

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

TERCER CICLO

PROGRAMA: SALUD Y FAMILIA

LA ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

Y EL PROPOSITO EN LA VIDA

EN FIN DE VIDA

Tesis doctoral presentada por Dña. Tori Anne Thompson Hansen
Dirigida por el Dr. Luis de Nicolás y Martínez

El Director

La Doctoranda

- Dedicated to Mom -

You are probably the first person responsible for
setting me on this path.

Thank you. I love you.

AGRADECIMIENTOS

Han sido muchas las personas sin la ayuda de las cuales hubiera sido mucho más difícil realizar este proyecto.

En primer lugar, quisiera dar las gracias a los de la Fundación Matía que me abrieron las puertas para permitirme hacer el estudio.

Luego, a Luis de Nicolás, Director de esta tesis, y a todo el grupo de investigadores/amigos - por todo lo que me han ayudado en la realización de este trabajo.

A los estudiantes, Olga, Asier, Alex, y Mertxe, por su buena voluntad y colaboración en las entrevistas. Elixabete Agirre - que han sido tantas horas de su tiempo... Muchas gracias, y sólo espero que le haya servido en su propio proceso de formación.

Al Padre Aguirre y a Imanol Amayra - por sus estimables aportaciones en el tratamiento informático y estadístico de los datos de mi tesis.

A Javi, por su apoyo y ánimo.

INDICE

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTOS.....	ii
INDICE.....	iii
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
 INTRODUCCION.....	 1
La muerte y los ancianos en la sociedad actual.....	1
Descripción de la presente tesis.....	5
 CAPITULO 1 LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	 10
1.1. Definición.....	10
1.2. Historia.....	11
1.3. Objetivos.....	13
1.4. Características.....	13
1.5. Situación actual.....	14
 CAPITULO 2 LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE.....	 16
2.1. Introducción.....	16
2.2. Definiciones.....	16
2.3. La ansiedad ante la muerte.....	17
2.4. El temor a la muerte.....	21
2.5. La preocupación ante la muerte.....	22
2.6. Otras actitudes.....	23

CAPITULO 3 LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN RELACION CON DIVERSOS FACTORES.....	28
3.1. El sexo.....	28
3.2. La edad.....	31
3.2.1. Los niños y la muerte.....	35
3.2.2. La tercera edad.....	37
3.3. La religiosidad.....	40
3.4. El estado de salud.....	46
 CAPITULO 4 EL SENTIDO DE LA VIDA EN LA TEORIA DE VIKTOR E. FRANKL.....	53
4.1. Introducción a la teoría.....	53
4.2. El sufrimiento.....	61
4.3. El concepto de la muerte en la obra de Frankl.....	64
4.4. La religiosidad y la logoterapia.....	66
4.5. La investigación sobre el propósito en la vida.....	68
4.6. Conclusión.....	72
 CAPITULO 5 LA TEORIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES.....	74
5.1. Introducción a la teoría.....	74
5.2. La teoría de los constructos personales y las actitudes ante la muerte.....	77
5.2.1. La teoría de amenaza ante la muerte.....	79
5.2.2. El trabajo de Linda Viney.....	80
 CAPITULO 6 REVISION DE LA METODOLOGIA APLICADA AL CAMPO....	85
6.1. El estudio de las actitudes ante la muerte.....	85

6.1.1. Introducción.....	85
6.1.2. La escala de ansiedad ante la muerte.....	85
6.1.3. Otras escalas de ansiedad o temor a la muerte...	86
6.1.4. El Índice de Amenaza ante la Muerte.....	87
6.1.5. Técnicas más abiertas de medición.....	88
6.1.5.1. La metodología de Linda Viney.....	90
6.1.6. Conclusión.....	92
6.2. El estudio del sentido existencial.....	94
6.2.1. El Test de Propósito en la Vida.....	94
6.2.2. The Seeking of Noetic Goals Test.....	95
6.2.3. El Logo-Test.....	96
6.2.4. Otros Instrumentos.....	97
6.2.5. Conclusión.....	97

CAPITULO 7 LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA PRESENTE

INVESTIGACION.....	99
7.1. El Test de Propósito en la Vida.....	99
7.1.1. Descripción del test.....	99
7.1.2. Validez.....	100
7.1.3. Fiabilidad.....	101
7.1.4. Estructura factorial.....	102
7.1.5. Proceso de traducción.....	105
7.2. El Análisis de contenido.....	106
7.2.1. Introducción.....	106
7.2.2. La escala de ansiedad.....	107
7.2.2.1. Fiabilidad de la puntuación de la escala...	109
7.2.2.2. Validez.....	112

7.2.2.3. Estudios normativos.....	116
7.2.2.4. Motivo de su uso en el presente estudio....	117
7.2.2.5. La administración de la técnica.....	118
7.2.2.6. La puntuación.....	119
7.2.2.6.1. La preparación de los puntuadores.....	121
7.3. Conclusión.....	121

CAPITULO 8 EL ANALISIS DE LA ESCALA PIL ESPAÑOLA EN

FORMATO DE ENTREVISTA.....	123
8.1. Introducción.....	123
8.2. Los entrevistadores.....	123
8.3. La muestra para el análisis del PIL.....	124
8.4. La administración.....	128
8.5. El análisis del test.....	131
8.5.1. El análisis factorial.....	131
8.5.1.1. Los resultados del análisis factorial.....	131
8.5.1.2. La comparación con la investigación anterior.....	138
8.5.2. La consistencia interna del PIL español.....	143
8.6. Conclusión.....	146

CAPITULO 9 EL ESTUDIO PRINCIPAL: HIPOTESIS, MUESTRA Y

PROCEDIMIENTO.....	147
9.1. Introducción.....	147
9.2. Los sujetos.....	148
9.3. Hipótesis Generales.....	153
9.4. Hipótesis Específicas.....	156

9.5. Lista de variables medidas.....	160
9.6. Definiciones operacionales de las variables.....	165
9.7. El procedimiento.....	167
9.8. El tratamiento de los datos.....	169
9.8.1. Los análisis estadísticos aplicados.....	171
9.8.1.1. El análisis de la varianza.....	171
9.8.1.2. El análisis multivariable de la varianza...	173
9.8.1.3. La correlación.....	173
9.9. Conclusión.....	174
 CAPITULO 10 LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS.....	175
10.1. Las diferencias entre grupos.....	175
10.1.1. El propósito en la vida.....	175
10.1.2. La ansiedad.....	177
10.2. Las correlaciones entre variables.....	180
10.2.1. Los enfermos en situación terminal.....	180
10.2.1.1. La ansiedad asociada con otras variables..	180
10.2.1.2. Otras relaciones.....	183
10.2.2. Los enfermos crónicos.....	184
10.2.2.1. El propósito en la vida.....	184
10.2.2.2. La ansiedad.....	186
10.2.2.3. La religiosidad y otras variables.....	188
10.3. Conclusión.....	189
 CAPITULO 11 INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS..	191
11.1. El propósito en la vida.....	191
11.2. El sentido existencial y la ansiedad.....	193

11.3. Otros aspectos de la ansiedad.....	195
11.4. Características del enfermo en situación terminal.....	200
11.5. Características de los enfermos crónicos en la residencia.....	205
11.5.1. La ansiedad.....	205
11.5.2. La religiosidad.....	208
11.6. Conclusión.....	209
CONSIDERACION FINAL: LO QUE QUEDA POR HACER - LA ATENCION A LAS PERSONAS EN FIN DE VIDA.....	211
BIBLIOGRAFIA.....	213
APENDICES	
A. La escala PIL original.....	235
B. La primera versión española del PIL.....	239
C. La versión española posterior del PIL.....	243

LISTA DE TABLAS

Tabla

1. Items que pesan en los factores del PIL.....	103
2. Estimaciones de la fiabilidad de puntuación para las subescalas y la escala global de ansiedad....	110
3. Números y edades medias de la muestra piloto por centro y sexo.....	127
4. Indicios de la recomendabilidad del análisis factorial.....	132
5. Valores de los siete factores.....	135
6. Variables que definen los dos factores interpretables.....	136
7. Factores de los dos estudios contrastados.....	140
8. Datos descriptivos de la muestra global.....	150
9. MANOVA de ansiedad general y ansiedad ante la muerte por centro.....	177
10. MANOVA de ansiedad por edad.....	178
11. MANOVA de ansiedad por sexo.....	179
12. Correlaciones entre las sub-escalas de ansiedad y la ansiedad general en la submuestra de enfermos en situación terminal.....	182
13. Correlaciones entre las subescalas de ansiedad y la ansiedad general en la submuestra de enfermos crónicos.....	187
14. Resumen de la comprobación de las hipótesis.....	190

LISTA DE FIGURAS

Figura

1. Impacto emocional.....	80
2. Tipo de centro (análisis del PIL).....	126
3. Variables Sociodemográficas: Tipo de Centro.....	148
4. Variables Médicas: Pronóstico.....	149
5. Variables Sociodemográficas: Estado Civil.....	151
6. Religiosidad.....	162
7. Variables Sociodemográficas: Régimen de Vida de los Enfermos.....	163
8. Variables Médicas: Conocimiento del Diagnóstico..	164
9. Variables Sociodemográficas: Edad.....	171

INTRODUCCIÓN

La muerte y los ancianos en la sociedad actual

¿Qué es lo que se siente y se necesita durante las últimas semanas de vida? ¿Qué impacto tiene una enfermedad progresiva e incurable en la psique de una persona? ¿Encuentran los ancianos mucho sentido en su vida? ¿De qué forma les afecta vivir en una residencia en lugar de su propia casa?

Estas preguntas tienen una gran relevancia social por el hecho de que son muchas las personas que se encuentran en estas circunstancias; y la evolución de la sociedad indica que cada vez serán más.

Las instituciones sociales y sanitarias se han creado con el propósito de servir a estas personas y responder ante sus múltiples necesidades, ofreciéndoles la mejor asistencia posible. Pero, para realizar plenamente este objetivo, no hay que concebir estos servicios como entidades estáticas con un sistema de organización fijo. Tenemos el deber de seguir estudiando la vivencia de los enfermos, los ancianos, y otros usuarios, de preguntarles a ellos ¿qué es lo que necesitan? y tener muy en cuenta sus respuestas. Recordemos que, a medida que sea posible, son las instituciones las que deberían adaptarse a las necesidades de los individuos que

las ocupan y no al revés. De este modo, los centros sociales y sanitarios pueden ser entidades flexibles y adaptables con la prioridad clara y principal puesta en calidad de atención y del mayor bienestar global de las personas que acuden a ellos.

Debido al envejecimiento de la población y cambios en la estructura familiar, existe cada vez mayor necesidad de un apoyo asistencial para la tercera edad (Fundación Matía, 1993a). En el País Vasco en la actualidad hay entre un 15% y un 20% de las personas de 65 o más años de edad que dependen de otras personas para realizar actos elementales de la vida diaria (Departamento de Trabajo y Seguridad Social, 1990). En cuanto a los enfermos en situación terminal, a pesar de los grandes avances logrados en la medicina en años recientes, hoy en día, hay un número importante de personas afectadas por enfermedades crónicas que les llevarán a la muerte. Y cuando no es posible curar una enfermedad, la precisión actual del proceso de diagnóstico y pronóstico permite cada vez más claramente delimitar la fase terminal de la misma. Si citamos unas estadísticas americanas sobre el cáncer, se calcula que uno de cada cuatro habitantes de los Estados Unidos desarrollará algún tipo de cáncer a lo largo de su vida. De los afectados, tres de cada ocho seguirán vivos cinco años después del diagnóstico (American Family Health Institute, 1988). En España, el cáncer es la causa de un 25% de las muertes ocurridas, lo cual supone unos 80.000 fallecimientos anuales (Sociedad Española de Cuidados

Paliativos, 1993). Con respecto a la enfermedad de SIDA, la Organización Mundial de la Salud estima que actualmente hay 13 millones de personas infectadas mundialmente, y que este número se triplicará para el año 2000 (Valenciano y Usieto, 1994).

A estas estadísticas demográficas sobre la última etapa de la vida, hay que añadir que una de las características de la sociedad occidental actual es la no-aceptación o la negación de la muerte (Groupes Lyonnais d'études médicales, 1968; Nouwen y Gaffney, 1976; Blanco, 1992; Grupo de Estudios de Bioética y Ciencias de la Salud, 1992). La muerte se ha estado tratando como un tema tabú (Feifel, 1963), del que no se puede hablar abiertamente (por ejemplo, con un enfermo), que hay que negar, que representa un fracaso terapéutico (Grupo de Estudios de Bioética y Ciencias de la Salud, 1992; Asociación Española contra el Cáncer, 1994; Doyle et al., 1994), etc. Y la existencia de este rechazo social de la muerte afecta la manera en que las personas (profesionales sanitarios, enfermos y sus familiares, etc.) se afrontan a ella cuando las circunstancias lo obligan.

Consideramos que el rechazo de la existencia de la muerte contribuirá a una mayor evitación y negación de los estímulos asociados a ella y a mayor ansiedad en relación a ella. Las repercusiones se pueden observar en la actitud de muchos médicos y otros profesionales sanitarios que a menudo tienden a reducir o evitar el contacto con sus enfermos cuando están en fase terminal (Kübler-Ross, 1969, 1974;

Buckman, 1984; Cousins, 1985; Siegel, 1986; Gerber, 1990). Es posible que la característica de la cultura actual que alaba excesivamente la juventud mientras que margina a las personas senectas también sea debido en parte al rechazo existente de la muerte (Nouwen y Gaffney, 1976). Blanco señala que - "El hecho de que el anciano esté habitualmente más apartado de la dinámica diaria del joven y del adulto, puede causar la impresión de que en parte estuviera ya un poco perdido...o muerto" (1992, pág. 20). Pero, si este hecho sirve psicológicamente a los jóvenes y adultos para alejar la percepción de la muerte, y así, reducir su ansiedad, ¿qué efecto puede tener en los ancianos? ¿Se sienten ellos un poco muertos ya? ¿Socialmente? ¿Psicológicamente? La marginación, la soledad, la institucionalización en residencias o hospitales, la pérdida del rol social... podrían llevarles a experimentar un vacío existencial, sentimientos de ansiedad o, como comprueba Ramos (1982), de depresión.

En cuanto a la institucionalización en concreto, es evidente que los hospitales y las residencias de ancianos son lugares especializados en la asistencia que sirven para una función importantísima en la sociedad. Sin embargo, al contemplar estos lugares, conviene tener en cuenta que, para el individuo, el ingreso y la estancia en una institución implica un impacto psicológico que puede provocar ansiedad (Carey, 1974; Viney, 1982b; Blanco, 1992). Y mientras que normalmente se logra el objetivo de un funcionamiento

eficiente y eficaz, tradicionalmente la organización de los hospitales ha creado un ambiente bastante impersonal, frío y poco flexible a la hora de responder a las necesidades individuales y emocionales de sus pacientes (Cousins, 1985; De Gentil-Bachis, 1990; Doyle et al., 1994).

Sería necesario, pues, revisar nuestras actitudes ante la muerte y ante el anciano, procurando lograr una mayor aceptación de los dos en la sociedad. También, en esta época en la que se empieza a reconocer la importancia de los factores psicológicos en el proceso de la enfermedad, convendría proponer unos cambios organizativos en los hospitales y residencias de ancianos para lograr realmente que estén más adaptados a las necesidades psicológicas de los que utilizan sus servicios.

Descripción de la Presente Tesis

El propósito de diseñar y realizar la presente tesis consiste en contribuir a la comprensión fenomenológica de nuestras actitudes existenciales ante la vida y la muerte, y de la experiencia y necesidades de las personas que tienen la muerte cerca, como son los enfermos en situación terminal y los ancianos. Para ello, en esta Introducción considero la problemática de la muerte y los ancianos en la sociedad actual. Y en el Capítulo 1 se presenta la respuesta social actual que se está dando a través de los cuidados paliativos.

Para abordar esta problemática en profundidad,

comenzaremos, en el Capítulo 2, con una revisión de la literatura para resumir lo que la investigación empírica, los conceptos teóricos y la experiencia clínica nos pueden aportar sobre la comprensión de las actitudes ante la muerte en general. Se podrá comprobar que la investigación en este área ha proliferado en años recientes, aunque aún nos encontramos lejos de una comprensión sólida de las diferentes actitudes existentes ante la muerte.

A continuación, en el Capítulo 3, se revisará la manera en que dichas actitudes ante la muerte se relacionan con otras variables - tales como el sexo, la edad, la religiosidad, el estado de salud, etc. - según los datos obtenidos por la investigación hasta la actualidad.

Puesto que todavía no existe una teoría bien consolidada específicamente sobre la tanatología, para los propósitos del estudio que se llevará a cabo en esta tesis, nos basaremos en los conceptos de dos teorías más desarrolladas y más amplias que lo que delimita el campo de la tanatología, pero cuyas ideas abarcan la explicación de las actitudes ante la muerte - la teoría de Viktor Frankl y la Teoría de los Constructos Personales de George Kelly.

La primera de éstas, la teoría del Dr. Frankl, se enfoca desde la psicología existencial; y parte de la idea central de que una necesidad básica del ser humano consiste en buscar un sentido a su vida y sus circunstancias. Entre los múltiples conceptos incluídos en su obra, se incluye el significado de la muerte para la vida humana, el

afrontamiento del sufrimiento, y la faceta de la religiosidad como inherente al hombre.

Por lo tanto, en el Capítulo 4 presentamos estos aspectos que nos interesan de la teoría de Frankl y su relación con otro factor que nos proponemos investigar - el sentido o propósito en la vida. Desde esta perspectiva conceptual, se esperaría encontrar mayor ansiedad ante la muerte en los enfermos cuya vida está llegando a su fin que en otras personas, además de mayor ansiedad ante la muerte en las personas que no encuentran mucho sentido en la vida.

Por otra parte, al revisar la investigación de actitudes ante la muerte concretamente en lo que concierne la etapa evolutiva que nos interesa aquí - es decir, la última etapa de la vida, destaca el trabajo de una investigadora australiana, Linda Viney. El marco teórico en el que basa su trabajo es la Teoría de los Constructos Personales. Su metodología de medición de la ansiedad y, especialmente, la ansiedad ante la muerte en los ancianos y en diversos tipos de enfermos, incluidos enfermos en situación terminal, nos parece la más adecuada para nuestros propósitos en esta tesis. Por lo tanto, en el Capítulo 5 se presenta la perspectiva de la muerte desde la Teoría de los Constructos Personales y, se revisa la investigación de Linda Viney.

Antes de presentar el estudio empírico que se lleva a cabo en esta tesis, en el Capítulo 6 se revisa la diversa metodología aplicada a esta campo de investigación en estudios anteriores. A continuación, en el Capítulo 7, se

describen los instrumentos aplicados aquí, que son: el Test de Propósito en la Vida, para medir el sentido existencial, y la Escala de Ansiedad de Gottschalk-Gleser, para medir diversos tipos de ansiedad, incluida la ansiedad ante la muerte.

Aunque la fiabilidad del Test de Propósito en la Vida está comprobada en su versión inglesa y con muestras estadounidenses, se consideró recomendable desarrollar una buena traducción española de la escala y, a continuación, comprobar su fiabilidad cuando se administra en formato de entrevista a una muestra de sujetos españoles de la tercera edad. Este análisis de la escala se presenta en el Capítulo 8.

Por fin, en el Capítulo 9 se describe el procedimiento del presente estudio, que explorará el problema del propósito en la vida y la ansiedad, especialmente la ansiedad ante la muerte, en sujetos ancianos, enfermos crónicos y enfermos en situación terminal. Se comprobará si aumenta la ansiedad ante la muerte en enfermos en situación terminal en comparación con enfermos crónicos, si existe una relación negativa entre el nivel de propósito en la vida y la ansiedad, especialmente la ansiedad ante la muerte, y cómo se relacionan las variables de ansiedad y de propósito en la vida con otras variables demográficas y situacionales en esta muestra de personas en fin de vida. Consideramos que el estudio empírico de estos factores es esencial para contribuir a que se llegue a comprender bien a las personas

que están en la última etapa de la vida y, de ahí, adecuar la intervención social-sanitaria dirigida a estas poblaciones y a sus necesidades reales.

Los resultados del estudio y la discusión de ellos se presentan en los Capítulos 10 y 11, respectivamente. Posteriormente, se finaliza esta tesis doctoral con unas breves consideraciones.

Se espera que esta tesis aporte una pequeña ayuda en el importante proceso de mejoría de la atención sanitaria y social que reciben estas poblaciones de personas, y que tendrá como consecuencia directa el aumento de su calidad de vida. En términos más amplios, se espera influir en las actitudes culturales acerca de la muerte, para que, en vez de verla como un "horror", un tabú, y un fracaso, la aceptemos más abiertamente como un acontecimiento natural y afrontable.

Capítulo 1

LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Como respuesta a la problemática del rechazo a la muerte y para llenar un hueco que existía en el sistema sanitario (que se puede resumir con la pregunta - ¿Qué se puede hacer para un paciente cuando, como tradicionalmente se ha dicho, ya no hay nada que hacer? - recientemente se ha puesto en marcha el Movimiento Hospicio o de Cuidados Paliativos que está actualmente en pleno auge en España y en numerosos otros países.

1.1. Definición

¿Qué son los cuidados paliativos? Una definición de la medicina paliativa citada por Doyle et al. (1994, pág.3) en el importante libro de texto creado para esta nueva disciplina es la siguiente: "La medicina paliativa consiste en el estudio y manejo de pacientes con una enfermedad activa, progresiva, y muy avanzada cuyo pronóstico es restringido y el enfoque de los cuidados es la calidad de vida". Esta definición se limita al aspecto médico de estos cuidados, mientras que el modelo de atención en los cuidados paliativos es multidisciplinar. Por lo tanto, es más completa la siguiente definición propuesta por la

Organización Mundial de la Salud y citada también por Doyle y sus colegas:

El cuidado activo y total de pacientes cuya enfermedad no responde ante el tratamiento curativo. El control del dolor, de otros síntomas, y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales es supremo. El objetivo de los cuidados paliativos consiste en lograr la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias. Muchos aspectos de los cuidados paliativos también se pueden aplicar más pronto en el transcurso de la enfermedad en conjunto con el tratamiento anti-canceroso. (pág.3)

Continúa con la explicación de que:

En los cuidados paliativos:...se afirma la vida y se considera el morir como un proceso normal,...ni se adelanta ni se atrasa la muerte,...se proporciona alivio del dolor y de otros síntomas que afligen,...se integran los aspectos psicológicos y espirituales de los cuidados,...se ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir lo más activamente posible hasta la muerte,...se ofrece un sistema de apoyo para ayudar a la familia a afrontar la situación durante la enfermedad del paciente y durante su propio duelo (id., 1994, pág.3)

1.2. Historia

Antiguamente, las instituciones que acogían a los moribundos y mejoraban su sufrimiento se llamaban "hospicios" u "hospitales". Este nombre proviene de la palabra "hospes" que, en latín, originalmente significaba "anfitrión", pero posteriormente cambió para significar "extraño". De ahí, la palabra "hospitalis" significaba "amistoso" o "bienvenido al extraño". (Saunders, 1994, Prólogo, pág.V). Estos centros surgieron en la zona bizantina durante el cuarto siglo para.

luego, extenderse por toda Europa. Eran instituciones cristianas que recibían a los peregrinos que, a menudo, estaban gravemente enfermos o moribundos. Desafortunadamente para los enfermos incurables, la Reforma trajo el fin de la mayoría de estas instituciones durante el siglo XVI.

La primera asociación de la palabra "Hospicio" para denotar el cuidado de enfermos en situación terminal exclusivamente apareció en el siglo diecinueve cuando Madame Jeanne Garnier fundó varios hospicios o "Calvaires" en Francia.

Sin embargo, la persona que más representa y ha promovido este movimiento actual es la Doctora Cicely Saunders que fundó Saint Christopher's Hospice en Londres en el año 1967. Fue Saint Christopher's que estableció el modelo revolucionario y prototípico en el que posteriores hospicios y unidades de cuidados paliativos se han basado.

El término "cuidados paliativos" surgió de Canadá en la década de los 70 como sustituto de la palabra "hospice", que designaba otra cosa para los canadienses franco-parlantes; y desde entonces el término se ha adoptado en varios países, incluyendo a España (id., 1994).

Puesto que en la presente tesis, la faceta del enfermo que más nos concierne es la psicológica, no habría que concluir este breve repaso histórico sin mencionar otra profesional cuyo trabajo sobre el impacto emocional de la situación terminal ha tenido una relevancia importantísima en este campo. La psiquiatra, Elisabeth Kübler-Ross, fue

pionera en la comprensión de la psicología y experiencia de los enfermos en situación terminal; y sus obras, sobretudo la primera, Sobre la Muerte y los Moribundos, publicada en Estados Unidos en el año 1969, han tenido un gran impacto social (Kübler-Ross, 1969, 1974, 1975, 1981, 1985, 1989, 1990, 1991).

1.3. Objetivos

El propósito de los cuidados paliativos consiste en humanizar el proceso terminal, ofreciendo cuidados protocolizados para controlar los síntomas y proporcionar confort al enfermo. La atención es individualizada, flexible y global. Se procura que el paciente tenga la mejor calidad de vida posible hasta el momento de la muerte. También se tiene en cuenta el impacto emocional en la familia, ofreciéndoles apoyo y ayuda en su proceso de adaptación y duelo.

1.4. Características

Algunos de los elementos más característicos de los cuidados paliativos son los siguientes:

- la atención global e individualizada
- el buen control de síntomas
- la flexibilidad de tratamiento
- la participación del enfermo y la familia en el

tratamiento

- el trabajo en equipo interdisciplinar que puede incluir: médicos, enfermeras, auxiliares de clínica, asistentes sociales, psicólogos, capellanes, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, etc.
- la atención a la familia
- el seguimiento de duelo
- la atención a domicilio.

1.5. Situación actual

Actualmente, el movimiento de cuidados paliativos todavía es joven pero avanza con rapidez. El Reino Unido es el país donde más desarrollado sigue estando. En España se encuentra en pleno auge, aunque las primeras unidades se crearon hace pocos años durante la década de los ochenta en Santander y en Vic, Cataluña. La enfermedad que más se trata en las unidades de cuidados paliativos es el cáncer. Por otra parte, a medida que se va delimitando en otras enfermedades, una fase terminal clara durante la cual se desiste de aplicar tratamientos curativos, éstas también se pueden tratar desde el modelo de cuidados paliativos. El SIDA es un ejemplo. Probablemente, habrá una tendencia creciente a tratar su fase final desde los cuidados paliativos.

El cambio en la atención que reciben los enfermos en situación terminal y sus familias cuando se aplican los

cuidados paliativos en comparación con la atención sanitaria anterior es sustancial, y supone un gran avance médico y humanitario. Todavía queda mucho por desarrollar y extender. Por otra parte, todavía queda mucho por estudiar con respecto a la vivencia de los enfermos, sus sentimientos y necesidades durante esta fase de su enfermedad cuando tienen que afrontar la muerte. En el Capítulo 2 exploraremos lo que la investigación ha revelado hasta ahora sobre las actitudes que se tienen ante la muerte.

Capítulo 2

LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE

2.1. Introducción

La muerte es un acontecimiento ante el cual nadie se queda indiferente. Todas las personas tenemos ciertas actitudes y sentimientos relacionados con la muerte, aunque éstos pueden variar con el paso del tiempo y en relación a otras circunstancias. En la literatura psicológica, principalmente desde el final de la década de los años sesenta, un número creciente de autores se ha dedicado a investigar estas actitudes, sus efectos, y los factores que influyan en ellas.

2.2 Definiciones

Al proponernos abordar el tema de actitudes ante la muerte, conviene empezar por definir los términos. Gordon Allport (1935) nos ofrece la siguiente definición de una actitud: "(una actitud es) un estado de disposición nerviosa y mental organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico o directivo sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con que ella está relacionada." Según esta definición, debido a su

carácter de influencia dinámica y directiva, podemos suponer que una actitud determinada ante la muerte actuará como factor causante de ciertos comportamientos y sentimientos relacionadas con ella. De la misma manera, si llegamos a incidir en y modificar una actitud, se esperaría encontrar un cambio conductual y emocional.

El campo de investigación que nos interesa aquí se denomina "tanatología" que se define en el diccionario New Collins como, "El estudio científico de la muerte y los fenómenos asociados" (McLeod, 1982, pág.1212).

2.3. La ansiedad ante la muerte

La actitud más investigada y, posiblemente, más frecuente en lo que se refiere a la muerte es la ansiedad. Aunque Salvador Urraca señala que la ansiedad constituye uno de los constructos más ambiguos y difusos en el campo de la psicología, nos propone la siguiente definición: "(La ansiedad es) un temor crónico de una amenaza imprevisible. No es directamente observable, pero, sí, inferible de informes subjetivos, conductuales y fisiológicos." (1982, pág.88) Ahora bien, la ansiedad ante la muerte, en concreto, se puede definir como "un estado de tensión ante la situación de amenaza de la posibilidad de la muerte" (id., 1982, pág.186).

En una evaluación factorial de quince escalas de auto-informe sobre la muerte, Durlak y Kass (1981-82) encontraron

cinco factores ortogonales de las actitudes ante la muerte: evaluación negativa de la muerte; reticencia a interactuar con los moribundos; reacción negativa ante el dolor; reacción ante lo que recuerda a la muerte; preocupación con pensamientos acerca de morir.

Por otra parte Schulz (1978) señala que hay que tener en cuenta que existen diferentes niveles de ansiedad ante la muerte: el público, el privado, y el inconsciente, de forma que la ansiedad medida puede variar según el nivel que explore el instrumento. Por ejemplo, Ramos Campos (1982) señala que se ha encontrado una mayor aceptación de la muerte en ancianos que en adultos y jóvenes cuando se mide a nivel consciente, pero no se mantienen estas diferencias en mediciones del nivel inconsciente. De una manera similar, Feifel et al., (1973) y Feifel (1974) informaron que en el nivel consciente los enfermos en situación terminal tenían el mismo nivel de temor ante la muerte que otros sujetos, pero a nivel inconsciente su temor era más pronunciado con respecto a los sujetos sanos. Este resultado sugiere que habría que reconsiderar el dictamen de Freud (1925) en el sentido de que en el inconsciente no existe representación de la muerte de uno mismo (Feifel y Branscomb, 1973).

Esta diferencia en ansiedad según el nivel de conciencia nos lleva a considerar lo que ocurre con las emociones en distintos niveles. Lane y Schwartz (1987) proponen una teoría cognitivo-evolutiva de los niveles de conciencia emocional. Según esta teoría existen cinco niveles de

transformación estructural de la conciencia emocional que aparecen a lo largo del desarrollo. Estos son:

- 1) sensaciones corporales,
- 2) el cuerpo en acción,
- 3) sentimientos individuales,
- 4) mezclas de sentimientos, y
- 5) mezclas de mezclas de sentimientos.

Adoptan la postura de que antes de que aparezca la emoción ocurre una valoración cognitiva del entorno. Entonces, aparece la activación emocional; pero lo que se experimenta como emoción es una consecuencia del procesamiento cognitivo posterior que depende de la estructura cognitiva que tiene el individuo en cuestión, en un momento dado del desarrollo. Durante el desarrollo, la experiencia emocional evoluciona desde lo difuso, un estado de globalidad sin diferenciación, hacia una diferenciación y articulación cada vez mayor de la experiencia emocional. De la misma forma, durante la experiencia de una activación emocional en concreto, ocurre la misma evolución desde lo difuso hacia lo diferenciado durante la duración del estímulo.

Esta teoría proporciona una explicación cognitiva-evolutiva del motivo por el cual no se encuentran relaciones coherentes entre índices que miden emociones como la ansiedad desde distintos niveles de conciencia o expresión - auto-informe, biológico, conducta social y experiencia emocional.

La Doctora Kübler-Ross describe las actitudes ante la muerte que aparecen frecuentemente en los enfermos en

situación terminal durante el transcurso de su enfermedad. Algunas de las ideas principales de esta autora son que estos enfermos a menudo intuyen que se están muriendo aunque no se les ha informado de su situación. Y pueden tener gran necesidad de hablar sobre su experiencia en esos momentos. Sin embargo, frecuentemente sienten una soledad sustancial, o porque se han alejado de ellos los amigos, familiares, y profesionales sanitarios en cuanto se les han etiquetado de "terminales", o porque existe una barrera de silencio o mentiras en la comunicación de los demás sobre lo que realmente está ocurriendo.

Esta autora describe unas etapas que pasan estos pacientes y sus familiares, durante el proceso de la enfermedad que son:

- Negación
- Ira
- Pacto
- Depresión
- Aceptación (Kübler-Ross, 1969)

Aunque la experiencia posterior indica que estas etapas no son puras, ni universales, ni necesariamente siguen este orden de aparición, sí, representan respuestas observables muy características de estos enfermos; y la autora de esta tesis puede constatar personalmente que el trabajo de Kübler-Ross facilita la comprensión y atención psicológica a los enfermos y sus familias. Por lo tanto, el abordaje psicológico en el trabajo de cuidados paliativos se ha visto

muy influído por la obra de esta psiquiatra.

En general, tanto a través de la experiencia clínica como de la investigación empírica se han encontrado múltiples factores que se relacionan con la ansiedad ante la muerte y otras actitudes que se describen más adelante. De modo de resumen, se puede afirmar que el conjunto de los resultados encontrados en la investigación indica que la personalidad y la experiencia vivida influyen en esta actitud (Ramos, 1982).

2.4. El temor a la muerte

Cabe suponer que el ser humano es el único animal que tiene conciencia de la inevitabilidad de la muerte. Desde el punto de vista de la evolución de la especie, también se podría afirmar que el miedo o temor a la muerte beneficia la supervivencia de la raza humana.

La definición de temor a la muerte que nos propone Salvador Urraca sería: "El temor a la muerte es un estado de inquietud que provocan los posibles sufrimientos de la enfermedad terminal, el proceso degenerativo terminal y/o las consecuencias que la muerte puede producir en los familiares".... (Urraca, 1982, pág.186). De esta forma la distinción entre los constructos de ansiedad y temor, consiste en que el miedo (o el temor) tiene un objeto claro que se teme, mientras que la ansiedad, no. Sin embargo, Feifel y Branscomb (1973) no creen relevante el hacer una distinción entre la ansiedad y el temor ante la muerte,

puesto que las dos definiciones se solapan.

Se considera que el temor o ansiedad ante la muerte es un fenómeno universal, y aunque varía la intensidad del sentimiento de una persona a otra de acuerdo con factores de personalidad, experiencias con la muerte, y otras circunstancias, es probable que jamás se podrá erradicar, aunque, sí, disminuir. Por lo tanto, estas actitudes se consideran normales en la mayoría de los casos, y sólo se describe una "tanatofobia" patológica cuando el temor alcanza unos niveles muy pronunciados.

2.5. La preocupación ante la muerte

La preocupación ante la muerte se puede comprender como un constructo relativamente amplio que recoge tanto la ansiedad ante la muerte como el temor, siempre que éstos se perciban a nivel consciente. Salvador Urraca define este constructo de la forma siguiente: "La preocupación ante la muerte es una contemplación consciente de la realidad de la propia muerte y evaluación negativa de esa realidad." (Urraca, 1982, pág.186). La designación de "evaluación negativa" permite la inclusión de otras posibles actitudes negativas aparte de la ansiedad y el temor, aunque aquí, tampoco se contemplan las posibles actitudes positivas acerca de la muerte.

2.6. Otras actitudes

Se ha escrito mucho sobre la ansiedad y temor a la muerte, pero ¿existen otras actitudes aparte de éstas con respecto a la muerte? Meyer (1983) opina que el término "angustia" es el que mejor engloba el rango de sentimientos relacionados con la propia muerte. Durlak et al. (1990) afirman que las personas pueden mantener actitudes positivas, negativas y/o ambivalentes acerca de la muerte. Urraca (1982) describe también tres categorías de actitudes ante la muerte, pero no incluye la ambivalencia. Según este autor, estas actitudes pueden ser:

- a) positivas de espera/esperanza;
- b) evasivas o despreocupación;
- c) negativas: negación, temor, preocupación y ansiedad.

Los resultados de Durlak et al. (1990) revelan que los sujetos pueden considerar simultáneamente la muerte en sus significados y consecuencias religiosas, personales y sociales y manifestar unas reacciones emocionales variadas en relación con cada una de estas perspectivas. Por lo tanto, se hace cada vez más evidente que las actitudes ante la muerte son muy complejas, y hace falta mucho más investigación y reflexión antes de poder elaborar una teoría comprensiva en este campo.

En algunos talleres sobre actitudes ante la muerte, esta investigadora ha pedido a los asistentes que elaboren una lista de actitudes que se tienen acerca de la muerte. En

concordancia con Durlak et al., en estas listas se han manifestado, no solamente aspectos negativos, sino también positivos asociados con la muerte, tales como: paz, fin de sufrimiento, unión con Dios, y estar en el cielo. Por otra parte, Ring (1988) estudia el fenómeno de las experiencias al umbral de la muerte y afirma que las personas que se han encontrado tan cerca y consciente de la muerte, posteriormente tienden a experimentar un cambio que consideran positivo en sus valores personales y, después de haber tenido esa experiencia, buscan comprender más profundamente la vida. Esta conclusión corrobora el trabajo del Dr. Raymond Moody (1975), pionero en la investigación de las experiencias al umbral de la muerte, además del trabajo de la Dra. Elisabeth Kübler-Ross (1991). De esta manera, se puede pensar que quizás una conciencia profunda de la realidad y experiencia de la muerte pueda provocar un cambio hacia una actitud más positiva tanto ante la vida como ante la muerte.

Por otra parte, muchos autores contemporáneos han descrito la tendencia en las culturas occidentales de este siglo de ocultar la existencia de la muerte, tratándolo como un acontecimiento socialmente tabú (Feifel, 1963; Groupes Lyonnais d'Etudes Médicales, 1968; Kübler-Ross, 1969, 1975; Ramirez, 1979; Ramos, 1982; Urraca, 1982; Meyer, 1983; Palouzie, 1985; Diné, 1988; Blanco, 1992; Gómez, 1992). En contraste con otras épocas históricas, actualmente vivimos en una sociedad que, por una parte, parece querer olvidarse de

la inevitabilidad de la muerte y, por otra, manifiesta una fascinación morbosa con ella.

Esta primera tendencia se manifiesta, en parte, a través de la paulatina pérdida de los ritos tradicionales que han rodeado la muerte. Es cada vez menos frecuente morir en casa; Angel (1987) nos informa que actualmente en los Estados Unidos tres de cada cuatro muertes ocurren en los hospitales. El rito del velatorio y del luto se están perdiendo, y en los funerales es cada vez más frecuente que el féretro esté cerrado o ausente en lugar de abierto, para que los enlutados no vean el cadáver. Como consecuencia, las personas tenemos menos contacto cercano con la realidad de la muerte. Si en los siglos pasados los cementerios se colocaban dentro de la ciudad, ahora tienden a estar en las afueras. En las páginas de las esquelas del periódico, curiosamente, muy rara vez aparece la palabra "muerte".

Se tiende, hoy en día, a "proteger", también, a los niños de la conciencia de la muerte al no permitirles ver a un familiar que se está muriendo, o, a veces, asistir al funeral, mientras que anteriormente, cuando el enfermo solía estar en casa, los niños podían estar a su lado e incluso participar en los cuidados (Kübler-Ross, 1985). Así, estos cambios sociales nos indican que anteriormente la muerte se trataba con más naturalidad y apertura que hoy en día.

En cuanto a la fascinación con la muerte, el autor, Herman Feifel, hizo un paralelismo entre la represión sexual que ha existido hasta años recientes con la consecuente

proliferación de la pornografía sexual como respuesta a nuestra fascinación con lo prohibido, y el tabú de la muerte que experimentamos actualmente con su contrapartida de una especie de pornografía de la muerte (Feifel, 1963). Esta se refleja, por ejemplo, en los medios de comunicación que resaltan marcadamente la muerte - en accidentes; atentados; asesinatos - tanto informando sobre hechos reales como por medio de la ficción, porque parece ser uno de los temas que más atraen la atención del público (Urraca, 1982). Es como si el ver o saber de la muerte desde la distancia emotiva y real que nos proporcionan los medios de comunicación satisficiera nuestra curiosidad acerca del tema tabú, a la vez que fortalece el mecanismo de defensa psicológico que nos permite pensar que el morir es algo que pasa a los demás, mientras que nosotros nos encontramos inmunes a ello. De acuerdo con esta idea, el Groupe Lyonnais d'études Médicales afirma que "...el desprecio aparente de la muerte puede ser una defensa institucionalizada por la sociedad contra el miedo mismo de morir" (1968, pág.66).

