



Universidad Internacional de La Rioja

Facultad de Salud

Máster en Psicología General Sanitaria

**Miedo y ansiedad ante la muerte:
influencia de variables
sociodemográficas y contextuales.**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Diana Garralaga Leal
Línea de investigación:	Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Director/a:	Eduardo García Laredo
Fecha:	12/01/2021

"No puedo fingir que no tengo miedo. Pero el sentimiento que predomina en mí es la gratitud. He amado y he sido amado; he recibido mucho y he dado algo a cambio; he leído, y viajado, y pensado, y escrito. Y, sobre todo, he sido un ser sensible, un animal pensante en este hermoso planeta, y eso, por sí solo, ha sido un enorme privilegio y una aventura."

- Oliver Sacks, 2015 -

"Estamos tan acostumbrados a que nos lata el corazón que no le damos mucha importancia, pero cuando la cosa no está clara, entonces aprendes a valorar lo que significa".

- Pau Donés, 2017 -

Tras meses de duro trabajo y dedicación, me gustaría agradecer el apoyo incondicional de aquellas personas que siempre confiaron en mí. Ha sido un viaje más profundo de lo esperado, unos meses en los que he tenido que lidiar con la muerte sobre el papel y con sus pérdidas en la vida real.

A mi madre y a mi abuela, por crear la familia matriarcal más fuerte y valiente que he conocido. Gracias por darme un espejo tan bonito en el que mirarme cada día.

A mi padre Patxi, por enseñarme que la familia es algo más que la mezcla caprichosa de los genes.

A mi hermana, Mai, que siempre tiene una sonrisa que compartir en los peores momentos. No la pierdas nunca, es más difícil de encontrar de lo que crees.

A mis hijos, Naia, Diana y Deray, porque sois el pilar que sostiene toda la estructura. Sin vosotros, este cuento no tendría moraleja.

A mi pareja, Jorge, por ayudarme a hacer fáciles aquellos momentos que no lo eran en absoluto. Eres puro equilibrio.

De igual manera, el más sincero agradecimiento al director de mi trabajo, Eduardo, por el gran apoyo y orientación que me ha prestado. Nadie dijo que fuera fácil, pero ha valido la pena.

Índice de contenidos

Resumen	9
Abstract.....	10
1. Marco teórico.....	11
1.1. Conceptualización de la muerte.....	11
1.1.1. Concepción actual de la percepción de la muerte en el mundo occidental.....	11
1.1.2. El impacto emocional ante la propia muerte.....	13
1.1.3. El impacto emocional ante la muerte ajena.....	14
1.1.4. Las etapas de proceso emocional ante la muerte propia como ajena (Kübler-Ross. 1969)	14
1.2. Respuestas de miedo y ansiedad ante la muerte	15
1.2.1. Ansiedad.....	16
1.2.2. Miedo.....	17
1.3. Variables asociadas a las respuestas ante la muerte	18
1.3.1. Variables sociodemográficas	18
1.3.1.1. Edad.....	18
1.3.1.2. Género.....	19
1.3.1.3. Estado civil.....	20
1.3.1.4. Nivel educativo	20
1.3.2. Variables contextuales	21
1.3.2.1. Creencias religiosas	21
1.3.2.2. Estado de salud	22
1.3.2.3. Experiencias previas con la muerte.....	22

1.4. Repercusiones del miedo y ansiedad ante la muerte en la salud y calidad de vida.....	22
2. Justificación	24
3. Objetivos	24
3.1. Objetivo general.....	26
3.2. Objetivos específicos	26
4. Hipótesis.....	27
5. Marco metodológico	28
5.1. Participantes.....	28
5.2. Instrumentos.....	30
5.3. Procedimiento	31
5.4. Análisis de datos.....	31
6. Resultados	32
6.1. Diferencias entre ansiedad y miedo ante la muerte	32
6.2. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables sociodemográficas y contextuales.....	35
6.2.1. Descriptivos de variables sociodemográficas y contextuales.....	35
6.2.2. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables sociodemográficas.....	38
6.2.2.1. Sexo.....	38
6.2.2.2. Edad.....	40
6.2.2.3. Estado civil.....	43
6.2.2.4. Nivel educativo	46
6.2.3. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables contextuales.....	49

6.2.3.1. Calidad de vida percibida	49
6.2.3.2. Creencias religiosas	52
6.2.3.3. Experiencias previas con la muerte	55
7. Discusión.....	58
7.1. Limitaciones y prospectiva	60
8. Conclusiones	63
Referencias bibliográficas.....	64
Anexo A. Consentimiento informado.....	72
Anexo B. Informe de valoración	74
Anexo C. Compromiso de confidencialidad	75
Anexo D. Cuestionario de información general	76
Anexo E. Escala de ansiedad ante la muerte (DAS).....	80
Anexo F. Escala de miedo a la muerte de Collett y Lester (CLFDS).	81

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra.	29
Tabla 2. Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en el <i>DAS</i>	32
Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de las personas que experimentan alta, media y baja ansiedad ante la muerte en el <i>DAS</i>	33
Tabla 4. Estadísticos descriptivos en función del miedo a la muerte propia y ajena y al propio proceso de morir o al proceso ajeno (<i>CLFDS</i>).....	33
Tabla 5. Estadístico de Coeficiente de correlación de Pearson en función de la ansiedad (<i>DAS</i>) y el miedo a la muerte (<i>CLFDS</i>).	34
Tabla 6. Estadístico de Coeficiente de correlación de Pearson en función de la ansiedad (<i>DAS</i>) y el miedo al propio proceso de morir (<i>CLFDS</i>).....	34
Tabla 7. Estadístico de Coeficiente de correlación de Pearson en función de la ansiedad (<i>DAS</i>) y el miedo a la muerte de otros (<i>CLFDS</i>).	34
Tabla 8. Estadístico de Coeficiente de correlación de Pearson en función de la ansiedad (<i>DAS</i>) y el miedo al proceso de morir de otros (<i>CLFDS</i>).	35
Tabla 9. Características contextuales de la muestra.....	36
Tabla 10. Frecuencias y porcentajes de la salud física, psicológica, situación económica y la calidad de vida percibida.....	37
Tabla 11. Frecuencias y porcentajes de autocuidado.....	37
Tabla 12. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según el sexo.....	38
Tabla 13. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el <i>DAS</i> según el sexo.....	39
Tabla 14. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según el sexo.....	39
Tabla 15. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el <i>CLFDS</i> según el sexo.....	40
Tabla 16. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según la edad.....	41

Tabla 17. Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el <i>DAS</i> según la edad.....	41
Tabla 18. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según la edad.....	42
Tabla 19. Estadístico diferencial <i>de</i> Kruskal-Wallis para el <i>CLFDS</i> según la edad.....	43
Tabla 20. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según el estado civil.....	44
Tabla 21. Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el <i>DAS</i> según el estado civil.....	44
Tabla 22. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según el estado civil.	45
Tabla 23. Estadístico diferencial <i>de</i> Kruskal-Wallis para el <i>CLFDS</i> según el estado civil.....	46
Tabla 24. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según el nivel educativo.....	47
Tabla 25. Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el <i>DAS</i> según el nivel educativo....	47
Tabla 26. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según el nivel educativo.....	48
Tabla 27. Estadístico diferencial <i>de</i> Kruskal-Wallis para el <i>CLFDS</i> según el nivel educativo..	49
Tabla 28. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según la calidad de vida percibida.....	50
Tabla 29. Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el <i>DAS</i> según la calidad de vida percibida.....	50
Tabla 30. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según la calidad de vida percibida.....	51
Tabla 31. Estadístico diferencial <i>de</i> Kruskal-Wallis para el <i>CLFDS</i> según la calidad de vida percibida.....	52
Tabla 32. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según las creencias religiosas.....	53

Tabla 33. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el DAS según las creencias religiosas.....	53
Tabla 34. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según las creencias religiosas.....	54
Tabla 35. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el <i>CLFDS</i> según el sexo.....	55
Tabla 36. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>) según las experiencias previas con la muerte.....	55
Tabla 37. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el DAS según las experiencias previas con la muerte.....	56
Tabla 38. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (<i>CLFDS</i>) según las experiencias previas con la muerte.....	56
Tabla 39. Estadístico diferencial <i>U</i> de Mann-Whitney para el <i>CLFDS</i> según las experiencias previas con la muerte.....	57

Resumen

El objetivo del presente estudio ha sido analizar las respuestas de ansiedad y miedo ante la muerte en 228 sujetos mayores de edad y evaluar la posible influencia de factores sociodemográficos y contextuales en dichas respuestas.

Para ello, se utilizó la *Escala de ansiedad ante la muerte* y la *Escala revisada de Collet-Lester de miedo a la muerte*. Los resultados obtenidos, evidenciaron la presencia de altos niveles de ansiedad y miedo ante la muerte en la muestra analizada. En cuanto a la influencia de variables, se encontró que la edad, el sexo y las experiencias previas con la muerte, afectan significativamente a la ansiedad y miedo experimentados.

Sería conveniente la implementación de programas psicoeducativos para mejorar la calidad de vida, promover estrategias de afrontamiento, prevención del duelo patológico, favorecer el proceso de muerte y la prevención de psicopatologías relacionadas con una respuesta excesiva de ansiedad y miedo ante la muerte.

Palabras clave: miedo a la muerte, ansiedad ante la muerte, actitudes hacia la muerte, muerte en sociedad occidental, influencias en la muerte.

Abstract

The aim of this study was to analyze the anxiety and fear responses to death in 228 subjects of legal age and to evaluate the possible influence of sociodemographic and contextual factors on these responses.

For this, the Death Anxiety Scale and the revised Collet-Lester Fear of Death Scale were used. The results obtained showed the presence of high levels of anxiety and fear of death in the analyzed sample. Regarding the influence of variables, it was found that age, sex and previous experiences with death, significantly affect to the anxiety and fear experienced.

It would be convenient to implement psychoeducational programs to improve the quality of life, promote coping strategies, prevention of pathological grief, favor the death process and the prevention of psychopathologies related to an excessive response of anxiety and fear of death.

Keywords: fear of death, death anxiety, attitudes towards death, death in western society, influences on death.

1. Marco teórico

1.1. Conceptualización de la muerte

El concepto de muerte se ha definido desde múltiples perspectivas y se ha ido modificando a lo largo del tiempo en las distintas sociedades y culturas. La actitud que adoptamos ante la muerte es importante a la hora de enfrentar su llegada, con lo que es de vital importancia conceptualizar el término para comprender como debemos comportarnos ante ella (Morales, 2013). Tomás-Sábado (2016) la define como: *“La muerte, al igual que el nacimiento, es un fenómeno natural inherente a la condición humana. Ambos incluyen características sociales, culturales y biológicas, además de las facetas psicológicas, emocionales y espirituales”* (p.6).

Tanto los animales como el ser humano comparten el instinto de supervivencia. Sin embargo, solamente el ser humano es capaz de reflexionar acerca de su propia muerte, de su finitud, comprender su inevitabilidad y aceptar de manera individual que la muerte forma parte de la vida (Martí, 2014).

Una de las dificultades habituales que entraña la muerte para el ser humano es la descripción verbal de las emociones que genera. Suele ser más fácil reconocer la muerte en una imagen que verbalizarla, incluso aunque en la imagen no aparezca el cuerpo de una persona (Langer, 1988). A pesar de ello, algunas investigaciones revelan que dichas imágenes son más tolerables si no muestran dolor o no evocan pensamientos que hagan recordar la muerte de un ser querido o nos hagan reflexionar sobre nuestra propia muerte (Coolsen y Nelson, 2002; Malcom, 2010; Rosenbloom, 2003).

1.1.1. Concepción actual de la percepción de la muerte en el mundo occidental

La muerte ha estado presente en todas las culturas. Con la aparición de determinadas creencias vinculadas con la muerte, y en especial con la posibilidad de una vida más allá de la misma, se creó una necesidad de realizar conductas específicas alrededor de los muertos (Pacheco, 2003).

Aproximadamente hasta la mitad del siglo XX, las personas solían tener una visión más cercana de la muerte, incluso se anticipaban a su llegada resolviendo todos los asuntos personales que pudieran tener pendientes (Uribe-Rodríguez et al., 2008). Era costumbre que la muerte de un miembro de la familia se afrontase en el hogar. La persona era acompañada en el proceso de su enfermedad en su propia casa y una vez fallecía, era velado en el domicilio

familiar, incluyendo a los niños en el ritual, lo que facilitaba que tuviesen una visión natural de la muerte como parte del ciclo vital (Gala et al., 2002).

Sin embargo, en las últimas décadas, la visión de la muerte ha ido modificándose. Algunos autores apuntan como causas de este cambio a los nuevos valores de la sociedad occidental en la que vivimos, que fomenta una imagen de éxito, juventud y poder, donde la muerte es tratada con negación, distanciamiento e incluso como un tabú (Limonero, 1997). Gala et al. (2002) señala como claves de este cambio una disminución en la tolerancia a la frustración, el aumento de la esperanza de vida, el culto a la juventud, una menor mortalidad aparente, disminución de la trascendentalidad y una menor educación para la muerte.

La evolución de la tecnología, la mejora de conocimientos en el campo de la medicina, la institucionalización y el envejecimiento de la población, hace que la muerte se vea como un fracaso tanto social como médico. Se intenta alejar y medicalizar la muerte y todo lo que la rodea, y para ello, se ha pasado a prolongar la vida de manera artificial, a morir en hospitales y a construir tanatorios donde velar a los difuntos (Perdigon y Strasser, 2015).

Algunos autores destacan la importancia del lugar donde cada persona nace y/o crece y la cultura a la que se pertenece. En el caso de la sociedad occidental, donde frecuentemente no hay actuales conflictos bélicos o hambruna, los niños suelen crecer protegidos de la muerte y de otras carencias y dificultades (Schmidt-RioValle, 2007), lo que hace que vean la muerte como algo lejano y no sientan la necesidad de afrontarla ni reflexionar sobre ella (Hernández Rojas et al., 2002). Arndt, Allen, y Greenberg (2001) y Cicirelli (2002) manifiestan que los valores culturales sirven para gestionar el miedo ante la muerte, dotando de significado a la vida y aplacando el temor a la mortalidad y la vulnerabilidad, facilitando a su vez el crecimiento personal y la autoestima.

Todos estos factores nos han llevado a vivir en una sociedad donde imperan los valores del éxito, el consumo y la competitividad, y que considera negativo el fracaso, la muerte o la enfermedad. Vivimos en una sociedad que siendo irremediamente mortal rechaza la muerte, con las consecuencias que esto implica (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). En el caso concreto de la muerte por suicidio, queda todavía más evidente el tabú que lo rodea, especialmente en conductas tales como la ocultación del motivo de la muerte en el círculo social próximo o la evitación de este tipo de noticias en los medios informativos. Esto es debido al temor por el estigma, al juicio de la sociedad, los sentimientos de culpa, los falsos mitos acerca del suicidio etc. los cuales, contribuyen a dificultar especialmente el proceso de duelo a las familias afectadas.

Actualmente, vivimos en un momento complicado en torno al duelo, la enfermedad y la muerte a causa de la pandemia por Covid-19. Durante estos meses, se están viviendo diversas situaciones de alto riesgo psicosocial como el aislamiento social, estrés económico, disminución de los servicios de salud mental etc. Son diversas las respuestas que se observan en la sociedad ante una situación tan grave. Algunas personas la viven con sensación de irrealidad, otras niegan la situación y toman distancia incurriendo incluso en incumplimiento de normas relativas a la seguridad sanitaria. Las herramientas de afrontamiento frente al coronavirus están siendo en numerosas ocasiones el negacionismo y el uso de memes y chistes que banalizan la gravedad de la situación. Sería interesante analizar si estas estrategias son utilizadas debido a la falta de herramientas en la sociedad para afrontar una situación como esta, puesto que es alarmante el crecimiento en las cifras de ansiedad, depresión, agresiones y suicidio que se está produciendo durante estos meses de pandemia (Czeisler et al., 2020; Reger et al., 2020; Yao et al., 2020).

1.1.2. El impacto emocional ante la propia muerte

La reflexión acerca de la propia muerte en pocas ocasiones surge en el sujeto sano, generalmente llega tras un proceso de enfermedad propia, en el que no se ha podido detener su avance y en donde el paciente se ve cercano, o ya se encuentra en situación terminal. Durante ese proceso, el enfermo intenta adaptarse a la nueva situación y anticipar lo que sucederá en adelante. A pesar de lograr dicha adaptación, la persona sufre un fuerte impacto emocional (Limonero, 1996). En este trabajo de Limonero (1996), se recogen los elementos responsables del impacto emocional en tres grandes grupos:

El primer grupo está relacionado con las características personales, cómo es, piensa, siente y actúa el enfermo. En este grupo, los elementos que se destacan son la pérdida de control de sus propias capacidades físicas y mentales, la falta de predictibilidad tanto de su futuro como del propio desarrollo de la enfermedad, el tema de la religiosidad o de tareas que él considera inacabadas, contribuyendo todo esto al empeoramiento de su situación.

El segundo grupo está relacionado con la propia enfermedad y el tratamiento pautado. La enfermedad por sí misma ya es una fuente importante de malestar. A ella, se añaden el avance del padecimiento, el aumento de la dependencia y por lo tanto la pérdida de autonomía y una mayor dificultad en el control de los síntomas. En lo relativo al tratamiento, se destacan los elementos derivados de la hostilidad de encontrarse en un medio hospitalario, la falta de apoyo por parte del equipo médico y la mala gestión de información acerca de su enfermedad.

