



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio

Modalidad: Estudio de campo

Título: Ansiedad ante la muerte de un ser querido: un estudio en universitarios

Autor: Saray Marcos de Lamo

Tutora: María José Quiles Sebastián

Elche a 16 de junio de 2017

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODO.....	8
3.1 Participantes.....	8
3.2 Instrumentos de evaluación.....	9
3.3 Procedimiento.....	11
3.4 Análisis de datos.....	11
4.RESULTADOS.....	12
4.1 Ansiedad ante la posible pérdida de un ser querido.....	12
4.2 Resiliencia.....	12
4.3 Bienestar psicológico.....	13
4.4 Apoyo social.....	14
4.5 Estado de Salud.....	14
4.6 Correlaciones de Pearson.....	15
5. DISCUSIÓN.....	18
6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	19
Tabla 1. Variables sociodemográficas.....	9
Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las variables sociodemográficas en ansiedad y en las variables positivas.....	15

1. RESUMEN

En la cultura occidental, la muerte se trata como un tema tabú, provocando miedo y ansiedad en la sociedad y volviéndose a veces desproporcionado y desadaptativo. En esta investigación se ha estudiado la relación entre la ansiedad ante la muerte de un ser querido en estudiantes de Psicología y CAFD (n=200) y las variables *Sexo, Edad, Titulación, Estado civil, Nivel socioeconómico, Ocupación, Creencias religiosas y espirituales, Bienestar psicológico, Resiliencia, Apoyo social y Estado de salud*, además de las relaciones que existen entre ellas. Los resultados mostraron que las mujeres tienen mayor ansiedad ante la posible muerte de un ser querido que los hombres, que los más jóvenes presentan mayores niveles de ansiedad y que Psicología presenta mayores niveles de ansiedad que CAFD. Atendiendo a las escalas totales, la Ansiedad correlacionó significativamente con la Resiliencia total ($r=-.271$; $p=.000$), con el Bienestar total ($r=-.270$; $p=.000$) y con el Estado de Salud total ($r=-.440$; $p=.000$). Además, surgieron correlaciones altas entre la variable Resiliencia total y Bienestar psicológico total ($r=.733$; $p=.000$), entre Resiliencia total y Estado de salud total ($r=.637$; $p=.000$) y entre el Bienestar psicológico total y el Apoyo social total ($r=.634$; $p=.000$). En definitiva, los resultados muestran que sería recomendable trabajar la resiliencia, el bienestar psicológico y el estado de salud en programas de intervención en ansiedad ante la muerte.

PALABRAS CLAVE: *Ansiedad ante la muerte de un ser querido, Resiliencia, Bienestar psicológico, Apoyo social, Estado de salud.*

ABSTRACT

In Western culture, death is treated as a taboo subject, causing fear and anxiety in society and becoming sometimes disproportionate and maladaptive. In this research the relationship between anxiety about the death of a loved one in Psychology students and CAFD (n = 200) and the variables *Gender, Age, Degree, Marital status, Socioeconomic status, Occupation, Religious and spiritual beliefs, Psychological well-being, Resilience, Social support and Health status*, in addition to the relationships that exist between them. The results showed that women are more anxious about the possible death of a loved one than men, that the younger ones present higher levels of anxiety and that Psychology presents higher levels of anxiety than CAFD. In the total scales, the Anxiety correlated significantly with the Total Resilience ($r = -.271$; $p = .000$), with Total Wellbeing ($r = -.270$; $p = .000$) and with Total Health Status ($r=-.440$; $p = .000$). In addition, high correlations emerged between total Resilience and total Psychological well-being ($r = .733$; $p = .000$), between total Resilience and total Health status ($r = .637$; $p = .000$), and

between total Psychological well-being and total Social support ($r = .634$; $p = .000$). In conclusion, the results show that it would be advisable to work resilience, psychological well-being and health status in intervention programs in anxiety against death.

KEY WORDS: *Anxiety about the death of a loved one, Resilience, Psychological well-being, Social support, Health status.*

2. INTRODUCCIÓN

A lo largo de nuestra vida, la familia y la cultura en la que nacemos nos transmite una serie de valores y condiciona la manera de pensar y de ver el mundo que tendremos en un futuro. Al nacer, todavía no somos conscientes de que en algún momento moriremos y también morirán nuestros seres queridos, pero, con el paso del tiempo, la muerte va adquiriendo significado, el cual se concibe y enfrenta de manera individual influido por la familia, la sociedad y la cultura (Yoffe, 2002).

Con el paso de los años, se ha producido un cambio cultural en la manera de percibir la muerte. Antiguamente, se percibía como un proceso natural ya que se asumía como parte de la vida y se vivía como algo lógico y público; las personas morían en sus casas rodeadas de sus familias y de gente cercana. Con el paso del tiempo, las emociones y las creencias sobre la muerte han ido cambiando, así como la forma de enfrentarse a la muerte. Con la creación de hospitales, las personas comenzaron a morir en estas instituciones en vez de en sus hogares y, en ocasiones, morían lejos de sus familiares, por lo que la muerte pasó de percibirse como algo natural, familiar y aceptado a un proceso que produce ansiedad y es rechazado por la sociedad (Rodríguez-Marín y Neipp, 2008).

Además de la institucionalización de la muerte, la cultura también es un factor importante que influye en la manera de percibir la muerte y reaccionar ante ella; en algunos países la muerte se percibe como un tema tabú del que se prefiere no hablar, mientras que, en otros, el día de los difuntos es fiesta nacional. En culturas industrializadas y en grandes ciudades, se percibe la enfermedad y la muerte como enemigas mientras que, en pequeñas comunidades rurales los niños desde muy temprano aprenden, a través de la educación que les dan sus familiares, que la muerte es algo natural en el ciclo de la vida (Caycedo, 2007). Esta concepción de la muerte como algo natural es importante, ya que a pesar de que con los avances científicos se ha podido aumentar la esperanza de vida de las personas, la muerte es algo inevitable (Pascual y Santamaría, 2009), e influye en todas las personas, tanto en las que presienten la proximidad de su propia muerte como en las que sufren por la muerte de una persona cercana (Dallal y Castillo, 2005).

A pesar de saber que la muerte es inevitable y forma parte del proceso de la vida, supone un motivo de preocupación en la sociedad y provoca dolor, angustia y tristeza cuando se trata principalmente de la muerte de un ser querido para la persona (Salles, 2005). La pérdida de un ser querido es una de las experiencias que más estrés y dolor provoca en las personas, este dolor recibe el nombre de “duelo”, y supone una experiencia normal tras la pérdida o muerte de alguien significativo, ya que es un indicador de que se quería y se quiere a la persona que se ha perdido. Según Bermejo (2007) no se puede querer a una persona y esperar que su pérdida no nos afecte, ya que se crean lazos afectivos y la ruptura de éstos, provoca dolor.

