



**MIEDO A LA MUERTE, AFRONTAMIENTO, RELIGIOSIDAD
Y SALUD, EN POBLACIÓN ROMANÍ/GITANA
DE SES MEDIO-BAJO**

Facultad de Psicología
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

TESIS DOCTORAL

Eugenio Restrepo Madero

Dirigida por la Dra. María Victoria Trianes Torres
(Universidad de Málaga)
y co-dirigida por el Dr. Antonio Muñoz García
(Universidad de Granada)

Málaga, 2013



SPICUM
servicio de publicaciones

AUTOR: Eugenio Restrepo Madero

EDITA: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga



Esta obra está sujeta a una licencia Creative Commons:

Reconocimiento - No comercial - SinObraDerivada (cc-by-nc-nd):

[Http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es)

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

“Morir soñando ¿Soñar la muerte no es matar el sueño? ¿Vivir el sueño no es matar la vida? ¿A qué poner en ello tanto empeño?”

Miguel de Unamuno

“Vale más la buena fama que el buen perfume. Vale más el día en que se muere que el día en que se nace”.

Eclesiastés 7: 1

“Sabe la muerte a tierra, la angustia a hiel. Este morir a gotas me sabe a miel”.

José Gorostiza



**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACION**

Dra. Dña. María Victoria Trianes Torres, CU del Departamento de Psicología Evolutiva y de La Educación de la UMA, y Dr. D. Antonio Muñoz García, TU del Departamento de Psicología Evolutiva y de La Educación de la UGR, directores de la tesis Doctoral titulada: “Miedo a la Muerte, Afrontamiento, Religiosidad y Salud en Población Romaní/Gitana de SES Medio-Bajo,” presentada por D. EUGENIO RESTREPO MADERO, emitimos nuestra aceptación, destacando su idoneidad desde el punto de vista conceptual, metodológico y científico, para ser presentada como tesis doctoral y obtener con ella el grado de Doctor, “Mención Internacional”.

Málaga, 28 de noviembre de 2013

Dra. María Victoria Trianes Torres Dr. Antonio Muñoz García

Este trabajo de investigación está dedicado a mi madre Bertica, quien falleció recientemente. Fue una mujer excepcional que vivió la vida con significado, y propósito y supo encarar la muerte con gran tesón y fe hasta su último suspiro.

Dedicado también a todos los que le temen a la muerte y también a todos los gitanos que he conocido en el mercadillo, en el culto, en la calle, en mi vecindario y de quienes aprendo cada día.

Agradecimientos

La formulación de este proyecto investigativo se debe, en gran parte, a mis maestros, amigos y familiares, que de alguna forma contribuyeron e hicieron posible que llegara a su fin.

En primer lugar a mi directora de tesis, la Dra. María Victoria Trianes, también directora del doctorado, quien fue la persona que me aceptó en el programa de doctorado y me trazó una línea de trabajo con su amplia y generosa experiencia de labor y trayectoria como docente del departamento de Psicología Evolutiva de la Universidad de Málaga. Con esa sencillez que la caracteriza y que ha formado a tantos docentes y profesionales de la psicología, ha sido paciente conmigo, en las frecuentes tutorías, al corregir y perfeccionar los objetivos y planteamientos de este trabajo investigativo y por llevarme paso a paso de principio a fin, con sapiencia y excelencia.

A mi co-director de tesis, el Dr. Antonio Muñoz García, profesor del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada, a quien le debo también muchas horas de esmerada tutoría y ayuda incondicional, a lo largo de este trabajo investigativo, prestándome su despacho en la Universidad de Granada cuando tuve que ir a esta encantadora ciudad. Por hacerme las preguntas y correcciones que no queremos escuchar, pero que permitieron el parto a nuevos

conocimientos y por proporcionarme artículos científicos que me llevaron a una mayor profundización del tema.

Al Dr. Harold Koenig profesor de la Universidad de Duke en ciencias del comportamiento, psiquiatría y médico geriatra en Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos. Es director de *Duke University Center* para el estudio de la religión la espiritualidad y la salud, por invitarme a esta prestigiosa universidad a participar de un seminario intensivo sobre religiosidad y salud desde una perspectiva científica.

Al Dr. John Weborg, profesor emérito de teología y dirección espiritual de *North Park University/Seminary* en Chicago, por sus valiosas aportaciones cuando hice la estancia en la multiétnica ciudad de Chicago y me persuadió a integrar aspectos culturales del pueblo gitano, de su religiosidad y espiritualidad que no había contemplado.

Al Dr. Bryan Kletzing, capellán y amigo, por su constante estímulo y por amplia y valiosa experiencia con moribundos, al trabajar día a día de la mano de la muerte, en una residencia de personas mayores en Wheaton, Illinois, en los Estados Unidos.

Al Dr. James Bruckner profesor de *North Park University*, por escucharme y ayudarme a pensar de forma amplia sobre la importancia de la salud humana desde una perspectiva integral



de la misma, gracias a su extensa trayectoria de estudio sobre este tema.

Al Dr. Paul Henry DeNeui, profesor de la Universidad de North Park University/Seminary de cultura y misiones transculturales, quien me aportó una importante bibliografía sobre el tema de mi tesis, y me alentó durante mi estancia en Chicago a no dejar de escribir cada día para la investigación.

A Carlota Camacho Santiago trabajadora social de la Fundación Secretariado Gitano de Málaga, por proporcionarme material bibliográfico actualizado y enseñarme muchas cosas de la cultura y la idiosincrasia gitana.

A Manuel Díaz Montero, responsable de las iglesias de Filadelfia de las provincias de Jaén y Córdoba, y pastor malagueño, a quien conocí hace más de 10 años, con quien comparto una prolongada amistad, y de quien he recibido importantes lecciones acerca del pueblo gitano.

Y por último, a mi esposa Pía y a mis hijos Paulina y Efraín, por las muchas horas que les robé al dedicarme a esta investigación, pero siempre me apoyaron de una u otra forma, con mucha paciencia y comprensión.

Contenidos

1. INTRODUCCIÓN.....	17
2. MIEDO A LA MUERTE EN UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL.....	25
2.1. Componentes del miedo.....	28
2.2. Miedo al proceso de morir.....	32
2.3. Miedo a la muerte y edad.....	35
2.4. Miedo a la muerte y diferencias de género.....	39
2.5. Miedo a la muerte y salud.....	43
2.5.1. Miedo a la muerte y estrés.....	47
2.5.2. Miedo a la muerte y ansiedad.....	50
3. LA RELIGIOSIDAD Y EL MIEDO A LA MUERTE.....	59
3.1. Definición de religiosidad.....	59
3.2. Religiosidad y espiritualidad.....	60
3.3. Relaciones de religiosidad con miedo a la muerte.....	62
3.4. La religiosidad gitana.....	64
3.5. Gitanismo y miedo a la muerte.....	75
4. AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y SALUD.....	87
4.1. Definición de afrontamiento.....	87
4.2. Afrontamiento religioso.....	87
4.3. Afrontamiento religioso y salud.....	94
4.3.1. Conductas de salud.....	95
4.3.2. Los estados psicológicos.....	96
4.3.3. Afrontamiento.....	97
4.3.4. Apoyo social.....	97

5. RASGOS DE IDENTIDAD DE LA POBLACION GITANA.....	99
5.1. Breve historia de los orígenes del pueblo gitano	99
5.2. Tradiciones y costumbres	104
5.3. La salud en la población gitana.....	107
5.3.1. La salud en la población infantil.....	110
5.3.2. La salud en la población adulta.....	111
5.4. Los gitanos de la iglesia de Filadelfia: cambio y transformación social.....	118
6. OBJETIVOS Y DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN	125
6.1. Implicaciones de los objetivos.....	129
6.2. Diseño de esta investigación	131
7. MÉTODO.....	133
7.1. Participantes	133
7.2. Instrumentos.....	141
7.2.1. Cuestionario sociodemográfico	141
7.2.2. Religiosidad/espiritualidad	142
7.2.3. Afrontamiento religioso de problemas.....	145
7.2.4. Miedo a la muerte	147
7.2.5. Dimensiones de salud	150
7.2.6. Estrés	153
7.3. Variables	155
7.4. Procedimiento	157
7.4.1. Recogida de datos.....	157
7.4.2. Preparación y análisis de datos.....	158
8. RESULTADOS	161
8.1. Estudio de las relaciones entre medidas de religiosidad y espiritualidad en relación al miedo a la muerte (Objetivo nº 1).....	162

8.1.1. Análisis descriptivo de las variables de religiosidad/ espiritualidad y miedo a la muerte.....	162
8.1.2. Análisis de correlaciones entre variables de religiosidad/espiritualidad y miedo a la muerte.	164
8.1.3. Análisis multivariado de la varianza de variables de religión/espiritualidad y miedo a la muerte con relación al sexo y la edad.	165
8.2. Estudio de las relaciones entre medidas de afrontamiento religioso, positivo y negativo, y miedo a la muerte (Objetivo nº 2).....	172
8.2.1. Análisis descriptivo de las variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte.....	172
8.2.2. Análisis de correlaciones entre variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte.....	174
8.2.3. Análisis multivariado de la varianza de variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte con relación al sexo y la edad.	175
8.3. Estudio de las relaciones entre medidas de religión/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte, y salud (Objetivo nº 3).	176
9. DISCUSIÓN.....	182
9.1. Apreciaciones adicionales en torno al cumplimiento de hipótesis	182
9.1.1. Implicación 1.....	184
9.1.2. Implicación 2.....	192
9.1.3. Implicación 3.....	195
9.1.4. Implicación 4.....	197
10. CONCLUSIONES, LIMITACIONES, Y PROSPECTIVA	219
11. REFERENCIAS.....	229
ANEXOS	263
Anexo I. Cuestionario sociodemográfico	263
Anexo II. Inventario de expresiones de espiritualidad.....	265

1. INTRODUCCIÓN

¿Por qué un trabajo de investigación sobre el miedo a la muerte? Una buena parte de mi vida profesional ha estado rodeada de moribundos. Les he visto morir con miedo y sin miedo, así que quise ahondar sobre este tema y más aún cuando conocí gitanos a quienes les preocupaba su propia muerte o la muerte de otros, y para quienes la religión era algo importante. Feifel (1990) afirmó que uno de los aspectos más distintivos de la raza humana es la capacidad de comprender el concepto de la muerte en sí mismo, y al mismo tiempo entender las reacciones emocionales que se desprenden ante el hecho de la muerte.

No fue hasta la publicación de Granville Stanley Hall, “*a study of fears*” (*un estudio sobre los miedos*) publicada en 1897, cuando el miedo a la muerte fue reconocido como una realidad común a la mayoría de las culturas y sociedades desde un punto de vista científico. Aunque Hall afirmó que este tema no había recibido suficiente interés por la comunidad científica, destacó su presencia en todas las religiones y la necesidad urgente de investigarla con mayor rigurosidad que la mostrada hasta la fecha, con objeto de dar a los “*problemas escatológicos más naturalidad y una firme fundamentación científica*” (p. 224).

Freud (1961), al hacer consideraciones sobre la muerte, argumentaba que no es imposible representarnos nuestra propia muerte, ya que en el inconsciente cada uno de nosotros está convencido de su inmortalidad, que puede resultar siendo una paradoja, ya sea porque el sujeto le teme demasiado a la muerte o por el hecho de no temerla lo suficiente.

Butler (1963, 1975) argumentaba que las personas tienen más miedo a una existencia sin propósito que a la muerte. Fue precisamente la psicología acompañada de otras disciplinas científicas las que empezaron a contemplar la muerte como un problema relevante desde una perspectiva científica en la década de los cincuenta, quizás debido a la influencia generada por los desastres naturales, la II Guerra Mundial y la necesidad de reconsiderar los valores humanos fundamentales en decadencia (Lifton, 1975).

A mediados de los años sesenta, los expertos del comportamiento humano empezaron a investigar sobre el miedo ante la muerte, a pesar de que se le consideraba un tema tabú en aquel entonces (Templer, 1970). Fue precisamente la doctora Elisabeth Kübler-Ross (1969) quien más información aportó en sus investigaciones sobre el tema de la muerte, los cuidados paliativos, el proceso de morir, y la comprensión de los sentimientos y emociones que evocaban los moribundos y sus familiares.

Con el fin de ayudar a aliviar el sufrimiento psicológico ante la muerte inminente, Kübler-Ross (1969) en su libro "*On death and dying*" (*sobre la muerte y los moribundos*), consiguió una mayor sensibilidad y concienciación hacia la muerte y el proceso de morir. En este modelo desarrolló 5 etapas de duelo por las que pasa una persona que se enfrenta a la muerte o la pérdida de un ser querido: negación, enfado, negociación, depresión y aceptación. Son cinco etapas que describen el estado mental y emocional por el que pasa una persona desde que le es diagnosticada una enfermedad terminal hasta el momento en que "*hace las paces*" con su situación personal. Las investigaciones le valieron el reconocimiento internacional en el incipiente campo de estudio de la tanatología y el proceso de morir.

Kastenbaum y Aisenberg, (1972) publicaron un estudio titulado *The Psychology of Death*, (*la psicología de la muerte*), en el cual se introdujo el concepto de la muerte en relación con las diferentes culturas en lo que se denominó *el sistema de la muerte*. Se sugería que todas las culturas mantienen una red social cuya función es la de advertir, educar o prevenir la muerte. Esto incluye aspectos relacionados con el moribundo, la disposición o eliminación del cuerpo, la reconstrucción social después de la muerte y los esfuerzos para explicar o racionalizar la mortalidad. La muerte era considerada como variable independiente así

como dependiente. Mientras que la primera mitad del libro examina los pensamientos, sentimientos, actitudes y acciones sobre la muerte, la segunda mitad enfoca la muerte como un resultado posible de la conducta individual y social.

Sobre la muerte se puede afirmar que normalmente el ser humano pretende vivir como si nunca hubiese de morir, realizando el proceso psíquico que Freud llamó “negación”, un proceso en que el individuo se percata de la existencia de la muerte solo cuando tiene ocasión de experimentar su cercanía o cuando se la observa desde afuera en los otros, y sólo entonces comprendemos que está sujeto al mismo destino (Di Nola, 2006). Sin embargo, estamos en relación continua y constante con la muerte, ya sea a través de los telediarios que nos ponen en contacto directo con el hecho trágico y absurdo de la muerte o por medio de la propia experiencia.

A pesar de ello hay experiencias, vivencias, y modos de vivir y afrontar la muerte en nuestro propio contexto, que no se conocen lo suficiente y no han sido estudiadas en profundidad desde una perspectiva psicológica, aunque constituyen elementos fundamentales en minorías culturales que encontramos en nuestro país y cuyo conocimiento podría tener repercusiones más allá del ámbito psicológico.

Este trabajo está dividido en dos partes, una de carácter teórico y la otra de tipo empírico. Por ello, los datos y el discurso



que seguiremos en este trabajo examinará la literatura publicada sobre el miedo a la muerte, la religiosidad, el afrontamiento y la salud. Abordaremos el estudio de las relaciones entre distintas expresiones de religiosidad en la etnia gitana de Málaga con dimensiones de miedo a la muerte y salud, y analizaremos también el papel que desempeña la religión en las relaciones entre problemas de salud y miedo a la muerte.

El ámbito religioso en el que se desarrolla este trabajo se circunscribirá a un colectivo de gitanos pertenecientes en su mayor parte a la Iglesia de Filadelfia de SES¹ (*socioeconomic status*) medio-bajo, según cuestionario demográfico administrado. La iglesia de Filadelfia tiene sus orígenes en la península Ibérica a partir de la década de los años sesenta del siglo XX, convirtiéndose en un movimiento religioso que, según algunos antropólogos y sociólogos, está encauzando los procesos de redefinición étnica del pueblo gitano (Mena, 2003).

En este contexto trataremos también el tema del afrontamiento en relación con el temor a la muerte, siendo éste un aspecto de gran relevancia por sus vinculaciones tanto con la

¹ El estatus socioeconómico (SES) se refiere al nivel socioeconómico de una persona en relación a otros individuos o familias, teniendo en cuenta sus ingresos, educación y ocupación laboral.



psicología como con la religión, los cuales confluyen en el concepto de "afrentamiento religioso", tema que ha despertado gran interés en Estados Unidos, países árabes y Asia, sobre todo en la India. ¿Cuándo y de qué manera el afrontamiento tiene que ver con la religión? Pargament entiende la religión de una forma muy peculiar, como "*el proceso por el que el individuo busca significado en formas relacionadas con lo sacro*" (1997, p. 32). Haremos además referencia al proceso que permite a una persona encarar las dificultades de la vida (Pargament, Paloma y Tarakeshwar, 2001). Las personas que se mueven en un entorno teísta asumen que la vida tiene un propósito trascendental que descansa en verdades más allá de lo científico, y que existe un Dios benévolo y activo en el mundo. Estas creencias conforman un sistema resistente a los efectos del trauma y sirve como recurso en el manejo de situaciones críticas.

Nos parece oportuno no pasar por alto la cosmovisión de Albert Einstein sobre la estrecha relación que existe entre ciencia y religión, al afirmar que no podía concebir un científico genuino sin una fe bien arraigada, lo cual ilustra de la siguiente manera: "*La ciencia sin la religión está coja, y la religión sin la ciencia, está ciega*" (Einstein, 1950, p. 26²). Einstein consideraba que el

² La fuente aparece por primera vez en la participación de Albert Einstein en un simposio realizado sobre el tema: "Ciencia, Filosofía y Religión y su relación con la forma de vida democrática". Inc., New York, 1941. Su presentación fue publicada en un libro de ensayos sobre sus convicciones y creencias: *Out of my later years*, New York, 1950.



"conflicto infranqueable" entre ciencia y religión, que durante siglos se venía discutiendo, carecía de fundamento consistente. Incluso Einstein llega a considerar que la ciencia es en cierto modo una forma de religión, ya que tanto la religión como la ciencia buscan la verdad, por ello ninguna debe temer a la otra y por lo tanto no nos debe intimidar acercarnos al tema del miedo a la muerte sin explorar también como variante el papel de la religiosidad en esta dinámica, que en nuestro caso particular tratará la asociación entre religiosidad, miedo ante la muerte y salud, la cual no es en sí misma nueva y ha sido investigada en diferentes formas.



2. MIEDO A LA MUERTE EN UNA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL

Thomas Hobbes filósofo británico (1588-1679) argumentaba sobre un principio fundamental en su teoría social del estado haciendo referencia al miedo que existe en el ser humano a la muerte y su deseo de evitarlo. Así lo explica Hobbes:

“Todos se ven arrastrados a desear lo que es bueno para ellos y huir de lo que es malo, sobre todo del mayor de los males naturales que es la muerte; y ello por una necesidad natural no menor que la que lleva la piedra hacia abajo. Por consiguiente nada tiene de absurdo ni de reprehensible ni de contrario a la recta razón, el que alguien dedique todo su esfuerzo a defender su cuerpo y sus miembros de la muerte y del dolor, a conservarlo. Y lo que no va contra la recta razón, todos dicen que está hecho justamente y con derecho. Por el término derecho no se significa otra cosa que la libertad que todo el mundo tiene para usar de sus facultades naturales según la recta razón. Y de este modo, el primer fundamento del derecho natural consiste en que el hombre proteja, en cuanto pueda, su vida y sus miembros” (Hobbes, 2008, p. 63).

¿Qué se entiende entonces por miedo a la muerte? No existe un denominador común en las definiciones propuestas en la literatura científica que definen lo que es el miedo. En este

trabajo de investigación hablaremos del miedo consciente hacia la muerte que se verbaliza y se expresa de forma consciente. ¿Nos preocupa la muerte o morir? Quizás sea Feifel (1955) uno de los pioneros en este campo al abordar este tema a mediados del siglo XX. En el primero de una serie de estudios sobre el miedo a morir se interesó por las preocupaciones ante la muerte, entrevistando a 85 pacientes psiquiátricos con problemas mentales a los que pidió que describieran lo que la muerte significaba para ellos, y que hicieran un dibujo de lo que ellos entendían por la muerte, detallando sus planes sobre lo que harían en su último año de vida, cómo les gustaría que fuese su muerte, con qué frecuencia pensaban acerca de la muerte, etc. En la década de los años setenta, Feifel y Brascomb (1973) dieron un paso más haciendo preguntas directas (ej. ¿tiene usted miedo a la muerte?, ¿Por qué?) A pesar de los avances en este campo, aún siguen existiendo cuestiones teóricas objeto de debate, como por ejemplo la influencia y el papel de aspectos vinculados a niveles conscientes e inconscientes en relación con el miedo a la muerte (Feifel, 1990).

Sentir miedo ante la muerte es algo que se considera “normal”, aunque en el fondo socialmente no se acepta. Sin embargo, aunque morir o tener una enfermedad potencialmente letal es una experiencia biológica similar, lo que se cree o se siente mientras un ser querido se está muriendo, y la forma como

se encaran los arreglos del funeral y la expresión del miedo, varían enormemente de una cultura a otra (Rosenblatt, 1993).

Octavio Paz, premio nobel de literatura, afirma al referirse a la muerte:

“Para el habitante de Nueva York, París o Londres, la muerte es palabra que jamás se pronuncia porque quema los labios. El mexicano, en cambio, la frecuente, la burla, la acaricia, duerme con ella, la festeja, es uno de sus juguetes favoritos y su amor más permanente. Ciertamente, en su actitud hay quizá tanto miedo como en la de los otros; mas al menos no se esconde ni la esconde; la contempla cara a cara con paciencia, desdén o ironía: “si me han de matar mañana, que me maten de una vez” (Paz, 1981, p. 22).

La muerte es uno de los fenómenos que más preocupa a la humanidad, y es a la vez un hecho inalterable, ineludible y también inexplicable en algunos casos. Tal es la preocupación que suscita el tema de la muerte, que distintas ciencias sociales han abordado su estudio desde perspectivas diferentes (antropología, sociología, psicología, teología, etc.). Entre sus aportaciones destacan, respecto a nuestro trabajo, las aproximaciones religiosas a la muerte y algunas reflexiones que subrayan la tendencia en las sociedades modernas a rechazarla (Limonero, 1994) y a evitar pensar sobre ella (García, 2005).

El miedo a la muerte no es una emoción única, sino un abanico complejo de temores que dan cuenta de su carácter

multidimensional (vs unidimensional), el cual queda reflejado en la diversidad de escalas que han sido desarrolladas para su medida (véase Hoelter, 1979; Leming y Dickinson, 1985; Loneto y Templer, 1986; Neimeyer y Moore, 1994), así como en la diversidad temática que se observa en sus contenidos. El estudio de la muerte hoy en día, es un campo de investigación que ha incursionado en el área de la salud y del comportamiento humano, destacando quizás, por su cuantía, los instrumentos para evaluar las actitudes que se evocan frente a la muerte (Bugen 1980-1981; Collet y Lester, 1969; Gesser, Wong y Reker, 1987; Hooper y Spilka, 1970; Marshall, 1982; Neimeyer, Dingemans y Epting, 1977).

2.1. Componentes del miedo

Los componentes del miedo a la muerte (Cuadro 1) han sido diversos a través del tiempo, y han estado ligados a los motivos principales a los que se ha atribuido dicho miedo (Feifel, 1977; Feifel y Nagy, 1981; Fry, 1990):

- El sentido de pérdida de sí mismo.
- Lo que resulta desconocido después de la muerte.
- El dolor y el sufrimiento y el miedo a la muerte prematura.
- La oportunidad perdida para la expiación y la salvación.



- El bienestar de los miembros supervivientes de la familia.

Cuadro 1. Componentes del miedo a la muerte

Autores	Año	Componentes del miedo
Fiefel	1959	Cese del dolor y la agonía. Pérdida de control. Castigo y soledad.
Stern	1968	Miedo a la aniquilación. Miedo a la separación. Miedo a estar inmovilizado. Miedo a morir ahogado. Miedo a desaparecer en la nada.
Pandey y Templer	1972	Preocupación con escapar. Miedo depresivo. Preocupación sobre la mortalidad. Sarcasmo.
Kavanaugh	1977	Miedo al proceso de morir. Miedo a la muerte de uno. Miedo respecto a la vida después de la muerte.
Hoelter	1979	Miedo al proceso de morir. Miedo a lo desconocido. Miedo por personas significativas. Miedo a una muerte consiente. Miedo a ser destrozados. Miedo por sus cuerpos después de la muerte.
Ramos	1982	Preocupaciones cognitivo-afectivas acerca de la muerte. Preocupaciones sobre el cambio del aspecto físico. Una toma de conciencia del paso del tiempo. La preocupación sobre el dolor.
Collet y Lester	1984	Distinción entre el miedo a la muerte y morir de uno mismo, el miedo a la muerte y el morir de otros.
Tomás-Sábado, Collet y Lester	2007	Miedo/ansiedad ante la propia muerte. Miedo/ansiedad hacia la muerte de otros. Miedo/ansiedad hacia el propio proceso de morir. Miedo/ansiedad hacia el proceso de morir de otros.



Autores	Año	Componentes del miedo
Furer y Walker	2008	El miedo como emoción y experiencia. El miedo en personas hipocondríacas. Trastornos de ansiedad, pánico, y miedo a la muerte.

Hoelter, definió el miedo a la muerte como “una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación, basados en la contemplación o anticipación de cualquiera de las diferentes facetas relacionadas con la muerte” (Hoelter, 1979, p. 996), considerando en su medida aspectos multidimensionales de desagrado o preocupación. Esta aproximación multidimensional, más frecuente (Conte, Weiner, y Plutchick, 1982; Lonetto y Templer, 1986; Neimeyer, 1997; Thorson y Powell, 1988), contrastaba con el enfoque más sencillo de Marshall (1982), que utilizó un solo ítem tipo Likert para la autovaloración del miedo a la muerte.

Collet y Lester (1969) definieron el miedo a la muerte de forma multidimensional, diferenciando claramente entre miedo a la muerte como tal y el miedo al proceso de morir, es decir, aquello que conduce al individuo a responder de manera diferente a la noción de la muerte como estado o bien como proceso. Igualmente diferenciaron las actitudes y emociones hacia la muerte dependiendo de si se trataba de la noción de su propia muerte o de la muerte de otros (Collet y Lester, 1969,



citados en Tomás-Sábado, Limonero y Abdel-Khalek, 2007). La Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester (EMMCL), cuya adaptación utilizaremos en este estudio, es uno de los instrumentos multi-dimensionales tradicionales más empleados para evaluar la actitud ante la muerte y como tal, la diferencia entre la muerte y el proceso de morir, en lo que se refiere a la muerte propia como a la muerte de otros (Tomás-Sábado et al., 2007).

Furer y Walker (2008) conceptualizaron el miedo a la muerte como una emoción y a la vez una experiencia, de ahí que el miedo a la muerte se haya vinculado a problemas de salud, encontrándose a menudo en personas con problemas de ansiedad e hipocondría, y enfermedad crónica (Furer y Walker, 2008). No obstante, el miedo a la muerte se ha encontrado en personas que no eran hipocondríacas o que no presentaban una enfermedad grave (Furer y Walker, 2008). Estos autores concluyeron que la ansiedad ante la muerte se observaba entre las personas que tienen trastorno de pánico, trastorno de ansiedad por padecer enfermedades graves como el cáncer o una enfermedad pulmonar crónica. Furer y Walker señalaron además que algunas personas experimentan el miedo angustioso de la muerte después del fallecimiento de algún conocido, sobre todo si la muerte fue repentina. Ishiyama (1986) señaló que a lo largo de la vida de un individuo aparecen una gran variedad de

temores y ansiedades que no son posibles de manejar por la propia persona.

2.2. Miedo al proceso de morir

Podemos afirmar que no es lo mismo hablar del miedo a la muerte que del miedo al proceso de morir. Se entiende la muerte como un concepto, es decir algo abstracto, incierto, mientras que el hecho en sí de morir se entiende como una realidad que se debe afrontar (Schmidt, 2007). Es preciso preguntarse, ¿a qué tememos cuando tememos a la muerte? Esta pregunta es fundamental para el estudio del miedo ante la muerte. Estamos hablando de aquellos aspectos que rodean la muerte, como la preocupación respecto a la pérdida de la integridad corporal, o el miedo a una muerte dolorosa (Neimeyer, 1997). El proceso del fin de la vida es algo individual y el modo en que se afronta dependerá de las actitudes culturales, circunstancias biográficas y sociales de cada individuo cuando la muerte se presente, y de cómo ésta ocurra (Bayés, 2001; Cruz Quintana y García Caro, 2007). En estas dimensiones, las creencias y las experiencias religioso/espirituales tienen una influencia notable.

Hoelter (1979), identificó ocho dimensiones en el miedo hacia la muerte, en una escala que resume los temores básicos del ser humano ante la muerte y su finitud. Se trata del temor que

experimentamos ante el específico y concreto acto de morir y a la situación que lo precede:

- Miedo al proceso de morir (incluyendo el dolor, y la muerte violenta). Es el miedo al dolor físico, mental o emocional, el miedo a una enfermedad o dolor prolongado y a todo lo que esto implique.
 - El miedo a los muertos (evitar restos humanos y de animales). Tiene que ver con el miedo a los cadáveres humanos o incluso el miedo a restos de animales.
 - Miedo ante lo desconocido, (miedo a la inexistencia). Es el miedo inherente ante aquello de lo cual no tenemos una experiencia vivida con anterioridad. Miedo al trance o encuentro con la muerte.
 - Miedo a la muerte prematura (no lograr metas importantes en la vida). Es el miedo de no haber realizado lo deseado en la vida, a no poder cumplir con los sueños e ideales que se habían trazado en vida.
- Descomposición
- Miedo por el cuerpo después de la muerte, (descomposición). Es el miedo a lo que pueda ocurrir al cuerpo después de la muerte.



- Miedo por otras personas significativas (aprehensión). Miedo a la muerte de otros, familiares, parientes cercanos, amigos.
- Miedo a ser destrozado (disección, cremación del cuerpo). Es la destrucción del cuerpo tras la muerte lo que causa pavor. También existe miedo a la destrucción de parte de la propia identidad que la muerte puede significar.
- Miedo a una muerte consciente (ser declarado muerto falsamente). Miedo a no haber muerto y ser declarado como muerto sin estarlo clínicamente, la catalepsia es un estado biológico en el cual la persona yace inmóvil, en aparente muerte y sin signos vitales, cuando en realidad se halla en un estado consciente.

Entre los anteriores destaca el estudio del miedo a la muerte y el proceso de morir. La investigación sobre estos aspectos ha generado una creciente bibliografía en los últimos 25 años (Neimeyer, 1988). Hoelter (1979) fue el primero que se interesó por los correlatos de tipo religioso utilizando la *Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMCL)*, analizando esos aspectos con relación a una muestra de estilo religioso ortodoxo. En su investigación, los estudiantes cristianos ortodoxos puntuaban muy bajo en miedo a lo desconocido, mientras que mostraban niveles más altos de miedo por la

muerte de personas significativas, miedo a una muerte consciente, miedo a ser destrozados y miedo por sus cuerpos después de la muerte. Por lo que se refiere a la función de la religión se llegó a concluir que la ortodoxia cristiana podría contagiar a sus seguidores de algunos miedos que rodeaban la muerte y tener, en otros momentos, un papel sensibilizador o facilitador frente a los mismos (Hoelter, 1979).

2.3. Miedo a la muerte y edad

La consideración de la edad en esta dinámica puede llevarnos a una paradoja, la cual nos hace percibir una doble realidad en el posicionamiento de diferentes cohortes frente al miedo a la muerte: si por un momento se asume que los jóvenes, a pesar de tener una vida por delante se preocupan demasiado por la muerte, por otro lado observamos que las personas mayores, estando aún más cerca del final de su vida, expresan menos ansiedad frente a la muerte. Lester (1967) llegó a la conclusión de que *“la edad, obviamente, afecta las actitudes sobre el miedo a la muerte hasta que el desarrollo mental se ha completado en el individuo. A partir de entonces se ha dado mayor importancia a los factores de personalidad y experiencias de vida como factores determinantes”* (p. 31). Feifel y Branscomb (1973) afirmaron además que en el fondo, tal como sugieren clínicos y teóricos emergentes, el problema de la muerte es esencialmente

el miedo a morir (Ramos, 1982). Esta idea se apoya en la *Teoría de la Gestión del Terror* (Terror Management Theory-TMT), desarrollada por Pyszcznski, Greenberg y Salomón (1999).

Encontramos un consenso generalizado en la literatura de investigación publicada sobre el miedo a la muerte en ancianos en torno a la idea de que éstos sienten menos miedo a la muerte que las personas más jóvenes (ej: Bergston, Cuellar, y Ragan, 1977; Kalish y Johnson, 1972). Variables que tienden a reducir la calidad de vida de los ancianos, como la mala salud física y mental, la viudez, o vivir en instituciones, están inversamente asociados con el miedo a la muerte (Marshall, 1975; Kastenbaum, 2000; Templer, 1971). Los escasos estudios que examinaron el miedo a la muerte en personas adultas se centraron principalmente en personas mayores (Christ, 1961; Jeffers et al., 1961; Rhudick y Dibner, 1961; Swenson, 1961) y por lo general no encontraron diferencias relacionadas con la edad.

No obstante, han proliferado con una frecuencia creciente estudios que han comenzado a explorar cambios relacionados con la edad en el miedo y la ansiedad ante la muerte en la edad adulta, aunque sus resultados no permiten aceptar de modo universal la existencia de diferencias significativas en el miedo a la muerte entre grupos de distinta edad, e incluso distinta etnia o cultura. En una investigación practicada entre personas de raza blanca, negra, mexicano-americanos y estadounidenses de origen

japonés, Kalish (1977) encontró que el 40% de los jóvenes, el 25% de ellos de mediana edad, y el 10% de los ancianos expresaban experimentar temor a la muerte. La mayoría de los estudios previos realizados sobre el efecto de la edad se han enfocado en afirmar que con el aumento de la edad disminuye la preocupación por la muerte en las personas mayores. Kastenbaum (2000) sugiere que las personas experimentan, a medida que envejecen, menos ansiedad porque (a) la muerte no pone en peligro ninguno de sus valores y, (b) porque hay un proceso continuo de desarrollo en el cual "*aceptamos nuestra mortalidad*" (p. 122). De acuerdo con Kastenbaum (2000), llegar a aceptar la mortalidad puede representar una tarea última del desarrollo psicológico. Por otra parte, la disminución de la ansiedad a la muerte podría resultar de la negación iniciada por la inminente realidad de morir (Munnichs, 1966), o bien de la imposibilidad de prepararse para afrontar esta irremediable realidad. La disminución de la ansiedad ante la muerte en el transcurso del ciclo vital también puede resultar de la disminución en la calidad de vida de la persona (lo que hace que la muerte sea más anhelada), por la activación de procesos de afrontamiento religioso y por tener un mayor número de experiencias relacionadas con la muerte a medida que aumenta la edad (Neimeyer, 1988).

Nelson (1979) también reportó una correlación negativa entre el miedo a la muerte, la ansiedad y la edad. Stevens, Cooper y Thomas (1980) estudiaron 295 adultos divididos en cuatro grupos de edad (16-22, 23-39, 40-59, y 60-83) utilizando la *Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS)*. Sus datos también revelaron que el grupo de mayor edad, es decir entre 68 y 83 años, reportó las puntuaciones más bajas de miedo a la muerte. Por el contrario, Templer, Ruff y Franks (1971) no lograron encontrar una relación entre la edad y las puntuaciones de la escala obtenidas entre los 3.700 encuestados que examinaron. Al igual Viney (1984), Vargo y Black (1984), y Wagner y Lorion (1984) no encontraron una disminución significativa en la ansiedad ante la muerte con la edad. Sin embargo, como Niemeyer (1988) señaló, estos resultados negativos estuvieron asociados con estudios que incluyeron únicamente a personas de un rango de edad limitado, e incluso emplearon medidas poco comunes de ansiedad ante la muerte.

No obstante, un estudio sobre las actitudes hacia la muerte en el personal sanitario (Raja, 2001) que tuvo en cuenta sus creencias religiosas, realizado en la Universidad de Cádiz con 1.350 sujetos (48.7 % hombres y 51.2 % mujeres), respondieron a un cuestionario STAI (Estado de Ansiedad Estado/Rasgo), DAS (*Death Anxiety Scale*) la Escala de ansiedad ante la Muerte (Templer, 1970) y un inventario de creencias Religiosas (Raja,



2001), observó que los niveles más elevados de ansiedad y miedo a la muerte se daban entre los 41-50 años (ningún menor de 30 años presentó “mucho” ansiedad ante la muerte).

Otra vía a través de la cual se ha tratado de comprender el declive del miedo a la muerte ha sido la de las influencias de las creencias en la vida después de la muerte, las cuales, además de reducir dicho miedo, facilitarían un cierto sentido de satisfacción o bienestar. Este aspecto puede resultar especialmente interesante desde un punto de vista científico, como elemento a tener en consideración a la hora de comprender posibles razones por las que se ha observado un miedo a la muerte más elevado en adultos jóvenes que en adultos mayores a través de estudios (Cicirelli, 2001; Fortner y Neimeyer, 1999; Templer y Ruff, 1971; Tomer, 2000).

2.4. Miedo a la muerte y diferencias de género

La mayoría de los investigadores que han examinado la existencia de diferencias en el miedo a la muerte entre hombres y mujeres han comprobado una mayor preocupación entre estas últimas en varios estudios realizados (Barraclough, y Vagg, 2001; Davis, Bremer, Anderson, y Tramill, 1983; Lester, Templer y Abdel-Khalek, 2007; McDonald, 1976; Neimeyer y Moore, 1994; Russac, Gatliff, Reece, y Spottswood, 2007; Schumaker,



Barraclough, y Vagg, 2001; Schumaker, Tang, Wu, y Yan, 2002), así como una mayor ansiedad (Pollack, 1979-1980), llegando a afirmarse que “*el elevado miedo y ansiedad ante la muerte en las mujeres es una conclusión consistente*” (Kastembaum, 2000, p. 119).

El estudio de Niemeyer et al., (2004) puso además de relieve que las mujeres suelen, en general, pensar más sobre su propia muerte que los hombres. Lester (1972) sugirió que este mayor temor a la muerte está referido a áreas específicas y no tanto a la muerte de modo genérico. Además, utilizando la *Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte* (MFODS), Neimeyer y Moore (1994) encontraron que las mujeres tenían mayores temores en la mayoría de las subescalas, pero que tenían menos miedo a lo desconocido que los hombres. Sin embargo, también se han publicado investigaciones que reportan mayor miedo a la muerte entre los hombres (Cole, 1978; Robinson y Wood, 1984).

En una perspectiva transcultural, resultados obtenidos con estudiantes irlandeses y canadienses sugieren que el efecto de género se generaliza más allá de la cultura norteamericana (Lonetto, Mercer, Fleming, Bunting, y Clare, 1980), aunque los resultados de su estudio no sean generalizables. De hecho la mayoría de las investigaciones sobre ansiedad y miedo ante la muerte se centra en examinar las diferencias de género, influencias religiosas, y el envejecimiento. El efecto de la edad en

las investigaciones sobre la ansiedad y el miedo ante la muerte se refiere a la comprobación de que los adultos jóvenes a menudo reportan mayores niveles de ansiedad y miedo ante la muerte que los adultos mayores (Russac, et al., 2007).