En general se podría afirmar que la investigación reciente en este campo indica que las personas pueden mantener unas actitudes simultáneas, tanto negativas como positivas o ambivalentes, y diversas acerca de la muerte, mientras que, si nos centramos en la perspectiva amplia de la sociedad, es evidente que existe una tendencia de ocultar el fenómeno de la muerte cercana, a la vez que hay una fascinación "morbosa" con la muerte ajena o ficticia.

A continuación, en el siguiente capítulo, presentamos algunas de las relaciones entre las diversas actitudes ante la muerte y otros factores que se han encontrado en la investigación. Pero antes de especificar cada resultado, a modo de resumen se puede concluir que la investigación sobre la preocupación ante la muerte sugiere que es una variable de la personalidad que interactúa de forma compleja con otros factores (Ramos, 1982).

Capítulo 3

LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE EN RELACION CON DIVERSOS FACTORES

3.1. El sexo

Para empezar a investigar la complejidad de las actitudes ante la muerte, comencemos con el factor de sexo. Una revisión de la literatura en este sentido sugiere que existe una diferencia en la variable ansiedad ante la muerte según el sexo en la dirección de que las mujeres revelan un nivel más alto que los hombres en general (Urraca, 1982). Un estudio sobre la ansiedad ante la muerte que empleaba sujetos de diversas edades, desde la adolescencia hasta la vejez, encontró que las mujeres revelaban significativamente más ansiedad, medida por la Escala DAS, que los hombres en todos los grupos (Templer, 1971). Más recientemente, Thorson y Powell (1988) informan sobre unos resultados parecidos según los cuales las mujeres adultas y adolescentes revelaron más ansiedad ante la muerte que los varones en una escala preparada por los autores; y su preocupación se centraba especialmente en el temor al dolor y a la pérdida de la integridad corporal. A la hora de interpretar los resultados, se expresa la duda de si las mujeres verdaderamente sienten más ansiedad ante la muerte o si la

diferencia consiste en que lo expresan más abiertamente.

Esta posibilidad para explicar las diferencias de sexo en relación a la ansiedad ante la muerte fue investigada por Dattel y Neimeyer (1990). Estos autores se propusieron comprobar la hipótesis de la expresión emocional, según la cual las mujeres tienen más ansiedad ante la muerte porque habitualmente manifiestan un mayor grado de auto-revelación (self-disclosure) en relación con los sentimientos, mientras que los hombres se refugiarían en la deseabilidad social que se traduce en este caso en no expresar mucha ansiedad. Los instrumentos aplicados en este estudio eran la Escala DAS (una escala con orientación más emocional) y el Índice de Amenaza (TI) (con orientación más cognitiva). No aparecieron diferencias según el sexo en el Índice de Amenaza, mientras que en la DAS las mujeres mostraron significativamente más ansiedad ante la muerte que los hombres. Sin embargo, cuando se controlaron los efectos de auto-revelación y deseabilidad social, los resultados se mantenían. Por lo tanto, parece que las diferencias según el sexo existen realmente independientemente de las posibles diferencias en expresión emocional. En cuanto a la forma de manifestación, Ramos Campos (1982) señala que la literatura indica que los hombres podrían tener un miedo más cognitivo, mientras que en las mujeres este miedo podría ser más afectivo. Quizás convendría buscar otra palabra más adecuada que "miedo" para describir este fenómeno, puesto que es evidente que el miedo, aunque su interpretación puede ser cognitiva, representa un

sentimiento, no una cognición, entonces, no es muy apropiado hablar de un miedo cognitivo.

Aunque en la mayoría de los estudios la variable sexo diferencia significativamente el nivel de ansiedad y temor ante la muerte, no se han encontrado estas diferencias en todos. Por ejemplo, Fiefel y Branscomb (1973) investigaron diez posibles predictores de temor ante la muerte medido a tres niveles de conciencia: consciente; fantasía; por-debajo-del-nivel-consciente. En este estudio, el sexo no emergió como factor predictor del temor ante la propia muerte. Diferencias significativas según el sexo no aparecieron en la investigación de Conte et al., (1982) sobre su Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Questionnaire). Ramos (1982) tampoco encontró diferencias significativas por sexo en las puntuaciones de la DAS en una muestra de ancianos. Sin embargo, sí aparecieron diferencias en el sentido de que las mujeres afirmaban pensar más en la muerte que los hombres.

En resumen, se puede afirmar que, en conjunto, la literatura apoya la relación entre la variable sexo y la ansiedad o temor ante la muerte en la dirección de mayor ansiedad en las mujeres que en los hombres, aunque los resultados no son conclusivos. Esta diferencia existe independientemente del mayor grado de expresividad emocional que manifiestan las mujeres. Sin embargo, este último factor puede contribuir a que la diferencia sea más marcada. Los hombres, por su parte, podrían manifestar el temor de una

forma más cognitiva. Y es posible que en la población de la tercera edad desaparecen las diferencias en el grado de ansiedad según el sexo.

3.2. La edad

Parece que, en general, en la sociedad la muerte se acepta más y se considera como un fenómeno más natural cuando el que se muere es una persona senecta en vez de un joven o un niño (Blanco, 1992). Es posible que los cambios históricos en la tasa de mortalidad hayan influido para acentuar esta actitud, puesto que es en este siglo que la tasa de mortalidad infantil ha disminuido muy marcadamente y la longevidad ha aumentado de manera sustancial. Por ejemplo, en España entre 1936-1960 la duración media de vida aumentó en casi 18 años (Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales, 1968). Mientras que anteriormente a este siglo, la muerte de un niño era un acontecimiento relativamente frecuente y, por eso, posiblemente más aceptada, hoy en día nos parece especialmente anti-natural y cruel. Pero, esta diferencia de actitud general a nivel de sociedad que parece variar según el momento vital ¿se traduce o no en distintos grados de ansiedad, preocupación o temor ante la muerte propia dependiendo de la edad del individuo? Son muchos los autores que han abordado la cuestión de edad y actitud ante la muerte.

Templer (1971) estudió la relación entre las

puntuaciones en su Escala de Ansiedad ante la Muerte y la edad en una muestra de sujetos entre 19 y 85 años de edad y no encontró ninguna correlación significativa entre la edad y la DAS. Este resultado corrobora el anterior de Rhudick y Dibner (1961) que tampoco encontraron una relación por edad en la preocupación ante la muerte derivada de respuestas al TAT. Posteriormente a estos estudios, Conte et al., (1982) informan que no aparecieron diferencias por edad en las respuestas de su Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte.

En contraste con estos resultados, en un estudio sobre la ansiedad ante la muerte y los significados de la muerte, la relación más marcada que encontraron Thorson y Powell (1988) fue una variación en el nivel de ansiedad ante la muerte con la edad. Los autores consideran que esta discrepancia con respecto a los estudios anteriores puede deberse a que la muestra de este estudio, abarca un abanico muy amplio de edades, desde estudiantes de instituto hasta personas jubiladas. Sin embargo, como se ha constatado anteriormente, el estudio de Templer (1971), en el que las diferencias por edad no aparecieron, también empleó una muestra grande de sujetos de edades que varían entre la adolescencia y la vejez. Es posible que la escala que construyeron Thorson y Powell sea más sensible a las diferencias por edad. La dirección de la relación que exponen era en el sentido de que los jóvenes mostraron un nivel más alto de ansiedad ante la muerte, mientras que los sujetos de tercera edad parecían haber resuelto algunas

preguntas existenciales y, como consecuencia, habían llegado a aceptar más la muerte. Su preocupación se centraba más en la existencia o no de la vida eterna y la pérdida del control personal. El control personal sobre las decisiones acerca de su tratamiento médico también importaba más a los adultos que a los adolescentes en el estudio de Justin (1988) sobre valores y actitudes ante la muerte. Robinson y Wood (1983) también encontraron que la ansiedad y el temor a la muerte disminuía con la edad en su estudio.

Los resultados de Urraca (1982) discrepan tanto de los estudios que no han encontrado diferencias por edad en temor o ansiedad ante la muerte, como de los que encuentran diferencias en la dirección de una disminución de grado con la edad. Este autor informa que el subgrupo de mediana edad manifestó una menor ansiedad ante la muerte que el subgrupo de sujetos viejos. ¿Es posible que la relación edad/ansiedad ante la muerte no sea lineal, sino que se alcance el mayor nivel de ansiedad en la adolescencia, después descienda en la mediana edad, y luego ascienda, pero no muy marcadamente, en la vejez? También conviene postular la posibilidad de una diferencia cultural reflejada entre esta investigación llevada a cabo en España y las anteriormente citadas principalmente provenientes de Estados Unidos.

En más congruencia con la mayor parte de la investigación en este campo, Feifel y Branscomb (1973) encontraron que una edad mayor predecía un temor menor ante la muerte en adultos sanos y en enfermos en situación

terminal, aunque la relación fue más marcada cuando se medían niveles conscientes. En los niveles menos conscientes, aparecía más temor en todos los sujetos, incluso en las personas mayores. Smith et al. (1983) informaron que en su muestra de enfermos en situación terminal, el temor ante la muerte disminuía con la edad. A diferencia de Thorson y Powell, estos autores proponen como explicación la posibilidad de que las personas mayores temen menos la muerte porque encuentran menos razones para vivir. En su obra sobre el envejecimiento, Nouwen y Gaffney (1974) opinan que, debido a la poca integración y valoración del anciano en la sociedad actual, las personas mayores pueden llegar, incluso, a desear que llegue la muerte.

Para investigar la causa de la aparente relación entre edad y preocupación ante la muerte, sería interesante explorar si un mayor o un menor nivel de propósito en la vida se asocia con esta preocupación. De este forma se comprendería si la menor preocupación ante la muerte que revelan las personas mayores se debe a que les faltan razones para vivir (propósito en la vida), o si su vida sigue teniendo sentido y propósito, pero de alguna manera, después de haber resuelto unas cuestiones existenciales, aceptan la muerte en un mayor grado. En este sentido, Durlak (1973b) administró el test de Propósito en la Vida y una escala de temor ante la muerte a una muestra de mujeres que vivían en una residencia de ancianos, y encontró que una sensación de propósito, o sentido, en la propia vida se correlacionaba

negativamente con temer a la muerte.

3.2.1. *Los niños y la muerte*

Para llegar a comprender en profundidad las actitudes ante la muerte, es interesante considerar como se desarrollan a lo largo del ciclo vital. Ramos (1982) cita el modelo elaborado por Nagel según el cual los niños desarrollarían una concepción de lo que es la muerte en tres fases que corresponden con la edad cronológica. De acuerdo con este modelo, hasta los tres años de edad los niños no conciben la muerte.

La primera fase de conciencia de la muerte ocurre entre los tres y cinco años cuando el niño la construye como una separación temporal o un sueño; y es reversible.

En la segunda fase, desde los cinco hasta los nueve años, la muerte se conceptúa como "el final", y se personifica.

A partir de los nueve años, en la tercera etapa, la muerte se comprende como el final e inevitable. Curiosamente, los niños de una clase socio-económica baja tienden a estar más conscientes de la muerte que los niños de la clase media (Ramos, 1982).

Elisabeth Kübler-Ross cuenta con una gran experiencia trabajando con niños que experimentan la muerte de cerca. Ella ha trabajado con niños en situación terminal, con niños que han perdido a un familiar, y con padres de niños que han

fallecido. Esta autora señala que los niños tienden a aceptar la muerte, tanto propia como de otra persona, con una naturalidad mayor y una actitud más positiva que la que exhiben las personas adultas de su alrededor. También afirma que los niños en situación terminal parecen intuir la proximidad de su muerte, a veces de forma consciente y a veces de manera pre-consciente, aunque no suelen estar informados de la gravedad de su situación y aunque no haya pronóstico de fallecimiento. Esta intuición se manifiesta de diversas formas. Puede ser a través de una comunicación directa o en un lenguaje simbólico, dibujos, poemas, etc. Kübler-Ross ha observado que los niños enfermos a menudo "protegen" a sus familiares de la difícil realidad y gravedad de su situación, al no compartir lo que intuyen con ellos. Y esta autora opina que no conviene ocultar la muerte de ellos, por ejemplo, al no permitirles asistir a un funeral, al hospital a visitar a un familiar enfermo, etc., puesto que son capaces de asimilarla bien, sobretodo si se trata con naturalidad y a través de un diálogo abierto. (Kübler-Ross, 1981, 1985, 1990). El Dr. Robert Burne (1990), director de un "hospicio" para niños, dijo en su ponencia presentada en el Primer Encuentro Internacional para el Cuidado del Niño y el Adolescente con Cáncer que está de acuerdo con la importancia de una comunicación abierta con los niños en situación terminal ya que dice que aunque nadie les informaba de antemano de su situación, todos los niños en fase terminal que él ha conocido han sabido que iban a morir y muchos se

beneficiaban de poder hablar de ello.

Desafortunadamente, esta manera de tratar el tema de la muerte con los niños es muy poco frecuente, y no existe una conciencia de lo que conciben los niños.

Vianello y Lucamente (1987) investigaron lo que sabían los padres y los pediatras acerca de la comprensión de la muerte que tienen los niños, y encontraron que la mayoría de los sujetos de los dos grupos creían que los niños eran incapaces de pensar en la muerte o implicarse en ella por lo menos hasta los siete o ocho años. Esta opinión no concuerda con la investigación en este campo, que demuestra que los niños son mucho más conscientes de la muerte, y hace resaltar la necesidad de una mayor educación acerca de la muerte en la sociedad.

3.2.2. *La tercera edad*

Habiendo hecho una breve exposición de la concepción de la muerte que existe en la infancia, a continuación conviene profundizar más en las actitudes que se tienen ante la muerte en el otro extremo del ciclo vital, cuando la larga vida está llegando a su fin. Blanco (1992) señala que las condiciones particulares que suele tener el anciano influyen en las actitudes que tiene ante la muerte. Por lo general, la persona senecta tiene menos responsabilidades sociales que otros adultos, por ejemplo, menos personas dependen de ella. Por otra parte, estadísticamente el fallecimiento se asocia

con el tener una edad avanzada. Por estos motivos, es posible que las personas de tercera o cuarta edad acepten la muerte con más naturalidad que las personas más jóvenes, aunque, de todas formas, los ancianos suelen sufrir por la pérdida que supone morir. Además, las personas senectas pueden tener más dificultad de adaptación al ser ingresados en el hospital.

A continuación se presenta lo que ha revelado la investigación sobre las actitudes ante la muerte en el anciano. En una muestra de sujetos que vivían en una residencia de ancianos, Ramos (1982) encontró que la gran mayoría de los sujetos manifestaban poco o ningún temor consciente de la muerte y pensaban poco en ella. Por otra parte, Urraca (1982) encontró que las personas senectas dentro de su muestra, que abarcaba adultos a partir de los 18 años, eran los que mostraron mayor ansiedad a la hora de hablar sobre la muerte. Si esto fuese generalizable, podría ser que los niveles tan bajos de temor, preocupación y ansiedad ante la muerte encontrados en la mayoría de los estudios sobre las personas senectas se debiera en parte a su reticencia a revelar o afrontar estas actitudes. Por eso, también, se encontraría un temor mayor al medir los niveles menos conscientes, donde no se puede ejercer la negación - tal y como Feifel y Branscomb (1973) encontraron en su estudio anteriormente citado.

En 1971, Templer estudió la ansiedad ante la muerte en una muestra de sujetos jubilados y encontró una correlación

positiva con la depresión, fenómeno muy frecuente en las personas de tercera edad. Anteriormente, Rhudick y Dibner (1961) habían encontrado una relación sugestiva pero no significativa entre ansiedad ante la muerte y depresión en sujetos de tercera edad. Otros factores que, sí, alcanzaron niveles significativos de asociación en este estudio eran la hipocondría, histeria, dependencia e impulsividad. Por otra parte, no aparecieron efectos principales por edad, ni por sexo. La relación entre depresión, neuroticismo y alta ansiedad ante la muerte en la persona senecta fue reafirmada también en la investigación de Ramos (1982). Otro factor que puede relacionarse con un nivel alto de ansiedad ante la muerte en esta población es la condición de vivir solo (Swenson, 1961). La soledad puede ser una faceta específica de la ansiedad global ante la muerte. La experiencia clínica de Yalom le lleva a afirmar que ha "oído a muchos pacientes moribundos indicar que lo más espantoso de la muerte es que han de morir solos". (Yalom, 1991, pág. 20)

En cierta relación con el problema de soledad, los investigadores, Baum y Boxley (1984), encontraron una relación significativa entre puntuaciones en la DAS y el estado civil en el sentido de que las personas mayores que no estaban casadas revelaron tener mayor ansiedad ante la muerte. Los sujetos que tenían un locus de control externo y peor salud emocional también indicaron tener mayor ansiedad ante la muerte en este estudio. Sin embargo, no se apoyó la hipótesis de que las personas ancianas que se sentían más

jóvenes que su edad real tendrían puntuaciones mayores en la DAS.

Puesto que la ansiedad ante la muerte se relaciona con trastornos de la salud mental y como es un sentimiento que hace sufrir a la gente, sería muy indicado buscar medios de reducirla. Viney et al. (1989) han comprobado que las actitudes negativas ante la muerte que tienen las personas mayores se pueden modificar a través de una terapia de constructos personales. Su investigación reveló que en comparación con dos grupos de control, el grupo experimental, compuesto de sujetos de avanzada edad, algunos de los cuales padecían enfermedades crónicas, mejoraron en niveles de ansiedad, sobretodo con respecto a niveles de ansiedad ante la muerte, ante la pérdida de la integridad corporal, y ante la soledad después de haber recibido esta terapia. Es importante saber que existen técnicas eficaces de intervención para ayudar a las personas senectas que sufren por causa de la preocupación ante la muerte o por la ansiedad en general.

3.3. La religiosidad

Intuitivamente podríamos suponer que las creencias religiosas que tienen las personas afectarían de alguna manera las actitudes ante la muerte y, de hecho, varios autores se han interesado por explorar esta relación. En uno de los primeros estudios en este campo, Swenson (1961)

encontró una relación significativa entre la religiosidad y las actitudes ante la muerte en sujetos senectos, en el sentido de que las personas de menos actividad religiosa temían más a la muerte. Feifel es un investigador que ha publicado sobre distintos aspectos del temor ante la muerte (Feifel et al., 1973; Feifel, 1974; Feifel y Nagy, 1981; Feifel et al., 1987). En un primer estudio sobre la religiosidad y este temor en los enfermos en situación terminal y sujetos sanos, sorprendentemente, no encontró una relación significativa entre estos dos factores (Feifel, 1974). Tampoco se apreció un cambio en la disposición religiosa de los sujetos con la proximidad de la muerte. Sin embargo, la falta de relación no se mantuvo en un estudio posterior, en el que un nivel alto de temor ante la muerte se asociaba significativamente con menos creencia religiosa (Feifel y Nagel, 1981).

Es evidente que el grupo religioso del que los sujetos forman parte es un factor a tener en cuenta a la hora de explorar actitudes ante la muerte. Los católicos no tienen por qué mostrar las mismas actitudes que los protestantes o judíos, etc. Florian et al., (1984), por ejemplo, estudiaron las actitudes de un grupo de varones judíos. Los resultados indicaron que el grupo más religioso tenían más miedo del castigo en el Más Allá y menos miedo de la propia aniquilación que el grupo menos religioso. La religiosidad también se asociaba con la centralidad del tema de la muerte en respuestas al TAT y con la culpa y la ansiedad en general.

Es posible que la creencia religiosa tienda a hacer que la persona esté más consciente de la muerte durante su vida.

Speck (1994) describe la investigación que realizó Reed la cual exploró la relación entre la religiosidad y el bienestar en grupos de adultos sanos y en situación terminal, y no encontró diferencias intergrupales ni en el nivel de bienestar ni en el de religiosidad. Lo que, sí, es relevante es que el nivel de bienestar no se relacionaba tanto con la condición médica como con la posibilidad de llevar a cabo actividades que daban sentido a la vida. En un estudio posterior Reed midió la espiritualidad, en lugar de la religiosidad, en relación con el nivel de bienestar de grupos de enfermos en situación terminal y otros pacientes y adultos sanos. En el primer estudio había definido la religiosidad como "la percepción de las propias creencias y comportamientos que expresan una sensación de estar relacionado con las dimensiones espirituales o con algo más grande que uno mismo" (Speck, 1994, pág.517). En el segundo estudio los problemas de definición de términos son evidentes, pero Reed considera que la espiritualidad, que tiene que ver con la transcendencia, es un concepto más amplio que la religiosidad. En este estudio apareció una leve pero significativa relación entre la espiritualidad y el bienestar; además, se encontró que los enfermos en situación terminal mostraban una mayor espiritualidad que los demás pacientes y las personas sanas.

Basado en esta investigación, entonces, se puede suponer

que la proximidad de la muerte provoca una mayor reflexión religiosa o espiritual, un cuestionamiento sobre el sentido de la vida y una esperanza en la existencia del Más Allá. Sin embargo, los resultados de algunos otros autores no han apoyado este fenómeno (Feifel, 1974; Reed, 1986a; Baugher et al., 1989). En un estudio que comparaba adultos sanos con enfermos en situación terminal, Reed (1986a) expone que no aparecieron diferencias ni en creencia en la Vida Eterna ni en las perspectivas personales sobre la muerte. Es interesante resaltar, sin embargo, que la creencia en la Vida Eterna fue el predictor más significativo de unas perspectivas positivas acerca de la muerte. En cuanto a posibles cambios con la proximidad de la muerte, los resultados de Baugher et al. (1989) no revelaron diferencias intergrupales por proximidad temporal de la muerte en la proporción de enfermos que mencionaron la religión como algo que aporta soporte. Es posible que los períodos de tiempo medidos fueran demasiado limitados, o que se encontrarían diferencias si se midiera el concepto más amplio de espiritualidad.

Tobacyk (1984) midió la asociación entre unas creencias religiosas tradicionales además de creencias en fenómenos paranormales y la amenaza y preocupación ante la muerte. Los alumnos universitarios con claras creencias religiosas indicaron tener menos amenaza ante la muerte (medida por el Índice de Amenaza ante la Muerte). Pero sujetos con creencias en lo paranormal experimentaban mayor preocupación

ante la muerte (Death Concern Scale) que sujetos sin estas creencias. Los resultados de este estudio indican que los constructos de amenaza y preocupación son independientes, puesto que no varían conjuntamente.

La investigación en este campo se ve obstaculizada por el problema de la definición de los términos, por ejemplo de "religiosidad" y "espiritualidad". Adicionalmente, y relacionado con este problema, está la problemática de metodología de medición de la religiosidad. Una medición de comportamiento, en cuanto a la práctica religiosa - asistencia a misa, etc., tiene la ventaja de ser objetiva y fácilmente medible, pero posiblemente excluye otros aspectos fundamentales de la religiosidad, como pueden ser las creencias, entre otras cosas.

Visto este problema, Urraca (1982) y otros autores entienden la religiosidad como concepto bidimensional, y distinguen entre la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca. La religiosidad extrínseca corresponde a la práctica y actividad religiosa, el comportamiento orientado hacia el exterior, mientras que la religiosidad intrínseca se define como la profundidad de creencia que sirve como fuerza vital motivadora (Powell y Thorson, 1991). Es una orientación interna. Cuando Urraca aplicó este concepto bidimensional en la investigación llevada a cabo en su tesis doctoral, encontró que las personas con una mayor religiosidad intrínseca mostraban menor temor y preocupación por la propia muerte que las personas de una baja

religiosidad intrínseca, y tenían una actitud más positiva ante la muerte y morir. Los que tenían una baja religiosidad intrínseca revelaron mayor temor y preocupación por el proceso degenerativo que produce la enfermedad. Por otra parte, dentro del grupo de sujetos orientados extrínsecamente en su religiosidad, eran las personas con los niveles más altos de religiosidad extrínseca las que manifestaban más temor, preocupación y ansiedad por su propia muerte.

De acuerdo con Urraca, en un estudio de Powell y Thorson (1991) encontraron que los adultos con mucha motivación religiosa intrínseca tenían significativamente menos ansiedad ante la muerte que los demás adultos.

Una religiosidad intrínseca de los sujetos en situación terminal era un factor significativo del ajuste emocional en un estudio que llevó a cabo Carey (1974).

Otra faceta de la religiosidad sería la certidumbre con el que se mantienen las creencias, por ejemplo, o a favor o en contra de la existencia de la vida eterna. Smith et al. (1983) informaron que la certidumbre de esta creencia, tanto en un sentido como en el otro, se relacionaba con una baja ansiedad ante la muerte, mientras que los sujetos que experimentaban más incertidumbre en sus creencias manifestaban mayor ansiedad ante la muerte.

Tanto las creencias religiosas como la ansiedad ante la muerte son aspectos de la experiencia psicológica del hombre que no han recibido toda la atención que merecen en el campo de la psicoterapia. Robert Kelly (1985) señala que los

psicoterapeutas han tendido a participar en la "conspiración de silencio" al evitar la ansiedad ante la muerte como tema relevante en la consulta, y propone unas técnicas cognitivo-conductuales para aliviar esta actitud. Por otra parte, hay que tener en cuenta de que los aspectos positivos y negativos de las creencias religiosas pueden ejercer una influencia que aumenta o disminuye la ansiedad ante la muerte.

3.4. El estado de salud

La intuición nos lleva a pensar que uno de los factores que influiría en la actitud ante la muerte sería el estado de salud física del individuo; de hecho, varios investigadores se han interesado por esta relación. En 1971, Donald Templer exploró la relación entre el grado real de patología somática y la DAS (Escala de Ansiedad ante la Muerte). Aunque el autor señala que en la investigación anterior sobre estas variables, a veces, no ha aparecido una relación, los datos de este estudio, curiosamente, sugerían una relación negativa (Templer, 1971). Es posible que esta relación sea debido a un mecanismo de defensa a través del cual se suprime la ansiedad consciente ante la muerte a medida que se evidencia un deterioro físico, para, de esta manera, contrarrestar el efecto de una amenaza creciente. Los autores Hendon y Epting (1989) encontraron resultados similares cuando compararon grupos de pacientes de "hospicio" en situación terminal con pacientes de cáncer en estado de remisión y enfermos

hospitalizados con enfermedades transitorias. Las puntuaciones en el Índice de Amenaza ante la Muerte indicaron que los pacientes en situación terminal se sentían significativamente menos amenazados por su propia muerte que los otros dos grupos. Sin embargo, en vez de evidenciar necesariamente el funcionamiento de un mecanismo de defensa en este grupo, el bajo nivel de amenaza también puede deberse al gran apoyo emocional que reciben los pacientes de "hospicio" en comparación con otros pacientes. En otro estudio realizado por Reed (1986a), no aparecieron diferencias en las perspectivas ante la muerte entre enfermos en situación terminal y adultos sanos. Tal autor afirma que "la fase de morir, en especial, puede representar un acontecimiento de desarrollo que es más complejo que cualquier experiencia previa de desarrollo" (pág.475).

Con relación al efecto de estado de salud en la ansiedad ante la muerte, conviene recalcar los resultados de un estudio citado anteriormente en el que Feifel et al., (1973) informaron que la falta de diferencias en ansiedad consciente ante la muerte entre enfermos en situación terminal y adultos sanos no se mantuvo a niveles menos conscientes, en los cuales los enfermos terminales mostraron significativamente más ansiedad. No aparecieron diferencias entre los enfermos de cáncer y los que padecían problemas cardio-vasculares en esta variable (resultados citados también en Feifel, 1974). Otra exploración del contenido del inconsciente de los enfermos en situación terminal fue llevada a cabo por

Coolidge y Fish (1983). Estos autores compararon el contenido de los sueños de sujetos en situación terminal y un grupo de personas senectas. Encontraron que los temas de la muerte y de agresividad aparecieron significativamente más a menudo en los sueños de los enfermos terminales. En la mayoría de los casos, se proyectaba el tema de la muerte en otro personaje del sueño (raramente se soñaba claramente con la propia muerte). También es interesante notar que los sueños de los enfermos en situación terminal tenían más contenido emotivo, aparecían más los amigos o familiares del soñador, y ocurrían con más frecuencia los temas de embarazo, bebés y niños.

Felfel et al. (1987) también investigaron las estrategias de "coping" (afrontamiento) que utilizaban distintos grupos de enfermos varones: a) de cáncer, b) que habían sufrido infartos miocardiácos, c) de enfermedades crónicas que no amenazaban la vida. No hubo diferencias en estrategia de coping según el tipo de cáncer, ni entre los enfermos de cáncer y los del corazón. Sin embargo, estos dos grupos utilizaban significativamente más confrontación que el grupo de sujetos que padecían enfermedades que no amenazaban la vida. La estrategia de aceptación-resignación se asociaba con enfermedades más largas; y los resultados sugieren que los factores situacionales influyen en las estrategias de coping empleadas.

Otra exploración de las estrategias de "coping" que emplean los enfermos crónicos (algunos de los cuales estaban

en situación terminal) fue llevado a cabo por Viney y Westbrook (1982). Estas investigadoras encontraron el siguiente orden de frecuencia en el uso de las distintas estrategias: 1) acción, 2) control, 3) huída, 4) fatalismo, 5) optimismo, 6) coping interpersonal. Algunas variables demográficas se relacionaban con el tipo de estrategia empleada. Por ejemplo, las estrategias de acción fueron utilizadas más por los hombres, por sujetos que disfrutaban de muchas actividades de ocio y que estaban satisfechos en el trabajo. En contraste, el fatalismo se relacionaba con un bajo nivel cultural y socio-económico y con sujetos de edades mayores. Las mujeres utilizaban la estrategia de huída más que los hombres. Finalmente, el optimismo se asociaba con la percepción de su incapacidad que tenían los sujetos.

No solamente los enfermos tienen necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento de la muerte, sino sus médicos también. Neimeyer et al. (1984) encontraron que la orientación ante la muerte (nivel de amenaza y ansiedad) que tenían los médicos predecía las estrategias de afrontamiento que empleaban ante la muerte de un paciente. Los médicos que experimentaban mucha amenaza ante la muerte tendían a emplear más estrategias de negación y evitación que los de baja amenaza. Y los que tenían altos niveles de ansiedad ante la muerte tendían a recurrir más al uso del alcohol y/o droga como respuesta a una muerte. Curiosamente, los sujetos de baja amenaza experimentaban más efectos psicofisiológicos que el otro grupo indicando, posiblemente, que

un mecanismo de defensa de negación reprime en ellos la manifestación consciente de estos síntomas, mientras que se expresan en el nivel fisiológico.

Desde la perspectiva de la teoría de los constructos personales, Robinson y Wood (1983) compararon enfermos de cáncer, de enfermedades crónicas, y adultos sanos, pero el estado de salud no era un factor significativo en las actitudes ante la muerte. Sin embargo, es interesante anotar que la ansiedad y el miedo se vieron más influenciados por el nivel de realización e integración personal de los sujetos. A través de un análisis de contenido que medía diversas reacciones psicológicas, Viney y Westbrook (1986) encontraron que los enfermos que murieron poco tiempo después de las entrevistas tenían un paradigma de reacciones que les diferenciaba de otros grupos de enfermos y personas sanas. El grupo de los que murieron poco tiempo después expresaba menos incertidumbre y rabia, pero más depresión, culpa, y miedo de daño corporal, a la vez que muchos sentimientos buenos. Los resultados indican que sus sistemas de constructos personales estaban permitiendo que anticipasen lo que les estaba ocurriendo.

En general, no hay indicación de que la ansiedad ante la muerte sea mayor en enfermos en situación terminal cuando se mide en el nivel consciente. Al contrario, la investigación sugiere que las actitudes negativas ante la muerte pueden mantenerse o, incluso, disminuir con el progreso de una enfermedad grave. Por otra parte, es posible que en el

inconsciente, aumente el nivel de ansiedad ante la muerte durante la situación terminal, o, aunque no haya más ansiedad, el tema de la muerte aparece con más frecuencia en el inconsciente del sujeto cuando la muerte real está cerca.

No se han encontrado diferencias según los distintos tipos de cáncer, ni entre enfermos de cáncer y enfermos cardiovasculares. Sin embargo, el pronóstico puede influir más que el tipo de enfermedad en los estados emocionales de las personas. Parece que los factores situacionales y de tiempo de evolución de la enfermedad pueden facilitar una mayor adaptación/aceptación (cambio en el sistema de constructos personales). Por otra parte, la integridad y la realización personal (que intuitivamente parece similar a un desarrollado sentido y propósito en la vida) pueden disminuir la ansiedad ante la muerte.

La relación entre actitudes ante la muerte y sentido en la vida se describe posteriormente en profundidad. Aquí se puede señalar simplemente que la experiencia de que la vida que se vive tiene un sentido y propósito plenos parece disminuir el miedo a la muerte, mientras que una persona que experimenta la vida como vacía y carente de sentido tenderá a temer la muerte de forma pronunciada. Esta relación tiene implicaciones para la intervención psicoterapéutica que a menudo incluye entre sus objetivos reducir la ansiedad del cliente. El enfoque de la logoterapia parece apropiado para este fenómeno.

A modo de resumen, se puede concluir que las actitudes

ante la muerte son muy complejas, con diversas manifestaciones, por ejemplo, a distintos niveles de conciencia, y que se relacionan con un gran número de factores, tales como el sexo, la edad, la religiosidad, la salud, la personalidad, el sentido de la vida, las experiencias vividas, y la cultura. En la literatura se habla principalmente de actitudes como ansiedad, temor, y preocupación ante la muerte, pero algunos autores han señalado que también existen actitudes positivas en este respecto. Todas las posibles actitudes ante la muerte han despertado interés en los investigadores de los últimos años, que las han medido por medio de técnicas e instrumentos diversos, y aunque se pueden sacar algunas conclusiones relevantes, queda mucha investigación por hacer en esta área.

Capítulo 4

EL SENTIDO DE LA VIDA EN LA TEORIA DE VIKTOR E. FRANKL

4.1. Introducción a la teoría

Durante el proceso de indagación que hemos emprendido en el tema de la tanatología - con el objeto de llegar a una mayor comprensión de la experiencia psicológica del anciano y de la persona en fase terminal y a unas conclusiones prácticas sobre cómo facilitar un "buen morir", es muy conveniente tener en cuenta el admirable trabajo del Psiquiatra, Viktor E. Frankl. Los conceptos teóricos expuestos en su psicología existencial, que son llevados a la práctica clínica en su denominada "logoterapia" ofrecen un acercamiento cognitivo a la respuesta humana ante las circunstancias de vida y muerte. Quizás lo más excepcional de las ideas de Frankl es el hecho de que se han visto reforzadas a través de su experiencia propia como preso en unos campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial.

En su libro, El Hombre en Busca de Sentido (Frankl, 1988a) cuenta cómo sus ideas teóricas sobre la vida le servían en la práctica hasta para ayudarle a sobrevivir en unos campos de concentración. La clave psicológica para los

hombres que vivencian unas circunstancias extremas es la firme creencia de que su vida y sus experiencias, incluso el sufrimiento que padecen, poseen un sentido. Según podía observar Frankl, esta adherencia a un sentido es tan importante que pesaba más que la fuerza y la salud física como factor determinante de la capacidad psíquica de los presos de soportar las duras circunstancias; y hasta parecía influir en la longevidad.

Mientras que para Freud es el principio del placer que impulsa el comportamiento humano, y para Adler lo que nos motiva es la voluntad de poder, el fundador de lo que algunos han denominado, "La Tercera Escuela Vienesa de Psicoterapia" (Frankl 1988b) insiste en que es la voluntad de sentido que funciona como promotor universal del comportamiento humano. Esta afirmación se ve respaldada por unos datos empíricos que indican que "...la voluntad frustrada de sentido se compensa ya por la búsqueda de placer, ya por la voluntad de poder". (Frankl, 1988b, pág.24; Lukas, 1971) Entonces, es posible que la voluntad de sentido sea un principio más básico que la voluntad de placer y que la voluntad de poder, los cuales serían secundarios, apareciendo de forma más marcada en el comportamiento del adulto precisamente cuando la voluntad de sentido se ve frustrada.

Aparte de ser básica y probablemente universal, Frankl considera que esta voluntad es una característica positiva y superior en el hombre, a diferencia de algunos autores del psicoanálisis que sostienen que los sentidos y principios no

son otra cosa que unos mecanismos de defensa (Frankl, 1988a). Frankl mantiene una visión optimista y algo trascendental del hombre en el sentido de que le conceptualiza a éste, como capaz de superarse, incluso ante circunstancias de lo más extremas, sin necesariamente reducirse a un estado regresivo o guiado solamente por instintos básicos. El hombre es libre de elegir la actitud que tomará ante las circunstancias.

Abraham Maslow, por su parte, concuerda con Frankl al opinar que buscar sentido en la vida es una necesidad humana superior, aunque afirma que aparece cuando otras necesidades están cubiertas (Maslow, 1993). Como respuesta a esto, argumenta Frankl:

Pero...nosotros...tenemos ocasión de observar una y otra vez que la necesidad y la pregunta de un sentido de la vida llamea precisamente cuando todo va de mal en peor. Y así lo confirman tanto nuestros pacientes en su lecho de muerte como los supervivientes de los campos de concentración y de prisioneros de guerra. (Frankl, 1987, pág.16)

A pesar de la aparente discrepancia de ideas entre estos autores, el propio Maslow ha expresado finalmente que está de acuerdo con el creador de la logoterapia en este punto (Maslow, 1969, pág.23).

También apoya esta idea el hecho de que las personas son capaces de vivir e incluso morir por sus ideales y principios. De esta manera, la inquietud para hallar un sentido en la propia vida parece aparecer con más frecuencia cuando otras necesidades no están cubiertas, en momentos de

crisis personal y, a menudo, cuando el hombre siente la cercanía de la muerte.

En resumen, el creador de la logoterapia sostiene que esta voluntad de sentido es una característica fundamental que distingue al ser humano del animal y se debe admitir una voluntad básica de sentido como un importante valor-motivo. Y los valores o los principios morales tiran del hombre, invitándole a trascenderse.

A diferencia del psicoanálisis que se ha denominado "la psicología profunda", Frankl mantiene que la logoterapia es una "psicología de altura" (Frankl, 1987). La logoterapia eleva al hombre más allá del reino animal y le conceptualiza como un ser capaz de acciones de mérito, acciones que no se pueden desmontar para descubrir un egoísmo básico que las impulsa y que, al ser revelado, parece robarles cualquier valor que aparentaban poseer. Viktor Frankl se rebela en contra del reduccionismo y del determinismo que se han aceptado como los marcos teóricos más difundidos para investigar sobre el ser humano. El nos cree a todos capaces de alcanzar algo más allá de lo que se puede predecir cuando las variables están controladas. Esta capacidad únicamente humana de trascenderse surge precisamente a través de la elección - y la posibilidad de elegir existe siempre. Como Frankl mismo ha podido comprobar en los campos de concentración, al hombre:

...se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas - la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias - para decidir su propio camino. (Frankl, 1988a, pág.69)

Para darse cuenta de la posibilidad de elegir la actitud a tomar ante las circunstancias, el hombre tiene que estar dispuesto a responsabilizarse por sí mismo. No se puede sentarse y esperar a que la vida le revele un sentido. Al contrario, es el hombre que tiene que asumir la responsabilidad de encontrar su propio sentido - "su propio camino", como dice Frankl. Así que en la logoterapia la responsabilidad juega un papel muy importante como factor necesario en el proceso de búsqueda de sentido.

La otra cara de la responsabilidad es la libertad. Pero Frankl distingue entre la "libertad de", es decir, el concepto de libertad como una falta de factores limitadores externos, y la "libertad para", que se entiende como una libertad creativa del hombre; es una libertad interior que se refleja en la elección de actuar de una determinada manera a pesar de la presión de factores contrarios. Aunque la interpretación popular de la libertad tiende a entenderla como "libertad de", en la logoterapia la "libertad para" se considera mucho más fundamental en la existencia humana. La "libertad para" permite al hombre elegir trascenderse. Por ejemplo, dentro del contexto del campo de concentración, podría ser la libertad para no luchar como un perro para conseguir más de la escasa comida, sino de comportarse con

dignidad y respeto hacia los demás a pesar del hambre extremo que experimentaba la persona.

La visión positiva y optimista del ser humano que propone Frankl, además del hincapié en la capacidad de superarse que se posee, representan un paralelismo claro con la psicología humanista. De hecho, en Los Estados Unidos se ha clasificado la logoterapia como orientación humanística además de como psiquiatría existencial (Frankl 1988b, pág.174).