En definitiva, el duelo puede definirse como “la reacción psicológica natural, normal y esperable, de adaptación a la pérdida de un ser querido que sufren familiares y amigos y que puede manifestarse antes, durante y después de su fallecimiento” (Citado en Pascual y Santamaría, 2009). Las personas que se encuentran en el proceso de duelo pasan por una serie de fases y sufren determinadas reacciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales que pueden variar según las circunstancias y el modo de morir.

Según Gala et al. (2002) las fases del proceso de duelo son:

1. *Embotamiento mental*: es la fase inicial en que la los amigos y familiares se encuentran en estado de shock y se sienten confusos y aturdidos por el fallecimiento del ser querido, negando la realidad.
2. *Anhelo y búsqueda*: esta fase aparece depresión, culpa e insomnio por lo que la persona busca al ser fallecido debido a la ansiedad que genera la separación.
3. *Desorganización y desesperación*: aquí los familiares y amigos del fallecido suelen abandonarse y rompen los esquemas de su vida personal.
4. *Reorganización*: en esta última fase, las personas comienzan a aceptar poco a poco que la persona fallecida no va a volver y establecen nuevos patrones de vida sin la persona fallecida.

Estas son las fases habituales que se han de seguir para que el duelo se elabore correctamente. Algunas personas en duelo intentan ocultar el dolor mediante conductas autodestructivas como beber alcohol o tomar drogas, y esto puede conllevar un duelo patológico (Yoffe, 2002). Para evitar que esto suceda, es importante que perciban ese dolor como algo normal y que entiendan que la muerte de un ser querido provoca tristeza y ansiedad.

La “teoría del apego” de Bowlby (1980) puede ayudar a entender la tristeza y ansiedad que se da ante la pérdida de algún ser querido. Según esta teoría, desde edades tempranas se establece una relación de apego entre madre e hijo muy importante para el niño y cuándo éste experimenta la posibilidad de perder a su cuidador, sufre reacciones emocionales de ansiedad, rabia, angustia o estrés, consideradas normales y adaptativas (Bowlby, 1986).

En ocasiones, las reacciones ante la muerte no resultan ser adaptativas. Aunque el miedo y ansiedad ante la muerte se considera una emoción universal, a veces, según su intensidad y duración, puede resultar patológico. El miedo o ansiedad se considera normal si realmente existe algún estímulo o factor que ponga en riesgo la supervivencia de la persona, por el contrario, será patológico cuando realmente no exista un peligro real hacia la vida de una persona y se considere una respuesta desadaptativa (Limonero, 1997).

Existen diferentes tipos de estímulos que pueden incitar ansiedad ante la propia muerte o ajena (ambientales, situacionales o internos). Según Ens & Bond (2005), los adolescentes que han experimentado la muerte de un abuelo, experimentan más ansiedad tras este acontecimiento. Del mismo modo, las características personales y otras variables sociales influyen en dicha ansiedad.

Siguiendo el modelo de los dos factores de ansiedad ante la muerte (Gilliland y Templer, 1985-1986; Lonetto y Templer, 1986; Templer, 1976), esta se determina por: la salud psicológica global de la persona, que representa la ansiedad ante la muerte, y las experiencias vitales en relación con la muerte, relacionadas con el miedo a la muerte. Un fallo en los mecanismos de defensa podría provocar ansiedad ante la muerte, depresión y otras psicopatologías (Neimeyer, 1997).

Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se encontraron que entre las variables que influyen en la ansiedad ante la posible pérdida de un ser querido se encuentran variables sociodemográficas como el *Sexo, Titulación, Ocupación, Nivel socioeconómico, Edad, Estado civil y Creencias religiosas y espirituales*.

Numerosos estudios muestran que las mujeres presentan más miedo y actitudes negativas hacia el concepto de muerte (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003; Uribe, Valderrama y López, 2007).

En lo referente a la variable *Edad*, los resultados entre estudios no son concluyentes. Thorson y Powell (1988) apuntaron que el hecho de que los ancianos hayan pasado por momentos y circunstancias desagradables, hace que tengan menos

miedo de morir. Por otro lado, en estudios como el de Martínez, Alonso y Calvo (2001) los ancianos mostraron mayor ansiedad que los jóvenes. Lonetto y Templer (1998) no se encontraron diferencias en la ansiedad ante la muerte según la edad.

En cuanto a las relaciones con el *Estado civil*, Rodríguez-Marín y Neipp (2008) afirman que las personas casadas poseen un bienestar subjetivo mayor que los demás estados civiles. Sin embargo, Uribe, Valderrama y López (2007) no encontraron diferencias significativas entre ansiedad ante la muerte y el estado civil.

El *Nivel socioeconómico* parece relacionarse con la ansiedad ante la muerte, ya que Uribe, Valderrama y López (2007) encontraron diferencias significativas entre variables, siendo el miedo a la muerte mayor con un estrato socioeconómico bajo.

Respecto a la *Ocupación* y la *Titulación*, existen resultados no concluyentes. Algunos estudios han mostrado que el tipo de ocupación influye en la ansiedad ante la muerte, los médicos y estudiantes de medicina experimentan más ansiedad (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003). Sin embargo, otros no han mostrado diferencias significativas (Lonetto y Templer, 1998).

La ansiedad ante la muerte de un ser querido se relaciona también con las *Creencias religiosas*. Según Lester (1991), las personas religiosas muestran una baja ansiedad ante la muerte. Estudios como el de Wen (2012) mostraron que las personas que asistían a la iglesia y a eventos religiosos con más frecuencia tenían una menor ansiedad por la muerte. Sin embargo, López, Sueiro y López (2004) encontraron que los creyentes mostraban mayor ansiedad ante la muerte.

Además de las variables sociodemográficas anteriores, existen otras variables relacionadas con la psicología positiva que se pueden considerar relevantes en este contexto, como son la *Resiliencia*, el *Bienestar psicológico*, el *Apoyo social* y el *Estado de Salud*.

Entendiendo la *Resiliencia* como “la manifestación de la adaptación positiva a pesar de significativas adversidades en la vida” (Luthar, 2005), considerando la muerte como un suceso crítico y la ansiedad como una reacción que puede volverse desadaptativa, es importante estudiar la relación entre la ansiedad y resiliencia.

