deseos intensos de morir.

La ausencia de relaciones significativas que se da en los ancianos varones puede deberse al hecho de que el sexo juegue un papel importante en esta variable. En efecto, el hombre tiene una esperanza de vida inferior a la mujer, motivo por el cual suele morir antes que ella. Esto lleva consigo que el número de ancianas viudas sea considerablemente mayor que el de ancianos viudos e incluso que el de las solteros (Tabla 24 ). Las mujeres ancianas se enfrentarían así a factores descompensadores (soledad, falta de recursos económicos, etc.) más intensos y prolongados que los hombres, con lo cual tendrían una mayor tendencia a los estados depresivos y a considerar que su vida ya no tiene sentido ("Yo lo único que deseo es que Dios me lleve cuanto antes con mi marido" etc.).

Por otra parte también conviene recordar que en esta muestra las mujeres ancianas tienen mayor tendencia a la depresión ( $p < 0.01$ ) y a la introversión ( $p < 0.05$ ) que los ancianos varones.



En resumen si tratamos de sintetizar los datos obtenidos en la muestra de ancianos internados en asilos podemos decir que, en líneas generales, la ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS de Templer, está ligada a la vida emocional del sujeto y a las actitudes que este mantiene con respecto a la muerte. Por otra parte variables como edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, tipo de enfermedad que el sujeto padece, autocalificación y actividad religiosa, por citar algunas de las variables principales que han sido controladas en nuestro estudio, no parecen influir significativamente en las puntuaciones de la DAS.

Si tenemos en cuenta los factores de personalidad (Neuroticismo y Extraversión), tal como son medidas por el EPI de Eysenck, nuestros datos han demostrado que en la muestra total (N=120) a medida que aumenta el neuroticismo se piensa más en la muerte, y se experimenta mayor miedo y ansiedad ante ella. Por otra parte a medida que aumenta la extraversión se piensa menos en la muerte y los sujetos tienen menos ganas de morir. Cuando los datos se analizan por separado para ambos sexos, se observan ciertas modificaciones, sobre todo en el grupo de mujeres, siendo la más importante la relación positiva entre extraversión y ansiedad ante la muerte, por un lado, y la ausencia de relación entre neuroticismo y

ansiedad ante la muerte por otro. Esto lo hemos atribuido a las características de la muestra, (ancianos internados en asilos) y debido al carácter exploratorio de nuestro estudio, hemos preferido esperar a investigaciones posteriores que apoyen o repliquen nuestros datos, antes que especular sobre las posibles implicaciones teóricas de los mismos.

La tendencia a la depresión, tal como es medida por los S.D.S de Zung, juega también un papel importante en las actitudes hacia la muerte. En líneas generales, a medida que aumenta la tendencia a la depresión se piensa más en la muerte y los sujetos sienten mas ganas de morirse. Del mismo modo, aunque solo en los ancianos varones, hay una relación positiva entre tendencia a la depresión y ansiedad ante la muerte.

De todo ello se puede deducir que las actitudes ante la muerte estan muy vinculadas a la personalidad del sujeto, esto es, a su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar, aunque conviene no olvidar la influencia de la propia biografía personal.

5.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA MUESTRA  
DE UNIVERSITARIOS

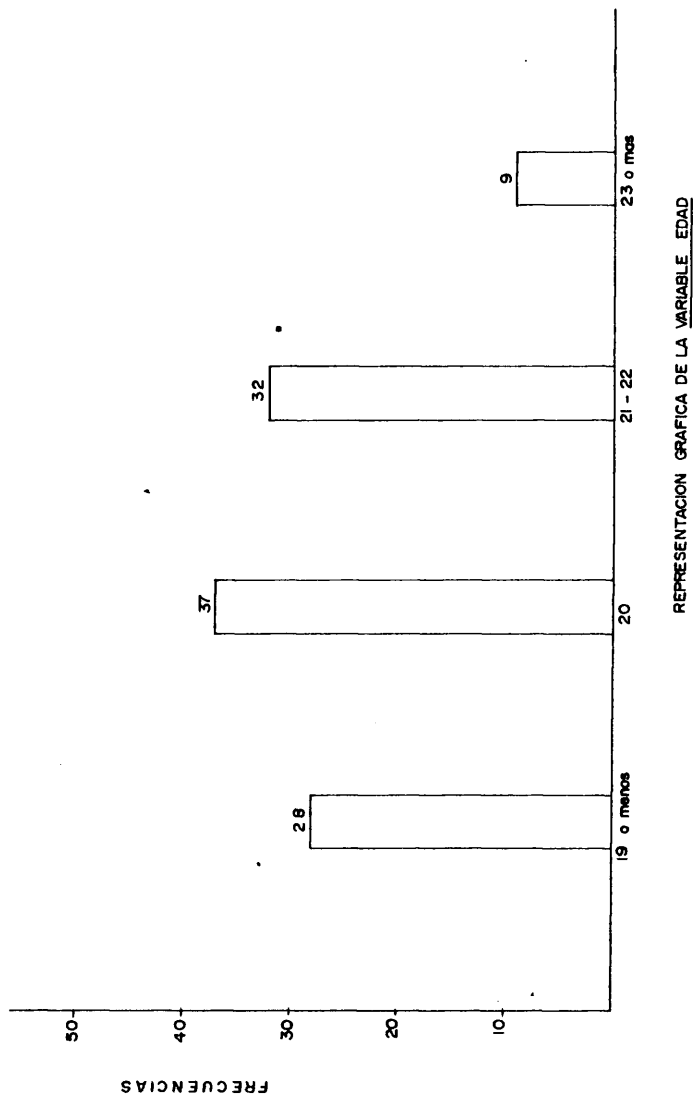
5.3.1. DATOS DESCRIPTIVOSVARIABLE nº1: EDAD

AÑOS	N	%
19 ó menos	28	25,45
20	37	33,64
21-22	32	29,09
23 ó más	9	8,18
TOTAL	110	100,00

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	20,87	3,54
HOMBRES	21,51	3,39
TOTALES	21,10	3,48

Una representación gráfica de esta variable podemos verla en la Fig. 5 . Los datos ponen de relieve que la mayoría de los sujetos (92%) tienen entre 19 y 27 años, siendo 20 la edad que cuenta con el porcentaje mayor (33,64%), cosa hasta cierto punto lógica, ya que todos eran estudiantes de Tercero de Psicología, es esta la edad que según los planes de estudio actuales se corresponde cronológicamente con el curso. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

Fig. 5

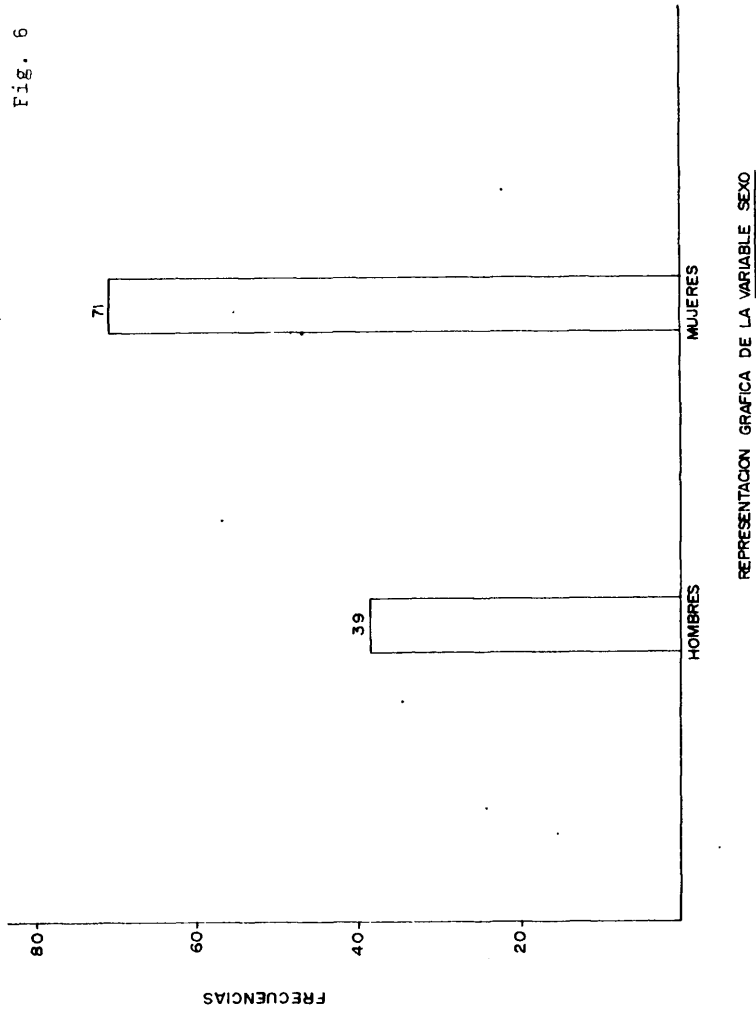


VARIABLE nº2: SEXO

SEXO	N	%
MUJERES	71	64,50
HOMBRES	39	35,50
TOTAL	110	100,00

Las mujeres son mas numerosas que los hombres, reflejando una situación que es bastante general en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Una representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig.6

Fig. 6



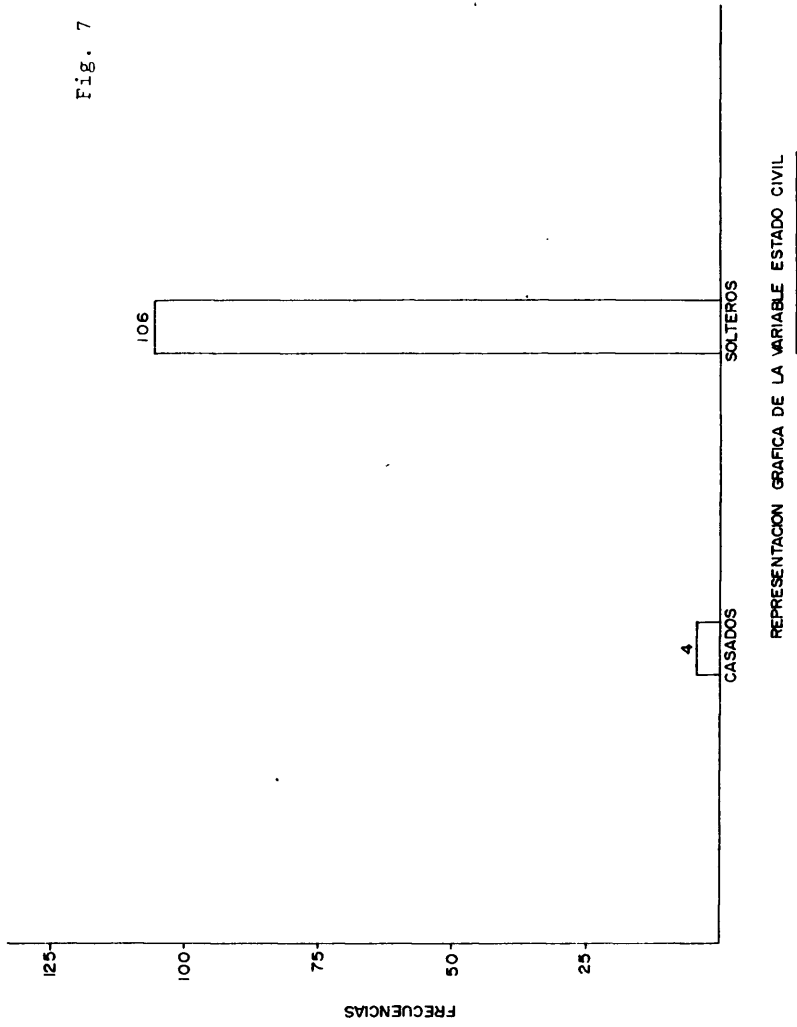
VARIABLE nº3: ESTADO CIVIL

E. CIVIL	N	%
SOLTERO	106	96,40
CASADO	4	3,60
TOTAL	110	100,00

Tal como era de esperar, al ser gente joven, los solteros constituyen la casi totalidad de la muestra. Una representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 7.

3/6

Fig. 7



VARIABLE n°4 : EXTRAVERSION

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	2-6	28	25,45
MEDIA	7-11	53	48,18
ALTA	12-22	29	26,36

	MEDIA .	DESVIACION TIPICA
MUJERES	9,24	4,00
HOMBRES	9,79	3,93
TOTALES	9,44	3,97

Esta variable ha sido medida mediante el cuestionario E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 50. La distribución tiende a la normalidad, aunque es ligeramente asimétrica positiva. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres, ni tampoco con la media total de la población de ancianos.

```

VARIABLE NUMBER . . . . . 4
NAME . . . . . EY
NUMBER OF DISTINCT VALUES . . . . . 19
RANGE . . . . . 15.771192
NUMBER OF VALUES COUNTED . . . . . 0
NUMBER OF VALUES NOT COUNTED . . . . . 0
LOCATIONS ESTIMATES
MEAN . . . . . 9.4363632
MEDIAN . . . . . 9.0000000
MODE . . . . . 8.0000000
MINIMUM . . . . . 2.0000000
MAXIMUM . . . . . 17.0000000
RANGE . . . . . 15.771192
STDEV. . . . . 3.9712668
(LJ-Q1)/2 . . . . . 3.0000000
ST-ERROR . . . . . 0.3769711
          . . . . . 0.5773506
MIN-----MAX
          . . . . . 0.1550397
EACH . =

```

243

VALUE	COUNT	PERCENTS	CELL	CUM	VALUE	COUNT	PERCENTS	CELL	CUM
2.	1	0.9	0.9	0.9	7.	7	6.4	80.0	17.
3.	4	4.0	4.5	5.4	8.	16	14.5	94.2	18.
4.	2	1.8	6.4	7.2	9.	5	4.5	98.7	20.
5.	9	8.1	15.3	12.3	10.	3	2.7	100.0	22.
6.	12	10.9	26.3	23.6	11.	5	4.5		

TABLA 50 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE EXTRAVERSION

VARIABLE nº5 : NEUROTICISMO (NEY)

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	2-9	31	28,18
MEDIA	10-15	56	50,91
ALTA	16-21	23	20,91

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	12,65	4,15
HOMBRES	11,31	4,57
TOTALES	12,17	4,33

Al igual que la anterior esta variable ha sido medida con el E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 51. La distribución es asimétrica negativa, aunque tiende a la normalidad. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos.

No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres, ni tampoco con la media total de la población de ancianos.

```

VARIABLE NUMBER . . . . . 5
NAME . . . . . NEY
NUMBER OF DISTINCT VALUES . . . . . 20
NUMBER OF VALUES COUNTED . . . . . 110
NUMBER OF VALUES NOT COUNTED . . . . . 0
LOCATION ESTIMATES
MEAN 12.172766
MEDIAN 13.000000
MODE 13.000000

MAXIMUM 21.000000
MINIMUM 2.000000
RANGE 19.000000
VARIANCE 0.742653
STDEV .861746
S1 0.861746
S2 0.000000
S3 0.000000
S4 0.000000
S5 0.000000
S6 0.000000
S7 0.000000
S8 0.000000
S9 0.000000
S10 0.000000
S11 0.000000
S12 0.000000
S13 0.000000
S14 0.000000
S15 0.000000
S16 0.000000
S17 0.000000
S18 0.000000
S19 0.000000
S20 0.000000

MIN-----MAX
M H M Q S
A N D I P
-----
EACH . = 0.1172869
M
N

```

VALUE	COUNT	CELL	CUM	PERCENTS	VALUE	COUNT	CELL	CUM	PERCENTS
2.	1	0.9	0.9	0.9	17.	5	5.5	57.1	57.1
3.	2	1.8	2.7	2.7	18.	4	3.6	92.7	92.7
4.	2	1.8	4.5	4.5	19.	3	2.7	95.5	95.5
5.	3	2.7	7.3	7.3	20.	3	2.7	93.2	93.2
6.	3	2.7	10.0	10.0	21.	2	1.8	100.0	100.0

TABLA 51 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE NEUROTICISMO

## VARIABLE n°6 : DEPRESION

GRUPOS	x <sub>1</sub>	N	%
BAJA	25-33	27	24,55
MEDIA	34-43	58	52,73
ALTA	44-65	25	22,73

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	39,28	6,71
HOMBRES	36,72	6,34
TOTALES	38,37	6,67

## DIFERENCIAS DE MEDIAS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	RC	F	p
2,56	1,304	1,96	1,96	0.05

## DIFERENCIA DE MEDIAS CON LA POBLACION DE ANCIANOS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	RC	F	p
5,97	1,07	5,59	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con la S.D.S. de Zung. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 52. La distribución es bimodal.

VARIABLE NUMBER . . . . . 6				MAXIMUM 65.0000000			
NAME . . . . . 020				MINIMUM 45.0000000			
NUMBER OF DISTINCT VALUES . . . . . 27				RANGE 40.0000000			
L10 0				VARIANCE 5.579058			
NUMBER OF VALUES NOT COUNTED . . . . . 0				ST. DEV. 6.6744166			
LOCATION ESTIMATES				ST. ERROR 6.5000000			
MEAN 38.372264				ST. ERROR 0.2600254			
MEDIAN 37.5000000							
MODE NOT OUTLIER							

M		S		U		I		M		H		S		4	
I		E		E		E		E		E		E		E	
N		O		A		I		N		A		X			

VALUE	COUNT	PERCENTS	CELL	CUM	VALUE	COUNT	PERCENTS	CELL	CUM
25	1	0.9	0.9	33	4	3.6	24.5	4.7	66.4
26	2	1.8	2.7	34	7	6.5	30.7	4.8	70.9
27	1	0.9	3.6	35	6	5.5	36.5	4.2	72.7
29	1	0.9	4.5	36	9	8.2	41.5	4.3	77.3
30	5	4.5	9.1	37	6	5.5	50.0	4.6	81.8
31	4	3.6	12.7	38	7	6.5	56.5	4.5	86.4
32	9	8.2	20.9	39	4	3.6	60.0	4.6	96.4

VALUE	COUNT	PERCENTS	CELL	CUM
47	5	4.5	90.9	
48	3	2.7	93.6	
50	4	3.6	97.3	
51	1	0.9	99.2	
52	1	0.9	100.0	

TABLA 52 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE DEPRESION

252

La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombre y la de las mujeres ( $p < 0,05$ ). Al igual que en la muestra de ancianos las mujeres tienden a ser mas depresivas que los hombres. También hemos encontrado diferencias significativas con la media total de los ancianos ( $p < 0,01$ ), estos tienden a ser más depresivos que los estudiantes de Tercero de Psicología.

VARIABLE nº7 : ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	2-6	28	25,45
MEDIA	7-10	58	52,73
ALTA	11-15	24	21,82

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	8,53	2,87
HOMBRES	7,94	2,94
TOTALES	8,33	2,90

Esta variable ha sido medida con la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica pueden verse en la Tabla 53 . La distribución es bimodal.

La tricotomización se ha realizado también en función de los percentiles obtenidos. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres.

```

VARIABLE NUMBER . . . . . 7
NAME . . . . . IAS
NUMBER OF DISTINCT VALUES . . . . . 14
NUMBER OF VALUES COUNTED . . . . . 110
NUMBER OF VALUES NOT COUNTED . . . . . 0
LOCATION ESTIMATES
MEAN . . . . . 0.327274
MEDIAN . . . . . 0.000000
MODE . . . . . NOT UNIQUE
MAXIMUM . . . . . 15.0000000
MINIMUM . . . . . 2.0000000
RANGE . . . . . 13.0000000
VARIANCE . . . . . 9.0056559
STDEV. . . . . 2.9992710
COUNT . . . . . 110
SKEWNESS . . . . . 0.144889
KURTOSIS . . . . . 0.2986752
EACH . . . . . 0.1000000
REPRESENTS . . . . . 1.70
COUNTS . . . . .

```

```

MIN-----MAX
0.000000  15.000000
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
M         S         Q         C         S         M         X
1         1         1         1         1         1         1

```

VALUE	COUNT	CUM	PERCENTS	CELL	CUM	PERCENTS	VALUE	COUNT	CUM	PERCENTS
2.	2	2	1.8	1.8	1.8	1.8	10.	17	15.5	78.2
3.	4	6	3.6	5.5	5.5	5.5	11.	17	16.4	84.5
4.	5	11	4.5	10.0	10.0	10.0	12.	9	8.2	92.7
5.	10	21	9.1	19.1	19.1	19.1	13.	5	4.5	97.3

TABLA 53 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

VARIABLE nº8 : RELIGION 1

CATEGORIAS	N	%
0- Ninguna	44	40,00
1- Católica	63	57,27
2- Otra	3	2,73

Un porcentaje considerable de sujetos (40%) declara no pertenecer a ninguna religión, aunque probablemente muchos de ellos están bautizados. Más de la mitad (57,27%) se autoconfiesa católico, y solamente un pequeño porcentaje (2,73%) declara pertenecer a otra religión.

VARIABLE n°9 : RELIGION 2

VALORES	N	%
0- Nada religioso	49	44,55
1- Algo religioso	40	36,36
2- Bastante religioso	19	17,27
3- Muy religioso	2	1,82

Los resultados de este indicador siguen la misma línea que el anterior. Los porcentajes aumentan en sentido negativo, es decir que los sujetos tienden a ser poco religiosos.

Queremos destacar aquí, al igual que lo hacíamos en la muestra de ancianos, que el tratar de medir la religiosidad a través de estos indicadores es bastante elemental. Varios investigadores (Clark, 1958, Fichter, 1961; Allport, 1964, Amon, 1969) han puesto de relieve que la religiosidad es algo bastante complejo, que dista mucho de ser un fenómeno unidimensional. Si hemos creído oportuno incluir aquí estos indicadores es debido a que el carácter de nuestro estudio es fundamentalmente exploratorio, y por otro lado el tener en cuenta de una forma adecuada la dimensión religiosa cae fuera de los objetivos de nuestra tesis.

VARIABLE nº10 : CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE

¿Cree que hay vida después de la muerte?

CATEGORIAS	N	%
1- Si	52	47,27
2- No	51	46,36
3- No sabe.No con- testa	7	6,36

Independientemente de que los universitarios de nuestra muestra tiendan a manifestarse como poco religiosos, parece que las dos posturas posibles con relación a la existencia de vida después de la muerte atraen con semejante intensidad a los sujetos. Por otra parte, y de forma similar a lo que pasaba en los ancianos, algunos sujetos prefieren evadir la pregunta.

VARIABLE n°11: REENCARNACION

¿Cree Vd. en la reencarnacion?

CATEGORIAS	N	%
1- Si	14	12,73
2- No	84	76,36
3- No sabe.No con testa	12	10,91

La reencarnación es un viejo tema que en los últimos años ha adquirido una popularidad tremenda gracias sobre todo al impacto de ciertas películas comerciales y a la influencia tanto de religiones orientales como de diversas sectas de caracter esotérico. Los sujetos de nuestra muestra no parecen excesivamente convencidos de esta posibilidad ya que el 76,3% la niega, un 11% no sabe a ciencia cierta con que carta quedarse, y sólo un 12,7% cree en ella.

VARIABLE nº12 : FUMAR

CATEGORIAS	N	%
1- Si	82	74,55
2- No	28	25,45

Fumar es una de las conductas autodestructivas más difundidas entre la población mundial. En nuestra muestra lo hace el 75% de los sujetos.

## VARIABLE n°12 : SINCERIDAD (SEY)

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	2-5	30	27,27
MEDIA	6-8	62	56,36
ALTA	9	18	16,36

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	7,06	1,42
HOMBRES	5,97	2,22
TOTALES	6,67	1,81

## DIFERENCIAS DE MEDIAS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
1,09	0,398	2,73	2,58	0.01

## DIFERENCIA DE MEDIAS CON LA POBLACION DE ANCIANOS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
2,93	0,224	13,08	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con el E.P.I. de Eysenck. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica puede verse en la Tabla 54. La distribución es asimétrica negativa. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles ob



tenidos. Hemos encontrado diferencias significativas ( $p < 0,01$ ). entre la media de los hombres y la de las mujeres, estas tienden a ser más sinceras que aquellos. Tambien hemos encontrado diferencias significativas con la media total de ancianos ( $p < 0,01$ ), los estudiantes de Tercero de Psicología tienden a ser más sinceros que los ancianos.

## VARIABLE nº14 : ESTADO DE ANSIEDAD

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	24-32	29	26,36
MEDIA	33-44	55	50,00
ALTA	45-80	26	23,64

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	40,61	10,85
HOMBRES	32,13	10,69
TOTALES	40,08	10,77

## DIFERENCIAS DE MEDIAS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
8,48	2,17	3,90	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con el cuestionario STAI (Forma SX1) de Spielberger y Cbres. La Tabla 55 muestra su distribución, estadísticos principales y representación gráfica. La distribución es leptocúrtica y ligeramente asimétrica positiva. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0,01$ ). En este sentido las mujeres son más propensas a experimentar estados de ansiedad que los hombres.



## VARIABLE n°15 : RASGO DE ANSIEDAD

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	27-38	27	22,55
MEDIA	39-50	58	52,73
ALTA	51-67	25	22,73

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	46,32	8,18
HOMBRES	41,69	7,48
TOTALES	44,68	8,21

## DIFERENCIA DE MEDIAS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma d$	RC	F	p
4,63	1,56	2,96	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con el cuestionario STAI (Forma SX2 ) de Spielberger y Cbres. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica puede verse en la Tabla 56 . La distribución tiende a la normalidad, aunque es ligeramente asimétrica negativa. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos.



Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los hombres y la de las mujeres ( $p < 0,01$ ). Parece pues que las mujeres se caracterizan por ser más ansiosas (considerada la ansiedad como rasgo de personalidad) que los hombres.

VARIABLE n°16 : ANSIEDAD MANIFIESTA

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	4-15	27	24,55
MEDIA	16-27	58	52,73
ALTA	28-44	25	22,73

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	24,15	8,33
HOMBRES	18,00	8,26
TOTALES	21,97	8,78

DIFERENCIAS DE MEDIAS

$ \bar{x}_1 - \bar{x}_2 $	$\sigma_d$	RC	F	p
6,15	1,66	3,70	2,58	0.01

Esta variable ha sido medida con la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica puede verse en la Tabla 57. La distribución tiende a la normalidad aunque es leptocúrtica. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de las mujeres y la de los hombres ( $p < 0,01$ ). Las mujeres manifiestan mayor tendencia a la ansiedad que los hombres.

VARIABLE NUMBER 16  
 NAME  
 NUMBER OF DISTINCT VALUES 35  
 NUMBER OF VALUES COUNTED 110  
 NUMBER OF VALUES NOT COUNTED 0  
 LOCATION ESTIMATES  
 MEAN 21.92717  
 MEDIAN 22.500000  
 MODE 21.000000  
 MAXIMUM 33.000000  
 MINIMUM 9.000000  
 RANGE 24.000000  
 VARIANCE 77.127481  
 ST. DEV. 8.782109  
 COV. 11.177  
 ST. CORR. 0.3100775  
 ST. CORR. II 0.28662754

EACH = 0.3100775

M	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

PERCENTS  
 CELL CUM  
 VALUE COUNT CELL CUM  
 PERCENTS PERCENTS

TABLA 57 DISTRIBUCION Y ESTADISTICOS PRINCIPALES DE LA VARIABLE ANSIEDAD MANIFIESTA

### 5.3.2.- ANALISIS DE VARIANZA

La Tabla 58 resume los análisis de varianza que han resultado significativos, mientras que en la Tabla 59 se recogen los no significativos. Al igual que en la muestra de ancianos hemos aplicado la prueba de comparaciones múltiples de Scheffé en los análisis de varianza significativos para ver entre grupos había diferencias. Vamos a ir comentando variable por variable.

#### Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Neuroticismo (NEY)

El contraste de Bartlett nos ha dado  $B=1,043 \chi^2_{0,95,2}=5,99$ , verificando la homogeneidad de las varianzas de los subgrupos. La Tabla 60 recoge el análisis de varianza entre estas variables. En la Tabla 61 la prueba de Scheffé nos pone de relieve que la media en la DAS del grupo de "Neuroticismo Bajo" difiere significativamente de las medias de los grupos de "Neuroticismo Medio" ( $p < 0,01$ ) y de "Neuroticismo Alto" ( $p < 0,01$ ). De igual modo existen también diferencias significativas entre los grupos de "Neuroticismo Medio" y "Neuroticismo Alto" ( $p < 0,05$ ). Nuestros resultados subrayan que la variable neuroticismo influye significativamente en la ansiedad ante la muerte, siendo los sujetos más neuróticos los que manifiestan mayor ansiedad ante la muerte.

TABLA 58

Resumen de los analisis de varianzas significativos realiza-  
dos entre la ansiedad ante la muerte y el resto de las variables  
(Muestra de Universitarios N=110)

VAR. N°	Nombre	F	p
1	NEUROTICISMO	12,3273	0,0000
6	DEPRESION	4,3474	0,0153
8	RELIGION 1	3,4539	0,0352
15	RASGO DE ANSIEDAD	12,7420	0,0000
16	ANSIEDAD MANIFIESTA	10,7254	0,0001

TABLA 59

Resumen de los análisis de varianzas no significativos realiza-  
dos entre la ansiedad ante la muerte y el resto de las variables  
(Muestra de Universitarios N=110)

VAR. N°	NOMBRE	F	p
1	EDAD	0,0597	0,9808
2	SEXO	1,0304	0,3123
3	ESTADO CIVIL	0,0146	0,9040
4	EXTRAVERSION	0,1340	0,8747
9	AUTOCALIFICACION		
	RELIGIOSA (RELI2)	1,3451	0,2638
10	CREENCIA DESPUES		
	DE LA MUERTE	3,0759	0,0502
11	REENCARNACION	0,4616	0,6315
12	FUMAR	0,7084	0,4018
13	SINCERIDAD	0,0018	0,9982
14	ESTADO DE ANSIEDAD	2,9353	0,0574

TABLA 60

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-NEY

DAS

	N	$\bar{x}$	$S_x$
NEY B.NEY	31	6,61	2,84
NEY M.NEY	56	8,51	2,50
NEY A.NEY	23	10,17	2,67
TOTAL	110	8,32	2,89

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	171,57	2	85,78	12,32	0.000
Intragrupo	744,63	107	6,95		
Total	916,20	109			

TABLA 61

PRUEBA DE SCHEFFE

NEUROTICISMO $x_1$  = Neuroticismo bajo $x_2$  = Neuroticismo medio $x_3$  = Neuroticismo alto

N.C	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5 %	2 y 107	3,09	2	6,18
1 %		4,82		9,64

Valores de F en comparaciones múltiples			p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	10,42	> 9,64	0,01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	24,10	> 9,64	0,01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	6,43	> 6,18	0,05

Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Depresión (DZU)

Las varianzas de los subgrupos son homogéneas ( $B=1,36$   $\chi^2_{0,95,2}=5,99$ ). La Tabla 62 recoge el análisis de varianza entre estas variables. Como puede verse en la Tabla 63 solo hemos encontrado diferencias significativas entre las medias de los grupos de "Alta" y "Baja" depresión ( $p < 0,05$ ). Parece ser que los sujetos del grupo "Depresión Alta" experimentan más ansiedad ante la muerte que los sujetos del grupo "Depresión Baja". En cambio no existen diferencias significativas entre los otros grupos.

Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Religión I

Las varianzas de los subgrupos son homogéneas ( $B=2,88$   $\chi^2_{0,95,2}=5,99$ ). La Tabla 64 muestra el análisis de varianza entre estas variables, sin embargo al realizar la prueba de Scheffé no hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos (Tabla 65).

Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Rasgo de Ansiedad (SX2)

Las varianzas de los subgrupos son homogéneas ( $B=0,486$   $\chi^2_{0,95,2}=5,99$ ). En la Tabla 66 se recoge el análisis de varianza entre estas variables. De igual modo como puede verse en la Tabla 67 la prueba de Scheffé nos pone de relieve que la media en la DAS del grupo de "Ansiedad Baja" difiere significativamente de la media de los otros grupos.