Por otra parte, la otra cara de este optimismo sobre las posibilidades hipotéticas de trascenderse, es la preocupante realidad psicológica actual. El Dr. Frankl opina que en cada época de la historia se ve una patología psicológica/sociológica generalizada que la caracteriza. Por ejemplo, en la época en que Freud emprendió su trabajo, esta patología difundida podría tratarse de la sexualidad. Para evitar caer en el etnocentrismo, hay que matizar que este fenómeno se limitó a ciertos países Europeos y a los Estados Unidos - de manera que estas crisis sociológicas no necesariamente tienen que ser universales. Por otra parte, las culturas del mundo (sobre todo del mundo desarrollado) tienden a estar cada vez más ligadas unas a otras; así que los cambios sociológicos parecen ser cada vez más generalizados.

Según Viktor Frankl, la patología de nuestra época se caracteriza por un "vacío existencial" que es el estado que se da cuando la persona se ve frustrada por la falta de sentido. El sentimiento que acompaña este vacío se denomina

"frustración existencial". Para explicar el motivo por el cual es precisamente en nuestros tiempos en que el vacío existencial se ha extendido, Frankl recurre a un argumento histórico/ evolutivo. Debido a que el progreso de la evolución ha alejado a los seres superiores en la cadena de la guía comportamental que suponían los instintos, y la historia reciente de la humanidad se ha caracterizado por la pérdida de fuerza de las tradiciones que daban una función parecida, el hombre actual se encuentra en una posición nueva de responsabilidad para ser o buscar su propio guía en esta vida. El sentido o el propósito ya no le son dados, sino cada individuo tiene que encontrarlos. Este es el reto psicológico de esta época.

El vacío existencial en sí no representa una abnormalidad ni una neurosis, sino, más bien, forma parte de la condición humana. Sin embargo, en las personas que tienen una predisposición para la neurosis, puede dar lugar a una sintomatología neurótica. Puesto que la etiología de este tipo de neurosis se diferencia de las neurosis psicógenas y somatógenas, es importante reconocerla y tratar el problema de frustración existencial. Frankl denominó a esta nueva patología "la neurosis noógena" (del griego "noos" que significa "mente"). La neurosis noógena proviene del núcleo "espiritual" (no necesariamente religiosa) de la persona, lo cual, según Frankl, implica que nace de conflictos de conciencia, de valores y morales en los que aparece una frustración existencial, a veces expresada a través de una

sintomatología neurótica.

La gran prevalencia de este tipo de neurosis hace que merezca la atención de los psicoterapeutas e investigadores. Frankl calcula que el vacío existencial afecta, en mayor o menor grado, a más de la mitad de la población en general (Crumbaugh y Maholick, 1981). Además, existen algunos indicios de que se extiende cada vez más (Frankl, 1988b).

Existe la posibilidad de diagnosticar la neurosis noógena gracias al trabajo de James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick. Estos investigadores desarrollaron el PIL-Test (Purpose in Life Test, Test del Propósito en la vida) que mide el grado de frustración noógena y distingue entre las neurosis noógenas y las psicógenas. Basado en los datos de estudios empíricos utilizando éste y otros tests logoterapéuticos, se presume que un 20% de las neurosis son noógenas (id., 1988b). Obviamente, el tratamiento recomendado en estos casos es la logoterapia.

Nos podríamos preguntar ¿qué aspectos de la vida son los que proporcionan un sentido existencial?. Como respuesta parcial a esta pregunta, Elisabeth Lukas (1988) describe los resultados de un estudio llevado a cabo en 1969 con 1000 sujetos en la calle en Viena. El análisis de contenido de las respuestas a una pregunta abierta sobre lo que da sentido a la vida dió las categorías siguientes:

- 1) Propio bienestar (posesiones, vida placentera, comer - beber).

- 2) Autorrealización (autoeducación, éxito, presencia).
- 3) Familia (familia, hijos, hogar, lograr independencia económica).
- 4) Ocupación principal (formación, estudio, profesión, trabajo).
- 5) Sociedad (amor, contacto social, deberes sociales).
- 6) Interés (ciencia [saber], hobby, deportes, viajes).
- 7) Experiencias (querer vivir experiencias, naturaleza, arte).
- 8) Servicio a ideales (religión, política, reforma).
- 9) Necesidad vital (salud, autoabastecimiento en la necesidad).
- 10) Dudoso.

Estas categorías nos proporcionan datos sobre lo que fenomenológicamente da sentido a la vida de las personas. Sin embargo, la frecuencia de las diversas categorías puede variar con la influencia de muchos factores como el lugar, la cultura, la población, el momento histórico, etc.; además, no habría que suponer que la lista fuera exhaustiva.

4.2. El sufrimiento

De acuerdo con el objeto de estudio de la presente tesis, nos es interesante enfocar el papel que juega el sufrimiento en la teoría de Frankl.

Todos tenemos la responsabilidad de descubrir el sentido

cambiante e individual que la vida nos prepara. La implicación es que no es válido inventarse un sentido, sino que la vida nos reta a encontrar el sentido que existe en cada momento. Frankl concibe tres modos de llevar a cabo esta tarea vital:

- 1) al hacer o crear algo, experimentar o vivir algo;
- 2) en amar a alguien;
- 3) también en situaciones desesperadas ante las que se encuentra indefenso (Frankl, 1986).

Sin embargo, más tarde modifica su descripción de estos tres modos, resumiéndolos de la siguiente manera:

- 1) al realizar una acción;
- 2) al tener algún principio;
- 3) a través del sufrimiento - tanto físico como emocional o espiritual (Frankl, 1991).

De estos tres motivadores, Frankl considera que el sufrimiento es el que más promueve un cambio profundo en los valores humanos, tirando de la psique del que sufre para que descubra un sentido en lo que le ocurre. Ahora, sabemos que un psicoanalista achacaría este proceso a la racionalización, es decir, desde el psicoanálisis se entendería como el simple funcionamiento de un mecanismo de defensa. Sin embargo, aquí vemos un ejemplo de como Frankl rompe con el reduccionismo

mecanística y se atreve a proponer un esquema del hombre como una "gestalt", mayor que la suma de sus partes, capaz de un comportamiento moral, etc.

Frankl afirma:

Cuando una se enfrenta con una situación inevitable, insoslayable, siempre que uno tiene que enfrentarse a un destino que es imposible cambiar, por ejemplo, una enfermedad incurable, un cáncer que no puede operarse, precisamente entonces se le presenta la oportunidad de realizar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, cual es el del sufrimiento. Porque lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud al cargar con ese sufrimiento. (1991, pág.110)

De esta manera, Frankl no es partidario de ir en la búsqueda del sufrimiento ni de aceptar un sufrimiento potencialmente evitable. Sin embargo, cuando éste se presenta de forma inevitable (y quizás en el caso en que se asuma para evitar que otra persona sufra), se nos ofrece la oportunidad de superarnos al elegir afrontarlo con una actitud digna, porque la Libertad permanente e inarrebatable de todo ser humano en cada momento de su vida es la Libertad de elegir la actitud a tomar ante las circunstancias. "El sufrimiento no lleva de por sí al hombre a la desesperación, sino únicamente el sufrimiento que parece no tener sentido lleva a la desesperación" (Frankl, 1988, pág.23).

Si aplicamos estas ideas a la situación terminal, teniendo en cuenta que una falta de sentido aumenta aun más el sufrimiento, la respuesta de Frankl es que, "Al aceptar el

reto de sufrir valientemente, la vida tiene hasta el último momento un sentido y lo conserva hasta el fin, literalmente hablando." (Frankl, 1991, pág.112)

Curiosamente, Viktor Frankl opina que, desde el punto de vista existencial, se puede considerar la experiencia de vivir en un campo de concentración como una oportunidad única en la búsqueda de sentido. Los supervivientes que habían aprovechado esta oportunidad, que representaban una minoría de entre los presos, salieron cambiados, con unos valores distintos y una madurez personal inusitada.

4.3. El concepto de la muerte en la obra de Frankl

En el planteamiento existencial-fenomenológico de Viktor Frankl la muerte juega un papel importante que se relaciona estrechamente con el sentido de la vida. Lejos de quitarle sentido a la vida, la existencia de la muerte contribuye a que las personas se realicen y cumplan sus valores durante la vida. La muerte establece los límites temporales, el marco que engloba la vida. De una manera, al establecer una finitud, y crear una estructura temporal limitada, motiva a no aplazar las tareas existenciales de búsqueda de sentido. La muerte representa una llamada a realizar los valores, emplear bien el tiempo y aprovechar las oportunidades que ofrece la vida. De esta manera, crea responsabilidad personal que cada ser humano tendría que asumir de un modo único e individualizado.

La fuente de muchas neurosis es la negación de unos hechos existenciales. Esta negación es bastante característica de la sociedad actual. La logoterapia, en contraste, reconoce la realidad existencial inevitable - que puede ser la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, etc. - a la vez que lleva a tomar una actitud positiva ante ello al demostrar que potencialmente tiene sentido (Kovacs, 1982). Se pretende reemplazar el vacío o angustia existencial por la esperanza existencial de encontrar y realizar un sentido en todas las situaciones humanas.

La visión del tiempo se entrelaza con el significado de la muerte en la teoría de Viktor Frankl. Se concibe el futuro como unas amplias posibilidades y el pasado (the "being past") como una realidad hecha y eterna (Frankl, 1979, pág.111). El presente es la "frontera" de esta eternidad porque es el momento en el cual se determina lo que se va a eternalizar (Kovacs, 1982). En el momento de la muerte, el individuo se convierte en su vida, se convierte en su propia historia.

Entonces, se podría suponer que gran parte de la angustia ante la muerte que surge en estos últimos momentos tiene que ver con el darse cuenta del tipo de historia que se ha creado en un momento cuando las posibilidades del futuro se están agotando. La intervención terapéutica, por lo tanto, tendría que dirigirse, no solamente a encontrar un sentido, sino también a resolver unas tareas que están incompletas. (En el campo de los cuidados paliativos esto se

denomina la resolución de los asuntos pendientes.)

Desde esta perspectiva, la muerte genera sentido en la vida y pensar en la muerte puede ser terapéutico, puesto que una actitud sana ante la muerte contribuye al descubrimiento de uno mismo y ayuda en el desarrollo de la persona (Kovacs, 1982). Si se aplican estas ideas a la situación del enfermo terminal, encontramos que Frankl coincide con el campo de los cuidados paliativos al poner hincapié en el hecho de que los problemas médicos no son únicamente somáticos, sino también psicológicos, filosóficos y religiosos puesto que está afectada la persona en su globalidad.

4.4. La religiosidad y la logoterapia

Viktor Frankl opina que hay que tener en cuenta la espiritualidad de los pacientes en la psicoterapia, pero sin influir en la religiosidad. Este autor afirma que es importante incluir lo espiritual en la comprensión ontológica del ser humano. Esto es el eje. Según su teoría, existe una parte espiritual en el inconsciente y, también, en el consciente que está relacionado con el yo. Una de las metas de la psicoterapia consiste en traer el elemento espiritual a la conciencia (Frankl, 1986), ya que la religiosidad puede quedar reprimida.

Por otra parte, afirma que los seres humanos tenemos una tendencia inconsciente hacia Dios. Esta última afirmación es muy discutible y sería difícil de comprobar empíricamente.

Sin embargo, es evidente que la religiosidad forma una parte muy importante de la psique de un gran número de personas, por lo tanto, merece nuestra atención.

En la logoterapia se contempla la creencia o la fé de una forma más amplia que la creencia en Dios; es la creencia en el sentido, y, entendido así, se trata en la consulta. Aquí, también, coinciden los conceptos de cuidados paliativos con los de Frankl. En los cuidados paliativos se considera el sufrimiento espiritual como uno de los componentes a tratar del "dolor total" de los enfermos. Y esta dimensión espiritual se comprende como una búsqueda existencial de sentido. Para explicar el concepto, añade Jesús Conde que -(La dimensión espiritual) ...es la religiosidad que tenemos todos independientemente de los credos- (Conde, 1994).

Frankl cita los resultados de dos estudios que midieron la religiosidad comprendida de la manera tradicional que es más restringida que la espiritualidad de la que habla este autor, y la compararon con el propósito o sentido en la vida. Los investigadores llegaron a la conclusión de que la capacidad de encontrar un sentido en la vida era independiente del nivel de religiosidad y de la religión a la que los sujetos pertenecían (Murphy, 1967; Meier, 1973; Frankl, 1986).

La visión de la religiosidad y la espiritualidad que se contempla en la obra de Frankl no se limita a las creencias de una religión por encima de otra, ni necesariamente se refiere a la adherencia a una iglesia en particular, es más

bien una conceptualización del hombre que tiene la voluntad de trascenderse y de creer en algo que le trascienda. Es, en definitiva, la búsqueda de un sentido último, o suprasentido, y la fé consiste en confiar en este suprasentido.

Cuando estas ideas se traducen a la aplicación clínica de la logoterapia, sin embargo, es muy importante que el terapeuta no influya en el cliente con sus propias ideas religiosas, y que respete completamente el derecho del cliente a mantener un ateísmo o creencias religiosas que no concuerden con las del terapeuta.

4.5. La investigación sobre el propósito en la vida

A continuación hacemos una breve revisión de las relaciones empíricas que la investigación sobre el sentido existencial nos aporta. Los autores del Test de Propósito en la Vida (PIL) presentan algunas de estas relaciones en el manual del test (Crumbaugh y Maholick, 1981). Numerosos datos apoyan la existencia de una correlación negativa entre el PIL y la depresión. Algunos rasgos de personalidad que miden el MMPI se han correlacionado negativamente con el PIL también. Estos son: psicastenia, histeria, desviación psicopatológica, e introversión social. Cuando el PIL se compara con el Inventario de Personalidad de California se encuentran relaciones significativas con: auto-aceptación, bienestar, logro por medio de conformidad, y mentalidad psicológica. Al comparar el PIL con las variables de segundo

orden del 16-FF de Cattell, aparecen relaciones negativas con la ansiedad y el neuroticismo.

Es posible que influya la deseabilidad social en las respuestas del PIL, aunque los resultados no son conclusivos.

Por otra parte, los autores del test señalan que no existen relaciones constantes entre el PIL y los factores de inteligencia, sexo, edad, y nivel cultural.

Varios investigadores han explorado la relación entre el nivel de propósito en la vida y la ansiedad ante la muerte encontrando una relación negativa significativa entre estas actitudes (Blazer, 1973; Durlak, 1973b; Templer, 1976; Bolt, 1978; Durlak y Kass, 1981). Para los propósitos de la presente tesis, conviene señalar que la muestra que empleó Durlak consistía en mujeres ancianas que vivían en residencias.

En cuanto a los enfermos en situación terminal, la investigación de Raymond Carey (1974) indica que una de las mayores preocupaciones que experimentan tiene que ver con la necesidad de encontrar un sentido en su situación y su vida.

Zuehlke y Watkins (1975) midieron la ansiedad ante la muerte y administraron el PIL en grupos de enfermos en situación terminal antes y después de ofrecerles algunas sesiones de logoterapia. Aunque antes del tratamiento las puntuaciones en el DAS del grupo de control y el experimental estaban a una desviación típica por debajo de la media normal de la población, después de la terapia, el grupo experimental tenía puntuaciones significativamente más altas que el grupo

de control, tanto en el PIL como en el DAS, y valoraron la experiencia de la terapia como positiva. El nivel marcadamente bajo de ansiedad ante la muerte que aparece en el pre-tratamiento y que se reemplaza por un nivel significativamente más alto en el post-tratamiento, parece indicar la existencia de un mecanismo de defensa de negación en los enfermos en situación terminal que cede con la psicoterapia. En general, los datos de este estudio indican que la psicoterapia puede ayudar a los enfermos en situación terminal.

Otra autora, Jeanette Pickerel (1989) también expone los beneficios de la psicoterapia con enfermos en situación terminal. Ella emplea la técnica de "revisión de la vida" que explora el sentido de la vida vivida, aumentando el nivel de satisfacción con la vida que está llegando a su fin.

Robert Kastenbaum (1987) señala que las culturas occidentales conceden especial importancia a lo que ocurre en el tiempo que precede al momento de la muerte de una persona. Parece que creemos que lo sucedido entonces tiene el poder de dar o quitar sentido al conjunto de la vida vivida.

Por otra parte, Kuiken y Madison (1987) encontraron que la contemplación emocional de la progresión de la edad y la propia muerte podía reducir, por lo menos temporalmente, el nivel de propósito en la vida de estudiantes universitarios, y el sentido que encuentran en sus actividades cotidianas, aunque no afectó la ansiedad ante la muerte. Es interesante señalar que los datos del estudio sugieren que existen dos

factores independientes que son: 1) el nivel de sentido o propósito ya encontrado, y 2) la búsqueda de sentido cuando éste falta. En este sentido, cuando bajó el nivel de propósito existente en este grupo, aumentó la búsqueda de sentido. Estos resultados apoyan la relación negativa que se predecía entre el Test de Propósito en la Vida (PIL) y el SONG (Seeking of Noetic Goals Test), puesto que este último mide la motivación de búsqueda de sentido en contraste con el PIL que mide el sentido ya encontrado (Reker y Cousins, 1979).

Sería interesante explorar qué experiencias en la vida se asocian con el propósito en la vida. Algunos estudios se han adentrado en este terreno desde diversos ángulos. Por ejemplo, Ochs (1979) midió el PIL y la orientación ante la muerte entre personas que se prestaban para servicios voluntarios, pero no encontró diferencias entre ellos y la población general, ni después de la formación que recibieron.

Gerber (1990) llevó a cabo un interesante estudio sobre los efectos en los cirujanos que mantenían una relación con sus pacientes después de intervenciones que no habrían tenido éxito. Cuando, como tradicionalmente, los cirujanos no se mantenían en contacto con sus pacientes después de la intervención, los profesionales experimentaban culpabilidad, una sensación de fracaso y un vacío existencial. Sin embargo, al relacionarse posteriormente con sus pacientes, experimentaron un cambio de valores y mayor sentido en sus vidas.

Un estudio sobre los toxicómanos y sus familias halló que tenían menor propósito en la vida que grupos de pacientes psiquiátricos externos y grupos de estudiantes (Coleman et al., 1986). Además, los drogo-dependientes manifestaban una orientación hacia la muerte distinta, con más experiencias precoces (y a menudo extrañas) con la muerte, y sus familias mostraban mucha reticencia a la hora de hablar sobre la muerte.

Según el autor, Kenneth Ring (1988), uno de los efectos frecuentes de haber tenido una experiencia al umbral de la muerte incluye una comprensión mayor del sentido de la vida, sobretodo en sus aspectos espirituales.

La pérdida de un ser querido y el subsecuente proceso de duelo representa otra experiencia que afecta la percepción de sentido en la vida, normalmente de forma negativa hasta que el duelo se resuelva (Schaerer y Pillot, 1986).

4.6. Conclusión

Es evidente que el nivel de sentido o propósito en la vida varía con muy diversos factores; rasgos de la personalidad, experiencia vivida, salud, actitudes ante la muerte, etc., y parece ser importante para el bienestar de las personas.

Cuando las circunstancias cambian en la vida de las personas, como es el caso cuando una persona se pone enferma

o un ser querido muere, a menudo hace falta encontrar un nuevo sentido debido a la nueva situación. Si no llevamos a cabo esta adaptación, podemos caer en el vacío existencial, lo cual es similar al "sufrimiento espiritual" en los textos sobre los cuidados paliativos, y que se detecta frecuentemente en los enfermos en situación terminal y sus familiares (Speck, 1994).

Este vacío existencial también es prevalente entre las personas senectas que, al encontrarse sin la posibilidad de realizar actividades que aportaban sentido a sus vidas anteriormente (como el trabajar, educar a los hijos, etc.), a menudo tienen gran dificultad en encontrar un sentido satisfactorio en la última etapa de sus vidas. Si, a través de la logoterapia u otro tipo de psicoterapia, ayudamos a las personas mayores y a los enfermos en situación terminal a descubrir un sentido en la vida actual, contribuiremos al alivio de una parte sustancial de su sufrimiento y a una mejoría en su calidad de vida.

Capítulo 5

LA TEORIA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES

5.1. Introducción a la teoría

La Teoría de los Constructos Personales fue desarrollada por George Kelly en los años cincuenta (Kelly, 1991a, 1991b), y se puede clasificar dentro del marco de la psicología cognitiva y fenomenológica. Su base fundamental consiste en el concepto de los "Constructos Personales", que son significados (meanings) o maneras individualizadas de percibir el mundo. Kelly cree que nuestra tendencia a atribuir significados únicos a los datos de nuestra experiencia es algo universal en la existencia humana. Su concepción del hombre es la de un científico que, en base a sus constructos personales, procura predecir y controlar los acontecimientos vitales.

Según esta teoría, el proceso de "construir" implica comparar y contrastar tipos de personas, cosas, o acontecimientos para, luego, situarlos en constructos bipolares. A lo largo de la vida, cada persona desarrolla un sistema único de constructos personales.

Los diversos constructos son interconectados y organizados jerárquicamente, con relaciones de superioridad y subordinación dentro del sistema. Los constructos

nucleares representan las estructuras más superiores y permanentes del sistema y juegan un papel muy importante. Permiten a la persona mantener su identidad y una sensación de continuidad de la existencia.

La organización y contenido de los constructos personales de una persona determinan su manera de comprender el mundo. Toda la experiencia se filtra a través de esta matriz de sentido. Los constructos personales se pueden modificar a lo largo de la vida, de hecho, el objetivo de la terapia de los constructos personales es, precisamente, lograr una modificación de ellos. Sin embargo, cuando se cuestionan los constructos, especialmente los nucleares, la persona experimenta "amenaza".

La amenaza se puede definir como "la conciencia de un cambio inminente y exhaustivo en las estructuras nucleares de una persona" (Kelly, 1991a, pág.489). Y la existencia de amenaza hace que sea extremadamente difícil formar nuevos constructos, aunque, por otra parte, la amenaza es uno de los cuatro conceptos relevantes al proceso de modificación de constructos. Los otros tres son: el miedo, la ansiedad, y la culpa.

En la conceptualización de Kelly, el miedo se parece a la amenaza, solamente que aparece miedo en vez de amenaza cuando el nuevo constructo inminente es más accesorio (Kelly, 1991a). "La ansiedad" se define como el reconocimiento de que los acontecimientos ante los que una persona se encuentra caen fuera del rango de conveniencia (del contenido englobado

en) su sistema de constructos personales (ibid). La existencia de ansiedad representa una precondition para la modificación de constructos.

"La culpa" es consecuencia de la experiencia de un desplazamiento aparente de la estructura nuclear de rol (ibid).

Estos cuatro sentimientos son claves para una transición en la estructura de los constructos, y se pueden emplear para propósitos diagnósticos.

En general, los constructos personales de las personas se ven influidos por la cultura, la religión, la educación, las relaciones interpersonales actuales, y el idioma. Por otra parte, desde esta teoría la persona no se concibe como una víctima, ni producto pasivo de estos factores.

Este no-determinismo es uno de los varios puntos en los cuales la obra de Kelly concuerda con la de Frankl. Otro es la importancia del sentido o significado que el hombre atribuye a los acontecimientos según sus constructos. En relación al propósito en la vida, Kelly afirma:

...Los sistemas de constructos se pueden considerar como una especie de patrón para escrudiñar lo que la persona proyecta continuamente a su mundo...Cuanto más adecuado sea este patrón, más sentido tiene su mundo (Kelly, 1991a, pág.102).

De acuerdo con esta idea, Chambers (1986) afirma que las personas que emplean constructos más elaborados tienen una ventaja en el proceso de búsqueda de sentido.

5.2. La teoría de los constructos personales y las actitudes ante la muerte

Kelly identificó la muerte como el acontecimiento más amenazador para la mayoría de la gente, y afirmó:

La describimos como amenazadora para ellos porque la perciben como algo que probablemente les va a ocurrir y como algo que probablemente implique importantes cambios en sus constructos nucleares. La muerte no amenaza tanto cuando no parece tan inminente. No amenaza tanto a las personas que consideran que, o su alma o el sentido fundamental de su vida no se verá afectado por ella. En estas personas las estructuras nucleares probablemente no serán afectadas por la perspectiva de la muerte. (Kelly, 1991a, pág.361).

De este modo, Kelly cree que la manera de construir el propósito de la propia vida afectará el nivel de amenaza ante la muerte. Otra autora de orientación de constructos personales, Dorothy Rowe, propone la idea inversa. Según ella, la construcción que elijan las personas con respecto a la muerte determina lo que consideran el propósito de su vida (Rowe, 1984).

Según la teoría de los constructos personales, se experimentaría amenaza ante la muerte a medida que se desarrollen constructos que son inferencialmente incompatibles, es decir, que no pueden existir simultáneamente. Tomemos como ejemplo a una persona que se construye a sí misma como una persona viva, sana, activa, con un largo futuro por delante. Esta persona no experimentará amenaza en relación a estos constructos siempre que su

experiencia no le incite a construir esquemas contrarios a ellos. Pero, si esta persona se encuentra progresivamente más enferma, con menos capacidad de funcionamiento, y con indicaciones externas y internas de que la muerte se acerca, estos nuevos constructos estarán en conflicto con los anteriores y la persona experimentará amenaza hasta que resuelva esta incompatibilidad por medio de una modificación de su sistema de constructos.

Esta perspectiva del proceso de adaptación que emerge de la teoría de los constructos personales es congruente con el proceso de asimilación de la situación terminal que describe Kübler-Ross (1969). Como se ha expuesto anteriormente, según ella, al atravesar la evolución desde el principio de una enfermedad hasta el momento de la muerte, las personas a menudo pasan por unas etapas que denomina: negación, ira, pacto, depresión, aceptación. La negación serviría para no estar consciente de la incompatibilidad existente entre los constructos previos y los que están emergiendo. Kelly denomina a este proceso "constricción". Sin embargo, a medida que progresa la enfermedad, se hace más evidente esta incompatibilidad y aumenta la experiencia de amenaza. Dentro del modelo de Kübler-Ross, esta vivencia de sensación de amenaza se podría exteriorizar a través de reacciones que identificaríamos como las etapas de ira y depresión. La etapa de aceptación se observaría cuando se ha llevado a cabo una modificación de los constructos personales de tal forma que se reduzca la incompatibilidad, y, a la vez, la amenaza.

con el resultado de que el enfermo vuelve a estar sereno, como en la etapa de negación, pero esta vez con una visión realista de su situación.

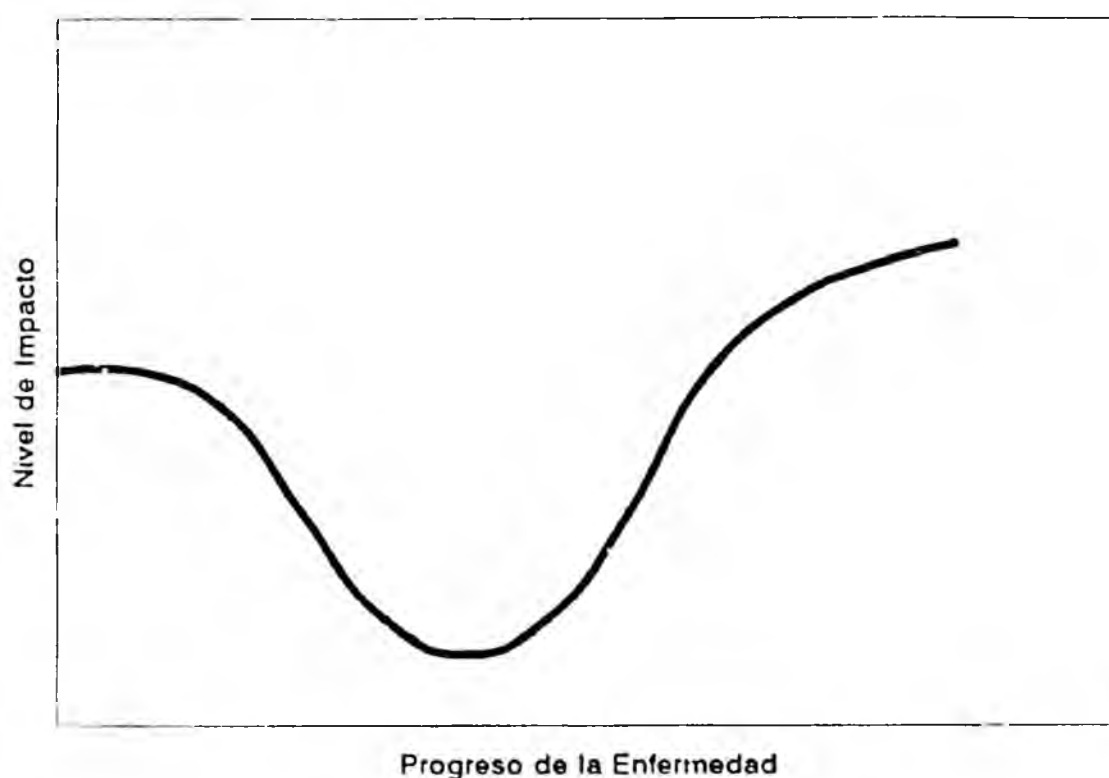
Otra forma de describir este proceso es desde el planteamiento del impacto emocional (Dionis, 1994). En el trabajo con los enfermos en situación terminal, este psicólogo de cuidados paliativos ha observado que suele existir una relación curvilínea entre la intensidad del impacto emocional provocado por la condición de estar enfermo y la progresión del tiempo entre el comienzo de la enfermedad y la muerte (véase la Figura 1). El aumento de este impacto correspondería a la creciente percepción de amenaza, mientras que el subsiguiente descenso en la intensidad del impacto correspondería a la adaptación de los constructos personales ante la nueva situación vital, y el acercamiento a la aceptación.

5.2.1. *La teoría de amenaza ante la muerte*

Partiendo de la teoría de los constructos personales, los autores Krieger, Epting y Leitner (1974) desarrollaron la teoría de amenaza ante la muerte (death threat). En su investigación bajo este marco teórico, definen operacionalmente la amenaza ante la muerte como "la resistencia de un individuo a subsumir su "yo" y "la muerte" como elementos bajo el mismo polo de una muestra de constructos. Para medir el nivel de amenaza ante la muerte,

Krieger, Epting y Leitner crearon el Índice de Amenaza ante la Muerte (Threat Index, Kreiger et al., 1974) que se describe con más detalle en el capítulo de revisión de la metodología.

Figura 1. El Impacto Emocional



5.2.2. El trabajo de Linda Viney

Sin embargo, no todos los autores que exploran el campo de la tanatología desde la teoría de los constructos personales trabajan dentro del marco de la teoría de amenaza

ante la muerte. Un ejemplo eminente es la investigadora australiana, Linda Viney, que explora las actitudes ante la muerte dentro del marco de la teoría de los constructos personales, sin partir de la base de la teoría de amenaza ante la muerte. Su importante contribución a este campo se refleja en los múltiples estudios y obras citadas a lo largo de la presente tesis. (Viney y Westbrook, 1982a, 1982b; Viney, 1983a, 1983b, 1983c, 1984; Viney and Tych, 1985; Viney, 1986; Viney y Westbrook, 1986-87; Viney, 1989; Viney et al., 1989; Viney, 1991).

El trabajo de Viney profundiza seriamente en la fenomenología de las actitudes ante la enfermedad, la vejez y la muerte. Ella señala que según la teoría de los constructos personales, las actitudes ante la muerte serían muy individualizadas y se derivarían de la relación entre la experiencia y el sistema de constructos personales único que posee cada persona. De esta manera,

Son las imágenes de la enfermedad construídas por las personas que afectan cómo se comportan cuando la enfermedad se convierte en un aspecto importante de su propia experiencia... (Estas) imágenes implican significados que las personas han desarrollado a través de sus esfuerzos para comprender lo que les está ocurriendo" (Viney, 1989, pág.9)

En su artículo, "The Personal Construct Theory of Death and Loss: Toward a More Individually Oriented Grief Therapy", (1991) Viney describe el proceso de afrontamiento de la muerte. Cuando afrontamos nuestra propia muerte inminente o

la muerte de un ser querido, este acontecimiento probablemente va a obligar a una gran revisión del sistema de constructos personales. Pero antes, cuando esta nueva experiencia se sitúa más allá de la gama de conveniencia del sistema de constructos personales de la persona, se experimentará ansiedad. La ansiedad se puede experimentar como olas de desasosiego, como sensaciones vagas y poco específicas o como temores específicos. Se siente una incertidumbre al no poder anticipar los acontecimientos del futuro debido a las limitaciones del sistema existente.

Ante esta dislocación, existen dos modos de adaptación: asimilación y acomodación. La asimilación consiste en procurar mantener el sistema intacto al negar la existencia del acontecimiento incongruente o al exigir que los demás estén de acuerdo con las interpretaciones propias del acontecimiento. Las reacciones del enfermo y sus familiares que acompañan el proceso de asimilación son la negación, la hostilidad y la idealización. La acomodación, por otra parte, constituye un proceso activo de cambio en el sistema de constructos personales que ocurre progresivamente. Se exterioriza a través de las defensas que protegen a la persona de la ansiedad y la depresión.

Linda Viney señala que, en contraste con algunos autores como Kübler-Ross (1965, 1974, 1981) que proponen una secuencia de etapas de adaptación ante la situación terminal y el duelo, desde la teoría de los constructos personales se esperaría encontrar unos procesos paralelos simultáneos

durante la adaptación. Las personas pueden experimentar una mezcla confusa de sentimientos.

La terapia de los constructos personales puede facilitar el proceso de adaptación que lleva a cabo el enfermo en situación terminal. Una de las tareas principales durante este proceso consiste en elaborar los sentidos personales que se dan a la muerte. El terapeuta proporciona la oportunidad de probar los constructos nuevos con otra persona y validarlos o buscar constructos alternativos que puedan predecir los acontecimientos con mayor eficacia. Igual que en los cuidados paliativos (Doyle et al., 1994), desde esta terapia se ayuda al enfermo a resolver los asuntos pendientes al final de su vida.

Aunque los efectos de la terapia de constructos personales en los enfermos en situación terminal específicamente no se han estudiado empíricamente, Viney y sus colegas encontraron que esta terapia producía efectos positivos en un grupo de ancianos (Viney et al., 1989). En comparación con dos grupos de control, los sujetos que recibieron terapia tenían menos ansiedad, sobre todo ansiedad ante la muerte y ante la pérdida de la integridad corporal y experimentaban menos soledad.

Según la teoría de los constructos personales, los constructos que se tienen en relación a la muerte se asocian estrechamente con los que se tienen acerca de la vida. Y Linda Viney señala que los enfermos que llevan a cabo el proceso de preparación para la muerte pueden experimentar y

expresar muchos sentimientos positivos durante la última etapa de su vida (Viney, 1986, 1991).

Capítulo 6

REVISION DE LA METODOLOGIA APLICADA AL CAMPO

6.1. El estudio de las actitudes ante la muerte

6.1.1. Introducción

Para llegar a inferir la existencia de ansiedad ante la muerte y medir este fenómeno, se han construido múltiples instrumentos y técnicas de medición (Boyar, 1964; Gottshalk y Gleser, 1969; Templer, 1969; Dickenstein, 1972; Krieger et al., 1974; Lester, 1974; Durlak y Kass, 1981; Conte et al., 1982; Pacheco y Lucca-irizarry, 1983; Durlak et al., 1990) que miden directa- e indirectamente, a través de métodos proyectivos, escalas, entrevistas, tiempo de reacción o respuestas psico-galvánicas, los distintos aspectos de la actitud ante la muerte. Sin embargo, el método más habitualmente aplicado para medir este constructo consiste en escalas de tipo Likert.

6.1.2. La escala de ansiedad ante la muerte

El instrumento que más se ha estudiado y aplicado de todos los tipos, que, de hecho, tiene el formato de escala tipo Likert, es la Escala de Ansiedad ante la Muerte (Death

Anxiety Scale - DAS) de Donald I. Templer (1969; 1970). Aunque esta escala ha sido la más empleada en la investigación de actitudes ante la muerte, también representa uno de los primeros instrumentos diseñados y, consecuentemente, algunos de los métodos posteriores se han desarrollado con el objetivo de mejorar la técnica de medición de este constructo con respecto a la escala de Templer.

La escala de Templer trata el constructo de forma unidimensional; mientras que la investigación posterior sobre la ansiedad ante la muerte indica que es un concepto multidimensional (Durlak y Kass, 1981; Conte et al, 1982; Urraca, 1982; Gilliland y Templer, 1985-86; Thorson y Powell, 1988; Durlak et al, 1990). Esto representa un aspecto de la evolución en la conceptualización de la ansiedad ante la muerte. De hecho, los análisis factoriales sobre la misma escala de Templer indican que es multidimensional (Ramos, 1982).

6.1.3. Otras escalas de ansiedad o temor a la muerte

El Cuestionario de Ansiedad ante la Muerte (Death Anxiety Questionnaire) de Conte et al. (1982) mide cuatro dimensiones independientes de la ansiedad ante la muerte que son las siguientes: Temor a lo desconocido; Temor al sufrimiento; Temor a la soledad; Temor a la extinción personal.

Uno de los instrumentos más conocidos para medir el temor a la muerte es el Fear of Death Scale - FODS (Escala de Temor a la Muerte) de Boyar (1964). Esta escala y la escala de ansiedad ante la muerte son los primeros instrumentos de los que miden actitudes ante la muerte en ser bien validados independientemente. Si se comparan las puntuaciones en las escalas DAS y FODS se encuentra una correlación positiva de 0,74 (Ramos, 1982), lo cual indica que, si bien queremos diferenciar los dos conceptos de ansiedad y temor y tratarlos como independientes, guardan una relación sustancial entre sí.

Otra escala que se ha aplicado a menudo en la investigación de la tanatología es la Collet-Lester Fear of Death Scale (Escala de Temor a la Muerte de Collet-Lester), (Lester, 1966).

6.1.4. *El Índice de Amenaza ante la Muerte*

El Índice de Amenaza ante la Muerte (Death Threat Index - TI) (Krieger et al., 1974) es un instrumento que se construyó a partir de la Teoría de Amenaza ante la Muerte que, a su vez, se desarrolló basándose en la Teoría de los Constructos Personales (Kelly, 1991a, 1991b). Según los autores Neimeyer, Epting y Krieger (1984), fue con la creación de este instrumento que se inauguró la investigación en la tanatología. Pero esa afirmación no tiene en cuenta otras medidas desarrolladas anteriormente.

Este instrumento mide el grado en que el sujeto se construye a sí mismo como diferente de su propia muerte. La teoría de amenaza ante la muerte supone que la persona experimenta amenaza a medida que emplea adjetivos diferentes para describirse a sí misma y a su propia muerte. Esta suposición surge de una interpretación de la idea de Kelly de que la amenaza aparece cuando se colapsan las distinciones entre los acontecimientos inferencialmente incompatibles, y el TI representa un intento de operacionalizar este concepto.

Sin embargo, Chambers (1986) critica la teoría de amenaza ante la muerte y su instrumento de medición, señalando que la elección de adjetivos distintos para describir a uno mismo y a la propia muerte realmente no mide, como se pretende, las incompatibilidades entre los constructos porque no explora la lógica de la organización de estos constructos. Por otra parte, la no polarización de constructos, o no diferenciación, se asocia con un desarrollo insuficiente, no necesariamente con un buen ajuste psicológico, o falta de amenaza. De esta forma, la teoría simplifica demasiado la estructura y el funcionamiento del sistema de constructos personales, hasta el punto de que Chambers sugiere que la teoría de amenaza ante la muerte es incongruente con la teoría de los constructos personales.

6.1.5. Técnicas más abiertas de medición

A pesar de la constatación de la existencia de actitudes

positivas ante la muerte, la mayor parte de los instrumentos consisten en items de elección forzada y se centran en los sentimientos "negativos" con respecto a la muerte, tales como la ansiedad y el temor.

Si, de acuerdo con la teoría cognitivo-evolucional de conciencia emocional (Lane y Schwartz, 1987), cada individuo experimenta las emociones de manera distinta según su propia estructura cognitiva, parece que los instrumentos de elección forzada no serían los más adecuados, puesto que no recogerían las diferencias individuales, ni existe garantía de que dos individuos con la misma puntuación experimenten la emoción de la misma manera. Los autores Lane y Schwartz recomiendan el uso de una medición más abierta que permita a los sujetos revelar sus estructuras cognitivas a través de representaciones verbales.

Una forma menos restringida de medir las actitudes ante la muerte fue desarrollada por Durlak et al. (1990). En su Test Revisado de las Veinte Afirmaciones (Revised Twenty Statements Test) se permite medir las posibles actitudes positivas y/o amibivalentes acerca de la muerte, además de las negativas. Explora los significados personales de la muerte a través de un análisis de contenido de las respuestas a veinte preguntas abiertas.

Los autores Neimeyer, Behnke y Reiss (1984), además de administrarles unas escalas a su muestra de médicos, emplearon unas viñetas sobre la muerte de un paciente ficticio para medir las reacciones personales e ideales que

tendrían los profesionales ante este acontecimiento.

