



**FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS
TESIS DE GRADO**

***"PERSONALIDAD Y ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DEL PERSONAL DE LA
SALUD EN EL CONTEXTO COVID-19"***

Tesista: Campora, Bianca

Legajo: 12544

Tutora: Profesora Lic. Grasso Imig, Paula

Co-tutora: Lic. Capitini, Maria Florencia

Título a obtener con la presentación de la tesis: Licenciatura en Psicología

Febrero 2021

Sede: Lomas de Zamora

Agradecimientos

A mi familia, por ser siempre incondicionales y apoyarme constantemente.

A mis amigos y compañeros, por estar, acompañar y entender.

A mi profesora y Licenciada Paula Grasso, mi tutora, porque me acompañó en este camino, enseñándome con dedicación y entusiasmo la pasión por la psicología. A la Licenciada Florencia Capitini, amiga y cotutora que también me acompañó en este camino.

Gracias a la vida por la posibilidad de aprender y seguir creciendo. Gracias a todos por el apoyo incondicional, por el tiempo, la tolerancia, y el amor.

A mi Padre, que me guía desde el cielo siempre.

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo indagar la relación entre la Personalidad y la Ansiedad frente a la muerte, definiendo la primera desde la teoría del Big Five donde los rasgos son percibidos como formas de pensar, sentir y comportarse que se conservan relativamente constantes a lo largo de la vida (Costa & McCrae, 1980; Kassin, 2003). Y la segunda como respuesta afectiva generada ante un estímulo vinculado al riesgo, ya sea real o ilusorio, a la propia existencia (Limonero, 1997). Es menester destacar el contexto en el cual se realizó el presente trabajo, la pandemia de Covid-19 una cepa viral que afecta el sistema respiratorio y presenta una elevada mortalidad y tasa de contagios, dejando hasta el día de la fecha millones de fallecidos en el mundo (OMS, 2020).

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, con un diseño transversal y no experimental en una muestra total de 162 profesionales de la salud que participaron de manera anónima y voluntaria. Los instrumentos utilizados fueron: El Big Five Inventory (John et al., 1991) y en el caso de la variable Ansiedad ante la muerte la Escala de Miedo a la muerte creada por Collett-Lester (1969) y validada en argentina por Quintero y Simkin (2017).

Los resultados mostraron que el factor neuroticismo de la personalidad se relaciona de forma directa tanto con el miedo a la muerte de otros como propia, así mismo este factor de la personalidad se vincula de la misma forma con la existencia de patologías previas y el rango etario de adultos mayores, aspecto fuertemente vinculado con la población de riesgo ante la pandemia Covid-19 siendo estos sujetos los más afectados por la tasa de mortalidad. Por otro lado, se halló que los profesionales de nivel académico más avanzado presentan menos neuroticismo que el resto de los trabajadores y a su vez mayores niveles de apertura a la experiencia.

Palabras clave: Personalidad – Ansiedad ante la muerte – Covid-19 – Personal de la salud.

Abstrac

The present work aimed to investigate the relationship between Personality and Anxiety in the face of death, defining the first from the Big Five theory where traits are perceived as ways of thinking, feeling, and behaving that remain relatively constant throughout of life (Costa & McCrae, 1980; Kassin, 2003). And security as an affective response generated in the face of a stimulus linked to risk, whether real or illusory, to one's own existence (Limonero, 1997). It is necessary to highlight the context in which the present work was carried out, the Covid-19 pandemic, a viral strain that affects the respiratory system and presents a high mortality and infection rate, leaving millions of deaths in the world.

A quantitative, descriptive, correlational study was carried out, with a cross-sectional and non-experimental design in a total sample of 162 health professionals who participated anonymously and voluntarily. The instruments used were: The Big Five Inventory (John et al., 1991) to assess Personality with its dimensions (Extraversion, Agreeableness, Responsibility, Neuroticism and Openness) and in the case of the variable Anxiety before death, the Scale of Fear of death created by Collett-Lester (1969) and validated in Argentina by Quintero and Simkin (2017).

The results showed that the neuroticism factor of the personality is causally related to the fear of the death of others as well as one's own, likewise this factor of the personality is linked in the same way with the existence of previous pathologies and the age range of older adults, an aspect strongly linked to the population at risk of the Covid-19 pandemic, these subjects being the most affected by the mortality rate. On the other hand, it was found that professionals with a more advanced academic level present less neuroticism than the rest of the workers and, in turn, have higher levels of openness to experience.

Key words: Personality - Death anxiety - Covid-19 - Health personnel.

Índice

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	3
Abstrac.....	4
Índice.....	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. ESTADO DEL ARTE	9
3. MARCO TEÓRICO.....	15
3.1 Personalidad	15
3.2 Ansiedad ante la muerte	23
3.2.1 Ansiedad	23
3.2.2 El proceso de morir	26
3.2.3 Ansiedad ante la muerte	28
3.3 Personal de la salud	32
3.4 Pandemia COVID-19	36
3.4.1 Pandemia, Endemia, Epidemia	36
3.4.2 Covid – 19	38
4. MÉTODO.....	41
4.1 Tipo de estudio.....	41
4.2 Tipo de diseño.....	41
4.3 Objetivo general	41
4.3.1 Objetivos específicos.....	41
4.4 Hipótesis.....	41
4.5 Muestreo	42
4.6 Muestra	42
4.7 Instrumentos de relevamiento de datos	42
4.7.1 Big Five Inventory	42
4.7.2 Escala de Miedo a la muerte	43
4.7.3 Variables sociodemográficas	43
4.8 Procedimiento	44
4.9 Justificación y Relevancia	45
5. RESULTADOS	47
6. CONCLUSION	90
7. DISCUSIÓN	91

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
9. ANEXO.....	110

1. INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia del ser humano las pandemias han impactado en el desarrollo de las civilizaciones, generando así millones de muertes en todo el mundo. De esta forma se pueden nombrar la viruela, la peste bubónica, la gripe española, y el cólera como las más importantes. En este sentido es menester destacar que ciertas patologías, por ejemplo, el HIV con su aparición a finales del siglo xx, prevalece hasta la actualidad sin encontrar una cura definitiva. Por esta razón, es imprescindible poder conceptualizar el termino pandemia como una epidemia que afecta a grandes regiones del mundo a través de una patología en un tiempo determinado (Villamil Jiménez, 2013). Según Médicos sin Fronteras (MSF 2020), una pandemia se caracteriza por ser un brote patológico que se extiende en varios países o continentes y que afecta a la gran mayoría de sus habitantes.

Es así como, a finales del año 2019 en la ciudad de Wuhan, China, se detectó la aparición de una neumonía viral causada por una cepa nueva de coronavirus, actualmente conocida como Covid-19, patología considerada pandémica a partir del marzo del 2020 en consecuencia de la veloz propagación a nivel mundial, de la elevada mortalidad y tasa de contagios, dejando millones de fallecidos a lo largo y ancho de los cinco continentes (Tomas Sábado, 2020).

Por lo tanto, debido a los factores antes mencionados y la incertidumbre que aun acecha a la población mundial, se optó por tomar medidas de aislamiento social a fin de prevenir la trasmisión del virus, tales como el cierre de fronteras, aeropuertos y escuelas con el objetivo de contener la creciente del Covid-19. Sin embargo, a pesar de las medidas preventivas, los hospitales colapsaron y, por otro lado, las grandes potencias mundiales se inquietaron ante la incertidumbre y la imposibilidad de encontrar una cura en lo inmediato. La vida y la rutina de cada sujeto en cada rincón del mundo se vio afectada en su totalidad a nivel físico, psíquico, emocional, social económico y espiritual (OMS, 2020).

Otra de las cuestiones por las que atraviesa la población es enfrentarse a la concepción de que el virus se propaga de forma igualitaria en toda la población mundial. En este sentido, los profesionales de la salud se ven especialmente

afectados ya que se encuentran en primera línea frente a la lucha contra la pandemia. El cansancio, el miedo, la incertidumbre se relacionan con síntomas de ansiedad y estrés en el personal sanitario (Tomas Sábado, 2020). Aspectos inherentes en el área laboral destacada, aún más si tenemos en cuenta que los saberes y la conciencia del propio fallecimiento son aspectos individualmente humanos, y generan en la totalidad de los individuos significativas reacciones pudiendo citar como ejemplo el miedo y la ansiedad, estableciendo entonces a la ansiedad ante la muerte como causa esencial de toda ansiedad humana (Limonero 1996).

Por esta razón, Carpintero (2000) sostiene que la ansiedad ante la muerte está relacionada a un estado psicofísico que irrumpe ante las demás conductas y a su vez introduce una desorganización significativa en la psiquis humana. El mismo podría definirse como una conducta de adaptación para el sujeto que se descubra inmerso en este fenómeno; de todas maneras, estas respuestas van a aparecer con mayor o menor frecuencia en virtud de que se trate del fallecimiento propio o ajeno, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de la misma.

Por otro lado, la personalidad concierne a las más elevadas relaciones dadas entre los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de los individuos, los cuales no se encuentran accionando en la nada, sino que se descubren atravesados por circunstancias y realidades. Entonces los procesos mencionados se ven activados ante estímulos externos provenientes del entorno circundante y otros a partir del sujeto mismo (Pelechano, 1993). No obstante, los rasgos pueden definir la personalidad y así mismo exponer y anticipar el comportamiento de los individuos, es así como se puede afirmar que el comportamiento del sujeto y la personalidad pueden ser categorizados de forma ordenada, destacando la fusión entre la conducta y el rasgo de la personalidad (López, 2011).

El presente trabajo tiene como propósito indagar la relación entre los rasgos de Personalidad y los niveles de Ansiedad ante la muerte en profesionales de la salud en el contexto de pandemia en que actualmente se encuentran inmersos. Los sentimientos vinculados al estrés por parte del personal sanitario son actitudes totalmente adecuadas a la actualidad debido a las dificultades que enfrentan día a día (OMS, 2020) aspectos de suma importancia para el presente

estudio. De acuerdo con lo expuesto hasta aquí, este trabajo buscará obtener información relevante con relación a la ansiedad ante la muerte y los rasgos de personalidad en el personal de la salud participante de la pandemia covid-19.

2. ESTADO DEL ARTE

A partir de la exploración de antecedentes, se observa la presencia de investigaciones vinculadas a los constructos Personalidad y Ansiedad ante la muerte, mas no se hallaron estudios relacionados entre las variables mencionadas dentro del personal sanitario en particular, ni en el contexto de pandemia Covid-19. Es interesante preguntarse qué relación tiene el sistema circundante donde el sujeto se desarrolla, en este caso su área laboral, con los rasgos de personalidad y a su vez los niveles de ansiedad ante situaciones diarias en tal ámbito como lo es el fallecimiento de pacientes.

Bajo esta misma premisa Grau Abalo et al., (2010) llevaron a cabo un estudio sobre la Ansiedad y Actitudes ante la muerte en un grupo heterogéneo de 141 profesionales capacitados en cuidados paliativos en Cuba. Los resultados obtenidos del estudio arribaron a que en estos equipos sobresalen los mecanismos afectivo-emocionales en sus formas de afrontar la muerte y a su vez que el entrenamiento en cuidados paliativos tiene un efecto positivo en la capacidad cognitiva. El estudio permitió confirmar que las actitudes y comportamientos que surgen en los profesionales especializados de cuidados paliativos son menos defensivas ante el contacto con pacientes terminales; los autores destacan una marcada diferencia de estos profesionales con los que no trabajan en el área mencionada, pero afirman que relativamente continúan respondiendo de forma evasiva, con miedo y ambigüedad.

Dentro del área a trabajar, Roth y Pinto (2010) indagaron la relación entre el Síndrome de Burnout, los rasgos de Personalidad, y la Satisfacción Laboral, en Enfermeras de la Ciudad de La Paz en una muestra de 215 profesionales. Los resultados obtenidos del estudio determinaron que las dimensiones de la personalidad se correlacionan con los constructos del estudio. En primer lugar, el agotamiento emocional, se encuentra vinculado con la extraversión y el neuroticismo; Así mismo se encontró una asociación indirecta entre las dimensiones despersonalización y amabilidad, al contrario que con el neuroticismo, donde ambos se vinculan de forma directa. Por último, la realización personal se encuentra relacionada de forma directamente

proporcional con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, pero no así con el neuroticismo.

Siguiendo la misma idea, Giundice (2011) realizó un estudio, sobre el Síndrome de Burnout y Ansiedad ante la Muerte en 30 psico-oncólogos de Capital federal. Los resultados de la investigación determinaron una correlación directa entre la variable ansiedad ante la muerte y la dimensión de agotamiento emocional, y a su vez, con respecto a la dimensión realización personal en el trabajo del Burnout, la correlación hallada fue indirecta.

Otra investigación que abarca los constructos principales de esta investigación es la de Garay (2011) quien investigó sobre la influencia del área de desempeño del personal de enfermería en los niveles de ansiedad frente a la muerte en una muestra de 120 enfermeros de las áreas de Clínica Médica y Unidad de Terapia Intensiva de un hospital de Buenos Aires, estudio que arrojó como conclusión que los profesionales de enfermería de clínica médica, por su labor en el cuidado del paciente, tienen una función encuadrada en trabajos de acompañamiento que favorece a relacionarse más íntimamente con el enfermo y su ambiente, lo que aumenta los niveles de ansiedad frente a su misma muerte. Por el contrario, el personal de terapia intensiva se enfrenta continuamente a escenarios urgentes donde se ven sujetos a la dicotomía éxito-fracaso de recuperación; el foco se encuentra ajustado a las situaciones que imposibiliten el fallecimiento del paciente lo cual podría aumentar los niveles de ansiedad respecto al proceso de morir de otros.

En el mismo año, Fernández (2011) llevó a cabo un estudio comparativo sobre Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte, particularmente en las unidades de pacientes críticos en un hospital de Madrid, realizando una comparación de grupos entre el área de pediatría y el área de adultos. La investigación arrojó como resultados que los profesionales de la unidad de cuidados intensivos que atienden a infantes poseen niveles de ansiedad más elevados que los que trabajan con adultos. Los resultados confirmaron que esta cuestión atraviesa a la totalidad de los profesionales de enfermería, y en consecuencia se torna más dificultoso de comprender en dispositivos de cuidados intensivos ya que la base principal de los mismos es resguardar la salud y la existencia de los sujetos, como se ha mencionado anteriormente, este hecho se torna particular en el caso de los infantes.

Por su parte, Gómez Cantorna, Puga Martínez, Clemente Díaz, Mayán Santos y Gandoy Crego (2012) llevaron a cabo un estudio sobre los Factores de personalidad en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos a 94 enfermeras en la localidad de A Coruña, España. Las principales conclusiones arribadas se vinculan con la información sociodemográfica de la muestra, haciendo referencia al Big Five, donde los autores encontraron la dimensión extraversión vinculada al rango etario, al número de años dentro del ámbito laboral mencionado y a la experiencia en centros de atención sanitaria. Los niveles de sociabilidad se encuentran relacionados a la experiencia en el área de trabajo y en un elevado soporte de herramientas psicológicas. Por otro lado, los autores concluyeron que el nivel de responsabilidad se verá afectado de acuerdo con la situación laboral que se atravesase, se verán elevados si la misma es poco favorable, y en tanto se vincule a los niveles de estrés. Así mismo sucede con los niveles de neuroticismo, los autores arribaron a que se vinculan al estado del ambiente laboral; Por otro lado, el estudio validó que la apertura a la experiencia se ve relacionada a factores tales como el rango etario, la antigüedad laboral en centros de atención socio sanitario, el vínculo adecuado con los pacientes, y el horario laboral adecuado.

En lo que respecta a la variable Personalidad, en el mismo año Vilela Alemán (2013) realizó una investigación sobre síndrome de Burnout y rasgos de Personalidad en un grupo de enfermeras del hospital militar de la ciudad de Lima, donde los resultados arrojaron correlaciones indirectas en lo que refiere a los factores de personalidad, extraversión, apertura al cambio, agradabilidad y conciencia con respecto a las dimensiones de agotamiento emocional, realización personal y despersonalización. De este modo la autora concluyó que las dimensiones de la personalidad se vinculan con el desarrollo del síndrome de burnout. Por otro lado, se arribó a que los profesionales de enfermería tienden afrontar circunstancias hostiles con herramientas poco funcionales, lo que genera un aumento de los márgenes de estrés en el ámbito laboral.