El tercer y último grupo, está relacionado con las relaciones que mantiene el enfermo con su círculo familiar más cercano. Los elementos destacables en este grupo son la pérdida

de roles, las consecuencias que tendrá su muerte en sus seres queridos y la conspiración de silencio en torno a su persona.

1.1.3. El impacto emocional ante la muerte ajena

El concepto que mejor describe la muerte ajena es la pérdida. Cuando se pierde a un ser querido, o se comunica el diagnóstico de una enfermedad terminal, da comienzo un proceso de adaptación a la nueva situación, donde las emociones se suceden a lo largo de diversas fases (Limonero, 1996).

Ante estas emociones, en las que prevalece la tristeza, el miedo y la ansiedad, suelen observarse dos comportamientos que sirven como estrategia defensiva (Gala et al., 2002):

- Intentar tomar distancia de los cuidados del enfermo, derivándolo a un hospital para no tener que afrontar la convivencia diaria con él.
- Realizar un “pacto o conspiración del silencio”, que consiste en la evitación del tema de la gravedad del enfermo y su muerte, produciendo en el paciente una sensación de aislamiento.

1.1.4. Las etapas de proceso emocional ante la muerte propia como ajena (Kübler-Ross. 1969)

Kübler-Ross (1969), en su célebre modelo, describió las respuestas emocionales que se viven en torno a la muerte y las dividió por etapas. Estas etapas son aplicables tanto al proceso de la propia muerte como a la muerte de otros:

1. Etapa de la negación. Puede servir inicialmente para amortiguar el dolor de la pérdida, en muchas ocasiones producto del embotamiento emocional o del estado de shock.

2. Etapa de la ira. Se caracteriza por sentimientos de rabia, ira e incluso agresividad hacia su círculo más cercano, causada por la frustración y la impotencia de la situación. Se produce una búsqueda constante de responsables o culpables.

3. Etapa de la negociación. En esta fase aflora la esperanza de que nada cambie y surge la idea de que la situación se pueda revertir o cambiar el hecho de la muerte. Es común pensar en diversas alternativas que pudiesen haber evitado el resultado final.

4. Etapa de la depresión. En esta fase comienza a asumirse la realidad. Predominan los sentimientos de tristeza profunda, sensación de vacío y desesperanza.

5. Etapa de la aceptación. Cuando se produce la aceptación de la pérdida, se aprende a convivir con el dolor emocional y llega un estado de calma donde se vuelve a recuperar la capacidad de experimentar placer.

Estas fases no son inflexibles en cuanto al orden, ni todas las personas pasan por cada una de ellas. Las diferentes maneras de responder ante la muerte de otra persona dependerán de la influencia de múltiples factores, como son los asociados a la personalidad o a diversas variables contextuales.

1.2. Respuestas de miedo y ansiedad ante la muerte

Con la visión actual de la muerte en nuestra sociedad, y el comportamiento evitativo y silencioso en torno a ella, podemos encontrar diversas actitudes ante la muerte, que pueden ir desde un afrontamiento adaptativo y racional, hasta una angustia incontrolable hacia la muerte, que puede provocar serios problemas de funcionamiento individual y social (Uribe-Rodríguez et al., 2008).

Otros autores hacen una clasificación en cuatro grupos, según las actitudes del adulto ante la muerte. La primera es la actitud de indiferencia, donde el sujeto como mecanismo de defensa, opone resistencia y le resta importancia al asunto. La segunda es la actitud de temor, donde se evita hablar de su miedo a la muerte y solo se expresa su temor al dolor, al sufrimiento y a quedarse solo. En tercer lugar, está la actitud de descanso, que es común en personas que han sufrido una larga enfermedad o han sufrido mucho a lo largo de la vida. Para ellos, la muerte es una liberación del sufrimiento. En último lugar se encuentra la actitud de serenidad, donde la persona siente que ha tenido una vida plena y se encuentra preparada para morir (Barraza y Uranga, 2007.).

Las respuestas más formalmente asociadas a la muerte en nuestra cultura son la ansiedad y el miedo. Estas respuestas aparecerán con distinta intensidad dependiendo de si se trata de la muerte propia o ajena, y en este último caso, si la persona es un familiar, amigo o conocido; llegando a producir intensas respuestas con el único hecho de imaginar, pensar o hablar de la muerte (Molina, 2017).

Se han hallado 4 componentes principales en la descripción de la ansiedad y miedo ante la muerte (Gala et al., 2002):

- Reacciones cognitivas y afectivas ante la muerte.
- Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante enfermedades graves o la muerte.
- Tener la noción del imparables paso del tiempo.

- El dolor y el estrés real y/o anticipado de la enfermedad crónica o terminal.

La ansiedad y el miedo, además de ser las respuestas más habituales ante la muerte, solemos encontrarlas íntimamente relacionadas en numerosos estudios, aunque sus manifestaciones son distintas dependiendo de las personas y los acontecimientos. Por ello, es importante diferenciar sus términos a nivel conceptual y su relación con las distintas variables interpersonales que rodean el proceso de la muerte (Molina, 2017). Mientras que el miedo a la muerte parece relacionarse más con la conciencia física de la pérdida de la existencia, la ansiedad lo hace con una conciencia más mental o espiritual (Cicirelli, 2006).

Es importante mencionar que estas respuestas no afectan de igual manera a toda la población, sino que la intensidad y el propósito de las mismas, dependerá de distintas variables como la historia personal y cultural del sujeto, los estilos de afrontamiento ante los cambios o el hecho de si se trata de la propia muerte o es una muerte ajena (Gala et al., 2002; Uribe, Valderrama y López, 2007; Boceta et al., 2017).

1.2.1. Ansiedad

Navas y Vargas (2012) definen la ansiedad como: “ (...) *una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.*” (p. 498).

La ansiedad es un mecanismo de defensa que tiene como objetivo preservar nuestra supervivencia, pero también puede estar presente en numerosos cuadros clínicos (Tomás-Sábado, 2016). En condiciones normales, facilita la adaptación a nuevas situaciones, y puede mejorar el rendimiento escolar, social o académico, sin embargo, si sobrepasa el umbral considerado adaptativo, puede ocasionar graves problemas de salud (Uribe-Rodríguez et al., 2008).

En multitud de ocasiones la ansiedad va acompañada del miedo, lo cual produce un incómodo estado de tensión y anticipación. No obstante, hay múltiples diferencias entre ambas respuestas en cuanto a las causas, la duración y su mantenimiento (Becerra-García, et al., 2007). En el caso de la ansiedad, el sujeto no tiene clara la causa de la tensión e intranquilidad, sería como tener miedo a “algo” pero sin saber qué es exactamente ese “algo”, con lo que se crea un estado inespecífico, difuso y desagradable (Tomás-Sábado, 2016). En cuanto a la duración, la ansiedad es invasiva y persistente, estando de manera latente la mayoría del tiempo, manteniendo al individuo en un estado de hipervigilancia continua en lugar de provocar una reacción únicamente de emergencia. Además, la ansiedad tiende a ser

uniforme, con una intensidad más baja que la del miedo y con unos límites difusos (Rachman, 2004).

En el caso de la muerte, uno de los aspectos que genera más preocupación es el hecho de que escapa por completo al control del ser humano. Esto genera diferentes grados de preocupación que derivan en procesos de ansiedad, dentro de un amplio abanico de variabilidad interindividual, y que es experimentada ante los simples pensamientos o las vivencias que rodean al fenómeno de la muerte (Molina, 2017).

Lehto y Stein (2009) consideran que la ansiedad ante la muerte se inicia debido a una mayor conciencia de la importancia de la muerte e identifican tres factores que pueden influirle: factores ambientales estresantes, como la guerra o las experiencias impredecibles; el diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, donde los pacientes viven con una sensación de amenaza constante y evitan los pensamientos de muerte; y las experiencias personales con la muerte y el proceso de morir.

1.2.2. Miedo

Ávila y Fullana (2016) describen el miedo como “un sistema de alarma que nuestro cerebro activa cuando detecta una posible amenaza. Se trata de una respuesta útil y adaptativa que conlleva cambios en la fisiología, los pensamientos y el comportamiento.”

En cuanto al miedo vinculado concretamente con la muerte, podemos encontrar diferentes puntos de vista. Tomer (1992) lo define como “la ansiedad experimentada en la vida diaria causada por la anticipación de la propia muerte” (p.477). Sin embargo, Morales (2013) destaca que son varias las razones por las que el ser humano teme a la muerte y éstas son: la pérdida de uno mismo, el desconocimiento sobre el más allá, el dolor y sufrimiento, la pérdida de la posibilidad de salvación y la incertidumbre sobre el bienestar de la familia.

Al contrario que en la ansiedad, en la respuesta de miedo la amenaza está identificada y tiene un carácter de emergencia. Normalmente es más intenso y breve y está provocado por activadores. Al tener un enfoque específico, está delimitado en el tiempo y el espacio, por lo que disminuye o desaparece si lo hace también la fuente de peligro (Tomás-Sábado, 2016).

En 1980, surge en el ámbito de la psicología social la teoría de la gestión del terror (TMT). Nace de la mano de Greenberg et al., (1986), inspirados en las ideas de E. Becker (1979). La idea central de la TMT está basada en los efectos de la percepción de la mortalidad. Propone un conflicto psicológico primario que surge del enfrentamiento entre el deseo de vivir y la evidencia de la muerte como un hecho inevitable (Greenberg et al., 1986; Strachan et al., 2007).

La muerte y todo lo que la rodea, supone una amenaza para nuestra supervivencia. Por ello, el temor a la muerte provoca respuestas diferenciales que están influidas por variables sociodemográficas, psicosociales y situacionales. Este miedo, genera cognitiva y comportamentalmente, mecanismos de evitación. Para algunos sujetos es muy complicado controlar este miedo y al enfrentarse a una pérdida o al reflexionar acerca de la muerte, debido a su falta de control en la respuesta, pueden acabar desarrollando diversas psicopatologías (Uribe-Rodríguez et al., 2008). Para otros autores lo que produce temor a la muerte en la mayoría de las personas no es la muerte en sí misma, ni la amenaza para nuestra supervivencia, sino la impredecibilidad de los acontecimiento que la preceden (Bayés, 2003).

1.3. Variables asociadas a las respuestas ante la muerte

A lo largo del tiempo y de las diversas investigaciones, se ha estudiado la correlación entre una serie de variables sociodemográficas y contextuales y los niveles de ansiedad y miedo ante la muerte. Las más estudiadas son la edad y el género, aunque también se han estudiado el estado civil, creencias religiosas, estado de salud, nivel educativo y experiencias previas con la muerte (A. M. Abdel-Khalek, 2013; Maxfield et al., 2007).

Tomás-Sábado y Gómez Benito (2003) añaden a estas variables estudiadas la personalidad y la conducta suicida. Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas y Gómez-Benito (2010) realizaron una investigación con estudiantes de enfermería, en el que analizaron el papel de la competencia personal percibida en la respuesta de la ansiedad ante la muerte y los resultados mostraron 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. Resultados similares se obtuvieron en el estudio acerca del miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud en población romaní/gitana de Restrepo (2013), donde se encontraron correlaciones entre las variables género, salud, edad y cultura y las manifestaciones de miedo y ansiedad ante la muerte. Por ello, a continuación, se analizan las variables consideradas de mayor relevancia.

1.3.1. Variables sociodemográficas

1.3.1.1. Edad

Hay estudios que han demostrado que la edad puede cambiar las actitudes que mostramos ante la muerte y la manera en la que nos enfrentamos a ella (Burke, Martens, y Faucher, 2010). Sin embargo, los hallazgos encontrados en las investigaciones sobre esta variable muestran resultados contradictorios. Algunos estudios más antiguos, aseguraban que la edad no era una variable que afectase significativamente en el miedo y ansiedad ante la muerte (Stevens et al., 1980; Walker y Maiden, 1987). Sin embargo, investigaciones más

recientes concluyen que conforme aumenta la edad, disminuye la ansiedad ante la muerte y se logra una mayor aceptación (Maxfield et al., 2007). Otros estudios minoritarios, van más allá y aseguran que existe una correlación positiva entre la edad y la ansiedad ante la muerte (Moya, 2007; Aday, 2006). Parece ser que cuando los participantes se organizan en grupos de edad en lugar de utilizar la edad como variable continua, los resultados son más uniformes (Tomás-Sábado, 2016). Esto podría deberse a las diferencias generacionales que existen entre los diferentes grupos etarios, sobre todo en los aspectos culturales, tecnológicos, espirituales, religiosos, etc. (Kalish y Reynolds, 1977).

Pese a la variabilidad de resultados encontrados, la mayoría de las investigaciones concluye que realmente existe una correlación inversa entre la edad y el miedo y ansiedad ante la muerte. Un ejemplo de ello es un estudio realizado con una muestra de enfermeras, que arroja estos resultados de correlación negativa (Limonero et al., 2010). En otro estudio transcultural se concluyó que aunque los ancianos piensan más a menudo en la muerte, muestran menos ansiedad ante ella que los jóvenes (Kalish y Reynolds, 1977).

Limonero, Sábado, y Fernández (2006) encontraron como resultado a su investigación, valores más elevados de mayor miedo y ansiedad a la muerte en personas más jóvenes, achacándolo a que la edad aporta mayor experiencia ante vivencias de pérdidas y facilita estrategias de afrontamiento más eficaces ante el proceso de muerte. Habría que plantearse la pregunta de si este efecto se va a mantener en la sociedad occidental actual, donde la población está siendo culturalmente infantilizada.

1.3.1.2. Género

Respecto a la variable del género y su influencia en las respuestas ante la muerte parece haber más unanimidad que en el caso de la edad, no obstante, también existen algunas investigaciones que contradicen los resultados mayoritarios.

Pollak (1979) realizó una revisión, mediante la cual concluyó que, en un gran número de investigaciones, las mujeres presentaban niveles de ansiedad superiores a los de los hombres. La inmensa mayoría de los estudios realizados posteriormente parecen confirmar estos datos, e incluso algunos autores insinúan que se trata de un fenómeno universal (Limonero et al., 2010; Tomás-Sábado, 2016).

Son varios los trabajos realizados en grupos de sujetos de diferentes procedencias como estudiantes españoles (Edo-Gual, Tomás-Sábado, y Aradilla-Herrero, 2011) que concluyen que en todos los grupos las mujeres obtienen puntuaciones significativamente más altas que los hombres. Estos resultados se mantienen en estudios con otras etnias y procedencias, como en el caso del estudio de Suhail y Akram (2002), donde mujeres

paquistaníes puntuaban más alto en la Escala de Collett-Lester (CLFDS, Collet-Lester Fear of Death Scale, 1969) que los hombres o en el de Abdel-Khalek, (2002) que obtuvieron las mismas diferencias entre mujeres y hombres tras aplicarles el CLFDS con la Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS, 1970) como criterio. Del mismo modo, se encontraron que las mujeres obtienen valores significativamente más altos que los hombres tanto en Egipto, como en El Líbano y Qatar (Abdel-Khalek et al., 1993; Abdel-Khalek, 1991; Abdel-Khalek, 2013).

Russac, Gatliff, Reece, y Spottswood (2007) van un poco más allá y especifican que hombres y mujeres alcanzan su punto máximo de ansiedad ante la muerte sobre los 20 años, y a partir de ese momento disminuye progresivamente, pero en el caso de las mujeres, muestran un segundo pico sobre los 50 años que no se manifiesta en los hombres.

1.3.1.3. Estado civil

Son pocas las investigaciones relacionadas en torno a esta variable y sus resultados no terminan de ser concluyentes. Cole (1978) en su estudio sobre las diferencias de sexo y estado civil en la ansiedad ante la muerte, encontró que los hombres que viven solos manifiestan niveles de ansiedad más altos que las mujeres que viven solas. Coincide con estos resultados solo de manera parcial, el estudio de Duran-Badillo et al. (2020), donde encontraron que las mujeres y los sujetos que no tienen pareja marital manifestaban mayor ansiedad ante la muerte.

Talavera (2010) también encontró diferencias significativas entre el estado civil y el miedo a la muerte, reflejando mejores puntuaciones los casados y solteros y peores resultados entre los divorciados. Estos resultados solo fueron concluyentes en la dimensión de aceptación de acercamiento a la muerte, medido con el Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) de Gesser, Wong y Reker (1988).

1.3.1.4. Nivel educativo

La relación que el nivel educativo puede tener en el miedo y ansiedad ante la muerte no ha sido objeto de demasiadas investigaciones, sin embargo, podemos encontrar interesantes hallazgos entre este pequeño número de estudios con resultados bastante concluyentes.

Nienaber y Goedereis (2015) realizaron una investigación acerca de la asociación entre el nivel de educación y los niveles autoinformados de ansiedad con respecto a la muerte, donde determinaron que los estudiantes de postgrado referían niveles más bajos de ansiedad ante la muerte.

