

**Resumen:** El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar: a) la ansiedad ante la muerte; y b) determinar si la experiencia vicaria de la muerte y las reflexiones ante la propia muerte modulan la ansiedad experimentada ante ella. Para ello se ha aplicado el cuestionario Death Anxiety Scale -DAS- de Templer (1970) a 317 estudiantes universitarios de Psicología (261 mujeres y 56 varones; con una edad promedio de 21 años). Los principales resultados obtenidos muestran que: las mujeres junto con las personas religiosas, así como los que prefieren morir acompañados o con un bajo nivel de consciencia presentan una mayor ansiedad ante la muerte. Se ha observado que las personas que han visto morir a alguien experimentan menor ansiedad ante la muerte, mientras que aquellas que han reflexionado sobre su propia muerte presentan mayores niveles de ansiedad.

**Palabras Clave:** Ansiedad ante la muerte, Emoción, Evaluación, Muerte propia, Muerte ajena, Estrategias de afrontamiento

**Abstract:** The aims of this study<sup>6</sup> were: a) to analyze death anxiety using the Death Anxiety Scale (DAS) of Templer (1970), and, b) to determine whether death anxiety could be modulated by thoughts about the own's death or by previous experiences of seeing someone dying. In order to that, psychological undergraduated students (261 women and 51 men, with a mean age of 21 years) answered the DAS. Results show that higher levels of death anxiety were found among women, persons with religious beliefs, persons who prefer to die accompanied by their families or friend, and persons who prefer to die having low levels of conscientiousness. People having thoughts about their own death also experience higher levels of death anxiety. On the other hand, people who have seen somebody dying, experience lower death anxiety levels.

**Key words:** Death anxiety, Assessment, Emotion, Self-death, Death of others, Coping strategies

**Title:** *Death anxiety*

## Introducción

A lo largo de su trayectoria vital una persona debe hacer frente a numerosos acontecimientos que generan un gran impacto emocional. Posiblemente, los acontecimientos más críticos que, irremediablemente, ha de afrontar todo ser humano son su propia muerte o la pérdida de un ser querido (Holmes y Rahe, 1967). La muerte o su proximidad suscita un amplio abanico de

actitudes y emociones. Entre las respuestas emocionales más frecuentes que genera la muerte se encuentran la ansiedad, el miedo y la depresión (Limonero, 1994). Para la mayoría de las personas, el hecho de no conocer el cómo, el cuándo y el dónde de su propia muerte les genera ansiedad (Kastenbaum y Aisenberg, 1972). A ello contribuye también el hecho de que nuestra sociedad trate el tema de la muerte con distanciamiento (Thomas, 1991), negación (Cassem, 1974; Domínguez y Campos, 1989) e incluso como tabú (Blanco-Picabia, 1983).

\* Dirigir la correspondencia a: Dr. Joaquín T. Limonero. Unidad de Psicología Básica. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Apartado de Correos 29. 08193 Bellaterra (Barcelona)

© Copyright 1997: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*  
Artículo recibido: 29-6-96, aceptado: 3-11-96

En general, la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, que engloba tanto aspectos fisiológicos como cognitivos y motores (Miguel Tobal, 1990). La ansiedad ante la muerte, se podría entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia. El tipo de estímulos que desencadenarían la ansiedad ante la muerte podrían ser ambientales, como, por ejemplo, la presencia de una enfermedad grave, ver morir a un ser querido, la visión de un cadáver, la noticia de un fallecimiento, o estímulos situacionales que por asociación con los anteriores se han condicionado y poseen la facultad de provocar una respuesta emocional condicionada, o estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos o imágenes relacionados con la muerte propia o la de un ser querido. No obstante, la capacidad de los diversos estímulos para generar ansiedad depende, en parte, de las características de la persona, de su forma de valorar y afrontar la situación amenazante (Lazaurs y Folkman, 1984), del grado de control percibido (Fernández y Edo, 1994) y del apoyo social recibido (Vachon, 1993)

Esta ansiedad experimentada ante la muerte puede ser catalogada en función de su intensidad y duración como: a) ansiedad normal, la cual posee un valor biológico para la supervivencia del individuo y de la especie (Hinton, 1967); o b) ansiedad patológica, cuando la intensidad de la reacción emocional es tan grande que genera una respuesta desadaptativa que incapacita a la persona para la realización de una vida normal (Limonero, 1994). Esta clasificación se refiere a la ansiedad ante la muerte que manifiestan las personas en su vida diaria y no a la ansiedad experimentada por las personas enfermas en situación terminal que

han de afrontar la inminencia de la muerte. En este caso, las personas que están próximas a su muerte, experimentan su propio proceso de morir de forma individual en función de sus características personales, los problemas derivados de su enfermedad, su historia pasada, sus creencias y el tipo de asistencia recibida (Limonero, 1994).