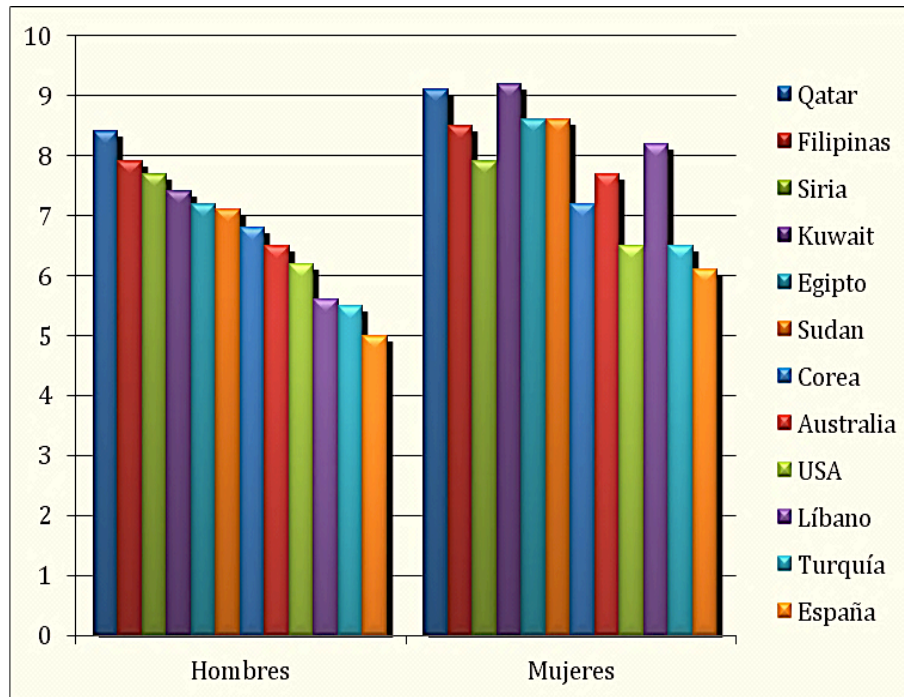
Lester et al. (2007) recogieron también puntuaciones más elevadas en miedo a la muerte en mujeres en un estudio en el que utilizaron muestras de 16 países, incluyendo España y realizado por Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2002). Solo hemos escogido los resultados más significativos de 12 países descartando aquellos en los que no se realizó el estudio entre mujeres sino solo entre hombres como es el caso de la India y de aquellos países donde los estudiantes provenían de otros países diferentes al cual habían nacido. Como se puede observar en la Tabla 1 y en la Gráfica 1 en la *Escala de Ansiedad ante la muerte* en estudiantes universitarios por país, la puntuación mayor corresponde a Catar (9.1%) y la más baja a España tanto en mujeres con 6.1%, como en hombres con 5.0 concluyéndose por tanto, que al menos entre los estudiantes universitarios, las mujeres tienen una autopercepción más elevada del miedo a la muerte que los hombres. En varios estudios, utilizando el *Índice de Amenaza (Threat Index, TI)*, no se han detectado diferencias de género (Eggerman y Dustin, 1985; Neimeyer, Dingemans y Epting, 1977).

País	Hombres	Mujeres
Catar	8,4	9,1
Filipinas	7,9	8,5
Siria	7,7	7,9
Kuwait	7,4	9,2
Egipto	7,2	8,6
Sudán	7,1	8,6
Corea	6,8	7,2
Australia	6,5	7,7
USA	6,2	6,5
Líbano	5,6	8,2
Turquía	5,5	6,5
España	5,0	6,1

Tabla 1. Escala de Ansiedad ante la Muerte en Estudiantes Universitarios por País (Lester et al., 2007) ³

³ Esta gráfica ha sido adaptada para este estudio, y con el consentimiento escrito de su autor: David Lester.





Gráfica 1. Distribución porcentual de las puntuaciones de miedo a la muerte de hombres y mujeres en 12 países

2.5. Miedo a la muerte y salud

Es preciso que definamos lo que se entiende por salud antes de continuar, para evitar que caigamos en falacias semánticas y culturales. La *Organización Mundial de la Salud* la ha definido como la ausencia de enfermedad, entendiéndose ésta como un estado de completo bienestar físico, mental, y de



bienestar social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves (OMS, 1948)⁴. Estas categorías prevalecen en los debates médicos y de especialistas en la actualidad.

La salud es uno de los aspectos más importantes que otorgan seguridad en la vida de un individuo. No debiera sorprendernos que mucha gente experimente ansiedad o estrés cuando su salud o la de sus seres queridos está en peligro. La noticia de una enfermedad terminal de un miembro de la familia, la muerte repentina de un vecino, o la amenaza relacionada con la salud de una comunidad, pueden desencadenar estrés o ansiedad (Kendler et al., 1995; Noyes et al., 2000; Stein, Walker, Hazen, y Forde, 1997).

El criterio tradicional de la medicina, que ha distinguido la salud física de la salud mental, y que se refleja en el modelo dualista que prevalece en la actualidad el cual separa las enfermedades físicas de las enfermedades mentales, ha sido rechazado por el pensamiento contemporáneo. Existen amplias investigaciones que señalan que la salud física y la salud mental guardan una estrecha conexión entre ellas (Merrill y Salazar, 2002). McEwen (1998) investigó el modo en el que ciertos

⁴ Esta definición se encuentra en el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmado el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, N° 2., p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.



factores psicológicos podían afectar la salud a través del sistema nervioso autónomo, el sistema metabólico, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico. Estos órganos importantes son los que regulan la función adaptativa del cuerpo en la vida diaria y son susceptibles de enfermedad, especialmente a través de emociones negativas como el estrés, la ansiedad, la depresión, el *burnout*, la ira, y la hostilidad.

Desde la perspectiva de la teología judeo-cristiana, en los dos primeros capítulos del Génesis se presenta un mundo totalmente diferente al que existía después de la caída (Génesis 3), donde los procesos degenerativos causados por el pecado minan las fuerzas vitales hasta que se produce la muerte. Por lo tanto, los autores del Antiguo Testamento entienden el tema de la salud como un concepto central de la narrativa bíblica, en la cual la salud y el bienestar son el diseño de Dios y la enfermedad, en cualquiera de sus formas, no fue establecida por el orden divino (Hasel, 1983). En la tradición del Antiguo Testamento no sólo se trata el bienestar físico, sino también el espiritual, moral, mental, y las cualidades emocionales. Una persona puede considerarse saludable cuando exhibe una armonía en su estado físico (cuerpo) emocional y mental (Brown, 1995; Wilkinson, 1998).

La noción de muerte en la tradición cristiana se entiende como la consecuencia del pecado resultando en el castigo divino por la desobediencia humana (Bruckner, 2012), “*polvo eres y al polvo volverás*” (Génesis 3: 19). La palabra hebrea “*shalom*” se emplea a veces para describir la salud humana y la plenitud (Wilkinson, 1998). Por lo general con el término “*wholeness*” que se traduce como bienestar o salud, puede también entenderse como: “*no carecer de nada*” (prosperidad material), o “*estar completo*”. También puede referirse a la seguridad para los más débiles de una comunidad, expresión traducida del hebreo como “*no tengan miedo*”. Otro significado se refiere a la comunión y complacencia, especialmente en relación con Dios y la comunidad, enraizados en el “*shalom levítico*” la paz o comunión que ofrecen al individuo. Shalom también contiene un elemento de justicia, sin la cual no puede haber paz (Bruckner, 2012).

Es importante destacar que los esfuerzos para ampliar la comprensión del papel de la espiritualidad y la religión en el cuidado de la salud deben realizarse en el marco de los enfoques existentes, en virtud de estudios realizados y de los campos nuevos de investigación que tengan en cuenta también las creencias de los pacientes. En la presente investigación se evalúa la salud a través de un instrumento que arroja una puntuación en salud que se interpreta como problemas de salud, ya que todos

los ítems describen problemas de enfermedades, sueño, alimentación y otras áreas de problemas de salud.

2.5.1. Miedo a la muerte y estrés

Las demandas de la vida moderna, las preocupaciones cotidianas del ser humano, le han obligado a tener un ritmo acelerado de vida que ha desatado una incontenible virulencia social, causando estrés y perjuicio en la salud. El estrés diario también puede transformar el dolor normal del duelo en una agonía emocional insoportable, especialmente si se produce por la muerte de un ser querido. Para muchos, el lugar de trabajo o simplemente el estilo de vida, que se suman a las preocupaciones cotidianas de la vida, han generado una amenaza que conduce al estrés y que le han robado al hombre moderno de la oportunidad para disfrutar de la vida y de experimentar satisfacción personal, generando todo tipo de enfermedades (Koenig, 1999).

El miedo a la muerte es común en la población en general con porcentajes que varían a través de estudios, pero que oscilan entre un 3 y un 16% dependiendo de la intensidad del miedo (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969, Noyes et al., 2000). Según Lazarus y Folkman (1984), los factores de estrés, o situaciones estresantes de la vida, son condiciones que pueden generar peligro o amenaza para la integridad física del individuo (estrés

físico) o su bienestar psicológico (estrés psicológico), y entre ellos sobresalen los problemas de salud, la enfermedad, o la muerte de alguien cercano.

También el miedo a la muerte se ha relacionado con problemas de salud, vinculándose a medidas de hipocondría, somatización y ansiedad y estrés por la salud (Noyes et al., 2002).

Los factores que generan estrés en la vida diaria pueden combinarse y sumar sus efectos hasta llegar a reducir la salud de un individuo, incrementando la probabilidad de que experimente enfermedades crónicas que pueden llevar a la muerte. A finales de los ochenta del pasado siglo, Kenneth I. Maton (1989), examinó el papel de la fe personal y el apoyo espiritual como factores amortiguadores del estrés crónico. Maton comparó afrontamiento religioso (dependencia de la fe religiosa para aliviar el estrés psicológico) de padres que estaban atravesando por un periodo de luto en estudiantes de primer año que estaban experimentando situaciones de estrés doloroso en su ajuste a la universidad y a la vida lejos de la casa paterna. En ambos grupos las personas con una fe religiosa estable se sintieron salvaguardadas de la depresión causada por el estrés. Por ejemplo, aquellos padres que habían perdido a un hijo respondieron que sí a la pregunta, “yo experimento el amor y el cuidado de Dios de forma regular”. Estas personas se sintieron mejor protegidas frente al estrés agonizante de la pérdida que

aquellos que no tenían ningún soporte religioso (Koenig, 1999). También ante situaciones extraordinarias, como un ataque terrorista, la religión actúa como recurso de afrontamiento. Un estudio publicado en el *New England Journal of Medicine* encontró que un 90% de norteamericanos que afrontaron el estrés del ataque terrorista del 11 de Septiembre se refugiaron en la religión, y que durante la semana siguiente al ataque terrorista, un 60% de norteamericanos asistieron a la iglesia o a los servicios fúnebres y también que la venta de Biblias se incrementó en un 27% (Biema, 2001; Schuster et al., 2001). Un estudio longitudinal con 1.382 participantes, dos meses después del ataque terrorista del 11 de Septiembre, demostró que una mayor religiosidad predijo un menor número de informes sobre enfermedades de salud mental diagnosticado por un médico (ansiedad, depresión), pero no se encontró ninguna asociación con medidas de espiritualidad (McIntosh, Silver, y Holman, 2011).

Varias teorías sobre el estrés y el trauma subrayan que se produce malestar cuando ocurre algo que infringe las creencias globales y los objetivos de una persona (Janoff-Bulman y Frantz, 1996; Park y Folkman, 1997). Los eventos traumáticos pueden precipitar crisis, planteando cuestiones sobre el sentido de la vida, la naturaleza del sufrimiento y la justicia en el mundo, dejando a las personas tratando de entender por qué ocurrieron

los hechos y cuáles son las consecuencias que estos tendrían para su futuro (Lazarus, 1993). Investigaciones recientes en la Universidad de Duke revelan que personas con un trasfondo religioso pueden afrontar mejor ciertos acontecimientos importantes como la muerte de alguien cercano, una tragedia inesperada o una enfermedad terminal, aspectos que son generadores de estrés que invitan a la pregunta "¿qué ha pasado?" La discrepancia entre lo que se espera y lo que realmente ocurre determina el nivel de estrés que causan los acontecimientos (Park y Folkman, 1997). En la presente investigación se une, a la puntuación en problemas de salud, una puntuación en una prueba de estrés, considerando que el estrés es un importante problema de salud para las poblaciones actuales en países de occidente.

2.5.2. Miedo a la muerte y ansiedad

Se han documentado ampliamente las dificultades existentes para distinguir entre el miedo y la ansiedad, ya que los dos términos son compatibles. Otras veces el uso descuidado de los conceptos ansiedad y miedo ha generado confusión y dificultad en su definición. La distinción entre estos dos términos es objeto de debate. La diferencia ha sido explicada de forma parcial por May (1950), quien propuso una relación entre el miedo y la ansiedad como una amenaza a nuestros valores

básicos fundamentales, ya que uno puede sentir ansiedad y miedo a la vez como respuesta a cualquier amenaza o fenómeno que precipite cierto grado de incertidumbre e inseguridad.

La ansiedad es también un estado de terror y anticipación en el cual el objeto del miedo se encuentra vagamente definido. Esto incluye tensión, desasosiego, agitación, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, todo lo cual indica preparación para huir o pelear. Se estima que la ansiedad puede ser la consecuencia de una enfermedad clínica, una enfermedad psiquiátrica, o simplemente la respuesta a eventos de estrés cotidianos (Busse y Pfeiffer, 1969; Furer y Walker, 2008; Hocking y Koenig, 1995).

Otros autores han tratado de ofrecer una definición clara sobre la ansiedad a la muerte. Por ejemplo, Thorson y Powell (1988) argumentan que la ansiedad a la muerte se entiende mejor tomando en consideración las distintas dimensiones que encontramos en el miedo a la muerte, y que antes describíamos (ie. la negación de la muerte, el miedo a la muerte de uno mismo y los demás, la evasión de la muerte, o la resistencia y rechazo a interactuar con personas moribundas).

Lonetto y Templer (1986) definieron la ansiedad ante la muerte como un sentimiento emocional derivado de la contemplación de la propia muerte. La ansiedad ante la muerte

puede ser vista en relación con la ansiedad inducida por la perspectiva de nuestra propia muerte, lo que sucede después de la muerte y el temor de dejar de ser. Esta es otra definición útil, pero es limitada, ya que la ansiedad ante la muerte también puede ser provocada por presenciar o pensar en la muerte de otras personas. Sin embargo, una distinción importante que se puede deducir de esta definición es que la ansiedad ante la muerte es entendida como una emoción en lugar de como un estado de ánimo.

Desde una perspectiva psicoanalítica, la ansiedad a la muerte puede describirse como respuesta a procesos internos o fuerzas externas, cuyas raíces habría que buscar en la ansiedad de castración y la separación (Freud, 1961). Freud fue uno de los primeros teóricos en discutir sobre la ansiedad ante la muerte. Sugirió que los temores relacionados con la muerte son el reflejo de conflictos no resueltos en la infancia y que el inconsciente cree y se comporta como si fuera inmortal. Para Freud la muerte es un episodio natural e inexorable que ocurre en todos los seres vivos (De Zubiría, 1996).

Así se expresa Freud de forma muy contundente, al hablar de la realidad de la muerte en los siguientes términos:

“Mostramos una patente inclinación a prescindir de la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado silenciarla e incluso decimos, con frase proverbial, que pensamos tan poco en una cosa



como en la muerte. Como en nuestra muerte, naturalmente. La muerte propia es, desde luego, inimaginable, y cuantas veces lo intentamos, podemos observar que continuamos siendo en ello meros espectadores. Así, la escuela psicoanalítica ha podido arriesgar el aserto de que, en el fondo, nadie cree en su propia muerte o, lo que es lo mismo, que en lo inconsciente todos nosotros estamos convencidos de nuestra inmortalidad” (Freud, 1961, p. 12).

La ansiedad ante la muerte es un fenómeno multidimensional en el cual los participantes de edad avanzada a menudo expresan una menor ansiedad ante la muerte en comparación con los participantes más jóvenes, que formulan una mayor preocupación por acontecimientos relacionados con muerte como la pérdida de los demás, experimentar dolor y sufrimiento, no alcanzar las metas o logros propuestos y perder el control sobre sus cuerpos y sus acciones (Pinder y Hayslip, 1981; Gesser et al., 1987; Hoelter, 1979, Niemeyer y Moore, 1994, 1997-1998). A pesar del creciente número de publicaciones y discusiones intelectuales acerca de la muerte y el morir, la muerte sigue siendo un tabú en la mayoría de los países occidentales. No es algo hablado abiertamente y por lo tanto, bien puede dar cuenta del arraigo de este tipo de ansiedad. La muerte es la única certeza en la vida humana y, sin embargo ilógicamente, sigue siendo la mayor causa de ansiedad (Nyatanga y de Vocht, 2006).

Las teorías modernas están basadas generalmente en la concepción existencial de la muerte (Becker, 1973). Becker sugirió que la ansiedad de la muerte es un miedo real y básico que subyace en muchas formas de ansiedad y fobia. Becker sostuvo que los seres humanos manejan esta ansiedad viviendo de acuerdo con una cosmovisión cultural que según Becker “ofrece inmortalidad, por medio de la creencia en una vida futura o de forma simbólica a través de la identificación con situaciones más duraderas como son los logros, las familias o las naciones” (Strachan et al., 2007, p. 1138). Desde el punto de vista de Becker, gran parte de la energía de las personas se centra en la negación de la muerte como una estrategia para mantener la ansiedad de la muerte bajo control. La *Teoría del manejo del terror* (TMT) también sugiere que las personas con mayor autoestima tienen una mayor tolerancia en situaciones relacionadas con la muerte, mientras que las personas con baja autoestima experimentarán una mayor ansiedad ante la muerte. La TMT ha generado una amplia investigación proporcionando un importante apoyo experimental bajo las hipótesis desde ella generadas (Bassett, 2007; Solomon, Greenberg y Pyszczynski, 2004).

Kastenbaum (2000) presentó un resumen a manera de conclusión sobre la ansiedad ante la muerte en una población no clínica, y destacó una serie de resultados consistentes a través de

estudios posteriores: El miedo a la muerte es común en la población general, aunque la mayoría de los encuestados en la comunidad no reportan un alto nivel de ansiedad ante la muerte. Agras et al. (1969) informaron que el 16% de su muestra reportó miedo a la muerte, y un 3,3% afirmó experimentar miedo intenso a la muerte.

Noyes et al. (2000) encontraron que el 3,8% de los encuestados de la comunidad indicaron que estaban mucho más nerviosos que la mayoría de la gente acerca de la muerte o de morir, y un 9,8% indicaron que estaban un poco más nerviosos que la mayoría de la gente. Las mujeres reportaron niveles más elevados de ansiedad ante la muerte que los hombres. En los estudios transversales los adultos mayores, a pesar de que están más cerca de la muerte, no suelen reportar niveles más altos de ansiedad a la muerte que la gente joven. Abdel-Khalek (2003) encontró mayores niveles de ansiedad frente a la muerte en países árabes que en España.

Varios estudios científicos apoyan la hipótesis de que una autoestima alta sirve como amortiguador contra la ansiedad ante la muerte. Sin embargo, desde una perspectiva funcional, la autoestima podría ser un riesgo potencial para la propia supervivencia (Kastenbaum, 2009). Kastenbaum también señaló que en una situación importante donde pelagra la vida de una

persona, ésta puede tratar de defender su autoestima en lugar de centrarse en la amenaza hacia su propia vida. Por ejemplo, una mujer diagnosticada con cáncer de mama puede optar por negarse a extirpar el tumor canceroso en su pecho por razones estéticas. Sus acciones podrían girar en tratar de preservar la propia imagen en vez de luchar por vivir. La autoestima, así como la valoración de la situación se ven, con frecuencia, influidas por aspectos religiosos (Grom, 1994; Hood et al., 2009).

Wink (2006) afirmó que desde el punto de vista de la salud de un individuo, los seres humanos tienen más miedo a la falta de auto-realización personal que a la muerte. La muerte y la enfermedad grave de otras personas significativas también eran comunes. Por el contrario, eventos como ser víctima de robo o asalto eran mucho menos indicativos de miedo y ansiedad a la muerte. Estos eventos estuvieron significativamente relacionados con el inicio de un nuevo episodio de depresión en el mes después del evento. Se comprobó que eventos de este tipo pueden desencadenar problemas de ansiedad y de salud. Estudios anteriores indicaron, por ejemplo, que una peor salud física y mental predecía niveles más altos de ansiedad ante la muerte (Fortner y Neimeyer, 1999). Al examinar niveles de ansiedad, miedo y depresión en un estudio longitudinal de 6 meses realizado en grupos religiosos de una línea Protestante

conservadora y otro grupo perteneciente a una línea Evangélica Pentecostal, se ha encontrado que los Evangélicos Pentecostales tenían desórdenes de ansiedad y depresión más elevados que los Protestantes Conservadores (Koenig, George, Miador, Blazer, y Dick, 1994). *“Es bien sabido que la ansiedad y la depresión son más comunes en la clase baja, los pobres y personas sin educación”* (p. 183). Se podría especular que aquellos individuos con niveles altos de ansiedad gravitan alrededor de las iglesias pentecostales, y que se refugian en algunas de sus prácticas para aliviar la ansiedad derivada de las presiones socioeconómicas que les rodean.



3. LA RELIGIOSIDAD Y EL MIEDO A LA MUERTE

3.1. Definición de religiosidad

Hablar de religiosidad connota una lealtad relacionada con un sistema doctrinal de creencias, caracterizadas por la adherencia a una serie de doctrinas sagradas y la membresía a una comunidad de creyentes, los cuales comparten creencias similares acerca de Dios, la observancia sagrada y la moralidad (Bruce, 1996; Pargament, 1997)⁵. Hablar de religión en la cultura occidental hace referencia a la organización y a los aspectos personales de la religión.

El desarrollo de un número cada vez mayor de publicaciones y trabajos científicos sobre religión y salud refleja el creciente interés que ha venido despertando este tema desde una perspectiva psicológica. En el año 2003, en los Estados Unidos, la revista *American Psychologist* publicó una sección especial sobre religión, espiritualidad y salud, que incluyó varios documentos elaborados por un panel de expertos designados por los (NIH) Institutos Nacionales de Salud (Miller y Thoresen, 2003; Powell, Shahabi, y Thoresen, 2003; Seeman, Dubin, y

⁵ Las creencias, emociones, prácticas y experiencias religiosas son investigadas como mecanismos fundamentales existenciales, tales como el significado, la muerte, el sufrimiento, el aislamiento y la injusticia.

Seeman, 2003). Asistimos a un avance importante en el estudio científico de la religión en la última década que ha permitido la investigación y la proliferación de estudios que han documentado convincentemente una relación positiva entre participación religiosa y medidas de salud física y mental (Miller y Thoresen, 2003).

La religiosidad es un concepto con múltiples esferas de participación cognitiva, motivacional, emocional y conductual (Hackney y Sanders, 2003). Richards y Bergin (1997) ven la religión como un subconjunto de lo espiritual, ya que es posible para alguien ser espiritual sin ser religioso y ser religioso sin ser espiritual. Ser espiritual significa tener una relación trascendental con un ser superior, mientras que ser religioso significa adoptar un cierto credo religioso o pertenecer a una iglesia. La espiritualidad se la puede definir de varias formas como sostiene Pargament (1999), muchos investigadores y laicos tienden a identificarla como un componente central de cualquier experiencia religiosa.

3.2. Religiosidad y espiritualidad

La literatura psicológica especializada viene diferenciando en los últimos años entre religiosidad y espiritualidad. Tendremos en cuenta las definiciones que nos parecen más apropiadas para el enfoque que estamos presentando.

Shafranske y Maloney (1990) definen la religiosidad como la representación, la adhesión a las prácticas y creencias de una iglesia organizada o institución religiosa, mientras que la espiritualidad es vista con una connotación personal y experiencial. De esta manera, la espiritualidad puede o no incluir la religión y puede manifestarse dentro o fuera de un contexto religioso. Veamos el contraste en la siguiente tabla:

Cuadro 2. Definiciones que destacan las características idiosincráticas de los conceptos “Religión” y “Espiritualidad”

Religiosidad	Espiritualidad
<p>Bellah (1970, p. 21).</p> <p><i>Un conjunto de formas simbólicas y actos que relacionan al hombre en las condiciones últimas de su existencia”.</i></p>	<p>Elkins, Hedstrom, Hughes, Leaf, y Saunders (1988, p. 10).</p> <p><i>Una forma de ser y experimentar lo que se produce a través de la conciencia de una dimensión trascendente y que se caracteriza por ciertos valores de identificación con respecto a sí mismo, la vida, y lo que se considera ser lo último de todo.</i></p>
<p>Argyle y Beit-Hallahmi (1975, p. 1)</p> <p><i>Un sistema de creencias en un poder divino o sobrenatural, y prácticas de adoración u otros rituales dirigidos a ese poder.</i></p>	<p>Doyle (1992, p. 302)</p> <p><i>Se refiere a la búsqueda de sentido existencial.</i></p>



Religiosidad	Espiritualidad
O' Collins y Farrugia (1991, p. 203) <i>Un sistema de creencia y de respuesta a lo divino, incluyendo los libros sagrados, rituales de culto, y las prácticas éticas de los adherentes.</i>	Hart (1994, p. 23) <i>La forma en que uno vive la fe en la vida cotidiana, la manera en que una persona se relaciona con las condiciones últimas de la existencia.</i>
Dollahite (1998, p. 5) <i>Una comunidad de fe, de la alianza, del pacto, de las enseñanzas y narraciones que mejoran la búsqueda de lo sagrado.</i>	Armstrong (1995, p. 3) <i>La presencia de una relación con un poder superior que afecta la forma en que uno opera en el mundo.</i>

3.3. Relaciones de religiosidad con miedo a la muerte

Una de las premisas que se ha aceptado como válida en los círculos cristianos es que los creyentes no debieran temer a la muerte. Swenson (1961), observó que aquellos que tenían una mayor actividad religiosa y creencias religiosas más arraigadas, tenían menos miedo a la muerte, y estaban más preparados para la muerte que aquellos que tenían escasa actividad religiosa. Posteriormente, otros estudios siguieron confirmando esta tendencia (Florian y Kravetz, 1983; Jeffers, Nichols, y Eisdorfer, 1961; Koenig, 1988; Templer, 1972; Thorson y Powell, 1989, 1990); Young y Daniels, 1980).

No obstante, Feifel (1959) encontró que aquellos individuos con creencias religiosas tenían más miedo a la muerte



que personas no religiosas. Christ (1961), sin embargo, no encontró ninguna relación entre religiosidad y miedo a la muerte. La falta de estudios concluyentes, y la contradicción de resultados, es una constante en la literatura.

Un estudio indicó que las personas que asisten regularmente a los servicios religiosos tienen menos ansiedad ante la muerte (Duff y Hong, 1995), mientras que otro estudio destacó que un fuerte compromiso religioso es un factor determinante en el miedo a la muerte (Spilka, Minton, y Sizemore, 1977). Spilka, Hood y Gorsuch (1985), utilizando técnicas de metaanálisis, encontraron que en 24 de 36 estudios realizados sobre miedo a la muerte éste fue menor entre personas religiosas, aunque otros no han encontrado relación entre miedo a la muerte y religiosidad expresada en términos de creencia en la vida después de la muerte (Feifel, 1974; Kalish , 1963; Templer y Dodson, 1970). Templer y Ruff (1975), y Young y Daniels (1981), sí constataron una relación positiva entre religión y miedo a la muerte.

Wink y Scott (2005), en un estudio longitudinal, encontraron que las personas que puntuaron alto en una escala de religiosidad, tenían menos miedo a la muerte que aquellas que estaban en los últimos años de la edad adulta. Smith, Nehemkis y Charter (1983), también encontraron una relación positiva entre

la edad y la asistencia a la iglesia y una relación negativa entre la edad y el miedo a la muerte.

Power y Smith (2008), en una muestra compuesta por estudiantes universitarios, encontraron una relación positiva entre la religiosidad y algunas medidas de ansiedad ante la muerte (miedo a la muerte, miedo a ser destruido, el miedo a la muerte consciente), y una relación negativa entre la religiosidad y miedo a lo desconocido.

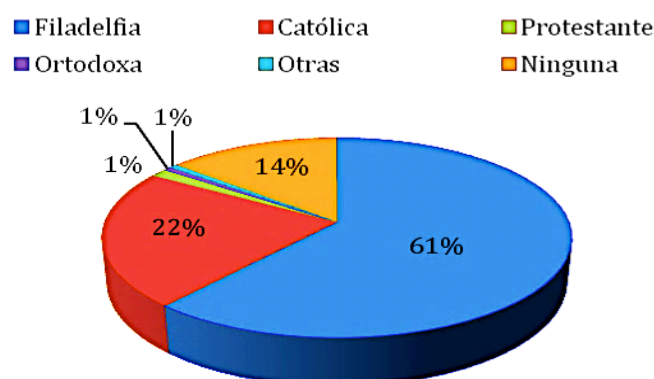
Bonelli y Koenig (2013), han examinado la literatura sobre la religión, la religiosidad, la espiritualidad y términos relacionados, entre los años 1990-2010 y que se han publicado en revistas de psiquiatría y neurología y han concluido que existe una buena evidencia de que la participación religiosa se correlaciona con una mejor salud mental en las áreas de depresión, abuso de sustancias y el suicidio; alguna evidencia en los trastornos relacionados con el estrés y la demencia, e insuficiencia de pruebas en el trastorno bipolar y la esquizofrenia , y no hay datos disponibles en muchos otros trastornos mentales.

3.4. La religiosidad gitana

Los gitanos, debido a su estilo de vida andariego y nómada, no tienen una religión oficial; vienen adoptando la religión o religiones del país en el cual residen. Los gitanos se

han adherido a la iglesia Católica, la iglesia Protestante, Hindú, Musulmana y Ortodoxa. Aunque han recibido influencia de estas religiones, los gitanos en su mayoría creen en supersticiones, la mala suerte, encantamientos, la lectura de las cartas, los espíritus y los fantasmas (Vivian y Dundes, 2004).

También encontramos multitud de religiones menos extendidas, minoritarias, con notable influencia sobre la actitud ante la muerte de sus seguidores y representativas de la identidad religiosa de minorías étnicas como el pueblo gitano. A efectos de esta investigación solo nos concentraremos en el cristianismo por considerar la religión con la que más se identifican los gitanos en sus dos vertientes representativas en España, las confesiones Católica y Evangélica.



Gráfica 2. Preferencia religiosa en población gitana española mayores de 16 años (Fuente: INE, 2011)



Como nos muestra la gráfica 2, la preferencia religiosa entre gitanos españoles de 16 y más años según datos del INE del año 2011, mostró un 61% de creyentes evangélicos de la iglesia de Filadelfia, mientras que en la iglesia Católica fue de 22%. Se demuestra además que solo un 14% no se identificó con ninguna religión, alcanzando las demás opciones tan solo un 1% de sus prosélitos (Fundación Secretariado Gitano, 2012). En los años cincuenta del siglo XX se inició en España un movimiento autóctono de tipo étnico-religioso, de corte pentecostal y de trasfondo Asambleísta (carismático), nacido en Francia por iniciativa de un pastor evangélico francés, Clément Le Cossec, quien comenzó a predicar entre los gitanos españoles desplazados al territorio francés a trabajar en la vendimia.



Ilustración 1. Bautismo colectivo de gitanos



A partir de 1959, la Misión Evangélica Gitana (MEG) comenzó a extenderse a otros países, como Gran Bretaña, Francia y principalmente a España, donde se instaló una comunidad gitana de gran tamaño, iniciándose el proceso de evangelización en 1963 impulsado por un grupo de gitanos convertidos en Francia.



Ilustración 2. Clément Le Cossec (en la primera fila a la izquierda y con las rodillas recogidas)

En 1968, Le Cossec fundó la MEG como un organismo independiente de las Asambleas de Dios. Negándose a aceptar la formación de pastores gitanos comenzaron entonces la capacitación de sus propios pastores. En el año 1969 nació la Iglesia Evangélica de Filadelfia en España extendiéndose a partir de entonces. *“Se producen conversiones multitudinarias en Barcelona, Balaguer, Madrid, Santander, Tarragona, Castellón,*



Mallorca, Teruel, Huesca, Valladolid, Zaragoza y da comienzo la obra en Andalucía” (Cantón, Marcos, Medina, y Mena, 2004, pp. 71-72) bautizando a sus adherentes de forma masiva. La rápida expansión de este movimiento en España fue especialmente significativa en la década siguiente.

En el año 1965 un gitano apodado “*Palko*” junto con 6 evangelistas se desplazaron al territorio español fundando años más tarde, la primera iglesia de Filadelfia en Balaguer en la provincia de Lérida y luego en otros puntos de misión de Cataluña y Casilla. Por estos años se desata una persecución religiosa por no contar con leyes sobre libertad de culto que les dejara predicar y abrir lugares de culto evangélico. Con todo esto en su contra, la iglesia Evangélica de Filadelfia, ha brindado un sentido nuevo a la búsqueda religiosa de los gitanos⁶ y generado una representación distinta de quienes se acogen a sus prácticas de culto y liturgia (Cantón et al., 2004). La Iglesia Evangélica de Filadelfia tomó su nombre de las palabras del último libro de la Biblia, el Apocalipsis, escrito por el apóstol Juan, discípulo de Cristo, antes de finalizar el primer siglo (96 AD). Juan, autor también del evangelio, escribe desde su exilio en la isla de

⁶ “Se iniciaba así un movimiento étnico y religioso que en tan solo unas décadas ha logrado transformar visiblemente el paisaje social familiar, político, laboral, religioso e ideológico gitano en muchos rincones de España y del resto de Europa. Los predicadores pronto dispersaron la nueva religión por toda la geografía peninsular, dejando congregaciones incipientes, pequeños grupos de oración, candidatos (aspirantes a pastores) y pastores allí donde llegaban. Pero fueron las zonas norte y noreste, sobre todo entre los gitanos catalanes donde esta singular forma de evangelismo llegó a cobrar fuerza más rápidamente”. (Cantón et al., 2004, p. 68).



Patmos con un lenguaje simbólico que advierte de la amenazas y peligros que los primeros cristianos habrían de afrontar por parte del imperio romano. Filadelfia es una de las siete iglesias o comunidades cristianas de primer siglo conformadas en lo que hoy corresponde a Turquía, llamándose a sí misma “Iglesia de Filadelfia”, iglesias localizadas en el imperio romano conocido como Asia Menor. El versículo lema de su misión y naturaleza se describe así: “*Mira ante ti dejo una puerta abierta que nadie puede cerrar, pues aunque tu fuerza es pequeña has hecho caso de mis palabras y no has renegado de mí*” (Santa Biblia, Apocalipsis 3: 8-9).

Adolfo Jiménez, un gitano pionero y testigo de la rápida expansión evangélica entre los gitanos españoles de aquella época, afirmaba que el evangelismo llegó a ser la Tierra Prometida de los gitanos: “*Hemos servido de refrán y burla... hemos sido esparcidos por las naciones. Ya no somos un pueblo sin esperanza, ni rumbo; ahora tenemos un futuro... Ahora ya tenemos patria y la esperanza de una morada fija*” (Jiménez-Ramírez, 1981, pp. 17-18).

En Andalucía, el crecimiento cuantitativo de la Iglesia de Filadelfia ha sido muy rápido, especialmente durante la década de los años ochenta y los noventa del siglo pasado. “*En 1998, dividida ya Andalucía en tres zonas cada una con su propio responsable de zona, las congregaciones habían pasado a ser 91,*

los fieles unos 10.500 y los pastores 226" (Cantón, 1999, pp. 189-190). La formación de la Iglesia de Filadelfia en la provincia de Málaga ha tenido dos áreas geográficas de misión, una en la Costa del Sol y la otra en la capital⁷.

Según Mandrik (2010), la iglesia de Filadelfia en el territorio español consta de 725 congregaciones o iglesias establecidas, 101.700 miembros y un total de 203.500 afiliados. La membresía se cuenta una vez el creyente haya sido bautizado. *"El movimiento Filadelfia es el cuerpo evangélico más grande en España con más de 200.000 personas asociadas a éste"* (Mandrik, 2010, p. 765).

La eficacia de este movimiento repartido en todo el territorio de España y también en Francia, Portugal e Italia, se ha producido debido al retroceso de las iglesias tradicionales, la naciente libertad religiosa y modernización que ha conseguido la iglesia Evangélica con su música, su estilo de culto participativo y

⁷ Un obrero de nombre Vicente procedente de Santander llega a Málaga y comienza en el año 1975 una iglesia en Fuengirola con un pequeño grupo de 15 personas. Una vez constituida la iglesia de Fuengirola, se inician las iglesias de Marbella en 1978-1979 y luego en San Pedro de Alcántara. De la iglesia de Fuengirola en el año 1988 unos predicadores de la primera iglesia de Fuengirola se dirigen también a la localidad de Cuevas de San Marcos, para hacer visitas y campañas al aire libre y con la ayuda del sacerdote católico del pueblo, les presta la parroquia para las reuniones, hasta que el Ayuntamiento les cedió un terreno ubicado en una barriada muy pobre y logran allí edificar la iglesia y la casa pastoral. Con la colaboración de las iglesias de la Costa del Sol se inician nuevas congregaciones en la ciudad de Málaga, y la iglesia de la Palmilla se constituye la primera iglesia en el año 1981. Antes de finalizar el año 2000 había trece iglesias establecidas en las siguientes localidades: Alhaurín, Antequera, Cuevas de San Marcos, Fuengirola, Marbella, Torre del Mar y siete iglesias en Málaga capital, en Palma, Palmilla, 4 de diciembre, Mármoles, la de calle de los Negros, Bercenillas y Plaza de la Merced (Gamella, 1996; Briones et al., 2010). Hoy día también hay congregaciones en la barriada de los Asperones, en la Virreina en la capital malagueña y en la Cala del Moral desde el año 2012.



su acercamiento a los problemas personales de sus feligreses. Todo esto ha despertado una nueva manera de concebir lo religioso que abre paso a nuevas representaciones que compiten con versiones anquilosadas del discurso religioso, en lo que Pierre Bourdieu denominó, “*el mercado de los bienes de salvación*” (Bourdieu, 1993).

Mena (2003), describe algunos de los pilares y valores fundamentales y doctrinales y eclesiales de este floreciente movimiento religioso autóctono:

La Iglesia gitana Filadelfia es una rama Pentecostal dentro del evangelismo protestante. El sistema doctrinal y práctico del Pentecostalismo lleva a los creyentes a propiciar y mantener viva la acción del Espíritu Santo en sus vidas, ordenar y dirigir sus acciones desde las enseñanzas literales bíblicas y a creer en la manifestación divina a través de dones o carismas: don de lenguas, profecías, sanaciones, etc. Este carácter carismático permite que los cultos gitanos condensen rituales y acciones simbólicas de tipo extático propiciadoras del «renacimiento» personal y comunitario. El auto-perfeccionamiento y la metodología de salvación que conlleva la conversión se dirige a todos los aspectos de la vida de los creyentes: familia, relaciones sociales, aspecto personal, gestión corporal, ética del trabajo, lenguaje, en resumen, un virtuosismo moral de tipo ascético que conforma un hábitus específico (p. 975).

Los procesos de asentamiento e integración de los gitanos en las últimas décadas, tras el apogeo de la vida urbana, han

abandonado el mundo agrario y rural tradicional, y han encontrado nuevas problemáticas y desafíos (drogas, marginación, desempleo, hacinamiento, analfabetismo, mercados insuficientes, explosión demográfica) ante la necesidad de encontrar una nueva identidad y generar cambio grupal (Ardévol, 1994; San Román, 1997). Esto ha supuesto una forma nueva de leer e interpretar el evangelio que congenia con la realidad social de la etnia gitana. Este movimiento le ha dado a un gran número de gitanos una nueva forma de verse a sí mismos, se sienten valorados, y dueños de su propia historia.