En el trabajo de Espinoza y Sanhueza (2012) se concluye que los años de formación se relacionan inversamente con el miedo a la muerte en los estudiantes universitarios del Grado de Enfermería. Similares son los resultado de Paliativa et al. (2018) con un grupo de estudiantes de medicina, los cuales a lo largo de su Grado universitario cursan asignaturas donde se aborda de forma directa el tema de la muerte y el proceso de morir. Los alumnos que han realizado más años del Grado y por lo tanto de esta formación específica, presentan un menor miedo a la muerte. Sería interesante barajar la posibilidad de si la población con estudios sanitarios tiene menos puntuaciones en miedo y ansiedad derivado del contacto más cercano y cotidiano con la muerte.

1.3.2. Variables contextuales

1.3.2.1. Creencias religiosas

La muerte puede suponer para algunas personas un fenómeno incomprensible y amenazante, mientras que, para otras, es el punto final natural de la vida. Las creencias religiosas de las personas, pueden condicionar decisivamente sus actitudes ante la muerte y el proceso de morir, puesto que las religiones quieren dar respuesta a los enigmas sobre la muerte y lo que hay después de ella. Aunque a priori las creencias religiosas pudiesen proteger contra el miedo a la muerte , las investigaciones realizadas obtienen conclusiones contradictorias (Tomás-Sábado, 2016).

Templer y Dotson (1970) realizaron un estudio con estudiantes universitarios, no encontrando correlación entre las puntuaciones de ansiedad ante la muerte y las creencias y actividades religiosas, aunque defienden que podría deberse al limitado efecto que la religión tiene en los jóvenes. Lo mismo ocurre en el trabajo de Espinoza y Sanhueza (2012) donde no encuentran diferencias significativas entre tener o no fe religiosa en un grupo de estudiantes de enfermería.

En cambio, una investigación llevada a cabo con estudiantes de medicina, concluye que la creencia en una religión puntúa significativamente más alto que los no creyentes en las escalas de muerte propia, propio proceso de morir y miedo al proceso de morir de otros (Boceta et al., 2017). Sin embargo, Harding, Flannelly, Weaver, y Costa (2005) sí que encontraron que la creencia en la religión y en la vida tras la muerte, correlacionaba positivamente con la aceptación de la muerte.

Un aspecto importante que señalaron Rasmussen y Johnson (1994) fue la distinción entre espiritualidad (condicionado por los niveles de satisfacción vital, significado de vida y creencia en otra vida tras la muerte) y religiosidad (vinculada a los rituales religiosos). Para estos autores, la espiritualidad es la que realmente disminuye la respuesta de ansiedad ante

la muerte, por lo que los sujetos con elevada satisfacción vital y de significación de la vida, mostrarán previsiblemente menos ansiedad ante la muerte.

1.3.2.2. Estado de salud

Son numerosos los estudios que han estudiado el estado de salud como posible variable influyente en la manifestación de miedo y ansiedad ante la muerte. Entre el 50-80% de las personas que padecen enfermedades terminales refieren pensamientos perturbadores y preocupaciones en torno a la muerte y tan solo una pequeña parte de ellos consigue un aceptación tranquila de la muerte (Cherny, 2000). Los problemas físicos y psicológicos pronostican niveles más altos de ansiedad ante la muerte en personas de mayor edad (Fortner y Neimeyer, 1999). En la misma línea de resultados se encuentra el trabajo de Dezutter et al. (2011), donde se encontró que aquellos sujetos que referían una peor salud percibida, eran los que mayores niveles de ansiedad experimentaban.

En cuanto a la explicación de este fenómeno parece que puede ser atribuido a diversos factores. Por un lado, el distrés general y la falta de eficacia en las acciones destinadas a su intervención afectan de manera muy negativa a la calidad de vida y pueden ser factores predisponentes para la depresión y los deseos de adelantar la muerte (Kelly et al., 2003).

Brown et al. (2015) constataron que las mujeres que mostraban un sentido positivo de la vida, reducían la depresión, así como la ansiedad general y específicamente ante la muerte. En cambio, otros autores consideran que aunque la propia enfermedad despierta preocupaciones y ansiedad en muchas personas, el grado de ansiedad ante la muerte depende en mayor medida de factores interpersonales, como el apoyo social, y de los recursos personales, como es el caso de los estilos de afrontamiento y no tanto de la enfermedad en sí misma (Neimeyer, Wittkowski, y Moser, 2004).

1.3.2.3. Experiencias previas con la muerte

La variable de experiencias previas con la muerte y sus reacciones ante ésta, ha sido poco analizada en la población general, puesto que los estudios casi siempre han ido enfocados a los profesionales de la salud, arrojando dichas investigaciones resultados contradictorios.

Edo-Gual et al. (2011) realizaron una investigación con estudiantes de Enfermería en donde concluyeron que los sujetos que habían vivido en primera persona la muerte de alguien cercano referían mayor temor a su propia muerte. Sin embargo, en posteriores trabajos demostraron que en un grupo de estudiantes de Enfermería que habían tenido contacto directo con la muerte de otros, manifestaban actitudes más positivas hacia ella (Edo-Gual,

Tomás-Sábado, Gómez-Benito, Monforte-Royo y Aradilla-Herrero, 2018). Similares resultados se obtuvieron en un grupo de estudiantes de Medicina, cuyos resultados concluyeron que los sujetos que habían visto morir a alguien, presentaban niveles más bajos de ansiedad ante la muerte que aquellos que solamente habían reflexionado sobre ello (Boceta et al., 2017).

La mayoría de los estudios coinciden en el hecho de que el haber tenido contacto previo con la muerte correlaciona inversamente con el miedo a la muerte de otros y al proceso de morir propio y de otros (Edo-Gual, 2015; Edo-Gual et al., 2011; Vickio y Cavanaugh, 1985).

1.4. Repercusiones del miedo y ansiedad ante la muerte en la salud y calidad de vida

Aunque la muerte no tiene representación a nivel individual, ocurre algo bien distinto a nivel cultural. En la cultura occidental, a través de la evolución histórica se ha construido una imagen de algo ante lo que sentir temor, que cuesta aceptar y que la mejor actitud ante ella es la evitación (Schmidt-RioValle, 2007). Los datos indican que actualmente en España morimos mal y en soledad (García-Caro, 2008).

Algunas de las consecuencias asociadas a esta falta de aceptación cultural de la muerte es la afectación de las representaciones sociales de la población ante la muerte, especialmente en el grupo poblacional más joven. Esta evitación social, a su vez, aumenta la vulnerabilidad de la población cuando la muerte llega de manera real, ya que no se dispone de los recursos psicológicos adecuados para enfrentarse a la situación. Otra de las repercusiones más importantes está relacionada con el modo en que morimos en la sociedad actual, la institucionalización de la muerte y la atención que se ofrece y se recibe durante el proceso de morir (Martí, 2014).

Todos estos factores llevan a un pacto de silencio, a hacer de la muerte un tabú. El tabú nos obliga a callar, a no poder afrontar el suceso de cara y como consecuencia se ve afectada la conciencia de muerte, repercutiendo en la manera en que se acompaña a los enfermos terminales en el proceso de morir y creando cuadros patológicos de ansiedad, miedo y depresión. Estas consecuencias afectan a los enfermos, a sus familiares, profesionales de la salud, instituciones hospitalarias y a la organización social en su conjunto (Cruz-Quintana y García-Caro, 2007).

2. Justificación

La muerte es un fenómeno natural que forma parte de la vida de todos los seres vivos, sin embargo, el ser humano es el único capaz de reflexionar sobre ella (Martí, 2014).

Pese a que la muerte ha estado presente en todas las culturas a lo largo de estos siglos, actualmente vivimos en una sociedad occidental donde se rechaza la muerte, convirtiéndose en un elemento tabú. Se evita hablar de ella abiertamente y produce miedo y ansiedad en buena parte de la población (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Vivimos de espaldas a la muerte, como si estuviésemos dotados de inmortalidad (Eseverri-Chaverri, 2002).

Este estudio tiene como finalidad evaluar las emociones que despierta la idea de la muerte, en especial la ansiedad y miedo en la población general, y saber si alguna de estas dos respuestas prevalece sobre la otra, diferenciando el miedo a la muerte, del propio proceso de morir y del proceso de morir de otros. También se pretende determinar si existe alguna posible influencia de variables sociodemográficas y/o contextuales en las respuestas de miedo y ansiedad ante la muerte, organizando la muestra en grupos etarios en lugar de utilizar el factor edad como variable continua.

Son varias las razones que justifican la importancia de este estudio. Por un lado, son diversas las investigaciones que podemos encontrar sobre este tema, sin embargo, la gran mayoría de ellas, se han centrado especialmente en colectivos específicos, como personas con enfermedades crónicas (Álvarez y Flórez, 2008; Le, 2014; Ozen, Ceyhan, y Büyükcelik, 2020), profesionales de ámbitos concretos como el sector sanitario (Aguar et al., 2015; Edogual, 2015) y profesionales de la educación o estudiantes de medicina y/o enfermería (Boceta, Galán, Gamboa, y Muniain, 2017; Colomo, Gabarda, y Motos, 2018; Maritza y Olivia, 2012), siendo escasos los trabajos referidos a la población general.

Por otro lado, tampoco es fácil encontrar estudios que analicen las posibles influencias entre la ansiedad y el miedo ante la muerte, con distintas variables sociodemográficas y contextuales en el mismo estudio, ya que en la mayoría de las ocasiones se estudia la influencia de un solo factor, siendo los más habituales en la sociedad occidental la edad (Duran-Badillo, Maldonado, Martínez, Gutierrez, y Ávila, 2020) y el sexo (Uribe-Rodríguez et al., 2008).

Finalmente, en este estudio se pretende recoger las respuestas no solo desde el punto de vista de la propia muerte, sino también de la muerte de otros y del proceso de morir tanto propio como de otros.

Analizando todos estos factores, se pretende poder aportar resultados entre los factores mencionados y que sirva como punto de partida para posteriores estudios longitudinales, experimentales o con muestras de mayor tamaño.

Además, se destaca la importancia de que el psicólogo general sanitario conozca las respuestas de la población general ante la muerte y de este modo, poder trabajar con ellas para desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas con las que poder preparar aspectos del proceso de duelo. Becker (1999), destacó la importancia de la comunicación terapéutica para ayudar al enfermo y su familia en el proceso de morir, especialmente en una sociedad donde se le pide al paciente que tome decisiones y afronte una situación sobre un tema del que apenas se le permite hablar. En esta línea, un estudio piloto realizado en Zaragoza con pacientes crónicos terminales, encontró que cuando el acompañamiento de estos pacientes crónicos lo realizaba un profesional con formación en duelo y estrategias de afrontamiento ante la muerte, la ansiedad de los pacientes disminuía considerablemente (Guio, Becerril, Sevilla, y Servicio Aragonés de Salud, 2016) . En otro estudio, Morillo-Martín, Galán, Arroyo y Romero (2016) resaltan la importancia de incluir en la formación de los estudiantes de Enfermería tanto habilidades del manejo del propio duelo como formación en competencias específicas para el acompañamiento al final de la vida.

Por lo tanto, esta investigación, también podría tener utilidad para desarrollar futuros programas educativos, como por ejemplo, formación universitaria centrada en pedagogía de la muerte, cuya necesidad se concluyó en el estudio de Colomo et al. (2018), y de este modo aportar herramientas para su manejo, tanto para el alumnado como para los docentes.

Otro de los beneficios, estaría relacionado con su aplicación en programas para la mejora de los niveles de inteligencia emocional, la cual se ha demostrado que correlaciona de manera negativa con el miedo a la muerte (Espinoza y Sanhueza, 2012). Todas estas acciones irían encaminadas a un mismo objetivo común, mejorar la calidad de vida de la población general, incidir en la mejora del acompañamiento del proceso de morir, tanto para los pacientes como para sus familiares y profesionales de la salud, así como para evitar posibles psicopatologías derivadas, que afectan al funcionamiento individual y social.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo principal de esta investigación es explorar el grado de ansiedad y miedo ante la muerte en población adulta, su correlación, y conocer si prevalece una de estas dos respuestas sobre la otra.

3.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Determinar la posible influencia de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) en la ansiedad y miedo hacia la muerte.
- Identificar y analizar las relaciones entre las variables contextuales (experiencias previas con la muerte, religiosidad, calidad de vida percibida) y la ansiedad y miedo ante la muerte.

4. Hipótesis

Las hipótesis que se plantean en este estudio, en relación con la evidencia científica revisada son las siguientes:

Hipótesis principal:

1. No se espera encontrar diferencias significativas en las puntuaciones en la evaluación de las dos respuestas emocionales más habituales ante la muerte: Ansiedad y Miedo, recogidas por la Escala de Ansiedad ante la muerte y la Escala Revisada de Collett-Lester de Miedo a la Muerte, esperando que haya entre ambas una correlación positiva y significativa.

Hipótesis específicas:

2. Se espera encontrar diferencias significativas en las puntuaciones de los niveles de ansiedad y miedo ante la muerte, recogidos por la Escala de Ansiedad ante la muerte y la Escala Revisada de Collett-Lester de Miedo a la Muerte, en función de las variables sociodemográficas, siendo previsible encontrar niveles de respuesta más altos en el grupo etario de adultos (27-59), en el sexo femenino, solteros y con menor nivel educativo.
3. Cabe esperar que haya diferencias significativas en las puntuaciones de los niveles de ansiedad y miedo ante la muerte, recogidos por la Escala de Ansiedad ante la muerte y la Escala Revisada de Collett-Lester de Miedo a la Muerte, en función de las variables contextuales, siendo previsible encontrar niveles de respuesta más altos en personas que no han tenido experiencias previas con la muerte, ateos o no practicantes y con una mala calidad de vida percibida.

5. Marco metodológico

El presente trabajo se basa en un estudio diseño basal transversal ex post facto.

El tipo de diseño es ex post facto, puesto que no pueden controlarse las variables independientes, y se tratará de analizar el miedo y la ansiedad ante la muerte ya presentes, así como las variables sociodemográficas y contextuales presentes de manera natural. Se trata también de un estudio basal ya que se realizará una única recogida de datos a modo de línea base.

5.1. Participantes

La muestra para este estudio está formada por 228 participantes, mayores de edad y divididos en tres grupos etarios: jóvenes (18-26), adultos (27-59) y mayores (60 años en adelante).

Los criterios de inclusión para la muestra fueron: ser mayor de edad y la participación de manera voluntaria en el estudio. Los criterios de exclusión para la muestra fueron: padecer algún trastorno psicopatológico o demencia y tener una enfermedad crónica o estar en periodo de duelo.

De la información general de la muestra, tal y como observamos en la **Tabla 1**, obtenemos los siguientes datos sociodemográficos:

En cuanto al sexo, la muestra está formada por 140 mujeres (61,4%) y 88 hombres (38,6%). Respecto a los grupos etarios, el grupo de los jóvenes lo forman 64 personas, el de los adultos consta de 123 participantes y de los mayores lo constituyen 41 sujetos. En lo referente al estado civil, el 36,8% están casado, seguidos del 32,5% que están solteros, el 22,8% tienen pareja estable y el resto son divorciados 7,9%.

Respecto al nivel educativo de la muestra, el 37,3% de los participantes tienen una Licenciatura/Diplomatura/Grado universitario, seguido del 33,3% que tienen estudios de Bachillerato/BUP/FP, el 16,7% tiene un nivel de Máster o Postgrado universitario, el 9,6% ha cursado estudios secundarios o ha obtenido el Graduado Escolar y finalmente, aquellos con estudios primarios o sin Graduado Escolar está representado por el 3,1% de la muestra. En cuanto a la ocupación de los participantes, la mayor parte de la muestra (48,7%) está formada por personas que trabajan de manera activa, el 26,3% son estudiantes, con un 7,9% aquellos que son pensionistas, con el 7,5% los que están desempleados, seguido del 6,1% que están jubilados, un 2,6% son amo/a de casa, y finalmente un 0,9% están en ERTE actualmente.

En lo referente a la existencia de algún tipo de discapacidad, un alto porcentaje de la muestra afirma no tener ningún grado de discapacidad (91,7%), frente al 8,3% que afirman tenerla (ver **Tabla 1**).

Todos los participantes fueron informados de los objetivos de la investigación, así como les fue solicitado mediante el consentimiento informado la aceptación de voluntariedad en la participación de la misma (Anexo A).

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	88	38,6
	Mujer	140	61,4
	Total	228	100,0
Edad	Jóvenes (18-26)	64	28,1
	Adultos (27-59)	123	53,9
	Mayores (más de 60 años)	41	18,0
	Total	228	100,0
Estado civil	Soltero	74	32,5
	Casado/a	84	36,8
	Divorciado	18	7,9
	Con pareja estable	52	22,8
	Total	228	100,0
Nivel educativo más alto alcanzado	Estudios primarios / Sin Graduado escolar	7	3,1
	Secundaria / Graduado escolar	22	9,6
	Bachillerato/ BUP/ Formación Profesional	76	33,3
	Estudios Universitarios (Grado / Diplomatura / Licenciatura)	85	37,3
	Estudios de Postgrado (Máster / Doctorado)	38	16,7
	Total	228	100,0
Ocupación	Estudiante	60	26,3
	Trabajador en activo	111	48,7
	Amo/a de casa	6	2,6
	Pensionista	18	7,9
	Desempleado	17	7,5
	Jubilado	14	6,1
	ERTE	2	,9
	Total	228	100,0
Hijos	Si	95	41,7
	No	133	58,3
	Total	228	100,0
Discapacidad reconocida	Si	19	8,3
	No	209	91,7
	Total	228	100,0

5.2. Instrumentos

Para la recogida de datos de esta investigación, se han utilizados tres instrumentos: un cuestionario *Ad Hoc* para la recogida de datos generales, la *Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)* y la *Escala Revisada de Collett-Lester de Miedo a la Muerte (CLFDS)*.