Los autores Pacheco y Lucca-Irizarry (1983) emplearon una técnica de asociación de palabras para estudiar el concepto de la muerte en distintas culturas. El método es parcialmente abierto puesto que el sujeto tiene la libertad de elegir cualquier palabra como respuesta, pero no permite que se explye ni que formule sus constructos personales.

Fiefel y Branscomb (1973) utilizaron unos criterios de múltiples niveles para medir las actitudes ante la muerte. En su estudio se exploró la actitud consciente a través de una pregunta directa. Para acceder a las reacciones por-debajo-del-nivel-consciente, administraron el Test de Interferencia Color-Palabra (Color-Word Interference Test). Preguntaron por las imágenes que vienen a la mente en relación con la muerte para explorar el nivel de la fantasía.

6.1.5.1. La Metodología de Linda Viney

Se ha presentado previamente el trabajo valioso de la investigadora Linda Viney que parte del marco teórico de los constructos personales. El método empírico de esta psicólogo ha consistido en emplear el análisis de contenido para analizar el comportamiento verbal y, de esta forma, explorar las actitudes acerca de la muerte de los sujetos sanos, enfermos y de la tercera edad (Viney, 1983a, 1983b, 1983c; Viney and Tych, 1985; Viney y Westbrook 1986-87; Viney, 1989; Viney et al., 1989). Este método de medición tiene la

ventaja de que no limita las respuestas de los sujetos, que responden libremente a una pregunta abierta. Su congruencia con la teoría de los constructos personales se apoya en el hecho de que George Kelly recomendaba el uso de una pregunta abierta, por la escasa estructura que impone, para descubrir los constructos personales de los sujetos (Kelly, 1991a). Otra ventaja de este método es que no presenta los problemas de validez de la operacionalización que se han criticado con respecto al Índice de Amenaza, instrumento desarrollado dentro del mismo marco teórico.

La metodología de esta autora consiste en hacer la siguiente pregunta abierta:

"Hábleme de su vida en estos momentos, de lo bueno y lo malo y cómo es para usted".

Permite un tiempo máximo de respuesta de cinco minutos, durante los cuales graba la respuesta. Posteriormente, somete las transcripciones a un análisis de contenido empleando unas escalas previamente desarrolladas y validadas.

Aún reconociendo el indudable valor de la investigación de la Profesora Viney, convendría, quizás, hacerle una pequeña crítica en relación a la terminología utilizada. Nos referimos a que para medir lo que ella denomina "preocupación ante la muerte", emplea las escalas de Gottschalk y Gleser (1969) de "ansiedad". Por lo tanto, sería más adecuado que se referiese a ansiedad ante la muerte en vez de

preocupación. Dichas escalas de Gottschalk y Gleser realizan un análisis de contenido de la ansiedad através de una escala de ansiedad general y seis sub-escalas, entre las cuales está la sub-escala de ansiedad ante la muerte.

Por otra parte, Viney, a veces, emplea los términos de "amenaza", "ansiedad", "preocupación" o "temor" sin distinguir claramente entre ellos ni especificar sus respectivas definiciones.

Aparte de su trabajo sobre la ansiedad, Viney también ha contribuido a la construcción de otras escalas, como las Escalas de Análisis de Contenido de la Madurez Psico-social (Content Analysis Scales of Psychosocial Maturity) (Viney y Tych, 1985).

Una de las ventajas que ofrece la técnica del análisis de contenido es que permite retener los significados que son importantes para los sujetos a la vez que constituye una medición rigurosa. Además, esta técnica no es intrusiva y permite crear un buen rapport con el sujeto.

Existe otro manual además del de Gottschalk y Gleser para el análisis de contenido de los constructos sobre la muerte específicamente. Fue desarrollado por Neimeyer, Fontana y Gold (1984) y se puede aplicar a distintos tipos de material, es decir, a cualquier muestra verbal.

6.1.6. Conclusión

Desde los años sesenta la investigación en el campo de

la psicología de la muerte ha proliferado, con la consecuencia de que se han desarrollado múltiples técnicas e instrumentos para medir estas actitudes, de forma que, al diseñar un estudio empírico, un investigador puede elegir de entre muchos, el instrumento que más se asemeje a sus conceptos y objetivos particulares.

El interés empírico y práctico en este campo continúa hoy en día, aunque, a la vez, la complejidad del fenómeno se hace cada vez más evidente. Por otra parte, hay que reconocer que muchos de los instrumentos empleados tienen una validez dudosa, y a menudo los conceptos que se miden no están claramente definidos (Warren, 1984).

Todavía no existe una teoría comprensiva y bien validada que explique las actitudes ante la muerte. A pesar de todo lo que se ha reflexionado e investigado hasta la fecha actual, nos encontramos solamente comenzando a comprender este campo. Esperemos que en un futuro no demasiado lejano se puedan unir todos los datos dispersos y el conjunto de interpretaciones para elaborar una teoría sólida de tanatología. Pero hasta que llegue ese momento, podemos apoyarnos en las teorías ya existentes como marco conceptual y punto de partida para explorar el fenómeno y comprobar nuestras ideas. Por ejemplo, nosotros entendemos que la teoría de los constructos personales puede ser adecuada en este sentido, y consideramos que sería posible desarrollar una teoría tanatológica a partir de esta base. Dentro de este marco y de acuerdo con nuestros propósitos, encontramos

muy útil la metodología aplicada por la investigadora Viney.

6.2. El estudio del sentido existencial

Partiendo desde la base de la logoterapia, según la cual la voluntad de sentido existencial es un impulso fundamental en el hombre y la experiencia de falta de sentido o vacío existencial puede provocar malestar, neurosis noógena, conductas destructivas, etc. (Frankl, 1985, 1987, 1988a, 1988b), parece muy útil poder medir el grado de vacío existencial o, a la inversa, el sentido de la vida que las personas experimentan. De hecho, existen unos instrumentos empíricos y clínicos que se han desarrollado con este objetivo.

6.2.2. El Test de Propósito en la Vida

El primer instrumento construido para validar los constructos de la logoterapia fue el Test de Propósito en la Vida (PIL) (Crumbaugh y Maholick, 1964). Los investigadores James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick ensayaban este nuevo instrumento en el Bradley Center of Columbia (Georgia, EEUU) en los años 1963 y 1964. Esta escala de actitudes que pretende detectar la frustración o vacío existencial se ha estudiado posteriormente para comprobar su nivel adecuado de validez y fiabilidad (Crumbaugh y Maholick, 1964, Crumbaugh, 1968; Crumbaugh y Maholick, 1969; Reker y Cousins, 1979).

Aquí no se presentará una descripción detallada del PIL, puesto que aparece más adelante en la presente tesis. Desde su desarrollo en los años 60 el PIL ha resultado ser un instrumento útil en múltiples estudios (Durlak, 1972; Blazer, 1973; Durlak, 1973a, 1973b; Templer, 1976; Bolt, 1978; Ochs, 1979; Reker y Cousins, 1979; Kuiken y Madison, 1987; Zuelhke y Watkins, 1975).

6.2.3. *The Seeking of Noetic Goals Test*

Uno de los autores del PIL, Crumbaugh, desarrolló posteriormente otro test de actitudes para medir la fuerza de la motivación de buscar sentido y propósito en la vida que se llama el Test de Búsqueda de las Metas Noéticas (Seeking of Noetic Goals Test - SONG) (Crumbaugh, 1977). Este test fue diseñado como complemento del PIL; y se postuló que, según la teoría de la logoterapia, un individuo que haya encontrado sentido y propósito en su vida experimentaría poca motivación para buscar más (constructo medido por el SONG) y vice-versa. De hecho, esta relación negativa entre los instrumentos se ha confirmado (Reker y Cousins, 1979).

El SONG contiene 20 items en formato de escalas de siete puntos. Mientras que no existe tanta información acerca de su validez y fiabilidad como existe con respecto al PIL, la investigación que se ha llevado a cabo en este sentido indica niveles adecuados (Reker y Cousins, 1979).

6.2.4. El Logo-Test

La investigadora de la logoterapia, Elisabeth Lukas, critica el Test de Propósito en la Vida porque cree que no distingue bien entre la percepción subjetiva del éxito y el nivel de sentido existencial, que, según Frankl, constituyen dos constructos independientes. En parte por eso, esta autora construyó otro instrumento para captar las dificultades noógenas - El Logo-Test (Lukas, 1988).

Este test de autoinforme consta de:

- 1) Nueve preguntas de respuesta "sí" o "no";
- 2) Siete afirmaciones que se responden en formato Likert de tres niveles (A menudo; De vez en cuando; Nunca);
- 3) Unas viñetas en las cuales hay que elegir el personaje más feliz y el que más sufre;
- 4) Una descripción abierta sobre la propia búsqueda de sentido.

El contenido del Logo-Test se obtuvo en 1969 a partir del análisis del contenido de las respuestas de mil sujetos a una pregunta abierta sobre el sentido de la vida. Posteriormente, el test se ha sometido a diversos análisis de la fiabilidad y la validez, con resultados aceptables, y se han establecido tablas normativas para la población normal (Lukas, 1988).

6.2.5. Otros Instrumentos

Aparte de los instrumentos ya descritos, Frankl cita la existencia de siete tests adicionales que miden conceptos logoterapéuticos (Frankl, 1988, pág.17). Estos son:

- 1) MILE-Test (the meaning in life evaluation scale de Crumbaugh;
- 2) Attitudinal Values Scale Test de Bernard Dansart;
- 3) Life Purpose Questionnaire de R.R. Hutzel y Ruth Hablas;
- 4) Sinn-Einschätzung und -Erwartung de Walter Böckmann;
- 5) Un test de Gerald Kovacic (en fase de estudio cuando se publicó el libro);
- 6) Un test de Bruno Giorgi (también en fase de estudio);
- 7) Un test de Patricia L. Starck (en fase de estudio).

6.2.6. Conclusión

Estos son los instrumentos desarrollados dentro el marco teórico de la logoterapia de Frankl y que se han aplicado para investigar la búsqueda de sentido de los seres humanos. Dado que la logoterapia no es una teoría antigua, todavía se están desarrollando y perfeccionando métodos de investigación en este campo para comprobar las ideas de Viktor Frankl y emplearlas para hacer frente a la crisis existencial de nuestros tiempos.

La revisión de la literatura y de la metodología

aplicada al campo nos lleva a la conclusión de que el Test de Propósito en la Vida es el instrumento a elegir para explorar el sentido existencial. Sin embargo, dado que la construcción y aplicación del PIL ha tenido lugar en otro idioma y cultura, (en inglés y en Los Estados Unidos, respectivamente), y que no se ha probado su administración en formato de entrevista (más adaptado a las limitaciones de la población de enfermos graves), nos proponemos dedicar una primera fase empírica de la presente tesis a la traducción y comprobación del instrumento administrado de esta manera en el Estado Español. De esta manera, si el instrumento resulta eficaz, se podrá aplicar en investigaciones posteriores del sentido existencial llevadas a cabo en España.

Capítulo 7

LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA PRESENTE INVESTIGACION

Se emplearon dos instrumentos empíricos, que se presentan a continuación, para medir los constructos de interés en este estudio - el propósito en la vida, y diversos tipos de ansiedad, incluyendo la ansiedad ante la muerte.

7.1. El Test de Propósito en la Vida

7.1.1. Descripción del test

El Test de Propósito en la Vida (Purpose in Life Test - PIL) es una escala de actitudes que fue construido por James C. Crumbaugh y Leonard T. Maholick dentro del marco teórico de la psicología existencial y la Logoterapia de Viktor Frankl. Se publicó la versión original en el año 1964 en inglés (Crumbaugh y Maholick, 1964).

El objetivo de este instrumento consiste en detectar el vacío existencial o, en el otro extremo del eje, el nivel subjetivo de sentido o propósito en la vida. Tiene utilidad tanto en la aplicación clínica como en la investigación empírica.

La escala consiste en tres secciones: la sección A se compone de 20 preguntas diseñadas en formato de escala Likert

de siete niveles; la sección B se compone de 13 frases que el sujeto debe completar; y la sección C recoge un párrafo escrito por el sujeto sobre sus metas en la vida y hasta qué punto se están realizando. Para los propósitos de este estudio se administró solamente la sección A del test puesto que, de acuerdo con lo especificado en el manual, siendo la única sección que se puntúa de forma objetiva, se recomienda utilizar las secciones B y C en la clínica pero no en la investigación (Crumbaugh y Maholick, 1981).

7.1.2. Validez

Se ha comprobado la validez de constructo y de criterio del PIL. En un estudio llevado a cabo por Crumbaugh, por ejemplo, el orden de las puntuaciones medias de distintas poblaciones correspondió correctamente con el orden predicho (Crumbaugh, 1968). Reker y Cousins (1979) también proporcionan pruebas de la validez de constructo del PIL al analizar su relación con el SONG (Test de la Búsqueda de las Metas Noéticas) y con puntuaciones del Concepto de la Vida Presente y la Vida en el Futuro. Encontraron una correlación negativa moderada pero significativa con el SONG ($r = -0,33$, $p < 0,001$), y correlaciones positivas significativas con el Concepto de la Vida Presente ($r = 0,65$, $p < 0,001$) y el Concepto de la Vida en el Futuro ($r = 0,41$, $p < 0,001$).

En cuanto a la validez de criterio, los autores medieron

el grado en que las puntuaciones de los sujetos correspondían con las valoraciones hechas por psicoterapeutas acerca de sus pacientes en un grupo y hechas por los pastores eclesiásticos con respecto a sus feligreses en otro grupo. La correlación de Pearson con la valoración de los psicoterapeutas fue de 0,88 ($N = 50$) y de los pastores fue de 0,47 ($N = 120$). Estos valores se consideran suficientes para apoyar la validez de criterio de una única medida de un rasgo complejo (Crumbaugh y Maholick, 1981).

7.1.3. *Fiabilidad*

Crumbaugh y Maholick (1964) determinaron la fiabilidad de dos mitades de la escala, encontrando una correlación Pearson de 0,81 ($N = 225$, 105 "normales" y 120 "pacientes") que, por medio de la fórmula de Spearman-Brown se corrigió a 0,90. En otro estudio (Crumbaugh, 1968) cuyo resultado se resume en el manual (Crumbaugh y Maholick, 1981) se encontró una relación de 0,85 (Pearson Momento-Producto, $N = 120$ feligreses protestantes), que se corrigió a un valor de 0,92 (Coeficiente de Spearman-Brown). Reker y Cousins (1979) encontraron un coeficiente de 0,77, corregido a 0,87 al analizar las dos mitades, y un coeficiente de estabilidad de 0,79 al llevar a cabo el método test-retest, dejando un intervalo de seis semanas entre las dos administraciones. Ellos señalan que estos resultados concuerdan con otros estudios que han encontrado coeficientes más altos con

períodos más cortos entre las administraciones, y más bajos con períodos más largos. Dado estos resultados, la escala de PIL se puede considerar fiable.

7.1.4. Estructura factorial

Un estudio factorial del PIL y del SONG fue llevado a cabo por los investigadores Reker y Cousins (1979) en el cual emergieron 10 factores independientes y interpretables que explicaban el 60,9% de la varianza total. Al hacer análisis independientes de los dos tests, los autores descubrieron que el PIL contribuía a que seis de estos factores explicaran el 61,1% de la varianza. Estos se denominaron: Propósito en la Vida (31,2%), Satisfacción con la Vida (7,9%), Logro de Metas (6,6%), Auto-Realización (5,6%), Locus de Control Interno-Externo (5,2%), y Visión de la Vida (5,0%). En la Tabla 1 se presentan los items que constituían cada factor (peso mínimo de 0,30).

En la Tabla 1 no se incluyen los items del SONG que también pesaban en los factores y completaban su definición. Aunque la denominación de cada factor tal y como lo componen los distintos ítems no siempre explica la dimensión común entre todas estas variables, este análisis factorial puede ser interesante como punto de comparación con el análisis que se lleva a cabo en este estudio.

Tabla 1. Items que pesan en los factores del PIL (Reker y Cousins).

<u>Nº Item</u>	<u>Contenido</u>	<u>Carca</u>
Factor I: Propósito en la Vida		
1	Suelo estar eufórico, entusiasmado.	0,772
2	La vida siempre me parece emocionante.	0,772
9	Mi vida está rebosante de cosas buenas y emocionantes.	0,748
5	Cada día es totalmente nuevo.	0,661
19	El enfrentarme con mis tareas cotidianas me resulta placentero y satisfactorio.	0,540
10	Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida ha sido muy valiosa.	0,442
6	Si pudiera elegir, me gustaría vivir siete vidas más como ésta.	0,421
8	En cuanto a lograr las metas en la vida, he progresado hasta su plena realización.	0,400
4	Mi existencia personal tiene un gran propósito y sentido.	0,315
20	Yo he descubierto unas metas muy claras y un propósito que me satisface.	0,303
Factor II: Satisfacción con la Vida		
11	Al pensar en la vida, siempre veo una razón por la cual estoy aquí.	0,666
16	En cuanto al suicidio, nunca he pensado en él.	0,626
6	Si pudiera elegir, me gustaría vivir siete vidas más como ésta.	0,600
4	Mi existencia personal tiene un gran propósito y sentido.	0,531
12	Cuando contemplo el mundo en relación con mi vida, el mundo concuerda con sentido con mi vida.	0,508
10	Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida ha sido muy valiosa.	0,388
14	En cuanto a la libertad que tiene el hombre de elegir, creo que el hombre es totalmente libre para elegir todo en la vida.	0,337
17	Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande.	0,330
20	Yo he descubierto unas metas muy claras y un propósito que me satisface.	0,310

Tabla 1. (Cont.)

<u>N° Item</u>	<u>Contenido</u>	<u>Carga</u>
Factor III: Logro de Metas		
3	En la vida, tengo unas metas y objetivos muy claros.	0,781
20	Yo he descubierto unas metas muy claras y un propósito que me satisface.	0,730
8	En cuanto a lograr las metas en la vida, he progresado hasta su plena realización.	0,401
17	Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande.	0,351
4	Mi existencia personal tiene un gran propósito y sentido.	0,340
Factor IV: Auto-Realización		
13	Soy una persona muy responsable.	0,836
7	Después de la jubilación, haría (estoy haciendo) algunas de las cosas emocionantes que siempre he querido hacer.	0,435
8	En cuanto a lograr las metas en la vida, he progresado hasta su plena realización.	0,301
Factor V: Locus de Control		
18	Mi vida está en mis manos y yo la controlo.	-0,579
14	En cuanto a la libertad que tiene el hombre de elegir, creo que el hombre es totalmente libre para elegir todo en la vida.	-0,474
Factor VI: Visión de la Vida		
15	En cuanto a la muerte, estoy preparado, a y no tengo miedo.	0,688
14	En cuanto a la libertad que tiene el hombre de elegir, creo que el hombre es totalmente libre para elegir todo en la vida.	0,392
12	Cuando contemplo el mundo en relación con mi vida, el mundo concuerda con sentido con mi vida.	0,365

7.1.5. Proceso de traducción

Para los propósitos del presente estudio hacía falta disponer de una buena versión española de la escala de PIL. La versión original del PIL (Purpose in Life Test) fue diseñada en inglés por los investigadores americanos, el Dr. James C. Crumbaugh y el Dr. Leonard T. Maholick. Existe una versión en español que distribuye la editorial, Psychometric Affiliates en Los Estados Unidos. Sin embargo, esta versión traducida del test contiene varias erratas e items expuestos en un lenguaje poco adecuado, de forma que se ha considerado conveniente preparar una nueva versión traducida en español. (Véase los apéndices A, B, y C, respectivamente, la versión original, la versión existente en español, y la versión traducida para los propósitos de este estudio).

Con este fin, y habiendo obtenido el permiso de la editorial para redactar la nueva versión, la investigadora tradujo el cuestionario del inglés al español sin basarse en la versión española ya existente. Posteriormente, se compararon las dos versiones españolas y se pudo comprobar que, mientras se espera que la nueva versión represente una mejoría en relación con la anterior, en líneas generales, no existen discrepancias de sentido entre las dos. De esta manera, al resultar esta comparación satisfactoria, se pasó a la siguiente etapa en el proceso de asegurar que la traducción fuese buena y fiable.

A continuación, se distribuyeron copias de la traducción

a 10 psicólogos españoles a quienes se les pidió que revisaran detalladamente el cuestionario para, posteriormente, ofrecer sus sugerencias sobre qué modificaciones pudieran introducirse con el fin de mejorar la calidad y la claridad, y facilitar la comprensión del test. Se recogieron estas recomendaciones y se convocó una reunión a la que asistieron los 10 psicólogos y la investigadora. En ésta ocasión, se discutieron todas los posibles cambios en el cuestionario y se llegó a un consenso sobre la versión modificada más adecuada.

Con esta versión mejorada del borrador de la traducción, se inició la siguiente etapa, la cual se puede considerar como una fase preliminar del estudio principal de esta tesis. Para comprobar la utilidad y fiabilidad de la traducción, y la reacción que se podría esperar de los sujetos a los que se administra, además de comprobar la eficacia de la administración en formato de entrevista, se llevó a cabo un estudio de esta versión del test que se explica en detalle en el siguiente capítulo.

7.2. El Análisis de Contenido

7.2.1. Introducción

El Análisis de Contenido es una técnica de cuantificación de datos cualitativos en formato de discurso verbal. Permite analizar el comportamiento verbal para

explorar los estados psicológicos tales como la ansiedad. La justificación de la técnica se basa en la hipótesis de que la elección y frecuencia del uso de ciertas palabras en las muestras verbales se relacionan con el estado dinámico del sujeto tanto cuantitativa como cualitativamente (Gottschalk y Gleser, 1969). La gran flexibilidad de esta técnica permite su aplicación a todo tipo de muestras verbales.

7.2.2. *La escala de ansiedad*

El Dr. Gottschalk y sus colegas dedicaron muchos años de investigación al desarrollo, valoración y perfeccionamiento de un método y varias escalas de análisis de contenido fiables y válidos para el uso en la investigación.

La escala que empleamos en el presente estudio es la escala de ansiedad. Basado en la experiencia clínica, se ha clasificado la ansiedad en seis sub-tipos: muerte, mutilación, separación, culpa, vergüenza, y ansiedad difusa o no-específica.

En la sub-escala de ansiedad ante la muerte, no se hace distinción entre la ansiedad y el temor a la muerte porque los autores creen que no se pueden distinguir basándose solamente en el contenido verbal (Gottschalk y Gleser, 1969). Aunque reconocen que los existencialistas opinan de que el temor a la muerte es el origen de toda la ansiedad humana, en la clasificación de la sub-escala de la muerte se incluyen solamente los items que tratan la muerte y la destrucción

directamente. Por lo tanto, se puntúan todas las referencias verbales a la muerte, el morir, la amenaza de muerte, o ansiedad acerca de la muerte.

La ansiedad de mutilación, que constituye otra sub-escala de ansiedad, es sinónimo de la ansiedad de "castración" de la teoría psicoanalítica. Se puntúan las referencias al daño físico o a las lesiones, además de la expresión de ansiedad sobre el daño o amenaza de tal.

El concepto de ansiedad de separación que se pretende medir con la sub-escala de dicho nombre corresponde a la ansiedad de separación que se describe en la psicología psicoanalítica y surge ante la pérdida real o posible del objeto (Gottschalk et al., 1969).

Para delimitar el contenido de la sub-escala de ansiedad de culpabilidad y distinguirlo del contenido de la sub-escala de vergüenza, los autores de la escala se basaron en la obra de Piers y Singer (1953). La culpabilidad medida en este análisis de contenido engloba las referencias a una crítica adversa, abuso, censura, desaprobación moral, culpabilidad, o la amenaza de algunas de estas experiencias.

El contenido de la sub-escala de ansiedad de vergüenza que también se basa en el trabajo de Piers y Singer incluye todas las referencias al ponerse en ridículo, a la insuficiencia, la vergüenza, etc.

La categoría de ansiedad difusa se aplica cuando existen referencias a la ansiedad o al temor en las que no se especifican el tipo o el origen de la ansiedad, o cuando es

imposible distinguir entre dos clasificaciones de otras sub-escalas.

Finalmente, la escala incluye una puntuación global de ansiedad general que representa la suma de los diversos tipos manifestados durante la expresión verbal.

Conceptualmente, el tipo de ansiedad que se pretende medir con la escala sería principalmente la ansiedad "libre", en contraste con la ansiedad "atada" que se manifiesta a través de la conversión, los síntomas hipocondríacos, las compulsiones, etc. Por otra parte, se supone que se registra una parte de esta ansiedad "atada" (bound) también porque se incluyen items que implican los mecanismos de desplazamiento y negación.

7.2.2.1. Fiabilidad de la puntuación de la escala

Un problema que surge con el análisis de contenido se trata del error de puntuación. Puesto que se somete un contenido abierto y global a unas categorías limitadas de clasificación, existe un elemento subjetivo en el proceso de puntuar los datos recogidos. Los constructores de la escala presentan datos de tres estudios de fiabilidad de la puntuación para la escala global que produjeron estimaciones de entre 0,84 y 0,93 con una varianza de error de entre 0,03 y 0,10 cuando se utilizan dos puntuadores y se saca la media de los dos. Cuando se utiliza solamente un puntuador, el nivel de fiabilidad baja a entre 0,73 y 0,86 para la escala

global. En cuanto a las sub-escalas, las menos fiables de entre ellas eran las de vergüenza y separación, mientras que la muerte tenía buenos niveles. En la Tabla 2 se presentan las estimaciones de fiabilidad de puntuación para la escala global y las sub-escalas.

Tabla 2. Estimaciones de la fiabilidad de puntuación para las sub-escalas y la escala global de ansiedad.

		<u>Sub-escalas</u>						
		Muert.	Mutil.	Sep.	Culpa	Verg.	Dif.	Total
Pacientes	Vmp*	0,17	0,12	0,25	0,31	0,24	0,34	0,48
Psiquiát.	Ve**	0,03	0,02	0,12	0,08	0,24	0,10	0,12
Externos	pxm+	0,86	0,87	0,68	0,79	0,50	0,77	0,80
N = 50	pxm++	0,93	0,93	0,81	0,88	0,67	0,87	0,89
Pacientes	Vmp	0,15	0,22	0,21	0,34	0,43	0,28	0,54
Psiquiát.	Ve	0,05	0,05	0,14	0,09	0,27	0,04	0,20
Internos	pxm	0,75	0,83	0,59	0,78	0,62	0,88	0,73
Mixtos	pxm	0,86	0,91	0,74	0,88	0,77	0,94	0,84
N = 65								
Pacientes	Vmp	0,21	0,10	0,18	0,07	0,37	0,26	0,42
	Ve	0,04	0,03	0,10	0,05	0,09	0,09	0,07
Médicos	pxm	0,82	0,79	0,64	0,60	0,81	0,74	0,86
N = 82	pxm	0,90	0,88	0,78	0,75	0,90	0,85	0,93

*Varianza poblacional estimada de la puntuación universal de la persona.

**Varianza de error estimada.

+fiabilidad estimada de puntuaciones utilizando un puntuador

++fiabilidad estimada de puntuaciones medias de dos puntuadores independientes.

Gottschalk y Gleser citan otros estudios de la fiabilidad de puntuación. En un estudio realizado en 1965, Gleser y sus colegas encontraron una varianza de error de 0,066 que daba

una estimación de la fiabilidad de 0,78 para un sólo puntuador y de 0,84 para la media de dos puntuaciones. En otro estudio posterior aparecieron estimaciones de 0,84 para un puntuador y 0,91 para la media de dos (Gottschalk y Gleser, 1969).

Resumiendo los resultados de estos estudios, la fiabilidad de la puntuación de la escala global de ansiedad es aproximadamente 0,80 cuando se trata de un sólo puntuador y 0,90 cuando se toma la media de dos puntuaciones independientes. Dado la mejoría de la fiabilidad cuando los datos son analizados por dos puntuadores, es aconsejable aplicar este procedimiento siempre que sea posible. Por otra parte, puesto que una muestra verbal corta será menos fiable como medida verdadera de la variable psicológica que se pretende medir que una muestra más larga, se recomienda establecer un mínimo de 70 palabras como longitud de las muestras verbales que se someterán al análisis (Gottschalk et al., 1969).

Otro tipo de medición de la fiabilidad de la escala tal como el test-retest no parece indicado para este instrumento dado que lo que se pretende medir tiene que variar más con variables situacionales que con variables demográficas (Gottschalk y Gleser, 1969).

En general, los niveles de fiabilidad hallados son adecuados para apoyar la aplicación de este instrumento.

7.2.2.2. Validez

Gottschalk y Gleser (1969) citan numerosos estudios que se han llevado a cabo con el propósito de comprobar la validez de la escala de ansiedad y cuyos resultados se presentan a continuación. En uno de ellos, un grupo compuesto de 16 psiquiatras y psicólogos valoraron 12 muestras verbales con el método de Gottschalk y sus colegas (Gottschalk y Frank, 1967). Luego, transcurrido un mínimo de un mes, volvieron a valorar las muestras, pero esta vez empleando la escala de ansiedad de Overall-Gorham. Esta vez se basaron en las transcripciones escritas y también en las grabaciones. Las correlaciones Pearson entre puntuaciones de las dos escalas eran de 0,74 ($p \leq 0,01$) cuando se basaron solamente en las transcripciones escritas y de 0,84 ($p \leq 0,001$) cuando se emplearon las transcripciones y las grabaciones para puntuar la escala Overall-Gorham. Cuando se corrigieron estas puntuaciones de ansiedad por la atenuación para obtener una estimación de las correlaciones del método de puntuación de Gottschalk y Gleser con unas valoraciones completamente fiables, las correlaciones se convirtieron en 0,78 y 0,86 respectivamente. Esta última correlación no es muy superior de la raíz cuadrada de la fiabilidad de puntuación de estas escalas de análisis de contenido; así que si se corrigiera por la atenuación debida a la parcial no-fiabilidad de puntuación de la ansiedad verbal, se produciría una correlación cerca de 1,00.

En otro estudio (Gottschalk et al., 1958) comparando valoraciones clínicas de la ansiedad realizadas por psiquiatras y puntuaciones en la escala de ansiedad de Gottschalk-Gleser, se encontró una correlación de 0,66 que era significativa al nivel de 0,001. Y cuando, en otro estudio (Gottschalk et al., 1961), se comparó esta escala con la Escala Wittenborn, valorada por los psiquiatras que trataban los pacientes de esta muestra, se obtuvo una correlación de 0,65.

Por lo tanto, esta escala coincide bien con el juicio profesional, lo cual apoya la validez de constructo.

Durante el proceso de validación de un instrumento, es necesario comprobar su capacidad de distinguir entre distintas poblaciones. En uno de los estudios a los que ya hemos citado (Gottschalk et al., 1958), se compararon 24 pacientes psiquiátricos con un grupo de sujetos sanos. La diferencia entre las medias de estos dos grupos (0,98) fue significativo más allá del nivel 0,001. Solamente un 20% de los sujetos sanos tenían puntuaciones que sobrepasaban el 2,0, mientras que el 50% de los pacientes tenían niveles mayores.

Esta diferencia significativa apareció también en otro estudio (Gleser et al., 1961) que se empleó para establecer tablas normativas. Además, el grupo de pacientes psiquiátricos ingresados, la mayoría de los cuales estaban tomando tranquilizantes, tenían una media entre la de los sujetos normales y la de los pacientes psiquiátricos

externos.

En otro estudio (Kaplan et al., 1961) se compararon 10 pacientes hipertensos que recibían tratamiento médico con otro grupo de 10 pacientes no hipertensos que, también, recibían tratamiento médico. La media de ansiedad del grupo de hipertensos fue significativamente mayor que la del otro grupo ($p=0,02$). También encontraron que la ansiedad de separación fue notablemente mayor en las mujeres hipertensas, mientras que en los hombres hipertensos eran altos los niveles de ansiedad ante la muerte y la mutilación.

Si se propone comparar los resultados en la escala de ansiedad de Gottschalk-Gleser con unos inventarios de auto-informe de ansiedad, habría que tener en cuenta que el propósito de éstos suele consistir en medir la ansiedad como rasgo, no como estado inmediato, como es el objetivo de la escala de análisis de contenido. Por lo tanto, se esperaría encontrar unas correlaciones positivas pero pequeñas entre estos instrumentos.

Esta expectativa se ha confirmado en varios estudios que compararon la escala de Gottschalk-Gleser con las escalas: de psicastenia del MMPI, IPAT de Cattell y Scheier, 16PF de Cattell y Eber, Mood Adjective Checklist, y el Inventario de Depresión de Beck (Gottschalk y Gleser, 1969¹). En general, los resultados han sido satisfactorios.

¹ Estos estudios están citados en The Measurement of Psychological States through the Content Analysis of Verbal Behavior, de Gottschalk y Gleser, 1969, pero no aparecen las referencias completas.

Evidencia a favor del propósito de esta escala de medir variables sensibles al contexto situacional se ofrece por el hecho de que, en los estudios en los que se recogen varias muestras verbales del mismo sujeto, el nivel de ansiedad ha solido ser ligeramente superior en la primera entrevista que en las posteriores.

En un estudio con un contenido bastante relacionado con la presente investigación (Gottschalk y Kunkel, 1966), se compararon las medias de ansiedad en un grupo de enfermos en cáncer en situación terminal antes y después de recibir una sesión (falsa y real) de radioterapia. Se encontraron medias significativamente más altas ($p < 0,01$) antes de la sesión que después. Aunque habría que considerar la posibilidad de que esta diferencia sea debido, no al efecto situacional de la radioterapia, sino al efecto de la primera entrevista que hemos constatado.

Otro criterio que ha sido útil en la validación de la escala de ansiedad es el cambio fisiológico que se relaciona con niveles de ansiedad. Estudios de validación han correlacionado significativamente la ansiedad medida por la escala Gottschalk-Gleser y cambios en la tensión sanguínea y en la temperatura cutánea (Gottschalk et al., 1964; Miller, 1965; Gottlieb et al., 1967). Sin embargo, en otro estudio de la resistencia cutánea (Fox et al., 1965), no se encontró una correlación significativa entre las medidas.

Otro grupo de estudios han medido niveles de ácidos lípidos libres en la sangre (una señal fisiológica asociada

con la ansiedad) y han encontrado correlaciones positivas significativas con la escala de análisis de contenido (Gottschalk et al., 1965a, 1966, 1968).

Varios estudios que han empleado psicofármacos tranquilizantes (como amobarbital, clordiazepoxida, y perfenazina) comparados con grupos de control con placebo han encontrado correlaciones significativas con puntuaciones en la escala de ansiedad (Gottschalk et al., 1960; Ross et al., 1963; Gleser et al., 1965; Gottschalk et al., 1965b).

Esta abundancia de datos proveniente de numerosos estudios que nos presentan Gottschalk y Gleser (1969) ofrece amplio testimonio de la validez y utilidad del instrumento que nos concierne aquí.

7.2.2.3. Estudios normativos

Cuando se trata con un instrumento de medición, es necesario tener una base para la interpretación de los valores obtenidos. Con este fin, se llevó a cabo un estudio normativo con 214 pacientes psiquiátricos y 282 sujetos no-psiquiátricos en los que se recogieron muestras verbales de cinco minutos de duración (Gleser et al., 1959). De este estudio y otro estudio de validez que ya se citó anteriormente (Gleser et al., 1961), se estableció que una puntuación de 2,2 en ansiedad global indica un nivel moderado de ansiedad, y una puntuación de 3,0 o más indica la presencia de una ansiedad patológica (Gottschalk y Gleser,

1969).

De todas formas, para establecer estas tablas normativas, sería conveniente basarse en datos recogidos de un mayor número de sujetos. Por supuesto, también habrá que ser prudentes a la hora de comparar estas normas establecidas con unas muestras de sujetos americanos con datos recogidos en otros países como España, debido al efecto del factor cultural.

7.2.2.4. Motivo de su uso en el presente estudio

Para los propósitos del presente estudio, se podía haber elegido aplicar la escala de Neimeyer et al. (1983) que analiza los constructos de la muerte. Sin embargo, se consideró de más interés no excluir la manifestación de otros tipos de ansiedad que proporcionaría una información más específica, por lo que la escala de Gottschalk y Gleser resultaba más completa y adecuada para nuestros propósitos.

También tiene la ventaja de ser un instrumento bien estudiado con una fiabilidad de puntuación y validez comprobados y adecuados.

El uso de un formato abierto en vez de una escala de elección forzosa está bien adaptado a las circunstancias particulares de los enfermos en situación terminal por motivos tanto éticos como prácticos. La consideración ética tiene en cuenta la vulnerabilidad emocional de los pacientes acentuada por el estado de enfermedad grave, dado la cual

unas preguntas directas sobre la muerte les puede impactar emocionalmente de forma negativa. Por el contrario, el método que aplicaremos en este estudio, que consiste en hacer una pregunta abierta sobre la vida no causa ningún impacto negativo y permite a los sujetos una amplia libertad de elegir el contenido de su respuesta. En el sentido práctico, esta población puede padecer síntomas motrices y de cansancio que dificulta el uso de medidas extensas de formato rígido.

En general, se considera, entonces, que el hecho de que se utilice una entrevista donde no tienen que escribir y se les haga una pregunta abierta que pueden contestar con el contenido y extensión que quieran es una metodología muy respetuosa y bien adaptada a esta población.

7.2.2.5. La administración de la técnica

La metodología de recogida de las muestras verbales se basaba en el procedimiento de la investigadora Viney (véase el Capítulo 6, sección 6.1.5.1.) que también analiza sus datos con este método de análisis de contenido.

El procedimiento fue el siguiente. Los sujetos, previamente avisados por su médico, fueron entrevistados en su habitación. La entrevista empezaba con la introducción que aparece en el Capítulo 8, con la diferencia de que, se cambiaba la frase de, "Estoy haciendo un estudio de psicología sobre las personas mayores", por la de, "Estoy haciendo un estudio sobre las personas que están enfermas".

Después de recibir el consentimiento del sujeto, se encendía el magnetofón y se daba la siguiente instrucción:

"Hábleme de su vida en estos momentos, de lo bueno y lo malo y cómo es para usted."

Se permitía, entonces, que el sujeto hablara hasta que él o ella indicaba que había terminado de contestar, o hasta que se cumplía el tiempo máximo de respuesta de cinco minutos.

7.2.2.6. La puntuación

Para comenzar con el análisis de los datos recogidos, el primer paso consiste en transcribir las grabaciones de las muestras verbales. A continuación se divide el texto en cláusulas, puesto que ésta es la unidad de codificación que se va a utilizar.

El manual de instrucciones para el uso de la escala contiene claras especificaciones y ejemplos que establecen el contenido verbal que se puntúa en cada uno de los subtipos de ansiedad. Cada cláusula recibe o una o ninguna puntuación (menos en el caso de la ansiedad de separación y de la muerte. Si aparecen los dos en la misma cláusula, se puntúa en las dos sub-escalas).

La intensidad de la ansiedad se refleja en la puntuación. Por ejemplo, la cláusula recibe una puntuación de más peso cuando es el sujeto en vez de otra persona el agente que experimenta la ansiedad mencionada, o cuando se

modifica la expresión de la ansiedad para expresar una connotación intensa. También se contempla la negación de ansiedad como expresión de la misma.

Para obtener las puntuaciones en cada sub-escala y en la escala global, primero se suman los pesos de cada subtipo de ansiedad de la muestra verbal. Esto nos da el peso total de cada sub-escala; y la suma de estas puntuaciones representa el peso total de ansiedad global.

Para controlar la influencia del número de palabras en la muestra verbal y evitar obtener una curva muy sesgada por las numerosas puntuaciones de cero que pueden aparecer, se añade 0,5 a las puntuaciones directas para, luego, multiplicar por 100 y dividir por el número de palabras dichas. De esta manera, se reduce la discontinuidad que ocurre cuando no han aparecido items puntuables y la correlación entre las puntuaciones y el número de palabras se reduce a casi cero. Finalmente, se utiliza la raíz cuadrada de este ratio para obtener la puntuación final corregida. A continuación se presenta la fórmula de puntuación:

$$\frac{100 (f_1w_1 + f_2w_2 + f_3w_3 \dots f_nw_n + 0,5)}{N}$$

f_n = frecuencia por unidad de tiempo de un tema verbal
pertinente

w_n = el peso que se aplica a la afirmación verbal

N = el número de palabras por unidad de tiempo

7.2.2.6.1. La preparación de los puntuadores

Para asegurar una buena fiabilidad de puntuación (Gottschalk y Gleser, 1969) fueron dos personas que analizaron los datos recogidos. Una era la investigadora y la otra una psicólogo que se prestó voluntariamente a colaborar. Las dos se prepararon, estudiando a fondo el Manual of Instructions for Using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales (Gottschalk et al., 1969). Durante varias sesiones se discutieron dudas y ejemplos de clasificación, antes de empezar a analizar los datos recogidos. De esta manera, se procuró lograr una puntuación lo más objetiva y fiable posible de acuerdo con los criterios de los constructores de la escala de ansiedad.