Los seguidores de la Iglesia de Filadelfia, llamados popularmente “aleluyas”, cuya expresión se utiliza frecuente en el léxico homilético del pastor, han propiciado procesos de integración social y cultural (San Román, 1999), huyendo así del anonimato, la marginación y la pobreza. La comunidad religiosa les permite conservar y promover sus valores de antaño, como son el respeto a los mayores, la virginidad de la mujer, la expresión emotiva a través de sus coros y su música, la sujeción al pastor (que representa al patriarca), el valor de la palabra y la unidad familiar (Cantón, 1999). El pueblo perseguido, pobre, discriminado y pecador, se ha convertido en el elegido por Dios (Gay y Blasco, 2000). La Iglesia de Filadelfia permite a sus prosélitos o “nacidos de nuevo”, que se sientan personas especiales en una fraternidad social y espiritual que los acoge,

constituyendo así *“una religión del corazón, que apela a sus necesidades emocionales y psicológicas”* (Fraser, 2005, p. 314).

Por lo que se refiere a la teología pentecostal⁸ gitana, la cual representa muchas denominaciones y una variedad de posiciones teológicas, una de las creencias unificadoras más específica entre estos grupos divergentes, es la experiencia conocida como el bautismo en el Espíritu Santo, subsecuente a la conversión del creyente (Johns, 1993; Warrington, 2008). Desde sus inicios, el movimiento pentecostal ha florecido sobre todo entre los pobres, en particular en población sin educación formal, los marginados, y excluidos de la sociedad y los oprimidos. Mientras que en ciertos países pobres el pentecostalismo está creciendo, de igual forma está penetrando entre clases y sectores económicos más privilegiados de clase media y alta en los últimas décadas, no limitándose ya únicamente a los "desheredados" (Suico, 2005). Aunque ha crecido de modo importante en España, sus seguidores siguen siendo una minoría en comparación con el número de católicos.

Las creencias del pentecostalismo varían según el continente, la tradición, la denominación, y/o la organización a que pertenecen. Un sesenta y seis por ciento de pentecostales

⁸ Son cuatro las doctrinas fundamentales que subyacen en el pentecostalismo, y los académicos coinciden en mencionar los énfasis principales que se resumen en los siguientes aspectos: la salvación, las sanaciones y milagros, el bautismo en el Espíritu Santo con la evidencia de hablar en lenguas (glosolalia), y la segunda venida de Jesucristo, que articula la columna vertebral de las convicciones pentecostales (Dayton, 1987; Warrington, 2008).



viven en países del tercer mundo o en vía de desarrollo, mientras que 87% en áreas muy pobres en el mundo, y el 71% pertenecen a población que no son de raza blanca. Pentecostales coreanos presumen de ser la iglesia más grande del mundo: *Yoido Full Gospel Church*, que se encuentra en Seúl, reporta tener alrededor de 700.000 miembros. Al igual que en América Latina, la expansión acelerada del pentecostalismo ha hecho que algunos lo vean como un desafío y amenaza a otras iglesias históricas predominantes (Burgess y Van Der Maas, 2002). En India, con una mayoría abrumadora hindú, se ha visto el repentino crecimiento de las mega-iglesias pentecostales, incluyendo la *New Life Fellowship* en Bombai y las Asambleas de Dios en Chennai y Bangalore (Hedlund, 2005). Se estima que para el año 2025, más del 80% de los Pentecostales vivirán en Asia (Burgess y Van Der Maas, 2002).

El pentecostalismo⁹ sugiere que solo los elegidos poseen los dones espirituales que circunscribe el plan de salvación en la acción de Cristo y la obra santificadora del Espíritu Santo, en la regeneración y proceso de cambio individual y comunitario (Mena, 2003). En la espiritualidad Pentecostal, la revelación no busca llegar únicamente a la mente sino también a las emociones,

⁹ El Pentecostalismo de origen metodista y anglicano han sido influenciados por el movimiento de santidad buscando la plenitud del Espíritu, culminando en el Avivamiento de la Calle Azuza de 1906. En el año 2006 se celebró, en la ciudad de Los Ángeles, su primer centenario con una semana de actividades y eventos que atrajeron a miles de pentecostales venidos de todo el mundo.



de tal manera que su teología puede ser identificada, por decirlo de alguna forma, como una “teología del encuentro”, es decir, de encuentro con Dios, con la Biblia y con la comunidad. *“Es una espiritualidad que espera tocar a Dios y ser tocado por él. Puede ser intensamente personal (yo-tú), a veces tiene una cualidad numinosa que resulta en un sentido de asombro y de una experiencia mística posibles”* (Warrington, 2008, pp. 21-22).

3.5. Gitanismo y miedo a la muerte

El gitano en general teme y respeta la muerte. Aquí es necesario puntualizar que la muerte, además de ser un hecho individual, es un hecho social, y como tal va sólidamente ligado y determinado por la sociedad en que se vive (Allué Martínez, 1993; Azoulay, 2001). Las actitudes ante la muerte varían según la sociedad o grupo étnico que estemos analizando y en nuestro caso estamos estudiando la población gitana.

El gitanismo como tal no es una religión. El concepto de la muerte del gitano se deriva de la teología Católica y a su vez de la teología Evangélica Pentecostal, que afirma que por causa del pecado de Adán y Eva, la humanidad ha quedado separada del favor y la gracia divina, entendiéndose por pecado, la ruptura con las normas dadas por Dios, quien es por ello castigado con la

muerte física y espiritual¹⁰, y echado del paraíso como consecuencia de la desobediencia de Adán y Eva a Dios su creador. La Iglesia Católica enseña que el ser humano nace contaminado por el pecado¹¹ (Romanos 5: 14-21), aunque Dios lo había destinado para no morir (Sabiduría 2: 23-24). En consecuencia, el ser humano le teme a la muerte y a morir.

Según el Pentecostalismo solo el vivir es Cristo y el morir es ganancia¹², el destino final de los que rechazan el ofrecimiento y expiación de Cristo por sus pecados, es ir al infierno si no se acoge al arrepentimiento antes de morir. Asimismo, después de la muerte no existe esperanza de salvación ya que solo queda el juicio final (Hebreos 9: 27): *“la única persona que no puede ser perdonada, es aquella que se rehúsa a pedir perdón”*¹³ (Warrington, 2008, p, 36). El miedo a la muerte se deriva de dichas creencias, en especial si el gitano siente culpa y remordimiento por cosas que haya hecho en su vida.

Algunas leyendas que han pasado de forma oral de una generación a otra entre los gitanos, relacionadas al concepto que en ciencia tenemos de lo paranormal, nos permiten entender las

¹⁰ Génesis 2:17; 3:3:3:19 ; Salmo 51:5; Romanos 3:23; Romanos 6: 23; 1 Corintios 15: 21-22; Efesios 2:3; Santiago 3: 9; 1Juan 3:4; 5:17. (Catecismo de la Iglesia Católica, 1994, pp. 284-287).

¹¹ Como resultado de dicho *“pecado original”*, el individuo tiene una inclinación hacia el pecado, que solo puede ser perdonado a través de la gracia de Dios por la fe y la determinación de seguir a Cristo, que transforma su estilo de vida y le permite compartir a otros su conversión personal.

¹² Filipenses 1: 21

¹³ 1a Juan 1: 9.



actitudes de éstos hacia la muerte. Creencias como “el mal de ojo” son aceptadas entre los gitanos, quienes creen que ciertas mujeres tienen el poder y la reputación para maldecir un bebé y causarle una desgracia, como que un niño enferme y hasta muera (Vishnevsky, 2008). “*Las madres intentan mantener a sus bebés alejados de mujeres que tienen la reputación de exorcizar el mal de ojo*” (McLane, 1987, p. 112). Los amuletos son usados de forma preventiva, como es el collar de castañas, granos de trigo, pan y sal, y la imagen de la Virgen, que pueden ser de ayuda, los lazos de color rojo en forma de pulsera, como también los talismanes, azules o negros, en forma de ojo con unos círculos concéntricos (Pancorbo, 2006).

Es posible que el alto sentido de respeto hacia los muertos entre los gitanos se deba, entre otras cosas, al miedo a la muerte. Si existe una palabra que repetidamente se utiliza por el gitano al referirse al mundo de los muertos, es la palabra *respeto*¹⁴. Algo muy importante para la idiosincrasia gitana, y que forma parte del respeto a los seres queridos que han fallecido, es la prohibición de hacer autopsias y no aceptar la donación de órganos¹⁵ o tejidos de sus seres queridos (Thomas, 1985). Esto

¹⁴ Éste se refleja en el hecho de conservar algunos objetos predilectos del difunto (por ejemplo un reloj, un anillo, los pendientes, el afilador de cuchillos, la guitarra, etc.), o en el hecho de rendir tributo a la persona que ha fallecido y cuya memoria se preserva haciéndola respetar por el mundo de los vivos (Williams, 2003).

¹⁵ Cuando muere un paciente, el médico no debe pedir a la familia gitana si los órganos pueden ser donados ya que esto podría ofender a la familia durante el tiempo de duelo.



está cambiando por los protocolos de los centros hospitalarios. Su negación se basa en la creencia de que el alma vuelve a recorrer sus pasos un año después de su muerte y todas las partes de su cuerpo deben estar presentes porque el alma se presentará en forma humana. Los gitanos creen que el cuerpo de una persona muerta es sagrado (American Red Cross, 2001).

El momento de la muerte y las últimas palabras del moribundo son muy valoradas y los parientes quieren estar presentes y escucharlas. La familia expresa su dolor en un ritual de formas muy variadas¹⁶. Estos rituales permiten al difunto prepararse apropiadamente para el viaje al otro mundo. No realizarlos constituye una falta de respeto y una ofensa contra el difunto y su familia. Constituiría un agravio y obligaría al espíritu a regresar para perturbar a la familia. Los gitanos creen que estas tradiciones son necesarias para asegurar una buena reencarnación. Si este ritual no llegara a realizarse el difunto podría regresar como ‘mulo’¹⁷, es decir, muerto en vida para causar problemas a la familia (Dollé 1970; Erdös, 1959;

¹⁶ Éstas pueden conllevar gritos, tirarse el cabello, golpearse contra las paredes o contra el suelo (Thomas, 1985). Un miembro de la familia enciende una vela debajo de la cama del paciente quien es situado próximo a la ventana. Algunas interpretaciones suponen que el alma necesita de una luz que le guíe el camino hacia el cielo o un mundo mejor (Galanti, 1997). Otra práctica frecuente consiste en dar un masaje con aceite en el cuerpo del difunto y aplicarle cera en las fosas nasales para evitar que los espíritus entren en el cuerpo, mientras los miembros de la familia hacen un círculo alrededor de la cama y le piden que les perdone de cualquier falta que hubiesen cometido.

¹⁷ Los testimonios apuntan a la creencia de que si la muerte ocurrió de forma violenta, o accidental, el difunto puede aparecerse inesperadamente en forma de ‘mulo’, que significa literalmente “el que está muerto”. Algunas de las preguntas que los investigadores se han hecho, es si el mulo es visible o invisible, si es un ser que adopta la misma figura humana del difunto, o si se manifiesta en forma animal, de espanto, de murciélago o de monstruo (Williams, 2003).



Robinson, 2002, Williams, 2003). Para algunos gitanos el miedo a los muertos, despertado al estar cerca de una persona recién fallecida, incluso de un familiar cercano fallecido en su casa, les lleva a preferir estar acompañados mientras duermen ante el temor de que el fallecido venga "*a ajustar cuentas*" (Vishnevsky, 2008). El gitano también conversa con sus muertos de la misma manera que lo hace con los vivos, e incluso consume bebidas en ciertas celebraciones religiosas sentado junto a la tumba de sus seres queridos fallecidos (ver día de los difuntos) o cuando estos cumplen años.

Para los gitanos la muerte adquiere un sentido trascendente, y por lo general en torno al muerto se reúnen todos los parientes, incluso los que viven lejos, de los cuales se espera que acompañen en la familia en el velatorio. El gitano haría cualquier esfuerzo para acudir sin importar la distancia. Por lo regular el cuerpo recibe una sepultura religiosa, pero las posesiones de la persona que ha fallecido son trituradas y las prendas de ropa quemadas. Para los músicos o guitarristas que fallecen se acostumbra a quemar su guitarra junto con otras prendas, mientras que su taza de café y su cafetera son



enterradas junto con el cuerpo del difunto¹⁸. Lo único que no se quema es su fotografía (Tong, 1989).

Las tumbas se diferencian notoriamente de las de los no-gitanos por los adornos florales y las inscripciones que se utilizan sobre las lápidas, que combinan no solo sentimientos íntimos, pero también abordan facetas muy personales de la persona fallecida, como por ejemplo, “*desde que te fuiste mis ojos no dejar de llorar*”; “*solo y echándote de menos*” (Williams, 2003, p. 16). Según Gay y Blasco (2001) para los gitanos el pasado pertenece a sus familiares difuntos, y por esto se muestran reticentes a discutir o hablar sobre sus parientes fallecidos, y prefieren eliminar, quemar o esconder cualquier objeto material que les recuerde a sus seres queridos.

El luto, vestirse de negro, constituye una señal visible y un atuendo imprescindible en la comunidad que rinde homenaje y respeto al difunto. Para el gitano significa una abstención de las actividades lúdicas¹⁹. Es costumbre entre los hombres dejarse crecer la barba, y entre las mujeres el uso de ropa negra con manga larga y velo negro atado bajo la barbilla, prescindiendo de joyas, adornos y maquillaje, dependiendo de la zona geográfica y

¹⁸ Una de las razones por las cuales las pertenencias del difunto son destruidas, tiene que ver con el hecho de conservar su necesidad de integridad, es decir: “el no pararse sobre las huellas que otro ha dejado, ni aún evocar el pasado y se debe tener un cuidado extremo de no alterar estas huellas de ninguna manera” (Williams, 2003, p. 12).

¹⁹ No escuchan música, no ven la televisión, no pueden entrar a un bar, no cantan, no bailan, y suspenden actividades laborales.



las tradiciones familiares. El mayor motivo de insulto a un gitano, por el respeto venerado, es maldecir a sus muertos. Éstos tampoco deben ser perturbados por la música o el ruido. No respetar el luto es una ofensa suficiente para justificar una disputa con sangre²⁰. El luto puede tener una duración de meses, incluso años, y hasta toda la vida en el caso de mujeres mayores enviudadas. *“Los sentimientos que se desencadenan con el duelo, no puede ser impuestos desde el exterior, y guardar el luto tiene que ser una decisión que surja de las emociones personales que sólo la persona en cuestión sabe realmente”* (Gay y Blasco, 2001, p. 638).

No podemos omitir hablar del *Cristo de los gitanos*, llamado en Málaga “El cautivo”, que en ciudades como ésta, así como en Sevilla y Granada destaca por la devoción que evoca, en ocasiones éxtasis, entre los gitanos católicos durante la Semana Santa. Éste es llevado en hombros por sus costaleros en el largo y estrecho recorrido de sus calles al compás de su música, tambores, bailes y cante gitano, que recrea el embrujo santo. La Semana Santa conmemora la muerte y resurrección de Cristo en procesiones y representaciones que se llevan a cabo anualmente en diferentes ciudades del territorio español, y de forma muy peculiar en la capital malagueña, estimulando los cinco sentidos

²⁰ “Las personas fallecidas son atesoradas y protegidas por encima de todo. El peor insulto que un gitano puede lanzar hacia otro es ‘cagarse en sus muertos’ y hablar de sus muertos, es una ofensa muy grave, suficiente para justificar la enemistad absoluta” (Gay y Blasco, 2001, p. 639).



del espectador al paso de los nazarenos, los penitentes y los embellecidos tronos que desfilan al compás de las saetas y aplausos de la multitud para ver a sus cofradías (Restrepo, 2013). El siguiente poema de José Manuel Garzón nos permite apreciar estos significados en la Semana Santa granadina para los gitanos andaluces:

*El Cristo de los Gitanos*²¹

Que bella eres Granada,
que hermosa es tu Alcazaba,
erguida como ciprés
en abismo te levantas.

La campana de tu torre
en silencio se relaja,
de alegría y pena
a ver a Cristo que pasa.
A los pies de tu colina
las aguas del río bañan,
mi antiguo barrio moruno
donde mi Cristo descansa.

Frente al palacio de la Alhambra
los gitanos ya te cantan,
con hogueras se iluminan
las fachadas de sus casas.

Por las siete cuevas suben
los gitanos de las zambras,
y en la lejanía se oyen
los acordes de sus guitarras.

²¹ Poema de José Manuel Garzón Rubio, Granada, su miércoles Santo y su Cristo de los gitanos, publicado el 22 de marzo, de 2011.

<http://cofradesdegranada.ideal.es/profiles/blogs/granada-su-miercoles-santo->



Garces-Foley (2006) sostiene que las prácticas funerarias incluyen entre otros rituales, en el caso de la iglesia Católica, el lavamiento del cadáver, la vigilia frente al ataúd, rezar el rosario o hacer oraciones por el difunto, el uso de las velas, música especial, el incienso, la utilización del agua bendita, abstenerse de ciertos alimentos, y utilizar ropa para la ocasión en tonos oscuros (tradición que está cambiando con los años). Según la religión Católica, *“una persona muere de forma adecuada si recibe los últimos sacramentos, la muerte supone el tránsito de una vida terrenal a otra vida eterna”* (Marí-Klose y De Miguel, 2000, p. 125). La velación del cuerpo puede ser llevada a cabo en la casa, la funeraria y luego en la iglesia realizarse la ceremonia religiosa, que va acompañada de la lectura de la Biblia con textos sagrados relativos a la muerte (ej. Una nueva morada (Juan 14: 13), la esperanza de la resurrección (1 Corintios 15), la recompensa de la vida eterna (2 Timoteo 4: 7-8) y las palabras de consuelo para los familiares y amigos (Salmo 23).

Un aspecto muy significativo y de amplia tradición en el catolicismo, particularmente en la cultura española, es la celebración del día de “todos los santos”, que se hace en memoria de los santos, conocidos y desconocidos, instituida por el papa Urbano IV, que se celebra el 1 de noviembre y que también lo celebran la Iglesia Ortodoxa, y las Iglesias protestantes

Anglicana y Luterana²². En los cementerios es común ver a las mujeres en estas fechas limpiando y preparando las lápidas de forma artística, con adornos florales como un homenaje a los seres queridos que han fallecido. El día 2 de noviembre se celebra el día de los difuntos en España, en los países de América Latina y entre la población hispana que vive en los Estados Unidos. Los vivos ayudan a los que fallecieron a dejar el purgatorio y llegar al cielo. Se celebran misas por las almas de los devotos y las familias preparan dulces y panes con motivos religiosos o figuras relacionadas con la muerte para celebrar la fiesta. Este carácter festivo, y la dinámica particular que se genera en cada cultura bien puede tener una función desensibilizadora para los niños, incidiendo en la reducción de su miedo a la muerte, y también la mujer, en algunas culturas tiene un rol especial²³. Por otra parte, muchos de los que celebran estos días santos mantienen una creencia muy sincera de que los espíritus de los muertos son genuinos y que, de hecho, regresan cada año a visitar (Bryant, 2003).

²² En lugares como Cádiz se celebra el 31 de octubre los "Tosantos", disfrazando puercos, conejos, gallinas frutas y verduras en los mercados de la ciudad, con cierto humor anecdótico a los hechos acontecidos durante el año. En Sevilla, se celebra el día de "Tozanto", una tradición de salir al campo con los amigos y familiares después de haber visitado a los difuntos en el cementerio llevándoles arreglos florales.

²³ Un estudio sobre la muerte y la etnicidad realizado por Kalish and Reynolds (1976), sostiene que la mujer en las diferentes culturas juegan un papel sobresaliente en la expresión del duelo mediante actos de servicio y afectividad que estrecha los vínculos familiares en los rituales fúnebres y festividades en torno a la muerte.

Otra importante celebración en víspera de la “Noche de Todos los Santos” es la “noche de Halloween” (contracción del término inglés *All Hallows' Evening*), también conocida como “Noche de Brujas” o “Noche de los Difuntos”. Es una fiesta de origen celta que se celebra principalmente en los Estados Unidos, Canadá, Irlanda, El Reino Unido y en países no anglosajones también en la noche del 31 de octubre. En sus orígenes, esta festividad intentaba estrechar las relaciones de este mundo con el otro, invocando la presencia de sus antepasados, combinando supersticiones y creencias de la edad media, en un ritual, vistiendo trajes y máscaras para ahuyentar a los espíritus malignos y dar la bienvenida a los buenos (Bryant, 2003).

Con rituales como éste lo único que queda tras la muerte de un gitano es la solidaridad, la lealtad y la complicidad de los vivos que se unen para sufragar sus miedos y frustraciones, y celebrar en silencio en torno al recuerdo de sus muertos, con la completa seguridad de que nada ni nadie los habrá de reemplazar, o les robará la frágil pero a la vez significativa historia de sus seres queridos, para que sus más allegados jamás ingresen en la memoria del olvido.



4. AFRONTAMIENTO RELIGIOSO Y SALUD

4.1. Definición de afrontamiento

El afrontamiento es uno de los conceptos que más se ha relacionado con el estrés y la ansiedad. Hombrados (1997) se refiere al afrontamiento como el intento de extraer recursos de la falta de recursos, sacar fuerzas de la flaqueza, frente a la amenaza de un elemento estresor que se presenta como dañino, amenazante o desafiante, llevando al individuo a valorar los propios recursos para encararla.

4.2. Afrontamiento religioso

Existen numerosas publicaciones de carácter científico sobre “*religious coping*”, es decir, afrontamiento religioso. Desde una perspectiva religiosa este tipo de afrontamiento puede tener diferentes formas, como dirigir oraciones a Dios o a un ser superior, la meditación como una forma de acercamiento religioso, la lectura de textos religiosos, espirituales o sagrados, la asistencia y participación en ritos religiosos, la obtención de ayuda, consejo o dirección espiritual, etc. Más de 60 estudios han examinado el rol que la religión juega en el afrontamiento en

condiciones de salud tales como la diabetes, el trasplante de un riñón, un cáncer terminal, el trasplante de corazón, el SIDA, los dolores crónicos, etc. (Pargament, Kennel, Hathaway, Grevengood, Newman, y Jones, 1998).

Quizás el modelo teórico más influyente sobre el afrontamiento sea el desarrollado por Kenneth Pargament (1997), quien define el afrontamiento como el "*proceso continuo de cambio a través del cual el individuo intenta manejar con un significado muy personal o situacional, las demandas en su vida*" (1990, p. 198). Podríamos, en consecuencia, afirmar que las personas tienen algún tipo de sistema de orientación coherente que proporciona una manera de ver el mundo y hacer frente a situaciones estresantes y concretas de la vida.

Pargament (1997) ha clasificado los patrones de afrontamiento religioso, en patrones de afrontamiento positivo y patrones de afrontamiento negativo. Se habla de patrones de afrontamiento religioso positivo en asuntos como: el perdón religioso, la búsqueda de asistencia y colaboración religiosa, en la conexión espiritual, la purificación religiosa, o participar de actos benéficos que permiten una reinterpretación religiosa favorable. El afrontamiento religioso positivo tiene que ver con la expresión de los sentimientos de espiritualidad, de una relación segura con Dios, la creencia de que hay un propósito en la vida y un sentido de conexión espiritual con los

demás. Los patrones de afrontamiento religioso negativo, por el contrario, se refieren a la desconexión espiritual, a la re-evaluación de la situación en términos del castigo de Dios, al descontento interpersonal religioso, a la re-interpretación del poder de Dios, a la expresión de una relación incierta con Dios, una tenue visión del mundo y un conflicto religioso en el mundo en busca de significado.

Muñoz (2003) afirma que los acontecimientos de la vida, positivos o negativos, sirven en numerosas ocasiones para cambiar la noción personal del mundo a partir de las modificaciones de las creencias prácticas, sentimientos, relaciones, grupo de pertenencia y referente religioso que un individuo posea. Ante un acontecimiento negativo se reformulan las creencias en una nueva perspectiva, elaborando una nueva interpretación del suceso, valiéndose de su referente religioso, por ejemplo cuando la percepción de dicho suceso está asociada a la noción que se tenga de Dios, por ejemplo como el que castiga o premia, y en función de ello se reformulan las creencias para explicar dicho suceso. Sin embargo, también encontramos que mientras que unos estudios sugieren que, ante situaciones incontrolables, se evocan sentimientos de enojo hacia Dios, o sentimientos de abandono por parte suya de la comunidad, otros indican prevalencia de expresiones emocionales positivas a

pesar de estar viviendo un acontecimiento negativo o estresante (Koenig, 2005)

Dependiendo de la implicación del individuo en el proceso de manejar los asuntos religiosos, Pargament (1997), argumenta que hay tres formas de afrontamiento religioso: (1) Afrontamiento pasivo, en el que se cede la responsabilidad a Dios y el individuo es pasivo, (2) el enfoque de colaboración, en el cual la resolución de problemas y la responsabilidad es compartida, existiendo una alianza entre el individuo y Dios, (3) y la auto-dirección, es decir la creencia de que Dios dota a la persona con las habilidades para resolver problemas y la persona (activa) utiliza dichas habilidades²⁴. Las personas que utilizan la forma de afrontamiento auto-dirigido, recurren a la religión aunque no sienten necesariamente una relación estrecha con Dios (Pargament, 1997; Pargament et al., 1988). Estos autores señalan también que el afrontamiento de colaboración es el más conveniente y efectivo, mientras que el afrontamiento pasivo y el afrontamiento auto-dirigido han dado lugar a resultados contradictorios.

Como afirman Folkman y Lazarus (1985), el individuo responde a las amenazas hacia su propia salud con un

²⁴ Un estudio sistemático con 58 pacientes con cáncer mamario al preguntársele sobre el papel de la religión como afrontamiento de su enfermedad, 83% usó expresiones emotivas positivas, solo el 17% se refirió en forma negativa hacia la religión. Esto es consistente con otros estudios hechos con una muestra más amplia entre pacientes clínicamente enfermos (Koenig, 2005).



comportamiento de afrontamiento cognitivo y conductual a modo de esfuerzo por manejar las demandas específicas, externas y/o internas que se perciben como impuestas o superiores a los recursos que la persona tiene. Los mecanismos de afrontamiento se activan como resultado de las evaluaciones cognitivas o juicios que hacemos hacia lo que estamos afrontando de forma estresante, lo que representa una de las siguientes alternativas: (1) una amenaza de daño o pérdida, (2) un reto con posibilidad de crecimiento, o (3) algo beneficioso, (Bjorck, 2007; Folkman y Lazarus, 1985). Esta evaluación depende de una serie de factores cognitivos, incluyendo las creencias sobre nosotros mismos y del mundo que nos rodea, así como el significado y el valor que damos a los acontecimientos y a las personas. Por lo tanto, implica hacer frente a nuestra comprensión de un evento, algo que puede ser facilitado u obstaculizado por las creencias y prácticas religiosas. Las respuestas de afrontamiento impactan los efectos que puedan tener una situación en la salud física y mental de un individuo (Heilman y Witztum, 2000; Kreitler y Kreitler, 1991).

En un estudio realizado con 577 personas enfermas y hospitalizadas de 55 años o más (Koenig et al., 1998) se examinó la relación entre 21 diferentes tipos de afrontamiento religioso y la salud mental y física. Los autores concluyeron que las

conductas de afrontamiento religioso relacionadas con una mejor salud mental eran al menos tan fuertes, si no más, que los que no tenían conductas religiosas de afrontamiento. Las conductas religiosas de afrontamiento que se asociaron con una mejor salud mental implicaron una revalorización de Dios como benévolo, patrones de colaboración con Dios, y ayuda religiosa a los demás. Revaloraciones acerca de Dios como castigo, revaloraciones relacionadas con la participación de fuerzas demoníacas, y descontento espiritual, se asociaron con una menor salud física y mental. De los 21 comportamientos de afrontamiento religioso, 16 se relacionaron significativamente con un mayor crecimiento psicológico, 15 se relacionaron con mayor cooperativismo, y 16 estaban relacionados con un mayor crecimiento espiritual.

El grado por el cual la religión es usada como método de afrontamiento varía dependiendo del estresor sin importar la cultura que se esté estudiando. Shrimali y Broota (1987) compararon estrategias de afrontamiento entre tres grupos de hindúes de la India que se sometieron a cirugía de alto riesgo y lo compararon con un grupo de bajo riesgo. Un grupo de 30 pacientes de bajo riesgo fue programado, un segundo grupo de 30 pacientes fue programado para cirugía de alto riesgo y un tercer grupo de 30 sujetos fueron reclutados como grupo de control. La creencia en Dios fue más alta entre los sujetos

programados para cirugía de alto riesgo. Después de la operación, sin embargo, el nivel de creencia en Dios disminuyó en el grupo de alto riesgo, mientras que no hubo cambios en los otros dos los grupos.

Además del factor geográfico, la religiosidad también se ha relacionado con bajos niveles de depresión (Smith, McCullough, y Poll, 2003), disminución de la ansiedad (Plante, Yancey, Sherman, Guertin, y Pardini, 1999), incremento del optimismo (Sherman et al., 2001) y capacidad de perdonar (Edwards et al., 2002).

La función que desempeña el elemento religioso como recurso de afrontamiento para hacer frente a situaciones relacionadas con la muerte, ha sido examinado de forma muy específica por Beit-Halamy y Argyle (1997), los cuales proponen la consideración de la religión como una actitud y como tal compuesta de las tres dimensiones clásicas: una cognitiva entre las que situaríamos las creencias religiosas; otra comportamental, que comprende los comportamientos religiosos, los rituales institucionalizados y los rituales convencionales y, por último, una dimensión afectiva, más asociada al vínculo entre el hombre y la trascendencia.

Entre los casos más comunes de afrontamiento religioso, se han estudiado las variables de orar/rezar a Dios o el de



encender una lámpara (83%) en sujetos de diferentes religiones. Estas expresiones religiosas de afrontamiento se incrementaron en la medida en que la salud empeoraba en los sujetos que fueron objeto de estudio. Se demostró que el 58% consideraban sus creencias religiosas una parte integral de sus vidas y un 50% observaron que la religión era fuente de bienestar, fortaleza y guía personal en momentos de estrés (Rammohan et al., 2002). Si bien las prácticas religiosas consisten en una variedad de comportamientos, la asistencia a la misa o al culto y la oración han sido estudiados con mayor frecuencia (Blumenthal et al., 2007; Taylor, Chatters, y Levin, 2004).

4.3. Afrontamiento religioso y salud

¿Existe una relación entre religión/espiritualidad y salud? ¿De qué manera la religión o la espiritualidad pueden mejorar la salud de un individuo? Son preguntas que los investigadores se han hecho en las últimas décadas y de forma concluyente se han identificado por lo menos cinco mecanismos causales en los que la participación religiosa o espiritual podría conducir a una mejor salud (Ellison y Levin, 1998; Levin, 1996; Levin, Chatters, y Taylor, 2005; McFadden y Levin, 1996; Oman y Thoresen, 2002; Pargament, 2002). Cuatro de estos mecanismos han sido ampliamente reconocidos por psicólogos así como por otros

científicos: conductas de salud, estados psicológicos, afrontamiento, y apoyo social.

4.3.1. Conductas de salud

Grupos religiosos o espirituales, orientados por determinados sistemas de creencias y doctrinas, pueden desalentar, por ejemplo, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, o fomentar el ejercicio, la utilización adecuada de servicios de salud, u otras prácticas de salud positivas de respeto por el cuerpo (Aaron, Levine, y Burstin, 2003; Koenig et al., 1999; Peltzer, 2004).

Actividades religiosas, tales como asistencia a la iglesia se asocian con baja morbilidad y mortalidad. Ellison y Levin (1998), McCullough, Hoyt, Larson, Koenig y Thoresen (2000), y Omán y Reed (1998), han encontrado que una mayor frecuencia de asistencia a actividades y encuentros religiosos (cultos, misas, sesiones espirituales) se asocian con una mejor presión arterial, disminución de la mortalidad por causas específicas para la enfermedad arterial coronaria, menor incidencia de la discapacidad física, y una menor mortalidad por todas las causas.



4.3.2. Los estados psicológicos

La participación de un individuo en actividades religiosas o espirituales puede fomentar una mejor salud mental y también estados psicológicos más positivos como la alegría, la esperanza y la compasión, con lo cual mejora la salud física a través de la reducción de la carga excesiva que se presenta en los sistemas orgánicos como consecuencia del estrés (McEwen, 1998)²⁵.

Otros estudios han mostrado actitudes más positivas hacia la muerte en personas religiosas vs. no religiosas (Alvarado, Templer, Bresler, y Thomas-Dobson, 1995). Los rituales religiosos generan sentimientos positivos facilitando la apertura y el apego emocional hacia otros (McFadden y Levin, 1996; Watts, 2007). La participación e implicación en grupos religiosos está vinculada a mecanismos que relacionan la religión con la salud de forma explícita, incidiendo en una reducción de la ansiedad y un mejor sentido de significado y propósito en la vida, crecimiento personal, dominio y control individual (Pargament et al., 1990). Además provee bienestar y seguridad existencial y ayuda a la persona a crear percepciones positivas hacia sí mismo y hacia los otros; a afrontar el sufrimiento o el dolor de manera efectiva, reduciendo la incertidumbre, creando esperanza y optimismo (Chatters, 2000; Krause et al., 2002; Musick,

²⁵ Esta "carga alostática", consiste en un dispositivo de protección que activa el sistema endocrino y el sistema inmune preparándolo para afrontar el estrés de una determinada situación.



Traphagan, Koenig, y Larson, 2000). James y Wells (2003) proponen que las creencias religiosas pueden proporcionar sentido de significado, control percibido y previsibilidad, sobre todo en momentos de mucho estrés. Koenig et al. (2001) señalan que las necesidades de sus pacientes moribundos se expresan en formas diversas como estar en paz con Dios y con quienes les rodean, hacer los preparativos para la vida en el más allá, y asistir y participar en los rituales requeridos por la religión a la que se pertenece. A su vez se incluyen, entre otros, la búsqueda de significado, perdonarse a sí mismo y a otros y despedir a los seres queridos en paz y armonía.

4.3.3. Afrontamiento

La participación religiosa o espiritual puede fomentar formas más eficaces, más saludables y efectivas, de afrontar los acontecimientos estresantes, conduciendo así a la mejora de la salud física (Mikulincer, Shaver, y Pereg, 2003) al reducir conductas desadaptativas para la (por ejemplo, controla el abuso de sustancias adictivas) y la mejora en los estados psicológicos (por ejemplo, la reducción de la ira crónica).

4.3.4. Apoyo social

La religión y la espiritualidad pueden promover la participación en grandes y más fuertes redes sociales y de ese

modo aumentar la probabilidad de recibir apoyo social en momentos de tensión. Es por ello un factor beneficioso reconocido de protección de la salud que permite además afrontar factores estresantes (Cohen, Underwood y Gottlieb, 2000). El apoyo social puede aliviar el impacto de la valoración del estrés, proporcionando una solución al problema, reduciendo la importancia percibida del problema, o proporcionando una distracción. También podría facilitar conductas saludables como el ejercicio, la higiene personal, alimentación adecuada, descanso, o la adhesión a los tratamientos sugeridos por los médicos (Cohen y Wills, 1985; House, 2002).

Algunos ejemplos de la influencia religiosa sobre la base de los comportamientos de salud incluyen: prohibiciones en relación con el uso excesivo de nicotina, el alcohol o el abuso de las drogas y en algunos casos las prescripciones sobre una dieta saludable (Baetz, Bowen, y Jones, 2006).

Además, es posible que las creencias y prácticas religiosas y espirituales puedan promover la salud mediante el aumento de la satisfacción con la vida y la felicidad personal y la disminución de los pensamientos negativos de un individuo y las emociones asociadas con acontecimientos vitales traumáticos y estresantes (Ellison, 1991).



5. RASGOS DE IDENTIDAD DE LA POBLACION GITANA

5.1. Breve historia de los orígenes del pueblo gitano

Los gitanos son conocidos bajo diferentes nombres: Romaní, Roma²⁶, Sinti, Manouches, Romanichals, Kalo, etc. "Roma", es cada vez más utilizado como un término genérico, en la Europa del este (Kalaydjieva, Morar, Chaix, y Tang, 2005; European Commission, 2011). Quizás en favor de evitar prejuicios y palabras discriminatorias, y con el fin de identificarlo como un grupo étnico distinto, diferentes escritos de autores romaníes y otras referencias, prefieren el término *romaníes* o *pueblos gitanos*, en lugar de *gitanos* o *viajeros* (Alt y Folts, 1996; Fraser, 2005; Oakley, 1983). El presente trabajo utiliza la terminología recomendada por la Unión Romaní de España: "Roma" como un término general, "romaní" por la forma singular del genitivo femenino, que significa "de los gitanos" o "característica de la comunidad gitana" y "Roma/gitanos" o "Roma", al referirse a los gitanos españoles. Cuando no hay una

²⁶ "Roma" (término elegido en el 1er Congreso Mundial Romaní celebrado en Londres, en 1971, donde se adoptó la bandera, el himno y el día Internacional del pueblo gitano). Los gitanos españoles pertenecen, junto con los gitanos del sur de Francia, al grupo conocido como "Calé", que en general ha adoptado el lenguaje, las costumbres y la religión de las poblaciones mayoritarias entre las que viven. Ellos hablan caló, una lengua que conserva el vocabulario básico de romaní, pero adoptó la estructura gramatical del español.

explicación adicional se proporciona, "*Roma del este*" que se refiere a la Roma de Centro y países de Europa del este (Open Society Institute, 2002).

Para algunos el apelativo de "gitano" puede llegar a ser ofensivo, derogatorio y peyorativo en particular en los países del este de Europa. Sin embargo por motivos de la bibliografía, y las características propias de la muestra que se ha utilizado en esta investigación, mantendremos el término *gitano* ya que para este conglomerado no representa amenaza sino todo lo contrario, es motivo de orgullo y el gitano es gitano y no se avergüenza de sus tradiciones y costumbres. Se estima que entre 10-12 millones de gitanos²⁷ y "travelers" o nómadas habitan en Europa (European Commission, 2011; Kalaydjieva et al., 2005).

Los antropólogos definen a la población gitana como un grupo étnico que proviene originalmente del norte de la India y se asienta en Europa en el siglo XV. Se cree que hoy en día muchos mantienen algo de su estilo de vida itinerante y su organización tribal. La población más numerosa de romaníes se localiza mayormente en el este de Asia y de los países europeos, con una mayor concentración en Turquía, con cerca de 2.750.000, y en Rumania con aproximadamente 1.850.000, y Bulgaria con 750.000 (European Commission, 2011). Existe

²⁷ Aunque el pueblo gitano se puede encontrar en los Estados Unidos, en Europa Occidental, y en Asia, etno-ligüísticamente los romaníes comparten un núcleo del lenguaje común Hindi/sánscrito (Cohn, 1973; Brearley 1996).



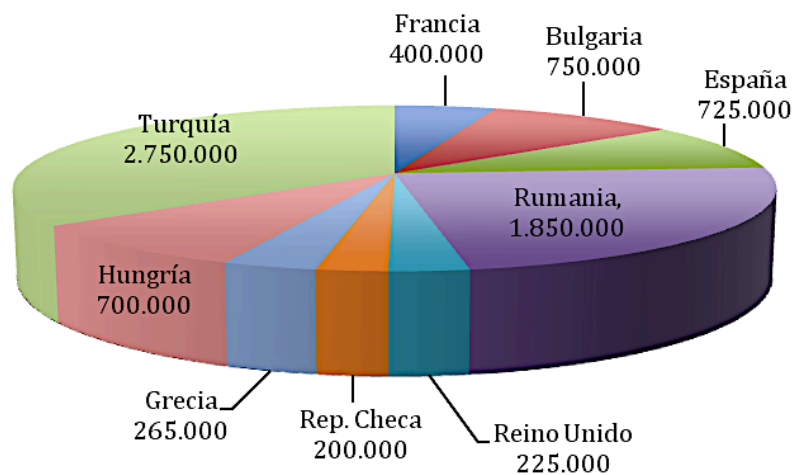
evidencia antropológica y etnolingüística que defiende que la emigración se originó en el noroeste de la India a partir del siglo XI, y se ha podido establecer una relación estrecha con la lengua²⁸ de los gitanos, el Caló o Romaní (Fonseca, 1996; Cantón et al., 2004). Sin embargo, los más de 100 dialectos del romaní muestran los sorprendentes caminos que los diversos grupos de romaníes han tomado en sus viajes (Brearley, 1996).

