



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE
LA SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

TÍTULO

**RELIGIOSIDAD Y MIEDO A LA MUERTE EN PERSONAL DE
APOYO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ALBERGUE
FRIEDA HELLER – LIMA, 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA HUMANA**

AUTORA

PARODI GUERRA SANDRA MARIA

ASESORA

ALIAGA MELENDEZ ELSA

LIMA – PERU

2018

A mis héroes sin capa, del Albergue Frieda Heller, quienes día a día me enseñaron a ver la vida desde otra perspectiva y a que no es necesario llevar capa, para ser un súper héroe.

A mis padres, hijos, y esposo por su paciencia ante mis diversas emociones a lo largo de mi investigación, por su buena disposición en ayudarme, por todo su amor y sus comentarios tan motivadores con mi tema elegido.

A mis amigos, que estuvieron acompañándome e intercambiando ideas relacionadas a mi investigación.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como finalidad determinar la relación que existe entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018. Se realizó una investigación de tipo descriptiva correlacional no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 94 sujetos de ambos sexos, con edades entre 18 y 85 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester y el Inventario de Systems of Beliefs (SBI – 15R) versión en castellano. En los resultados no se obtuvo la validación de la hipótesis, ya que no existe una correlación significativa entre la religiosidad y el miedo a la muerte. Así mismo, no se comprobaron las hipótesis específicas, debido a que de la correlación entre la Religiosidad y las dimensiones miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de otros y miedo a proceso de morir propio y el miedo al proceso de morir de otros, no es significativo. En la variable religiosidad, hay mayor predominancia en el nivel alto, lo que indica mayor Religiosidad; mientras que en la variable Miedo a la Muerte, a nivel global predomina un nivel bajo, indicando bajo miedo a la propia muerte.

Palabras claves: Miedo a la muerte, religiosidad, personal de apoyo de pacientes oncológicos.

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between religiosity and the fear of death in the emotional support group of oncological patients in Frieda Heller's home, Lima- 2018. A non-experimental cross-sectional descriptive correlation research was carried out. The sample consisted of 94 subjects of both genders, with ages between 18 and 85 years old. The instruments used were the Scale of Fear to the Death of Collett-Lester and the Inventory of Systems of Beliefs (SBI - 15R) Spanish version. The validation of the hypothesis was not obtained in the results, since there is no significant correlation between religiosity and the fear of death. Likewise; the validation of specific hypotheses was not obtained, because of the correlation between Religiosity and the dimensions, fear of one's own death, fear of the death of others and fear of one's own dying process and fear of the dying process of others, It is not significant. In the religiosity variable, there is greater predominance in the high level, which indicates greater Religiosity; while in the variable Fear of Death, a low level prevails globally, indicating low fear of own death.

Key words: Fear of death, religiosity, emotional support of oncological patients.

INTRODUCCIÓN

La investigación nos habla sobre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos, la cuál se orienta al personal sanitario, administrativo de centros oncológicos, a los pacientes con cáncer, sus familiares y personal de apoyo en general, para que a través de los resultados se aprenda a abordar el tema muerte, y el miedo que surge cuando existe una enfermedad que amenaza con arrebatar la vida, enfermedad que no discrimina edad, raza, religión, clase social, ni género.

En el Capítulo I se hace la descripción del problema de investigación, tanto el problema principal, como los secundarios, se definen los objetivos del estudio y la importancia de la investigación.

En el Capítulo II se presentan los antecedentes de investigaciones internacionales, y nacionales, las principales teorías de las variables de estudio y la definición de términos básicos

En el Capítulo III se muestra la formulación de hipótesis, y la operacionalización de las variables en estudio.

En el Capítulo IV se describe el diseño metodológico, las características de la población y de la muestra, los instrumentos utilizados, y los aspectos éticos.

Finalmente, en el Capítulo V se presentan los resultados, se hace el análisis de los datos, se desarrolla la discusión, y se formulan las conclusiones.

INDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
INDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
CAPÍTULO I	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema.	3
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Importancia de la investigación	5
1.4.2 Limitaciones del estudio	6
2.1 Antecedentes de la investigación	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición en términos básicos	23
3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas	25
3.2 Variables; definición conceptual y operacional	26
3.2.1 Variable Religiosidad	26
3.2.2 Variable Miedo a la muerte	27
3.2.3 Cuadro de operacionalización	27
CAPÍTULO IV	28
METODOLOGÍA	28
4.1 Diseño metodológico; método, nivel, tipo de investigación	28
4.2 Diseño muestral, técnicas de muestreo, población y muestra	29
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	29
	vii

4.4	Técnicas del procesamiento de la información	33
4.5	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	33
4.6	Aspectos éticos contemplados	33
	CAPÍTULO V	35
	RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	35
5.1	Presentación de resultados; Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.	35
5.2	Análisis inferencial; pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas de correlación, de regresión u otras.	37
5.3	Comprobación de hipótesis.	38
5.4	Discusión,	41
5.5	Conclusiones	43
5.6	Recomendaciones	45
	ANEXOS	56
	ANEXO 2	59
	Ficha de datos	59
	ANEXO 5	62
	Base de datos de las variables de estudio	62
	Base de datos de las variables de estudio	63

ÍNDICE DE TABLAS

Título de Tabla	Página
Tabla 1 Estadísticos descriptivos de las variables Miedo a la muerte y Religiosidad	45
Tabla 2 Frecuencia de la variable Miedo a la muerte	46
Tabla 3 Frecuencia de la variable Religiosidad	48
Tabla 4 Distribución de los datos de las variables según la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov.	49
Tabla 5 Relación entre la religiosidad y el miedo a la muerte	50
Tabla 6 Relación entre la religiosidad y la dimensión del miedo a la propia muerte	51
Tabla 7 Relación entre la religiosidad y la dimensión del miedo a la muerte de otros	52
Tabla 8 Relación entre la religiosidad y la dimensión del proceso de morir propio	53
Tabla 9 Relación entre la religiosidad y la dimensión proceso de morir de otros	54

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

En nuestra sociedad Occidental existe una especie de aún tabú, la muerte es vivida como “no hablemos de eso, es mejor no invocarla”, es algo extraño, que le pone fin a la vida, a la continuidad del ser, se encuentra presente todo el tiempo, pero hay una negación social y un miedo a morir propio y ajeno significativo; en este inevitable proceso al que llamamos morir, nace la religión.

Así pues, la religión surge, desde una necesidad de calmar ese miedo profundo a morir, esa inquietud, ansiedad que provoca el conocer que existe un destino final irrevocable; y como la muerte escapa a todo entendimiento, y solo se vivencia a través del morir ajeno, en momentos determinados como por ejemplo una enfermedad oncológica, la muerte se puede volver propia y llega como una amenaza latente en la vida del paciente enfermo y en sus cuidadores; desde aquí nacen las creencias religiosas, espirituales que tratan de dar explicaciones donde la ciencia no llega. La religión por nuestra situación geográfica tiende a posicionarse en el Cristianismo, la religión-espiritualidad busca un significado para aquellas situaciones inquietantes de la vida, nos aporta un medio de afronte, de soporte, de contención, buscándole un significado a los acontecimientos vitales y un significado a la vida y al buen morir. El

Psico-Oncólogo, desde la disciplina tanatológica podría curar el dolor de la muerte y la desesperanza tanto en el paciente como en sus cuidadores y red de apoyo.

El sufrimiento se torna más tolerable y menos vulnerable si la persona consigue encontrar explicaciones que le brinden algún sentido a ese momento difícil por el cual atraviesa; así, las prácticas, creencias religiosas, espiritualidad, permiten reafirmar que la vida con todas las situaciones negativas experimentadas tiene un sentido. La religión-espiritualidad se orienta hacia valores y busca atribuir sentido a diferentes temas sin explicación concernientes a la vida, la muerte, el dolor, el sufrimiento y otros.

Luego de manejar diferentes conceptos en torno a la Religión, el autor Suarez, V. (2010), cita la definición de Religión del teólogo y antropólogo Rafael Briones:

“Entiendo, por Religión, un sistema simbólico (compuesto por creencias, ritos, prácticas morales y formas de organización), que pone en relación a los individuos y a los grupos con lo sagrado, en busca de una solución a los problemas de la vida y la muerte, la paz y la violencia, procurando una adaptación a la realidad natural, individual, social, política, económica y cultural”.

Becker 1973, citado en Rivarola, L. (2016), indica que un concepto religioso que incluya la vida, más allá de la muerte, funcionaría como un efecto protector para controlar la angustia generada por la muerte.

Se considera importante que la psicología clínica y la psico-oncología, (Rama de la psicología de la salud, encargada de atender a pacientes con cáncer y a sus familias, creada en 1960-1977 y liderada por el Dr. Mastrovito), investigue más sobre este campo, ya que la presente investigación mostrará material actualizado sobre un tema del cual muy pocos quieren tratar por evitar malestar, desazón, angustias, preocupación, pero que genera aportes importantes para la posterior intervención del personal de apoyo del paciente oncológico, desarrollando programas que fomenten la educación sobre vida-muerte, en donde las personas aprendan a aceptar la muerte como ciclo de vida y enfrenten esta situación inevitable con una actitud consciente y responsable dando un mejor valor a la vida, viviendo mejor el presente con uno mismo y con los demás. Sherr (1992), refiere que las personas preocupadas por su muerte, presentan sueños intranquilos en donde el mal humor y la irritabilidad son reflejos de sentimientos

no resueltos en relación a la propia muerte: “la persona tiene miedo de ir a su cama y quedarse dormido”.

La mayor parte del tiempo, el paciente oncológico es considerado como altamente sensible y vulnerable a nivel físico y emocional, por lo que, se le cuida y protege, evitando temas, que pongan en riesgo su salud integral, esquivando las malas noticias. Se conoce que en una enfermedad no solo el paciente es el enfermo quien la padece, sino también su red de apoyo, quienes le brindan afecto, acompañamiento, cuidados y todo tipo de intervención que requiere una enfermedad tan compleja como el cáncer; Así se desea en esta investigación conocer si existe temor a la muerte, en personal sanitario, profesionales de la salud, familiares del paciente y la red de apoyo, que se encuentran conectados de una u otra forma con un paciente con cáncer.

1.2 Formulación del problema.

Problema Principal.

¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

Problemas secundarios

P.S.1. ¿Cuáles son los niveles de religiosidad, y los niveles de miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

P.S.2. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

P.S.3. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

P.S.4. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte propia en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

P.S.5. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar la relación existente entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018.

Objetivos específicos

O.E.1. Describir cuales son los niveles de religiosidad, y los niveles de miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

O.E.2. Determinar la relación que existe entre la religiosidad y la dimensión del miedo a la propia muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

O.E.3 Describir la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

O.E.4. Establecer la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte propia en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

O.E.5. Determinar la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Importancia de la investigación

El convivir diariamente con el sufrimiento de la enfermedad de un paciente oncológico, puede ser un estímulo ambiental influyente, que se relaciona con la propia muerte o con la ajena. Ésta investigación resulta importante ya que a pesar, de ser un ámbito muy antiguo para el ser humano, existen investigaciones reducidas sobre este tema, en estos últimos años, publicaciones sobre la muerte, el morir, el acompañamiento, la comunicación con pacientes enfermos o con enfermedades terminales, la eutanasia y la muerte en los niños, han ido en crecimiento, sin embargo, hasta la fecha el tema sigue siendo tabú; hay carencias, silencio, miedo, ansiedad, preocupación, por ello, muchas veces no se logra profundizar y teorizar el tema muerte, y el proceso de morir.

La evidencia obtenida en la investigación, permitirá identificar los niveles que presenta el personal de apoyo de pacientes oncológico ante el miedo a la muerte, lo cual posibilitará desarrollar estrategias que faciliten una mejor actitud con la vida y la muerte. Resaltemos, que el personal de apoyo requiere contar con un equilibrio integral no solo para favorecer el desarrollo bio-psico social-espiritual de quien ayuda, sino de sí mismo.

Es complicado, y difícil, el reemplazar el dolor y la angustia que causa la muerte de un ser querido, tampoco nos dará consuelo, la idea de Spinoza, citado en Malishev (2003), de que, aunque la muerte puede eliminar lo que somos, jamás podrá eliminar lo que hemos sido y tampoco lo que aún seguimos siendo.

1.4.2 Limitaciones del estudio

Los estudios en Lima y a nivel Nacional, sobre la religiosidad, y el miedo a la muerte son reducidos.

El hablar sobre la muerte en un centro oncológico, sea público o privado es un tanto complejo por la enfermedad que acecha en el interior, por la sensibilidad del paciente y el de la red de apoyo, quienes tratan de mantener el tema muerte alejado y oculto.