Para evaluar la ansiedad ante la muerte, al igual que sucede con la ansiedad en general, la mejor forma de hacerlo es a través del autoinforme (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 1990). Para ello se han diseñado, sobre todo en la década de los 70, diferentes escalas, entre las que destacamos, por el gran número de investigaciones que ha generado desde su creación, la Death Anxiety Scale (DAS) elaborada por Donald Templer (1970). De hecho, la ansiedad ante la muerte se ha convertido en la línea de investigación más prolífica dentro de la Tanatología (Kastenbaum, 1988). Los estudios realizados sobre la ansiedad ante la muerte valorada a través de la escala de Templer se han dirigido a analizar el efecto sobre la ansiedad de diversas variables, entre ellas: la religión (Templer, 1972; Thorson y Powell, 1990); la actitud del personal sanitario (Cochrane, Levy, Fryer y Oglesby, 1991); el sexo (Thorson y Powell, 1993); algunas enfermedades, como por ejemplo, SIDA, depresión (Alvarado, Templer, Bresler y Thomas-Dobson, 1993; Hintze, Templer, Gordon, Cappelletty y Frederick, 1993; Templer, Lavoie, Chalgujian y Thomas-Dobson, 1990; Templer y Ruff, 1975); características de personalidad (Frazier, Foss-Goodman, 1989; Miller, Davis y Hayes, 1993); educación sobre la muerte (Hayslip, Galt y Pinder, 1994; Maglio y Robinson, 1994); y la edad (Thorson y Powell, 1989). Otros estudios se han dirigido a analizar la multidimensionalidad de la ansiedad ante la muerte

(Lester y Templer, 1993; Templer, 1976).

Templer, Ruff y Simpson (1974), junto con Pollak (1980), después de realizar una extensiva revisión de diversos estudios concluyen que la ansiedad ante la muerte es un constructo complejo que interrelaciona de diversas maneras -que no están completamente comprendidas- con variables demográficas y de personalidad, y es sensible a sucesos ambientales.

El objetivo del presente trabajo ha consistido en analizar: a) la ansiedad ante la muerte; y b) determinar si la experiencia vicaria de la muerte y las reflexiones ante la propia muerte modulan la ansiedad experimentada ante ella. Adicionalmente, nos ha interesado conocer el efecto de diversas variables demográficas: edad, sexo, religión y lugar de residencia sobre la ansiedad ante la muerte.

## Método

### Sujetos

317 estudiantes de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona han participado voluntariamente en el estudio. 206 alumnos estudiaban primer curso y 111 cursaban tercer curso. 261 (82.3%) eran mujeres y 56 varones (17.7%), con una edad promedio de 21 años (D.E.=3.8).

### Material

La ansiedad ante la muerte ha sido evaluada a través de la escala elaborada por Templer (1970) -Death Anxiety Scale (DAS)- traducida al castellano y validada por Ramos (1982) en la que hemos introducido ligeras modificaciones. Esta escala consta de 15 ítems, a los que los sujetos han de responder verdadero o falso según estén o no de acuerdo con las afirmaciones que se les presentan. La puntuación total

puede oscilar entre 0 (mínimo nivel de ansiedad) y 15 (máxima ansiedad ante la muerte) (Ver Anexo 1).

Los participantes completaron un segundo cuestionario diseñado para evaluar diversos aspectos relacionados con la muerte que hemos considerado relevantes y que pueden modular, en cierto modo, la ansiedad ante la muerte (Ver Anexo 2).

### Procedimiento

Antes de la administración de los cuestionarios se les dijo a los estudiantes que el objetivo de la investigación era analizar las actitudes de las personas ante la muerte. Asimismo, se les garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos y la voluntariedad de su participación en el estudio. De 350 estudiantes reclutados inicialmente para participar en el estudio 33 rechazaron colaborar en el mismo. Finalmente, el cuestionario fue administrado colectivamente en tres clases, separados previamente los sujetos entre sí para evitar distorsiones en sus respuestas. El tiempo de cumplimentación máximo fue de 15 minutos.

