

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

# **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

---

**ANSIEDAD, MIEDO Y ACTITUDES HACIA LA  
MUERTE EN POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE  
EDAD: EVALUACIÓN Y REPERCUSIÓN EN  
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DE SALUD**

**Autora: Dña. TATIANA CLEMENTE GUTIÉRREZ**

**Tutora: Dra. NOELIA FLORES ROBAINA**

Profesora del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

Junio 2018

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA

*Declaro que:*

- 1) *He redactado el trabajo “ANSIEDAD, MIEDO Y ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN POBLACIÓN GENERAL MAYOR DE EDAD: EVALUACIÓN Y REPERCUSIÓN EN VARIABLES PSICOLÓGICAS Y DE SALUD” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2017/2018 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.*
- 2) *He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.*
- 3) *El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.*
- 4) *Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.*

En Salamanca, a 14 de mayo de 2018

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tatiana', enclosed within a large, loopy oval stroke.

Fdo.: Tatiana Clemente Gutiérrez

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres y a mi hermano por el apoyo y cariño incondicional durante toda mi etapa escolar.

A mi pareja por estar siempre presente y apoyarme en todo momento.

A mis amigas y a mis compañeras de piso que un día se convirtieron también en amigas por darme otro punto de vista y por estar día a día pendientes de mi trabajo.

A mi tutora por guiarme y asesorarme siempre que lo he necesitado.

A todos los participantes de esta investigación porque sin ellos este trabajo no hubiera sido posible.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio ha sido evaluar las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte propia y ajena y determinar la existencia de relaciones en función de otras variables de personalidad y psicológicas como la resiliencia, la inteligencia emocional y la salud biopsicosocial en 376 personas mayores de edad pertenecientes a la población general. El instrumento de evaluación ha consistido en un cuestionario sobre variables sociodemográficas y contextuales, además de la *Escala de Ansiedad ante la muerte*, la *Escala Revisada Collet-Lester de Miedo a la Muerte*, el *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte*, el *Test de Inteligencia Emocional TMMS-24*, la *Escala de Resiliencia de Connor-Davidson* y el *Cuestionario General de Salud (GHQ-28)*. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto la presencia de niveles medios de ansiedad ante la muerte en la población objeto de estudio. Respecto a las actitudes ante la muerte, destaca la aceptación neutral y, en cuanto al miedo, suele ser más frecuente ante la muerte ajena que ante la propia. Otras variables como el sexo, las creencias religiosas o la percepción sobre la calidad de vida afectan significativamente a la ansiedad ante la muerte experimentada. Finalmente, se obtuvo que una elevada ansiedad ante la muerte se asocia significativamente con una mala salud biopsicosocial, una baja resiliencia y una menor reparación emocional. Como conclusión, se precisa necesario promover estrategias de afrontamiento ante la muerte para prevenir duelos patológicos y otros problemas de salud asociados a la ansiedad ante la muerte, lo cual supone un reto para la Psicología General Sanitaria.

**PALABRAS CLAVE:** ansiedad ante la muerte, miedo a la muerte, actitudes ante la muerte, inteligencia emocional, resiliencia, salud biopsicosocial.

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to evaluate attitudes, anxiety and fear of self and others' deaths and determine the existence of relationships based on other personality and psychological variables such as resilience, emotional intelligence and biopsychosocial health in 376 people of legal age belonging to the general population. The assessment instrument consisted of a questionnaire on sociodemographic and contextual variables, as well as the Death Anxiety Scale, the Collet-Lester Fear of Death Scale, the Death Attitudes Profile-Revised, the Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24), the Connor-Davidson Resilience Scale and the General Health Questionnaire (GHQ-28). The results obtained revealed the presence of average levels of death anxiety in the subjects under study. Regarding death attitudes, neutral acceptance stands out and, when it comes to fear, is usually more frequent in the face of the death of others than before one's own. Other variables such as sex, religious beliefs or perception about the quality of life significantly affect to death anxiety experienced. Finally, it was found that a high death anxiety is significantly associated with poor biopsychosocial health, low resilience and less emotional repair. As a conclusion, it is necessary the promotion of strategies in the face of death to prevent pathological duels and other health problems associated with death anxiety, which is a challenge for General Sanitary Psychology.

**KEYWORDS:** death anxiety, fear of death, death attitudes, emotional intelligence, resilience, biopsychosocial health.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

1	INTRODUCCIÓN .....	1
1.1	JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO .....	1
1.2	MARCO TEÓRICO .....	2
1.2.1	Muerte y actitudes hacia la muerte: concepto e importancia del tema.....	2
1.2.2	Dos respuestas ante la muerte: ansiedad y miedo .....	4
1.2.3	Factores asociados a la percepción de la muerte en personas mayores de edad .....	6
1.2.4	Consecuencias de la ansiedad y del miedo hacia la muerte en la salud biopsicosocial y en la calidad de vida de las personas mayores de edad .....	11
1.3	OBJETIVOS.....	13
2	MÉTODO.....	13
2.1	PARTICIPANTES .....	13
2.2	DISEÑO .....	14
2.3	INSTRUMENTOS .....	14
2.4	PROCEDIMIENTO .....	17
2.5	ANÁLISIS.....	18
3	RESULTADOS.....	18
4	CONCLUSIONES .....	29
5	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
6	ANEXOS.....	38
6.1	ANEXO 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	38
6.2	ANEXO 2: SECCIÓN 1 DEL CUESTIONARIO (INFORMACIÓN GENERAL).....	38
6.3	ANEXO 3: TABLAS DE RESULTADOS .....	43

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 .....	20
Tabla 2 .....	21
Tabla 3 .....	43
Tabla 4 .....	43
Tabla 5 .....	43
Tabla 6 .....	44
Tabla 7 .....	44
Tabla 8 .....	44
Tabla 9 .....	44
Tabla 10 .....	45
Tabla 11 .....	45
Tabla 12 .....	45
Tabla 13 .....	46
Tabla 14 .....	46
Tabla 15 .....	47
Tabla 16 .....	47
Tabla 17 .....	48
Tabla 18 .....	48
Tabla 19 .....	49
Tabla 20 .....	50
Tabla 21 .....	51
Tabla 22 .....	52
Tabla 23 .....	53
Tabla 24 .....	54
Tabla 25 .....	55
Tabla 26 .....	56
Tabla 27 .....	56
Tabla 28 .....	57
Tabla 29 .....	58
Tabla 30 .....	59
Tabla 31 .....	60
Tabla 32 .....	62
Tabla 33 .....	63

# 1 INTRODUCCIÓN

## 1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El presente estudio ha tenido como objetivo fundamental evaluar las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte propia y ajena y determinar la existencia de relaciones en función de otras variables de personalidad y psicológicas como la resiliencia, la inteligencia emocional y la salud biopsicosocial en una muestra de personas mayores de edad pertenecientes a la población general.

Varias razones justifican la relevancia del tema. En primer lugar, la temática analizada, puesto que si bien los estudios sobre actitudes y ansiedad ante la muerte han sido objeto de investigaciones realizadas en el ámbito de las personas mayores (Moya, 2007; Pérez y Velasco, 2011; Uribe, Valderrama y López, 2007), en personas con enfermedades crónicas (Álvarez y Flórez, 2008; Calle y López, 2005) u otros sectores profesionales específicos como por ejemplo el sector de la enfermería o los cuidados paliativos (Edo-Gual, Monforte-Royo, Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado, 2015; Edo-Gual, Tomás-Sábado y Aradilla-Herrero, 2011; Nienaber y Goedereis, 2015), son escasos los trabajos que hayan analizado esta temática considerando a la población en general y a los diferentes subgrupos etarios en particular. En segundo lugar, tampoco abundan los estudios que hayan analizado la influencia de ciertas variables psicológicas y/o de personalidad (e.g. la resiliencia) y su relación con el tema que nos ocupa (Edo-Gual, 2015; Edo-Gual et al., 2015). Finalmente, por abordar el estudio de las opiniones hacia la muerte desde un punto de vista amplio que abarque no sólo la opinión en general, sino también el miedo o ansiedad experimentada y las actitudes hacia la misma, utilizando diferentes instrumentos de evaluación para ello (Abdel-Khalek y Tomás-Sábado, 2005; Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2013).

Tras analizar las razones que nos llevan a estudiar este tema, podemos decir que la figura del psicólogo general sanitario es clave en todo esto, ya que al conocer las preocupaciones acerca de la muerte de las personas, dichos profesionales podrían empezar a trabajar con ellas antes de que el miedo o la ansiedad ante la muerte se apodere de sus pensamientos y repercuta en otros niveles de funcionamiento. De este modo, podrían ayudar a las personas a enfrentarse de manera más adaptativa a la muerte y, por tanto, se podría prevenir el duelo patológico por el que muchas de ellas pasan cuando fallece un ser querido. En consecuencia, es importante que el psicólogo general sanitario se implique en la atención a este tema, ya que, además, entraría dentro de sus competencias el entrenar a las personas en el



manejo de la ansiedad y el miedo ante la muerte propia o ajena. Esperamos, por tanto, con todo ello, contribuir al conocimiento de los factores asociados a este fenómeno universal y poder desarrollar, desde la Psicología General Sanitaria, actuaciones en los diferentes niveles de prevención que permitan poder educar, asesorar e intervenir con la población que experimenta ansiedad y miedo ante este hecho inevitable de la vida.

El trabajo que presentamos a continuación está estructurado en tres partes. En la primera, de carácter teórico, describiremos los principales constructos que sustentan nuestro estudio como son la ansiedad, el miedo y las actitudes hacia la muerte. Seguidamente, analizaremos los principales factores que se han estudiado en relación con ello y cerraremos el apartado abordando el análisis de las principales repercusiones que pueden tener la ansiedad y el miedo ante la muerte en la salud biopsicosocial y en la calidad de vida. En la segunda parte de nuestro trabajo, de carácter empírico, expondremos los principales resultados obtenidos tras la evaluación de 376 personas mayores de edad a quienes hemos preguntado sobre sus opiniones ante la muerte. Los resultados tratarán de dar respuesta a los objetivos planteados. Finalizaremos el trabajo exponiendo también las principales conclusiones derivadas del estudio y justificando la utilidad de todo ello para el contexto profesional que nos ocupa, que no es otro que la Psicología General Sanitaria.

## **1.2 MARCO TEÓRICO**

A continuación, presentamos el marco teórico que sustenta y justifica nuestra investigación.

### **1.2.1 Muerte y actitudes hacia la muerte: concepto e importancia del tema**

A la hora de abordar cualquier estudio sobre la muerte, es preciso delimitar qué entendemos por ello. Así, de acuerdo con Escobar (1999), la muerte es entendida como:

(...) un inevitable hecho biológico en el cual cesa toda actividad vital, y todo lo que nace muere aunque la muerte es del individuo y perdura la especie. La muerte, como el nacimiento, son una experiencia individual, y ambos marcan dos límites inexperimentables e incognoscibles por sí mismos. Son experiencias que captamos a través del otro. La muerte definitiva de ser humano se da por la total inactividad del cerebro (Escobar, 1999, p. 18).

Al enfrentarnos a la muerte es importante la actitud que adoptemos ante ella, por lo que se hace necesario conceptualizar también este término para poder entender la manera de

comportarnos ante la muerte (Morales, 2014). Así, Villasana, Cerda y Magallanes (2013) definen la actitud como “la forma de actuar de una persona, el comportamiento que utiliza un individuo para realizar las cosas” (p. 63).

Una vez definidos estos dos conceptos fundamentales del trabajo, pasaremos a hablar sobre la evolución de la visión de la muerte y sobre las actitudes que las personas tienen hacia ella.

En primer lugar, se puede decir que la muerte ha estado presente siempre en el ser humano y, aun así, suele ser un tema tabú en la sociedad actual. Una sociedad que no da cabida al sufrimiento, ya que parece ser que lo único que se pretende en la vida es disfrutar y gozar inmediatamente y sin límites. Esta idea convive con el continuo bombardeo de noticias relativas a la muerte en los medios de comunicación, hecho que no activa la reflexión sobre la muerte, sino que, por el contrario, la convierte en una trivialidad (Pacheco, 2003). Sin embargo, la actitud hacia la muerte no siempre ha sido esta, ya que en épocas anteriores la enfermedad y la muerte estaban más presentes en la vida de las personas. Antiguamente, cuando alguien moría, toda la población acudía a su entierro y la familia acompañaba y cuidaba a la persona hasta el final de sus días en sus propias casas (Gómez, 1999). En la actualidad, la enfermedad y la muerte se alejan de la vida cotidiana, ya que los enfermos suelen estar hasta poco antes de su fallecimiento en los hospitales, donde se intenta enmascarar la muerte (Gómez, 2006). Según Gala et al. (2002), estos cambios en el modo de ver la muerte se han producido debido a diferentes factores como, por ejemplo, la menor tolerancia a la frustración, el aumento de la esperanza de vida, el culto a la juventud, la menor mortalidad, la menor espiritualidad y una menor preparación para la muerte.

En cuanto a las actitudes que presentan las personas ante la muerte, Barraza y Uranga (s.f.) clasifican en cuatro tipos las actitudes hacia la propia muerte en los adultos mayores. En primer lugar, la actitud de *indiferencia* es en la que el adulto mayor muestra su resistencia al tema de la muerte y le quita importancia al asunto. La segunda actitud es la de *temor*, en la cual se evita hablar del miedo a la muerte y tan sólo se expresa el miedo al dolor y al sufrimiento. En tercer lugar, puede aparecer una actitud de *descanso*, la cual es más común en personas que han sufrido mucho debido a enfermedades u otras circunstancias y se caracteriza por el pensamiento de que la muerte conseguirá librarles del sufrimiento. Por último, la actitud de *serenidad* suele darse cuando la persona mayor se siente satisfecha con la vida que ha vivido y se encuentra preparada para morir.

Siguiendo con lo anterior, Uribe (2007), por ejemplo, comenta que las actitudes hacia la muerte pueden variar según la historia personal y cultural y según los estilos de afrontamiento que tenga la persona ante los cambios. Por su parte, Gurrola (2011) considera que la muerte puede aceptarse de tres formas distintas. La primera sería la aceptación neutral, donde se acepta la muerte como un hecho natural de la vida y se intenta aprovechar esta al máximo. La aceptación de acercamiento está relacionada con creencias religiosas y con una vida después de la muerte. Y, por último, la aceptación de escape hace referencia al hecho de que la muerte es la mejor opción cuando se está sufriendo (citado por Pérez y Velasco, 2011).

Después de la muerte de una persona, sus seres queridos lloran su pérdida y atraviesan una fase de duelo que puede alargarse más o menos en el tiempo y que forma parte de las actitudes que presentan las personas ante la muerte. Según Pacheco (2003):

El duelo es una respuesta universal a una pérdida (o a una separación) a la que se enfrentan los seres humanos de todas las edades y de todas las culturas. Es una respuesta normal y natural; quizá no sería natural la ausencia de respuesta. Es algo personal y único y cada persona lo experimenta a su modo y manera. Sin embargo, produce reacciones humanas comunes. El duelo es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: en sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales (p. 33).

Una vez que conocemos la definición de duelo podemos decir que las actitudes de las personas hacia la muerte cumplen una función, generalmente adaptativa, y en este caso del duelo, Barraza y Uranga (s.f.) señalan las siguientes funciones: 1) aceptar la pérdida como algo irreversible; 2) expresar los sentimientos con naturalidad; 3) poner distancia con la persona fallecida; 4) vivir la pérdida y continuar con la vida; y 5) agradecer el tiempo que la otra persona nos dedicó en vida.

### **1.2.2 Dos respuestas ante la muerte: ansiedad y miedo**

La ansiedad y el miedo son las respuestas más comunes asociadas a la muerte en nuestra cultura y pueden aparecer incluso por el simple hecho de imaginar, pensar o hablar sobre ella (Gala et al., 2002). A continuación, daremos cuenta de su relevancia en el ámbito que nos ocupa, como es la psicología.

Si bien los términos de ansiedad ante la muerte y miedo a la muerte se usan principalmente como sinónimos, ha habido algunos autores que los han distinguido (Lehto y

Stein, 2009). En el primero de los casos se consideran equivalentes porque, a pesar de las diferencias anatómicas existentes en el origen de los sistemas de miedo y ansiedad, la forma en que estos fenómenos se experimentan en el ser humano, particularmente en el manejo de las principales amenazas continuas orientadas a la supervivencia, se entrelazan (Lehto y Stein, 2009). Y en el segundo caso, al considerarlos diferentes términos, Cicirelli (2006) apuntó que la ansiedad ante la muerte se relaciona más con una conciencia mental o espiritual de la pérdida de la existencia, mientras que el miedo a la muerte se relaciona con la conciencia física de la pérdida de la existencia.

En cuanto a la ansiedad ante la muerte, daremos una definición de ella propuesta por Limonero (1997), el cual la describe como “una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia” (p. 38). Otros autores como Lehto y Stein (2009) la conceptúan como un constructo multidimensional relacionado con el miedo y la ansiedad cuya anticipación y conciencia de la realidad de la muerte incluye componentes emocionales, cognitivos y motivacionales que varían según la etapa de desarrollo y la vida sociocultural.

Volviendo a la propuesta de Limonero (1997), encontramos que existen una serie de estímulos que suelen desencadenar la ansiedad ante la muerte. Estos son los ambientales (e.g. una enfermedad grave, la noticia de un fallecimiento, ver morir a alguien querido, ver un cadáver,...), los situacionales que se han asociado con los ambientales y provocan respuestas emocionales condicionadas, y los internos del sujeto (e.g. pensamientos sobre la propia muerte o la de alguien querido). Por otro lado, Lehto y Stein (2009) consideran que la ansiedad ante la muerte se inicia por una mayor conciencia de la importancia de la muerte e identifican tres factores que pueden provocarla: “entornos estresantes” como la guerra o la experiencia de circunstancias impredecibles; el “diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal” o la experiencia de un evento que pone en peligro la vida; y las “experiencias con la muerte”. No obstante, el grado en que se siente y se comunica la ansiedad ante la muerte parece diferir significativamente de una persona a otra (Saleem, Gul y Saleem, 2015).

Por su parte, el miedo a la muerte, según Feifel (1990), no es una variable unitaria, sino que tiene varios componentes, como el miedo a ir al infierno, la pérdida de la identidad y la soledad y, además, para muchas personas las connotaciones negativas de la muerte están asociadas a sentimientos de desarraigo y a tener que enfrentarse a lo desconocido con un bajo

nivel de control. Por otra parte, Viguera (2005) comenta que el miedo a la muerte en la sociedad occidental, al llevar consigo mucha incertidumbre, está relacionado con el más allá, con abandonar a las personas queridas, con el juicio a Dios y con tener que afrontar grandes dolores difíciles de soportar (citado por Uribe et al., 2007).