La relación entre la ansiedad ante la muerte y el *Bienestar psicológico* se basa en la afirmación de Neimeyer (1997), quien dice que el miedo a la muerte se relaciona con el dolor psicológico y la depresión. Además, algunos estudios muestran que las personas con desórdenes mentales o emocionales poseen niveles más altos de

ansiedad ante la muerte, que el resto de la población (Vargas-Mendoza, 2009; Rivera-Ledesma, Montero- López y Sandoval-Ávila, 2010).

Según Yoffe (2002) también el *Apoyo social* es importante en aquellos que atraviesan un duelo por la pérdida de un ser querido, ya que éste influye para que no se torne «crónico» o «patológico». Por otro lado, Rodríguez-Marín y Neipp (2008) y Luthar (2005), afirman que el apoyo social influye, sobre todo, en la salud mental y en los procesos positivos de desarrollo; poseer una mala salud es más probable en personas con falta de apoyo social. Por este motivo, y relacionando la ansiedad como un factor que empeora la salud, es recomendable evaluar esta variable.

El término *Salud* también es importante en el estudio sobre la ansiedad ante la muerte, ya que según Fortner y Neimeyer (1999), a mayor problemas físicos y psicológicos, mayor será la ansiedad ante la muerte. Además, los enfermos crónicos presentan mayor ansiedad ante la muerte, pero no por la muerte en sí, sino por el dolor que pueda provocar (Rivera-Ledesma, Montero- López y Sandoval-Ávila, 2010).

Para concluir, el objetivo de este trabajo fue evaluar los niveles de ansiedad ante la posible muerte de un ser querido en estudiantes universitarios de Psicología y Ciencias de la Actividad Física y Del Deporte de la universidad Miguel Hernández de Elche (UMH), así como las posibles relaciones entre la ansiedad con variables sociodemográficas relevantes y variables psicológicas positivas (*Sexo, Edad, Titulación, Estado civil, Nivel socioeconómico, Ocupación, Creencias religiosas y espirituales, Bienestar psicológico, Resiliencia, Apoyo social y Estado de salud*), además de las relaciones existentes entre todas ellas.

3. MÉTODO

3.1 Participantes

La muestra estuvo formada por 200 estudiantes universitarios de primer y segundo curso del grado de Psicología y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte (CAFD) en la UMH. De estos, 93 estudiaban Psicología (46.5%) y 107 estudiaban CAFD (53.5%). En total, la muestra estuvo formada por 96 mujeres (48%) y 104 hombres (52%) y la edad promedio fue de 22.46 años (DT = 4.381), siendo el mínimo de edad de 19 años y el máximo 51. Del total de alumnos, el 56% estaban solteros (n=112), el 35.5 % tenían una relación estable (n=71) y el 8.5% tenían pareja ocasional (n=17). En cuanto al nivel socioeconómico, el 76.5% tenía un nivel socioeconómico medio (n=153), el 20.5% un nivel medio-alto (n=41) y el 3% bajo (n=6). En el caso de la religión, el 35%

de los estudiantes eran creyentes (n=70) y el 65% eran no creyentes (n=130). Atendiendo a la ocupación, el 77% no trabajaban (n=154) el 1.5% trabajaban en sanidad (n=3), el 5.5% en educación (n=11), el 8% en servicios (n=16) y el 8% en otro tipo de trabajo (n=16). La tabla 1 recoge las principales características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1. *Variables sociodemográficas.*

SEXO	N	PORCENTAJE
Hombres	104	52%
Mujeres	96	48%
TITULACIÓN	N	PORCENTAJE
Psicología	93	46,5%
CAFD	107	53,5%
EDAD	N	PORCENTAJE
19-20 años	90	45%
21-22 años	44	22%
23-24 años	31	15,5%
25-30 años	26	13%
31-51 años	9	4,5%
ESTADO CIVIL	N	PORCENTAJE
Soltero	112	56%
Pareja estable	71	35,5%
Pareja ocasional	17	8,5%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	N	PORCENTAJE
Bajo	6	3%
Medio	153	76,5%
Medio-alto	41	20,5%
RELIGIÓN	N	PORCENTAJE
Creyentes	70	35%
No creyentes	130	65%
OCUPACIÓN	N	PORCENTAJE
No trabajo	154	77%
Sanidad	3	1,5%
Educación	11	5,5%
Servicios	16	8%
Otro	16	8%

3.2 Instrumentos de evaluación

“Cuestionario de Ansiedad ante la posible pérdida de un ser querido” (TAMSQ; Campos, Díaz, López y Marcos, 2015). Consta de 24 ítems con 5 alternativas de respuesta (1 = casi nunca, 2 = a veces, 3 = normalmente, 4 = casi siempre y 5 = siempre). El rango de puntuaciones oscila de 24 a 120, siendo mayor la ansiedad ante la posible muerte de un ser querido a mayor puntuación obtenida. Este cuestionario presenta una buena consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.869.

“Escala de Resiliencia de Connor-Davidson” (*Connor-Davidson Resilience Scale*, CD-RISC; Connor-Davidson, 2003). Se utilizó la adaptación española de la CD-RISC en situaciones de estrés crónico (Crespo, Fernández-Lansac y Soberón, 2014), un cuestionario autoaplicado que consta de 21 ítems y se responde en base a una escala tipo Likert que oscila entre 0 = en absoluto y 4 = casi siempre. La adaptación española de la CD-RISC tiene 4 factores en los cuales se distribuyen los 21 ítems: F1=Afrontamiento y persistencia ante situaciones de estrés (8 ítems), F2= capacidad de superación y logro de objetivos (5 ítems), F3= valoración positiva (6 ítems) y F4= confianza (2 ítems). El rango de puntuaciones oscila de 0 a 84, siendo mayor la resiliencia a mayor puntuación. Esta escala posee una alta fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.90 (Crespo et al., 2014).

“Escala de bienestar psicológico de Ryff” (*Scales of Psychological Well-Being*, SPWB; Ryff, 1989). Se utilizó la escala reducida por Van Dierendonck (2004) y adaptada al español por Díaz et al. (2006) que posee 39 ítems evaluados en una escala tipo Likert de 6 alternativas de respuesta, siendo 1 = completamente en desacuerdo y 6 = completamente de acuerdo. Este cuestionario está compuesto por seis factores en los que se distribuyen los ítems: Autoaceptación (6 ítems), Relaciones positivas (6 ítems), Autonomía (8 ítems), Dominio del Entorno (6 ítems), Crecimiento personal (7 ítems) y Propósito en la vida (6 ítems). El rango de puntuaciones oscila de 39 a 234, siendo mayor el bienestar psicológico a mayor puntuación obtenida. Las escalas mostraron una buena consistencia interna, con valores que oscilan entre $\alpha=0.83$ (autoaceptación) y $\alpha=0.68$ (crecimiento personal). La escala de crecimiento personal es la única que no supera el valor mínimo ($\alpha=0.70$) pero se encuentra en el límite (Díaz et al., 2006).