7.3. Conclusión

Se ha descrito con detalle los dos instrumentos empíricos que se emplean en el presente estudio, que son el Test de Propósito en la Vida y La Escala de Ansiedad de Gottschalk-Gleser. Después de revisar los análisis a los que se han sometido los dos instrumentos en estudios previos para comprobar la calidad y utilidad de ellos, se puede resumir que ambos son adecuados como medidas psicométricas, de acuerdo con los criterios de construcción, validez, fiabilidad, base teórica, etc.

En el siguiente capítulo se expone la fase piloto de

esta tesis que representa una comprobación adicional del PIL, llevada a cabo específicamente para asegurarnos de que se mantiene la buena calidad del instrumento cuando se administra en la versión traducida y formato de entrevista que nosotros aplicamos aquí.

Capítulo 8

EL ANALISIS DE LA ESCALA PIL ESPAÑOLA EN FORMATO DE ENTREVISTA

8.1. Introducción

A continuación se describe el proceso de análisis de la versión del Test PIL llevado a cabo para comprobar la fiabilidad de esta versión aplicada a muestras españolas de personas de tercera edad, la viabilidad de la administración del test en forma de entrevista, y la composición factorial de la escala.

8.2. Los entrevistadores

Cinco investigadores colaboraron para administrar los cuestionarios durante esta fase de la investigación. Aparte de la autora, éstos eran cuatro estudiantes de psicología en la Universidad del País Vasco que habían mostrado interés en la gerontología. Para preparar a los investigadores, y con la intención de reducir los efectos variables por administrador, los cuatro participaron en una formación en técnicas de entrevista que incluía prácticas de role-play. En todo momento, se procuró homogeneizar las técnicas de los entrevistadores para, de esta manera eliminar de antemano los

algo pequeño.

De los 153 sujetos, 19 procedían del Centro de Día de la Fundación Matía - un centro subvencionado por el Ayuntamiento de San Sebastián que ofrece actividades diurnas, cinco días a la semana, a unas personas de la tercera edad que desean participar en el programa. Las personas de este grupo residen en sus casas particulares y acuden al servicio durante el día entre semana. La mayoría de ellos padecen enfermedades crónicas o incapacidades que son características de una edad muy avanzada.

Otros 82 sujetos procedían del Hogar del Pensionista de Rentería, un centro social y cultural donde las personas mayores acuden durante el día para tomar parte en muchas y variadas actividades. Estos sujetos también residían en su propio domicilio.

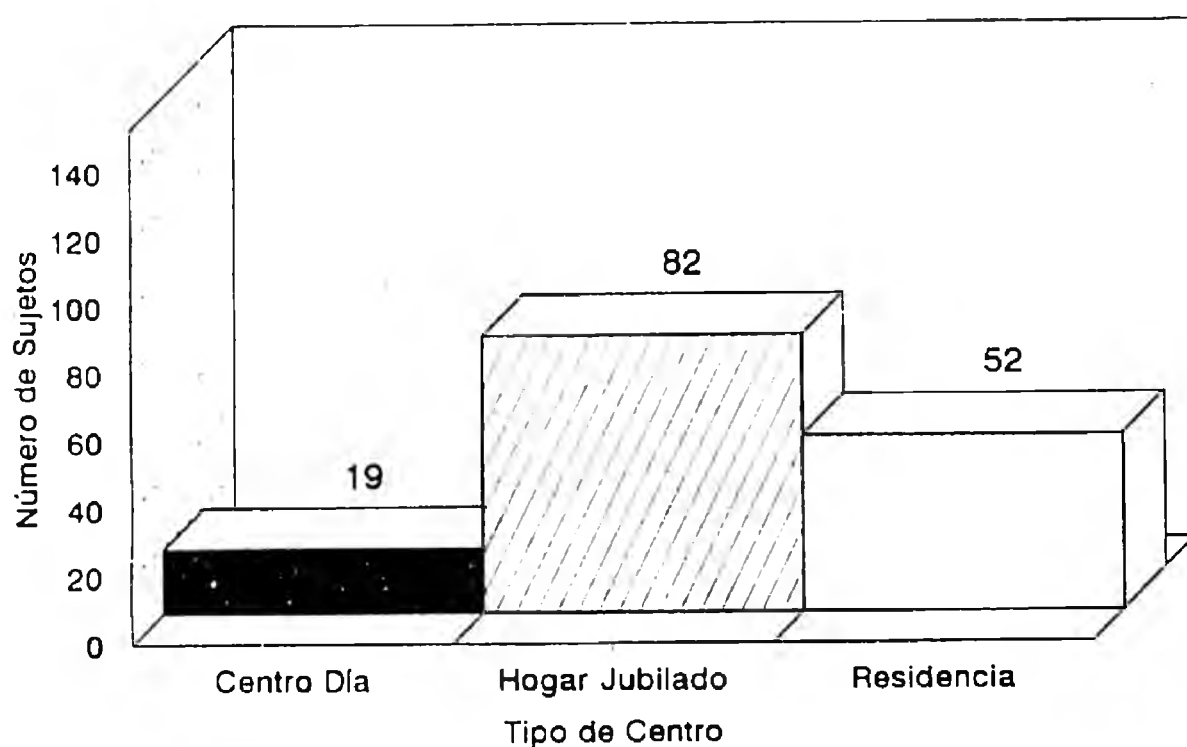
El último sub-grupo de 52 sujetos se componía de residentes del Centro Rezola de la Fundación Matía en San Sebastián, una residencia con asistencia sanitaria para ancianos con enfermedades crónicas. Todas las personas de este grupo llevaban desde unos meses hasta varios años viviendo en este centro. Y todos padecían una o varias enfermedades crónicas y/o incapacidades físicas.

En la Figura 2 se presentan los grupos de sujetos provenientes de cada centro.

En los tres centros se entrevistaron a todas las personas presentes que estaban dispuestas a participar de forma voluntaria en el estudio, con la excepción de las que,

según los criterios de los profesionales sanitarios que les atendían, padecían una demencia senil que afectaba su lucidez mental.

Figura 2. Tipo de Centro
Análisis del PIL



N = 153

En la Tabla 3 se presentan los tamaños de grupo por centro y sexo y las medias de edad de los grupos de sujetos que participaron en esta fase del estudio.

Tabla 3. Números y edades medias de la submuestra por centro y sexo.

	<u>N</u>	<u>Edad Media</u>
Mujeres	93	74,83
Varones	60	69,78
Centro de Día	19	80,00
Hogar Pensionistas	82	67,35
Residencia	52	77,11
Mujeres en Centro Día	13	81,30
Varones en Centro Día	6	77,17
Mujeres en H. Pensionistas	46	67,02
Varones en H. Pensionistas	36	67,78
Mujeres en Residencia	34	80,36
Varones en Residencia	18	71,41
Total	153	72,25

Se puede apreciar que han participado más mujeres (n=93) que varones (n=60). Este dato refleja la proporción de sexo de las personas que acuden a estos centros, y la mayor tasa de mortalidad de los varones de tercera edad en comparación con las mujeres que existe en la población en general. En cuanto a las medias de edad en cada centro, los sujetos del Hogar de Pensionistas eran algo más jóvenes que los otros dos subgrupos, aunque la media de 67 años les sitúa dentro de la clasificación de la tercera edad.

Aunque no se consideró necesario medirlo para nuestros propósitos, en general se puede resumir que el nivel de educación y clase social de los sujetos de esta muestra era bastante baja. Por otra parte, a diferencia del otro grupo de la muestra global, que se componía de enfermos en situación terminal, no todos estos sujetos padecían alguna enfermedad. Sin embargo, como ya se ha indicado, todos los

sujetos de la Residencia padecían una enfermedad o incapacidad crónica y, en cuanto a los sujetos de los otros dos centros, varios de éstos mencionaron que habían tenido enfermedades graves y, como es de esperar a estas edades, muchos de ellos padecían alguna enfermedad en el momento de la entrevista.

8.4. La administración

Se tomó la decisión de administrar el PIL en forma de entrevista debido a las características de la muestra global del estudio que incluía a algunos sujetos analfabetos y otros con dificultades físicas que les impedían rellenar un cuestionario: ceguera, incapacidades motrices, etc. Como consecuencia, esta fase del estudio tiene el doble fin de comprobar la fiabilidad de esta versión española de la escala y la viabilidad de administrar el PIL en forma de entrevista. La técnica de administración consistía en que los investigadores leían las preguntas y apuntaban las respuestas verbales dadas.

Se administró únicamente la parte A del PIL puesto que, según se especifica en el manual (Crumbaugh and Maholick, 1981), ésta es la sección adecuada para la investigación, siendo las partes B y C más apropiadas para el uso clínico.

En el Centro de Día y el Hogar de Pensionistas, las entrevistas se llevaron a cabo en un despacho donde el sujeto que se había ofrecido voluntariamente para participar en el

estudio se encontraba a solas con el entrevistador. En la Residencia se hicieron las entrevistas en la habitación de los sujetos. Los entrevistadores comenzaban la entrevista con la introducción siguiente:

Me llamo ----- . Estoy haciendo un estudio de psicología sobre las personas mayores. El objetivo del estudio es ver cómo se encuentran y cómo se puede mejorar la atención que reciben.

Si usted está de acuerdo en colaborar, me gustaría hacerle una entrevista sobre su experiencia y lo que es importante para usted. Su participación es voluntaria y usted puede cambiar de idea en cualquier momento si así lo desea. Por otra parte, la experiencia puede serle positiva como reflexión personal.

Las entrevistas se graban en magnetofón para poder analizarlas posteriormente, pero los datos son confidenciales, así que su nombre no aparecerá en el estudio. ¿De acuerdo?-

A continuación se leían las instrucciones en voz alta y se utilizaba el primer ítem como ejemplo para explicar cómo había que responder. Quizás debido al nivel cultural bajo o a la falta de experiencia con este tipo de test, al comenzar los sujetos tenían dificultades en comprender de qué forma tenían que responder de acuerdo con el formato del cuestionario. Sin embargo, al repetir el ejemplo y las instrucciones de manera más simplificada, todos terminaron por comprender y se pudo llevar a cabo las entrevistas de esta manera. Como recomendación para futuros estudios con sujetos de estas características, podría ser conveniente simplificar de antemano las instrucciones. De todas formas, el hecho de que se empleara el formato de entrevista en vez

del test escrito permitió que se solucionaran los problemas de comprensión en el momento, puesto que los entrevistados podían hacer cualquier pregunta y recibir una explicación inmediata y los entrevistadores podían captar los problemas de comprensión para corregirlos antes de continuar.

Todos los sujetos que se habían presentado completaron la entrevista. De hecho, en general los sujetos parecían estar contentos de poder participar, y daba la impresión de que se sentían importantes al ser entrevistados - agradecían y hasta se sorprendían por el hecho de que nos interesáramos por ellos, lo cual puede interpretarse subjetivamente como un indicio del grado sustancial de soledad y marginación social que actualmente padecen muchas personas mayores.

Mientras que la entrevista en sí se podría administrar con otros sujetos en un tiempo aproximado de 10 minutos, las entrevistas con estos sujetos tendían a durar bastante más, a menudo hasta tres cuartos de hora, debido aparentemente a la tendencia muy pronunciada que tenían estos sujetos de hablar ampliamente de sus vidas y de irse mucho por las ramas en lugar de centrarse en la pregunta concreta. Se instruyó a los entrevistadores para que permitieran estas desviaciones, pero cuando había alguna pausa en el discurso que intentaran hacerles volver al test diciendo, "Y con respecto a (el ítem en cuestión)" y repetían la pregunta. Cuando había que dar explicaciones, se procuraba en todo momento no influir en las respuestas.

8.5. El análisis del test

Debido a que en esta investigación se aplica esta versión española de la escala PIL por primera vez, además de aplicarla en forma de entrevista, se consideró de interés analizar la fiabilidad y la estructura factorial de esta versión.

8.5.1. El análisis factorial

Uno de los usos más comunes del análisis factorial es para analizar las características de un instrumento o método de medición dado para juzgar cómo está cumpliendo su misión...A través del análisis factorial intenta localizar áreas de posible mejora...La meta es desarrollar un instrumento de alta fiabilidad que proporcione una medida tan pura como sea posible de la construcción en cuestión. (Comfrey, 1985 pág.285)

Con este fin, se llevó a cabo un análisis factorial del PIL en el que se empleó el método de extracción de los componentes principales con rotación varimax sobre las respuestas de los 153 sujetos en los 20 ítems y cuyos resultados se presentan a continuación.

8.5.1.1. Los resultados del análisis factorial

Antes de interpretar los posibles factores que emergieron como resultado de este análisis de extracción de los componentes principales, es recomendable considerar los valores indicativos de la adecuación del empleo de la técnica

del análisis factorial con estos datos. Por lo tanto, en la Tabla 4 se presentan los valores que indican hasta qué punto las características de la matriz de correlaciones obtenida son adecuadas para la realización del análisis factorial.

El determinante de la matriz de correlaciones es un indicador del grado de las intercorrelaciones. Un determinanate muy bajo significa que hay variables con intercorrelaciones muy altas. Un valor bajo indica que los datos pueden ser adecuados para realizar un análisis factorial (Bisquerra, 1989). El valor de 0,094616, a la vez que no es alto, sobrepasa el nivel recomendado por Bisquerra. Este autor opina que un valor menor que 0,001 es aceptable para la realización del análisis factorial. Por lo tanto, habrá que interpretar los resultados de este análisis con cierta cautela.

Tabla 4. Indicis de la recomendabilidad del Análisis Factorial.

Determinante de la Matriz de Correlaciones	0,0094616
Indice de Kaiser-Meyer-Olkin - KMO	0,82594
Test de Esfericidad de Bartlett	673,44443
	Sig. 0,000
Correlación Anti-Imagen - AIC	84 (22,1%)
Medida de Adecuación de la Muestra - MSA	Todos muy >0,30

El Indice de Kaiser-Meyer-Olkin compara las magnitudes de los coeficientes de correlación observados con las magnitudes de los coeficientes de correlación parcial. El

índice KMO obtenido aquí (0,82594) se clasifica de "meritorio" en el baremo presentado por Bisquerra (1989).

El Test de Esfericidad de Bartlett comprueba la hipótesis nula de que la matriz de correlaciones es una matriz de identidad. Valores altos indican que los ítems están intercorrelacionados. En este caso el valor de 673,44443 es muy bueno y tiene un nivel de significación de 0,00000.

La Correlación Anti-Imagen es el negativo del coeficiente de correlación parcial, lo cual, a su vez, es un indicador de la fuerza de las relaciones entre dos variables eliminando la influencia de otras variables. Un elevado número de coeficientes altos en la Matriz de AIC implicaría que se debería reconsiderar la aplicación del análisis factorial (Bisquerra, 1989). En este caso hay un 22% de coeficientes que superan el 0,09%. Mientras que no es un valor muy bajo, representa un porcentaje aceptable para el análisis factorial.

La Medida de Adecuación de la Muestra se calcula para cada variable. Si los coeficientes son bajos, por ejemplo menos del 0,30, se desaconseja la aplicación del análisis factorial. En este análisis todos los valores MSA son positivos y sustancialmente superiores al 0,30. Por lo tanto, esta medida no desaconseja el análisis factorial con la variables del PIL.

Considerando el conjunto de resultados de estas comprobaciones, se decide que es aceptable llevar a cabo el

análisis factorial, aunque, como no todos los valores son de los más aconsejables, se recomendaría que en algún estudio futuro se replicara un análisis factorial ampliando el tamaño de la muestra, para, así, confirmar estos resultados. La ventaja de una muestra mayor está en la reducción de posibles influencias del azar. De hecho, Nunnally (1987) recomienda tener una proporción de sujetos 10 veces mayor que el número de variables para efectuar un análisis factorial, aunque reconoce que muchos estudios se llevan a cabo sin tener una muestra de esa proporción, y añade que un mínimo bruto de cinco sujetos por cada reactivo es aceptable. En el presente estudio la proporción es de 7,65 sujetos por reactivo, de ahí que, a la vez que se considera suficiente para el análisis de items, una replicación confirmativa en el futuro daría más seguridad a estos resultados.

Del análisis de los componentes principales surgieron siete factores con un valor propio mayor que 1,00 (Bisquerra, 1989). El conjunto de estos siete factores explicaba el 61,1% de la varianza en las puntuaciones del PIL. En la Tabla 5 se presentan los valores de los siete factores que emergieron.

Según el autor, Comrey, (1985) el número de factores interpretados en un análisis factorial debe ser varias veces menor que el número de variables, y debe haber por lo menos cinco variables indicadoras por cada factor anticipado. Debido a que el número siete es solamente 2,86 veces menor que la suma de las 20 variables del PIL, además del hecho de

que no todos los siete factores resultantes del análisis se componen de más de cinco variables indicadoras, se consideró necesario reducir el número de factores que se interpretan en este estudio.

Tabla 5. Valores de los Siete Factores.

Variable	Comunalidad	Factor	Valor Propio	Pct Var	Cum Pct
V01	0,56333	I	4,99664	25,0	25,0
V02	0,42120	II	1,65517	8,3	33,3
V03	0,68380	III	1,26276	6,3	39,6
V04	0,62003	IV	1,16426	5,8	45,4
V05	0,40533	V	1,11040	5,6	50,9
V06	0,61771	VI	1,02729	5,1	56,1
V07	0,58212	VII	1,01001	5,1	61,1

En la Tabla 5 se puede observar que el porcentaje de la varianza explicado por el factor I es sustancialmente mayor que el que explican los demás factores. De hecho, si seguimos el consejo de Comrey (1985) al tomar el 0,30 como valor mínimo aceptable para justificar la inclusión de un item en un factor, vemos que se excluirían solamente tres de las 20 variables del PIL (items 12, 14 y 15) de la definición del primer factor. Este resultado es coherente con el propósito de la construcción del test que se propone medir una única dimensión - el grado de propósito en la vida o, como polo contrario del mismo constructo, de vacío existencial (Crumbaugh y Maholick, 1969, 1981).

De los siete factores que emergieron, los tres primeros se componen de cinco o más variables. Sin embargo, un

requisito adicional que expone Comrey (1985) exige que un mínimo de tres indicadores de factor puro relativamente buenos sean necesarios para definir un factor. En este caso, el segundo posible factor que emergió de este análisis y que se compone de cinco items de cargas factoriales mayores de 0,30, (y cuatro de cargas negativas) solamente contiene dos variables puras. Por lo tanto, los datos se prestan a la definición de dos posibles factores independientes e interpretables. En la Tabla 6 se presentan las variables que definen cada factor.

Tabla 6. Variables que definen los dos factores interpretables.

Factor I

Variable	Peso
4 Mi existencia personal tiene un gran propósito y sentido*	0,69
9 Mi vida está rebosante de cosas buenas y emocionantes*	0,64
1 Suelo estar eufórico/a, entusiasmado/a*	0,62
17 Considero que mi capacidad de encontrar un sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande	0,61
20 Yo he descubierto unas metas muy claras y un propósito que me satisface*	0,61
10 Si fuera a morir hoy, sentiría que mi vida ha sido muy valiosa*	0,60
19 El enfrentarme con mis tareas cotidianas me resulta placentero y satisfactorio*	0,59
7 Después de la jubilación haría (estoy haciendo) algunas de las cosas emocionantes que siempre he querido hacer*	0,57
2 La vida me parece siempre emocionante*	0,56
11 Al pensar en mi vida siempre veo una razón por la cual estoy aquí	0,54
5 Cada día es totalmente nuevo*	0,52
6 Si pudiera elegir, me gustaría vivir siete vidas más como ésta*	0,52

Tabla 6. (Cont.)

- 8 En cuanto a lograr las metas en la vida, 0,48
he progresado hasta su plena realización*

Factor III

Variable	Peso
15 En cuanto a la muerte, estoy preparado y no tengo miedo*	0,52
14 En cuanto a libertad que tiene el hombre de elegir, creo que el hombre es totalmente libre para elegir todo en la vida*	0,52
3 En la vida tengo unas metas y objetivos muy claros*	0,48
17 Considero que mi capacidad de encontrar sentido, propósito, o misión en la vida es muy grande	0,33
11 Al pensar en la vida, siempre veo una razón por la cual estoy aquí (el otro extremo es - a menudo cuestiono el por qué de mi existencia)	-0,43

*Indica que la variable es pura.

El primer factor se podría denominar "Propósito y Satisfacción en la Vida" y contiene las variables que más directamente tratan la dimensión que el test pretende medir - sentido y propósito en la vida, además de unos items que tratan sobre la satisfacción o sentimiento hacia la vida. El segundo factor (III en el análisis) explica solamente un 6,3% de la varianza y se puede definir como una "Reflexión Filosófica". Las variables que lo componen tienen en común la existencia o no de una reflexión bastante profunda sobre cuestiones de la vida y la muerte, tales como: la asimilación de la muerte; la libertad existencial del hombre para elegir; ya no solamente el valor de la vida de una persona, sino su

propia capacidad de elaborar un sentido; y la tendencia a cuestionar y buscar explicación por la existencia.

Al proponer la definición de dos factores en el test del PIL conviene interpretar los resultados con cierta cautela puesto que el ítem 3 que figura en la definición del segundo factor con un peso de 0,48, aunque no está incluido en la definición del primer factor, también tiene cierta carga (0,33), aunque menor, en él. De esta manera, esta tercera variable "pura" que se requiere para la definición del segundo factor interpretable (Factor III), no lo es completamente, y no hay que descartar la posibilidad de que la relación entre los factores sea más bien oblícua que ortogonal, o, incluso, que el test sea unidimensional. Por otra parte, es interesante señalar que las dos variables que más pesan en el Factor III, ítems 15 y 14, constituyen dos de las tres variables que no tienen peso en el Factor I (pesos de -0,09 y -0,08 respectivamente), lo cual aporta evidencia a favor de la existencia de un segundo factor independiente del primero.

8.5.1.2. La comparación con la investigación anterior

Es interesante comparar los resultados del análisis factorial del PIL llevado a cabo para los propósitos del presente estudio con los resultados anteriormente encontrados por los autores Reker y Cousins (1979) que a su vez habían estudiado la estructura factorial del PIL. El porcentaje de

la varianza en las puntuaciones explicado por los seis factores que emergieron en el anterior estudio coincide con el 61,1% explicado por los siete factores que emergieron aquí. Además el primer factor también se describe como "Propósito en la Vida". En el estudio de Reker y Cousins, "Satisfacción con la Vida" emerge como un segundo factor independiente, mientras que forma parte del primer factor en el presente estudio. El sexto factor que interpretan Reker y Cousins se denomina "Visión de la Vida" y, aunque se compone de solamente tres variables, las dos primeras coinciden con las dos primeras variables puras del Factor III (el segundo interpretable) "Reflexión Filosófica" aquí. Por lo tanto, existe una evidencia anterior a este estudio que corrobora la existencia de los factores independientes de "Propósito en la Vida/Satisfacción con la Vida" y "Reflexión Filosófica", y que sugieren que la prueba no es unidimensional.

Reker y Cousins no han seguido los consejos de Nunnally (1987) y Comrey (1985) en el sentido de limitar el número de factores interpretables con relación al número total de variables, o un mínimo de tres variables puras en cada factor. De ahí que sea cuestionable la afirmación de la existencia de todos los seis factores independientes e interpretables que presentan. Sin embargo, puede ser interesante comparar el contenido de los seis factores suyos con todos los siete que en un principio emergieron en esta investigación. En la Tabla 7 se presentan los respectivos

items que componen los factores encontrados en los dos estudios.

Tabla 7. Factores de los dos estudios contrastados.

<u>Propósito en la Vida</u>			<u>Satisfacción con la Vida</u>	
	Rek. y Csns.	Presente	Rek. y Csns.	
Nº Factor	I	I	II	
Items (por orden peso)	1	4	11	
	2	9	16	
	9	1	6	
	5	17	4	
	19	20	12	
	10	10	10	
	6	19	14	
	8	7	17	
	4	2	20	
	20	11	--	
	--	5	--	
	--	6	--	
	--	8	--	
	--	3	--	
	--	13	--	
	--	18	--	
	--	16	--	
<u>Logro de Metas</u>				
	Rek. y Csns.	Presente		
Nº Factor	III	--		
Items (por orden peso)	3	--		
	20	--		
	8	--		
	17	--		
	4	--		
<u>Auto-Realización</u>				
	Rek. y Csns.	Presente		
Nº Factor	IV	VII		
Items (por orden peso)	13	7		
	7	16		
	8	13		
	--	12*		
	--	6*		

Tabla 7. (Cont.)

Locus de Control

N° Factor	Rek. y Csns. V	Presente II (no interpretado)
Items (por	18*	14
orden peso)	14*	16
	--	18
	--	10
	--	1
	--	3*
	--	4*
	--	20*
	--	17*

Visión de la Vida/Reflexión Filosófica

N° Factor	Rek. y Csns. VI	Presente III (segundo interpretado)
Items (por	15	15
orden peso)	14	14
	12	3
	--	17
	--	11*

Reflexión sobre la Muerte

N° Factor	Rek. y Csns. --	Presente IV
Items (por	--	15
orden peso)	--	13
	--	16*

Sentido Anterior-Presente Vacío

N° Factor	Rek. y Csns. --	Presente V
Items (por	--	12
orden peso)	--	8
	--	18*
	--	9*

Tabla 7. (Cont.)

<u>No Logro de Metas</u>		
	Rek. y Csns.	Presente
Nº Factor	--	VI
Items (por	--	11
orden peso)	--	18
	--	6*
	--	8*

 *Peso negativo

(Los círculos y cuadros indican los items del factor que coinciden en los dos estudios.)

Esta comparación del contenido de los factores en los dos estudios nos indica que hay apoyo para la existencia del factor más importante - "Propósito en la Vida", con "Satisfacción en la Vida" o incorporado o como factor independiente. También hay evidencia que apoya la existencia de los factores de "Visión de la Vida/Reflexión Filosófica" y "Locus de Control".

Por otra parte, aunque coinciden algunas variables del factor "Auto-Realización", el contenido de los dos items de carga negativa que emergieron en el presente estudio parecen contradecir el sentido interpretable de este factor. Los demás factores que no coincidieron en los dos estudios sobre el PIL son "Logro de Metas", "Reflexión sobre la Muerte", "Sentido Anterior-Presente Vacío" y "No Logro de Metas". En cuanto al factor "Sentido Anterior-Presente Vacío", sin embargo, conviene señalar un fenómeno que se ha podido observar concretamente en la población de la que procede esta muestra. Durante las entrevistas, muchas personas senectas

expresaron su opinión de que su vida había tenido sentido y había sido valiosa, pero que actualmente sentían un gran vacío existencial, con falta de sentido, metas, propósito, etc. Aparte de que esta experiencia de las personas mayores refleja un gran problemática social que merece nuestra atención, puede dar pie a cierta aparente contradicción entre las distintas respuestas dadas al PIL. Una de las ventajas de administrar el test en forma de entrevista es que nos permitió captar la explicación de estas contradicciones aparentes.

8.5.2. *La consistencia interna del PIL español*

Anteriormente se han citado los resultados de algunos estudios que han calculado el nivel de fiabilidad (es decir, la eficacia) que caracteriza el test del PIL, en los cuales se encontraron niveles aceptables (Crumbaugh y Maholick, 1964; Crumbaugh, 1968a; Reker y Cousins, 1979). Debido al hecho de que para los propósitos del presente estudio se ha traducido el test al español, se ha administrado en formato de entrevista, y se ha empleado con una población con unas características bastante particulares, que son las personas ancianas, se considera de interés empírica calcular la fiabilidad, específicamente la consistencia interna, que presenta el instrumento en estas circunstancias. De esta forma se pretende resumir la magnitud esperada de error de medición al utilizar esta versión y aplicación de la escala.

Para comprobar la fiabilidad del PIL los estudios anteriores emplearon el método de división en mitades, y Reker y Cousins (1979) también emplearon el método de test-retest. Sin embargo, el autor Nunnally (1987) recomienda el uso del coeficiente alfa como preferente sobre la división en mitades y el test-retest. La división en mitades no es adecuada cuando, al dividir el test en mitades hay menos de 20 items en cada mitad (en el PIL serían 10 y 10 items). Y en el método de test-retest se ven influidas las respuestas de la segunda administración por lo que se contestó en la primera. La fórmula que se aplica depende también del formato de las respuestas que emplea el test - en este caso escala Likert. En Rogers y Scheirer (1984) se señala que el coeficiente alfa de Cronbach es una medida apropiada para los tests que emplean múltiples formas de puntuación del item (normalmente, a veces, poco, mucho...).

Por lo tanto, se calculó el coeficiente alfa del conjunto de los 20 items del test del PIL. Se obtuvo el valor de 0,8015.

No existe una regla fija sobre el valor aceptable de fiabilidad que debe poseer un instrumento. Además, este coeficiente se ve influido por el número de reactivos y de sujetos en la muestra (se eleva tanto con un número mayor de reactivos como con una muestra mayor). En el presente estudio, la muestra no es muy grande, por lo que sería muy difícil obtener un valor muy alto del coeficiente alfa. Por otra parte, no solamente el tamaño, sino también la

homogeneidad de la muestra influye en el coeficiente de fiabilidad (Morales, 1988). Sobre este punto, tal y como hemos señalado, el propio Cronbach (1986) opina que es mejor que la muestra sea pequeña y estrictamente representativa que una simple acumulación de casos no representativos. En nuestro caso, la muestra es homogénea en cuanto a grupo evolutivo, por constituirse de personas senectas, aunque, por supuesto, puede haber diversidad en otros factores.

Aunque no existe el estándar mínimo del coeficiente alfa, repasemos las opiniones de distintos autores sobre este punto. Nunnally (1987) considera que una fiabilidad mínima de 0,70 es necesario y que 0,80 es un valor adecuado. Morales (1988) cita a algunos autores con respecto a este punto, exponiendo que Guilford (1954) propone un coeficiente de 0,50 para investigaciones básicas, y muchos tests publicados y comercializados tienen coeficientes incluso más bajos. También cita a Pfeiffer, Heslin y Jones (1976) quienes estipulan que 0,85 es el límite recomendable si se va a tomar decisiones sobre individuos (para minimizar los efectos del error típico), mientras que 0,60 es adecuado para otros usos.

Vistas las recomendaciones de estos expertos, se puede concluir que el coeficiente alfa de 0,8015 indica una fiabilidad, en cuanto a consistencia interna, buena de la versión española del PIL administrada como entrevista. Entonces, los resultados de este análisis son positivos para el empleo de este instrumento.

8.6. Conclusión

Dado que la investigación anterior sobre la validez y la fiabilidad de la versión inglesa ha producido resultados que indican que el instrumento es útil para la investigación y el uso clínico, se eligió para el uso en la presente investigación. Sin embargo, convenía mejorar la traducción al español existente de la escala, y las características de la población de enfermos crónicos y enfermos en situación terminal que nos interesa requerían su aplicación en formato de entrevista. Dadas estas modificaciones de la escala original y el hecho de que no se había aplicado en una muestra de España, se decidió comprobar la fiabilidad, en cuanto a consistencia interna, de esta versión. También aprovechamos la ocasión para obtener mayor información sobre la escala a través de un análisis factorial. Los resultados de los análisis del test son satisfactorios, de manera que se considera a este PIL en español un instrumento aceptable y eficaz para la investigación.

Capítulo 9

EL ESTUDIO PRINCIPAL: HIPOTESIS, MUESTRA Y PROCEDIMIENTO

9.1. Introducción

Una vez terminada la fase preliminar del presente estudio en la cual se pudo comprobar la fiabilidad adecuada de esta versión española del Test del PIL y la viabilidad de su aplicación en formato de entrevista con la población de la que procede esta muestra, se pasó a la fase principal de la investigación.

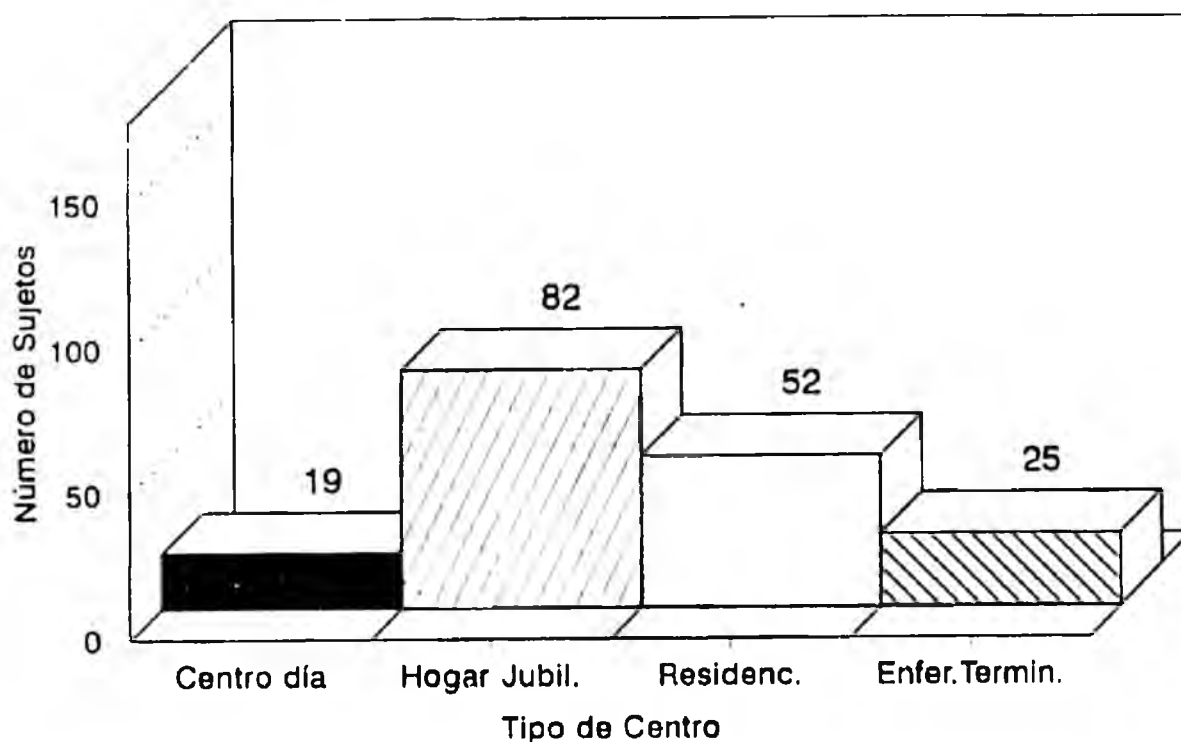
Durante esta fase se pretende explorar las relaciones existentes entre distintas variables tales como la ansiedad, especialmente la ansiedad ante la muerte, el nivel de propósito en la vida, la religiosidad, el sexo, la edad, etc.

A continuación se presenta una descripción de la muestra que participó en el estudio principal, seguido por la exposición de las hipótesis generales y específicas que, basadas en el estado actual de la investigación en este campo, se comprobarán en este estudio. Finalmente, se describirá el procedimiento metodológico de la investigación y los análisis estadísticos a los que fueron sometidos los datos generados.

9.2. Los sujetos

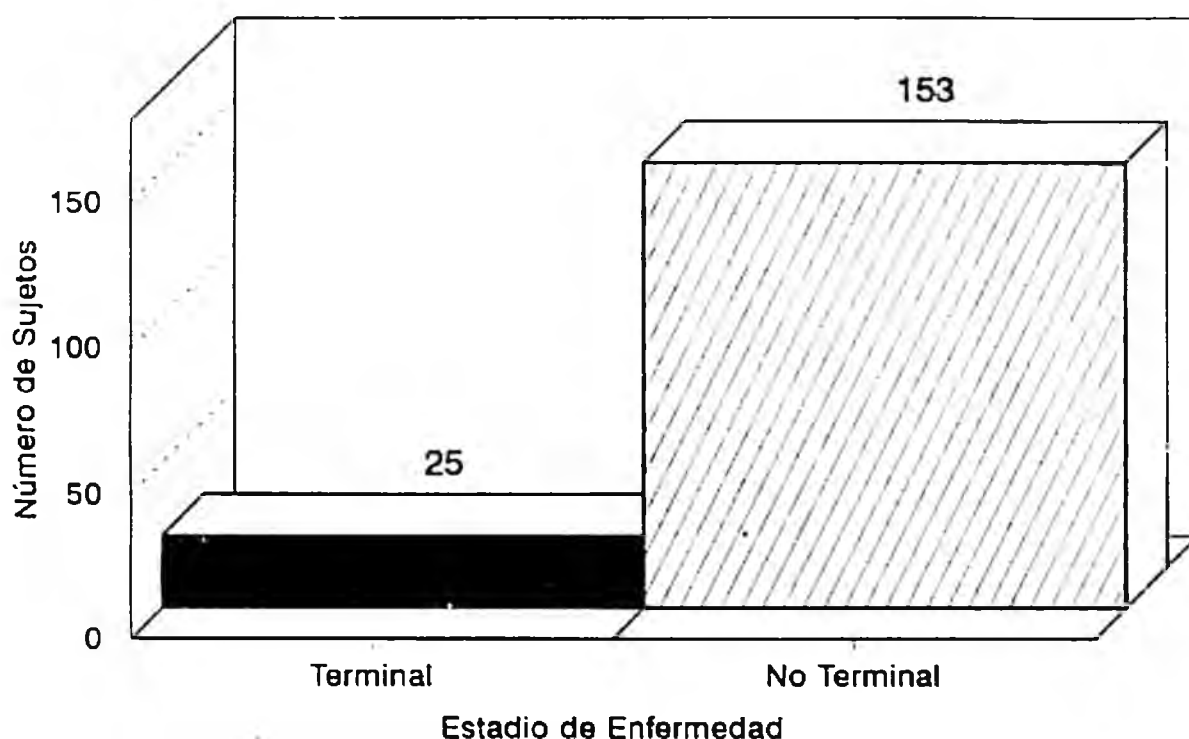
Un total de 178 sujetos participaron en el estudio principal. 153 de estos sujetos (tres de los cuatro subgrupos) formaron la submuestra de la fase piloto del estudio en el cual se analizó la versión española del PIL. Los demás 25 sujetos eran enfermos en situación terminal que estaban ingresados en el Hospital Ricardo Bermingham de la Fundación Matía en San Sebastián. En la Figura 3 se presentan los respectivos subgrupos que constituyeron la muestra global.

FIGURA 3. Variables Sociodemográficas
Tipo de Centro



De esta manera, la muestra global se divide en cuatro subgrupos: dos subgrupos de sujetos procedentes de dos centros de actividades diurnas para personas de la tercera edad; un subgrupo de sujetos que residen en un hospital de enfermedades crónicas; y un subgrupo de pacientes en situación terminal. En la Figura 4 se representa la proporción de sujetos en fase terminal en comparación con los demás sujetos.

Figura 4. Variables Médicas
Pronóstico



N = 178

Se presenta un resumen de otros datos descriptivos de la muestra global y las submuestras en la Tabla 8.

Tabla 8. Datos descriptivos de la muestra global.