Asimismo, Sevilla Casado y Ferré Grau (2013) realizaron un trabajo sobre la Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria, en la ciudad de Tarragona, España. Los autores concluyeron que la proximidad directa con el fallecimiento dentro del área sociosanitaria y laboral puede modificar los niveles de ansiedad ante la muerte que poseen los profesionales, generando de

esta manera una impresión emocional que posea efectos por sobre la tarea profesional y sobre la vida misma del sujeto. Los profesionales viven la muerte del otro, y se preocupan de la suya, afectados por emociones intensas que están sujetas a la tolerancia y evolución del proceso; el estudio concluyó que el ámbito sociosanitario se encuentra expuesto a elevados niveles de ansiedad ante la muerte, donde se destacan la pérdida de personas queridas y el dolor asociado al proceso de morir como las situaciones más ansiógenas; a pesar de ello, el estudio determinó que los profesionales cuentan con herramientas que les permiten dar cuenta de los temores a los que se encuentran sujetos y a su vez otorgar el sostén psicoemocional a quien lo requiera como señal de profesionalismo y compromiso.

Por otra parte, Ascencio Huertas, Allende Pérez y Verastegui Avilés (2014) indagaron sobre creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos en la ciudad de México D. F. Los resultados del estudio mostraron que dentro de las principales actitudes de los profesionales sanitarios hacia el sujeto terminal y la muerte se destacaron más la responsabilidad, atención hacia la vida, e impulso del crecimiento personal para admitir su propia muerte; los profesionales de salud que proveen los cuidados al paciente terminal priorizan el recapacitar sobre la muerte, no evadirla ni negarla, sino más bien tenerla en cuenta como una de las posibilidades en la evolución del ser. Los autores afirmaron que los profesionales ante la constante exposición a casos terminales han desarrollado una amplia atención y responsabilidad hacia la vida, así también han reconocido que la misma promueve el crecimiento personal, permitiéndoles aceptar los hechos tal y como son; en este caso, cuidados paliativos no considera la muerte como un fracaso profesional, sino que a partir de la exposición se llega a visualizarla de forma normalizada.

Años después, en el 2016, De Torres con una mirada más abarcativa indagó si la variable personalidad se asociaba al desempeño profesional, el estudio se llevó a cabo en Montevideo, Uruguay. A partir de diversas técnicas la autora destacó como factores influyentes la inteligencia emocional, la escrupulosidad, el equilibrio emocional, la empatía y la resistencia ante el estrés, acentuando por otro lado la influencia del entorno sanitario en combinación con

la formación académica y la forma en la que el profesional de la salud utiliza posteriormente esos conocimientos.

Por su parte, en el año 2017, Díaz Tobajas, Juarros Ortiz, García Martínez y Sáez Gavilán realizaron una investigación sobre la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte en un centro asistencial universitario de Burgos, España. Los autores afirman que este sector laboral es el que se encuentra expuesto en mayor medida a los sujetos enfermos y a sus familias, por lo tanto, esta cercanía espaciotemporal genera vínculos emocionales que pueden darse de forma inadecuada, generando el aumento de los niveles de ansiedad y estrés. Las conclusiones arrojadas dieron cuenta de que los profesionales de la salud evidenciaban elevados niveles de ansiedad ante a muerte vinculado a su área laboral. A su vez los autores lograron dar cuenta de que factores externos como lo son el rango etario, la antigüedad laboral tanto en la profesión como en el sector de cuidados intensivos, el estado civil, los niveles de estrés, la formación académica en la profesión, o la sensación de encontrarse poco capacitados para las tareas, no influyen ni se relacionan con los niveles de ansiedad ante el fallecimiento.

Posteriormente, Barr (2018) realizó una investigación sobre los rasgos de personalidad, los efectos positivos y negativos del estado y la calidad de vida profesional en 140 enfermeras neonatales, el estudio logro afirmar que la existencia de elevados rasgos de amabilidad optimiza la calidad de vida de las enfermeras. Así mismo resalta que las profesionales son proclives al elevado neuroticismo, baja amabilidad y extraversión. El resultado de la investigación confirma la importancia de disminuir el estrés laboral y garantizar la accesibilidad a herramientas y servicios psicológicos, pero no lo deja solo en manos del servicio de salud, sino que a su vez da cuenta de la importancia de la perspectiva personal sobre el asunto, ya que los rasgos de personalidad atraviesan por completo al agotamiento, el estrés y a la satisfacción de la compasión.

Por otra parte, y de forma más generalizada, Muñoz Zambrano, Rumie Díaz, Torres Gómez y Villarroel Julio (2020) indagaron sobre el impacto en la salud mental de los enfermeros que otorgan cuidados en situaciones estresantes en una muestra de 70 Enfermeras(os) que trabajan en Unidades de Paciente Crítico y Oncológico en la ciudad de Antofagasta, Chile. Los resultados concluyeron que un 48.5% de los profesionales padecen estrés a causa de

ejercer sus labores diarias en situaciones estresantes, lo que genera gran impacto en el bienestar psicológico, perturbando primordialmente los aspectos psicológicos, social y por último el área fisiológica.

De esta forma en el último año y dando lugar al contexto Covid 19, Huarcaya (2020) realizó una investigación sobre consideraciones con relación a la salud mental en la pandemia en Perú. La información científica se incrementa constantemente pero no abarca los aspectos básicos de la salud mental tanto de la población general como del personal sanitario; a partir de una revisión teórica la autora arribo a que la población general evidencia ciertos niveles particulares de ansiedad, depresión y reacción al estrés. Además, en los profesionales de salud se han hallado complicaciones de salud mental, particularmente en las mujeres, el personal de enfermería y aquellos que tratan directamente con casos de COVID-19.

De la misma manera Becerra Canales y Becerra Huamán (2020) indagaron sobre la Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos, durante la pandemia de la COVID-19 teniendo como objetivo Identificar la existencia de correlaciones entre los niveles del constructo con factores sociodemográficos, sanitarios y religiosos. En el contexto mencionado, los niveles de ansiedad hallados se categorizan como elevados, siendo particularmente más altos en las mujeres, viudos y docentes; los autores concluyeron que a partir de los elevados niveles de ansiedad son necesarios dispositivos multidisciplinarios focalizados en aplacar las sensaciones ansiógenas ante la crisis sanitaria.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Personalidad

La variable Personalidad presenta su base etimológica en la palabra latina “persona”, que hace referencia a las máscaras que manipulaban los actores en las escenas teatrales de la Grecia clásica; en ese entonces, cada máscara se relacionaba con una forma de carácter particular, de forma tal que un tercero pudiera dar cuenta desde el inicio el rol que cada personaje encarnaría (McCrae & Costa, 2012).

La misma se ha construido dando como frutos diversas nociones debido a que el análisis de esta variable establece uno de los primordiales espacios de estudio en psicología, (Simkin, Etchezahar y Ungaretti 2012) aún no se ha encontrado un esclarecimiento del concepto en común, sino que, en vez de unificarse las definiciones planteadas hasta el momento, es posible encontrar una extensa variedad de definiciones (Librán, 2015). Actualmente una concepción de la personalidad no podrá ser exclusivamente neurofisiológica, orgánica, afectiva o cognitiva, por el contrario, comprometerá la totalidad de esos factores (Font, 2002).

Con relación a lo antedicho Leal, Vidales y Vidales (1997), han determinado la Personalidad a partir tres perspectivas distintas, en primer lugar, como la estructuración integral de las tendencias reactivas, condiciones físicas y modelos de hábitos que definen la capacidad social del sujeto; Así también la definen como el método holístico de formas y predisposiciones conductuales recurrentes en el sujeto, que concuerdan con los factores ambientales asociados. Es decir, la reacción usual que el individuo efectúa adaptando sus impulsos con relación a las cuestiones del ambiente. Las significaciones psicológicas refieren a características de cada sujeto en específico que se clasifican en tres grupos, en primer lugar el grupo de las características personales, como la estructuración del sujeto en sus diversas etapas del desarrollo; la personalidad es conceptualizada en base a propiedades singulares que pueden ser totalmente diferentes en comparación con otro sujeto en el mismo contexto (Leal, Vidales y Vidales 1997) y por último los biólogos y los conductistas los cuales toman el término en relación a factores de ajuste, ya que

es un evento de la evolución que da lugar a una suerte de supervivencia o de ajuste al ambiente basadas en las características individuales de cada sujeto.

Continuando con la perspectiva biologicista, los infantes cuentan con una variedad de funciones y estructuras que no han llegado a su correcta madurez, lo cual no da la posibilidad de que se logre reconocer un origen concreto de la Personalidad, y por este motivo, es posible hablar de Personalidad a partir de los tres años, ya que es viable dilucidar ciertas capacidades, intereses, actitudes, comportamientos y enfrentamiento de situaciones problemáticas que favorece el bienestar y la adaptación en el entorno (Costa & McCrae, 1997; Rodríguez de Díaz y Díaz-Guerrero (1997). Asimismo, cuando se habla de personalidad se hace referencia a un conjunto de características tanto internas como externas que permiten distinguir a un individuo de cualquier otro, por tanto, se concebiría a la misma como la relación entre factores externos y visibles a los ojos de otros. (Librán, 2015).

En este sentido Allport (1937) y John (1990), conceptualizan la personalidad como el orden dinámico que establece la forma de comportamiento, pensamiento y adaptación al entorno (Simkin, Etchezahar y Ungaretti, 2012). Por otra parte, Warren (1984) en su diccionario de Psicología, delimita el concepto de Personalidad como una ordenación compuesta por la totalidad de las particularidades cognoscitivas, afectivas, volitivas y biológicas de un sujeto, tal como éstas se exteriorizan y lo distan de otros o como aquellos rasgos más significativos de un sujeto para establecer sus acuerdos sociales. De esta manera, en los inicios de la evolución humana y más específicamente en las necesidades de adaptación, generaron el progreso de los instintos básicos - huida, defensa y reproducción-. De esta forma el vínculo de los tres instintos mencionados anteriormente, son los que conforman tres formas de temperamento que es posible simbolizar mediante tres dimensiones: Ansiedad, Hostilidad y Extraversión. Cada una de estas dimensiones o temperamentos están vinculadas con el progreso de habilidades cognitivas propias (Lluís, 2002).

Según Pervin (1984) se podría asegurar que todos los individuos poseen características equivalentes en ciertas formas, los especialistas de la variable se atañen fundamentalmente por los modos en que los sujetos se diferencian unos de otros, por lo tanto, las interpretaciones no son precisamente acertadas o

erróneas, sino que son más o menos apropiadas en pos de a la necesidad de valoración de la Personalidad.

El autor describe siete teorías de la personalidad:

- La Teoría Psicodinámica o psicoanalítica que pone su foco en la interpretación del comportamiento, el cual es considerado como el fruto de las relaciones, diferencias y compromisos que se presentan entre las razones, impulsos, necesidades y conflictos.
- Teoría cognitiva o personal de constructos de Kelly que se enfoca en como el sujeto diviso, interpreta y conceptualiza el entorno y los sucesos que trascienden en él; entiende al sujeto como un profesional que despliega una hipótesis o método de constructos para después poder predecir acontecimientos.
- La teoría fenomenológica de Rogers funda sus bases en el ambiente fenomenológico de las personas, es decir, como las personas se distinguen y perciben a sí mismas y al mundo.
- La teoría del Aprendizaje Social de Bandura y Mishel pone su foco en las situaciones que afectan e interceden en la obtención, práctica y sostenimiento de un comportamiento, haciendo hincapié especialmente en el aprendizaje de este.
- Las aproximaciones conductuales, teoría que tiene en cuenta al comportamiento como aprendido y como objetivo al reconocer y modificar los factores externos que atraviesan al mismo.
- La teoría del procesamiento de la información, la cual realiza una comparación entre el modo de funcionamiento de los ordenadores informáticos y la conducta de los sujetos debido a la recepción, selección, codificación, percepción, almacenamiento, recuerdo, interpretación y recuperación la información.
- La teoría de los rasgos, con sus tres inclinaciones: Allport, Eysenck y R.B. Cattell, donde el fin es reconocer las dimensiones elementales de la conducta e instituir como mecanismo conceptual el rasgo, el cual es pensado como una fuerte predisposición a actuar de cierta forma.

La personalidad es expuesta como la forma de organización interna no estable de los aspectos biológicos y psíquicos del sujeto que determinan su forma de actuar y cogniciones características, certificando que la Personalidad

se caracteriza por estar sometida a continuos cambios y desarrollos organizados. La totalidad de factores que la componen rigen los aspectos conductuales y cognitivos, y son sus manifestaciones las que establecen la particularidad de todo individuo. Continuando con esta idea, el autor afirma que la Personalidad se construye en función del desarrollo del sujeto en base a las particularidades ambientales, biológicas y sociales que exponen, modulan y conservan su actuar (Allport, 1974).

Allport (1937) concreta los rasgos de Personalidad como tendencias a responder, de forma igual o equivalente, ante distintos tipos de estímulos, como formas congruentes y perdurables de accionar ante el ambiente. El autor (1974) caracteriza a los rasgos a partir de ciertos puntos

1. No son construcciones teóricas o nombres planteados para exponer el comportamiento, sino que tienen existencia real.

2. Generan la conducta y no brotan sólo a partir de factores ambientales, nos invitan indagar los estímulos adecuados e interactúan con el entorno para establecer un comportamiento.

3. Pueden exponerse de forma empírica, al poder analizar el comportamiento de forma longitudinal, es posible estimar su existencia en la relación de las contestaciones de un sujeto a estímulos iguales o semejantes.

4. Están vinculados entre sí, pudiendo vincularse a pesar de que se exterioricen mediante características diferentes.

5. Se alteran de acuerdo con la situación, un mismo sujeto es capaz de evidenciar rasgos opuestos en situaciones distintas.

Por otro lado, Eysenck y Cattell, proponen que es de suma importancia hallar una forma de análisis que dé lugar a una organización de la realidad. La unidad planteada es el rasgo, definido como un modelo de covariación de respuestas; por lo tanto y con el fin de definir los rasgos, se puso en práctica el análisis factorial, el cual permite dilucidar los distintos factores de Personalidad (Pelechano, 1993).

La teoría de Eysenck (1970) se centra en la división de la Personalidad en proporciones disímiles entre ellas, por un lado el Neuroticismo, el cual se encuentra vinculado con una cantidad elevada de preocupaciones, inestabilidad emocional, y la presencia de sentimientos vinculados a la tensión y ansiedad; y

por otro lado la Extraversión, la cual es definida por características tales como la habilidad para constituir vínculos sociales e interpersonales, facilidad de expresión en el sentido social del término, conflictos en la evocación y memoria de sucesos pasados como en el aprendizaje de nuevos conceptos. Ambas son consideradas por Eysenck como sujetas a un gran contenido orgánico.

El autor antes mencionado afirma que los componentes de la personalidad, en sentido de dimensiones son pocos, amplios y con un gran componente biológico, sumado a esto agrega que el rol del entorno no es significativo, por tanto, los acontecimientos de la vida resultan en función de la personalidad de cada sujeto, es decir que los sucesos de la vida de cada persona dependen de la Personalidad de cada uno. En última instancia define el modelo PEN con tres factores, Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo para puntualizar las dimensiones primordiales de la Personalidad (Pelechano, 1993).

Por otro lado, Cattell (1993) propone la presencia de vastos rasgos o factores que son adecuados para explicar la Personalidad, además del análisis factorial utilizó otras técnicas variadas; en un primer lugar para delimitar la variable comenzó a registrar los componentes base que la conforman y luego recién poder analizar los vínculos entre ellos, para lograr este cometido redujo a 171 las manifestaciones lingüísticas que hacen referencia a rasgos de Personalidad, basándose en los 4500 términos registrados por Allport y Odbert con el objetivo de examinar a los sujetos (Pelechano, 1993).