Siguiendo con la descripción del miedo a la muerte, Morales (2014) expone varias razones por las que las personas temen a la muerte y estas son: la pérdida de uno mismo, lo que se desconoce sobre el más allá, el dolor y el sufrimiento, la pérdida de la oportunidad para la salvación, y el bienestar de los miembros de su familia. Desde otro punto de vista, Vilches (2000) explica que el temor a la muerte es debido a la posibilidad de padecer una enfermedad prolongada o algún tipo de deterioro, incapacidad o invalidez, por lo que las personas mayores, al estar más cerca del final de la vida, presentan con más precisión este temor. Sin embargo, habrá diferencias en función de si se trata de la propia muerte o de la de otras personas cercanas, encontrando etapas muy distintas en ambos procesos (Gala et al., 2002).

### **1.2.3 Factores asociados a la percepción de la muerte en personas mayores de edad**

Según Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003), las variables asociadas a la ansiedad ante la muerte pueden ser el género, la edad, la personalidad, el estado de salud, la ocupación, la religiosidad y la conducta suicida. Asimismo, Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas y Gómez-Benito (2010) realizaron un estudio con 146 estudiantes de enfermería para analizar el papel que juega la competencia personal percibida en la manifestación de la ansiedad ante la muerte y obtuvieron como resultados de su estudio la existencia de diferencias significativas respecto a la ansiedad ante la muerte en relación con la edad, el sexo y el nivel de competencia percibida. Por ello, pasamos a analizar a continuación algunas de estas variables y otras que podrían ser relevantes en nuestro estudio.

En primer lugar, abordaremos la variable del género. Tras una revisión de varios estudios, Pollak (1980) concluyó que las mujeres superaban a los hombres en cuanto a la ansiedad ante la muerte, hecho que también fue corroborado por Limonero (1997) en su trabajo con estudiantes de psicología; por Limonero et al. (2010) en su trabajo con estudiantes de enfermería; y por Anneser, Kunath, Krautheim y Borasio (2014) con estudiantes de medicina. Asimismo, Edo-Gual et al. (2011) en su trabajo con estudiantes de enfermería concluyeron que las mujeres obtenían puntuaciones más altas en las cuatro subescalas de miedo a la muerte. Sin embargo, si introducimos la variable del estado civil de las personas podemos observar que esta tendencia cambia, ya que en este caso son los hombres que viven

solos quienes puntúan más alto en comparación con las mujeres que viven solas (Cole, 1979). Por otro lado, y para enlazar con la variable edad que se expone a continuación, autores como Russac, Gatliff, Reece y Spottswood (2007) encontraron que la ansiedad ante la muerte alcanzaba su punto máximo sobre los 20 años y disminuía a partir de entonces tanto en hombres como en mujeres, pero en ellas se observaba un pico secundario a los 50 años que no se veía en los hombres.

Concretamente, en relación a la edad, los resultados de las investigaciones que han evaluado esta variable se muestran contradictorios sin que exista consenso respecto a cuál es la mejor edad para experimentar menor ansiedad ante la muerte. Por poner un ejemplo, Rasmussen y Brems (1996) comprobaron que la madurez y la edad correlacionan de manera negativa con la ansiedad ante la muerte (siendo la madurez un mejor predictor de ansiedad ante la muerte que la edad), por lo tanto, a mayor madurez y mayor edad, menor ansiedad tendrán las personas. Este mismo resultado ha sido obtenido también por Russac et al. (2007), Limonero et al. (2010) y Lange, Thom y Kline (2008) con una muestra de enfermeras. Asimismo, Edo-Gual et al. (2011) obtuvieron correlaciones negativas entre las cuatro subescalas de miedo a la muerte y la edad en un grupo de estudiantes de enfermería. Sin embargo, según un estudio de Gesser, Wong y Reker (1988), la relación entre las preocupaciones ante la muerte y la edad no siguen un proceso lineal, ya que el miedo a la muerte y al morir era alto en los jóvenes, muy alto en las personas con edades medias de la vida y bajo en los más mayores. Por otro lado, también hay estudios que afirman que no hay diferencias significativas entre la edad de las personas y la ansiedad que sienten ante la muerte (Limonero, 1997) y otros con población penitenciaria en los que se encuentra incluso una correlación positiva entre la edad y la ansiedad ante la muerte (Aday, 2006; Templer, Barthlow, Halcomb, Ruff y Ayers, 1979).

Otra variable que también ha sido objeto de estudio es la ocupación profesional. Respecto a ella, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003) creen conveniente tener en cuenta la naturaleza del trabajo, ya que la ansiedad ante la muerte puede depender de si el trabajo está relacionado o no con la muerte, como en las profesiones sanitarias, en las funerarias o en actividades de riesgo en las que la vida de las personas está continuamente en peligro. En estos casos, se ha visto que la mayoría de las veces la percepción hacia la muerte no se diferencia de la del resto de la población y, si lo hace, es como factor de protección ante ella (Aradilla-Herrero et al., 2013; Depaola, Neimeyer, Lupfer y Fiedler, 1992; Howells y Field, 1982; Lange et al., 2008; Lattanner y Hayslip, 1985).

En cuanto a la religiosidad que profesan ciertas personas, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003) señalan que tener creencias religiosas reduce la ansiedad ante la muerte, ya que estas personas creen en otra vida después de la muerte. Asimismo, Edo-Gual et al. (2011) obtuvieron como resultados con una muestra de 243 estudiantes de enfermería que la creencia y la práctica religiosa correlacionaban de manera negativa con el miedo a la muerte propia. De un modo parecido, Pyne (2010) indicó que los individuos moderadamente religiosos temían más a la muerte que los ateos o los extremadamente religiosos, resultado que coincide también con los obtenidos por Wink y Scott (2005). Sin embargo, Dezutter et al. (2008) comentan que, hasta ahora, la investigación no ha logrado revelar asociaciones consistentes entre la religiosidad y las actitudes hacia la muerte y que son los individuos que tienen una actitud extrema hacia la religión (ortodoxos y críticos de la religión) los que informan de una mayor ansiedad ante la muerte. Por otra parte, Rasmussen y Johnson (1994) distinguieron entre espiritualidad (constructo caracterizado por elevados niveles de satisfacción vital y de significado de la vida, y creencia en otra vida después de la muerte) y religiosidad (rituales asociados a una afiliación religiosa), siendo la primera la que en realidad disminuye los niveles de ansiedad ante la muerte, por lo que las personas que tengan una alta satisfacción vital y un sentimiento más fuerte de propósito de vida seguramente sean las que menos ansiedad ante la muerte manifiesten.

Otra variable que se ha analizado en relación con la ansiedad ante la muerte es el nivel educativo. Respecto a este, Nienaber y Goedereis (2015) llevaron a cabo una investigación con estudiantes de pregrado y de posgrado inscritos en la universidad y concluyeron que los estudiantes de posgrado, generalmente, solían informar de niveles más bajos de ansiedad ante la muerte. Por su parte, Aradilla-Herrero et al. (2013) analizaron una muestra de estudiantes de enfermería y obtuvieron como resultado que la puntuación de miedo a la muerte de los demás disminuyó significativamente a lo largo de los 3 años que llevaban estudiando el grado de enfermería. Resultados similares fueron encontrados también por Edo-Gual et al. (2011) en el sector de estudiantes de enfermería.

Finalmente, no quisiéramos concluir el análisis de las variables asociadas sin comentar el papel que juegan las experiencias previas con la muerte en la percepción de esta. En este sentido, se han encontrado resultados contradictorios, ya que, por ejemplo, Edo-Gual et al. (2011) en su trabajo con estudiantes de enfermería obtuvieron como resultado que las personas que habían experimentado la muerte de alguien cercano presentaban más miedo a la propia muerte y, sin embargo, Edo-Gual, Tomás-Sábado, Gómez-Benito, Monforte-Royo y

Aradilla-Herrero (2017) pudieron demostrar que los estudiantes de enfermería de su investigación que habían estado en contacto con la muerte tenían actitudes más positivas hacia ella. Asimismo, Gibbs y Achterberg-Lawlis (1978) llevaron a cabo un estudio con pacientes con cáncer terminal y encontraron que estas personas presentaban menor ansiedad ante la muerte que la población general y, además, hallaron asociaciones entre un bajo nivel de miedo a la muerte y experiencias previas con personas cercanas fallecidas. Hemos de decir también que esta variable ha sido poco examinada en la población general, centrándose sobre todo la investigación en personas cuyas profesiones o estudios requieren un contacto directo con enfermos y/o moribundos para analizar en qué medida les afectan estas circunstancias. En este sentido, diferentes autores han concluido que los contactos previos con la muerte llevan a actitudes más positivas hacia el cuidado del paciente terminal y/o mayor (Edo-Gual, 2015; Vickio y Cavanaugh, 1985) y a un menor miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros y propio (Edo-Gual et al., 2011).

Por otro lado, y en relación con otro tipo de variables, encontramos por ejemplo que la inteligencia emocional, la resiliencia o la salud también han sido objeto de análisis en el ámbito que nos ocupa. Así, por ejemplo, respecto a la inteligencia emocional y la percepción sobre la muerte, autores como Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro (2006) creyeron conveniente analizarla, ya que puede influir en la ansiedad ante la muerte que experimentan las personas y, para ello, utilizaron la inteligencia emocional percibida (IEP), que definieron como la creencia que las personas tienen sobre su capacidad para manejar las emociones. Los componentes principales de esta son la atención, la claridad y la reparación emocional. Respecto a ello, los resultados que obtuvieron con una muestra de 453 estudiantes universitarios fueron que la atención emocional en altos niveles se relacionaba con altos niveles de ansiedad ante la muerte (es decir, que las personas que prestaban mayor atención a sus emociones presentaban también mayores niveles de ansiedad ante la muerte) y, sin embargo, altos niveles de claridad o reparación emocional coincidían con bajos niveles de ansiedad ante la muerte (es decir, que las personas que comprendían sus emociones y sabían cómo controlarlas tenían menor ansiedad ante la muerte). Del mismo modo, otros estudios como los realizados por Aradilla-Herrero y Tomás-Sábado (2006), Ramos, Fernández-Berrocal y Extremera (2007) o Aradilla-Herrero, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2013, 2014) llegaron a conclusiones parecidas. A la luz de estos hallazgos, autores como Bailey, Murphy y Porock (2011) han creído necesario promover la inteligencia emocional entre las futuras enfermeras, especialmente en lo que respecta a ayudarlas a manejar y regular las



emociones que se producen a través del contacto regular con la muerte. Conviene indicar que, hasta donde conocemos, no se han realizado trabajos que exploren esta variable en muestras de población general. De ahí que tenga un especial interés para este trabajo el aportar datos sobre esta variable.

Otra variable psicológica que ha sido estudiada en relación con la muerte es la resiliencia. En este sentido, autores como Edo-Gual et al. (2015), en su trabajo realizado con estudiantes de enfermería, concluyeron que aquellos con puntuaciones más altas en resiliencia obtuvieron, a su vez, niveles más bajos de ansiedad ante la muerte. Al no disponer de demasiada evidencia empírica sobre el efecto que ejerce la resiliencia en la ansiedad y/o miedo ante la muerte nos centraremos en las consecuencias que provoca en la ansiedad en general y, de este modo, Sinclair y Wallston (2004) y Mealer et al. (2012) encontraron que las personas más resilientes informaron de un menor grado de ansiedad. Por otro lado, McDonald, Jackson, Wilkes y Vickers (2013) llevaron a cabo un estudio sobre los efectos de una intervención educativa que pretendía promover la resiliencia en un grupo de enfermeras para resistir a la adversidad en el lugar de trabajo, obteniendo como resultados una mayor confianza, autoconciencia, asertividad y autocuidado, por lo que estos autores opinan que la resiliencia puede ser importante para mantener la salud física, mental y emocional a lo largo de una carrera como enfermería. Si trasladamos todos estos datos al tema en concreto que venimos analizando, podríamos decir que la resiliencia parece ser un factor protector ante la ansiedad y el miedo hacia la muerte. Tales resultados revelan la importancia de esta variable en el tema que nos ocupa, si bien, son escasas las investigaciones que hayan analizado su relevancia para la población objeto de nuestro interés. De ahí la importancia de incluirla también en nuestro trabajo.

Finalmente, el análisis de la salud en relación con la percepción de la muerte ha sido también objeto de atención de las investigaciones. De esta manera, Fortner y Neimeyer (1999) hicieron una revisión de varios trabajos y concluyeron que los problemas físicos y psicológicos predicen mayores niveles de ansiedad ante la muerte en las personas mayores. De un modo parecido, Dezutter et al. (2008) encontraron entre los participantes de su estudio que los que informaron de niveles más bajos de salud subjetiva fueron los que más ansiedad ante la muerte experimentaron. Asimismo, Ardelt y Koenig (2006) mostraron que el sentido de propósito en la vida tenía un efecto positivo sobre el bienestar subjetivo de las personas y un efecto negativo sobre el miedo a la muerte. Sin embargo, Neimeyer, Wittkowski y Moser (2004) sugieren que aunque la enfermedad por sí sola puede despertar preocupaciones en

algunas personas, el grado de ansiedad ante la muerte desencadenada por el deterioro de la salud depende de factores interpersonales (e.g. apoyo social) y recursos personales (e.g. estilos de afrontamiento y creencias religiosas), en lugar de la enfermedad en sí misma. Asimismo, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003) creen que la ansiedad ante la muerte es debida, en parte, a las preocupaciones sobre la salud.

#### **1.2.4 Consecuencias de la ansiedad y del miedo hacia la muerte en la salud biopsicosocial y en la calidad de vida de las personas mayores de edad**

En este apartado abordaremos las principales consecuencias que se han analizado en relación con la ansiedad y el miedo hacia la muerte. Más concretamente, nos centraremos en la salud desde un punto de vista biopsicosocial y en la calidad de vida.

Respecto a la salud, diferentes trabajos han puesto de manifiesto que experimentar ansiedad y/o miedo ante la muerte repercute negativamente en esta. Autores como Lehto y Stein (2009) comentan que si bien la ansiedad ante la muerte es algo normal y universal, una consecuencia importante que puede conllevar su inadecuada aceptación son los problemas de salud mental. En este sentido, Martz (2004) descubrió que la ansiedad ante la muerte predecía las reacciones de estrés postraumático en individuos con lesiones de la médula espinal. Del mismo modo, se han encontrado asociaciones entre la ansiedad ante la muerte y la automutilación y los trastornos de la alimentación, ya que estos pacientes presentan una inquietante falta de ansiedad acerca de sus conductas amenazantes para la vida, pero están preocupados por la muerte y eso les crea ansiedad (Farber, Jackson, Tabin y Bachar, 2007). Por último, Abdel-Khalek (2005) en su estudio con participantes egipcios encontró que la ansiedad ante la muerte era significativamente más alta en la población que padecía trastornos de ansiedad en comparación con las personas que no los padecían y con las personas con esquizofrenia y adictas, las cuales presentaron menores puntuaciones en ansiedad ante la muerte.

Por otro lado, los estudios que han analizado las creencias religiosas respecto a la salud y ansiedad y miedo hacia la muerte, obtienen resultados contradictorios. Tal es el caso de Nazarzadeh, Sarokhani y Sayehmiri (2015), quienes llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo era evaluar la relación existente entre las actitudes religiosas de una muestra de estudiantes de Irán, sus perspectivas sobre el miedo a la muerte propia y ajena y su salud general, obteniendo como resultados un buen estado general de salud en aquellas personas que tenían más actitudes religiosas y más miedo a la propia muerte y, por otro lado, un estado

de salud general inapropiado en las personas que presentaban mayor miedo a la muerte de otros; hecho que explican debido a que los niveles más altos del miedo a la propia muerte hacen que la persona soporte más fácilmente las dificultades que se le presenten y que se aleje del mundo terrenal, lo cual le conduce a una mejora en el estado general de salud. Otros autores como, por ejemplo, Callen, Mefford, Groër y Thomas (2011) examinaron las relaciones entre el estrés, las enfermedades infecciosas y la religiosidad o espiritualidad en adultos mayores de Estados Unidos y los resultados que obtuvieron sugieren que las creencias religiosas influyen bastante en la relación positiva que hay entre el alto nivel de estrés percibido y la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas. En este sentido, Callen et al. (2011) plantean que las personas mayores que son indiferentes a estas creencias son más susceptibles a las enfermedades infecciosas. Estos resultados pueden ser debidos, en parte, a lo comentado anteriormente en las variables religiosidad y salud y es que las personas que tienen creencias religiosas presentan menor ansiedad y/o miedo ante la muerte (Edo-Gual et al., 2011; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003), por lo que las personas creyentes (baja ansiedad ante la muerte) tendrán mayor grado de salud (Dezutter et al., 2008; Fortner y Neimeyer, 1999) y, por tanto, seguramente también estén más protegidas ante posibles enfermedades.

Por otro lado, también debemos abordar las consecuencias que la ansiedad y/o el miedo ante la muerte provocan en la calidad de vida de las personas, ya que Lehto y Stein (2009) en su revisión de la literatura existente entre 1980 y 2007 propusieron que los objetivos paliativos para los pacientes con enfermedades terminales, como garantizar una atención de calidad al final de la vida y una buena muerte, abarcan la necesidad de evaluar y controlar la ansiedad ante la muerte. En relación con la calidad de vida, Uribe et al. (2007) en su investigación con adultos mayores exponen que los temores hacia la muerte surgen con mayor frecuencia en la adultez, ya que es una etapa más cercana al final de la vida, y que estos miedos llevan consigo ansiedad y tensión, los cuales repercuten en la mayoría de los casos en las relaciones con la familia y en la calidad de vida de las personas, haciendo que adopten actitudes no saludables a la hora de enfrentarse a los cambios propios de su etapa vital. De ahí la importancia de analizar las consecuencias de la ansiedad y/o el miedo a la muerte en la calidad de vida de las personas.

Hasta aquí hemos analizado los principales aspectos teóricos que sustentan nuestro trabajo. A continuación, describiremos los principales objetivos que nos planteamos en nuestro estudio.

### **1.3 OBJETIVOS**

El objetivo general que perseguimos con esta investigación consiste en analizar las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte propia y ajena en una muestra de personas mayores de edad pertenecientes a la población general y determinar su relación con otras variables psicológicas y de salud.