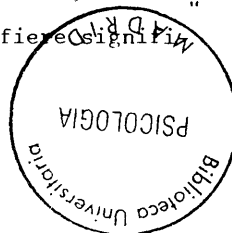


TABLA 62

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-DZU

BDZU=DEPRESION ALTA  
 MDZU=DEPRESION MEDIA  
 ADZU=DEPRESION ALTA

DZU

DAS			
	N	$\bar{x}$	$S_x$
BDZU	27	7,25	2,47
MDZU	58	8,29	2,99
ADZU	25	9,56	2,70
TOTAL	110	8,32	2,89

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	68,85	2	34,42	4,34	0.015
Intragrupo	847,35	107	7,91		
Total	916,20	109			

TABLA 63

## PRUEBA DE SCHEFFE

## DEPRESION

$x_1$  = Depresión baja  
 $x_2$  = Depresión media  
 $x_3$  = Depresión alta

N.C.	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5 %	2 y 107	3,09	2	6,18
1 %		4,82		9,64

Valores de F en comparaciones múltiples	p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ 2,40	n.s
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ 8,69 > 6,18	0,05
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$ 3,55	n.s

TABLA 64

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-RELIGION 1

DAS

RELIGION 1

	N	$\bar{x}$	$S_x$
Ninguna	44	7,54	3,04
Católica	63	8,93	2,72
Otra	3	7,00	1,00
Total	110	8,32	2,89

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	55,56	2	27,78	3,45	0.035
Intragrupo	860,64	107	8,04		
Total	916,20	109			

TABLA 65  
PRUEBA DE SCHEFFE

RELIGION

$x_1$  = Ninguna  
 $x_2$  = Católica  
 $x_3$  = Otra

N.C	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5 %	2 y 107	3,09	2	6,18
1 %		4,82		9,64

Valor de F en comparaciones múltiples	p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$ 5,11	n.s
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$ 0,10	n.s
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$ 1,33	n.s

TABLA 66

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-SX2

Sx2 = Rasgo de ansiedad

BSX2=Ansiedad Baja

MSX2=Ansiedad Media

ASX2=Ansiedad Alta

		DAS		
		N	$\bar{x}$	$S_x$
SX2	BSX2	27	6,48	2,42
	MSX2	58	8,89	2,66
	ASX2	25	10,16	2,76
	TOTAL	110	8,32	2,89

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	176,23	2	88,11	12,74	0.000
Intragrupo	739,97	107	6,91		
Total	916,20	109			

TABLA 67  
PRUEBA DE SCHEFFE

RASGO DE ANSIEDAD $x_1$  = Ansiedad baja $x_2$  = Ansiedad media $x_3$  = Ansiedad alta

N.C.	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5 %	2 y 107	3,09	2	6,18
1 %		4,82		9,64

Valores de F en Comparaciones múltiples		p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	12,37 > 9,64	0,01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	25,53 > 9,64	0,01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$	7,96 > 6,18	0,05

cativamente de las medias de los grupos de "Ansiedad Media" ( $p < 0,01$ ) y "Alta ansiedad" ( $p < 0,01$ ). Igualmente existen también diferencias significativas entre los grupos de "Media" y "Alta" ansiedad ( $p < 0,05$ ). En consecuencia la variable Rasgo de Ansiedad, de forma similar a la variable Neuroticismo, influye significativamente en la ansiedad ante la muerte, siendo los sujetos que alcanzan puntuaciones mas elevadas en este rasgo los que manifiestan mayor ansiedad ante la muerte.

#### Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Ansiedad manifiesta (MAS)

Las varianzas de los subgrupos son homogéneas ( $B=1,97$   $\chi^2_{0,95,2}=5,99$ ). La Tabla 68 muestra el análisis de varianza entre estas variables. En la Tabla 69 se observa que la media del grupo de "Baja Ansiedad manifiesta" difiere significativamente de las medias de los grupos de "Alta" y "Media" ansiedad manifiesta ( $p < 0,01$  en ambas comparaciones). Así pues los sujetos que puntúan bajo en la MAS obtienen puntuaciones significativamente mas bajas en ansiedad ante la muerte, que los sujetos que obtienen puntuaciones "medias" o "altas". Sin embargo no existen diferencias significativas entre los sujetos de estos dos últimos grupos.

#### Ansiedad ante la Muerte (DAS) y Comparación (COMP)

Al igual que en la muestra de ancianos hemos creído interesante ver si existían diferencias significativas entre los

TABLA 68

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-MAS

BMAS=Ansiedad Baja  
 MMAS=Ansiedad Media  
 AMAS=Ansiedad Alta

DAS

	N	$\bar{x}$	$S_x$
MAS BMAS	27	6,40	2,74
MMAS	58	8,62	2,44
AMAS	25	9,72	3,07
TOTAL	110	8,32	2,89

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	153,00	2	76,50	10,72	0.0001
Intragrupo	763,21	107	7,13		
Total	916,21	109			

TABLA 69  
PRUEBA DE SCHEFFE

ANSIEDAD MANIFIESTA

$x_1$  = Ansiedad baja  
 $x_2$  = Ansiedad media  
 $x_3$  = Ansiedad alta

N.C.	g.l.	F	(K-1)	F(K-1)
5 %	2 y 107	3,09	2	6,18
1 %		4,82		9,64

Valores de F en comparaciones múltiples		p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	12,66 > 9,64	0,01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	20,32 > 9,64	0,01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$	2,96	n.s

grupos extremos de las variables Neuroticismo y Extraversión, consideradas conjuntamente. Para ello hemos comprobado previamente si estos grupos diferían significativamente, según las características que les definen, en ambas variables por separado. La Tabla 70 muestra el análisis de varianza entre la variable Extraversión y la variable Comparación. Al ser significativo el análisis de varianza hemos realizado la prueba de Scheffe, para comparaciones múltiples (Tabla 71) que nos ha puesto de manifiesto que existen diferencias significativas en Extraversión entre:

- Histéricos y distímicos
- Histéricos e intracontrolados
- Extracontrolados y distímicos
- Extracontrolados e intracontrolados

De forma similar hemos procedido con la variable Neuroticismo (Tablas 72 y 73) comprobando que existen diferencias significativas entre:

- Histéricos y extracontrolados
- Histéricos e intracontrolados
- Distímicos y extravertidos
- Distímicos e intracontrolados

Realizado el análisis de varianza para ver si estos grupos diferían significativamente en ansiedad ante la muerte, este no fue

TABLA 70

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE EEY-COMP

EEY

COMP

	N	$\bar{x}$	$S_x$
HISTERICOS	8	13,50	1,60
DISTIMICOS	8	4,62	1,06
EXTRACON	7	15,14	1,86
INTRACON	9	4,77	1,48
TOTAL	32	9,18	5,08

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	P
Intergrupo	738,58	3	246,19	107,22	0.000
Intragrupo	64,28	28	2,29		
Total	802,86	31			

TABLA 71 PRUEBA DE SCHEFFE (EY-COMP)

$X_1$  = Históricos  
 $X_2$  = Distímicos  
 $X_3$  = Extracontrolados  
 $X_4$  = INtracontrolados

N.C.	g.l.	F	K-1	F(K-1)
5%	3 y 28	2.95	3	8.85
1%		4.57		12.71

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES				p
$\bar{X}_1 - \bar{X}_2$	73.95	>	12.71	0.01
$\bar{X}_1 - \bar{X}_3$	2.36			n.s.
$\bar{X}_1 - \bar{X}_4$	75.69	>	12.71	0.01
$\bar{X}_2 - \bar{X}_3$	97.04	>	12.71	0.01
$\bar{X}_2 - \bar{X}_4$	0.23			n.s.
$\bar{X}_3 - \bar{X}_4$	99.38	>	12.71	0.01

TABLA 72

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE NEY-COMP

NEY

	N	$\bar{x}$	$S_x$
HISTERICOS	8	16,37	2,20
DISTIMICOS	8	16,62	1,84
COMP EXTRACON	7	7,00	2,38
INTRACON	9	7,22	1,85
TOTAL	32	11,81	5,15

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	P
Intergrupo	703,56	3	234,52	55,04	0.000
Intragrupo	119,30	28	4,26		
Total	822,86	31			

TABLA 73 PRUEBA DE SCHEFFE (NEY-COMP)

$X_1$  = Históricos

$X_2$  = Distímicos

$X_3$  = Extracontrolados

$X_4$  = Intracontrolados

N.C.	g.l.	F	K-1	F(K-1)
5%	3 y 28	2.95	3	8.85
1%		4.57		12.71

VALORES DE F EN COMPARACIONES MULTIPLES				p
$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	0.058			n.s.
$\bar{x}_1 - \bar{x}_3$	77.09	>	12.71	0.01
$\bar{x}_1 - \bar{x}_4$	83.39	>	12.71	0.01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_3$	81.26	>	12.71	0.01
$\bar{x}_2 - \bar{x}_4$	88	>	12.71	0.01
$\bar{x}_3 - \bar{x}_4$	0.044			n.s.

significativo (Tabla 74 ), confirmando los datos obtenidos en la muestra de ancianos, aunque con las mismas limitaciones que allí expusimos.

TABLA 74

ANALISIS DE VARIANZA ENTRE DAS-COMP

		DAS		
		N	$\bar{x}$	$S_x$
COMP	HISTERICOS	8	8,87	3,52
	DISTIMICOS	8	9,62	1,84
	EXTRACON	7	7,14	1,86
	INTRACON	9	6,22	3,76
	TOTAL.	32	7,93	3,14

Fuente variación	Suma de cuadrados	g.l.	Media cuadrática	F	p
Intergrupo	60,71	3	20,23	2,31	0.097
Intragrupo	245,16	28	8,75		
Total	305,87	31			

### 5.3.3.- ANALISIS DE CHI-CUADRADO

La Tabla 75 expone un resumen de los análisis de Chi-Cuadrado efectuados entre la variable ansiedad ante la muerte (tricotomizada) y diversas variables en su mayoría discretas (1). Como se puede apreciar ninguno de estos análisis nos ha permitido rechazar la hipótesis de independencia. Al igual que en la muestra de ancianos parece que la ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, no está relacionada con ninguna de las variables estudiadas en el presente apartado.

TABLA 75

RESUMEN DE LOS ANALISIS DE CHI-CUADRADO ENTRE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y DIVERSAS VARIABLES  
(Muestra de UNIVERSITARIOS N=110)

	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE		
	$\chi^2$	g.l	P
2 SEXO	1,210	2	n.s
3 E.CIVIL	1,903	2	n.s
8 RELIGION 1	1,769	4	n.s
9 AUTOCALIFICACION RELIGIOSA (RELIG.II)	4,706	8	n.s
10 CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE	2,107	2	n.s
11 REENCARNACION	1,324	2	n.s
12 FUMAR	1,054	2	n.s

(1)La variable Autocalificación religiosa (Religión 2) fue incluida en este tipo de análisis con la finalidad de que, en lo posible, no se distorsionasen los análisis factoriales que veremos posteriormente.

#### 5.3.4.- ANALISIS CORRELACIONAL

En la Tabla 76 aparecen las correlaciones entre la DAS y las variables continuas estudiadas, tanto para la muestra total como para hombres y mujeres. Hemos dejado para el análisis factorial la exposición de las matrices de correlaciones completas.

En la Muestra Total la DAS correlaciona positiva y significativamente con:

- Neuroticismo (0.489  $p < 0.001$ )
- Depresión (0.256  $p < 0.01$ )
- Rasgo de Ansiedad (0.436  $p < 0.001$ )
- Ansiedad Manifiesta (0.389  $p < 0.001$ )

En las Mujeres la DAS correlaciona positiva y significativamente con:

- Neuroticismo (0.432  $p < 0.001$ )
- Depresión (0.272  $p < 0.05$ )
- Rasgo de Ansiedad (0.454  $p < 0.001$ )
- Ansiedad Manifiesta (0.363  $p < 0.001$ )

En los Varones la DAS correlaciona positiva y significativamente con:

- Neuroticismo (0.564  $p < 0.001$ )
- Rasgo de Ansiedad (0.380  $p < 0.05$ )
- Ansiedad Manifiesta (0.413  $p < 0.01$ )



TABLA 76  
 CORRELACIONES ENTRE ANSIEDAD ENTRE LA MUERTE Y OTRAS VARIABLES (MUESTRA DE UNIVERSITARIOS)

	TOTAL N=110	MUJERES N=71	VARONES N=39
EDAD	0.018	0.011	0.055
EXTRAV.	-0.056	-0.119	0.079
NEUROTIC.	0.489 ...	0.432 ...	0.564 ...
DEPRESION	0.256 ..	0.272 .	0.189
SINCERIDAD	0.068	0.185	-0.121
ESTADO-A	0.155	0.222	0.019
RASGO-A	0.436 ...	0.454 ...	0.380 .
ANS.MANIF.	0.389 ...	0.363 ..	0.413 ..

. p < 0.05

.. p < 0.01

... p < 0.001

Por lo que respecta a las variables Neuroticismo y Extraversión los resultados son bastantes consistentes con los obtenidos por Templer (1972a) en una muestra similar. Contrastan por el contrario con ciertos hallazgos parciales obtenidos en la muestra de ancianos, y que hemos expuesto anteriormente. De igual modo las correlaciones obtenidas entre la DAS y la variable Depresión son consistentes con las de Templer (1971b) y Templer y Ruff (1974), que consideran que la ansiedad ante la muerte puede ser un síntoma asociado a los cuadros depresivos.

Hay que destacar que no hemos hallado ninguna correlación significativa con la variable Edad, Extraversión, Sinceridad y Estado de Ansiedad.

#### 5.3.5.- ANALISIS FACTORIAL

Dado que hemos utilizado diversas medidas de ansiedad hemos creído interesante realizar un análisis factorial con todas ellas, de cara a estudiar su composición factorial, hemos incluido así mismo otras variables que pudieran tener alguna relevancia. Las variables seleccionadas fueron:

- Edad
- Extraversión (EEY)
- Neuroticismo (NEY)
- Depresión (DZU)
- Ansiedad ante la muerte (DAS)
- Sinceridad (SEY)
- Estado de Ansiedad (SX1)
- Rasgo de Ansiedad (SX2)
- Ansiedad manifiesta (SMAS)

El programa utilizado fue el BMDP4M de James Frane. La factorización de la matriz de correlaciones se realizó por el método de los Factores Principales, con las correlaciones múltiples al cuadrado en la diagonal principal de la matriz. Para llegar a una estructura simple (Thurstone, 1938; 1940) en la matriz factorial se utilizó la rotación oblicua Direct Quartimin, tal como es expuesta por Jennrich y Sampson (1966). De esta forma se respeta mejor lo que piden los datos y se pueden calcular las correlaciones entre los diversos factores resultantes.

La Tabla 77 recoge la matriz de correlaciones de estas variables en la muestra total. Podemos observar las altas correlaciones obtenidas entre la Escala de Neuroticismo del EPI con la Escala SX2 del STAI ( $r=0.671$   $p < 0.001$ ) y la MAS ( $r=0.728$   $p < 0.001$ ), de igual manera entre la SX2 del STAI y la MAS ( $r=0.794$   $p < 0.001$ ). La Escala de Depresión de Zung aparece muy relacionada con la Escala SX2 del STAI ( $r=0.684$   $p < 0.001$ ), la MAS ( $r=0.625$   $p < 0.001$ ), la Escala SX1 del STAI ( $r=0.529$   $p < 0.001$ ), la Escala de Neuroticismo del E.P.I. ( $r=0.484$   $p < 0.001$ ) y, en menor medida, con la DAS ( $r=0.256$   $p < 0.001$ ) y la Escala de Extraversión del EPI ( $r=-0.214$ ).

Asímismo la Tabla 78 recoge la saturaciones factoriales de cada prueba en el factor extraído. Este factor explica el 36% de la varianza total y mas del 100% de la varianza comun, estimada por la suma de las correlaciones múltiples al cuadrado. Las pruebas que alcanzan saturaciones factoriales mas altas son precisamente aquellas que tienden a considerar la ansiedad como un rasgo relativamente estable de la personalidad del sujeto (SX2 del STAI, MAS, Escala N del EPI) (1).

La Escala de Depresión de Zung alcanza también una saturación elevada, mientras que las de la DAS y la SX1 son mas pequeñas. El resto de las pruebas (Escala de Sinceridad y

(1) Esto es bastante consistente con la literatura general sobre el tema. (Alpert y Haber, 1960; Davids y Erikbergen, 1955; Eysenck y Eysenck, 1967; Jenson (1958); Pelechano, 1973; Sarason, 1957; Spielberger y Cbres, 1970; Zuckerman, 1965).

CORRELATION MATRIX

	EDAD	1	EEY	2	NEY	3	DZU	4	DAS	5	SEY	6	SXI	7	SX2	8	MAS	9
EDAD	1	1.000																
EEY	2	0.135	1.000															
NEY	3	0.025	-0.044	1.000														
DZU	4	-0.069	-0.214	0.484...	1.000													
DAS	5	0.318	-0.355	0.489...	0.256..	1.000												
SEY	6	-0.093	0.079	0.229..	0.132	0.068	1.000											
SXI	7	0.355	-0.152	0.343...	0.529...	0.155	0.098	1.000										
SX2	8	-0.123	-0.175	0.671...	0.654...	0.436...	0.188..	0.410...	1.000									
MAS	9	-0.104	-0.090	0.728...	0.625...	0.389...	0.255..	0.395...	0.794...	1.000								

.p < 0,05

..p < 0,01

...p < 0,001

TABLA 77. CORRELACIONES ENTRE ANSIEDAD ENTRE LA MUERTE Y OTRAS VARIABLES.

(TOTAL UNIV.=110)

TABLA 78

ANALISIS FACTORIAL. METODO FACTORES PRINCIPALES. ROTACION OBLICUA  
(Muestra de UNIV. N=110)

	Factor I
8 RAGO DE ANSIEDAD (SX2)	0.891
9 ANSIEDAD MANIFIESTA (MAS)	0.889
3 NEUROTICISMO (NEY)	0.775
4 DEPRESION (DZU)	0.718
5 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAS)	0.462
7 ESTADO DE ANSIEDAD (SX1)	0.493
6 SINCERIDAD (SEY)	0.0
1 EDAD	0.0
2 EXTRAVERSION (EEY)	0.0

Nota: En esta tabla los pesos factoriales  
menores que 0.250 han sido sustitui-  
dos por ceros

Extraversión del EFI) así como la variable edad alcanzan saturaciones factoriales insignificantes.

El factor extraído parece ser un factor claramente relacionado con la "Emotividad", ya que viene definido por una mezcla de escalas de ansiedad, neuroticismo y tendencia a la depresión.

Estos resultados son muy similares a los obtenidos por BENDING (1960), que estudió un gran número de instrumentos de medida de neuroticismo y ansiedad entre los cuales se encontraba el primitivo MPI de Eysenck. Sus resultados confirmaron la existencia de dos factores independientes que eran definidos como Emotividad y Extraversión. En este estudio también el factor de Emotividad era una mezcla de escalas de Ansiedad y neuroticismo, que tendían a confirmar que se trataba de un solo factor tal como es medido por la escala correspondiente del MPI y del EPI.

Los resultados de Bending sugerían que la escala N del MPI medía un factor de segundo orden que comprende manifestaciones que unos han denominado ansiedad (Cattell, 1957) y otros Neuroticismo (Eysenck, 1956). De igual modo Savage y McCawley (1966) obtuvieron que la escala N del M.P.I. obtenía una saturación de 0,78, en un factor de emocionabilidad, extraído mediante el análisis factorial de 16 escalas que medían diversos aspectos de la conducta emocional.

Estos resultados confirman nuestra hipótesis general que "la ansiedad ante la muerte depende del grado de emocio- nabilidad del sujeto", y que era lógico esperar relaciones positivas con los constructos empíricos que tratan de medir el grado de emocio nabilidad del sujeto (Neuroticismo, Rasgo de Ansiedad y Ansiedad Manifiesta). Sin embargo las correla- ciones moderadas significativas obtenidas con estos construc- tos (entre 0.363 y 0.564), así como las saturaciones obteni- das en el factor de Emotividad en los tres análisis realiza- dos (entre 0.428 y 0.472) sugieren que la Ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, es un constructo diferen- te de la ansiedad general, hay pues que considerar la ansie- dad ante la muerte como una ansiedad específica, aunque estre- chamente relacionada con la ansiedad general.

De igual modo la Ansiedad ante la muerte es un construc- to diferente del Estado de Ansiedad, pues las correlaciones en- tre la DAS y el SX1 del STAI no han sido significativas en ninguno de los análisis realizados.

También nuestros resultados confirman los hallazgos de Wadsworth y Cbres (1976), que utilizando el STAI, trataron de evaluar la diferencia entre Estado y Rasgo de Ansiedad. La extracción de un solo factor principal de las intercorrelaciones de las medidas de los dos tipos diferentes de ansiedad, contradecía el hecho de que estas dos medidas fueran in dependientes, llegando a la conclusión de que parece existir un solo tipo de ansiedad en vez de dos. Sin embargo conviene apuntar que en nuestro estudio las saturaciones obtenidas por la DAS y la SX1 del STAI son sensiblemente mas bajas que las de las otras pruebas, esto presupone que si bien no son completamente independientes, miden al menos constructos diferentes que aquellas.

Por otra parte nos ha parecido conveniente ver si el patrón factorial obtenido se mantendría teniendo en cuenta la variable sexo (variable moduladora externa), por lo cual hemos realizado dos nuevos análisis factoriales, uno para las mujeres (N=71) y otro para los varones (N=39). En ambos análisis hemos utilizado el método de los Factores Principales y Rotación Oblicua. La Tabla 79 expone la matriz de correlaciones obtenida por las mujeres, mientras que en la Tabla 80 se recogen las saturaciones factoriales de cada prueba. El factor extraído explica un 36,3% de la varianza total y más del 100% de la varianza común.

El patrón factorial, con ligeras modificaciones, es

CORRELATION MATRIX

	EDAD	EEY	NEY	DZU	UAS	SEY	SX1	SX2	MAS
EDAD	1	1.000							
EEY	2	-0.014	1.000						
NEY	3	0.026	-0.001	1.000					
DZU	4	0.023	-0.121	0.473***	1.000				
DAS	5	0.011	-0.119	0.432***	0.272*	1.000			
SEY	6	-0.171	-0.103	0.381**	0.181	0.185	1.000		
SX1	7	0.067	-0.168	0.275*	0.542***	0.222	0.096	1.000	
SX2	8	-0.102	-0.154	0.640***	0.619***	0.454***	0.313**	0.431**	1.000
MAS	9	-0.044	-0.070	0.716***	0.619***	0.363**	0.477***	0.394***	0.771***

\*.p<0,05

\*\*p<0,01

\*\*\*p<0,001

TABLA 79 .CORRELACIONES ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y OTRAS VARIABLES.

(UNIV.MUJERES.N=71)

TABLA 80

ANALISIS FACTORIAL. METODO FACTORES PRINCIPALES . ROTACION OBLICUA  
(UNIV. MUJERES N=71)

	Factor I
9 ANSIEDAD MANIFIESTA (MAS)	0.900
8 RASGO DE ANSIEDAD (SX2)	0.871
3 NEUROTICISMO (NEY)	0.749
4 DEPRESION (DZU)	0.696
5 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE (DAS)	0.472
6 SINCERIDAD (SEY)	0.410
7 ESTADO DE ANSIEDAD (SX1)	0.489
2 EXTRAVERSION (EY)	0.0
1 EDAD	0.0

Nota: En esta tabla los pesos factoriales  
menores que 0.250 han sido sustitui-  
dos por ceros

similar al de la muestra total, y presenta como novedad la saturación alcanzada por la escala de Sinceridad del EPI.(1).

Este factor, igual que en el análisis anterior está claramente relacionado con la Emotividad.

La Tabla 81 contiene la matriz de correlaciones obtenidas por los varones. En la Tabla 82 se recogen las saturaciones factoriales de cada prueba. El factor extraído explica el 35,8% de la varianza total y mas del 100% de la varianza común.

El patrón factorial es prácticamente idéntico al de la muestra total, siendo el mismo factor de emotividad, extraído anteriormente.

En resumen viendo los tres análisis factoriales realizados con las diversas variables que hemos estudiado vemos que emerge un factor general de Emotividad que explica por término medio el 36% de la varianza total y mas del 100% de la varianza común. Este factor viene definido en los tres análisis por las mismas variables que alcanzan saturaciones muy similares, la única novedad ocurre en el patrón factorial de las mujeres que incorpora la variable Sinceridad. La Extraversión y la Edad no aparecen el patrón factorial en ninguno de los tres análisis.

(1)En el Manual del EPI (1978) se recogen correlaciones negativas significativas entre la Escala S del EPI y las Escalas C del CEP y Cn del M.MPI, positivas con las escalas N eI del Bernreuter.

CORRELATION MATRIX

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
EDAU	1	EEY	NEY	DZU	DAS	SEY	SX1	SX2	MAS
1	1.000								
2	0.324*	1.000							
3	0.061	-0.092	1.000						
4	-0.211	-0.375*	0.468**	1.000					
5	0.055	0.079	0.564**	0.189	1.000				
6	0.047	0.356*	0.006	-0.105	-0.121	1.000			
7	0.050	-0.112	0.446**	0.498**	0.019	0.072	1.000*		
8	-0.106	-0.185	0.713**	0.678**	0.380*	-0.121	0.363*	1.000	
9	-0.148	-0.075	0.751**	0.586**	0.413**	-0.149	0.493*	0.785**	1.000

\* p < 0,05  
 \*\* p < 0,01  
 \*\*\* p < 0,001

TABLA 81. CORRELACIONES ENTRE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y OTRAS VARIABLES.

(UNIV. VARONES. N=39)

TABLA 82

ANALISIS FACOTIRAL. METODO FACTORES PRINCIPALES. ROTACION OBLICUA

(UNIV. VARONES N=39)

		Factor I
8 RASGO DE ANSIEDAD	(SX2)	0.887
9 ANSIEDAD MANIFIESTA	(MAS)	0.878
3 NEUROTICISMO	(NEY)	0.821
4 DEPRESION	(DZU)	0.713
5 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	(DAS)	0.428
7 ESTADO DE ANSIEDAD	(SX1)	0.472
6 SINCERIDAD	(SEY)	0.0
1 EDAD		0.0
2 EXTRAVERSION	(EEY)	0.0

Nota: En esta tabla los pesos factoriales

menores que 0.250 han sido sustitui

dos por ceros

408

5.4. RESULTADOS OBTENIDOS EN LA MUESTRA

DE A.T.S.

5.4.1. ANALISIS DESCRIPTIVOVARIABLE n°1 : EDAD

AÑOS	N	%
0- 22 ó menos	93	38,11
1- 23-27	71	29,10
2- 28-32	28	11,48
3- 33-37	15	6,15
4- 38 ó más	37	15,16

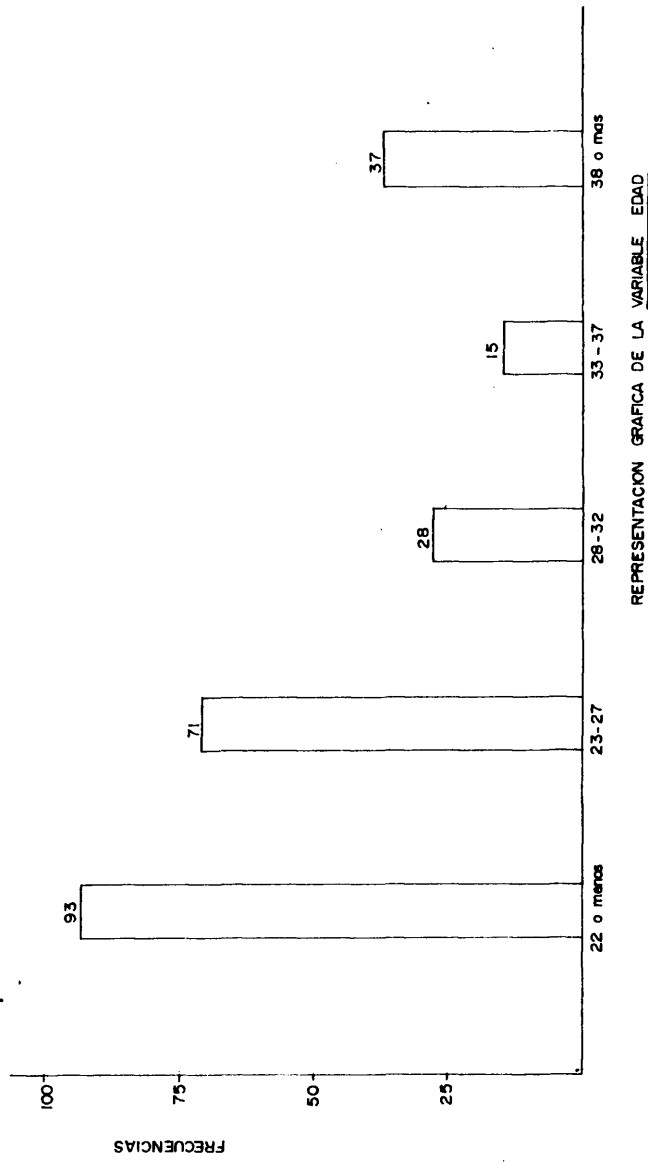
	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	21,72	8,07
HOMBRES	31,26	10,69
TOTAL	27,55	9,16

## DIFERENCIAS DE MEDIAS

$x_1 - x_2$	d	RC	F	p
5,54	1,51	3,66	2,58	0.01

Los datos ponen de relieve que existe un amplitud de edad bastante considerable (19-69 años), aunque predomina la gente menor de 27 años (67,2%). Existen diferencias significativas entre la media de los hombres y las mujeres estas son más jóvenes que aquellos. Una representación gráfica puede verse en la Fig. 8

Fig. 8.



410

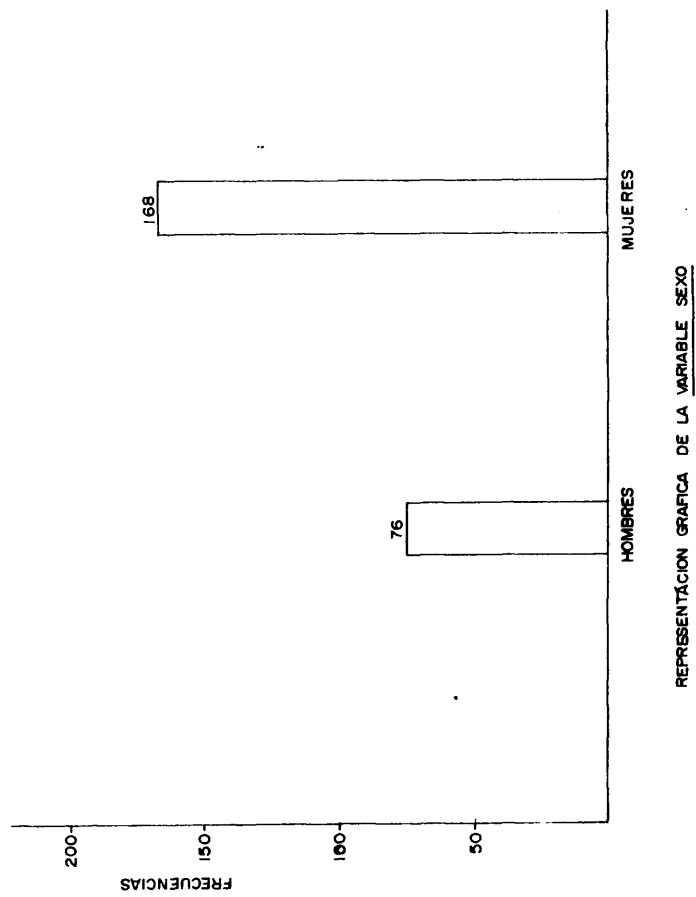
VARIABLE nº2 : SEXO

SEXO	N	%
0- VARONES	76	31,15
1- MUJERES	168	68,85

TOTAL            244            100%

Predominan claramente las mujeres sobre los hombres. Esto está de acuerdo con una realidad profesional bastante acentuada en nuestro medio sociocultural: ser enfermera era algo típicamente femenino, aunque ahora la denominación A.T.S. engloba a los antiguos practicantes, y por otro lado se viene apreciando un mayor interés del personal masculino por esta profesión. La representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 9 .