El autor afirma que los factores de Personalidad se evalúan en el modo característico de cognición, la percepción, el temperamento, y la conducta de una persona con relación a un rango de tiempo importante y ante un vasto espectro de ambientes diversos; estos rasgos de Personalidad se muestran en un conjunto de particularidades, modos, reacciones sociales y emocionales, así como también en costumbres. Posteriormente a ser aislados los factores básicos. Es así como asegura que el vínculo entre los mismos se da de forma aditiva y directa, por lo tanto, los compuestos de la Personalidad tendrían que vincularse de igual manera que las fórmulas manipuladas en la producción científica de pronósticos. Dicho de otra manera, las dimensiones, serían el efecto de un modelo caracterizado por la integración, asimilación, modificación y estructuración de diversas y variadas informaciones. Según lo mencionado, todo rasgo presenta su propia base y evolución, partiendo de una fina conjunción

entre una predisposición de herencia y un aprendizaje a partir de la propia experiencia (Pelechano, 1993).

A partir de lo señalado, Cattell (1989) y Pervin (1984) coinciden en que la Personalidad se conforma por regularidades en la actividad de un sujeto, así también como regularidades que son equivalentes entre sujetos; y a su vez atributos que lo hacen único, distinguiéndolo de otros.

La Personalidad por tanto abarca:

- Afectos (emociones)
- Cogniciones (procesos de pensamiento)
- Conductas abiertas

En otras palabras, esta variable concierne a las más elevadas relaciones dadas entre los aspectos cognitivos, conductuales y afectivos de los individuos, los cuales no se encuentran accionando en la nada, sino que se encuentran atravesados por circunstancias y realidades. Entonces los procesos mencionados se ven activados ante estímulos externos provenientes del entorno circundante y otros a partir del sujeto mismo (Pelechano, 1993). No obstante, los rasgos pueden definir la Personalidad y así mismo exponer y anticipar el comportamiento de los individuos, por lo tanto, se puede afirmar que el comportamiento del sujeto y la Personalidad pueden ser categorizados de forma ordenada, destacando la fusión entre la conducta y el rasgo de la Personalidad (López, 2011).

McCrae & Costa (1980) postulan el Modelo de los Cinco Factores (en adelante FFM), a partir del cual es posible identificar empíricamente cinco factores de la personalidad: neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Sin embargo, el modelo no es suficiente para la comprensión del fenómeno de la personalidad en su conjunto, lo que motivó a McCrae & Costa (1996) a desarrollar la Teoría de los Cinco Factores (en adelante FFT). Dicha teoría permite explicar el funcionamiento de la personalidad como un sistema en el cual estos cinco factores o tendencias básicas interactúan con influencias externas y factores biológicos en la formación y mantenimiento de características adaptativas como lo pueden ser actitudes, valores o conceptos. Debido al aumento de la investigación factorial del léxico clásico en la década de 1980, ha surgido el "Modelo de los Cinco Grandes". Este es el modelo más relevante en la investigación de la personalidad siendo

particularmente importante en los modelos de rasgos (McCrae & John, 1992). Costa & McCrae (1992) definieron la personalidad como la formación dinámica de los aspectos psicofísicos, configurando las características de la cognición y conductas de los individuos. En relación con lo anterior, creen que en esta definición debe haber impacto ambiental, de la biografía objetiva y del autoconcepto, lo cual apunta a definir la personalidad, no a descubrir la razón de esta.

McCrae & Costa (1992) presentaron un modelo detallado comparable al de Eysenck o Cattell, que expresa la base de los rasgos y analiza los vínculos; este es un modelo basado en las ideas de que la personalidad es la forma de distinguir a las personas de los demás en términos de estilos de individualidad, motivación, experiencias interpersonales y experiencias emocionales. Estos estilos se resumen en las cinco dimensiones universales principales de la personalidad, tales como Neuroticismo, Extraversión, Apertura a la experiencia, Agradabilidad y Responsabilidad (correspondiente a las siglas N, E, O, A y C en inglés) (Costa, 1992). Los factores mencionados se ven vinculados con el ambiente y la cultura para producir características adaptativas, es decir, una compilación de creencias, actitudes y valores individuales, como así también su autoestima y autoconcepto (Cassaretto, 2009).

Se presentan componentes nucleares y lindantes dentro del Modelo de los Cinco Grandes, los primordiales inputs de este modelo son los cimientos biológicos y las influencias externas. La salida está compuesta por las experiencias de vida del individuo, tales como pensamientos, conductas y cuestiones afectivas a lo largo del ciclo vital; a su vez se compone por tendencias básicas que viran hacia las capacidades innatas o disposicionales que se conforman a partir de la experiencia y son moldeables por una patología o a partir de un proceso terapéutico (Simkin y Azzollini, 2015). En otras palabras, teniendo en cuenta las definiciones brindadas por Allport, se describe a la personalidad como fundada en una organización dinámica, que constituye el flujo de experiencia, las capacidades básicas del individuo, la forma de pensar la conducta, la influencia del entorno, la biografía objetiva o los eventos importantes del ciclo vital, y finalmente el autoconcepto y el significado que este sujeto le da a sí mismo.

Las dimensiones se caracterizan de la siguiente manera:

- Neuroticismo (N)

Se lo puede sintetizar como el afecto negativo que subyace a las situaciones habituales de fastidio o malestar emocional, lo que abarca tendencias a sentir depresión, ira, ansiedad, culpa, vergüenza, y frustración. Por lo tanto, los individuos que presentan elevados puntajes de N, son propicios a desplegar ideas irracionales y problemas de afrontamiento en circunstancias de gran estrés. Por el contrario, aquellos sujetos que puntúan bajo en N se observan tranquilas, logrando mantener el control en circunstancias que les resultan dificultosas. Este modelo inicia con este rasgo, con el cual se ha logrado mayor acuerdo con relación a su definición sumada a que es el rasgo más implementado en el área clínica (Costa, Terracciano & McCrae, 2001).

- Extraversión (E)

Los sujetos que presentan elevados puntajes en esta dimensión son sociables, amigables, con comportamientos asertivos, comunicativos y activos, son sujetos a los cuales les agrada la recreación, poseen mucha energía y son positivos, buscan vincularse con otros sujetos, ya que buscan la estimulación y la interacción con terceros. Por el contrario, los sujetos introvertidos se muestran calmos, reservados socialmente, tímidos, y hasta aislados en contextos desconocidos (McCrae & Costa, 1987).

- Apertura a la Experiencia (O)

A través de este rasgo el estilo cognitivo de las personas se define, diferenciando los sujetos que presentan una gran imaginación, con intereses vinculados al arte, la cultura, y la creatividad. De esta forma, los sujetos con un modo cognitivo más flexible poseen más conciencia de sus cuestiones afectivas y se encuentran predispuestos a circunstancias novedosas. Por el contrario, los sujetos con bajas puntuaciones poseen, a grandes rasgos, una baja curiosidad

intelectual, inclinándose hacia lo ya conocido causado por una gran resistencia hacia el cambio (McCrae & Costa, 1996).

- Agradabilidad (A)

Esta dimensión deja entrever la predisposición interpersonal, sociable y servicial. Los sujetos que presentan un elevado puntaje evaden la hostilidad y se ven a sí mismo como generosos, confiados y solidarios; en cambio los sujetos que presentan bajos puntajes entablan vínculos hostiles, son desconfiados, poco sensibles y cooperativos (McCrae & Costa, 1987).

- Responsabilidad (C)

Este rasgo se caracteriza por establecer la forma en que los sujetos tienen la posibilidad de manejar, regular y direccionar sus impulsos. Ciertas situaciones conllevan una toma de decisiones inmediata para poder accionar y dar una respuesta óptima, pero otros impulsos pueden causar respuestas inapropiadas y causar daños. Los comportamientos impulsivos atraen respuestas instantáneas, pero suelen vincularse a consecuencias negativas a largo plazo, Los individuos con puntuaciones altas de este rasgo pueden ser percibidos por los otros como perfeccionistas, confiables, o inteligentes (McCrae & Costa, 1996).

3.2 Ansiedad ante la muerte

3.2.1 Ansiedad

Partiendo desde una perspectiva general la etimología del término ansiedad surge del latín, *anxietas*, el cual refiere a preocupación. El término surge de la base indoeuropea *angh* de la que se derivan dos términos principales, el término *anxietas* y la palabra *ango* de la cual posteriormente deriva la palabra angustia. En ambos casos, como asegura Pichot (1999), se utilizaban de forma indefinida para conceptualizar diferentes significados, toda la historia de los constructos se verá atravesada hasta la actualidad, a causa de la imprecisión de los conceptos y significados (Sarudiansky 2013).

El concepto de ansiedad es definido por Cano Vindel, Fernández y Spielberg (2012), como una respuesta emocional desagradable generada por estímulos ambientales, que representa una amenaza para el individuo y, por lo tanto, produce cambios fisiológicos y de comportamiento en el sujeto. Por lo tanto, esta respuesta emocional puede expresarse cognitivamente, así como a niveles físicos y motores.

El constructo es considerado un dispositivo adaptativo natural, su existencia nos da lugar a tener actitudes más preparadas ante eventos peligrosos o delicados. En situaciones particularmente peligrosas, un cierto nivel de ansiedad puede proporcionar medidas preventivas adecuadas; la ansiedad moderada consigue mantenernos enfocados y enfrentar desafíos próximos. A pesar de ello, cuando la ansiedad surge en una situación inapropiada, es aguda y persistente, pudiendo obstruir el accionar normal de los sujetos, es pertinente hablar sobre un trastorno (Riveros, Hernández y Rivera, 2007).

Continuando con lo antedicho la variable no es propia de una situación específica, sino que puede surgir en lugares familiares para el sujeto, eventos sociales, deportivos o profesionales. Debe tenerse en consideración la presencia de fuentes externas de presión y estrés que intervienen y hasta pueden empeorar la situación (Virues, 2005). A su vez, el término ansiedad se caracteriza por ser multidimensional; para su operacionalización se requiere la apreciación de cuatro medios de respuesta: cognitivo, biológica, comportamental y afectivo (Clark & Beck, 2012). La dimensión biológica refiere a un sistema defensivo instintivo que dispone al sujeto para afrontarse a eventos hostiles. La dimensión cognitiva incluye el procesamiento cognitivo que estudia y valora la información apreciable en pos de las circunstancias, las técnicas y las consecuencias previstas. Por otro lado, la dimensión del comportamiento manifiesta las respuestas conductuales puestas en juego para advertir, manejar, lidiar o evadir del agente adverso. Por último, la dimensión afectiva describe a la incomodidad subjetiva que se desencadena de la misma situación ansiogena (Clark & Beck, 2012).

Continuando con las ideas de Sarudiansky (2013), al constructo en la actualidad se lo suele vincular estrechamente al miedo, teniendo en cuenta a este como una experiencia particular de los individuos, a partir de la cual se despliegan efectos, tanto conductuales, biológicos, afectivos, psicológicos,

cognitivas o espirituales. Cuando definimos al miedo se hace alusión a una emoción o una reacción psicológica, conductual o fisiológica, a partir de un estímulo que puede resultar hostil (Cannon, 1927).

El Constructo es definido en el Diccionario de la Lengua Española (DLE) como “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”; y en el área de la salud precisamente, como “la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos” (DLE, 2017). El mismo comprende un curso de fastidio psicológico y biológico determinado especialmente por una impresión desagradable de malestar, preocupación, inseguridad o desasosiego de cara a un factor percibido como una amenaza imperiosa y de causa dudosa (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

Un aspecto funcional de la ansiedad se tiene en cuenta como un sistema defensor de alerta ante factores hostiles que atentan ante la integridad de un sujeto. El constructo caracterizado dentro de la norma suele tener lugar en relación con diferentes factores estresantes que abarcan un peligro real, por lo tanto, se posiciona sobre inquietudes actuales o próximas y se desvanece cuando las mismas son solucionadas. A pesar de esto, la ansiedad presenta cierto contenido patológico, el cual se caracteriza porque la amenaza que la desencadena se basa en una apreciación irreal o distorsionada (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Por otro lado, Taylor y Gorman (1992), aseveran que cuando este tipo de ansiedad es muy grave y aguda cabe la posibilidad de que se transforme en pánico, pudiendo suspender funciones primordiales del sujeto, paralizándolo ante esta sensación. Por ende, los autores afirman que la angustia, la ansiedad, el miedo, y hasta la fobia o el pánico, son conceptos que se suelen manipular equitativamente y sin mayores diferencias, por lo que plantear una distinción entre los mismos es muy complicado. El vocablo miedo proviene del latín *metus*, conceptualizado por el DLE como la “angustia por un riesgo o daño real o imaginario; recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea” (DLE, 2017).

En el área de la salud, la fobia se conceptualiza como un temor acusado y continuo que es descomunal o absurdo, liberado por la representación o

adelanto de un objeto o circunstancia particular; este genera una respuesta automática de ansiedad, un comportamiento de evitación y una interrupción en la vida diaria (Marangoni, 2009). Con lo que se reafirma que no existen marcadas distinciones entre la angustia y la ansiedad, llegándose a usar en ambos casos como sinónimos y como reflejo o evidencia del miedo; y que este último se cuenta como una forma de expresión desmesurada, a la que caracterizamos como fobia, cuando la amenaza se percibe como exagerada por el sujeto que lo vivencia (Fernández Donaire 2019).

3.2.2 El proceso de morir

La muerte es similar a la concepción de la vida, ambos son fenómenos naturales y son esenciales de la vida humana; los dos comparten aspectos afines a lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural, agregando que la situación de encontrarse cerca de una u otra de estas experiencias produce tanto actitudes como emociones de diversa índole. Tanto la muerte como el nacimiento son fenómenos de índole natural que no pueden quedar por fuera de la vida humana, ambos abarcan aspectos biológicos, sociales y culturales sujetos a factores psicológicos, afectivos y espirituales. Desde una percepción longitudinal, los dos eventos son culmines en el ciclo vital, pero se destaca que las respuestas socioemocionales que generan cada uno en particular son muy distintas (Edo-Gual, Monforte-Royo, y Tomás-sábado, 2015).

Este proceso es comúnmente vinculado a la tristeza, el malestar, la falta y en mayor medida con la finalización del ciclo vital, ya que se vincula con la separación, la pérdida y el sufrimiento ante los mismos. Es en base a estos motivos que la muerte es un evento que culturalmente tiende a ocultarse, lo cual refiere a un proceso rápido y sin conciencia de esta (Limonero, 1997).

Continuando con la idea, Grau Abalo et al., (2008) afirman que el fallecimiento no se caracteriza por la espontaneidad, sino más bien por ser un auténtico proceso biológico, psicosocial y cultural que se encuentra actualmente bajo una disposición de lo oculto, bajo la evasión en los aspectos referentes a la cuestión del fallecimiento a través de una reprensión social rigurosa, que puede llegar a incluir cierto artificio para con el moribundo, posicionándolo en el lugar de una entidad aislada, cargada de desesperación y con escasos cuidados.

Todos los sujetos son de naturaleza mortal, podemos morir repentinamente debido a un ataque cardíaco, accidente o causas violentas, o no, pero debemos estar confiados de que vamos a morir, muchas personas mueren al culminar un período doloroso de alguna enfermedad crónica, lo que conduce a la degradación de las funciones totales del sistema.

Dentro del sistema de salud, el manejo de la muerte es muy complejo, especialmente en la atención de pacientes con patologías degenerativas crónicas, y en donde el fallecimiento de los sujetos forma parte del proceso de atención diaria. El cuidado de estos pacientes no solo requiere que la muerte se considere como un proceso biológico, sino también como un proceso multidimensional, en el que se debe considerar la atención psicosocial, económica y cultural (Ascencio Huertas, et al., 2014). Manteniendo la misma línea Díaz Tobajas et al., (2017) asegura que, en los últimos tiempos, el fallecimiento ya no se considera un fenómeno natural indispensable, y se considera a la muerte, tanto a nivel de salud y social como un fracaso, lo que ha desencadenado sentimientos de incapacidad ante no conseguir evadir la situación.