Los evaluados, psicólogos, amigos, familiares, voluntarios, personal administrativo, personal sanitario, presentaron cierta incomodidad al desarrollar la escala de miedo a la muerte.

En la obtención de datos teóricos no se encontraron muchos materiales bibliográficos lo cual presentó cierto obstáculo y generó mayor tiempo en la recolección de información para el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Sánchez, L. Y Salas, V. (2015). México, *“La actitud ante la muerte y el proceso de morir propio, y el de los demás”*, el autor realiza un estudio observacional, descriptivo, comparativo, y transversal en una población de 120 sujetos Mexicanos, entre adultos mayores y adultos jóvenes, su objetivo: valorar la actitud ante la muerte y el proceso de morir, para conocer si existe relación ante esta percepción en dos grupos: adultos y jóvenes, para tal fin utilizó la Escala de Collett-Lester de miedo a la muerte como instrumento de medición, los resultados determinaron que la hipótesis salió rechazada, ya que no se mostró relación significativa entre la variable edad con el miedo a la muerte, en ambos grupos: adultos mayores y jóvenes presentan mucho miedo a la muerte, no hay diferencia en las edades. En el miedo al proceso de morir de otros, ambos grupos presentaron mucho miedo, no hay diferencia en las edades.

Morales K, (2014). México, *“Actitud ante la muerte e intensidad de duelo en adultos mayores con pérdida del cónyuge adscritos a la unidad de medicina familiar número 64 del instituto mexicano del seguro social en el periodo comprendido de Marzo Agosto del 2013”* investiga las actitudes que presentan 100 adultos mayores con pérdida de cónyuge, para tal investigación se usa dos instrumentos: Perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) y el inventario Texas revisado de duelo (ITRD), de

ambos instrumentos detalla los resultados siguientes: En relación a la muerte, se observó una actitud de acercamiento en un 35%, interpretándose como una incorporación funcional de una vida feliz luego de la muerte, en la actitud miedo a la muerte con un 30% que reflejan pensamientos y sentimientos negativos al proceso de morir, los adultos mayores refieren una transición de esta vida a otra existencia en donde no hay dolor ni angustias; referente a la intensidad del duelo, los encuestados señalan que la pérdida causa una respuesta dolorosa con una intensidad de 80% mayor a lo que se esperaba.

Gómez P, (2013). Colombia, “*Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica*” investiga la relación entre espiritualidad y religiosidad en 229 adultos con enfermedad crónica, para tal investigación usaron las escalas de perspectiva espiritual de Reed para medir espiritualidad, y para medir religiosidad la escala de Francis. El promedio que se obtuvo en la aplicación de la escala de perspectiva espiritual fue de 54.7, con un intervalo de confianza de 95% de un puntaje máximo de 60, para las practicas espirituales se obtuvo un promedio de 22, con una desviación estándar de 2,2 y un coeficiente de 10,1. Para creencias espirituales se obtuvo un promedio de 32,7 con una desviación estándar de 2,3 y un coeficiente de variación de 7,1. Para el nivel de religiosidad se encontró que el 53.3% de adultos mayores están muy de acuerdo con que Cristo está con ellos, para el 58.1% Dios siempre escucha sus oraciones, el 76.4% está de acuerdo con que Dios es importante para ellos y el 68.6 señala que rezar es de gran ayuda. Así, estadísticamente la relación entre religiosidad y espiritualidad es mediana $r=0.57$, mientras que la relación entre religiosidad y creencias espirituales es de $r=0.60$, y la relación entre religiosidad con practicas espirituales es baja.

Restrepo E, (2013). España, “*Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud en población Romani/Gitana de ses medio-bajo*”, investigó sobre el miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud en población Romani/Gitana, desarrollando 3 análisis: Relaciones entre la religiosidad/espiritualidad y el miedo a la muerte, afrontamiento religioso y miedo a la muerte, y las relaciones entre medidas de religiosidad/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte y salud. Su muestra fue de 150 personas con un rango de edades entre los 18 y 87 años; usó un cuestionario socio demográfico y la Escala revisada de Collett-Lester para evaluar

miedo a la muerte, evaluando sus 4 dimensiones: Miedo a morir propio, miedo a morir de otros, miedo al proceso de morir propio y miedo al proceso de morir de otros, las que fueron juntadas en 2 variables: miedo a la muerte del otro junto con el proceso de morir del otro y miedo a la propia muerte con el miedo al proceso de morir propio. Para la variable religiosidad/espiritualidad se aplicó el Inventario de Experiencias Espirituales Revisado de Mc Donald, 2000. Las estadísticas arrojaron una población religiosa en donde el miedo a la muerte presenta alta incidencia. En el análisis 1, los sujetos de la muestra exhibieron mayor miedo a la muerte, en la medida que su frecuencia de oración y asistencia al culto era mayor. El miedo a la muerte en mujeres adultas y mayores es mayor que en los hombres y en mujeres jóvenes. En el análisis 2, el miedo a la propia muerte se muestra independiente del afrontamiento, el miedo a la muerte de otros, sin embargo, activa la búsqueda de estrategias de afrontamiento religioso.

Mesquita, A., Lopes, E., Valcanti, C., Alves, Denismar., Gerhke, R. Y Campos, E. (2011). Brasil, *“La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico”*, realizaron una investigación en Minas Geraus, Brasil, titulado: *“La utilización del enfrentamiento religioso/ espiritual por pacientes con cáncer en tratamiento quimioterápico”*, en donde el objetivo era investigar el uso del afrontamiento religioso/espiritual en pacientes oncológicos. Tomaron en cuenta investigaciones sobre la relación positiva entre la religiosidad/espiritualidad; para esta investigación, la muestra fue de 101 pacientes oncológicos de edades 21 hacia adelante, y que recibían tratamiento ambulatorio de quimioterapia endovenosa. Se les aplicó la Escala CRE-Breve de tipo Likert de 5 puntos, que mide estrategias cognitivas y conductuales, religiosas/espirituales con el objetivo de enfrentar situaciones de estrés. Los resultados concluyeron que las estrategias religioso/espirituales son una estrategia importante en el enfrentamiento del cáncer, contribuyendo de manera significativa fortaleciendo la afirmación de que la relación entre religión - salud induce a la evocación de emociones positivas y saludables.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Rivarola L, (2016). Perú, *“Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de Lima metropolitana”*, realiza la investigación: *“Temor hacia la*

muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de Lima metropolitana”, su muestra fue de 65 participantes adultos mayores, con un rango de edad entre los 65 y 85 años; su objetivo: Analizar la relación entre el miedo a la muerte, en sus cuatro dimensiones, la espiritualidad y el florecimiento. Empleó la Escala EMMCL de Miedo a la Muerte de Lester, Collett, el SBI-15R de Espiritualidad de Holland y la Escala de Florecimiento de Diener. Con relación a la escala de EMMCL se halló un alpha de Cronbach de 0.86 para la dimensión de miedo a la propia muerte, 0.89 para el miedo al propio proceso de morir, 0.79 para el miedo hacia la muerte de otros, y 0.81 para el miedo hacia el proceso de morir de otros. Para el SBI-15R, se halló un alpha de Cronbach de 0.96 para el factor I, 0.94 para el factor II, y 0.98 para la escala total, mostrando en todos los ítems una correlación en su factor mayor a 0.70; los resultados de la investigación a través de un análisis de correlación de Spearman, mostraron que existe una correlación inversa significativa entre, el miedo hacia la propia muerte y la escala completa de espiritualidad. En este estudio se observó que la dimensión de miedo hacia la propia muerte, fue más baja que el resto de las dimensiones evaluadas, pudiendo ser que el ser humano siente aprehensión por la salud física, social, psicológica propia, y ajena; la angustia es causada por el “sentir el deterioro”. En el estudio los resultados no encontraron correlación entre las otras dimensiones del miedo a la muerte y la espiritualidad, creyendo que esta funciona como un agente protector contra el miedo en el final de la vida, ofreciendo trascendencia, otorgando un significado propio.

Lima M, (2015), Perú, *“Vida y muerte: un lazo enfocado a encontrar sentido”*, mediante una investigación bibliográfica en base al autor Philippe Ariés, y sus libros: “El hombre ante la muerte”, e “ Historia de la muerte en Occidente” se entrelaza la historia de la muerte y la perspectiva del sentido de la vida; así mismo se describe las actitudes del ser humano ante la muerte y los aspectos culturales y religiosos de la muerte, y el sentido de la vida. Esta investigación arroja diversas conclusiones al rescatar la historia de la muerte: En el momento que el ser humano acepta la muerte como una parte del ciclo natural de la vida, vive sin miedo a este fin de ciclo, así mismo el tener contacto desde la infancia con la muerte, incluyéndola, y discutiendo de ella, contribuye notablemente al enfrentamiento consciente y responsable, otorgando un sentido al sufrimiento y a la muerte misma, sobre todo en personas con enfermedades

complejas o terminales, tipo pacientes oncológicos. El no contar con una educación para la muerte es relevante.

Barúa J, (2014), Perú, “*Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor*”, Investiga la relación entre la religiosidad y la esperanza en un grupo de 49 adultos mayores, la intención fue la de analizar las diferencias entre ambas variables, en cuanto a sus edades y género; para tal fin el investigador usó el Inventario de sistemas de creencias revisado SBI-15R de Holland y la escala de esperanza de Herth. Se usó el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de consistencia interna de .79 para SBI-15R, .68 y .86 para CPRE y SSR; para la variable esperanza se obtuvo un alfa de Cronbach de .90 para la escala total. Se concluyó que, si bien se encontraron algunas asociaciones, no se halló relación entre las dos variables en el grupo completo, en relación a los grupos por edad y género, se encontró relación entre las variables religión y esperanza en el género femenino y adultos mayores.

Beltrán G, (2014) “Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes”, realiza una investigación bibliográfica para la Universidad de Jaén- Perú con el fin de conocer las percepciones y actitudes que experimentan los profesionales de Enfermería ante la muerte de los pacientes, revisó 33 estudios de investigación, el estudio arrojó como conclusión que la muerte sigue siendo experimentada como un hecho que causa gran impacto, así mismo la mayoría de profesionales y estudiantes mostraron una actitud negativa hacia la muerte de los pacientes : Sentimientos de estrés, impotencia, frustración, rabia, pena, dolor, ansiedad, preocupación, sienten además que con la muerte fracasan en su trabajo, ya que su objetivo es preservar la vida; cuando la muerte se lleva a jóvenes el sufrimiento es mayor, sobre todo cuando se tiene que hacer frente a la muerte de niños o cuando se establece un vínculo emocional. Usan diversos mecanismos de defensa como negación y evitación para evitar el sufrimiento que les causa la muerte.

Martinez M, (2014), Perú, “*Religiosidad, prácticas religiosas y el bienestar subjetivo en jóvenes católicos de Lima Norte*”, investiga el sentido e intensidad de la religión, prácticas religiosas y bienestar subjetivo en jóvenes católicos de Lima Norte, autocalificados como practicantes. Toma la consideración de World Value Survey, Helliwell (2003) para reportar que el creer en Dios, se asocia a una mayor satisfacción

con la vida, observándose que existe diferencia según las creencias que la persona tenga, y el grado por el cual se recurre a Dios para sobrellevar las dificultades de la vida diaria y el nivel de espiritualidad. Cita a Emmons (2005), que explica, por qué, las personas con una gran fe en Dios le atribuyen la causa de sus sucesos, y por ello presentan más disposición a aceptar las situaciones negativas que se les presenta. Para esta investigación se usó una población Católica de 80 participantes con edades entre 18 y 24 años, se usaron 3 instrumentos de medida, para la religiosidad se usó Post Críticas de Creencias de Hutsebaut, 1996, el bienestar subjetivo fue medido con la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener et al. 1985, y las prácticas religiosas con la Escala de Saroglou & Muñoz Garcia (2000), este instrumento, se encuentra compuesto por 3 sub escalas: Religiosidad clásica, religiosidad emocional y espiritualidad, para esta investigación se tomaron solo las escalas 1 y 3 por ser trabajadas en contextos Latinoamericanos. Los resultados existentes entre prácticas religiosas y bienestar subjetivo muestran significación entre ambas áreas, en donde existe una asociación positiva y de magnitud moderada entre religiosidad clásica y bienestar subjetivo ($r_s(80) = .43, p < 0,01$), se puede indicar que a mayor importancia en Dios, la religión, y la frecuencia del rezo mayor será el bienestar propio. Así mismo se mostró una relación directa y de menor intensidad entre espiritualidad y bienestar subjetivo ($r_s(80) = .23, p < 0,05$), cuyo resultado señala que, a mayor nivel de espiritualidad, mayor será su satisfacción propia.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 La muerte en la historia del hombre

A lo largo de la historia, el hombre se ha comportado de una forma ambigua entre la inevitabilidad y el rechazo, la muerte es universal, y llega para todo ser viviente, sin embargo, ha sido vivida y experimentada de múltiples formas según la historia, la cultura, las creencias y es así, que dentro de las actitudes ante la muerte existe una mezcla de rebelión y aceptación, ya que si bien, hay conciencia sobre la mortalidad, los modos del hombre para afrontarla y vivirla han variado a lo largo de la historia. Cuando el hombre pobló la tierra desde el mismo Homo Sapiens Neanthertalensis, dejó señales que fueron interpretados como signos, despertando intereses sobre el tema

muerte, se encontraron tumbas, sarcófagos, piras, símbolos que se le otorgaba al muerto. Los hombres que habitaban la tierra, se encargaban de enterrar a sus muertos con ramas, tierra, piedras, para las culturas arcaicas, la muerte siempre tuvo una causa culpable; un malhechor, un maleficio, más nunca, por accidente o, por azar.