Liégeois (1987), se refiere a la aparición de los gitanos desde la Edad Media, ya que en Grecia se les conocía, describiéndolos, del siguiente modo: *“una secta herética procedente del Asia Menor cuyos miembros tienen la reputación de practicar la adivinación y la magia y reciben el nombre de Atsinganos, nombre que va a atribuirse a grupos de itinerantes procedentes del este y que se conservan en distintos países (Tsiganes en Francia, Zigeuner en Alemania, Sigoyner en Noruega, Zingari en Italia, Ciganos en Portugal, etc.) [...] Se desplazan en grupos con mujeres y niños encabezados por un jefe [...], poseen caballos, a veces carros para su equipaje y enseres, y dicen ser peregrinos o penitentes, lo que les permite subsistir gracias a las limosnas privadas y públicas”* (Liégeois, 1987, p. 30, 31). Los gitanos se fueron asentando en diferentes países manteniendo

²⁸ En el dialecto romaní se encuentran vestigios de lenguas del oriente medio, el armenio, el persa, y el kurdo entre otros (Cohn, 1973). Feder caracteriza a este grupo como de naturaleza heterogénea, cambiante y adaptativa a nuevas culturas y lugares en sus viajes (Kenrick y Puxon, 1972; Feder, 1989; Fonseca, 1996).



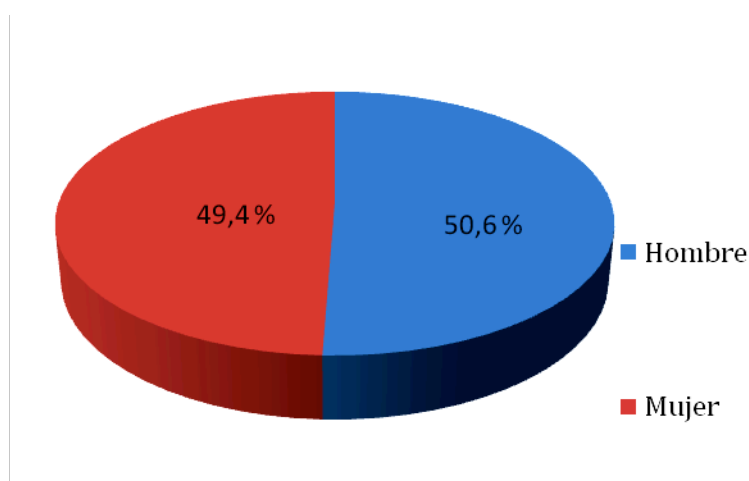
un hábito itinerante, contrario a otros que conservaron un carácter cuasi-sedentario, dedicándose a labores artesanales como la herrería, la compra y venta de caballos. Sus desplazamientos adquirirían forma de éxodos masivos, especialmente hacia el continente europeo en busca una mejor vida o en algunas ocasiones huyendo de la persecución o de la guerra, como ocurrió en la II Guerra Mundial (Liégeois, 1987). La gran diáspora gitana tuvo lugar, principalmente, en la segunda mitad del siglo XX. Las estimaciones son de unos 250.000 gitanos desplazados del este al oeste europeo entre 1960 y 1997 (Fraser, 2005).



Gráfica 3. Países con mayor índice de población gitana en Europa, (basado en un documento del Concilio Europeo de Roma y viajeros, año 2011)



La comunidad gitana se encuentra entre las minorías étnicas más numerosas en España. Habita en la península Ibérica, desde hace más de quinientos años y se estima que hay entre 725.000 y 970.000 personas. Las cifras no son exactas, ya que una gran mayoría se niega a revelar su identidad étnica en los censos oficiales de población por temor al rechazo y discriminación. Esto supone entre el 1,57% y el 2,1% de la población total, entre las cuales el 45% habita en Andalucía y se ubican principalmente en los grandes núcleos urbanos (European Commission, 2011; FSGG, 2010). Según censo de habitantes del año 2011, la distribución de la población gitana en España, según el sexo, es de 50.6 % hombres y 49.4 % de mujeres, mientras que la población en general es de 49.3% de hombres y 50.7 % de mujeres (FSG, 2012).



Gráfica 4. Población gitana española por sexo



En cuanto a la población juvenil gitana, se ha podido determinar que la edad media en la población gitana de España es 28.1 años, mientras que en la población general es de 41.3 años y el porcentaje de población de 15 a 29 años es de 31.03, mientras que en la población general es de 17.96 (FSG, 2012). Aunque el 91.4% de la población gitana de 16 y más años ha ingresado en el sistema educativo español, en alguno de sus niveles, el 81.4% deja los estudios antes de terminar la secundaria (FSG, 2012). A nivel europeo, la mayor parte de gitanos la encontramos en países del este de Europa, principalmente Turquía y Rumanía (Comisión Europea, 2011) (ver Gráfica).

5.1. Tradiciones y costumbres

Hablando del conglomerado gitano en España, Gamella (1996) afirma que “los Calé” o gitanos, conforman una de las minorías étnicas más importantes de la Península Ibérica por su singularidad, sus tradiciones y costumbres. La población gitana es muy heterogénea, y a pesar de la preservación de sus raíces comunes y de la identidad, existen muchas variaciones en el estilo de vida, costumbres²⁹ y creencias, niveles de educación y

²⁹ Los rasgos autóctonos de este grupo étnico están reflejados en la manera de hablar, la preferencia hacia ciertos oficios como la venta ambulante, el comercio de todo tipo de género (tejidos, calzado, frutas, verduras etc.), montando puestos de mercadillo por pueblos y ciudades, la forma peculiar de vestirse y peinarse y la manera como se relacionan entre sí, (formas de actuación) lo que los hace únicos y diferentes a cualquier otro grupo étnico (San Román, 1986).



estatus social y económico entre las comunidades de diferentes partes del país. La comunidad gitana tiene sus propios derechos, privilegios legales y oportunidades, no así los grupos de inmigrantes y refugiados que compiten por un lugar en la sociedad española y por un reconocimiento oficial ante las autoridades estatales.

Existen estereotipos diversos, en su mayoría negativos, cuando nos referimos a los gitanos andaluces. Ésos estereotipos recogen la imagen social de los gitanos y contribuyen a transmitir, de unas generaciones a otras, actitudes negativas hacia la comunidad gitana (Sánchez-Muros, 2008). Sin embargo, investigaciones diversas destacan su espíritu hospitalario, alegre y artístico (el flamenco, la danza y la guitarra), el cuidado y respeto de sus mayores, su capacidad para la improvisación, la fidelidad y pureza de la mujer gitana, el elevado sentimiento comunitario, el espíritu solidario, el desapego de los gitanos respecto a los bienes materiales y su habilidad para “*buscarse la vida*” (Iglesias de Ussel y Ruíz-Rico, 1980; Garrido-Almiñana, 1998).

El rol de la mujer casada se podría resumir en las palabras de Gay y Blasco (2011) al definir la gitaneidad de la mujer como el saber comportarse correctamente, es decir, “*como debe ser*” (p. 450), que en términos gitanos, significa la protección de su virtud sexual y ser obediente a su marido, como también saber

mantener, cuidar de su casa y ser una proveedora eficiente. Según Liégeois (1998) y Fernández-Enguita (1999) se espera que la mujer gitana sea casta, fértil, esmerada y trabajadora, pura de espíritu y de honra, que se entregue a su marido y a la crianza de sus hijos, que sea complaciente y sirva a los hombres de su propia familia conyugal, y debe mostrar voluntad de pasar inadvertida ante otros hombres con el fin de conservar la honra y respeto ante sus mayores.

Uno de los grandes problemas que enfrenta la mujer y que explica, en parte, el fenómeno del absentismo y abandono escolar entre las chicas, es la influencia que ejerce la tradición cultural y las expectativas familiares sobre las mujeres gitanas de que se dediquen a las tareas domésticas (Asensio, 2011).

En cuanto al rol masculino de autoridad, que por lo general se ejerce en la comunidad gitana, García (2004) la describe de la siguiente manera:

La masculinidad hegemónica gitana puede resumirse en el modelo del Padre gitano. El Padre gitano ocupa la posición central en la vida gitana, centralidad que empieza en la familia y que llega a todo el grupo cuando el ideal del buen hombre, defensor de su familia y tradición, recae en la figura del cabeza de familia: ocupa la posición del privilegio, 'Dios de la casa' y poseedor de la palabra que merece la atención y cuidados del resto del grupo; ocupa la posición del propietario, teniendo que hacerse cargo del sustento y control de mujeres y progeñe como si fueran suyos; y ocupa la posición



de lo normativo, pasando por él la adecuación cultural al ser observador y poseedor de la ley gitana (p. 13).

Según una encuesta llevada a cabo en el año 2006 por el *Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)* entre 1.610 hogares de población gitana, los problemas que tuvieron una mayor repercusión en la población gitana, y que fueron planteados como pregunta de respuesta libre fueron el paro (38'1%), la discriminación o desconfianza ante el gitano (23'6%), el racismo (23'0%) y la vivienda (18,5%). Asimismo, la pobreza sería otro de los mayores problemas al sumar "problemas de índole económica", "empleo precario", "marginación", "pobreza" y "problemas de índole social" (entre los cuatro suman 20,5%)³⁰.

Queremos prestar especial atención al hecho de que estas condiciones de vida difíciles que aquí se describen, hacen que sean objeto de una atención pastoral específica por parte de las Iglesias Católica y Evangélica de nuestro país, ya que muchos pertenecen a una de estas dos instituciones religiosas.

5.2. La salud en la población gitana

Por regla general los gitanos y gitanas conciben la salud como la ausencia de enfermedad y la enfermedad como una

³⁰ *Encuesta sociológica a hogares de la población gitana*, Estudio del CIS nº 2.664, Octubre 2006. En www.cis.es.



situación potencialmente relacionada con la muerte (Lagunas, 1999). Esta manera de entender la salud y la enfermedad tiene algunas limitaciones como es la dificultad de realizar tareas de actuación en salud preventiva y en el diagnóstico de enfermedades en sus inicios. Por otro lado, cuando desaparecen los síntomas de una enfermedad, los tratamientos terapéuticos son abandonados así como las visitas periódicas al profesional de la salud, con la idea errónea de que también ha desaparecido la enfermedad (Lagunas, 1999; Fundación Secretariado General Gitano y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). Existe la tendencia entre la población gitana a atribuir una buena salud a una buena apariencia física, la cual normalmente se mide en tener cuerpos robustos que por lo regular exceden el peso normal. Un buen peso es una buena señal de salud y afluencia (Sutherland, 1986, 1992). Esto puede ocasionar frustraciones a los profesionales de la salud ya que muchos problemas de salud se derivan de la obesidad (Leininger, 1985).

En general, los gitanos no se oponen a visitar al médico o a ser vacunados, pero un pequeño número de ellos no creen en la inmunización para sus hijos. En cambio, los gitanos ponen su fe en la protección de las enfermedades que la medicina popular puede dar a sus niños debido a las costumbres y prácticas ancestrales. A menos que estén gravemente enfermos, la mayoría de los gitanos acuden al consejo de sus mayores para tratar

enfermedades, a pesar de que la vacunación es necesaria para la asistencia al colegio y dado que hay un alto número de gitanos no escolarizados, muchos menores permanecen sin protección de enfermedades prevenibles (Vivian y Dundes, 2004).

Aunque aún prevalece la práctica del autodiagnóstico/curación en la comunidad gitana en el tratamiento de aquellas dolencias menores que pueden ser tratadas por las mujeres gitanas (madres y abuelas), se cree que ciertas enfermedades se encuentran fuera del alcance del médico o del especialista, y se dirigen al practicante gitano que utiliza hierbas y medicamentos caseros (Sutherland, 1992). Sin embargo, hoy día existe una mayor confianza entre los gitanos hacia el médico y el farmacéutico para el tratamiento de enfermedades graves y la utilización de los servicios sanitarios de urgencias, donde aprenden las normas del hospital, cómo moverse y cómo conseguir lo que quieren³¹. Un estudio concluyó que los gitanos reciben mejor atención médica de los centros urbanos que otras minorías étnicas ya que han descubierto formas eficaces de utilizar los servicios médicos (Salloway,

³¹ El papel de la religión en la Iglesia de Filadelfia para tratar aquellas enfermedades terminales consiste en depositar su fe en Dios para la curación de enfermedades tales como el cáncer, el SIDA, la adicción a las drogas y el alcohol. Por medio de la realización de cultos de oración para interceder por los enfermos, el pastor y los creyentes imponen sus manos sobre los enfermos en un sencillo ritual que invita a los creyentes a confiar en el poder divino para aquellas patologías que la ciencia y la medicina no ofrecen ninguna esperanza de curación (Cantón et al., 2004; Fundación Secretariado General Gitano y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).



1973). *"De la misma manera que están dispuestos a visitar los médicos y hospitales en busca de curación, también se exponen a curas y medicamentos que anuncian los curanderos inmigrantes, donde la fe y los milagros no son en nada de despreciar si estos funcionan"* (Sutherland, 1992, p. 279).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, Comisión Europea, 1996), reconoce en su informe que la comunidad gitana en España se encuentra en situación de exclusión o vulnerabilidad social.

5.3.1 La salud en la población infantil

De la problemática sanitaria en la población gitana infantil puede concluirse lo siguiente:

- La mortalidad infantil es 1.4 veces mayor que la media nacional y la esperanza de vida para la población gitana es de 8 a 9 años por debajo de la media. En situaciones de pobreza y exclusión se calcula que la esperanza de vida es 10 años menor a la media (Fundación Secretariado Gitano, y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).
- Propensión a tener enfermedades infectocontagiosas mayormente hepatitis B y C (Fos, Diéguez, Hierro, Cruz, y Bruguera, 1987; Cabedo et al., 2.000).



- Vacunación infantil deficitaria e inadecuado seguimiento (Fundación Secretariado Gitano, y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).
- Deficiente alimentación y nutrición, principalmente en los menores y falta de preocupación por la higiene dental (Mora León y Martínez Olmos, 2000).
- La tasa de asma en los niños romaníes es un 13,3% en comparación con el 5,4% en la población general (Fundación Secretariado Gitano, 2009).
- Los fumadores comienzan a los 14.4 años en las gitanas, en comparación con 17 años de edad en la población general (Fundación Secretariado Gitano, 2009).

5.3.2 La salud en la población adulta

En los adultos se comprueba un consumo desmedido de café y alimentos ricos en grasas³² (Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación Secretariado Gitano, 2008). El informe también arroja otros resultados sobre la comunidad gitana:

³² Los varones se muestran menos interesados a cuidar su alimentación, (bajo en grasas y sal, aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado y seguir los tratamientos médicos). Por otro lado, los varones no ponen mucho interés en frenar los desmanes alimentarios de los hijos" (Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación Secretariado Gitano, 2008, pp. 20, 24).



- Existe un alto nivel de accidentes y lesiones involuntarias (quemaduras, caídas, atropellos, fracturas, heridas, intoxicaciones, etc.) (Sánchez et al., 2002).
- Grupo de alto riesgo para contraer malformaciones congénitas (Martínez-Frías, 1993; Martínez-Frías et al., 1998). En los estudios realizados coinciden factores genéticos y culturales (i.e., la endogamia).
- Existe una alta tasa de embarazos entre menores de edad y en personas mayores debido a la falta de información en cuestiones de planificación familiar, donde prevalecen conceptos y mitos en las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos, principalmente en personas adictas a las drogas por vía intravenosa y prevención de enfermedades ginecológicas (Dueñas, Mitsuf, Martínez, Muñoz, Fernández, y Lora, 1997; Reig et al., 1999).

En un proyecto de análisis sobre las condiciones de salud de la comunidad gitana³³ realizado en siete países europeos con una elevada población Romaní, entre estos España

³³ Los gitanos sostienen que el personal de salud a menudo es insensible a sus propias tradiciones y costumbres culturales, factor que contribuye a la escasa utilización de los servicios de atención médica primaria y preventiva y la excesiva dependencia de los servicios de Urgencias. Por otra parte, muchos gitanos no tienen acceso efectivo a la información sobre la disponibilidad de los diferentes servicios de salud (Fresno, 1999).



promocionado por la Fundación Secretariado Gitano, patrocinado por la Unión Europea, se realizaron 1.496 encuestas a niños menores y adultos de ambos sexos y se determinó lo siguiente (Fundación Secretariado Gitano, 2009):

- De la amplia gama de problemas de salud estudiados en la encuesta se detectaron: colesterol alto, depresión, úlceras de estómago, dolores de cabeza por migraña, etc. Los gitanos mayores de 35 (hombres y mujeres) sufren estas enfermedades en mayor proporción que la población general.
- El 13,6% de los hombres gitanos informan que tienen niveles altos de colesterol en comparación con el 9,6% de la población en general.
- Las migrañas son más frecuentes entre las mujeres gitanas y los hombres (37,1% y 20,7% respectivamente) que entre sus homólogos en la población general (9% y 3,9% respectivamente).
- El 16,4% de las mujeres gitanas reportó problemas de alergia en comparación con el 10,9% del resto de la población.
- El 17,6% de las mujeres gitanas han padecido de depresión en comparación con el 7.7% de mujeres de la población en general.



- Hay un porcentaje menor de las mujeres gitanas que afirman fumar de forma regular en comparación con la población general (14,7% frente al 21,5%). En promedio, las mujeres gitanas que son fumadoras habituales comienzan a la edad de 16,7.
- El promedio de consumo de tabaco es mayor para los hombres gitanos que fuman 20,8 cigarrillos por día y de 16,4 en los fumadores de la población general. Las mujeres fumadoras consumen la misma cantidad de cigarrillos que las mujeres de la población general (entre 13 y 14 al día).
- El consumo de bebidas alcohólicas en hombres gitanos comienza a una edad más temprana que los hombres de la población general (16 años de edad en comparación con 18 años de edad).
- Las mujeres gitanas consumen menos bebidas alcohólicas que las mujeres de la población general.
- El 19,2% de las niñas gitanas menores de 18 años son obesas. Este porcentaje es superior al de la población en general (10,1%).

Es necesario detenernos en los aspectos socio-culturales de la comunidad gitana más sobresalientes con objeto de entender la relación que existe entre la salud y la enfermedad y

el servicio sanitario. Según el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación Secretariado Gitano (2005, p. 26), se debe tener en cuenta que:

- La familia es el núcleo principal y protagonista de las relaciones sociales y personales. Se observa que cuando alguien se enferma todos se unen en torno al enfermo y a los miembros de la familia.
- Predomina el sentido comunitario sobre el individual.
- La palabra del gitano se toma mucho más en serio que la palabra escrita.
- El respeto y cuidado hacia las personas mayores es determinante. Su autoridad es muy valorada en la comunidad e influyente sustancialmente entre los más jóvenes. Los ancianos se cuidan en casa, no en las residencias de ancianos.
- Durante el tiempo del luto, las actividades lúdicas, sociales y laborales se suspenden. Las mujeres se someten al uso estricto de la vestimenta negra y el pañuelo y los hombres no se afeitan la barba. Se evita cualquier manifestación de alegría durante el tiempo del duelo. A los difuntos se los trata con gran respeto y pueden surgir expresiones muy emotivas al confirmarse la muerte de algún familiar o cuando se



vaya a realizar el levantamiento del cadáver y/o autopsia.

Una investigación realizada entre 17 gitanos y viajeros en Londres (Goward, Pepper, Appelton, y Hagan, 2006), concluyó que muchas de las personas atribuyen su bajo estado de ánimo y tendencias a la depresión, debido a la pérdida de algún pariente cercano. Junto a la pérdida de oportunidades, la pérdida de uno de los padres puede llegar a ser una experiencia muy traumática. Incluso aunque la pérdida hubiera ocurrido muchos años atrás, las consecuencias fueron hondamente sentidas en el testimonio de una mujer gitana que lo explicaba así: *"Desde que perdí a mi madre no soy la misma chica que solía ser, he cambiado, me entiendes, cuando me irrito comienzo a llorar conmigo misma"* (p. 320).

La escasez de estudios e investigaciones sobre la salud de la población gitana es un factor que dificulta en gran medida la participación de programas específicos que se adapten a la realidad y las necesidades de este colectivo (Ministerio de Sanidad y Consumo MSC y Fundación Secretariado Gitano, 2008).

En la actualidad se sabe relativamente muy poco sobre la salud mental de los gitanos y los nómadas o viajeros. En España, entre los hombres y mujeres gitanas mayores de 35 años prevalecen algunos problemas recurrentes, como la depresión y enfermedades mentales, que merecen cierta atención de parte de

los servicios de salud. Para estas patologías se recomienda invertir en salud en la infancia gitana para introducir cambios sustanciales en sus hábitos de nutrición y condiciones de vida que promuevan entre otros el ejercicio físico entre los niños y niñas de forma regular (Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano, 2009).

Otros estudios que han analizado la salud mental de la población romaní en Europa (Goward et al., 2006; Hajioff y McKee, 2000; Lehti y Mattson, 2001; Nesvadbova, Rutsch, Kroupa, y Sojka, 2000), reportan altos niveles de problemas de salud mental en población gitana, siendo los problemas más frecuentes entre los pacientes los trastornos funcionales, la depresión, las dificultades neuróticas y el suicidio en la población general³⁴.

En un estudio sobre el estado de salud en Inglaterra (Van Cleemput et al., 2007) una proporción significativa de los gitanos y nómadas informaron sobre problemas de ansiedad y depresión en proporción mayor que la población general del Reino Unido (Cemlyn, Greenfields, Burnett, Matthews, y Whitwell, 2009).

El estrés causado por vivir en un ambiente hostil, donde la discriminación es una realidad constante, tiene un efecto sobre el

³⁴ En el Reino Unido, la mayor preocupación por los problemas de salud mental entre los gitanos y nómadas ha sido expresado por los expertos de la salud, los cuales han observado altos niveles de "enfermedades psicosociales", que se han considerado lo suficientemente graves como para justificar un tratamiento a seguir (Anderson, 1997; Pahl y Vaile, 1988).



comportamiento y el bienestar emocional de los gitanos y nómadas. Feder (1994) analizó el acoso expresado por los gitanos nómadas. La principal preocupación en una encuesta realizada entre mujeres nómadas en Sheffield en el Reino Unido fue el deseo de encontrar un lugar fijo de residencia sin tener que experimentar miedo al acoso de los residentes cercanos o de las autoridades civiles (Peck, 1983).

Los síntomas de depresión, angustia, y ansiedad en mujeres gitanas en España se deben entre otras causas a la enorme carga de responsabilidades dentro y fuera del hogar (Ministerio de Sanidad y Consumo; Fundación Secretariado Gitano, 2005).

5.3. Los gitanos de la iglesia de Filadelfia: cambio y transformación social

En los estudios realizados sobre la capacidad de cambio y transformación de los gitanos de la Iglesia de Filadelfia se destaca la búsqueda de los ideales que van unidos a las enseñanzas de la Biblia. Es ese proceso el seguidor creyente de la Iglesia de Filadelfia se esfuerza por alcanzar la perfección individual *“a través de una regeneración total de su vida”* que trasciende en esferas del trabajo, las relaciones personales, y su propia vida personal. Esta regeneración comienza por su propio cuerpo en el cuidado de su higiene personal, el aseo y cuidado

corporal, evitar lugares de tipo “mundano” como bares, tabernas, clubes, el rechazo al alcohol, el tabaco y el consumo de las drogas y en muchos casos la creación de Centros de Rehabilitación de toxicómanos para ayudar a los toxicómanos de origen gitano y también no gitano a salir del mundo de las drogas (Cantón et al., 2004).

Pero lo que se considera como un elemento de transformación social en la Iglesia de Filadelfia como resultante de la doctrina y sistema de creencias tomadas de la Biblia, tiene que ver con el rechazo al robo, el engaño, la estafa, etc.³⁵ Si bien es cierto que estas eran estrategias culturalmente aceptadas ante la persecución y el estigma que los gitanos han padecido históricamente como una forma de revancha, para los seguidores del movimiento gitano de la iglesia de Filadelfia, *“la conversión acaba transformando actitudes, gestos, la imagen, la apariencia (higiene, vestuario, modales, lenguaje). Genera una “nueva criatura” un “nuevo hombre” o una “nueva mujer” que se autoperciben como tales. La pertenencia a una congregación*

35 Un joven candidato a pastor de 30 años, relata su experiencia: *“Se te distingue por la forma de ser, hasta los andares y el habla te cambia... La venta era distinta antes, si podías engañar lo hacías y eso te hacía no ir a muchos pueblos en mucho tiempo... pero si eres de verdad cristiano no lo puedes hacer y eso ha cambiado al gitano... antes vivías más al día a día y ahora puede que ahorres y mires por el mercado y las temporadas próximas o si tienes que ir a emplear pronto... además no gastas ni tiras el dinero como antes en juergas y bebidas, sales menos y si gastas lo haces en el culto”* (Cantón, et al., 2004, pp. 214-215).



pentecostal representa un coste social y simbólico alto y un esfuerzo permanente” (Cantón et al., 2004, p. 215).

Sucede a menudo que los pastores jóvenes gitanos no mayores de veinticinco años sean llamados a arbitrar en una disputa como mediadores, ejerciendo autoridad como un anciano, para traer paz y reconciliación entre los miembros de su vecindario (Gay y Blasco, 2000). Juan José Cortés, pastor de la iglesia de Filadelfia, vivió la tragedia del asesinato de su hija Mari Luz de cinco años, ocurrido el 13 de enero de 2008 en Huelva, logró apaciguar la sed de venganza de los suyos, y describía así la labor del pastor en las iglesias de Filadelfia: *"El pastorado cuesta dinero y fatigas, pero compensa (ya que los pastores evangélicos no cobran, sino que por el contrario, contribuyen con parte de sus ingresos al sostenimiento de su comunidad)... Un pastor no tiene horarios. Se debe a sus fieles. Eres su guía espiritual y su compañero de fatigas. Lo mismo vas a consolar a los enfermos que a mediar en un matrimonio con problemas que a celebrar una boda. Lloras y ríes con ellos. Tienes que aceptar y ayudar a las personas como son. Sin condiciones"* (Sánchez-Mellado, 2009, pp. 120-121).

Es necesario destacar que en la comunidad evangélica se advierte el progreso y transformación socio-económico derivado de las conversiones genuinas practicadas en el seno de los gremios y congregaciones religiosas de la Iglesia de Filadelfia. La

actitud frente al trabajo honrado, el éxito económico alcanzado, la actitud hacia el trabajo responsable demostrado por medio de la venta ambulante y las relaciones positivas que se desarrollan en un marco de confianza y garantía entre el vendedor gitano y el cliente que puede cambiar sus prendas y confiar en su palabra, están generando un cambio de imagen hacia el gitano y su desempeño dentro de la sociedad (Mena, 2003).

En cuanto a las relaciones interpersonales, en la cultura gitana son comunes las rivalidades entre familias, éstas se transmiten de padres a hijos y nietos y pueden durar “*cien años y esa contrariedad la tienen siempre en la memoria*” (Cerreruela et al., 2001, p. 118). Referente a los vínculos entre gitanos que están fuera del grupo familiar es de particular importancia notar, que quienes abrazan la fe cristiana de la Iglesia de Filadelfia, se oponen a las peleas como método para resolver conflictos.

Los conversos cuentan historias interminables de enemigos de toda la vida perdonándose entre sí después de ingresar en las pequeñas comunidades pentecostales y se enorgullecen de hacer frente a las confrontaciones y disputas a través del diálogo y la reconciliación, en lugar de acudir a la venganza.³⁶ Los creyentes se dan cita en los cultos religiosos,

³⁶ En algunas ocasiones, los pastores evangélicos predicán desde el púlpito invitando a los feligreses a rechazar la idea de una fragmentación social como estrategia de una falsa gitanidad. Todo lo contrario se estimula a que las pugnas y retaliaciones deben cesar, según ellos, y que



reuniones de oración y “reencuentras” (reuniones entre iglesias de la misma zona, que cuenta con predicadores invitados y coros de alabanza) y así luchan de forma imaginativa para afirmar su identidad como pueblo, contra los males presentes que aguardan en la calle, la droga, el paro, la pobreza, la hostilidad, y la marginación (Cantón et al., 2004).

Los centros de rehabilitación, en su lucha contra la drogadicción, han sido también punta de lanza de la obra social de la Iglesia de Filadelfia, levantándose por todo el país para vencer esa lacra que tanto daño hace entre sus familias. Los internos no pagan nada por ingresar en estos centros, a cambio solo deben cooperar en la recogida de alimentos en centros comerciales. Estas instituciones son supervisadas por una junta administrativa y el pastor de la zona. La rehabilitación y reinserción del toxicómano se basa en *“La Palabra del Señor”*, la oración y el apoyo de voluntarios. El centro de rehabilitación “Nueva Vida” en Málaga, presta servicios para hombres y mujeres en un perímetro de 2.000 metros cuadrados cedidos por el ayuntamiento de Málaga en 1999, en los Asperones. Ocasionalmente recibe ayuda financiera municipal destinada a

todos los gitanos deben unirse como los cristianos evangélicos de la iglesia de Filadelfia con el fin de lograr “el plan de Dios para la humanidad” (Gay y Blasco, 2000).

mejoras de infraestructura (Briones et al., 2010; Cantón et al., 2004; Gay y Blasco, 2000).

Villafañe (1993), desde una perspectiva hispano-americana, ofrece una ética social basada en el principio de que las iglesias o comunidades cristianas deben ser entendidas como lugares para la liberación personal y social. Wilson (1988) resaltó la influencia de los pentecostales, y su rápido crecimiento, en América Latina, atribuyéndolo a la capacidad de sus adeptos para hacer frente a las frustraciones e inseguridades de las masas en transición. Cada vez más, los pentecostales son crediticios de haber alcanzado una influencia social significativa.

La afiliación por parte del gitano y sus familias a la iglesia de Filadelfia, en su mayoría de escasos ingresos, que se han visto socialmente desarraigadas y socialmente excluidos, ha significado para un pueblo marginado y olvidado una singular redención, donde todos son iguales a la hora de orar, cantar o celebrar su fe³⁷. Para Willems, (1967) el movimiento pentecostal es la respuesta al fenómeno de la industrialización y la urbanización de las grandes ciudades, y la levadura para el ascenso hacia la clase media que ha propiciado un proceso de modernización y cambio sociocultural, en países de América

³⁷ Con el caluroso recibimiento que reciben por parte de "hermanos y hermanas", (como así se llaman entre ellos), luchan arduamente para salir del anonimato, aprenden un nuevo lenguaje, se sienten aceptados e incluidos en este nuevo núcleo social y eclesial, transformándose de ser nadie, para convertirlos en protagonistas de su propia generación con toda suerte de dones espirituales que lo eximen de su tragedia histórica.



Latina como Brasil y Chile durante los años 40 y 50 del siglos pasado.

La iglesia de Filadelfia es un movimiento autóctono que nace en el seno de la cultura gitana como respuesta a la libertad de culto y a la búsqueda y preocupación por su propia supervivencia en el marco de las tensiones, prejuicios, y procesos de asimilación que enfrentan cada día en su devenir histórico. Mena (2003) lo explica así: *“La crisis y retroceso de las iglesias institucionalizadas mayoritarias, debido a la libertad religiosa y la racionalización que la modernización entraña, ha traído consigo nuevos movimientos religiosos que compiten en el mercado de los bienes simbólicos de salvación”* (p. 963).



6. OBJETIVOS Y DISEÑOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la presente investigación hemos desarrollado tres análisis, evaluando: (1) las relaciones entre religiosidad/espiritualidad, y miedo a la muerte, (2) afrontamiento religioso y miedo a la muerte, y (3) relaciones entre medidas de religiosidad/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte, y salud. En cada uno de estos análisis se estudiará el impacto de la edad y el sexo.

Objetivos específicos:

1. Evaluar las relaciones entre religiosidad/espiritualidad y miedo a la muerte. Estudiar el papel del sexo y la edad en este resultado.



Gráfica 5. Relaciones entre Religiosidad/Espiritualidad, Miedo a la muerte, Sexo y Edad



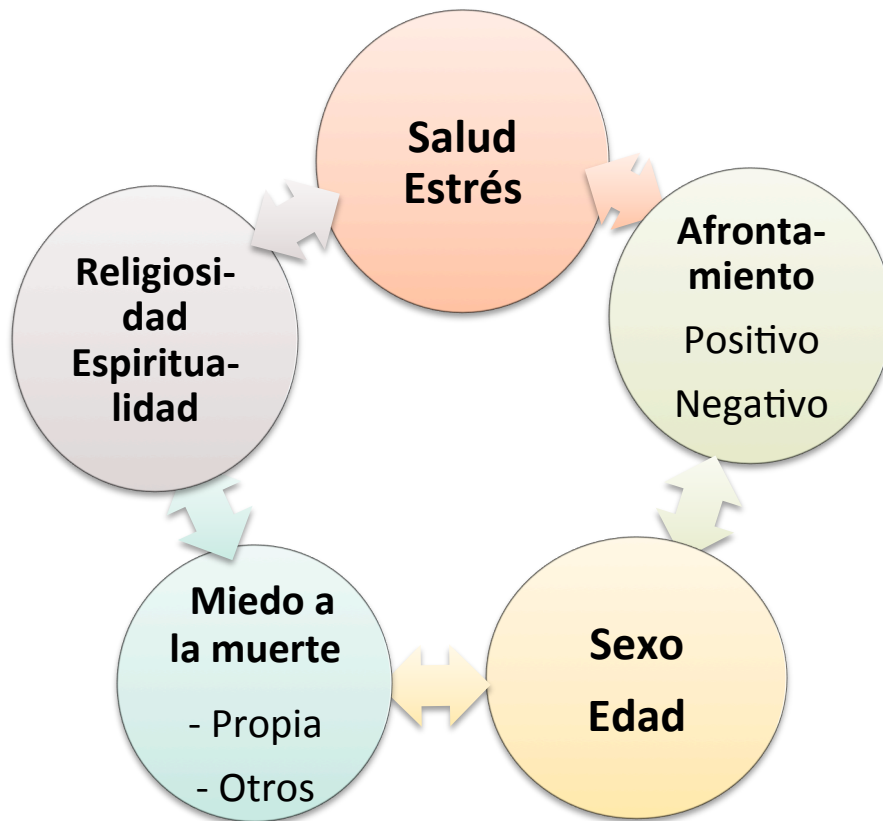
2. Evaluar las relaciones entre afrontamiento religioso y miedo a la muerte. Estudiar el papel del sexo y la edad en este resultado.



Gráfica 6. Relaciones entre Afrontamiento, Miedo a la Muerte, Edad y Sexo



3. Evaluar las relaciones entre las variables implicadas y salud. Estudiar el papel del sexo y la edad en este resultado.



Gráfica 7. Relaciones entre Religiosidad, Afrontamiento, Miedo a la Muerte y Salud, Edad y Sexo



4. Sugerir, de acuerdo a los resultados, posibles implicaciones relacionadas tanto con la prevención de dificultades desde una perspectiva psicológica así como pastoral.



Gráfica 8. Relaciones desde una perspectiva psicológica y pastoral

6.1. Implicaciones de los objetivos

Se han revisado los estudios acerca de las relaciones entre miedo a la muerte, y religión/espiritualidad y afrontamiento religioso positivo y negativo por un lado. Por otro lado se han revisado las relaciones entre miedo a la muerte, religiosidad,

espiritualidad, y afrontamiento religioso con respecto a las dimensiones de salud. No se han encontrado estudios previos realizados con gitanos, por lo que los resultados de nuestra muestra no contarán con estudios de contraste y deberemos interpretar los resultados basándonos también en investigaciones generales no realizadas con población gitana.

Implicación 1: Esperamos observar una relación lineal negativa entre dimensiones de religiosidad/ espiritualidad y variables de miedo a la muerte. Esta relación negativa será mayor en personas mayores y en mujeres. Las personas que demuestren mayor espiritualidad obtendrán menor miedo a la muerte.

Implicación 2: Igualmente esperamos observar relaciones negativas entre afrontamiento religioso y miedo a la muerte. En este caso también esperamos que sean mayores en personas mayores y mujeres.

Implicación 3: Esperamos encontrar relaciones entre religiosidad/ espiritualidad, afrontamiento religioso y miedo a la muerte con dimensiones de salud aunque no anticipamos el signo de dichas relaciones. Esperamos que el sexo y la edad jueguen un papel en estas relaciones.



Implicación 4: Esperamos que de estos resultados puedan obtenerse pautas de trabajo para realizar una pastoral hacia el pueblo gitano.

6.2. Diseño de esta investigación

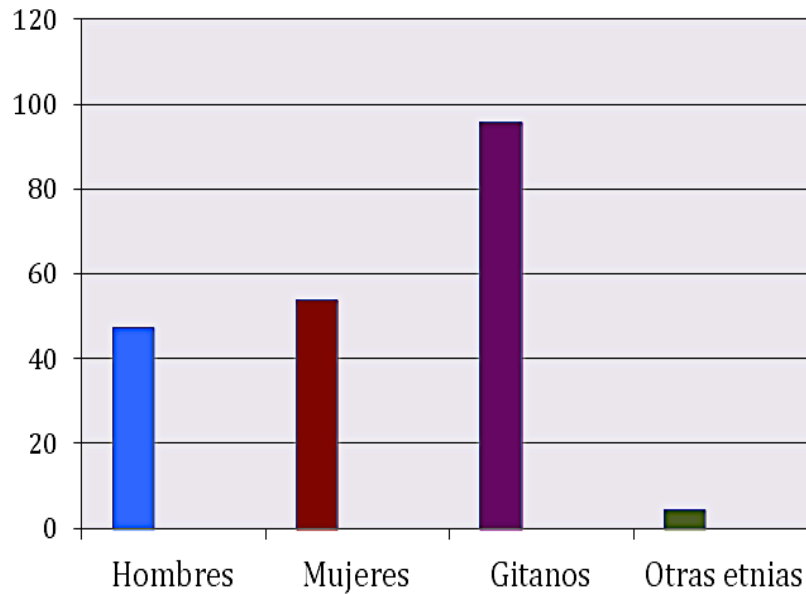
El diseño de este trabajo utiliza un patrón de análisis de las variables implicadas que se va a explicar a continuación. El diseño que se propone se dividirá en tres análisis: (1) la existencia de relaciones entre medidas de religiosidad/espiritualidad y miedo a la muerte, (2) entre afrontamiento religioso y miedo a la muerte, y (3) entre dimensiones de religión/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte, y dimensiones de salud. En todos estos análisis se tiene en cuenta el papel desempeñado por el sexo y la edad.



7. MÉTODO

7.1. Participantes

Participaron en el estudio un total de 150 personas (95.6% gitanos y 4.4% de otras etnias), 47.3% de hombres y 53.7% de mujeres que respondieron al instrumento que llamaremos *cuestionario sociodemográfico*. Su rango de edad estaba comprendido entre los 18 y los 87 años de edad con una edad media de 41.52 años (SD=14.86). Para realizar los análisis la muestra se subdividió en tres grupos de edad: 18-33, 34-46, y 47-87 años de edad. Para realizar esta división en grupos se ha utilizado como criterio el que cada grupo sea representativo de un tercio de la muestra que en nuestro caso se corresponden con jóvenes (18-33 años de edad), adultos (34-46 años de edad), y mayores (47-87 años de edad). Véase el gráfico 8 que muestra la distribución de la muestra según sexo y etnia.