Fig. 9

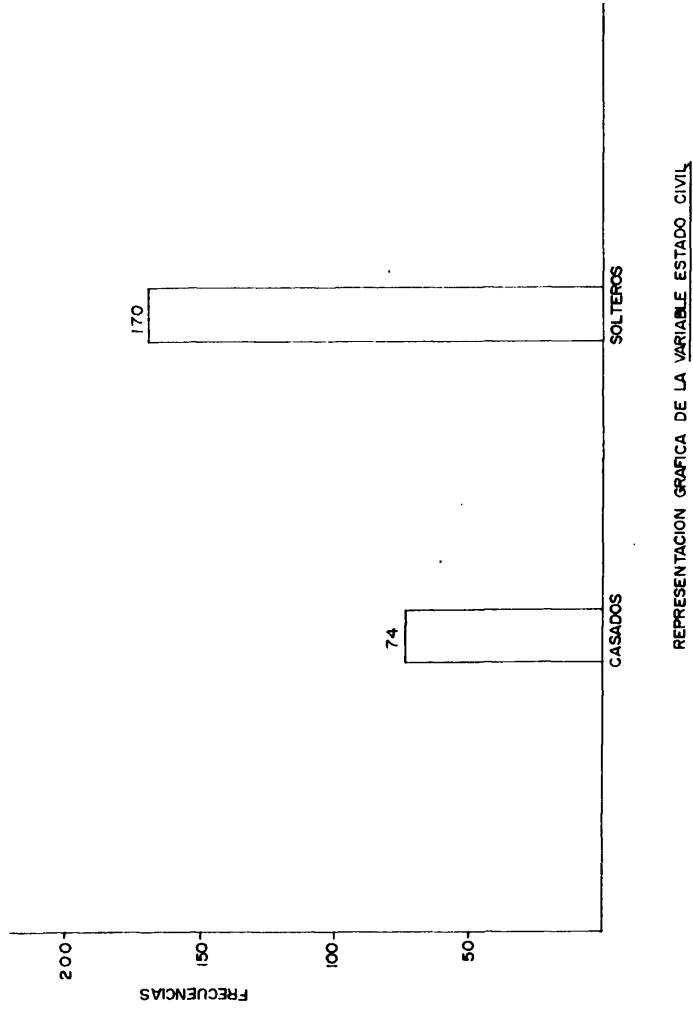


VARIABLE n°3 : ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	N	%
0- SOLTEROS	170	69,67
1- CASADOS	74	30,33

Al igual que en los universitarios predominan los solteros (70%), aunque aquí el número de personas casadas han aumentado considerablemente (30%) quizá debido a que la posibilidad de estar casado aumenta con la edad. La representación gráfica de esta variable puede verse en la Fig. 10.

Fig. 10



VARIABLE nº4 : ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

GRUPOS	$x_1$	N	%
BAJA	0-5	57	23,36
MEDIA	6-9	121	49,59
ALTA	10-15	66	27,05

	MEDIA	DESVIACION TIPICA
MUJERES	7,75	2,97
HOMBRES	7,42	2,70
TOTALES	7,68	2,85

Esta variable ha sido medida con la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Su distribución, estadísticos principales y representación gráfica puede verse en la Tabla 83. La distribución tiende a la normalidad, aunque es ligeramente leptocúrtica. La tricotomización se ha realizado en función de los percentiles obtenidos. No hemos encontrado diferencias significativas entre la media de las mujeres y la de los hombres.





VARIABLE nº5 : RELIGION 1

CATEGORIAS	N	%
0- Ninguna	25	10,25
1- Católica	217	88,93
2- Otra	2	0,82

La mayoría (88,9 %) de los sujetos declaran pertenecer a la religión Católica, mientras que un 10,2 % afirma "no tener religión". Solo dos sujetos declaran pertenecer a otra religión.

VARIABLE nº6 : RELIGION 2

¿Cómo se calificaría Vd.?

VALORES	N	%
0- Nada religioso	50	20,49
1- Algo religioso	147	60,25
2- Bastante religioso	44	18,03
3- Muy religioso	3	1,23

Pese a que los A.T.S. se declaran católicos de una forma más acentuada a cómo lo hacían los estudiantes de Tercero de Psicología, no por eso se inclinan a autocalificarse como más religiosos. La categoría que más predomina es la de "algo religioso" (60,2 %), mientras que en los universitarios era la de "nada religioso" (44,5). Sin embargo tanto en A.T.S. como en los universitarios, las categorías "nada" y "algo" religioso suman aproximadamente lo mismo (81%). Algo similar pasa con las categorías "bastante" y "muy" religioso, ambas suman el mismo porcentaje (19%).

VARIABLE nº7 : CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE

¿ Cree que hay vida despues de la muerte?

CATEGORIAS	N	%
1- Si	155	63,52
2- No	73	29,92
3- No sabe no con- testa	16	6,56

Parece que los A.T.S. están más firmemente convencidos de la existencia de vida después de la muerte, que lo estaban los estudiantes de Tercero de Psicología. De hecho el 63,5% responden afirmativamente a la pregunta, por el 29% que lo hacen negativamente. El porcentaje de sujetos que evaden la pregunta es muy similar al de los universitarios (6,56 %).

VARIABLE nº8 : REENCARNACION

¿Cree en la reencarnación?

CATEGORIAS	N	%
1- Si	61	25,00
2- No	163	66,80
3- No sabe no contesta	20	8,20

Los A.T.S., al igual que los estudiantes de Psicología, están poco convencidos que después de la muerte existan posibilidades de reencarnación, pues de hecho el 66,8 % lo niega, el 25% lo afirma, y el 8,2 % no sabe que contestar. El porcentaje de gente que cree en la reencarnación es sin embargo más elevado en los A.T.S. (25 %) que en los universitarios.

VARIABLE nº9 : FUMAR

¿Fuma Ud.?

CATEGORIAS	N	%
1- Si	153	62,70
2- No	91	37,30

De nuevo aquí, los sujetos que fuman (62,7 %) son considerablemente más que los que no fuman (37,3 %).

5.4.2.- ANALISIS DE VARIANZA

La Tabla 84 expone un resumen de los análisis de varianza realizados entre la ansiedad ante la muerte, medida por la DAS, y las variables estudiadas en la muestra de A.T.S. Como puede observarse ninguno de estos análisis ha resultado ser significativo. Podemos pues decir que estas variables tal como nosotros las hemos tenido en cuenta, no influyen significativamente en la ansiedad ante la muerte.

TABLA 84

RESUMEN DE LOS ANALISIS DE VARIANZA NO SIGNIFICATIVOS ENTRE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y LAS VARIABLES ESTUDIADAS (MUESTRA DE A.T.S. N=244)

VAR N°	NOMBRE	F	p
1	EDAD	1,1465	0,3353
2	SEXO	0,9390	0,3335
3	ESTADO CIVIL	1,0144	0,3149
5	RELIGION I	0,6117	0,5433
6	AUTOCALIFICACION RELIGIOSA	0,9134	0,4568
7	CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE	0,5785	0,5615
8	REENCARNACION	0,1074	0,8982
9	FUMAR	0,3783	0,5391

### 5.4.3. ANÁLISIS DE CHI-CUADRADO

La Tabla 85 expone un resumen de los análisis de Chi-Cuadrado efectuados entre la variable ansiedad ante la muerte (tricotomizada) y las variables estudiadas. Como se puede apreciar ninguno de estos análisis nos ha permitido rechazar la hipótesis de independencia. En conclusión parece que la ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, no está relacionada con ninguna de las variables analizadas en la muestra de ATS.

TABLA 85

RESUMEN DE LOS ANÁLISIS DE CHI-CUADRADO ENTRE LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y DIVERSAS VARIABLES

(Muestra de A.T.S. N=244)

	ANSIEDAD ANTE LA MUERTE		
	$\chi^2$	g.l	p
1 EDAD	10,367	8	n.s
2 SEXO	0,931	2	n.s
3 E.CIVIL	2,394	2	n.s
5 RELIGION I	1,564	4	n.s
6 AUTOCALIFICACION RELIGIOSA (RELIG II)	5,228	8	n.s
7 CREENCIA DESPUES DE LA MUERTE	1,963	2	n.s
8 REENCARNACION	1,162	2	n.s
9 FUMAR	1,198	2	n.s

#### 5.4.4. ANALISIS CORRELACIONAL

El análisis correlacional sólo se realizó con las dos variables continuas de este estudio: Edad y Religión 2. La Tabla 86 recoge las correlaciones de la DAS con estas variables tanto para la muestra total, como para hombres y mujeres. Como se puede observar ninguna de estas correlaciones es significativa.

TABLA 86

CORRELACIONES ENTRE LA DAS Y LAS VARIABLES CONTINUAS DE LA MUESTRA DE ATS

	TOTAL = 244	MUJERES = 168	VARONES = 76
EDAD	-0,008	0,061	0,031
RELIGION 2	0,020	0,002	0,040

En resumen, los resultados obtenidos nos permiten decir que ninguna de las variables estudiadas en la muestra de ATS influyen significativamente en las puntuaciones de la DAS, confirmando los hallazgos de Devins, (1979); Pandey y Templer (1972); Templer y Dotsen (1970).

425

5.5. DIFERENCIAS DE MEDIAS EN LAS TRES  
MUESTRAS ESTUDIADAS

#### 5.5.- DIFERENCIA DE MEDIAS EN LAS TRES MUESTRAS ESTUDIADAS

El estudio de diferencia de medias lo hemos hecho por curiosidad. En rigor las características de las muestras estudiadas ofrecen serias dificultades metodológicas a la hora de comparar los resultados y extraer conclusiones pertinentes (Yela, 1974; Buss y Paley, 1980).

En la Tabla 87 pueden verse las medias y desviaciones típicas obtenidas en la DAS de las tres muestras estudiadas. De igual modo aparecen las diferencias para cada par de medias y su nivel de significación. Hemos encontrado diferencias significativas entre la media de los universitarios con la de los ancianos ( $p < 0.05$ ) y con la de los ATS ( $p < 0.05$ ). No existen, sin embargo, diferencias significativas entre la media de la muestra de ancianos y la de los ATS. Parece pues que los universitarios, estudiantes de tercero de Psicología en este caso, manifiestan más ansiedad ante la muerte que los ancianos y los ATS. El por qué sucede esto es difícil de determinar, ya que aparte de la edad y de la profesión, pueden incidir todo un cúmulo de variables (experiencia de la muerte, religiosidad intrínseca o extrínseca, etc.) que sería conveniente controlar en estudios posteriores.

TABLA 87

DIFERENCIAS DE MEDIAS EN LAS TRES MUESTRAS ESTUDIADAS

	N	Media	Desviación típica
ANCIANOS	120	7,39	2,79
A.T.S.	244	7,68	2,85
UNIVERSITARIOS	110	8,33	2,90

## Diferencias de medias entre Ancianos y A.T.S.

$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	$\sigma d$	RC	F	p
0,29	0,31	0,93	1,96	n.s

## Diferencias de medias entre Ancianos y Universitarios

$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	$\sigma d$	RC	F	p
0,94	0,38	2,47	1,96	0.05

## Diferencias de medias entre A.T.S. y Universitarios

$\bar{x}_1 - \bar{x}_2$	$\sigma d$	RC	F	p
0,65	0,33	1,97	1,96	0.05

5.6. JUSTIFICACION ESTADISTICA DE LA DAS

#### 5.6.1. ANALISIS DE ELEMENTOS

Una de las propiedades que han de cumplir los elementos, en la mayoría de los tests, es que sean homogéneos, es decir, que todos los elementos que lo formen contribuyen a medir lo mismo que el test en su conjunto, de esta forma se asegura la unidad interna del test.

A fin de determinar los índices de homogeneidad de los elementos se calcularon las correlaciones biseriales puntuales ( $r_{bp}$ ) de cada uno de ellos con la puntuación total de la escala en las tres muestras estudiadas.

La Tabla 88 recoge las correlaciones biseriales puntuales ( $r_{bp}$ ) halladas en la muestra de ancianos, tanto para el total (N=120), como para hombres (N=48) y mujeres (N=72), así como su nivel de significación.

Solamente el elemento 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer") no alcanza valores significativos adecuados en dos de los tres análisis. Esto es hasta cierto punto lógico, ya que el 79% de los ancianos está de acuerdo con que "el futuro no les guarda nada que temer". A su edad, y siendo ancianos internados, lo que le pueda deparar el futuro ni les asombra, ni les angustia. Este elemento, pues, es muy poco homogéneo con el resto de la escala.

La Tabla 89 recoge las  $r_{bp}$  halladas en la muestra de universitarios, tanto para el total (N=110) como para hombres (N=39) y mujeres (N=71), así como su nivel de significación.

TABLA 88

Correlaciones (rbp) entre la puntuación total de la escala y los elementos que la componen (muestra Ancianos)

	TOTAL (n=120)	HOMBRES (n=48)	MUJERES (n=72)
1	0,586 ...	0,522 ...	0,624 ...
2	0,294 ..	0,422 ..	0,196*
3	0,416 ...	0,308 .	0,488 ...
4	0,312 ...	0,309 .	0,269 .
5	0,553 ...	0,477 ...	0,584 ...
6	0,417 ...	0,305 .	0,445 ...
7	0,367 ...	0,290*	0,409 ...
8	0,535 ...	0,538 ...	0,527 ...
9	0,376 ...	0,384 ..	0,385 ..
10	0,345 ...	0,368 .	0,302 ..
11	0,510 ...	0,483 ...	0,554 ...
12	0,350 ...	0,482 ...	0,319 ..
13	0,469 ...	0,600 ...	0,317 ..
14	0,516 ...	0,625 ...	0,465 ...
15	0,156*	0,232	0,080

. p < 0,05    \* p < 0,1

.. p < 0,01

... p < 0,001

TABLA 89

Correlaciones (rbp) entre la puntuación total de la escala y los elementos que la componen (muestra Universitarios).

	TOTAL (n=110)	HOMBRES (n=39)	MUJERES (n=71)
1	0,536 ...	0,557 ...	0,521 ...
2	0,421 ...	0,453 ..	0,413 ...
3	0,159*	0,013	0,218*
4	0,410 ...	0,296*	0,494 ...
5	0,506 ...	0,627 ...	0,421 ...
6	0,278 ..	0,281*	0,275 .
7	0,541 ...	0,505 ..	0,552 ...
8	0,423 ...	0,455 ..	0,401 ...
9	0,313 ..	0,202	0,378 ..
10	0,285 ..	0,349 .	0,258 .
11	0,521 ...	0,528 ...	0,516 ...
12	0,337 ...	0,436 ..	0,282 .
13	0,516 ...	0,505 ..	0,511 ...
14	0,426 ...	0,322 .	0,459 ...
15	0,372 ...	0,406 .	0,339 .

. p < 0,05  
 .. p < 0,01  
 ... p < 0,001

\*p < 0,1

Sólo los elementos 3 ("No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte") y el 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa") no alcanzan un valor significativo adecuado, y ello ocurre en los hombres, quizá debido a su número reducido.

La Tabla 90 recoge las  $r_{bp}$  halladas en la muestra de ATS, tanto para el total (N=244), como para hombres (N=76) y mujeres (N=168), así como su nivel de significación. Todos los elementos alcanzan una  $r_{bp}$  significativa, siendo los elementos 3 ("No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte") y el 14 ("Ver un cadáver me horroriza") los únicos cuyo nivel de significación es de  $p < 0.1$ .

En definitiva parece que los elementos de la DAS presentan, en líneas generales, unos índices de homogeneidad adecuados, aunque existen algunas excepciones que varían según las características de las muestras analizadas.

Para ver si la Edad o el Sexo podían influir en los elementos de la DAS, y dado que las variables están dicotomizadas (Verdadero-Falso) se realizaron análisis de CHI-CUADRADO en las tres muestras estudiadas.

La Tabla 91 muestra un resumen de los análisis de  $\chi^2$  entre la Edad y los elementos de la DAS. Solamente hemos encontrado diferencias significativas en la muestra de ancianos y en la de A.T.S. En la muestra de ancianos hemos podido rechazar la

TABLA 90

Correlaciones (rbp) entre la puntuación total de la escala y los elementos que la componen (muestra A.T.S.)

	TOTAL (n= 244)	HOMBRES (n=76)	MUJERES (n=168)
1	0,597 ...	0,584 ...	0,600 ...
2	0,367 ...	0,413 ...	0,348 ...
3	0,368 ...	0,191*	0,433 ...
4	0,333 ...	0,451 ...	0,283 ...
5	0,548 ...	0,531 ...	0,554 ...
6	0,321 ...	0,389 ...	0,282 ...
7	0,486 ...	0,341 ...	0,540 ...
8	0,465 ...	0,428 ...	0,479 ...
9	0,300 ...	0,234 .	0,328 ...
10	0,377 ...	0,344 ..	0,397 ...
11	0,421 ...	0,546 ...	0,384 ...
12	0,348 ...	0,307 ..	0,367 ...
13	0,338 ...	0,336 ..	0,333 ...
14	0,280 ...	0,204*	0,317 ...
15	0,356 ...	0,324 ..	0,367 ...

. p < 0,05  
 .. p < 0,01  
 ... p < 0,001

\*p < 0,1

434

434

TABLA 91 RESUMEN DE LOS ANÁLISIS DE CHI-CUADRADO ENTRE LA EDAD Y LOS ELEMENTOS DE LA D.A.S.

ITEMS	Ancianos (N=120)			Universitarios (N=110)			A.T.S. (N=244)		
	$\chi^2$	g.l	p	$\chi^2$	g.l	p	$\chi^2$	g.l	p
1	4.368	4	n.s	0.493	3	n.s	4.017	4	n.s
2	9.546	4	0.05	5.909	3	n.s	3.522	4	n.s
3	1.174	4	n.s	6.280	3	n.s	7.645	4	n.s
4	4.468	4	n.s	4.023	3	n.s	5.881	4	n.s
5	1.645	4	n.s	4.176	3	n.s	2.421	4	n.s
6	1.108	4	n.s	0.714	3	n.s	23.653	4	0.001
7	1.815	4	n.s	1.817	3	n.s	5.931	4	n.s
8	3.765	4	n.s	2.728	3	n.s	10.093	4	0.05
9	3.090	4	n.s	5.103	3	n.s	3.043	4	n.s
10	1.034	4	n.s	5.004	3	n.s	2.751	4	n.s
11	4.123	4	n.s	2.972	3	n.s	12.898	4	0.05
12	1.014	4	n.s	2.168	3	n.s	9.066	4	n.s
13	1.736	4	n.s	2.843	3	n.s	6.819	4	n.s
14	6.166	4	n.s	1.676	3	n.s	3.934	4	n.s
15	2.269	4	n.s	6.735	3	n.s	11.548	4	0.05

n.s = no significativo

hipótesis de homogeneidad en el elemento 2. Calculos posteriores nos han demostrado que el grupo EDA-4 tiende significativamente a contestar "Verdadero" a la cuestión "Apenas pienso en la muerte" (Tabla 92). En la muestra de ATS hemos podido rechazar la hipótesis de homogeneidad en los elementos 6, 8, 11 y 15. Contrastes posteriores muestran que en el elemento 6, los cuatro primeros grupos de edad tienden significativamente a contestar "Falso" a la cuestión "No tengo especialmente miedo de tener el cancer" (Tabla 93). En el elemento 8 el grupo EDA-1 tiende significativamente a contestar "Falso" a la cuestión "Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa", mientras que el grupo EDA-4 tiende a contestar "Verdadero" (Tabla 94). En el elemento 11 el grupo EDA-1 tiende a responder "Falso" a la cuestión "En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón", mientras que el grupo EDA-5 tiende a contestar "Verdadero" (Tabla 95).

En el elemento 15 los grupos EDA-1 y EDA-2 tienden significativamente a contestar falso a la cuestión "Pienso que el futuro no me guarda nada que temer" (Tabla 96).

La Tabla 97 muestra un resumen de los análisis de  $\chi^2$  entre el sexo y los elementos de la DAS. Hemos podido rechazar la hipótesis de homogeneidad en los elementos 4 (muestra de ancianos), 6 (muestra de ancianos y A.T.S.), 11 (muestra de A.T.S.) y 13 (muestra de ancianos y universitarios). "

En el elemento 4 las mujeres ancianas tienden significati-

TABLA 92

EDAD Y ELEMENTO N°2 DE LA DAS  
"Apenas pienso en la muerte"

Muestra de ancianos

EDAD	VERD.	FALSO	TOTAL
EDA 1 65-69	16	6	22
EDA 2 70-74	9	9	18
EDA 3 75-79	14	12	26
EDA 4 80-84	31	8	39
EDA 5 85-Max	7	8	15
TOTAL	77	43	120

$$\chi^2 \text{ con 4 g.l} = 9.456 \text{ (p} < 0.05 \text{)}$$

Contrastes posteriores. VERD-FALSO

EDAD	$\chi^2$	p	Tendencia
EDA 1	4,54	n.s	
EDA 2	0,00	n.s	
EDA 3	0,15	n.s	
EDA 4	13,56	0.001	Verdadero
EDA 5	0,06	n.s	

n.s = no significativo

TABLA 93

EDAD Y ELEMENTO N°6 DE LA DAS

"No tengo especialmente miedo a tener el cancer"

Muestra de A.T.S.

EDAD	VERD.	FALSO	TOTAL
EDA 1 65-69	10	83	93
EDA 2 70-74	10	61	71
EDA 3 75-79	8	20	28
EDA 4 80-84	3	12	15
EDA 5 85-Max	17	20	37
TOTAL	48	196	244

$$\chi^2 \text{ con 4 g.l.} = 23,653 \text{ (p} < 0,001)$$

Contrastes posteriores VERD-FALSO

EDAD	$\chi^2$	p	Tendencia
EDA 1	53,29	0,001	Falso
EDA 2	36,63	0,001	Falso
EDA 3	5,14	0,05	Falso
EDA 4	5,40	0,05	Falso
EDA 5	0,24	n.s	

TABLA 94

## EDAD Y ELEMENTO N°8 DE LA DAS

"Frecuentemente estoy muy preocupado porque el  
tiempo pasa muy deprisa"

Muestra de A.T.S.

EDAD	VERD.	FALSO	TOTAL
EDA 1 65-69	34	59	93
EDA 2 70-74	32	39	71
EDA 3 75-79	13	15	28
EDA 4 80-84	12	3	15
EDA 5 85-Max	16	21	37
TOTAL	107	137	244

$$\chi^2 \text{ con 4 g.l} = 10,093 \text{ (p} < 0,05)$$

Contrastes posteriores VERD-FALSO

EDAD	$\chi^2$	p	Tendencia
EDA 1	6,72	0,01	Falso
EDA 2	0,69	n.s	
EDA 3	0,15	n.s	
EDA 4	5,40	0,05	Verdadero
EDA 5	0,68	n.s	

TABLA 95

EDAD Y ELEMENTO N°11. DE LA DAS

"En realidad me asusta que me pueda dar un  
ataque al corazón"

Muestra A.T.S.

EDAD		VERD.	FALSO	TOTAL
EDA 1	65-69	33	60	93
EDA 2	70-74	31	40	71
EDA 3	75-79	12	16	28
EDA 4	80-84	4	11	15
EDA 5	85-Max	25	12	37
TOTAL		105	139	244

$$\chi^2 \text{ con 4 g.l} = 12,898 \text{ (p} < 0,05)$$

Contrastes posteriores VERD-FASO

EDAD	$\chi^2$	p	Tendencia
EDA 1	7,82	0,01	Falso
EDA 2	1,14	n.s	
EDA 3	0,57	n.s	
EDA 4	3,26	n.s	
EDA 5	4,99	0,05	Verdadero

TABLA 96

EDAD Y ELEMENTO N°15 DE LA DAS

"Pienso que el futuro no me guarda nada que temer"

Muestra de A.T.S.

EDAD		VERD.	FALSO	TOTAL
EDA 1	65-69	32	61	93
EDA 2	70-74	20	51	71
EDA 3	75-79	9	19	28
EDA 4	80-84	7	8	15
EDA 5	85-Max	22	15	37
TOTAL		90	154	244

$$\chi^2 \text{ con 4 g.l.} = 11,548 \text{ (p} < 0,05)$$

Contrastes posteriores VERD-FALSO

EDAD	$\chi^2$	p	Tendencia
EDA 1	9,04	0,01	Falso
EDA 2	13,53	0,001	Falso
EDA 3	3,57	n.s	
EDA 4	0,06	n.s	
EDA 5	1,32	n.s	

RESUMEN DE LOS ANALISIS DE CHI-CUADRADO ENTRE EL SEXO Y LOS ELEMENTOS DE LAS D.A.S.

ITEMS	Ancianos (N=120)		Universitarios (N=110)		A.T.S. (N=244)	
	$\chi^2$	g.l	P	$\chi^2$	g.l	P
1	0.355	1	n.s	0.049	1	n.s
2	0.731	1	n.s	0.390	1	n.s
3	0.068	1	n.s	3.560	1	n.s
4	5.143	1	0.05	1.110	1	n.s
5	1.667	1	n.s	0.699	1	n.s
6	8.951	1	0.01	0.004	1	n.s
7	0.355	1	n.s	0.086	1	n.s
8	0.469	1	n.s	0.063	1	n.s
9	0.067	1	n.s	0.145	1	n.s
10	2.008	1	n.s	0.340	1	n.s
11	0.303	1	n.s	0.016	1	n.s
12	1.667	1	n.s	0.003	1	n.s
13	3.932	1	0.05	4.555	1	0.05
14	0.204	1	n.s	3.032	1	n.s
15	3.368	1	n.s	1.363	1	n.s
				$\chi^2$	g.l	P
				0.481	1	n.s
				0.032	1	n.s
				0.899	1	n.s
				0.011	1	n.s
				0.029	1	n.s
				4.425	1	0.05
				2.329	1	n.s
				0.137	1	n.s
				0.386	1	n.s
				0.620	1	n.s
				4.149	1	0.05
				0.052	1	n.s
				3.675	1	n.s
				0.217	1	n.s
				0.318	1	n.s

n.s. = no significativo

vamente a responder "Verdadero" a la cuestión "Me asusta mucho pensar que tengan que hacerme una operación" (Tabla 98). En el elemento 6 las mujeres ancianas y los ATS femeninas tienden a responder "Falso" a la cuestión "No tengo especialmente miedo de tener el cancer" (Tabla 99). En el elemento 11 son las ATS femeninas las que tienden a contestar "Falso" a la cuestión "En realidad me asuste que me pueda dar un ataque al corazón" (Tabla 100).

En el elemento 13 son las mujeres ancianas y las chicas universitarias las que tienden a contestar "Verdadero" a la cuestión "Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial" (Tabla 101).

En resumen de los análisis realizados se desprende que la edad, considerada dentro de la amplitud que tiene para cada muestra, no ejerce una influencia excesiva en los elementos de la DAS. El elemento 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cancer") parece ser el más afectado por la edad, y ello ocurre en una muestra (los ATS) que esta profesionalmente muy habituada a reaccionar frente a todo tipo de enfermedades y en la que el intervalo de edad es de una amplitud considerable (19 a 69 años). El sexo, en cambio, ejerce una influencia significativa en algunos elementos (sobre todo en el 6 y en el 13) hecho que se corrobora en ocasiones en dos de las tres muestras analizadas. Sin embargo hay que tener en cuenta que las mujeres son más numerosas que los

TABLA 98

SEXO Y ELEMENTO N°4 DE LA DAS  
"Me asusta mucho pensar que tengan que hacerme  
una operación"

Muestra de ancianos

SEXO	VERD.	FALSO	TOTAL
HOM.	22	26	48
MUJ.	48	24	78
TOTAL	70	50	120

$$\chi^2 \text{ con 1 g.l.} = 5.143 \text{ (p} < 0,05 \text{)}$$

TABLA 99  
SEXO Y ELEMENTO N°6 DE LA DAS  
"No tengo especialmente miedo de tener carcer"

## Muestra de Ancianos

SEXO	VERD.	FALSO	TOTAL
HOM	30	18	48
MUJ	25	47	72
TOTAL	55	65	120

$$\chi^2 \text{ con 1 g.l.} = 8,951 \text{ (p} < 0,01)$$

## Muestra de A.T.S.

SEXO	VERD	FALSO	TOTAL
HOM	25	55	76
MUJ	27	141	168
TOTAL	48	196	244

$$\chi^2 \text{ con 1 g.l.} = 4,425 \text{ (p} < 0,05)$$

TABLA 100

SEXO Y ELEMENTO N°11 DE LA DAS

"En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón"

Muestra de A.T.S

	VERD	FALSO	TOTAL
HOM.	40	36	76
MUJ.	65	103	168
TOTAL	105	139	244

$\chi^2$  con 1 g.l. = 4,194 (p < 0,05)

TABLA 101

## SEXO Y ELEMENTO N°13 DE LA DAS

"Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una  
tercera guerra mundial"

## Muestra de Ancianos

SEXO	VERD.	FALSO	TOTAL
HOM.	37	11	48
MUJ.	65	7	72
TOTAL	102	18	120

$$\chi^2 \text{ con 1 g.l.} = 4,555 \text{ (p} < 0,05)$$

## Muestra de A.T.S.

SEXO	VERD.	FALSO	TOTAL
HOM.	24	15	39
MUJ.	57	14	71
TOTAL	81	29	110

$$\chi^2 \text{ con 1 g.l.} = 3,932 \text{ (p} < 0,05)$$

hombres en las tres muestras, y que por otro lado, como ha puesto de relieve Anastasi (1) "No se puede establecer ninguna generalización por lo que respecta a la eliminación de las diferencias sexuales, o a cualquier otra diferencia entre grupos, en la selección de los elementos de un test."

(1) ANASTASI, A (1977) Test. psicológicos. Ed. Aguilar Madrid (3ª ed.), pag. 186.

### 5.6.2. FIABILIDAD

La Fiabilidad indica la precisión (consistencia y estabilidad) de la medida de un test. El estudio de fiabilidad de la DAS se ha hecho mediante dos procedimientos: Por un lado hemos calculado los coeficientes de consistencia interna en las tres muestras que hemos utilizado según la fórmula número 20 de Kuder-Richardson, esto es

$$r_{11} = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum p \cdot q}{S_x^2} \right]$$

por otro lado hemos llevado a cabo un estudio por el método del test-retest.

La Tabla 102 muestra los coeficientes de consistencia interna obtenidas en las tres muestras. Estos coeficientes, aunque algo más bajos que los obtenidos por TEMPLER (1970) y McMORDIE (1979), son similares al referido por WARREN y CHOPRA (1979). Conviene, no obstante, apuntar que al estar extraídos de muestras homogéneas son sensiblemente más bajos que si lo hubieran sido de muestras heterogéneas más amplias.

	Ancianos N=120	Universitarios N=110	A.T.S. N=244
$r_{11}$	0.64	0.66	0.66

TABLA 102 COEFICIENTES DE CONSISTENCIA INTERNA DE LA DAS

El estudio de fiabilidad de la DAS por el método del test-retest se llevo a cabo con 42 ATS, escogidas al azar de la muestra total, a quienes, un mes después de la primera aplicación, se les entregó de nuevo la escala con la finalidad de que la rellenaran . No se les dió ningún tipo de explicación, únicamente se les indicó que era necesario para el estudio que estábamos llevando a cabo. Se les insistió que era imprescindible que pusieran el mismo número de identificación que habían tenido en la primera aplicación.