El cuestionario *Ad Hoc* utilizado como procedimiento de recogida de datos generales, se realizó mediante un cuestionario telemático, mediante la plataforma Google Forms (Anexo B). Dicha plataforma es una herramienta perteneciente a Google Drive y que permite la elaboración de cuestionarios, escalas y encuestas para su realización online. Con este cuestionario, se recogió la información relativa a las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios etc.) y contextuales (creencias religiosas, experiencias previas con la muerte, percepción de calidad de vida, etc.). Antes de comenzar el cuestionario, la plataforma mostraba en la pantalla el consentimiento informado, y el sujeto debía aceptar su participación voluntaria en el estudio. Dicho cuestionario se realizó de manera totalmente anónima.

Para evaluar la variable de ansiedad ante la muerte, se utilizó la *Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS)* de Templer (1970), en la adaptación española de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002). Con este instrumento, se evalúan los pensamientos del sujeto hacia la muerte, el paso del tiempo y la enfermedad. Se trata de un cuestionario autoadministrable que consta de 15 ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso), donde nueve de estos ítems puntúan verdadero (1, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14) y seis puntúan falso (2, 3, 5, 6, 7 y 15), por lo que el rango de puntuaciones es de 0 a 15. Puntuaciones elevadas indican un alto nivel de ansiedad. En cuanto a sus propiedades psicométricas, se obtuvo un coeficiente de correlación test-retest de 0,873 y su consistencia interna se estimó en un alfa de Cronbach de 0,734.

Por último, para medir el miedo a la muerte se utilizó la *Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (CLFDS, 1969)*, en la adaptación española de Tomás-Sábado, Limonero, y Abdel-Khalek (2007). Esta escala está formada por 28 ítems, divididos en cuatro subescalas: miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso de morir, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros. Las respuestas son tipo Likert en una escala de 1 (nada) a 5 (mucho) y su puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de cada una de las diferentes subescalas, indicando las puntuaciones más altas, mayor miedo a la muerte o al proceso de morir propio y de otros. Las propiedades psicométricas de este instrumento son de un coeficiente de fiabilidad total de la escala de 0,92, y un alfa de Cronbach de 0,83 para la subescala de miedo a la propia muerte, 0,89 para miedo al propio proceso de morir, 0,79 para miedo a la muerte de otros y 0,86 para miedo al proceso de morir de otros.

5.3. Procedimiento

En primer lugar, se procedió a elaborar el cuestionario *Ad Hoc* mediante la plataforma Google Forms, para poder realizar la encuesta de manera telemática. Debido a la actual situación de pandemia mundial, la realización de la prueba online fue la mejor opción para llegar al mayor número de personas posible, preservando la seguridad y la salud de todos los participantes.

La primera parte elaborada en este cuestionario fue la introducción del consentimiento informado y la creación de una marca obligatoria de aceptación de lectura de dicho consentimiento informado y de participación voluntaria en el estudio. Posteriormente, se redactó el cuestionario de información general en papel a modo de guion y se fueron introduciendo telemáticamente los ítems de todas las preguntas del cuestionario online, tanto las del cuestionario *Ad Hoc* como los ítems de las escalas estandarizadas *DAS* y *CLFDS*.

El cuestionario se difundió por grupos de Whatsapp, redes sociales (Instagram y Facebook) y correo electrónico mediante el link creado por Google Forms asociado a la encuesta creada. El proceso de elaboración del cuestionario y su difusión abarcó desde el 1 de Octubre hasta el 30 de Octubre de 2020. A lo largo del proceso se encontraron algunas dificultades como el hecho de encontrar un gran número de participantes mayores de 60 años, puesto que la mayoría de ellos no tenía amplios conocimientos sobre el manejo de tecnología y necesitó ayuda para poder cumplimentar el cuestionario.

Pese a estas dificultades se pudo obtener una muestra suficientemente amplia para extraer datos significativos para esta investigación. En todo momento se ha garantizado la confidencialidad de los participantes.

5.4. Análisis de datos

El análisis de datos llevado a cabo en esta investigación se ha realizado con el programa SPSS, versión 25.0. Los datos recogidos se sometieron a diversos tipos de análisis, tanto descriptivos (p.ej. media, moda y desviación típica), como frecuencias y porcentajes, para conocer las características de la muestra. También se realizó el análisis de correlación entre las respuestas del *DAS* y *CLFDS* mediante el Coeficiente de correlación de Spearman.

Para el análisis diferencial de las variables sociodemográficas y contextuales con respecto a las respuestas recogidas en el *DAS* y *CLFDS* se utilizó el contraste no paramétrico, siendo para dos grupos la prueba *U* de Mann-Whitney y para más de dos grupos el test de Kruskal-Wallis. El nivel de significación establecido para el análisis de los datos ha sido de $\alpha=,05$.

6. Resultados

6.1. Diferencias entre ansiedad y miedo ante la muerte

Para conocer si las personas de la muestra experimentan ansiedad ante la muerte, se han analizado los resultados obtenidos en el DAS. Siendo el rango de puntuaciones posibles entre 0-15 puntos, se obtuvo una $M=8,10$ y una $DT= 3,24$. Analizando detenidamente las puntuaciones de los participantes (**Tabla 2**), podemos ver que 87 sujetos (38,2%) se encuentran en puntuaciones iguales o superiores a 10 puntos, con lo que su respuesta de ansiedad ante la muerte sería alta.

Tabla 2.

Frecuencias y porcentajes de las puntuaciones obtenidas en el DAS.

Ítem (resumen)	Frecuencia	Porcentaje	Ítem (resumen)	Frecuencia	Porcentaje
1- Mucho miedo a morir	3	1,3	9- Me da miedo una muerte dolorosa	15	6,6
2 - Pienso en la muerte	6	2,6	10- Me preocupa la otra vida	34	14,9
3 - No me pongo nervioso al oír hablar de la muerte	9	3,9	11- Me asusta sufrir un ataque al corazón	18	7,9
4 - Me asusta operarme	9	3,9	12- Frecuentemente pienso que la vida es corta	13	5,7
5- No tengo ningún miedo a morirme	27	11,8	13- Me asusta una tercera guerra mundial	10	4,4
6- No tengo ningún miedo a padecer cáncer	29	12,7	14- Me horroriza ver un cadáver	6	2,6
7- Nunca me molestan pensamientos sobre muerte	18	7,9	15- No tengo motivo para temer al futuro	6	2,6
8- Me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	25	11,0	Total	228	100,0

En la **Tabla 3** se puede observar con más detalle el número de personas que experimentan alta, media y baja ansiedad ante la muerte, según los percentiles, siendo el grupo de alta ansiedad ante la muerte el que mayor número de sujetos contiene. Los sujetos con puntuaciones iguales o menores a 6, corresponderían al percentil 25 y estarían en el grupo de baja ansiedad ante la muerte, siendo en este caso el 36,4% de la muestra. El grupo de media ansiedad, correspondería al percentil 50 y estaría representado por el 25,4% de los

sujetos y, por último, en el percentil 75 estarían representados el 38,2% de la muestra, correspondiente al grupo de alta ansiedad ante la muerte.

Tabla 3.

Frecuencias y porcentajes de las personas que experimentan alta, media y baja ansiedad ante la muerte en el *DAS*.

	Frecuencia	Porcentaje
Baja ansiedad ante la muerte	83	36,4
Media ansiedad ante la muerte	58	25,4
Alta ansiedad ante la muerte	87	38,2
Total	228	100,0

En segundo lugar, se ha analizado el miedo ante la muerte propia y ajena y ante el propio proceso de morir y el de los otros, mediante el *CLFDS*, obteniendo las puntuaciones más altas en el miedo a la muerte de otros ($M=27$; $DT= 5,64$; $Mo= 29$), seguido del miedo al proceso de morir de otros ($M=26,08$; $DT= 5,29$; $Mo= 28$), miedo al propio proceso de morir ($M=25,66$; $DT= 6,26$; $Mo=28$) y por último, con las puntuaciones más bajas en el miedo a la propia muerte ($M=21,74$; $DT= 7,18$; $Mo= 28$) (**Tabla 4**).

Tabla 4.

Estadísticos descriptivos en función del miedo a la muerte propia y ajena y al propio proceso de morir o al proceso ajeno (*CLFDS*).

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Moda
Miedo a la propia muerte	228	8	35	21,74	7,182	28
Miedo al propio proceso de morir	228	9	35	25,66	6,258	28
Miedo a la muerte de otros	228	6	35	27,00	5,642	29
Miedo al proceso de morir de otros	228	10	35	26,08	5,291	28

Para poder dar respuesta a la hipótesis principal, se realizó un análisis exploratorio de los resultados de ansiedad recogidos en el *DAS* con los resultados de miedo recogidos en cada una de las subpruebas del *CLFDS*, mediante el Coeficiente de correlación de Spearman.

1- En el caso de la comparación entre el *DAS* y la subprueba del *CLFDS* de *miedo a la propia muerte*, encontramos que existe una correlación positiva y significativa ($r=,690$; $p<,05$) (**Tabla 5**).

Tabla 5.

Estadístico de Coeficiente de correlación de Spearman en función de la ansiedad (*DAS*) y el miedo a la propia muerte (*CLFDS*).

Rho de Spearman		Miedo a la propia muerte. CLFDS.
Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coefficiente de correlación	,690**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	228

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

2- En cuanto a la comparación entre el *DAS* y la subprueba del *CLFDS* de *miedo al propio proceso de morir*, encontramos que existe una correlación positiva y significativa ($r=,582$; $p<,05$) (**Tabla 6**).

Tabla 6.

Estadístico de Coeficiente de correlación de Spearman en función de la ansiedad (*DAS*) y el miedo al propio proceso de morir (*CLFDS*).

Rho de Spearman		Miedo al propio proceso de morir. CLFDS.
Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coefficiente de correlación	,582**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	228

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

3- Respecto a la comparación entre el *DAS* y la subprueba del *CLFDS* de *miedo a la muerte de otros*, encontramos que existe una correlación positiva y significativa ($r=,483$; $p<,05$) (**Tabla 7**).

Tabla 7.

Estadístico de Coeficiente de correlación de Spearman en función de la ansiedad (*DAS*) y el miedo a la muerte de otros (*CLFDS*).

Rho de Spearman		Miedo a la muerte de otros. CLFDS.
Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coefficiente de correlación	,483**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	228

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

4- Respecto a la comparación entre el *DAS* y la subprueba del *CLFDS* de *miedo al proceso de morir de otros*, encontramos que existe una correlación positiva y significativa ($r=,579$; $p<,05$) (**Tabla 8**).

Tabla 8.

Estadístico de Coeficiente de correlación de Spearman en función de la ansiedad (*DAS*) y el miedo al proceso de morir de otros (*CLFDS*).

Rho de Spearman		Miedo al proceso de morir de otros. CLFDS.
Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	Coeficiente de correlación	,579**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	228

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Por lo tanto, con estos datos podemos afirmar que entre las puntuaciones de ansiedad ante la muerte (*DAS*) y el miedo a la muerte propia y ajena y al propio proceso de morir y el de los otros (*CLFDS*) encontramos correlaciones positivas y significativas. Aunque todas estas correlaciones son aceptables, cabe destacar que la correlación más alta se encuentra con el *DAS* en el Miedo a la propia muerte del *CLFDS* y la menor en el Miedo a la muerte de otros. No podemos afirmar cuál de ellas prevalece sobre la otra, o cuál es más potente, aunque sí que podemos afirmar que ambas emociones se encuentran significativamente asociadas y que donde aparece una de ellas con intensidad, también lo hace la otra.

6.2. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables sociodemográficas y contextuales

6.2.1. Descriptivos de variables contextuales

Para poder dar respuesta a los objetivos específicos, además de analizar las variables sociodemográficas representadas en la **Tabla 1**, también se han analizado las variables contextuales (**Tabla 9**).

Tabla 9.

Características contextuales de la muestra.

		Frecuencia	Porcentaje
Creencias religiosas	Si	70	30,7
	No	158	69,3
	Total	228	100,0
Creencia en otra vida tras la muerte	Si	93	40,8
	No	135	59,2
	Total	228	100,0
Experiencias previas con la muertes- pérdida de seres queridos o enfermedad grave	Si	139	61,0
	No	89	39,0
	Total	228	100,0
Sufrir enfermedad grave	Si	33	14,5
	No	195	85,5
	Total	228	100,0
Haber sufrido un accidente grave	Si	29	12,7
	No	199	87,3
	Total	228	100,0
Haber visto morir a alguien	Si	120	52,6
	No	108	47,4
	Total	228	100,0
Estas situaciones, ¿Han modificado su actitud frente a la vida y la muerte?	Si	116	50,9
	No	112	49,1
	Total	228	100,0
Grado de preocupación hacia la muerte	Muy alto	13	5,7
	Alto	68	29,8
	Medio	93	40,8
	Bajo	39	17,1
	Muy bajo	15	6,6
Total	228	100,0	

En cuanto a las creencias religiosas de los sujetos, podemos observar que 70 participantes (30,7%) afirman tener creencias religiosas, en cambio, 158 sujetos (69,3%) afirman no ser creyentes. Con respecto a la creencia en otra vida tras la muerte, encontramos que 93 participantes (40,8%) afirman creer en dicha trascendentalidad frente a los 135 (59,2%) que no creen en dicha existencia. La siguiente variable analizada es la experiencia previa con la muerte, bien por la enfermedad grave de un ser querido o por su pérdida, encontrando que 139 sujetos (61%) han tenido este tipo de experiencias y 89 (39%) afirman no haberlas vivido. El hecho de que estas experiencias hayan modificado su sentido de la vida y la muerte lo confirman 116 personas (50,9%) frente a 112 (49,1%) que afirman que dichas experiencias no han modificado su sentido de la vida y la muerte. En cuanto al grado de preocupación hacia la muerte, observamos que los valores más altos se encuentran en el grupo de media preocupación con 93 personas (40,8%), seguido del grupo de alta preocupación con 68 personas (29,8%).

Continuando con estas variables, se describen los resultados de la muestra en cuanto a las valoraciones subjetivas de la salud física, psicológica, la situación económica y la calidad de vida (**Tabla 10**). De manera general se puede afirmar que los participantes refieren buenos niveles de salud física (66,2%), psicológica (61,8%), una buena situación económica (51,3%) y calidad de vida (70,2%).

Tabla 10.

Frecuencias y porcentajes de la salud física, psicológica, situación económica y la calidad de vida percibida.

		Frecuencia	Porcentaje			Frecuencia	Porcentaje
Valoración de salud física	Muy buena	28	12,3	Valoración de situación económica	Muy buena	15	6,6
	Buena	151	66,2		Buena	117	51,3
	Regular	43	18,9		Regular	81	35,5
	Mala	4	1,8		Mala	12	5,3
	Muy mala	2	,9		Muy mala	3	1,3
	Total	228	100,0		Total	228	100,0
Valoración de salud psíquica	Muy buena	32	14,0	Valoración de calidad de vida	Muy buena	37	16,2
	Buena	141	61,8		Buena	160	70,2
	Regular	43	18,9		Regular	29	12,7
	Mala	7	3,1		Mala	1	,4
	Muy mala	5	2,2		Muy mala	1	,4
	Total	228	100,0		Total	228	100,0

Para poder ahondar más en este aspecto, se preguntó a los participantes cuanto valoraban su autocuidado (**Tabla 11**). Los resultados concluyen que la mayoría de la muestra, con 86 sujetos (37,7%) considera que se cuida “bastante”, 68 sujetos (29,8%) se cuidan “lo suficiente”, 36 sujetos (15,8%) se cuidan “mucho” ,35 (15,4%) lo hacen “poco, menos de lo que debería” y tan solo 3 sujetos (1,3%) dicen no cuidarse “nada”.

Tabla 11.

Frecuencias y porcentajes de autocuidado.

Nivel de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Nada	3	1,3
Poco, menos de lo que debería	35	15,4
Lo suficiente	68	29,8
Bastante	86	37,7
Mucho	36	15,8
Total	228	100,0

6.2.2. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables sociodemográficas

En primer lugar, con el fin de responder al primer objetivo específico marcado, referido a determinar la posible influencia de variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y nivel educativo) de los participantes en la ansiedad y miedo hacia la muerte, se presentan los siguientes análisis estadísticos.

6.2.2.1. Sexo

Ansiedad ante la muerte y sexo

Con respecto al sexo, se analizaron las puntuaciones de ansiedad recogidas en el *DAS* (Tabla 12).

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según el sexo.

Sexo		Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte (DAS)	Hombre	Media	6,41	,339
		Mediana	6,00	
		Moda	6	
		Desviación típica	3,183	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
		Máximo	15	
		Mujer	Media	9,16
	Mediana	9,00		
	Moda	10		
	Desviación típica	2,811		
	Rango	12		
	Mínimo	3		
	Máximo	15		

A continuación, se compararon las puntuaciones de ambos grupos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney y se observó que había diferencias significativas entre hombre y mujeres en las puntuaciones de ansiedad ante la muerte ($Z=-6,226$; $p<,05$) (Tabla 13), siendo el grupo femenino quienes presentaban mayores niveles de ansiedad ($M=9,16$; $DT=2,811$), con respecto al grupo masculino ($M=6,41$; $DT=3,183$).