Asimismo, como objetivos específicos nos planteamos lo siguiente:

1. Conocer la ansiedad, el miedo hacia la muerte propia y ajena y las actitudes hacia la muerte en un grupo de personas mayores de edad pertenecientes a la población general.
2. Analizar las principales variables contextuales (e.g. religiosidad, sentido de trascendencia, experiencias previas con la muerte y grado de preocupación hacia esta), de personalidad y/o psicológicas (e.g. inteligencia emocional y resiliencia) y de salud presentadas por la muestra objeto de interés.
3. Determinar las principales semejanzas y diferencias en ansiedad y miedo ante la muerte en función de variables sociodemográficas (e.g. sexo, edad, estado civil y nivel educativo) y contextuales (e.g. creencias religiosas, experiencias previas con la muerte, salud percibida y calidad de vida percibida).
4. Identificar relaciones entre las actitudes, ansiedad y miedo a la muerte con variables psicológicas y/o de personalidad (e.g. inteligencia emocional y resiliencia) y con la salud biopsicosocial.
5. Analizar el impacto de la ansiedad ante la muerte en la salud biopsicosocial, resiliencia e inteligencia emocional de los participantes.

## **2 MÉTODO**

### **2.1 PARTICIPANTES**

La muestra de nuestro estudio está formada por 376 participantes (103 hombres y 273 mujeres) mayores de 18 años. En concreto, el grupo perteneciente a los jóvenes (de 18 a 22 años) consta de 96 personas, el grupo de los adultos (de 23 a 65 años) de 210 y el grupo de los mayores (más de 66 años) de 70. La gran mayoría (97,9%) se caracteriza por ser de nacionalidad española, siendo las comunidades autónomas de residencia más frecuentes Extremadura (47,9%) y Castilla y León (33,8%), seguidas muy de lejos por Madrid (8%), Andalucía (3,5%) y otras comunidades (e.g. Murcia, Navarra y Valencia). En cuanto al estado

civil, un poco más de la mitad de la muestra (52,4%) estaban solteros, seguidos por quienes estaban casados (32,2%) y el resto vivían con su pareja (8,2%), eran viudos (5,3%) o estaban divorciados (1,9%). Además, el 37% (N=139) de los encuestados indican tener descendencia.

En cuanto al nivel educativo de los participantes, el 38,6% (N=145) había acabado estudios universitarios, seguidos por quienes habían estudiado hasta bachillerato, BUP o algún ciclo de FP (18,6%), por quienes tenían estudios secundarios o graduado (12,8%), estudios de postgrado (12,8%), estudios primarios o sin graduado (10,4%) y, por último, se encontraban aquellos que no tenían ningún tipo de estudios (6,9%). Por su parte, la ocupación actual de la mayor parte de las personas de la muestra fue la de estudiante (37,8%), seguida por los trabajadores en activo (29,8%) y por los jubilados (12%). En el caso de los estudiantes, casi todos ellos eran universitarios, ya fueran estudiantes de grado (26,2%), postgrado (7,5%) o doctorado (0,3%), y el resto estaba estudiando oposiciones (2,7%), bachillerato (1,1%), ciclos de formación profesional (0,5%) o idiomas (0,3%). Y en el caso de los trabajadores en activo, tras haber agrupado las diferentes profesiones en grupos o sectores profesionales, el mayor porcentaje lo encontramos en el sector educativo (e.g. profesores) (6,2%), seguido por el sector de administración y gestión (e.g. gerentes) (5,6%), por el de hostelería (e.g. cocineros) (3,3%) y por el de servicios sociales (e.g. auxiliares) (3,3%). Otros de los sectores profesionales de los que también se ha obtenido una pequeña muestra han sido sanidad (2,6%), construcción (2,3%), comercio (2,2%), agricultura (1,9%), industria (1,9%) y otros (e.g. fotógrafo) (1,2%).

Respecto a la presencia de algún grado y tipo de discapacidad en la muestra analizada, la mayor parte de los participantes (96,8%) indicó no tener ningún tipo de discapacidad frente al 3,2% (N=12) de estos que afirmaron tener discapacidad (e.g. física, auditiva, enfermedad mental o discapacidad visual).

## **2.2 DISEÑO**

Se trata de un estudio descriptivo transversal ex-post-facto.

## **2.3 INSTRUMENTOS**

Para el presente trabajo empleamos tres instrumentos ampliamente conocidos en el ámbito del estudio de la ansiedad y miedo hacia la muerte, como son: la *Escala de Ansiedad ante la muerte*, la *Escala Revisada Collet-Lester de Miedo a la Muerte* y el *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte*. Además, para la evaluación de variables psicológicas y de salud utilizamos el *Test de Inteligencia Emocional TMMS-24*, la *Escala de Resiliencia de Connor-*

*Davidson* en su versión de 10 ítems y el *Cuestionario General de Salud (GHQ-28)*. Finalmente, diseñamos un cuestionario *ad hoc* para recoger información sobre las variables sociodemográficas (e.g. sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, discapacidad, creencias religiosas, etc.) y contextuales (e.g. experiencias previas con la muerte, percepción de salud física y psicológica, calidad de vida, conductas saludables e insalubres, etc.) de interés para nuestro estudio (véase Anexo 2).

Así, en primer lugar, en la evaluación de la ansiedad ante la muerte utilizamos la versión española de la *Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)* de Templer (1970). Se trata de un cuestionario auto-administrable que contiene 15 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso) que evalúa los pensamientos que una persona tiene hacia la muerte, el paso del tiempo y de la enfermedad. Puntuaciones elevadas son indicativas de una elevada ansiedad. Respecto a las propiedades psicométricas, para el total de la escala se obtuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,75.

En segundo lugar, utilizamos la *Escala Revisada Collet-Lester de Miedo a la Muerte* (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2002), que está compuesta por 32 ítems agrupados en 4 factores: miedo a la propia muerte (factor 1), miedo al propio proceso de morir (factor 2), miedo a la muerte de los otros (factor 3) y miedo al proceso de morir de los otros (factor 4). Las respuestas se contestan en una escala tipo Likert de cinco puntos, que oscilan desde 1 (nada) a 5 (mucho). La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los cuatro factores, indicando las puntuaciones más altas un mayor miedo a la muerte o al proceso de morir. Asimismo, el coeficiente de fiabilidad para el total de la escala fue de 0,92; obteniéndose valores alfa de 0,83 (factor 1); 0,86 (factor 2); 0,77 (factor 3) y 0,81 (factor 4). Todo ello avala las adecuadas propiedades psicométricas de la escala.

En tercer lugar, y para finalizar con los cuestionarios referidos a la muerte, también empleamos el *Perfil Revisado de Actitudes ante la Muerte (PAM-R)*, que es un instrumento multidimensional desarrollado por Gesser et al. en 1988. Consta de 32 ítems repartidos en 5 dimensiones, esto es, “miedo a la muerte” (compuesta por 7 ítems referidos a pensamientos negativos sobre la muerte y el proceso de morir), “evitación de la muerte” (compuesta por 5 ítems que aluden a las actitudes de rechazo ante el tema de la muerte y todo lo que la rodea), “aceptación neutral” (formada por 5 ítems relacionados con la aceptación de la muerte como parte de la vida, la cual se intenta aprovechar al máximo), “aceptación de acercamiento” (formada por 10 ítems que se refieren a la visión de la muerte como entrada hacia una vida

feliz) y “aceptación de escape” (compuesta por 5 ítems que expresan la idea de la muerte como única alternativa ante las emociones negativas) (Gesser et al., 1988). Todos los ítems se contestan en una escala de acuerdo que va desde “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta “Totalmente de acuerdo” (7). Para cada dimensión se obtiene la puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total obtenida en cada una por el número de ítems que la componen. Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, obtuvimos un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,92 para el conjunto de la escala. Asimismo, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido en nuestro estudio para las diferentes dimensiones fue de 0,94 en “aceptación de acercamiento”; 0,90 en la dimensión de “evitación de la muerte”; 0,85 para la dimensión “aceptación de escape”; 0,87 en la dimensión de “miedo a la muerte” y 0,83 para “aceptación neutral”. Tales resultados avalan su fiabilidad.

A continuación, y en la evaluación de las variables psicológicas, utilizamos el *Test de Inteligencia Emocional* o *TMMS-24*, que es la versión española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) de la Escala Trait Meta Mood Scale (TMMS) llevada a cabo por Salovey y Mayer (1995). Se trata de una medida de auto-informe compuesta por 24 ítems, agrupados en tres dimensiones de 8 ítems cada una, como son: “atención emocional” (o grado en que se cree prestar atención a las emociones y a los sentimientos), “claridad emocional” (o grado en que se cree percibir las emociones) y “reparación emocional” (o grado en que la persona cree ser capaz de regular sus estados emocionales negativos y ampliar los positivos) (Fernández-Berrocal y Extremera, 2006). El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach para el total de la escala en nuestro estudio fue de 0,92. Siendo, a su vez, de 0,90 para la dimensión “atención emocional”; 0,90 para “claridad emocional” y 0,89 para “reparación emocional”. Resultados que avalan sus adecuadas propiedades psicométricas.

Asimismo, para la evaluación de la resiliencia, empleamos el instrumento más utilizado para su evaluación, como es la *Escala de Resiliencia de Connor y Davidson* (CD-RISC) de 2003, en su versión de 10 ítems de Campbell-Sills y Stein (2007). Se trata de una escala sumativa tipo Likert que comprende desde el 0 (en absoluto) hasta el 4 (casi siempre), por lo tanto, pueden obtenerse puntuaciones comprendidas entre 0 y 40. Mide la resiliencia de forma global, teniendo en cuenta que las puntuaciones más altas equivalen a una mayor resiliencia (Campbell-Sills y Stein, 2007). En cuanto a las propiedades psicométricas de esta escala, obtuvimos un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de 0,84.

Finalmente, para evaluar la salud biopsicosocial, empleamos la versión española de Lobo y cols. (1985) del *Cuestionario de Salud General (GHQ-28)* de Goldberg y Hillier (1979). Este es un cuestionario auto-administrado de 28 ítems que evalúa el estado de salud general de las personas a través de 4 subescalas, las cuales miden síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal, 1986). Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, para el presente estudio obtuvimos un coeficiente de fiabilidad alfa de 0,90 para el conjunto de la escala y de 0,75 para la dimensión de síntomas somáticos; 0,82 en ansiedad-insomnio; 0,76 en disfunción social y 0,86 en depresión. Resultados que avalan su adecuación y empleo en nuestro trabajo.

## **2.4 PROCEDIMIENTO**

Tras la configuración de la primera sección del cuestionario correspondiente a la información general (véase Anexo 2) y del consentimiento informado (véase Anexo 1), se procedió a introducir los ítems de todas las secciones del cuestionario en la plataforma online Google Forms, que es una aplicación de Google Drive que permite realizar cuestionarios y encuestas de manera telemática para que pueda llegar al mayor número de personas. A su vez, se redactó una versión del cuestionario en papel para que aquellas personas que no pudieran acceder a este tipo de servicios informáticos (personas mayores y/o sin Internet) tuvieran posibilidad de responderlo. En concreto, respondieron a la versión online 320 personas y a la versión en papel 56.

El cuestionario fue difundido por redes sociales, grupos de Whatsapp, correo electrónico y, por supuesto, en mano en el caso de la versión a papel. Con todo este despliegue se pretendía obtener el mayor número de respuestas posibles del cuestionario y poder acceder a todos los grupos de edad, adquiriendo una muestra representativa de todos ellos. El proceso de recogida de información abarcó desde el 13 de octubre de 2017 hasta el 10 de enero de 2018, tiempo durante el cual las personas mayores de 18 años respondieron libremente a las preguntas planteadas en cada una de las secciones. Hubo ciertas complicaciones para obtener datos acerca del grupo de personas mayores, ya que algunas no querían hablar del tema de la muerte, otras no sabían leer para poder responder y a otras les parecía un cuestionario muy largo o no se fiaban demasiado de la finalidad del estudio. De ahí que el grupo de los mayores sea el más reducido a pesar de haber acudido a repartir el cuestionario a centros de mayores y hogares del pensionista en Zamora y Montehermoso (Cáceres) y a diferentes puntos donde se suelen reunir personas de estas edades (e.g. parques).



El proceso mediante el cual se respondió a la versión online no se ha podido controlar, ya que excede a nuestro alcance. Sin embargo, el rellenado de los cuestionarios en papel se ha explicado con mayor detenimiento porque, como se ha comentado, lo han cumplimentado sobre todo personas mayores que no están tan acostumbradas a realizar estas pruebas. En algunas ocasiones, estas personas se llevaban el cuestionario a casa y después de unos días lo entregaban cumplimentado y, en otras, se procedía a rellenar el cuestionario de manera heteroaplicada, es decir, ayudando a la persona a leer la pregunta y explicándole cómo tenía que responder. Estos casos fueron llevados a cabo por la autora del presente trabajo.

Todas estas respuestas al cuestionario nos han permitido confeccionar una base de datos y, gracias a ello, se han podido realizar los análisis pertinentes para dar respuesta a los objetivos planteados. En todos los casos se ha garantizado la confidencialidad y todos los participantes accedieron a completar los cuestionarios de manera voluntaria.

## **2.5 ANÁLISIS**

Para llevar a cabo el análisis de las diferentes variables se han empleado estadísticos descriptivos (e.g. media y desviación típica), frecuencias, porcentajes, pruebas de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, contrastes paramétricos de dos grupos (prueba *t*), contrastes no paramétricos de dos grupos (prueba *U* de Mann-Whitney), contrastes no paramétricos de más de dos grupos (test de Kruskal-Wallis) y correlaciones de Pearson. Los análisis han sido realizados con el programa SPSS. El nivel de significación establecido para los análisis ha sido  $\alpha=,05$ .

## **3 RESULTADOS**

En primer lugar, y con objeto de conocer si las personas mayores de edad de nuestro estudio experimentarían ansiedad ante la muerte y así dar respuesta a nuestro primer objetivo, se presentan los resultados obtenidos en el DAS. De acuerdo con estos, obtuvimos una puntuación media de 8,46 ( $DT=3,26$ ), dentro de un rango de 0 a 15 puntos. Asimismo, y analizando pormenorizadamente las puntuaciones obtenidas por los participantes en este instrumento (véase Anexo 3, Tabla 3), encontramos que 141 personas (37,4%) obtienen puntuaciones iguales o superiores a 10 puntos, lo que denotaría una ansiedad alta. A continuación, y con objeto de conocer cuántas personas de nuestra muestra estarían experimentando una baja o alta ansiedad (véase Anexo 3, Tabla 4), dividimos la muestra en función de las puntuaciones obtenidas en los percentiles 25 y 75. En este caso, las puntuaciones menores o iguales a 6 se corresponderían con el percentil 25 y denotarían una

“baja ansiedad” ante la muerte y las puntuaciones iguales o superiores a 11 se corresponderían con el percentil 75 y serían representativas de una “alta ansiedad ante la muerte”. Los resultados evidencian que 110 participantes (29,3%) experimentan una elevada ansiedad ante la muerte frente a 101 (26,9%) que experimentan una baja ansiedad ante la muerte.

En segundo lugar, en relación con el miedo a la muerte propia y ajena, se observa cómo las mayores puntuaciones se obtienen en el miedo que produce la muerte de los otros ( $M=28,20$ ;  $DT=5,32$ ) y el miedo al proceso de morir de otros ( $M=26,48$ ;  $DT=5,51$ ), más que el miedo causado por la propia muerte ( $M=21,55$ ;  $DT=7,18$ ) (véase Anexo 3, Tabla 5).

Finalmente, respecto a este primer objetivo, nos interesaba también conocer las actitudes hacia la muerte que presentaba el colectivo de estudio (véase Anexo 3, Tabla 6). En este sentido, las mayores puntuaciones se obtienen en la dimensión “aceptación neutral” ( $M=4,81$ ;  $DT=1,54$ ), es decir, que los participantes tienen una visión de la muerte como *una realidad a la que ni se teme ni se da la bienvenida*, seguida de aquellas actitudes que denotan la “evitación de la muerte” ( $M=3,62$ ;  $DT=1,69$ ) o *dificultad para afrontar los pensamientos sobre la muerte*; siendo la puntuación más baja la que se obtiene en la dimensión de “aceptación de acercamiento” ( $M=2,90$ ;  $DT=1,64$ ), relacionada con la *visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la misma*.

A continuación y con objeto de dar respuesta al segundo objetivo planteado, comenzaremos por describir una serie de variables contextuales de interés para nuestro estudio y que se ven reflejadas en la Tabla 7 del Anexo 3. Así, en primer lugar y respecto a si los participantes manifiestan creencias religiosas, encontramos que 191 participantes (50,8%) afirman tener creencias religiosas frente a 185 (49,2%) que se declaran no creyentes. En segundo lugar, en cuanto al tipo de religión que profesan los participantes, podemos observar en la Tabla 7 del Anexo 3 que la religión que más predomina es el catolicismo (50,8%) frente a no creer en ninguna religión (48,4%). Por otro lado, con respecto a si las personas creen en la existencia de otra vida después de la muerte (aquí denominado “sentido de trascendencia”), encontramos que 147 participantes (39,1%) afirmaban creer en el más allá frente a los 229 participantes (60,9%) que no creían en ello (véase Anexo 3, Tabla 7). Otra de las variables contextuales analizadas fue la experiencia previa de muertes de familiares o seres queridos y en ella encontramos que 323 personas (85,9%) afirmaban haber tenido experiencias de este tipo frente a 53 personas (14,1%) que no las habían tenido (véase Anexo 3, Tabla 7). Finalmente, en cuanto al grado de preocupación hacia la muerte y para terminar de describir

los resultados de las variables contextuales, podemos observar que 174 participantes (46,3%) presentaban una preocupación media hacia la muerte, 82 (21,8%) una preocupación alta y 23 (6,1%) una preocupación muy alta (véase Anexo 3, Tabla 7).

Respecto al análisis de las variables de personalidad y psicológicas analizadas en la muestra objeto de interés, presentamos en primer lugar las puntuaciones obtenidas en inteligencia emocional para cada uno de los factores (e.g. atención emocional, claridad emocional y reparación emocional). Así, una vez establecidos los puntos de corte en cada uno de los factores del instrumento conforme al baremo establecido por los autores para hombres y mujeres, en la Tabla 1 presentamos los resultados obtenidos para esta variable. Como puede observarse, tanto en hombres como en mujeres, los porcentajes referentes a la excelente atención, claridad y reparación emocional no son demasiado elevados en ninguno de los casos, a excepción de la excelente claridad emocional que presentan 139 mujeres, lo cual supone un porcentaje del 50,9%.