El análisis de datos fue efectuado a través del sistema estadístico SPSS/PC+ versión 5.2 para Windows. Los principales análisis efectuados se han realizado a través de análisis de varianza y comparación de medias -prueba t de Student-Fischer- para comparar los promedios entre las diversas cuestiones formuladas y la puntuación total de la escala DAS, y la correlación de Pearson para estudiar la relación entre las diferentes variables objeto de estudio.

## Resultados

La exposición de los resultados se va a efectuar en función de las cuestiones solici-

tadas a los sujetos y su efecto sobre la puntuación total en la escala de ansiedad ante la muerte DAS.

### Puntuación global DAS

La puntuación global promedio de la escala de ansiedad ante la muerte DAS fue de 8.2 (D.E.=3.19). A través del análisis de los percentiles 25, 50 y 75 de la puntuación total de los sujetos en la escala DAS hemos dividido a los mismos en tres grupos en función de su nivel de ansiedad: bajo, medio o alto (Tabla 1).

### Sexo y edad

A través de una comparación de medias se observa que las mujeres (M=8.5) presen-

tan puntuaciones superiores en la DAS que los hombres (M=6.8;  $t=3.2$ ;  $p<0.005$ ). A través del análisis de la correlación de Pearson se ha analizado la relación entre la edad de los sujetos y la ansiedad ante la muerte, no encontrándose ninguna relación estadísticamente significativa entre ambas variables ( $r=-0.0928$ ;  $p=0.098$ ).

### Experiencia directa con la muerte

El 34.6% de los estudiantes manifiesta que han visto morir a alguna persona. Los sujetos que han visto morir a alguien puntúan menos en la DAS (M=7.7) que los que no (M= 8.5;  $t= -2$ ;  $p<0.05$ ).

Tabla 1. Puntuación global de la ansiedad ante la muerte.

| Nivel de ansiedad | Puntuación<br>$\bar{X}$ ( $S_x$ ) | n (%)       |
|-------------------|-----------------------------------|-------------|
| Baja              | 0-6                               | 94 (29.7)   |
| Media             | 7-9                               | 144 (45.3%) |
| Alta              | 10-15                             | 79 (25%)    |
|                   | Global 8.2 (3.1)                  |             |
| Sexo              | Puntuación<br>$\bar{X}$ ( $S_x$ ) | n (%)       |
| Hombres           | 6.8 (2.8)                         | 56 (17.7)   |
| Mujeres           | 8.5 (3.1)                         | 261 (82.3)  |

La muerte ocurrió en un 55% de los casos en un centro hospitalario y en el 43% en el hogar. Un 2% refiere como lugar del óbito la carretera. No existen diferencias estadísticamente significativas entre el lugar del fallecimiento y la ansiedad ante la muerte ( $t=0.002$ ;  $p=0.98$ ).

### Reflexión sobre la muerte

Se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que han pensado y reflexionado sobre su propia muerte y las que no respecto al nivel de ansiedad experimentado

( $F(2,317)=19.41$ ;  $p<0.001$ ). Al realizar las correspondientes comparaciones de medias entre los diferentes grupos de sujetos en función de su opción de respuesta se observa que las personas que no han pensado nunca en la muerte presentan los valores más bajos en la escala DAS (M=5.2) y se diferencian de las que han pensado alguna vez en ella (M=7.6;  $t=-2.9$ ;  $p<0.005$ ) y de las que han pensado bastante y muchas veces (estas dos categorías las hemos agrupado en una sola categoría para realizar la prueba t de Student Fisher) (M=9.4;  $t= -$

4.5;  $p < 0.0001$ ).

En el análisis de la reflexión sobre la propia muerte, nos ha interesado saber si las personas que hablan con otras sobre su muerte (ítems 6 y 7; Anexo 2) se diferencian entre sí respecto a la puntuación DAS de las que no comentan tal cuestión. No hemos observado ninguna diferencia estadísticamente significativa entre ellas ( $F(2,317)=1.58$ ;  $p=0.2$ ).

### **Elección del tipo de muerte y lugar de fallecimiento**

Los ítems 10 y 11 (Anexo 2) hacen referencia al tipo de muerte elegida y al lugar de fallecimiento preferido. A través del análisis de comparación de medias se observa que:

- a) los sujetos que prefieren morir acompañados manifiestan mayor ansiedad ( $M=8.8$ ) que los que prefieren morir en soledad ( $M=7.2$ ). El 66,6% de los sujetos prefiere morir acompañados.
- b) los que prefieren morir sin consciencia manifiestan mayor ansiedad ( $M=8.7$ ) que los que prefieren morir con consciencia ( $M=7.6$ ). El 65.5% prefiere morir sin consciencia.
- c) en relación a la elección entre morir con dolor y sin dolor, a pesar de observarse diferencias estadísticamente significativas entre ellos, solamente 4 personas han dicho que prefieren morir con dolor frente al resto que dice que no.
- d) no se observan diferencias estadísticamente significativas, en cuanto a la ansiedad referida entre los que eligen: morir de forma repentina (86.1%) o gradual (7.6%); durmiendo (77.9%) o despierto (15.4%); morir en un accidente (6.5%) o de vejez (80.6%).