Tabla 13.

Estadístico diferencial *U* de Mann-Whitney para el DAS según el sexo.

	Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)
U de Mann-Whitney	3156,500
Z	-6,226
Sig. asintótica(bilateral)	,000

Miedo ante la muerte y sexo

Respecto a la posible influencia entre el miedo a la muerte y el sexo, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el *CLFDS* (Tabla 14).

Tabla 14.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según el sexo.

Sexo		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte de otros	Miedo al proceso de morir de otros
Hombre	Media	19,75	23,53	25,51	23,76
	Error estándar de la media	,740	,583	,626	,583
	Mediana	19,00	24,00	26,00	25,00
	Moda	28	23	31	28
	Desviación típica	6,942	5,467	5,874	5,467
	Rango	24	24	23	23
	Mínimo	8	9	12	10
	Máximo	32	33	35	33
Mujer	Media	22,99	27,00	27,94	27,54
	Error estándar de la media	,598	,538	,448	,392
	Mediana	24,00	28,00	29,00	28,00
	Moda	24	35	29	27
	Desviación típica	7,071	6,370	5,301	4,634
	Rango	27	25	29	21
	Mínimo	8	10	6	14
	Máximo	35	35	35	35

1- En la subprueba *miedo a la propia muerte*, tras comparar ambos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que había diferencias significativas ($Z=-3,223$; $p<,05$). Al igual que ocurría con el *DAS*, las mujeres ($M=22,99$; $DT=7,071$), presentaban puntuaciones más altas en el miedo hacia la propia muerte que los hombres ($M=19,75$; $DT=6,94$).

2- En la subprueba de *miedo hacia el propio proceso de morir*, tras comparar ambos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que también había diferencias

significativas ($Z=-4,502$; $p<,05$). El grupo femenino ($M=27,00$; $DT=6,37$). presentaba de nuevo puntuaciones más elevadas que el grupo masculino ($M=23,53$; $DT=5,47$).

3- En el caso de *miedo a la muerte de otros*, comparando los dos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que de nuevo había diferencias significativas ($Z=-3,003$; $p<,05$). El grupo femenino ($M=27,94$; $DT=5,30$). presentaba puntuaciones más elevadas que el grupo masculino ($M=25,51$; $DT=5,87$).

4- Por último, con respecto al proceso de morir de otros, también se encontraron diferencias significativas al igual que con el resto de las subpruebas del CLFDS ($Z=-4,963$; $p<,05$)., las mujeres ($M=27,54$; $DT=4,63$) mostraron mayores puntuaciones que los hombres ($M=23,73$; $DT=5,47$) (**Tabla 15**).

Por lo tanto, con los resultados obtenidos, podemos afirmar que únicamente es el grupo de las mujeres quien muestra respuestas ansiedad ante la muerte, y en el caso del miedo a la muerte propia y ajena, ambos grupos muestran puntuaciones significativas, siendo las mujeres las que presentan mayores puntuaciones.

Tabla 15.

Estadístico diferencial U de Mann-Whitney para el CLFDS según el sexo.

	CLFDS. Miedo a la propia muerte	CLFDS. Miedo al propio proceso de morir	CLFDS. Miedo a la muerte de otros	CLFDS. Miedo al proceso de morir de otros
U de Mann-Whitney	4598,500	3980,500	4707,000	3760,000
Z	-3,223	-4,502	-3,003	-4,963
Sig. Asintótica (bilateral)	,001	,000	,003	,000

6.2.2.2. Edad

Ansiedad ante la muerte y edad

En segundo lugar, se analizó la posible relación entre la ansiedad ante la muerte y la variable edad. Los grupos divididos en 3 categorías etarias, con sus frecuencias y porcentajes están recogidos en la Tabla 1. Con los datos recabados en el DAS, se obtuvieron los siguientes datos descriptivos (**Tabla 16**).

Tabla 16.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según la edad.

Edad		Estadístico	Error típico
Jóvenes (18-26)	Media	8,02	,354
	Mediana	8,00	
	Moda	6	
	Desviación típica	2,831	
	Rango	13	
	Mínimo	2	
	Máximo	15	
Adultos (27-59)	Media	8,63	,298
	Mediana	8,00	
	Moda	10	
	Desviación típica	3,300	
	Rango	14	
	Mínimo	1	
	Máximo	15	
Mayores (66 años en adelante)	Media	6,61	,511
	Mediana	6,00	
	Moda	5	
	Desviación típica	3,270	
	Rango	11	
	Mínimo	2	
	Máximo	13	

A continuación, se compararon los tres grupos etarios mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, donde se concluyó que había diferencias significativas en función de la edad ($\chi^2=11,538$; $gl=2$; $p<,05$) (**Tabla 17**). El grupo que refería mayores puntuaciones en ansiedad ante la muerte fue el de los adultos ($M=8,63$; $DT=3,300$), seguido del grupo de jóvenes ($M=8,02$; $DT=2,831$), y por último el de los mayores ($M=6,61$; $DT=3,270$).

Tabla 17.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el *DAS* según la edad.

Escala de Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	
H de Kruskal-Wallis	11,538
gl	2
Sig. asintótica	,003

Miedo ante la muerte y edad

Con respecto al miedo ante la muerte y la posible influencia en la edad, se analizaron los resultados de las cuatro subpruebas del *CLFDS* (**Tabla 18**).

Tabla 18.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según la edad.

Edad		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir	Miedo a la muerte de otros	Miedo al proceso de morir de otros
Jóvenes (18-26)	Media	21,30	22,81	27,02	24,78
	Error estándar de la media	,788	,783	,784	,753
	Mediana	22,50	24,50	28,00	26,00
	Moda	18	27	35	28
	Desviación típica	6,306	6,266	6,275	6,028
	Rango	25	24	29	25
	Mínimo	8	9	6	10
	Máximo	33	33	35	35
Adultos (27-59)	Media	22,59	27,43	27,66	27,12
	Error estándar de la media	,648	,496	,466	,432
	Mediana	23,00	28,00	29,00	28,00
	Moda	22	35	29	28
	Desviación típica	7,188	5,497	5,171	4,788
	Rango	27	23	23	22
	Mínimo	8	12	12	13
	Máximo	35	35	35	35
Mayores (60 años en adelante)	Media	19,88	24,80	25,02	24,98
	Error estándar de la media	1,273	1,046	,880	,772
	Mediana	18,00	27,00	26,00	25,00
	Moda	28	28	30	28
	Desviación típica	8,149	6,698	5,637	4,942
	Rango	24	25	21	21
	Mínimo	8	10	12	13
	Máximo	32	35	33	34

1- En cuanto al *miedo a la propia muerte*, tras comparar los tres grupos con la prueba de Kruskal-Wallis, los resultados arrojados concluyeron que no había diferencias significativas entre los grupos etarios con respecto al miedo al propio proceso de morir ($\chi^2=3,823$; $g=2$; $p>,05$).

2- En cuanto al *proceso de morir propio*, el test de Kruskal-Wallis, sí que evidenció diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2=21,089$; $g=2$; $p<,05$), siendo el grupo de los adultos quien más miedo experimenta ante el propio proceso de morir ($M=27,43$; $DT=5,50$), seguido del grupo de los mayores ($M=24,80$; $DT=6,70$) y por último el de los jóvenes ($M=22,81$; $DT=6,27$).

3- En el caso del *miedo a la muerte de otros*, analizando las posibles diferencias o semejanzas con el test de Kruskal-Wallis, se concluyó que sí existían dichas diferencias significativas ($\chi^2=6,122$; $g=2$; $p<,05$), siendo de nuevo el grupo de los adultos el que mostraba

mayores puntuaciones de miedo ante la muerte de otros ($M=27,66$; $DT=5,17$), seguido de cerca por los jóvenes ($M=27,02$; $DT=6,28$), y en último lugar el grupo de los mayores ($M=25,02$; $DT=5,64$).

4- Por último, en cuanto al proceso de morir de otros, el test de Kruskal-Wallis puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en cuanto a los grupos de edad ($\chi^2=9,079$; $gl=2$; $p<,05$), revelando las puntuaciones más altas el grupo de los adultos ($M=27,12$; $DT=4,79$), seguido del de los mayores ($M=24,98$; $DT=4,94$), y finalmente el de los jóvenes ($M=24,78$; $DT=6,03$) (**Tabla 19**).

Con estos resultados se puede concluir que, en esta investigación, todos los grupos etarios muestran tanto ansiedad como miedo ante la muerte propia y ajena (con la excepción del miedo a la propia muerte), siendo el grupo de adultos quien refiere mayores puntuaciones al respecto.

Tabla 19.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el CLFDS según la edad.

	CLFDS.Miedo a la propia muerte.	CLFDS.Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS.Miedo a la muerte de otros.	CLFDS.Miedo al proceso de morir de otros.
H de Kruskal-Wallis	3,823	21,089	6,122	9,079
gl	2	2	2	2
Sig. asintótica	,148	,000	,047	,011

6.2.2.3. Estado civil

Ansiedad ante la muerte y estado civil

En tercer lugar, se analizó la posible influencia de la variable estado civil en la ansiedad ante la muerte y se obtuvieron los datos descriptivos de la variable (**Tabla 20**).

Tabla 20.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según el estado civil.

Estado civil		Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	Solteros	Media	8,18	
		Mediana	8,00	
		Moda	8	
		Desviación típica	3,146	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
		Máximo	15	
	Casados	Media	7,86	,341
		Mediana	7,50	
		Moda	6	
		Desviación típica	3,124	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
		Máximo	15	
	Divorciados	Media	6,89	,900
Mediana		6,50		
Moda		5		
Desviación típica		3,818		
Rango		14		
Mínimo		1		
Máximo		15		
Con pareja estable	Media	8,79	,456	
	Mediana	10,00		
	Moda	10		
	Desviación típica	3,286		
	Rango	13		
	Mínimo	2		
	Máximo	15		

Se realizó el test de Kruskal-Wallis, revelando que no existían diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte dependiendo del estado civil ($\chi^2=5,549$; $gl=3$; $p>,05$) (**Tabla 21**).

Tabla 21.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el *DAS* según el estado civil.

Escala de Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	
H de Kruskal-Wallis	5,549
gl	3
Sig. asintótica	,136

Miedo ante la muerte y estado civil

Para comprobar la posible relación del miedo ante la muerte con el estado civil, se analizaron los resultados obtenidos en el *CLFDS* (**Tabla 22**).

Tabla 22.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según el estado civil.

Estado civil		Miedo a la propia muerte.	Miedo al propio proceso de morir.	Miedo a la muerte de otros.	Miedo al proceso de morir de otros.
Solteros	Media	21,69	24,01	26,30	25,41
	Error estándar de la media	,866	,799	,727	,664
	Mediana	23,00	25,00	27,00	26,50
	Moda	25	26	35	28
	Desviación típica	7,448	6,872	6,256	5,714
	Rango	27	26	29	25
	Mínimo	8	9	6	10
	Máximo	35	35	35	35
Casados	Media	21,56	27,19	26,89	26,40
	Error estándar de la media	,844	,653	,597	,519
	Mediana	22,00	28,00	29,00	27,00
	Moda	15	28	29	28
	Desviación típica	7,733	5,989	5,475	4,757
	Rango	27	25	23	22
	Mínimo	8	10	12	13
	Máximo	35	35	35	35
Divorciados	Media	21,72	23,44	27,00	24,83
	Error estándar de la media	1,873	1,248	1,412	1,294
	Mediana	23,00	23,00	30,00	27,00
	Moda	28	23	31	27
	Desviación típica	7,947	5,294	5,990	5,491
	Rango	22	18	23	19
	Mínimo	9	16	12	13
	Máximo	31	34	35	32
Con pareja estable	Media	22,10	26,31	28,19	26,94
	Error estándar de la media	,780	,747	,661	,745
	Mediana	22,00	27,00	29,00	28,00
	Moda	18	23	28	27
	Desviación típica	5,623	5,389	4,769	5,370
	Rango	23	23	20	21
	Mínimo	10	12	15	14
	Máximo	33	35	35	35

1- En cuanto al *miedo a la propia muerte*, tras comparar los grupos con la prueba de Kruskal-Wallis, los resultados arrojados concluyeron que no había diferencias significativas entre el estado civil con respecto al miedo al propio proceso de morir ($\chi^2=,117$; $g/3$; $p>,05$).

2- En cuanto al *proceso de morir propio*, al aplicar el test de Kruskal-Wallis, sí que evidenció diferencias significativas entre los grupos ($\chi^2=13,472$; $g/3$; $p<,05$), siendo el grupo de los casados quien más miedo experimenta ante el propio proceso de morir ($M=27,19$; $DT=5,99$), seguido del grupo con pareja estable ($M=26,31$; $DT=5,39$), los solteros ($M=24,01$; $DT=6,87$), y por último el de los divorciados ($M=23,44$; $DT=5,29$).

3- Respecto al *miedo a la muerte de otros*, analizando las posibles diferencias o semejanzas con el test de Kruskal-Wallis, se concluyó que no existían diferencias significativas en el miedo a la muerte de otros en función del estado civil ($\chi^2=62,838$; $gl=3$; $p>,05$).

4- Por último, en cuanto al *proceso de morir de otros*, el test de Kruskal-Wallis reveló que no existían diferencias significativas en cuanto al miedo al proceso de morir de otros con respecto al estado civil ($\chi^2=3,962$; $gl=3$; $p>,05$) (**Tabla 23**).

Con estos resultados se puede concluir que, en esta muestra, no existen diferencias significativas en la ansiedad y en el miedo a la muerte propia y ajena con respecto al estado civil, con la excepción de la subescala *miedo al proceso de morir propio*, donde el grupo de los casados y con pareja estable muestran valores más altos en sus puntuaciones.

Tabla 23.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el CLFDS según el estado civil.

	CLFDS.Miedo a la propia muerte.	CLFDS.Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS.Miedo a la muerte de otros.	CLFDS.Miedo al proceso de morir de otros.
H de Kruskal-Wallis	,117	13,472	2,838	3,962
gl	3	3	3	3
Sig. asintótica	,990	,004	,417	,266

6.2.2.4. Nivel educativo

Ansiedad ante la muerte y nivel educativo

La última de las variables sociodemográficas estudiadas es el nivel educativo. Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de ansiedad ante la muerte en función del nivel educativo de los sujetos (**Tabla 24**).

Tabla 24.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según el nivel educativo.

Nivel educativo		Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	Estudios Primarios / Sin graduado escolar	Media	6,86	,829
		Mediana	6,00	
		Moda	6	
		Desviación típica	2,193	
		Rango	5	
		Mínimo	5	
	Estudios Secundarios / Con graduado escolar	Media	7,50	,561
		Mediana	6,50	
		Moda	6	
		Desviación típica	2,632	
		Rango	10	
		Mínimo	3	
	Bachillerato / BUP / FP	Media	8,25	,373
		Mediana	8,00	
		Moda	8	
Desviación típica		3,254		
Rango		14		
Mínimo		1		
Estudios universitarios	Media	8,06	,381	
	Mediana	8,00		
	Moda	10		
	Desviación típica	3,510		
	Rango	14		
	Mínimo	1		
Estudios de postgrado	Media	8,45	,506	
	Mediana	8,00		
	Moda	5		
	Desviación típica	3,117		
	Rango	11		
	Mínimo	4		
	Máximo	15		

A continuación, se compararon las puntuaciones de todos los grupos mediante el test de Kruskal-Wallis y se observó que no había diferencias significativas para esta variable ($\chi^2=2,771$; $gl=4$; $p>,05$) (**Tabla 25**).

Tabla 25.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el *DAS* según el nivel educativo.

Escala de Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	
H de Kruskal-Wallis	2,771
gl	4
Sig. asintótica	,597

Miedo ante la muerte y nivel educativo

Respecto a la posible influencia entre el miedo a la muerte y el nivel educativo, se analizaron los resultados del *CLFDS* extrayendo sus datos descriptivos (**Tabla 26**).

Tabla 26.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según el nivel educativo.

Nivel educativo		Miedo a la propia muerte.	Miedo al propio proceso de morir.	Miedo a la muerte de otros.	Miedo al proceso de morir de otros.
Estudios Primarios / Sin graduado escolar	Media	17,86	25,57	23,43	25,43
	Error estándar de la media	3,912	2,235	2,202	1,688
	Mediana	16,00	24,00	21,00	24,00
	Moda	8 ^a	20	19	21
	Desviación típica	10,351	5,912	5,827	4,467
	Rango	25	15	16	12
	Mínimo	8	20	19	21
	Máximo	33	35	35	33
Estudios Secundarios / Con graduado escolar	Media	21,55	24,55	27,45	25,05
	Error estándar de la media	1,270	1,343	1,075	1,234
	Mediana	22,00	25,50	29,00	27,50
	Moda	22	19 ^a	26 ^a	28
	Desviación típica	5,958	6,300	5,040	5,786
	Rango	23	22	21	21
	Mínimo	8	13	14	12
	Máximo	31	35	35	33
Bachillerato / BUP / FP	Media	21,61	25,13	26,88	26,49
	Error estándar de la media	,843	,764	,647	,585
	Mediana	22,50	26,50	27,00	27,00
	Moda	25	28	31	28
	Desviación típica	7,347	6,662	5,640	5,098
	Rango	26	25	29	22
	Mínimo	9	10	6	13
	Máximo	35	35	35	35
Estudios universitarios	Media	21,94	25,61	27,56	25,74
	Error estándar de la media	,745	,650	,600	,603
	Mediana	22,00	26,00	29,00	27,00
	Moda	28	23	32	28
	Desviación típica	6,865	5,996	5,528	5,560
	Rango	27	26	23	25
	Mínimo	8	9	12	10
	Máximo	35	35	35	35
Estudios de postgrado	Media	22,37	27,50	26,39	26,74
	Error estándar de la media	1,247	,969	,998	,810
	Mediana	23,00	28,00	28,50	28,00
	Moda	15	28	29	28
	Desviación típica	7,688	5,972	6,154	4,990
	Rango	27	23	23	22
	Mínimo	8	12	12	13
	Máximo	35	35	35	35

1- En la subprueba de *miedo hacia la propia muerte*, tras comparar ambos grupos con el test de Kruskal-Wallis, se comprobó que no había diferencias significativas para esta subescala ($\chi^2=1,943$; $gl=4$; $p>,05$).