Si se remonta a la época antigua en donde la historia inicia con la escritura, encontraremos libros que versan el tema muerte, El Bardo Thodol, el libro Tibetano de los muertos, son obras antiguas que se refieren al buen vivir y al buen morir. Para Ariés (2003), La muerte era percibida como un lobo acechante, una amenaza, pero de la misma forma era percibida como honorable, existiendo una contraposición, un mundo para los vivos y otro para los muertos llenos de premios, rituales y castigos.

La gran parte de las culturas han estado preocupadas por el tema muerte, entendían la muerte como una ruptura, y por ello su intención de hacerla menos dolorosa y más soportable, así, realizaban rituales sofisticados, despedidas, terapias anti dolor, y mantenían diversa normativa que permitiera preparar al moribundo hacia su nuevo camino. En la cultura Egipcia se creía en la existencia de mundos nuevos, en viajes hacia el fondo de la tierra, la muerte se vivía como pasajes, entre juicios, castigos y premios, la creencia en la reencarnación del alma, hacía momificar a los muertos para asegurarles la sobrevivencia una vez que el alma regresara a ocupar el cuerpo inerte. Alvarez, T. (s/f).

Limonero (1997), refiere que existía una cercanía con la muerte, se moría en casa rodeado de amigos y seres queridos, con un proceso corto de agonía, hoy en cambio, tenemos una muerte igual de inevitable, pero sigilosa, traicionera de la cual hablar resulta inapropiado. Por la naturaleza del hombre en la actualidad, es mejor no mostrar signos de dolor ante la muerte.

El Occidente, llamado paraíso post moderno, se encuentra caracterizado por lo ilimitado, en donde el hombre, todo lo puede, se percibe como un ser inmortal, aunque la historia humana nace, en el mismo instante en que comienza la historia de la muerte; en la antigüedad la muerte llegaba a interrumpir la vida, un destino central, al cual muchos se rebelaban, pero no había nada que hacer contra él, la muerte llegaba, e

implicaba una concepción colectiva del destino, el orden de la naturaleza se tenía que acatar y aceptar. Ariés (2000), historiador francés, expone 2 tipos de relación del hombre ante la muerte; la muerte domesticada y la muerte salvaje, mostrando en su obra como la muerte se ha vuelto tristemente, un tabú entre la Edad media y la Edad Moderna. “La especie humana es la única que sabe que va a morir y no lo sabe más que por la experiencia” Voltaire.

Para Kellehear (1984), citado en López, R (2016), en la actualidad existe importante literatura sobre la muerte, un re descubrimiento que interfiere con el escondite que muchos quisieran encontrar para evitar que aflore tal tema. Hoy existe una consecuencia de muerte, de la propia muerte, la de nuestros padres, el vecino. Belando (1998), refiere que la muerte si bien genera inquietud, y puede aparecer en cualquier momento de nuestras vidas, cuando nos toca a nosotros y nos encontramos cara con ella en un espacio cercano, la idea arremete, nos moviliza, pero, siempre queda por cierto claro que la muerte no es la nuestra, sino la ajena.

Cobo (1999), refiere que el paso del tiempo es un tirano, que no perdona, es implacable y con este llega el envejecimiento, enfermedades, deterioro físico y es, en éste momento más que en otros, en donde a la persona adulta, le empieza a preocupar su propia muerte y no solo la muerte ajena, y , es, con el contacto con el tiempo en donde la muerte se concientiza, se toma un balance de lo vivido, de las huellas que se dejaron y se ve al futuro como un reloj en cuenta regresiva, en donde los días, las horas, los minutos, los segundos son señales de menos vida, y aparece la angustia, el miedo a la muerte, ese miedo a lo incierto y a lo desconocido. Para Callahan, D (2000), citado en Collell et al, (2003). La medicina se ha centrado en eliminar la enfermedad o evitar toda causa posible que pueda llevar a la muerte, cuando esto no se logra, se toma como un fracaso; hay toda una suerte de frustración, de ser un mal médico, es así que la muerte se ha medicalizado. Existen nuevos medicamentos que tienen como fin, el no envejecer, nuevos métodos criogénicos, se congela la vida, se perpetúa, para luego volver a la vida en el momento más adecuado, así se trasmuta la muerte en una vida que se prolonga.

2.2.2 Concepto de muerte

Para Thómas (1974), la muerte no tiene un único significado, ya que es influenciado por lo cultural, social y científico, Así Thómas apunta a cuatro tipos de muerte: La muerte biológica con la putrefacción del cuerpo inerte, la muerte psíquica, la enfermedad como el autismo, la muerte social, en donde se da el aislamiento de toda actividad social y la muerte espiritual, que se produce por un pecado mortal dentro del Cristianismo. Hernández, F. (2006) en su capítulo: La muerte biológica, hace mención a Klarsfeld y Revah (2002), quienes en un intento por conocer, el lugar que ocupa la muerte en las ciencias de la vida, señalan la idea científica de Von, C., el que refiere que la divinidad es sabia e impone un orden natural que presenta cuatro fenómenos, que son, propagación, distribución geográfica, destrucción y conservación, todas instauradas por Dios, para equilibrar el nacimiento, y la finitud, manteniendo así el equilibrio de las especies.

Munnichs (1968), citado en Gómez, J. (s/f), piensa que el concepto muerte es poco relevante psicológicamente, considera que tanto el concepto, como el término saludable, debe ser finitud de la existencia, ya que se encuentra menos revestido por las diversas connotaciones culturales del otro.

Heidegger (1927-1962), citado en Osadolor, I. (2005), es conocido por su célebre frase “el ser es libertad hacia la muerte”, su posición en torno a la muerte es que es una amenaza: la amenaza de la no existencia; sin embargo, el darse cuenta de esa futura inexistencia, es una condición determinante para comprender plenamente la vida.

La muerte para los Mexicanos es burla, fiesta, furor, se duerme con ella, se festeja a través de esqueletos, a los que denominan Catrinas; todos vestidos, cargados de vida, de movimiento, de sarcasmo. En la muerte acaba la consciencia del hombre, es el límite ineludible; La muerte se nos presenta como biológica y a la vez como cultural, es empírica y simbólica a la vez, es el rasgo más humano, Morin (2007).

Según Kubler-Ross (1986), el término muerte, se relaciona con: El abandono del cuerpo físico, de la misma manera que la mariposa deja su capullo de seda, la muerte es el paso a un nuevo estado de conciencia, en el que se continúa experimentando, viendo,

oyendo, comprendiendo, riendo, y en el que se tiene la posibilidad de continuar creciendo. La única cosa que perdemos en esta transformación es nuestro cuerpo físico, pues ya, no lo necesitamos. “Para experimentar realmente nuestra propia muerte, hay que estarlo, por lo tanto, a punto de morir y saberlo”. Thómas (1974).

Ring (1989), señala que la vida y la muerte garantizan la evolución de la especie, la muerte es uno de los requisitos para que haya vida y así, se continúe con el proceso de la existencia. P. Sartré (1966), citado en Osadolor, I (2005), se refiere a la muerte como algo absurdo, inesperado en donde se muere por casualidad, lejos de darle sentido a la vida la aleja de significado, la muerte es ruptura, caída al vacío, quiebre inminente, le arrebatada al hombre toda posibilidad de desarrollo y realización. “La muerte es la continuación de la vida sin mí”.

2.2.3 Miedo y miedo a la muerte

Pelachanno (1981), dentro de las emociones básicas humanas, diversos autores han estado de acuerdo en incluir el miedo como tal, otorgándole un valor de supervivencia, de valor funcional que pone en estado de alerta al individuo, preparándolo para que se enfrente a las amenazas que surjan y pongan en peligro la integridad del ser. El miedo a la muerte posee diferentes grados de intensidad y así como señala Ramos Campos. (1982), el tener cierto miedo a la muerte puede ser normal, necesario y hasta beneficioso, ya que permite preservar nuestra vida, de no ser así, nuestra supervivencia se encontraría en constantes peligros, amenazas y situaciones de riesgo.

Lester (1971), citado en González, S. (2015), realiza las primeras investigaciones en torno al miedo a la muerte, considerando como a priori y como un fenómeno multidimensional, distinguiendo 3 niveles en relación al miedo a la muerte. Ramos Campos. (1982), miedo a la propia muerte, aquí, se incluye el miedo al proceso de morir, al castigo eterno, a la agonía, al quiebre con el mundo que se conoce y el llegar a un dominio desconocido; miedo al morir del otro, así, las personas que mueren desaparecen, sin saber que sucede después, surgiendo temor, angustia , naciendo el miedo a la muerte del ser cercano, miedo al moribundo, al cadáver, al funeral, al luto.

“El temor a la muerte, señores, no es otra cosa que considerarse sabio sin serlo, ya que es creer saber sobre aquello que no se sabe. Quizá la muerte sea la mayor bendición del ser humano, nadie lo sabe, y sin embargo el mundo le teme como si supiera con absoluta certeza, que es el peor de los males.” Referido por el filósofo Sócrates, citado Philip, R. (2012).

Los pacientes al inicio no toman conocimiento la sintomatología de la proximidad de la muerte, esto se debe al engaño o a la ignorancia presente, más tarde, las actitudes, comportamientos de familiares, amigos, la visita a diversos especialistas, el dolor y la falta de respuesta hacia lo que acontece, lo alertan de que algo está sucediendo. Este engaño o etapa de negación tal y como lo publica Kluber-Ross (1969) en su libro, se debe al temor presente en enfrentar la situación, es una especie de escape a la idea de la propia finitud. “No a mí, no puede ser”.

Schmidt (2007), citado en Restrepo. (2013), señala que miedo a la muerte y miedo al proceso de morir son dos términos distintos, ya que la muerte es algo incierto, desconocido, un concepto abstracto con múltiples definiciones, en cambio el proceso de morir es una realidad inevitable, certera que se debe afrontar así queramos evitarla. El proceso de morir trae consigo el dolor, el despedirse, el dejar todo oleado y sacramentado. Kellehear (1984), citado en Lopez, R. (2016), refiere que el individuo le teme al proceso de morir porque el proceso es dominio del hombre, más no de la muerte misma.

Malishev, M. (2003). La muerte si bien es un acontecimiento único, omnipresente que toca la puerta de todo ser vivo, que no discrimina raza, género, edad, rango ni lugar, es también irrevisable, puesto que, es la existencia que se aniquila así misma, un corte y separación entre el vivo y el muerto. La muerte es irrepetible e inimitable, cuando se piensa en ella y se profundiza en primera persona, se toma conciencia de la singularidad, de que es una experiencia propia, que otro no puede asumir, y que así el otro se sacrifique y muera por uno, eso no logrará liberar de ninguna forma la muerte propia que llegará con el dedo levantado, citando con nombre y apellido a quien decida llevarse a ese camino sin retorno, ese nuevo camino desconocido que se encuentra invadido de mitos, leyendas de premios y castigos.

2.2.4 Religiosidad

La religiosidad es de naturaleza social, contiene lo espiritual, lo protector, es un soporte de la cultura, es entendida como una necesidad vital que hace que el hombre crea en un ser superior, divino, que puede, y es capaz, de hacer lo que para el ser de la tierra es imposible. La religiosidad se encuentra asociada con el deseo de lucha, de vivir, influye en el mecanismo psicológico que permite al hombre adaptarse ante la enfermedad, el sufrimiento, el envejecimiento y la muerte. Paloutzian (1996, citado en Laos, K. 2010). Refiere que la religión posee diversas expresiones, tanto positivas como negativas, por lo que, puede brindar a la persona un sentido de realización u otorgar normas rígidas, restringiendo así, la libertad y el crecimiento.