La Tabla 103 recoge las medias y desviaciones típicas de la primera y segunda aplicación de la escala, así como el coeficiente de fiabilidad obtenido, que es similar a los obtenidos por TEMPLER (1970) y McMORDIE (1979) (1) y bastante adecuado para una medida de este tipo.

	Test.	Retest
$\bar{x}$	7,47	7,02
$S_x$	2,83	2,53
$r_{12} = 0.85$		

TABLA 103 MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS Y COEFICIENTE DE FIABILIDAD DE LA DAS (N=42)

(1) 0.83 v 0.84 respectivamente

### 5.5.3.- VALIDEZ

La validez indica el grado en que un test es capaz de lograr sus objetivos. La A.P.A. (1976) partiendo de las finalidades principales que pueden tener la aplicación de los diversos tests psicológicos, ha distinguido tres clases de validez: Validez de contenido, validez de criterio y validez de constructo (o de estructura). Los tres conceptos de validez son aplicables a cualquier clase de tests, siendo más bien la utilización que se le vaya dar al test, lo que determina el género de evidencia que se requiere.

En nuestra investigación sobre la DAS hemos centrado nuestros objetivos en el estudio de la validez del constructo, que es la que normalmente se estudia cuando se desea profundizar, en la comprensión de los rasgos psicológicos medidos por un determinado test. Sin embargo como esto supone un proceso largo y laborioso en el que es preciso reunir datos de diversas fuentes y desde puntos de vistas diferentes, nos hemos limitado a investigar ciertos aspectos de la validez de constructo, tales como la validez discriminativa, la validez factorial y el análisis dimensional de la DAS. La validez discriminativa (Campbell y Fiske 1959) significa que el constructo debe diferenciarse empíricamente de otros constructos que sean similares. Esto puede manifestarse en una correlación baja ó

insignificante con otro u otros tests que miden constructos distintos.

En el análisis correlacional llevado a cabo tanto en la muestra de ancianos como en la de universitarios vemos que las correlaciones de la DAS con la escala de Neuroticismo del Epi, el SX2 del STAI y la MAS eran bajas o moderadas. Dado que estas escalas son constructos empíricos de lo que se ha venido denominando ansiedad general, e incluso, se ha interpretado como un rasgo (Spielberger y Cbres, 1970) o factor (Eysenck y Eysenck, 1964) relativamente estable de la personalidad del sujeto, podemos concluir que la DAS presumiblemente mide un constructo empírico diferente de lo que miden aquellas. En este sentido podemos interpretar también las correlaciones obtenidas con la S.D.S. de Zung, la SX1 del STAI o la escala de Extraversión del EPI.

Especial importancia en la investigación de la validez de constructo tiene el análisis factorial, a través del cual podemos identificar las dimensiones psicológicas que mide cada test, e incluso nos permite determinar la correlación de un test con todo lo que es común a un grupo de test o a otros índices de conducta (validez factorial).

Para la investigación de la estructura factorial de la DAS hemos realizado tres análisis factoriales, uno por cada muestra, con los quince elementos de la escala. Inicialmente seguido los criterios utilizados en las investigaciones factoriales que se han llevado a cabo anteriormente con la

(Ver 3.2.3). Esto ha supuesto que en los tres análisis la factorización se ha realizado por el método de los Componentes Principales (Hotelling, 1933) y la rotación utilizada ha sido la Varimax, extraviéndose los factores cuyos valores propios eran mayores que uno, según el criterio expuesto por Kaiser (1958). Veamos a continuación los resultados obtenidos en cada uno de nuestros análisis.

a) Muestra de ancianos

La Tabla 10<sup>4</sup> recoge las medias, desviaciones típicas y coeficientes de variación de los quince elementos de la DAS en la muestra de ancianos, mientras que la Tabla 105 recoge la matriz de correlaciones con el nivel de significación de cada correlación. Se extraieron seis factores que explican un 62,3 % de la varianza total. Las saturaciones de cada factor, así como el porcentaje de varianza total que contribuye a explicar puede verse en la Tabla 106.

El factor I es un factor de Miedo a la muerte personal, ya que expresa los pensamientos y temores del sujeto acerca de su propia muerte. Viene definido por los elementos 7 ("No me molesta nada pensar en la muerte"), 5 ("No tengo ningún miedo de morir"), 3 ("NO me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte"), 1 ("Tengo mucho miedo de morir") y 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón").

El factor II es un factor de Conciencia del tiempo, ya que hace referencia a la vivencia subjetiva del tiempo con respecto a la muerte.

UNIVARIATE SUMMARY STATISTICS									
VARIABLE	MEAN	STANDARD DEVIATION	COEFFICIENT OF VARIATION	SMALLEST VALUE	SMALLEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR SMALLEST	LARGEST VALUE	LARGEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR LARGEST
1 TP1	0.45833	0.43955	1.701457	0.0	-0.59	2	1.0000	1.69	1
2 TP2	0.35833	0.48152	1.343760	0.0	-0.74	2	1.0000	1.33	1
3 TP3	0.25000	0.43443	1.739313	0.0	-0.57	2	1.0000	1.72	1
4 TP4	0.60000	0.49195	0.819220	0.0	-1.22	2	1.0000	0.81	1
5 TP5	0.24167	0.42984	1.778848	0.0	-0.56	2	1.0000	1.76	1
6 TP6	0.25000	0.50147	0.955178	0.0	-1.05	1	1.0000	0.95	2
7 TP7	0.25833	0.43955	1.701497	0.0	-0.59	5	1.0000	1.69	1
8 TP8	0.60833	0.49017	0.805158	0.0	-1.24	7	1.0000	0.80	1
9 TP9	0.50833	0.28976	0.319007	0.0	-3.13	11	1.0000	0.32	1
10 TP10	0.50833	0.50203	0.987554	0.0	-1.01	1	1.0000	0.98	4
11 TP11	0.65833	0.4626	0.723428	0.0	-1.38	6	1.0000	0.72	1
12 TP12	0.44167	0.43955	0.922558	0.0	-1.69	17	1.0000	0.59	1
13 TP13	0.85000	0.35857	0.421845	0.0	-2.37	19	1.0000	0.42	1
14 TP14	0.42500	0.48642	1.168037	0.0	-0.86	1	1.0000	1.16	3
15 TP15	0.22500	0.41933	1.863703	0.0	-0.54	1	1.0000	1.85	3

TABLA 104 MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS Y COEFICIENTE DE VARIACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE LA DAS  
(MUESTRA DE ANCIANOS N=120)

TABLA 105 CORRELACIONES DE LOS ELEMENTOS DE LA DÁS (MUESTRA ANCIANOS N=120)

CORRELATION MATRIX

	TP1	TP2	TP3	TP4	TP5	TP6	TP7	TP8	TP9	TP10	TP11	TP12	TP13
TP1	1.000												
TP2	0.115	1.000											
TP3	0.143	-0.030	1.000										
TP4	0.093	0.078	0.039	1.000									
TP5	0.556...	0.146	0.393...	0.024	1.000								
TP6	0.180*	0.015	0.687	0.143	0.186*	1.000							
TP7	0.348...	-0.004	0.451...	-0.101	0.378...	0.190*	1.000						
TP8	0.246*	0.066	0.108	0.146	0.134	0.194*	0.045	1.000					
TP9	0.122	0.177	0.117	0.153	0.112	0.218*	0.056	0.189	1.000				
TP10	0.200*	0.074	-0.010	0.150	0.127	0.066	-0.029	-0.084	0.092	1.000			
TP11	0.265...	-0.048	0.213.	0.165	0.325...	0.159	0.224.	0.214.	0.076	0.135	1.000		
TP12	0.087	0.004	0.033	0.140	0.022	0.049	0.044	0.502...	0.076	0.105	0.097	1.000	
TP13	0.141	0.168	0.081	0.080	0.183.	0.114	0.141	0.237...	0.109	0.054	0.288*	0.125	1.000
TP14	0.186*	0.061	0.084	0.048	0.066	0.143	-0.007	0.379...	0.156	0.003	0.228*	0.199*	0.314...
TP15	-0.044	-0.028	0.104	0.033	0.069	0.153	0.092	-0.180	-0.036	-0.029	-0.117	-0.138	0.115

TP14 14 TP15 15

TP14 14 1.000  
TP15 15 -0.019. 1.000

... P < 0.05

... P < 0.01

... D < 0.001

454

TABLA 106 ANALISIS FACTORIAL DE LA DAS. METODO COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACION VARIMAX

(Muestra de ANCIANOS N=120)

ITEMS	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
7	785					
5	763					
3	676					
1	607		372			
8		766				
12		761				
15		- 514		543		
13			820			
14		378	643			
10				776		
4				523	486	
6					676	
2						847
9					467	536
11	384		417	403		
% Varianza	19,9	11,7	8,6	8,0	7,3	6,8

Nota En esta tabla se ha prescindido por simplicidad del cero, de la coma y de los pesos factoriales inferiores a .300

255

Viene definido por los elementos 8 ("Frecuentemente estoy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa"), 12 ("Pienso a menudo que la vida es realmente corta"), 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer") y 14 ("Ver un cadáver me horroriza").

El factor III es un factor de Evitación de la muerte, ya que pone de relieve la aversión a experiencias situacionales relacionadas con la muerte.

Viene definido por los elementos: 13 ("Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial"), 14 ("Ver un cadáver me horroriza") y 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón").

El factor IV viene definido por los elementos, 10 ("La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho"), 4 ("Me asusta mucho pensar que tengamos que hacerme una operación"), 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón"), 1 ("Tengo mucho miedo de morir"). Todos los elementos de este factor, excepto el 10, saturan de forma elevada en otros factores, por lo cual no parece estar bien definido y es presumiblemente aleatorio.

El factor V es un factor de Miedo al dolor y al sufrimiento asociado con la muerte. Viene definido por los elementos: 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cáncer"), 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer"), 4 ("Me asusta mucho pensar que tengamos que hacerme una operación") y 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa").

El factor VI viene definido por los elementos 2 ("Apenas pienso en la muerte") y 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa") y es presumiblemente un factor aleatorio.

b) Muestra de universitarios

La Tabla 107 recoge las medias, desviaciones típicas y coeficientes de variación de los quince elementos de la DAS, mientras que la Tabla 108 expone la matriz de correlaciones con el nivel de significación de cada correlación.

Se extrajeron cinco factores que explican un 55,2% de la varianza total. Las saturaciones de cada factor, así como el porcentaje de varianza que contribuye a explicar pueden verse en la Tabla 10ª.

El factor I viene definido por los elementos 5 ("No tengo ningún miedo de morir"), 1 ("Tengo mucho miedo de morir"), 7 ("No me molesta nada pensar en la muerte"), 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón"), 13 ("me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial"). Es el factor "Miedo a la muerte personal", ya que expresa los pensamientos y temores del sujeto acerca de su propia muerte. Coincide básicamente con el Factor I de la muestra de ancianos.

El factor II viene definido por los elementos 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer"), 13 ("Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial"),

UNIVARIATE SUMMARY STATISTICS

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEVIATION	COEFFICIENT OF VARIATION	SMALLEST VALUE	SMALLEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR SMALLEST	LARGEST VALUE	LARGEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR LARGEST
1 TP1	0.27273	0.48574	1.303214	0.0	-0.77	4	1.0000	1.29	1
2 TP2	0.47273	0.50154	1.060951	0.0	-0.94	2	1.0000	1.05	1
3 TP3	0.31818	0.46790	1.470550	0.0	-0.68	1	1.0000	1.46	6
4 TP4	0.44545	0.49929	1.120856	0.0	-0.89	1	1.0000	1.11	2
5 TP5	0.76364	0.42679	0.558895	0.0	-1.79	4	1.0000	0.55	1
6 TP6	0.50000	0.30137	0.334859	0.0	-2.99	8	1.0000	0.33	1
7 TP7	0.57273	0.49695	0.867684	0.0	-1.15	1	1.0000	0.86	3
8 TP8	0.57273	0.49695	0.867684	0.0	-1.15	1	1.0000	0.86	2
9 TP9	0.82727	0.37974	0.459028	0.0	-2.18	6	1.0000	0.45	1
10 TP10	0.39091	0.48019	1.253967	0.0	-0.80	4	1.0000	1.24	1
11 TP11	0.41818	0.49552	1.184934	0.0	-0.84	1	1.0000	1.17	5
12 TP12	0.52727	0.50154	0.951198	0.0	-1.05	2	1.0000	0.94	1
13 TP13	0.70909	0.43626	0.643444	0.0	-2.55	2	1.0000	0.64	1
14 TP14	0.40000	0.49214	1.230350	0.0	-0.81	1	1.0000	1.22	3
15 TP15	0.63636	0.48325	0.759389	0.0	-1.32	2	1.0000	0.75	1

TABLA 107 MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS Y COEFICIENTE DE VARIACION DE LOS ELEMENTOS DE LA DAS  
(MUESTRA DE UNIVERSITARIOS N= 110)

42

TABLA 108 CORRELACIONES DE LOS ELEMENTOS DE LA DAS (MUESTRA DE UNIVERSITARIOS N=110)

CORRELATION MATRIX

	TP1	TP2	TP3	TP4	TP5	TP6	TP7	TP8	TP9	TP10	TP11	TP12	TP13	
TP1	1.000													
TP2	0.061	1.000												
TP3	0.039	-0.019	1.000											
TP4	0.066	0.177	-0.102	1.000										
TP5	0.429...	0.093	-0.033	0.111	1.000									
TP6	0.132	0.134	-0.098	-0.008	0.243	1.000								
TP7	0.324...	0.192	-0.062	0.109	0.429...	0.141	1.000							
TP8	0.172	0.008	-0.041	0.256...	0.082	-0.104	0.071	1.000						
TP9	0.104	0.192	-0.101	0.216	0.199	0.139	-0.014	-0.006	1.000					
TP10	0.152	0.025	-0.067	0.162	0.139	-0.043	0.014	0.021	0.021	1.000				
TP11	0.299...	0.083	0.094	0.167	0.255...	0.037	0.245...	0.173	0.144	0.152	1.000			
TP12	0.030	0.094	0.100	0.079	0.030	-0.134	0.102	0.323...	-0.144	0.087	0.101	1.000		
TP13	0.204	0.165	0.008	0.051	0.209	0.320...	0.256...	0.013	-0.020	0.218	0.276...	0.030	1.000	
TP14	0.158	0.082	0.120	0.202	0.061	-0.037	0.180	0.143	0.177	0.183	0.135	0.079	0.237	1.000
TP15	0.075	0.262...	-0.011	-0.045	0.024	0.252...	0.073	0.149	0.105	-0.014	0.104	0.079	0.265...	0.265...

	TP14	TP15
TP14	1.000	
TP15	0.039	1.000

. p < 0.05  
 .. p < 0.01  
 ... p < 0.001

TABLA 109 ANALISIS FACTORIAL DE LA D.A.S. METODO COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACION VARIMAX.  
(Muestra de UNIVERSITARIOS N=110)

ITEMS	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
5	785				
1	749				
7	651				
11	529				
15		708			
13	351	590			
2		581			
6		565		-384	
4			762		
14			552		520
12				765	
8				689	
3					809
10			449		
9		364	455	-443	
% Varianza	18,8%	11,1%	9,3%	8,6%	7,4%

Nota: En esta tabla se ha prescindido por simplicidad del cero, de la coma y de los pesos factoriales inferiores a .300

2 ("Apenas pienso en la muerte"), 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cancer") y 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa"). Este factor es muy similar, aunque no idéntico, al factor V de la muestra de ancianos, lo hemos denominado "Miedo al dolor y al sufrimiento" asociado con la muerte, para tratar de identificar factores comunes en las tres muestras. No obstante el valor de las saturaciones por las que viene definido este factor sugiere que es un factor mas general de situaciones diversas que pueden generar ansiedad ante la muerte.

El factor III viene definido por los elementos 4 ("Me asusta mucho pensar que tengan que hacerme una operación"), 14 ("Ver un cadáver me horroriza"), 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa"), 10 ("La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho"). Este factor pone de relieve la aversión a experiencias situacionales relacionadas con la muerte, por eso lo hemos denominado "Evitación de la muerte". Coincide básicamente con el factor III de la muestra de ancianos.

El factor IV viene definido por los elementos 12 ("Pienso a menudo que la vida es realmente corta"), 8 ("Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa"), 9 ("Me da miedo morir de una muerte dolorosa") y 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cancer"). Hemos denominado a este factor "Conciencia del tiempo", ya que los elementos que principalmente lo definen hacen referencia a la vivencia subjetiva del

tiempo con respecto a la muerte, sin embargo tiene unas connotaciones mas amplias. Coincide, muy en lineas generales, con el factor II de la muestra de ancianos.

El factor V viene definido por los elementos 3 ("No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte") y 14 ("Ver un cadáver me horroriza"), que satura de forma mas elevada en el factor III. No parece un factor bien definido y presumiblemente es un factor aleatorio.

c) Muestra de ATS

La Tabla 110 expone las medias, desviaciones típicas y coeficientes de variación de los quince elementos de la DAS en la muestra de A.T.S., mientras que la Tabla 111 recoge la matriz de correlaciones con el nivel de significación de cada correlación.

Se extrajeron seis factores que explican un 59,8 % de la varianza total. Las saturaciones de cada factor, así como el porcentaje de varianza que contribuye a explicar pueden verse en la Tabla 112.

El factor I viene definido por los elementos 5 ("No tengo ningún miedo de morir"), 1 ("Tengo mucho miedo de morir"), 7 ("No me molesta nada pensar en la muerte"), 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cancer") y 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer"). Es un factor de "Miedo ante la

UNIVARIATE SUMMARY STATISTICS

VARIABLE	MEAN	STANDARD DEVIATION	COEFFICIENT OF VARIATION	SMALLEST VALUE	SMALLEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR SMALLEST	LARGEST VALUE	LARGEST STANDARD SCORE	FIRST CASE FOR LARGEST
1 TP1	0.36066	0.48119	1.334175	0.0	-0.75	1	1.0000	1.33	4
2 TP2	0.44672	0.49818	1.115161	0.0	-0.90	1	1.0000	1.11	4
3 TP3	0.29098	0.45515	1.564176	0.0	-0.64	1	1.0000	1.56	4
4 TP4	0.50000	0.50103	1.002056	0.0	-1.00	2	1.0000	1.00	1
5 TP5	0.64364	0.41997	0.745536	0.0	-1.34	5	1.0000	0.74	1
6 TP6	0.79508	0.40447	0.508717	0.0	-1.97	5	1.0000	0.51	1
7 TP7	0.48361	0.50076	1.035466	0.0	-0.97	1	1.0000	1.03	4
8 TP8	0.44262	0.49772	1.124474	0.0	-0.89	2	1.0000	1.12	1
9 TP9	0.87705	0.32906	0.375185	0.0	-2.67	5	1.0000	0.37	1
10 TP10	0.39754	0.49040	1.233572	0.0	-0.81	2	1.0000	1.23	1
11 TP11	0.41343	0.49355	1.192337	0.0	-0.84	1	1.0000	1.19	4
12 TP12	0.65164	0.47743	0.732660	0.0	-1.56	2	1.0000	0.73	1
13 TP13	0.58607	0.49355	0.842140	0.0	-1.19	2	1.0000	0.84	1
14 TP14	0.20492	0.40447	1.973820	0.0	-0.51	1	1.0000	1.97	9
15 TP15	0.63115	0.48349	0.766042	0.0	-1.31	5	1.0000	0.76	1

TABLA 110 MEDIAS, DESVIACIONES TIPICAS Y COEFICIENTES DE VARIACION DE LOS ELEMENTOS DE LA DAS

(MUESTRA DE ATS N=244)

TABLA 111. CORRELACIONES DE LOS ELEMENTOS DE LA DAS. (MUESTRA DE ATS N=244)

CORRELATION MATRIX

	TP1	TP2	TP3	TP4	TP5	TP6	TP7	TP8	TP9	TP10	TP11	TP12	TP13
TP1	1.000												
TP2	0.233...	1.000											
TP3	0.195...	0.277...	1.000										
TP4	0.137...	0.091	0.009	1.000									
TP5	0.399...	0.135...	0.419	0.111	1.000								
TP6	0.170...	-0.034	-0.677	0.081	0.300...	1.000							
TP7	0.332...	0.137...	0.193...	0.033	0.429...	0.207...	1.000						
TP8	0.259...	0.129...	0.192...	0.066	0.181...	0.105	0.095	1.000					
TP9	0.047	0.010	-0.662	0.075	0.060	0.305...	0.038	-0.043	1.000				
TP10	0.157...	0.045	0.070	0.008	0.098	0.039	0.085	0.052	0.049	1.000			
TP11	0.270...	-0.052	0.048	0.158	0.191...	0.014	0.119	0.186...	0.112	0.133	1.000		
TP12	0.137...	0.069	-0.024	0.043	0.048	-0.030	0.033	0.323...	0.119	0.014	0.160	1.000	
TP13	0.007	0.014	0.080	0.025	-0.035	0.089	0.031	0.082	0.217...	0.037	0.166...	0.171...	1.000
TP14	0.063	0.136...	0.094	0.023...	0.060	-0.019	0.098	0.038	0.005	0.127...	0.130...	-0.012	0.117
TP15	0.167...	-0.031	0.022	-0.051	0.193...	0.306...	0.145	0.180	0.263...	0.083	-0.013	0.029	0.047

TP14 TP15

TP14	1.000
TP15	0.009 1.000

. p < 0.05

... p < 0.01

... p < 0.001

42

TABLA 112 ANALISIS FACTORIAL DE LA DAS. METODO COMPONENTES PRINCIPALES. ROTACION VARIMAX.

(Muestra de A.T.S. N=224)

ITEMS	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V	Factor VI
5	780					
1	646					
7	643					
9		764				
6	468	598				
13		545				
15	355	520				
12			805			
8			680			
2				738		
3				732		
4					817	
14					588	316
10						776
11			399		347	501
% Varianza	17,4%	10,5%	9,4%	8,2%	7,4%	6,9%

Nota: En esta tabla se ha prescindido por simplicidad del cero, de la coma y de los pesos factoriales inferiores a.300

::

muerte personal", que coincide básicamente con el primer factor de la muestra de ancianos y de universitarios.

El factor II viene definido por los elementos 9 ("Me da mucho miedo morir de una muerte dolorosa"), 6 ("No tengo especialmente miedo de tener el cancer"), 13 ("Me estremezco cuando oigo a la gente hablar de una tercera guerra mundial"), 15 ("Pienso que el futuro no me guarda nada que temer"). Es el factor "Miedo al dolor y al sufrimiento" identificado en la muestra de ancianos (Factor V) y en la muestra de universitarios (Factor II).

El factor III viene definido por los elementos 12 ("Pienso a menudo que la vida es realmente corta"), 8 ("Frecuentemente estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy deprisa") y 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón"). Es el factor "Conciencia del tiempo", identificado en la muestra de ancianos (Factor II) y en la muestra de universitarios (Factor IV).

El factor IV viene definido por los elementos 2 ("Apenas pienso en la muerte") y 3 ("No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte"). Es un factor cognitivo-afectivo de preocupación por la muerte. No parece estar bien definido y en relación a las muestras anteriores es un factor presumiblemente aleatorio.

El factor V viene definido por los elementos 4 ("Me asusta

mucho que tengan que hacerme una operación"), 14 ("Ver un cadáver me horroriza") y 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón"). Expresa la aversión a experiencias situacionales relacionada con la muerte. Coincide en líneas generales con el factor Evitación de la muerte de la muestra de ancianos (Factor III) y de los universitarios (Factor III).

El factor VI viene definido por los elementos 10 ("La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho"), 11 ("En realidad me asusta que me pueda dar un ataque al corazón") y 14 ("Ver un cadáver me horroriza"). Este factor es muy similar al anterior, únicamente incorpora el elemento 10. Posiblemente se trata de un factor aleatorio.

Como se puede observar la estructura dimensional de la DAS presenta ciertas particularidades en cada muestra, sin embargo en líneas generales, se pueden identificar cuatro factores comunes: Miedo a la muerte personal (1,5,7,11) Miedo al dolor y al sufrimiento asociado con la muerte (6,15, 9 y 13), Evitación de la muerte (4,14) Conciencia del tiempo (8 y 12). Los elementos 2,3,10 suelen aparecer de forma aleatoria en algunos de los factores citados, o bien presiden factores mal definidos, acompañados de elementos que saturan de forma elevada en otros factores.

Para ver hasta que cierto punto estos factores son semejantes hemos calculado los Coefficientes de Congruencia (Burt y Turcker)

según la fórmula

$$r_{c12} = \frac{\sum pv_1 \quad pv_2}{\sum p^2 v_1 \quad \sum p^2 v_2}$$

Donde  $r_{c12}$  es el coeficiente de congruencia entre un factor de la primera muestra y otro factor equivalente de la segunda; y  $pv_1$  son las saturaciones de las K variables en el factor de la primera muestra y  $pv_2$  las de la segunda (1).

En la Tabla 113 se exponen de una forma sencilla los factores que se han considerado similares en las tres muestras y los coeficientes de congruencia entre ellos. En nuestro caso el valor del coeficiente de congruencia tiene que ser igual o mayor que 0,81 para ser significativo al 0.05 (Tabla de Korth, 1978). Como se desprende de la Tabla ningún factor alcanza un valor significativo en los tres análisis, aunque el factor "Miedo a la muerte personal" se aproxima mucho a ello. Los otros factores guardan una cierta semejanza que duda cabe, pero esta no es estadísticamente significativa al nivel de confianza del 5%, siendo el factor "Evitación de la muerte" el que obtiene los coeficientes de congruencia más bajos.

De forma general podemos decir que nuestros hallazgos están en la línea de los obtenidos en las investigaciones factoriales realizadas con la DAS (Devins, 1979; Lonetto, Fleming y Mercier, 1979; Warren y Chopra, 1979), aunque contienen matices

(1) MARTINEZ ARIAS M.R. (1979).: "Comparación de estructuras factoriales". Informes del Departamento de Psicología General, 215, 155-168.

TABLA 113

COEFICIENTES DE CONGRUENCIA ENTRE LOS FACTORES DE LA DAS

Factor	ANCIANOS (N=120)	UNIVERS (N=110)	ATS (N=244)
Miedo a la muerte personal	Factor I $r_{C_{12}} = 0,86^*$	Factor I $r_{C_{13}} = 0,81^*$	Factor I $r_{C_{23}} = 0,80$
Conciencia del tiempo	Factor II $r_{C_{12}} = 0,60$	Factor IV $r_{C_{13}} = 0,75$	Factor III $r_{C_{23}} = 0,84^*$
Evitación de la muerte	Factor III $r_{C_{12}} = 0,37$	Factor III $r_{C_{13}} = 0,42$	Factor V $r_{C_{23}} = 0,82^*$
Miedo al dolor y al sufrimiento	Factor V $r_{C_{12}} = 0,66$	Factor II $r_{C_{13}} = 0,80$	Factor II $r_{C_{23}} = 0,77$

\*  $p < 0,05$

propios de la muestra que hemos utilizado. Una valoración conjunta de los análisis factoriales realizados con la DAS por el método de las Componentes Principales y Rotación Varimax tanto en muestras norteamericanas, como canadienses y españolas, nos pone de relieve que la DAS de Templer (1970) es efectivamente multidimensional (hipótesis nº11), aunque el número de factores oscila de 3 a 6.

El porque esto ocurre así puede ser debido, aparte de la variabilidad de las muestras, a la forma en como está construída la propia escala. Así parece excesivo que una escala de 15 elementos necesite de seis factores para explicar un 59,8 % de la varianza total (Muestra de ATS). De igual modo el hecho de que las respuestas sean dicotómicas puede hacer desaconsejable el uso de una técnica tan refinada como el análisis factorial, pudiendo utilizarse en su lugar otro tipo de análisis (análisis de cluster, análisis de correspondencia) quizá mas acordes con las limitaciones que presenta la escala. Una solución pausable que puede ser tenida en cuenta en futuras investigaciones es la utilización de la DAS en la versión Templer-McMordie I (McMordie, 1979), en el que se ha suprimido la dicotomía Verdadero-Falso, calificando cada elemento de 1 a 7 puntos, en un continuo que va de "Estar muy de acuerdo" a "Estar en completo desacuerdo".

En todo caso, y aunque la estructura factorial de la DAS no aparece con la claridad que sería deseable, si tiene una validez factorial aceptable como medida de ansiedad específica ante la muerte. En este sentido hay que recordar que la DAS en los

análisis factoriales realizados en la muestra de universitarios con diversas medidas de ansiedad obtenía unas saturaciones que oscilaban entre .428 y .472 en el factor extraído y que habíamos denominado como factor de "Emotividad".

172

CAPITULO SEXTO :

DISCUSION DE LOS RESULTADOS

## 6. DISCUSION DE LOS RESULTADOS

A la vista de los resultados obtenidos, vamos a contrastarlos con nuestras hipótesis y con los hallazgos de otros investigadores. Para simplificar nuestra exposición vamos a ir resumiendo nuestras aportaciones en apartados comunes a diversas variables, o cuando sea necesario, variable a variable.

### EDAD

La edad no parece influir de forma significativa en las puntuaciones de la DAS en ninguna de las tres muestras analizadas. Esto está de acuerdo con los resultados obtenidos por Temple, Ruff y Franks (1971) que una amplia muestra de sujetos (N=2500) de edades comprendidas entre 19 y 85 años hallaron que no existe una relación significativa entre la edad y las puntuaciones de la DAS.

El análisis de diferencia de medias nos ha puesto de relieve que los universitarios obtienen puntuaciones significativamente más altas que los ancianos (lo que corrobora los resultados de Devins, 1979), sin embargo no parece claro que sea debido únicamente a la edad, sino a la interacción conjunta de variables de diversa naturaleza (biológicas, psicológicas y sociales) que sería necesario controlar en futuras investigaciones.

Nuestros datos no apoyan pues las previsiones realizadas en la hipótesis número cuatro ("...la ansiedad ante la muer-

te disminuye con la edad), aunque algunos resultados parciales (la diferencia de medias significativa ante ancianos y universitarios) arrojan cierta evidencia sobre el aserto más general en el que estaba basada nuestra hipótesis, es decir, que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital.

Por otra parte, nuestros datos han confirmado también en las tres muestras que la edad apenas influye de forma significativa en los elementos de la DAS.

#### SEXO

En las tres muestras estudiadas se ha puesto de relieve que el sexo no influye de forma significativa en las puntuaciones de la DAS. Esto viene a confirmar los resultados obtenidos en otros estudios llevados a cabo con la DAS (Pandey y Templer, 1972; Warren y Chopra, 1979; Devins, 1979) y con otros instrumentos de medida (Christ, 1961; Dickstein, 1972; Handal, 1969; Jeffers y Cbres, 1961; Middletown, 1936; Rhudick y Dibner, 1961; Swenson, 1961), donde se ha puesto de relieve que no existen diferencias significativas en ansiedad ante la muerte entre hombre y mujeres.

Los resultados obtenidos no confirman nuestra hipótesis número cinco ("El sexo influye en la ansiedad ante la muerte de tal forma que las mujeres manifestarán más ansiedad ante la

muerte que los hombres"), aunque otros estudios realizados con la DAS (Templer, Ruff y Franks, 1971; Lucas, 1974; Brown, 1975; Klug, 1976; McDonald, 1976; Schulz, 1976; McMordie, 1979) han obtenido evidencia empírica en este sentido.

Lo que sí se ha confirmado es que el sexo ejerce una influencia significativa en algunos elementos (sobre todo en el 6 y en el 13), siendo las mujeres las que tienden a contestar en dirección de la ansiedad ante la muerte (ver 5.6.1).

#### ESTADO CIVIL

El estado civil no influye significativamente en las puntuaciones de la DAS en ninguna de las tres muestras estudiadas.