Con relación al lugar de fallecimiento preferido la opción elegida con mayor fre-

cuencia ha sido morir en el hogar (58.4%). La siguiente categoría escogida por los estudiantes ha sido la denominada indiferente (33.3%), opción que hacía mención a cualquiera de las cuatro posibles respuestas: hogar, hospital, residencia u otro lugar). No se han apreciado diferencias estadísticamente significativas entre ellas ( $F(2,199)=0.52$ ;  $p=0.59$ ).

### **Información y pronóstico sobre una enfermedad grave**

Respecto a la pregunta "Si tuvieras cáncer, ¿desearías que te informaran sobre tu enfermedad?" (ítem 3 anexo 2) se observa que existen diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas realizadas y las puntuaciones obtenidas en la escala DAS ( $F(2,315)=7.3$ ;  $p < 0.001$ ). Más concretamente, la diferencia se presenta entre las personas que responden afirmativamente y las que dudan ( $t=-3.8$ );  $p < 0.0001$ ). No se observan otras diferencias estadísticamente significativas entre las otras opciones de respuesta.

Cuando se les pregunta a los sujetos si desean recibir información sobre su pronóstico de vida (ítem 4 Anexo 2), se observa que los estudiantes que responden negativamente ( $M=8.5$ ) o los que dudan ( $M=9.1$ ), presentan mayor puntuación en la escala DAS que los que responden afirmativamente ( $M=7.6$ );  $F(2, 315)=6.2$ ;  $p < 0.005$ ).

Si combinamos las variables información y pronóstico, observamos que las personas que desean conocer su diagnóstico y pronóstico de vida puntúan menos en la escala DAS ( $M=7.6$ ) que las personas que desean conocer su enfermedad pero no el tiempo que les queda de vida ( $M=8.7$ ;  $t=-2.71$ ;  $p < 0.01$ ). No se observan diferencias significativas entre los últimos y los que no desean conocer ni su pronóstico ni

su diagnóstico ( $M=8,8$ ;  $t=-0.14$ ;  $p=0.886$ ).

En relación a los ítems 8 y 9 (Anexo 2) referentes al deseo de proporcionar información a su pareja sobre el diagnóstico y pronóstico de vida si padeciera ésta una enfermedad grave, observamos que las personas que desean conocer su propio diagnóstico y que quieren que se informe a su pareja de la enfermedad que ésta padece manifiestan menos puntuación en la escala DAS ( $M=7.2$ ) que las que desean conocer su diagnóstico pero no quieren que su pareja conozca el suyo propio ( $M=8.9$ ;  $t=-3.67$ ;  $p<0.001$ ). Con relación al pronóstico de vida no se observan diferencias estadísticamente significativas entre las personas que desean conocerlo e informar a su pareja del pronóstico predicho para ella y los que no desean conocer su pronóstico pero tampoco quieren que se informe a su pareja del tiempo pronosticado para ella ( $F(2,290)=1.68$ ;  $p=0.188$ ).

### Práctica de religión

El 25% de los estudiantes practican la religión católica (Ítem 14 y 15 Anexo 2). A través del análisis de comparación de medias, se observa que las personas religiosas son las que puntúan más alto ( $M=9.1$ ) en la escala DAS ( $t=3.2$ ;  $p<0.005$ ).

### Creencia en la vida después de la muerte

El 29% de los estudiantes cree en otra vida después de la muerte frente al 35.5% que no cree y un 35.5% que duda (ítem 13 Anexo 2).

El análisis de varianza nos indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres opciones de respuesta y el nivel ansiedad ante la muerte DAS ( $F(2,313)=4.8$ ;  $p<0.01$ ). Los posteriores análisis de comparación de medias nos indican que:

- a) las personas que creen en otra vida después de la muerte ( $M=8.8$ ) presentan una puntuación mayor en la DAS que los que no ( $M=7.5$ ;  $t=2.84$ ;  $p<0.01$ ).
- b) las personas que dudan de la existencia de otra vida después de la muerte presentan una puntuación mayor ( $M=8,5$ ) en la DAS que los que no creen en ella ( $M=7.5$ ;  $t=-2.33$ ;  $p<0.05$ ).
- c) no existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que creen en otra vida después de la muerte ( $M=8.8$ ) y los que dudan ( $M=8.5$ ;  $t=0.6$ ;  $p=0.52$ ).