2- Para la subprueba de *miedo hacia el propio proceso de morir*, comparando los grupos con el test de Kruskal-Wallis, se comprobó que tampoco había diferencias significativas para esta subescala ($\chi^2=4,721$; $gl=4$; $p>,05$).

3- En el caso de *miedo a la muerte de otros*, se realizó el análisis diferencial los grupos con Kruskal-Wallis, y se comprobó que tampoco había diferencias significativas en esta tercera subescala ($\chi^2=4,694$; $gl=4$; $p>,05$).

4- Por último, con respecto al *proceso de morir de otros*, al comparar los grupos con Kruskal-Wallis, al igual que con el resto de las subpruebas del CLFDS, no se observan diferencias significativas en la cuarta subescala ($\chi^2=3,962$; $gl=4$; $p>,05$) (**Tabla 27**).

Por lo tanto, con los resultados obtenidos, podemos afirmar que tanto en la ansiedad como en el miedo ante la muerte no hay influencias significativas en cuanto a la variable nivel educativo.

Tabla 27.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el CLFDS según el nivel educativo.

	CLFDS.Miedo a la propia muerte.	CLFDS.Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS.Miedo a la muerte de otros.	CLFDS.Miedo al proceso de morir de otros.
H de Kruskal-Wallis	1,943	4,721	4,694	1,842
gl	4	4	4	4
Sig. asintótica	,746	,317	,320	,765

6.2.3. Diferencias entre ansiedad y miedo a la muerte por variables contextuales

A continuación, para poder dar respuesta al segundo objetivo específico, se han analizado los resultados de una serie de variables contextuales (calidad de vida percibida, creencias religiosas y experiencias previas con la muerte).

6.2.3.1. Calidad de vida percibida

Ansiedad ante la muerte y calidad de vida percibida

En relación con la variable calidad de vida percibida y la ansiedad ante la muerte, se realizó un análisis descriptivo de los resultados de ansiedad obtenidos en el DAS (**Tabla 28**).

Tabla 28.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según la calidad de vida percibida.

Calidad de vida		Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	Muy buena	Media	8,41	,577
		Mediana	8,00	
		Moda	5	
		Desviación típica	3,508	
		Rango	13	
		Mínimo	1	
		Máximo	14	
	Buena	Media	8,16	,264
		Mediana	8,00	
		Moda	10	
		Desviación típica	3,334	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
	Regular	Media	7,38	,439
Mediana		8,00		
Moda		8		
Desviación típica		2,367		
Rango		11		
Mínimo		1		
Mala	Media	7	-	
	Mediana	7		
	Moda	7		
	Desviación típica	-		
	Rango	0		
	Mínimo	7		
		Máximo	7	

Tras comparar los grupos con el test de Kruskal-Wallis se reveló que no existían diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte en cuanto a la calidad de vida percibida ($\chi^2=1,708$; $gl=4$; $p>,05$) (**Tabla 29**).

Tabla 29.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el *DAS* según la calidad de vida percibida.

Escala de Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	
H de Kruskal-Wallis	1,708
gl	4
Sig. asintótica	,789

Miedo ante la muerte y calidad de vida percibida

En cuanto a la relación con la variable calidad de vida percibida y el miedo ante la muerte, se analizaron los resultados de miedo obtenidos en el *CLFDS* (Tabla 30).

Tabla 30.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según la calidad de vida percibida.

Calidad de vida		Miedo a la propia muerte	Miedo al propio proceso de morir.	Miedo a la muerte de otros.	Miedo al proceso de morir de otros.
Muy buena	Media	22,11	25,59	26,84	26,08
	Error estándar de la media	1,060	1,062	1,026	,953
	Mediana	23,00	26,00	29,00	28,00
	Moda	25	28	24	28
	Desviación típica	6,450	6,461	6,238	5,795
	Rango	27	26	29	24
	Mínimo	8	9	6	10
	Máximo	35	35	35	34
Buena	Media	21,82	26,00	27,17	26,26
	Error estándar de la media	,598	,474	,443	,398
	Mediana	22,00	27,00	28,50	27,00
	Moda	28	28	31	27
	Desviación típica	7,561	5,995	5,599	5,030
	Rango	27	25	23	22
	Mínimo	8	10	12	13
	Máximo	35	35	35	35
Regular	Media	20,86	23,86	25,79	24,76
	Error estándar de la media	1,155	1,312	,916	1,116
	Mediana	21,00	25,00	26,00	26,00
	Moda	24 ^a	19 ^a	26 ^a	28
	Desviación típica	6,220	7,065	4,931	6,010
	Rango	23	24	21	23
	Mínimo	9	11	14	12
	Máximo	32	35	35	35
Mala	Media	19	17	35	29
	Error estándar de la media	-	-	-	-
	Mediana	19	17	35	29
	Moda	19	17	35	29
	Desviación típica	-	-	-	-
	Rango	0	0	0	0
	Mínimo	19	17	35	29
	Máximo	19	17	35	29

1- En la subprueba de *miedo hacia la propia muerte*, tras comparar ambos grupos con el test de Kruskal-Wallis, se comprobó que no había diferencias significativas para esta subescala ($\chi^2=0,807$; $g=4$; $p>,05$).

2- Para la subprueba de *miedo hacia el propio proceso de morir*, se realizó un análisis diferencial de los grupos con el test de Kruskal-Wallis, donde se comprobó que tampoco había diferencias significativas para esta subescala ($\chi^2=6,766$; $gl=4$; $p>,05$).

3- En la subprueba de *miedo a la muerte de otros*, comprando los grupos con Kruskal-Wallis, se comprobó que tampoco había diferencias significativas en esta tercera subescala ($\chi^2=7,028$; $gl=4$; $p>,05$).

4- Por último, con respecto al *proceso de morir de otros*, al comparar los grupos con Kruskal-Wallis, al igual que con el resto de las subpruebas del CLFDS, no se observan diferencias significativas en la cuarta subescala ($\chi^2=4,209$; $gl=4$; $p>,05$) (**Tabla 31**).

Por lo tanto, con los resultados obtenidos, podemos afirmar consistentemente que, en esta muestra, tanto en la ansiedad como en el miedo ante la muerte no hay diferencias significativas en cuanto a la variable calidad de vida percibida.

Tabla 31.

Estadístico diferencial de Kruskal-Wallis para el CLFDS según la calidad de vida percibida.

	CLFDS.Miedo a la propia muerte.	CLFDS.Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS.Miedo a la muerte de otros.	CLFDS.Miedo al proceso de morir de otros.
H de Kruskal-Wallis	,807	6,766	7,028	4,209
gl	4	4	4	4
Sig. asintótica	,937	,149	,134	,378

6.2.3.2. Creencias religiosas

Ansiedad ante la muerte y creencias religiosas

Con el objetivo de comprobar la posible influencia de la variable creencias religiosas y la ansiedad ante la muerte, se analizaron los resultados obtenidos en el DAS (**Tabla 32**).

Tabla 32.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (DAS) según las creencias religiosas.

		Creencias religiosas	Estadístico	Error típico
Ansiedad ante la muerte (DAS)	Si	Media	7,96	,372
		Mediana	7,00	
		Moda	5	
		Desviación típica	3,109	
		Rango	12	
		Mínimo	3	
		Máximo	15	
	No	Media	8,16	,263
		Mediana	8,00	
		Moda	10	
		Desviación típica	3,309	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
		Máximo	15	

Tras comparar los grupos con la prueba *U* de Mann-Whitney, se reveló que no existían diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte con respecto a las creencias religiosas ($Z=-6,226$; $p>,05$) (Tabla 33).

Tabla 33.

Estadístico diferencial *U* de Mann-Whitney para el DAS según las creencias religiosas.

Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	
U de Mann-Whitney	5179,000
Z	-,768
Sig. asintótica(bilateral)	,443

Miedo ante la muerte y creencias religiosas

Con respecto a la posible relación entre la variable creencias religiosas y el miedo ante la muerte, se analizaron los resultados de miedo obtenidos en las cuatro subpruebas del CLFDS (Tabla 34).

Tabla 34.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según las creencias religiosas.

Creencias religiosas	Miedo a la propia muerte.	Miedo al propio proceso de morir.	Miedo a la muerte de otros.	Miedo al proceso de morir de otros.	
Si	Media	22,34	26,40	27,83	27,47
	Error estándar de la media	,775	,700	,601	,485
	Mediana	22,00	27,00	29,00	28,00
	Moda	20 ^a	28	29	28
	Desviación típica	6,485	5,854	5,027	4,057
	Rango	26	24	19	21
	Mínimo	9	11	16	14
	Máximo	35	35	35	35
No	Media	21,47	25,34	26,64	25,46
	Error estándar de la media	,595	,511	,467	,450
	Mediana	22,00	26,00	28,00	26,50
	Moda	12 ^a	25	31	28
	Desviación típica	7,474	6,419	5,873	5,656
	Rango	27	26	29	25
	Mínimo	8	9	6	10
	Máximo	35	35	35	35

1- En la subprueba de *miedo hacia la propia muerte*, tras comparar ambos grupos con la prueba *U* de Mann-Whitney, se comprobó que no había diferencias significativas para esta subescala ($Z=-,721$; $p>,05$).

2- Para la subprueba de *miedo hacia el propio proceso de morir*, se realizó un análisis diferencial de los grupos con la prueba *U* de Mann-Whitney, donde se comprobó que tampoco había diferencias significativas para la segunda subescala ($Z=-1,058$; $p>,05$).

3- En la subprueba de *miedo a la muerte de otros*, comprando los grupos con *U* de Mann-Whitney, se comprobó que tampoco había diferencias significativas en esta subescala ($Z=-1,217$; $p>,05$).

4- Por último, con respecto al *proceso de morir de otros*, al comparar los grupos con *U* de Mann-Whitney, al contrario que con el resto de las subpruebas del *CLFDS*, en esta ocasión sí que se observan diferencias significativas ($Z=-2,258$; $p<,05$) (**Tabla 35**), siendo el grupo de personas con creencias religiosas ($M=27,47$; $DT=4,06$), las que presentaban puntuaciones más altas en el miedo hacia la propia muerte con respecto al grupo de personas no creyentes ($M=25,46$; $DT=5,66$).

Por lo tanto, con los resultados obtenidos, podemos afirmar que, en los sujetos de esta muestra, no hay diferencias significativas en la ansiedad ni el miedo ante la muerte en cuanto a la variable creencias religiosas, exceptuando la subprueba del *CLFDS* de *miedo al proceso de morir de otros*, donde las personas con creencias religiosas manifiestan mayor miedo ante la muerte que las personas no creyentes.

Tabla 35.

Estadístico diferencial *U* de Mann-Whitney para el *CLFDS* según el sexo.

	CLFDS. Miedo a la propia muerte.	CLFDS. Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS. Miedo a la muerte de otros.	CLFDS. Miedo al proceso de morir de otros.
U de Mann-Whitney	5199,000	5044,500	4972,000	4495,500
Z	-,721	-1,058	-1,217	-2,258
Sig. asintótica(bilateral)	,471	,290	,224	,024

6.2.3.3. Experiencias previas con la muerte

Ansiedad ante la muerte y experiencias previas con la muerte

Con respecto a las experiencias previas con la muerte, se analizaron las puntuaciones recogidas en el *DAS* de los grupos que afirmaban haber cambiado de actitud o no frente a la vida y la muerte, debido a las experiencias previas que había tenido con la muerte (**Tabla 36**).

Tabla 36.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en ansiedad ante la muerte (*DAS*) según las experiencias previas con la muerte.

Cambio actitud por experiencias previas con la muerte		Estadístico	Error típico	
Ansiedad ante la muerte (<i>DAS</i>)	Si	Media	8,72	,262
		Mediana	8,00	
		Moda	8	
		Desviación típica	2,82	
		Rango	13	
		Mínimo	2	
		Máximo	15	
	No	Media	7,46	,334
		Mediana	7,00	
		Moda	10	
		Desviación típica	3,53	
		Rango	14	
		Mínimo	1	
		Máximo	15	

A continuación, se compararon las puntuaciones de ambos grupos mediante la prueba *U* de Mann-Whitney y se observó que había diferencias significativas entre las personas que habían tenido o no cambios de actitud frente a la vida y la muerte derivada de las experiencias previas con la muerte, ($Z=-2,947$; $p<,05$) (**Tabla 37**), siendo las que mostraban cambios actitudinales quienes mostraban más ansiedad ($M=8,72$; $DT=2,81$), con respecto a las que las experiencias previas con la muerte no habían modificado sus actitudes ($M=7,46$; $DT=3,53$).

Tabla 37.

Estadístico diferencial *U* de Mann-Whitney para el DAS según las experiencias previas con la muerte.

Escala de Ansiedad ante la muerte (DAS)	
U de Mann-Whitney	5036,000
Z	-2,947
Sig. asintótica(bilateral)	,003

Miedo ante la muerte y experiencias previas con la muerte

Respecto a la posible influencia entre el miedo a la muerte y las actitudes derivadas de las experiencias previas con la muerte, inicialmente se realizó un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en el *CLFDS* (**Tabla 38**).

Tabla 38.

Estadísticos descriptivos de las puntuaciones en la Escala de Miedo a la muerte de Collett y Lester (*CLFDS*) según las experiencias previas con la muerte.

Cambio actitud por experiencias previas con la muerte		Miedo a la propia muerte.	Miedo al propio proceso de morir.	Miedo a la muerte de otros.	Miedo al proceso de morir de otros.
Si	Media	23,30	26,76	28,79	26,99
	Error estándar de la media	,629	,549	,441	,451
	Mediana	24,00	28,00	30,00	27,50
	Moda	28	23	30	28
	Desviación típica	6,771	5,909	4,752	4,853
	Rango	27	26	20	25
	Mínimo	8	9	15	10
	Máximo	35	35	35	35
No	Media	20,12	24,53	25,15	25,13
	Error estándar de la media	,686	,608	,558	,527
	Mediana	19,00	25,00	25,50	26,00
	Moda	18	28	29	28
	Desviación típica	7,264	6,430	5,908	5,574
	Rango	27	25	29	23
	Mínimo	8	10	6	12
	Máximo	35	35	35	35

1- En la subprueba *miedo a la propia muerte*, tras comparar ambos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que había diferencias significativas ($Z=-3,392$; $p<,05$). Al igual que ocurría con el *DAS*, aquellos que mostraban cambios actitudinales eran quienes mostraban más miedo ($M=23,30$; $DT=6,77$), frente a los que no reflejaban cambios derivados de las experiencias previas con la muerte ($M=20,12$; $DT=7,26$).

2- En la subprueba de *miedo hacia el propio proceso de morir*, tras comparar ambos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que también había diferencias significativas ($Z=-2,732$; $p<,05$). Nuevamente, el grupo que afirmaba tener nuevas actitudes derivadas de las experiencias previas con la muerte, tenían las puntuaciones más altas ($M=26,76$; $DT=5,10$) que aquellos que no tenían cambios actitudinales ($M=24,53$; $DT=6,43$).

3- En el caso de *miedo a la muerte de otros*, comparando los dos grupos con la prueba U de Mann-Whitney se comprobó que de nuevo había diferencias significativas ($Z=-4,756$; $p<,05$). El grupo con cambios actitudinales volvía a mostrar puntuaciones más elevadas ($M=28,79$; $DT=4,75$) que los que conservaban sus actitudes ante la vida y la muerte tras experiencias previas con la muerte ($M=25,15$; $DT=5,91$).

4- Por último, con respecto al proceso de morir de otros, al igual que con el resto de las subpruebas del *CLFDS* mostraba diferencias significativas ($Z=-2,508$; $p<,05$), siendo de nuevo el grupo con cambio de actitud derivados de experiencias previas con la muerte quien mostraba mayores puntuaciones ($M=26,99$; $DT=4,85$) con respecto al otro grupo ($M=25,13$; $DT=5,57$) (**Tabla 39**).

Por lo tanto, con los resultados obtenidos podemos afirmar que, en este grupo muestral, aquellos que han tenido experiencias previas con la muerte y refieren haber tenido un cambio de actitud frente a la vida y la muerte, muestran niveles más altos de ansiedad y miedo tanto hacia la muerte propia y ajena, como al propio proceso de morir y al proceso de morir de otros.