Tabla 1

*Frecuencias y porcentajes de los tres factores de inteligencia emocional en hombres y mujeres*

		Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Atención emocional	Debe mejorar la atención (poca)	43	41,7	135	49,5
	Adecuada atención	53	51,5	120	44,0
	Debe mejorar la atención (much)	7	6,8	18	6,6
Claridad emocional	Debe mejorar	56	54,4	134	49,1
	Adecuada claridad	41	39,8	0	0,0
	Excelente claridad	6	5,8	139	50,9
Reparación emocional	Debe mejorar	50	48,5	129	47,3
	Adecuada reparación	53	51,5	126	46,2
	Excelente reparación	0	0,0	18	6,6

Seguidamente, los resultados obtenidos respecto a la resiliencia, revelaron que la puntuación media obtenida por el conjunto de participantes fue de 26,13 puntos ( $DT=6,75$ ), dentro de un rango de 4 a 40 puntos. A continuación, y con objeto de determinar quiénes de los participantes de nuestro estudio presentarían una elevada y baja resiliencia, hallamos los percentiles 25 y 75 de la distribución y recodificamos las variables, atendiendo a dichas puntuaciones. Así, puntuaciones iguales o inferiores a 22 puntos denotarían una “baja resiliencia” (percentil 25) y puntuaciones iguales o superiores a 31 puntos serían representativas de aquellos participantes con una “elevada resiliencia” (percentil 75). En este caso, podemos observar cómo el número de individuos que presentan baja resiliencia ( $N=103$ )

es el mismo que el de los que presentan una elevada resiliencia ( $N=103$ ), representando respectivamente al 27,4% de la muestra en ambos casos (véase Anexo 3, Tabla 8).

A continuación, presentamos los resultados de los participantes en función de la salud biopsicosocial. Para ello, preguntamos en primer lugar por la salud física y psicológica percibida. Los resultados se presentan en la Tabla 9 del Anexo 3 y, en general, se puede decir que los participantes perciben buenos niveles de salud física (63%) y psicológica (61,4%). Con objeto de profundizar más en estos resultados, también preguntamos a los participantes cuánto consideraban que se cuidaban a sí mismos. Los resultados obtenidos evidencian que 148 personas (39,4%) se suelen cuidar de un modo ajustado a sus necesidades, esto es, “lo suficiente”, 96 personas (25,5%) se suelen cuidar “bastante” y 90 personas (23,9%) “poco, menos de lo que debería” (véase Anexo 3, Tabla 10).

Además les preguntamos sobre la realización o no de conductas saludables e insalubres. Los resultados evidencian que los participantes, por lo general, realizan muy pocas conductas insalubres como, por ejemplo, fumar más de 20 cigarrillos al día, consumir sustancias o tomar alcohol de manera abusiva; mientras que las conductas saludables como dormir horas suficientes, realizar actividad física moderada, practicar algún deporte, destinar tiempo para el ocio o alimentarse adecuadamente son llevadas a cabo en mayor medida (véase Tabla 2).

Tabla 2

*Frecuencias y porcentajes de conductas saludables e insalubres*

Conductas saludables/insalubres	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Fumar más de 20 cigarrillos diarios	17	4,5	359	95,5
Consumir sustancias	18	4,8	358	95,2
Dormir horas suficientes	242	64,4	134	35,6
Realizar actividad física moderada (e.g. caminar rápido)	213	56,6	163	43,4
Practicar deporte o ejercicio	119	31,6	257	68,4
Destinar tiempo para el ocio	252	67,0	124	33,0
Tomar alcohol de manera abusiva	22	5,9	354	94,1
Alimentarse adecuadamente	239	63,6	137	36,4

Finalmente, con objeto de conocer la salud biopsicosocial y, más concretamente, aquellas personas susceptibles de padecer un problema clínicamente significativo, recodificamos las puntuaciones obtenidas en los cuatro factores (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) del Cuestionario General de Salud (GHQ-28) de acuerdo con el punto de corte establecido por los autores. Atendiendo a esto, las puntuaciones iguales e inferiores a 5 puntos serían considerados como “no casos” y

puntuaciones iguales o superiores a 6 puntos serían “casos” clínicamente relevantes. Los resultados obtenidos nos permiten afirmar que 95 participantes (25,3%) tendrían manifestaciones somáticas clínicamente relevantes (e.g. dolores de cabeza, dolores musculares, etc.), 175 (46,5%) tendrían problemas clínicos de ansiedad-insomnio, 13 (3,5%) problemas relacionados con la disfunción social y 47 (12,5%) manifestarían sintomatología clínicamente significativa relacionada con la depresión (véase Anexo 3, Tabla 11).

Continuando con los resultados y con objeto de responder a nuestro tercer objetivo consistente en determinar las semejanzas y diferencias en ansiedad y miedo ante la muerte según las variables sociodemográficas y contextuales, presentamos el análisis de las semejanzas y diferencias entre la ansiedad ante la muerte y variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el estado civil y el nivel educativo de los participantes. Así, respecto al sexo, lo primero que comprobamos fue si las puntuaciones se distribuían de manera normal utilizando para ello la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Los resultados obtenidos evidenciaron que, si bien en la distribución de los hombres las puntuaciones de ansiedad ante la muerte se distribuían de forma simétrica ( $D=,075$ ;  $p>,05$ ), en el caso de las mujeres las puntuaciones de la escala de ansiedad se distribuían de forma asimétrica ( $D=,090$ ;  $p<,05$ ). Así, tras comparar las puntuaciones de ambos grupos mediante la prueba  $U$  de Mann-Whitney, se observó la presencia de diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte entre los hombres y las mujeres ( $Z=-4,239$ ;  $p<,05$ ), presentando las mujeres mayor ansiedad ( $M=8,92$ ;  $DT=3,09$ ) que sus iguales del sexo masculino ( $M=7,23$ ;  $DT=3,39$ ) (véase Anexo 3, Tabla 12).

Respecto al análisis de semejanzas y diferencias entre el *miedo hacia la muerte propia* y *el sexo*, la prueba de Kolmogorov-Smirnov reveló, en este caso, que las puntuaciones se distribuían de manera asimétrica, tanto en el grupo de hombres ( $D=,093$ ;  $p<,05$ ) como en el de mujeres ( $D=,067$ ;  $p<,05$ ). La comparación de ambos grupos mediante la prueba  $U$  de Mann-Whitney reveló la presencia de diferencias significativas ( $Z=-3,045$ ;  $p<,05$ ). También en este caso, las mujeres presentan un mayor miedo a la muerte propia ( $M=22,27$ ;  $DT=7,10$ ) que los hombres ( $M=19,63$ ;  $DT=7,08$ ) (véase Anexo 3, Tabla 13). Asimismo, respecto a la presencia de semejanzas y diferencias entre el *miedo hacia el propio proceso de morir* y *el sexo*, y una vez realizada la prueba de Kolmogorov-Smirnov que puso de manifiesto que la distribución de las puntuaciones en la muestra de los hombres seguía un patrón simétrico ( $D=,084$ ;  $p>,05$ ), no sucediendo lo mismo en el caso de las mujeres ( $D=,080$ ;  $p<,05$ ), la prueba  $U$  de Mann-Whitney fue significativa ( $Z=-3,175$ ;  $p<,05$ ) a favor de las mujeres, que manifestaron un

mayor miedo hacia su propio proceso de morir ( $M=25,94$ ;  $DT=6,44$ ) que sus homónimos masculinos ( $M=23,45$ ;  $DT=6,92$ ) (véase Anexo 3, Tabla 14). En el caso del *miedo a la muerte de otros* y *el sexo*, las distribuciones tanto de los hombres ( $D=,132$ ;  $p<,05$ ) como de las mujeres ( $D=,115$ ;  $p<,05$ ) fueron asimétricas. Asimismo, el contraste de las posibles semejanzas y diferencias reveló la presencia de diferencias significativas ( $Z=-3,102$ ;  $p<,05$ ), siendo las mujeres quienes se caracterizan por presentar mayor miedo a la muerte de otros ( $M=28,69$ ;  $DT=5,25$ ) frente a los hombres ( $M=26,89$ ;  $DT=5,31$ ) (véase Anexo 3, Tabla 15). Finalmente, el análisis respecto al *miedo hacia el proceso de morir de otros* y *el sexo* puso de manifiesto que las puntuaciones se distribuían de manera simétrica en el grupo de los hombres ( $D=,072$ ;  $p>,05$ ), no sucediendo lo mismo en el caso de las mujeres ( $D=,101$ ;  $p<,05$ ). De tal manera que el análisis de las semejanzas y diferencias mediante la prueba  $U$  de Mann-Whitney reveló también la presencia de diferencias estadísticamente significativas ( $Z=-4,075$ ;  $p<,05$ ), siendo las mujeres ( $M=27,15$ ;  $DT=5,44$ ) quienes se encuentran más afectadas por esta condición en contraposición a los hombres ( $M=24,72$ ;  $DT=5,34$ ) (véase Anexo 3, Tabla 16). Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten confirmar que las mujeres de nuestro estudio presentan mayor ansiedad y miedo hacia la muerte propia y ajena que los hombres.

En segundo lugar, en relación a la variable edad y la ansiedad ante la muerte, dado que inicialmente teníamos ocho grupos de edades diferentes, recodificamos la variable edad en cuatro grupos, quedando conformadas las categorías siguientes: *jóvenes* (de edades comprendidas entre los 18 y los 22 años); *adultos jóvenes* (de edades comprendidas entre los 23 y los 27 años); *adultos* (de edades comprendidas desde los 28 años a los 65); y *mayores* (de 66 años en adelante). En este caso, las frecuencias y porcentajes quedarían según aparecen en la Tabla 17 del Anexo 3. A continuación y con objeto de determinar la existencia de semejanzas y diferencias en cuanto a la ansiedad ante la muerte, la realización de la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que la variable ansiedad ante la muerte se distribuía de manera asimétrica en todos los grupos de edad ( $p<,05$ ). Seguidamente, se compararon las puntuaciones en los diferentes grupos mediante una prueba no paramétrica como es el test de Kruskal-Wallis. En este sentido, los resultados pusieron de manifiesto que la ansiedad ante la muerte no difiere significativamente en función de la edad ( $\chi^2=1,177$ ;  $gl=3$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 18).

Respecto al *miedo hacia la propia muerte* y *la edad* de los participantes, en primer lugar, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, la cual reveló que las puntuaciones se distribuían de forma simétrica en el grupo de los jóvenes ( $D=,076$ ;  $p>,05$ ), de los adultos

jóvenes ( $D=,087$ ;  $p>,05$ ) y de los mayores ( $D=,096$ ;  $p>,05$ ), no siendo así en el grupo de los adultos ( $D=,085$ ;  $p<,05$ ). La comparación de los grupos mediante el test de Kruskal-Wallis reveló la presencia de diferencias significativas ( $\chi^2=21,126$ ;  $gl=3$ ;  $p<,05$ ). En este caso, el grupo de las personas mayores es quien menos teme a su propia muerte ( $M=18,00$ ;  $DT=6,24$ ), seguidos por los adultos ( $M=22,21$ ;  $DT=7,45$ ), por los adultos jóvenes ( $M=22,29$ ;  $DT=7,15$ ) y, por último, los jóvenes ( $M=22,60$ ;  $DT=6,82$ ) (véase Anexo 3, Tabla 19). Asimismo, respecto al *miedo al proceso de morir propio y la edad*, la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que la distribución de las puntuaciones en la muestra de los adultos jóvenes seguía un patrón simétrico ( $D=,074$ ;  $p>,05$ ), al igual que en los mayores ( $D=,102$ ;  $p>,05$ ), no siendo así en los jóvenes ( $D=,122$ ;  $p<,05$ ) ni en los adultos ( $D=,097$ ;  $p<,05$ ). Por su parte, el test de Kruskal-Wallis reveló que no había diferencias significativas entre los grupos de edad para el miedo al proceso de morir propio ( $\chi^2=3,966$ ;  $gl=3$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 20). En el caso del *miedo a la muerte de otros y la edad*, la realización de la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que la variable miedo a la muerte de otros se distribuía de manera asimétrica en todos los grupos de edad ( $p<,05$ ). Asimismo, el contraste de las posibles semejanzas y diferencias reveló que no existían diferencias significativas en el miedo a la muerte de otros en función de la edad ( $\chi^2=2,269$ ;  $gl=3$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 21). Finalmente, respecto al *miedo al proceso de morir de otros y la edad*, la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que las puntuaciones se distribuían de manera simétrica en el grupo de los mayores ( $D=,080$ ;  $p>,05$ ), pero no en el de los jóvenes ( $D=,095$ ;  $p<,05$ ), tampoco en el de los adultos jóvenes ( $D=,104$ ;  $p<,05$ ), ni en el de los adultos ( $D=,112$ ;  $p<,05$ ). Por su parte, el test de Kruskal-Wallis reveló que no había diferencias significativas en el miedo al proceso de morir de otros en función de la edad ( $\chi^2=2,167$ ;  $gl=3$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 22).

En tercer lugar, procedimos a analizar la variable ansiedad ante la muerte y el estado civil. Así, tras realizar la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, obtuvimos en este caso que las puntuaciones se distribuían de forma simétrica en el grupo de los viudos ( $D=,190$ ;  $p>,05$ ), en el de los divorciados o separados ( $D=,235$ ;  $p>,05$ ) y en el de los que convivían con pareja ( $D=,11$ ;  $p>,05$ ), no sucediendo lo mismo en el caso de los solteros ( $D=,081$ ;  $p<,05$ ) ni en el de los casados ( $D=,106$ ;  $p<,05$ ). Por tanto, una vez hecho el análisis de las posibles semejanzas y diferencias a través del test de Kruskal-Wallis, los resultados evidenciaron que no existen diferencias en la ansiedad ante la muerte en función del estado civil de los participantes ( $\chi^2=3,873$ ;  $gl=4$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 23).

Finalmente, con objeto de comprobar la presencia de semejanzas y diferencias en ansiedad ante la muerte en función del nivel educativo de los participantes, los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov evidenciaron que las puntuaciones se distribuyen de manera simétrica en el grupo de personas sin estudios ( $D=,152$ ;  $p>,05$ ), con estudios primarios ( $D=,103$ ;  $p>,05$ ), secundarios ( $D=,125$ ;  $p>,05$ ) y/o con estudios de postgrado ( $D=,093$ ;  $p>,05$ ), mientras que en los grupos de bachillerato o FP ( $D=,118$ ;  $p<,05$ ) y en los estudiantes universitarios ( $D=,098$ ;  $p<,05$ ) las puntuaciones siguieron una distribución asimétrica. En este sentido, el contraste de semejanzas y diferencias mediante el test de Kruskal-Wallis reveló que no existían diferencias significativas para esta variable ( $\chi^2=2,228$ ;  $gl=5$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 24).

A continuación, y siguiendo con este tercer objetivo, presentaremos los resultados obtenidos tras el análisis de una serie de variables contextuales (e.g. creencias religiosas, experiencias previas con la muerte, salud percibida y calidad de vida percibida) y la ansiedad ante la muerte. Así, en primer lugar, en relación con las creencias religiosas, tras analizar la normalidad mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov se comprobó que las puntuaciones se distribuían de manera asimétrica tanto en las personas que se declaraban creyentes ( $D=,108$ ;  $p<,05$ ), como entre aquellos que afirmaban no creer en ninguna religión ( $D=,068$ ;  $p<,05$ ). Para realizar el análisis comparativo entre ambos grupos se utilizó la prueba  $U$  de Mann-Whitney y se comprobó que existían diferencias significativas entre las puntuaciones de los creyentes y los no creyentes respecto a la ansiedad ante la muerte ( $Z=-3,649$ ;  $p<,05$ ). Concretamente, las personas de la muestra que se declaraban creyentes en algún tipo de religión presentaban una mayor ansiedad ante la muerte ( $M=9,08$ ;  $DT=3,06$ ) que aquellos que afirmaban no tener ningún tipo de creencias religiosas ( $M=7,82$ ;  $DT=3,35$ ) (véase Anexo 3, Tabla 25).

En segundo lugar, y en relación con las experiencias previas con la muerte, la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que las puntuaciones se distribuían de manera simétrica en aquellas personas que no habían tenido experiencias previas con la muerte ( $D=,120$ ;  $p>,05$ ) y de manera asimétrica en aquellas personas que sí las habían tenido ( $D=,087$ ;  $p<,05$ ). Por su parte, el contraste de semejanzas y diferencias mediante la prueba  $U$  de Mann-Whitney reveló que no existían diferencias significativas para esta variable ( $Z=-,222$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 26).



En tercer lugar, respecto a la salud física percibida y la ansiedad ante la muerte, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov reveló que las puntuaciones se distribuían de manera asimétrica en aquellas personas que habían afirmado tener una salud física muy buena ( $D=,153$ ;  $p<,05$ ), buena ( $D=,093$ ;  $p<,05$ ) y/o regular ( $D=,122$ ;  $p<,05$ ), no siendo así en aquellas personas que habían dicho tener una salud física mala ( $D=,141$ ;  $p>,05$ ). Una vez hecho el análisis de las posibles semejanzas y diferencias a través del test de Kruskal-Wallis, los resultados evidenciaron la no existencia de diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte en función de la salud física percibida por los participantes ( $\chi^2=,408$ ;  $gl=3$ ;  $p>,05$ ). Sin embargo, profundizando en el análisis de esta variable y si observamos las puntuaciones medias (véase Anexo 3, Tabla 27), encontramos que son aquellos participantes que manifiestan tener una peor salud física quienes experimentan, a su vez, una mayor ansiedad ante la muerte.

A continuación, y con objeto de conocer también los resultados en la salud psicológica percibida y la ansiedad ante la muerte, la prueba de Kolmogorov-Smirnov puso de manifiesto que las puntuaciones se distribuían de manera asimétrica en aquellas personas que decían tener una salud psicológica muy buena ( $D=,124$ ;  $p<,05$ ), buena ( $D=,090$ ;  $p<,05$ ) y/o regular ( $D=,122$ ;  $p<,05$ ), mientras que se distribuían de manera simétrica en aquellas personas que afirmaban tener una salud psicológica mala ( $D=,150$ ;  $p>,05$ ). Para conocer las posibles semejanzas y diferencias entre las dos variables analizadas se realizó el test de Kruskal-Wallis y, en este caso, los resultados evidenciaron que no existen diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte en función de la salud psicológica percibida ( $\chi^2=4,355$ ;  $gl=4$ ;  $p>,05$ ) (véase Anexo 3, Tabla 28).