### Residencia de los padres

No se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa ( $F(2,315)=0.02$   $p=0.985$ ) entre la escala DAS y el lugar de residencia de los padres (ítem 20 Anexo 2) catalogado en función del número de habitantes; de la población: menor de 25.000; entre 25.000 y 100.000; y más de 100.000.

### Discusión

A partir de los datos obtenidos observamos que un 25% de sujetos presentan una elevada puntuación (mayor de 10 puntos) en la escala de ansiedad ante la muerte. Estos resultados ponen de manifiesto el poder ansiógeno de todos aquellos aspectos relacionados con la muerte para un cierto sector de la población joven.

Hemos observado que las mujeres experimentan mayor ansiedad ante la muerte que los hombres. Resultados similares han observado Miller, Davis y Hayes (1993) y Thorson y Powell (1988, 1992) con diferentes grupos de adolescentes y adultos. Esta mayor puntuación, se podría explicar,

tal como sugieren Thorson y Powell (1988) por el hecho de que socialmente las mujeres suelen expresar su ansiedad más libremente que los hombres. Por otra parte, la incidencia de la ansiedad generalizada es ligeramente mayor en el sexo femenino que en el masculino según el DSM-IV.

No hemos encontrado ninguna relación entre la edad de los sujetos y la ansiedad ante la muerte. En un principio podríamos suponer que la ausencia de relación entre ambas variables se podría deber a la características peculiares de los sujetos objeto de estudio, es decir, la poca variabilidad de las edades de los estudiantes. No obstante, los estudios realizados sobre este aspecto por Lonnetto y Templer (1986) y Templer (1970) no muestran diferencia alguna al analizar una muestra más numerosa y con un mayor rango de edad. Por otra parte, no deben sorprendernos estos resultados pues es plausible pensar que más que la edad, lo que realmente influye sobre la ansiedad ante la muerte es la forma que cada persona tiene de percibirla y su estilo de afrontarla. Así por ejemplo, la ansiedad ante la muerte se podría afrontar: buscando apoyo social (Vachon, 1993), negando la amenaza de la muerte (Cassem, 1974; Kübler-Ross, 1969) y evitando cualquier tipo de información relacionada, o bien intentando obtener la máxima información posible para poder controlar mejor la situación (Moix, 1994), o a través de medidas distractoras (Wynne, 1989).

Los sujetos que han tenido experiencia vicaria con la muerte, es decir, que han visto morir a alguna persona manifiestan menor ansiedad ante la muerte. Posiblemente, esta menor ansiedad se deba a que estas personas, tengan ahora menos miedo a la muerte como algo misterioso y teman a aspectos más concretos de la misma, como por ejemplo, miedo al dolor o a la pérdida

de las capacidades cognitivas. Por otra parte, Greyson (1994) sostiene que experiencias cercanas a la muerte fruto de una enfermedad grave, un infarto de miocardio o de un accidente reducen el miedo y la ansiedad ante la muerte, posiblemente, al dotar a los sujetos de una cierta percepción de control sobre la situación.

Los sujetos que han reflexionado sobre su propia muerte y no han visto morir a nadie, presentan mayor ansiedad ante la muerte que los que no. Estos datos apoyarían nuestro comentario anterior, ya que los sujetos que no han tenido contacto real con la muerte, manifiestan más miedo ante lo que desconocen. A juicio de Lonnetto y Templer (1986), los estímulos o factores relacionados con la muerte son potencialmente ansiógenos, sobre todo, en aquellas personas que los perciben como amenazadores al carecer de control sobre ellos. A este respecto, los estudiantes que no desean conocer su diagnóstico de una hipotética enfermedad grave, en nuestro caso cáncer, ni su pronóstico de vida, presentan mayor ansiedad ante la muerte que los que sí desean conocer tal información, hecho que puede denotar la forma que tienen algunas personas de afrontar una situación amenazante evitando recibir información ansiógena (Moix, 1996). Asimismo, los estudiantes que desean recibir información sobre su posible diagnóstico si padecieran una enfermedad grave y no desean que su pareja lo conociera si fuera ella la persona que padeciera tal enfermedad, manifiestan mayor ansiedad ante la muerte que los que sí desean que su pareja tenga toda la información. En nuestro estudio, el 74% de los sujetos dudan o responden negativamente a esta cuestión, resultados similares a los obtenidos por Bayés, Martí, Portell, y Durán (1988) con estudiantes universitarios. Nuestra experiencia con enfermos en si-