La Religión, a lo largo de la historia, ha cumplido y sigue cumpliendo un rol importante en el desarrollo integral del ser humano, ha acompañado el desarrollo del hombre hasta los tiempos actuales, es por ello, que la religión es un fenómeno en las sociedades humanas, innegable y sus signos se muestran en arquitecturas, pinturas, relatos; investigaciones resaltan que la religión en la vida del ser humano, se relaciona con la esperanza, el optimismo, la calma, la seguridad personal. Hadaway (1978, citado en Martínez, M. 2014).

Boisen (1995), citado en Yoffe, L (2005), Refiere que tanto la religión como la teología, aparecen, y cobran sentido en los momentos más complejos del ser humano como son la vida y la muerte, Así, cuando esto ocurre, se trata de contactar con un ser superior, usando simbología, nuevas palabras que nos acerquen a lo sagrado, a lo divino, tratando de encontrar un significado que otorgue un sentido a nuestras vidas, atribuyendo un mejor significado a la vida y a la muerte. Una religión que se vive de forma sana y que se encuentra bien orientada, puede asegurar la vida de una persona en sus estadios más significativos y esenciales. Así la religión tiene en la vida del ser humano, una función efectiva, en el plano colectivo e individual, sus promesas relacionadas a la recompensa divina, proporcionan estabilidad, calma, contención al ser humano doliente y en desdicha; siendo, una fuente de sentido, permitiendo elevar la autoestima, dignidad y enriqueciendo el lado emocional. Nelson, M. (2013).

La religiosidad para el creyente brinda apoyo y ayuda al individuo, ayuda a que re interprete y maneje de forma positiva situaciones críticas. Attig (2003), citado en

Yoffee, L. (2012), refiere que la religiosidad viene a ser la práctica de la religión dentro de una tradición, de lo dogmático e institucional, este puede ser sub dividido en dimensiones, como los rituales, experiencias, creencias y prácticas, oración, celebración en grupo, prestación de apoyo social.

Koenig (2008), citado en la publicación de Quiceno & Vinaccia (2009), citó 4 modelos relacionados con salud mental y física, religión y espiritualidad, en donde la versión tradicional de espiritualidad es caracterizada por una religiosidad profunda, con dedicación al servicio religioso, enseñanzas de tradiciones de fe por medio de testimonios de vida. Estos recursos pueden ser favorables como promotores saludables, en cuanto, a lo que se refiere, a valores, tranquilidad, bienestar, esperanza, mejoras en el carácter, estados mentales pasivos y positivos, búsqueda de sentido por la vida. Para Reyes, (1998), la religión moviliza diferentes mecanismos psicológicos, que permiten la adaptación ante el envejecimiento, enfermedad y sufrimiento, asociándose con un nivel alto de autoestima y deseos de vivir. J. Saramango (2005), señala que la religión es como la medicina, usarla de forma adecuada beneficia a la salud, sin embargo, el mal uso de esta, podría llevarnos a la muerte y es que siempre de algo hay que morir, pero, hay infinidad de humanos que han sido asesinados por su misma especie, creando carnicerías humanas y todo en el nombre de Dios. Elías (1987), citado en Thómas, Sábado y Gómez Benito (2003), “No existe idea alguna, por extraña que parezca en la que los hombres no estén dispuestos a creer con profunda devoción con tal que se les proporcione alivio ante el conocimiento de que un día ya no existirán más, con tal, de que se les ofrezca la esperanza de una forma de eternidad para su existencia”.

2.2.5 Religión, enfermedad y muerte

La Organización Mundial de la Salud (1948), define Salud como la ausencia de enfermedad, es decir, la vivencia en un estado de completo bienestar mental, físico y social es tener salud y no solo, el no poseer o estar libre de enfermedades leves, fuertes o graves o sin infecciones.

Un enfermo no es solo un conjunto de síntomas, signos, órganos lesionados, es un ser humano que posee una familia, un entorno familiar y social, que presenta miedos, angustias y desesperanza, Gonzales, O. (2013).

Salud, enfermedad y muerte son aspectos indisociables e inherentes al ser humano, este posee la certeza que, en algún momento, la finitud llegará. La muerte tiene un significado y connotación cultural representada por ritos, costumbres, ceremonias, creencias. Corbí (2001). Las grandes religiones hablan de la muerte, refiriéndose a un triple sentido, puesto que proponen creencias acerca de que hay algo más luego de la muerte, usan la muerte, para que el hombre entienda y sienta su realidad. La religión influye de forma positiva, negativa o neutra, cuando se debe pensar en cómo y cuándo, la muerte puede llegar, así, esta ayuda o perjudica el sobrellevar la muerte sea propia o sea la muerte de otros.

Wittkowski (1978), citado en Gómez, J. (2007), luego de sus múltiples trabajos de campo, señala que el miedo a la muerte y la religión tiene estrecha relación, presentando dependencia importante entre religiosidad y miedo a la muerte, así según el autor la relación puede aumentar el miedo a la muerte, si estas son amenazadoras (infierno, condenación, juicio, pecados) o reducirlo si sus expresiones son prometedores (paraíso, gracia).

2.2.6 El cáncer

El cáncer hoy en día, es sin duda un problema global, que afecta, amenaza y termina con la vida de numerosas personas, no distingue raza, religión, edad, zona geográfica en la que se habita, continuos esfuerzos médicos y la avanzada tecnología no logran erradicar este mal. El cáncer en Latino América ocupa el puesto número 3 en casuística de muerte.

Snyder (1989, citado en Alcocer y Ballesteros 2005), refiere que el cáncer se caracteriza por la rápida multiplicación de células anormales que se extienden más allá de los límites permitidos, propagándose e invadiendo diversos órganos del cuerpo. El cáncer está formado por el funcionamiento anormal de las células del organismo, y en donde los procesos fisiológicos que tienen lugar en las células normales se encuentran

fuera de control, así, cuando esto ocurre proliferan células, se unen, y dan lugar a lo que se denomina tumor o neoplasia; estas células son capaces de movilizarse por medio del torrente sanguíneo o linfático, invadiendo otros tejidos sanos, dañándolos y formando metástasis. El cáncer en Latino América ocupa el puesto número 3 en casuística de muerte. Piedra Sanchez, F. (2004).

Entre los años 2007 y 2030 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que la mortalidad por enfermedad oncológica aumentará a un 45% a nivel mundial, así, se prevé que las muertes por cáncer seguirán aumentando, alcanzando cifras de 13.1 millones al 2030. OMS, (2013).

El cáncer es una enfermedad crónica que genera elevada vulnerabilidad en quien lo padece y en sus cuidadores, tanto a nivel físico como emocional. El paciente oncológico, es aquel que se encuentra atravesando cualquiera de las siguientes etapas de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, recidiva y sobreviviente, término definido por Die Trill y Vecino, 2003 citado en Laos, K. (2010), como aquellos que han padecido la enfermedad y se encuentran libres tanto de tratamiento como de enfermedad por un plazo no menor a un año, sin embargo, como señalan los autores, un sobreviviente no es sinónimo de curación.

En el Perú existe bibliografía limitada acerca del cáncer, la enfermería y la psicooncología, rama de la psicología son especialidades que más ahondan en el tema, Barragan (2002) citado en Chirino, C. (2010), investigó sobre los aspectos epidemiológicos del cáncer, en donde se demuestra que existen factores sociodemográficos y antecedentes familiares influyentes, sobre todo en los cánceres más comunes como lo son el de mama, el de cuello de útero y próstata; influyendo la edad, la falta de prevención, la iniciación sexual precoz.

2.2.7 El personal de apoyo y el paciente oncológico

El cáncer, así como otras enfermedades que amenazan la vida del paciente, generan un impacto muy fuerte, proliferan diversas emociones, sentimientos y comportamientos: Dolor, sufrimiento, confusión, culpa, ira, miedo, miedo a morir, tristeza, ansiedad. no solo en el enfermo, sino en la familia, amigos y red de apoyo con

el que cuenta el paciente. El tratamiento implica tiempo, motivación y compañía, dando lugar a la compatibilidad entre el cáncer y las demandas que este requiere, las del sistema familiar y personal de apoyo. Zorrilla, I., (sin fecha).

El trabajo de cuidar de forma continua, por episodios largos a un enfermo, da como resultado en el responsable del cuidado y apoyo: sentimiento de fracaso, irritabilidad, aislamiento social, depresión, insomnio, síntomas somáticos, baja concentración, entre otros, según lo señala Expósito, C. (2008).

Barrón, (1996), señala que el apoyo social, es un término que se refiere a diversos comportamientos solidarios, brindados por personas, las que, pueden pertenecer al sistema familiar, de salud, vecinos, amigos o cualquier persona que se encuentre en condiciones de brindar ayuda de alguna forma. Valla, citado en Gómez y Lagoueyte (2011), conceptúa apoyo social como cualquier información, sea verbal o no, o como el apoyo material que ofrece una persona o un grupo de personas, que generan un encuentro sistemático con efectos positivos para quien lo recibe. Para Martín, Sánchez y Sierra (2003), el apoyo social cumple diversas funciones, como de tipo emocional, de confort, de cuidado, informativa, ayuda directa en la forma de servicios o recursos. El apoyo social protege a la persona de los episodios negativos de la vida, sean físicos o psicológicos, uno de estos sucesos puede estar relacionada con una enfermedad crónica.

El cuidado tiene un efecto, sea directa o indirectamente en la vida del cuidador, Rogero (2010), refiere que los impactos a nivel físico y emocional son negativos, aflora el estrés, el estado de ánimo bajo, la frustración, la pérdida de control. La tarea del cuidador si bien es vital para el enfermo, exige un gasto emocional importante, por compartir continuamente el dolor y el sufrimiento del paciente, por lo que el cuidador sea familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, grupo de voluntarios o profesionales de la salud, requieren vincularse a su vez, con un grupo de apoyo social que les permita hacer frente a lo vivido de forma más efectiva, este grupo de apoyo social puede ser de tipo religioso, lo que ayudaría a comprender el sufrimiento, la enfermedad y la muerte. Escribá y Bernabé (2002).

La religión es percibida como un factor modulador, las personas que se percibían como bastante religiosos o muy religiosos, obtuvieron menos puntaje en

cuanto al desgaste emocional. Kash y Cols (2000), citado en Ascenso et. al., (2014), Cuando el personal de apoyo asume la muerte, como un proceso natural, disminuye la carga de ansiedad que genera la muerte del paciente; la ansiedad generada en el personal de salud ante la muerte del paciente, es dada por la confrontación con su propia muerte. Collel, Limonero y Otero (2003).

La actitud que presente cada uno, va a depender de sus creencias religiosas, agnósticas, filosóficas, de la vida o de su capacidad de afrontar la vida y la muerte; manejar la muerte dentro del sistema sanitario, en especial cuando la atención brindada es con pacientes en donde la muerte, forma parte de sus días, es complejo ya que quiérase o no, enfrenta al personal a cuestionar el tema muerte, el sufrimiento de la enfermedad presente, relacionada a no tener el control, a lo inevitable, impredecible, a la incertidumbre y a la muerte.

Collel, Fontanals y Rius. (1993), el personal que brinda apoyo al enfermo, no se encuentra libre de las emociones, sentimientos y actitudes, que les genera, el prestar ayuda a un paciente oncológico; las actitudes individuales acerca de la muerte y las emociones relacionadas a esta, tales como, confusión, tristeza, pena, angustia, dolor, entre otras, pueden condicionar la manera en cómo el personal de apoyo afronta la muerte y el trato hacia el paciente.

2.3 Definición en términos básicos

Muerte

Término con diversas definiciones: Fallecimiento, cese de signos vitales en un ser vivo, final de la vida, interrupción del ciclo vital.

Miedo a la muerte

Sentimiento desagradable, sensación intensa de angustia provocada por un estímulo amenazante real o ficticio, en este caso el estímulo sería la muerte, en donde muerte se puede definir como el final de la vida, el último ciclo del ser viviente, cuando el organismo deja de presentar signos vitales.

Religiosidad

Es un término amplio, complejo, se podría definir como la creencia que la persona tiene según sus tradiciones y cultura con un ser divino, supremo y como se relaciona con él.

Cáncer

Conjunto de enfermedades que se relacionan con las células del organismo que se desarrollan de manera anormal, creciendo, reproduciéndose, y extendiéndose rápidamente, destruyendo a las células normales.

Personal de Apoyo

Personas a quién se puede recurrir en caso de necesidad, que brindan afecto, escucha, información, orientación, aprendizaje, comprensión, y ayudan a manejar los estresores diarios de la enfermedad presente, el personal de apoyo puede ser conformado por los familiares, amigos, personal asistencial, personal sanitario, voluntarios, administrativos, y todo aquel que, de una u otra manera, brinde apoyo al paciente oncológico.