“Cuestionario de Salud” (*The Short Form-36 Health Survey*, SF-36; Ware y Sherbourne, 1992). Se utilizó la adaptación española (Alonso, Prieto y Antó, 1995) que consta de 36 ítems que proporcionan información de estados positivos y estados negativos de la salud física y del bienestar emocional. Los 36 ítems están recogidos en 8 dimensiones: Función física (10 ítems), Salud general (5 ítems), Rol físico (4 ítems), Rol emocional (3 ítems), Dolor corporal (2 ítems), Función social (2 ítems), Vitalidad (4 ítems) y Salud mental (5 ítems). Además de estas 8 escalas, incluye una pregunta acerca de la percepción de su salud en comparación al año anterior. Las puntuaciones oscilan entre 36 a 149, teniendo un mejor estado de salud a mayor puntuación. En todas las escalas, excepto en la escala de función social, el alfa de Cronbach supera el valor mínimo ($\alpha=0.70$); en las dimensiones Rol emocional, Rol físico y Función física, el alfa de Cronbach es más elevado, superando incluso el valor 0.90 (Alonso et al., 2005).

“Escala de provisiones sociales” (*Social Provisions Scale*, SPS; Cutrona y Russell, 1987). Se utilizó la versión española compuesta por 24 ítems y se responde en una escala tipo Likert que va de 1 = completamente en desacuerdo a 4 = completamente de acuerdo. Este cuestionario evalúa 6 tipos de provisiones de apoyo social descritos por Weiss (1974): alianza confiable, orientación, apego, integración social, refuerzo de valía y oportunidad de cuidar. Cada provisión está compuesta por 4 ítems, dos que evalúan la presencia de apoyo y otros dos la ausencia de apoyo social. La puntuación mínima que se puede obtener es 24 y la máxima 96, siendo mayor el apoyo social percibido a mayor puntuación obtenida. Este cuestionario presenta una excelente consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.93. Las escalas individuales oscilaron entre $\alpha=0.78$ (orientación) y $\alpha=0.59$ (oportunidad de cuidar) (Cutrona y Russell, 1987).

Un cuestionario que evalúa el *Sexo*, la *Ocupación*, el *Nivel socioeconómico*, la *Edad*, el *Estado civil* y las *Creencias religiosas y espirituales* de los estudiantes.

3.3 Procedimiento

La investigación se llevó a cabo en la UMH. En primer lugar, se contactó con el profesorado para explicarles el objetivo de la investigación y se obtuvo el permiso para aplicar los cuestionarios en horario lectivo. Posteriormente, se acudió a las aulas de la universidad y se explicó a los alumnos la finalidad de la investigación, la voluntariedad de la participación y la confidencialidad de los datos. A los alumnos que accedieron a participar, se les solicitó su consentimiento informado. El tiempo que utilizaron para cumplimentar los cuestionarios fue de 30 minutos aproximadamente, estando el evaluador en el aula en todo momento para resolver las dudas que pudieran surgir.

3.4 Análisis de datos

Por un lado, se realizó un análisis descriptivo para todas las variables sociodemográficas mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 22. En primer lugar, se utilizó la prueba ANOVA de un factor con el fin de observar si alguna variable sociodemográfica estaba relacionada con las variables *Ansiedad ante la posible muerte de un ser querido*, *Resiliencia*, *Bienestar psicológico*, *Apoyo social* y *Estado de Salud*. Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras independientes cuando había diferencias de varianzas entre variables. Posteriormente se realizaron correlaciones de Pearson para comprobar la existencia de relaciones entre todas las variables.

4.RESULTADOS

4.1 Ansiedad ante la posible pérdida de un ser querido.

La media de Ansiedad total del cuestionario TAMSQ fue de 64.46 (DT=13.48). Atendiendo al Sexo, las mujeres obtuvieron una puntuación en ansiedad significativamente mayor que los hombres ($F=17.444$; $p=.000$), situándose 4 puntos por encima de la media total del cuestionario.

Si atendemos al tipo de Titulación, los resultados mostraron que los estudiantes de Psicología obtuvieron puntuaciones más elevadas que las de CAFD ($F=20.045$; $p=.000$), situándose también casi 4 puntos por encima de la media total.

Respecto a la variable Edad, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de 19-20 años y los grupos de 23-24 años ($T=8.63$; $p=.011$), 25-30 años ($T=11.46$; $p=.001$) y 31-51 años ($T=12.28$; $p=.047$), siendo la media de 19-20 años superior a la de los demás grupos, y entre el grupo de 21-22 años y los grupos de 23-24 ($T=9.15$; $p=.020$), 25-30 ($T=11.98$; $p=.002$) y 31-51 años ($T=12.80$; $p=.048$), siendo la media en ansiedad del grupo de 21-22 años superior.

Fijándonos en el Estado civil, Nivel socioeconómico, Ocupación y Creencias religiosas y espirituales, las diferencias no resultaron ser significativas.

4.2 Resiliencia

La puntuación media total fue de 67.97 (DT=19.93). Si atendemos a las diferencias en función del Sexo, los hombres obtuvieron una media significativamente superior que las mujeres en la escala total ($F=7.756$; $p=.017$) y en la subescala 1 ($M=24.27$; $DT=5.09$) ($F=15.306$; $p=.000$). Sin embargo, en la subescala 2 ($M=17.06$; $DT=2.73$), en la subescala 3 ($M=19.81$; $DT=3.34$) y en la subescala 4 ($M=6.84$; $DT=1.10$) las diferencias no alcanzaron la significación estadística.

En cuanto a la Titulación, CAFD obtuvo una media total significativamente superior que Psicología en la total ($F=26.25$; $p=.000$), en la subescala 1 ($F=22.903$; $p=.000$), en la 2 ($Z=2.10$; $p=.000$) y en la subescala 3 ($Z=2.43$; $p=.000$).

Atendiendo al Nivel socioeconómico, no se encontraron diferencias significativas entre niveles en la escala total de Resiliencia, ni en la subescala 1, ni en la 3, ni en la 4. Sin embargo, en la subescala 2 se encontraron diferencias significativas entre el nivel bajo y nivel medio ($T=-3.51$; $p=.005$), siendo la media del nivel medio superior, y entre nivel bajo y nivel medio-alto ($T=-3.45$; $p=.010$), siendo más elevada la media del nivel medio-alto.