tuación terminal confirma estos datos, dado que una de las principales preocupaciones de la familia del enfermo consiste en ocultar al mismo su diagnóstico y pronóstico, produciéndose problemas de comunicación y, en los casos más extremos, una "conspiración de silencio" -la familia actúa como si el enfermo fuera a curarse, evitando cualquier comentario negativo sobre la enfermedad, su progreso o su estado- (Limonero, 1994).

Nuestros datos indican que las personas que manifiestan mayor ansiedad ante la muerte prefieren morir acompañados y con un bajo nivel de conciencia. La compañía o el apoyo emocional actuaría en estas personas como elemento reductor de su ansiedad al proporcionarles sensación de seguridad (Vachon, 1993) mientras que la inconsciencia les ayudaría a reducir su malestar y, por tanto su ansiedad al no percibir el peligro de la situación.

Con relación a la religión, los estudiantes que practican la religión católica -todos los que han contestado afirmativamente a la pregunta "¿practicas algún tipo de religión?- manifiestan mayor ansiedad ante la muerte que los que no. Esta mayor puntuación en la escala DAS también se presenta en las personas que creen en otra vida después de la muerte. Estos resultados nos sugieren que las personas más ansiosas ante la muerte intentan eliminar o minimizar su ansiedad a través de la religión. No obstante, los estudios sobre el efecto de la religión sobre la ansiedad ante la muerte son contradictorios, observándose tanto efectos negativos como positivos sobre la ansiedad (Rasmussen y Johnson, 1994). Así, por ejemplo, Thorson y Powell (1990) observan que la religión disminuye el nivel de ansiedad ante la muerte, mientras que Templer y Dotson (1970) no encuentran ninguna relación entre la religión y la an-

siedad ante la muerte, y Franks, Templer, Cappelletty, y Kauffman (1991) observan todo lo contrario: las personas religiosas manifiestan mayor ansiedad ante la muerte que las que no. Posiblemente estos resultados dispares sugieren, tal y como señalan Thorson y Powell (1991), que la variable religiosidad no ha sido medida adecuadamente.

En nuestra sociedad, el contacto directo con la muerte cada vez es menor, y es en los pequeños pueblos donde este contacto todavía se mantiene. En este estudio no hemos encontrado ninguna relación entre la ansiedad ante la muerte y el lugar de residencia de los padres de los alumnos -evaluado en función del número de habitantes de la población-. Quizás esta ausencia de efectos se deba al hecho de que la mayoría de los estudiantes proceden de los alrededores de la ciudad de Barcelona, poblaciones todas ellas urbanas que reciben una gran influencia de la metrópolis.

En investigaciones futuras pensamos que sería necesario modificar el tipo de respuesta dicotómica de la escala Ansiedad ante la Muerte, por opciones de respuesta tipo Likert para poder discriminar mejor las respuestas de los sujetos. En este sentido, creemos que sería adecuado incorporar variables de personalidad que ayudarían posiblemente a incrementar esta diferenciación. No obstante, hemos de ser conscientes que el presente trabajo es un estudio exploratorio de las emociones y actitudes que genera la muerte, campo de estudio que en nuestro país ha recibido, hasta este momento, escasa atención.

---

#### Agradecimientos:

Este trabajo se ha realizado, en parte, gracias a la ayuda PB-94-0700 de la DGICYT del Ministerio de Educación y

Ciencia.