#### NIVEL DE INSTRUCCION

La única muestra en la que hemos podido tener alguna evidencia sobre el papel jugado por el nivel de instrucción ha sido en la de ancianos, y ello de forma muy limitada, porque la muestra era muy homogénea con respecto a esta variable. Nuestros resultados han puesto de relieve que el nivel de instrucción no influye significativamente en las puntuaciones de la DAS. Estos resultados contrastan con los obtenidos por Templer y Cbres (1979) que halló una correlación negativa significativa entre la DAS y el nivel de instrucción. Tampoco apoya nuestra hipótesis número seis que basándose precisamente en los datos obtenidos por Templer y Cbres (1979), predecía también una relación negativa.

#### PROFESION

No hemos podido extraer ninguna evidencia clara de la influencia de la profesión en la ansiedad ante la muerte, ya que esta variable estaba minimizada en nuestro estudio, debido a la homogeneidad de las muestras que hemos utilizado. Sin embargo el hecho de que los universitarios puntúan significativamente más alto en la DAS que los ATS, da a entender que la profesión puede jugar un papel importante, aunque no se puede generalizar que sea únicamente debido a esta variable. De igual modo esto puede anovar, aunque con muchas limitaciones, nuestra hipótesis nueve, que suponía que ciertos profesionales cuyo ejercicio diario exige un contacto frecuente con la muerte (caso de los ATS) manifestaran un bajo nivel de ansiedad ante ella. No obstante se hace necesario un estudio más amplio que incluya profesiones de todo tipo para controlar adecuadamente la posible influencia de esta variable.

#### SALUD FISICA

Las variables que hemos incluido en este apartado son Enfermedad y Estado de salud subjetivo. Ambas han sido estudiadas en la muestra de ancianos. Nuestros datos han puesto de relieve que el hecho de padecer una determinada enfermedad no influye en las puntuaciones de la DAS, lo que confirmaría las aportaciones en este sentido de Lucas (1974) y Blakely, (1975) Devins, (1979) Con respecto al Estado de Salud subjetivo sólo

hemos hallado una relación significativa en los ancianos varones, concluyendo que aquellos que de forma subjetiva perciben negativamente su estado de salud son los que manifiestan un mayor nivel de ansiedad ante la muerte.

#### ACTITUDES ANTE LA MUERTE

Hemos encontrado una relación significativa entre la DAS y ciertos indicadores de actitudes hacia la muerte como el miedo y las ganas de morir.

La relación positiva moderada entre la DAS y el indicador de Miedo de morir ( $r=0,314$   $p < 0.001$ ) apoya parcialmente la hipótesis de Kastebaum y Costa (1977) en el sentido de que ambos constructos son, en cierto modo, diferentes, pero no independientes como ellos proponían. Por otra parte el análisis factorial de los elementos de la DAS nos ha mostrado con relativa persistencia que el factor mejor definido en las muestras estudiadas es el que hemos denominado "Miedo a la muerte personal", por tanto si consideramos la DAS como una medida adecuada del constructo denominado "Ansiedad ante la muerte", no tendremos mas remedio que admitir, a nivel de medida, que el miedo a la muerte personal forma parte de la ansiedad, Esto pondría de relieve que la ansiedad ante la muerte es un fenómeno mas amplio e inespecífico que el miedo, pero no quiere decir que sea más intenso.

La relación negativa hallada en el grupo de mujeres ancianas entre la DAS y el indicador Ganas de morir, no ha dado pie para pensar que en determinadas personas un alto nivel de ansiedad ante la muerte puede sugerir que el sujeto no va a intentar ningún acto que le lleve a su autodestrucción, confirmando la importancia que la ansiedad ante la muerte puede tener en la identificación de suicidas potenciales y en la prevención de suicidios (Lester, 1967b; Templer y Perley, 1974).

#### RELIGIOSIDAD

Hemos estudiado en relación con la DAS tres variables religiosas : Afiliación religiosa (universitarios y ATS); Autocalificación religiosa (Ancianos, Univ. y ATS); Actividad religiosa ("Frecuencia con que suele comulgar". Sólo en Ancianos).

Ninguna de ellas parece ejercer una influencia significativa en las puntuaciones de la DAS en las tres muestras estudiadas, corroborando así, aunque parcialmente, los resultados obtenidos por Templer y Dotson (1970) en estudiantes universitarios americanos.

Nuestros hallazgos no aportan evidencia empírica para nuestra hipótesis número ocho ("...la actividad religiosa frecuente disminuye la ansiedad ante la muerte"), pero quizá una de las con-

clusiones más relevantes con respecto a la influencia de la religiosidad en la ansiedad ante la muerte es, que se hace necesario un estudio más completo, con instrumentos mejor elaborados, a fin de dilucidar una problemática que permanece todavía oscura y confusa,

#### CREENCIA EN LA VIDA DESPUES DE LA MUERTE Y EN LA REENCARNACION

En los ancianos los sujetos que creen simplemente en el más allá obtienen puntuaciones significativamente más altas, en la DAS que los sujetos que tienen una visión religiosa de lo que acontece después de la muerte. Esto estaría en cierto modo de acuerdo con los resultados aportados por diversos investigadores (Berman y Hays, 1973; Jeffers y Cbres, 1961; Digory y Rothman, 1961; Kalis, 1963; Osarchuck y Tatz, 1973) que han encontrado que la creencia en la otra vida reduce la ansiedad ante la muerte entre la gente muy religiosa.

En los universitarios y en los ATS la creencia en la vida después de la muerte y en la reencarnación no influyen significativamente en las puntuaciones de la DAS.

En conjunto nuestros datos no apoyan nuestra hipótesis número ocho ("Cierta tipo de creencias, cuyo dato común es presuponer que después de la muerte la vida continua, pueden reducir el nivel de ansiedad ante la muerte"), aunque sí matizan ciertas diferencias, tal como ha quedado apuntado en la muestra de ancianos.

EXTRAVERSION

En líneas generales, tanto en la muestra de ancianos como en la de universitarios, hemos constatado que la extraversión en contra de lo esperado en nuestra hipótesis número dos ("La extraversión puede inhibir la ansiedad ante la muerte...") no influye significativamente en las puntuaciones de la DAS. Esto estaría de acuerdo con los hallazgos obtenidos por Templer (1972a) en estudiantes universitarios, pero contrasta con hipótesis más generales sobre la naturaleza de la extraversión, en el sentido de que el extravertido forma con dificultad respuestas condicionadas frente al miedo (Eysenck, 1970) o es relativamente insensible al castigo o a la amenaza de castigo (Gray, 1971). Este hecho cobra mayor importancia si tenemos en cuenta que en las mujeres ancianas (n=72) hemos encontrado una relación positiva significativa ( $r=0,246$   $p < 0.05$ ) entre la extraversión y la ansiedad ante la muerte. La prudencia nos ha aconsejado no hacer especulaciones precipitadas debido sobre todo a las características de los instrumentos utilizados, a la escasez de estudios de este tipo en nuestro contexto sociocultural, y a que estos hallazgos se han obtenido en un grupo muy particular (ancianas internadas en asilos).

Con respecto al resto de las actitudes ante la muerte estudiadas en la muestra de ancianos hemos puesto de relieve que a medida que aumenta la extraversión se piensa menos en la muer-

te y los sujetos tienen menos ganas de morir.

#### NEUROTICISMO Y/O ANSIEDAD

La hipótesis central de nuestra tesis era que "La ansiedad ante la muerte dependía del grado de emocionabilidad del sujeto". Al igual que, otros autores (Blakely, 1975; Lucas 1974; Templer, 1970, 1971a, 1971b, 1971c, 1972a) se esperaban en consecuencia relaciones positivas, aunque moderadas, con los constructos empíricos que tratan de medir el grado de emocionabilidad del sujeto (Neuroticismo, Rasgo de Ansiedad y Ansiedad Manifiesta). Esto se ha visto confirmado ampliamente en nuestro trabajo, tanto en la muestra de ancianos, como en la de universitarios, con una sola excepción: la ausencia de correlación entre la DAS y la escala de Neuroticismo del EPI, cuando analizábamos por separado el grupo de mujeres ancianas (n=72). Este resultado anómalo en relación con los hallazgos de Templer (1972a), así como la relación positiva en el mismo grupo entre la DAS y la escala de Extraversión del EPI, como hemos apuntado anteriormente plantea serias dificultades de interpretación a la luz de los datos actuales, por lo que debido a ciertas particularidades (instrumentos utilizados, grupo en el que ha sido hallado) hemos preferido postonar toda especulación posible y esperar los resultados de nuevas investigaciones, que confirmen o rechacen estos hallazgos. De igual modo hay que subrayar que no hemos encontrado relaciones significativas entre la DAS "

y la SX1 (Estado de ansiedad) del STAI. Por otra parte los análisis factoriales realizados en la muestra de universitarios nos han puesto de relieve que la DAS obtenía saturaciones adecuadas (entre 0.428 y 0.472) en el factor que hemos denominado Emotividad. Este factor venía definido por una mezcla de escalas de ansiedad, neuroticismo y depresión.

La conclusión más importante que sacábamos de estos análisis es que la ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, es un constructo diferente del neuroticismo y/o ansiedad general. Supiriendo que se trataba de una ansiedad específica, que en buena medida depende del grado de emocionabilidad del sujeto.

Con respecto a otras actitudes ante la muerte en la muestra de ancianos hemos comprobado que a medida que aumenta el neuroticismo se piensa más en la muerte y se experimenta mayor miedo ante ella.

Esto vendría a apoyar la teoría de Templer (1976) de que uno de los determinantes del nivel de ansiedad ante la muerte es el estado general de salud psicológica del individuo, y que por esta razón, tanto en sujetos normales como en enfermos mentales la DAS, correlaciona positivamente con otras escalas de ansiedad general y de desajuste emocional.

#### HISTERICOS Y DISTIMICOS

Tanto en la muestra de ancianos como en la de universitarios hemos distinguido cuatro grupos, según sus puntuaciones en las escalas de Neuroticismo y de Extraversión del EPI: Histéricos, Distímicos, Extracontrolados e Intracontrolados, encontrando que no existen diferencias significativas en la media de las puntuaciones que cada grupo obtiene en la DAS. Nuestros resultados han confirmado y ampliado los hallazgos de Templer (1972a) que no halló diferencias significativas en la DAS entre los histéricos y los distímicos.

#### DEPRESION

Las relaciones entre la DAS y la S.D.S de Zung han sido bastante dispares en las dos muestras en las que se han estudiado (Ancianos y Universitarios). Así en los ancianos solo hemos obtenido una relación positiva significativa ( $r=0.409$   $p < 0.001$ ) en los varones, mientras que en los universitarios hemos obtenido relaciones positivas significativas en la muestra total ( $r=0.256$   $p < 0.01$ ) y en el grupo de mujeres ( $r=0.272$   $p < 0.05$ ). Consecuentemente nuestra hipótesis número tres que suponía que las personas más depresivas manifestarían un mayor nivel de ansiedad ante la muerte (datos confirmados por Templer, 1970; Templer 1971b y Templer y Ruff, 1974) ha obtenido una evidencia parcial, que fluctúa en función de las características de los sujetos (presumi-

bienente normales) de cada muestra.

No obstante un dato complementario, que conviene apuntar aquí, es la relación positiva hallada entre la tendencia a la tristeza (síntoma importante de la depresión) y la DAS tanto en la muestra total de ancianos ( $r=0,186$   $p < 0.05$ ) como en el grupo de varones ( $r=0.377$   $p < 0.01$ ).

Con respecto a otras actitudes ante la muerte hemos hallado, también en la muestra de ancianos, que a medida que aumenta la tendencia a la depresión se piensa más en la muerte y los sujetos sienten más ganas de morirse. Se confirma en algo que la literatura psiquiátrica ha puesto de relieve: la tendencia al suicidio es un peligro grave que corre el paciente depresivo.

#### SINCERIDAD

No hemos encontrado relaciones significativas entre la escala del EPJ y la DAS en ninguna de las muestras en que esta variable ha sido estudiada (Ancianos y Universitarios).

#### FUMAR

Tanto en la muestra de universitarios como en la de ATS, no hemos encontrado diferencias significativas en las puntuaciones de la DAS entre fumadores y no fumadores, confirmando en este sentido los resultados obtenidos por Templer (1972a).

#### OTRAS VARIABLES

Hemos estudiado otra serie de variables (sobre todo en la muestra de ancianos) que hasta ahora no habían sido tenidos en cuenta en relación con la DAS. Tal como queda recogido en las Tablas 30, 45 y 46 ninguna de estas variables, en la forma en que han sido controladas, ejerce una influencia significativa sobre las puntuaciones de la DAS.

#### ADAPTACION CASTELLANA DE LA DAS

La adaptación castellana de la DAS de Templer (1970) se ha basado lo más fielmente posible en la escala original. El análisis de elementos ha demostrado que nuestra adaptación presenta, en líneas generales, unos índices de homogeneidad apropiados, aunque existen algunas excepciones que varían según las características de las muestras analizadas.

Por otra parte la edad no parece influir de forma significativa en los elementos de la DAS, no así el sexo, que ejerce una influencia significativa sobre todo en los elementos 6 y 13, siendo las mujeres las que tienden a contestar en dirección de la ansiedad.

Los análisis acerca de la fiabilidad (consistencia y estabilidad) nos han puesto de relieve que esta es adecuada para una medida de este tipo, confirmando los datos originales de Templer (1970) y de otros autores (Warren y Chopra, 1979; McMordie, 1979; Durlak y Kass, 1980). De igual modo ciertos aspectos de la validez

de constructo han evidenciado que la DAS posee discriminabilidad, validez factorial y que su estructura factorial, pese a que no está bien definida y varía en función de las muestras estudiadas, es multidimensional, presentando unos factores comunes que se corresponden con los obtenidos por otros autores (Devins, 1979, Lonetto y Cbres, 1979; Warren y Chopra, 1979). Este último punto ha confirmado las previsiones realizadas en la hipótesis once que predecía que la DAS era multidimensional, aunque el número de factores extraídos parece excesivo para una escala que cuenta con un reducido número de elementos.

#### DATOS COMPLEMENTARIOS

Al margen de la ansiedad ante la muerte, la variable sexo ejerce una influencia significativa sobre diversos aspectos de la personalidad del sujeto y sobre determinadas conductas. Así en la muestra de ancianos hemos hallado que las mujeres tienden a ser más neuróticas, introvertidas, sinceras y depresivas que los hombres (Eysenck, 1955, 1958, 1960, 1966; Conde y Esteban 1974). De igual modo las mujeres piensan más en la muerte, comulgan con mayor frecuencia, se autocalifican como "más católicas" y tienen mayores dificultades en conciliar el sueño. En la muestra de universitarios nuestros datos han confirmado que las mujeres son más sinceras y depresivas que los hombres, sin embargo no hemos obtenido diferencias significativas en extraversión, ni en neuroticismo.

Por lo que respecta a las variables Estado de Ansiedad (SX1 del STAI), Rasgo de Ansiedad (SX2 del STAI) y Ansiedad Manifiesta (MAS), las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más altas en las tres escalas.

Por otra parte comparando los resultados obtenidos en las variables comunes estudiadas, tanto en la muestra de ancianos como en la de universitarios, no hemos encontrado diferencias significativas en extraversión (1), ni en neuroticismo; si en cambio en la tendencia a la depresión (los ancianos son más depresivos que los universitarios) y en sinceridad (los universitarios son más sinceros).

(1) Ciertos autores (Gray, 1947; Cameron, 1963; Guttman, 1974) han subrayado la tendencia a la introversión como característica de la vejez, otros (Thomae, 1970, 1973; Schaie y Parham, 1976; Neugarten, 1977) apuntan que en las personas sanas y bien adaptadas socialmente la estructura de la personalidad tiende a permanecer estable toda la vida.

182

CAPITULO SEPTIMO :

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La muerte ha sido desde siempre un tema enormemente atractivo para el hombre, que a lo largo de los siglos no ha cesado de reflexionar, sobre ella, confiriéndole todo una pluralidad de significaciones vinculadas estrechamente con el sistema socio-cultural del que procedían. Sin embargo la riqueza de estos planteamientos, fundamentalmente especulativos, contrasta con la carencia de estudios científicos sobre el tema. Se ha arguido que sus características (la muerte es por definición lo radicalmente opuesto a la vida) no hacen fácil su tratamiento, pero esto también puede considerarse como síntoma de un fenómeno detectable en la sociedad contemporánea : la negación de la muerte, su ocultación. Ante la muerte el hombre supertecnificado de nuestros días se ve obligado a inclinar la cabeza y a reconocer el señorío de una fuerza todavía incontrolable. En este sentido, la muerte, continúa posevendo el carácter de tabú, de aquello ante lo que el hombre experimenta un sentimiento inevitable, difícil de calificar; una mezcla de curiosidad, pudor, miedo, ansiedad y desolación, pero también de serenidad y esperanza.

En consecuencia las actitudes frente a la muerte, los moribundos y los difuntos han sufrido grandes transformaciones en Occidente. Ello ha sido debido a los progresos de la ciencia y de la técnica, a la transformación de ciertas estructuras sociales ..

(v.g. la familia) y al establecimiento de una sociedad industrial, basada en la producción y el consumo. Todo ello ha originado una profunda metamorfosis en la significación de la muerte, caracterizada ahora por un proceso abusivo de racionalización, desacralización y desocialización que ha desembocado en una nueva concepción de la muerte, contribuyendo a arraigar (aunque de otra forma) el carácter de tabú que siempre la ha caracterizado.

Como dice Simone de Beauvoir hoy día "no se muere de haber nacido, ni de haber vivido, ni de vejez. Se muere de algo". Y este algo es a veces una guerra, un accidente, un suicidio, un crimen y toda una serie de sucesos a los que todos, ya estamos muy acostumbrados, pero la más es por enfermedad, quizá por eso la mayoría de los enfermos mueren en hospitales o en instituciones creadas al efecto (asilos, residencia, clínicas). La muerte hospitalaria se ha convertido en uno de los productos más típicos de la sociedad contemporánea.

De vez en cuando la tragedia (p.ej. la de Ortuella) sacude bruscamente la conciencia colectiva, y la muerte parece recobrar su antigua significación (dolor, sentimiento, duelo). Pero esto es pasajero, lo ordinario y cotidiano es la deshumanización progresiva de la muerte.

Conviene señalar, no obstante, que desde una perspectiva psicológica el tema de la muerte está cobrando un interés creciente.

En este sentido se está poniendo de relieve que la muerte es un proceso, no un momento, y que este proceso no es solo biológico, sino psicológico y social. Hoy día la llamada Psicología de la muerte constituye ya un importante foco de investigación, que en la actualidad tiende a marginar la mera especulación y aspira a basarse en datos empíricos.

Con este fin se vienen utilizando diversos enfoques metodológicos, cuyas características específicas nos dan pie para hablar de tres tipos de estudios: observacionales, correlacionales y experimentales. Una buena parte de las investigaciones llevadas a cabo hasta ahora pertenecen a las dos primeras categorías; sin embargo, la perspectiva experimental, cuando es posible, tiende también a ser utilizada.

Todavía se está muy lejos de poder establecer conclusiones generales acerca de la mayor o menor eficacia de estos enfoques, ya que la comparación de los hallazgos respectivos resulta problemática por la dificultad de las técnicas de medida y por la diversidad de las muestras utilizadas, siendo difícil controlar adecuadamente las diferencias individuales, sociales, religiosas y culturales a las que un fenómeno como la muerte está sometido. Sin embargo se está perfilando una línea de investigación cuyo interés y coherencia parece posibilitar un conocimiento cada vez más científico del tema.

Uno de los campos que han acaparado más la atención de los psicólogos es, lógicamente, la investigación de las actitudes ante la muerte. En este sentido se ha puesto de relieve que tales actitudes, por un lado, son multidimensionales (Durlak y Kass, 1980), por otro, están muy influenciadas por la conducta individual y social

del sujeto, destacando especialmente la importancia de su personalidad (Wolff, 1966) y de su estilo de vida (Kastembaum y Costa, 1977). Sin embargo el campo de las actitudes ante la muerte es enormemente amplio y complejo. Las conclusiones que poseemos, pese a su consistencia, son muy provisionales. Es necesario hacer esfuerzos interdisciplinarios para llegar a una comprensión adecuada del tema. Las tendencias actuales, y muy en especial la psicología norteamericana, lo han dividido en núcleos o áreas de investigación, siendo el miedo y la ansiedad ante la muerte los aspectos que han sido más estudiados y en los que nos hemos centrado para la realización de nuestra tesis.

Uno de los problemas básicos con el que nos hemos encontrado es que los conceptos de miedo y ansiedad ante la muerte se han venido utilizando indistintamente, por lo menos en lo que se refiere a su medida, dando lugar a problemas conceptuales y metodológicos de difícil solución. A estas dificultades hay que añadir las orientaciones particulares de los distintos autores a la hora de considerar estos constructos teóricos, bien desde una perspectiva psicoanalítica, bien desde la psicología existencial o desde la psicología conductista. Pero, aunque desde un punto de vista teórico es posible mantener la distinción entre miedo y ansiedad ante la muerte, no ocurre lo mismo a nivel de medida, ya que las escalas que tratan de medir estos constructos utilizan elementos que analizados fenomenológicamente pueden referirse a ambos conceptos. En este sentido el trabajo de Durlak y Kass (1980) ha contri-

buido a esclarecer que algunas escalas que se autodenominan de "miedo a la muerte", "ansiedad ante la muerte" etc, no deben ser consideradas como tales. La contrapartida de esta crítica debe tener en cuenta que las investigaciones sobre el miedo y la ansiedad ante la muerte son relativamente recientes y todavía los instrumentos de medida con los que se cuenta no han sido investigados y contrastados de forma completamente satisfactoria.

Una de las escalas que tiene tras de sí un buen respaldo científico, al menos por el número de trabajos que con ella se han realizado, es la Death Anxiety Scale (DAS) de Donald J. Templer. Esta escala fue construída y validada por el autor en 1970. En la actualidad cuenta con dos versiones (McMordie, 1979), además de la original, que es sobre la que hemos realizado la adaptación castellana.

La necesidad de contar con un instrumento de medida válido y fiable era fundamental, si queríamos emprender un estudio serio de la ansiedad ante la muerte. Además este hecho se hacía más evidente por la carencia de estudios empíricos dentro de nuestro ámbito sociocultural.

En el proyecto de adaptación castellana de la DAS hemos utilizado tres muestras diferentes: ancianos internados en asilos (n=120), universitarios (n=110) y A.T.S. (n=244). En la muestra de ancianos se estudió la DAS en relación con treinta y una variables de diversa índole, dieciseis en la muestra de universitarios y nueve en la de ATS. Ciertas variables fueron comunes a los tres estu-

diós. Los instrumentos de medida utilizados fueron generalmente psicométricos, aunque también se utilizaron otras técnicas complementarias (cuestionario de indicadores sociales en la muestra de ancianos, cuestionario R en la muestra de universitarios y ATS). El objetivo era poder contrastar nuestros datos con los obtenidos mediante la DAS, en otros países (fundamentalmente Estados Unidos), así como ampliar algunos aspectos que considerábamos interesantes.

Los presupuestos teóricos y prácticos que han guiado nuestra adaptación han sido los expuestos por Templer y diversos autores a lo largo de una serie de trabajos realizados en los últimos diez años. Es a partir de estos presupuestos donde hemos realizado la interpretación de nuestros resultados con la finalidad de evitar generalizaciones excesivas. La razón es sencilla: la DAS como todo instrumento de medida tiene unas implicaciones teóricas y metodológicas, pero tiene también sus limitaciones. El abuso en la generalización de sus resultados puede llevar a posturas erróneas. Esto es algo que ha sucedido en los estudios norteamericanos donde, a veces, se han replicado resultados obtenidos no sólo con diversos tipos de muestras, sino también con instrumentos de medida diferentes. En nuestra tesis hemos puesto de relieve la carencia de una teoría general sobre la ansiedad ante la muerte que integre de una forma coherente el estado actual de las investigaciones. Ello puede ser debido a que, pese a la proliferación de estudios sobre el tema, todavía

no se ha pasado de una fase meramente exploratoria. No obstante, de forma general, se ha podido precisar que son los factores de personalidad y las experiencias vividas los que determinan preferentemente la ansiedad ante la muerte, sin descartar la importancia del ambiente social.

Por nuestra parte, hemos aceptado provisionalmente que la DAS mide efectivamente el constructo denominado "ansiedad ante la muerte", pero ello no quiere decir que no seamos conscientes de las limitaciones que esto implica y que, incluso, investigaciones posteriores demuestren que dicho concepto debe ser revisado y definido operacionalmente de una forma más precisa. Por que en efecto puede repetirse aquí, aunque a un nivel más específico, la polémica suscitada a propósito de diferenciar a nivel de medida, los constructos "ansiedad como rasgo" y "ansiedad como estado" (Catell 1958; Spielberger, 1966). De hecho esta problemática está apuntada por Templer (1976) cuando considera que la ansiedad ante la muerte "no es tanto una entidad fija como un estado sensible a los acontecimientos del medio v, muy en particular, al impacto de las relaciones interpersonales con los seres más íntimos".

En la actualidad la conclusión general que se desprende es que, a pesar de la cantidad de estudios realizados, el problema de la naturaleza de la ansiedad ante la muerte está muy lejos de estar resuelto.

Hechas estas precisiones, que a lo largo de nuestra tesis hemos expuesto de una manera más pormenorizada, nuestros datos han

contribuido a poner de relieve lo siguiente:

- 1) Las actitudes ante la muerte están muy vinculadas a la personalidad del sujeto, es decir, a su forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar.
- 2) La ansiedad ante la muerte, tal como es medida por la DAS, puede considerarse como un tipo de ansiedad específica, que depende, en buena medida, del grado de emociabilidad del sujeto y de sus experiencias personales con el tópico de la muerte. Esto vendría a confirmar el punto de vista de Templer (1976) sobre los determinantes generales del grado de ansiedad ante la muerte, y contribuiría a explicar el porqué, tanto en sujetos psíquicamente sanos como en los enfermos, la DAS correlaciona moderadamente con otras escalas que miden el desajuste emocional (MAS, Escala de Neuroticismo del Epi, SX2 del STAI, S.D.S. de Zung), aunque hemos obtenido algunas excepciones al respecto.
- 3) En las tres muestras estudiadas, hemos encontrado que variables como Edad, Sexo, Estado Civil, Nivel de Instrucción no influyen significativamente en la ansiedad ante la muerte. Sin embargo, de forma muy general, hemos obtenido cierta evidencia empírica de que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital (Jeffers y Verwoerd, 1977; Kalis, 1976; Kastembaum, 1969; Kastembaum y Costa, 1977; Thomas, 1976).
- 4) Al igual que otros autores (Blakely, 1975; Devins, 1979; Lucas, 1974) hemos confirmado que el hecho de padecer una determinada

enfermedad no influye en la ansiedad ante la muerte. Por el contrario hemos hallado que los sujetos, sobre todo los ancianos varones, que perciben negativamente su estado de salud manifiestan un mayor nivel de ansiedad ante la muerte.

- 5) Las variables religiosas que hemos controlado (afiliación, auto-calificación y actividad religiosa) no ejercen una influencia significativa sobre la ansiedad ante la muerte. No obstante hemos apuntado que la religiosidad es un fenómeno muy complejo, que debido al carácter exploratorio de nuestra investigación, no ha sido considerada de una forma adecuada, supiriendo que se hace necesario un estudio más completo, con instrumentos mejor elaborados que midan la religiosidad, a fin de aclarar una problemática que todavía permanece oscura y confusa.
- 6) El papel de las variables de personalidad Neuroticismo y Extraversión del EPJ en la ansiedad ante la muerte no está completamente aclarado. En la muestra de universitarios se confirman los resultados obtenidos por Templer (1972a), es decir, relación positiva moderada entre la DAS y la Escala N, y ausencia de relación significativa entre la DAS y la Escala E. Estos mismos resultados se mantienen cuando se analiza la muestra total de ancianos (n=120). Sin embargo cuando en esta muestra se analizan los resultados por separado para hombres (n=48) y mujeres (n=72), el sentido de las relaciones se invierte en el grupo de mujeres, obteniéndose una relación significativa entre la DAS y la Escala E, y ausencia de

relación significativa entre la DAS y la Escala N. Por el contrario en el grupo de ancianos varones los resultados son consistentes con los de la muestra total. La prudencia nos ha aconsejado no hacer especulaciones precipitadas sobre estas divergencias, debido sobre todo a las características de los instrumentos utilizados, a la escasez de estudios de este tipo en nuestro contexto sociocultural y a que estos hallazgos se han obtenido en un grupo muy particular (ancianas internadas en asilos).

Hemos confirmado así mismo que los histéricos y los distímicos no difieren significativamente en sus puntuaciones en la DAS (Templer, 1972a), ni tampoco de los otros dos grupos (Extracontrolados e Intracontrolados) que fueron diferenciados según sus puntuaciones en las escalas E y N del EPJ. Por lo que respecta a la Escala S (sinceridad) no hemos encontrado relaciones significativas con la DAS.

Por otra parte, en la muestra de ancianos hemos estudiado la influencia de las variables Neuroticismo y Extraversión en relación con ciertos indicadores de actitudes hacia la muerte; comprobando que a medida que aumenta el neuroticismo se piensa más en la muerte y se experimenta mayor miedo ante ella. Del mismo modo hemos puesto de relieve que a medida que aumenta la extraversión se piensa menos en la muerte y los sujetos tienen menos ganas de morirse. Estos resultados serían consistentes con las características que Eysenck y Rachman (1965) describen

a los neuróticos y a los extravertidos.

- 7) En los universitarios y en los ATS la creencia en la vida después de la muerte y en la reencarnación no influye en la ansiedad ante la muerte. Sin embargo en los ancianos los sujetos que creen simplemente en el más allá manifiestan un mayor nivel de ansiedad que los sujetos que tienen una visión religiosa de la que acontece después de la muerte. Estos resultados confirmarían el punto de vista de que la creencia en la otra vida reduce la ansiedad ante la muerte entre la gente muy religiosa (Berman y Hays, 1973; Jeffers y Cbres, 1961; Digory y Rothman, 1961; Kalis, 1963; Osarchuck y Tatz, 1973; Templer 1972b).
- 8) La ansiedad ante la muerte está ligada a otras actitudes que las personas tienen respecto a la muerte. En particular hemos obtenido evidencia empírica que ansiedad y miedo a la muerte son constructos diferentes, pero no independientes. Es más el análisis factorial de los elementos de la DAS nos ha mostrado con relativa persistencia que el factor mejor definido era el que habíamos denominado "Miedo a la muerte personal". A nivel de medida, de nuestros datos parece desprenderse que la ansiedad ante la muerte es un fenómeno más amplio e inespecífico que el miedo, pero no quiere decir que sea más intenso.

9) En determinadas personas un alto nivel de ansiedad ante la muerte puede indicar que el sujeto no va a intentar ningún acto que le lleva a su autodestrucción. La DAS en este sentido podría proporcionar alguna información sobre el riesgo de suicidio que pueden tener ciertos sujetos aquejados de síndromes psicopatológicos (por ej. en las depresiones).

De igual modo puede ser útil para estudiar cierto tipo de conductas autodestructivas (alcoholismo, drogaadición, etc), aunque en nuestro caso hemos encontrado que el hecho de fumar no influye en la ansiedad ante la muerte (Templer 1972a).

10) Respecto a nuestra adaptación castellana de la DAS de Templer (1970) los análisis acerca de la fiabilidad nos han puesto de relieve que esta es adecuada para una medida de este tipo. Asimismo, ciertos aspectos de la validez de constructo investigados han evidenciado que la DAS posee discriminabilidad, validez factorial y que su estructura es multidimensional, presentando unos factores comunes que se corresponden con los obtenidos por otros autores. También el análisis de elementos ha demostrado que nuestra adaptación presenta, en líneas generales, unos índices de homogeneidad apropiados. Por todo ello creemos que la escala reúne los requisitos mínimos para ser usada con ciertas garantías, sobre todo en investigación.