Si nos fijamos en la Edad, en el Estado civil, en la Ocupación y en las Creencias religiosas y espirituales, no aparecieron diferencias significativas ni en la escala total ni en ninguna de las subescalas de Resiliencia.

4.3 Bienestar psicológico

La media de la puntuación total en la escala de Bienestar psicológico de Ryff fue de 178.76 (DT=23.78), en la subescala Autoaceptación la media fue de 27.08 (DT=5.21), en Relaciones positivas fue 28.33 (DT=6.41), en Autonomía fue 34.34 (DT=6.12), en Dominio del entorno fue 26.65 (DT=4.57), en Crecimiento personal fue 34.52 (DT=4.32) y en Propósito en la vida fue 27.85 (DT=5.43).

Atendiendo a la variable Sexo, no existieron diferencias significativas entre hombres y mujeres en Bienestar total ni en el resto de subescalas. Únicamente en la subescala Autonomía, en la que los hombres obtuvieron una media significativamente más elevada ($F=6.971$; $p=.009$).

Observando la Titulación, existieron diferencias significativas en la escala total, siendo mayor la media de CAFD que la de Psicología ($F=12.846$; $p=.000$). Excepto en la subescala Crecimiento personal, CAFD también obtuvo una media significativamente más elevada en Autoaceptación ($F=16.008$; $p=.000$), en Relaciones positivas ($Z=1.44$; $p=.031$), en Autonomía ($F=8.923$; $p=.003$), en Dominio del entorno ($F=7.138$; $p=.008$) y en Propósito en la vida ($F=4.328$; $p=.039$).

Observando el Estado civil, no se encontraron diferencias significativas en Bienestar total, ni en las subescalas Autoaceptación, Relaciones positivas, Crecimiento personal y Propósito en la vida. Los estudiantes con pareja estable obtuvieron una media significativamente más elevada que los solteros en Autonomía ($T=-2.25$; $p=.038$) y en Dominio del entorno ($T=-1.74$; $p=.032$).

Atendiendo al Nivel socioeconómico en Bienestar total, el nivel medio obtuvo una media más elevada que el bajo ($T=25.93$; $p=.023$) y el medio-alto también ($T=27.22$; $p=.023$). En Dominio del entorno ocurrió lo mismo entre el nivel medio y bajo ($T=5.17$; $p=.017$) y nivel medio-alto y bajo ($T=5.79$; $p=.010$), siendo menor la media del nivel bajo en ambos casos. En Propósito en la vida también surgieron diferencias significativas entre el nivel medio y bajo ($T=6.89$; $p=.006$) y el nivel medio-alto y bajo ($T=7.68$; $p=.003$), siendo menor la media del nivel bajo. En el resto de subescalas no se encontraron diferencias significativas.

Respecto a la Edad, las Creencias religiosas y la Ocupación, no se encontraron diferencias significativas ni en la escala de Bienestar total ni en las subescalas.

4.4 Apoyo social

La media de la puntuación total en Apoyo social fue 83.21 (DT=9.24). En la subescala Alianza confiable la media total fue 14.83 (DT=1.79), en Orientación fue 14.52 (DT=2.18), en Apego la media fue 13.97 (DT=2.28), en Integración social fue 14.33 (DT=1.72), en Refuerzo de valía 12.59 (DT=2.06) y en Oportunidad de cuidar 12.99 (DT=1.73).

Respecto al Sexo, no aparecieron diferencias significativas en Apoyo social total ni en el resto de subescalas, exceptuando en Orientación ($Z=1.08$; $p=.188$) y en Apego ($Z=.940$; $p=.340$), donde las mujeres obtuvieron una media más elevada.

Atendiendo a la Titulación, no existen diferencias significativas en Apoyo social total. CAFD obtuvo una media significativamente superior que Psicología sólo en las subescalas Integración social ($F=4.905$; $p=.028$) y Refuerzo de valía ($F=10.87$; $p=.001$).

En cuanto a la Religión, no se encontraron diferencias significativas ni en la puntuación total ni en las subescalas, exceptuando la subescala Integración social, en la que los creyentes obtuvieron una media significativamente más elevada que los no creyentes ($F=3.930$; $p=.049$).

Atendiendo a la Edad, Estado civil, Nivel socioeconómico y Ocupación, no se encontraron diferencias significativas ni en Apoyo social total ni en sus subescalas.

4.5 Estado de Salud

La media total del SF-36 fue 122.86 (DT=13.56). En la subescala Función física la media total fue 29.30 (DT=1.64), en Rol físico fue 6.50 (DT=1.57), en Dolor corporal la media fue 8.76 (DT=1.95), en Salud general la media fue 20.02 (DT=3.69), en Vitalidad la media total fue 17.40 (DT=3.44), en Función social la media fue 8.93 (DT=1.43), en Rol emocional la media fue 4.69 (DT=1.33), en Salud mental fue 23.82 (DT=4.22) y en Evolución de la salud la media fue 3.44 (DT=.922).

Los hombres obtuvieron una media significativamente mayor que las mujeres en la escala total ($F=13.05$; $p=.000$), en Función física ($Z=2.22$; $p=.000$), en Salud general ($F=13.159$; $p=.000$); en Vitalidad ($F=13.202$; $p=.000$), en Función social ($F=4.73$; $p=.031$); en Salud mental ($F=4.288$; $p=.040$) y en Evolución de la salud ($F=5.596$; $p=.019$).

Atendiendo a la Titulación, los estudiantes de CAFD obtuvieron una media significativamente mayor en la escala total ($F=24.07$; $p=.000$), en Función física ($F=8.30$; $p=.004$), en Salud general ($Z=1.79$; $p=.003$), en Vitalidad ($F=22.10$; $p=.000$), en Función

social ($Z=1.66$; $p=.008$); en Rol emocional ($F=12.01$; $p=.001$); en Salud mental ($Z=2.17$; $p=.000$) y en Evolución de la salud ($Z=1.65$; $p=.008$).

En cuanto a la Religión, no surgieron diferencias significativas en el Estado de salud total ni en la mayoría de las subescalas, salvo en Función física que los creyentes obtuvieron una media significativamente mayor ($Z=.552$; $p=.920$) y en Rol físico, donde los no creyentes puntuaron más elevado ($F=6.16$; $p=.014$).

Atendiendo a la Edad, Estado civil, Nivel socioeconómico y Ocupación, no se encontraron diferencias significativas en la escala total ni en las subescalas.