Por otro lado, Maglio, Wierzba, Belli, y Somers (2016) plantean que más allá del aspecto biológico o fisiológico, la conceptualización del concepto de muerte se genera a partir de las vivencias y experiencias colectivas que tiñen con factores tanto culturales, sociales y psicoemocionales al significado que se le da a la misma.

Las cogniciones y la conciencia del propio fallecimiento son aspectos particularmente humanos, y generan en la totalidad de los individuos significativas reacciones de miedo y ansiedad estableciendo la ansiedad ante la muerte como causa esencial de toda ansiedad humana (Limonero 1996). Frente al dolor de la muerte y la pregunta sobre lo que sucede después de la misma se debe al hecho de que es inaceptable que la pérdida de un ser amado e incluso la pérdida propia, sea irreversible, porque es una pérdida para siempre, única, porque los genes de todos son exclusivos e insustituibles (Ayuso, 2018).

A pesar de que las investigaciones en el tema sean constantes, en la actualidad continuamos sujetos a un desconocimiento de acuerdo con la influencia que el fallecimiento puede tener en los individuos, particularmente en aquellos que se hallan en el transcurso terminal de vida (Neel, Lo, Rydall, Hales,

& Rodin, 2015). Sumado a esto, los sentimientos de negación como el pacto de silencio entre el círculo primario, y la negación del personal sanitario a perder una vida ante una batalla incesante contra una enfermedad terminal obstruyen la preparación para la misma (Codorniu et al., 2011).

3.2.3 Ansiedad ante la muerte

La ansiedad ante la muerte es un constructo que pertenece a un estado psicofísico que irrumpe ante las demás conductas y a su vez introduce una desorganización significativa en la psiquis humana. La ansiedad ante el fallecimiento podría definirse como una conducta de adaptación para el sujeto que se descubra inmerso en este fenómeno; de todas maneras, estas respuestas van a aparecer con mayor o menor frecuencia en virtud de que se trate del fallecimiento propio o ajeno, pudiendo generar ansiedad tan solo el hecho de imaginar, pensar o hablar de la misma (Carpintero, 2000).

Referirse a la ansiedad y al miedo a la muerte y al propio proceso que conlleva el fallecimiento es de cierta forma referirnos dentro de la psicología clínica, a los sentimientos que se atraviesan en el transcurso contiguo al final del ciclo vital (Kübler-Ross, 2009), previsto mayoritariamente en sujetos longevos o en aquellos que sobrellevan una patología terminal (Bayés, 2006). Es posible a su vez, que algunos individuos que van a un proceso quirúrgico, o a un procedimiento invasivo experimenten la sensación de sentirse amenazados por la muerte y puedan desplegar expresiones de ansiedad hacia la misma (Jones et al., 2015; Tonberg, Harden, McLellan, Chin, & Duncan, 2015). Es así como la aceptación del proceso o del propio fallecimiento no se resigna únicamente al final del ciclo vital adoptando estrategias destinadas a evitar, negar o rechazar la muerte, sino que también se puede extender a las amenazas en otros entornos de salud que se consideran como una amenaza (Borda, Pérez, & Avargues, 2011).

Existen diversas teorías que definen a la ansiedad ante la muerte (Dadfar, Lester, Vahid, Farid, & Birash, 2015)

- Dasein: ser y tiempo: Martin Heidegger en su libro “Ser y tiempo” conceptualiza la idea de la muerte como algo inevitable, pero al mismo tiempo es imposible de determinar, el tiempo juega un papel crucial en el ciclo vital, vinculando al futuro con el concepto de muerte como fin.
- Tanatofobia: Así denominó Freud al miedo a la muerte que afirman la mayor parte de los sujetos. Sin embargo, concluyo que los individuos que manifiestan esta sensación en realidad están tratando de trabajar con problemas infantiles a los que no pueden enfrentarse.
- Teoría de desarrollo psicosocial: Integridad versus Desesperación: Erik Erikson estableció que la ansiedad ante la muerte se desarrollaría luego de situaciones puntuales durante la etapa final de la vida, como la jubilación, una enfermedad o la muerte de personas cercanas.
- Teoría de Ernest Becker: En “La negación de la muerte” el autor asegura que la ansiedad ante la muerte es causante de todos los otros miedos y fobias que los sujetos experimentan en su vida, por lo tanto, los mismos buscan evitar o negar el fallecimiento, para controlar su ansiedad general.
- Teoría de la Separación de Firestone: Afirma que el apego puede reducir el miedo a la muerte de las personas, y cuando este se encuentra amenazado por la separación, las cogniciones de los sujetos sobre la mortalidad aumentan.
- Teoría del Manejo del Terror (TMT): Fue planteada por Jeff Greenberg, Tom Pyszczynski y Sheldon Solomon, los autores afirman que los sujetos pueden implementar ciertas conductas a partir de, por un lado, saber que el ciclo vital tiene fin, y a su vez, no poseer conocimientos sobre su propia muerte, lo cual proviene del afán por controlar o evitar la mortalidad subconsciente.

- Edge Theory: Robert Kastenbaum plantea que la variable presenta una función de supervivencia que esa prendida en el ciclo vital mismo y que se evidencia cuando los individuos se ven en circunstancias que presentan un peligro para sí. El autor afirma también que la variable se intensifica ante situaciones hostiles durante la vida.
- Teoría del Arrepentimiento: Tomer y Eliason afirmaron que los sujetos son capaces de acongojarse a lo largo de su vida con arrepentimientos por fracasos, o por situaciones no vividas antes de enfrentar el fin del ciclo; esta actitud genera ansiedad, la cual puede controlarse a partir de un replanteo de expectativas para la vida propia.
- Meaning Management Theory (MMT): Paul T. P. Wong el hecho de que los sujetos sepan que la vida es finita las hace idóneas para alcanzar el significado sobre quién son, que importa, y cuáles deben ser los objetivos para atravesar una vida alegre
- Significados personales de la muerte: Víctor G. Cicirellia asegura que los individuos pueden contar con significados personales negativos o positivos vinculados con el fallecimiento, de forma unos pueden confortar y otros generar molestias.
- Death and Adjustment Hypotheses (DAH): Mohammad Samir Hossain, afirma que, a pesar de que el fallecimiento es el final inevitable, tomarla como un real fenómeno natural, podría optimizar la predisposición de las personas y minimizar los niveles de ansiedad.

A pesar de que la muerte es un proceso inherente a todos los seres humanos es una idea poco aceptada o más bien rechazada (Tomás-Sábado, 2016). El rechazo a la idea de la muerte en sí misma pueden presentarse desarrollando conductas de evitación ante el tema y sus alrededores, lo cual viene aparejado de síntomas que hacen que las personas sean incapaces de llevar una vida normal, como la ansiedad o miedo, que se puede llegar a

manifestar en un extremo como fobia. A partir de ello, el personal de la salud que se encuentra en contacto con estos casos tiene dentro de su labor el intentar mermar estos síntomas, ayudándoles a enfrentar la preocupación, la angustia, el miedo, la obsesión o la depresión que genera el aguardar de la muerte. Agrupándolas, todas estas emociones conforman el deathdistress o “malestar ante la muerte” (Abdel-Khalek, 2011). Esta variable abarca sentimientos varios, mayoritariamente de carácter negativo y desarrollados a partir de la idea de la muerte propia o ajena, sin embargo, estas emociones, si bien se dan de forma frecuente en los sujetos, son delicadas de concretar, particularmente el miedo y la ansiedad, que se componen por vastos matices o formas clínicas en función de los ámbitos biológicos, psicológicas, espirituales o sociales de cada individuo (Kielholz, 1987). Por consiguiente, el personal debe contar las herramientas necesarias que favorezcan a esclarecer su significado y beneficiar la atención y cuidado específico que solicitan los individuos que se hallan en el escenario concluyente de vida (Fernández Donaire, Romero-Sánchez, Paloma-Castro, Boixader-Estévez, & Porcel-Gálvez, 2019).

Cabe aclarar que la cercanía con el transcurso que acompaña la muerte ajena nos concientiza de nuestra propia mortalidad, provocando diferentes niveles de ansiedad; Tomas Sábado y Llistuella (2001) hacen hincapié en la relevancia de los factores de la personalidad en la determinación de los niveles de ansiedad ante la muerte, en otras palabras, la personalidad base de un individuo estipula las prioridades vitales e instituye la concepción general del significado de la muerte, lo cual se encuentra muy relacionado con la intensidad y la naturaleza de las ansiedades que se incitan ante la visión o cercanía del fallecimiento de un individuo.

Según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA 2001 - 2002) definió la etiqueta diagnóstica de ansiedad ante la muerte, como la aprehensión, intranquilidad o miedo en relación con el fallecimiento o la agonía, probando su inclusión por el interés que obtiene al conjeturar la concreción y adaptación de cuidados en particular encaminados a sujetos que se hallan en proceso de óbito (Tomás-sábado, Fernández-Narváez, Fernández-Donaire y Aradilla-Herrero, 2007).

Continuando con esta perspectiva, Templer (1970) define el constructo como una reacción afectiva desarrollada a partir de la percepción de signos de

peligro o amenazas fehacientes ante la existencia, los cuales pueden provenir mediante estímulos contextuales, situacionales o disposicionales vinculados al fallecimiento, ya sea propio o ajeno (Lopez Castedo y Calle Santos, 2008).

Años después, Tomás-Sábado y Benito (2003) reformularon la postura mencionada, agregando al concepto ciertos estímulos internos del sujeto, como cogniciones o imágenes vinculadas con la muerte, como factores que pueden accionar la ansiedad, ampliando la fuente de factores desencadenantes, los cuales ya no solo serían externos o ambientales, sino que también podrían generarse de forma interna. De esta manera, la ansiedad ante el fallecimiento se configura como un tema trascendental, siendo una de las principales razones por las cuales las personas inspiran el interés de la investigación de una manera más profunda (Krikorian, Limonero & Maté, 2012).

Raja Hernández et al. (2002), afirma que la propia muerte y proceso de morir de cada uno son capaces de evidenciarse adecuadamente cuando los sujetos sufren patologías terminales o cuando se hallan en circunstancias límite, causado en cierta forma, a que las personas son capaces de mantenerse bajo el desconocimiento mientras tengan buena salud. Puntualizando, lo que desarrolla elevados niveles de ansiedad o miedo es el proceso de morir de cada uno y no la muerte en sí misma (Bayés, Limonero, Buendía, Burón, y Enríquez, 1999). Por otro lado, se puede afirmar que el miedo a la muerte y al proceso de morir de otros sujetos puede definirse aún más hostil y amenazante que el que se siente a partir del propio fallecimiento (Espinoza y Sanhueza, 2012). Por su parte, Collett-Lester (1969) establecieron cuatro dimensiones dentro del constructo, (1) el miedo a la propia muerte, (2) el miedo a la muerte de otros, (3) el miedo al proceso de morir propio y (3) el miedo al proceso de morir de otros (Collett-Lester, 1969; Niemeier, 1997).

3.3 Personal de la salud

El aspecto laboral se torna de suma importancia en el desarrollo de la subjetividad y de la identidad social de los sujetos, en ocasiones el mismo puede dar lugar a padecimientos, enfermedades y hasta accidentes que pueden interferir en la salud, el bienestar y la integridad de los trabajadores. El análisis

en cuanto al vínculo del trabajo con la salud, los riesgos, la organización, la salubridad y la sensibilidad del personal es primordial para optimizar las condiciones del área (OPS, 2013).

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) el personal del sanitario es comprendido por todos aquellos sujetos que llevan adelante acciones con el objetivo primordial promover la salud. Los profesionales de los sistemas de salud a nivel mundial se encuentran bajo una gran y complicada escala de fuerzas que suelen desarrollar diversos niveles de depresión e inseguridades. El personal de atención sanitaria debe estar preparado para enfrentar desafíos como el envejecimiento de la población, las enfermedades surgidas recientemente y el aumento de la carga de las enfermedades existentes o el aumento de las problemáticas y la agresión (OMS, 2006). De acuerdo con todos los códigos de ética en salud se destaca que, dentro de su repercusión ante las leyes, los fundamentos de las normativas que regulan el accionar de los profesionales de la salud se encuentran en un conjunto de valores morales que de alguna u otra forma comprenden caracteres de la personalidad de cada profesional (Martínez Martínez, 2001).

Manteniendo la misma línea, González Rey (1996) años anteriores destaca que el afecto al área laboral y a la sociedad, el respeto tanto por el proceso de ciclo vital como para con la integridad de los sujetos, el significado del deber, la responsabilidad, la sinceridad, la benevolencia, el desapego y la dignidad profesional entre otros, son características que deberían ser inherentes a el accionar del personal sanitario. El trabajo de campo sanitario posiciona a los profesionales en lugares que abarcan un estrecho vínculo con el dolor, la inseguridad, la inquietud, el fallecimiento y paralelamente con la salud, la vida y la cura; esta dualidad y las exigencias de la misma área de trabajo comprenden un riesgo profesional, en algunos casos por factores personales, organizacionales, institucionales o macroestructurales causando la pérdida de la cotidianeidad profesional y den pie a una transformación de estresores activos, propiciando la vulnerabilidad en los trabajadores del ámbito (Zaldua, Lodieu y Koloditzky, 2000).

Ejercer la profesión en el ámbito de la salud abarca, entre otras cosas el involucrarse en un orden organizacional con elevados niveles de autonomía en los fundamentos, así también como en procesos laborales que abarcan los 365 días

del año y que de acuerdo a los factores que incumbe, como la vida, el fallecimiento y el padecimiento abarca la totalidad del proyecto vital de los profesionales, el sentido y el significado del proceso de trabajo, sus ideologías y sus valores correspondientes (Spinelli, 2010). La particularidad del trabajo sanitario también tiene como principal característica que el producto no puede separarse de los trabajadores que lo ejecutan porque se realiza durante el proceso de prestación del servicio (Sala, Luppi, Simões y Marsiglia, 2011), en contraposición de lo que ocurre en el trabajo manual, en el área de sanidad el acto de producción y de consumo ocurren al mismo tiempo. Así, productores y consumidores son factores activos que despliegan sus representaciones, conocimientos, expectativas y necesidades, en el proceso de trabajo sanitario (Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006).

Novick y Galin (2003), desde finales del siglo pasado, han destacado el deterioro en el empleo y las condiciones de trabajo en el sector de la salud, lo que esto es evidente teniendo en cuenta el incremento del pluriempleo, pero también puede verse en la extensión de las jornadas de trabajo, la flexibilidad de los métodos de empleo, que abarcan contratos finitos, pasantías y trabajos ad honorem; por otro lado también queda de manifiesto en los arreglos laborales de subcontratación y tercerización, procesos que son parte de la política de reforma departamental e ignoran su impacto en la fuerza laboral. Todo ello tiene como consecuencia el incremento de la vulnerabilidad de los profesionales sanitarios, al subordinarse ante las normas de más de un empleador, en el deterioro de su vida personal y la traslación a su desarrollo profesional. Según Asencio Huertas, Allende Pérez y Verastegui Avilés (2014) es clara la urgencia de caracterizar el aspecto afectivo en los trabajadores ya que los mismos intervienen y atraviesan la calidad de la atención sanitaria, particularmente en las experiencias que surgen debido a procesos de fallecimiento y de duelo tanto de pacientes como de familiares.

Autores como Wong, Lee & Mok (2001), Barreto (1994) y Widder & Glawischnig-Goschnik, (2002) señalan que los aspectos emocionales del personal sanitario afectarán inevitablemente en la forma de interacción con los pacientes, en la toma de decisiones, la capacidad de afrontamiento, la capacidad de resolver de conflictos y la forma en que se integran al equipo asistencial (Vitello-Cicciu, 2002 –Centeno, 1999).

Vecino Alegret (1999) afirma que la formación de un profesional de la salud abarca no solo el aprendizaje de habilidades, conocimientos y destrezas sobre el área, sino también es sumamente necesario el desarrollo de factores de personalidad que, al ser claramente a nivel psíquico tiene impacto sobre la conducta del profesional. Continuando con esta perspectiva, la construcción de la personalidad requiere la conjunción de una serie de formas mentales complejas, tales como las necesidades, las motivaciones y las creencias, cuyo punto de partida es la interacción entre la emoción y la cognición, que dentro del proceso de formación se establece en la unión entre lo instructivo y lo educativo (Martínez Martínez, 2001).