## Referencias bibliográficas

- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C. y Thomas-Dobson, S. (1993). Are death anxiety and death depression distinct entities?. *Omega*, 26(2), 113-118.
- Bayés, R., Martí, M., Portell, I. y Durán, N. (1988). Estrés y comunicación del diagnóstico de cáncer. En J. Santacreu (Ed.). *Modificación de conducta y psicología de la Salud*, (pp. 261-267). Valencia: Promolibro.
- Blanco-Picabia, A. (1993). Hablando de la muerte... (pero, de ¿qué muerte?). En V. Pelechano (Ed.). *Psicología, mitopsicología y postpsicología*, (pp. 230-245). Valencia: Promolibro
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J. J. (1990). Evaluación mediante autoinforme de la reactividad cognitivo-fisiológica-motora ante diferentes situaciones: Diferencias individuales y situacionales. Libro de Comunicaciones del II Congreso del COP. Area 7. Diagnóstico y Evaluación Psicológica, (pp. 94-101). Madrid: COP.
- Cassem, N. H. (1974). Muerte y negación. En Autores Varios, *Sociología de la muerte*, (pp. 91-105). Madrid: Sala.
- Cochrane, J. B., Levy, M. R., Fryer, J. E. y Oglesby, C. A. (1991). Death anxiety, disclosure behaviours, an attitudes of oncologist toward terminal care. *Omega*, 22 (1), 1-12, 1-12.
- Domínguez, C. y Campos, H. (1989). Introducción a la segunda edición castellana. En Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Fernández, J. y Edo, S. (1994). ¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?. *Anales de Psicología*, 10 (2), 127-133.
- Franks, K., Templer, D. I., Cappelletty, G. G. y Kauffman, I. (1991). Exploration of death anxiety as a function of religious variables in gay men with and without AIDS. *Omega*, 22(1), 43-50.
- Frazier, P. H. y Foss-Goodman, D. (1989). Death anxiety and personality: are they truly related. *Omega*, 19 (3), 265-274.
- Greyson, B. (1994). Reduced death threat in near-death experiences. In Neimeyer R. (Ed.). *Death anxiety handbook*, (pp.181-200). Washington: Taylor and Francis.
- Hayslip, B., Galt, C. P. y Pinder, M. M. (1994). Effects of death education on conscious and unconscious death anxiety. *Omega*, 28 (2), 101-111.
- Hinton, J. M. (1967). *Dying*. Middlesex: Penguin book.
- Hintze, J., Templer, D. I., Cappelletty, G. G. y Frederick, W. (1993). Death depression and death anxiety in HIV-infected males. *Death Studies*, 17, 333-341.
- Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kastenbaum, R. (1988). Theory, research and application: some critical issues of thanatology. *Omega*, 18 (4), 397-411.
- Kastenbaum, R. y Aisenberg, R. (1972). *The psychology of death*. New York: Springer Publishing.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Traducción: Sobre la muerte y los moribundos, Barcelona: Grijalbo, 1989.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Traducción: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Lester, D. y Templer, D. (1993). Death anxiety scales: a dialogue. *Omega*, 26 (4), 239-253.
- Limonero, J. T. (1994). *Evaluación de aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. Tesis doctoral en microfichas. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lonnerto, R y Templer, D. (1988). *Death anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Maglio, C. J. y Robinson, S. E. (1994) The effects of death education on death anxiety: a meta-analysis. *Omega*, 29 (4), 319-335.
- Miguel-Tobal, J.J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (Eds.). *Tratado de Psicología General* (Vol. 3). *Motivación y emoción*, (pp.309-344). Madrid: Alhambra.
- Miller, H. R., Davis, S. F. y Hayes, K. M. (1993). Examining relations between interpersonal flexibility, self-esteem and death anxiety. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 31 (4), 449-450.
- Moix, J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de Psicología*. 10 (2), 167-175.
- Moix, J. (1996). Informar al paciente como terapia. *La vanguardia*. Ciencia y Salud, 12, 3, sábado 25 de mayo.
- Pollak, J. M. (1980). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega*, 10, 97-121.
- Ramos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Tesis doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense de Madrid.
- Rasmussen, C. H. y Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: relative relationships to death

- anxiety. *Omega*, 29(4), 313-318.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D. I. (1976). Two factor theory of death anxiety: a note. *Essence*, 1, 91-93.
- Templer, D. I. y Ruff, C., F. (1975). The relationship between death anxiety and religion in psychiatric patients. *Journal of Thanatology*, 3, 165-168.
- Templer, D. I. y Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological Reports*, 26, 895-897.
- Templer, D. I., Lavoie, M., Chalgujlan, H. y Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46(6), 834-838.
- Templer, D. I., Ruff, C., F. y Simpson, K. (1974). Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression. *Psychological Reports*, 35, 216.
- Thomas, L. V. (1991). *La muerte*. Barcelona: Paidós Estudios.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44 (5), 691-701.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1989). Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychological Reports*, 64, 985-986.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (4), 379-391.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1991). Life, death, and life after death: meanings of the relationship between death anxiety an religion. *Journal of Religious Gerontology*, 8 (1), 41-55.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16, 507-521.
- Thorson, J. A. y Powell, F. C. (1993). Personality, death anxiety and gender. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 31 (6), 589-590.
- Vachon, M. L. (1993). Emotional problems in palliative care: patient, family and professional. En D. Doyle, G. W. Hanks y N. MacDonald (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine*, (pp. 571-605). Oxford: Oxford Medical Publications.
- Wynne, S. M. (1989). The place of creative and diversional directives. En Robbins, J. (Ed.). *Caring for the dying patient and the family*, (pp. 201-209). Londres: Harper and Row.