	N	SEXO		EDAD		INSTRU.+
		Hombres	Mujeres	Media	Desv. Típ.	
Total	178	74	104	71	10,58	---
Cen. Día	19	6	13	80	7,29	PIL
Hogar Pens.	82	36	46	67	8,08	PIL
Resi- dencia	52	18	34	77	10,59	PIL EA*
Enf. Term.	25	14	11	69	11,54	EA

*EA = Escala de Ansiedad de Gottschalk-Gleser

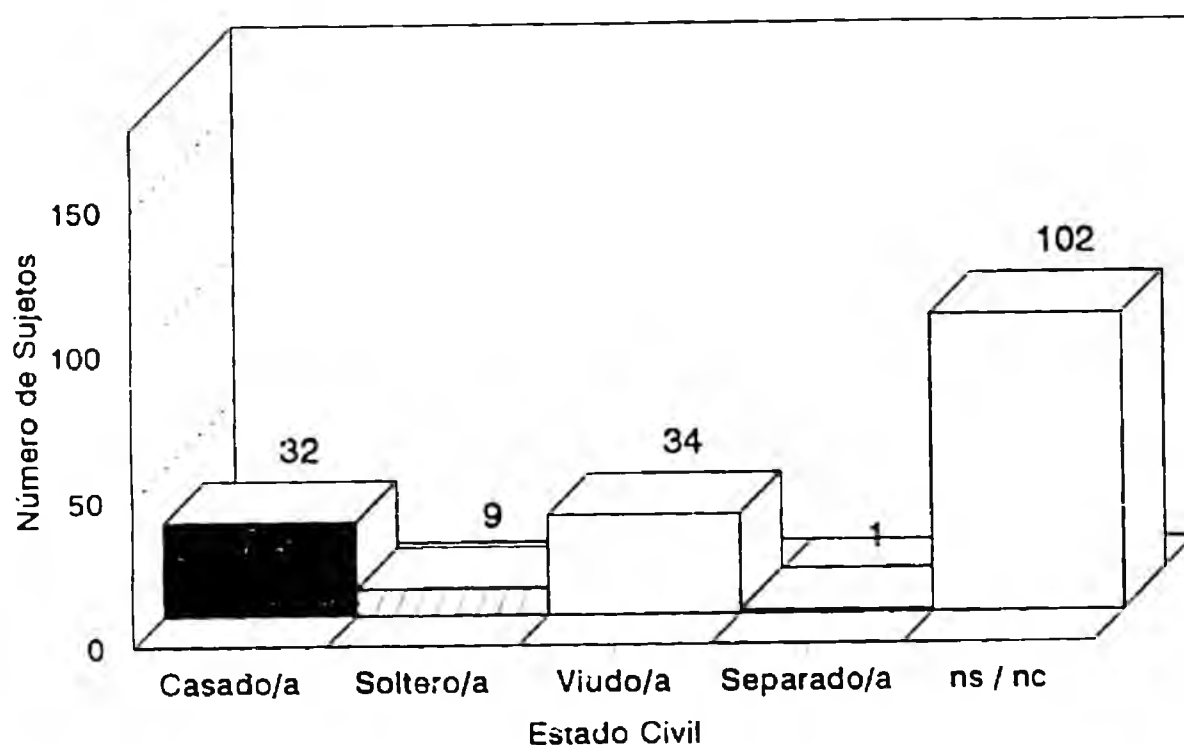
+En la columna "INSTRU." se especifican los instrumentos administrados a cada subgrupo.

El estado civil se incluyó como variable en los subgrupos de enfermos crónicos y de enfermos en situación terminal, para poder comprobar si se relacionaba de alguna manera con la ansiedad. En la Figura 5 se presentan las categorías de estado civil de estos dos grupos.

Recordamos que el primer subgrupo de 19 sujetos consiste en personas ancianas que residen en su domicilio, pero que acuden al Centro de Día de la Fundación Matía todos los días laborales donde participan en diversas actividades. Muchos de los sujetos de este grupo, y, en menor medida, bastantes del grupo del Hogar de Pensionistas, también, padecían enfermedades crónicas tales como artrósis, diabetes,

enfermedades cardiovasculares, etc., y hubo varios que utilizaban sillas de ruedas o andaban con tacataca. En este sentido, no se diferenciaban marcadamente en el factor de la salud del grupo de enfermos crónicos.

Figura 5. Variables Sociodemográficas
Estado Civil



N = 178

El segundo subgrupo de 82 sujetos se compone de todas las personas que acuden regularmente al Hogar de Pensionistas de Rentería. Este centro fue creado específicamente para recibir a la población de la tercera edad. Las personas de este subgrupo viven en su casa, pero durante el día

participan en algunas de las actividades que ofrece el centro.

En el Hogar de Pensionistas, fueron los trabajadores del centro los que pedían a los sujetos que participaran en el estudio. En el Centro de Día los entrevistadores pedían esta colaboración directamente. Todos los sujetos asentieron. A estos dos grupos de sujetos, se les administró el PIL en forma de entrevista.

El tercer subgrupo de sujetos procedía del Hospital de Enfermos Crónicos de La Fundación Matía en San Sebastián, que es una residencia de ancianos con asistencia sanitaria. Todos las 52 personas que componían este grupo padecían alguna enfermedad crónica y/o gran invalidez y residían en el hospital. En un documento de la Fundación Matía se especifica que los usuarios de este centro pueden ser personas que tienen "procesos crónicos cardio-respiratorios, osteo-articulares, neurológicos, secuelas invalidantes post-quirúrgicas, inválidos sensoriales o amputados, etc." (Fundación Matía, 1988, pág.10) Se excluyeron de participación a todos los sujetos con diagnóstico de demencia senil, para evitar que este factor de ausencia de lucidez psíquica confundiera los resultados.

A todos los demás residentes, se les pidió su colaboración de forma voluntaria. Solamente una persona se negó. A estos sujetos se les administró el PIL en forma de entrevista, tal y como se expone en el Capítulo 8. Pero a este grupo, también se añadió la medida de la pregunta sobre

su vida para el posterior análisis de contenido de la ansiedad. De esta manera, se nos permitiría explorar la relación entre el propósito en la vida y la ansiedad en estos enfermos, además de comparar el patrón de ansiedad que manifiestan con el del grupo de enfermos en situación terminal.

Un grupo de 25 enfermos en situación terminal compone el cuarto subgrupo de la muestra. Estos sujetos estaban ingresados en el Hospital de media a larga estancia de la Fundación Matía en San Sebastián y presentaban características que coincidían con la definición de enfermo en situación terminal según el médico encargado de cada caso. Con la excepción de un sujeto que padecía una mieloma terminal, todos los pacientes de este grupo tenían el diagnóstico de algún tipo de cáncer progresivo, irreversible y en estadio terminal. Todos los pacientes asintieron a participar en la entrevista.

Hubiera sido interesante contar con un subgrupo mayor de enfermos en situación terminal, pero las posibilidades eran limitadas debido al número reducido de ellos que estaban ingresados en el centro, añadido a que en varios pacientes las condiciones físicas por causa de la enfermedad impedían que pudieran participar en el estudio.

9.3. Hipótesis Generales

Los dos constructos que más nos interesan son la

ansiedad, especialmente la ansiedad ante la muerte, y el sentido o propósito en la vida. La literatura que trata sobre estos conceptos nos lleva a suponer que existe una correlación negativa entre los dos factores de tal forma que un alto nivel de ansiedad ante la muerte se relacionaría con la percepción de una vida con poco sentido y viceversa (Blazer, 1973; Durlak y Kass, 1973a; Durlak, 1973b; Templer, 1976; Bolt, 1978; Kovacs, 1982; Kelly, 1991a). También esperaríamos encontrar que las mujeres muestran mayor ansiedad y ansiedad ante la muerte que los hombres. Exploraremos, además, si existen diferencias por grupos de edad en estas variables.

Será muy interesante investigar si los enfermos en situación terminal muestran un grado distinto de ansiedad y ansiedad ante la muerte que los enfermos crónicos, y si esto varía cuando conocen el diagnóstico y pronóstico. Aunque algunos estudios anteriores han encontrado menor ansiedad ante la muerte en los enfermos en situación terminal que en otros enfermos crónicos o en personas sanas (Templer, 1971; Hendon and Epting, 1989), estas diferencias se han invertido cuando se miden niveles no completamente conscientes (Feifel et al., 1973; Feifel y Branscomb, 1973; Feifel, 1974; Smith et al., 1983). En otros estudios no han aparecido diferencias por estado de salud en ninguna de las dos direcciones (Robinson y Wood, 1983; Reed, 1986). La técnica de análisis de contenido que se aplica en el presente estudio, al medir el comportamiento verbal, mide el nivel

consciente de ansiedad; sin embargo, dado que se puntúa la negación de ansiedad como indicio de la existencia de ansiedad, (lo que Kelly denomina un "constructo sumergido") y el uso de palabras indicativas de ansiedad sin ninguna referencia consciente a uno mismo también como indicio, este instrumento, a su vez, mide unos niveles menos conscientes de ansiedad. Por lo tanto, la combinación de actitudes conscientes e inconscientes medidas por este instrumento podría dar dos posibles resultados: o la no-diferencia de la medición consciente, o la mayor ansiedad inconsciente en el grupo de enfermos en situación terminal. Ante esta duda, nos apoyamos en la investigación de Viney (1983b) que también empleó esta metodología en poblaciones parecidas, y encontró diferencias entre los niveles de ansiedad entre los dos grupos de forma que los enfermos en situación terminal revelaron mayor ansiedad ante la muerte que las demás personas mayores. Esta diferencia, a su vez, concuerda con lo que se esperaría encontrar basado en la teoría de los constructos personales, puesto que el nivel de amenaza tendría que aumentar con la cercanía de la muerte.

Como otro dato de interés para comprender el estado emocional del enfermo en situación terminal, se puede explorar la evolución del nivel de ansiedad en relación al tiempo entre la entrevista y el fallecimiento.

Por otra parte, la intuición nos lleva a hipotetizar un mayor propósito en la vida entre las personas ancianas que viven en casa en comparación con los que viven en una

residencia donde a menudo se quejan del gran vacío existencial. Además se comprobará si disminuye el nivel de propósito en la vida con el tiempo de estancia en la residencia. No se espera encontrar diferencias por sexo en el nivel de sentido de la vida, pero, se podrían encontrar diferencias por edad, de tal forma que las personas mayores experimentan menor percepción de propósito en la vida que las más jóvenes.

Otro factor de interés será las diferencias en ansiedad, ansiedad ante la muerte y propósito en la vida según el nivel de religiosidad, puesto que los estudios anteriores han revelado unos resultados un poco contradictorios en esta área (Swenson, 1961; Feifel y Nagel, 1981; Florian y Frankel, 1984; Reed, 1986b, 1986c). Basado en la investigación anterior, no se espera encontrar una mayor religiosidad entre los enfermos en situación terminal que en los enfermos crónicos (Feifel, 1974; Reed, 1986; Baugher et al., 1989).

Se aprovechará la oportunidad de comprobar si el estado civil influye en la ansiedad de los enfermos en situación terminal y en la ansiedad y propósito en la vida de los enfermos crónicos.

9.4. Hipótesis Específicas

A continuación se exponen las hipótesis empíricas específicas que apoyan las suposiciones básicas de la presente tesis doctoral. Las hipótesis fueron

operacionalizadas posteriormente para que se pudieran comprobar empíricamente a través del análisis estadístico.

1. Se propone la hipótesis de que los niveles de ansiedad y ansiedad ante la muerte variarán significativamente por propósito en la vida.

1,1 Habrá un efecto principal significativo en el sentido de que los enfermos crónicos que presentan un alto grado de propósito en la vida demostrarán tener menos ansiedad ante la muerte que los que manifiestan tener menos propósito en la vida.

1,2 Habrá un efecto principal significativo en el sentido de que los enfermos crónicos que presentan un alto grado de propósito en la vida demostrarán tener menos ansiedad general que los sujetos que manifiestan tener poco propósito en la vida.

2. Se propone la hipótesis de que los niveles de ansiedad y ansiedad ante la muerte variarán significativamente por la situación de terminalidad.

2,1 Habrá efectos principales significativos por la situación de terminalidad en la ansiedad ante la muerte en la dirección de que los enfermos en situación terminal tendrán mayor ansiedad ante la muerte que los enfermos crónicos.

2,2 Habrá efectos principales significativos por la situación de terminalidad en la ansiedad general en la dirección de que los enfermos en situación terminal tendrán mayor ansiedad general que los enfermos crónicos.

3. Se propone la hipótesis de que los niveles de ansiedad ante la muerte, ansiedad general, y propósito en la vida variarán significativamente por el factor de religiosidad.

3,1 La puntuación de ansiedad ante la muerte variará significativamente con la religiosidad en el subgrupo de enfermos en situación terminal.

3,2 La puntuación de ansiedad ante la muerte variará significativamente con la religiosidad en el subgrupo de enfermos crónicos.

3,3 La puntuación de ansiedad general variará significativamente con la religiosidad en el subgrupo de enfermos en situación terminal.

3,4 La puntuación de ansiedad general variará significativamente con la religiosidad en el subgrupo de enfermos crónicos.

3,4 Habrá una correlación positiva significativa entre la religiosidad y el nivel de propósito en la vida en la

submuestra de enfermos crónicos.

4. Se propone la hipótesis de que el nivel de propósito en la vida variará significativamente por los factores independientes de lugar de residencia, tiempo en residencia, y edad.

4,1 Habrá un efecto principal significativo en propósito en la vida por el lugar de residencia en el sentido de que los sujetos que viven en la residencia de enfermos crónicos revelarán tener menor nivel de propósito en la vida que los grupos del centro de día y el hogar de pensionistas que residen en sus propios hogares.

4,2 Habrá una correlación negativa significativa entre propósito en la vida y tiempo en la residencia en el subgrupo de enfermos crónicos.

4,3 Habrá un efecto principal significativo en propósito en la vida por el factor de edad en la dirección de que los sujetos mayores informarán tener menor propósito en la vida que los sujetos más jóvenes.

5. Se propone la hipótesis de que los niveles de ansiedad ante la muerte y ansiedad general variarán significativamente por el factor independiente de sexo.

5,1 Habrá un efecto principal significativo en ansiedad ante la muerte por el factor de sexo en la dirección de que las mujeres informarán tener mayor ansiedad ante la muerte que los hombres.

5,2 Habrá un efecto principal significativo en ansiedad general por el factor de sexo en la dirección de que las mujeres informarán tener mayor ansiedad general que los hombres.

9.5. Lista de variables

A continuación se alistan todas las variables que se han medido en el estudio. No todas se han medido en todos los sujetos de los cuatro grupos.

1. Propósito en la Vida - (medido en los enfermos crónicos, Centro de Día y Hogar de Pensionistas)
2. Ansiedad general - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)
3. Ansiedad ante la muerte - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)
4. Ansiedad de mutilación - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)
5. Ansiedad de separación - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)
6. Ansiedad de culpa - (enfermos crónicos y enfermos en

situación terminal)

7. Ansiedad de vergüenza - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)

8. Ansiedad difusa - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)

9. Sexo - (todos los grupos)

10. Edad - (todos los grupos)

11. Centro - (todos los grupos)

12. Tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la entrevista - (enfermos en situación terminal)

13. Tiempo hasta el fallecimiento - (enfermos en situación terminal)

14. Tiempo en la residencia - (enfermos crónicos)

15. Religiosidad - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)

16. Entrevistador - (Centro de Día y Hogar de Pensionistas, en los otros dos grupos la investigadora era la única entrevistadora)

17. Régimen de vida - (enfermos en situación terminal) Se diferenciaba entre tres niveles: los sujetos que vivían solos, con familia, o en una residencia.

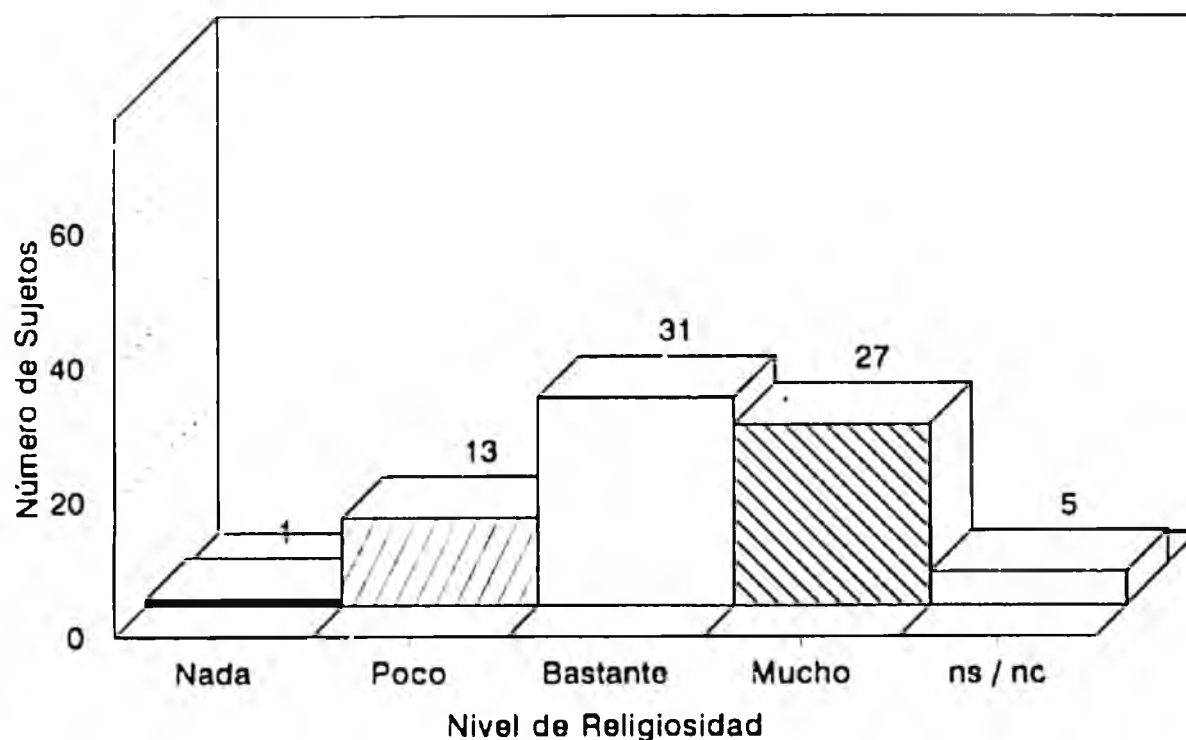
18. Estado civil - (enfermos crónicos y enfermos en situación terminal)

19. Conocimiento del diagnóstico - (enfermos en situación terminal)

Puesto que puede ser interesante conocer la distribución

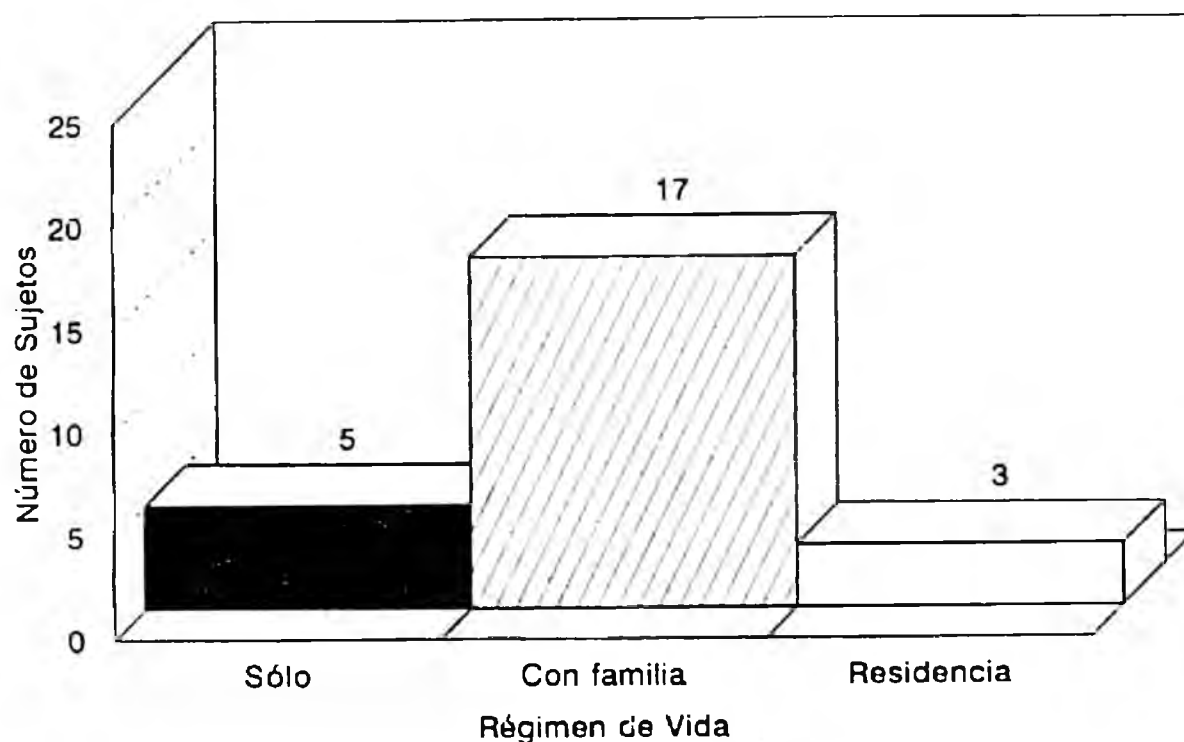
de los sujetos en distintos niveles de algunas de estas variables, a continuación se presentan algunas figuras que reflejan estos datos. En la Figura 6 se puede observar la distribución de sujetos por la variable religiosidad. Tal y como reflejan estos datos, el nivel más frecuente era mediano, "bastante religioso". Solamente un sujeto se identificó como "nada religioso", mientras que, en contraste, 27 sujetos se situaron en el otro extremo, identificándose como muy religiosos.

Figura 6. Religiosidad
Residentes y Enfermos en Situación Terminal



En la Figura 7 se presenta la distribución de la variable "régimen de vida" que se midió en el subgrupo de enfermos en situación terminal. Se puede observar que la gran mayoría de estos sujetos residían con otras personas de la familia.

Figura 7. Variables Sociodemográficas
Régimen de Vida de los Enfermos

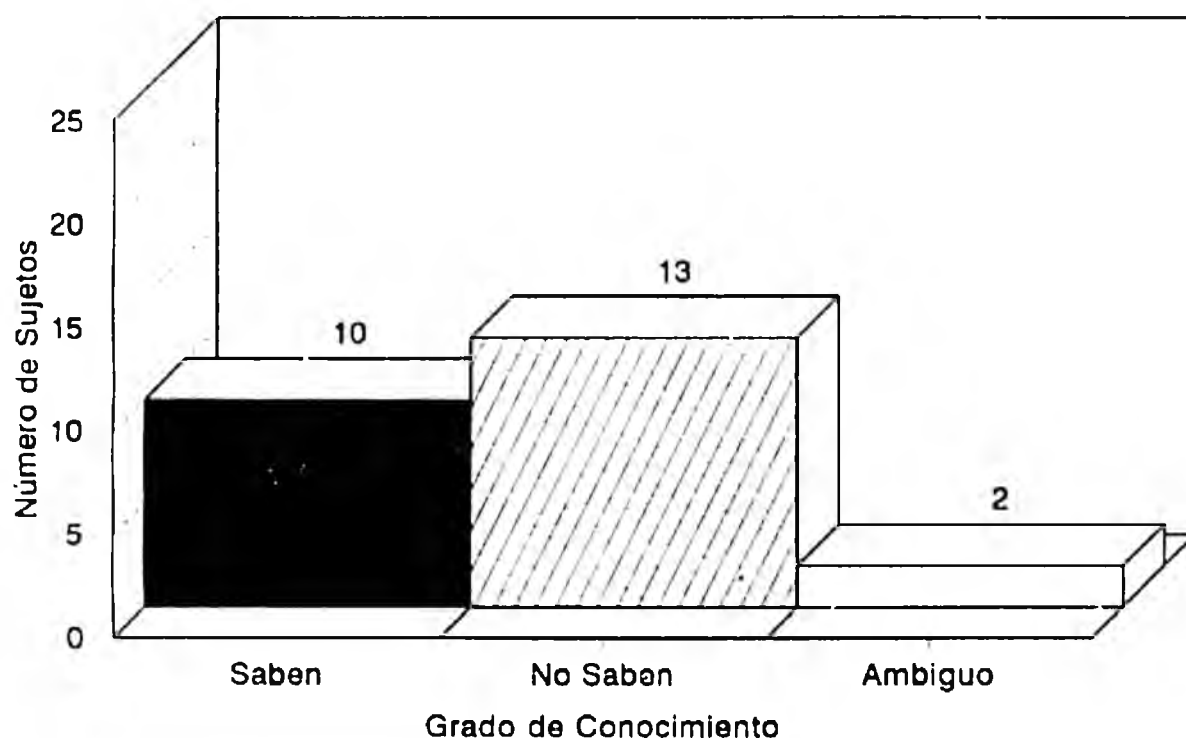


N = 25

Finalmente, en la Figura 8 se puede contemplar la distribución de la variable "conocimiento del diagnóstico" que se midió en el grupo de enfermos en situación terminal. Dado la práctica frecuente tanto en el ambiente sanitario como en el familiar de no informar al enfermo en situación

terminal sobre su enfermedad o estado real, tal y como reflejan nuestros datos, suele haber muchos pacientes ingresados que desconocen su situación. En este subgrupo los números de los que la conocen y de los que la desconocen están bastante igualados. Y hay dos sujetos que manifiestan ambigüedad en este sentido.

Figura 8. Variables Médicas
Conocimiento del diagnóstico



N = 25

9.6. Definiciones operacionales de las Variables

1) Ansiedad General: La ansiedad expresada verbalmente y medida por la Escala de Ansiedad del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

2) Ansiedad ante la Muerte: La ansiedad ante la muerte expresada verbalmente y medida por la Subescala de Ansiedad ante la Muerte del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

3) Ansiedad de Mutilación: La ansiedad de mutilación expresada verbalmente y medida por la Subescala de Ansiedad de Mutilación del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

4) Ansiedad de Separación: La ansiedad de separación expresada verbalmente y medida por la Subescala de Ansiedad de Separación del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

5) Ansiedad de Culpa: La ansiedad de culpa expresada verbalmente y medida por la Subescala de Ansiedad de culpa del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

6) Ansiedad de Vergüenza: La ansiedad de vergüenza expresada verbalmente y medida por la Subescala de Ansiedad de

Vergüenza del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

7) Ansiedad Difusa: La ansiedad difusa expresada verbalmente y medida por la subescala de Ansiedad Difusa del método de Análisis del Contenido de Gottschalk-Gleser.

8) Propósito en la Vida: El grado en que se percibe que la propia vida tiene un propósito o sentido, medido con el Test de Propósito en la Vida de Crumbaugh y Maholick.

9) Enfermos en Situación Terminal: Enfermos ingresados en el hospital que: padecen un cáncer que está avanzando; cuyos tratamientos específicos curativos han terminado; tienen un pronóstico médico de vida inferior a seis meses.

10) Enfermos Crónicos: Personas que por su edad avanzada más su estado de salud residen en la residencia de ancianos para enfermos crónicos que admite personas mayores que padecen o una enfermedad crónica no curable o un grado de impedimento físico.

11) Personas Ancianas: Las personas que participan en servicios creados para atender a las personas de edades avanzadas, tales como: una residencia de ancianos; un centro de día para personas de la tercera y cuarta edad; un hogar de jubilados, etc.

12) La Religiosidad: Grado de religiosidad medido a través del auto-informe en respuesta a la pregunta directa: -¿Usted se considera una persona religiosa? ¿Hasta qué punto - nada, un poco, bastante, mucho?-

13) Conocimiento de la Situación Terminal: Enfermos en situación terminal que habían expresado claramente al equipo médico que sabían que no se iban a curar y que la enfermedad les iba a llevar a la muerte en contraste con los enfermos que no lo habían expresado. Los ambíguos eran los que el equipo médico consideraba que mostraban ambivalencia o fluctuaciones en la manifestación de su conocimiento. (Es frecuente, por ejemplo, que los enfermos fluctúen en el grado de negación manifestado según el momento o la persona que está presente.)

9.7. El procedimiento

Se han descrito anteriormente las dos medidas empleadas en el presente estudio. Como se expone en la sección sobre la fase de análisis de la versión española del PIL, se administró el PIL en forma de entrevista a tres de los subgrupos de sujetos (Centro de Día, Hogar de Pensionistas, y Residencia de Enfermos Crónicos). El procedimiento inicialmente planificado incluía, además, la administración de la pregunta abierta con análisis de contenido al subgrupo de enfermos crónicos en la residencia, más la administración

del PIL y la pregunta abierta a los enfermos en situación terminal. De esta manera, se permitiría comparar los dos grupos en los factores de propósito en la vida y ansiedad. Además, se podría comprobar la posible correlación negativa entre nivel de propósito en la vida y ansiedad tanto en los enfermos en situación terminal como en los enfermos crónicos.

Sin embargo, por razones de ética se tuvo que modificar la metodología y descartar, después de algunas pruebas, el uso del PIL con los enfermos en situación terminal. Aunque algunos tests de este tipo se han empleado con esta población en otros estudios previos, encontramos que las preguntas que contiene sobre la muerte impactaban emocionalmente de forma negativa a estos enfermos. Quizás sea debido a una diferencia cultural entre la cultura española y la de Los Estados Unidos o Australia donde se han llevado a cabo otras investigaciones parecidas. Es cierto que en España los enfermos normalmente no están informados de su situación y el tabú de hablar abiertamente sobre la muerte tiene bastante fuerza actualmente en la sociedad. Por lo tanto, se recomienda a otros investigadores que procedan con cautela a la hora de emplear instrumentos que hacen una referencia clara a la muerte en estudios con esta población de sujetos. Por otra parte, no se observaron reacciones negativas en absoluto en los grupos de ancianos.

Finalmente se emplearon la pregunta abierta y el PIL a los residentes y solamente la pregunta abierta a los enfermos en situación terminal. En estos dos grupos fue únicamente la

autora que llevó a cabo las entrevistas (los estudiantes entrevistadores habían colaborado en el Centro de Día y el Hogar de Pensionistas).

A los residentes y enfermos en situación terminal, también se les hizo, al final de la entrevista, la siguiente pregunta sobre su religiosidad: -¿Usted se considera una persona religiosa? ¿Hasta qué punto - nada, un poco, bastante, mucho?-

Los dos subgrupos de sujetos participaron de forma voluntaria, fueron entrevistados en su habitación y, con su permiso, se grabaron las entrevistas en magnetofón.

9.8. El tratamiento de los datos

Mientras que los datos demográficos y las respuestas al PIL y sobre la religiosidad se apuntaban en el momento, hubo que transcribir posteriormente las respuestas a la pregunta abierta que habían sido grabadas.

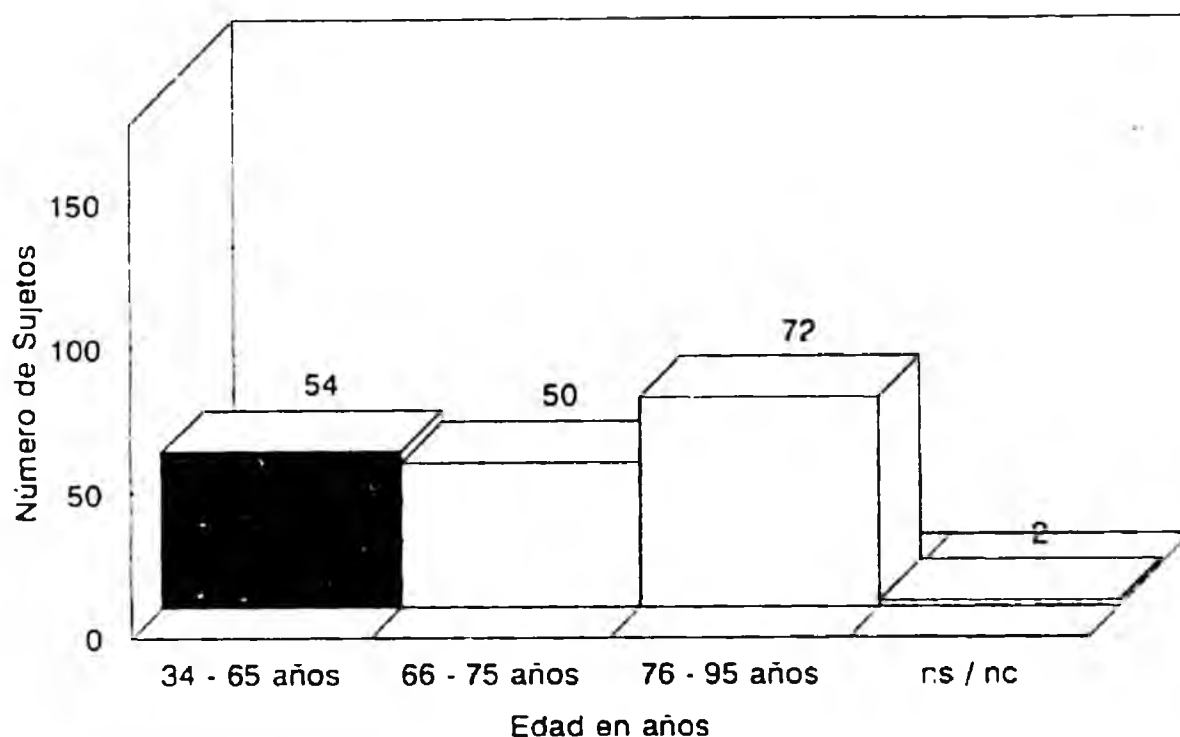
A la hora de llevar a cabo el análisis de contenido, se procuró reducir el efecto de subjetividad y diferencias por puntuador y de esta forma mejorar la fiabilidad del análisis (Gottschalk y Gleser, 1969) de la siguiente manera. Las transcripciones fueron puntuadas por dos personas, la investigadora y la psicóloga colaboradora trabajando juntas. Cuando aparecían discrepancias, éstas se discutían y se llegaba a un acuerdo sobre la puntuación.

Para facilitar el análisis de la variable Edad, se

crearon tres subgrupos de edad con parámetros basados en las etapas de desarrollo del adulto que describió Rowland (1986) en relación con el trabajo en el área de psico-oncología por una parte, y en el número de sujetos de cada grupo de la muestra por otra. En su trabajo sobre las etapas de desarrollo del adulto y su ajuste psicológico al cáncer, Rowland diferenció las siguientes etapas: 19-30 años; 31-45 años; 46-65 años; 66+ años. En cada etapa varían las metas y tareas personales, sociales y biológicas del adulto, y este hecho, a su vez, afectará su proceso de afrontamiento de la enfermedad de cáncer. Para el presente estudio, se creó un grupo los más jóvenes que incluía las edades de 34-65 años (n=54). No se diferenció la etapa de 31-45 de Rowland al haber solamente dos sujetos de la muestra global que ocupaban esta categoría. Nos pareció conveniente respetar el límite de los 65 años debido a que implica un cambio vital muy importante en el hecho de la jubilación laboral. Los otros dos subgrupos de edades no vienen especificados por Rowland. Son de 66-75 años (n=50) y de 76-95 años (n=72). En la Figura 9 se presentan los grupos destruidos por las categorías de edad.

A continuación se pasó al análisis estadístico de los datos recogidos.

Figura 9. Variables Sociodemográficas
Edad



N = 178

9.8.1. Los análisis estadísticos aplicados

A continuación se presentan los diversos análisis estadísticos a los que fueron sometidos los datos generados. En todos los casos, los análisis fueron llevados a cabo con el paquete informático del SPSS.

9.8.1.1. El análisis de la varianza

Dado que nos interesaba contrastar los niveles de las

variables de diversos tipos de ansiedad y de propósito en la vida en diferentes grupos de sujetos, se eligió la fórmula de análisis de la varianza (ANOVA) que permite comparar las medias de más de dos grupos simultáneamente (Bisquerra, 1987). Este método bivariable de tipo explicativo sirve para intentar justificar y fundamentar las hipótesis que se pretenden validar empíricamente aquí. Puesto que los subgrupos contenían diferentes números de sujetos, se aplicó el modelo no equilibrado. Aunque Bisquerra señala que grandes diferencias entre los tamaños de las muestras pueden producir distorsiones en el ANOVA que hagan variar los resultados, nosotros consideramos que la diferencia de N's no es tan sustancial como para distorsionar los resultados. Por otra parte, el ANOVA es una prueba robusta, lo cual implica que no se ve muy afectada por el no cumplimiento riguroso de los supuestos paramétricos (Bisquerra, 1989a).

Consideramos que existe independencia entre los factores que se miden; y la muestra total de comparación es siempre paramétrica (con más que 30 sujetos). Por lo tanto, se cumplen los criterios para la aplicación de la prueba (Bisquerra, 1987).

Para averiguar las direcciones de las diferencias encontradas y determinar su nivel de significación, se aplicó el método Scheffé como buen método de comparaciones múltiples de medias.

9.8.1.2. El análisis multivariable de la varianza

Hubo comparaciones en las cuales interesaba contrastar más de una variable dependiente. En esos casos se recurrió al análisis multivariable de la varianza (MANOVA) para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas entre varios factores, cada uno de ellos con diversos grupos, en base al conjunto de variables dependientes (Bisquerra, 1987).

9.8.1.3. La correlación

Dado que son numerosas las variables medidas, contando con algunas variables sociodemográficas, varias puntuaciones de ansiedad, propósito en la vida, religiosidad, etc., convenía explorar muchas posibles relaciones entre ellas tanto dentro de subgrupos específicos como en la muestra global. Es decir, nos interesaba averiguar la manera en que cada variable variaba con cada una de las otras. Esta posibilidad nos la ofrecen las fórmulas de correlación.

En los casos en los que se comparaban dos variables cuantitativas, la fórmula aplicada era el coeficiente de correlación de Pearson (r) (Amon, 1981).

Cuando se comparaban una variable continua con una dicotómica, se aplicó el Coeficiente de Correlación Biserial Puntual (r_{bp}).

9.9. Conclusión

En este capítulo hemos detallado la metodología aplicada en el estudio principal de la tesis, proponiendo las hipótesis a comprobar, y describiendo la muestra, las variables medidas, el procedimiento de recogida de datos y el posterior análisis de tales datos. Ahora pasaremos al Capítulo 10 donde se presentarán los resultados hallados.

Capítulo 10

LA PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

10.1. Las diferencias entre grupos

10.1.1. *El propósito en la vida*

Para comprobar la hipótesis 4,1 que predice que los ancianos que residen en su domicilio (sujetos provenientes del Centro de Día y del Hogar de Pensionistas) tendrán mayor propósito en la vida que las personas mayores que viven en una residencia, se llevó a cabo un análisis de la varianza unidireccional.

De acuerdo con la hipótesis, existen unos efectos principales muy significativos en nivel de propósito en la vida por el centro ($F=14,96$; $g.l=152$, $p<0,0000$). La prueba de Scheffé se empleó para señalar entre cuales de los tres subgrupos se encontraban esta diferencias y su dirección. Se reveló que el grupo de residentes ($x \text{ PIL} = 85,94$) tenían significativamente menos propósito en sus vidas tanto en relación al grupo del Centro de Día ($x = 105,83$) como al grupo del Hogar de Pensionistas ($x = 100,89$). Por lo tanto, la hipótesis 4,1 está confirmada.

Aunque, basado en la investigación anterior, no se esperan encontrar que el factor sexo influyera en el nivel de

propósito en la vida, se ejecutó otro ANOVA para comprobar si existían estas diferencias. Los resultados confirmaron que no había diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en nivel de propósito en la vida ($F=0,00$; g.l=152; $p=0,97$).

De acuerdo con la hipótesis 4,3, se consideró interesante comprobar la posibilidad de que el nivel de propósito en la vida variara según la edad de los sujetos en el sentido de que los sujetos mayores tendrían menos propósito en la vida que los más jóvenes. Con este fin, se llevó a cabo otro análisis de la varianza oneway comparando los tres grupos de edades.

Los resultados indicaron que existían unos efectos principales significativos en nivel de propósito en la vida según la edad ($F=4,24$; g.l=150, $p=0,016$). La prueba de Scheffé reveló que el grupo de sujetos de edades más avanzadas (76-95 años, x PIL = 86,83) tenían significativamente menos propósito en la vida que el grupo de los más jóvenes (34-65 años, x PIL = 95,98), confirmando la hipótesis 4,3. Por otra parte, aunque no alcanzó el nivel de significación la diferencia entre el grupo intermedio y los sujetos mayores, es interesante notar que las medias en el PIL son parecidas en los grupos joven y mediano, y contrasta mucho con la media del grupo mayor ($x_1 = 95,98$; $x_2 = 95,12$; y $x_3 = 86,83$ respectivamente), lo cual sugiere que la percepción de sentido o propósito en la vida tal vez disminuya alrededor de los setenta y cinco años de edad.

Otro análisis de la varianza se hizo para comprobar si el estado civil influye en la percepción de propósito en la vida. Sin embargo, los resultados no fueron significativos ($F = 0,2304$; g.l=50, $p=0,63$).

10.1.2. La Ansiedad

Se expusieron las hipótesis de que los enfermos en situación terminal se diferenciarían de los enfermos crónicos en nivel de ansiedad general y ansiedad ante la muerte (hipótesis 2,1 y 2,2 respectivamente). Para comprobar estas expectativas se llevó a cabo un MANOVA. Los resultados se presentan en la Tabla 9.

Tabla 9. MANOVA de ansiedad general y ansiedad ante la muerte por centro.

Univariate F-tests with (1,68) D.F.

Variable	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
Ansiedad General	0,20	118,40	0,20	1,74	0,12	0,73
Ansiedad Muerte	0,49	240,02	0,49	3,53	0,14	0,710

* $p \leq 0,05$

Como se puede observar, los enfermos en situación terminal no se diferenciaban de los residentes en niveles de ansiedad general ni en ansiedad ante la muerte. De esta manera, no se

confirmaron las hipótesis 2,1 y 2,2.