Para los pacientes, la información proporcionada por el personal sanitario es fundamental y debe proporcionarse de manera apropiada y fácil de entender para aclarar las preguntas existentes sobre su patología. Los médicos que se consideran correctos en el ámbito de la salud son los que no solo responden a la capacidad profesional para trabajar por sobre una enfermedad, sino que a su vez se preocupan por el paciente y reciben la información proporcionada por este, además de proporcionar a los mismos información comprensible (Rubio Herrero, Cabezas Casado, Aleixandre Rico y Fernández Jiménez, 1998).

Retomando la idea anterior, escuchar al que padece una enfermedad es significarlo como interlocutor apto para la comunicación, dando lugar a una acción de intercambio lingüístico que da cuenta y razón de algo y no sólo posicionarlo en lugar de receptor pasivo, a partir de esto se plantea como fin que los pacientes puedan expresar libremente sus requerimientos e inquietudes. El paciente es todo aquel en que en cierto momento requiera atención física, pero ya sea paciente o profesional sanitario requiere atención comunicativa (Jaramillo Echeverri, Pinilla Zuluaga, Duque Hoyos y González Duque 2004).

En el año 2006 (OMS) se adoptó una perspectiva pragmática, la que gira en torno a abarcar tanto a los profesionales pagos que desarrollan sus labores en instituciones o dispositivos que se encargan exclusivamente de la atención sanitaria y de la misma manera abarcar a todos aquellos trabajadores cuyas actividades individuales persiguen el objetivo de mejorar la salud de las personas pero que trabajan en otro tipo de organizaciones. Por tanto, dentro del sistema de salud, se pueden dilucidar dos grupos de profesionales, el primero que abarca a todos los sujetos que realizan sus labores como dispensadores de servicios

sanitarios y el segundo que abarca sujetos que no directamente trabajan en los mismos, sino que son profesionales con funciones administrativas o auxiliares.

Dentro de los servicios sanitarios, la OMS destaca el sector de salud de todos los demás sectores, el que se compone en primer lugar por los Dispensadores de salud incluyendo el personal profesional, como médicos y enfermeras, el personal asociado, como técnicos de laboratorio, y otros dispensadores a nivel comunitario como practicantes de la medicina. Y en segundo lugar se compone por los trabajadores sanitarios con funciones administrativas o auxiliares compuesto por personal profesional como contadores que trabajan en hospitales, personal asociado como encargados de los servicios de administración, personal auxiliar como empleados administrativos y por último oficiales y operarios como el sector de mantenimiento. Todos los demás sectores de los servicios sanitarios se componen por dispositivos dispensadores de servicios, como un médico que ejerce su profesión en una empresa y todas las demás ocupaciones vinculadas a promover la sanidad de la población (OMS 2006).

3.4 Pandemia COVID-19

3.4.1 Pandemia, Endemia, Epidemia

Según Médicos sin Fronteras (MSF 2020), una pandemia se caracteriza por ser un brote de carácter epidémico que aflige a espacios geográficos muy amplios, es una patología que se extiende en varios países o continentes y que afecta a la gran mayoría de sus habitantes (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2015).

De igual forma una epidemia se define como una patología de fácil contagio que se propaga de forma rápida en una región geográfica particular, perturbando paralelamente a una amplia cantidad de sujetos un rango de tiempo específico, si la propagación de la misma no se controla, es muy probable que colapse el sistema de salud de la región (MSF 2020), una epidemia afecta rápidamente a un segmento demográfico particular y delimitado que en algunos

casos puede presentarse en forma periódica pero constante (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2015).

Por otro lado, una enfermedad endémica, se define como aquella que permanece de una forma constante o episódica en un área en particular (MSF 2020). Se caracteriza por ser un microorganismo propio de la zona o de la población en si el que genera la endemia (Diccionario de Medicina Océano Mosby, 2015).

De la Barrera y Reyes-Terán (2005) afirman la existencia de tres condiciones frecuentes que dan la categorización de pandemia, la incidencia de una nueva cepa de virus, la destreza de del mismo para replicarse en personas generando una patología compleja y por último que el agente patógeno adquiera la capacidad de transmisión eficaz de humano-humano.

El estado saludable y por el contrario el patológico de las poblaciones se vincula con la interacción entre tres aspectos, el ambiente geográfico, social, económico y político, los agentes infecciosos y los seres vivos; cierta inestabilidad que afecte a alguno los aspectos mencionados puede liberar la activación de desconocidos patógenos o el surgimiento de patologías ya olvidadas, y con ello generar peligrosas consecuencias. En los últimos 30 años, se han presentado más de 30 agentes infecciosos emergentes de diferentes causas, que han tenido un gran impacto en la salud humana y animal y han generado cambios destacables en los esquemas de morbilidad y mortalidad a gran escala (Villamil Jiménez, 2013).

Tanto las epidemias como las pandemias virales continúan aumentando a causa de actores como la superpoblación, las nuevas urbes, el continuo cambio climático y el acrecentamiento de los viajes internacionales (Esparza, 2016). El autor destaca que una gran cantidad de las patologías infecciosas nuevas son ocasionadas por virus provenientes de diversas familias virales, que continuamente se desplazan entre humanos de forma silenciosa previa a generar epidemias de grandes magnitudes. La gran mayoría de los recientes patógenos virales de humanos tienen sus orígenes en patógenos de animales y se destaca como una característica principal de estos que una vez que un nuevo agente viral emerge y genera epidemias o pandemias es muy probable que subsista en la población sin desaparecer (Esparza, 2016).

3.4.2 COVID-19

Los coronavirus se definen como un amplio grupo de virus que son capaces de generar padecimientos en animales y en seres humanos, particularmente en estos últimos se debe a que varios de estos patógenos producen infecciones en el área respiratoria de diferentes grados, yendo desde un simple resfriado hasta patologías graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El último coronavirus descubierto se denomina COVID-19 (OMS, 2020).

Los síntomas más frecuentes del virus son la fiebre, la tos seca y el agotamiento. Aproximadamente un 80% de los pacientes confirmados se recuperan de la patología sin necesitar de una internación hospitalario. Cerca de 1 de cada 5 sujetos contagiados termina exhibiendo un cuadro de gravedad experimentando problemas respiratorios. Los sujetos de edades avanzadas y/o que padecen patologías médicas crónicas son los más propensos a contraer el virus y experimentar cuadros de gravedad (OMS, 2020).

La enfermedad se contagia mayoritariamente de persona a persona al hablar, toser o estornudar, por medio de microgotas expulsadas del organismo, un sujeto puede contraer la COVID-19 si inhala las gotículas provenientes de una persona infectada por el patógeno (OMS, 2020).

Tanto este nuevo agente infeccioso como la patología que desencadena eran desconocidos previos a que se presente el primer caso en China, puntualmente en la ciudad de Wuhan, en diciembre de 2019 (OMS, 2020). Luego del primer brote se ha reconocido una vertiginosa transmisión a gran escala llegando a ser internacional en cuestión de pocos meses, generando un incremento exponencial del número de casos y muertes. A finales de enero del corriente año, el Director General de la OMS expuso que el brote de COVID-19 se consideraba una emergencia de salud pública a nivel global fundados en las elevadas tasas de notificación de casos en China y en la gran mayoría de países del mundo (ESPII) de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) (OPS, 2020).

En los inicios de la pandemia del COVID-19, los trabajadores sanitarios de Wuhan afrontaron una gran presión a causa de un elevado riesgo de contagio

y ante el faltante de protección adecuada frente a una potencial contaminación, al confinamiento, al aumento de la demanda laboral, sumado a las pérdidas, al agotamiento por las extensas jornadas de trabajo y el continuo vínculo con pacientes que enuncian emociones negativas (Tang, Comish y Kang, 2020).

Esta circunstancia se vio extrapolada a causa de la elevada tasa de contagios y a la cifra cada vez mayor de casos confirmados y fallecimientos a nivel mundial, las emociones y las cogniciones de carácter negativo se amplían afectando la salud psicológica de las sociedades. A partir de los antecedentes de epidemias y pandemias, se sabe que los pacientes y los profesionales de la salud se encuentran expuestos a entornos de miedo a la muerte y es posible que muestren emociones como tristeza, soledad e irritabilidad (Chan y Huak, 2004 – Choi y Kim 2016).

Incluso el personal a cargo de los recursos humanos del servicio sanitario debe tener en cuenta las consecuencias psicológicas que pueden surgir en la actualidad y ante las situaciones que se deben enfrentar en el día a día. Los profesionales de la salud se encuentran expuestos y por lo tanto pueden evidenciar síntomas depresivos, ansiosos y similares al TEPT, los que no solo influyen en la atención y la toma de decisiones, aspectos esenciales para abordar la pandemia, sino influyen en su propia salud y bienestar (Kang et al., 2020).

La presión a la que se exponen los profesionales abarca el arriesgarse frente a una elevación peligro de contraer el virus del COVID-19, incluye exponerse a una inapropiada protección para impedir el contagio, el experimentar sentimientos de fracaso, padecer discriminación, a enfrentarse al confinamiento, a relacionarse con pacientes que presentan emociones negativas, a la falta del contacto con su círculo primario y a la extenuación biopsicológica. De esta forma, la situación actual sanitaria está interviniendo en la salud de los profesionales, generando dificultades en la salud mental de los mismos, como el estrés, ansiedad, señales depresivas, insomnio, negación, irritación y temor. Estas dificultades en el bienestar psíquico no solo impactan en la calidad de atención que ofrece el trabajador sanitario, su capacidad de juicio clínico o sus destrezas en la toma de decisiones, lo que podría problematizar el enfrentamiento con el virus, sino que a su vez podría influir significativamente en su salud y en su calidad de vida. A partir de lo antedicho se considera de suma importancia el garantizar la protección de la salud mental del personal de salud

para lograr un correcto control de la epidemia y garantizar la salud de cada profesional (Kang et al, 2020).

La OMS (2020), publicó un informe completo sobre cómo enfrentarla pandemia, dentro del cual destaca que los sentimientos vinculados al estrés por parte del personal sanitario son actitudes totalmente adecuadas a la actualidad debido a las dificultades que enfrentan día a día, y resalta la importancia de que cada profesional controle su bienestar psicosocial tanto como su salud física. Es sumamente importante que cada profesional garantice sus necesidades básicas, su descanso durante el trabajo o entre turnos, una alimentación suficiente y saludable, actividad física y el contacto con familiares y amigos, este es de principal importancia para obtener el apoyo social necesario.

Este es un contexto particular y sin precedentes para una gran cantidad de profesionales, especialmente si no se han enfrentado a situaciones afines. De todas maneras, la utilización de estrategias de afrontamiento que ha implementado en el pasado en ocasiones estresantes puede resultar adecuada ya que la forma de enfrentar estas circunstancias no depende del contexto (OMS, 2020).

4. MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

Investigación descriptiva, correlacional y de diferencia de grupos.

4.2 Tipo de diseño

No experimental – transversal.

4.3 Objetivo general

Indagar la relación entre los rasgos de Personalidad y los niveles de Ansiedad ante la muerte en profesionales de la salud.

4.3.1 Objetivos específicos.

- Describir las variables rasgos de Personalidad y Ansiedad ante la muerte en Profesionales de la salud que residen en CABA o en el Conurbano Bonaerense
- Comparar rasgos de Personalidad y Ansiedad ante la muerte en Profesionales de la salud según variables sociodemográficas, sexo, estado civil, hijos, zona de residencia, especialidad, años de trabajo, nivel educativo, área de trabajo, relación con el empleador.
- Analizar la asociación entre los rasgos de Personalidad y Ansiedad ante la muerte en profesionales de la salud.

4.4 Hipótesis

Los sujetos que presentan elevados niveles de Neuroticismo y Responsabilidad presentarían mayor Ansiedad ante su propia muerte y hacia la muerte de otros.

Los sujetos que presentan elevados niveles de Apertura a la experiencia presentarían menores niveles de Ansiedad ante la muerte.

Los sujetos que presenten mayor antigüedad laboral presentarían menores niveles de Ansiedad ante la muerte.

4.5 Muestreo

No probabilístico, por conveniencia o intencional, bola de nieve.

4.6 Muestra

La muestra se obtuvo durante los meses de junio, julio de 2020. La misma estuvo conformada por 162 Profesionales de la salud, 50 hombres y 112 mujeres con una edad media de 41 años (DE= 13,13 Max. = 67 Min. = 18). Se delimitaron como criterios de inclusión y exclusión:

- Que los participantes sean profesionales de la salud.
- Que contesten el 90% de los cuestionarios.
- Que los participantes se encuentren en actividad laboral al momento de responder.
- Que los participantes contesten menos del 90% de los cuestionarios.
- Que los participantes no sean profesionales de la salud.
- Que los participantes no se encuentren trabajando

4.7 Instrumentos de relevamiento de datos

4.7.1 Big Five para Estilos de Personalidad

El Big Five Inventory (John et al., 1991) evalúa las cinco grandes dimensiones de Personalidad (Extraversión, Agradabilidad, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la Experiencia). Está compuesto por 44 ítems tipo Likert de cinco opciones de respuesta, que van desde el total acuerdo hasta el total desacuerdo. Para el presente estudio se utilizará la versión adaptada a contextos de habla hispana por Benet-Martínez y John (1988). Objetivo: caracterizar la muestra en función de las dimensiones de Personalidad que mide el inventario.

4.7.2 Escala de Miedo a la muerte

La prueba creada por Collett-Lester (1969) Escala de Miedo a la Muerte o Fear of Death Scale (FODS) ha sido aplicada y validada al contexto argentino. La Escala BFODS (Collett-Lester, 1969), se desarrolla como una versión minimizada de la construida inicialmente, la cual comprende ocho ítems vinculados en dos dimensiones: miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros, se compone por una forma de respuestas de tipo Likert con cinco puntajes (Quintero y Simkin, 2017). Objetivo: caracterizar la muestra en función de las dimensiones de Ansiedad ante la muerte que evalúa la escala.

4.7.3 Variables sociodemográficas.

Se utilizó un cuestionario estructurado construido *ad hoc* que describió la muestra según edad, sexo, estado civil, hijos, zona de residencia, religión, enfermedades preexistentes, nivel educativo, área y antigüedad laboral.

4.8 Procedimiento

Los participantes respondieron voluntariamente y de forma anónima, un cuestionario autoadministrado que fue entregado de forma electrónica promedio de redes sociales y vías de comunicación digital. Se explicaron los alcances de la investigación y la finalidad de los datos. Se estipularon claramente las consignas, las cuales fueron respondidas sin límites de tiempo. Los datos

recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 21.

4.9 Justificación y relevancia

Se encuentra oportuno trabajar con los constructos personalidad según el modelo de los cinco factores y ansiedad ante la muerte en el ámbito de enfermería, ya que permite la posibilidad de acceder a un panorama más representativo de estos dos espacios laborales. El trabajo forma una fracción esencial del entorno en el que se desarrollan los individuos, y las circunstancias en que el mismo se ejecuta tiene consecuencias sobre la salud de los sujetos. (Nieto, 2000 citado en Maio, 2012). Teniendo en cuenta los matices particulares de cada segmento, y el ambiente laboral que se desarrolla en cada uno, resulta relevante definir tres aspectos de la justificación y relevancia:

4.9.1. Teórica: este estudio cuantitativo espera lograr resultados significativos con el fin de brindar información relevante sobre la estructura del contexto actual, la pandemia global del covid-19, se espera que pueda ampliarse en el futuro el conocimiento sobre estas y a su vez generar un informe que permita establecer una mirada que integre al sistema sanitario y al profesional, dando cuenta la importancia de los trabajadores que cumplen un rol fundamental en el sistema de salud.

4.9.2 Práctica: los resultados del estudio pueden dar lugar a nuevos planteamientos, y a nuevas formas de desempeño laboral; el mismo viabiliza la reelaboración de dispositivos y el llevar a cabo nuevas herramientas e instrumentos que puedan ser empleados por psicólogos, médicos y otros profesionales de la salud para fortalecer y optimizar un ambiente laboral en un entorno tan importante como lo es el ámbito de la salud.