La tabla 2 recoge las medias y desviaciones típicas de las variables sociodemográficas obtenidas en las escalas totales.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las variables sociodemográficas en ansiedad y en las variables positivas.

		ANSIEDAD	RESILIENCIA	BIENESTAR PSICOLÓGICO	APOYO SOCIAL	ESTADO DE SALUD
		M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)	M (DT)
GÉNERO	Hombres	60.79 (13.65)	69.73 (11.52)	179.63 (26.30)	82.37 (9.90)	126.12 (12.63)
	Mujeres	68.45 (12.15)	66.06 (9.96)	177.81 (20.81)	84.13 (8.42)	119.36 (13.72)
TITULACIÓN	Psicología	68.84 (13.52)	63.97 (11.24)	172.47 (23.20)	82.02 (9.96)	118.04 (13.26)
	CAFD	60.66 (12.29)	71.45 (9.39)	184.21 (23.02)	84.24 (8.47)	127.00 (12.46)
EDAD	19-20 años	67.73 (13.14)	66.31 (10.06)	177.59 (20.58)	83.22 (9.00)	121.51 (12.69)
	21-22 años	68.25 (12.52)	67.61 (12.04)	178.45 (21.77)	82.36 (8.24)	120.00 (16.47)
	23-24 años	59.10 (11.58)	69.39 (12.40)	175.94 (33.65)	83.45 (11.24)	124.81 (10.52)
	25-30 años	56.27 (13.16)	71.15 (9.97)	183.81 (23.29)	83.65 (9.00)	128.35 (11.48)
	31-51 años	55.44 (9.52)	72.22 (9.27)	187.00 (25.72)	85.11 (10.99)	127.67 (17.10)
ESTADO CIVIL	Soltero	64.08 (13.40)	66.91 (11.88)	176.53 (26.08)	82.52 (9.82)	122.63 (14.13)
	Con pareja estable	65.01 (14.21)	69.06 (9.74)	183.20 (21.26)	83.96 (8.92)	122.50 (13.33)
	Con pareja ocasional	64.71 (11.33)	70.41 (8.44)	174.88 (14.14)	84.65 (5.98)	125.82 (10.67)
NIVEL SOCIOECONÓMICO	Bajo	73.67 (11.44)	59.50 (18.57)	153.33 (34.63)	75.00 (14.40)	114.00 (12.90)
	Medio	64.36 (13.17)	68.37 (10.33)	179.27 (22.56)	83.24 (9.00)	123.18 (13.73)
	Medio-alto	63.51 (14.64)	67.71 (11.57)	180.56 (25.07)	84.29 (8.90)	122.95 (12.86)
RELIGIÓN	Creyentes	65.99 (14.31)	69.66 (10.01)	180.94 (21.79)	84.66 (7.43)	123.87 (12.45)
	No creyentes	63.65 (12.99)	67.06 (11.32)	177.58 (24.79)	82.43 (10.02)	122.32 (14.13)
OCUPACIÓN	No trabajo	65.86 (13.37)	67.53 (11.52)	177.68 (25.06)	82.71 (9.38)	122.35 (14.22)
	Sanidad	50.67 (6.65)	72.00 (10.58)	192.33 (39.67)	89.00 (2.00)	130.67 (9.07)
	Educación	64.00 (13.75)	70.64 (8.72)	179.45 (14.40)	84.09 (9.94)	123.55 (14.50)
	Servicios	56.44 (13.39)	70.63 (9.63)	183.69 (17.37)	87.75 (7.56)	125.13 (9.10)
	Otro	61.94 (11.85)	66.94 (7.29)	181.13 (19.14)	81.75 (8.77)	123.50 (11.11)

4.6 Correlaciones de Pearson

La Ansiedad correlacionó significativamente con algunas variables, pero de manera negativa. Obtuvo una correlación muy baja con Crecimiento personal ($r=-.141$; $p=.046$), Función física ($r=-.174$; $p=.014$) y Evolución de la salud ($r=-.145$; $p=.041$). Obtuvo una correlación baja con la Resiliencia total ($r=-.271$; $p=.000$), con el factor 1 ($r=-.303$; $p=.000$), con el factor 2 ($r=-.241$; $p=.001$), con el factor 3 ($r=-.211$; $p=.003$), con el Bienestar total ($r=-.270$; $p=.000$), con la subescala Autoaceptación ($r=-.289$; $p=.000$), Autonomía ($r=-.343$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=-.221$; $p=.002$), Refuerzo de valía ($r=-.227$; $p=.001$), Rol físico ($r=-.308$; $p=.000$), Vitalidad ($r=-.309$; $p=.000$), Función social

($r=-.204$; $p=.004$), Rol emocional ($r=-.222$; $p=.002$) y Salud mental ($r=-.397$; $p=.000$). Por otro lado, obtuvo una correlación media con el Estado de Salud total ($r=-.440$; $p=.000$) y con la Salud general ($r=-.417$; $p=.000$). Por lo tanto, cuanto mayor sea la Ansiedad, menor será la Resiliencia, el Bienestar psicológico, el Estado de Salud y las subescalas.

A continuación, se presentan las correlaciones medias, altas y muy altas que surgieron en las variables psicológicas positivas.

La Resiliencia total correlacionó positivamente y medianamente con Relaciones positivas ($r=.422$; $p=.000$), Autonomía ($r=.492$; $p=.000$), Crecimiento personal ($r=.409$; $p=.000$), Apoyo social total ($r=.593$; $p=.000$), Alianza confiable ($r=.454$; $p=.000$), Orientación ($r=.472$; $p=.000$), Apego ($r=.526$; $p=.000$), Integración social ($r=.458$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.484$; $p=.000$), Función física ($r=.400$; $p=.000$), Salud general ($r=.515$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.547$; $p=.000$), Función social ($r=.521$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.557$; $p=.000$). Y correlacionó alto con el Bienestar total ($r=.733$; $p=.000$), Autoaceptación ($r=.685$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=.652$; $p=.000$), Propósito en la vida ($r=.626$; $p=.000$) y Estado de salud total ($r=.637$; $p=.000$).

El factor 1 de Resiliencia obtuvo una correlación media y positiva con Autonomía ($r=.508$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=.581$; $p=.000$), Propósito en la vida ($r=.533$; $p=.000$), Apoyo social total ($r=.467$; $p=.000$), Apego ($r=.433$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.417$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.590$; $p=.000$), Función física ($r=.411$; $p=.000$), Salud general ($r=.487$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.517$; $p=.000$), Función social ($r=.487$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.473$; $p=.000$). Las correlaciones fueron altas con Bienestar total ($r=.638$; $p=.000$) y Autoaceptación ($r=.633$; $p=.000$).