Finalmente, respecto a la calidad de vida percibida y la ansiedad ante la muerte experimentada por los participantes, la prueba de Kolmogorov-Smirnov reveló que únicamente las puntuaciones de las personas que habían afirmado tener una calidad de vida mala eran simétricas ( $D=,301$ ;  $p>,05$ ), siendo, por tanto, asimétricas las puntuaciones obtenidas ante una calidad de vida regular ( $D=,159$ ;  $p<,05$ ), buena ( $D=,081$ ;  $p<,05$ ) y/o muy buena ( $D=,168$ ;  $p<,05$ ). Así, el test de Kruskal-Wallis puso de manifiesto que existen diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte en función de la calidad de vida percibida por los participantes ( $\chi^2=9,637$ ;  $gl=3$ ;  $p<,05$ ), siendo las personas que calificaron su calidad de vida como regular quienes presentaron mayor ansiedad ante la muerte ( $M=9,83$ ;  $DT=2,82$ ), seguidos por los que la calificaron como buena ( $M=8,34$ ;  $DT=3,23$ ), muy buena

( $M=7,94$ ;  $DT=3,57$ ) y, por último, los que afirmaron que era mala ( $M=7,20$ ;  $DT=3,42$ ) (véase Anexo 3, Tabla 29). Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten confirmar que las personas con mala calidad de vida son a las que menos ansiedad les provoca la muerte.

En nuestro cuarto objetivo consistente en conocer las relaciones entre las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte con variables psicológicas y/o de personalidad (e.g. inteligencia emocional y resiliencia) y con la salud biopsicosocial, utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson con objeto de analizar el grado de relación entre dichas variables. Para ello hemos seleccionado las correlaciones más relevantes que dan respuesta a dicho objetivo, las cuales pueden observarse en la Tabla 30 del Anexo 3. Sin embargo, es importante aclarar que no se han encontrado asociaciones fuertes entre ninguna de las parejas de variables, ya que todas presentan correlaciones inferiores a  $|0,7|$ . Así, en cuanto a las actitudes ante la muerte, encontramos correlaciones moderadas ( $|0,3| < r < |0,7|$ ) entre la evitación de la muerte y la ansiedad ante la muerte ( $r=,435$ ), entre el miedo a la muerte y la ansiedad ante la muerte ( $r=,576$ ), entre el miedo a la muerte y el miedo a la muerte propia ( $r=,488$ ), entre el miedo a la muerte y el miedo al proceso de morir propio ( $r=,402$ ) y entre la aceptación neutral y el miedo a la muerte propia ( $r=-,328$ ), llamando también la atención las correlaciones negativas con la resiliencia en varias de las actitudes y las correlaciones negativas predominantes en la aceptación neutral de la muerte, a excepción de los valores relacionados con la inteligencia emocional. Por su parte, en cuanto a la ansiedad ante la muerte, destaca el hecho de que haya correlaciones moderadas ( $|0,3| < r < |0,7|$ ) con todos los factores de miedo a la muerte, ya sea miedo a la muerte propia ( $r=,605$ ), miedo al proceso de morir propio ( $r=,504$ ), miedo a la muerte de otros ( $r=,375$ ) o miedo al proceso de morir de otros ( $r=,476$ ); siendo importante también remarcar la correlación negativa con la resiliencia ( $r=-,218$ ), como en el caso de las actitudes. Por último, en cuanto al miedo a la muerte, no se han encontrado correlaciones moderadas ( $|0,3| < r < |0,7|$ ) con otras variables más allá de las comentadas anteriormente al hablar de las actitudes o de la ansiedad ante la muerte, sin embargo, podemos observar que vuelve a repetirse el mismo patrón de correlaciones negativas con la resiliencia, al igual que en los casos anteriores. Por tanto, en general, podría decirse que la ansiedad ante la muerte está bastante relacionada con la actitud de miedo a la muerte y de evitación de la muerte y con el miedo a la muerte en todos sus factores y, además, que la resiliencia correlaciona de manera negativa con las actitudes, ansiedad y miedo a la muerte. Por su parte, la inteligencia emocional y la salud biopsicosocial presentan correlaciones débiles ( $r < |0,3|$ ) con las variables estudiadas, como puede apreciarse en la Tabla 30 del Anexo 3.

Finalmente, nuestro último objetivo consistía en analizar el impacto de la ansiedad ante la muerte en la salud, resiliencia e inteligencia emocional de la población objeto de estudio. Así, en primer lugar, para conocer si experimentar mayor o menor ansiedad ante la muerte repercutirá en la salud biopsicosocial (síntomatología somática, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión) de los participantes, tras realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad, obtuvimos que las distribuciones son asimétricas para todos los casos ( $p < ,05$ ). Ello nos llevó a utilizar procedimientos no paramétricos. En este caso, para realizar el análisis comparativo entre dichos grupos se utilizó la prueba  $U$  de Mann-Whitney. Los resultados pusieron de manifiesto la presencia de diferencias significativas en síntomas somáticos ( $Z = -3,889$ ;  $p < ,05$ ), ansiedad-insomnio ( $Z = -4,584$ ;  $p < ,05$ ) y depresión ( $Z = -2,873$ ;  $p < ,05$ ). En este sentido, los participantes que se encontraban en el grupo de elevada ansiedad ante la muerte experimentaban, a su vez, mayor sintomatología somática, ansiedad-insomnio y depresión (véase Anexo 3, Tabla 31).

Respecto a la mayor o menor ansiedad ante la muerte y la resiliencia, la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la normalidad puso de manifiesto que tanto la ansiedad ante la muerte baja ( $D = ,083$ ;  $p > ,05$ ) como la alta ( $D = ,081$ ;  $p > ,05$ ) se distribuían de manera simétrica, por lo que, en este caso, se cumple el supuesto de normalidad. Es por ello que utilizaremos la prueba  $t$  para dos muestras independientes para el análisis de las semejanzas y las diferencias. En este caso, el resultado nos indica la existencia de diferencias significativas [ $t(209) = 3,609$ ;  $p < ,05$ ]. Por tanto, las personas más resilientes ( $M = 28,30$ ;  $DT = 6,62$ ) se encuentran en el grupo de quienes experimentan menor ansiedad ante la muerte y las personas menos resilientes ( $M = 25,01$ ;  $DT = 6,60$ ) en el grupo de quienes presentan mayor ansiedad ante la muerte (véase Anexo 3, Tabla 32). Podríamos decir, entonces, que la resiliencia parece ser un factor protector de la ansiedad ante la muerte.

Finalmente, respecto a experimentar una mayor o menor ansiedad ante la muerte en función de la inteligencia emocional (atención emocional, claridad emocional y reparación emocional), la prueba de Kolmogorov-Smirnov reveló que se distribuían de manera asimétrica las puntuaciones en alta ansiedad ante la muerte de la atención emocional ( $D = ,099$ ;  $p < ,05$ ), alta ansiedad ante la muerte de la claridad emocional ( $D = ,093$ ;  $p < ,05$ ) y baja ansiedad ante la muerte de la reparación emocional ( $D = ,108$ ;  $p < ,05$ ), mientras que se distribuían de manera simétrica las puntuaciones en baja ansiedad ante la muerte de la atención emocional ( $D = ,082$ ;  $p > ,05$ ), baja ansiedad ante la muerte de la claridad emocional ( $D = ,056$ ;  $p > ,05$ ) y alta ansiedad ante la muerte de la reparación emocional ( $D = ,083$ ;  $p > ,05$ ). En este caso, se utilizó

la prueba *U* de Mann-Whitney para realizar el análisis comparativo entre los grupos y los resultados pusieron de manifiesto que no había diferencias significativas en claridad emocional ( $Z=-1,785$ ;  $p>,05$ ) y, sin embargo, sí había diferencias en atención emocional ( $Z=-2,897$ ;  $p<,05$ ) y en reparación emocional ( $Z=-3,322$ ;  $p<,05$ ). En este sentido, los participantes que se encontraban en el grupo de elevada ansiedad experimentaban, a su vez, mayor atención emocional y menor reparación emocional (véase Anexo 3, Tabla 33).

## 4 CONCLUSIONES

Como principales conclusiones derivadas de nuestro trabajo cabe destacar que la muestra analizada presenta un nivel medio de ansiedad ante la muerte, lo cual coincide con el hecho de que la actitud más frecuente ante la muerte haya sido la aceptación neutral. Respecto al miedo, este suele ser más frecuente ante la muerte ajena que ante la propia, datos que coinciden con otros trabajos que han analizado esta variable (Edo-Gual et al., 2011). Por su parte, aproximadamente la mitad de los participantes en nuestra investigación se declaran creyentes, siendo la religión predominante el catolicismo. Además, la mayor parte de ellos manifiesta haber tenido experiencias previas de muertes de seres queridos. En relación a las variables psicológicas objeto de atención, encontramos, en primer lugar, que las mujeres se caracterizan por poseer mayor inteligencia emocional frente a sus iguales masculinos. Resultados similares se han encontrado en otros trabajos que han analizado esta variable en función del género (Limonero et al., 2006). En lo referido a la resiliencia, cabe destacar que la muestra presenta niveles medios en esta variable y, en cuanto a la salud, los participantes afirmaron tener buenos niveles de salud física y psicológica, aunque casi la mitad de ellos tenía problemas clínicos de ansiedad-insomnio.

El análisis respecto a las semejanzas y diferencias entre algunas de las variables también permite destacar ciertos aspectos. Así, se ha encontrado que las mujeres presentan mayor ansiedad y miedo que los hombres ante la muerte, resultado obtenido también en otros estudios (Edo-Gual et al., 2011; Pollak, 1980).

En cuanto a la edad, y en consonancia con otros estudios, no hemos obtenido diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte (Limonero, 1997). Sin embargo, otros trabajos sí encuentran diferencias entre edades en cuanto a la ansiedad ante la muerte (Aday, 2006; Russac et al., 2007), lo que pudiera deberse a factores adicionales como la religiosidad, ya que, por lo general, las personas mayores son más creyentes que las jóvenes y esto influye en la manera de pensar acerca de la muerte. Por otro lado, al evaluar el miedo a la muerte,

encontramos que el grupo de las personas mayores era el que menos temía a su propia muerte. Otros estudios también han obtenido resultados similares, como el de Edo-Gual et al. (2011), en el que se obtuvieron correlaciones negativas entre las cuatro subescalas de miedo a la muerte y la edad. Estos resultados, al igual que los comentados para la ansiedad, pueden deberse al mayor grado de creencias religiosas que suelen presentar las personas mayores en contraposición a las jóvenes, lo que hace que tengan una concepción diferente de la muerte, en este caso, más positiva.

En cuanto al estado civil de las personas y su nivel educativo, no se han encontrado diferencias significativas. Este último resultado puede ser debido a la poca variabilidad hallada en la variable nivel educativo, ya que un gran porcentaje de la muestra eran estudiantes universitarios y, sin embargo, otros estudios han obtenido que un mayor nivel educativo se relaciona con niveles más bajos de ansiedad ante la muerte (Nienaber y Goedereis, 2015). Por tanto, en investigaciones futuras sería conveniente profundizar en esta variable e intentar garantizar una mayor variabilidad entre los diferentes grupos.

Por otro lado, en cuanto a las creencias religiosas de los participantes, se encontró que aquellas personas que se declaraban creyentes presentaban una mayor ansiedad ante la muerte. Sin embargo, esto no concuerda con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Edo-Gual et al., 2011; Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Quizás pueda deberse a la generalidad de la pregunta, ya que, según Dezutter et al. (2008), son las personas que tienen una actitud extrema hacia la religión quienes más ansiedad ante la muerte manifiestan, por lo que hubiera sido necesario evaluar también el grado de religiosidad, es decir, distinguir entre personas totalmente ateas, personas que creen fielmente en la religión que profesan y personas con alguna creencia religiosa que presentan actitudes más flexibles hacia ella. Otra posible explicación sería la existencia de una distinción entre espiritualidad y religiosidad, la cual no se ha tenido en cuenta al analizar esta variable, ya que la primera se caracteriza por niveles de satisfacción vital y de significado de vida y por la creencia en otra vida después de la muerte, y la segunda por rituales religiosos; siendo la espiritualidad la que disminuye los niveles de ansiedad ante la muerte (Rasmussen y Johnson, 1994). Futuros trabajos nos permitirán seguir profundizando en estos aspectos.

Ante la pregunta de las experiencias previas con la muerte, los resultados pusieron de manifiesto que no existían diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte para esta variable. Los resultados aportados por otros estudios llegan a conclusiones contradictorias en

cuanto a las actitudes y miedo ante la muerte, siendo poco estudiada la ansiedad ante la muerte en este caso. Además, esta variable ha sido poco estudiada en la población general, ya que las investigaciones se centran, sobre todo, en profesionales que mantienen un contacto directo con personas enfermas o próximas a la muerte. A pesar de lo poco estudiado que está el tema que pretendemos analizar, la falta de diferencias significativas que muestran nuestros resultados puede deberse a la escasa variabilidad de la variable estudiada, ya que la mayoría de las personas habían pasado por experiencias cercanas a la muerte frente a un reducido número de personas que no las habían sufrido. Por tanto, estos datos pueden servir para que en futuras investigaciones se trabaje en esta línea.

En cuanto a la salud física y psicológica percibida, no se obtuvieron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte. A pesar de ello, puede apreciarse que las personas con peor salud física son las que experimentan mayor ansiedad ante la muerte, hallazgo que coincide también con otros trabajos previos (Dezutter et al., 2008; Fortner y Neimeyer, 1999).

Asimismo, en cuanto a la calidad de vida, los resultados evidencian que las personas con calidad de vida regular fueron las que más ansiedad ante la muerte presentaron, en contraposición a las personas que expresaron tener mala calidad de vida, que fueron las que menos ansiedad ante la muerte manifestaron. Sin embargo, este último resultado no parece ser concluyente, ya que hubo muy pocas personas que dieron esta respuesta. Por tanto, podríamos decir que a mayor calidad de vida menor ansiedad ante la muerte presentan las personas, lo cual coincide con estudios como el de Uribe et al. (2007).

El análisis referente a las relaciones existentes entre las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte con variables psicológicas y/o de personalidad y con la salud biopsicosocial nos permite afirmar que la ansiedad ante la muerte correlaciona de forma moderada con la actitud de miedo a la muerte y de evitación de la muerte y, además, con el miedo a la muerte; aspectos tan relacionados entre sí que a veces llegan incluso a solaparse.

Por último, al estudiar si la mayor o menor ansiedad ante la muerte repercute en la salud biopsicosocial, en la resiliencia y en la inteligencia emocional, obtuvimos unos resultados que nos han ayudado a concluir que las personas con elevada ansiedad ante la muerte: 1) experimentan más síntomas somáticos, ansiedad-insomnio y depresión, por lo que la ansiedad ante la muerte es perjudicial para la salud biopsicosocial; 2) son menos resilientes, por lo que podría decirse que la resiliencia protege de la ansiedad ante la muerte; y 3) experimentan mayor atención emocional y menor reparación emocional, lo cual quiere decir

que el saber cómo controlar las emociones actúa como factor protector de la ansiedad ante la muerte. Todos estos resultados coinciden, en gran medida, con investigaciones anteriores (Edo-Gual et al., 2015; Fortner y Neimeyer, 1999; Limonero et al., 2006) y, como se demuestra, sería conveniente trabajar en este sentido para poder evitar problemas mayores.

No deseamos finalizar este trabajo sin aludir a una serie de limitaciones que deberán ser resueltas en posteriores estudios. La primera de ellas está relacionada con la poca variabilidad existente en algunas de las categorías analizadas. Las dificultades inherentes al proceso de selección de la muestra justifican esto. Asimismo, en futuros trabajos prestaremos más atención a este aspecto. Otra limitación se relaciona con la imposibilidad de generalizar los resultados al resto de la población, dado que la muestra de nuestro estudio no es aleatoria ni representativa de esta. No obstante, es importante destacar que no existen estudios que hayan analizado este tema en la población general, por lo que este trabajo constituye una primera aproximación a este ámbito de estudio y consideramos que ello en sí ya es relevante e innovador. Por otro lado, en futuros trabajos trataremos también de realizar una descripción más precisa de la variable creencias religiosas y sentido de trascendencia, pues su imprecisión y generalidad pueden estar en la base de los resultados obtenidos. Por tanto, será necesario seguir ahondando sobre esta cuestión tan relevante en el tema que nos ocupa. Por último, limitaciones de espacio nos han impedido profundizar en el análisis de todas las dimensiones relacionadas con el miedo hacia la muerte y otras variables objeto de interés. Todo ello forma parte ya de nuestro compromiso futuro con este campo investigador.

Pese a todo ello, en el presente trabajo hemos avanzado en la investigación sobre este tema y obtenido resultados de especial relevancia para el campo de la Psicología General Sanitaria. Más concretamente, y a la luz de los hallazgos obtenidos, debemos subrayar la importancia de promover estrategias de afrontamiento ante la muerte, ya que se ha visto que la ansiedad ante la muerte está relacionada con factores poco adaptativos para tener una vida de calidad. Es por ello que los profesionales de la salud y, en concreto, los psicólogos generales sanitarios, tienen ante sí importantes retos en este sentido, los cuales pueden ir dirigidos a entrenar y ofrecer estrategias educativas para potenciar la resiliencia y la reparación emocional en los diferentes grupos poblacionales, que son los factores que hemos comprobado que protegen de la ansiedad ante la muerte. Todo esto podría llevarse a cabo a través de talleres de educación emocional, de resolución de problemas, de mejora de la autoestima y de habilidades sociales, entre otros, impartidos por profesionales de la psicología

sanitaria en contextos diversos como escuelas, familias o centros sanitarios y psicosociales, utilizando diferentes estrategias de prevención primaria como charlas y/o conferencias. De este modo, la Psicología General Sanitaria podría prevenir problemas más graves como duelos patológicos o excesiva ansiedad ante la muerte asociada a otros problemas físicos y psicológicos de salud, lo cual supondría, entre otros beneficios, menor gasto económico al no tener que usar tantos fármacos para tratar a estas personas y al reducir el tratamiento psicoterapéutico. Por último, debemos señalar de nuevo la ausencia de estudios en nuestro contexto de trabajo que hayan evaluado este tema en la población general, por lo que los datos aportados suponen una primera aproximación a este campo de interés para la Psicología General Sanitaria.