Paciente oncológico

Persona que ha sido diagnosticada con cáncer.

Albergue

Lugar en donde se brinda ayuda, apoyo a diversas personas.

Albergue Frieda Heller

Espacio que brinda alojamiento a personas con cáncer y a sus familias, durante el plazo que dure el tratamiento oncológico

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

Hipótesis General.

Existe relación significativa entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018.

Hipótesis Secundarias.

H1: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

H2: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

H3: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte propia en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte propia en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

H4: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de la muerte de otros en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018.

3.2 Variables; definición conceptual y operacional

3.2.1 Variable Religiosidad

Definición conceptual

Diversas manifestaciones de forma de ser, estar, de expresar un vínculo con lo sagrado, y prácticas que se realizan de manera interpersonal. (Holland, J & colaboradores, 1998).

Definición operacional

Se obtienen los resultados mediante la aplicación del Instrumento: Inventario de sistemas de creencias revisado SBI 15R de Holland y colaboradores (1998).

3.2.2 Variable Miedo a la muerte

Definición conceptual

Miedo al fin de la vida de uno mismo, miedo al fin de la vida de otras personas que no somos nosotros, miedo al afronte de la muerte de uno mismo y todo lo que trae consigo, miedo al afronte de la muerte del otro, y todo lo que trae consigo, Collet & Lester (2003).

Definición operacional

Se obtienen los resultados mediante la aplicación del Instrumento: Escala EMMCL de Miedo a la muerte de Collet & Lester (2003).

3.2.3 Cuadro de operacionalización

Variables	Dimensiones	Categoría	Items	
Religiosidad	. Prácticas y creencias religiosas	Completamente en desacuerdo	1,2,4,6,8,10,11,12,14 y 15	
		Parcialmente en desacuerdo		
	Soporte social Religioso	Parcialmente de acuerdo		3,5,7,9 y 13
		Completamente de acuerdo		
Miedo a la muerte	Miedo a la propia muerte		1,2,3,4,5,6 y 7	
	Miedo a la muerte de los otros	4-5 Mucho	1,2,3,4,5,6 y 7	
		2-3 Moderado		
	Miedo al proceso de morir propio	1 Nada	1,2,3,4,5,6 y 7	
Miedo al proceso de morir de los otros		1,2,3,4,5,6 y 7		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico; método, nivel, tipo de investigación

El método utilizado en la presente investigación es de tipo cuantitativo, así Bernal (2002) nos refiere que: “El método cuantitativo o método tradicional se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, lo cual supone derivar de un marco conceptual pertinente al problema analizado, una serie de postulados que expresen relaciones entre las variables estudiadas de forma deductiva. Este método tiende a generalizar y normalizar resultados” (p.57).

El nivel de investigación realizado es Descriptivo-Correlacional; “Describe relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.155). En la presente correlacionaremos la variable independiente: Religiosidad con la variable dependiente: Miedo a la muerte.

El tipo de la presente investigación es Transversal con diseño No Experimental, ya que no se manipularán las variables por solo observarse los fenómenos en su ambiente natural para después ser analizados. (Hernández, et al. 2005).

4.2 Diseño muestral, técnicas de muestreo, población y muestra

La población está conformada por adultos de sexo femenino y masculino, que laboran, y forman parte del Albergue Frieda Heller. La muestra está conformada por 94 adultos en total, cuyas edades fluctúan entre los 18 y 85 años.

El diseño muestral es censal, en donde la muestra es toda la población. Hayes, B.(1999) La muestra censal es aquella en donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra.

Criterios de inclusión:

- Personal de apoyo de pacientes oncológicos (personal sanitario, amigos, familiares, personal asistencial, administrativo, voluntarios)
- Personal de apoyo de ambos sexos

El tiempo de recolección de la información para la investigación presente, fue de 60 días, en el periodo de Marzo y Abril del presente año 2018.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Abril (2008), narrando sobre técnicas de investigación indica que: “Las técnicas constituyen el conjunto de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, conservar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga”. Por lo que se puede indicar, que las técnicas son el conjunto de procedimientos indispensables para recolectar información, a partir de las técnicas el investigador puede conocer hechos y conocimientos que le permitirán proceder con la investigación.

Para la siguiente investigación, los datos se recolectaron con:

Inventario de sistemas de creencias revisado SBI-15R, creado por Holland y colaboradores en 1998. Este inventario de religiosidad posee dos dimensiones, el factor I, creencias y prácticas religiosas con 10 reactivos CPRE y el factor II, soporte social religioso con 5 reactivos SSR.

Escala de miedo a la muerte creado por Colett-Lester 2003, para la variable miedo a la muerte, el cuestionario presenta 4 sub escalas de 7 items cada uno; Las escalas abarcan: miedo a la propia muerte, miedo al proceso de morir propio, miedo a la muerte del otro, y miedo al proceso de morir del otro. Las repuestas van desde mucho, moderado, nada.

Ficha personal sociodemográfica, para ser llenada por el participante, a fin de conocer sus datos tales como: sexo, estado civil, grado de instrucción, estado civil, ocupación, enfermedad que padece, medicaciones que usa, credo que profesa, cambio de credo en los últimos 5 años, si es personal de apoyo a pacientes con cáncer, tiempo de apoyo, y tipo de relación con el paciente oncológico.

Instrumento de medición

Variable 1 : Religiosidad

Inventario de Sistemas de Creencias Revisado SBI-15R

El inventario original de nombre The System of Belief Inventory Revised (SBI-15R) fue creado por Holland y colaboradores en 1998, en Estados Unidos de Norte América; el inventario fue traducido del inglés al castellano, mediante traducción inversa por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne y Holland en el año 2000 en México.

La escala original contenía 54 ítems, los cuales se dividían en 4 dimensiones, los autores decidieron disminuir los ítems con el fin de no agobiar al participante con tanta pregunta, así, mantuvieron solo 2 dimensiones: Factor I (CPRE) y Factor II (SSR)

El inventario es medido bajo escala de tipo Likert, en donde las puntuaciones globales del inventario van de 0 a 45 puntos. A mayor puntaje mayor religiosidad.

En la revisión del SBI15 se obtuvo una consistencia interna por Alfa de Cronbach de .93 para la escala total, .92 para el factor I (CPRE), y 0.89 para el factor II (SSR). La confiabilidad del test retest fue de .95 aplicado en dos grupos: religiosos y

laicos. La validez convergente fue de .84 con el ROI – Religious Orientation Inventory y de .82 con el INSPIRIT – Index of core spiritual experiences.

El SBI15 tuvo una correlación importante con el SBI-54 demostrando validez discriminante, convergente y divergente, sin embargo, los autores modificaron el ítem 2 para poder usar el inventario no solo en personas enfermas de cáncer, sino además en personas sanas.

El SBI 15R fue traducido por Holland y colaboradores en el 2000 al español, aplicado a 83 personas en un hospital de México D.F. en donde obtuvo un índice de consistencia interna de .89, el Factor I tuvo un coeficiente de .85 y el factor II de .81

En Perú la validación del instrumento lo obtuvo Barua, J (2014) en su investigación “*Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor*”. Mediante el alpha de Cronbach para el coeficiente de consistencia interna de .79 para SBI15R y de .68 y .86 para CPRE y SSR respectivamente. Rivarola, L.(2016) también validó el instrumento en su investigación “*Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento*” obteniendo un alpha de Cronbach de 0.96 para el factor I, 0.94 para el factor II y 0.98 para la escala total de la SBI-15R.

Instrumento de medición

Variable 2: Miedo a la muerte

Escala EMMCL (CLFODS) de Miedo a la Muerte de Collett & Lester, 2003.

Nombre Original: Collet Lester Fear of death scale (CL-FODS)

Nombre en versión adaptada: Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester EMMCL.

Adaptada al español y validada por Tomas-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. (2007). Adaptada en Chile por Espinoza S, Sanhueza y Barriga (2011).

La escala original contaba con 36 ítems divididos en 4 sub escalas en cuestionario de tipo Likert, en 1994, se publicó la primera revisión de la escala original en donde se mantuvieron 32 ítems; posterior a esto hubo una tercera revisión en el 2003 y se eliminaron ítems no significativos para el alpha de Cronbach. La escala actual cuenta con 28 ítems, 7 por cada sub escala.

Ésta es una escala factorizada que muestra estructura en sus 4 factores independientes que corresponden a 4 dimensiones del miedo a la muerte: 1. Miedo a la muerte en relación a tu propia muerte, 2. Miedo a la muerte en relación a la muerte de otros, 3. Miedo a la muerte en relación al propio proceso de morir, y 4. Miedo a la muerte en relación al proceso de morir de otros. Los 28 ítems de la escala presentan un puntaje mínimo alcanzable de 28 y un máximo de 140 puntos; la escala de Likert presenta categorías que van desde mucho, moderado a nada, en donde mucho presenta un puntaje de 5 y nada un puntaje de 1; así, se obtiene el puntaje total y por cada dimensión promediando las respuestas, los puntajes más altos indican un mayor miedo a la muerte o al proceso de morir.

La prueba fue usada por los autores, en 144 alumnos universitarios de Estados Unidos, arrojando una confiabilidad para el factor I (miedo hacia la propia muerte) con 0.91, para el factor II (miedo hacia el proceso de morir propio) 0.92, para el factor III (miedo a la muerte del otro) 0.88 y para el factor IV (miedo al proceso de morir de otros) 0.92. La validez se realizó mediante análisis factorial exploratoria con : esfericidad de Bartlett con una significancia ($p < .000$), Test KMO el que arrojó un valor de .90. Se usó el método de componentes principales con rotación Varimax, los 4 componentes se confirmaron con un 51.1% de varianza aplicada.

En Venezuela, Bucella, Brandy y Fernandez (2012) usaron la escala en una muestra de 197 estudiantes de medicina para establecer la confiabilidad de la versión en español, obteniendo coeficientes de consistencia interna de Cronbach entre .69 y .81 en las escalas.

En el Perú Rivaraola, L (2016), en su investigación: “Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de Lima Metropolitana” halló la validez del instrumento, mediante alpha de Cronbach de .86 para la dimensión miedo a la propia muerte, .89 para miedo hacia el proceso de morir propio, .79 para miedo hacia la muerte de otros y .81 para miedo hacia el proceso de morir de otros.

4.4 Técnicas del procesamiento de la información

Una vez que se tuvieron todos los cuestionarios aplicados, los datos se ingresan en una tabla Excel, se realiza una revisión aleatoria para verificar la confiabilidad en la digitación de los datos, si se encontraran errores, se corrigen, devolviéndose a la fuente original, una vez obtenidos los datos se convierten al SPSS 23, paquete estadístico que permiten su análisis y proceso.

Luego se organizó una base de datos que incluyeron las variables de estudio, las que se procesaron en el paquete estadístico SPSS 23 (Statistical Product and service solutions), conjunto de potentes herramientas de tratamiento de datos y análisis estadístico; Finalmente se llevó a cabo un análisis descriptivo y correlacional.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

El análisis de los datos se realizó, utilizando el paquete estadístico SPSS 23 en donde se realizó el análisis inicial de los datos socio demográficos y estadísticos descriptivos de la muestra, posteriormente, el análisis de los estadísticos descriptivos de cada uno de los instrumentos utilizados en la investigación. Para establecer la correlación entre las variables, se utilizó la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov en donde las variables demostraron tener una distribución normal, ($p > .05$), por lo que para someter a prueba la hipótesis general y específica se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Se utilizó los siguientes programas estadísticos para el procesamiento de los datos:

- SPSS23
- Microsoft Excel 2016

4.6 Aspectos éticos contemplados

En consideración a los aspectos éticos contemplados en el Código de Ética del colegio de Psicólogos del Perú, bajo resolución N. 206-2017-CDN-C.P.S.P de fecha 27 de Setiembre del 2017 y de acuerdo a los Artículos, 23,25,35 y 36.

Los participantes recibieron de manera clara, precisa, y formal acerca de la naturaleza y propósito de la investigación, actuando de forma voluntaria; incluyendo la participación o el retiro del participante.

En relación a la confidencialidad de los datos obtenidos, todas las encuestas son anónimas, salvaguardando así, la identidad de todos los participantes, sin embargo, pese a ello, las respuestas obtenidas de los cuestionarios son conservadas en un lugar seguro, respetando la confidencialidad.

Las respuestas obtenidas por los participantes, para la investigación presente, no han sido modificadas, ni alteradas, con el fin de obtener algún tipo de beneficio para el autor de la presente investigación.

CAPÍTULO V

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Presentación de resultados; Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, dibujos, fotos, tablas, etc.