4.3.3 Social: Este aporte puede beneficiar el modo de intervención y relación con este sector de la población, ya que generando un óptimo ambiente laboral de salud se garantiza en cierto modo un óptimo nivel de atención y bienestar ambiental en dichas áreas, ya que los mismos se relacionan de manera

directamente proporcional. Este trabajo podría abrir nuevos cuestionamientos relativos a la importancia de los profesionales en contextos de urgencia sanitaria, dando un rol más importante a factores como la capacitación, la salud mental y el entorno laboral adecuado.

5. RESULTADOS

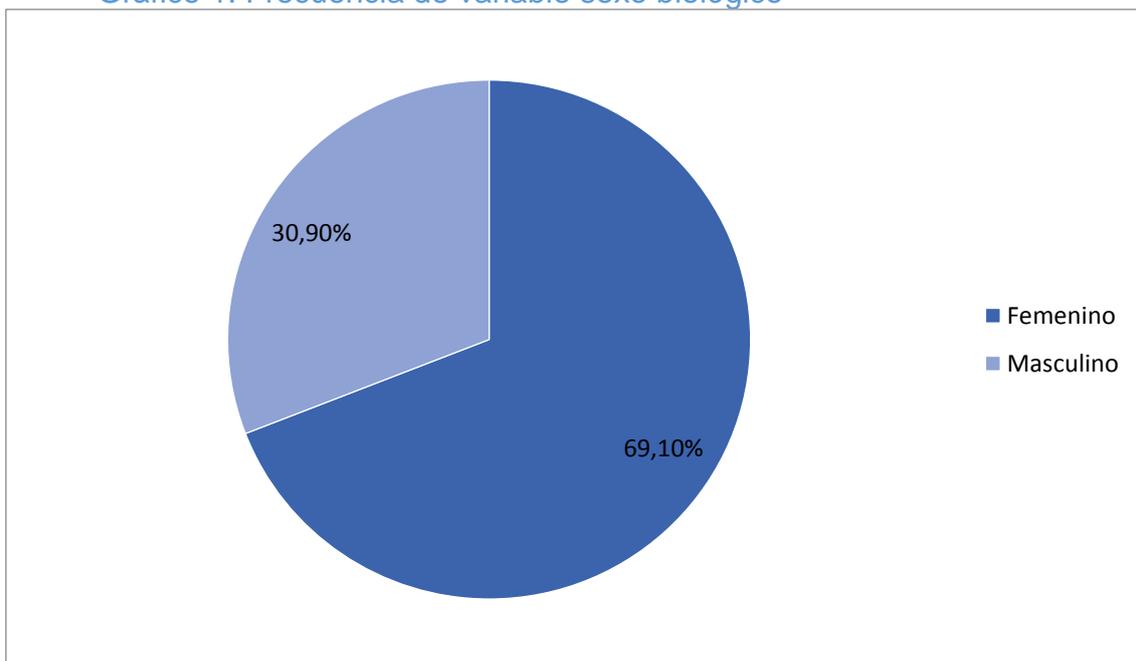
5.1 Caracterización de la muestra

La muestra fue tomada en el mes de Julio del 2020 mediante la utilización de un formulario de Google, el mismo se confeccionó a partir de los instrumentos, se incluyó el consentimiento informado como condición para avanzar.

La cantidad de sujetos participantes corresponde a $N = 162$

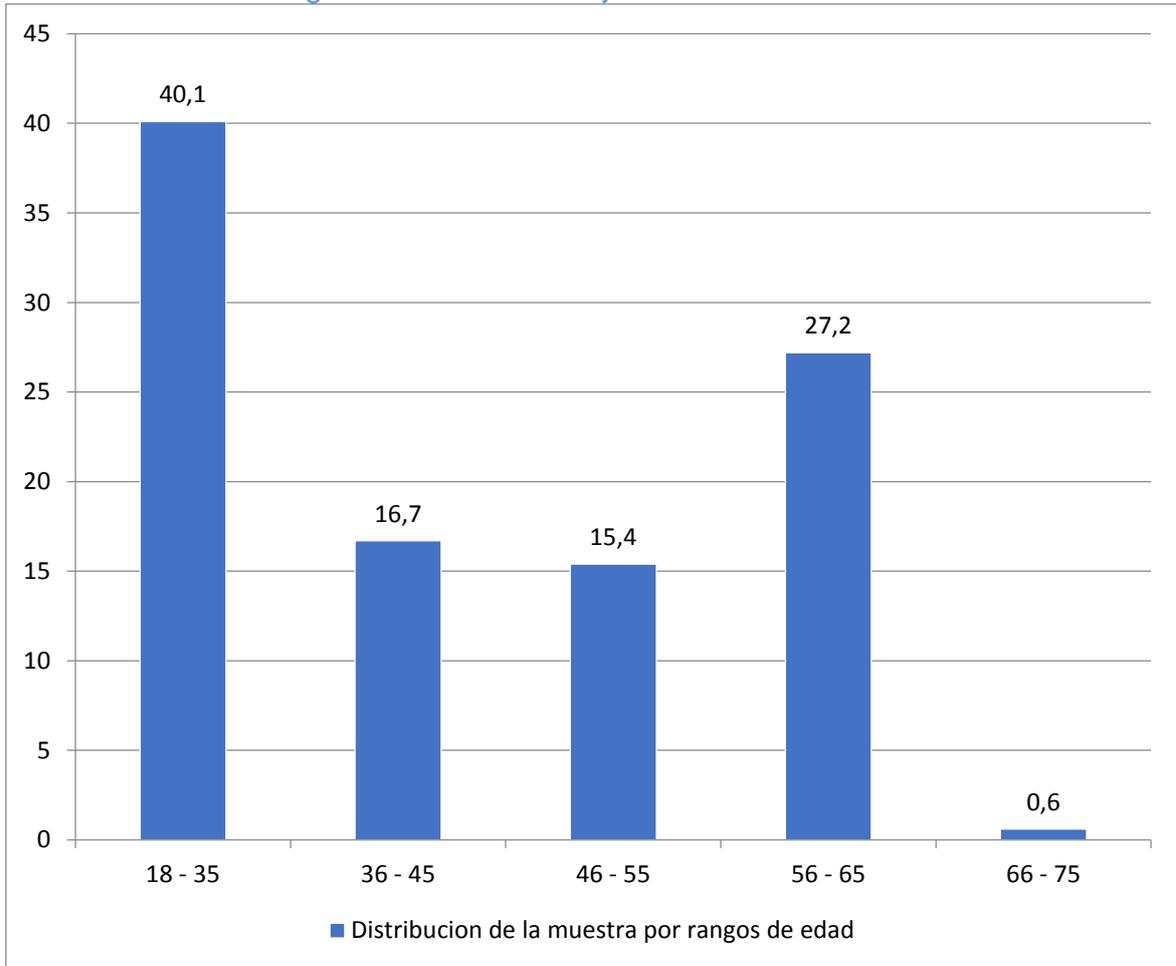
La distribución de la muestra con respecto al sexo biológico resultó en un 69,1% sexo biológico femenino ($N = 112$) y 30,9% sexo biológico masculino ($N = 50$).

Gráfico 1. Frecuencia de variable sexo biológico



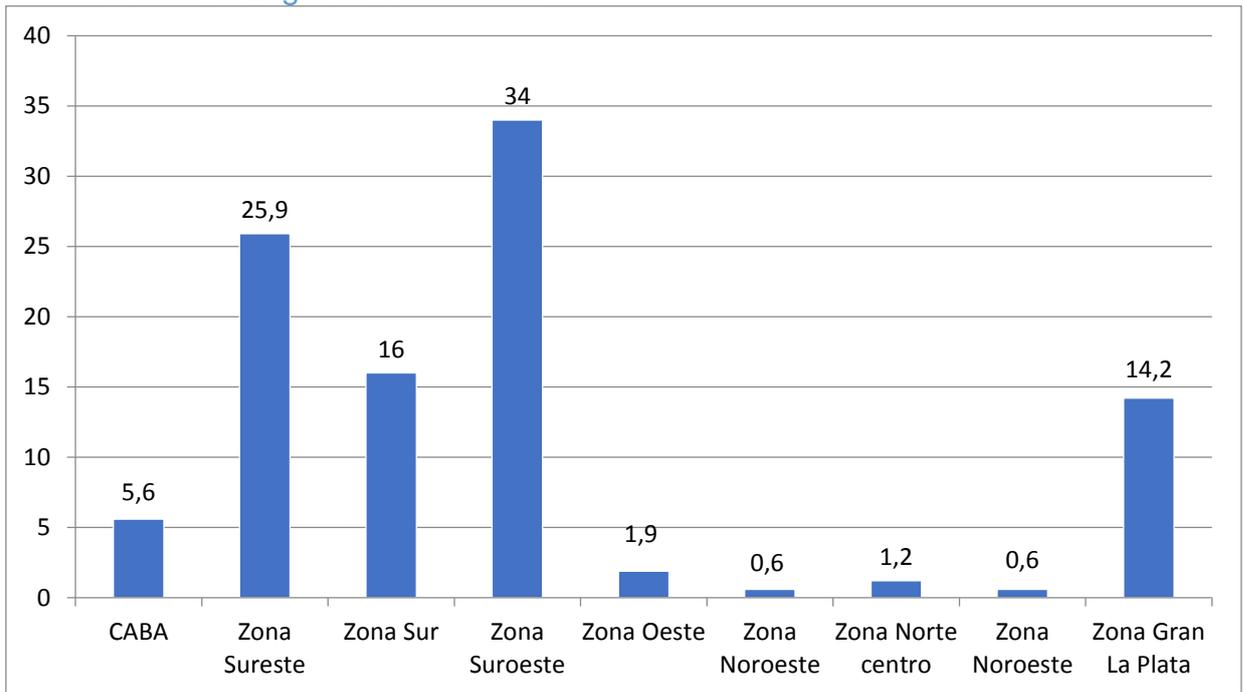
La edad de los sujetos fue solicitada particularmente y luego se agrupó para obtener franjas etarias, el 40,1% ($N = 65$) de los participantes se ubicaron en la franja de 18 a 35 años, 16,7% ($N = 27$) entre 36 a 45 años, seguidos por un 15,4% ($N = 25$) de 46 a 55 años, en menor medida entre 56 y 65 se encuentran un 27,2% ($N = 44$) de los sujetos y finalmente 0,6% ($N = 1$) con edades entre 66 y 75.

Grafico 2. Rango de edad de los sujetos



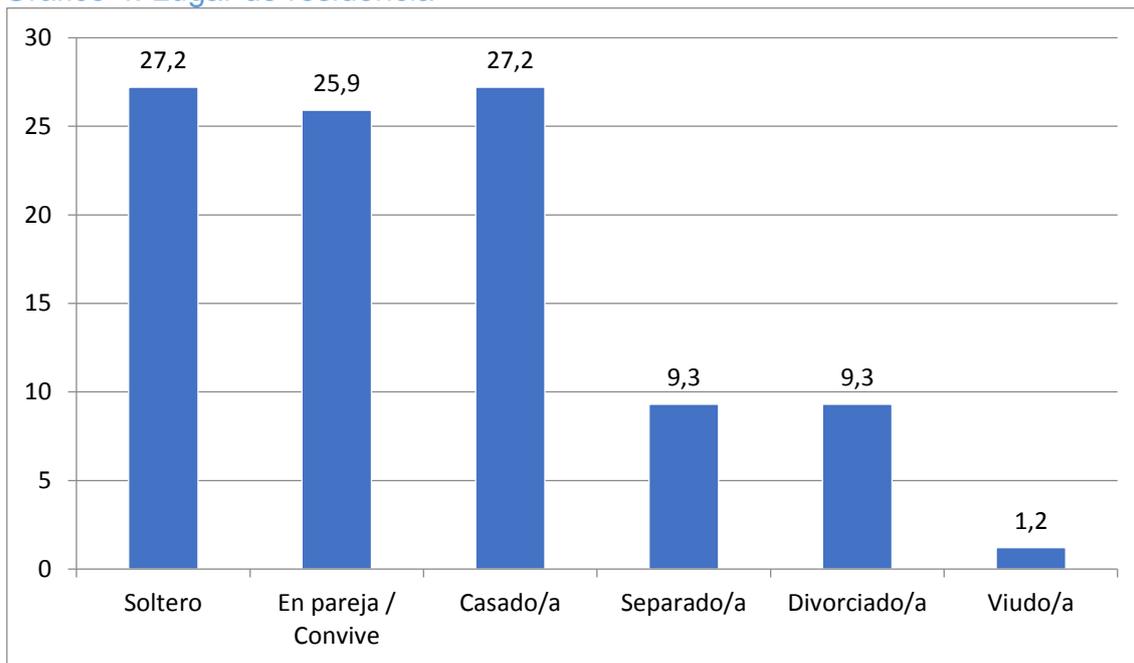
La muestra fue llevada a cabo sólo por sujetos que residieran en la provincia de Buenos Aires, considerando CABA, primer y segundo cordón del conurbano. Los resultados obtenidos posicionaron un 5,6% (N = 9) en CABA, 25,9% (N = 42) de los sujetos en Zona Sureste, 16% (N = 26) en Zona Sur, 34% (N = 55) en Zona Suroeste, 1,9% (N = 3) Zona Oeste, 0,6% (N = 1) en Zona Noreste, 1,2% (N = 2) Zona Norte Centro, 0,6% (N = 1) en Zona Noroeste, y por ultimo un 14,2% (N = 23) en Zona Gran La Plata.

Gráfico 3. Lugar de Residencia



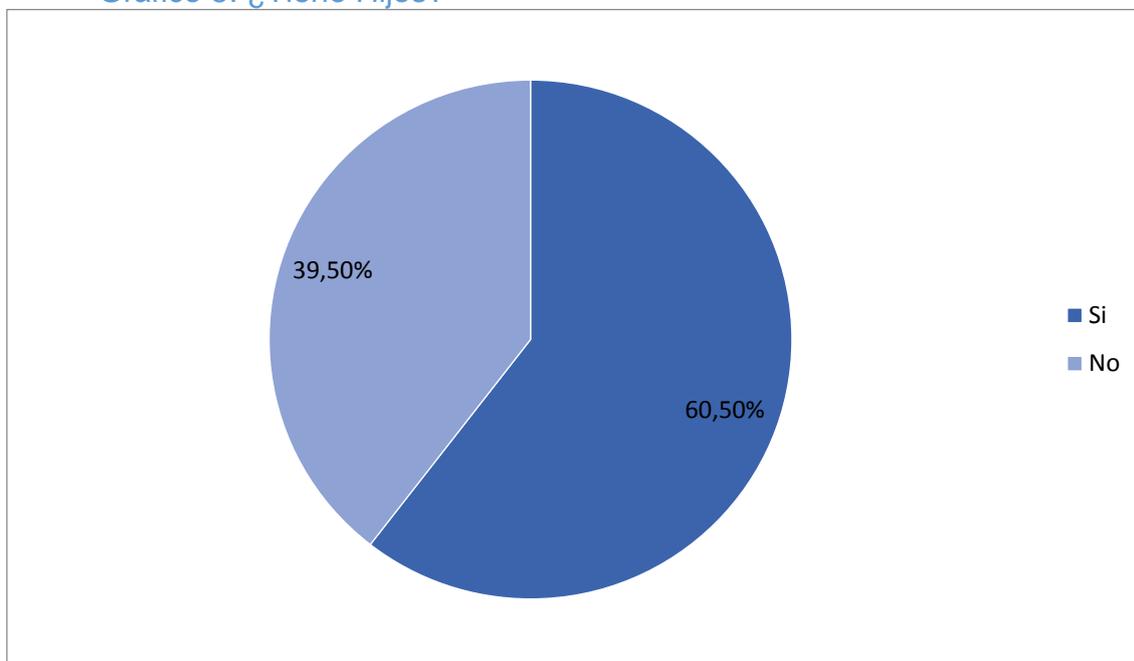
Respecto a la distribución de la muestra en relación al estado civil, la mayoría de la muestra estuvo compuesta por un 27,2% de Solteros/as (N=44), al igual que, los Casados/as 27,2% (N=44), seguidos por aquellos que se encontraban en Pareja/Conviven 25,9%(N=42). En cuarto lugar, los sujetos Separados/as 9,3% (N=15) coincidiendo también con los divorciados 9,3% (N=15) y, por último, los viudos 1,2% (N=2).