Para finalizar, queremos subrayar que nuestra tesis

ofrece amplia información sobre determinados aspectos psicológicos e institucionales de los ancianos internados. Esperamos que puedan ser útiles a todas aquellas personas que trabajan con ellos. Del mismo modo confiamos que el interés por la Psicología de la muerte se desarrolle entre nosotros y logre incorporar al psicólogo a puestos de trabajo a los que por sus conocimientos tiene derecho.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABERASTURY, A. (1978).: La percepción de la muerte en el niño. Ed. Kargieman. B. Aires.
- AJURIAGUERRA, J. DE; REGO, A y TISSOT, R. J. (1970).: "Psychologie et Psychometrie du Vieillard". Confrontations Psychiatriques, 5:2635.
- ALEXANDER, I. E., and ADLERTEIN, A. M. (1958). "Affective responses to the concept of death in a population of children and early adolescents". Journal of Genetic Psychology, 93: 167-177.
- ALEXANDER, I. E. (1959).: Death and religion. In, H. Feifel. (ed), The Meaning of Death, pp. 271-283. New York: McGraw-Hill.
- ALEXANDER, I. E., and ADLERTEIN, A. M. (1960).: Studies in the psychology of death, In, H. P. David and J. C. Brengelmann (eds.), Perspectives in Personality Research, pp. 65-92. New York: Springer.
- ALVIRA, F; AVIA, M. D.; CALVO, R y MORALES, J. I. (1979).: Los dos métodos de las ciencias sociales. Centro de investigaciones sociológicas, Madrid.

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1976).: Normas sobre Tests y Manuales educativos y psicológicos. (Trad. de A.Cordero Pando). TEA, Madrid.
- AMON,J. (1969).: Prejuicio antiprotestante y religiosidad utilitaria. Ed.Aguilar. Madrid.
- AMON,J. (1979).: Estadística para psicólogos. 1 Estadística Descriptiva Ed.Pirámide. Madrid.
- AMON,J. (1980).: Estadística para psicólogos.2. Probabilidad. Estadística Inferencial. E.Pirámide. Madrid.
- AMON,J. y YELA M. (1969).: Dimensiones de la religiosidad. Revista de Psicología General y Aplicada. nº95,983-87.
- ANTHONY,S. (1940).: The child's discovery of death. Harcourt. New York.
- ARIES,PH. (1970).: La mort inversée: Le changement des attitudes devant la mort dans las societes occidentales. Ed.Cerf.Paris.
- AUGUSTINE,M.J., and KALISH,R.A. (1975).: Religión, trnscendence, and appropriate death. Journal of transpersonal Psychology, 7: 1-13.
- AVERILL,J. (1973).: "Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress". Psychological Bulletin. 80:286-303.
- BEARD,B.H. (1969).: "Fear of death and fear of life". Archives of General psychiatry. 21: 373-380.

- BEAUVOIR, S. (1970).: La vejez. Ed. Sudamerica, Buenos Aires.
- BECKER, E. (1973).: The Denial of Death. New York: Free Press.
- BECKER, H., and BRUNER, D.K. (1931).: Attitudes towards death and the dead. Mental Hygiene. 15: 828-837.
- BEIGLER, J.S. (1957).: Anxiety as an aid in the prognostication of impending death. Archives of Neurology. 77: 171-177.
- BELL, W. (1975).: "The experimental manipulation of death attitudes: A preliminary investigation". Omega: Journal of Death and Dying. 6: 199-205.
- BENDIG, A.W. (1956).: The development of the short form of the Manifest Anxiety Scale. J. Consult. Psychol. 20: 384.
- BENGSTON, V. et ALT. (1975).: Attitudes toward death and dying: contrasts by age, sex, ethnicity and S.E. Gerontology, 15: 63.
- BERGER, M y HORTALA, F (1976).: Mourir a l'hospital Le Centurion ., Paris.
- BERMAN, A. (1973).: "Smoking Behavior: How is it related to locus of control, death anxiety, and belief in after-life", Omega: Journal of Death and Dying. 4: 149-155.

- BERMAN, A. (1974).: "Belief in afterlife, religion, religiosity, and life-threatening experiences". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 127.
- BERMAN, A., and HAYS, J.E. (1973).: "Relationship between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 41: 318.
- BERMUDEZ MORENO, J. (1978).: Ansiedad y rendimiento en tareas intelectuales. Rvta. de Psicología General y Aplicada, 33: 183-207.
- BESHAI, J.A y TEMPLER, D.I. (1978).: American and egyptian attitudes toward Death. Essence. 2: 155-158.
- BINSTOCK, R.H. y SHANAS, E. (1976).: Handbook of aging and the social sciences. Van Nostrand R.C. N.York.
- BIRREN, J. (1964).: The Psychology of Aging, Prentice Hall, New York.
- BIRREN, J.E. y SCHAIE, K.W. (Eds.) (1977).: Handbook of the Psychology of Aging, Van Nostrand R.C., New York.
- BLAKE, R.R. (1970).: Attitudes toward death as function of developmental stages. Dissertation Abstracts, 30: 3380.
- BLAUNER, R. (1966).: Death and social structure. Psychiatry, 29: 378-394.
- BLAZER, J. (1973).: "The relationship between meaning in life and fear of death". Psychology. 10: 33-34.

- BLUESTEIN, VW. (1975).: Death-related experiencies, attitudes and feelings reported by thanatology students and a national sample. Omega. 6: 207-218.
- BOWBLY, J. (1960).: "Grief and mourning in infancy and early childhood". Psychoanalytic Study of the Child 15: 9.
- BOWLBY, J. (1961).: "Processes of mourning" International Journal of Psychoanalysis. 44: 317.
- BOWLBY, J. (1977).: Separation: anxiety and anger. Basic Books, New York.
- BOYAR, J.I. (1964).: The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death. Dissertation Abstracts. 25, 2041. (Abstract).
- BRODMAN, K., ERDMANN, A.J., and WOLFF, H.G. Manual for the Cornell Medical Index. Ithaca, N.Y.: Cornell University Medical College.
- BROMBERG, W., and SCHILDER, P. (1933).: P. Death and dying. Psychoanal. Rev. 20: 133-185.
- BROMBERG, W., and SCHILDER, P. (1936).: The attitude of psychoneurotics toward death. Psychoanal. Rev. 23: 1-25.
- BROMLEY, D.B. (1971).: The psychology of human ageing, Penguin Books.
- BUSSE, E.W. y PFEIFFER, E. (1977).: Behavior and adaptation in late life. Little, Brown and Co. Boston (2-ed.).

- BUTLER, R. (1975).: Why Survive? Being Old in America, Edi, Harper Row, New York.
- BYRNE, D. (1974).: "Repression-sensitization as a dimension of personality". In B.A.Maher (Ed.), Progress in Experimental Personality Research, Volume I. New York: Academic Press.
- CALDWELL, D., and MISHARA, B.L. (1972).: "Research on attitudes of medical doctors toward the dying patient: A methodological problem". Omega: Journal of Death and Dying. 3: 341-346.
- CAMERON, P., STEWART, L., and BIBER, H. (1973).: Consciousness of death across the life-span. J.Geront. 28: 92-95.
- CAMPBELL, D.T., and FISKE, D.W. (1959).: Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychol Bull. 59: 81-105.
- CAPPON, D. (1969).: "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.
- CAPRIO, F.S. (1946).: Ethnological attitudes toward death: A psychoanalytic evaluation. Journal of Clinical Psychopathology, 7: 737-752.

- CARRASCO, J.L.; VELA, A y ARANA, J. (1979).: "Estudio biopsiquicosocial de Jubilados". En Higiene Preventiva de la Tercera Edad. Ed. Karpos. Madrid, pp. 39-74.
- CARTWRIGHT, A., HOCKEY, L., and ANDERSON, J.L. (1973).: Life Before Death. London: Routledge and Kegan Paul.
- CASSELL, E., KASS, L.R., and Associates. (1972).: Refinements in criteria for the determination of death: an appraisal. J. Am. Med. Assoc. 221: 48-54.
- CATTELL, R.B. (1957).: Handbook for the I.P.A.T. Anxiety Scale. Champaign, III.: Institute for Personality and Ability Testing.
- CATTELL, R.B. (1972).: El análisis científico de la personalidad. Fontanella, Barcelona.
- CHANDLER, K.A. (1965).: Three processes of dying and their behavioral effects. Journal of Consulting Psychology. 29: 296-301.
- CHORON, J. (1969).: La mort et la pensée occidentale. Payot, Paris.
- CHRIST, P.E.I. (1961).: "Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients". Journal of Gerontology. 16: 56-59

- COHEN, R., and PARKER, O. (1974).: "Fear of failure and death"  
Psychological Reports. 34: 54.
- COLE, M.A. (1978).: Sex and marital status differences in  
death anxiety. Omega. 9: 139-147.
- COLEMAN, J.C. (1972).: Abnormal Psychology and Modern Life.  
Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Co.
- COLLETT, L., and LESTER, D. (1969).: "Fear of death and  
fear of dying". Journal of Psychology. 72:179-181.
- CONDE, V., y SANCHEZ DE VEGA. (1960).: "La Escala Autoapli-  
cada para la Depresión de Zung". Arch. Neurobiol.  
32-4: 535-558.
- CONDE V., ESCRIBA, J., e IZQUIERDO, J. (1970). "Evaluación  
Estadística y Adaptación Castellana de la Escala  
Autoaplicada para la Depresión de Zung". Arch  
Neurobiol., Parte I, XXXIII. 2: 185-206.
- CONDE V., ESCRIBA, J., e IZQUIERDO, J. (1970).: "Evaluación  
Estadística y Adaptación Castellana de la Escala  
Autoaplicada para la Depresión de Zung". Arch  
Neurobiol., Parte II, XXXIII. 2: 281-303.
- CONDE, V., y ESTEBAN CHAMORRO, T. (1976).: "Problemas meto-  
dológicos en torno a la baremación de las E.E.C.  
para la depresión". Rev. de Psicol. Gen. y Aplic.  
31: 827-838.

- CORAH, N.L., and BOFFA, J. (1970).: "Perceived control, self-observation, and response to aversive stimulation". Journal of Personality and Social Psychology. 16: 1-4
- COREY, L.G. (1961).: "An analogue of resistance to death awareness". Journal of Gerontology. 16: 59-60.
- COUCH, A., and KENISTON, K. (1960).: Yeasayers and Neasayers. : Agreeing response set as a personality variable. J. Abn. and Soc. Psychol. 60: 151-174.
- CRONBACH, L., J., y MEEHL, P.E. (1955).: Construct validity in psychological tests. Psychol. Bull. 52: 281-302
- CRONBACH, L.J. (1972).: Fundamentos de la exploración Psicológica. Biblioteca Nueva, Madrid.
- CROWN, B., O'DONOVAN, D., and THOMPSON, T.G. (1967).: Attitudes toward attitudes toward death". Psychological Reports. 20: 1181-1182.
- CROWNE, D.P., and MARLOWE, D.A. (1960).: A new scale of social desirability independent of psychopathology. J. Consult. Psychol. 24: 349-354.
- CRUMBAUGH, J.C., and MAHOLICK, L.T. (1964).: "An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis". Journal of Clinical Psychology. 20: 200-207.

- CUMMING, E., and HENRY, W.E. (1961).: Growing Old: The Process of Disengagement. Basic Books. New York.
- DATAN, N. y GINSBERG, L. (Eds). (1975).: Life-Span developmental Psychology (Normative life crises). Academic Press, New York.
- DAY, S.B. (1972).: Death and attitudes toward death. Symposium Proceedings. Minnesota.
- DE MIGUEL, A. y OTROS. (1967) .: Tres estudios para un sistema de indicadores sociales. Fundación Foessa.
- DEVINS, G.M. (1979).: Death Anxiety and Voluntary Passive Euthanasia: Influences of Proximity to Death and experiences with death in important other persons. Journal of Consulting and Clinical Psychology , Vol, 47. No. 2: 301-309.
- DICKSTEIN, L.S. (1972).: Death concern: Measurement and correlates. Psychological Reports. 30: 563-571.
- DICKSTEIN, L. (1975).: "Self-report and fantasy correlates of death concern". Psychological Reports. 32: 147-158.
- DICKSTEIN, L. S., and BLATT, S. (1966).: Death concern, futurity, and anticipation. J. Consult. Psychol. 30: 11-17.
- DIGGORY, J.C., and ROTHMAN, D.Z. (1961).: Values destroyed by death. J. Abn. and Soc. Psychol. 63: 205-210.

- DIXON, W.J. (1979).: Biomedical Computer Programs. Univ. of California Press. Los Angeles.
- DOHRENWEND, B.S., and DOHRENWEND, B.P. (1974).: Stressful life events: Their nature and effects. New York: Wiley.
- DONALDSON, P.J. (1972).: "Denying death: A note regarding some ambiguities in the current discussion". Omega: Journal of Death and Dying. 3: 285-290.
- DOWNIE, N.M. y HEATH. (1971).: Métodos Estadísticos Aplicados. Ed. Castillo. Madrid.
- DUOCASTELLA, R. (1976).: Informe sobre la TERCERA EDAD. Ed. Fontanella, Barcelona.
- DURLAK, J. (1972 a).: "Measurement of the fear of death: An examination of some existing scales". Journal of Clinical Psychology. 28: 545-547.
- DURLAK, J. (1973 b).: "Relationship between attitudes toward life and death among elderly women". Developmental Psychology. 8: 146.
- DURLAK, J.A. y KASS, R.A (1980).: Clarifying the Measurement of Death Attitudes: A factor Analytic Evaluation of Fifteen Self-report Death Scales. Omega (en prensa).
- EPSTEIN, C. (1975).: Nursing the Dying Patient. Reston, Virginia: Reston.

- EYSENCK, H.J. (1956).: Estudio científico de la Personalidad. Paidós, B.Aires.
- EYSENCK, H.J. (1971).: Reading in extroversion-introversion. 3 Vol. Staples Press, London.
- EYSENCK, H.J. (1973).: E.P.I. Cuestionario de Personalidad (Adaptación española de M.Sánchez Turet y equipo de TEA). Ed. Tea, Madrid.
- EYSENCK, H.J. (1975).: Fundamentos biológicos de la personalidad. Fontanella, Barcelona.
- FAUNCE, W.A., and FULTON, R.L. (1958).: The sociology of death: A neglected area of research. Soc. Forces. 36: 205-209.
- FEIFEL, H. (1956).: Attitudes of mentally ill patients toward death. J.Nerv. and Ment. Dis. 122: 375-380.
- FEIFEL, H. (1969).: Attitudes toward death: a psychological perspective. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 13: 264-265.
- FEIFEL, H. (1974).: "Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill". Journal for the Scientific Study of Religion. 13: 353-360.
- FEIFEL, H. (1977).: New meanings of death. McGraw-Hill. New York.

- FEIFEL, H., y BRANSCOMB, A. (1973).: "Who's afraid of death"  
Journal of Abnormal Psychology. 81: 282-288.
- FEIFEL, H., FREILICH, J., and HERMANN, L. (1973).: "Death fear  
in dying heart and cancer patients". Journal of  
Psychosomatic Research. 17: 161-166.
- FEIFEL, H., and HERMANN, L. (1973).: "Fear of death in the  
mentally ill". Psychological Reports. 33:931-938.
- FEIFEL, H., and HELLER, J. (1960).: "Normalcy, illness and  
death". In Proceedings of the Third World Congress of  
Psychiatry. Toronto: University of Toronto Press.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R., y OTROS. (1977).: Relaciones entre  
distintas medidas de Ansiedad. Rvta. de Psicología  
General y Aplicada. 32: 225-240.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1979).: Los métodos en evaluación  
conductual. Pablo del Río, Edit. Madrid.
- FESNEAU, R. (1974).: "Le vieillard et sa mort a l'hospice".  
Bull.Soc.Thanto. 2: 10-20.
- FLEMING, S. y LONETTO, R. (1978).: Children's conceptions  
of aging and death. Springer, New York.
- FREUD, S. (1968).: Obras Completas. Biblioteca Nueva. Madrid.
- FRIEDMAN, S.B., and ZARIS, D. (1963).: "Behavioral Observa-  
tions of parents anticipating the death of a child".  
Pediatric. 32: 610-625.

- FULTON,R. (1961).: "Discussion of a symposium on attitudes toward death in older persons". Journal of Gerontology. 16: 44-66.
- FULTON,R. (1973).: A bibliography on death, grief and bereavement. 1845-1973. Center for Death Education and Research Minnesota. .
- FULTON,R. (1970).: "Death,grief and social recuperation" Omega: Journal of Death and Dying. 23-38.
- FULTON,R., and FULTON,J. (1971).: A psychosocial aspect of terminal care: Anticipatory grief. Omega. 2: 91-100.
- GARFIELD,C.A. (1974).: Psychothanatological concomitants of altered state experience: An investigation of the relationship between consciousness alteration and fear of death. Doctoral dissertation. University of California. Berkeley. Department of Psychology.
- GEER,J.H. (1965).: The development of a scale to measure fear. Behaviour Research and Therapy. 3: 45-53.
- GEIST,H. (1977).: Psicología y Psicopatología del envejecimiento, Paidós, B. Aires.
- GERTLER,R., and FERNEAU,E. (1974-75).: "The first year resident in psychiatry: How he sees the psychiatric patient's attitudes toward death and dying". International Journal of Social Psychiatry. 21: 4-6.

- GERTLER, R., FERNEAU, E., and RAYNES, a. (1973).: "Attitudes toward death and dying on a drug addiction unit". International Journal of the Addictions. 8: 265-272.
- GIBBS, H.W. y ACHTERBERG-LAWLIS, J. (1978).: Spiritual values and death anxiety. Journal of Counseling Psychology. 25: 563-569.
- GLASER, B.G. (1966).: The social loss of aged dying patients. Gerontologist. 6: 77-80.
- GLASER, B.G. y STRAUSS, A. (1965).: Awareness of Dying. Aldine, Chicago.
- GLASER, B.G. y STRAUSS, A. (1968).: Time for Dying. Aldine, Chicago.
- GOFFMAN, E. (1961).: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu, B. Aires.
- GOLDING, S.L., ATWOOD, G.E., and GOODMAN, R.A. (1966).: Anxiety and the two cognitive forms of resistances to the idea of death. Psychological Reports. 18: 359-364.
- GONZALEZ PINTO A. (1979).: Ansiedad y procesos cognitivos. Tesis doctoral. Facul. de Psicología de la Univ. Compl. Madrid.
- GOODMAN, L. (1975).: "Winning the race with death, fear of death, and creativity". Symposium. American Psychological Association Convention. Chicago, Illinois. "

- GONZALEZ ANLEO, J. (1973).: La vejez: marginación y sub-cultura. VI Congreso Nacional de Gerontología. Ed. Lab.Liade, Madrid. 213-223.
- GORDON, D.C. (1972).: Overcoming the fear of death. Penguin Books, Harmondsworth and Baltimore.
- GORER, G. (1967).: Death, Grief, and Mourning. New York: Doubleday, Anchor Books.
- GRAY, A.J. (1971).: La psicología del miedo. Guadarrama, Madrid.
- GREENBERG, I.M. (1964).: Attitudes toward death in schizophrenia. Journal of the Hillside Hospital. 13:104-113.
- GREENBERGER, E. (1965).: Fantasies of women confronting death. Journal of Consulting Psychology. 29:252-260.
- GROUPE LYONNAIS. (1965).: La vejez. Ed. Razón y Fe. Madrid.
- GROUPE LYONNAIS. (1967).: La muerte. Razón y Fe. Madrid.
- GUILLEMARD, A.M. (1972).: La retraite, une mort sociale. Mouton, Paris.
- HACKETT, T.P., and WEISSMAN, A.D. (1965).: Reactions to the imminence of death In G. H. Gross, H. Wechsler, and M. Greenblat (Ed.). The Threat of Impending Disaster: Contribution to a Psychology of Stress. Cambridge, Mass.: MIT Press.

- HALL, G.S. (1922).: Senescence. New York: Appleton.
- HANDAL, P.J. (1969).: The relationship between subjective life expectancy, death anxiety and general anxiety. Journal of Clinical Psychology. 25: 39-42.
- HANDAL, P.J. (1973).: "Development of a controlled repression-sensitization scale and some preliminary validity data". Journal of Clinical Psychology. 29:486-487.
- HANDAL, P.J., and RYCHLAK, J.F. (1971).: "Curvilinearity between dream content and death anxiety and the relationship of death anxiety to repression-sensitization". Journal of Abnormal Psychology. 77:11-16
- HAVIGHURST, R.J. (1968).: Personality and patterns of Aging J.Geront. 8: 20-23.
- HAVIGHURST, R.J., NEUGARTEN, B.L. y TOBIN, S.S. (1968).: "Disengagement and patterns of aging" en Neugarten, B.L. (Ed.). Middle age and Aging, Univ. Chicago Press.
- HENDIN, D. (1973).: Death as a Fact of Life. New York. Norton.
- HERZOG, E. (1966).: Psiche and death. Hodder and Stoughten. London.
- HEYMAN, D.K., and GIANTURCO, D.T. (1973).: "Long-term adaptation by the elderly to bereavement". Journal of Gerontology. 28: 359-362.

- HINTON, J.M. (1963).: "The physical and mental distress of the dying". Quarterly Journal of Medicine. 32:1-21.
- HINTON, J.M. (1966).: Facing death. J. Psychosomatic Res. 10: 22-28.
- HINTON, J. (1967). Dying. Baltimore: Penguin Books.
- HINTON, J.M. (1972). Death. Baltimore: Penguin Books.
- HOCH, H. y ZUBIN, J. (1964). Psicopatología de la Vejez. Ed. Morata, Madrid.
- HOGAN, R., DE SOTO, C.B., SOLANO, C. (1977).: Traits , Test and personality research. American Psychologist. 32:255-264.
- HOLDEN, C. (1976).: "Hospices: For the dying. relief from pain and fear". Science. 193: 389-391.
- HOWARD, G. (1976).: Death and Dying: A Bibliography (1950-1974). Potet. Whitston.
- HULICKA, I.M. (1977).: Empirical Studies in the Psychology and Sociology of Aging. Thomas y Crowell Company. New York.
- IAMMARINO, N.K. (1975).: Relationship between death anxiety and demographic variables". Psychological Reports. 17:262.
- INFORME "GAUR" (1975).: La situación del anciano en España. Conf. Española Cajas de Ahorro. Madrid.

- JANKELEVITCH ,V. (1966).: La mort. Flammarion, Paris.
- JEFFERS,F.C., NICHOLS,C.R., and EISDORFER,C. (1961).: Attitudes of older persons toward death. A preliminary review. J.Geront. 16:53-56.
- JEFFERS,F.C. y VERWOERDT,A.(1977).: "How the old face death" en Busse, E.W. y Pfeiffer,E.: Behavior and Adaptation in late life. Little, Brown and Co.Boston.
- JONES,E.E., and SIGALL,H. (1971).: "The bogus pipeline: A new paradigm for measuring affect and attitude". Psychological Bulletin. 76:349-364.
- JUNG,C.G. (1959).: The soul and death. In, H. Feifel (ed.). The Meaning of Death. pp. 3-15. New York: McGraw-Hill.
- KAHANA,B. y E. (1972).: Attitudes of young men and women toward awareness of death. Omega. 3: 37-44.
- KAHOE,R.O y DUNN,R.F. (1975).: The fear of death and religious attitudes and behavior. Journal for the scientific study of religion. 14(4): 379-382.
- KALISH,R.A. (1963 a).: An approach to the study of death attitudes. American Behavioral Scientist.6: 68-80.
- KALISH,R.A. (1963 b).: Some variables in death attitudes. Journal of Social Psychology. 59:137-145.
- KALISH, R.A. (1966).: A continuum of subjectively perceived death. Gerontologist. 6: 73-76.

- KALISH,R.A (1968).: Life and death: Dividing the indivisible. Social Science and Medicine. 2: 249-259.
- KALISH,R.A. (1970).: The onset of the dying process. Omega. 1: 57-69.
- KALISH,R.A (1971).: Sex and marital role differences in anticipation of age-produced dependency. Journal of Genetic Psychology. 119: 53-62.
- KALISH, R.A. (1972).: Of social values and the dying: A defense of disengagement. Family Coordinator. 21: 81-94.
- KALISH, R.A., and JOHNSON, A.I. (1972).: Value similarities and differences in three generations of women. J.Mariage and Fam.. 34:49-54.
- KALISH,R., and REYNOLDS,D. (1974).: "Widows view death". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 187.
- KALIS,R.A.(1976).: "Death in a social contex" en Binstock, R. Y Shanas,E. (Ed.). Handbook of aging and the social sciencies. Van Nostrand Reinhold C. New York.
- KALIS,R.A., and REYNOLDS, D.K. (1976).: Death and Ethnicity: A Psychocultural Study. Los Angeles: University of Southern California Press.
- KASPER,A.M. (1959).: "The doctor and death". In H.Feifel (Ed.). The Meaning of Death. New York:McGraw-Hill.

- KASS, L.R. (1971).: Death as an event: A commentary on Robert Morison. Science. 173: 698-702.
- KASTENBAUM, R. (1965).: The realm of death: An emerging area in psychological research. Journal of Human Relations. 13:538-552.
- KASTENBAUM, R. (1966 a).: As the clock runs out. Mental Hygiene. 50: 332-336.
- KASTENBAUM, R. (1966 b).: On the meaning of time in later life. Journal of Genetic Psychology. 109:9-25.
- KASTENBAUM, R. (1969).: Death and bereavement in later life. In, A.H. Kutscher (ed.). Death and Bereavement, pp. 28-54. Springfield. Illinois: Charles C. Thomas.
- KASTENBAUM, R. y AISEMBERG, R. (1972).: The Psychology of Death. Springer. New York.
- KASTENBAUM, R., and AISEMBERG, R. (1976).: "Death as a thought". In E.S. Schneidman (Ed.). Death: Current Perspectives. Palo Alto. Calif.: Mayfield.
- KASTENBAUM, R y COSTA, P.T. (1977).: "Psychological Perspectives on Death" Ann.Rev.Psychol. 28:225-249.
- KASTENBAUM, R., and WEISMAN, A.D. (1972).: "The psychological as a research procedure in gerontology". In D.P. Dent, R.Kastenbaum, and S.Sherwood (Eds.), Research Planning and Action for the Elderly. New York: Behavioral Publications.

- KAVANAUGH, R.E. (1974).: Facing Death. Baltimore, Md.: Penguin Books.
- KEILY, M.C. y DUDEZ, S.Z. (1977).: "Attitudes toward death in aged personas". Psychiatr.J.Univ.Ottawa. 214: 181-184.
- KERLINGER, F.N. (1975).: "Investigación del comportamiento: Técnicas y metodología". Ed. Interamericana, Mexico.
- KIMSEY, L.R., ROBERTS, J.L., and LOGAN, D.L. (1972).: Death, dying and denial in the aged. Am.J.Psychiat. 129: 161-166.
- KIMSEY, L.R. et Alt.(1972).: Death, dying and denial in the aged American Journal of Psychiatry. 161-166.
- KIRBY, M. and TEMPLER, D.I. (1975).: Death Anxiety and Social Work Students. Paper presented at the Foundation of Thanatology symposium. "The family and Death: A Social work Symposium". New York. New York April 12.
- KLEEMEIER, R.W. (1961).: "Intellectual change in the senium on death and the I.Q.". Presidential address, American Psychological Association.
- KLUG, L. y BOSS, M. (1966).: Factorial Structure of The Death Concern Scale. Psychological Reports. 38: 107-112.
- KOSTOLANSKY, R. (1973).: "Factor analysis of physiological age, social variables and cognitive load in elderly women" Studia Psychological. 4:328-334.

- KNUTSON, A.L. (1967).: The definition and value of a new human life. Social Science and Medicine. 1:7-29.
- KOGAN,N., and WALLACH, M. (1961).: Age changes in values and attitudes. J.Geront. 16: 272-280.
- KRIEGER,S., y EPSTING, F., y LEITNER, L.M. (1974).: "Personal constructs , threat and attitudes toward death". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 299.
- KUBLER ROSS,E. (1969).; On death and dying. Macmillan, New York.
- KUBLER ROSS, E.D. (1974).: Questions and Answers on Death and Dying. New York.
- KUBLER ROSS, E. (Ed). (1975).: Death: The final stage of growth. Prentice Hall, New York.
- KUBLER ROSS,E. (1976).: "Therapy with the terminally ill". In E.S. Schneidman (Ed.), Death: Current Perspectives Palo Alto, Calif. Mayifield.
- LARSEN, K.S. et ALT. (1974).: Attitudes toward death: a desensitization hypothesis. Psychological Reports. 35: 687-690.
- LASAGNA,L. (1970).: "The doctor and the dying patient" Journal of chronic disease. 22: 65-68.

- LAWTON, M.P., WHELIHAN, W.M. y BELSKY, J.K. (1979).: "Personality tests and their uses with older adults". J.Birren (Ed.). Handbook of mental health and aging. Prentice Hall, New York.
- LEFCOURT, H.M (1966).: Repression-sensitization: A mesure of the evaluation of emotional expression. J.Consult. Psychol. 30: 444-449.
- LESTER, D. (1966 )..: The construction of a fear of death scale: Its consistency, validity, and use. Unpublished manuscript. Brandels University.
- LESTER, D. (1967 b).: "Fear of death of suicide persons". Psychological Reports. 20: 1077-1078.
- LESTER, D. (1967 a) "Experimental and correlational studies of the fear of death". Psychological Bulletin. 67: 27-36.
- LESTER, D. (1969).: Studies on death-attitude scales. Psychological Reports. 24: 182.
- LESTER, D. (1970).: Relation of fear of death in subjects to fear of death in their parents. Psychological Reports. 20: 541-543.
- LESTER, D. (1971).: "Sex differences in attitudes toward death: A replication". Psychological Reports. 28:754.
- LESTER, D. (1972).: "Studies in death attitudes". Psychological Reports. 30: 440.

- LESTER,D., GETTY,C., and KNEISL,C. (1974).: "Attitudes of nursing students and nursing faculty toward death". Nursing Research. 23: 50-53.
- LESTER,D., and LESTER,G. (1970).: "Fear of dying, and threshold differences for death words and neutral words. Omega: Journal of Death and Dying. 1:175-179.
- LESTER,D.,and TEMPLER,D. (1972).: "Resemblance of parent-child death anxiety as a function of age and sex of child". Psychological Reports. 31:750.
- LEVITON,D. (1973).: "Death education and change in students attitudes". Final Research Report, National Institute of Mental Health Research Gran MH 21974-01. Washigton. D.C.
- LIEBERMAN,M.A. (1965).: "Psychological correlates of impending death: Some preliminary observations" Journal of Gerontology. 20: 181-190.
- LIPMAN,A., and MARDEN,P. (1966).: Preparation for death in old age. J.Geront. 21:426-431.
- LIVINGSTON,P.B., and ZIMET,C.N. (1965).: "Death anxiety, authoritarianism and choice of specialty in medical students". Journal of Nervous and Mental disease. 140:222-230.

- LONETTO, R. et ALT. (1976).: The perceived sex of death and concerns about death. Essence. 1: 66-84.
- LONETTO, R, FLEMING, S, MERCER, G.W. (1979).: The structure of Death Anxiety: A factor Analytic Study. Journal of Personality Assesment. 43(4): 388-392.
- LORD y NOVICK. (1972).: Statistical theories of mental test scores. Addison Wesley.
- LOWRY, R (1965).: "Male-female differences in attitudes toward death". Unpublished doctoral dissertation. Brandeis University.
- LUCAS, R. (1974).: "A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 233.
- MAGNI, K.G. (1972).: The fear of death. En A.Godin (Ed.). Deat and Presence, pp. 125-138. Brussels: Lumen.
- MAGUIRE, D.C. (1974 a).: "Death by chance, death by choice". Atlantic. 233 (1): 57-65.
- MAGUIRE, D.C. (1974 b).: "Death, legal and illegal". Atlantic. 233 (2): 72-85.