A continuación se comprobó el posible efecto de la edad en niveles de los distintos tipos de ansiedad. En la Tabla 10 se presentan los resultados de un análisis multivariable de la varianza en el que las variables dependientes fueron las puntuaciones en las sub-escalas de ansiedad y la variable independiente fue la edad.

Tabla 10. MANOVA de ansiedad por edad.

Univariate F-tests with (2,65) D.F.

Ansiedad	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
Separación	22,76	437,63	11,38	6,73	1,69	0,19
General	5,59	108,19	2,79	1,66	1,68	0,19
Muerte	27,78	210,18	13,89	3,23	4,29	0,02*
Mutilación	13,62	251,64	6,81	3,87	1,76	0,18
Culpa	2,12	39,50	1,06	0,61	1,74	0,18
Vergüenza	1,35	762,03	0,67	11,72	0,06	0,94
Difusa	21,92	878,68	10,96	13,52	0,81	0,45

* $p \leq 0,05$

La edad de los sujetos no influyó significativamente en los diversos tipos de ansiedad que experimentaban, con la excepción de en la ansiedad ante la muerte, que varió significativamente por edad. El sentido de esta diferencia se explorará en la sección sobre análisis de correlaciones.

Finalmente, otro MANOVA fue llevado a cabo para comprobar si el sexo influyó en los diversos tipos de ansiedad (hipótesis 5,1 y 5,2). Los resultados de este análisis se exponen en la Tabla 11.

Tabla 11. MANOVA de ansiedad por sexo.

Univariate F-tests with (1.68) D.F.

Ansiedad	Hypoth. SS	Error SS	Hypoth. MS	Error MS	F	Sig. of F
Separación	10.63	493.68	10.63	7.26	1.46	0.23
General	0.47	118.13	0.47	1.74	0.27	0.60
Muerte	2.93	237.58	2.93	3.49	0.83	0.36
Mutilación	0.02	267.15	0.02	3.93	0.00	0.95
Culpa	2.54	39.26	2.54	0.58	4.40	0.04*
Vergüenza	2.96	943.01	2.96	13.87	0.21	0.65
Difusa	22.39	885.76	22.39	13.03	1.72	0.19

* $p \leq 0,05$

Los resultados indican que los niveles de ansiedad general y de ansiedad ante la muerte no fueron significativamente mayores en las mujeres que en los hombres. Por lo tanto, se descartan las hipótesis 5,1 y 5,2, y no se puede constatar diferencias en la ansiedad general ni en la ansiedad ante la muerte por el factor sexo. Sin embargo, fue en la escala de culpa donde aparecieron diferencias significativas por el factor sexo. La dirección de esta

relación se explorará en la sección de análisis de las correlaciones. Las puntuaciones en las restantes sub-escalas de ansiedad no variaron significativamente con el sexo.

10.2. Las correlaciones entre variables

Además de comparar las diferencias existentes entre los grupos, el análisis de las relaciones entre las variables que se midieron en cada subgrupo aportará unos resultados de gran interés que permitirán comprobar algunas de las hipótesis propuestas. A continuación se presentan los resultados hallados en los análisis de correlaciones de Pearson a los que fueron sometidos los datos.

10.2.1. Los enfermos en situación terminal

Las correlaciones Pearson entre todas las variables medidas con los enfermos en situación terminal dieron los siguientes resultados.

10.2.1.1. La ansiedad asociada con otras variables

En el primer lugar, se encontró que la dirección de la diferencia en nivel de culpa según el sexo que se ha presentado anteriormente indica que las mujeres expresaron mayor culpabilidad que los hombres ($r_{bp} = -0,52$, $p = 0,006$). En concordancia con los resultados citados en la sección

anterior, las correlaciones entre el sexo y las otras escalas de ansiedad no fueron significativas.

En cuanto a las escalas de ansiedad y otras variables, apareció una correlación negativa significativa entre la ansiedad difusa y la edad ($r=-0,39$, $p=0,03$) indicando que a mayor edad el sujeto expresaba menor ansiedad difusa. Otra correlación significativa muy interesante se dió entre la ansiedad de mutilación y el tiempo transcurrido desde el diagnóstico ($r=0,53$, $p=0,005$). Indica que los sujetos que fueron diagnosticados de su enfermedad con un espacio temporal mayor hasta que se realizó la entrevista tenían más ansiedad sobre la mutilación de su cuerpo.

Una relación de mucho interés para el presente estudio (hipótesis 3,1) se encontró entre la ansiedad ante la muerte y la religiosidad ($r=0,41$, $p=0,03$). La correlación positiva indicó que los enfermos en situación terminal que se identificaban como más religiosos expresaba mayor ansiedad ante la muerte que los menos religiosos.

Por otra parte, la hipótesis 3,3 que predecía otra relación significativa entre la ansiedad general y la religiosidad no se confirmó ($r=0,09$, $p=0,35$).

Un resultado que interesa mucho señalar tiene que ver con las diferencias en niveles y tipo de ansiedad según si los sujetos conocen su diagnóstico o no. Apareció una correlación positiva significativa entre la vergüenza y el conocimiento ($r_{tp}=0,36$, $p<0,05$), indicando que los enfermos en situación terminal que desconocen su diagnóstico sienten

más vergüenza que los que lo conocen. Por otra parte, los enfermos que conocían su diagnóstico expresaban mayor culpabilidad que los que lo ignoraban ($r_{bp} = -0,46$, $p = 0,01$).

Una información adicional que ofrecieron las correlaciones se trata de las diversas correlaciones entre las seis sub-escalas de ansiedad y la escala global de ansiedad general. En la Tabla 12 se presentan estos datos.

Tabla 12. Correlaciones entre las sub-escalas de ansiedad y la ansiedad general en la submuestra de enfermos en situación terminal.

		Muerte	Muti.	Separ.	Culpa	Verg.	Difusa
Ansiedad General	r	0,13	0,29	0,33	0,06	0,72	0,79
	p	0,28	0,09	0,06	0,40	0,00*	0,00*

* $p \leq 0,05$

Las correlaciones presentadas en la Tabla 12 nos permiten comprobar que son las sub-escalas de ansiedad difusa, seguida por vergüenza las que más contribuyen a la puntuación global de ansiedad general. Esto significa que de los seis tipos de ansiedad medidos, los sentimientos más frecuentemente expresados por los enfermos en situación terminal consistían en ansiedad difusa y vergüenza. Los sentimientos que menos se expresaron fueron la culpa, seguido por la ansiedad ante la muerte. Es posible que la poca expresión de esta última cuando la muerte está tan cerca sea una señal del funcionamiento de un mecanismo de defensa.

Conviene señalar aquí que las puntuaciones en las sub-escalas son independientes unas de otras en este método de análisis de contenido. Solamente se permite la posibilidad de puntuar una cláusula en más de una sub-escala cuando reúne los requisitos tanto de ansiedad ante la muerte en referencia a la muerte de otra persona y ansiedad de separación (Gottschalk et al, 1969, pág.33). Por otra parte, existirán intercorrelaciones entre respuestas a una y otra sub-escala.

10.2.1.2. Otras Relaciones

Unas relaciones adicionales encontradas entre las variables medidas en este subgrupo se trata del número de palabras con la que contestaron a la pregunta abierta. Las personas más religiosas ($r=0,46$, $p=0,02$), las que conocían su diagnóstico ($r_{tp}=-0,56$, $p=0,00$) y las que expresaban más sentimiento de culpa ($r=0,56$, $p=0,00$) hablaban significativamente más ante el estímulo de la pregunta. Pero es posible que estas correlaciones con el número de palabras estén sesgadas por la respuesta de uno de los sujetos cuyo discurso fue pronunciadamente más largo que el de los demás y que reunía estas características.

Finalmente, una última correlación significativa que apareció en los datos de los enfermos en situación terminal se encontró entre la religiosidad y la edad ($r=0,51$, $p=0,01$), en el sentido de que los sujetos mayores tendían a identificarse como más religiosas que los más jóvenes.

Al considerar las relaciones significativas que han aparecido en este grupo de enfermos en situación terminal, conviene tener en cuenta de que el nivel establecido de significación de las correlaciones varía con el tamaño de la muestra, de manera que, cuando la muestra es pequeña, se exige mayor intensidad de relación para que se considere significativa (Welkowitz et al, 1981). Este es el caso en nuestro estudio, que cuenta con un grupo relativamente pequeño de enfermos en situación terminal. Entonces, es posible que más relaciones (aunque menos intensas) entre estas variables alcanzarían el nivel de significación si la muestra fuera mayor. Por otra parte, las correlaciones significativas encontradas aquí indican la existencia de unas relaciones bastante intensas entre las variables en cuestión.

10.2.2. *Los enfermos crónicos*

A continuación se presentan las correlaciones Pearson que se calcularon entre las variables de la submuestra de enfermos crónicos que viven en la residencia de ancianos.

10.2.2.1. *El propósito en la vida*

Los datos de esta submuestra nos permitieron comprobar la hipótesis 1 que predice que el nivel de propósito en la vida se correlacionará negativamente con la ansiedad general, así como con la ansiedad ante la muerte. Los resultados

confirmaron la hipótesis 1,2, al revelar una relación significativa y negativa entre la ansiedad general y el PIL ($r=-0,37$, $p=0,00$).

Sin embargo, la hipótesis 1,1, relacionando menor ansiedad ante la muerte con mayor propósito en la vida, no se vió confirmada ($r=-0,02$, $p=0,44$). Es llamativo que la correlación entre estas variables sea tan baja, en contra de lo esperado y fundamentado en la investigación anterior. Para tener más datos sobre la existencia o no de esta relación, se llevó a cabo otra operación de correlaciones Pearson, esta vez comparando la puntuación global en el PIL con las respuestas al ítem número 15 ("En cuanto a la muerte, estoy preparado y no tengo miedo, o no estoy preparado y estoy asustado"). Otra vez se reveló una relación nula ($r=-0,005$, $p=0,48$). Por lo tanto, en el subgrupo de residentes no se ha encontrado que los sujetos con mayor propósito en la vida tengan menos ansiedad ante la muerte.

Por otra parte, con respecto a otras de las sub-escalas de ansiedad, aparecieron relaciones negativas y significativas con el PIL. Esto fue el caso con la ansiedad de mutilación ($r=-0,28$, $p=0,03$), la culpa ($r=-0,28$, $p=0,03$), la vergüenza ($r=-0,32$, $p=0,02$), y la ansiedad difusa ($r=-0,30$, $p=0,02$).

La hipótesis 3,4 predijo una correlación positiva significativa entre el nivel de propósito en la vida y la religiosidad. En nuestra muestra esta correlación no alcanzó el límite de significación ($r=0,21$, $p=0,07$), por lo que la

hipótesis no se confirmó, aunque parece haber una tendencia en la dirección esperada.

Aunque se predijo en la hipótesis 4,2 una correlación negativa significativa entre propósito en la vida y el tiempo que se lleva viviendo en la residencia, esta hipótesis no se confirmó ($r=0,15$, $p=0,15$).

Una última anotación con respecto a correlaciones entre el propósito en la vida y otras variables es que los residentes con mayor propósito en la vida tendían a dar respuestas más largas ante el estímulo de la pregunta abierta ($r=0,25$, $p=0,04$).

10.2.2.2. La ansiedad

En la sección anterior se han citado las correlaciones encontradas entre niveles de ansiedad y propósito en la vida que emergieron en los datos de los residentes. A continuación se exponen las relaciones entre ansiedad y otras variables medidas.

La ansiedad ante la muerte se correlacionó positiva y significativamente con la edad ($r=0,45$, $p=0,00$), indicando que los residentes mayores tenían más ansiedad ante la muerte que los más jóvenes.

La correlación significativa que se predijo en la hipótesis 3,2 entre ansiedad ante la muerte y religiosidad no se confirmó para los enfermos crónicos ($r=0,16$, $p=0,14$), aunque, como se ha expuesto anteriormente, sí, se confirmó en

los enfermos en situación terminal. En otra relación coincidieron los resultados de los dos subgrupos; no apareció una correlación significativa entre la religiosidad y la ansiedad general ($r=-0,02$, $p=0,46$) en la submuestra de enfermos crónicos, de forma que no se confirmó la hipótesis 3,3.

Por otra parte, la ansiedad general llegó a correlacionarse significativamente con la edad ($r=0,32$, $p=0,02$), indicando que los residentes mayores experimentaban más ansiedad general que los más jóvenes.

Como modo de investigar la relación de las respectivas sub-escalas con la puntuación global de ansiedad general de esta submuestra, se presentan en la Tabla 13 estos coeficientes de correlación Pearson.

Tabla 13. Correlaciones entre las sub-escalas de ansiedad y la ansiedad general en la submuestra de enfermos crónicos.

		Muerte	Muti.	Separ.	Culpa	Verg.	Difusa
Ansiedad General	r	0,53	0,39	0,56	0,097	0,52	0,60
	p	0,00*	0,00*	0,00*	0,26	0,00*	0,00*

* $p \leq 0,05$

Los datos de los residentes coinciden con los de los enfermos en situación terminal en cuanto a que la ansiedad difusa es la que más se correlaciona con la ansiedad general ($r=0,60$, $p=0,00$); y aquí, también, la sub-escala de culpa contribuye muy poco a esta puntuación global ($r=0,097$,

$p=0,26$). Parece que los residentes y los enfermos en situación terminal de nuestra muestra expresan sentimientos de culpa con menos frecuencia que otros sentimientos de tipo ansioso.

Por otra parte, en la submuestra de residentes se encontró una correlación mucho mayor entre la ansiedad ante la muerte y la puntuación global de ansiedad general ($r=0,53$, $p=0,00$) que la que apareció en el grupo de enfermos en situación terminal ($r=0,13$, $p=0,28$). Esto indica que los residentes tendían a expresar ansiedad ante la muerte más frecuentemente (relativo a los otros tipos de ansiedad) que los enfermos en situación terminal, aunque cuando se compararon las medias a través del análisis de la varianza esta diferencia no alcanzó el nivel de significación.

Los resultados indicaron que los residentes de edades más avanzadas expresaron significativamente más ansiedad de separación ($r=0,27$, $p=0,03$) y menos culpa ($r=-0,32$, $p=0,02$) que los menos ancianos.

En cuanto a religiosidad, los sujetos más religiosos indicaron tener significativamente menos ansiedad de mutilación que los menos religiosos ($r=-0,28$, $p=0,03$).

10.2.2.3. La Religiosidad y Otras Variables

En las secciones anteriores se ha citado las relaciones entre la religiosidad y tanto el propósito en la vida como los diversos tipos de ansiedad. Antes de terminar con las

correlaciones del grupo de residentes, conviene presentar dos correlaciones más. Los hombres se identificaron como significativamente menos religiosos que las mujeres ($r_{bp} = -0,28$, $p=0,02$). Y apareció una correlación positiva significativa entre la edad y la religiosidad ($r=0,29$, $p=0,02$), así que los sujetos mayores se identificaron como más religiosos que los más jóvenes.

10.3. Conclusión

Se han presentado los resultados de los diversos análisis estadísticos a los que los datos fueron sometidos. Algunas de las hipótesis propuestas se han visto confirmadas, mientras que otras no. Para mayor claridad, en la Tabla 14 exponemos un resumen de los resultados con respecto a cada hipótesis. Por otra parte, han aparecido algunas relaciones inesperadas pero interesantes que nos pueden estimular a explorar en más profundidad en estudios posteriores.

En el siguiente capítulo se interpretarán los resultados, comparándolos con la investigación anterior y discutiendo las implicaciones para la investigación y la aplicación en el futuro.

Tabla 14. Resumen de la comprobación de las hipótesis.

Nº Hipótesis	Contenido	Resultado
1,1	Mayor prop. en la vida/menor ansiedad ante la muerte (enferm. crónicos)	No Confirm.
1,2	Mayor prop. en la vida/menor ansiedad general (enferm. crónicos)	Confirm.
2,1	Mayor ansiedad ante la muerte en enferm. en sit. term. que en enferm. crónicos	No Confirm.
2,2	Mayor ansiedad general en enferm. en sit. term. que en enferm. crónicos	No Confirm.
3,1	Relación entre ansiedad ante la muerte y religiosidad (enferm. en sit. term.)	Confirm.
3,2	Relación entre ansiedad ante la muerte y religiosidad (enferm. crónicos)	No Confirm.
3,3	Relación entre ansiedad general y religiosidad (enferm. en sit. term.)	No Confirm.
3,4	Relación positiva entre religiosidad y el nivel de prop. en la vida (enferm. crónicos)	No Confirm.
4,1	Menor prop. en la vida para los que viven en residencia (cen. día, hogar pension. y enferm. crónicos)	Confirm.
4,2	Correlación negativa prop. en la vida y tiempo en residencia (enferm. crónicos)	No Confirm.
4,3	Mayor edad/menos prop. en la vida (cen. día, hogar pension. y enferm. crónicos)	Confirm.
5,1	Mujeres mayor ansiedad ante la muerte que hombres	No Confirm.
5,2	Mujeres mayor ansiedad general que hombres	No Confirm.

Capítulo 11

INTERPRETACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

11.1 El Propósito en la Vida

La diferencia en el nivel de propósito en la vida encontrada entre los enfermos crónicos que viven en una residencia y los ancianos de los otros dos centros es un dato a tener en cuenta debido a sus implicaciones psicológicas y sociales. Si el factor que reduce el PIL es la condición de vivir en una residencia en vez de en casa, habría que buscar la forma de remediar esta situación - o aumentando la percepción de sentido existencial para los residentes. o buscando vías alternativas a la de la residencia para los ancianos que no se valen de sí mismos, puesto que un buen nivel de propósito en la vida se asocia con el bienestar, y bajos índices de depresión y ansiedad (Crumbaugh y Maholick, 1981). Esta diferencia distingue los ancianos que viven en casa de los que viven en residencia. Sin embargo, en nuestro estudio el tiempo que llevaban en esta institución no influyó significativamente en su nivel de sentido existencial.

Nuestros resultados coinciden con lo que resumen Crumbaugh y Maholick en el manual del PIL (1981) en el sentido de que el nivel de propósito en la vida es similar entre los hombres y las mujeres. Pero, en contraste con lo

que citan estos autores, nosotros hemos encontrado una diferencia significativa por la edad. Los sujetos de 76-95 años de edad experimentaban menos sentido en la vida que los de 34-65 años. ¿Se podría atribuir esta diferencia a la problemática social de la tercera edad, en el sentido de que baja el sentido existencial cuando la persona ya no encuentra un rol social útil? Nosotros añadiríamos aquí una observación que hemos realizado durante las entrevistas de administración del PIL. Las respuestas de los sujetos parecían variar según si pensaban en su vida en el pasado (más llena de sentido) o en su vida actual (con vacío existencial).

Aparte de la implicación social de esta observación, también habría que tenerse en cuenta como posible problema de metodología cuando se administra el PIL a la población de ancianos. Quizás se deberían de modificar las preguntas para especificar más claramente si se refieren al pasado o a la vida actual.

En nuestro estudio el estado civil no ha influido en el propósito en la vida.

La posible relación positiva entre la religiosidad autoafirmada y el nivel de propósito en la vida no se puede ni descartar ni confirmar puesto que la correlación que apareció se acerca mucho al nivel de significación ($r=0,21$, $p=0,07$). Por lo tanto, se recomienda que se explore esta asociación en la investigación posterior para comprobar si las personas creyentes experimentan que la vida tiene más sentido que las

personas que no tienen creencias religiosas.

11.2. El sentido existencial y la ansiedad

Una de las ventajas del uso de la escala de ansiedad de Gottschalk y Gleser es que permite diferenciar diversos tipos de ansiedad y explorar como se relaciona cada uno con otro factor, en este caso el propósito en la vida. La puntuación global de ansiedad general se relacionó con el PIL de la manera esperada - los enfermos crónicos que percibían más propósito en la vida manifestaban menos ansiedad general. Esto coincide con un resultado citado por Crumbaugh y Maholick (1981) en el manual del PIL, aunque en ese caso los sujetos eran hermanas dominicanas en formación.

Lo que no coincide con la mayor parte de la investigación anterior es la falta de relación significativa entre el PIL y la ansiedad ante la muerte en el subgrupo de enfermos crónicos. Varios estudios habían encontrado una relación negativa entre estas variables (Blazer, 1973; Durlak y Kass, 1973a; Durlak, 1973b; Templer, 1976; Bolt, 1978; Thorson y Powell, 1988). De hecho, en uno de estos estudios se había utilizado una muestra parecida a la nuestra en que se trataba de mujeres que habitaban en una residencia de ancianos (Durlak, 1973b).

En contraste con la mayoría de los autores que investigan en este campo, Smith et al. (1983) esperarían encontrar menos ansiedad ante la muerte en los sujetos de PIL

bajo, basándose en el argumento de que si no se tienen razones de vivir, la muerte no impacta tanto. Nuestros resultados, sin embargo, tampoco apoyan esta relación, la cual se reflejaría en una correlación positiva entre las dos variables. Lo que encontramos nosotros fue una ausencia de relación ($r=-0,02$, $p=0,44$). ¿Nos hallamos ante una diferencia cultural entre los españoles y los americanos, ya que los estudios anteriores se llevaron a cabo en los Estados Unidos?

Creemos que es conveniente ampliar la perspectiva de esta relación al tener en cuenta las otras variables de ansiedad. Es llamativo el hecho de que los enfermos crónicos con menos propósito en la vida tendían a expresar más ansiedad ante la mutilación, más culpa, más vergüenza, más ansiedad difusa, y, como ya hemos expuesto, más ansiedad general que los que creían que su vida tenía más propósito. Es decir, que todas las escalas de ansiedad se relacionaron significativamente con el nivel de sentido existencial menos las de ansiedad ante la muerte y la que más se interrelaciona con ella (Gottschalk et al., 1969), la ansiedad de separación. Si, de acuerdo con Kelly (1991a), consideramos que la muerte representa el acontecimiento más amenazador que existe para la mayoría de la gente, el conjunto de estos datos nos lleva a sospechar que está funcionando un mecanismo de defensa en los sujetos, de forma que se tiende a evitar nombrar la muerte directamente, a la vez que la ansiedad se manifiesta indirectamente, desviada a otros temas

menos amenazadores. La autora ha observado algo parecido en su trabajo con los enfermos en situación terminal que a menudo manifiestan de forma directa e indirecta niveles sustanciales de ansiedad, con indicios de que tiene que ver consciente- o inconscientemente con el temor a la muerte, pero rara vez identifican o reconocen este sentimiento como tal. Y recordamos el experimento de Zuehlke y Watkins (1975) que encontraron un aumento significativo en el nivel previamente marcadamente bajo de ansiedad ante la muerte expresada por los enfermos en situación terminal después de recibir logoterapia.

Tanto si la ansiedad ante la muerte se oculta tras un mecanismo de defensa como no, lo que sí indican nuestros resultados es que los residentes ancianos de nuestra muestra que tenían menos propósito en la vida tendían a expresar diversos tipos de ansiedad en mayor grado que los sujetos con más sentido existencial.

11.3. Otros aspectos de la ansiedad

Partiendo de sus respectivas teorías, tanto Frankl como Kelly esperarían encontrar mayor ansiedad ante la muerte en los enfermos en situación terminal que en otros grupos de sujetos. Desde la logoterapia se argumenta que en la última fase de la vida el hecho de darse cuenta de que las posibilidades del futuro se están agotando provocaría angustia ante la muerte (Kovacs, 1982). Desde la teoría de

los constructos personales, la muerte se considera el acontecimiento más amenazador (Kelly, 1991a), y la situación de terminalidad provocaría un cambio importante en el sistema de constructos personales. Uno de los componentes claves que representa una precondition para la modificación de constructos es la ansiedad, por lo que se esperaría encontrar importantes niveles de este sentimiento en los enfermos en situación terminal.

Sin embargo, en nuestro estudio no han aparecido diferencias en ansiedad ante la muerte ni ansiedad general entre el grupo de enfermos en situación terminal y enfermos crónicos en residencia.

Si comparamos este dato con la investigación anterior, los resultados corroborean los de Reed (1986) y Robinson y Wood (1983). Reed no encontró diferencias en actitudes ante la muerte entre enfermos en situación terminal y adultos sanos. Tampoco aparecieron diferencias por estado de salud en el estudio de Robinson y Wood, aunque, en este caso, los sujetos eran enfermos de diversas enfermedades y adultos sanos.

¿Nos encontramos ante un mecanismo de defensa o se equivocan los teóricos de la logoterapia y los constructos personales en este punto? Es cierto que los métodos de medición administrados en la investigación de Reed y de Robinson y Wood miden niveles conscientes de temor o ansiedad. Por otra parte sabemos que, cuando no han aparecido diferencias conscientes, sí, se ha registrado más

ansiedad ante la muerte en enfermos en situación terminal que en otros grupos cuando se miden niveles inconscientes (Feifel et al., 1973; Feifel, 1974; Coolidge y Fish, 1983).

Al describir el instrumento aplicado en el presente estudio (Capítulo 7), se especificó que mide principalmente la ansiedad consciente más solamente una porción limitada de la ansiedad inconsciente, por lo cual, lógicamente no reflejaría de forma completa los indicios inconscientes de ansiedad. Sin embargo, Viney (1983b) aplicó la misma escala y metodología, encontrando más ansiedad ante la muerte en un grupo de enfermos graves que en otro de adultos sanos.

En nuestro estudio, habría que tener en cuenta que el grupo que comparamos con los enfermos en situación terminal no son adultos sanos, sino residentes ancianos que padecen enfermedades crónicas. Es muy posible que esta población tienda a experimentar niveles de ansiedad superiores a los de los adultos sanos, de modo que no se diferencian mucho de los enfermos en situación terminal. Como resaltan Welkowitz et al. (1981), "es mucho más difícil establecer diferencias finas entre casos que están muy próximos en ambas variables que hacerlo entre casos que difieren mucho en dichas variables." (pág. 215). Por lo tanto, en la investigación posterior, sería recomendable incluir un tercer grupo de comparación constituido por adultos sanos que posiblemente se diferencian más que lo que se diferencian los enfermos crónicos y los enfermos en situación terminal en niveles de ansiedad general y ansiedad ante la muerte.

Luego, puesto que el enfermo en situación terminal se encuentra en un estado de adaptación psicológica a su situación, se podría esperar que la ansiedad variara individualmente según la etapa o momento en el proceso en el que esté cada sujeto. Los individuos que ya hubieran modificado su sistema de constructos personales, por ejemplo, manifestarían menos ansiedad que los que están comenzando esa acomodación. Por lo tanto, en el futuro sería muy relevante medir las etapas psicológicas o el momento de adaptación a la vez que la ansiedad en estos enfermos. También se recomienda comparar grupos de enfermos en situación terminal con adultos sanos además de otros enfermos; y conviene medir la ansiedad en los distintos niveles de conciencia.

En nuestra muestra la ansiedad ante la muerte era mayor en el subgrupo de más edad que en los más jóvenes. Este resultado es curioso porque discrepa con estudios anteriores que no han encontrado relación con la edad (Rhudick y Dibner, 1961; Templer, 1971; Conte et al., 1982) y con otros que han encontrado la relación inversa (Feifel y Branscomb, 1973; Robinson y Wood, 1983; Smith et al., 1983; Thorson y Powell, 1988). Es cierto que estos estudios se llevaron a cabo en los Estados Unidos, y puede existir una diferencia cultural de forma que los españoles ancianos pueden experimentar mayor ansiedad ante la muerte que los españoles más jóvenes, fenómeno que no se aprecia en los estadounidenses.

Sin embargo, en un estudio realizado con sujetos españoles, a diferencia de nosotros, Ramos (1982) encontró

una mayor aceptación de la muerte en personas de la tercera edad que en otros adultos y jóvenes en el nivel consciente, pero no en el nivel inconsciente. Otro investigador español, Urraca (1982), coincide algo más con el presente estudio en el sentido de que encontró que las personas senectas demostraban mayor ansiedad ante la proximidad subjetiva de la muerte que los sujetos de mediana edad y que los jóvenes. A la vez, señaló que las personas senectas eran más reticentes a la hora de verbalizar sus sentimientos acerca de la muerte que los otros grupos más jóvenes. Dado que nuestra muestra se compone de personas mayores en España, es posible que esta reticencia de hablar sobre la muerte sea un factor cultural que confunde la expresión de ansiedad ante la muerte. A pesar de todo, las personas mayores han expresado más ansiedad ante la muerte en este estudio que las más jóvenes.

En cuanto a la comparación de entre mujeres y hombres con respecto a ansiedad, el sexo no marcó diferencias ni en la ansiedad general ni en la ansiedad ante la muerte. La literatura anterior se divide en este punto, puesto que en algunos estudios las mujeres revelaron más ansiedad ante la muerte que los hombres (Templer, 1971; Urraca, 1982; Thorson y Powell, 1988), mientras que los resultados de Feifel y Branscomb (1973) y Ramos (1982) coinciden con los nuestros. Por otra parte, nuestro subgrupo de mujeres, sí, manifestaba mayor expresión de culpabilidad que los hombres, quizás debido a la educación, quizás porque el rol social de la mujer sigue exigiendo que cumpla con deberes incluso en una

edad avanzada (puesto que la mujer "ama de casa" no se jubila).

11.4. Características del Enfermo en Situación Terminal

A continuación vamos a centrarnos en la discusión de los resultados específicos al grupo de enfermos en situación terminal.

Habría que reflexionar sobre el hecho de que el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la fecha de la entrevista se relacionaba positivamente con la ansiedad ante la mutilación. Los resultados de Viney y Westbrook (1986) parecen corroborar este hallazgo puesto que encontraron mayor ansiedad ante la mutilación en enfermos que murieron poco después de la entrevista que en otros enfermos y personas sanas.

Una posible explicación de la asociación encontrada aquí sería que el propio deterioro del cuerpo da lugar a mayor ansiedad ante la mutilación a medida que la enfermedad avanza. Pero otra posibilidad es que los tratamientos recibidos también la estén provocando. Es bien sabido que los tratamientos aplicados para curar y paliar el cáncer (quimioterapia, radioterapia, y cirugía) son agresivos, y sus efectos secundarios pueden empeorar temporalmente la calidad de vida de los enfermos. La mayoría de los enfermos optarían por soportar el malestar producido por el tratamiento cuando la probabilidad de curación o, por lo menos, alivio, es

buena. Sin embargo, siempre conviene sopesar bien los posibles beneficios a obtener contra la ansiedad, malestar y empeoramiento de calidad de vida cuando se toman decisiones terapéuticas. De esta manera, evitaremos lo que se denomina "encarnizamiento terapéutico", que ocurre cuando se siguen administrando tratamientos específicos agresivos aunque las posibilidades de curación se han agotado y, por motivos éticos y humanitarios, ha llegado el momento de centrar nuestros esfuerzos en un buen control de síntomas y ofrecer unos cuidados paliativos al enfermo y a su familia.

Otra cuestión ética que se debate mucho en relación con la atención al enfermo en situación terminal tiene que ver con la información que se da al paciente acerca de su diagnóstico y pronóstico. El dato que podemos aportar en relación con este dilema es que nuestros sujetos que desconocían su diagnóstico expresaban más vergüenza que los demás, mientras que los que conocían el diagnóstico manifestaban más sentimientos de culpabilidad. Si nos remitimos a la teoría de los constructos personales, según Kelly (1991a), un sentimiento de culpa ocurre cuando se percibe un desplazamiento aparente de la estructura nuclear de rol. Es evidente de que, aunque el rol de "enfermo" puede ser nuevo para el individuo y, como consecuencia, puede producirse un sentimiento de culpa, el rol de "enfermo moribundo" implica un cambio de rol mucho más profundo, por lo que la culpa sería mayor. También señalamos aquí que la culpa representa uno de los conceptos claves en el proceso de

transición de la estructura de los constructos personales. Si se interviene para facilitar la modificación de constructos personales es probable que se puedan aliviar los sentimientos de culpa.

En nuestra muestra, las mujeres mostraban mayor culpabilidad que los hombres.

La culpa expresada por las personas que conocían su diagnóstico puede formar parte de una revisión existencial de la vida que termina, además de una anticipación del efecto que tendrán la muerte en los seres queridos. En este caso, la logoterapia podría servir de gran ayuda.

Aunque no midieron la misma variable de conocimiento que hemos medido aquí, Viney y Westbrook (1986) emplearon la misma metodología que en el presente estudio y encontraron mayor culpabilidad en los enfermos en situación terminal que murieron poco tiempo después de la entrevista que en otros enfermos y personas sanas.

La vergüenza que experimentan los enfermos puede estar relacionada en parte con algunas de las circunstancias de la hospitalización tales como falta de intimidad, indefensión, pudor, dependencia, etc. que convendrían revisarse para, así, mejorar la experiencia subjetiva del paciente. Es posible que frente al conocimiento de un diagnóstico de terminalidad, el efecto de estas circunstancias se relativice, disminuyendo, así, la vergüenza.

Los enfermos mayores manifestaban menos ansiedad difusa que los más jóvenes y tendían a identificarse como más

religiosos.

Por su parte, los enfermos más religiosos no mostraban significativamente mayor ansiedad general que los menos religiosos (en contraste con los resultados de Florian et al., 1984), pero, sí, expresaban mayor ansiedad ante la muerte. Si comparamos este último dato con la investigación anterior, encontramos que dos autores habían hallado una relación inversa (Swenson, 1961; Tobacyk, 1984), dos investigadores no encontraron una relación entre estos dos factores (Feifel, 1974; Ramos, 1982), y otros han apoyado nuestros resultados (Feifel y Nagel, 1981; Urraca, 1982; Florian et al., 1984).

Como explicación de la asociación positiva entre la religiosidad y la ansiedad ante la muerte, nos remitimos a Feifel y Nagel (ibid.) y Florian et al. (ibid.) que opinan que la religiosidad no aumenta la ansiedad en sí, sino que la creencia religiosa aumenta la conciencia de la muerte, por lo que se puede manifestar más en las personas religiosas. Como afirma Kelly (1991a), la religión influye en el sistema individual de constructos personales.

Por otra parte, recordamos que Urraca (1982) distinguió entre la religiosidad intrínseca y la religiosidad extrínseca, encontrando que los sujetos de mayor religiosidad intrínseca tenían menos comunicar sus actitudes ante la muerte; mientras que los sujetos de mayor religiosidad extrínseca manifestaban tener más ansiedad ante la muerte que otros grupos. En nuestro estudio no se distingue entre los

dos tipos de religiosidad, pero los dos datos de Urraca pueden explicar lo que encontramos - si nuestros sujetos de mayor religiosidad tienen una orientación extrínseca, estas personas tienen mayor ansiedad ante la muerte. Sin embargo, si su orientación es intrínseca, en nuestra metodología no se pregunta directamente sobre la muerte, así que puede influir el factor de disposición a comunicar la actitud con el efecto de aumentar la puntuación de ansiedad ante la muerte. Un dato que sugiere que puede estar influyendo esta disposición de hablar sobre la muerte es el hecho de que los sujetos más religiosos no se muestran más ansiosos que los demás en ningún otro tipo de ansiedad medida.

También hay que tomar en consideración que el énfasis en la existencia del infierno y el castigo de Dios que forma parte de la educación religiosa católica podría ser un factor que aumenta la ansiedad ante la muerte en las personas más religiosas en España. Y esta relación puede tener matices culturales que la diferenciarían de los hallazgos en estudios llevados a cabo en otros países.

Finalmente, se puede anotar que de los diversos tipos de ansiedad que componen la puntuación de ansiedad general en el instrumento empleado aquí, los enfermos en situación terminal expresaban más frecuentemente una ansiedad difusa seguida en orden de frecuencia por vergüenza. El tipo de ansiedad menos expresada era la culpa, seguida por la ansiedad ante la muerte. Este último dato es muy interesante. Si suponemos que la proximidad de la muerte es una situación amenazadora

que produce ansiedad, lo que nos indica este resultado (apoyado por otros datos anteriormente interpretados) es que a menudo esta ansiedad ante la muerte no se expresa directamente como tal, sino de un modo indirecto através de la manifestación de otros tipos de ansiedad.

11.5. Características de los Enfermos Crónicos en la Residencia

Anteriormente se han interpretado los resultados acerca del propósito en la vida en nuestra muestra de enfermos crónicos. Ahora nos centraremos en la discusión de su ansiedad y religiosidad.

11.5.1. *La ansiedad*

En este grupo de personas senectas, la variable edad se correlacionaba positivamente con algunos tipos de ansiedad, de forma que los sujetos mayores tendían a expresar mayor ansiedad ante la muerte, ansiedad ante la separación, y ansiedad general. En la relación edad/ansiedad ante la muerte, este subgrupo se parece al de enfermos en situación terminal. Sin embargo, en los residentes se añaden las relaciones con los otros dos tipos de ansiedad. Es posible que la media de edad mayor del grupo de enfermos crónicos ($x = 77,3$ años) explique el hecho de que la edad se asocie con más ansiedad en este grupo que en el grupo de enfermos en

situación terminal ($x = 68,7$ años). De todos modos, sería interesante saber cuáles son los factores que contribuyen a que el envejecimiento se asocie con la ansiedad. ¿Será el deterioro físico, la dependencia, la ansiedad ante la muerte, la salud, la auto-imagen, el rol social, la soledad...? Si investigáramos estas causas, podríamos intervenir posteriormente para aliviar la ansiedad en las personas mayores.

Curiosamente, la edad tenía una relación opuesta con otra de las subescalas - la culpa. Quizás esto ocurre porque a medida que avanza la edad, se tiende a tener menos responsabilidades (laborales, familiares, etc.). Por lo tanto, las personas más senectas se sienten culpables con menos frecuencia que los demás.

Si contemplamos cuánto contribuían los diversos tipos de ansiedad a la puntuación global de ansiedad general en este grupo, observamos que coincide con el grupo de enfermos en situación terminal en que la ansiedad difusa ha sido la que más han expresado y la de culpabilidad la que menos. Pero es muy interesante notar que la ansiedad ante la muerte contribuía más a la ansiedad general en el grupo de enfermos crónicos (tercer lugar, $r=0,53$) que en el grupo de enfermos en situación terminal (quinto lugar, $r=0,13$). Dado que la situación de los enfermos en situación terminal, por lógica, tendría que producir lo inverso, es decir, que el tema de la muerte estuviera más presente en este grupo, parece que nos encontramos ante otro indicio más del funcionamiento de un

mecanismo de defensa en los enfermos en situación terminal que les permite no emitir o negar esta ansiedad en concreto.

Aunque la ansiedad es uno de los cuatro conceptos relevantes al proceso de modificación de constructos (más específicamente, es una precondition para esta modificación), Kelly (1991a) da cabida al uso de la negación, que él denomina "constricción", como una de las respuestas posibles a la amenaza. La constricción permite al sujeto negar los datos que estén por fuera del rango de conveniencia de sus constructos actuales y, de esta manera, evitar mucha ansiedad. Viney (1991) también describe el fenómeno de la negación cuando el enfermo se adapta por el proceso de "asimilación" en vez de "acomodación" a sus nuevas circunstancias. Y, por supuesto, la negación constituye la primera etapa que ha descrito Kübler-Ross (1969) en los enfermos en situación terminal.

Viney (1991) está de acuerdo en cuanto al uso de la negación, aunque, como hemos señalado se opone al modelo de etapas diferenciadas durante el proceso de aceptación de la situación terminal, prefiriendo concebir la experiencia del enfermo como una mezcla confusa de sentimientos, algunos de los cuales, también, son positivos; pero no existiría un patrón claro de experiencia.

De todas estas ideas teóricas, y en conjunto con nuestros resultados, se puede sugerir que existen muchas diferencias individuales en el modo de afrontar la amenaza que supone la muerte, además de unas mezclas de sentimientos

en vez de emociones únicas y puras. Estos hechos dificultan la investigación de la actitud, especialmente en los enfermos en situación terminal. Por otra parte, la negación puede ser una respuesta frecuente ante la amenaza de la terminalidad que, temporalmente, disminuye la ansiedad. Sin embargo, a su vez, retrasa la modificación del sistema de constructos personales. De ahí que Viney señale que la preocupación ante la muerte puede ser adaptativa para los enfermos graves, dado los acontecimientos existentes de su vida, porque esta ansiedad precede a una modificación adaptativa de sus constructos. Un sistema de constructos personales adecuado a los acontecimientos reales se asocia con la salud mental y Kelly afirma, además, que da sentido al mundo que experimentamos (Kelly, 1991a).

Si es así, en la investigación futura sería interesante comprobar si los enfermos en situación terminal que niegan su situación, experimentan, por un lado, menos ansiedad que los que no la niegan, y, por otro, menos propósito en la vida (es decir, la experiencia de poco sentido que Kelly esperaría encontrar en personas cuyos constructos personales no son realistas).