Gráfico 4. Lugar de residencia



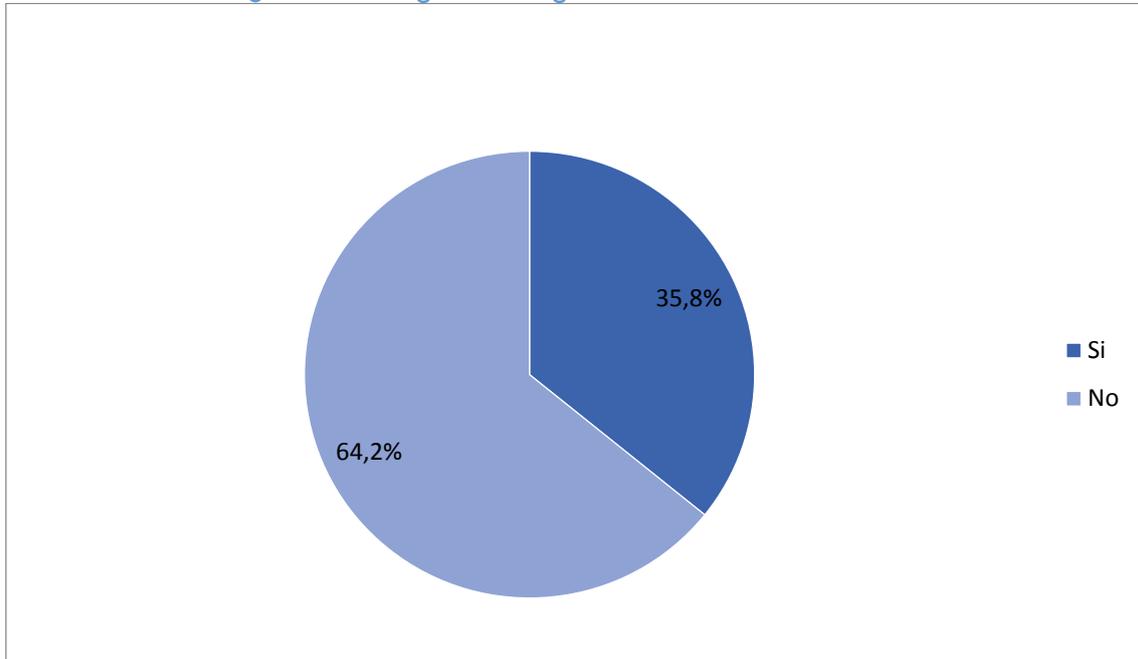
Teniendo en cuenta la variable Hijos, como puede apreciarse en el Gráfico 5, el 60,5% (N=98) de la muestra tenía hijos, mientras que el 39,5% (N=64) no.

Gráfico 5: ¿Tiene Hijos?



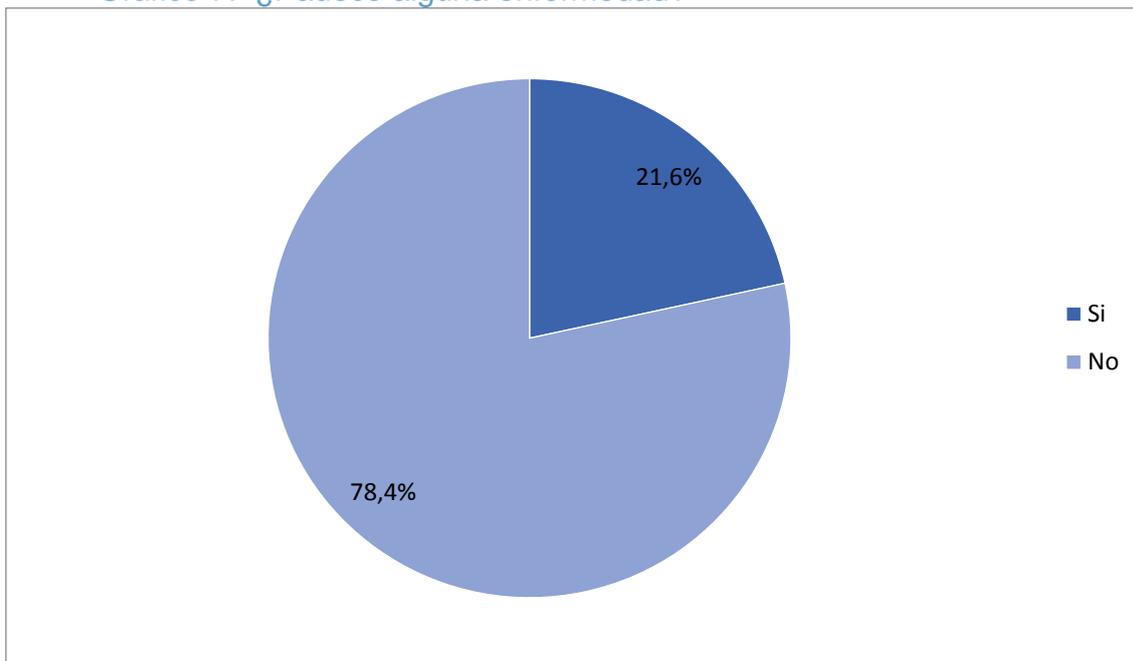
De acuerdo con la práctica de religión, puede apreciarse que el 35,8% (N=58) practica una religión mientras que el restante 64,2% (N=104) no.

Gráfico 6. ¿Practica alguna Religión?



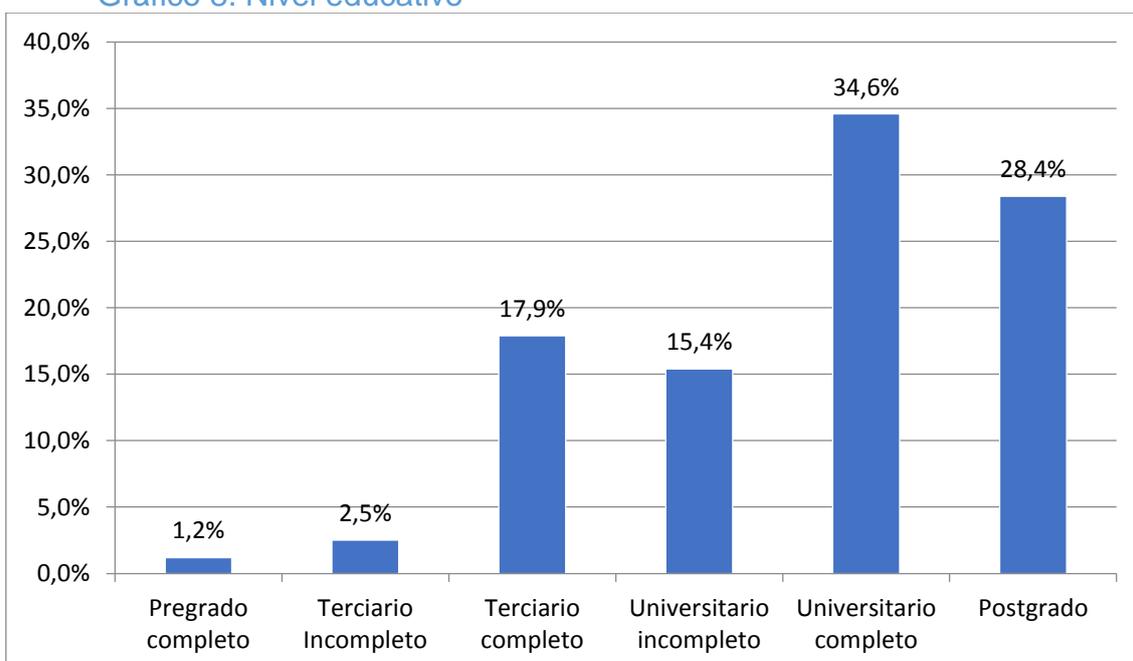
Respecto de la consulta sobre patologías preexistentes un 21,6% (N=35) refirió poseer alguna enfermedad y el 78,4% (N=127) restante refirió tener un buen estado de salud.

Gráfico 7. ¿Padece alguna enfermedad?



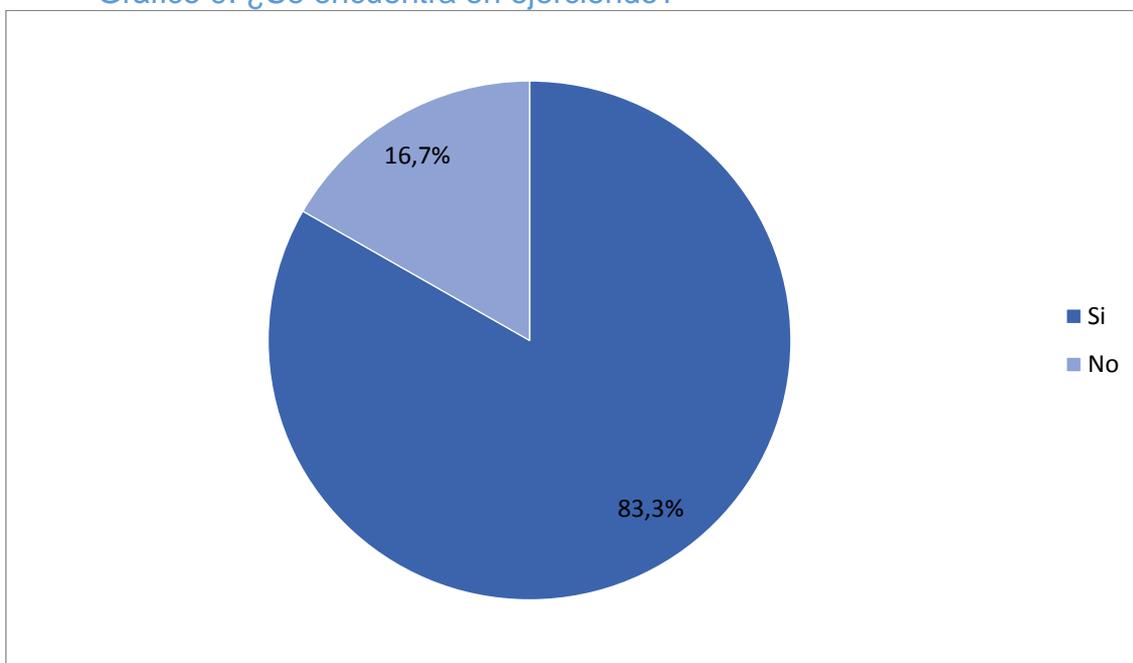
En cuanto al nivel de estudios de los participantes el 34,6% (N=56) indican Universitario completo, un 28,4% (N=46) Posgrado, un 17,9% (N=29) indican Terciario completo, un 15,4% (N=25) Universitario incompleto, un 2,5% (N=4) Terciario Incompleto y por ultimo un 1,2% (N=2) indican Pregrado completo.

Gráfico 8. Nivel educativo



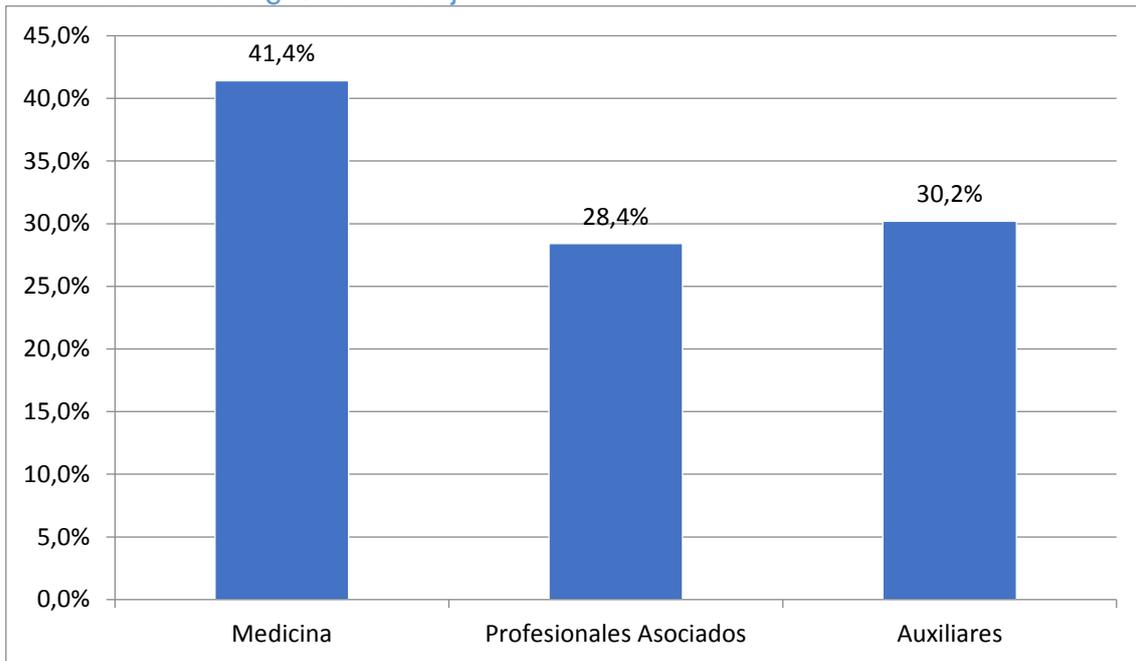
Respecto del ejercicio de la profesión, un 83,3% (N=135) se encuentra en ejercicio, mientras que el restante 16,7% (N=27) no.

Gráfico 9. ¿Se encuentra en ejerciendo?



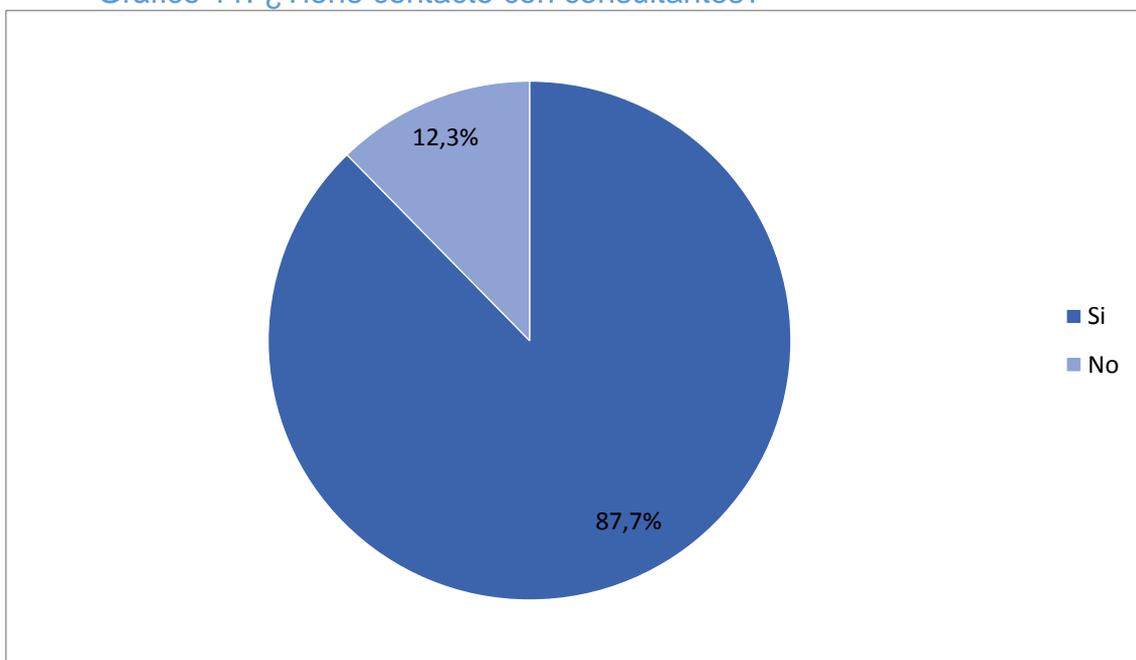
De acuerdo con la labor dentro del área sanitaria un 41,4% (N=67) ejerce la Medicina, un 28,4% (N=46) son Profesionales Asociados y el restante 30,2% (N=49) son Auxiliares.