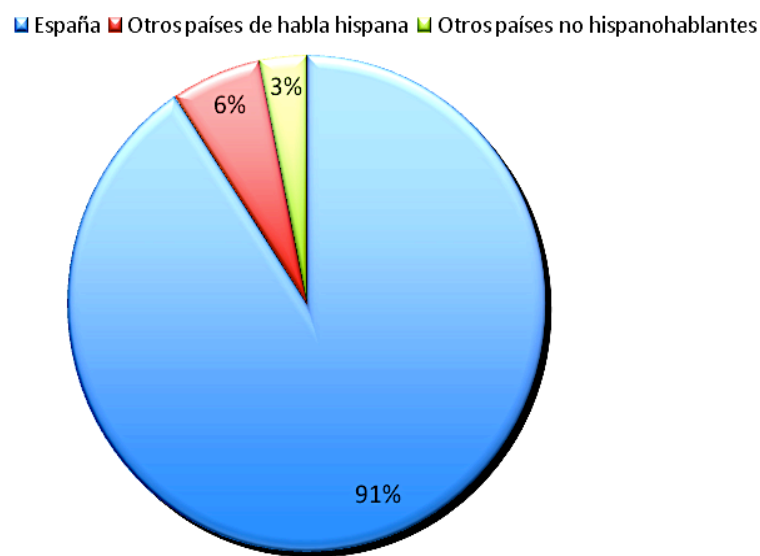


Gráfica 9. Distribución de la muestra según sexo y etnia

Este tamaño de la muestra se encuentra dentro del tamaño recomendado (Hair, 2008) para evitar los inconvenientes de muestras pequeñas (poca potencia estadística para estimar de forma realista resultados significativos o escasa representatividad a pesar de generar resultados estadísticamente significativos) o muestras grandes (pueden hacer los test estadísticos altamente sensibles). En cada tipo de análisis se tendrán en cuenta las posibles limitaciones que este tamaño muestral podría tener en los análisis multivariados que se desarrollen. En cualquier caso, siempre se tendrá en cuenta la

recomendación de contar con al menos 5 observaciones por cada variable independiente, y un ideal de al menos 15-20 observaciones por factor (Hair, 2008).

Más del 90% de los componentes de la muestra tenían nacionalidad española, un 6,1% procedían de países de habla hispana. Un 3,2% procedía de otros países no hispanohablantes. De los nacidos en España, un 89.8% señaló haber nacido en Andalucía.



Gráfica 10. Países de nacimiento de los participantes de la muestra



El 51.3% de los participantes estaba casado (ver tabla 2), aunque con una media de 2 hijos. El rango osciló entre ninguno y 8 hijos (SD= 1.74) (ver Tabla 3).

Tabla 2. Distribución de los componentes de la muestra según el estado civil

Estado civil	N	Porcentaje
Soltero	36	24.0
Casado	77	54.6
Vive con su pareja	14	9.4
Separado	7	4.7
Divorciado	4	2.7
Viudo	11	7.3
NC	1	.3
Total	150	100.0

Tabla 3. Número de hijos de los componentes de la muestra

Nº de Hijos	N	Porcentaje
0	31	20.7
1	30	20.0
2	23	15.3
3	34	22.7
4	17	11.3
5	11	7.3
6	1	.7
7	2	1.3
8	1	.7
Total	150	100.0



La Tabla 4 refleja que un 26% de la muestra no ha cursado estudios, un 20% ha finalizado estudios de Educación Primaria, un 30% de Educación Secundaria o equivalentes, y tan solo un 4% indica haber finalizado estudios de Diplomatura universitaria.

Tabla 4. Estudios finalizados por los componentes de la muestra

Nivel de estudios	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin estudios	40	26.7	26.7
Primaria	30	20.0	46.7
Secundaria	25	16.7	63.3
ESO/EGB/Grad. escolar	25	16.6	76.7
Bachillerato	24	16.0	92.7
Diplomatura	6	4.0	100.0
Total	150	100.0	

La situación laboral es diversa, con un 39,4% de trabajadores activos y un 32,3% de parados. El resto de participantes se distribuyó según las categorías de la Tabla 5. Tan solo una persona indicó ser ama de casa y estudiante, y tres personas (2%) estar estudiando a la vez que trabajaban. En general viven del comercio de productos como frutas y verduras, ropa (a veces usada), calzado, artículos para el hogar, y antigüedades. Los mercadillos están localizados en puntos de venta autorizada y adjudicados por los Ayuntamientos de la provincia de Málaga durante los 7 días de la semana.



Tabla 5. Situación laboral de los participantes en el estudio

Ocupación	N	Porcentaje
Ama de casa	25	16.7
Trabaja	59	39.4
Parado	48	32.3
Jubilado/pensionista	11	7,4
Estudia	7	4.7
Total	150	100.0

El nivel de ingresos de los participantes en el estudio resultó ser, en algo más de una tercera parte de la muestra, inferior al salario mínimo interprofesional (de 645.30€ en 2013). Otro tercio de la muestra señaló ingresar más de 1000€ mensuales, y un último tercio entre 600 y 1000€ (Tabla 6).

Tabla 6. Ingresos mensuales, por categorías, de los participantes en el estudio

Nivel de ingresos	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Menos de 600 €	51	34.0	34.2
De 600 a 1000 €	48	32.0	66.4
De 1100 a 2000 €	45	30.0	96.6
De 2100 a 2.500 €	4	2.7	99.3
de 2600 a 3000 €	1	.7	100.0
NC	1	.6	
Total	150	100.0	

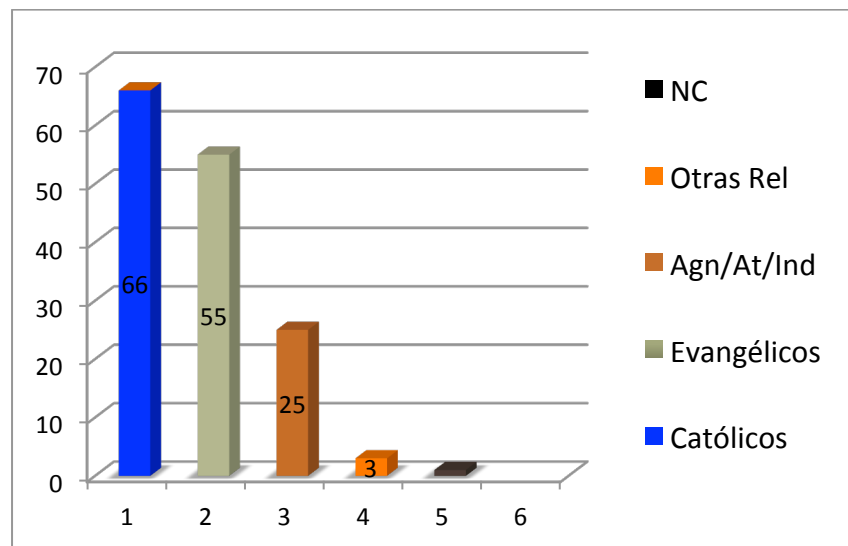
Por lo que se refiere a la religiosidad de la muestra, atendiendo a su autodenominación, el 82.7% de los participantes se identifica como una persona religiosa, bien como católico bien como evangélico, bien como creyente de otra religión. Además,

//

un 2% de personas se consideran creyentes de otra religión. Tan solo una quinta parte de la muestra se reconoce como agnóstico, ateo, o indiferente (ver Tabla 7 y Gráfica 11).

Tabla 7. Autodenominación religiosa de los participantes en el estudio

Autodenominación	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Católicos	66	44.0	44.3
Evangélicos	55	36.7	81.2
Agnósticos/Ateos/Indiferentes	25	16.7	98.0
Otra religión	3	2.0	100.0
NC	1	.6	
	150	100.0	



Gráfica 11. Distribución de la muestra según filiación religiosa



Aunque el número de personas autodefinidas como religiosas alcanzaba un 82.7% de la muestra, la práctica religiosa refleja, sin embargo, una vivencia religiosa más individualizada que comunitaria o institucional, dado que aunque tan solo un 37.3% dice no orar/rezar nunca, el porcentaje de los que nunca o casi nunca asisten a celebraciones litúrgicas alcanza un 49.3%. Un 30% indica asistir a estas celebraciones como mínimo los días festivos. Un 22.7% señala asistir varios días a la semana, si no todos (ver Tabla 8 y 9).

Tabla 8. Frecuencia con la que se ora o reza

	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	56	37.3	37.3
Varias veces al año	16	10.7	48.0
Alguna vez al mes	17	11.3	59.3
Varias veces a la semana	19	12.7	72.0
Todos los días	41	27.3	99.3
Cinco veces al día	1	0.7	100.0
Total	150	100.0	



Tabla 9. Frecuencia de asistencia a la misa o al culto

	N	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nunca	41	27.3	27.3
Casi nunca	33	22.0	49.3
Varias veces al año	23	15.3	64.7
Alguna vez al mes	8	5.3	70.0
Casi todos los domingos y festivos	11	7.3	77.3
Varias veces por semana	19	12.7	90.0
Todos los días	15	10.0	100.0
Total	150	100.0	

7.2. Instrumentos

7.2.1. Cuestionario sociodemográfico

Se aplicó un primer cuestionario sociodemográfico con el fin de recoger información cualitativa de los participantes. Las personas encuestadas marcaron, en un sistema de categorías, sus datos personales, tales como nacionalidad, edad, sexo, estado civil, situación laboral, estudios, ingresos mensuales, filiación religiosa, frecuencia de asistencia al culto u otros oficios religiosos, y la frecuencia de rezo y oración. Sin contar, para evaluar estos ítems las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales. De

////////////////////////////////////

este cuestionario sociodemográfico, concretamente de su pregunta ¿Con qué frecuencia asiste usted a misa o culto u otros oficios religiosos? Y de la pregunta: ¿Con qué frecuencia reza u ora usted? Se extrae una información que, sumando las respuestas de ambas preguntas forman una variable llamada Religiosidad que utilizaremos en análisis posteriores (ver Anexo I).

7.2.2. Religiosidad/espiritualidad

Para la medida de este constructo se utilizaron los siguientes instrumentos:

a) El *Inventario de Expresiones Espiritualidad (Expressions of Spirituality Inventory)* de MacDonald, 2000, adaptado al español por Muñoz (2013) habiendo sido esta adaptación el instrumento utilizado en esta tesis. En esta adaptación el instrumento mostró una estructura factorial igual a la original, la cual también se ha replicado en esta muestra.

Es un instrumento que en su versión breve consta de 31 ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos que oscila entre 0 (totalmente en desacuerdo) y 4 (totalmente de acuerdo). Está diseñada para medir un modelo de cinco dimensiones descriptivas de las expresiones de la espiritualidad:

a) Experiencial/fenomenológica (EPD).



- b) De orientación cognitiva hacia la espiritualidad (COS).
- c) Bienestar existencial (ISF).
- d) Las creencias paranormales (PAR).
- e) Religiosidad (REL).

En el presente estudio se han utilizado solamente tres de estos cinco factores: Experiencial/fenomenológica, Bienestar existencial, y Creencias Paranormales. El motivo ha venido dado por ser el instrumento completo demasiado largo (98 ítems) y precisar instrumentos más breves dadas las dificultades culturales de la muestra del presente estudio. La religiosidad tampoco se seleccionó en este instrumento por haber decidido emplear el instrumento de Afrontamiento religioso que nos parecía más interesante a la vista de los ítems de dichos instrumentos. Las dimensiones incluidas en este estudio se describen a continuación (Muñoz, 2013):

1. *Dimensión Experiencial/fenomenológica de la Espiritualidad.* Esta dimensión se refiere a las expresiones de la experiencia de la espiritualidad. Incluido dentro de la rúbrica de la "experiencia" son experiencias que se describen como espiritual, religiosa, mística, pico, trascendental y transpersonal (ej. "He tenido una experiencia en la cual yo parecía estar profundamente conectado con todo").



2. *Bienestar existencial*. Esta dimensión implica las expresiones de la espiritualidad asociadas a un sentido de la existencialidad positiva. Es decir, que se refieren a la espiritualidad como se expresa a través de un sentido de significado y propósito de la existencia, y una percepción de sí mismo como competente y capaz de hacer frente a las dificultades de la vida y las limitaciones de la existencia humana (ej. "*Mi vida a menudo es molesta*").
3. *Creencias paranormales*. Esta dimensión de las expresiones de la espiritualidad se refiere a la creencia en lo paranormal. Sus ítems hacen referencia a creencias en fenómenos paranormales de carácter psicológico (por ejemplo, el espiritismo, la precognición, la psicoquinesis), aunque también se compone de creencias en la brujería y el espiritismo (por ejemplo, la creencia en los fantasmas) (ej. "*Creo que la brujería existe*").

Todas las escalas han sido formuladas por el autor en positivo: una mayor puntuación indica una mayor posesión de las características de la dimensión; con la excepción de la escala de *Bienestar Existencial*, la cual cuenta con todos sus ítems formulados de modo negativo o inverso (una mayor puntuación indica un menor bienestar existencial). Para facilitar la

comprensión de los resultados, y entender que una mayor puntuación significa un mayor bienestar existencial, se invertirán las puntuaciones de cada uno de los ítems de esta escala.

Cada una de las dimensiones se mide por medio de 6 ítems que utilizan una escala tipo Likert de 5 puntos (0=Totalmente en desacuerdo, 4=Totalmente de acuerdo).

Para estas escalas los índices de fiabilidad (Alpha de Crombach) han sido los siguientes en la presente muestra:

- a) Experiencial/fenomenológica: .85
- b) Bienestar existencial: .77
- c) Creencias paranormales: .57

7.2.3. Afrontamiento religioso de problemas

Para la medida de estas variables se ha utilizado la *Escala de Patrones Positivos y Negativos del Método de Afrontamiento Religioso* (Brief-RCOPE) (Pargament, Smith, Koenig y Pérez, 1998), a través de la adaptación al español de Armando Rivera-Ledesma (2007).

RCOPE ha sido desarrollado originalmente por Koenig, Pargament y Nielsen (1998) y Pargament, Koenig y Pérez (2000). De esta escala se ha adaptado una versión breve, el Brief-RCOPE desarrollado originalmente por Pargament et al. (1998). Existe

actualmente una adaptación para México (Escala de Patrones positivos y negativos de métodos de afrontamiento religioso, Brief-RCOPE) desarrollada por Rivera-Ledesma y Montero-López (2007) que es la que se utiliza en la presente tesis. Los dos factores de la Brief-RCOPE son: afrontamiento religioso positivo y afrontamiento negativo religioso.

El afrontamiento religioso positivo incluye aspectos como la apreciación religiosa benevolente, el afrontamiento religioso colaborativo, la búsqueda de apoyo espiritual, la conexión espiritual, la purificación religiosa, búsqueda de ayuda de clérigos o miembros de la iglesia, la ayuda religiosa y el perdón (ej. de ítems de la escala: "traté de comprender que Dios me fortalecía a través de esa situación", "me enfoqué en la religión para dejar de preocuparme por mis problemas"). El afrontamiento religioso negativo incluye la apreciación religiosa negativa, la apreciación religiosa demoníaca, juicio sobre el poder de Dios, el descontento espiritual, el afrontamiento religioso auto-dirigido y el descontento religioso interpersonal (ej. de ítems: "*puse en entredicho el poder de Dios*" o "*me sentí castigado por Dios por mi falta de devoción*"). El afrontamiento religioso se relaciona positivamente con la salud física y psíquica (Pargament et al., 2000; Rivera-Ledesma y Montero-López, 2005).

La escala utiliza un sistema de respuesta tipo Likert (1=casi nunca, 4=todo el tiempo). El análisis factorial de la adaptación al español de Armando Rivera-Ledesma (2007) de la Brief-RCOPE muestra una consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.87 y 0.69 para el afrontamiento positivo y negativo respectivamente, y una estructura factorial de dos factores.

Para la presente muestra la fiabilidad ha sido la siguiente:

- a) Afrontamiento religioso positivo =.94
- b) Afrontamiento religioso negativo =.73

7.2.4. Miedo a la muerte

Hemos utilizado, de la *Escala Revisada Collet-Lester* (1994), Miedo a la Muerte y al proceso de Morir. En concreto se utilizó la adaptación española de Tomás-Sábado et al., (2007). La *Escala Revisada de Collet-Lester* (EMMCL) ha sido uno de los instrumentos multi-dimensionales tradicionales más empleados para evaluar la actitud ante la muerte y como tal, la diferencia entre la muerte y el proceso de morir, en lo que se refiere a la muerte propia como a la muerte de otros. Esta escala está factorizada mostrando estructura factorial en cuatro factores independientes. Para su adaptación al castellano esta escala se sometió a un proceso de traducción y adaptación al castellano.

Dos expertos traductores bilingües tradujeron por separado las 28 preguntas de la EMMCL del inglés al español. Luego, dos psicólogos compararon la traducción hasta lograr un consenso satisfactorio equivalente a la versión original en inglés (Tomas-Sábado et al., 2007).

En esta adaptación al castellano se determinaron sus propiedades psicométricas (consistencia interna, confiabilidad y estructura factorial) y se estableció su validez en base a su relación con otras medidas de ansiedad y miedo a la muerte. La escala consta de cuatro factores separados que corresponden a cuatro dimensiones del temor ante la muerte, con 7 ítems cada una: 1) En relación a tu propia muerte, (ej., morir joven), 2) en relación a tu propio proceso de morir, (ej., la degeneración física que supone el proceso de morir; 3) en relación a la muerte de otros, (ej., la pérdida de una persona querida), 4) en relación al proceso de morir de otros, (ej., tener que estar con alguien que se está muriendo). Para los análisis en esta investigación principalmente en el caso del multivariado, se han reducido a dos estas cuatro dimensiones, con 14 ítems cada una: 1) miedo a la propia muerte y proceso de morir propio y 2) miedo a la muerte de otros y al proceso de morir de otros.



Gráfica 12. Dimensiones de miedo a la muerte presentes en nuestro estudio

El instrumento tiene un total de 28 ítems. El puntaje mínimo posible de ser obtenido es de 28 y el máximo de 140. Se utiliza para la respuesta una escala que oscila 1 (nada) y 5 (mucho).

La versión de Tomas-Sábado et al. (2007) alcanzó un buen nivel de consistencia interna (Alpha de Cronbach = 0.72 y estabilidad temporal = 0.89). También se ha establecido que el instrumento poseía una validez de criterio aceptable. En nuestra muestra, la fiabilidad para cada una de las escalas ha sido la siguiente:

- a) Miedo a la propia muerte: .80
- b) Miedo al propio proceso de morir: .88
- c) Miedo a la muerte de otros: .81
- d) Miedo al proceso de morir de otros: .87
- e) Alpha (total de la escala): .93

Como se ha dicho, para los análisis que se realizaron las variables anteriores se agruparon en dos: (1) miedo a la propia muerte, resultado de sumar las puntuaciones en las escalas de miedo a la propia muerte y miedo al propio proceso de morir, y (2) miedo a la muerte de otros, resultado de sumar las puntuaciones en las escalas de miedo a la muerte propia y miedo a la muerte de otros.

7.2.5. Dimensiones de salud

Del instrumento *Perfil de Salud de Nottingham* (Nottingham *Health Profile* (NHP, Hunt; McEwen y McKena, 1986) se ha utilizado en este trabajo la adaptación española de Alonso, Antó y Moreno (1990).

El Perfil de Salud de Nottingham, (NHP), mide la percepción subjetiva del impacto de los problemas de salud formada principalmente por ítems que hacen referencia a seis dimensiones de la salud: energía (ej., todo me cuesta un

esfuerzo), dolor (ej., tengo un dolor insoportable), movilidad física (ej., me cuesta subir y bajar las escaleras), reacciones emocionales (ej., las cosas me deprimen), sueño (ej., me paso la mayor parte de la noche despierto) y aislamiento social (ej., creo que soy una carga para los demás). El NHP fue diseñado en Gran Bretaña para medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Su diseño está influido por los contenidos del cuestionario de *Sickness Impact Profile* (Hunt et al., 1986). Su fiabilidad test-retest es buena, según los autores, con correlaciones entre 0.71 y 0.88.

La versión española del *Perfil de Salud de Nottingham* (PSN) fue realizada mediante la traducción al castellano por dos personas bilingües lográndose una traducción lo más cercana al cuestionario original, las traducciones fueron traducidas del inglés al español y del español al inglés, y discutidas por Hunt y dos miembros del equipo español permitiendo su validez de construcción, su fiabilidad y sensibilidad a los cambios siendo una de sus ventajas que puede utilizarse en una amplia gama de situaciones para la evaluación en intervenciones médicas o sociales en poblaciones seleccionadas, en diseños pre-post y como medida de resultado para comparaciones entre grupos. Es fácil de responder y es de positiva aceptación de los encuestados,

y se puede aplicar a grupos grandes de población (Alonso et al., 1990; Grao, 2007).

El instrumento consta de 38 ítems de respuesta SI-NO a cada pregunta que indaga sobre seis dimensiones de salud: movilidad física (8 ítems), dolor (8 ítems), sueño (5 ítems), energía (3 ítems), aislamiento social (5 ítems) y reacciones emocionales (9 ítems). Las puntuaciones se obtienen multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderal, obtenido por el método de comparación de pares de Thurstone. Estas puntuaciones se transforman en una escala que oscila entre 0 (no padece de ningún problemas de salud) y 100 (los padece todos). La fiabilidad en esta muestra, para cada una de las escalas, ha sido la siguiente:

- a) Habilidad física: .81
- b) Dolor: .86
- c) Sueño: .67
- d) Energía: .73
- e) Aislamiento social: .60
- f) Reacciones emocionales: .69

Puesto que el sistema de puntuación que utiliza esta escala asume una peor salud cuanto más alta es la puntuación para interpretar relaciones entre variables no puede perderse de

vista que en realidad nuestra variable salud en realidad presenta contenidos de Problemas de salud. De este modo, una mayor puntuación en las escalas significará una peor salud y una menor puntuación en las escalas significará mejor salud.

7.2.6. Estrés

Para medir estrés hemos utilizado la *Escala de Estrés Percibido* (Versión española (2.0) *Perceived Stress Scale* (PSS) de Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983), en su adaptación realizada por Remor y Carrobles (2001).

Cohen et al., (1983) desarrollaron una medida global sobre el estrés, la *Escala de Estrés Percibido* (PSS= *Perceived Stress Scale*). El PSS es una escala de autoinforme destinada a recoger información acerca de aquellas situaciones de la vida de un individuo que son valoradas como estresantes. Originalmente fue desarrollada como una escala de 14 ítems que evalúa la percepción de experiencias estresantes durante el mes anterior, en cada ítem se pide que indique cómo el individuo se ha sentido o ha pensado en cada situación, utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (0 = nunca, 1 = casi nunca, 2 = de vez en cuando, 3 = a menudo, 4 = muy a menudo). Se formulan preguntas que procuran indagar sobre la frecuencia de los aspectos que causan estrés en el último mes (por ejemplo, ¿Con qué frecuencia ha

estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?).

Diversas investigaciones que han utilizado la escala informan de que el instrumento PSS-10 ha demostrado adecuada fiabilidad en sus coeficiente Alfa de Cronbach con rango desde 0,75 a 0,91 (Cohen, Tyrrell, y Smith, 1983; Cohen y Williamson, 1988; Cole, 1999; Glaser et al., 1999). Al menos en dos estudios se informó fiabilidad test-retest con correlaciones que van desde 0,55 (intervalo de seis semanas) a 0,61 (12 meses) (Cohen et al., 1983; Cole, 1999). El PSS-10 también ha mostrado evidencia de validez en comparación con comportamientos de salud y salud percibida (Cohen et al., 1983), así como en relación a eventos estresantes de la vida y el afecto negativo (Cohen et al., 1993). Los autores informaron que la versión de 10 ítems (PSS-10) mostró características psicométricas más fuertes en comparación con la escala de 14 ítems (Cohen y Williamson, 1988).

En la adaptación española la puntuación total de la PSS se obtiene invirtiendo las puntuaciones de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 (en el sentido siguiente: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0) y sumando entonces los 14 ítems. La puntuación directa obtenida indica que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido. Para los análisis en la presente investigación

la puntuación de estrés se incluye como variable en la evaluación de salud.

7.3. Variables

En el planteamiento de nuestro estudio adoptamos varios análisis. En el primer análisis, las variables independientes o predictoras son dimensiones de espiritualidad/ religiosidad y la variable dependiente o criterio fue miedo a la muerte. En el segundo análisis las variables independientes fueron de afrontamiento religioso de problemas mientras que las variables dependientes o variables criterio son las dimensiones de miedo a la muerte. En el tercer análisis las variables independientes o predictoras son dimensiones de espiritualidad/religiosidad y afrontamiento religioso de problemas más las dimensiones de miedo a la muerte. Las variables dependientes o criterio son las dimensiones de salud que incluye el estrés.



Cuadro 3. Denominación de variables, tipo, e instrumento de medida

Variable	Tipo de variable	Instrumento/referencia
1. Religiosidad	Independiente	Cuestionario sociodemográfico (frecuencia de asistencia al culto y frecuencia de oración)
2. Bienestar existencial	Independiente	Inventario de Expresiones de Espiritualidad (MacDonald, 2000; adaptación de Muñoz, 2013).
3. Dimensión Experiencial/ fenomenológica	Independiente	
4. Creencias paranormales	Independiente	
5. Afrontamiento religioso positivo	Independiente	Escala de Patrones Positivos y Negativos del Método de Afrontamiento Religioso (Brief-RCOPE) (Pargament; Bruce; Smith; Koenig y Pérez, 1998; adaptación al español de Rivera-Ledesma, 2007).
6. Afrontamiento religioso negativo	Independiente	
7. Miedo a la propia muerte	Dependiente e Independiente	Escala Revisada Collet-Lester (1994), Miedo a la Muerte y al proceso de Morir, adaptación española de Tomás-Sábado et al. (2007).
8. Miedo a la muerte de otros	Dependiente e Independiente	
9. Energía	Dependiente	Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile). (Hunt et al., 1986, adaptación española de Alonso et al., 1990).
10. Sueño	Dependiente	
11. Habilidad física	Dependiente	
12. Reacción emocional	Dependiente	
13. Dolor	Dependiente	
14. Aislamiento social	Dependiente	
15. Estrés	Dependiente	Escala de Estrés Percibido de Cohen et al. (1983), adaptación española realizada por Remor y Carrobles (2001).

Se insiste en que las dos variables citadas, miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros, resultan de sumar



por una parte el miedo a la propia muerte, y al propio proceso de morir, y por otra el miedo a la muerte de otros, y al proceso de morir de otros.

7.4. Procedimiento

7.4.1. Recogida de datos

La recogida de información se hizo de forma aleatoria en los mercadillos de varios sectores de Málaga, incluyendo poblaciones aledañas como el Rincón de la Victoria, Torre del Mar, La Cala del Moral, la barriada del Palo, Ciudad Jardín y La Palmilla. Se contó con la colaboración de las iglesias de Filadelfia y la ayuda de sus respectivos pastores. También se contó con la colaboración de una asistente para diligenciar los cuestionarios y con la ayuda de una estudiante de Psicopedagogía, en la aplicación y realización de los mismos. A cada participante se le administraron seis cuestionarios, incluyendo el de datos demográficos, que en total demandaron de un tiempo aproximado de 20-25 minutos por persona, dependiendo de la destreza del participante. Fueron realizados en el mercadillo de trabajo, en hogares, en el lugar del culto, en el centro Multiusos Parque Victoria (La Cala del Moral), y en el bar mayormente. A cada participante se le explicó acerca del propósito de la investigación y las posibilidades de desarrollo y aplicabilidad de

los resultados con población gitana, mostrándose siempre los participantes dispuestos a colaborar. Nadie se negó a colaborar en el proyecto.

En algunos casos fue necesario leer pregunta por pregunta a personas con dificultades para leer y/o escribir adecuadamente o eran iletrados. En muchos casos fue necesario repetir más de una vez algunas preguntas debido a problemas de comprensión. A lo largo de toda la fase de recogida de datos se alteró al azar el orden de presentación de los cuestionarios para reducir los efectos negativos del cansancio y los derivados del propio orden de presentación de los mismos.

7.4.2. Preparación y análisis de datos

La revisión de los datos previa al análisis mostró un 99.4% de casos válidos y un 0.6% de valores perdidos debido a omisión de respuestas por los participantes. Estos han sido detectados a través del análisis de frecuencias y el estudio de la posible influencia de estas en la presencia de observaciones atípicas. Los valores perdidos han sido sustituidos por valores imputados utilizando la utilidad estadística que para ello ofrece el programa IBM SPSS 20. Para la totalidad de los análisis se ha utilizado dicho programa. El método de la imputación múltiple de datos nos ha parecido el más adecuado dado que ha evitado la reducción del tamaño de la muestra, y con ello previene la

////////////////////////////////////

pérdida de potencia en los contrastes y la presencia de errores estándar elevados. Posteriormente se comprobaron los supuestos necesarios para proceder a los análisis estadísticos desarrollados, no observándose violación de los supuestos. Para el análisis de datos se utilizó una aproximación multivariada utilizando técnicas de análisis multivariado de la varianza así como técnicas de regresión múltiple.



8. RESULTADOS

La presentación de los resultados se dividirá en tres grandes apartados, (1) el estudio de las relaciones entre dimensiones de religiosidad/ espiritualidad y miedo a la muerte, (2) las relaciones entre afrontamiento religioso positivo y negativo y miedo a la muerte, y (3) las relaciones entre variables de religiosidad/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte, y dimensiones de salud.

Los dos primeros bloques tendrán una misma estructura en la que (1) se comentarán las variables objeto de análisis desde un punto de vista descriptivo, (2), se estudiarán las relaciones lineales existentes entre las variables mediante análisis de correlación de Pearson, (3) se analizarán las relaciones entre variables en función de la edad y el sexo mediante análisis multivariado de la varianza. Las comparaciones entre niveles se harán mediante la prueba de *Diferencia Significativa Honesta* (DSH) de Tukey a un nivel de significación del 95% ($\alpha = 0,05$).

El tercer apartado se estudiará mediante análisis de regresión multivariada, en la cual las variables independientes o predictoras serán religiosidad/espiritualidad, afrontamiento

religioso y miedo a la muerte, y las variables dependiente o criterio serán las dimensiones de salud.

8.1. Estudio de las relaciones entre medidas de religiosidad y espiritualidad en relación al miedo a la muerte (Objetivo nº 1).

Para responder al primer objetivo, evaluar las relaciones entre medidas de religión/espiritualidad y miedo a la muerte se seguirá una aproximación variada a través de (1) análisis descriptivos de las variables de religiosidad, espiritualidad, miedo a la muerte, (2) análisis de correlación que nos permitan conocer la existencia de relaciones lineales entre religión/espiritualidad y miedo a la muerte, y (3) análisis multivariado de la varianza para estudiar diferencias en el conjunto de estas variables con relación al sexo y la edad.

8.1.1. Análisis descriptivo de las variables de religiosidad/espiritualidad y miedo a la muerte.

Los estadísticos descriptivos que aparecen en la Tabla 10 muestran que las personas de nuestra muestra son en general religiosas (oran y asisten a prácticas religiosas tradicionales como la misa/culto), existiendo una cierta homogeneidad entre individuos, superior en esta variable a las demás. La dimensión experiencial/fenomenológica muestra, sin embargo, una menor experiencia religiosa y espiritual aunque, en este caso, existe una

mayor variabilidad entre las personas de la muestra. Este grupo de 150 personas reporta además niveles elevados de bienestar existencial, reflejando así una visión positiva de su existencia en la que han encontrado significado y propósito al tiempo que se ven a sí mismos competentes para afrontar las dificultades de la vida y sus propias limitaciones. En comparación con la religiosidad (reza/ora + asistencia a misa/culto), las creencias paranormales tienen un valor medio levemente inferior, aunque se observan más diferencias entre sujetos, los cuales afirman en general creer en fantasmas, espíritus, o brujería.

Por lo que se refiere al miedo a la muerte, tanto el referido a la propia muerte como a la muerte de otros alcanzan valores elevados, en especial este segundo aspecto que es mayor que el primero. En general la muestra expresa temor a la muerte en términos de soledad, interrupción de la vida, morir joven, o la desintegración del propio cuerpo (miedo a la propia muerte), así como a la degeneración física y mental, dolor, pérdida de facultades, falta de control o posibilidad de morir solo (miedo a la muerte de otros).



Tabla 10. Estadísticos descriptivos de medidas de religión, espiritualidad y miedo a la muerte (N=150)

	Rango	Mínimo	Máximo	M	SD
Religiosidad (ora+misa/culto)	10.00	2.00	12.00	6.05	3.51
Experiencial/fenomenol.	24.00	.00	24.00	6.62	7.52
Bienestar existencial	24.00	.00	24.00	17.06	5.99
Creencias paranormales	24.00	.00	24.00	10.12	6.47
Miedo a la muerte (propia y proceso propio)	53.00	14.00	67.00	33.29	12.97
Miedo a la muerte otros (de otros y proceso propio)	52.00	15.00	67.00	42.70	14.12

Nota: M= Media, SD=Desviación típica

En términos generales la muestra refleja una religiosidad práctica en la que las experiencias, tanto religiosas como paranormales, juegan un papel relevante, y donde el miedo a la muerte parece ser una realidad importante, tanto en términos de miedo a la propia muerte, como a la muerte de otros.

8.1.3. Análisis de correlaciones entre variables de religiosidad/espiritualidad y miedo a la muerte.

Aunque las dimensiones de religiosidad y experiencial/fenomenológica se muestran independientes del miedo a la propia muerte (ver Tabla 10) están sin embargo relacionadas con el miedo a la muerte de otros. Se observa un mayor miedo a la muerte de otros a medida que aumenta la práctica religiosa (orar y asistencia a la misa/culto) y es mayor la experiencia religiosa. El miedo a la propia muerte se muestra independiente de estas variables.

////////////////////////////////////

La dimensión de bienestar espiritual tiende a ser menor a medida que aumenta el miedo a la muerte, tanto propia como referida a los demás.

Las creencias paranormales, sin llegar a alcanzar valores estadísticamente significativos, se muestran marginalmente relacionadas con dimensiones de miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros.

Tabla 11. Análisis de correlación de Pearson entre medidas de religión/espiritualidad y miedo a la muerte

	REL	EXP/FEN	BIE	CPARAN
Miedo a la muerte (propia y proceso propio)	.03	.06	-.30**	.15
Miedo a la muerte otros (de otros y proceso propio)	.17*	.17*	-.22**	.11

REL=Religiosidad (ora+misa/culto), EXP/FEN =Experiencial/fenomenológica, BIE=Bienestar existencial, CPARAN=Creencias paranormales.

* p<.05 **p<.01

8.1.3. Análisis multivariado de la varianza de variables de religión/espiritualidad y miedo a la muerte con relación al sexo y la edad.

Con objeto de conocer el posible efecto de la edad y el sexo en las variables de religión/espiritualidad y miedo a la muerte realizamos un análisis multivariado de la varianza cuyos resultados mostraron efectos del sexo (valores: 1=Hombre,



2=mujer), la edad (3 grupos: 1=18-33, 2=34-45, 3=46-87), así como de su interacción (véase Tabla 12 y 14).

La potencia observada en las variables sexo, grupo de edad, y su interacción, alcanzó valores superiores al 80% en la práctica totalidad de los estadísticos multivariados.

Tabla 12. Análisis multivariado de la varianza de las dimensiones de religiosidad y miedo a la muerte en función del sexo y la edad.

Efecto		Valor	F	Gl	Gl error	Sig.	Eta	Potencia
Intersección	Traza de Pillai	.973	824.63	6	139.000	.000	.973	1.000
	Lambda de Wilks	.027	824.63	6	139.000	.000	.973	1.000
	Traza de Hotelling	35.595	824.63	6	139.000	.000	.973	1.000
	Raíz mayor de Roy	35.595	824.63	6	139.000	.000	.973	1.000
SEXO	Traza de Pillai	.181	5.12	6	139.000	.000	.181	.993
	Lambda de Wilks	.819	5.12	6	139.000	.000	.181	.993
	Traza de Hotelling	.221	5.12	6	139.000	.000	.181	.993
GrEdad	Raíz mayor de Roy	.221	5.12	6	139.000	.000	.181	.993
	Traza de Pillai	.123	1.52	12	280.000	.115	.061	.808
	Lambda de Wilks	.881	1.51	12	278.000	.118	.061	.805
SEXO GrEdad	Traza de Hotelling	.131	1.50	12	276.000	.122	.061	.802
	Raíz mayor de Roy	.074	1.73	6	140.000	.117	.069	.641
	Traza de Pillai	.143	1.79	12	280.000	.049	.071	.880
SEXO GrEdad	*Lambda de Wilks	.861	1.80	12	278.000	.048	.072	.881
	Traza de Hotelling	.157	1.80	12	276.000	.048	.073	.882
	Raíz mayor de Roy	.118	2.76	6	140.000	.014	.106	.865



que los hombres ($M=30.66$, $SD=14.31$), $t(148) = 2.38$, $p=.018$, IC 95% -9.11-.85, y un mayor miedo a la muerte de otros (Mujeres: $M=45.53$, $SD=12.68$; Hombres: $M=39.55$, $SD=15.04$; $t(148) = 2.64$, $p=.009$, IC 95% -10.46-1.51).

Por lo que se refiere a la edad, se observaron diferencias en Bienestar existencial ($F(2, 147)=3.83$, $p=.024$). El grupo de menor edad (18-33 años) mostró un bienestar existencial significativamente mayor que el de nivel medio de edad (34-47 años) (HDS Tukey =3.14, $p=.028$).

Por lo que se refiere al efecto significativo de la interacción entre la edad y el sexo, el análisis multivariado mostró efectos significativos únicamente en las creencias paranormales ($F 2, 148)=4.42$, $p=.014$). Las creencias paranormales fueron más elevadas en el grupo de mujeres de mayor edad. Por el contrario, el grupo de hombres más mayores mostró los niveles más bajos de creencia en lo paranormal.

Con objeto de tener una visión más completa del efecto conjunto de la edad y el sexo realizamos un análisis univariado dividiendo la muestra en 6 grupos resultantes de combinar los niveles de sexo (2 niveles: Hombre y Mujer) y grupo de edad (18-33 años, 34-46 años, y 47-87 años). El número de sujetos por grupo se mostró adecuado para proceder al estudio de las diferencias entre grupos, tal como refleja la Tabla 15.

//

Tabla 15. Distribución del total de la muestra en cada uno de los grupos diferenciados en función de la edad y el sexo.

Grupo	N	%
1,00 (Hombres 18-33 años)	32	21.3
2,00 (Hombres 34-47 años)	20	13.3
3,00 (Hombres 48-87 años)	19	12.7
4,00 (Mujeres 18-33 años)	21	14.0
5,00 (Mujeres 34-47 años)	23	15.3
6,00 (Mujeres 48-87 años)	35	23.3
Total	150	100.0

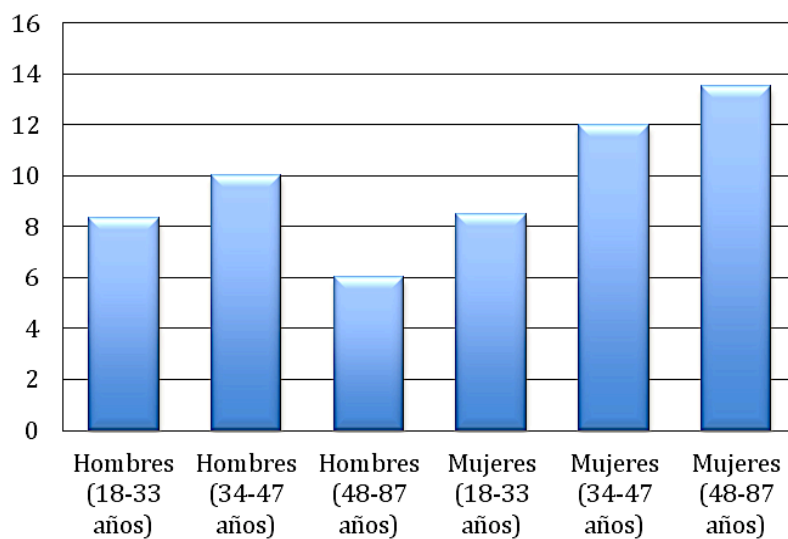
El análisis de la varianza mostró diferencias estadísticamente significativas entre niveles en creencias paranormales ($F 5, 144=5.03, p<.01$), miedo a la muerte ($F 5, 144=2.50, p=.033$), y miedo a la muerte de otros ($F 5, 144=3.19, p=.009$).