11.5.2. *La religiosidad*

A diferencia del grupo de enfermos en situación terminal, en el grupo de enfermos crónicos no apareció una relación entre la religiosidad y la ansiedad ante la muerte.

Sin embargo, de acuerdo con los enfermos en situación terminal, la religiosidad no correlacionaba con la ansiedad general. Curiosamente, otro tipo de ansiedad, ansiedad ante la mutilación, se relacionó de forma inversa con la religiosidad. Es posible que las personas más religiosas se identifiquen menos con el cuerpo que las personas con pocas o ninguna creencia religiosa, por lo que a aquellos les preocuparía menos el daño físico que pueda sufrir.

Entre este grupo de enfermos crónicos en residencia, las mujeres tendían a identificarse como más religiosas que los hombres, y las personas de edades más avanzadas también.

11.6. Conclusión

Aquí se finaliza esta reflexión sobre los datos hallados en el presente estudio, su posible explicación y su comparación con la literatura teórica y empírica anterior. Consideramos que han aparecido unos hallazgos interesantes que, más que resolver las cuestiones empíricas sobre la experiencia del enfermo en situación terminal y los enfermos crónicos, iluminan un poco más el camino por donde hay que seguir explorando en un campo de investigación que todavía está en sus comienzos, y se encuentra lejos de la posibilidad de formular una teoría comprensiva. Mientras tanto, podemos combinar lo que nos aportan las teorías ya existentes (como la de constructos personales), el trabajo empírico realizado hasta ahora, y la experiencia práctica de los profesionales

que trabajan con estas poblaciones (como los profesionales sanitarios de cuidados paliativos) para procurar comprender mejor la experiencia de estos enfermos.

CONSIDERACION FINAL: LO QUE QUEDA POR HACER -
LA ATENCION A LAS PERSONAS EN FIN DE VIDA

El progresivo envejecimiento de la población conlleva unas importantes consecuencias que se ven reflejadas en las ciencias humanas y en el terreno sanitario. Actualmente en la sociedad, nos encontramos con un número creciente de personas senectas que tienen múltiples necesidades físicas, psicológicas y sociales. Sin embargo, a la vez existe un relativo vacío en el campo de la psicología evolutiva en cuanto a la investigación y comprensión de esta última etapa de la vida humana. Haría falta llenar este vacío para, con el mayor conocimiento consecuente, atender mejor a esta población que está en la última etapa de su vida.

Por otra parte, este envejecimiento demográfico también implica el que haya más personas que padecen enfermedades crónicas en la sociedad (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 1993). Y, lógicamente, un número importante de estos enfermos se encuentran en lo que podemos delinear claramente como la fase terminal. La relativamente escasa atención que se merecía la situación terminal anteriormente, se ve actualmente reemplazada por una verdadera "explosión" de interés, tanto en el área de la investigación, como en la práctica. El campo de los cuidados paliativos, por lo tanto, es muy joven, pero está creciendo y expandiéndose a unas

velocidades vertiginosas.

Opinamos que este fenómeno responde a una gran necesidad social. Parece que empezamos a estar colectivamente preparados para abolir el tabú de la muerte y buscar modos más realistas y positivas de afrontar este hecho existencial.

Es nuestro sincero deseo de que los enfermos en situación terminal reciban cada vez mejor atención social y sanitaria con el paso del tiempo; y nos da una gran satisfacción pensar que la presente tesis pueda ofrecer una pequeña contribución a que así sea.

Para lograr este objetivo, tendremos que humanizar progresivamente la técnica y práctica sanitaria por un lado, y, por otro, abrirnos al trabajo en equipo porque, si pretendemos ofrecer una buena atención global a las personas en fin de vida, hacen falta múltiples aportaciones desde distintos profesionales especializados en los diversos componentes que, en su conjunto, forman el ser humano.

Que tengamos éxito en este empeño.

BIBLIOGRAFIA

ALVAREZ REVILLA, A.: (1990) "Eutanasia, legal y moral". Cuenta y Razón. 51-53, págs. 95-103.

ALLPORT, G.W.: (1935) "Attitudes". In Handbook of Social Psychology. Clark University Press, Worcester, Mass.

ALLPORT, G.W.: (1955) Becoming: Basic Considerations for a Psychology of Personality. Yale University Press, New Haven.

ALLPORT, G.W. AND ROSS, J.M.: (1967) "Personal religious orientations and prejudice". Journal of Personality and Social Psychology. 5(4), pp. 432-443.

AMENTA, M.M. AND WEINER, A.W.: (1981) "Death anxiety and general anxiety in Hospice workers". Psychological Reports. 49, pp. 962.

AMENTA, M.M.: (1984) "Death anxiety, purpose in life and duration of service in Hospice volunteers". Psychological Reports. 54, pp. 979-984.

AMERICAN FAMILY HEALTH INSTITUTE: (1988) Cáncer. Ediciones CEAC, Barcelona.

AMON, J.: (1981) Estadística para Psicólogos: Estadística Descriptiva. Ediciones Pirámide, Madrid, vol. 1.

ANGEL, RABBI M.D.: (1987) The Orphaned Adult: Confronting the Death of a Parent. Human Services Press, New York.

ARGULLOL, R. Y TRIAS, E.: (1992) El Cansancio de Occidente. Ediciones Destino, Barcelona.

ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER: (1994) Asociación Española contra el Cáncer: Conócela. Asociación Española contra el Cáncer, Madrid.

ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER: (1994) "Entrevista con Cecily Saunders". Asociación Española contra el Cáncer. 2(3), Enero, Ascciación Española contra el Cáncer, Madrid.

ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER: (1994) 1º Congreso Internacional de Cuidados Paliativos: Libro de Resúmenes. Asociación Española contra el Cáncer, Madrid, 9-12 de Febrero.

ASSOCIATION EUROPIENNE DES SOINS PALLIATIFS: (1990) Les Differents Services de Soins Palliatifs en Europe: Modes de Fonctionnement et Problemes de Developpement. Association Européenne des Soins Palliatifs, Paris.

ASSOCIATION POUR LE DEVELOPPEMENT DES SOINS PALLIATIFS: (1986) Elements Bibliographiques des Soins Palliatifs. Assc ation pour le Developpement des Soins Palliatifs, Paris.

BASCOM, G.S.: (1984) "Physical, emotional and cognitive care of dying patients". Bulletin of the Menniger Clinic. 48(4), pp. 351-356.

BAUGHER, R.H.; BURGER, C; SMITH, R. AND WALLSTON, K.: (1989-90) "A comparison of terminally ill persons at various time periods to death". Omega. 20(2) pp. 103-115.

BAUM, S. AND BOXLEY, R: (1984) "Age denial: death anxiety in the elderly". Death Education. 8(5-6) pp. 419-423.

BAYES, R.: (1985) Psicología Oncológica. Martínez Roca, Barcelona.

BAYES, R.: (1990) "Psicología y SIDA: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención". Papeles de Psicología. Epoca II(46-47), págs. 30-36, Colegio Oficial de Psicólogos, Madrid.

DE BEAUVOIR, S.: (1989) Una Muerte Muy Dulce. Edhasa, Barcelona.

BISQUERRA, R. (1987).: Introducción a la Estadística Aplicada a la Investigación Educativa: Un Enfoque Informático con los Paquetes BMDP y SPSSX. Promociones Publicaciones Universitarias, Barcelona.

BISQUERRA, R. (1989).: Introducción Conceptual al Análisis Multivariable: Un Enfoque Informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Promociones Publicaciones Universitarias, Barcelona, vol. 1.

BISQUERRA, R. (1989).: Introducción Conceptual al Análisis Multivariable: Un Enfoque Informático con los paquetes SPSS-X, BMDP, LISREL y SPAD. Promociones Publicaciones Universitarias, Barcelona, vol. 2.

BLANCO PICABIA, A.: (1992) "La muerte en el anciano". Geriátrika. 8(10), págs. 443-450.

BLAZER, J.A.: (1973) "The relationship between meaning of life and fear of death". Psychology. 10(2), pp. 33-34.

BOLT, M.: (1978) "Purpose in life and death concern". Journal of Genetic Psychology. 132(1) pp. 159-160.

BOYER, J.I. (1964).: "The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death". Dissertation Abstracts. 25, p. 2041.

BUCKMAN, R.: (1984) "Breaking the bad news: why is it so difficult?" British Medical Journal. 288, pp.1597-1599.

BURNE, R. (1990).: "Helen House". Ponencia en el Primer Encuentro Internacional para el Cuidado el Niño y el Adolescente con Cáncer, ASPANOVA, Bilbao, 26-28 de Noviembre.

BURUCOA, B.: (1986) "Pour ou contre les soins palliatifs?" Bordeaux Médical. 19, pp. 273-274.

BURUCOA, B.: (1991) "La place du bénévolat dans les soins palliatifs: qu'est-ce que la fin de vie des autres nous enseigne sur nous-mêmes?" La Révue du Practicien. 5(138), pp. 1199-1202.

CABODEVILLA ERASO, I.: (1992) "Un caso de aceptación de la muerte con asistencia interdisciplinar en una unidad de cuidados paliativos". Documento sin publicar. págs. 1-12, Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

CABODEVILLA ERASO, I.: (1992) "Un caso de asistencia interdisciplinaria en una unidad de cuidados paliativos". Documento sin publicar. págs. 1-10, Hospital San Juan de Dios, Pamplona.

CAREY, R.G. (1974).: "Vivre jusqu'a la mort: un programme de service et de recherche pour les malades terminaux". Dans E. Kübler-Ross (Ed.). La Mort: Dernière Etape de la Croissance. Prentice-Hall, New Jersey. pp. 108-121.

CARLSON, R. Y SHIELD, B. (Eds.): (1990) La Nueva Salud. Editorial Kairós, Barcelona.

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-NAZAIRE: (1987) "La mort à l'hôpital: reflexion sur une pratique professionnelle". Association pour le Developpement des Soins Palliatifs, Paris.

CENTRO DE ESTUDIOS APLICADOS: (1995) Seminario sobre la Prevención y Tratamiento Oncológico del Cáncer de Mάma en el País Vasco. 24-25 de Febrero, San Sebastián.

CENTRO DE ESTUDIOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE CATALUNYA: (1993) Curso Básico de Atención al Enfermo Terminal.

CHAMBERS, W.: (1986) "Inconsistencies in the theory of death threat". Death Studies. 10, pp. 165-175.

CHRIST, A.E.: (1961) "Attitudes toward death among a group of acute geriatric patients". Journal of Gerontology. 16, pp. 56-59.

COLEMAN, S.B.; KAPLAN, J. AND DOWNING, R.W.: (1986) "Life cycle and loss: the spiritual vacuum of heroin addiction". Family Process. 25, pp. 5-23.

COMREY, A.L.: (1985) Manual de Análisis Factorial. Cátedra, Madrid.

CONDE, J.: (1994) "La dimensión espiritual". Taller, 1º Congreso Internacional de Cuidados Paliativos. Asociación Española contra el Cáncer, 9-12 de Febrero, Madrid.

CONTE, H.R.; WEINER, M. AND PLUTCHIK, R.: (1982) "Measuring death anxiety: conceptual, psychometric, and factor-analytic aspects". Journal of Personality and Social Psychology. 43(4), pp. 775-785.

COOLIDGE, F.L. AND FISH, C.E.: (1983) "Dreams of the dying". Omega. 14(1) pp. 1-8.

COUSINS, N.. (1985) Anatomy of an Illness: as perceived by the patient. Bantam Books, New York.

CRONBACH, L.J.: (1963) Fundamentos de la exploración psicológica. Biblioteca Nueva, Madrid.

CRUMBAUGH, J.C. AND MAHOLICK, L.T.: (1964) "An experimental study in existentialism: the psychometric approach to Frankl's noögenic neurosis". Journal of Clinical Psychology, 20(2), pp. 200-207.

CRUMBAUGH, J.: (1968) "Cross-validation of Purpose-in-Life Test based on Frankl's concepts". Journal of Individual Psychology. 24, pp.74-81.

CRUMBAUGH, J.C.; LOZES, M.R. SR. AND SCHRADER, R.: (1968) "Frankl's will to meaning in a religious order". Delivered at the annual convention of the American Psychological Association in San Francisco.

CRUMBAUGH, J.C.: (1977) Manual of Instructions for the Seeking of Noetic Goals Test. Psychometric Affiliates, Munster.

CRUMBAUGH, J.C. AND MAHOLICK, L.T.: (1981) Manual of Instructions for the Purpose in Life Test. Psychometric Affiliates, Murfreesboro, Tennessee.

DANTOMN, W.G.; ALTROCCHI, J.; ANTONUCCIO, D. AND BASTA, R.: (1995) "Tratamiento de la ansiedad sin medicamentos". American Family Physician. 2(3), Mayo-Junio, págs. 152-158.

DARFEY, C.: (1987) "Epanouir la vie jusqu'a la mort". Alliance, Bayonne.

DATTELL, A.R. AND NEIMEYER, R.A.: (1990) "Sex differences in death anxiety: testing the emotional expressiveness hypothesis". Death Studies. 14, pp. 1-11.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL: (1990) Plan Gerontológico de Euskadi. Gobierno Vasco, Vitoria.

DICKENSTEIN, L.S.: (1972) "Death concern: measurement and correlates". Psychological Reports. 30, pp. 563-571.

DINE, L.: (1988) Vivre la Mort. Desclée de Brouwer, Paris.

DIONIS, M.: (1994) Comunicación Personal. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital de la Santa Creu, 25 de Febrero, Vic.

DOYLE, D.; HANKS, G.W. AND MACDONALD, N. (Eds.): (1994) Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford.

DURLAK, J.A.: (1972) "Relationship between individual attitudes toward life and death". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 38, p. 463.

DURLAK, J.A.: (1973a) "Relationship between various measures of death concern and fear of death ". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 41(1), p. 162.

DURLAK, J.A.: (1973b) "Relationship between attitudes toward life and death among elderly women". Developmental Psychology. 8(1), p. 146.

DURLAK, J.A. AND KASS, R.A.: (1981) "Clarifying the measurement of death attitudes: a factor analytic evaluation of fifteen self-report death scales". Omega. 12(2) pp. 129-141.

DURLAK, J.A.; HORN, W. AND KASS, R.A.: (1990) "A self-administering assessment of personal meanings of death: report on the revised twenty statements test". Omega. 21(4) pp. 301-309.

EPTING, F.R. AND NEIMEYER, R.A. (Eds.): (1984) Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington.

FEIFEL, H. (1963) "The Taboo on Death". American Behavioral Scientist. 6, pp. 66-67.

FEIFEL, H.; FREILICH, J. AND HERMAN, L.J.: (1973) "Death fear in dying heart and cancer patients". Journal of Psychosomatic Research. 17, pp. 161-166.

FEIFEL, H. AND BRANSCOMB, A.B.: (1973) "Who's afraid of death?" Abnormal Psychology. 81(3), pp. 282-288.

FEIFEL, H.: (1974) "Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill". Journal for the Scientific Study of Religion. 13(3), pp. 353-360.

FEIFEL, H. AND NAGY, V.: (1981) "Another look at fear of death". Journal of Consulting and Clinical Psychology. 149(2), pp. 278-286.

FEIFEL, H; STRACK, S. AND TONG NAGY, V.: (1987) "Coping strategies and associated features of medically ill patients". Psychosomatic Medicine. 49(6), pp. 616-625.

FLORIAN, V.; KRAVETZ, S AND FRANKEL, J.: (1984) "Aspects of fear of personal death, levels of awareness and religious commitment". Journal of Research in Personality. 18, pp. 289-304.

FOX, R; GOTTSCHALK, L.A. AND GLEESER, G.C.: (1965) "Relation of anxiety levels to GSR variables". Unpublished studies.

FRANKL, V.E.: (1986) La Presencia Ignorada de Dios: Psicoterapia y Religión. Herder, Barcelona.

FRANKL, V.E.: (1987) Ante el Vacío Existencial: Hacia una Humanización de la Psicoterapia. Herder, Barcelona.

FRANKL, V.E.: (1988a) El Hombre en Busca de Sentido. Herder, Barcelona.

FRANKL, V.E.: (1988b) La Voluntad de Sentido. Herder, Barcelona.

FREUD, S.: (1925) "Thoughts for the times on war and death". In Collected Papers. Hogarth Press, London, vol. 4.

FUNDACION MATIA: (1988) FUNDACION MATIA. San Sebastián.

FUNDACION MATIA: (1993a) Ponencias 5º Curso de Geriatria "Ciudad de San Sebastián: Atención Socio-Sanitario de la Tercera Edad. Fundación Matía, San Sebastián, vol. 1.

FUNDACION MATIA: (1993b) Ponencias 5º Curso de Geriatria "Ciudad de San Sebastián: Atención Socio-Sanitario de la Tercera Edad. Fundación Matía, San Sebastián, vol. 2.

GARCIA RONDA, A.: (1991) "Bienmorir". El Diario Vasco. 12 de Noviembre, pág. 23, San Sebastián.

GENEST, M. AND GENEST, S.: (1987) Psychology and Health. Research Press, Champaign, Illinois.

DE GENTIL-BACHIS, Y.: (1990) Vivre avec celui qui Va Mourir: Comment Entourer et Accompagner les Derniers Moments de la Vie. Centurion, Alençon, France.

GERBER, L.A.: (1990) "Transformations in self-understanding in surgeons whose treatment efforts were not successful". American Journal of Psychotherapy. 34(1), pp. 75-85.

GILLILAND, J.C. AND TEMPLER, D.I.: (1985-86) "Relationship of death anxiety scale factors to subjective states". Omega. 16(2), pp. 155-167.

GLESER, G.C.; GOTTSCHALK, L.A. AND JOHN, W.: (1959) "The relationship of sex and intelligence to choice of words: A normative study of verbal behavior". Journal of Clinical Psychology. 15, pp.182-191.

GLESER, G.C.; GOTTSCHALK, L.A. AND SPRINGER, K.J.: (1961) "An anxiety scale applicable to verbal samples". Archives in General Psychiatry. 5, pp.593-605.

GLESER, G.C.; GOTTSCHALK, L.A. AND LIPPERT, W.: (1965) "Immediate changes in affect with chlordiazepoxide in juvenile delinquent boys". Archives of General Psychiatry. 13, pp.291-295.

GOMEZ SANCHO, M. ET. AL.: (1992) Control de Síntomas en el Enfermo de Cáncer Terminal. Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital El Sabinal, Las Palmas.

GOTTLIEB, A.; GLESER, G.C. AND GOTTSCHALK, L.A.: (1967) "Verbal and physiological responses to hypnotic suggestion of attitudes". Psychosomatic Medicine. 24, pp.172-183.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C.; DANIELS, R.S. AND BLOCK, S.L.: (1958) "The speech patterns of schizophrenic patients: A method of assessing relative degree of personal disorganization and social alienation". Journal of Nervous and Mental Disorders. 127, pp.153-166.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C.; SPRINGER, K.J.; KAPLAN, S.M.; SHANON, J. AND ROSS, W.D.: (1960) "Effects of perphenazine on verbal behavior patterns". Archives of General Psychiatry. 2, pp.632-639.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C.; MAGLIOCO, E.B. AND D'ZMURA, T.L.: (1961) "Further studies on the speech patterns of schizophrenic patients. Measuring inter-individual differences in relative degree of personal disorganization and social alienation". Journal of Nervous and Mental Disorders. 132, pp.101-113.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C.; D'ZMURA, T.L. AND HANENSON, I.B.: (1964) "Some psycho-physiological relationships in hypertensive women. The effect of Hydrochlorothiazide on the relation of affect to blood pressure". Psychosomatic Medicine. 26, pp.610-617.

GOTTSCHALK, L.A.; CLEGHORN, J.M.; GLESER, G.C. AND IACONO, J.M.: (1965a) "Studies of relationships of emotions to plasma lipids". Psychosomatic Medicine. 27, pp.102-111.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C.; WYLIE, H.W., JR. AND KAPLAN, S.M.: (1965b) "Effects of imipramine on anxiety and hostility levels". Psychopharmacologia. 7, pp.303-310.

GOTTSCHALK, L.A. AND KUNKEL, R.L.: (1966) "Changes in emotional and intellectual functioning after total body radiation". In E.L. Saenger, B.J. Friedman, J.G. Keriakes, and H. Perry (Eds.) Metabolic Changes in Humans Following Total Body Radiation. University of Cincinnati, Cincinnati, Ohio.

GOTTSCHALK, L.A.; STONE, W.N.; GLESER, G.C. AND IACONO, J.M.: (1966) "Anxiety levels in dreams: Relation to changes in plasma free fatty acids". Science. 153, pp.654-657.

GOTTSCHALK, L.A. AND FRANK, E.C.: (1967) "Estimating the magnitude of anxiety from speech". Behavioral Scientist. 12, pp.289-295.

GOTTSCHALK, L.A.; GLESER, G.C. AND STONE, W.A.: (1968) "Language as a measure of change in schizophrenia: Effect of a tranquilizer (phenothiazine derivative) on anxiety, hostility, and social alienation-personal disorganization in chronic schizophrenics patients". Presented at the Symposium on Language and Thought in Schizophrenia. Nov. 21-24, Newport Beach, California.

GOTTSCHALK, L.A. AND GLESER, G.C.: (1969) The Measurement of Psychological states through the Content Analysis of Verbal Behavior. University of California Press, Berkeley.

GOTTSCHALK, L.A.; WINGET, C.N. AND GLESER, G.C.: (1969) Manual of Instructions for Using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales: Anxiety, Hostility and Social Alienation-Personal Desorganization. University of California Press, Berkeley.

GRAY-TOFT, P.A. AND ANDERSON, J.G.: (1986-87) "Sources of stress in nursing terminal patients in a Hospice". Omega. 17(1) pp. 27-39.

GREYSON, B.. (1983) "Near-death experiences and personal values". American Journal of Psychiatry. 140(5), pp. 618-620.

GROUPES LYONNAIS D'ETUDES MEDICALES: (1968) La Muerte y el Hombre del Siglo XX. Editorial Razón y Fé, Madrid.

GRUPO DE ESTUDIOS DE BIOETICA Y CIENCIAS DE LA SALUD: (1992) Curso de Medicina Paliativa: Atención al Enfermo en Situación Terminal: Documento de Trabajo. 18-20 de Noviembre, Zaragoza.

GUILFORD, J.P.: (1954) Psychometric methods, McGraw-Hill, New York, chps. 13 y 14.

HALL, C.S. Y LINDZEY, G.: (1974) La Teoría Personalística: Allport. Paidós, Buenos Aires.

HAMER, R.G.: (1991) "La Génesis del Cáncer". ASAC, Chambéry, Francia.

HAMER, R.G.: (1993) "Reflexiones sobre la nueva medicina". El Grupo de Apoyo a la Medicina del Doctor Ryke Geerd Hamer, Madrid.

HENDON, M.K. AND EPTING, F.R.: (1989) "A comparison of Hospice patients with other recovering and ill patients". Death Studies. 13, pp. 567-578.

IMBERT, F.: (1992) "L'aide psycho-sociale en soins palliatifs: le malade et sa famille". Alliance, Bayonne.

JAUREGUI ANSOLA, C.: (1991) "A los familiares de mayores enfermos". El Diario Vasco. 23 de Octubre, pág. 12, San Sebastián.

JUSTIN, R.G.: (1988) "Adult and adolescent attitudes toward death". Adolescence. 22(90), pp. 429-435.

KAPLAN, S.M., GOTTSCHALK, L.A., MAGLIOCCO, E.B., ROHOVIT, D.D. AND ROSS, W.D.: (1961) "Hostility in verbal productions and hypnotic dreams of hypertensive patients: Studies of groups and individuals". Psychosomatic Medicine. 23, pp. 311-322.

KAREN, R.: (1992) "Shame". The Atlantic Monthly. February, pp. 40-70.

KASTENBAUM, R. (Ed.): (1987) "The search for meaning". Generations. Spring, 11(3), pp. 9-13.

KELLY, G.A.: (1991a) The Psychology of Personal Constructs. Volume One - A Theory of Personality. Routledge, London.

KELLY, G.A.: (1991b) The Psychology of Personal Constructs. Volume Two - A Theory of Personality. Routledge, London.

KELLY, R.J.: (1985) "Death anxiety, religious convictions about the afterlife, and the psychotherapist". Death Studies 9, pp. 155-162.

KLINE, P.: (1986) A Handbook of Test Construction. Cambridge University Press, New York.

KNAPP, R.J.: (1986) Beyond Endurance: When a Child Dies. Schocken Books, New York.

KNAPP, R.J.: (1987) "When a child dies: how parents react to and cope with one of life's most devastating losses". Psychology Today. July, pp. 60-67.

KOPPITZ, E.M.: (1983) "Projective drawings with children and adolescents". School Psychology Review. 12(4), pp. 421-427.

KOVACS, G.: (1982) "The philosophy of death in Viktor E. Frankl". Journal of Phenomenological Psychology. 13(2), pp. 197-209.

KRIEGER, S.R.; EPTING, F.R. AND LEITNER, L.M.: (1974) "Personal constructs, threat and attitudes toward death". Omega. 5(4), pp. 299-310.

KÜBLER-ROSS, E.: (1969) On Death and Dying: What the Dying Have to Teach Doctors, Nurses, Clergy and their own Families. Macmillan, New York.

KÜBLER-ROSS, E.: (1974) Questions and Answers on Death and Dying. Macmillan, New York.

KÜBLER-ROSS, E.: (1975) La Mort: Dernière Etape de la Croissance. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey.

KÜBLER-ROSS, E.: (1981) Living with Death and Dying. Macmillan, New York.

KÜBLER-ROSS, E.: (1985) On Children and Death. Macmillan, New York.

KÜBLER-ROSS, E.: (1989) AIDS: The Ultimate Challenge. Macmillan, New York.

KÜBLER-ROSS, E.: (1990) La Muerte: Un Amanecer. Ediciones Luciérnaga, Barcelona.

KUIKEN, D. AND MADISON, G.: (1987) "The effects of death contemplation on meaning and purpose in life". Omega. 18(2), pp. 103-111.

LANE, R. AND SCHWARTZ, G.E.: (1987) "Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology". American Journal of Psychiatry. 144(2), February, pp. 133-143.

LESTER, D. (1966).: "The construction of a fear of death scale: its consistency, validity and use". Unpublished manuscript. Brandels University.

LUKAS, E.S.: (1971) Logotherapie als Persönlichkeitstheorie, Tesis Doctoral, Universidad de Viena.

LUKAS, E.: (1988) "Para validar la logoterapia". En V.E. Frankl, La Voluntad de Sentido. Herder, Barcelona, págs. 253-284.

MAGUIRE, P. AND FAULKNER, A.: (1988) "Communicate with cancer patients: handling uncertainty, collusion and denial". British Medical Journal. 297, Octubre, pp. 972-974.

MARIN, B.: (1993) "La psicología de la salud en América Latina". Papeles del Psicólogo. Epoca II(55), págs. 50-56.

MASLOW, A.: (1969) "Comments on Dr. Frankl's paper". In A.J. Sutich and M.A. Vich, (Dir.), Readings in Humanistic Psychology. Free Press, New York, p.23.

MASLOW, A.: (1993) El Hombre Auto-Realizado: Hacia una Psicología del Ser. Editorial Kairós, Barcelona.

MATTEWS SIMONTON, S.: (1990) Recuperar la Salud. Editorial Raíces, Madrid.

MCLEOD, W.T. (Ed.): (1982) The New Collins Concise Dictionary of the English Language. Collins, London.

MEIER, A.: (1973) "Frankl's 'will to meaning' as measured by the Purpose-in-Life Test in relation to age and sex differences". Dissertation. University of Ottawa.

MEYER, J.E.: (1983) Angustia y Conciliación de la Muerte en Nuestro Tiempo. Herder, Barcelona.

MILLER, C.K.: (1965) "Psychological correlates of coronary artery disease". Psychosomatic Medicine. 27, pp.257-265.

MOODY, R.A.: (1975) Life after Life and Reflections on Life after Life. Guideposts, New York.

MORALES, P.: (1988) Medición de Actitudes en Psicología y Educación. Tarttalo, S.A., San Sebastián.

MOUNT, B. AND HOGETTS, G.: La Asistencia Paliativa. Video. Laboratorios Sarget, España.

MURPHY, L.: (1967) "Extent of purpose-in-life and four Frankl-proposed life objectives". Dissertation. University of Ottawa.

MURPHY, P.: (1987) "Cuando la muerte no es muerte". Nursing. Enero, págs. 50-55.

NABE, C.: (1989) "Health care and the transcendent". Death Studies. 13, pp. 557-565.

NEIMEYER, R.A.; FONTANA, D.J. AND GOLD, K.: (1983) "A manual for content analysis of death constructs". Death Education. Summer, 7(2-3), pp. 299-320.

NEIMEYER, BEHNKE AND REISS: (1984) In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 159-178.

NEIMEYER, EPTING AND KRIEGER: (1984) In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 1-7.

NEIMEYER, FONTANA AND GOLD: (1984) In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 213-234.

NOUWEN, H.J.M. AND GAFFNEY, W.J.: (1976) Aging: The Fulfillment of Life. Doubleday, Garden City, New York.

NUNNALLY, J.C.: (1987) Teoría Psicométrica. Editorial Trillas, México.

OCHS, C.: (1979) Death Orientation, Purpose in Life and the Choice of Volunteer Service. Unpublished Doctoral Dissertation, California School of Professional Psychology, Fresno.

PACHECO, A.M. AND LUCCA-IRIZARRY, N.: (1983) "A cross-cultural comparison of the concept of death in young adults". Revista Interamericana de psicología/Interamerican Journal of Psychology. 17(1-2), pp. 35-47.

PALOUZIE, A.M.: (1985) "Aspects of the European dying process". Social Science and Medicine. 20(8), pp. 851-853.

PEDRERO, M.: (1991) "Aparecen en España los centros de cuidados paliativos o del bienmorir". El Diario Vasco. 4 de Marzo, pág. 10, San Sebastián.

PICKEREL, J.: (1989) "Tell me your story: using life review in counseling the terminally ill". Death Studies. 13, pp. 127-135.

PIERS, G. AND SINGER, M.D.: (1953) Shame and Guilt. Charles C. Thomas, Springfield, Illinois.

POWELL, F.C. AND THORSON, J.A.: (1991) "Constructions of death among those high in intrinsic religious motivation". Death Studies. 15, pp. 131-138.

RADNER, G.: (1990) It's Always Something. Avon Books, New York.

RAMIREZ, A.M.: (1979) "Acercamiento al moribundo: eutanasia, distanasia y muerte". Monográfico en Labor Hospitalaria: Organización y Pastoral de Hospitales. 11(171).

RAMOS CAMPOS, F.: (1982) Personalidad, Depresión y Muerte. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid.

REED, P.: (1986a) "Death perspectives and temporal variables in terminally ill and healthy adults". Death Studies. 10, pp. 467-478.

REED, P.: (1986b) "Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults". Research in Nursing and Health. 10, pp. 335-344.

REED, P.: (1986c) "Religiousness among terminally ill and healthy adults". Research in Nursing and Health. 9, pp. 35-41.

REKER, G.T. AND COUSINS, J.B.: (1979) "Factor structure, construct validity and reliability of the Seeking of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL) Tests". Journal of Clinical Psychology. 35(1), pp. 85-91.

RHUDICK, P.J. AND DIBNER, A.S.: (1961) "Age, personality and health correlates of death concerns in normal aged individuals". Journal of Gerontology. 16, pp. 44-49.

RIBA, J.; CAMIL VILAJONA, J.; CENTELLES, N.; AYUMANI, M.N.; BONET, R. Y ALMERGE, J.: (1990) "Enfermos terminales de SIDA: aspectos psicológicos". Folleto del Psicólogo. Epoca 2(46-47), págs. 72-74.

RING, K.: (1988) "Near-death experiences: implications for human evolution and planetary transformation". In S. Grof, (Ed.), Human Survival and Consciousness. Suny Publishers, pp. 251-270.

ROBINSON, P.J. AND WOOD, K.: (1983) "Fear of death and physical illness: a personal construct approach". Death Education. Summer, 7(2-3), pp. 213-228.

ROGERS, A.H. AND SCHEIRER, J.C. (Eds.): (1984) "Psychological Testing: Basic Concepts and Common Misconceptions". The G. Stanley Hall Lecture Series: Volume 5. American Psychological Association.

ROSS, W.D.; ADSETT, N.; GLEESER, G.C.; JOYCE, C.R.B.; KAPLAN, S.M. AND TIEGER, M.E.: (1963) "A trial of psychopharmacologic measurement with projective techniques". Journal of Projective Techniques. 27, pp.223-225.

ROWE, D.: (1984) "Construing life and death". In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 11-27.

ROWLAND, J.H.: (1989) "Developmental stages and adaptation: adult model". In J.C. Holland and J.H. Roland (Eds.), Handbook of Psychosocial Oncology: Care of the Patient with Cancer. Oxford University Press, New York, pp. 25-43.

RYAN, J.: (1983-84) "Silent Barter". Omega. 14(2), pp. 145-154.

SANZ ORTIZ, J.: (1991) "El estrés de los profesionales sanitarios y los cuidados paliativos". Medicina Clínica. 96(10), págs. 377-378.

SAUNDERS, C.: (1994) In D. Doyle; G.W. Hanks and N. Macdonald (Eds.), Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford, prólogo, pág. V.

SCHAERER, R. ET PILLOT, J.: (1986) "Le deuil". Soins Palliatifs Terminaux. 36(9), pp. 493-496.

SCHULZ, R.: (1978) The psychology of Death, Dying and Bereavement. Addison-Wesley Publishing Company, New York.

SEGUNDO CONGRESO NACIONAL SOBRE EL SIDA: (1993), 2-5 de Marzo, Bilbao.

SERAVALLI, E.P.: (1988) "The dying patient, the physician and the fear of death". The New England Journal of Medicine. 319(26), pp. 1728-1730.

SHNEIDMAN, E.: (1980) Voices of Death. Harper and Row Publishers, New York.

SIEGEL, B.: (1986) Love, Medicine and Miracles. Harper and Row, New York.

SILVERBERG, R.A.: (1985) "Men confronting death: management versus self-determination". Clinical Social Work Journal. Summer 13(2), pp. 157-169.

SIMPSON, M.; BUCKMAN, R.; STEWART, M.; MAGUIRE, P.; LIPKIN, M.; NOVAC, D. AND TILL, J.: (1991) "Doctor-patient communication: the Toronto Consensus". British Medical Journal. 303, pp. 1385-1387.

SMITH, D.K.; NEHEMKIS, A.M. AND CHARTER, R.A.: (1983-1984) "Fear of death, death attitudes and religious conviction in the terminally ill". International Journal of Psychiatry in Medicine. 13(3), pp. 221-233.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS: (1993) Cuidados Paliativos: Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

SPECK, P.: (1994) "Spiritual issues in palliative care". In D. Doyle; G.W. Hanks and N. Macdonald (Eds.), Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford University Press, Oxford. pp. 515-525.

STILL, A. AND TODD, C.: (1986) "Differences between terminally ill patients who know and those who do not know, that they are dying". Journal of Clinical Psychology. 42(2), pp. 287-296.

STOLL, B.A. (Ed.): (1986) Coping with Cancer Stress. Martinus Nijhoff, Dordrecht, The Netherlands.

SWENSON, W.M.: (1961) "Attitudes toward death in an aged population". Journal of Gerontology. 16, pp. 49-52.

TEMPLER, D.I.: (1969) "Death Anxiety Scale". Proceedings, 77th Annual Convention. APA, pp. 737-738.

TEMPLER, D.I.: (1970) "The construction and validation of a death anxiety scale". Journal of General Psychology. 82, pp. 165-177.

TEMPLER, D.I. AND RUFF, C.F.: (1971) "Death Anxiety Scale means, standard deviations and embedding". Psychological Reports. 29, pp. 173-174.

TEMPLER, D.I.: (1971) "Death anxiety as related to depression and health of retired persons". Journal of Gerontology. 26, pp. 521-523.

TEMPLER, D.I.; RUFF, C.F. AND FRANKS, C.M.: (1971) "Death anxiety: age, sex and parental resemblance in diverse populations". Developmental Psychology. 4(1), p. 106.

TEMPLER, D.I.: (1976) "Two factor theory of death anxiety: a note". Essence. 1, pp. 91-93.

THORSON, J.A. AND POWELL, F.C.: (1988) "Elements of death anxiety and meanings of death". Journal of Clinical Psychology. 44(5), pp. 691-701.

TOBACYK, J.: (1984) "Death threat, death concerns and paranormal belief". In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 29-38.

UFEMA, J.: (1988) "Cómo hablar a los pacientes moribundos". Nursing. Marzo, 88, págs. 21-24.

URRACA MARTINEZ, S.: (1982) Actitudes ante la Muerte (Preocupación, Ansiedad, Temor) y Religiosidad. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Madrid.

VANDEWIELE, M.: (1982) "The perceptions by Wolof adolescents of values destroyed by death". Journal of Social Psychology. 118, pp. 277-278.

VALENCIANO, L. Y USIETO, R. (Eds.): (1994) SIDA: Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial. Ediciones CESA, Madrid.

VERNACHI, R.L.: (1992) "Dealing with death difficult for docs too". Associated Press, Washington.

VIANELLO, R. AND LUCAMENTE, M.: (1987) "Children's understanding of death according to parents and pediatricians". Journal of Genetic Psychology. 149(3), pp. 305-316.

VINEY, L. AND WESTBROOK, M.T.: (1982a) "Coping with chronic illness: the mediating role of biographic and illness-related factors". Journal of Psychosomatic Research. 26(6), pp. 595-605.

VINEY, L. AND WESTBROOK, M.T.: (1982b) "Patterns of anxiety in the chronically ill". British Journal of Medical Psychology. 55, pp. 87-95.

VINEY, L.: (1983a) "The assessment of psychological states through content analysis of verbal communications". Psychological Bulletin. 94(3), pp. 542-563.

VINEY, L: (1983b) "Concerns about death among severely ill people". In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 143-157.

VINEY, L: (1983c) "Experiencing chronic illness: a personal construct commentary". In J. Adams Weber and J. Mancuso, (Eds.), Applications of Personal Construct Theory. Academic Press, Canada, pp. 239-247.

VINEY, L: (1984) "Loss of life and bodily integrity: two different sources of threat for people who are ill". Omega. 15(3), pp. 207-222.

VINEY, L. AND TYCH, A.M.: (1985) "Content analysis scales measuring psychosocial maturity in the elderly". Journal of Personality Assessment. 49(3), pp. 311-317.

VINEY, L.: (1986) "Expression of positive emotion by people who are physically ill: is it evidence of defending or coping?" Journal of Psychosomatic Research. 30(1), pp. 27-34.

VINEY, L. AND WESTBROOK, M.: (1986-87) "Is there a pattern of psychological reactions to chronic illness which is associated with death?" Omega. 17(2), pp. 169-181.

VINEY, L: (1989) Images of Illness. Robert E. Krieger, Malabar, Florida.

VINEY, L.; BENJAMIN, Y.N. AND PRESTON, C.A.: (1989) "An evaluation of personal construct therapy for the elderly". British Journal of Medical Psychology. 62(1) pp. 35-41.

VINEY, L: (1991) "The personal construct theory of death and loss: toward a more individually oriented grief therapy". Death Studies. 15(2), pp. 139-155.

WARREN, W.G.: (1984) "Personal construct psychology: broadening death research and death education". In F.R. Epting and R.A. Neimeyer, (Eds.), Personal Meanings of Death: Applications of Personal Construct Theory to Clinical Practice. Hemisphere, Washington, pp. 181-194.

WELKOWITZ, J.; EWEN, R.B. Y COHEN, J.: (1981) Estadística Aplicada a las Ciencias de la Educación. Santillana, Madrid.

WEST, R.: (1991) COMPUTING FOR PSYCHOLOGISTS: STATISTICAL ANALYSIS USING SPSS AND MINITAB. Hardwood Academic Publishers, Chur, Switzerland.

WESTON, W.: (1994) "La fase de la muerte y cómo afecta al duelo". 1º Congreso Internacional de Cuidados Paliativos. Asociación Española contra el Cáncer, 9-12 de Febrero, Madrid.

WITTE, R.A.: (1985) "The psychosocial impact of a progressive physical handicap and terminal illness (Duchenne Muscular Dystrophy) on adolescents and their families". British Journal of Medical Psychology. 58, pp. 179-187.

YALOM, I.D.: (1991) Remedios de Amor. Ultramar Editores, Barcelona.

ZUELKE, T.E. AND WATKINS, J.T.: (1975) "The study of psychotherapy with dying patients: an exploratory study". Journal of Clinical Psychology. 31, pp. 729-732.