## 5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29(3), 251–259. doi: 10.1080/07481180590916371
- Abdel-Khalek, A. M., y Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29(2), 157–169. doi: 10.1080/07481180590906174
- Aday, R. H. (2006). Aging prisoners' concerns toward dying in prison. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(3), 199–216. doi: 10.2190/CHTD-YL7T-R1RR-LHMN
- Álvarez, L. Y., y Flórez, Z. (2008). Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 75–82. doi: 10.15446/rcp
- Anneser, J., Kunath, N., Krautheim, V., y Borasio, G. D. (2014). Needs, expectations, and concerns of medical students regarding end-of-life issues before the introduction of a mandatory undergraduate palliative care curriculum. *Journal of Palliative Medicine*, 17(11), 1201–1205. doi: 10.1089/jpm.2013.0614
- Aradilla-Herrero, A., y Tomás-Sábado, J. (2006). Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 16(6), 321–326. doi: 10.1016/S1130-8621(06)71239-6
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2013). Death attitudes and emotional intelligence in nursing students. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 66(1), 39–55. doi: 10.2190/OM.66.1.c
- Aradilla-Herrero, A., Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2014). Perceived emotional intelligence in nursing: psychometric properties of the Trait Meta-Mood Scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(7-8), 955–966. doi: 10.1111/jocn.12259
- Ardelt, M., y Koenig, C. S. (2006). The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging*, 28(2), 184–215. doi: 10.1177/0164027505284165
- Bailey, C., Murphy, R., y Porock, D. (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. *Journal of Clinical Nursing*, 20(23-24), 3364–3372. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03860.x



- Barraza, M., y Uranga, R. (s.f.). Reflexiones de una vida: guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Recuperado de [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_reflexiones\\_de\\_una\\_vida.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_reflexiones_de_una_vida.pdf)
- Calle, I., y López, A. (2005). Multidimensionalidad de las actitudes hacia la muerte (PAM-R) en sujetos con VIH/SIDA en el *VIII Congreso Galacico Portugués de Psicopedagogía*. Universidad de Vigo, pp. 2573-2582. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042719e35601281a4b60ad0173>
- Callen, B. L., Mefford, L., Groër, M., y Thomas, S. P. (2011). Relationships among stress, infectious illness, and religiousness/spirituality in community-dwelling older adults. *Research in Gerontological Nursing*, 4(3), 195–206. doi: 10.3928/19404921-20101001-99
- Campbell-Sills, L., y Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019–1028. doi: 10.1002/jts.20271
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(2), 75–81. doi: 10.1093/geronb/61.2.P75
- Cole, M. A. (1979). Sex and marital status differences in death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 9(2), 139–147. doi: 10.2190/UCK0-22QF-9WER-F0TU
- Depaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B., y Fiedler, J. (1992). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies*, 16(6), 537–555. doi: 10.1080/07481189208252597
- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., y Hutsebaut, D. (2008). The role of religion in death attitudes: distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death Studies*, 33(1), 73–92. doi: 10.1080/07481180802494289
- Edo-Gual, M. (2015). *Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya*. (Tesis Doctoral). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/317380>
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., Aradilla-Herrero, A., y Tomás-Sábado, J. (2015). Death attitudes and positive coping in Spanish nursing undergraduates: a cross-sectional and correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2429–2438. doi: 10.1111/jocn.12813
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 21(3), 129–135. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.01.007
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Monforte-Royo, C., y Aradilla-Herrero, A. (2017). Spanish adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care Of the Dying Scale (FATCOD-S) in nursing undergraduates. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. doi: 10.1177/0030222816688294
- Escobar, J. (1999). El morir, como ejercicio final del derecho a una vida digna. *Revista Médico-Legal*, 5(1), 15-18. Recuperado de <http://www.medicolegal.com.co/articulo/subtema/480>
- Farber, S. K., Jackson, C. C., Tabin, J. K., y Bachar, E. (2007). Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanalytic Psychology*, 24(2), 289-305. doi: 10.1037/0736-9735.24.2.289
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45(4), 537-543.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2006). La investigación de la inteligencia emocional en España. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 139-153.

- Fortner, B. V., y Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23(5), 387–411. doi: 10.1080/074811899200920
- Gala, F. J., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J. M., Villaverde, M. C., y Alba, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39–50.
- Gesser, G., Wong, P. T. P., y Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: the development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega - Journal of Death and Dying*, 18(2), 113–128. doi: 10.2190/0DQB-7Q1E-2BER-H6YC
- Gibbs, H. W., y Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety: implications for counseling with terminal cancer patients. *Journal of Counseling Psychology*, 25(6), 563-569. doi: 10.1037/0022-0167.25.6.563
- Gómez, M. (1999). El médico ante la muerte de su enfermo. En M. Gómez (Ed.), *Medicina paliativa en la cultura latina* (pp. 57–68). Madrid, España: Arán.
- Gómez, M. (2006). Medicalización de la muerte. En M. Gómez (Ed.), *El hombre y el médico ante la muerte* (pp. 161-176). Madrid, España: Arán.
- Howells, K., y Field, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social Science and Medicine*, 16(15), 1421–1424. doi: 10.1016/0277-9536(82)90137-X
- Lange, M., Thom, B., y Kline, N. E. (2008). Assessing nurses' attitudes toward death and caring for dying patients in a comprehensive cancer center. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 955-959. doi: 10.1188/08.ONF.955-959
- Lattanner, B., y Hayslip, B. (1985). Occupation-related differences in levels of death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 15(1), 53–66. doi: 10.2190/R4H1-0WJT-V1W3-QUV9
- Lehto, R. H., y Stein, K. F. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1), 23-41. doi: 10.1891/1541-6577.23.1.23
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 37–46.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2006). Relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 267-278.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., y Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 177-188.
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J., y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140. doi: 10.1017/S0033291700002579
- Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28(1), 1–17. doi: 10.1080/07481180490249201
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., y Vickers, M. H. (2013). Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary Nurse*, 45(1), 134–143. doi: 10.5172/conu.2013.3435
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., y Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in Intensive Care Unit (ICU) nurses: results of a

- national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 292–299. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.015
- Morales, K. R. (2014). *Actitud ante la muerte e intensidad de duelo en adultos mayores con pérdida del cónyuge adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 64 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido de marzo a agosto del 2013*. (Tesis Pre-grado). Recuperada de <http://ri.uaemex.mx/handle/123456789/14505>
- Moya, F. J. (2007). *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. (Tesis Doctoral). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10952/65>
- Nazarzadeh, M., Sarokhani, M., y Sayehmiri, K. (2015). The relationship between religious attitudes, fear of death and dying with general health condition: a survey in college students. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1672–1680. doi: 10.1007/s10943-014-9903-6
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., y Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death Studies*, 28(4), 309–340. doi: 10.1080/07481180490432324
- Nienaber, K., y Goedereis, E. (2015). Death anxiety and education: a comparison among undergraduate and graduate students. *Death Studies*, 39(8), 483–490. doi: 10.1080/07481187.2015.1047057
- Pacheco, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados*, 7(14), 27-43. doi: 10.14198/cuid.2003.14.05
- Pérez, R., y Velasco, J. F. (2011). *Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM*. (Tesina, Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C., México, D.F., México). Recuperada de <http://tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/45%20Actitud%20ante%20la%20muerte%20en%20ancianos.pdf>
- Pollak, J. M. (1980). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 10(2), 97–121. doi: 10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58
- Pyne, D. A. (2010). A model of religion and death. *The Journal of Socio-Economics*, 39(1), 46–54. doi: 10.1016/j.socec.2009.08.003
- Ramos, N. S., Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2007). Perceived emotional intelligence facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Cognition and Emotion*, 21(4), 758–772. doi: 10.1080/02699930600845846
- Rasmussen, C. A., y Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology*, 130(2), 141–144. doi: 10.1080/00223980.1996.9914996
- Rasmussen, C. H., y Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: relative relationships to death anxiety. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 29(4), 313–318. doi: 10.2190/D1M9-3W6J-FY33-G3HQ
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., y Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31(6), 549–561. doi: 10.1080/07481180701356936
- Saleem, T., Gul, S., y Saleem, S. (2015). Death anxiety scale; translation and validation in patients with cardiovascular disease. *The Professional Medical Journal*, 22(6), 723-732. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/ec62/e3ee9eacb69859cfa580a881f3222c052bf6.pdf>
- Sinclair, V. G., y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101. doi: 10.1177/1073191103258144

- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. doi: 10.1080/00221309.1970.9920634
- Templer, D. I., Barthlow, V. L., Halcomb, P. H., Ruff, C. F., y Ayers, J. L. (1979). The death anxiety of convicted felons. *Corrective and Social Psychiatry and Journal of Behavior Technology, Methods and Therapy*, 25(1), 18-20.
- Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 91(Supl. 3), 1116-1120. doi: 10.2466/pr0.2002.91.3f.1116
- Tomás-Sábado, J., y Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3), 257-279. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=818725>
- Uribe, A. F. (2007). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. C. Salazar (Eds.), *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*, (pp. 201-224). Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Uribe, A. F., Valderrama, L., y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80130809>
- Vickio, C. J., y Cavanaugh, J. C. (1985). Relationships among death anxiety, attitudes toward aging, and experience with death in nursing home employees. *Journal of Gerontology*, 40(3), 347-349. doi: 10.1093/geronj/40.3.347
- Vilches, L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educación superior. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 9(1), 91-103. doi: 10.5354/0719-0581.2012.18549
- Villasana, K. Y., Cerda, M. A., y Magallanes, M. A. (2013). Actitud ante la muerte en el adulto mayor, en un Centro Diurno de Saltillo, Coahuila. En J. Acevedo, M. A. Trujillo y M. L. López (Coords.), *Problemática de los grupos vulnerables: visiones de la realidad (tomo IV)* (pp. 59-70). Coahuila, México: Universidad Autónoma de Coahuila.
- Wink, P., y Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(4), 207-214. doi: 10.1093/geronb/60.4.P207

## **6 ANEXOS**

### **6.1 ANEXO 1: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Estimado/a participante:

Soy una estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria de la Universidad de Salamanca que se encuentra realizando una investigación cuyo objetivo es conocer las opiniones que tiene la población española mayor de edad acerca de la muerte y el duelo.

Para poder llevar a cabo este estudio su colaboración es fundamental. Esta consistirá en responder con la mayor sinceridad posible a las preguntas que aparecen a continuación. Por favor, lea la pregunta que, a su juicio, más se ajuste a sus opiniones, conocimientos, experiencia sobre el tema, etc. No existen respuestas buenas ni malas, tan sólo reflejan diferentes modos de ser y pensar. El tiempo estimado para rellenar la encuesta es de 15 minutos.

En todo el proceso garantizamos la completa confidencialidad, así como el anonimato de las respuestas. El rellenado del cuestionario requiere que nos de su conformidad para que sus respuestas, totalmente anónimas, sean volcadas junto con otros cuestionarios en bases de datos para poder llevar a cabo el estudio. En ningún caso se incluirán datos identificativos de los implicados en el estudio. Los datos serán utilizados únicamente con una finalidad estadística. Si está de acuerdo en depositarnos su confianza e información, salvaguardando el anonimato y la confidencialidad, continúe respondiendo al cuestionario.

Por favor, trate de responder a todas las preguntas.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

### **6.2 ANEXO 2: SECCIÓN 1 DEL CUESTIONARIO (INFORMACIÓN GENERAL)**

**1. Indique su país de nacimiento: \***

**2. Indique la provincia y/o ciudad en la que vive actualmente: \***

**3. Sexo \***

- Hombre
- Mujer

**4. Edad (marque lo que proceda): \***

- De 18 a 22 años
- De 23 a 27 años
- De 28 a 35 años
- De 36 a 45 años
- De 46 a 55 años
- De 56 a 65 años
- De 66 a 75 años
- Más de 76 años

**5. Estado civil (señale lo que proceda): \***

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Divorciado/a o separado/a
- Conviviendo con pareja (a pesar de ser soltero/a, casado/a, viudo/a o divorciado/a)

**6. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha alcanzado? \***

- Sin estudios
- Estudios primarios / Sin graduado escolar
- Secundaria / Graduado escolar
- Bachillerato o BUP o Formación Profesional (FP)
- Estudios Universitarios (Grado / Diplomatura / Licenciatura)
- Estudios de Postgrado (Máster / Doctorado)

**7. Ocupación: \***

- Estudiante
- Trabajador/a en activo
- Ama/o de casa
- Pensionista
- Desempleado/a
- Jubilado/a
- Otro:

**7a. En caso de haber contestado en la pregunta anterior “estudiante”, ¿nos podría decir el tipo de estudios que está realizando actualmente?**

**7b. En caso de haber contestado afirmativamente en la pregunta “trabajador/a en activo”, ¿nos podría indicar cuál es su profesión?**

**8. ¿Tiene usted hijos/as? \***

- Sí
- No

**9. ¿Tiene usted alguna discapacidad reconocida oficialmente? \***

- Sí
- No

**10. En caso de haber contestado afirmativamente a la pregunta anterior, indicar el tipo de discapacidad:**

- Física
- Intelectual
- Enfermedad mental
- Auditiva
- Visual

**11. En general, ¿cómo diría que es su salud física? \***

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

**12. En general, ¿cómo diría que es su salud psíquica? \***

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

**13. En general, ¿cómo diría que es su calidad de vida? \***

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

**14. En general, ¿cómo diría que es su situación económica? \***

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala

**15. En la actualidad, ¿cree en alguna religión? \***

- Sí
- No

**15b. ¿En cuál? \***

- Ninguna
- Catolicismo
- Budismo
- Judaísmo
- Islamismo
- Evangélica
- Testigos de Jehová
- Otra:

**16. ¿En qué grado practica dicha religión? \***

- Diariamente
- Semanalmente
- Mensualmente
- Esporádicamente
- No soy practicante

**17. ¿Ha habido o actualmente hay algún enfermo grave en su familia? \***

- Sí
- No

**18. ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar próximo o alguien muy querido? \***

- Sí
- No

**19. ¿Ha sufrido/sufre alguna enfermedad grave? \***

- Sí
- No

**20. ¿Ha sufrido algún accidente importante? \***

- Sí
- No



**21. ¿Ha visto morir a alguien? \***

- Sí
- No

**22. Estas situaciones, ¿han modificado su actitud frente a la vida y la muerte?**

- Sí
- No

**23. ¿Cuál diría que es su grado de preocupación hacia la muerte? \***

- Muy alto
- Alto
- Medio
- Bajo
- Muy bajo

**24. ¿Cree en la existencia de otra vida después de la muerte? \***

- Sí
- No

**25. ¿Está de acuerdo en practicar el luto que sigue a la muerte? \***

- Sí
- No

**26. ¿Ha pasado anteriormente o está pasando un proceso de duelo complicado a causa de la muerte de alguien cercano? \***

- Sí
- No

**27. ¿Ha estado en contacto directo con situaciones desagradables relacionadas con la muerte, como guerras o catástrofes naturales? \***

- Sí
- No

**28. ¿Cuánto considera que se cuida usted a sí mismo? \***

- Nada
- Poco, menos de lo que debería
- Lo suficiente
- Bastante
- Mucho
- En exceso

**29. Señale si realiza alguna de las siguientes conductas (marque todas las que procedan): \***

- Fumar más de 20 cigarrillos al día
- Consumir sustancias
- Dormir horas suficientes
- Realizar actividad física moderada (e.g. caminar rápido)
- Practicar deportes o ejercicio
- Destinar tiempo para el ocio
- Tomar alcohol de manera abusiva
- Alimentarse adecuadamente

### 6.3 ANEXO 3: TABLAS DE RESULTADOS

Tabla 3

*Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas por los participantes en el DAS*

	Frecuencia	Porcentaje
0	3	0,8
1	6	1,6
2	3	0,8
3	14	3,7
4	29	7,7
5	17	4,5
6	29	7,7
7	36	9,6
8	44	11,7
9	54	14,4
10	31	8,2
11	39	10,4
12	25	6,6
13	28	7,4
14	12	3,2
15	6	1,6
Total	376	100,0

Tabla 4

*Frecuencias y porcentajes de personas que experimentan baja o alta ansiedad ante la muerte*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Baja ansiedad ante la muerte	101	26,9
	Alta ansiedad ante la muerte	110	29,3
	Total	211	56,1
Perdidos	Sistema	165	43,9
Total		376	100,0

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos en función del miedo a la muerte propia y ajena*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Miedo a la muerte propia	376	7	35	21,55	7,183
Miedo al proceso de morir propio	376	7	35	25,26	6,661
Miedo a la muerte de otros	376	9	35	28,20	5,319
Miedo al proceso de morir de otros	376	9	35	26,48	5,512
N válido (según lista)	376				

Tabla 6

*Estadísticos descriptivos en función de las actitudes hacia la muerte*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Miedo a la muerte	376	1	7	3,60	1,529
Evitación de la muerte	376	1	7	3,62	1,693
Aceptación de acercamiento	376	1	7	2,90	1,638
Aceptación de escape	376	1	7	3,33	1,644
Aceptación neutral	376	1	7	4,81	1,539
N válido (según lista)	376				

Tabla 7

*Frecuencias y porcentajes de las variables contextuales*

		Frecuencia	Porcentaje
Creencias religiosas	Sí	191	50,8
	No	185	49,2
Tipo de religión	Ninguna	182	48,4
	Catolicismo	191	50,8
	Budismo	1	0,3
	Islamismo	1	0,3
	Otras	1	0,3
Sentido de trascendencia (creencia en otra vida después de la muerte)	Sí	147	39,1
	No	229	60,9
Experiencias previas con la muerte (pérdida de familiares o seres queridos)	Sí	323	85,9
	No	53	14,1
Grado de preocupación hacia la muerte	Muy alto	23	6,1
	Alto	82	21,8
	Medio	174	46,3
	Bajo	64	17,0
	Muy bajo	33	8,8

Tabla 8

*Frecuencias y porcentajes de personas que experimentan baja o alta resiliencia*

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Baja resiliencia	103	27,4
	Alta resiliencia	103	27,4
	Total	206	54,8
Perdidos	Sistema	170	45,2
Total		376	100,0

Tabla 9

*Frecuencias y porcentajes de la salud física y psicológica*

		Frecuencia	Porcentaje
Salud física	Muy buena	54	14,4
	Buena	237	63,0
	Regular	77	20,5
	Mala	8	2,1
	Muy mala	0	0,0
Salud psicológica	Muy buena	62	16,5
	Buena	231	61,4
	Regular	68	18,1
	Mala	12	3,2
	Muy mala	3	0,8