Tabla 39.

Estadístico diferencial *U* de Mann-Whitney para el *CLFDS* según las experiencias previas con la muerte.

	CLFDS. Miedo a la propia muerte.	CLFDS. Miedo al propio proceso de morir.	CLFDS. Miedo a la muerte de otros.	CLFDS. Miedo al proceso de morir de otros.
U de Mann-Whitney	4808,500	5138,000	4132,500	5250,500
Z	-3,392	-2,732	-4,756	-2,508
Sig. asintótica(bilateral)	,001	,006	,000	,012

7. Discusión

El objetivo principal de este estudio es explorar el grado de ansiedad y miedo ante la muerte en población adulta, su posible correlación, y conocer si prevalece una de estas dos respuestas sobre la otra. Teniendo en cuenta la literatura previamente mencionada, cabía esperar que se encontrasen puntuaciones elevadas de ansiedad y miedo a la muerte y que dichas respuestas tuvieran una fuerte correlación entre sí.

Tras haber analizado los datos obtenidos en el *DAS*, se concluye que la muestra presenta un nivel alto de miedo ante la muerte, lo que coincide con los datos esperados. En cuanto al miedo, tras analizar las puntuaciones del *CLFDS*, se han encontrado altas puntuaciones en las cuatro subpruebas (miedo a la propia muerte, miedo al propio proceso de morir, miedo a la muerte de otros y miedo al proceso de morir de otros), aunque las puntuaciones difieren de una subprueba a otra, tal y como planteó Molina (2017). En cuanto a la prevalencia de una de ellas sobre la otra, no se ha podido establecer dicha relación, aunque sí se ha podido demostrar una correlación positiva y significativa, corroborando así la afirmación de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003), de que la muerte produce respuestas de miedo y ansiedad en buena parte de la población, confirmando su asociación, viendo que no pueden ser consideradas independientes, y respondiendo así a la hipótesis principal de este trabajo. Esta asociación podría tener su explicación en que, pese a que las causas, duración y mantenimiento de dichas respuestas son distintas, puede llegar a ser realmente complicado diferenciar la ansiedad del miedo, debido a que las reacciones fisiológicas que producen son muy similares, llegando a solaparse en numerosas ocasiones.

En relación con el primer objetivo específico de determinar la posible influencia de las variables sociodemográficas edad, sexo, estado civil y nivel educativo en la ansiedad y miedo hacia la muerte, podemos destacar ciertos aspectos. Respecto a la variable sexo, se ha encontrado que las mujeres son el grupo que más ansiedad y miedo ante la muerte manifiestan, lo cual coincide con los resultados de la gran mayoría de los estudios mencionados (Edo-Gual et al., 2011; Joaquín T. Limonero et al., 2010; Pollak, 1979; Suhail y Akram, 2002; J. Tomás-Sábado, 2016). En función del gran número de estudios con similares hallazgos en la literatura, podríamos considerar que esto puede deberse a un posible patrón cultural que se repite; quizás podamos hablar de una diferencia biológica o incluso una interacción de ambos factores.

En lo referido a la edad, parece estar claro, que tal y como afirmaban Burke, Martens, y Faucher (2010), la edad puede cambiar las actitudes que se muestran ante la muerte, ya que se observan puntuaciones muy distintas en cada grupo etario. En cuanto a la ansiedad y

el miedo, hay unanimidad en que el grupo que refleja puntuaciones más altas es el de los adultos. Coincide parcialmente con la investigaciones de Kalish y Reynolds (1977) y Maxfield et al. (2007) en que, al aumentar la edad, disminuye la ansiedad ante la muerte, aunque este hecho, solo se refleja en el grupo de los jóvenes y en el grupo de los mayores, siendo una clara excepción el tramo de edad de los adultos, los cuales muestran puntuaciones muy altas. Las causas atribuibles a esta disminución en las respuestas del grupo de jóvenes, podrían ser el hecho de ver la muerte como un evento lejano con el que no tienen que lidiar a corto ni medio plazo. En el caso del grupo de los mayores, quizá juegue un papel importante la aceptación de la muerte como un proceso inevitable del final de la vida, tal vez sea por “fatiga vital” y sensación de haber vivido todo lo posible o incluso por el deterioro físico inherente a la edad avanzada.

En cuanto al estado civil no se ha hallado diferencias significativas en cuanto a la ansiedad ni el miedo ante la muerte. Tan solo se han encontrado diferencias significativas en la subescala de miedo al propio proceso de morir del *CLFDS*, donde los casados muestran las puntuaciones más altas y los divorciados las más bajas, hecho que contradice totalmente los hallazgos del trabajo de Talavera (2010). Con respecto a la contradicción hallada en los resultados de esta variable, debería tenerse en cuenta el cambio social producido en el concepto de matrimonio y pareja puesto que actualmente somos más individualistas, se decide en muchas ocasiones vivir en pareja en lugar de casarse y ha aumentado notablemente el número de divorcios con respecto a décadas anteriores. Sería recomendable profundizar en esta variable, garantizando mayor variabilidad en cuanto al estado civil.

Por otro lado, en cuanto al nivel educativo, no se han encontrado diferencias significativas ni en la ansiedad ni en el miedo ante la muerte. Esto puede deberse al hecho de que la mayoría de las investigaciones realizadas con esta variable (Maritza Espinoza y Olivia Sanhueza, 2012; Nienaber y Goedereis, 2015; Paliativa et al., 2018), han estado relacionadas exclusivamente con estudios sanitarios y no con población general, por lo que cabría la posibilidad de que los sujetos con estudios sanitarios tuviesen menos puntuaciones en miedo y ansiedad derivado del contacto más cercano y cotidiano con la muerte. Concluimos pues, que el nivel educativo como protector frente al miedo y ansiedad muerte no puede ser considerado independiente del tipo de estudios cursados

En relación con el segundo objetivo específico de analizar e identificar relaciones entre las variables contextuales de calidad de vida percibida, religiosidad y experiencias previas con la muerte, y la ansiedad y miedo ante la muerte se pueden destacar varios aspectos. En lo referente a la calidad de vida percibida, no se han encontrado diferencias significativas ni en la escala de ansiedad ni en la de miedo ante la muerte. Esto puede deberse a la poca

variabilidad hallada en esta variable, ya que un gran porcentaje de la muestra califica su calidad de vida como buena, siendo casi insignificante el porcentaje que la califica como mala o muy mala. Sería conveniente analizar esta variable con una muestra de mayor variabilidad al respecto.

En cuanto a las creencias religiosas, los resultados se muestran coincidentes con los de Templer y Dotson (1970), ya que no se han encontrado diferencias significativas en la respuesta de ansiedad ni miedo ante la muerte. La excepción está en el hallazgo de diferencias significativas para la subescala del miedo al proceso de morir de los otros del *CLFDS*, lo que coincidiría con la investigación de Boceta et al. (2017) y Tomás-Sábado (2016) en cuanto al hecho de que el grupo con creencias religiosas, manifiesta mayor respuesta de miedo. Estos resultados podrían explicarse debido a la falta de distinción entre espiritualidad y religiosidad y también al hecho de la necesidad de haber evaluado con precisión el grado de religiosidad manifestado. De este modo, se podría distinguir, entre personas ateas, creyentes fielmente practicantes y personas con ciertas creencias religiosas que manifiestan actitudes flexibles ante ella.

Por último, cabe mencionar la variable de experiencias previas con la muerte. Se han encontrado diferencias significativas tanto para ansiedad como para miedo ante la muerte. Coincidiendo con los resultados del trabajo de Edo-Gual et al. (2011), presentan mayores respuestas de miedo y ansiedad el grupo de personas que manifiestan haber tenido experiencias previas con la muerte y que por ello, han cambiado su actitud ante la vida y la muerte. No obstante, esta variable ha sido poco estudiada en población general, al igual que ocurre con la variable nivel educativo, ya que los estudios realizados se han centrado sobre todo en profesionales del ámbito sanitario, los cuales mantienen un contacto diario y directo con personas enfermas o en proceso de morir. Podríamos por lo tanto concluir, que el hecho de que las experiencias previas con la muerte se produzcan a nivel profesional sanitario, donde se tiene contacto directo y continuo con la muerte, favorece una correlación inversa con las respuestas de miedo y ansiedad, no siendo así, si dichas experiencias se producen a nivel personal, donde la correlación con dichas respuestas parece ser directa.

7.1. Limitaciones y prospectiva

La primera de las limitaciones fue la situación de pandemia durante la que se efectuó este estudio, la cual limitó la aplicación de los instrumentos estandarizados únicamente a la vía telemática. Esto supuso una gran dificultad en el grupo etario de los mayores e incluso en algunos casos en el grupo de los adultos, debido a la poca familiaridad con las nuevas tecnologías de algunos de estos sujetos. Además, en los casos de los sujetos más longevos,

no se puede valorar la existencia de algún déficit cognitivo que pudiese distorsionar sus respuestas.

En segundo lugar, se encuentra poca variabilidad en cuanto a alguna variable, como es el caso del estado civil y la calidad de vida percibida. Sería importante prestar atención a este punto en futuros estudios.

En tercer lugar, hay dificultades para generalizar los resultados obtenidos a la totalidad de la población, ya que la muestra de este estudio no es totalmente representativa ni aleatoria. Para mejorar esta limitación se podría aumentar el tamaño de la muestra, lo cual mejoraría una distribución representativa de la población. También se podría valorar la realización de un estudio longitudinal. De este modo podríamos ver las posibles modificaciones en las respuestas a lo largo del tiempo y de las experiencias vividas por los participantes, además de que la información recabada sería contemporánea en lugar de retrospectiva, evitando sesgos como el de falsa memoria.

Por último, las creencias religiosas se midieron mediante un cuestionario Ad hoc de manera general. En futuras investigaciones, sería recomendable realizar una diferenciación detallada entre creencias religiosas y sentido de trascendencia.

Pese a las limitaciones mencionadas, es importante recordar que no hay estudios que hayan profundizado en este tema analizando a la población general y abarcando este número de variables tanto sociodemográficas como contextuales. Esto supone una relevancia como punto de partida de futuras investigaciones longitudinales, experimentales o con muestras de mayor tamaño. En cuanto a las aportaciones de este estudio en el campo concreto de la Psicología General Sanitaria, se puede resaltar la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento más adaptativas con las que mejorar la calidad de vida de la población y preparar aspectos del proceso de duelo.

Todo esto, podría realizarse mediante estrategias educativas, dirigidas entre otras, a la mejora de la resiliencia, resolución de problemas, inteligencia emocional, comunicación terapéutica y mejora de las habilidades sociales. Dicha psicoeducación podría ser impartida por especialistas de la psicología sanitaria, en escuelas, centros sanitarios, centros psicosociales, universidades y asociaciones, e iría dirigido tanto a la población general como a los profesionales del ámbito sanitario.

Con la implantación de estas estrategias educativas, se conseguiría la mejora de estrategias de afrontamiento hacia la muerte y, por lo tanto, se evitarían posibles psicopatologías que afectan al funcionamiento individual y social, como por ejemplo el duelo patológico o cuadros de ansiedad excesiva. Derivado de esta mejora, habría además un

beneficio colateral en cuanto a la reducción del gasto farmacológico procedente de su tratamiento y la reducción del tratamiento psicoterapéutico.

En conclusión, se podría considerar que, a pesar de las limitaciones, este trabajo constituye una aproximación a la visualización del tabú actual que existe en torno a la muerte, las consecuencias que esto puede ocasionar y la urgencia en la implantación de programas educativos que prevengan psicopatologías derivadas y mejoren la calidad de vida de la población.

8. Conclusiones

Los resultados obtenidos en esta investigación evidencian que los sujetos de la muestra, presentan un nivel alto de ansiedad y miedo ante la muerte. También se aprecia que el miedo y la ansiedad a la muerte están intrínsecamente relacionados y no pueden ser considerados independientes.

En cuanto a la influencia de las variables sociodemográficas, encontramos que la edad y el sexo son variables de peso significativo, reflejando las puntuaciones más altas en el miedo y ansiedad ante la muerte en el grupo de mujeres y en el grupo etario de los adultos. En cuanto a las variables estado civil y nivel educativo, no se han encontrado diferencias significativas, aunque se recomienda para futuros estudios, aumentar la variabilidad de dichos grupos.

Con respecto a las variables contextuales, se encuentran respuestas de peso significativo en la variable experiencias previas con la muerte, donde los niveles de miedo y ansiedad son más altos en los sujetos que afirman haber tenido experiencias previas con la muerte y que por ello se ha modificado su visión de la vida y la muerte. No sucede lo mismo con las variables creencias religiosas y calidad de vida percibida, donde al igual que sucede con las variables de estado civil y nivel educativo, se recomienda incrementar la variabilidad de la muestra en estos grupos en futuras investigaciones.

Sería conveniente, de cara a la mejora de la calidad de vida, de elaboración correcta del proceso de duelo y de la prevención de psicopatologías relacionadas con una respuesta excesiva de ansiedad y miedo ante la muerte, la implementación de programas psicoeducativos tanto para la población general como para los profesionales del ámbito de la salud.

Referencias bibliográficas

- Abdel-Khalek, A., Beshai, J. A., & Templer, D. I. (1993). The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students. *Psychological reports*, 72(3 Pt 1), 920–922. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3.920>
- Abdel-Khalek, A. M. (1991). Death Anxiety among Lebanese Samples. *Psychological Reports*, 68(3), 924-926E. <https://doi.org/10.2466/pr0.1991.68.3.924>
- Abdel-Khalek, A. M. (2002). Convergent validity of the Collett-Lester fear of death and Templer death anxiety scales in Egyptian male college students. *Psychological Reports*, 90(3 PART 1), 849-850. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.90.3.849>
- Abdel-Khalek, A. M. (2013). The relationships between subjective well-being, health, and religiosity among young adults from Qatar. *Mental Health, Religion and Culture*, 16(3), 306-318. <https://doi.org/10.1080/13674676.2012.660624>
- Aday, R. H. (2006). Aging Prisoners' Concerns toward Dying in Prison. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 52(3), 199-216. <https://doi.org/10.2190/CHTD-YL7T-R1RR-LHMN>
- Aguiar, N., Meira, D. y Raquel, S. (2015). Study on the efficacy of the Portuguese cooperative taxation. *REVESCO Revista de Estudios Cooperativos*, 121, 7-32. <https://doi.org/10.5209/rev>
- 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
- Arndt, J., Allen, J. J. B. y Greenberg, J. (2001). Traces of terror: Subliminal death primes and facial electromyographic indices of affect. *Motivation and Emotion*, 25(3), 253-277. <https://doi.org/10.1023/A:1012276524327>
- Ávila Parcet, A. y Fullana Rivas, M. Á. (2016). El miedo en el cerebro humano. *Mente y cerebro*, 50-52.
- Barraza Blanco, M. y Uranga Barri, R. (2007). Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase Terminal. Fundación del Empresariado Chihuahuense, A.C.
- Bayés, R. (2003). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Medicina paliativa*, 10(2), 102-103.
- Becerra-García, A., Ana Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L. y Días, H. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 75-81.
- Becker, E. (1979). The denial of death. (Vol. 27, Número 11). Free Press. <https://doi.org/10.1177/216507997902701104>
- Becker, R. (1999). Teaching communication with the dying across cultural boundaries. *British*

- journal of nursing (Mark Allen Publishing), 8(14), 938-942.
<https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.14.6544>
- Boceta Osuna, J., Galán González-Serna, J. M., Gamboa Antiñolo, F. M. y Muniain Ezcurra, M. Á. (2017). Sociodemographic factors that influence death anxiety in Medical Students. *Educacion Medica*, 18(3), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.004>
- Brown, A. J., Sun, C. C., Urbauer, D., Zhukovsky, D. S., Levenback, C., Frumovitz, M., Thaker, P. H., Bodurka, D. C. y Ramondetta, L. M. (2015). Targeting those with decreased meaning and peace: a supportive care opportunity. *Supportive Care in Cancer*, 23(7), 2025-2032. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2568-6>
- Burke, B. L., Martens, A. y Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195. <https://doi.org/10.1177/1088868309352321>
- Cherny, N. I. (2000). The treatment of suffering in patients with advanced cancer. *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (Oxford).
- Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(4). <https://doi.org/10.1093/geronb/57.4.P358>
- Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(2), 75-81. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.2.P75>
- Collett, L. y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72, 179-181.
- Colomo Magaña, E., Gabarda Méndez, V. y Motos Sellés, P. (2018). Pedagogía de la muerte: estudio sobre la ansiedad ante la muerte en profesionales de la educación. *Innoeduca. International Journal of Technology and Educational Innovation*, 4(1), 62. <https://doi.org/10.24310/innoeduca.2018.v4i1.4129>
- Coolsen, M. K. y Nelson, L. J. (2002). Desiring and Avoiding Close Romantic Attachment in Response to Mortality Salience. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 44(3), 257-276. <https://doi.org/10.2190/2x6q-jrdw-2j7b-5j8k>
- Cruz-Quintana, F. y García-Caro, M. P. (2007). SOS... Dejarme morir: Ayudando a aceptar la muerte. Grupo Anaya Publicaciones Generales. <https://www.amazon.es/SOS-Dejadme-morir-Ayudando-Sos-Psicología/dp/8436820924>
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E. y Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(32), 1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>

- Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B. y Hutsebaut, D. (2011). The Role of Religion in Death Attitudes: Distinguishing between Religious Belief and Style of Processing Religious Contents. *SSRN Electronic Journal*, February. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1094717>
- Duran-Badillo, T., Maldonado Vidales, M. A., Martínez Aguilar, M. de la L., Gutierrez Sánchez, G. y Ávila Alpírez, H. (2020). Miedo ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores. *Enfermería Global*, 19(2), 287-304. <https://doi.org/10.6018/eglobal.364291>
- Edo-Gual, M. (2015). Actitudes ante la muerte y factores relacionados de los estudiantes de enfermería en la comunidad autónoma de Catalunya. [Tesis Doctoral , Universitat Internacional de Catalunya]. <http://www.tdx.cat/handle/10803/317380>
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J. y Aradilla-Herrero, A. (2011). Miedo a la muerte en estudiantes de enfermería. *Enfermería clínica*, 21, 129-135. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3676211>
- Edo-Gual, M., Tomás-Sábado, J., Gómez-Benito, J., Monforte-Royo, C. y Aradilla-Herrero, A. (2018). Spanish Adaptation of the Frommelt Attitude Toward Care of the Dying Scale (FATCOD-S) in Nursing Undergraduates. *Omega (United States)*, 78(2), 120-142. <https://doi.org/10.1177/0030222816688294>
- Eseverri-Chaverri, C. (2002). La sociedad ante la muerte: un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, 39, 35-39. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3518688>
- Fortner, B. V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death studies*, 23(5), 387–411. <https://doi.org/10.1080/074811899200920>
- Gala León, F. J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J. M., Villaverde Gutiérrez, M. A. C. y Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50. <https://doi.org/10.4321/s1135-76062002000400004>
- García-Caro, M. P. (2008). Pensar en Palitivo. Estudio cualitativo de la experiencia de profesionales médicos y enfermeros en la asistencia al enfermo terminal en Granada y provincia. [Tesis Doctoral ,Universidad de Granada]. <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1951/17573312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gesser, G., Wong, P.T.P. y Reker, G.T. (1988). Death attitudes across the life span: The development validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18, 113-128
- Greenberg, J., Pyszczynski, T. y Solomon, S. (1986). The Causes and Consequences of a Need for Self-Esteem: A Terror Management Theory. En *Public Self and Private Self* (pp. 189-212). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-9564-5_10
- Guio, S., Becerril Ramírez, T., Sevilla, D. y Servicio Aragonés de Salud, D. (2016). Attention

- and preparation of the duel in relatives of terminal chronic patients: Pilot test in Zaragoza. 1, 1-26. *Revista Científica de Enfermería* 1(11), 1-26. DOI: 10.14198/recien.2016.11.03
- Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J. y Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion and Culture*, 8(4), 253-261. <https://doi.org/10.1080/13674670412331304311>
- Hernández Rojas, V., Rojas Alcántara, P., Muñoz Pérez, G., Campos Aranda, M., González Quijano, A. y Armero Barranco, D. (2002). Demandas ante un proceso de muerte. *Enfermería global: Revista electrónica semestral de enfermería*, 1(1), 3-5.
- Kalish, R. A. y Reynolds, D. K. (1977). The role of age in death attitudes. *Death Education*, 1(2), 205-230. <https://doi.org/10.1080/07481187708252892>
- Kelly, B., Brunett, P., Pelusi, D., Badger, S., Varghese, F. y Robertson, M. (2003). Factors associated with the wish to hasten death: A study of patients with terminal illness. *Psychological Medicine*, 33(1), 75-81. <https://doi.org/10.1017/S0033291702006827>
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Debolsillo.
- Langer, S. K. (1988). *Mind: An Essay on Human Feeling (Abridged Edition)*. Johns Hopkins University Press.
- Le, N. (2014). Ansiedad ante la muerte y afrontamiento en personas viviendo con VIH/SIDA y población general. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 6(1), 26-42.
- Lehto, R. H. y Stein, K. F. (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice*, 23(1), 23-41. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>
- Limonero García, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. En *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 49(2), 249-265.
- Limonero García, J., 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), 267-278.
- Limonero, Joaquim T. (1997). Ansiedad ante la muerte / Death anxiety. *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 37-48.
- Limonero, Joaquín 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 Estres*, 16(2-3), 177-188.
- Malcom, N. (2010). Images of heaven and the spiritual afterlife: Qualitative analysis of children's storybooks about death, dying, grief, and bereavement. *Omega: Journal of Death and Dying*, 62(1), 51-76. <https://doi.org/10.2190/OM.62.1.c>
- Maritza Espinoza, V. y Olivia Sanhueza, A. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607-613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>

- Martí García, C. (2014). Miedo a morir: estudio experimental de las repercusiones de la angustia ante la muerte en población joven; aplicaciones en procesos de fin de vida. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/32665/1/23534813.pdf>
- Maxfield, M., Pyszczynski, T., Kluck, B., Cox, C. R., Greenberg, J., Solomon, S. y Weise, D. (2007). Age-Related Differences in Responses to Thoughts of One's Own Death: Mortality Salience and Judgments of Moral Transgressions. *Psychology and Aging*, 22(2), 341-353. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.2.341>
- Molina, R. (2017). Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes del grado en enfermería. [Tesis Doctoral, Universidad de Jaén]. <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/916/3/9788491591375.pdf>
- Morales Pérez, K. R. (2013). 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 Agosto del 2013. [Trabajo de Fin de Grado, Universidad autónoma del estado de México]
- Morillo-Martín, M. S., Galán González-Serna, J. M., Arroyo Rodríguez, A. y Romero Serrano, R. (2016). Factores sociodemográficos que influyen sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de Enfermería. *Medicina Paliativa*, 23(3), 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.008>
- Moya Faz, F. J. (2007). Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano. [Tesis Doctoral, Universidad Católica de Murcia]. <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=50IN2rB71vg%3D>
- Navas Orozco, W. y Vargas Baldares, M. J. (2012). Trastornos De Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* [Revista de internet]. LXIX (604).497-507, 2012. *Psiquiatría.*, 604, 497-507. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: an overview and evaluation. *Death studies*, 28(4), 309–340. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1080/07481187.2015.1047057>
- Ozen, B., Ceyhan, O. y Büyükelik, A. (2020). Hope and perspective on death in patients with cancer. *Death Studies*, 44(7), 412-418. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1626942>
- Pacheco Borrella, G. (2003). Perspectiva antropológica y psicosocial de la muerte y el duelo. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 14, 27-43. <https://doi.org/10.14198/cuid.2003.14.05>

- Paliativa, M., Agusti, A. M., Esquerda, M., Amorós, E., Kiskerri, A., Nabal, M. y Viñas, J. (2018). Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Medicina Paliativa*, 25(4), 230-235. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2017.05.005>
- Perdigon, A. G. C. y Strasser, G. (2015). O processo de morte e a enfermagem: Uma abordagem relacional. Reflexões teóricas sobre os cuidados antes da morte. *Physis*, 25(2), 485-500. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009>
- Pollak, J. (1979). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega*, 10(2), 97-121. <https://doi.org/10.2190/4KG5-HBH0-NNME-DM58>
- Rachman, S. (2004). *Anxiety* (2nd ed (ed.); Psychology).
- 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. <https://doi.org/10.2190/d1m9-3w6j-fy33-g3hq>
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019-A Perfect Storm?. *JAMA psychiatry*, 10.1001/jamapsychiatry.2020.1060. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1060>
- Restrepo Madero, E. (2013). Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población romaní/gitana de ses medio bajo. [Tesis Doctoral, Universidad de Málaga]. https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/6969/TDR_RESTREPO_ORLANDO%20%281%29.pdf?sequence=1
- Rosenbloom, T. (2003). Sensation seeking and risk taking in mortality salience. *Personality and Individual Differences*, 35(8), 1809-1819. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00031-X](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00031-X)
- 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. <https://doi.org/10.1080/07481180701356936>
- Schmidt-RioValle, J. (2007). Validación de la versión española de la Escala de Bungen de Afrontamiento de la Muerte y del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada] <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1563/16729341.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stevens, S. J., Cooper, P. E. y Thomas, L. E. (1980). Age Norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 46(1), 205-206. <https://doi.org/10.2466/pr0.1980.46.1.205>
- Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T. y Greenberg, J. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Terror Mismanagement: Evidence That Mortality Salience Exacerbates Phobic and Compulsive Behaviors*, 33(8), 1137-1151.

- <https://doi.org/10.1177/0146167207303018>
- Suhail, K. y Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26(1), 39-50. <https://doi.org/10.1080/07481180210146>
- Talavera Medina, C. del C. (2010). Actitudes ante la muerte en estudiantes universitarios. Un estudio comparativo. [Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Madrid] https://repositorio.uam.es/xmlui/bitstream/handle/10486/5574/35404_talavera_medina_coromoto_del_carmen.pdf?sequence=1
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of general psychology*, 82(2 d Half), 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Templer, D. I., Berthlow, V. L., Halcomb, P. H., Ruff, C. F. y Ayers, J. L. (1979). The death anxiety of convicted felons. *Corrective and Social Psychiatry*, 25, 18-20. <https://psycnet.apa.org/record/1980-25883-001>
- Templer, D. I. y Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological reports*, 26(3), 895-897. <https://doi.org/10.2466/pr0.1970.26.3.895>
- Tomás-Sábado, J. (2016). Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. Herder Editorial
- Tomás-Sábado, Joaquín y Gómez-Benito, J. (2002). Psychometric properties of the Spanish form of templer's death anxiety scale. *Psychological Reports*, 91(3 PART 2), 1116-1120. <https://doi.org/10.2466/pr0.2002.91.3f.1116>
- Tomás-Sábado, Joaquín y Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. En *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 257-279.
- Tomás-Sábado, Joaquín, Limonero, J. T. y Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Death Studies*, 31(3), 249-260. <https://doi.org/10.1080/07481180601152625>
- Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life-theoretical perspectives. *Death Studies*, 16(6), 475-506. <https://doi.org/10.1080/07481189208252594>
- Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Durán Vallejo, D. M., Galeano-Monroy, C., Gamboa, K. y López, S. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 119-126.
- Uribe Rodríguez, A., Valderrama Orbegozo, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento psicológico*, 3(8), 109-120. <https://doi.org/10.11144/74>
- Vickio, C. J. y Cavanaugh, J. C. (1985). Relationships among death anxiety, attitudes toward aging, and experience with death in nursing home employees. *Journals of Gerontology*, 40(3), 347-349. <https://doi.org/10.1093/geronj/40.3.347>

Walker, G. y Maiden, R. (1987). Lifespan Attitudes toward Death.

Yao, H., Chen, J. H., & Xu, Y. F. (2020). Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(4), e21. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30090-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30090-0)

Anexo A. Consentimiento informado

Estimado/a participante:

Soy Diana Garralaga Leal, estudiante del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria en la Universidad Internacional de la Rioja. Estoy realizando un proyecto de investigación titulado “Miedo y ansiedad ante la muerte: influencia de variables sociodemográficas y contextuales.”

Antes de participar en este estudio, es importante leer y entender la siguiente explicación. Si tuviera alguna duda exprésela, antes de firmar este documento, al investigador principal del proyecto.

El propósito de este estudio es conocer las opiniones y actitudes ante la muerte por parte de la población adulta.

El procedimiento consistirá en la cumplimentación de 2 cuestionarios de un tiempo estimado de 15 minutos de manera telemática (por favor, responderá con sinceridad y de manera voluntaria). Seleccione la respuesta que esté más cercana a sus opiniones, experiencias, etc. Tenga en cuenta que no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Este estudio también requiere la recogida de ciertos datos personales de carácter general (como, por ejemplo, su fecha de nacimiento, sexo...) así como preguntas generales sobre su salud.

Protección de datos:

La recogida y tratamiento de datos se llevarán a cabo de acuerdo con la legislación aplicable en materia de privacidad. Estos datos se procesarán electrónicamente de manera anónima.

Ni investigadores ni participantes se beneficiarán directamente de este estudio, salvo la oportunidad de poder contribuir al avance científico que puede beneficiar en el futuro a otras personas.

No existe riesgo alguno derivado de la participación en este estudio, salvo la molestia ocasionada por el cansancio por la administración de la prueba telemática.

Según lo establecido por el Reglamento General de Protección de Datos vigente desde mayo de 2018, todos los datos que se recogen son estrictamente confidenciales.

Usted tiene derecho a pedir que le sean desvelados aquellos datos personales mantenidos de forma identificable, así como a solicitar la rectificación de cualquier dato incorrecto o incompleto. La información recogida no incluirá su nombre ni su dirección, ni ningún otro dato que permita su identificación. Todos los registros se mantendrán en la más estricta confidencialidad.

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las entrevistas y pruebas que se realicen no supondrán coste alguno. Tampoco recibirán compensación económica por participar en el estudio.

Su participación es completamente voluntaria.

Usted, de acuerdo con el RGPD mayo 2018 y el Real Decreto 1720/2007, tiene derecho de oposición y cancelación, así como de solicitar la limitación, portabilidad, reclamación y de retirada del consentimiento sobre el uso de sus datos en el momento que así lo decida.

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo B. Informe de valoración



2020_647

INFORME DE VALORACIÓN DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

La Comisión de investigación de TFM de la Universidad Internacional de la Rioja, y los miembros que lo conforman exponen que:

El proyecto de TFM titulado **Miedo y ansiedad ante la muerte: influencia de variables sociodemográficas y contextuales.** por D/Dña. **Diana Garralaga Leal** en el que consta como autor/a, ha sido valorado en Madrid a fecha del día 26 de octubre de 2020.

Entendiendo que este estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en esta institución, el proyecto presentado es valorado como **FAVORABLE.**

Firmado. Comisión TFM.
Facultad Ciencias de la Salud.



Anexo D. Cuestionario de información general

Información general

Descripción (opcional)

Pais de nacimiento: *

Texto de respuesta corta

Provincia /o ciudad en la que vive actualmente: *

Texto de respuesta corta

Sexo: *

Hombre

Mujer

Grupo de edad al que pertenece (marque lo que proceda): *

De 18 a 26

De 27 a 59

Más de 60 años

Estado civil (marque lo que proceda): *

Soltero/a

Casado/a

Viudo/a

Divorciado/a

Con pareja estable

¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha alcanzado?: *

Sin estudios

Estudios primarios/ Sin graduado escolar

Secundaria / Graduado escolar

Bachillerato/ BUP/ Formación Profesional

Estudios Universitarios (Grado / Diplomatura / Licenciatura)

Estudios de Postgrado (Máster / Doctorado)

Ocupación: *

- Estudiante
- Trabajador en activo
- Amo/a de casa
- Pensionista
- Desempleado/a
- Jubilado/a
- Otra...

¿Tiene usted hijos/as?: *

- Sí
- No

¿Tiene reconocida oficialmente alguna discapacidad?: *

- Sí
- No

En general, ¿Cómo valoraría su salud física?: *

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

En general, ¿Cómo valoraría su salud psíquica?: *

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

En general, ¿Cómo valoraría su calidad de vida?: *

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

En general, ¿Cómo valoraría su situación económica?: *

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

Actualmente, ¿cree en alguna religión?: *

- Sí
- No

¿Ha habido o actualmente hay algún enfermo grave en su familia o ha sufrido la pérdida de un ser querido?: *

- Sí
- No

¿Ha sufrido/sufre alguna enfermedad grave?: *

- Sí
- No

¿Ha sufrido algún accidente importante?: *

- Sí
- No

¿Ha visto morir a alguien?: *

- Sí
- No

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

- Si
- No

¿Cuál diría que es su grado de preocupación hacia la muerte?: *

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

¿Cree en la existencia de otra vida después de la muerte?: *

Sí

No

¿Cuánto considera que se cuida usted a sí mismo?: *

Nada

Poco, menos de lo que debería

Lo suficiente

Bastante

Mucho

En exceso

Anexo E. Escala de ansiedad ante la muerte (DAS)

Adaptación de Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002)

1. Tengo mucho miedo a morirme	V	F
2. Raramente pienso en la muerte	V	F
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
4. Me asusta mucho pensar que han de operarme	V	F
5. No tengo ningún miedo a morirme	V	F
6. No tengo un miedo especial a la posibilidad de padecer un cáncer	V	F
7. Nunca me molestan pensamientos sobre la muerte	V	F
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	V	F
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa	V	F
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida	V	F
11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón	V	F
12. Con frecuencia pienso que realmente la vida es muy corta	V	F
13. Me estremece oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	V	F
14. Me horroriza ver un cadáver	V	F
15. Pienso que no tengo ningún motivo para temer al futuro	V	F

Anexo F. Escala de miedo a la muerte de Collett y Lester (CLFDS).

<i>En relación con tu propia muerte</i>	<i>Mucho</i>	<i>Moderado</i>			<i>Nada</i>
1. La total soledad de la muerte	5	4	3	2	1
2. La brevedad de la vida	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será estar muerto	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
<i>En relación con tu propio proceso de morir</i>	<i>Mucho</i>	<i>Moderado</i>			<i>Nada</i>
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que implica el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1

<i>En relación con la muerte de otros</i>	<i>Mucho</i>	<i>Moderado</i>			<i>Nada</i>
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo sin ella	5	4	3	2	1
<i>En relación con el proceso de morir de otros</i>	<i>Mucho</i>	<i>Moderado</i>			<i>Nada</i>
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1