- MARS,G. (1978).: "L'anziano e la morte. Problemi Gerontologici". Giorn. Geront., XXVI: 469-479.
- MARSHALL,V (1975).: "Socialization for impending death in a retirement village". American Journal of Sociology. 80: 1124-1144.
- MARTIN,D., and WRIGHTSMAN, L.S. (1965).: The relationship between religious behavior and concern about death. Journal of Social Psychology. 65: 317-323.
- MATARAZZO,J.D. y WIENS, A.N. (1972).: The interview. Aldine-Atherton.
- MAUER,A. (1964).: Adolescent attitudes toward death. J.Genet. Psychol. 195.
- McCULLY ,R.S. (1963).: Fantasy productions of children with a progressively crippling and fatal disease. J.Genet. Psychol. 102:203-216.
- McCURDY,J. (1974).: "Death studies should begin with very young". The Times Educational Supplement. April 26:12.
- McDONALD,G.W. (1976).: Sex,religion, and risk-taking behavior as correlates of death anxiety. Omega. 7:35-44.
- McMORDIE,W.R. (1979).: Improving measurement of Death Anxiety. Psychological Reports. 44:975-980.
- MEANS,M.II (1936).: Fears of 1000 college students. J.Abn and Soc. Psychol. 31:291-311.

- MEHL, R. (1956).: Le vieillissement et la mort. P.U.F., Paris.
- MELGES, F.T., and BOWLBY, J. (1969).: "Types of hopelessness in psycho-pathological process". Archives of General Psychiatry. 20: 690-699.
- MEYER, J.E. (1975).: Death and Neurosis. New York. International Universities Press.
- MIDDLETON, W.C. (1936).: Some reactions toward death among college students. Journal of Abnormal and Social Psychology. 31:165-173.
- MIRA Y LOPEZ, E. (1962).: Hacia una vejez joven. Ed. Kapelusz. B.Aires.
- MISHARA, B., BAKER, H., and KOSTIN, I. (1972).: "Do people who seek less environmental stimulation avoid thinking about the future and their deaths?". Proceedings of the Annual Convention of the APA. 7: 667-668.
- MITFORD, J. (1963).: The american way of death. Simon and Schuster. New York.
- MOELLENHOFF, F. (1939).: Ideas of children about death. Bulletin of the Menninger Clinic. 3: 148-156.
- MOODY, R.A. (1977).: Vida despues de la vida, Ed. Edaf, Madrid.
- MOODY, R.A. (1977).: Reflexiones sobre vida después de vida. Ed. Edaf, Madrid.

- MORIN,E. (1974).: El hombre y la muerte. Ed.Kairós, Barcelona.
- MORISON, R.S. (1971).: Death: Process or event?. Science. 173: 694-702.
- MORISON,R.S. (1973).: Dying. Sci.Am. 229(3): 54-62.
- MULLER,CH. (1969).: Manuel de Gerentopsychiatrie. Masson, Paris.
- MURRAY,P. (1974).: Death education and its effect on the death anxiety level of nurses. Psychological Reports. 35: 1250.
- NAGY,M. (1938).: The child and death Psychological Studies of the University of Budapest. 2: 152-157 ; 192-194.
- NAGY,M. (1948).: The child's theories concernig death. Journal of Genetic Psychology.73:3-27.
- NAGY,M. (1959).: "The child's view of death". In Feifel.H. (Ed.). The Meaning of Death. New York:McGraw-Hill.
- NATTERSON,J.M, and KNUDSON,A.C. (1960).: "Observation concerning fear of death in fatally ill children and mothers". Psychosomatic Medicine. 22: 456-465.
- NATTERSON,J.M., and KNUDSON, A.G. (1960).: Children and their mothers: Observations concernig the fear of death in fatally ill children. Psychosomatic Medicine. 22: 456-465.

- NELSON,L.P., and NELSON, V. (1973).: Religion and death anxiety. Presentation to the annual joint meeting. Society for the Scientific Study of Religion and Religious Research Association. San Francisco.
- NELSON,L.D., and NELSON,C.C. (1975).:"A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety". Omega: Journal of Death and Dying. 6: 171-178.
- NEUGARTEN,B.L. (1973).: "Personality change in late life: A developmental perspective". C. Eisdorfer y P.P. Lawton (Eds.). The Psychology of adult development and aging. American Psychological Association, Washington.
- NEUGARTEN,B.L. (1977).: "Personality and aging". J.Birren y K.W.Schaie (Eds.). Handbook of the psychology of aging. Van Nostrand Reinhold Co., New York.
- NOGAS,C., SCHWEITZER,K., and GRUMET,J. (1974).: "An investigation of death anxiety, sense of competence, and need for achievement". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 245.
- OSARCHUCK,M., and TATZ,S. (1973).: "Effect of induced fear of death on belief in after-life". Journal of Personality and Social Psychology. 2: 256-260.
- OSIS,K y HARALDSSON (1979).: A la hora de la muerte. Ed. Edaf. Madrid.

- OSIPOW,S.H., and GROOMS,R.R. (1965).: Norms for chain of word associations. Psychol. Rep., 16:796.
- PAINTAL,H.R. (1976).: "Engagement theory and succesful aging". Indian Journal of clinical Psychology. Vol 3 (2): 101-109.
- PALMORE,E. (1971 a).: Health practices. illness, and longevity. In E. Palmore and F.C. Jeffers (Eds.). Prediction of Life Span. Lexington. Mass.: D.C.Heath.
- PALMORE,E. (1971 b).: The relative importance of social factors in predicting longevity. In E. Palmore and F.C. Jeffers (Eds.). Prediction of Life Span. Lexington. Mass.: D.C.Heath.
- PALMORE,E. (1977-78).: "Compulsory versus Flexible Retirement: Issues and Facts". S.H.Zarit (Ed.). Reading in Aging and Death. Comtemporary Perspectives. Harper and Row, New York.
- PANDEY,R.E. (1974-75).: "Factor analytic stydy of attitudes toward death among college students". International Journal of Social Psychiatry. 21: 7-11.
- PANDEY,R.E. and TEMPLER,D.I. (1972).: Use of the death Anxiety Scale in an inter-racial setting. Omega. 3: 127-130.

- PARIS, J., and GOODSTEIN, L. (1966).: "Responses to death and sex stimulus materials as a function of repression-sensitization". Psychological Reports. 19: 1283-1291.
- PARKES, C.M. (1972).: Bereavement. New York: International Universities Press.
- PARSON, T. (1963).: Death in American Society. Amer. Beh. Scient. 6: 61-65.
- PEARLMAN, J., STOSSKY, B.A. y DOMINICK, J.R. (1969).: Attitudes toward death among nursing home personnel". Journal of Genetic Psychology. 114: 63-75.
- PELECHANO, V. (1973).: Personalidad y Parámetros. Ed. Vicens-Vives. Madrid.
- PELECHANO, V. y CBRES. (1977).: Psicodiagnóstico. Univ. Nal. de Educ. a Distancia.
- PELECHANO, V. y AVIA, M.D. (1975).: Dinámica intraestructural de la personalidad en función del análisis modulador. En V. Pelechano (Dir.). Psicología estimular y modulación. Marova. Madrid.
- PELECHANO, V. y SILVA, F. (1979).: La Entrevista. Facultad de Psicología. Univ. de Valencia.
- PELECHANO, V. y SILVA, F. (1979).: Predicción. Facultad de Psicología. Univ. de Valencia.

- PEREZ Y PEREZ, D. (1978-79).: Gerontopsicología. Curso monográfico de Doctorado. Facultad de Psicología. Univ. Compl. Madrid.
- PEREZ, D, RAMOS, F., ORTIZ, T. (1979).: "Aspectos Psicosociales de la tercera edad". Rev. Española de Gerontología y Geriatria. 5: 359-370.
- PFEIFFER, E. (1971).: Physical, psychological, and social correlates of survival in old age. In E. Palmore and F.C. Jeffers (Eds.). Prediction of Life Span. Lexington. Mass.: D.C. Heath.
- PINE, V. R. (1972).: Death, dying, and social behavior. In B. Schoenberg, A.C. Carr, A.H. Kutscher, D. Peretz, and I.K. Goldberg (eds.). Anticipatory Grief. pp. 31-47. New York: Columbia University Press.
- PINILLOS, J.L. (1974).: "Adaptación del anciano a un mundo en transformación" Rev. Española de Gerontología y Geriatria. 1: 55-54.
- PINILLOS, J.L. (1975).: Principios de Psicología. Alianza Editorial. Madrid.
- PINILLOS, J.L. (1977).: Psicopatología de la vida urbana. Espasa Calpe, Madrid.
- PINILLOS, J.L. (1979).: Prevención y terapia de los trastornos afectivo-depresivos. En varios. Higiene preventiva de la tercera edad. Ed. Karpos. Madrid.

- POWEL,G. (1979).: Brain and personality. Saxon House.  
Farnborough.
- PRESTON,C.E., and WILLIAMS,R.H. (1971).: Views of the  
aged on the timing of death. Gerontologist. 11:  
300-304.
- RAMOS,F., PEREZ,D., ORTIZ,T. (1979).: Aspectos psicósocia-  
les de la tercera edad. Rvta Española de Gerontología  
y Geriatria. 5: 359-370.
- RAMOS,F. y SANCHEZ CARO, J.(1980a).: Psicogeriatría I.  
Biopsique. Madrid.
- RAMOS,F y SANCHEZ CARO,J.(1980b).: "Miedo y Ansiedad ante  
la muerte. Rvta. Española de Gerontología y Geriatria.  
1: 67-80.
- RAY,J.J., and NAJMAN,J. (1974).: "Death anxiety and death  
acceptance: A preliminary approach". Omega:Journal  
of Death and Dying. 5:311.
- REBOUL,H. (1970).: Vieillesse et approche de la Mort". L'In-  
formation Psychiatrique, Spet. 671-169.
- REBOUL,H. (1971).: A Propos sur la relation vieillesse-mort.  
C.I.S.L., pp. 127-132.
- REBOUL,H. (1971).: Conduites funéraires du vieillard a l'hos-  
pice. Rev. Epidem. Med.Soc.et.Santé Publ. t.19, n°5,  
435-450.

- REBOUL,H (1971).: Le discours du vieillard sur la mort.  
Méthodologie et resultat. L'Inform. psychol. 44:  
75-90.
- REBOUL,H. (1973).: Vieillir: Projet pour vivre. Ed. Le  
Chalet, Lyon.
- REICHARD,S, LIVSON,F. y PETERSEN,P.G. (1962).: Aging and  
Personality. Wiley, New York.
- REYNOLDS,D.K., and KALISH,R.A. (1974).: Anticipation of  
futurity as a función of ethnicity and age. J.  
Geront. 29:224-231.
- RHEINGOLD,J.C.(1967).: The Mother, Anxiety, and Death.  
Boston: Little Brown.
- RHUDICK,P.J., and DIBNER,A.S. (1961).: Age, personali-  
ty and health correlates of death concerns in  
normal aged individuals. J.Geront. 16:44-49.
- RICHTER,C.P. (1957).: On the phenomenon of sudden  
death in animals and man. Psychosomat. Med.  
19: 191-198.
- RIEGEL,K.F. (1971).: "The prediction of death and longe-  
vity in longitudinal research". In E.Palmore and  
F.C.Jeffers (Eds.). Prediction of Life Span.  
Lexington. Mass.:D.C.Heath.

- RILEY, J.W., Jr. (1970).: What people think about death.  
In, O.G.Brim.Jr., H.E.Freeman, S.Levine, and N.A.  
Scotch (eds.), The dying Patient, pp.30-41. New  
York: Russel Sage Foundation.
- SABATIER, R. (1967).: Dictionnaire de la Mort. Ed.A.Mi-  
chel, Paris.
- SALGADO ALBA, A. y OTROS. (1974).: Gerontología y Geriatría  
Ed.Servicio de Geriatría del Hospital Central de la  
Cruz Roja, Madrid.
- SANCHEZ CARO, J y RAMOS, F.(1980 a): Psicogeriatría I.  
Biopsique. Madrid.
- SANCHEZ CARO, J. y RAMOS, F. (1980 b): Miedo y ansiedad ante  
la muerte". Rev.Española de Gerontología y Geriatría.  
1:67-80
- SARASON, I.G. (1957).: "Test anxiety, general anxiety and  
intellectual performance", Journal of Consulting  
Psychology. 21:485-490
- SARNOFF, I., and CORWIN, S.E. (1958).: Castration anxiety and  
the fear of death. J.Personal. 27:375-385.
- SAUL, S.R. and S.(1973).: Old people talk about death. Omega.  
4:27-35.
- SAVAGE, R.D. (1971).: "Old Age" en H.J. (Ed.). Handbook of  
abnormal Psychology. Potmans Medical, London.

- SAVAGE,R.D., BRITTON,P.G., BOLTON,N., HALL,E.H. (1973).: Intellectual Functionig in the Aged. Methuen and Co., London.
- SAVAGE,R.D., GABER,L.B., BRITTON,P.G., BOLTON,N., COOPER,A. (1977).: Personality and adjustement in the Aged. Academic Press. London.
- SCHAIK,K.W. y MARQUETTE,B. (1972).: "Personality in maturity and old age". R.M.Dreger (Ed.): Multivariate personality research: Contributions to the understanding of Personality in honor of R.B.Catell. Baton Rouge, La: Claitor's Publishing.
- SCHILDER,P. (1936).: "The attitudes of murdereres toward death. J.Abun and Soc. Psychol. 31: 348363.
- SCHOENBERG,B, CARR,A.C., PERETZ,D, and KUTSCHER,A.H. (1972).: Psychosocial Aspects of Terminal Care. New York: Columbia University Press.
- SCHULZ,R. (1976 a).: "Effects of control and predictability on the physical and psychological well-being of the institutionalized aged". Journal of Personality and Social Psychology. 33:563-573.
- SCHULZ,R. (1976 b).: "Some life and death consequences of perceived control". In J.S.Carroll and J.W.Payne (Eds.). Cognition and Social Behavior. Hillsdale, N.J.:Erlbaum.

- SCHULZ,R. (1978).: The psychology of Death, Dying and Bereavement. Addison-Wesley P.C.
- SCHULZ,R., and ADERMAN,D. (1973).: "Effects of residential change on the temporal distance to death of terminal cancer patients". Omega: Journal of Death and Dying. 4: 157-162.
- SCHULZ,R., and ADERMAN,D. (1974).: "Clinical research and the stages of dying". Omega: Journal of Death and Dying. 5: 137-143.
- SCHULZ,R., ADERMAN,D., and MANKO,G.(1976).: "Attitudes toward death: The effects of different methods of questionnaire administration". Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, New York.
- SCHULZ,R., and BRENNER,G. (1977).: "Relocation of the aged: A review and theoretical analysis". Journal of Gerontology. 32: 323-333.
- SCHULZ,R.,and SHELTON,E. (1976).: "Cognitive and Behavioral mediators of the stress-illness relationship". Unpublished manuscript, Carnegie-Mellon. University.
- SCHWARTZENBERG,L. y VIANSSON-PONTE,P. (1978).: Cambiar la muerte. Granica, Madrid.

- SELBY, J.W. (1977).: Situational correlates of death anxiety: Reaction to funeral practices. Omega. 8:247-250.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975).: Helplessness. San Francisco: Freeman.
- SELIGMANN, J. (1976).: "A right to die". Newsweek. 88:(15), 52.
- SELVEY, C. (1973).: "Concerns about death in relation to sex, dependency, guilt about hostility, and feelings of powerlessness". Omega: Journal of Death and Dying. 4:209-219.
- SHARE, L. (1972).: Family communication in the crisis of a child's fatal illness: A literature review and analysis. Omega. 3:187-201.
- SHARMA, K.L., and JAIN, U.C. (1969). Religiosity and fear of death in young and retired persons. Indian Journal of Gerontology. 1:110-114.
- SHEARER, R.E. (1973).: "Religious belief and attitudes toward death". Dissertation Abstracts International. 33:3292-3293.
- SHIBLES, W. (1974).: Death: An interdisciplinary Analysis. The language Press, Whitewater, Wisconsin.
- SHNEIDMAN, E.S. (1972).: Death and the college student Behavioral Publications. New York.
- SHNEIDMAN, E.S. (1976).: Death: Current Perspectives. Mayfield Publishing. C. Palo Alto.

- SIMPSON, M. (1979).: Dying, Death and Grief. Plenn Press.  
New York.
- SIRUT, S.D. (1958).: Attitudes toward old age and death.  
Ment. Hyg. 42: 259-266.
- SNYDER, M., CERTLER, R., and FERNEAU, E. (1973).: "Changes  
in nursing students attitudes toward death and  
dying: A measurement of curriculum integration  
effectiveness". International Journal of Social  
Psychiatry. 19:294-298.
- SPIELBERGER, C.D. (1966).: Anxiety and Behavior. New York  
Academic Press.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. (1970).: State-Trait Anxiety Inventory (Self-Evaluation  
Questionnaire), Consulting Psychologists Press. Pa  
lo Alto California.
- SPIELBERGER, C.D. et ALT. (1971).: Development of the Spanish  
edition of the STAI. Inter.Jour.Psychol. 5 :3-4
- SPIELBERGER, C.D.; LUSHENE, R.E., y MCD00, W.G. (1976).: "Theo  
ry and measurement of anxiety as an emotional state",  
en R.B. CATTELL y R.M. DREGER (Eds.) Handbook of mo-  
dern personality theory. New York. Appleton Century-  
Crofts.
- SPIILKA, E. et ALT. (1977).: Death and personal facth: A  
psychometric investigation. Journal fot the Scienti-  
fic Study of Religion. 16: 169-178.

- SPINETTA, J.J. (1974).: The dying child's awareness of death: a review. Psychological Bulletin. 81:256-260.
- STACEY, C.L., and MARKIN, K. (1952).: "The attitude of college students and penitentiary inmates toward death and a future life. Psychiat. Quart. Suppl. 26:27-32.
- STANNARD, D.E. (Ed.). (1975).: Death in America. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- STEINFELS, P. y VEATCH, R.M. (Eds.) (1975).: Death Inside out. Harper y Row, New York.
- STORANDT, M., SIEGLER, I., MIERRILL, F.E. (1978).: The Clinical Psychology of Aging. Plenum Press. New York.
- STOTLAND, E. (1969).: The Psychology of Hope. San Francisco: Jossey-Bass.
- SWENSON, W.M. (1961).: Attitudes toward death in an aged population. J. Geront. 16:49-52.
- TALLMER, M. et ALT. (1974).: Factors influencieng children's concepts of death. Journal of Clinical Child Psychology. 3:17-19.
- TARTER, R., TEMPLER, D., and PERLEY, R. (1974).: "Death anxiety in suicide attempter". Psychological Reports. 34: 895-897.

- TAYLOR, J.A. (1951).: "The relationship of anxiety to the conditioned eyelid response". J.Exp.Psychol. 41:81-92.
- TAYLOR, J.A. (1953).: "A personality scale of manifest anxiety". Journal of Abnormal and Social Psychology. 48:285-290.
- TAYLOR, J.A. (1956).: "Drive Theory and manifest anxiety". Psychol.Bull. 53:303-320.
- TEMPLER, D.I. (1969).: Death Anxiety Scale. Proceedings of the 77th Annual Convention of the American Psychological Association. 4:737-738.
- TEMPLER, D.I (1970).: "The construction and validation of a death anxiety scale". Journal of General Psychology. 82:165-177.
- TEMPLER, D.I. (1971 a).: The relationship between verbalized and non-verbalized death anxiety. Journal of Genetic Psychology. 119:211-214.
- TEMPLER, D.I. (1971 b).: Death Anxiety as related to depression and health of retired person. Journal of Gerontology. 4:521-523.
- TEMPLER, D.I. (1971 c).: Relatively non-technical description of the Death Anxiety Scale. The Archives of the foundation of Thanatology. 3:91-93.

- TEMPLER, D.I. (1972 a).: Death Anxiety: Extraversion, neuroticism and cigarette smoking. Omega. 3:126-127.
- TEMPLER, D.I. (1972 b).: Death anxiety in religiously very involved persons. Psychological Reports. 31:361-362.
- TEMPLER, D.I. (1976).: Two factor theory of Death Anxiety: a note. Omega. 1:91-93.
- TEMPLER, D.I., BAZTHLOW, B.A., HALCOMB, P.H., RUFF, C., AYERS, J. (1979).: The Death Anxiety of convicted felons. Journal of Correctional Psychiatry.
- TEMPLER, D.I. y DOTSCH, E. (1970).: Religious correlates of Death Anxiety. Psychological Reports. 26:895-897.
- TEMPLER, D.I. y LESTER, D. (1974).: An MMPI scale for assessing Death Anxiety. Psychological Reports. 34:238.
- TEMPLER, D.I., LESTER, D y RUFF, C. (1974).: Fear of death and Feminity. Psychological Reports. 35:536.
- TEMPLER, D.I. and RUFF, C.F. (1971).: Death Anxiety Scale Means, standard deviations and embedding. Psychological Reports. 29:173-174.
- TEMPLER, D.I. and RUFF, C.F. (1975).: The relationship between Death Anxiety and Religion in Psychiatric Patients. Journal of Thanatology. 3:165-168.
- TEMPLER, D.I., RUFF, C.F., and AYERS, J. (1974).: Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression. Psychological Reports. 35:216.

- TEMPLER, D.I., RUFF, C.F., and FRANKS, C.M. (1971).: The relationship of age and sex to death anxiety. Developmental Psychology. 4:108.
- THOMAS, L.V. (1976).: Antropologie de la mort. Payot. Paris.
- THORSON, J.A. (1974).: "Continuing education in death and dying." Adult Leadership. 23:(5), 141-144.
- TOBIN, S.S. (1965).: Basic need of all older people. Planning Welfare Services of older people. Department of Health Education and Welfare. Washington. 47-52.
- TOLOR, A., and REZNIKOFF, M. (1967).: "Relationship between insight, repression-sensitization, internal-external control, and death anxiety". Journal of Abnormal Psychology. 72:426-430.
- TOYNBEE, A. et ALT. (1976).: Life after death. Weindenfeld and Nocalson. London.
- TURNER, B.F., TOBIN, S.S., and LIEBERMAN, M.A. (1972).: Personality traits as predictors of institutional adaptation among the aged. J.Geront. 27:61-68.
- VANDER BORGTH, J. (1976).: "Psychologie de la senescence". Enciclopedia Medico-Chirurgicale. Paris. Psychiatrie. 37530 A-25.
- VARIOS. (1979).: Higiene preventiva del Tercera Edad. Ed. Karpos, Madrid.

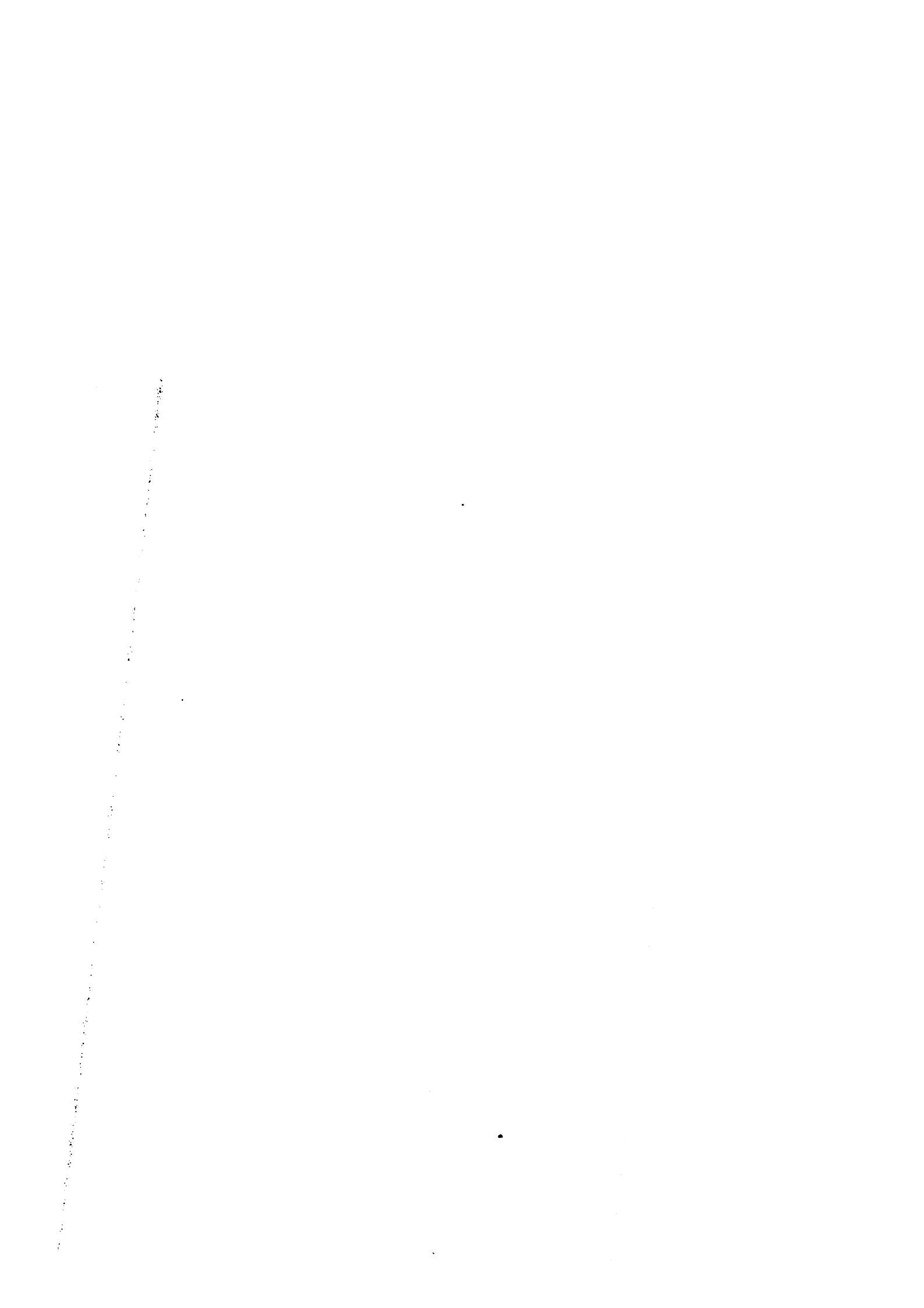
- VARIOS. (1977).: La Tercera Edad. Inst.Ciencias del Hombre.  
Madrid.
- VARIOS. (1974).: Sociología de la Muerte . Tribuna Médica.  
Madrid.
- VARIOS. (1974).: Death Anxiety: Normal and Pathological  
Aspects. MSS Information Corporation. New York.
- VARIOS. (1974).: Fears related to death and suicide. MSS  
Information Corp. New York.
- VEATCH;R.M. (1976).: "Brain Death". In E.S. Shneidman (Ed.).  
Death: Current Perspectives. Palo Alto, Cali.: Mayfield.
- VERNON,G.M. (1970).: Sociology of death. Ronald Press. New.  
York.
- VERWOERDT,A., and ELMORE,J.L. (1967).: "Psychological reac-  
tions in fatal illness. I. The prospect of impending  
death". Journal of the American Geriatrics Society.  
15:9-19.
- VIGNAT,J.P. (1970).: Le vieillard, l'Hospice et la mort.  
Masson, Paris.
- VINOKUR,A., and SELZER,M.L. (1975).: "Desirable versus  
undesirable life events: Their relationship to stress  
and mental distress". Journal of Personality and So-  
cial Psychology. 32:329-337.

- WARNER, W.L. (1959).: The city of the dead. In, W.L. Warner, The Living and the Dead. Mew Haven: Yale University Press.
- WARREN, N.D. (1973).: "Physiological status and diengagement theory. A study on a model population". Mech. Ageing Dev. 2:55.
- WARREN, W.G. y CHOPRA P.N. (1978-79):: Some reliability and validity consedirations on Australian data from the death anxiety scale. Omega. Vol 9(3): 293-298.
- WEISMAN, A.D., and HACKETT, T.P. (1961).: "Predilection to death". Psychosomatic Medicine. 23:232-256.
- WEISMAN, A.D. (1972).: On dying and denying. Beh. Public. Inc., New York.
- WEISMAN, A.D. (1974).: The Realization of Death. Jason Aronson, New York.
- WEISMAN, A.D., and KASTENBAUM, R. (1968).: Teh psychological autopsy: A study of the terminal phase of life. Community Mental Health Journal Monograph No.4. New York: Behavioral Publications.
- WEISS, J.M. (1972).: "Psychological factors in stress and disease". Scientific American. 226:104-113.
- WELFORD, A.T. (1958).: Aging and Human skill. Oxford Univer. Press. London.

- WELFORD, A.T. y BIRREN, J.E. (Ed.) (1965).: Behavior, Aging, and the Nervous System. C.C.Thomas, Springfield.
- WELSH, G.S. (1956).: An anxiety index and an internalization ratio for the MMPL. In G.S.Welsh and W.D. Dahlstrom (Eds), Basic Readings in the MMPI in Psychology and Medicine. Minneapolis, Minn.: Univ. Minnesota Press. pp.298-307.
- WELU, T.C. (1972).: Psychological reactions of emergency room staff to suicide attempters. Omega. 3:103-109.
- WHEELER, A.L. (1973).: "The dying person: A deviant in the medical subculture". Paper presented at the annual meeting of the Southern Sociological Society, Atlanta, Georgia.
- WIGGINS, J.J. (1973).: Personality and Prediction Principles of Personality Assesment. Addison-Wesley Publ.
- WILLIAMS, R.L., and COLE, S. (1968). Religiosity, generalized anxiety, and apprehension concerning death. Journal of Social Psychology. 75:111-117.
- WITTMAYER, B. (1975).: "The impact of a death course" Unpublished manuscript, Kirkland Colleg. New York.
- WOLF, K. (1966).: Personality type and reaction toward aging and death, Geriatrics. Agosto, 189-192.

- WOLFF, H. (1970).: The problem of death and dying in the geriatric patient. Journal of the American Geriatrics Society. 18: 954-961.
- WORCESTER, A. (1976).: The care of the aged, the dying and the dead. Arno Press. New York.
- YAAWORTH, R., KAPP, F. y WINGET, C. (1974).: "Attitudes of nursing students toward the dying patient", Nursing Research. 23:20-24.
- YAMAMOTO, J. (1970).: "Cultural factors in loneliness, death, and separation" Medical Times. 98:177-183.
- YELA, M. (1957).: La Técnica del análisis factorial. Biblioteca Nueva. Madrid.
- YELA, M. (1974).: Apuntes de Estadística y Psicometría. Facultad de Filosofía y Letras (Psicología). Univ. Compl. Madrid.
- YELA, M. (1979).: "El mundo visto desde la Tercera Edad" en Varios: Higiene Preventiva de la Tercera Edad. Ed. Karpos. Madrid. 219-249.
- ZARIT, S.H. (Ed). (1977-78).: Reading in Aging and Death Contemporary Perspectives. Harper Row, New York.
- ZELIGS, R. (1974).: Children's experienci with death. Charles C Thomas, Springfield, Ill.
- ZILBOORG, G. (1943).: "Fear of death". Psychoanalytic Quarterly. 12:465-475.

- ZIMBERG,N.E. (1970).: Psicología Normal de la Vejez,  
Paidós.B.A.
- ZUEHLKE,T.E., and WATKINS,J.T. (1975).: The study of psycho-  
therapy with dying patients: An exploratory study.  
Journal of Clinical Psychology. 31:729-732.
- ZUNG,W. (1965).: "A Self-Rating Depression Scale". Arch.Gen.  
Psychiat. 12:63-80.
- ZUNG,W.,RICHARDS,C., and SHORT,M. (1965).: "Self-Rating  
Depression Scale in an Outpatient Clinic". Arch.Gen.  
Psychiat. 13:508-515.
- ZUNG,W. (1967).: "Factors Influencing the Self-Rating De-  
pression Scale". Gen. Psychiat. 16:543-547.
- ZUNG,W. (1967).: "Depression in the Normal Aged". Psychoso-  
matics. 8:287-292.