El factor 2 de Resiliencia obtuvo una correlación media con Autoaceptación ($r=.594$; $p=.000$), Crecimiento personal ($r=.432$; $p=.000$), Apoyo social total ($r=.512$; $p=.000$), Orientación ($r=.406$; $p=.000$), Apego ($r=.475$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.433$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.560$; $p=.000$), Salud general ($r=.486$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.492$; $p=.000$), Función social ($r=.440$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.499$; $p=.000$). Lo hizo de forma alta con Bienestar total ($r=.667$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=.615$; $p=.000$) y Propósito en la vida ($r=.647$; $p=.000$).

El factor 3 de Resiliencia correlacionó medianamente con Relaciones positivas ($r=.487$; $p=.000$), Autonomía ($r=.405$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=.594$; $p=.000$), Propósito en la vida ($r=.561$; $p=.000$), Alianza confiable ($r=.507$; $p=.000$), Orientación ($r=.517$; $p=.000$), Apego ($r=.508$; $p=.000$), Integración social ($r=.481$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.447$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.598$; $p=.000$), Salud general ($r=.459$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.499$; $p=.000$), Función social ($r=.468$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.563$; $p=.000$). Y fueron altas con Bienestar total ($r=.687$; $p=.000$), Autoaceptación ($r=.649$; $p=.000$) y Apoyo social total ($r=.604$; $p=.000$).

El factor 4 de Resiliencia obtuvo correlaciones medias y positivas con Bienestar total ($r=.588$; $p=.000$), Autoaceptación ($r=.430$; $p=.000$), Relaciones positivas ($r=.551$; $p=.000$), Dominio del entorno ($r=.451$; $p=.000$), Propósito en la vida ($r=.438$; $p=.000$), Alianza confiable ($r=.527$; $p=.000$), Orientación ($r=.561$; $p=.000$), Apego ($r=.498$; $p=.000$), Integración social ($r=.466$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.443$; $p=.000$) y Función social ($r=.411$; $p=.000$). Fue alta solo con Apoyo social total ($r=.615$; $p=.000$).

El Bienestar total, además de correlacionar con los factores ya nombrados, obtuvo correlaciones medias con Alianza confiable ($r=.480$; $p=.000$), Orientación ($r=.509$; $p=.000$), Apego ($r=.590$; $p=.000$), Integración social ($r=.485$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.515$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.517$; $p=.000$), Salud general ($r=.406$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.426$; $p=.000$), Función social ($r=.438$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.514$; $p=.000$). La correlación fue alta con Apoyo social total ($r=.634$; $p=.000$).

El factor Autoaceptación, además de correlacionar con los factores ya nombrados, lo hizo también medianamente con Apoyo social total ($r=.466$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.472$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.555$; $p=.000$), Salud general ($r=.434$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.464$; $p=.000$), Función social ($r=.444$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.535$; $p=.000$).

El factor Relaciones positivas correlacionó con las variables expuestas anteriormente y obtuvo correlaciones medias con Apego ($r=.573$; $p=.000$), Integración social ($r=.491$; $p=.000$) y Refuerzo de valía ($r=.402$; $p=.000$). Y alta con Apoyo social total ($r=.654$; $p=.000$), Alianza confiable ($r=.615$; $p=.000$) y Orientación ($r=.605$; $p=.000$).

El factor Dominio del entorno obtuvo correlaciones medias con Apoyo social total ($r=.558$; $p=.000$), Alianza confiable ($r=.439$; $p=.000$), Orientación ($r=.450$; $p=.000$), Apego ($r=.460$; $p=.000$), Integración social ($r=.456$; $p=.000$), Refuerzo de valía ($r=.475$; $p=.000$), Estado de salud total ($r=.557$; $p=.000$), Salud general ($r=.415$; $p=.000$), Vitalidad ($r=.437$; $p=.000$), Función social ($r=.470$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.499$; $p=.000$).

El factor Propósito en la vida obtuvo correlaciones medias con Apoyo social total ($r=.423$; $p=.000$) y Apego ($r=.437$; $p=.000$).

El factor Apoyo social total, además de correlacionar con todas las variables nombradas, lo hizo medianamente con Estado de salud total ($r=.443$; $p=.000$), Función social ($r=.465$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.463$; $p=.000$).

El factor Alianza confiable correlacionó medianamente con Función social ($r=.374$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.418$; $p=.000$).

En Orientación se obtuvo una correlación media con Función social ($r=.385$; $p=.000$) y Salud mental ($r=.457$; $p=.000$).

Refuerzo de valía obtuvo correlaciones medias con Estado de salud total ($r=.469$; $p=.000$), Salud general ($r=.401$; $p=.000$) y Función social ($r=.401$; $p=.000$).

Las correlaciones de la escala Estado de Salud y sus subescalas, aparecen en los factores ya nombrados.

Las correlaciones positivas muestran que una mayor puntuación en una escala o subescalas, mejora otras escalas relacionadas.

5. DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo ha consistido en estudiar los niveles de ansiedad ante la posible muerte de un ser querido en estudiantes de Psicología y CAFD, y su relación con el *Sexo, Edad, Titulación, Estado civil, Nivel socioeconómico, Ocupación, Creencias religiosas, Resiliencia, Bienestar psicológico, Apoyo social y Estado de salud*.

Los resultados mostraron diferencias significativas en Ansiedad ante la posible muerte de un ser querido en las variables Sexo, Edad y Titulación. Los resultados muestran que las mujeres tienen una mayor ansiedad ante la muerte, estos coinciden con los de Vargas-Mendoza (2009) y Rivera-Ledesma, Montero- López y Sandoval-Ávila (2010). El grupo de 19-20 años y 21-22 han mostrado mayor ansiedad que el resto de sujetos con más edad; Vargas-Mendoza (2009) afirmó que la ansiedad es mayor en los jóvenes y no aumenta con la edad. Respecto a la Titulación, los estudiantes de Psicología han mostrado más ansiedad que los de CAFD y, aunque no existen investigaciones previas sobre estas titulaciones, se puede deber, según Robbins, a que las actitudes hacia la muerte que se tienen, determinan el tipo de trabajo que se elige (Neimeyer, 1997).