En la Tabla 1 se observa que en la variable Miedo a la muerte, el puntaje promedio más alto lo presenta la dimensión: proceso de morir de otros con 24.19 puntos, seguido por la dimensión miedo a la muerte de otros con 23.92, miedo al proceso de morir propio con 22.73, la dimensión miedo a la propia muerte con 17.21 y el puntaje total de Miedo a la muerte presenta un puntaje promedio de 88.04. En la variable Religiosidad el puntaje promedio más alto lo presenta la dimensión Creencias y prácticas religiosas con 22.07, seguido por la dimensión Soporte social religioso con 11.31, el puntaje total promedio es de 33.38.

Tabla 1 Estadísticos descriptivos de las variables Miedo a la muerte y Religiosidad

VARIABLES	DIMENSIONES	N	Media	D.T
Miedo a la muerte	Propia muerte	94	17,21	6,719
	Proceso de morir Propio	94	22,73	6,672
	Muerte de otros	94	23,92	6,234
	Proceso de morir de otros	94	24,19	6,985
	Puntaje Total	94	88,04	22,750
Religiosidad	Creencias y prácticas religiosas	94	22,07	6,268
	Soporte social religioso	94	11,31	3,142
	Puntaje total	94	33,38	8,986

En la Tabla 2 se observa que la dimensión en frecuencia predominante con el nivel más bajo es: miedo a la propia muerte con 71 sujetos de la muestra (74.7%). En la dimensión miedo a la muerte de otros la mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 59 sujetos de la muestra (62.1%). En la dimensión Miedo al proceso de morir propio la mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 52 sujetos de la muestra (54.7%). En la dimensión Miedo al proceso de morir de otros la mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 63 sujetos de la muestra (66.3%).

Tabla 2 Frecuencia de la variable Miedo a la muerte

DIMENSIONES	NIVELES	F	%
Miedo a la Propia muerte	Bajo	71	74.7%
	Alto	24	25.3%
Miedo a la Muerte de otros	Bajo	36	37.9%
	Alto	59	62.1%
Miedo al Proceso de morir Propio	Bajo	43	45.3%
	Alto	52	54.7%
Miedo al Proceso de morir de otros	Bajo	32	33.7%
	Alto	63	66.3%

En la Tabla 3 se observa que el nivel alto de religiosidad es el predominante con 65 sujetos, que representa al 68,4% de la muestra; seguido por el nivel mediano con el 25 sujetos, que representa al 26,3% de la muestra; finalmente el nivel bajo con 5 sujetos, que representa al 5,3% de la muestra.

Tabla 3 Frecuencia de la variable Religiosidad

Niveles de Religiosidad	F	%
Bajo	5	5,3%
Mediano	25	26,3%
Alto	65	68,4%

5.2 Análisis inferencial; pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas de correlación, de regresión u otras.

En la Tabla 4 se observa que las variables tienen una distribución normal ($p > .05$), por lo que para someter a prueba la hipótesis general y específica se utilizó el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Tabla 4 Distribución de los datos de las variables según la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov.

Variables	K-S	P
Creencias y prácticas religiosas	1.445	.051
Soporte social religioso	1.418	.056
Puntaje total	1.513	.051
Propia muerte	1.225	.099
Proceso de morir Propio	.736	.652
Muerte de otros	.786	.567
Proceso de morir de otros	.881	.419
Puntaje Total	.640	.808

5.3 Comprobación de hipótesis.

En la Tabla 5 se observa que el coeficiente de correlación (.095) entre las variables religiosidad y el miedo a la muerte no es significativo ($p > 0.05$).

Tabla 5 Relación entre la religiosidad y el miedo a la muerte

	Correlación	Miedo a la muerte
Religiosidad	R	,095
	P	,358

En la Tabla 6 se observa que el coeficiente de correlación (.195) entre la religiosidad y el miedo a la propia muerte no es significativo ($p>0.05$).

Tabla 6 Relación entre la religiosidad y el miedo a la propia muerte

	Correlación	Miedo a la propia muerte
Religiosidad	R	-,195
	P	,058

En la Tabla 7 se observa que el coeficiente de correlación (.053) entre la religiosidad y el miedo a la muerte de otros no es significativo ($p>0.05$).

Tabla 7 Relación entre la religiosidad y el miedo a la muerte de otros

	Correlación	Miedo a la muerte de otros
Religiosidad	r	-,053
	p	,609

En la Tabla 8 se observa que el coeficiente de correlación (.107) entre la religiosidad y el miedo al proceso de morir propio no es significativo ($p>0.05$).

Tabla 8 Relación entre la religiosidad y el miedo al proceso de morir propio

	Correlación	Miedo al proceso de morir propio
Religiosidad	R	-,107
	P	,304

En la Tabla 9 se observa que el coeficiente de correlación (.027) entre la religiosidad y proceso de morir de otros no es significativo ($p>0.05$).

Tabla 9 Relación entre la religiosidad y el miedo al proceso de morir de otros

	Correlación	Miedo al proceso de morir de otros
Religiosidad	R	,027
	P	,796

5.4 Discusión,

Esta investigación se llevó a cabo con el objetivo principal de identificar la relación existente entre la religiosidad y el miedo a la muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del Albergue Frieda Heller- Lima- 2018.

De acuerdo con el resultado, no se obtuvo la validación de la hipótesis, ya que la correlación entre la religiosidad y el miedo a la muerte es directa pero no significativa estadísticamente. Es decir, a mayor nivel de miedo a la muerte también existe un mayor nivel de Religiosidad; sin embargo, no se presencia una influencia significativa de la religiosidad en el miedo a la muerte. Resultados relativamente similares obtuvo Restrepo (2013), las estadísticas arrojaron una población religiosa en donde el miedo a la muerte presenta alta incidencia. En el análisis 1, en donde relaciona Religiosidad/Espiritualidad y miedo a la muerte los sujetos de la muestra exhibieron mayor miedo a la muerte, en la medida que su frecuencia de oración y asistencia al culto era mayor. En el análisis 2, en donde relaciona afrontamiento religioso y miedo a la muerte el miedo a la propia muerte se muestra independiente del afrontamiento, el miedo a la muerte de otros, sin embargo, activa la búsqueda de estrategias de afrontamiento religioso.

En cuanto al análisis de las hipótesis específicas, no se obtuvo la validación de las mismas, debido a que entre la Religiosidad y las dimensiones del miedo a la muerte: miedo a la propia muerte, miedo a la muerte de otros y miedo a proceso de morir propio (Tabla 6, 7, 8) la correlación es inversa pero no significativa estadísticamente ($p > 0.05$), es decir, a mayor nivel en las dimensiones de miedo a la muerte mencionadas existe un menor nivel de religiosidad, o viceversa. Así mismo, la correlación entre la Religiosidad y la dimensión miedo al proceso de morir de otros (Tabla 9) es directa pero no significativa estadísticamente ($p > 0.05$), es decir, a mayor nivel de miedo al proceso de morir de otros, también habrá un mayor nivel de religiosidad.

Rivarola L, (2016), en su estudio realizado en Lima, Perú, menciona que existe una correlación inversa significativa entre, el miedo hacia la propia muerte y la escala completa de espiritualidad; es decir, que a mayor nivel de miedo a la muerte existe un menor nivel de espiritualidad, o viceversa, su investigación obtuvo resultados distintos al presente estudio y principalmente podría deberse a que su variable fue la espiritualidad, concepto diferente a la religiosidad, ya que, tiene que ver con la trascendencia, la plenitud, la conexión de uno mismo que va más allá de la religiosidad.

Es importante observar que, de las 4 dimensiones de la variable miedo a la muerte, el tipo de miedo más reportado lo presenta la dimensión: proceso de morir de otros, con el promedio más alto y con un puntaje de 24.19, que se relaciona con estar con el moribundo, hablar de la muerte, ver el sufrimiento, la degeneración física, y el deterioro de facultades del otro y acercarnos a nuestra propia muerte; lo sigue la dimensión Muerte de otros con 23.92, Proceso de morir propio con 22.73, y la dimensión: miedo a la propia muerte presenta el nivel más bajo con 17.21 y el puntaje de total de Miedo a la muerte con un 88.04 de puntaje promedio. La predominancia de la dimensión: miedo a la propia muerte, podría deberse en cuanto, si bien, es difícil aceptar la idea de morir y es la certeza más absoluta que tiene el ser humano, el sujeto vivo y sano no se encuentra cercano al trance de morir, tal y como si lo suele estar la persona que presenta alguna enfermedad compleja o de tipo terminal. Gala et al. (2002). En la investigación de Rivarola, L. (2016) los resultados arrojaron que la variable miedo a la muerte en la dimensión miedo a la propia muerte fue la que obtuvo el nivel más bajo, la autora cita a (Vílchez 2000) “el miedo a la muerte de otros, despierta la consecuencia de la separación definitiva”. De igual forma en la Investigación de

Sánchez y Salas (2015) encontraron en sus resultados que existe presencia de miedo a la muerte en la dimensión miedo a la muerte del otro y miedo al proceso de morir de otros.

Sánchez L Y Salas, V. (2015) En su estudio en México, “La actitud ante la muerte y el proceso de morir propio y de los demás”, los resultados determinaron que la hipótesis salió rechazada, ya que no se mostró relación entre la variable edad con el miedo a la muerte, ambos grupos: adultos mayores y jóvenes presentan mucho miedo a la muerte, no hay diferencia en las edades. En el miedo al proceso de morir de otros, ambos grupos presentaron mucho miedo, no hay diferencia en las edades.

En la variable Religiosidad el puntaje promedio con mayor dominio lo obtiene la dimensión Creencias y prácticas religiosas con 22.07 puntos, seguido por la dimensión Soporte social religioso con 11.31 puntos, A su vez, el puntaje total promedio es de 33.38

Finalmente, en relación a las frecuencias de la variable miedo a la muerte, la dimensión: miedo a la propia muerte, el nivel con mayor frecuencia es el bajo, con 71 sujetos de la muestra (74.7%). En la dimensión miedo a la muerte de otros, el nivel con mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 59 sujetos de la muestra (62.1%). En la dimensión miedo al proceso de morir propio la mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 52 sujetos de la muestra (54.7%) y en la dimensión miedo al proceso de morir de otros la mayor frecuencia lo presenta el nivel alto con 63 sujetos de la muestra (66.3%). En tanto en la variable Religiosidad el que presenta mayor frecuencia, es el nivel alto con 65 sujetos, que representa al 68,4% de la muestra; seguido por el nivel mediano con el 25 sujetos, que representa al 26,3% de la muestra; finalmente el nivel bajo con 5 sujetos, que representa al 5,3% de la muestra.

5.5 Conclusiones

Se realizó la investigación con el objetivo de identificar la relación existente entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de 94 pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller – Lima, 2018.

De acuerdo con el resultado, no se comprobó la hipótesis, ya que la correlación entre la religiosidad y el miedo a la muerte es directa pero no significativa estadísticamente. Es decir, no se presencia una influencia significativa de la religiosidad en el miedo a la muerte.

En la variable Religiosidad el puntaje promedio más alto lo presenta la dimensión Creencias y prácticas religiosas con 22.07, la dimensión Soporte social religioso con 11.31 de puntaje, el puntaje total con 33.38 de puntaje promedio, para la variable miedo a la muerte, el puntaje promedio más alto lo reporta la dimensión miedo al proceso de morir de otros con 24.19, y en la dimensión Miedo a la propia muerte el nivel que presenta mayor frecuencia es el bajo con el 74.7% de la muestra.

La correlación entre la Religiosidad y el miedo a la muerte, en la dimensión: miedo a la propia muerte es inversa pero no significativa estadísticamente. ($p>0.05$), presentando un coeficiente de correlación (.195).

En la variable Religiosidad y el miedo a la muerte, en la dimensión: miedo a la muerte de otros, el coeficiente de correlación (.053) entre la religiosidad y el miedo a la muerte de otros no es significativo ($p>0.05$).

En la relación existente entre la religiosidad y la dimensión del proceso de morir propio, se obtuvo un resultado no significativo ($p>0.05$), con un coeficiente de correlación de .107

Finalmente, en la relación entre la religiosidad y el miedo a la muerte, en la dimensión del proceso de morir de otros, no se encontró significación ($p>0.05$), obteniendo un coeficiente de correlación de 0.27 .

Con dichos resultados se propone generalizar estos datos sobre esta población trabajada con muestras similares al presente trabajo, para poder brindar talleres educativos, de sensibilización que permitan concientizar el final de la vida como algo inherente al ser vivo, preparándose para lo inevitable, aceptando la finitud como parte de la existencia, encontrando además el sentido único e irreplicable que es la vida. Cruz-Quintana., García-Calvo., Riovalle., Navarro-Rivera, & Prados-Pena (2001). Un gran número de profesionales de la salud, indican sentirse sin brújula, cuando de pronto un paciente terminal, los aborda con preguntas tales como: ¿me voy a morir? ¿Como crees

que será mi muerte? No saben que contestarles. Silenciar la muerte acarrea silenciar su proceso, que a su vez conlleva a un resultado: el sufrimiento.