Tabla 10

*Frecuencias y porcentajes de autocuidado*

Percepción de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Nada	4	1,1
Poco, menos de lo que debería	90	23,9
Lo suficiente	148	39,4
Bastante	96	25,5
Mucho	37	9,8
En exceso	1	0,3
Total	376	100,0

Tabla 11

*Frecuencias y porcentajes de personas susceptibles de padecer un problema clínicamente significativo según los cuatro factores del GHQ-28*

	No caso		Caso	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas somáticos	281	74,7	95	25,3
Ansiedad-Insomnio	201	53,5	175	46,5
Disfunción social	363	96,5	13	3,5
Depresión	329	87,5	47	12,5

Tabla 12

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según el sexo*

		Sexo	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte		Media	7,2330	,33406	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6,5704	
			Límite superior	7,8956	
		Media recortada al 5%		7,2697	
		Mediana		7,0000	
		Varianza		11,494	
	Hombre	Desviación típica		3,39031	
		Mínimo		,00	
		Máximo		14,00	
		Rango		14,00	
		Amplitud intercuartil		4,00	
		Asimetría		-,127	,238
		Curtosis		-,417	,472
		Media		8,9194	,18727
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,5507	
			Límite superior	9,2881	
		Media recortada al 5%		8,9512	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		9,574	
Mujer	Desviación típica		3,09425		
	Mínimo		1,00		
	Máximo		15,00		
	Rango		14,00		
	Amplitud intercuartil		4,00		
	Asimetría		-,203	,147	
	Curtosis		-,610	,294	

Tabla 13

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo a la muerte propia según el sexo*

		Sexo	Estadístico	Error típico	
Miedo a la muerte propia	Hombre	Media	19,63	,698	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	18,25 21,02	
		Media recortada al 5%		19,58	
		Mediana		19,00	
		Varianza		50,157	
		Desviación típica		7,082	
		Mínimo		7	
		Máximo		35	
		Rango		28	
		Amplitud intercuartil		11	
	Asimetría		,114	,238	
	Curtosis		-,913	,472	
	Mujer	Media		22,27	,430
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	21,42 23,11	
		Media recortada al 5%		22,29	
		Mediana		22,00	
		Varianza		50,417	
		Desviación típica		7,101	
		Mínimo		7	
		Máximo		35	
Rango			28		
Amplitud intercuartil			10		
Asimetría		-,041	,147		
Curtosis		-,842	,294		

Tabla 14

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo al proceso de morir propio según el sexo*

		Sexo	Estadístico	Error típico	
Miedo al proceso de morir propio	Hombre	Media	23,45	,682	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	22,09 24,80	
		Media recortada al 5%		23,55	
		Mediana		24,00	
		Varianza		47,916	
		Desviación típica		6,922	
		Mínimo		9	
		Máximo		35	
		Rango		26	
		Amplitud intercuartil		10	
	Asimetría		-,226	,238	
	Curtosis		-,760	,472	
	Mujer	Media		25,94	,390
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	25,17 26,71	
		Media recortada al 5%		26,31	
		Mediana		27,00	
		Varianza		41,492	
		Desviación típica		6,441	
		Mínimo		7	
		Máximo		35	
Rango			28		
Amplitud intercuartil			9		
Asimetría		-,666	,147		
Curtosis		,142	,294		

Tabla 15

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo a la muerte de otros según el sexo*

		Sexo	Estadístico	Error típico	
Miedo a la muerte de otros	Hombre	Media	26,89	,523	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,86	
			Límite superior	27,93	
		Media recortada al 5%	27,17		
		Mediana	27,00		
		Varianza	28,155		
		Desviación típica	5,306		
		Mínimo	12		
		Máximo	35		
		Rango	23		
	Amplitud intercuartil	7			
	Asimetría	-,696	,238		
	Curtosis	,202	,472		
	Mujer	Media	28,69	,318	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	28,06	
			Límite superior	29,31	
		Media recortada al 5%	29,07		
		Mediana	29,00		
		Varianza	27,553		
		Desviación típica	5,249		
Mínimo		9			
Máximo		35			
Rango		26			
Amplitud intercuartil	7				
Asimetría	-,875	,147			
Curtosis	,568	,294			

Tabla 16

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo al proceso de morir de otros según el sexo*

		Sexo	Estadístico	Error típico	
Miedo al proceso de morir de otros	Hombre	Media	24,72	,526	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	23,68	
			Límite superior	25,76	
		Media recortada al 5%	24,82		
		Mediana	25,00		
		Varianza	28,479		
		Desviación típica	5,337		
		Mínimo	11		
		Máximo	35		
		Rango	24		
	Amplitud intercuartil	6			
	Asimetría	-,210	,238		
	Curtosis	-,327	,472		
	Mujer	Media	27,15	,329	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	26,50	
			Límite superior	27,79	
		Media recortada al 5%	27,41		
		Mediana	28,00		
		Varianza	29,581		
		Desviación típica	5,439		
Mínimo		9			
Máximo		35			
Rango		26			
Amplitud intercuartil	7				
Asimetría	-,643	,147			
Curtosis	-,082	,294			

Tabla 17

*Frecuencias y porcentajes de los cuatro grupos de la variable edad*

	Frecuencia	Porcentaje
Jóvenes (de 18 a 22 años)	96	25,5
Adultos jóvenes (de 23 a 27 años)	91	24,2
Adultos (de 28 a 65 años)	119	31,6
Mayores (de 66 años en adelante)	70	18,6
Total	376	100,0

Tabla 18

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según la edad*

		Edad	Estadístico	Error típico		
Ansiedad ante la muerte	Joven (de 18 a 22 años)	Media	8,3854	,34678		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,6970 9,0739		
		Media recortada al 5%		8,4491		
		Mediana		9,0000		
		Varianza		11,545		
		Desviación típica		3,39774		
		Mínimo		1,00		
		Máximo		15,00		
		Rango		14,00		
		Amplitud intercuartil		5,00		
		Asimetría		-,237	,246	
		Curtosis		-,731	,488	
		Adulto joven (de 23 a 27 años)	Media		8,1978	,35159
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,4993 8,8963	
			Media recortada al 5%		8,2198	
	Mediana			8,0000		
	Varianza			11,249		
	Desviación típica			3,35400		
	Mínimo			1,00		
	Máximo			15,00		
	Rango			14,00		
	Amplitud intercuartil			5,00		
	Asimetría			-,105	,253	
	Curtosis			-,628	,500	
	Adultos (de 28 a 65 años)		Media		8,6218	,31281
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	8,0024 9,2413	
			Media recortada al 5%		8,7007	
		Mediana		9,0000		
		Varianza		11,644		
		Desviación típica		3,41232		
		Mínimo		,00		
		Máximo		15,00		
		Rango		15,00		
		Amplitud intercuartil		5,00		
		Asimetría		-,334	,222	
		Curtosis		-,387	,440	
		Mayores (de 66 años en adelante)	Media		8,6143	,32000
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,9759 9,2527	
			Media recortada al 5%		8,6111	
	Mediana			9,0000		
Varianza			7,168			

Desviación típica	2,67730	
Mínimo	1,00	
Máximo	15,00	
Rango	14,00	
Amplitud intercuartil	3,25	
Asimetría	-,086	,287
Curtosis	,236	,566

Tabla 19

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo a la muerte propia según la edad*

		Edad	Estadístico	Error típico		
Miedo a la muerte propia	Jóvenes (de 18 a 22 años)	Media	22,60	,696		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	21,22 23,99		
		Media recortada al 5%		22,74		
		Mediana		23,00		
		Varianza		46,536		
		Desviación típica		6,822		
		Mínimo		7		
		Máximo		35		
		Rango		28		
		Amplitud intercuartil		10		
		Asimetría		-,154	,246	
		Curtosis		-,657	,488	
		Adultos jóvenes (de 23 a 27 años)	Media		22,29	,750
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	20,80 23,78	
			Media recortada al 5%		22,33	
	Mediana			23,00		
	Varianza			51,140		
	Desviación típica			7,151		
	Mínimo			7		
	Máximo			35		
	Rango			28		
	Amplitud intercuartil			11		
	Asimetría			-,166	,253	
	Curtosis			-,866	,500	
	Adultos (de 28 a 65 años)		Media		22,21	,683
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	20,86 23,56	
			Media recortada al 5%		22,25	
		Mediana		22,00		
		Varianza		55,523		
		Desviación típica		7,451		
Mínimo			7			
Máximo			35			
Rango			28			
Amplitud intercuartil			13			
Asimetría			-,010	,222		
Curtosis			-,908	,440		
Mayores (de 66 años en adelante)		Media		18,00	,745	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	16,51 19,49		
		Media recortada al 5%		17,88		
	Mediana		17,00			
	Varianza		38,899			
	Desviación típica		6,237			
	Mínimo		7			
	Máximo		32			



Rango	25	
Amplitud intercuartil	9	
Asimetría	,266	,287
Curtosis	-,719	,566

Tabla 20

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo al proceso de morir propio según la edad*

		Edad	Estadístico	Error típico		
Miedo al proceso de morir propio	Jóvenes (de 18 a 22 años)	Media	25,32	,667		
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	24,00 26,65		
		Media recortada al 5%		25,67		
		Mediana		26,00		
		Varianza		42,684		
		Desviación típica		6,533		
		Mínimo		7		
		Máximo		35		
		Rango		28		
		Amplitud intercuartil		7		
		Asimetría		-,773	,246	
		Curtosis		,214	,488	
		Adultos jóvenes (de 23 a 27 años)	Media		24,44	,660
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	23,13 25,75	
	Media recortada al 5%			24,61		
	Mediana			25,00		
	Varianza			39,671		
	Desviación típica			6,299		
	Mínimo			7		
	Máximo			35		
	Rango			28		
	Amplitud intercuartil			9		
	Asimetría			-,383	,253	
	Curtosis			-,247	,500	
	Adultos (de 28 a 65 años)		Media		25,24	,639
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	23,98 26,51	
		Media recortada al 5%		25,48		
		Mediana		25,00		
Varianza			48,93			
Desviación típica			6,971			
Mínimo			7			
Máximo			35			
Rango			28			
Amplitud intercuartil			11			
Asimetría			-,328	,222		
Curtosis			-,817	,440		
Mayores (de 66 años en adelante)		Media		26,24	,807	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	24,63 27,85		
	Media recortada al 5%		26,76			
	Mediana		27,00			
	Varianza		45,636			
	Desviación típica		6,755			
	Mínimo		7			
	Máximo		35			
	Rango		28			
	Amplitud intercuartil		9			
	Asimetría		-,939	,287		
	Curtosis		,865	,566		

Tabla 21

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo a la muerte de otros según la edad*

		Edad	Estadístico	Error típico	
Miedo a la muerte de otros	Jóvenes (de 18 a 22 años)	Media	28,73	,465	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27,81	
			Límite superior	29,65	
		Media recortada al 5%	28,98		
		Mediana	29,00		
		Varianza	20,747		
		Desviación típica	4,555		
		Mínimo	16		
		Máximo	35		
		Rango	19		
		Amplitud intercuartil	6		
		Asimetría	-,589	,246	
		Curtosis	-,001	,488	
		Adultos jóvenes (de 23 a 27 años)	Media	28,13	,609
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	26,92	
			Límite superior	29,34	
	Media recortada al 5%		28,58		
	Mediana		29,00		
	Varianza		33,805		
	Desviación típica		5,814		
	Mínimo		12		
	Máximo		35		
	Rango		23		
	Amplitud intercuartil		8		
	Asimetría		-,908	,253	
	Curtosis		,453	,500	
	Adultos (de 28 a 65 años)		Media	27,55	,512
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	26,53	
			Límite superior	28,56	
		Media recortada al 5%	27,86		
		Mediana	29,00		
		Varianza	31,250		
Desviación típica		5,590			
Mínimo		9			
Máximo		35			
Rango		26			
Amplitud intercuartil		7			
Asimetría		-,719	,222		
Curtosis		,143	,440		
Mayores (de 66 años en adelante)		Media	28,66	,613	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	27,43		
		Límite superior	29,88		
	Media recortada al 5%	29,04			
	Mediana	29,00			
	Varianza	26,287			
	Desviación típica	5,127			
	Mínimo	15			
	Máximo	35			
	Rango	20			
	Amplitud intercuartil	7			
	Asimetría	-,811	,287		
	Curtosis	,517	,566		

Tabla 22

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en miedo al proceso de morir de otros según la edad*

		Edad	Estadístico	Error típico	
Miedo al proceso de morir de otros	Jóvenes (de 18 a 22 años)	Media	26,02	,570	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	24,89	
			Límite superior	27,15	
		Media recortada al 5%	26,27		
		Mediana	27,00		
		Varianza	31,179		
		Desviación típica	5,584		
		Mínimo	9		
		Máximo	35		
		Rango	26		
		Amplitud intercuartil	9		
		Asimetría	-,606	,246	
		Curtosis	,007	,488	
	Adultos jóvenes (de 23 a 27 años)	Media	26,58	,534	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,52	
			Límite superior	27,64	
		Media recortada al 5%	26,75		
		Mediana	27,00		
		Varianza	25,913		
		Desviación típica	5,090		
		Mínimo	13		
		Máximo	35		
		Rango	22		
		Amplitud intercuartil	8		
		Asimetría	-,505	,253	
		Curtosis	-,311	,500	
	Adultos (de 28 a 65 años)	Media	26,90	,537	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	25,83	
			Límite superior	27,96	
		Media recortada al 5%	27,18		
		Mediana	28,00		
		Varianza	34,380		
Desviación típica		5,863			
Mínimo		12			
Máximo		35			
Rango		23			
Amplitud intercuartil		8			
Asimetría		-,611	,222		
Curtosis		-,379	,440		
Mayores (de 66 años en adelante)	Media	26,27	,643		
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	24,99		
		Límite superior	27,55		
	Media recortada al 5%	26,41			
	Mediana	26,00			
	Varianza	28,925			
	Desviación típica	5,378			
	Mínimo	15			
	Máximo	35			
	Rango	20			
	Amplitud intercuartil	7			
	Asimetría	-,132	,287		
	Curtosis	-,469	,566		

Tabla 23

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según el estado civil*

		Estado civil	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte	Soltero/a	Media	8,2893	,24377	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,8086	
			Límite superior	8,7701	
		Media recortada al 5%	8,3770		
		Mediana	8,0000		
		Varianza	11,707		
		Desviación típica	3,42150		
		Mínimo	,00		
		Máximo	15,00		
		Rango	15,00		
		Amplitud intercuartil	5,00		
		Asimetría	-,285	,173	
		Curtosis	-,490	,345	
		Ansiedad ante la muerte	Casado/a	Media	8,8512
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			8,3050	
	Límite superior			9,3975	
Media recortada al 5%	8,8531				
Mediana	9,0000				
Varianza	9,211				
Desviación típica	3,03497				
Mínimo	3,00				
Máximo	15,00				
Rango	12,00				
Amplitud intercuartil	4,00				
Asimetría	-,054			,220	
Curtosis	-,546			,437	
Ansiedad ante la muerte	Viudo/a			Media	8,9500
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,7595	
			Límite superior	10,1405	
		Media recortada al 5%	8,9444		
		Mediana	9,0000		
		Varianza	6,471		
		Desviación típica	2,54383		
		Mínimo	5,00		
		Máximo	13,00		
		Rango	8,00		
		Amplitud intercuartil	4,00		
		Asimetría	-,045	,512	
		Curtosis	-1,326	,992	
		Ansiedad ante la muerte	Divorciado/a-separado/a	Media	7,2857
Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior			4,4747	
	Límite superior			10,0967	
Media recortada al 5%	7,1508				
Mediana	6,0000				
Varianza	9,238				
Desviación típica	3,03942				
Mínimo	4,00				
Máximo	13,00				
Rango	9,00				
Amplitud intercuartil	4,00				
Asimetría	1,166			,794	
Curtosis	1,295			1,587	
Ansiedad ante la muerte	Conviviendo con pareja			Media	7,9355
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	6,6580	
			Límite superior	9,2129	
Media recortada al 5%	7,9839				

Mediana	8,0000	
Varianza	12,129	
Desviación típica	3,48268	
Mínimo	1,00	
Máximo	14,00	
Rango	13,00	
Amplitud intercuartil	5,00	
Asimetría	-,231	,421
Curtosis	-,765	,821

Tabla 24

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según el nivel educativo*

		Nivel educativo	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte	Sin estudios	Media	8,6923	,60197	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,4525 9,9321	
		Media recortada al 5%		8,7179	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		9,422	
		Desviación típica		3,06945	
		Mínimo		1,00	
		Máximo		15,00	
		Rango		14,00	
		Amplitud intercuartil		3,50	
		Asimetría		,072	,456
		Curtosis		,967	,887
	Estudios primarios/sin graduado escolar	Media		9,1282	,45762
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	8,2018 10,0546	
		Media recortada al 5%		9,1709	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		8,167	
		Desviación típica		2,85786	
		Mínimo		3,00	
		Máximo		14,00	
Rango			11,00		
Amplitud intercuartil			4,00		
Asimetría			-,286	,378	
Curtosis			-,377	,741	
Estudios secundarios/graduado escolar	Media		8,3750	,42696	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,5161 9,2339		
	Media recortada al 5%		8,4306		
	Mediana		9,0000		
	Varianza		8,750		
	Desviación típica		2,95804		
	Mínimo		1,00		
	Máximo		14,00		
	Rango		13,00		
	Amplitud intercuartil		5,00		
	Asimetría		-,183	,343	
	Curtosis		-,407	,674	
Bachillerato/BUP/FP	Media		8,1000	,43745	
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,2273 8,9727		
	Media recortada al 5%		8,1587		
	Mediana		9,0000		
	Varianza		13,396		
	Desviación típica		3,66001		

	Mínimo		,00	
	Máximo		15,00	
	Rango		15,00	
	Amplitud intercuartil		6,25	
	Asimetría		-,197	,287
	Curtosis		-,596	,566
	Media		8,4000	,27077
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,8648	
		Límite superior	8,9352	
	Media recortada al 5%		8,4751	
	Mediana		8,0000	
	Varianza		10,631	
Estudios universitarios	Desviación típica		3,26045	
	Mínimo		,00	
	Máximo		14,00	
	Rango		14,00	
	Amplitud intercuartil		4,50	
	Asimetría		-,297	,201
	Curtosis		-,597	,400
	Media		8,5625	,49277
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,5712	
		Límite superior	9,5538	
	Media recortada al 5%		8,5694	
	Mediana		9,0000	
	Varianza		11,656	
Estudios de postgrado	Desviación típica		3,41403	
	Mínimo		1,00	
	Máximo		15,00	
	Rango		14,00	
	Amplitud intercuartil		5,00	
	Asimetría		-,044	,343
	Curtosis		-,672	,674