En creencias paranormales, el contraste HDS de Tukey entre niveles mostró mayores creencias paranormales en el grupo de mujeres mayores (48-87 años) que en el de hombres de menor edad (18-33 años), $T=4.94, p=.014$. También se observó que el grupo de hombres de mayor edad (48-87 años) mostró valores medios de creencias paranormales significativamente menores que las mujeres de edad media (34-47 años) y alta (48-87 años), $t=6.33, p=.012$, y $t=7.50, p<.01$ respectivamente). Por lo tanto las mujeres se aferran más a creencias paranormales a

////////////////////////////////////

medida que se hacen mayores mientras que los hombres disminuye su capacidad de creer en lo paranormal a medida que es mayor. Igualmente se observaron diferencias entre los grupos en miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros. Se observó menor miedo a la propia muerte en hombres de edades comprendidas entre los 34 y 47 años que en mujeres de edades comprendidas entre los 34-47 años ($t=12.00$, $p=.031$) y 48-87 años ($t=11.38$, $p=.023$).

Creencias Paranormales



Gráfica 13. Valores medios de creencias paranormales para cada uno de los distintos grupos de edad presentes en la muestra.



El miedo a la muerte de otros también fue significativamente menor en el grupo de hombres de edad media (34-47 años) que en los tres grupos de mujeres: 18-33 años ($t=13.70$, $p=.022$), 34-47 años ($t=13.11$, $p=.027$) y 48-87 ($t=13.47$, $p=.009$).

8.2. Estudio de las relaciones entre medidas de afrontamiento religioso, positivo y negativo, y miedo a la muerte (Objetivo nº 2)

Para responder al segundo objetivo, evaluar las relaciones entre medidas de afrontamiento religioso (positivo y negativo) y miedo a la muerte se seguirá una aproximación a través de (1) análisis descriptivos de las variables de afrontamiento religioso positivo, afrontamiento religioso negativo, y miedo a la muerte, (2) análisis de correlación que nos permitan conocer la existencia de relaciones lineales entre estas variables, (3) análisis multivariado de la varianza para conocer la existencia de diferencias en el conjunto de estas variables con relación al sexo y la edad.

8.2.1. Análisis descriptivo de las variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte.

Como complemento a los estadísticos de miedo a la muerte, ya comentados, la media aritmética y la desviación típica

del afrontamiento religioso positivo y negativo muestran en primer lugar que los sujetos de la muestra hacen uso de estrategias de afrontamiento religioso, y en segundo lugar que prevalece en los sujetos de la muestra un estilo de afrontamiento positivo vs. negativo, existiendo una menor variabilidad entre sujetos en este último tipo. Las personas que componen nuestra muestra tienden a utilizar un estilo de afrontamiento basado en la apreciación religiosa benevolencia, afrontamiento religioso colaborativo y búsqueda de apoyo espiritual en mayor medida que otro estilo que incluye métodos como juicio del poder de Dios, el descontento espiritual, o el afrontamiento religioso auto-dirigido.

En términos relativos, el miedo a la muerte es menos relevante en esta muestra que el estilo de afrontamiento, si tenemos en cuenta los valores medios observados frente a las puntuaciones medias posibles en función del rango de puntuaciones para cada una de las medidas.

Tabla 16. Estadísticos descriptivos de medidas de afrontamiento religioso y miedo a la muerte (N=150)

	Rango	Mínimo	Máximo	M	SD
Afrontamiento religioso positivo	21.00	7.00	28.00	14.25	6.80
Afrontamiento religioso negativo	15.00	7.00	27.00	11.13	3.49
Miedo a la muerte (propia y proceso propio)	53.00	14.00	67.00	33.27	12.97
Miedo a la muerte otros (de otros y proceso propio)	52.00	15.00	67.00	42.70	14.12

M= Media, SD= Desviación típica



8.2.2. Análisis de correlaciones entre variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte.

Mientras que el miedo a la propia muerte se muestra independiente de los patrones de afrontamiento religioso, el miedo a la muerte de otros está positivamente relacionado con un estilo de afrontamiento religioso positivo. El miedo a la muerte tiende a ser mayor a medida que es más relevante en la persona un estilo colaborativo de afrontamiento, una búsqueda de apoyo social, de ayuda religiosa, o una apreciación religiosa benevolente.

Otra mirada a los mismos datos muestra que mientras que el afrontamiento religioso es independiente del miedo a la muerte, el afrontamiento religioso positivo está directamente relacionado con el miedo a la muerte de otros.

Tabla 17. Análisis de correlación de Pearson entre medidas de afrontamiento religioso y miedo a la muerte

	Afrontamiento religioso positivo	Afrontamiento religioso negativo
Miedo a la muerte	-.02	.03
Miedo a la muerte otros	.20*	-.00

* $p < .05$



8.2.3. Análisis multivariado de la varianza de variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte con relación al sexo y la edad.

Con objeto de conocer el posible efecto de la edad y el sexo en las variables de afrontamiento religioso y miedo a la muerte realizamos un análisis multivariado cuyos resultados mostraron efectos del sexo (valores: 1=Hombre, 2=mujer), y ausencia de diferencias en función de la edad (3 grupos: 1=18-33, 2=34-45, 3=46-87) o la interacción sexo x edad (véase Tabla). La potencia observada fue superior al 70% en el efecto de la variable sexo, pero con valores inferiores en el resto de variables.

Tabla 18. Análisis multivariado de dimensiones de afrontamiento religioso y miedo a la muerte en función del sexo y la edad

Efecto		Valor	F	GL	Gl error	Sig.	Eta	Potencia observada
Intersección	Traza de Pillai	.96	843.37	4	141	.000	.96	1.00
	Lambda de Wilks	.04	843.37	4	141	.000	.96	1.00
	Traza de Hotelling	23.92	843.37	4	141	.000	.96	1.00
	Raíz mayor de Roy	23.92	843.37	4	141	.000	.96	1.00
SEXO	Traza de Pillai	.07	2.74	4	141	.031	.07	.74
	Lambda de Wilks	.93	2.74	4	141	.031	.07	.74
	Traza de Hotelling	.08	2.74	4	141	.031	.07	.74
	Raíz mayor de Roy	.08	2.74	4	141	.031	.07	.74
GrEdad	Traza de Pillai	.09	1.68	8	284	.102	.04	.73
	Lambda de Wilks	.91	1.68	8	282	.104	.04	.73
	Traza de Hotelling	.09	1.67	8	280	.106	.05	.73
	Raíz mayor de Roy	.06	2.25	4	142	.066	.06	.65
SEXO * GrEdad	Traza de Pillai	.08	1.54	8	284	.143	.04	.68
	Lambda de Wilks	.92	1.53	8	282	.145	.04	.68
	Traza de Hotelling	.09	1.53	8	280	.146	.04	.68
	Raíz mayor de Roy	.06	2.30	4	142	.061	.06	.66

El efecto de la variable sexo estuvo vinculado a las dimensiones de miedo a la propia muerte (F 1, 149=6.91,



$p=.009$) y miedo a la muerte de otros ($F1, 149=7.71, p=.006$), pero no al afrontamiento religioso.

Las mujeres ($M=35.64, SD=11.21$) presentan un mayor miedo a la propia muerte que los hombres ($M=30.66, SD=14.31$), $t(148)=2.38, p=.018$). La misma tendencia se observó en el miedo a la muerte de otros: las mujeres ($M=45.53, SD=12.68$) presentaron un nivel mayor de miedo a la muerte que los hombres ($M=39.54, SD=15.04$), $t(148)=2.64, p=.009$.

8.3. Estudio de las relaciones entre medidas de religión/ espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte, y salud. (Objetivo nº 3).

Para proceder al estudio de la capacidad predictiva de las variables Sexo, Edad, Dimensión Experiencial/fenomenológica, Bienestar espiritual, Creencias paranormales, Afrontamiento religioso positivo y negativo, miedo a la propia muerte, y miedo a la muerte de otros, sobre las dimensiones de salud (Energía, Sueño, Habilidades Físicas, Reacción Emocional, Dolor, Aislamiento social, y Estrés), procedimos a realizar un análisis de regresión lineal múltiple por el procedimiento *stepwise* con el programa estadístico IBM SPSS versión 19.0.

Se han realizado una serie de análisis previos de los residuales para comprobar el cumplimiento de los supuestos de

////////////////////////////////////

los modelos de regresión lineal: *normalidad, aleatoriedad y homocedasticidad de los residuos*.

Para comprobar el supuesto de normalidad de los residuos se ha realizado la prueba de *Kolmogorov-Smirnov* para una muestra, resultando esta prueba no significativa [$Z = 1.135$, $p = .152$] lo que indica que los residuos son normales, es decir, están normalmente distribuidos.

La comprobación del supuesto de aleatoriedad de los residuos se ha realizado mediante el *Test de Rachas*, obteniéndose un resultado no significativo [$Z = .328$; $p = .743$] indicando que los residuos están distribuidos aleatoriamente.

Finalmente, la comprobación del supuesto de homocedasticidad de los residuos se ha realizado mediante un gráfico de dispersión de los valores pronosticados tipificados (ZPRED, eje abscisa) y los valores de los residuos tipificados (ZRESID, eje ordenadas), mostrando la nube de puntos un patrón centrado en sobre el valor 0 y paralelos al eje abscisa. Esto nos indica que la varianza de los residuos es constante a lo largo de las predicciones de la variable dependiente.

Una vez verificado el cumplimiento de los supuestos de los modelos de regresión lineal procedemos a realizar el análisis de regresión lineal múltiple con el objetivo de predecir la variable Salud a través de un conjunto de predictores de interés.

El modelo de regresión lineal múltiple ajustado contiene los predictores Sexo, Edad, Bienestar Existencial, Creencias paranormales, y Miedo a la muerte de otros, expresados en la siguiente ecuación de regresión:

$$\text{Salud} = 21.70 + 2.925\text{Edad} - 6.0\text{Bienestar Existencial} + 1.18\text{Miedo Ajeno} + 39.7\text{Sexo} - 2.52\text{Creencias Paranormales}$$

Este modelo ha resultado significativo [$F(5,144) = 19.071$; $\text{MSE} = 7519.811$; $p < .001$], indicando que los predictores del modelo predicen significativamente la variable Salud. A su vez, los contrastes para cada uno de los predictores del modelo ajustado fueron significativos, lo que muestra que cada uno de ellos, de manera independiente, predice la variable Salud (Tabla 19).

Tabla 19. Valores de β , SE , t y p de los predictores del modelo de regresión lineal múltiple ajustado

Modelo	β	SE	t	p
Constante	21.70	46.33	3.16	.028
Edad	2.92	.51	5.76	.000
Bienestar existencial	- 6.00	1.29	-4.67	.000
Miedo a la muerte de otros	1.18	.53	2.23	.027
Sexo	39.70	15.63	2.54	.012
Creencias paranormales	-2.52	1.19	-2.12	.035

Respecto al ajuste del modelo, el valor del Coeficiente de Determinación (R^2) es de .40, lo que indica que el 40% de la

////////////////////////////////////

varianza de la variable Salud es explicada por el modelo de regresión lineal múltiple ajustado, es decir, las variables Edad, Bienestar existencial, Miedo a la muerte de otros, Sexo y Creencias paranormales, explican un 40% de la variable Salud.

El análisis de multicolinealidad muestra la ausencia de este fenómeno, ya que, según el criterio sugerido por Belsley, Kuh y Welsch (1980) los valores de índice de condición de las dimensiones son inferiores a 30 y los valores de la proporción de varianza son inferiores a .50 en todas las variables.

A continuación interpretaremos los resultados obtenidos en el modelo de regresión lineal múltiple ajustado. El valor de la constante o intercepto es de 21.70 puntos lo que indica la media en Salud de los sujetos del estudio. Ésta, en términos generales, se puede calificar como buena.

Teniendo en consideración que una mayor puntuación en el cuestionario de salud, indica un empeoramiento de ésta, respecto a la variable edad el modelo muestra que por cada aumento de 1 año en la edad de los sujetos la puntuación en la variable Salud incrementa 2.925 puntos, lo que indica que a mayor edad peor Salud.

La variable bienestar existencial muestra una relación inversa con Salud, de manera que por cada aumento en 1 punto en bienestar existencial la puntuación en Salud disminuye 6



puntos. Esto indica que cuanto mayor bienestar existencial experimenta la persona mejor es su Salud, sugiriendo además, por su magnitud, la especial significatividad de esta variable con relación a la salud en general.

La variable *Miedo a la muerte de otros* obtiene un coeficiente de regresión de 1.18 lo que indica que por cada aumento en 1 punto en esta variable la variable Salud incrementa 1.18 puntos, es decir, cuanto mayor es el miedo a la muerte de otros peor es la salud de los sujetos.

En cuanto a la variable sexo, el modelo predice que las mujeres muestran peores puntuaciones en Salud que los hombres.

Finalmente, la variable creencia paranormales muestra una correlación negativa con la variable Salud, de manera que por cada aumento de 1 punto en la variable creencias la puntuación en Salud disminuye 2.52 puntos. Dado el modo en el que está medida la puntuación de salud, una mayor creencia en fenómenos paranormales está asociada a una mejor salud.

La dimensión experiencial/fenomenológica y las dos dimensiones de afrontamiento religioso, positivo y negativo, fueron excluidas del modelo de regresión. Estas variables, desde un punto de vista estadístico, no se mostraron importantes para

predecir la salud de las personas participantes en la investigación.



9. DISCUSIÓN

9.1. Apreciaciones adicionales en torno al cumplimiento de hipótesis

En primer lugar, cabe justificar globalmente el presente trabajo de investigación, enfatizando su mayor logro, a juicio de su autor, que es el haber estudiado las relaciones entre variables de religiosidad, afrontamiento de la muerte, miedo a la muerte y salud en una muestra especial como son los gitanos de SES medio-bajo de la provincia de Málaga (Andalucía). Una muestra escasamente estudiada, en cualquiera de sus aspectos personales, ya que son mayormente algunas son objeto de frías estadísticas. En la presente tesis se estudia su espiritualidad, siendo un pueblo una de cuyas características es tener un alto sentido de trascendencia, un menor materialismo que la sociedad que le envuelve. Esto se manifiesta en su respeto a los muertos, que en muchos casos se deriva en una forma de culto a la muerte, sus creencias en lo extraordinario o paranormal, su mayor entrega a religiones diversas en los últimos años, todos estos rasgos en mayor medida que sus conciudadanos no gitanos.

Otras investigaciones europeas, americanas han estudiado el efecto de la variable miedo a la muerte, religiosidad y espiritualidad en ciudadanos no gitanos de diversos países. En la presente investigación se han estudiado ciudadanos gitanos en su mayoría de Andalucía. Los cuestionarios utilizados en esta tesis, en su origen de EEUU o bien otros países extranjeros así prueban ese interés que ha atraído a investigadores de diferentes países. En el caso de la presente tesis, existe también la motivación de incrementar el conocimiento y desarrollo de otros patrones de relación de las variables estudiadas en el campo teórico. En particular existe la convicción de que la religiosidad y espiritualidad pueden jugar un papel en beneficio de la salud en diversas poblaciones así como también el afrontamiento religioso. Se deriva de nuestros resultados, el papel relevante de estas variables de religiosidad espiritualidad para influir en la salud, evaluada con un cuestionario internacionalmente admitido. En tercer lugar otra motivación de la tesis es personal, se trata del ámbito de trabajo de su autor que le da un trato directo en la búsqueda de mayor bienestar para los gitanos estudiados, de SES medio-bajo y cuya vida y existencia no es fácil. Es por ello que un apartado de la discusión de resultados, se dedica a la pastoral que puede extraerse de dichos resultados en manos del autor de esta investigación.

Un acierto de esta investigación es la utilización de instrumentos validados internacionalmente. No hemos construido ninguno *ad hoc* de la muestra especial que hemos trabajado, sino que hemos empleado, con una aplicación individualizada, estos instrumentos de alto valor predictivo internacionalmente reconocidos.

Para mayor claridad del lector, se organiza la discusión según las implicaciones de los objetivos o hipótesis que se formularon inicialmente. Se desarrolla así el comentario para las cuatro implicaciones incluida la de pautas para derivar una pastoral de estos resultados. Se termina la discusión con un apartado de conclusiones, limitaciones y prospectiva.

9.1.1. Implicación 1

Esperamos observar una relación lineal negativa entre dimensiones de religiosidad/ espiritualidad y variables de miedo a la muerte. Esta relación negativa será mayor en personas mayores y en mujeres.

En sintonía con los estudios de Feifel (1959) y Spilka et al. (1975), Minton y Sizemore (1977), Young y Daniels (1981), y Power y Smith (2008), los sujetos de nuestra muestra han mostrado una tendencia a mostrar mayor miedo a la muerte en la medida en que su frecuencia de oración y asistencia al culto

////////////////////////////////////

era mayor. Esta tendencia, por otra parte, contradice otros estudios que habían afirmado el rol protector de la religión frente al temor a la muerte (Duff y Hong, 1995; Spilka et al., 1985; Swenson, 1961; Wink y Scott, 2005).

La literatura revisada, sin embargo, no había diferenciado entre miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros, siendo escasos los estudios que han abordado esta temática utilizando una aproximación multidimensional. Nuestros resultados sugieren, en consonancia con los escasos estudios que reflejan la complejidad de este constructo (Amy Hui-Mei, 2003), diferencias entre las dos dimensiones, mostrando independencia de la oración y la asistencia al culto, y experiencia religioso/espiritual, con relación al miedo a la propia muerte (tal como se ha observado en estudios previos (Feifel, 1974; Kalish, 1963; Templer y Dodson, 1970). Además, la relación positiva entre miedo a la muerte y religión que los estudios previos antes citados habían constatado, también se observa en nuestros datos en la dimensión de miedo a la muerte de otros.

También nuestros resultados completan los aspectos ya conocidos en otras culturas, al haber integrado factores relativos a la cultura y religión gitanas, en las cuales la experiencia y el sentimiento en las celebraciones litúrgicas, y la creencia en fenómenos paranormales, son aspectos relevantes y que en

muchas ocasiones se entremezclan, haciendo difícil su diferenciación.

Los resultados observados sugieren cierta contribución de las creencias paranormales, relevantes en la cultura e idiosincrasia gitanas, al miedo a la muerte, tanto a la propia como a la de los demás. El respeto y las actitudes hacia la muerte que encontramos en las tradiciones y rituales gitanos, y que reflejamos en la introducción, se explica en nuestra muestra incidiendo en el miedo a la muerte. Una muestra de un tamaño algo mayor probablemente hubiera elevado a significativa, desde un punto de vista estadístico, la correlación lineal positiva observada entre estas dos variables, superior en nuestra muestra a un 10%. Por otra parte, la dimensión de la experiencia estuvo relacionada positivamente con el miedo a la muerte de otros, pero no con el miedo a la propia muerte. Dicho de otro modo, el hecho de haber tenido experiencias consideradas como espirituales, místicas, transcendentales, o religiosas ha influido sobre el miedo a la muerte de modo selectivo, afectando al miedo a la muerte de otros pero no a la propia muerte. Esta relación bien podría estar asociada a las importantes connotaciones religiosas de la cultura gitana, en la que la superstición y la creencia en lo paranormal conviven junto a la emoción y al sentimiento expresado en la liturgia de los sacramentos en forma de baile, o música, o el sistema doctrinal y práctico que se

expresa en la creencia de la manifestación divina a través de los dones o carismas de las personas (Mena, 2003, Cantón et al., 2004).

¿Por qué la experiencia religiosa se relaciona con el miedo a la muerte de otros pero no con el miedo a la propia muerte? Quizás para dar una posible respuesta a esta cuestión, tengamos que tener en cuenta el valor que para la cultura gitana se le atribuye a la familia. Los procesos de duelo entre los gitanos de Andalucía, a diferencia de otros grupos étnicos, exteriorizan de forma muy peculiar el dolor por la muerte de un ser querido, que va acompañado de un elevado sentimiento de miedo a la muerte, además de creencias paranormales que sirven como un principio protector y de control de la cosmovisión gitana de la muerte (Restrepo, 2013).

Es una de las ocho dimensiones estudiadas por Hoelter (1979), miedo por otras personas significativas (aprehensión), miedo a la muerte de otros, familiares, parientes cercanos y amigos. La experiencia religiosa por lo tanto está cargada toda suerte de rituales en el cementerio, en la Semana Santa, en el tablao flamenco donde emerge, lo que Lorca al referirse a la muerte, describía así: *“El duende no llega si no ve posibilidad de muerte, si no sabe que ha de rondar su casa, si no tiene seguridad*

de que ha de mecer esas ramas que todos llevamos y que no tienen, que no tendrán consuelo” (García-Lorca, 1997, p. 159)³⁸.

La muerte del ser querido, del otro, es por tanto, más temida. En la medida en que para el gitano, su lucha podría describirse como una lucha concretamente para no dejar de ser, para no desaparecer y ser asimilados por una cultura más poderosa. Los gitanos en Andalucía le rinden el homenaje a sus muertos como si estos estuviesen vivos, pues hablan con ellos como si estuviesen sentados con ellos a comer. Anteponiendo por una parte, la presencia de lo espiritual en lo cotidiano de la vida del gitano, así como en el rito religioso. Así que el gitano se encuentra con elementos que estimulan su experiencia cuando asiste el domingo a la celebración eucarística (religión), o el culto, pero también al afrontar con sentido y propósito su vida cotidiana (espiritualidad). Dado que la religión impregna el ámbito sagrado (el templo) y la cultura (lo espiritual), deben ser los aspectos doctrinales y las creencias lo que de algún modo contribuya a esa distinción. Los símbolos sagrados que se utilizan en las celebraciones de la liturgia Católica (ej. la Biblia, la cruz, el propio templo, la indumentaria, las figuras divinas y humanas como el mismo sacerdote) forman parte del quehacer que nutre su espiritualidad. En la religiosidad evangélica o evangelista, a diferencia de otras expresiones religiosas que son

³⁸ “Teoría y juego del duende”, ponencia cuyo autor, Federico García Lorca pronunció el 20 de octubre de 1933 en la Sociedad de Amigos del Arte en Buenos Aires, Argentina.



calificadas como distantes y especulativas con la deidad y con los fieles, se reconoce la cercanía con los creyentes (Santos, 2012). La religiosidad de la Iglesia de Filadelfia (ej. la Biblia, la Santa Cena, el pan y el vino, constituyen elementos sagrados, que junto con la figura del pastor, se erigen como símbolo de autoridad y respeto, catalizador que se percibe y a la vez proyecta como el vocero de Dios y mediador para con el pueblo de Dios (Cantón et al., 2004).

La religiosidad gitana se concibe según la iglesia a la que nos refiramos, como una gran familia o comunidad, activa y participativa en la vida de sus miembros. Cuando alguno padece, sufre o muere, el resto debe ofrecerle su apoyo espiritual emocional, y presencial³⁹ prácticas y costumbres que son reforzadas y animadas tanto por los pastores, como por la tradición y la cultura gitanas que se transmite de padres a hijos con el ejemplo.

Además, dado que la correlación de Pearson tiene carácter bidireccional, los resultados sugieren también una influencia de la experiencia religiosa y espiritual, tan relevante en la vida cotidiana y en el rito religioso del gitano, sobre el miedo a la muerte. No resulta difícil pensar que la exteriorización de

³⁹ La llamada del gitano que se transmite de boca a boca, consiste en acudir lo antes posible, aunque esto implique viajar muchos kilómetros hasta el lugar del infortunio, es calificada como una de las señales más visibles de solidaridad en el pueblo gitano, para ofrecer ayuda, dinero, comida o simplemente compañía, aunque no se diga o haga nada, en un momento de la adversidad.



sentimientos, alabanzas, testimonios, etc., durante el culto, y especialmente en los ritos funerarios, estimulen el miedo a la muerte de los feligreses al suponer una oportunidad para la reflexión y la evocación de ideas en torno a las conexiones entre la vida y la mortalidad (Santos, 2012).

Por otra parte, el miedo a la muerte, en su doble expresión hacia la propia muerte y la de otros, ha estado inversamente relacionada con Bienestar existencial el cual, recordemos, es un constructo asociado al propósito y significado en la vida. Estos resultados coinciden con los de otros investigadores, que, utilizando constructos similares como acto-actualización o sentido de la vida, han encontrado también una relación significativa, pero negativa, entre dichas variables y el miedo a la muerte (Durlak, 1972; Ita, 1995-96; Nogas, Schweitzer, y Grumet, 1974; Sherman, 1996-97; Thomas, 1991, 1994). También en esta muestra de gitanos, el temor a la muerte parece constituir una amenaza al sentido de la vida. El gitano, dado que su cultura le lleva a afrontar más que a evitar la realidad de la muerte, probablemente se muestre más motivado a reevaluarse a sí mismo y su propia vida (Wong, 1989), y en este sentido la correlación negativa observada bien pueda dar cuenta de esta pérdida de significado y propósito a medida que el temor a la muerte es mayor, al suponer un desequilibrio o ruptura de los significados construidos. La relación inversa también tiene

sentido en este caso: personas que vivan sus vidas de modo pleno y con significado probablemente integren en ella la muerte y acepten la misma sin temor (Gesser et al., 1987).

Respecto a la influencia del género, nuestros estudios mostraron un mayor miedo a la muerte en mujeres adultas y mayores, resultados consistentes con investigaciones previas (Davis et al., 1983; Lester et al., 2007; McDonald, 1976; Neimeyer y Moore, 1994; Russac et al., 2007; Schumaker et al., 2001; Tang et al., 2002). Esta relación podría estar asociada a la mayor religiosidad atribuida y observada en la literatura sobre psicología de la religión a través de estudios (ver Paloutzian y Park, 2005) y que, en nuestro caso, se ha extendido también al caso de la mujer gitana, quien además de presentar un mayor miedo a la muerte también expresa un mayor nivel de creencias paranormales (las creencias paranormales fueron mayores en mujeres mayores que en hombres jóvenes, y en mujeres de edad media y más alta que en hombres mayores).



9.1.2. Implicación 2

Esperamos observar relaciones negativas entre afrontamiento religioso y miedo a la muerte. En este caso también esperamos que fueran mayores en personas mayores y mujeres.

Las personas que forman parte de nuestra muestra hacen un uso frecuente de patrones de afrontamiento religioso positivo, esto es, que para afrontar las dificultades cotidianas acuden a sus creencias religiosas. Nuestra muestra utiliza patrones de afrontamiento religioso con un estilo eminentemente positivo, un estilo de afrontamiento espiritual que conduce a la persona a buscar apoyo social en miembros de la iglesia, apoyarse en el perdón religioso, utilizar una aproximación colaborativa con la divinidad, o buscar lo positivo de la situación al entenderla como un medio a través del cual Dios nos da algo bueno.

En este caso, la aproximación bifactorial a la comprensión del miedo a la muerte muestra resultados diferentes para el miedo a la propia muerte y el miedo a la muerte de otros. El miedo a la propia muerte se mostró independiente de los patrones de afrontamiento. Dicho de otro modo, no se observó que el miedo a la muerte influyera de un modo u otro en el uso de estrategias cognitivas religiosas para hacer frente al miedo, y tampoco pudo constatararse que el hecho de tener un estilo y otro

(positivo o negativo) de afrontamiento religioso estimulara de algún modo el miedo a la muerte. Por el contrario, el patrón de afrontamiento religioso positivo estuvo relacionado con el miedo a la muerte de otros.

Los resultados mostraron que el miedo a perder a una persona querida y no poder comunicarse, relacionarse con ella o no poder verla más, así como el hecho de ver cómo sufre, y se deteriora hasta morir, estuvo relacionado con un patrón de afrontamiento positivo: activó recursos como buscar lo positivo de la situación, ayuda religiosa, colaboración con la divinidad para afrontar el problema, o interpretación del proceso como algo positivo desde la fe, y se mostró independiente sin embargo de interpretaciones de dichos acontecimientos y experiencias como un castigo divino, duda del amor y poder de Dios, o sensación de abandono por Dios y la Iglesia.

Dado que los resultados sugieren también la relación inversa, cabe preguntarse entonces por qué la experiencia de la muerte de otros activa procesos y estrategias de afrontamiento religioso positivo y no negativo en esta muestra de etnia gitana. Probablemente en este caso tengamos que pensar en procesos de modelado religioso y experiencias previas. El hecho de haber asistido a oficios religiosos y haber participado en rituales religiosos, unidos a la influencia de la doctrina y las ideas religiosas a través del culto y la educación religiosa en la familia

no puede ignorarse como un proceso de influencia religiosa que puede, en un momento dado, activar en la persona esos procesos vistos en otras personas y animados por la doctrina y la ideología religiosas, en lugar de otros más negativos y perjudiciales que podrían alejar a la persona de la iglesia y de la divinidad.

Nuestros resultados, en consecuencia, contrastan con la hipótesis inicialmente establecida que predecía una relación negativa entre medidas de afrontamiento y miedo a la muerte. El carácter general de esta hipótesis, que no diferenciaba entre estilos de afrontamiento positivo y negativo, no permitía siquiera alcanzar los matices que conlleva hablar de dos tipos de miedo a la muerte y dos formas de afrontamiento religioso. La justificación de su formulación, lógica por otra parte, al pensar que habiendo recursos o estrategias para afrontar una situación debería reducirse el miedo a la muerte, ignoraba el importante papel de las creencias, doctrinas y vida religiosa gitana. El papel de éstas, como se ha indicado, bien puede explicar este resultado que, al igual que ocurría con las otras dimensiones de religión y espiritualidad, no eran fácilmente detectables al utilizar aproximaciones unidimensionales vs multidimensionales tal como nosotros hemos hecho, pero la redacción de la hipótesis no lo reflejaba.

Mientras que el afrontamiento religioso se mostró independiente de la edad, al igual que el miedo a la muerte, la

variable sexo resultó tener un efecto principal, presentando las mujeres un mayor miedo a la muerte, propia y de otros, que los hombres. Esta relación no es nueva, y existe una tendencia en la literatura observada a través de estudios que afirma el mayor miedo a la muerte de la mujer (Davis et al., 1983; Lester et al., 2007; McDonald, 1976; Neimeyer y Moore, 1994; Russac et al., 2007; Schumaker et al., 2001; Tang et al., 2002), y la dedicación de un mayor tiempo a pensar en aspectos específicos (Niemeier et al., 2004). En este caso, los resultados de nuestra muestra extienden lo hallado en otras muestras de la cultura gitana.

Por lo que se refiere a la edad, no se observaron diferencias significativas entre diferentes cohortes. Estos resultados nos indicaron que la perspectiva y enfoque de la mujer gitana es más relevante en el miedo a la muerte que otros aspectos ligados a la edad como la educación o la tradición.

9.1.3. Implicación 3

Esperamos encontrar relaciones entre religiosidad/ espiritualidad, afrontamiento religioso y miedo a la muerte con dimensiones de salud. Esperamos que el sexo y la edad jueguen un papel en estas relaciones.



El análisis de regresión de nuestras variables de religión/espiritualidad, afrontamiento religioso, edad y sexo sobre medidas de salud mostró influencias negativas de la edad, del hecho de ser hombre, tener un menor bienestar existencial, creer en fenómenos paranormales, y tener miedo a la muerte, en una peor salud. Las medidas de afrontamiento religioso, sin embargo, fueron excluidas del modelo de regresión. Este efecto, que bien puede deberse a la influencia de otras variables cuya influencia sería mayor que el afrontamiento y que en interacción llegan a anular su efecto.

Observamos que las creencias paranormales, en la brujería, el mal de ojo, la adivinación del futuro, etc., tan relevantes en la cultura gitana, tienen una influencia positiva sobre la salud. Esta correlación no es nueva: estudios previos han relacionado creencias paranormales con una menor ansiedad/neuroticismo (Goulding, 2004; Kennedy y Kanthamani, 1995; Wolfradt, y Watzke, 2005).

El miedo a la muerte de otros, sin embargo, ha mostrado tener una influencia negativa sobre la salud, al igual que en estudios previos en los que se ha asociado con ansiedad, estrés, e hipocondría (Noyes et al., 2002). Nuestra medida de salud incluía medidas de estrés junto con otras de salud física, y esta relación podría estar en consonancia con los estudios que han mostrado

una contribución del estrés, al incrementar los efectos negativos de una salud debilitada (Markle, 2010).

El hecho de que estas dos variables, junto con ser mayor, ser mujer, y carecer de sentido y propósito en la vida, y creer en fenómenos paranormales predigan por sí solas un 40% de la salud, nos damos cuenta de la importancia de estos aspectos en esta muestra, de gran relevancia en su cultura y tradición, y nos hace también comprender el hecho de que hayan desplazado al afrontamiento religioso en el modelo de regresión.

Aunque un 40% no es un porcentaje sorprendentemente elevado, si pensamos en el conjunto de variables conductuales, emocionales y cognitivas que pueden activar o mitigar el miedo a la muerte, ya sea propia o de otros, la relevancia que en esta muestra han tenido los aspectos religiosos resulta llamativa.

9.1.4. Implicación 4

Esperamos que de estos resultados puedan obtenerse pautas de trabajo para realizar una pastoral hacia el pueblo gitano.

Los resultados recogidos, que han puesto de manifiesto las estrechas relaciones entre religión/espiritualidad, afrontamiento religioso, miedo a la muerte y salud, suponen una base importante sobre la

que abordar las consecuencias o implicaciones pastorales a partir de las implicaciones psicológicas observadas.

a) Implicaciones psicológicas

La religión ha sido una de las fuerzas más poderosas en toda la historia de la humanidad. Sin embargo, las profesiones médicas y de salud mental por lo general no han reconocido dicho poder por considerarlo fuera de dicha órbita. De hecho, como se ha demostrado, los enlaces de la espiritualidad y la religión con la enfermedad y de la salud física y la salud mental son incuestionables. Los resultados que hemos observado en nuestra muestra han reforzado la tendencia observada en investigaciones previas que han vinculado la religión con una mejor salud. Dada esta tendencia, los profesionales de la salud mental deberían estar mejor formados en estos aspectos para abordar de un modo más eficaz esta problemática y beneficiar en mayor medida a los pacientes. Resulta cuanto menos llamativo que en la psicología española se ignore, casi en su totalidad, el estudio y la misma consideración práctica de las dimensiones de Religiosidad y Espiritualidad en la clínica psicológica, tanto en el tratamiento de problemas de salud mental cotidianos, como en la intervención en situaciones de crisis, aspectos ambos en los que la consideración de aspectos espirituales goza de una mayor tradición fuera de nuestras fronteras.

Es importante destacar que los esfuerzos para ampliar la comprensión del papel de la espiritualidad y la religión en el cuidado de la salud deben ser realizados en el contexto de los enfoques existentes, en virtud de estudios realizados y los campos nuevos de investigación y de las creencias de los pacientes analizados, no limitándonos a “importar” teorías y buenas prácticas sino considerando lo específico de la tradición cultural y religiosa de nuestro país, de la persona concreta con dificultades, del papel concreto de las dimensiones de Religiosidad y espiritualidad pueden jugar en el proceso de afrontamiento de una situación difícil para una persona en particular.

Existen algunos estudios que sugieren pautas que permiten la prevención y el tratamiento de problemas de salud en población gitana, o estudios que traten los aspectos relaciones con el temor que genera la muerte en la península Ibérica. La labor que podría hacerse desde los servicios sanitarios a este respecto en España está aún por hacerse. Muchos factores hacen que la investigación científica sobre temas relacionados con la Religiosidad tenga poca difusión o susciten interés. Algunas de estas barreras son metodológicas, otras tienen que ver con prejuicios religiosos, o por razones de la carencia de patrocinio que posibiliten subvenciones.

Para el estudio serio de estos temas relacionados con la salud y la religiosidad en la población gitana no hemos encontrado estudios relevantes hasta el momento. Es preciso poner de manifiesto el especial papel que pueden desempeñar procesos de reestructuración cognitiva Bermejo y Álvarez (2009). Sobre el bienestar psicológico, Furer y Walker (2008) sugieren una reevaluación cognitiva relacionada con la ansiedad y miedo ante la muerte. Hemos concluido anteriormente que los pensamientos y creencias acerca de la muerte son comunes. En la exploración de esta área, es útil examinar las experiencias personales de un individuo entendiendo su trasfondo socio-cultural religioso acerca de la muerte. Esto ocurre en casos en que la muerte sucede a los padres, amigos, a su pareja y en casos de muerte natural. Fierro (1999), se refiere a la madurez del adulto como el período en el cual el individuo desarrolla un proyecto de vida y es capaz de afrontar los acontecimientos adversos y de tomar decisiones razonables y relevantes en condiciones de incertidumbre. Esas decisiones son las que le permiten al ser humano conocerse a sí mismo en una forma más amplia, especialmente cuando se está cerca de la muerte (Doka, 1988).

Es necesario ayudar al conglomerado gitano a desarrollar un proyecto de vida y moverse hacia una visión más equilibrada que ayude de forma cognoscitiva, y también emocional, a superar

sus temores, miedos y preocupaciones sobre la muerte con el fin de que pueda hacerle frente a la realidad de la enfermedad y/o de la muerte. Para lograr esto es necesario proporcionar información correctiva basada en sus experiencias personales con la enfermedad y la muerte. Si alguien está enfrentando temores respecto a una enfermedad terminal el Dr. Irvin Yalom que ha trabajado ampliamente con pacientes terminales de cáncer, describe los cambios interiores sorprendentes, que muchas de estas personas experimentan al enfrentar la muerte. Algunas de las formas de crecimiento personal que él notó fueron las siguientes:

1. Deciden lo que es importante en la vida y lo que no es importante. No están preocupados por asuntos sin importancia.

2. Un sentido de liberación: poder elegir no hacer esas cosas que ellos no quieren hacer.

3. Un mayor sentido de la vida en el presente inmediato, en lugar de postergar la vida hasta la jubilación o algún otro punto en el futuro.

4. Una apreciación vívida de los hechos elementales de la vida: el cambio de estaciones, el viento, las hojas que caen, la última Navidad, y así sucesivamente.

5. Una comunicación más íntima y profunda con los seres queridos que antes de la enfermedad.

//

6. Menos temores interpersonales, menos preocupación por el rechazo, una mayor disposición a tomar riesgos, que antes de la crisis (Yalom, 1980, p. 35).

La conciencia de la muerte puede ayudarle a vivir su vida con mayor placer y satisfacción todos los días. Al ayudar a la gente a aceptar la muerte hemos encontrado que ambos enfoques son útiles. Un enfoque consiste en superar su miedo a la muerte al enfrentar la realidad de la pérdida y la muerte. El segundo enfoque consiste en la resolución de vivir la vida al máximo y llegar a tanto disfrute y satisfacción posible de cada día precioso.