La muerte genera un sin fin de emociones y actitudes, dando mayor significancia a las aversivas. Sánchez B. (2009). Es por ello importante comprender el concepto muerte a nivel emocional, para que pueda ser enfrentado con responsabilidad y con conciencia, ante toma de decisiones relacionadas al proceso de morir de otros y propio, y a la muerte propia y de otros.

5.6 Recomendaciones

Se recomienda dar continuidad a esta investigación, ya que en la actualidad no hay estudios específicos que aborden el tema presente de religiosidad y su posible influencia en el miedo a la muerte, especialmente en pacientes oncológicos, ya que existen reducidas investigaciones. Así mismo, existen falta de estudios concluyentes ya que, en diversas investigaciones, los resultados se contradicen.

Se sugiere replicar la investigación con otras variables, que puedan estar relacionadas con el miedo a la muerte.

Se sugiere replicar la investigación en grupos específicos (Católicos, Judíos, Evangélicos, Budistas, Cristianos, pacientes oncológicos).

Se recomienda al personal sanitario y administrativo de los centros oncológicos, motivar a sus pacientes en la participación de investigaciones sobre el miedo a la muerte, ya que, permitirá desarrollar estrategias de soporte integral tanto para el paciente como para su red de apoyo.

Se aconseja, preparar a las personas en general, en edades tempranas, acercándolos al tema muerte, conociendo, y discutiendo sobre ella, realizando acciones que permitan observar la realidad del fin de la vida a lo largo de la vida. Tal y como lo menciona en su estudio, Lima, M. (2015), “En el momento

en que las personas aceptaban la muerte como una parte del ciclo fundamental de la vida, vivían sin miedo a morir”.

Se sugiere que todo el personal de apoyo de pacientes oncológicos, reciban una educación previa sobre el buen morir (proceso de acompañamiento tanatológico para que la muerte se asuma con dignidad y como una transición), lo que permitirá afrontar cognitiva y emocionalmente el miedo a la muerte que surge cuando una enfermedad pone en constante amenaza la vida de un ser humano.

Capacitar en el desarrollo de un proyecto de vida, permitiendo que la personas obtengan una visión equilibrada, reduzcan la evitación y el rechazo que genera hablar de la muerte, dándole sentido a la vida, y encontrando el valor que esta tiene.

REFERENCIAS

- Abril, V. (2008). *Técnicas e instrumentos de la investigación*. Recuperado el 20 de Febrero del 2018, de: <https://es.scribd.com/doc/61161403/Tecnicas-e-Instrumentos-de-la-Investigacion>
- Alcocer, M. y Ballesteros, B. (2005), *Intervención Patch Adams, en indicadores de calidad de vida de dos niñas con cáncer*, para optar por el título de Psicólogo, para la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia.
- Álvarez, T. (s/f). *Aproximación al trabajo de la muerte*, La Treia vol.12, n2, Junio 1999. Medellín, Colombia.
- Ariés, P. (2000). *Historia de la muerte en Occidente: Desde la edad media hasta nuestros días*; Barcelona: El acantilado.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos, *Psicooncología*, 11, (1), 101- 115.
- Baider, L. (2003). *Cáncer y familia: Aspectos teóricos y terapéuticos*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Recuperado el 02 de Marzo del 2018, de <<http://construcwww.redalyc.org/articulo.oa?id=33730306>>
- Barúa, J. (2014). *Religiosidad y esperanza en un grupo de personas de un centro para el adulto mayor*, tesis para optar por el título de psicóloga, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Barra, E. (2004) *Apoyo social, estrés y Salud; Psicología y Salud*, Vol.14, num.2 :237-243, Julio-diciembre.
- Barrera, L. et al. (2006). *La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica*. *Invest. educ. enferm*; 24(1): 36

- Barrón A. (1996). Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI de España Editores; p. 11.
- Belando, M. (1998) Educar para la vida, educar para la muerte. Reflexiones y propuestas sobre la muerte y la vejez. Anales de pedagogía, 199-225.
- Beltrán G, (2014). “Percepciones y actitudes de los profesionales de enfermería ante la muerte de pacientes”. Trabajo de fin de grado para optar el grado en enfermería. Universidad de Jaén. Recuperado el 12 de Abril del 2018, de http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1296/1/TFG_BeltranMoreno,Gema.pdf
- Benavente, M. (1995). Una visión acerca de la Muerte. En: II Congreso Chileno de Antropología, Valdivia, octubre.
- Bernal, C. (2002). Metodología de la Investigación. (2da edición). México: Pearson Prentice Hall.
- Briones, R. (2002). Significado y funciones de las religiones en el Tercer Milenio. La ciudad en el Tercer Milenio, Murcia. UNAM
- Bucella, S., Brandi, R. Y Fernández, D. (2012). Validación de la versión española de la escala de miedo a la muerte de Colett-Lester en estudiantes de Medicina de la universidad de Carabobo. Informe Médico, 14 (1)
- Chirinos, C. (2010). Organización del cuidado familiar de pacientes con cáncer de cuello uterino durante el proceso de tratamiento de la enfermedad. Tesis para optar por el título de licenciado en Antropología, Pontificia Universidad Católica del Perú
- Cobo, C. (1999). El valor de vivir: cómo el ser humano se defiende del dolor por la muerte de un ser querido. Madrid: Morata.
- Collett, L., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. The Journal of Psychology, 72(2), 179-181

- Collel, L. y Otero, R. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*. Recuperado el 18 de Junio del 2018, de <http://ucsj.redalyc.org/articulo.oa?id=14250205>
- Colell, R., Fontanals, A., Rius, P. (1993). Atención al enfermo terminal: trabajo en equipo, *Rev. ROL*, 177: 56-58.
- Corbi, M. (2001) *Acerca de la muerte*. Barcelona: Biblioteca agrupación.
- Cruz-Quintana, F., García-Caro, M. P., Riovalle, J. S., Navarro Rivera, M. C., & Prados Peña, D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista De Enfermeria* (Barcelona, España), 24(10), 8-12.
- Escribá, V. Y Bernavé, Y. (2002) Exigencias laborales psicológicas percibidas en médicos especialistas hospitalarios. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6), 487-496.
- Espinoza, M., Sanhueza O., y Barriga, O. (2011). Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester en una muestra de estudiantes de Enfermería, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5). Recuperado el 22 de Enero del 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_15.pdf
- Expósito Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3). Recuperado el 03 de Marzo del 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=es.
- Frankl, V. (1977). *La presencia ignorada de Dios* (2a ed.). Barcelona: Herder.
- Gala León, F.J., Lupiani Jiménez, M., Raja Hernández, R., Guillén Gestoso, C., González Infante, J.M., Villaverde Gutiérrez, M^a. C., & Alba Sánchez, I.. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, (30), 39-50.
- Gómez,J. (2007). *La muerte y el acompañamiento del morir*. Universidad de Vigo, España. *Infad Rev. De psicología*, N2. ISSN:0214-9877. pp:115-132

- Gómez, M. y Lagoueyte, M. (2011), Apoyo social: estrategia para afrontar el cáncer de cérvix. Art. De investigación, av. Enferm., XXX(1) : 32-41,2012
- Gómez, P. (2013). “Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica, Trabajo de investigación para optar el título de enfermería, Universidad de Cartagena.Colombia.
- Gonzales, O. (2010). La experiencia del sufrimiento en cuidadores principales de pacientes con dolor oncológico y no oncológico. Medellín. Recuperado el 18 de Febrero del 2018, de http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxviii1_2.pdf
- González, S. (2015) Actitudes ante la muerte en estudiantes de grados de enfermería. Memoria para optar al grado de Doctor para la Universidad complutense de Madrid.
- Hayes, B. (1999). Como medir la satisfacción del cliente: desarrollo y utilización de cuestionarios. 2ed. España: Gestión.
- Hernández, F. (2006). El significado de la muerte, Rev. Dig. Univ. Vol.7, N8 ISSN: 1067-6079, recuperado el 02 de Mayo del 2018, de: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la Investigación. 4ta edición. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2005). Metodología de la Investigación. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hinton, J.M. (1974). Experiencias sobre le morir. Barcelona: Ariel
- Holland, J., Kash, K., Passik, S., Gronert, M., Sison, A., Lederberg, M., Russak, S., Baider, L., & Fox, B. (1998). A Brief Spiritual Beliefs Inventory for use inquality of life research in life-threatening illness. Psycho-Oncology 7, 460– 469.

- INEN, (2006). Epidemiología. Recuperado el 27 de Setiembre del 2018, de <https://portal.inen.sld.pe/indicadores-anuales-de-gestion-produccion-hospitalaria>.
- INEN, (2006). Estadísticas-Datos Epidemiológico. Recuperado el 01 de Octubre del 2018, de <http://www.inen.sld.pe/intranet/estadepidemiologicos.htm>. 26/09/08.
- Instituto Nacional del Cáncer – España (2012). Relación de la religión y la espiritualidad con la adaptación, la calidad de vida y los índices de salud. Recuperado el 26 de Abril del 2018, de <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/espiritualidad/HealthProfessional/page3>
- Instituto Nacional de Estadística e informática – INEI. (2007). XI de población y VI de vivienda. Recuperado el 14 de Mayo del 2018, de <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/RedatamCpv2007.asp?id=CensosNacionales>
- Klubler E. (1986). Una luz que se apaga. México D.F.: Pax-México, Librería Carlos Césarman
- Kubler. E. (1989) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo.
- Kubler, E. (1993) La muerte: Un amanecer. Barcelona: Luciérnaga.
- Laos, K. (2010), Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama; Tesis para optar por el título de licenciado en psicología para la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Lima, M. (2015), Perú, “Vida y muerte: Un lazo enfocado a encontrar sentido”.
- Limonero, J. (1997). Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y Estrés, 37- 47. ^[L]_[SEP]
- López, R. (2016), Concepciones y actitudes ante la muerte: teorías implícitas, determinantes socioculturales y aspectos psicológicos relacionados. Para optar por el título de doctora para la Universidad de Huelva. México.

- Malishev, M (2003), El sentido de la muerte, Ciencia Ergo Sum, vol.10, núm. 1; Universidad autónoma del estado de México.
- Martínez, M (2014). Religiosidad, prácticas religiosas, y bienestar subjetivo en jóvenes Católicos de Lima Norte; tesis para optar por el título de licenciada en psicología para la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mesquita, A., Lopes, E., Valcanti, C., Alves, Denismar., Gerhke, R. Y Campos, E. (2011) La utilización del enfrentamiento religioso/espiritual por pacientes con cancer tratamiento quimioterápico. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- Morales, K. (2014).“Actitud ante la muerte e intensidad de duelo en adultos mayores con pérdida del cónyuge adscritos a la unidad de medicina familiar número 64 del instituto mexicano del seguro social en el periodo comprendido de Marzo Agosto del 2013”. Tesis para obtener el diploma de posgrado en la facultad de medicina familiar, Universidad Autónoma del estado de México.
- Morin, E. (1994). El hombre y la muerte. Barcelona: Numancia
- Morin, E. (2007). El hombre y la muerte. Barcelona: Kairós
- Nelson, M. (2013), Función de la religión en la vida de las personas, según la psicología de la religión. *theologica xaveriana* – vol. 63 no. 176 (429-459). julio-diciembre 2013. Bogotá, Colombia. ISSN 0120-3649
- Organización Mundial de la Salud (1948). Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud. No 2. New York: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2013). Cáncer. Recuperado el 16 de Junio del 2018, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Osadolor, I. (2005). Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte. México, D. F.: Universidad Iberoamericana Santa Fe, México; 164p. Tesis para obtener el grado de Doctor en Investigación Psicológica.