500

APENDICES

INSTRUCCIONES GENERALES ANTES DE EMPEZAR LA APLICACION

"Somos un grupo de psicólogos que estamos estudiando cómo son y cómo piensan los ancianos en España, para conocerlos mejor y tratar de resolver sus problemas.

No hace falta que me diga su nombre, ni sus datos personales, ya que únicamente nos interesa saber su opinión, para lo cual le pedimos que sea lo más sincero posible".

N	E	S
---	---	---

SI	NO
----	----

1.	¿Desea Vd. a menudo animación y bullicio? ... ..	O	O	1
2.	¿Necesita con frecuencia amigos que le comprendan y alienten? ... ..	O	O	2
3.	De ordinario, ¿es Vd. una persona despreocupada? ... ..	O	O	3
4.	¿Encuentra muy duro tener que aceptar una negativa? ... ..	O	O	4
5.	Antes de llevar a cabo una acción, ¿se para Vd. a reflexionar? ... ..	O	O	5
6.	¿Su estado de ánimo sufre altibajos algunas veces? ... ..	O	O	6
7.	¿Se siente siempre desdichado sin ningún motivo para ello? ... ..	O	O	7
8.	¿Generalmente dice y hace las cosas con rapidez y sin pararse a pensarlas? ... ..	O	O	8
9.	¿Se siente Vd. súbitamente tímido cuando desea hablar con un desconocido simpático y atractivo? ... ..	O	O	9
10.	Ante un reto o provocación, ¿haría cualquier cosa sólo para demostrar osadía? ... ..	O	O	10
11.	¿Se preocupa a menudo por cosas que no debería haber hecho o dicho? ... ..	O	O	11
12.	¿Son todas sus costumbres buenas y deseables? ... ..	O	O	12
13.	¿Hace Vd. con frecuencia las cosas de repente? ... ..	O	O	13
14.	¿Se siente Vd. fácilmente herido en sus sentimientos o amor propio? ... ..	O	O	14
15.	En general, ¿prefiere Vd. la lectura a la conversación con la gente? ... ..	O	O	15
16.	¿Se encuentra algunas veces rebosante de energía y otras francamente agotado? ... ..	O	O	16
17.	¿Le gusta mucho salir de casa? ... ..	O	O	17
18.	De todas las personas que conoce, ¿hay algunas que no le gustan en absoluto? ... ..	O	O	18
19.	¿Le ocurre a menudo el "soñar despierto"? ... ..	O	O	19
20.	¿Prefiere tener pocos amigos, pero muy escogidos? ... ..	O	O	20
21.	¿Se siente a menudo preocupado por sentimientos de culpa? ... ..	O	O	21
22.	Cuando alguien le grita, ¿responde Vd. también gritando? ... ..	O	O	22
23.	¿Diría Vd. que sus nervios acostumbran a estar en tensión? ... ..	O	O	23
24.	¿Ha llegado alguna vez tarde al trabajo o a una cita? ... ..	O	O	24
25.	¿Puede Vd. normalmente despreocuparse de sus problemas y disfrutar mucho en una fiesta? ... ..	O	O	25
26.	Después de haber hecho algo importante, ¿piensa Vd. a menudo que podría haberlo realizado mejor? ... ..	O	O	26
27.	¿Piensan los demás que Vd. es una persona muy activa y animada? ... ..	O	O	27
28.	¿Acuden ideas a su cabeza que le impiden conciliar el sueño? ... ..	O	O	28

N=	E=	S=
----	----	----

N	E	S
---	---	---

	SI	NO	
29. La mayoría de las veces, ¿está callado cuando se halla con otras personas? ...	O	O	29
30. ¿Habla algunas veces de cosas que desconoce? ...	O	O	30
31. ¿Nota Vd. palpitations o golpes en el corazón? ...	O	O	31
32. Si Vd. quiere conocer o enterarse de alguna cosa, ¿prefiere consultar un libro antes que preguntarlo a alguien?	O	O	32
33. ¿Sufre temblores o estremecimientos? ...	O	O	33
34. ¿Le gusta aquella clase de trabajos que exigen de Vd. una intensa atención? ...	O	O	34
35. ¿Es Vd. una persona irritable? ...	O	O	35
36. ¿Murmura Vd. alguna vez? ...	O	O	36
37. ¿Le espanta la idea de tener que dar una charla o dirigir la palabra a un grupo? ...	O	O	37
38. ¿Se preocupa por desgracias que podrían suceder? ...	O	O	38
39. ¿Le gusta hacer cosas en las cuales tenga que actuar con rapidez? ...	O	O	39
40. ¿Tiene Vd. muchas pesadillas? ...	O	O	40
41. ¿Se sentiría Vd. muy desdichado si no pudiera ver a mucha gente? ...	O	O	41
42. Alguna vez, después de oír el despertador, ¿ha preferido quedarse un rato más en la cama?	O	O	42
43. ¿Se siente afectado por sus dolores y achaques? ...	O	O	43
44. ¿Le gusta tanto hablar con la gente, que no pierde ocasión de hablar incluso con un desconocido?	O	O	44
45. ¿Se considera Vd. una persona nerviosa? ...	O	O	45
46. ¿Normalmente actúa Vd. con lentitud y sin prisas? ...	O	O	46
47. ¿Se siente Vd. fácilmente ofendido cuando la gente le encuentra defectos a Vd. o a su trabajo?	O	O	47
48. ¿Le gusta que alguna vez le alaben algo de lo que ha hecho? ...	O	O	48
49. ¿Diría Vd. que es una persona con gran confianza en sí misma? ...	O	O	49
50. ¿Le preocupan sentimientos de inferioridad? ...	O	O	50
51. Cuando en un restaurante le sirven algo que no le agrada, ¿prefiere Vd. dejarlo sin decir nada?	O	O	51
52. ¿Se preocupa por su salud? ...	O	O	52
53. ¿Le es fácil animar una fiesta o reunión aburrida? ...	O	O	53
54. ¿Ha comido Vd. alguna vez algo más de lo que debiera? ...	O	O	54
55. ¿Sufre Vd. de insomnio? ...	O	O	55
56. ¿Tiene tendencia a pasar de una actividad a otra constantemente? ...	O	O	56
57. Cuando promete algo, ¿lo cumple siempre aunque le cueste hacerlo? ...	O	O	57

N==	E==	S==
-----	-----	-----

IDENTIFICACION Nº

PUNTUACION

	Muy poco tiempo Muy pocas veces Raramente	Algún tiempo Algunas veces De vez en cuando	Gran parte del tiempo Muchas veces Frecuentemente	Casi siempre Siempre Casi todo el tiempo
1. Me siento triste y deprimido				
2. Por la mañana me siento mejor que por las tardes.				
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche.				
5. Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7. Creo que estoy adelgazando.				
8. Estoy estresado.				
9. Tengo palpitaciones.				
10. Me canso por cualquier cosa.				
11. Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro.				
15. Me siento más irritable que habitualmente.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Me creo útil y necesario para la gente.				
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19. Creo que sería mejor para los demás que me muriera.				
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan.				

CUESTIONARIO DE INDICADORES SOCIALES

- 1) Año de nacimiento (Edad).  
0- Varón
- 2) Sexo 1- Hembra
- 3) Estado Civil 0- Soltero 2- Viudo  
1- Casado 3- Separado
- 4) Número de veces que se casó 0- Ninguna  
1- Una  
2- Más de una
- 5) Nivel de instrucción 0- Analfabeto 3- Estudios prim.con cert. E.P.  
1- Sabe leer y esc. 4- E.Secundarios no terminados  
2- Estudios primarios 5- Bachiller Elemental  
sin certificado  
6- Bachiller Superior  
7- Estudios Universitarios
- 6) Provincia de nacimiento 0- Jubilación 4- Ingresos personales
- 7) Tipo de paga que le queda 1- Subsidio vejez 5- Otros  
2- Viudez 6- Ninguna  
3- Invalidez
- 8) Tiempo que llevaba viviendo en Madrid (antes de ingresar en la residencia).
- 9) Tiempo que lleva en la residencia 0- menos de un año  
1- uno o dos años  
2- tres a cinco años  
3- seis a nueve años  
4- diez años o más
- 10) ¿Tuvo dificultades para conseguir el ingreso? 0- Sí  
1- No
- 11) ¿Ha venido voluntariamente o le ha traído la familia? 0- Voluntariamente  
1- Familia
- 12) ¿Por qué solicitó ingresar aquí? 0- Cuestiones familiares  
1- Soledad  
2- Cuestiones económicas  
3- enfermedades  
4- Otros

- 13) ¿Qué enfermedad padece actualmente?
- |  |                              |
|--|------------------------------|
| 0- Reuma                               | 6- Artrosis-arteroesclerosis |
| 1- De la vista                         | 7- Corazón                   |
| 2- Diabetes                            | 8- Otras enfermedades        |
| 3- Bronquios, asma, vías respiratorias |                              |
| 4- Circulación sangre                  |                              |
| 5- Ninguna                             |                              |
- 14) ¿Con quién vivía antes de ingresar en la residencia?
- |                       |
|-----------------------|
| 0- Con mi familia     |
| 1- Con gente conocida |
| 2- Solo               |
- 15) ¿Qué tipo de familia le queda?
- |  |
|--|
| 0- Hermanos                                  |
| 1- Hijos y nietos                            |
| 2- Familiares 2º (primos, sobrinos, cuñados) |
- 16) ¿Dónde vive esta familia?
- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| 0- Misma residencia    | 4- En la misma región |
| 1- Cerca residencia    | 5- En el resto España |
| 2- En el mismo Madrid  | 6- En el extranjero   |
| 3- En Madrid-Provincia |                       |
- 17) ¿Quién le suele visitar?
- |               |
|---------------|
| 0- Familiares |
| 1- Parientes  |
| 2- Amigos     |
| 3- Nadie      |
- 18) ¿Cada cuánto tiempo le visitan?
- |                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 0- Cada semana         | 4- Cada 6 meses a laño |
| 1- Cada quince días    | 5- Cada 2 años o más   |
| 2- Cada mes            | 6- Nunca               |
| 3- Cada 2 ó tres meses |                        |
- 19) ¿Le agrada que vengan a verle y se preocupen por Vd.?
- |                |
|----------------|
| 0- Mucho       |
| 1- Regular     |
| 2- Poco o nada |
- 20) ¿Recuerda Vd. a qué edad empezó a trabajar?
- |                     |
|---------------------|
| 0- menos de 10 años |
| 1- entre 11-15 años |
| 2- entre 16-20 años |
| 3- más de 21 años   |
| 4- NS.NC.           |
- 21) ¿Tuvo que cambiar de empleo o trabajo alguna vez?
- |            |                       |
|------------|-----------------------|
| 0- Ninguna | 2- Más de dos veces   |
| 1- Una     | 3- Más de cinco veces |
| 4- NS NC.  |                       |

- 22) ¿Cuál ha sido la profesión, trabajo u oficio en el que ha permanecido más tiempo?
- |                         |                      |                             |
|-------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 0- Serv.Doméstico       | 3- Prof.del comercio | 6- Administrativos          |
| 1- TRabaj.del campo     | 4- Prof.carrera      | 7- Prof.asistenciales (ATS) |
| 2- Profesiones manuales | 5- Prof.autónomos    | 8- Otras                    |
|                         |                      | 9- NS NC.                   |
- 23) ¿Cree Vd. que a la edad de jubilarse se debería tener la posibilidad de realizar un trabajo remunerado y según las condiciones de cada una?
- 0- Sí      X- Depende de cada uno  
1- No
- 24) Normalmente cuando se ingresa en una residencia como esta, la gente suele extrañar un poco su ambiente anterior. En su caso, ¿a qué cree que es debido principalmente?
- |                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| 0- No me costó adaptarme           | 4- Comidas |
| 1- Distinto ambiente de mi casa    | 5- En todo |
| 2- Trato con personas, convivencia | 6- NS NC.  |
| 3- Falta de libertad               |            |
- 25) ¿Cree Vd. que es mejor que la gente mayor viva en centros como este?
- |                                  |                           |
|----------------------------------|---------------------------|
| 0- Sí a secas                    | 4- Si no hay otro remedio |
| 1- Personas solas                | 5- Depende de cada uno    |
| 2- Personas enfermas             | 6- Otros                  |
| 3- Personas con rechazo familiar | 7- No                     |
- 26) ¿Se encuentra a gusto aquí?
- 0- Sí porque hay tranquilidad, estoy atendido, etc.  
1- Regular  
2- No me encuentro a gusto.
- 27) ¿Dónde cree que deberían construirse las residencias?
- 0- En las afueras  
1- En la ciudad
- 28) ¿Cómo cree que deberían ser las residencias?
- |             |             |
|-------------|-------------|
| 0- Grandes  | 3- Pequeñas |
| 1- Medianas | 4- Es igual |
| 2- Normales |             |
- 29) ¿Se siente uno viejo por muchos motivos:
- 0- La edad  
1- Los efectos de la vejez  
2- No se tiene ilusión por la vida, ya que la sociedad nos considera inútiles  
3- Por todo en general  
4- No se siente viejo, tiene ilusión

- 30) ¿Cuándo o a qué edad comenzó a sentirse viejo? ¿por qué?
- |                             |  |
|-----------------------------|--|
| 0-Edad                      | 5- Internamiento o ingreso asilò,residenc. |
| 1- Haber trabajado mucho    | 6- Rechazo de la familia                   |
| 2- Jubilación               | 7- Muerte ser querido                      |
| 3- Falta de salud           | 8- No se siente viejo                      |
| 4- Enfermedades específicas | 9- Otras                                   |
- 31) ¿Piensa frecuentemente en la muerte?
- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 0- Nunca           | 3-Muchas veces   |
| 1- Muy pocas veces | 4-Constantemente |
| 2- Algunas veces   |                  |
- 32) ¿Tiene miedo de morirse?
- |            |             |
|------------|-------------|
| 0- Nada    | 3- Bastante |
| 1- un poco | 4- Mucho    |
| 2- Regular |             |
- 33) ¿Qué cree que hay después de la muerte?
- |  |
|--|
| 0- Idea religiosa (eternidad,otra vida ) |
| 1- Más allá(sin especificar)             |
| 2- Nada                                  |
| 3- NS NC                                 |
- 34) ¿Ha sentido alguna vez ganas de morirse?
- |                    |                   |
|--------------------|-------------------|
| 0- Nunca           | 3- Muchas veces   |
| 1- Muy pocas veces | 4- Constantemente |
| 2- Algunas veces   |                   |
- 35) ¿Por qué cree Vd. que hay personas de su edad que se quitan la vida?
- |  |
|--|
| 0- Pierden el juicio,locura.                         |
| 1- Desesperación,aburrimiento,cansancio,sufrimiento. |
| 2- Locura y desesperación.                           |
| 3- Otros.  |
- 36) ¿Qué opinión le merecen estas personas?
- |   |
|---|
| 0- Buena                                    |
| 1- Regular (lo comprende,pero no lo acepta) |
| 2- Mala                                     |
- 37) Dicen que cuando se entra en años se piensa m'as en la religión.Pero Vd. se interesa más ahora que cuando era joven?.
- |          |
|----------|
| 0- Más   |
| 1- Igual |
| 2- Menos |
- 38) ¿A qué religión pertenece?
- |                |
|----------------|
| 0- Ninguna     |
| 1- Católica    |
| 2- Protestante |

- 3- Judía  
4- Musulmana  
5- Otra
- 39) ¿Con qué frecuencia deja Vd. de ir a misa los domingos?
- 0- Muchas veces  
1- Algunas veces  
2- Muy pocas veces o rara vez  
3- Nunca.
- 40) ¿Con qué frecuencia suele comulgar?
- 0- Todos los días                      4- Cada dos o tres meses  
1- Una o dos veces semana          5- Una o dos veces al año  
2- Cada 15 días                        6- Casi nunca  
3- Cada mes
- 41) ¿Cómo se clasificaría Vd.?
- 0- Muy buen católico                    3- Indiferente  
1- Católico practicante                4- Ateo  
2- Católico no muy practicante
- 42) ¿Cree Vd. que todo el mundo tiene derecho a practicar su religión en cualquier país que esté?
- 0- Sí  
1- Sí, pero depende  
2- No
- 43) ¿Toma alguna cosa para dormir?
- 0- Sí  
1- No
- 44) ¿Cómo duerme ahora?
- 0- Muy bien                      3- Mal  
1- Bien                            4- Muy mal  
2- Regular
- 45) ¿Sus sueños son preferentemente?
- 0- Agradables                    2- Indiferentes  
1- Desagradables
- 46) ¿Qué es lo que hace más a menudo?
- 0- Ver TV. escuchar la radio            4- Pasear  
1- Leer (libros, periódicos)            5- Trabajar en lo que me gusta  
2- Jugar a las cartas, dominó          6- Ayudar en la residencia  
3- Charlar                                7- Asistir a reuniones, conferencias, etc.  
8- NS NC
- 47) ¿Cada cuánto tiempo va al cine o al teatro?
- 0- Todos los días                      4- Cada 2o 3 meses  
1- Una o dos veces por semana        5- Una o dos veces al año  
2- Cada 15 días                        6- Casi nunca  
3- Cada mes

48) ¿Qué periódicos o revistas suele leer más a menudo?

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| 0- Ninguno                 | 3- Rvtas. religiosas            |
| 1- Diarios (Ya, Abc, Pais) | 4- Rvtas. culturales y técnicas |
| 2- Revistas del corazón    | 5- Otras                        |

49) ¿Qué es lo que le da más miedo? (lo que más teme)

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 0- Una mala muerte, morir solo             | 4- Nada              |
| 1- La soledad                              | 5- Condenarse, pecar |
| 2- Lesión o enfermedad (larga e incurable) | 6- NS NC             |
| 3- La inestabilidad actual                 |                      |

50) ¿Se aburre durante el día?

- 0- Muy poco tiempo
- 1- Algún tiempo
- 2- Gran parte del tiempo
- 3- Casi siempre

51) ¿Se siente solo?

- 0- Muy pocas veces
- 1- Algunas veces
- 2- Muchas veces
- 3- Siempre

52) ¿Se siente triste?

- 0- Muy pocas veces
- 1- Algunas veces
- 2- Muchas veces
- 3- Siempre

53) ¿Se despierta por la noche?

- 0- Muy pocas veces
- 1- Algunas veces
- 2- Muchas veces
- 3- Siempre

54) ¿Le gustaría volver atrás?

- 0- Sí
- 1- A veces sí, a veces no
- 2- No

55) ¿Ha hecho todo lo que pensaba y podía realizar en la vida?

- 0- Sí
- 1- En parte sí, en parte no
- 2- No
- 3- NS NC

56) ¿En qué piensa generalmente?

- 0- Cuestiones familiares

- 1- Vivir tranquilo y pasarlo bien, tener salud.  
 2- Muerte  
 3- Ideas religiosas  
 4- Otros  
 5- No sabe, no contesta.
- 57) ¿Teniendo en cuenta todo ¿Cómo diría que le van las cosas actualmente?  
 0- Es muy feliz  
 1- Bastante feliz  
 2- Medianamente feliz  
 3- No demasiado o nada feliz
- 58) Si tuviese que considerar toda su vida hasta ahora se podría decir de Vd.:  
 0- Que ha sufrido mucho  
 1- Que ha sufrido lo suyo  
 2- Que no ha sufrido mucho
- 59) ¿Recuerda Vd. cuál fué el período más feliz de su vida?  
 0- Cuando era más joven  
 1- Cuando me casé  
 2- Cuando tuvo su primer hijo  
 3- Cuando trabajaba  
 4- Siempre ha sido feliz  
 5- Ahora se considera más feliz  
 6- Nunca ha sido feliz
- 60) Si pudiera volver atrás rectificaría:  
 0- Muchas cosas  
 1- Algunas cosas  
 2- Nada o casi nada
- 61) ¿Qué es lo que echa de menos en su situación actual?  
 0- Nada  
 1- Familia  
 2- Seguir activo  
 3- Su casa y su ambiente  
 4- Su familia y su casa  
 5- Otros (la salud, la vista, etc)
- 62) ¿A cuántas personas de las que viven con Vd. les considera sus amigos?  
 0- Ninguna  
 1- Una o dos  
 2- Tres a cinco  
 3- Más de cinco
- 63) ¿Qué cosas le gustaría que cambiaran de su residencia?  
 0- Nada  
 1- Las comidas  
 2- Más libertad  
 4- Otros (tener una habitación, más dinero)  
 5- NS NC

64) Dificultades psicomotrices (evaluación del entrevistado)

- 0- Totalmente impedido
- 1- Suele desplazarse en el interior de la residencia
- 2- Puede salir a la calle con ayuda de otra persona
- 3- Puede valerse por sí mismo

65) Si Vd. no estuviera aquí, ¿podría valerse por sí mismo?

- 0- Sí estoy bien de salud, puedo vivir solo
- 1- Puedo andar solo y salir de casa
- 2- Lo que me lo impediría sería poca cosa
- 3- Estoy enfermo e impedido
- 4- Me da miedo la soledad
- 5- Me siento muy mayor

66) ¿Cómo considera su estado de salud en general?

- 0- Bueno
- 1- Regular
- 2- Malo
- 3- NS NC

67) ¿Cuántos años confía aún en vivir?

- 0- Un año o dos
- 1- de dos a cinco
- 2- de seis a nueve
- 3- más de diez
- 4- NS NC

68) ¿Qué es lo que más le gustaría hacer, pero no puede?

- 0- Nada
- 1- Actividades de trabajo (coser, pintar, ayudar)
- 2- Actividades de esparcimiento
- 3- Actividades intelectuales
- 4- Otras
- 5- NS NC

69) Se dice que la sociedad debe preocuparse de los viejos, pero en la realidad y según su situación, ¿Cuál de estas frases expresaría mejor su opinión?

- 0- La sociedad nos considera inútiles y apenas se preocupa de nosotros
- 1- La sociedad se preocupa un poco de nosotros pero no nos da todo lo que es necesario.
- 2- Creo que la sociedad se preocupa de nosotros y nos da todo lo que puede.
- 3- NS NC

- 70) ¿Qué cosas le gustan menos de la sociedad actual?
- 0- Ritmo y modas de vida actual (lo moderno)
  - 1- Libertinaje (divorcio, aborto, pornografía)
  - 2- Convivencia social (hipocresía, falta de comunicación)
  - 3- Otros (la política, la incultura, las guerras, el terrorismo)
  - 4- NS NC
- 71) ¿Se encuentra a gusto con la situación política actual?
- 0- Sí
  - 1- Ni sí, ni no
  - 2- No
  - 3- Indiferente (dice no entender de política)
- 72) De estas ideas sobre el futuro de España ¿Cuál es la que Vd. prefiere que suceda? Que en España haya:
- 0- Justicia
  - 1- Estabilidad
  - 2- Sea lo que siempre ha sido
  - 3- Paz
  - 4- Orden
  - 5- Libertad
  - 6- Desarrollo
  - 7- Democracia
  - 8- República
  - 9- NS NC
- 73) ¿Cuántas veces ha votado en su vida?
- 0- Ninguna
  - 1- Una o dos
  - 2- Tres a cinco
  - 3- Más de cinco
- 74) ¿Qué juventud le gusta más, la de ahora o la de antes? ¿Por qué?
- 0- La de antes (más formal, honesta y tranquila)
  - 1- La de ahora (más alegre, hay más libertad)
  - 2- Indiferente (ni una ni otra)
- 75) ¿Cuál de estas cualidades recomendaría Vd. a la gente más joven? (elegir la más importante)
- 0- Trabajar duro
  - 1- Tener personalidad agradable
  - 2- Ser inteligente
  - 3- Conocer gente con influencia
  - 4- Tener buena suerte
  - 5- Saberse bandear en la vida
  - 6- Ser adaptable
  - 7- Otros

- 76) ¿Cómo considera Vd. de importante el valor del dinero en la felicidad de las personas?
- 0- Muy importante
  - 1- Algo importante
  - 2- Poco o nada importante
- 77) ¿Cree Vd. que si hubiese tenido más dinero hubiese sido más feliz?
- 0- Sí
  - 1- Depende, quien sabe
  - 2- No
- 78) ¿Cree Vd. que a partir de los sesenta y cinco años, uno se muere de viejo y los cuidados médicos no resuelven gran cosa?
- 0- Sí resuelven mucho
  - 1- Depende de la situación de cada uno
  - 2- No resuelven nada
  - 3- NS NC
- 79) ¿A quién ha admirado más en su vida?
- 0- A algún miembro de su familia (padre, madre, mujer, marido, hijo)
  - 1- A algún personaje (Papa, Jto., médicos)
  - 2- A nadie
- 80) ¿Cree que los ricos están menos enfermos que los pobres?
- 0- Sí, ya que con el dinero se pueden resolver muchas cosas
  - 1- Es igual, da lo mismo
  - 2- No
  - 3- Al contrario (vicios, etc.)
- 81) Vive actualmente
- 0- En su domicilio particular
  - 1- Con algún hijo
  - 2- En residencia de pago
  - 3- En residencia de S.S
  - 4- Asilo
- 82) Actitud ante la encuesta y el resto de las pruebas
- 0- Colaboración abierta y franca
  - 1- Colaboración con alguna reserva
  - 2- Colaboración escasa.
-

5 6 8

**HOJA DE RESPUESTAS**

APENDICE Nº 5

**E. P. I.**

E	1	3	5	8	10	13	15	17	20	22	25	27
	29	32	34	37	39	41	44	46	49	51	53	56
N	2	4	7	9	11	14	16	19	21	23	26	28
	31	33	35	38	40	43	45	47	50	52	55	57
S	6	12	18	24	30	36	42	48	54		E	
											N	S

**ZUNG**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20				

**D.A.S. (Templer)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15									

**INDICADORES SOCIALES**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
11	12	13	14	16	17	18	19	20	21	24	25
27	28	29	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					

**PREGUNTAS ABIERTAS**

22:  
23:  
26:  
30:

## APENDICE Nº 6

M.A.S.

## Nº IDENTIFICACION

1. Normalmente tengo bastante calientes los pies y las manos.....	V	F
2. Trabajo bajo una tensión muy grande.....	V	F
3. Tengo diarrea una vez al mes o más a menudo.....	V	F
4. Muy rara vez sufro de estreñimiento.....	V	F
5. Sufro ataques de náuseas y vómitos.....	V	F
6. A menudo tengo pesadillas nocturnas.....	V	F
7. Me cuesta bastante concentrarme en una tarea o trabajo.....	V	F
8. Mi sueño es irregular y desasosegado....	V	F
9. Me gustaría ser tan feliz como parecen ser los otros.....	V	F
10. Soy feliz la mayor parte del tiempo.....	V	F
11. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.....	V	F
12. Tengo bastantes trastornos digestivos...	V	F
13. A veces siento que verdaderamente soy un inútil.....	V	F
14. Lloro con facilidad.....	V	F
15. No me canso fácilmente.....	V	F
16. Frecuentemente noto temblar mis manos cuando intento hacer algo.....	V	F
17. Me duele la cabeza muy pocas veces.....	V	F

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 18. A veces, cuando estoy turbado, comienzo a sudar, lo cual me molesta mucho.....                   | V | F |
| 19. Frecuentemente me encuentro preocupandome por algo.....  | V | F |
| 20. Raramente siento los latidos de mi corazón y pocas veces se me corta la respiración.....         | V | F |
| 21. Tengo períodos de tan gran desasosiego que no puedo estar sentado mucho tiempo en una silla..... | V | F |
| 22. Sueño frecuentemente sobre cosas que es mejor guardarlas para mi mismo.....                      | V | F |
| 23. Creo que no soy más nervioso que la mayoría.....   | V | F |
| 24. Sudó muy fácilmente, incluso en días frios.....  | V | F |
| 25. Soy una persona plenamente segura de mi misma.....   | V | F |
| 26. Comparando con mis amigos tengo muy pocos miedos.....  | V | F |
| 27. Para mi, la vida es tensión la mayor parte del tiempo.....                                       | V | F |
| 28. Soy más sensible que la mayoría de la gente.....   | V | F |
| 29. Me aturdo fácilmente.....  | V | F |
| 30. Me inquieta el dinero y los negocios.....  | V | F |
| 31. No puedo concentrarme en una sola cosa...  | V | F |
| 32. Casi todo el tiempo siento ansiedad a causa de algo o alguien.....                               | V | F |

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 33. Algunas veces me excito tanto que me cuesta dormirme por las noches.....                                | V | F |
| 34. He tenido miedo de cosas o personas que sabía que no podían hacerme daño.....                           | V | F |
| 35. Me inclino a tomar las cosas muy en serio..   | V | F |
| 36. No soy extraordinariamente consciente de mi mismo.....  | V | F |
| 37. Algunas veces me ha parecido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas..... | V | F |
| 38. Normalmente soy una persona tranquila y no me altero fácilmente.....                                    | V | F |
| 39. A veces pienso que no valgo para nada.....  | V | F |
| 40. Siento hambre casi todo el tiempo.....  | V | F |
| 41. Me preocupo bastante por posibles desgracias  | V | F |
| 42. Me pone nervioso tener que esperar.....   | V | F |
| 43. He tenido periodos en que perdí el sueño a causa de las preocupaciones.....                             | V | F |
| 44. He de admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.....       | V | F |
| 45. Soy una persona de una gran tensión.....  | V | F |
| 46. Casi nunca me ruborizo.....   | V | F |
| 47. No me ruborizo con más frecuencia que los demás.....  | V | F |
| 48. A menudo temo llegar a ruborizarme.....   | V | F |
| 49. Me acobardo al enfrentarme a dificultades o crisis.....   | V | F |
| 50. Algunas veces me siento al borde de una crisis nerviosa.....  | V | F |

APENDICE N° 7  
 CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION  
 STAI (Forma SX-1)

Nombre..... Fecha.....

INSTRUCCIONES: Algunas de las 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 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 muy excitado y aturdido.....	1	2	3	4
19. Me siento alegre.....	1	2	3	4
20. Me siento bien.....	1	2	3	4

APENDICE N° 7 (Contin.)  
 CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION  
 STAI (Forma SX-2)

Nombre.....Fecha.....

INSTRUCCIONES: 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.....
21. Me siento bien.....	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente.....	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar.....	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo..	1	2	3	4
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente.....	1	2	3	4
26. Me siento descansado.....	1	2	3	4
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada.....	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se me amontonan hasta el punto de no poder superarlas.....	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia..	1	2	3	4
30. Soy feliz.....	1	2	3	4
31. Tomo las cosas muy a pecho.....	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo.....	1	2	3	4
33. Me siento seguro.....	1	2	3	4
34. Trato de afrontar las crisis y dificultades.....	1	2	3	4
35. Me siento melancólico.....	1	2	3	4
36. Me siento satisfecho.....	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.....	1	2	3	4
39. Soy una persona estable.....	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.....	1	2	3	4

:

CUESTIONARIO " R "

- 1) Nº IDENTIFICACION
- 2) EDAD
- 3) SEXO
- 4) ESTADO CIVIL
- 5) PROFESION
- 6) RELIGION: 0-Ninguna 1-Católica 2-Protestante 3-Judía  
4-Musulmana 5-Otras
- 7) AUTOCALIFICACION RELIGIOSA: 0-Nada religioso 1-Algo religioso  
2-Bastante religioso 3-Muy religioso
- 8) ¿CREE QUE HAY VIDA DESPUES DE LA MUERTE? 1-SI 2-NO
- 9) ¿FUMA VD.? SI NO
- 10) ¿CREE EN LA REENCARNACION? SI NO