Algunas de las creencias poco realistas acerca de la muerte que pudimos encontrar, a lo largo de esta investigación fueron las siguientes: (a) "Si me entero de que me voy a morir, no voy a ser capaz de lidiar con mis sentimientos", (b) "La muerte es probable que implican un terrible dolor y sufrimiento ", y (c)" Si me muero antes de que mis hijos crezcan lo suficiente, van a ser infelices para siempre. Es necesario plantear creencias más objetivas y realistas para que el individuo pueda moverse en una dirección más positiva y pro-activa que le ayude a comprender y aceptar la muerte si tenemos en cuenta lo siguiente:

- a) Mucha gente en una situación de enfermedad terminal está comprensiblemente asustada y temerosa cuando descubren que la muerte se aproxima. Se las arreglan para

////////////////////////////////////

hacer frente a estas emociones conforme pasa el tiempo y la mayoría de la gente se acerca al final de la vida con dignidad.

b) La gente que recibe ayuda para afrontar la enfermedad y el dolor son capaces de superarlo cuando cuentan con una buena red de apoyo. El alivio del dolor es una prioridad en el tratamiento del paciente y le será más fácil acoger y prepararse para el momento de la muerte.

c) Dejar a los hijos y seres queridos atrás, será un paso difícil, pero habrá personas que se preocupen, que les ayudarán y cuidarán de ellos. Es importante hacer todo lo que esté a su alcance para lograr dejar todo arreglado antes de morir y procurar lo mejor para los hijos, en la medida de las circunstancias, y si su salud se lo permita. Parte de esta labor es asegurarse de que los niños, si estos son menores con mayor razón, cuenten con otras personas que se preocupen por ellos para poder decir adiós a la vida. Algunos ejercicios y ajustes educativos que se recomiendan como antesala a la muerte que pueden ayudar a los miembros de la familia a moverse desde pensamientos fatalistas acerca de la muerte, a una valoración más realista y positiva de la muerte.

b) Consideraciones pastorales

Al hablar de consideraciones pastorales nos situamos en un concepto de Pastoral actual, posterior al Concilio Vaticano II, en el que ha superado el concepto de pastoral como "acción del pastor" para situarse en una perspectiva en la que la acción pastoral se integra en un modelo en el que confluyen religión, iglesia y sociedad (Petillero, 2000). Esto significa que en la acción pastoral se tienen en cuenta aspectos teológicos, eclesiales, y también los propios del contexto social y humano en el que se desarrollará dicha acción, el cual implica la consideración de aspectos diversos entre los que sobresalen los antropológicos, psicológicos, sociológicos, y políticos. Petillero lo desarrolla del siguiente modo, situándonos en una descripción de la pastoral en la que confluyen elementos católicos y protestantes:

Desde el campo protestante E. Jüngel, uniendo la perspectiva de Barth (la teología depende de la Palabra) con la de Schleiermacher (interés práctico), entiende que la «Teología práctica» es la ciencia teológica de la Palabra de Dios como acontecimiento, que desgrava a las otras ciencias teológicas de la responsabilidad de la práctica. En el número inicial de la revista «Praktische Theologie», G. Krause proponía una ciencia de la acción eclesial en el presente que implica datos y conexiones antropológicas, socioculturales, políticas y teológicas.

Esta perspectiva de la Teología práctica como reflexión sobre la relación entre religión, Iglesia y sociedad es la que inaugura lo que algunos



consideran como el tercer periodo, en el que nos encontramos, una vez superado el periodo «aplicativo», y también el periodo «eclesiológico», quizá, en nuestra opinión, por no haber captado suficientemente la dinámica del Misterium Ecclesiae. Krause, por ejemplo, contrapone la comprensión actual con la Teología pastoral en clave eclesiológica. Pero, a nuestro juicio, también puede entenderse el periodo actual como profundización del periodo de fundamentación eclesiológica (Petillero, 2000, p. 450).

Situándonos por lo tanto en nuestra disciplina, las aportaciones que desde la Psicología de la Religión podamos hacer no tendrán otra función que la de enriquecer el conocimiento del ser humano, en nuestro caso de las relaciones entre religión/espiritualidad, afrontamiento, miedo a la muerte y salud, con objeto de contribuir a la planificación y diseño de acciones pastorales. Las contribuciones que en este apartado de la tesis se puedan hacer tendrán también en consideración, en virtud del concepto de Pastoral que hemos definido, aspectos eclesiales y, en menor medida, teológicos; y situarán también nuestros resultados en el contexto más amplio de la Psicología de la Religión, la cual estudia la conducta religiosa desde las teorías y métodos de la Psicología (Paloutzian y Park, 2005). En consecuencia, nuestras aportaciones tendrán en cuenta la dimensión pastoral más práctica, pero también la vinculada con la dimensión eclesial y teológica, todas ellas presentes en el cuidado pastoral.

El cuidado pastoral es el brazo práctico de la teología pastoral y, por lo general, se desarrolla de manera amplia e inclusiva ya sea a través de la relación uno a uno o en forma de terapia de grupo, que fomenta la curación, el desarrollo de las fortalezas individuales, y el crecimiento interior de la persona y de sus relaciones con los demás y con el mundo. Esto supone un apoyo directo y un refuerzo emocional que contribuye al bienestar integral (*shalom*) del individuo a través de una variedad de métodos de curación dirigidos a mejorar los recursos personales para el manejo de problemas y las situaciones de crisis de forma madura, y así facilitar la resolución del problema y la reducción de la angustia (Bermejo y Álvarez, 2009; Bruckner, 2012).

El estilo de vida propio de la sociedad y momento histórico en el que vivimos propician un ritmo desenfadado y nocivo que sitúa a mayores y adultos, e incluso a niños y adolescentes, en una alocada carrera sin límite por alcanzar la satisfacción en la vida, el confort y la felicidad. Esto ha generado una especie de atracción letal en un intento por alcanzar nuevos ideales. A pesar de los avances tecnológicos y científicos desarrollados para lograr una vida más plena, los avances tecnológicos y sociales han erosionado la salud y su capacidad para disfrutar de lo que más anhela: paz interior, armonía, equilibrio psico-emocional.

Debido al estrés, la bien llamada epidemia del tercer milenio ha venido produciendo temibles consecuencias, en detrimento de la salud y ocasionando enfermedad, tanto física como psíquica. La población gitana no está exenta de ello, debido a las presiones que tienen que afrontar por ser una comunidad que ha vivenciado históricamente como ya hemos documentado anteriormente, persecuciones, prejuicios y constante formas de rechazo social, político y económico que generan un continuo miedo hacia la muerte. No es de sorprender que el estrés causado por vivir en un ambiente hostil, tenga un efecto negativo sobre el comportamiento y el bienestar emocional de los gitanos (Feder, 1994). La atención pastoral, en lo que se refiere al miedo a la muerte, podría contemplar esta dimensión. La relación observada entre práctica religiosa y miedo a la muerte sugiere la necesidad de abordar la temática de la muerte, con objeto de reducir la influencia de creencias paranormales, culturalmente muy arraigadas, prácticas y ritos de tradición cultural, que nada tienen que ver con el significado cristiano de la muerte que subyace a la teología cristiana y la práctica evangelizadora de las iglesias católica y protestante, donde la muerte supone el paso a una vida más plena en presencia de Dios.

También parece oportuno distinguir entre el miedo a la propia muerte y el miedo a la muerte de otros. La relación entre esta última dimensión y la experiencia religiosa, mística, cumbre,

o trascendental, sugiere también la importancia del rito comunitario, de la evangelización a través del encuentro en el templo y el modo en el que el pastor orienta tanto la celebración como los actos preparatorios del mismo. El modo en el que se conduce la celebración, se explican los símbolos, se escogen los cantos, se proclama la Palabra, etc., incide de modo directo en la vivencia personal del acto.

El verdadero sentido gozoso y salvífico de la fe cristiana, no radica en infundir miedo y temor en los fieles hacia la divinidad, sino facilitar un encuentro con lo divino. Además, la relación bidireccional observada entre lo experiencial y el miedo a la muerte también podría justificar el enorme valor de la celebración, del acto litúrgico, bien encaminado, para reducir el miedo a la muerte.

Quizás la incidencia de las creencias en fenómenos paranormales requiera también de una atención especial. La reinterpretación de los significados (paranormales) construidos en términos religiosos más adecuados a la doctrina y verdadero significado teológico puede ser un recurso apropiado.

La relevancia del bienestar existencial y su relación con el miedo a la muerte, que ponía de manifiesto la influencia de la muerte sobre la pérdida de significado y propósito en la vida también nos hace pensar en la necesidad de trabajar las distintas dimensiones en que se fundamenta el bienestar existencial con

objeto de reducir su dependencia respecto de la muerte. Particularmente, la identificación y valoración adecuada de metas y objetivos en la vida, conseguir un adecuado del concepto y percepción de sí mismos, realista con conocimiento de las fortalezas y aceptación de las debilidades, la mejora de los recursos de afrontamiento de dificultades, tanto de carácter práctico como puramente cognitivo, y la reducción de cogniciones disfuncionales, erróneas o inapropiadas, son aspectos directamente vinculados al modo en el que la dimensión "bienestar existencial" fue definida en el cuestionario utilizado, y que incidirían en un fortalecimiento del bienestar existencial y una reducción de su dependencia respecto del miedo a la muerte. Estos aspectos están directamente relacionados con lo religioso, y pueden ser abordados de modo directo, más o menos sistemático en el contexto de la actividad parroquial por parte del pastor o catequistas, o de modo más informal y casual en ejemplos y situaciones prácticas comentadas en la homilía o charlas informales por el pastor.

La dimensión del género también debe tenerse presente. La atención pastoral debiera bien tener en cuenta las diferentes necesidades de hombres y mujeres, en este caso de personas gitanas aún más dadas las diferencias antropológicas que la cultura gitana establece entre hombres y mujeres al prevalecer una cultura patriarcal.

Trabajar estos aspectos, los relacionados con el bienestar existencial, las creencias paranormales, el miedo a la muerte, y hacerlo en diferentes generaciones, atendiendo las diferencias de género, tendría repercusiones positivas sobre la salud. No obstante, el cuidado de la salud y la asistencia sanitaria, son una pieza fundamental en la misión de la iglesia, y como tal ha de incorporar tareas concretas y prácticas en el trabajo con los más relegados y con los que sufren. Este servicio debe prestarse sin condiciones y de forma desinteresada, en el contexto de la comunidad cristiana y como parte del ministerio social de la iglesia local, que requiere de una pastoral que ayude a vivir esta última fase de la vida de forma positiva, esperanzadora y que acompañe al moribundo en sus temores, en la expresión de sus sentimientos y en la agonía que se siente al ver que se acerca la muerte, con el fin de que el enfermo concluya su existencia con dignidad en paz y con propiedad, según lo afirma Bermejo y Álvarez (2009).

La pastoral hacia los enfermos gitanos debe tener en cuenta no solo su idiosincrasia por parte de los servicios sanitarios, sino también actitudes capaces de plantear respuestas que no solo se concentran en la dimensión física del enfermo, sino en la dimensión psíquica y espiritual. El enfermo en su intimidad y sobre su lecho de dolor, es portador de una carga moral y espiritual que, unida a sus dolencias físicas, hace que la

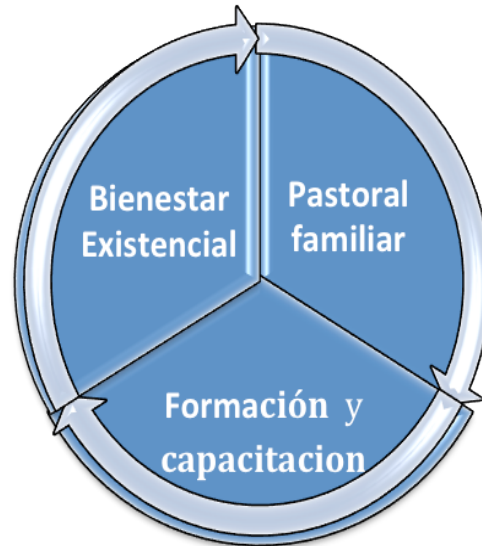
convalecencia sea más hostil. John Weborg (1997), se refiere a la aflicción humana de aquellos que sufren ya sea porque son minoría étnica, o porque padecen una determinada discapacidad física y por esta razón son tratados por la mayoría con repulsión, odio o desprecio. Weborg afirma que el alma del afligido de alguna forma se hace cómplice al apropiarse de estas cosas para sí mismo ya que las personas que viven en constante rechazo y desprecio por mucho tiempo y sin encontrar una salida o remedio, comienzan indefectiblemente a creer lo que dice la gente acerca de ellos. El cuidado pastoral del pueblo Gitano podría implicar, de modo especial, contrarrestar ese lastre enorme de auto-rechazo, de miedo a quedarse solos y abandonados, que no es otra cosa que el miedo a la invisibilidad que está inmerso en la cultura gitana. Es decir, un temor a permanecer ocultos, a no pertenecer a nada, ni nadie, y de ser ignorados por el resto de la sociedad al ser una minoría. Ese temor de no ser aceptados con sus virtudes y defectos, de ser engullidos por la mayoría y, a su vez, de sentirse abandonados, castigados, y olvidados por Dios.

Se entiende la asistencia espiritual como un acompañamiento ya sea por parte del capellán, el sacerdote, o el pastor, o el laico que ha sido entrenado para ello en ofrecer apoyo, intermediación, en escuchar, en orar y brindar esperanza al paciente que está a punto de morir, especialmente si el

paciente ignora acerca de su enfermedad y se le oculta la verdad con el fin de favorecer el bienestar del paciente cuando en muchas ocasiones decir la verdad conduce a su sanidad. La negación y ocultación, solo perpetúa el sufrimiento (Bermejo y Álvarez, 2009; Bruckner, 2012). A pesar de que en los últimos años se ha utilizado la tecnología con el propósito de prolongar la existencia, se le ha negado al moribundo su protagonismo y del derecho a ser el dueño de su voluntad. *“Todavía nos quedan muchas estrategias de cuidados por desarrollar teniendo en consideración la evolución de las creencias y los cambios de valores de la sociedad actual”* (Chocarro, 2010, p.109).

El objeto del cuidado pastoral es el de ayudar a las personas a tomar decisiones seguras y confiables que promueven la restauración del individuo hacia la madurez y la plenitud, encaminándola a avanzar más allá de su condición anterior. Esto involucra situaciones tales como: ayudar a restablecer relaciones rotas, facilitando su sanidad emocional, asistir en las pérdidas, y transiciones en las vidas de individuos y familias y poder motivar a la persona a desarrollar su potencialidad como individuo y como parte de la sociedad a la que pertenece, posibilitando que las personas incrementen su crecimiento personal, en su conducta, así como en sus sentimientos, actitudes y valores en el proceso hacia su bienestar integral (Clinbell, 1984).

Queremos trazar algunas líneas pastorales de trabajo a corto y a largo plazo como resultado de esta investigación. Veamos la siguiente gráfica:



Gráfica 14. Relaciones entre las dimensiones de Bienestar existencial, formación, y acción pastoral

a) Formación y capacitación:

En este ámbito tendría repercusiones positivas sobre la salud, a través de la acción pastoral, el hecho de ofrecer cursillos de formación y capacitación para los ministros de culto en el diagnóstico, tratamiento y remisión de personas con problemas emocionales tales como la depresión, desórdenes de ansiedad y cuadros de Estrés. Estos buscan mejorar la capacidad para identificar y tratar con individuos que en sus congregaciones

puedan tener problemas de esta índole, especialmente si se ignora sobre este asunto o se piensa que las enfermedades y problemas emocionales pueda tener una causa de tipo espiritual o diabólica (Koenig, 2005).

b) Pastoral Familiar:

Cura de almas (consejería). Cursos de evangelización, auto-estima, sanidad en las relaciones interpersonales y en las parejas. Asistencia a mujeres maltratadas, crianza de niños, etc.

Comprendería los siguientes aspectos:

- **Bienestar emocional:** Elaboración de cursos que traten temas sobre la autoestima, el manejo de la culpa, el manejo de la ansiedad y el miedo, el perdón, etc. El resentimiento el sentido de culpa, la imposibilidad de encontrarle sentido a la vida, puede contribuir a reducir la competencia del sistema inmunológico que provocan enfermedades de diversa índole. Mientras que vivir en una armoniosa relación con la divinidad, el prójimo y consigo mismo permite afrontar las dificultades de la vida, el sufrimiento y el Dolor (Álvarez, 2009).
- **Bienestar físico:** Ofrecer cursos sobre nutrición para fomentar una sana alimentación que reduzca los



niveles de obesidad y problemas cardio-vasculares que se presentan en la población gitana.

- **Implementación:** Organizar ferias de la salud que conduzcan a una concienciación sobre la prevención de enfermedades y un cuidado sanitario adecuado, con el fin de mejorar las condiciones de salud y los niveles de riesgo.

c) Bienestar existencial:

Desde el punto de vista psicológico los resultados obtenidos ameritan que aquellos pacientes que presentan alguna disfunción religiosa/espiritual, estrés continuo, falta de significado, o insatisfacción personal, que acudan al psicoterapeuta o al guía espiritual competente, en busca de ayuda, para realizar dicha tarea. A medida que el nivel de estrés de un individuo se reduce, las posibilidades de reducir la enfermedad física, y emocional también se reducen. Mucho de las obsesiones compulsivas, miedos y temores hacia la muerte, el infierno, el terror respecto al fin del mundo y al juicio final y otros temas relacionados, son menguados a través de las creencias en fenómenos paranormales. Markle (2010) sugiere que el pensamiento mágico es más utilizado por aquellas personas que están expuestas a situaciones de mucho estrés, como método de afrontamiento. Por lo tanto, se hace

imprescindible también, enseñar a manejar el estrés adecuadamente, a través de ejercicios de relajación ante los problemas cotidianos y capacitar a los profesionales religiosos para enseñar a reducir el estrés que vive hoy la población gitana debido a la carga emocional, producto del desempleo, el sentimiento de contante acoso, la falta de recursos económicos y el sentimiento de desprotección en que se encuentra, y los problemas de salud que afronta, debido a hábitos inadecuados de nutrición y alimentación, como hemos señalado anteriormente.

A largo plazo sería pertinente desarrollar un programa integral que busque el bienestar de las familias de etnia gitana a través de la implantación de los tres aspectos del diagrama básicos de formación bíblica teológica, pastoral familiar y bienestar existencial, a través de las comunidades Católicas y Evangélicas claramente representadas en esta investigación.

Trabajar por la reconciliación y la justicia del pueblo Gitano, combatiendo el racismo y la discriminación racial y étnica también tendría repercusiones positivas. Motivar al pueblo gitano a encontrar un lugar en la misión de Dios para sus vidas, en torno a la lectura de la Biblia y los cursillos de cristiandad. Una pastoral válida para los gitanos debe aspirar a su integración en la sociedad, más bien que a su asimilación. Entendemos que la integración significa proporcionarles la oportunidad de participar en la vida socio-económica en un plano de igualdad,

sin que esto signifique que pierdan su propia identidad distintiva.



10. CONCLUSIONES, LIMITACIONES, Y PROSPECTIVA

En esta investigación hemos abordado el estudio, en una muestra de gitanos, de las relaciones entre medidas de religión, miedo a la muerte, afrontamiento religioso, sexo, edad, y salud.

Los resultados mostraron efectos del sexo en esta relación, tanto en referencia al miedo a la muerte como con relación a la salud. Las mujeres de mayor edad mostraron mayor miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros, así como mayores creencias en lo paranormal que los hombres, y la misma tendencia se observó con respecto al miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros. El grupo de mujeres a su vez mostró un mayor miedo a la propia muerte que los hombres.

También los resultados indicaron que al tener un mayor bienestar se experimenta una mejor salud, pudiéndose concluir que la forma como la cultura gitana aborda los problemas cotidianos y la influencia de las creencias religiosas que se tengan, le permiten a su vez reducir el miedo a la muerte, facilitando un sentido de bienestar y de satisfacción.

Ser mujer mayor, experimentar un menor bienestar existencial, tener miedo a la muerte de otros, y una baja creencia

en fenómenos paranormales, predijeron problemas de salud. Los estilos de afrontamiento religioso no mostraron una influencia significativa sobre la salud.

La influencia de la cultura gitana, tanto de su vivencia de la religión, como de la tradición y la creencia en lo paranormal, pueden haber tenido una influencia importante en estos resultados, sobre todo para entender las diferencias de sexo que hemos encontrado, en particular con referencia a la mujer gitana. La muestra con la que hemos trabajado ha sido de un SES (*Socioeconomic Status*) estatus socioeconómico medio-bajo, en el cual se tuvieron en cuenta los ingresos mensuales, el nivel de escolarización (estudios terminados), y la ocupación laboral (ver tablas 4, 5 y 6). La imposibilidad para muchas mujeres de finalizar estudios de bachillerato, y el hecho de no poder tener una formación educativa suficiente, además de la influencia de la cultura, probablemente incidan en la influencia que en ellas tienen las creencias paranormales, las cuales constituyen un modo de afrontar la enfermedad o el miedo a la muerte, incluso más relevante que los aspectos religiosos, cuya baja influencia bien podría deberse a los bajos niveles de experiencia religioso/espiritual inicialmente observados en la muestra, y que la edad no haría más que incrementar.

La investigación realizada no ha estado exenta de limitaciones, la primera de ellas ha sido la dificultad en reclutar

la muestra en una población disgregada. También la recogida de datos realizada de modo personal e individualizado sobre un grupo de personas entre las cuales habían varios ancianos y analfabetos funcionales.

Otra limitación ha sido la ausencia de estudios específicos relacionados con miedo a la muerte y estrés en población romaní-gitana, lo que ha supuesto ausencia de estudios de contraste en muchos aspectos. Además, la investigación existente se ha llevado a cabo en gran parte en América del Norte, con pocos estudios realizados en Europa y un número muy pequeño llevado a cabo en España y en otros continentes. La dimensión multicultural, y la problemática a ella asociada, se hace presente en la dinámica religión-espiritualidad y salud. Es evidente que tenemos que avanzar en el reconocimiento de la realidad multicultural de los factores religiosos y espirituales en nuestro caso, en un mejor conocimiento de la idiosincrasia de los gitanos en España ya que son los participantes seleccionados en nuestro estudio.

A pesar de las limitaciones observadas, los resultados, se muestran valiosos por el hecho de haberse centrado en una muestra habitualmente excluida de los estudios empíricos sobre religión y salud, y haber supuesto una contribución significativa, incluso por su novedad, al conocimiento científico sobre esta temática.

Igualmente, el hecho de haber contribuido, en mayor o menor medida, a aportar una base de conocimiento objetivo de naturaleza psicológica a la acción pastoral ha supuesto también la realización efectiva de uno de las pretensiones teóricas de la investigación psicológica, y en particular de la Psicología de la religión, generalmente formuladas pero no siempre reflejada en la literatura: la transferencia del conocimiento generado en la investigación básica o aplicada a la sociedad. En nuestro caso, los resultados nos permitieron, sin entrometernos en los postulados de la Teología, adentrarnos en las aplicaciones pastorales de nuestros resultados.

La religión es una de las instituciones sociales, y una de las dimensiones individuales que más ha influido sobre la relación entre el ser humano y la muerte. Aunque en la religión encontramos dimensiones diversas (ej. emociones, experiencias, ritos y prácticas, etc.), las creencias son el elemento que de modo más directo median en la relación entre el hombre y la muerte, desempeñando un papel especial en la construcción de significado (Hood, Hill y Spilka, 2009; Paloutzian y Park, 2005), en nuestra muestra incluso desde dimensiones de espiritualidad no tradicionales, como ha ocurrido con las creencias paranormales, alejadas de la religión tradicional pero parte relevante de formas no institucionales de relación con la trascendencia.

Por otra parte, la relación observada en nuestro estudio entre la religión y la salud mental, requiere de un análisis más minucioso que incida en el conocimiento de los mecanismos a través de los cuales la religión, fundamentalmente a través de creencias y prácticas religiosas, pueden mejorar o empeorar la salud mental o el modo en el que se abordan problemas de salud en el conglomerado gitano, en particular de los mecanismos que explican el efecto de las creencias, tradicionales y paranormales, sobre la salud y el bienestar, tanto de los que constituyen factores de protección hacia la misma como los que constituyen un riesgo para la salud física y psicológica (Markle, 2010).

A éste respecto, el hecho de que estos aspectos puedan mostrar aspectos divergentes en muestras culturalmente diferentes, despierta en nosotros preguntas como las siguientes:

1. ¿Es posible que ciertas creencias y prácticas religiosas en el pueblo gitano puedan ser particularmente saludables, poco saludables o completamente malsanas?
2. ¿Qué proporción de creencia religiosa o actividad es necesaria para aumentar o disminuir la susceptibilidad a la enfermedad mental o facilitar su afrontamiento en la población gitana?



3. ¿Cuál es el papel que juega la religión en la prevención y/o tratamiento de problemas emocionales y enfermedades mentales?

4. ¿Qué papel juega la religión en la calidad de vida y cuidado de personas gitanas con problemas graves de salud en enfermos terminales?

5. ¿En qué medida es la religión un bálsamo psicosocial importante para poblaciones y minorías de una etnia diferente como es el caso de la etnia gitana?

Dar respuesta a todas estas preguntas excedía los objetivos de nuestro estudio, el cuál abre las puertas a nuevas e importantes investigaciones. Sin embargo, consideramos estas preguntas como relevantes para posibles futuros estudios, que permitan profundizar en el estudio de la religión, la salud y el afrontamiento en población romaní/gitana.

Esfuerzos para facilitar la investigación en este sentido han de llevarse a cabo en España, sobre la relación que existe entre la religión, la salud mental y emocional, y ello con servicios sociales adecuados, planteamientos que traten con rigor los aspectos metodológicos, y financiación suficiente que, en último término, permita derribar las barreras y prejuicios a través de la educación y formación de personal que, a largo plazo, también



contribuya a reducir los gastos de los servicios en salud física y mental.

Nos damos da cuenta que, aunque los resultados de la investigación que hemos desarrollado en esta tesis han estado condicionados por una muestra que puede considerarse pequeña, la consistencia de los resultados en comparación con los de otras investigaciones, y la coherencia de los mismos, son adecuados para sostener las implicaciones tanto psicológicas como pastorales que hemos esbozado. Sería conveniente realizar más estudios con población gitana en otras regiones españolas para seguir conociendo las relaciones entre religión y salud, y concretar aún más los aspectos culturales y religiosos que nos sirven para comprender mejor esta particular idiosincrasia del pueblo gitano para enfrentarse a la enfermedad y la muerte, comparar con grupos de diferente religiosidad y cultura en nuestro mismo país, y profundizar también en mayor medida en la dimensión de la experiencia religioso-espiritual, en conjunción con el estudio del efecto diferencial entre distintas aproximaciones a la creencia (ej. motivacionales: intrínseca o extrínseca, cognitiva: literal o simbólica, etc.).

Los grandes problemas en la salud de la población gitana, la constante marginación, persecución, y acoso de parte de las autoridades civiles, discriminación, la burla y el racismo, y la invariable injusticia social contra el conglomerado gitano, se

podrán mitigar cuando nuestra sociedad española esté en capacidad de ver y tratar al pueblo gitano como iguales, mas no como inferiores, o como una etnia con problemas y carencias a diferentes niveles⁴⁰. La población gitana será restaurada integralmente, cuando reciban un tratamiento justo, a partir de la tolerancia, el respeto y la convivencia pacífica. Es decir, cuando el pueblo gitano español se sienta “parte de” y no como un apéndice del cual no se sabe dónde ponerlo o qué hacer con ellos, para que experimenten un bienestar integral a todos los niveles, sin tener que mendigar servicios en la salud, la vivienda, el empleo digno, y oportunidades para todos.

Es preciso por lo tanto, trabajar también con ellos en la forma como ellos miran a los que son diferentes a ellos, me refiero a los no gitanos (gadje)⁴¹ para que también los gitanos puedan establecer relaciones sanas, trabajando en sus propios prejuicios aprendidos y en las heridas del pasado. No es una situación que permita elegir entre uno o el otro, sino que debe incluir a ambos. De igual manera esto puede ocurrir entre gitanos y gadje en España, si se realizan algunas tareas imprescindibles que busquen acercar a unos y otros entre sí. De

⁴⁰ La historia del pueblo gitano está cargada de persecución, marginación, siglos de represión, rechazo y desalojos. La imagen que se tiene de los gitanos ha perpetuado un perfil negativo que sigue alimentando todo tipo de prejuicios y estereotipos negativos hacia ellos, haciendo difícil la convivencia entre payos y gitanos (Cantón et al., 2004).

⁴¹ Término que se refiere a la persona que no es de etnia romaní/gitana.



igual forma se hace imprescindible cooperar juntos para crear una sociedad más justa, equitativa y pacífica.

Por esta razón queremos concluir diciendo que no hay que mitificar, ni mucho menos ignorar el dolor humano, el miedo a la muerte, el miedo a dejar de existir, a dejar de ser, de un pueblo como el gitano, que ha vivido la muerte como parte de su devenir histórico y que ha sufrido muchas veces en el silencio y el total olvido.

“Que cuando sea tiempo de morir, que no descubramos que jamás hemos vivido” (Henry David Thoreau).



11. REFERENCIAS

- Aaron, K. F., Levine, D., y Burstin, H. R. (2003). African American church participation and health care practices. *Journal of General International Medicine*, 18, 908-913.
- Abdel-Khalek, A. M. (2003). Death anxiety in Spain and five Arab countries. *Psychological Reports*, 93, 527-528.
- Abramovitch, H. (1988). An Israeli account of a near-death experience: a case study of cultural dissonance. *Journal of Near-Death Studies*, 7, 175-184.
- Acarín, N. (2005). La muerte, perspectiva médica. En N. Acarín, R. Argullo, V. Cirlot, M. C. Maté, y S. Pániker (Eds.), *Seis miradas sobre la muerte* (pp. 75-105). México: Paidós.
- Adams, J. (1971). *Competent to counsel*. Nutley, New Jersey: Presbyterian and Reformed Publishers.
- Agras, S., Sylvester, D., y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Alonso, J, Antó J. M., y Moreno, C. (1990). The Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *American Journal of Public Health*, 80, 704-708.
- Allué, M. (1993). Antropología de la muerte. *Revista Rol de Enfermería*, 179-180, 33-39.
- Alt, B., y Folts, S. (1996). *Weeping Violins: The Gypsy Tragedy in Europe*. Kirksville, MO: Thomas Jefferson University Press.

- Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C., y Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of Clinical Psychology, 51*, 202-204.
- American Red Cross. (2001). Statements from religions. Help now tissue donation. Recuperado 10 de Septiembre de 2008. <http://wwdonate/tissue/relgstmt.html>
- Amy Hui-Mei Huang, (2003). Factor related to attitudes towards death among American and Chinese older adults. *Omega, 47*(1), 3-23.
- Ardévol, E. (1994). Vigencias y cambio en la cultura de los gitanos. En T. San Román (Comp.), *Entre la marginación y el racismo*. Madrid: Alianza, 61-108.
- Argyle, M., y Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge.
- Armstrong, T. D. (1995). *Exploring spirituality. The development of the Armstrong Measure of Spirituality*. Paper presented at the annual convention of the American Psychological Association, New York, NY.
- Asensio, A. (2011). Absentismo y abandono escolar. Una aproximación desde la perspectiva de género al estudio de las alumnas de etnia gitana del IES María Moliner. *Acciones e Investigaciones Sociales, 29*, 105-129.
- Azoulay, A. (2000). Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte. *Medicina Paliativa, 7*, 145-157
- Baetz, M., Bowen, R., y Jones, G. (2006). How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry, 5*, 654 - 661.
- Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies, 31*, 727-750.
-

- Batanero, C., Tauber, L. M., y Sánchez, V. (2001). Significado y comprensión de la distribución normal en un curso introductorio de análisis de datos. *Cuadrante*, 10(1), 59-91.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Beit-Hallammi, B., y Argyle, M. (1997). *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. London: Routledge.
- Belsley, D.A., Kuh, E., y Welsch, R.E. (1980). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity*. New York: Wiley.
- Bellah, R. (1970). *Beyond belief*. New York: Harper y Row.
- Bengston, V. L., Cuellar, J. B., y Ragan, P. K. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes towards death. *Journal of Gerontology*, 32, 76-88.
- Bermejo, J. C., y Álvarez, F. (2009). *Pastoral de la Salud y Bioética*. Madrid: Ediciones San Pablo.
- Berger, M., y Hortala, F. (1982). *Morir en el hospital*. Barcelona: Ed. Rol.
- Biblia (1996). *Dios Habla Hoy*. Bogotá: Sociedades Bíblicas Unidas.
- Biema, D. (2001). Faith after the fall. *Time Magazine*, 8 Octubre, 2001.
- Bjorck, J. P. (2007). Faith copying and Illusory control: Psychological constructs with ramifications. *Journal of Psychology and Christianity*, 26, 195-206.
- Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Ironson, G., Thoresen, C., Powell, L., Czajkowski, S., I Catellier, D. (2007). Spirituality, religion, and clinical outcomes in patients recovering from



an acute myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 69, 501-508.

- Bonelli, R. M., y Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion, and spirituality 1990 to 2010: A Systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 657-673.
- Bourdieu, P. (1993). *Cosas dichas*. Barcelona: Gedisa.
- Bowker, J. (1997). *The Oxford Dictionary of World Religions*. Oxford: Oxford University Press.
- Brearley, M. (1996). *The Roma/Gypsies of Europe: A persecuted people*. London: Institute for Jewish Policy.
- Briones, R., Tarrés, S., Salguero, O., Fernández, E., Macías, C., y Suárez, V. (2010). *¿Y tú (de) quién eres? Minorías religiosas en Andalucía*. Madrid: Icaria Editorial.
- Brown, M. (1995). *Israel's Divine Healer: Studies in Old Testament Biblical Theology*. Grand Rapids, Michigan: Zondervan.
- Bryant, C. D. (2003). *Handbook of Death and Dying. Vol. I*. London: Sage Publications.
- Bruce, S. (1996). *Religion in the modern world: From cathedrals to cults*. Oxford: Oxford University Press.
- Bruckner, J. (2012). *Healthy Human Life: A Biblical Witness*. Eugene, OR: Wipf and Stock Publishers.
- Bugen, L. A. (1980-1981). Coping effects on death education. *Omega*, 11, 175-183.
- Burgess, S. M., y Van Der Maas, E. M. (2002). *The New International Dictionary of Pentecostal and Charismatic Movements* (Rev. Ed.). Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Busse, E. W., y Pfeiffer, E. (1969). Functional psychiatric disorders in old age. En E. W., Busse y E. Pfeiffer (Eds.),



Behaviour and adaptation in late life (pp. 183-235).
Boston: Little, Brown.

Butler, R. N. (1963). The life Review: An interpretation of Reminiscences in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-76.

Butler, R. N. (1975). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper y Row.

Cabedo, V. R., Ortells, E., Baquero, L., Bosch, N., Montero, A., Nacher, A., et al. (2000). Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Atención Primaria*, 26(1), 21-25.

Cantón, M. (1999). Gitanos protestantes. El movimiento religioso de las iglesias Filadelfia en Andalucía, en los gitanos andaluces. *Demófilo* 30, 183-206.

Cantón, M., Marcos, D., Medina, S., y Mena, I. (2004). *Gitanos Pentecostales. Una mirada antropológica a la iglesia Filadelfia en Andalucía*. Sevilla: Signatura Demos.

Catecismo de la Iglesia Católica. (1999). *Asociación de Editores del Catecismo*. Madrid: Librería Editrice Vaticana.

Cemlyn, S., Greenfields, M., Burnett, S., Matthews, Z., y Whitwell, C. (2009). Inequalities experienced by Gypsy and Traveller communities: a review. Equality and Human Rights Commission Research Report 12.
http://www.equalityhumanrights.com/uploaded_files/research/12inequalities_experienced_by_gypsy_and_travelle_r_communities_a_review.pdf

Cerreruela, E., Crespo, I., Jiménez, R., Lalueza, J. L., Pallí, C., y Santiago, R. (2001). *Hechos gitanales. Conversaciones con tres gitanos de Sant Roc*. Cerdanyola del Vallès, Barcelona: Publicaciones Universidad Autónoma de Barcelona.

Chatters, L. M. (2000). Religion and health: Public health research and practices. *Annual Review of Public Health*, 21, 335-367.

Chocarro, G. L. (2010). *Representación Social de la Muerte entre los profesionales sanitarios: Una aproximación psicológica*

//

desde el análisis del discurso. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Psicología Social. Universidad Complutense de Madrid.