- Ovelar, I. (s/f). El impacto del cáncer en la familia. Trabajo Final 3o Psicoterapia de Familia y de Pareja Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar
- Pelachano, V. (1981). Miedos infantiles y terapia familiar natural. Programas de intervención psicológica en la infancia: Miedos análisis y modificación de conducta.
- Philip, R. (2012). El zen de la vida y muerte: Guía práctica espiritual. Grupo Planeta España.
- Piedra Sánchez, F. (2004), Evolución terapéutica hospitalaria del cáncer. Tesis para optar por el título de Doctor, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2009), La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: Perspectivas en psicología*. Recuperado el 01 de Julio del 2018, de <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916260008>> consultado el 15 de Febrero del 2018.
- Ramos, F. (1982). Personalidad, depresión y muerte. Madrid: Universidad Complutense).
- Ramos W, Y Velarde A. (2017), “Factores bio socioculturales y actitud de la enfermera ante la muerte del paciente en la uci - ucim del hospital nacional Carlos Alberto Según Escobedo”, Tesis para obtener el título de segunda especialidad en enfermería con mención en cuidados intensivos. Universidad Nacional San Martín de Arequipa, Perú.
- Restrepo, E. (2013), Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población romaní/gitana de ses medio bajo, para optar por el título de Doctor para la Universidad de Málaga.
- Reyes C. (1998). Importancia de la religión en los ancianos. *Colombia Médica*; 29 (4): 155-157
- Ring, K. (1986), La senda hacia el Omega. España: Urano

- Rivarola, L. (2016) Temor hacia la muerte, espiritualidad y florecimiento en adultos mayores de Lima Metropolitana. Tesis para optar el título en licenciado en psicología para la Universidad Pontificia católica del Perú. Lima-Perú.
- Rivera, A. & Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28 (6), 51-58.
- Rogero, J. (2010). Los tiempos del cuidado: El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de los cuidadores, Madrid: Instituto de mayores y servicios (Abril, 2008) sociales.
- Sánchez B. “Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad”. *Rev Aquichan*. Abril 2009; 9 (1): 8-22.
- Sánchez, L. y Salas, V. (2015). Actitud ante la muerte y el proceso de morir propio y de los demás, tesina para optar por el diploma de tanatología para la Asociación Mexicana de Tanatología, México.
- Sánchez, M. Y Sierra. (2003). Estilos de afrontamiento y apoyo social: Su relación con el estado emocional en pacientes con cáncer de pulmón. *Terapia psicológica*, 21:29-37.
- Sampieri, M. (2010) “Metodología de la Investigación” D.F, México: McGraw-Hill.
- Saramago, J. (2005). Las intermitencias de la muerte. Madrid: Alfaguara.
- Sherr, L. (1992). Agonía, muerte y duelo. México: Manual Moderno.
- Suarez, V. (2010), Ciencia y religión: Visión y manejo emocional de la muerte y el duelo. *Rev. De humanidades*, 18 (2011), p.49-64, Xalapa, México
- Thomas, L. (1980). El Cadáver. México: Fondo de Cultura Económica.
- Thomas, L. (1974). Antropología de la Muerte. Fondo de Cultura Económica. México.
- Thomas, L. (1989). El cadáver. México: Fondo de Cultura Económica.

- Tomás, J., & Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: Aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual= Behavioral Psychology: Revista Internacional De Psicología Clínica y De La Salud*, (1), 79-100.
- Tomás-, J y Gómez, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56 (3), 257-279.
- Tomás-Sábado, J. Limonero, JT., Abdel-Khalek, AM. (2007). Spanish adaptation of the Collete-Lester Fear of death scale. *Death stud*, 31]: 249-60
- Urraca, S. (1981). Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad, temor y religiosidad. Universidad Complutense, facultad de psicología, Madrid.
- Valdés, D. (1994). Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales. Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Voltaire, (1776), Elogio fúnebre a Luis XV del 25 de mayo de 1774. Neuchâtel.
- Yoffe, L (2015), Afrontamiento religioso espiritual de la pérdida de un ser querido. *Rev. Av. Psicol.* 23 (2), Unifé.
- Yoffe L. (s/f). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de los duelos. Recuperado el 22 de Mayo del 2018, de (<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2012.pdf>).
- Zorrilla, I., (s/f), “*Impacto emocional y social del cáncer*”. Recuperado el 20 de Marzo del 2018, de: https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/paciente_cancer.pdf

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA : RELIGIOSIDAD Y MIEDO A LA MUERTE EN EL PERSONAL DE APOYO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL ALBERGUE FRIEDA HELLER, LIMA, 2018.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema Principal:</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y el miedo a la muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación existente entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación significativa entre la religiosidad y el miedo a la muerte en personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p>	<p>Variable1</p> <p>Religiosidad:Diversas manifestaciones de formas de ser, de estar, de vincularse con lo sagrado, y prácticas que se realizan de manera interpersonal Holland, J & colaboradores (1998).</p>	<p>TIPO: Investigación Básica</p>
<p>Problemas Secundarios:</p> <p>P.S.1. ¿Cuáles son los niveles de religiosidad, y los niveles del miedo a la muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>P.S.2. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en el personal de apoyo del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?</p> <p>P.S.3. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?</p> <p>P.S.4. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir propio en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?</p> <p>P.S.5. ¿Cuál es la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018?</p>	<p>Objetivos Específicos:</p> <p>O.E.1. Describir cuales son los niveles de religiosidad, y los niveles del miedo a la muerte en el personal de apoyo del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>O.E.2. Determinar la relación que existe entre la religiosidad y la dimensión del miedo a la propia muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>O.E.3 Describir la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>O.E.4. Establecer la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir propio en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>O.E.5. Determinar la relación que existe entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p>	<p>Hipótesis Específicas:</p> <p>“En estudios descriptivos solo se formula hipótesis cuando se pronostica un hecho o dato” Hernández,R.,Fernández,C. y Batista,P.(2006)</p> <p>H1: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la propia muerte en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>H2: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018</p> <p>HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del miedo a la muerte de otros en el</p>	<p>Definición operacional:</p> <p>Se obtienen los resultados mediante la aplicación del Instrumento: Cuestionario del inventario de sistemas de creencias revisado SBI 15R de Holland y colaboradores (1998).</p> <p>DIMENSIONES:</p> <p>Prácticas y creencias religiosas</p> <p><i>Soporte social religioso</i></p> <p>Variable 2</p> <p>Miedo a la muerte</p> <p>Miedo al fin de la vida de uno mismo, miedo a lo incierto, a lo desconocido, miedo al fin de la vida de otras personas que no somos nosotros, miedo al afronte de la muerte de uno mismo, y todo lo que trae consigo, miedo al afronte de la muerte del otro, y todo lo que trae consigo. Collet & Lester (2003).</p>	<p>MÉTODO: cuantitativo</p> <p>DISEÑO No experimental</p> <p>MUESTRA Censal</p> <p>Instrumento de medición</p> <p>Variable1 Religiosidad</p> <p>Inventario de Sistemas de Creencias Revisado SBI-15R</p> <p>El inventario original de nombre The System of Belief Inventory Revised (SBI-15R) fue creado por Holland y colaboradores en 1998, en Estados Unidos de Norte América.</p> <p>El inventario fue traducido al Español por Almanza, Monroy, Bimbela, Payne Y Holland, en el año 2000 en México, mediante traducción inversa.</p> <p>El cuestionario de tipo likert cuenta con 2 dimensiones: Factor I (CPRE), con creencias y prácticas religiosas con 10 preguntas con un rango total que va de 0 a 30 puntos y el Factor II (SSR), con soporte social religioso con 5 preguntas, que van con un rango total de 0 a 15 puntos.</p> <p>Las puntuaciones globales del inventario van de 0 a 45 puntos.</p> <p>A mayor puntaje mayor religiosidad.</p>

personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

Definición operacional

H3: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir propio en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir propio en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

H4: Existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

HO: No existe relación significativa entre la religiosidad, y la dimensión del proceso de morir de otros en el personal de apoyo de pacientes oncológicos del albergue Frieda Heller - Lima, 2018

Se obtienen los resultados mediante la aplicación del Instrumento: Escala EMMCL de Miedo a la muerte de Collet & Lester (2003)

DIMENSIONES:

Miedo a la propia muerte

Miedo a la muerte de los otros

Miedo al proceso de morir propio

Miedo al proceso de morir de los otros

Categorías:

- Completamente en desacuerdo
- Parcialmente en desacuerdo
- Parcialmente de acuerdo
- Completamente de acuerdo

Instrumento de medición

Variable2 Miedo a la Muerte

Escala EMMCL de Miedo a la Muerte de Collett & Lester, 2003.

Nombre Original: Collet Lester Fear of death scale (CL-FODS)

Nombre en versión adaptada: Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester. EMMCL.

Adaptada al español y validada por Tomas-Sábado J, Limonero JT, Abdel-Khalek AM. (2007). Adaptada en Chile por Espinoza S, Sanhueza y Barriga (2011).

La escala actual de tipo likert, cuenta con 28 ítems, 7 por cada sub escala. Los 28 ítems de la escala presentan un puntaje mínimo alcanzable de 28 y un máximo de 140 puntos;

Indicadores:

- Mucho
 - Moderado
 - Nada
-

ANEXO 2

Ficha de datos

Sexo: M _____ F _____ Edad: _____

Grado de instrucción: _____

Estado civil: _____

Ocupación : _____

¿Sufre de alguna enfermedad crónica?: _____ ¿Cual?:

¿Usted usa algún tipo de medicación?: _____ ¿Cual?:

¿Qué religión profesa? Marcar con “X”

Católica () Cristiano/evangélica () Otros (especificar) () Ninguno ()

¿Ha cambiado de religión en los últimos 5 años? No ()

Si () ¿A cuál? _____

Si ha cambiado de religión, ¿qué motivó esto?

Brinda o ha brindado usted apoyo social a pacientes con cáncer? Marcar con “X”

Padres () Hermanos () Cónyuge () Amigos () Familiares () Pacientes de una centro privado o público () Otros ()

Durante cuánto tiempo? Marcar con X

Más de 3 meses () Más de 6 meses () Más de 1 año () Otros ()

ANEXO 3

Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester

Lee cada frase y contéstala rápidamente. No utilices demasiado tiempo pensando en tu respuesta. Se trata de expresar la primera impresión de cómo piensas ahora mismo. Marca el número que mejor representa tu sentimiento.

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	Mucho Moderado Nada				
1. El morir solo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho Moderado Nada				
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	Mucho Moderado Nada				
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....	Mucho	Moderado	Na da		
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1

ANEXO 4

Inventario de Sistemas de Creencias Revisado (SBI – 15R)

	Completamente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. En mi vida cotidiana la religión es importante.				
2. Rezar o meditar me han ayudado en los momentos de grave enfermedad.				
3. Me gusta participar en los encuentros y en las actividades que mi grupo religioso ofrece.				
4. Estoy seguro de que Dios de alguna manera existe.				
5. Cuando necesito recibir consejos sobre cómo afrontar los problemas, sé a quién puedo recurrir en mi comunidad religiosa.				
6. Creo que Dios no me dará un peso que no pueda resistir.				
7. Me gusta encontrar o hablar con personas que comparten mis creencias religiosas.				
8. En momentos de enfermedad mis creencias religiosas se han reforzado.				
9. Cuando me siento solo sé, que puedo contar con la ayuda de personas que comparten mi creencia religiosa.				
10. Gracias a mi creencia religiosa siento esperanza.				
11. A través de mis rezos y la meditación he sentido paz interior.				
12. La vida y la muerte de las personas siguen un plan de Dios.				
13. Cuando necesito ayuda busco a personas de mi comunidad religiosa.				
14. Yo creo que Dios me protege de la adversidad.				
15. En momentos malos yo rezo para recibir ayuda.				

ANEXO 5

Base de datos de las variables de estudio

Variable Miedo a la muerte

Ítems	ESCALAS TIPO LIKERT				
	1	2	3	4	5
Item1	26	19	17	9	24
Item2	20	16	24	21	14
Item3	55	14	8	9	9
Item4	25	15	12	16	27
Item5	35	16	18	10	16
Item6	46	18	7	12	12
Item7	63	16	7	5	4
Item8	32	18	20	15	10
Item9	12	13	32	15	23
Item10	9	20	21	24	21
Item11	5	11	27	25	27
Item12	13	16	23	23	20
Item13	13	18	23	21	20
Item14	11	13	13	18	40
Item15	1	6	14	19	55
Item16	21	11	18	15	30
Item17	6	8	16	19	46
Item18	15	19	19	18	24
Item19	10	12	25	22	26
Item20	30	25	17	14	9
Item21	10	14	26	19	26
Item22	12	21	19	10	33
Item23	26	24	21	8	16
Item24	6	8	13	22	46
Item25	4	16	15	21	39
Item26	8	19	20	19	29
Item27	4	16	18	26	31
Item28	9	22	21	13	30

ANEXO 6

Base de datos de las variables de estudio

Variable Religiosidad

Ítems	ESCALAS TIPO LIKERT			
	0	1	2	3
Item1	5	2	32	56
Item2	3	3	24	65
Item3	21	15	35	24
Item4	2	3	5	85
Item5	22	19	23	31
Item6	12	8	22	53
Item7	8	19	40	28
Item8	4	3	36	52
Item9	13	16	38	28
Item10	4	5	30	56
Item11	4	4	28	59
Item12	5	4	23	63
Item13	32	19	29	15
Item14	5	1	24	65
Item15	6	6	23	60