Anexo 1. Cuestionario de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) "Death Anxiety Scale". Modificado de Ramos (1982).

Por favor, contesta a cada una de las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo la respuesta (V=verdadero o F=falso) que consideres que mejor refleja tu opinión.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1. Tengo mucho miedo a morirme.....  | V | F |
| 2. Apenas pienso en la muerte .....  | V | F |
| 3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte.....                | V | F |
| 4. Me asusta el pensar que he de sufrir una operación.....                 | V | F |
| 5. No tengo ningún miedo a morirme .....                                   | V | F |
| 6. No tengo especialmente miedo de tener un cáncer .....                   | V | F |
| 7. No me molesta nada pensar en la muerte .....                            | V | F |
| 8. A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente .....      | V | F |
| 9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa .....                          | V | F |
| 10. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho .....        | V | F |
| 11. Me asusta el que me pueda dar un ataque al corazón .....               | V | F |
| 12. A menudo pienso que la vida es realmente muy corta .....               | V | F |
| 13. Me estremezco cuando la gente habla de la Tercera Guerra Mundial ..... | V | F |
| 14. La visión de un cadáver me horroriza .....                             | V | F |
| 15. Pienso que el futuro no me depara nada que temer .....                 | V | F |

Anexo 2. Cuestionario sobre aspectos relacionados con la muerte

1- ¿Has visto alguna vez a una persona en los instantes que preceden y siguen a su muerte? (no tener en cuenta las muertes vistas por TV o cine).                      Sí                      No

2- En caso afirmativo, ¿dónde ocurrió?

                    En el hospital                      En casa                      En una residencia                      En otro lugar  
(especificar).....

3- Si tuvieras cáncer, ¿desearías que te informaran sobre tu enfermedad?

                    Sí                      No                      No lo sé

4- ¿Desearías que te informaran sobre tu pronóstico de vida (tiempo que te queda de vida)?

                    Sí                      No                      No lo sé

5- ¿Has pensado alguna vez en tu propia muerte?

                    Nunca                      Alguna vez                      Bastantes veces                      Muchas veces

6- ¿Has hablado con tus familiares próximos sobre la muerte o el morir?

                    Nunca                      Alguna vez                      Bastantes veces                      Muchas veces

7- ¿Has hablado con tus amigos sobre la muerte o el morir?

Nunca                  Alguna vez                  Bastantes veces                  Muchas veces

8- Si tu pareja tuviera cáncer, ¿desearías que se lo dijeran?

Sí                  No                  No lo sé

9- ¿Desearías que informaran a tu pareja sobre su pronóstico de vida (tiempo que le queda de vida)?

Sí                  No                  No lo sé

10- Si pudieras elegir tu muerte, ¿cómo te gustaría que fuera? De los siguientes grupos de opciones, señala, en cada caso, la opción que prefieras:

|             |              |                 |
|-------------|--------------|-----------------|
| Repentina   | En soledad   | Con consciencia |
| Gradual     | Acompañado/a | Sin consciencia |
| Indiferente | Indiferente  | Indiferente     |

|             |                 |             |
|-------------|-----------------|-------------|
| Durmiendo   | En un accidente | Con dolor   |
| Despierto   | De vejez        | Sin dolor   |
| Indiferente | Indiferente     | Indiferente |

No me la imagino  
Otros (especificar).....

11- ¿Dónde te gustaría morir?

|                                  |         |                   |
|----------------------------------|---------|-------------------|
| En el hospital                   | En casa | En una residencia |
| En otro lugar (especificar)..... |         | Indiferente       |

12- En tu caso, ¿crees que aceptarías el suicidios como un medio para acabar con tu sufrimiento?

Sí                  No                  No lo sé

13-¿Crees en otra vida después de la muerte?                  Sí                  No                  No lo sé

14-¿Practicas alguna religión?                  Sí                  No

15- En caso afirmativo, ¿cuál?.....

16- Edad :..... años.                  17- Sexo:                  Hombre                  Mujer

18- Carrera :.....

19- Curso: .....

20- Lugar de residencia actual de tus padres.

Población:

Menor de 25.000 habitantes  
Entre 25.000 y 100.000 habitantes  
Mayor de 100.000 habitantes