- Christ, P. E. I. (1961). Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *Journal of Gerontology*, 16, 56-59.
- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., y Smith, A. P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 131- 40.
- Cohen, S., y Williamson, G. M. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. En S. Spacapan y S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health* (pp. 31-67). Newbury, California: Sage.
- Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 109, 310-357.
- Cohen, S., Underwood, L. G., y Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention*. New York: Oxford University Press.
- Cohn, W. (1973). *The Gypsies*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.
- Cole, M. A. (1978). Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega*, 9, 139-147.
- Collet, L., y Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 7, 179-181.
- Comisión Europea (1996). *Conclusiones y recomendaciones de la Comisión de Estudios de las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Comisión Europea.
-

- Conte, H. R., Weiner, M. B., y Plutchick, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual psychometric, and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 775-785.
- Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25, 663-683.
- Clinbell, H. (1984). *Basic types of pastoral care and counseling. Resources for the ministry of healing and growth*. Nashville, TN: Abingdon Press.
- Cioran, E. (1984). *Variaciones sobre la muerte, en Adiós a la filosofía y otros textos*. Madrid: Editorial Cátedra.
- Cruz, F., y García, M. P. (2007). *Dejadme morir. Ayudando a aceptar la muerte*. Madrid: Editorial Pirámide.
- Davis, S. F., Bremer, S. A., Anderson, B. J., y Tramill, J. L. (1983). The interrelationships of ego strength self-esteem, death anxiety, and gender in undergraduate college students. *The Journal of General Psychology*, 108, 55-59.
- Dayton, D. (1987). *Theological Roots of Pentecostalism*. Grand Rapids, MI: Francis Asbury.
- De Miguel, J. (1995). El último deseo: para una sociología de la muerte en España. *Reis*, 71-72, 109-156.
- De Unamuno, M. (1996). *Del sentimiento trágico de la vida. Obras completas*. Madrid: Editorial Escelicer.
- De Unamuno, M. (1999). *Obras selectas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- De Zubiría, R. (1996). *Muerte y Psicoanálisis. Teoría de los objetos muertos*. Bogotá: Editorial Grijalbo.
- Derry, S. M. (1979). An empirical investigation of the concept of death in children. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Filosofía. University of Ottawa.
-

- Di Nola, A. M. (2006). *La negra señora: Antropología de la muerte y el luto*. Barcelona: Belacqva de Ediciones.
- Dollahite, D. C. (1998). Fathering and faith and spirituality. *Journal of Men's Studies*, 7, 3-15.
- Dollé, M. P. (1970). Symbolique de la mort en milieu tzigane. *Études tziganes*, 26 (4), 4-15.
- Doka, K. J. (1988). The awareness of mortality in midlife: Implications for later life. *Gerontology Review*, 2, 1-10
- Doka, K. J. (1989). *Disenfranchised grief*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Doyle, D. (1992). Have we look beyond the physical and psychosocial? *Journal of Pain and Symptom Management*, 7, 302-311.
- Dueñas, R. M., Mitsuf, M. J., Martínez, J., Muñoz, M., Fernández, M. J., y Lora, N. (1997). Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo. *Atención Primaria*, 19, 188-194.
- Duff, R. W., y Hong, L. K. (1995). Age density, religiosity and death anxiety in retirement communities. *Review of Religious Research*, 37, 19-32.
- Edwards, L. M, Lapp-Rincker-Lapp, R. H., Magyar-Moe, J. L., Rehfeldt, J. D., Ryder, J. A., Brown, J. C., y Lopez, S. J. (2002). A positive relationship between Religious faith and forgiveness: Faith in the absence of data? *Pastoral Psychology*, 50(3), 147-152.
- Eggerman, S., y Dustin, D. (1985). Death orientation and communication with the terminally ill. *Omega*, 16, 255-265.
- Einstein, A. (1941). *Science, Philosophy and Religion, A Symposium. The Conference on Science, Philosophy and Religion in Their Relation to the Democratic Way of Life*. New York: Crown Publishers.
-

- Einstein, A. (1950). *Out of my later years*. New York: Philosophical Library.
- Elkins, D. N., Hedstrom, L. J., Hughes, L. L., Leaf, J. A., y Saunders, C. (1988). Toward a humanistic phenomenological spirituality: Definition, description, and measurement. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 5-18.
- Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 80-99.
- Ellison, C. G., y Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: Evidence, theory, and future directions. *Health Education and Behavior*, 25, 700-720.
- Erdös, C. (1959). La notion de «Mulo» ou mort-vivant et le culte des morts chez les Tsiganes hongrois. *Études Tsiganes*, 5(1), 1-9.
- European Commission. (2011). *Communication from the Commission to the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: An EU Framework for National Roma Integration Strategies up to 2020*. Brussels. European Commission.
- Eyetssemitan, F. (1998). Stifled grief in the workplace. *Death Studies*, 22(5), 469-479.
- Feder, G. (1989). Traveller Gypsies and primary care. *Journal of the Royal College of General Practitioner*, 39, 425-429.
- Feder, G. (1994). *Traveller gypsies and primary health care in East London*. London: St. Thomas Hospital Medical School, University of London.
- Feifel, H. (1955). Attitudes of mentally ill patients toward death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 122, 375-380.
- Feifel, H. (1959). *The meaning of death*. McGraw-Hill. New York
-

- Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and terminally ill. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 13, 353-360.
- Feifel, H. (1977). *New meanings of death*. New York: McGraw-Hill.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist*, 45, 537-543
- Feifel, H., y Brascomb, A. B. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 282-288.
- Feifel, H. y Nagy, V.T. (1981) "Another look at fear death". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 278-286.
- Fernández-Enguita, M. (1999). *Alumnos gitanos en la escuela paya: Un estudio sobre las relaciones étnicas en el sistema educativo*. Barcelona: Ariel.
- Fierro, A. (1999). El desarrollo de la personalidad en la adultez y la vejez. En J. Palacios, A. Marchesi & C. Coll (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología evolutiva* (pp. 567-589). Madrid: Alianza Editorial.
- Fletcher, R., y Fletcher, S. (2008). *Epidemiología clínica*. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins.
- Folkman, S., y Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and copying during the three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Fonseca, I. (1996). *Bury Me Standing: The Gypsies and Their Journey*. New York: First Vintage Edition.
- Fortner, B. V., y Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23, 387-411.
- Fos, E., Diéguez, A., Hierro, F. R., Cruz, M., y Bruguera, M. (1987). Elevado riesgo de infección por el virus de la hepatitis B en la población de raza gitana. *Medicina Clínica*, 89, 537-539.
-

- Fraser, A. (2005). *Los gitanos*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Frenk, M. (1982). *Cancionero folklórico de México: Coplas varias y varias canciones* (5 vols.). México: El Colegio de México.
- Fresno, J. M. (1999, Mayo). The Situation with Roma Rights in Spain. Comunicación presentada al *European Roma Rights Centre's "Workshop on human rights litigation on behalf of Roma*. Granada, 6-8 de Mayo de 1999.
- Freud, S. (1961). *Beyond the pleasure principle*. New York: Liveright Publishing Company.
- Fundación Secretariado General Gitano (2005a). *Informe anual 2005. Andalucía*. Madrid: FSGG.
- Fundación Secretariado General Gitano (2005b). *Observatorio de empleo y comunidad gitana*. Madrid: FSGG.
- Fundación Secretariado General Gitano, y Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Comunidad gitana. Análisis de propuestas para la actuación. Dirección General de Salud Pública Ministerio de Sanidad y Consumo*. Madrid: Centro de Publicaciones.
- Fundación Secretariado General Gitano (2010). Guía Fundación Secretariado General Gitano para periodistas igualdad de trato, medios de comunicación y comunidad gitana. Serie materiales de trabajo, 49. Madrid.
- Fundación Secretariado Gitano (2009). *Health and the Roma Community, analysis of the situation in Europe: Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Cuadernos Técnicos N° 97*. Madrid: FSG.
- Fundación Secretariado Gitano (2012). Población gitana, empleo e inclusión social. Un estudio comparado: Población gitana española y del Este de Europa. Madrid: FSG.
- Furer, P., y Walker, J. R. (2008). Death anxiety: A cognitive-behavioral approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22, 167-182.
-

- Galanti, G. (1997). *Caring for patients from different cultures: Case studies from American hospitals*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Gamella, J. F. (1996). *La población gitana en Andalucía. Un estudio exploratorio de sus condiciones de vida*. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía.
- Garces-Foley, K. (2006). *Death and Religion in a Changing World*. (Edit). London: M. E. Sharpe.
- García, A. (2004). De la posición a la exposición. Procesos identitarios de varones gitanos en España. *International Journal of Iberian Studies*, 17(1), 7-21.
- García, J. L. (2005). La muerte, prácticas y creencias. *Jano*, 68, 1564.
- García-Lorca, F. (1997). *Juego y teoría del duende*. En Obras completas, Barcelona: Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores.
- Garrido-Alimiñana, J. A. (1998). *Minorías étnicas y cine de ficción: una aproximación histórico-antropológica. El caso de los gitanos*. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Historia Contemporánea. Facultad de Geografía e Historia de la Universidad de Barcelona.
- Gay y Blasco, P. (2000). *Gitano Evangelism: The Emergence of a Political-Religious Diaspora*. VI EASA Conference. Krakow, Poland.
- Gay y Blasco, P. (2001). We don't know our descent: How the Gitanos of Jarana manage the past. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 7(4), 631-647.
- Gay y Blasco, P. (2011). Agata's story: singular lives and the reach of the 'Gitano law'. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 17, 445-461.
-

- Gesser, G., Wong, P. T. P., y Recker, G. T. (1987). "Death attitudes across the life-span: The development and validations of the Death Attitude Profile. *Omega*, 18, 109-124.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., Laskowski, B. F., y Malarkey, W. B. (1999). Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 450-456.
- Gottlieb, C. (1959). *Modern art and death: The meaning of death*, 157-188 (Herman and Feifel ed). New York: McGraw-Hill Book Co.
- Goulding, A. (2004). Schizotypy models in relation to subjective health and paranormal beliefs and experiences. *Journal of Personality and Individual Differences*, 37, 157-167
- Goward, P., Repper, J., Appleton, L., y Hagan, T. (2006). Crossing boundaries. Identifying and meeting the mental health needs of Gypsies and Travellers. *Journal of Mental Health*, 15(3), 315-327.
- Grao, C. M. (2007). *El perfil de salud de Nottingham y el cuestionario de salud SF-36 como instrumentos de medida de la calidad de vida en mujeres gestantes*. Universitat de Valencia: Servei de Publicacions.
- Grom, B. (1994). *Psicología de la religión*. Barcelona: Herder.
- Hackney, C. H., y Sanders, G. S. (2003). Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 42, 43-55.
- Hair, J., Anderson R., Tatham, R., y Black, W. (2008). *Análisis Multivariante*, (5 edición). Madrid: Pearson/Prentice Hall.
- Hajioff, S., y McKee, M. (2000). The health of the Roma people: A review of the published literature. *Journal of Epidemiological Community Health*, 54, 86-869.
- Hall, G. S. (1897). A Study of fears. *The American Journal of Psychology*, 8(2), 147-249.
-

- Hancock, I. (1987). *The Pariah syndrome: An account of Gypsy persecution*. Ann Arbor, Michigan: Karoma Publishers.
- Hart, T. (1994). *The hidden spring: The spiritual dimension of therapy*. New York: Paulist Press.
- Hasel, G. F. (1983). Health and Healing in the Old Testament. *Andrews University Seminary Studies*, 21(3), 191-202.
- Hedlund, R. E. (2005). Indigenous Pentecostalism in India. Allan Anderson and Edmond Tang (eds.), *Asian and Pentecostal: The Charismatic Face of Christianity in Asia* (pp. 215-244). Oxford: Regnum y Baguio City: APTS Press.
- Heilman, S. C., y Witztum, E. (2000). All in faith: Religion as the idiom and means of coping with distress. *Mental Health, Religion and culture*, 3(2), 115-124.
- Hobbes, T. (2008). *Tratado sobre el ciudadano*. Madrid: UNED.
- Hocking, L. B., y Koenig, H. G. (1995). Anxiety in medically ill older patients: A review and update. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25, 221-338.
- Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 996-999.
- Hombrados, M. I. (1997). *Estrés y salud*. Valencia: Promolibro.
- Hood, R. W., Hill, P. C., y Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: An empirical approach*. New York: Guilford.
- Hooper, T. y Spilka, B. (1970). "Some meanings and correlates at future time and death among college students". *Omega* 1, 49-56.
- House, J. S. (2002). Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 125-142.
-

- Hunt, S., Mc Ewen, J., Mc Kenna, S. P. (1986). *Measuring health status*. London: Croom Helm.
- Iglesias De Ussel, J., y Ruiz-Rico J. J. (1980). Dinámica de la marginación de la minoría gitana. Análisis de un caso. *Documentación Social* 41, 35-52.
- Ishiyama, F. I. (1986). Positive reinterpretation of fear of death: A Japanese (morita) psychotherapy approach to anxiety treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 4, 556-562.
- James A., y Wells A. (2003). Religion and mental health: towards a cognitive-behavioral framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376.
- Jeffers, F. C., Nichols, C. R., y Eisendorfer, C. (1961). Attitudes of older persons toward death. *Journal of Gerontology*, 16, 53-56.
- Jiménez-Ramírez, A. (1981). *Llamamiento de Dios al pueblo gitano*. Jerez de la Frontera: Talleres Gráficos Anfra.
- Johns, C. B. (1993). *Pentecostal Formation: A Pedagogy among the Oppressed*. Sheffield, UK: Sheffield Academic Press.
- Janoff-Bulman, R., y Frantz, C. M. (1996). The loss of illusions: The potent legacy of trauma. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 133-150.
- Kalaydjieva, L., Morar, B., Chaix, R., y Tang, H. (2005). A newly discovered founder population: the Roma/Gypsies. *BioEssays* 27, 1084-1094.
- Kalish, R. A. (1963). Some variables in death attitudes. *Journal of Social Psychology*, 59, 137-145.
- Kalish, R. A. (1977). The role of age in death attitudes. *Death Education*, 1, 205-230.
-

- Kalish, R. A., y Johnson, A. I. (1972): Values similarities and differences in three generations of women. *Journal of Marriage and Family*, 34, 49-54.
- Kalish, R. A., y Reynolds, D. K. (1976). *Death and Ethnicity: A Psycho-cultural study*. Los Angeles: University of Southern California Press.
- Kastenbaum, R. (2000). *The psychology of death*. New York: Springer Publishing Company.
- Kastenbaum, R. (2009). Should we manage terror-if we could? *Omega*, 59, 271-304.
- Kastenbaum, R., y Aisenberg, R. (1972). *The Psychology of Death*. New York: Norton.
- Kennedy, J. E. y Kanthamami, H. (1995). An exploratory study of the effects of paranormal and spiritual experience on peoples' lives and well-being. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 89, 249-264.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M.C., Heath, A.C., y Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.
- Kenrick, D., y Puxon, G. (1972). *The destiny of Europe's Gypsies*. New York: Basic Books.
- Koenig, H. G. (1999). *The healing power of faith: How belief and prayer can help you triumph over disease*. New York: Touchstone Books.
- Koenig, H. G. (2005). *Faith and Mental Health: Religious Resources for Healing*. New York: Templeton Press.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 283-291.
-

- Koenig, H.G., George, L. K., Blazer, D. G., Pritchett, J.T., y Meador, K. G. (1993). The relationship between religion and anxiety in a sample of community-dwelling older adults. *Journal of Geriatric Psychiatry, 26*, 65-93.
- Koenig, H. G., George, L. K, Miador, K. G., Blazer, D. G., y Dyck, P. B. (1994). Religious affiliation and Psychiatric disorders among Protestant Baby Boomers. *Hospital and Community Psychiatry, 45*, 586-596.
- Koenig, H. G., Hays J. C., George, L. K., Larson, D. B., Cohen, H. J., McCullough, M., Meador, K., y Blazer, D. G. (1999) Does religious attendance prolong survival? A six year follow-up study of 3,968 older adults. *Journal of Gerontology, 54B(7)*, 370-376.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., y Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., Pargament, K. I., y Nielsen, J. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease, 186*, 513-521.
- Kraemer, D. (2000). *The meaning of Death in the Rabbinic Judaism*. London and New York: Routledge.
- Krause, N., Liang, J., Shaw, B. A., Sugizawa, H., Kim, H., y Sugihara, Y. (2002). Religion, death of a loved one, and hypertension among older adults in Japan. *Journal of Gerontology, 57B(2)*, 96-107.
- Kreitler, S., y Kreitler, H. (1991). Cognitive orientation and physical disease or health. *European Journal of Personality, 5*, 109-129.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Lagunas, D. (1999). Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes. *Gazeta de Antropología, 15*, 12-15.
-

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of a changing outlook. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lehti, A., y Mattson, B. (2001). Health, attitude to care and pattern of attendance among gypsy women – a general practice perspective. *Family Practice*, 18, 445–448.
- Leininger, M. M. (1985). Cultural care diversity and universality: A theory of nursing. *Nursing and Health Care*, 6(4), 208-212.
- Leming, M. R., y Dickinson, G. E. (1985). *Understanding dying, death and bereavement*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Lester, D. (1967). Experimental and correlation studies of the fear of death. *Psychology Bulletin*, 67, 27-36.
- Lester, D. (1972). Studies in death attitudes. *Psychological Reports*, 30, 440.
- Lester, D., Templer, D. I., y Abdel-Khalek, A. (2007). A cross-cultural comparison of death anxiety: A brief note. *Omega: Journal of Death and Dying*, 54, 255-260.
- Levin, J. S. (1996). How prayer heals: A theoretical model. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 2, 66–73.
- Levin, J. S., Chatters, L., y Taylor, R. (2005). Religion, health and medicine in African Americans: Implications for physicians. *Journal of the National Medical Association*, 97, 237-249.
- Liégeois, J. P. (1987). *Gitanos e itinerantes*. Madrid: Presencia Gitana.
- Liégeois, J. P. (1998). *Minoría y escolaridad: el paradigma gitano*. Madrid: Centre de Recherches Tsiganes y Editorial Presencia Gitana.
-

- Lifton, R. J. (1975). On death and the continuity of life: a psychohistorical perspective. *Omega*, 6, 143-60.
- Limonero, J. T. (1994). *Evaluación de los aspectos perceptivos y emocionales en la proximidad de la muerte*. (Tesis doctoral inédita). Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lonetto, R., Mercer, G. W., Fleming, S., Bunting, B., y Clare, M. (1980). Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *Journal of Psychology*, 104, 75-82.
- Lonetto, R., y Templer, D. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hampshire Publishing Corporation.
- López-Rosetti, D. (2000). *Estrés, epidemia del Siglo XXI: Cómo entenderlo, entenderse y vencerlo*. Buenos Aires: Lumen.
- MacDonald, D. A. (2000). Spirituality: Description, measurement, and relation to the five factor model of personality. *Journal of Personality*, 68(1), 153-197.
- McDonald, G. W. (1976). Sex, religion, and risk-taking behavior as correlates of death anxiety. *Omega*, 7, 35-44.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., y Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McIntosh, D. N., Poulin M. J. Silver R. C., y Holman E.A. (2011). The distinct roles of spirituality and religiosity in physical and mental health after collective trauma: a national longitudinal study of responses to the 9/11 attacks. *Journal of Behavioral Medicine*, 34(6), 497-507.
- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*, 338(3), 171-179.
- McFadden, S. H., y Levin, J. S. (1996) Religion, emotions, and health. In C. Magai, y S. H. McFaden (Eds.), *Handbook of*
-

- emotions, adult development, and aging* (pp. 349-365). San Diego, CA: Academic Press.
- Mc Lane, M. (1987). *Proud Outcasts. The Gypsies of Spain*. Cabin John, Maryland: Carderock Press.
- Mandryk, J. (2010). *Operation World*. Colorado Springs, CO: Biblica Publishing.
- Marí-Klose, M. y De Miguel, J. (2000). El canon de la muerte. *Política y Sociedad*, 35, 115-143.
- Markle, T. D. (2010) The magic that binds us: Magical thinking and inclusive fitness. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 4(1), 18-33.
- Marshall, V. W. (1975). Socialization for impending death in a retirement village. *The American Journal of Sociology*, 80(5), 1122-1144.
- Marshall, V. W. (1982). Death and dying. En D. Mangen y W. Peterson (eds), *Research instruments in social gerontology* (vol 1), *Clinical and Social Psychology* (pp. 303-381), Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Martínez-Frías, M. L. (1993). *Malformaciones Congénitas en la Población Gitana. Estudio epidemiológico en un grupo de la población gitana*. Madrid: Documentos 38/93. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía.
- Martínez-Frías, M. L. (1998). Análisis del riesgo que para defectos congénitos tienen diferentes grupos étnicos de nuestro país. *Revista Anales Españoles de Pediatría*, 48, 4.
- Martínez-Frías, M. L, Bermejo, E., Félix, V., Calvo, R., Ayala, A., y Hernández, F. (1998). Síndrome de Fraser: Frecuencia en nuestro medio y aspectos clínico-epidemiológicos de una serie consecutiva de casos. *Anales Españoles de Pediatría*, 48, 634-638.
-

- Maton, K. I. (1989). The Stress-Buffering Role of Spiritual Support: Cross-Sectional and Prospective Investigations for the Scientific Study of Religion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 28(3), 310-323.
- May, R. (1950). *The Meaning of Anxiety*. New York: Norton.
- Mena, I. (2003). Gitanos Evangélicos. Un movimiento étnico-religioso en Extremadura. *Revista de estudios Extremeños*, 59 (3), 961-992.
- Merrill, R. M., y Salazar, R. D. (2002). Relationship between church attendance and health among Mormons and non-Mormons in Utah. *Mental Health, Religion and Culture*, 5, 17-33.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., y Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27(2), 77-102.
- Miller, W. R., y Thoresen, C. E. (2003). Spirituality, religion, and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58, 24-35.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Fundación Secretariado Gitano (2005). *Salud y Comunidad Gitana: Análisis de propuestas para la actuación*. Madrid: Centro de publicaciones.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, y Fundación Secretariado Gitano (2008). *Estilos de vida de la comunidad gitana*. Madrid: MSC-FSG.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, y Fundación Secretariado Gitano (2009). *Hacia la Equidad en Salud: Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana*. Madrid: Ocasional Press.
- Mora León, L., y Martínez Olmos, J. (2000). Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2-5 años de los Centros
-

de Salud Almanjáyar y Cartuja de Granada capital. *Atención Primaria*, (26), 398-404.

Munnichs, J. M. A. (1966). *Old age and finitude: A contribution to psychogerontology*. Basel, Switzerland: S. Karger.

Muñoz, G. A. (2003). ¿Por qué las creencias religiosas funcionan como recurso de afrontamiento? La aportación de K.I: Pargament. *Encuentro de Psicología Social*, 1(2), 280-283.

Muñoz, A. (2013). Is religion independent of students' approaches to learning? *Studia Psychologica*, 55(3), 215-220.

Musick, M. A., Traphagan, J. W., Koenig, H. G., y Larson, D. B. (2000). Spirituality in physical health and aging. *Journal of Adult Development*, 7, 73-86.

Neimeyer, R. A. (1988). Death anxiety. En H. Wass, F. Berardo y R.A. Neimeyer R.A. (comps.). *Dying: facing the facts* (pp. 97-136). Washington, DC: Hemisphere.

Neimeyer, R. A. (1997). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte*. Barcelona: Paidós.

Neimeyer, R. A. (1997-1998). Death anxiety research: The state of the art. *Omega*, 36, 97-120.

Neimeyer, R. A., Dingesmans, P., y Epting, F. R. (1977). Convergent validity, situational stability, and meaningfulness of the Threat Index. *Omega*, 8, 251-265

Neimeyer, R. A., y Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. En R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103-119). Washington, DC.: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., y Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.



- Nelson, L. D. (1979). Structural conduciveness, personality characteristics and death anxiety. *Omega*, 10, 123-133.
- Nesvadbova, L., Rutsch, J., Kroupa, A., y Sojka, S. (2000). The State of Health of the Romany Population in the Czech Republic. *Central European Journal of Public Health*, 8, 141 - 149.
- Noyes, R., Hartz, A. J., Doebbeling, C. C., Malis, R. W., Happel, R. L., Werner, L. A., y Yagla, S. J. (2000). Illness fears in the general population. *Psychosomatic Medicine*, 62(3), 318-325.
- Noyes, R., Stuart, S., Langbehn, D. R. Happel, R. L., Longley, S. L., y Yagla, S. J. (2002). Childhood antecedents of hypochondriasis. *Psychosomatics*, 43, 282-289.
- Nyatanga, B., y de Vocht, H. (2006). Towards a definition of death anxiety. *International Journal of Palliative Nursing*, 12, 410-413.
- Oakley, J. (1983). *The Traveller Gypsies*. Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Collins, G., y Farrugia, E. G. (1991). *A concise dictionary of theology*. New York: Paulist Press.
- Oman, D., y Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community dwelling elderly. *American Journal of Public Health* 88, 1469- 1475.
- Oman, D., y Thoresen, C. E. (2002). Does religion cause health?: Differing interpretations and diverse meanings. *Journal of Health Psychology*, 7, 365-380.
- Open Society Institute. (2002). *The Situation of Roma in Spain. Monitoring the EU Accession Process: Minority Protection*.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Documentos Oficiales de la Organización Mundial de la Salud*. No 2. New York: OMS.
-

- Padilla, M. (2001, Octubre). La Organización Roma pide reconocimiento de la contribución de los gitanos en la sociedad. *El País*, 27 Octubre 2001.
- Pahl, J., y Vaile, M. (1988). Health and health care among travellers. *Journal of Social Policy*, 17, 195-213.
- Paloma, M. M., y Pendelton, B. (1989). Exploring types of prayer and quality of life: A research note. *Review of Religious, Research*, 31, 46-53.
- Paloutzian, R. F., y Park, C. L. (Eds.) (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. New York; London: The Guilford Press.
- Pancorbo, L. (2006). *Abecedario de Antropologías*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Pargament, K. I. (1990). God help me (II): Toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 51, 195-224.
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping. Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Pargament, K. I. (1999). The psychology of religion and spirituality? Yes and no. *International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3-16.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: An evaluation of the cost and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168-181.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, B., Van Haitsma, K., y Warren, R. (1990). God help me (I): Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824.
- Pargament, K. I., Kennel, J., Hathaway, W., Grevengoed, N., Newman, J., y Jones, W. (1988). Religion and the problem
-

- solving process: Three styles of coping. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 90-104.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., y Perez L. M. (2000). The many methods of religious coping: development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K. I., Paloma, M. M., y Tarakeshwar, N. (2001). Methods of copying from the religions of the world: The bar mitzvah, karma, and spiritual healing. En C.R. Sydney (Ed.), *Copying with Stress: Effective people and process* (pp. 259-284). New York: Oxford University Press.
- Pargament, K. I., Smith B. W, Koenig, H. G., y Perez L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710-724.
- Park, C. L., y Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *General Review of Psychology*, 1, 115-144.
- Parry, J. K., y Shen, A. (1995). *A Cross cultural Look at Death, Dying, and Religion*. Chicago: Nelson-Hall Publishers.
- Paz, O. (1981). *El laberinto de la soledad*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Peck, B. (1983). Gypsies: A Sheffield experience. *Health Visitor*, 56(10), 365.
- Peltzer, K. (2004). Preventive health behaviour, personality and religiosity among Black and White South Africans. *Studia Psychologica*, 46(1), 37-48.
- Petillero, R. (2000). Evolución del concepto "Teología pastoral". Itinerario y estatuto de una Teología de la acción eclesial. *Scripta Theologica*, 32, 471-508.
- Pinder, M., y Hayslip, B. (1981). Cognitive, attitudinal, and affective aspects of death and dying in adulthood:
-

- Implications for care providers. *Educational Gerontology*, 6, 107-123.
- Plante, T. G., Yancey, S., Sherman, A., Guertin, M., y Pardini, D. (1999). Further validation for the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Pastoral Psychology*, 48(1), 11-21.
- Pollak, J. M. (1979-1980). Correlates of death anxiety a review of empirical studies. *Omega*, 10, 97-121.
- Powell, L. H., Shahabi, L., y Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality: Linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.
- Power, T. L., y Smith, S. M. (2008). Predictors of fear of death and self mortality: An Atlantic Canadian perspective. *Death Studies* 32(3), 253-272.
- Pyszczynski, T., Greenberg, J., y Solomon, S. (1999). A dual-process model of defense against conscious and unconscious death-related thoughts: An extension of terror management theory. *Psychological Review*, 106, 835-845.
- Raja, R. (2001). *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes del Personal Sanitario ante la muerte*. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Enfermería. Universidad de Cádiz.
- Ramos, F. R. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Personalidad, Evaluación, y tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rammohan, A., Rao, K. y Subbakrishna, D. K. (2002.) Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 356- 362.
-

- Reig, S., Curós, S., Balcells, J., Batalla, C., Ezpeleta, A., y Comín, E. (1999). Anticoncepción: gitanas frente a payas. *Atención Primaria*, 23(2) 63-67.
- Remor, E., y Carrobes, J. A. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 195-201.
- Restrepo, E. (2013). *Attitudes on death rituals and religiosity among Gypsies in Southern Spain*. The Gypsy Lore Society (GLS) Annual International Conference in Romani, Gypsy and Traveller Studies. University of Strathclyde, Glasgow (Scotland, UK), September 11-12, 2013. Published by University of Strathclyde, (eds). Programme and Book of Abstracts (p. 45). Department of Humanities and Social Sciences. University of Strathclyde, Glasgow (Scotland, UK).
- Revista Panamericana de Salud Pública (2007). *Adaptación al español de una escala de evaluación del miedo a la muerte*. Washington, v. 21, n. 5, mayo. Accedido el 8 de febrero, 2012.
- Rhudick, P. J., y Dibner, A. S. (1961). Age, personality and health correlates of death concern in normal aged individuals. *Journal of Gerontology*, 16, 44-49.
- Richards, P. S., y Bergin, A. E. (1997). *A spiritual strategy for counseling and psycho-therapy*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rivera-Ledesma, A. (2007). *Modelo de intervención racional emotivo para la promoción del ajuste psicológico en el adulto mayor en el contexto religioso*. (Tesis doctoral inédita). Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivera-Ledesma, A., y Montero-López, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28(6), 51-58.
-

- Robinson, P. J., y Wood, K. (1984). Fear of death and physical illness: A personal construct approach. En F. R. Epting y R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 127-142). Washington, DC.: Hemisphere.
- Rosenblatt, P. C. (1993). Cross-cultural variation in the experience, expression, and understanding of grief. En D. P. Irish, K. F. Lundquist, y V. J. Nelsen (Eds.), *Ethnic variations in dying, death, and grief: Diversity in Universality* (pp. 13-20). Washington, DC: Taylor and Francis.
- Russac, R. J., Gatliff, C., Reece, M., y Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: An examination of age and gender effects. *Death Studies*, 31, 549-561.
- Salloway, J. (1973). Medical care utilization among urban Gypsies. *Urban Anthropology*, 2(1), 113-126.
- Sánchez, F. J., Zubiaur, A., Herrero, M. D., Gallart, M., Jiménez, R., Sanguino, L., y Flores, J. (2002). Diferencia étnica en la actividad asistencial de urgencias. Aproximación a la realidad gitana. *Anales Españoles de Pediatría*, 56(1), 17-22.
- Sánchez-Mellado, L. (2009). *Ciudadano Cortés. Un testimonio de amor, coraje y lucha*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Sánchez-Muros, C. (2008). *Hablando de los gitanos. Representaciones sociales en el discurso y la interacción escolar*. Departamento de Antropología Social. Universidad de Granada.
- San Román, T. (1986). *Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos*. Madrid: Alianza.
- San Román, T. (1997). *La diferencia inquietante: Viejas y nuevas estrategias culturales de los gitanos*. Madrid: Siglo XXI.
- San Román, T. (1999). El Desarrollo de la conciencia política de los gitanos. *Gitanos, Pensamiento y Cultura*, 0, 36-41.
-

- Schmidt, Rio-Valle, J. (2007). *Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención.* (Tesis doctoral inédita). Departamento de Enfermería. Universidad de Granada.
- Schumaker, J. F., Barraclough, R. A., y Vagg, L. M. (2001). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *The Journal of Social Psychology, 128*, 41-47.
- Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L. H., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A. J., Kanouse, D. E., Morrison, J. L., Berry, S. H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine, 345(20)*, 1507-1512.
- Seeman, T. E., Dubin, L. F., y Seeman, M. (2003). Religiosity/spirituality and health: A critical review of the evidence for biological pathways. *American Psychologist, 58*, 53-63.
- Shafranske, E., y Malony, H. M. (1990). Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 72-78.
- Sherman A .C., Simonton, S., Adams, D. C., Latif, U., Plante, T. G., Burris, S. K., y Poling, T. (2001). Measuring religious faith in cancer patients: Reliability and construct validity of the Santa Clara Strength of Religious Faith Questionnaire. *Journal of Psycho-Oncology, 10*, 436-443.
- Shrimali , S., y Broota, K. D. (1987). Effects on surgical stress on belief in God and superstition: An in situ investigation. *Journal of Personality and Clinical Studies, 3*, 135-138.
- Smith, D.K., Nehemkis, A., y Charter, R. A. (1983). Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 13(3)*, 221-232.
-

- Smith, T. B., McCullough, M. E., y Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614-636.
- Solomon, S., Greenberg, J., y Pyszczynski, T. (2004). The cultural animal: Twenty years of terror management theory and research. En J. Greenberg, S. I. Koole, y T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of experimental existential psychology* (pp. 13-34). New York: Guilford Press.
- Spilka, B., Hood, R.W., y Gorsuch, R.L.. (1985). *The Psychology of Religion: An Empirical Approach*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Spilka, B., Stout, L., Minton, B., y Sizemore, D. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 16, 169-178.
- SPSS for Psychologists (n.d.) Chapter 7. Multiple regression: An introduction to multiple regression: performing a multiple on SPSS. Consultado 28 de Septiembre, 2011, de <http://www.palgrave.compdfs/0333734718.pdf>
- Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T., et al. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality salience exacerbates phobic and compulsive behaviors. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33, 1137-1151.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Hazen, A. L., y Forde, D. R. (1997). Full and partial Post-traumatic Stress Disorder: Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1114-1119.
- Stevens, S. J., Cooper, P. E., y Thomas, L. E. (1980). Age norms for Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 46, 205-206.
- Stoddard, S. (1992). *The hospice movement: A better way of caring for the dying*. New York: Vintage Books.
-

- Suico, J. L. (2005). Pentecostalism and social change. *Asian Journal of Pentecostal Studies*, 8(2), 195-213.
- Sutherland, A. (1986). *Gypsies, the hidden Americans*. Chicago, IL: Waveland Press.
- Sutherland, A. (1992). Gypsies and health care. *Western Journal of Medicine*, 157(3), 276-280.
- Swenson, W. M. (1961). Attitudes towards death in an aged population. *Journal of Gerontology*, 6, 49-52.
- Tang, C. S., Wu, A. M. S., y Yan, E. C. W. (2002). Psychosocial correlates of death anxiety among Chinese college students. *Death Studies*, 26, 491-499.
- Taylor, R. J., Chatters, L. M., y Levin, J. (2004). *Religion in the lives of African Americans. Social, psychological, and health perspectives*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *Journal of general Psychology*, 82, 165-177.
- Templer, D. I., y Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological Reports*, 26, 895-897.
- Templer, D. I., y Ruff, C. (1975). The relationship between death anxiety and religion in psychiatric patients. *Journal of Thanatology*, 3, 165-168.
- Templer, D. I., Ruff, C. F., y Franks, C. M. (1971). Death Anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4, 108.
- Thomas, J. D. (1985). Gypsies and American medical care. *Annals of Internal Medicine*, 102, 842-845.
- Thorson, J. A., y Powell, F. G. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 691-701.
-

- Tomás-Sábado, J. (2002). La medida de la ansiedad ante la muerte en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 246-247, 42-47.
- Tomás-Sábado, J., Limonero, J. T., y Abdel-Khalek, A. M. (2007). Spanish adaptation of the Collett-Lester fear of death scale. *Death Studies*, 31, 249-260.
- Tomer, A. (2000). Death related-attitudes: Conceptual distinctions. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications*. Philadelphia: Taylor and Francis.
- Tomer, A., y Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death Studies*, 20, 343-365.
- Tong, D. (1989). *Gypsy Folktales*. San Diego: Harcourt.
- Van Cleemput, P., Parry, G., Thomas, K., Peters, J. and Cooper, C. (2007). Health related beliefs and experiences of Gypsies and Travellers: a qualitative study, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 205-210.
- Vargo, M. E., y Black, F. W. (1984). Attribution of control and the fear of death among first year medical students. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1525-1528.
- Villafaña, E. (1993). *The Liberating Spirit*. Grand Rapids, MI: Eerdmans.
- Vico, J. (1995). *Dolor y muerte humana digna*. Madrid: Editorial San Pablo.
- Viney, L. L. (1984). Concerns about death among severely ill people. In F. R. Epting y R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 143-158). Washington, DC: Hemisphere.
- Vivian, C., y Dundes, L. (2004). The Crossroads of Culture and Health among the Roma (Gypsies). *Journal of Nursing Scholarship*, 36(1), 86-91.
-

- Vishnevsky, V. (2008). *Magic power of life: Spiritual and supernatural stories of the Lovara Gypsies*. Cheverly, Maryland: Salo Press.
- Wagner, K. D., y Lorion, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1235-1241.
- Warrington, K. (2008). *Pentecostal Theology: A Theology of Encounter*. London: T & T Clark.
- Watts, F. (2007). Emotion regulation and religion. En J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 504-520). New York: Guilford Press.
- Weborg, J. (1997, Septiembre). Count it all Joy. A meditation on the challenge of suffering. En J. Weborg (Dir.), *Benevolence at its meeting*. Simposium presentado al equipo directivo de *Benevolence at its meeting*, North Park Theological Seminary, Chicago, IL (USA).
- Wilson, D. J. (1988). Pentecostal Movement. En S. Burgess y G. McGee (Eds.), *Dictionary of Pentecostal and Charismatic Movements* (p. 267). Eds. Grand Rapids, MI: Zondervan.
- Wilkinson, J. R. (1998). *The Bible and Healing: A Medical and Theological Commentary*. Grand Rapids, Michigan: Eerdmans.
- Williams, P. (2003). *Gypsy world: The silence of the living and the voices of the death*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Willems, E. (1967). *Followers of the New Faith: Culture Change and the Rise of Protestantism in Brazil and Chile*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.
- Wink, P. (2006). Who is afraid of death? Religiousness, spirituality, and death anxiety in late adulthood. *Journal of Religion, Spirituality and Aging*, 18, 93-110.
-

- Wink, P., y Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B(4), 207-214.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Young, M., y Daniels, S. (1981). Religious correlates of death anxiety among high school students in the rural South. *Death Education*, 5, 223-233.
- Wolfradt, U., y Watzke, S. (2005). Deliberate out-of-body experience, depersonalization, schizotypal traits, and thinking style. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 93,249-258.



ANEXOS

ANEXO I. Cuestionario Sociodemográfico

DATOS DEMOGRAFICOS

Señale o escriba la respuesta adecuada en la casilla correspondiente.

1. Lugar de nacimiento:

2. Nacionalidad:

3. Sexo

Hombre Mujer

4. Edad: _____

5. Estado Civil:

- Soltero
- Casado
- Vivo con mi compañero/a
- Separado
- Segundas nupcias
- Divorciado

Viudo

6. Número de hijos:

7. Estudios terminados:

- Sin estudios
- Primaria
- ESO o EGB
- Bachillerato
- Graduado escolar
- Diplomatura
- Licenciatura
- Máster
- Doctorado

8. Situación laboral (puede señalar varias respuestas):

- Ama de casa
- Trabaja
- Parado
- Jubilado/pensionista
- Estudia

////////////////////////////////////

9. Filiación religiosa:

- Católico practicante
- Católico no practicante
- Evangélico/Protestante practicante
- Evangélico/Protestante no practicante
- Iglesia de Filadelfia
- Judío
- Musulmán
- Indiferente
- Ateo
- Otro _____

10. Identidad cultural

- Gitano
- No gitano

11. Ingresos mensuales:

- Menos de 600 Euros
- De 600 a 1.000 Euros
- De 1.1000 a 2.000 Euros
- De 2.100 a 2, 500 Euros
- De 2.600 a 3.000 Euros
- De 3. 100 a 3.5000 Euros
- De 3. 600 a 4.000 Euros
- Más de 4.000 Euros

12. ¿Con qué frecuencia asiste Ud. a misa o al culto u otros oficios religiosos, sin contar las ocasiones relacionadas con ceremonias de tipo social, por ejemplo, bodas, comuniones o funerales?

- Nunca
- Casi nunca
- Varias veces al año
- Alguna vez al mes
- Casi todos los domingos y festivos
- Varias veces a la semana
- Todos los días

13. ¿Con qué frecuencia reza/ ora Ud.?

- Nunca
- Varias veces al año
- Alguna vez al mes
- Varias veces a la semana
- Todos los días



ANEXO II. Inventario de Expresiones de Espiritualidad

Inventario de Expresiones de Espiritualidad- Revisado (McDonald, 2000, adaptación Muñoz, 2013)

Este cuestionario hace referencia a sus experiencias, actitudes, creencias, y prácticas de su estilo de vida relacionadas con la espiritualidad.

Más abajo aparecen varias frases. Lea cada una de las frases cuidadosamente. Usando la escala de cinco puntos que señalamos a continuación valore el grado en el que cada frase se puede aplicar a usted, y escriba la respuesta en el espacio en blanco que aparece a la izquierda de cada frase. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Responda, por favor, con sinceridad, y a todas las frases.

0	1	2	3	4
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

- ___ 1. La espiritualidad es una parte importante de quien soy como persona.
- ___ 2. He tenido una experiencia en la cual yo parecía estar conectado a todo.

- ___3. Parece que siempre hago las cosas mal.
- ___4. Es posible comunicarse con los muertos.
- ___5. Creo que es importante asistir a celebraciones religiosas.
- ___6. La espiritualidad es una parte esencial de la existencia humana.
- ___7. He tenido una experiencia en la cual parecía trascender el espacio y el tiempo.
- ___8. No estoy a gusto conmigo mismo.
- ___9. Creo que la brujería es real.
- ___10. Experimento un sentimiento de cercanía a un poder superior.
- ___11. Gracias a mi espiritualidad estoy más atento a las elecciones que hago en mi vida diaria.
- ___12. He tenido una experiencia mística.
- ___13. Muchas cosas de las que hago en la vida parecen torcidas.
- ___14. Es posible predecir el futuro.
- ___15. Me veo a mí mismo como una persona religiosa.
- ___16. Intento considerar todos los elementos de un problema, incluyendo sus aspectos espirituales, antes de tomar una decisión.
- ___17. He tenido una experiencia en la que yo parecía unido

con un poder o fuerza más grande que yo mismo.

- ___18. Mi vida es, a menudo, problemática.
- ___19. No creo en espíritus o fantasmas.
- ___20. Veo a Dios, o un Poder Superior, presente en todas las cosas que hago.
- ___21. Mi vida se ha beneficiado de la espiritualidad.
- ___22. He tenido una experiencia en la cual todas las cosas parecían divinas.
- ___23. A menudo me siento tenso.
- ___24. Pienso que la psicoquinesis, o mover objetos con la mente, es posible.
- ___25. Practico alguna forma de oración.
- ___26. Creo que es importante atender al crecimiento espiritual de uno mismo.
- ___27. He tenido una experiencia en la cual parecía trascender mi propio yo.
- ___28. Soy una persona infeliz.
- ___29. Es posible dejar tu cuerpo.
- ___30. Creo que Dios o un Poder Superior es responsable de mi existencia.