En cuanto a las correlaciones, surgen correlaciones negativas entre la Ansiedad con el Estado de salud y algunas de sus subescalas, con la Resiliencia y con 3 de sus subescalas y con el Bienestar psicológico y algunas de sus subescalas. Esto significa que, a mayor Ansiedad, peor Estado de salud, y viceversa, a mayor Ansiedad, menor Resiliencia y al revés, y a mayor Ansiedad, menor Bienestar psicológico y viceversa. Fínez y Morán (2015) obtuvieron resultados similares.

Existen correlaciones positivas entre la Resiliencia con el Apoyo social y algunas de sus subescalas, con Bienestar psicológico y todas sus subescalas y con el Estado de salud y con todas sus subescalas, excepto con Evolución de la salud. Esto quiere decir que, a mayor Resiliencia, mejor Apoyo social, mejor Estado de salud y mayor Bienestar psicológico y con todas las correlaciones ocurre lo mismo invirtiendo las variables. Estos resultados aparecieron también en estudios como el de Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Ros y Fernández-Zabala (2015) y Morales y González (2014).

Además de correlacionar con las variables Ansiedad y Resiliencia, el Bienestar psicológico correlaciona positivamente con el Estado de salud total y algunas de sus subescalas y con Apoyo social, por lo que, a mayor Bienestar psicológico, mejor Estado de salud y viceversa y a mayor Bienestar psicológico, mayor Apoyo social y al revés. En el estudio de Vivaldi y Barra (2012) también se encontró relación entre estas variables.

Además de estas correlaciones, el Apoyo social y el Estado de salud también correlacionaron positivamente, lo que significa que, a mayor Apoyo social percibido, mejor Estado de salud y viceversa. Estos resultados coinciden con Barra (2004), quien afirma que el Apoyo social puede afectar al funcionamiento fisiológico, reduciendo el estrés y la ansiedad.

Los resultados muestran que trabajando y mejorando la Resiliencia, el Bienestar psicológico y el Estado de salud, se disminuiría la Ansiedad ante la posible muerte de un ser querido. Conocer estos resultados es importante para futuras intervenciones, ya que incluir las variables Resiliencia, Bienestar psicológico y Estado de salud en programas de intervención en la ansiedad ante la muerte podría ayudar a conseguir unos resultados más eficaces en su disminución.

Además, también hay que tener en cuenta que gran parte de las actitudes hacia la muerte surgen en la infancia, por lo que desde esta se debería preparar para la muerte y la pérdida de alguien querido mediante la educación para la muerte (Grau et al. 2008). Aceptar, normalizar la muerte y entender que forma parte de la vida, en lugar de tratarlo como un tema tabú, ayudaría a prevenir o modificar algunas actitudes negativas que existen actualmente.

En definitiva, los resultados muestran que sería relevante incluir las variables Resiliencia, Bienestar psicológico y Estado de salud en programas e intervenciones posteriores sobre la ansiedad ante la muerte de un ser querido. A pesar de la importancia de estos resultados, es necesario seguir investigando sobre este tema y sobre las variables relacionadas.

6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, J., Prieto, L. y Antó, M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104 (20), 771-776.

Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14 (2), 237-243.

Bermejo, J.C. (2007). *Estoy en duelo*. Madrid: PPC.

- Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Caycedo, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36 (2), 332-339.
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). "Adaptación española de la escala de resiliencia de Connor-Davidson" (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Psicología Conductual*, 22 (2), 219-238.
- Dallal y Castillo, E. (2005). *Caminos del desarrollo psicológico*. Barcelona: Plaza y Valdés, S.A.
- Díaz, D. et al., (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), 572-577.
- Ens, C. y Bond J. B. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29 (2), 171-178.
- Fínez, M. J. y Morán, M. C. (2015). La resiliencia y su relación con salud y ansiedad en estudiantes españoles. *INFAD Revista de Psicología*, 1 (1), 409-416.
- Fortner, B. V. y Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23 (5), 387-411.
- Gala León, F. J. et al. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuaderno Médico Forense*, 30, 39-50.
- Grau et al. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27-58.
- López, A., Sueiro, E. y López, M. C. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego- Portuguesa de Psicología e Educación*, 11 (9), 241-254.
- Luthar, S. (2005). Resilience & Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities. *Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14 (2), 60.
- Martínez, B., Alonso, J. M. y Calvo, F. (2001). Estudio comparativo ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22 (5), 176-182.
- Martínez-López, Z. et al., (2014). Apoyo social en universitarios españoles de primer año: propiedades psicométricas del Social Support Questionnaire-Short Form y el Social Provisions Scale. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46 (2), 102-110.

- Morales, M. y González, A. (2014). Resiliencia-Autoestima-Bienestar psicológico y Capacidad intelectual de estudiantes de cuarto medio de buen rendimiento de liceos vulnerables. *Estudios Pedagógicos*, 40 (1), 215-228.
- Neimeyer, R. A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.
- Parres, R. (2005). La muerte en el pensamiento occidental. En E., Dallal, Y. Castillo (Eds.), *Caminos del desarrollo psicológico* (pp.79-120). Barcelona: Plaza y Valdés, S.A.
- Pascual, A. M. y Santamaría, J. L. (2009). Proceso de duelo en familiares y cuidadores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 44 (2), 48-54.
- Rivera-Ledesma, A., Montero- López, M. y Sandoval-Ávila, R. (2010). Escala de ansiedad ante la muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Journal of Behavior, Health and Social Issues*, 2 (2), 83-91.
- Rodríguez-Marín, J. y Neipp, M. C. (2008). *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Editorial síntesis, S. A.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I. y Fernández-Zabala, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el Apoyo Social Percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12 (2), 1-14.
- Salles, M. (2005). Conocimiento prehispánico de la muerte. Algunas relaciones al mundo colonial y a la actualidad. Algunas referencias a los niños. En E., Dallal, Y. Castillo (Eds.), *Caminos del desarrollo psicológico* (pp.17-78). Barcelona: Plaza y Valdés, S.A.
- Tomás-Sábado, J. y Gómez-Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56 (3), 257-279.
- Vargas-Mendoza, J. E. (2009) Ansiedad y miedo a la muerte. *México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C.* En http://www.conductitlan.net/ansiedad_y_miedo_a_la_muerte.ppt
- Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30 (2), 23-29.

Vives, J. (2005). Concepto de muerte en Freud. En E., Dallal, Y. Castillo (Eds.), *Caminos del desarrollo psicológico* (pp.121-144). Barcelona: Plaza y Valdés, S.A.

Wen, Y. (2012). Religiosity and death anxiety of college students. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 8 (2), 98-106.

Yoffe, L. (2002). El duelo por la muerte de un ser querido: creencias culturales y espirituales. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 127-158.