Tabla 25

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según las creencias religiosas*

		Creencias religiosas	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte	Sí	Media	9,0785	,22121	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,6422	
			Límite superior	9,5149	
		Media recortada al 5%		9,1338	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		9,346	
		Desviación típica		3,05719	
		Mínimo	1,00		
		Máximo	15,00		
		Rango	14,00		
		Amplitud intercuartil	4,00		
		Asimetría	-,264	,176	
		Curtosis	-,334	,350	
	No	Media		7,8162	,24623
Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	7,3304		
		Límite superior	8,3020		
Media recortada al 5%			7,8754		
Mediana			8,0000		
Varianza			11,216		
Desviación típica			3,34904		
	Mínimo	,00			
	Máximo	15,00			
	Rango	15,00			

Amplitud intercuartil	5,00	
Asimetría	-,131	,179
Curtosis	-,597	,355

Tabla 26

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según las experiencias previas con la muerte*

		Experiencias previas con la muerte	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte	Sí	Media	8,4427	,18254	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,0836	
			Límite superior	8,8019	
		Media recortada al 5%		8,4983	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		10,763	
		Desviación típica		3,28070	
		Mínimo		,00	
		Máximo		15,00	
		Rango		15,00	
		Amplitud intercuartil		5,00	
		Asimetría		-,230	,136
		Curtosis		-,394	,271
		No	Media		8,5472
	Intervalo de confianza para la media al 95%		Límite inferior	7,6729	
			Límite superior	9,4214	
	Media recortada al 5%			8,5870	
	Mediana			9,0000	
	Varianza			10,060	
	Desviación típica			3,17179	
	Mínimo			3,00	
	Máximo			14,00	
	Rango			11,00	
	Amplitud intercuartil			5,00	
	Asimetría			-,228	,327
	Curtosis		-1,022	,644	

Tabla 27

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según la salud física percibida*

		Salud física percibida	Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte	Muy buena	Media	8,1852	,45023	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,2821	
			Límite superior	9,0882	
		Media recortada al 5%		8,2757	
		Mediana		9,0000	
		Varianza		10,946	
		Desviación típica		3,30850	
		Mínimo		,00	
		Máximo		15,00	
		Rango		15,00	
		Amplitud intercuartil		3,25	
		Asimetría		-,439	,325
	Curtosis		,127	,639	
	Buena	Media		8,4388	,21479
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,0157	
			Límite superior	8,8620	
		Media recortada al 5%		8,4923	
		Varianza		9,0000	

			Desviación típica	3,30662	
			Mínimo	,00	
			Máximo	15,00	
			Rango	15,00	
			Amplitud intercuartil	5,00	
			Asimetría	-,235	,158
			Curtosis	-,545	,315
			Media	8,6753	,36247
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 7,9534 Límite superior 9,3973	
			Media recortada al 5%	8,6948	
			Mediana	9,0000	
			Varianza	10,117	
Regular			Desviación típica	3,18070	
			Mínimo	2,00	
			Máximo	15,00	
			Rango	13,00	
			Amplitud intercuartil	4,50	
			Asimetría	-,038	,274
			Curtosis	-,757	,541
			Media	8,7500	,95898
			Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 6,4824 Límite superior 11,0176	
			Media recortada al 5%	8,7778	
			Mediana	8,5000	
			Varianza	7,357	
Mala			Desviación típica	2,71241	
			Mínimo	4,00	
			Máximo	13,00	
			Rango	9,00	
			Amplitud intercuartil	3,50	
			Asimetría	-,222	,752
			Curtosis	,632	1,481

Tabla 28

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según la salud psicológica percibida*

		Salud psicológica percibida	Estadístico	Error típico
		Media	7,5968	,47378
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 6,6494 Límite superior 8,5441	
		Media recortada al 5%	7,6631	
		Mediana	8,0000	
		Varianza	13,917	
Muy buena		Desviación típica	3,73051	
		Mínimo	,00	
		Máximo	15,00	
		Rango	15,00	
		Amplitud intercuartil	5,00	
Ansiedad ante la muerte		Asimetría	-,224	,304
		Curtosis	-,495	,599
		Media	8,7143	,20830
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 8,3039 Límite superior 9,1247	
		Media recortada al 5%	8,7403	
		Mediana	9,0000	
		Varianza	10,022	
Buena		Desviación típica	3,16581	
		Mínimo	1,00	
		Máximo	15,00	



		Rango	14,00	
		Amplitud intercuartil	4,00	
		Asimetría	-,123	,160
		Curtosis	-,709	,319
		Media	8,4118	,36122
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	7,6908 9,1328
		Media recortada al 5%	8,4575	
		Mediana	9,0000	
		Varianza	8,873	
Regular		Desviación típica	2,97871	
		Mínimo	1,00	
		Máximo	15,00	
		Rango	14,00	
		Amplitud intercuartil	5,00	
		Asimetría	-,292	,291
		Curtosis	-,293	,574
		Media	8,0000	1,13485
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	5,5022 10,4978
		Media recortada al 5%	8,1111	
		Mediana	8,5000	
		Varianza	15,455	
Mala		Desviación típica	3,93123	
		Mínimo	1,00	
		Máximo	13,00	
		Rango	12,00	
		Amplitud intercuartil	7,25	
		Asimetría	-,280	,637
		Curtosis	-,628	1,232
		Media	9,3333	,88192
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	5,5388 13,1279
		Media recortada al 5%	.	
		Mediana	9,0000	
		Varianza	2,333	
Muy mala		Desviación típica	1,52753	
		Mínimo	8,00	
		Máximo	11,00	
		Rango	3,00	
		Amplitud intercuartil	.	
		Asimetría	,935	1,225
		Curtosis	.	.

Tabla 29

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte según la calidad de vida percibida*

		Calidad de vida percibida	Estadístico	Error típico
		Media	7,9388	,50961
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	6,9141 8,9634
		Media recortada al 5%	8,0204	
		Mediana	9,0000	
		Varianza	12,725	
Ansiedad ante la muerte	Muy buena	Desviación típica	3,56726	
		Mínimo	,00	
		Máximo	14,00	
		Rango	14,00	
		Amplitud intercuartil	6,00	
		Asimetría	-,419	,340

	Curtosis		-,646	,668
	Media		8,3442	,19426
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	7,9618	
		Límite superior	8,7266	
	Media recortada al 5%		8,3824	
	Mediana		8,0000	
	Varianza		10,416	
Buena	Desviación típica		3,22733	
	Mínimo		,00	
	Máximo		15,00	
	Rango		15,00	
	Amplitud intercuartil		5,00	
	Asimetría		-,133	,147
	Curtosis		-,503	,292
	Media		9,8261	,41506
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	8,9901	
		Límite superior	10,6621	
	Media recortada al 5%		9,8937	
	Mediana		9,0000	
	Varianza		7,925	
Regular	Desviación típica		2,81507	
	Mínimo		3,00	
	Máximo		15,00	
	Rango		12,00	
	Amplitud intercuartil		4,25	
	Asimetría		-,308	,350
	Curtosis		-,026	,688
	Media		7,2000	1,52971
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	2,9529	
		Límite superior	11,4471	
	Media recortada al 5%		7,2778	
	Mediana		9,0000	
	Varianza		11,700	
Mala	Desviación típica		3,42053	
	Mínimo		3,00	
	Máximo		10,00	
	Rango		7,00	
	Amplitud intercuartil		6,50	
	Asimetría		-,595	,913
	Curtosis		-2,983	2,000

Tabla 30

*Correlaciones relevantes entre las actitudes, la ansiedad y el miedo hacia la muerte con variables como la inteligencia emocional, la resiliencia y la salud biopsicosocial*

VARIABLES RELACIONADAS	CORRELACIÓN
Aceptación de acercamiento – Ansiedad ante la muerte	,209
Aceptación de acercamiento – Miedo a la muerte propia	,120
Evitación de la muerte – Ansiedad ante la muerte	,435
Evitación de la muerte – Miedo a la muerte propia	,300
Evitación de la muerte – Miedo al proceso de morir propio	,258
Evitación de la muerte – Miedo a la muerte de otros	,219
Evitación de la muerte – Miedo al proceso de morir de otros	,295
Evitación de la muerte – Resiliencia	-,119
Aceptación de escape – Miedo a la muerte de otros	,131
Aceptación de escape – Resiliencia	-,248
Aceptación de escape – Ansiedad/insomnio	,122
Aceptación de escape – Depresión	,180
Miedo a la muerte – Ansiedad ante la muerte	,576
Miedo a la muerte – Miedo a la muerte propia	,488

Miedo a la muerte – Miedo al proceso de morir propio	,402
Miedo a la muerte – Miedo a la muerte de otros	,248
Miedo a la muerte – Miedo al proceso de morir de otros	,296
Miedo a la muerte – Atención emocional	,172
Miedo a la muerte – Resiliencia	-,113
Miedo a la muerte – Ansiedad/insomnio	,148
Aceptación neutral – Ansiedad ante la muerte	-,221
Aceptación neutral – Miedo a la muerte propia	-,328
Aceptación neutral – Miedo al propio proceso de morir	-,136
Aceptación neutral – Miedo a la muerte de otros	-,127
Aceptación neutral – Miedo al proceso de morir de otros	-,178
Aceptación neutral – Atención emocional	,128
Aceptación neutral – Claridad emocional	,179
Aceptación neutral – Reparación emocional	,198
Aceptación neutral – Síntomas somáticos	-,114
Aceptación neutral – Ansiedad/insomnio	-,125
Ansiedad ante la muerte – Miedo a la muerte propia	,605
Ansiedad ante la muerte – Miedo al proceso de morir propio	,504
Ansiedad ante la muerte – Miedo a la muerte de otros	,375
Ansiedad ante la muerte – Miedo al proceso de morir de otros	,476
Ansiedad ante la muerte – Atención emocional	,189
Ansiedad ante la muerte – Reparación emocional	-,172
Ansiedad ante la muerte – Resiliencia	-,218
Ansiedad ante la muerte – Síntomas somáticos	,229
Ansiedad ante la muerte – Ansiedad/insomnio	,273
Ansiedad ante la muerte – Depresión	,130
Miedo a la muerte propia – Atención emocional	,224
Miedo a la muerte propia – Síntomas somáticos	,184
Miedo a la muerte propia – Ansiedad/insomnio	,200
Miedo al proceso de morir propio – Atención emocional	,166
Miedo al proceso de morir propio – Resiliencia	-,145
Miedo al proceso de morir propio – Síntomas somáticos	,205
Miedo al proceso de morir propio – Ansiedad/insomnio	,211
Miedo a la muerte de otros – Atención emocional	,131
Miedo a la muerte de otros – Resiliencia	-,187
Miedo a la muerte de otros – Síntomas somáticos	,129
Miedo a la muerte de otros – Ansiedad/insomnio	,204
Miedo a la muerte de otros – Disfunción social	,165
Miedo a la muerte de otros – Depresión	,156
Miedo al proceso de morir de otros – Atención emocional	,142
Miedo al proceso de morir de otros – Claridad emocional	-,111
Miedo al proceso de morir de otros – Reparación emocional	-,115
Miedo al proceso de morir de otros – Resiliencia	-,184
Miedo al proceso de morir de otros – Síntomas somáticos	,193
Miedo al proceso de morir de otros – Ansiedad/insomnio	,270
Miedo al proceso de morir de otros – Disfunción social	,145
Miedo al proceso de morir de otros – Depresión	,179

Tabla 31

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en las cuatro variables de salud biopsicosocial según la ansiedad ante la muerte alta o baja*

		Ansiedad ante la muerte	Estadístico	Error típico
		Media	3,26	,220
		Intervalo de confianza para	2,82	
		la media al 95%	3,69	
Síntomas	Baja ansiedad	Media recortada al 5%	3,23	
somáticos	ante la muerte	Mediana	4,00	
		Varianza	4,873	
		Desviación típica	2,208	

		Mínimo	0	
		Máximo	7	
		Rango	7	
		Amplitud intercuartil	4	
		Asimetría	-,101	,240
		Curtosis	-1,219	,476
		Media	4,45	,172
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 4,10 Límite superior 4,79	
		Media recortada al 5%	4,52	
		Mediana	5,00	
		Varianza	3,258	
		Desviación típica	1,805	
	Alta ansiedad ante la muerte	Mínimo	0	
		Máximo	7	
		Rango	7	
		Amplitud intercuartil	3	
		Asimetría	-,444	,230
		Curtosis	-,594	,457
		Media	3,95	,228
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 3,50 Límite superior 4,40	
		Media recortada al 5%	4,00	
		Mediana	4,00	
		Varianza	5,228	
		Desviación típica	2,286	
	Baja ansiedad ante la muerte	Mínimo	0	
		Máximo	7	
		Rango	7	
		Amplitud intercuartil	4	
		Asimetría	-,337	,240
		Curtosis	-,964	,476
		Media	5,30	,195
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 4,91 Límite superior 5,69	
		Media recortada al 5%	5,48	
		Mediana	6,00	
		Varianza	4,175	
		Desviación típica	2,043	
	Alta ansiedad ante la muerte	Mínimo	0	
		Máximo	7	
		Rango	7	
		Amplitud intercuartil	3	
		Asimetría	-1,099	,230
		Curtosis	,202	,457
		Media	1,75	,149
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior 1,46 Límite superior 2,05	
		Media recortada al 5%	1,57	
		Mediana	1,00	
		Varianza	2,248	
		Desviación típica	1,499	
	Baja ansiedad ante la muerte	Mínimo	0	
		Máximo	7	
		Rango	7	
		Amplitud intercuartil	1	
		Asimetría	2,069	,240
		Curtosis	3,834	,476
	Alta ansiedad ante la muerte	Media	1,84	,131
		Intervalo de confianza para	Límite inferior 1,58	

		la media al 95%	Límite superior	2,10	
		Media recortada al 5%		1,72	
		Mediana		1,00	
		Varianza		1,900	
		Desviación típica		1,378	
		Mínimo		0	
		Máximo		7	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		1	
		Asimetría		1,499	,230
		Curtosis		1,868	,457
		Media		1,48	,215
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,05	
			Límite superior	1,90	
		Media recortada al 5%		1,25	
		Mediana		,00	
	Baja ansiedad ante la muerte	Varianza		4,672	
		Desviación típica		2,161	
		Mínimo		0	
		Máximo		7	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		2	
		Asimetría		1,426	,240
		Curtosis		,808	,476
Depresión		Media		2,19	,217
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior	1,76	
			Límite superior	2,62	
		Media recortada al 5%		2,05	
		Mediana		2,00	
		Varianza		5,183	
	Alta ansiedad ante la muerte	Desviación típica		2,277	
		Mínimo		0	
		Máximo		7	
		Rango		7	
		Amplitud intercuartil		3	
		Asimetría		,814	,230
		Curtosis		-,557	,457

Tabla 32

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en resiliencia según la ansiedad ante la muerte alta o baja*

		Ansiedad ante la muerte	Estadístico	Error típico
		Media	28,30	,659
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	26,99 29,60
		Media recortada al 5%		28,51
		Mediana		28,00
	Baja ansiedad ante la muerte	Varianza		43,871
		Desviación típica		6,624
		Mínimo		6
		Máximo		40
		Rango		34
		Amplitud intercuartil		10
		Asimetría		-,472
		Curtosis		,305
Resiliencia		Media		25,01
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	23,76 26,26
		Media recortada al 5%		25,17
		Mediana		26,00

Varianza	43,532	
Desviación típica	6,598	
Mínimo	4	
Máximo	39	
Rango	35	
Amplitud intercuartil	10	
Asimetría	-,418	,230
Curtosis	,134	,457

Tabla 33

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en las tres variables de inteligencia emocional según la ansiedad ante la muerte alta o baja*

		Ansiedad ante la muerte	Estadístico	Error típico	
Atención emocional	Baja ansiedad ante la muerte	Media	22,29	,649	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	21,00 23,58	
		Media recortada al 5%		22,41	
		Mediana		23,00	
		Varianza		42,607	
		Desviación típica		6,527	
		Mínimo		9	
		Máximo		34	
		Rango		25	
		Amplitud intercuartil		11	
		Asimetría		-,199	,240
		Curtosis		-,915	,476
	Alta ansiedad ante la muerte	Media		25,26	,651
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	23,97 26,55	
		Media recortada al 5%		25,28	
		Mediana		25,00	
		Varianza		46,673	
		Desviación típica		6,832	
		Mínimo		11	
		Máximo		40	
		Rango		29	
		Amplitud intercuartil		11	
		Asimetría		-,008	,230
		Curtosis		-,778	,457
Claridad emocional	Baja ansiedad ante la muerte	Media	23,99	,683	
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	22,63 25,35	
		Media recortada al 5%		23,96	
		Mediana		24,00	
		Varianza		47,130	
		Desviación típica		6,865	
		Mínimo		9	
		Máximo		39	
		Rango		30	
		Amplitud intercuartil		10	
		Asimetría		,067	,240
		Curtosis		-,614	,476
	Alta ansiedad ante la muerte	Media		22,45	,585
		Intervalo de confianza para la media al 95%	Límite inferior Límite superior	21,29 23,60	
		Media recortada al 5%		22,21	
		Mediana		22,00	
		Varianza		37,589	
		Desviación típica		6,131	

		Mínimo		12	
		Máximo		39	
		Rango		27	
		Amplitud intercuartil		9	
		Asimetría		,507	,230
		Curtosis		-,101	,457
		Media		25,37	,679
		Intervalo de confianza para la	Límite inferior	24,02	
		media al 95%	Límite superior	26,71	
		Media recortada al 5%		25,50	
		Mediana		26,00	
	Baja ansiedad	Varianza		46,554	
	ante la muerte	Desviación típica		6,823	
		Mínimo		8	
		Máximo		40	
		Rango		32	
		Amplitud intercuartil		10	
		Asimetría		-,356	,240
		Curtosis		-,581	,476
Reparación		Media		22,43	,577
emocional		Intervalo de confianza para la	Límite inferior	21,28	
		media al 95%	Límite superior	23,57	
		Media recortada al 5%		22,40	
		Mediana		23,00	
	Alta ansiedad	Varianza		36,651	
	ante la muerte	Desviación típica		6,054	
		Mínimo		10	
		Máximo		37	
		Rango		27	
		Amplitud intercuartil		10	
		Asimetría		,008	,230
		Curtosis		-,781	,457