Gráfico 10. ¿Qué labor ejerce?



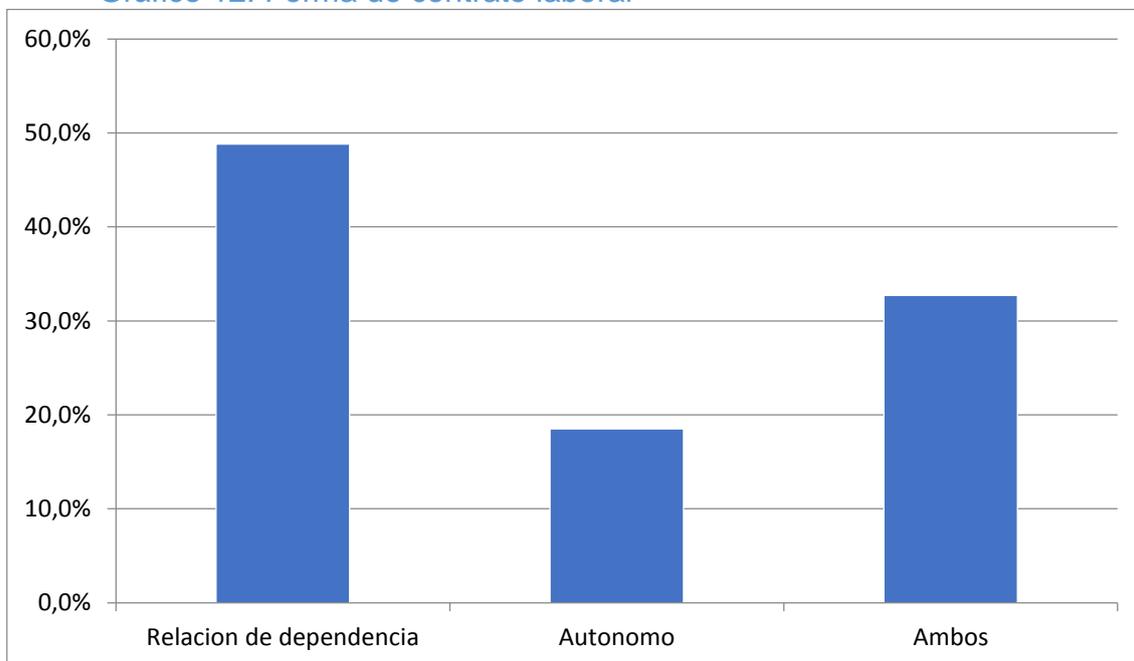
De acuerdo a si los sujetos poseen contacto directo con los consultantes, un 87,7% (N=142) de la muestra indico que si, por el contrario, el 12,3% (N=20) restante indico que no.

Gráfico 11. ¿Tiene contacto con consultantes?



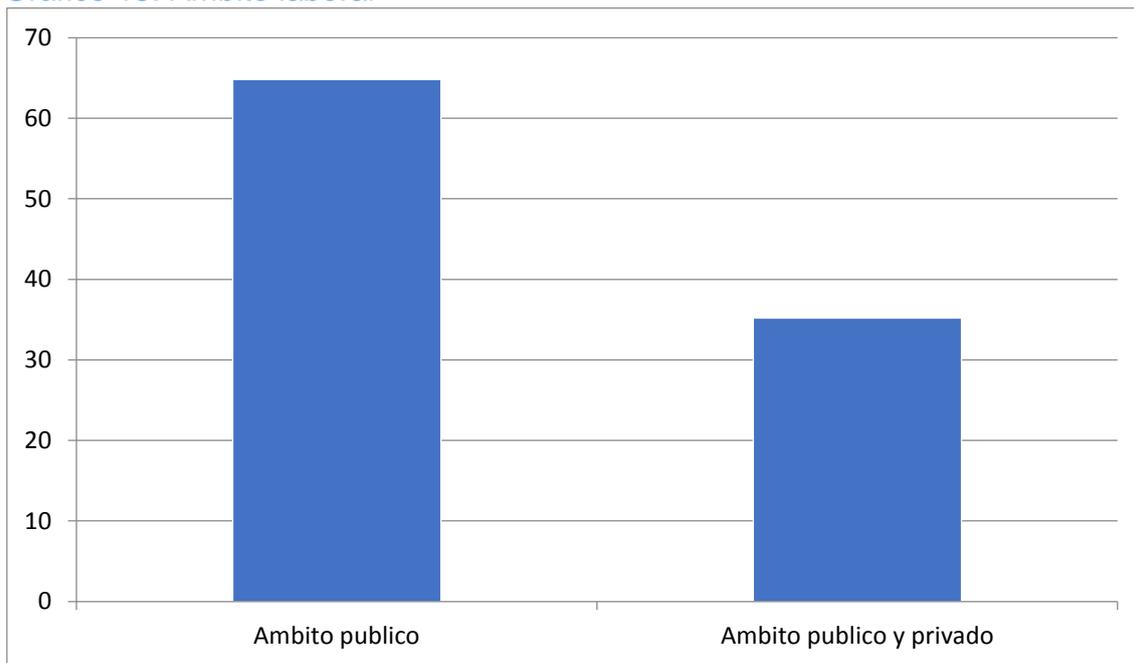
Vinculado a el contrato laboral, un 48,8% (N=79) de la muestra trabaja bajo relación de dependencia, un 18,5% (N=30) trabaja de forma autónoma el 32,7% (N=53) restante trabaja bajo ambos contratos laborales.

Gráfico 12: Forma de contrato laboral



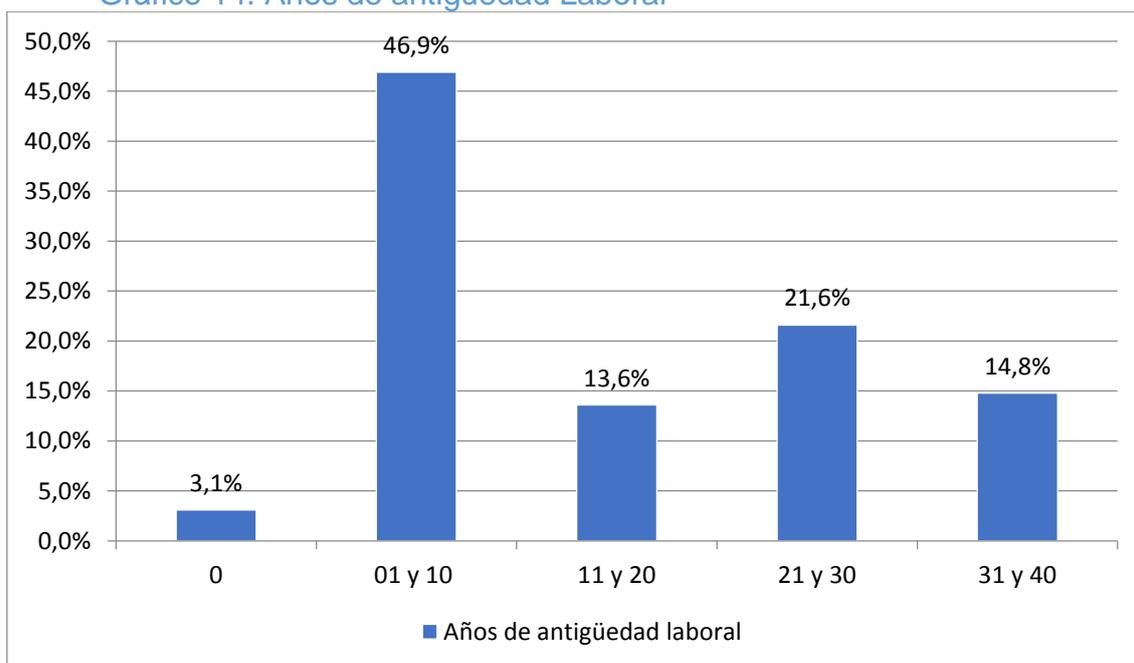
En lo que refiere a el ámbito laboral, un 64,8% (N=105) se desenvuelve en el ámbito público, mientras que el 35,2% (N=57) restante trabaja tanto en lugares públicos y privados.

Gráfico 13: Ámbito laboral



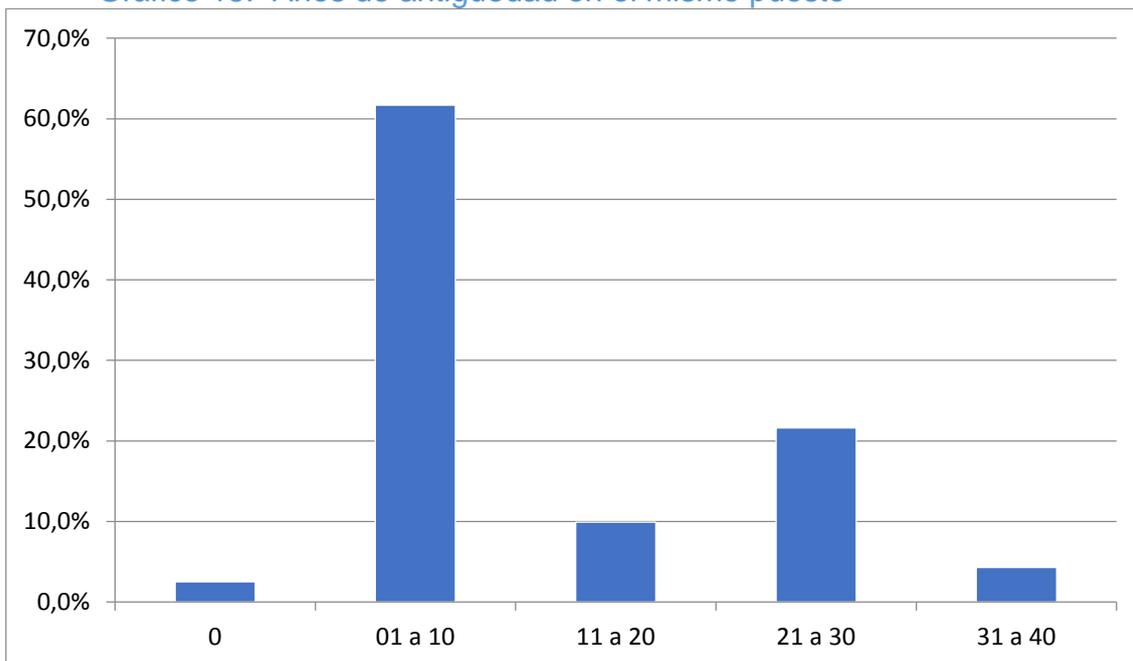
Por otro lado, puntualizando sobre los años de antigüedad laboral, un 3,1% (N=5) tiene menos de un año de antigüedad, el 46,9% (N=76) tiene entre uno y diez años de antigüedad, un 13,6% (N=22) notifico entre once y veinte años, un 21,6% (N=35) entre veintiuno y treinta años y por último un 14,8% (N=24) tiene entre treinta y uno y cuarenta años de antigüedad.

Gráfico 14. Años de antigüedad Laboral



Continuando con la antigüedad laboral, pero en este caso en el puesto actual, un 2,5% (N=4) presento menos de un año, el 61,7% (N=100) evidencio entre uno y diez años en el mismo puesto, un 9,9% (N=16) anuncio entre once y veinte años en el mismo puesto, el 21,6% (N=35) mostro entre veintiuno y treinta años y por último el 4,3% (N=7) presento entre treinta y uno y cuarenta años en el mismo puesto.

Gráfico 15. Años de antigüedad en el mismo puesto



5.2 Correlaciones

5.2.1 Descripción y comparación de las variables

Se llevan a cabo las pruebas de normalidad para cada una de las dimensiones de ambas variables, Neuroticismo, Extraversión, Responsabilidad, Agradabilidad, Apertura a la experiencia, Miedo a la propia muerte y Miedo a la muerte de otros, considerando el tamaño de la muestra (N= 162) se selecciona la opción de Kolmogorov-Smirnov de la cual resulta que las variables miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros por ser los niveles de significación (Sig. = ,001 y Sig.= ,000 respectivamente) menor a 0,05 son no paramétricas, al igual que extraversión y agradabilidad (Sig = 0,028 y Sig 0,009 respectivamente).

En el caso de Responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia resultan Paramétricas por ser mayores a 0,05.

Tabla 1: Pruebas de Normalidad (Kolmogorov-Smirnov)

Variable	N. Sig
Extraversión	,028
Responsabilidad	,200
Neuroticismo	,200
Agradabilidad	,009
Apertura a la experiencia	,054
Miedo a la propia muerte	,001
Miedo a la muerte de otros	,000

5.2.2 Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte

A continuación, se lleva a cabo la correlación entre las variables, para esto se selecciona el estadístico Rho de Spearman considerando que tanto miedo a la propia muerte como miedo a la muerte de otros resultan no paramétricas.

Tabla 2: Correlaciones entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte

		Miedo a la propia muerte	Miedo a la muerte de otros
Extraversión	Coef. de correlación	,072	,093
	Sig.	,364	,240
	N	162	162
Responsabilidad	Coef. de correlación	,019	,033
	Sig.	,813	,677
	N	162	162
Neuroticismo	Coef. de correlación	,157	,175
	Sig.	,046	,026
	N	162	162
Agradabilidad	Coef. de correlación	,076	-,020
	Sig.	,335	,804
	N	162	162

Apertura a la experiencia	Coef. de correlación	,048	,118
	Sig.	,542	,135
	N	162	162

El único caso significativo es el de Neuroticismo (Miedo a la propia muerte Sig.= ,046 – Miedo a la muerte de otros Sig.= 026) ya que el nivel de significación es menor a 0,05, esto nos indica que existe una correlación entre las variables. Según el coeficiente de correlación (Miedo a la propia muerte= ,157 – Miedo a la muerte de otros= ,175) la misma es directa y débil, en ambos casos por ser positiva y menor a 0,5.

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de la edad dividida en rangos.

Se segmenta la base en función de la edad por rangos de los sujetos y se procede a conocer la prueba de normalidad para establecer los estadísticos a utilizar.

Tabla 3. Prueba de normalidad		
		Kolmogorov-Smirnov
Edad Por Rangos		Sig.
18 – 35	Extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,001
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,099
	MiedoMuerteOtros	,000
36 - 45	Extraversión	,042
	Responsabilidad	,114
	Neuroticismo	,189
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,020
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,034
46 - 55	Extraversión	,001
	Responsabilidad	,058
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,141

	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,080
	MiedoMuerteOtros	,011
56 - 65	Extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,069
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,002

Se seleccionarán los estadísticos en función de las pruebas de normalidad.

Tabla 4: Correlaciones

Edad Por Rangos			MiedoAPropiaM	MiedoMuerte	
			uerte	Otros	
18 - 35	Rho de Spearman	Extraversión	Coefficiente de correlación	,100	
			Sig. (bilateral)	,429	
			N	65	
		Responsabilidad	Coefficiente de correlación	,014	
			Sig. (bilateral)	,914	
			N	65	
		Neuroticismo	Coefficiente de correlación	,048	
			Sig. (bilateral)	,702	
			N	65	
		Agradabilidad	Coefficiente de correlación	,013	,037
			Sig. (bilateral)	,916	,772
			N	65	65
	AperturaExpe	Coefficiente de correlación		,179	
		Sig. (bilateral)		,154	
		N		65	
36 - 45	Rho de Spearman	de Extraversión	Coefficiente de correlación	,310	,149
			Sig. (bilateral)	,115	,460
			N	27	27

		Responsabilidad	Coeficiente de correlación		,103
			Sig. (bilateral)		,609
			N		27
		Neuroticismo	Coeficiente de correlación		,216
			Sig. (bilateral)		,280
			N		27
		Agradabilidad	Coeficiente de correlación		-,164
			Sig. (bilateral)		,413
			N		27
		AperturaExpe	Coeficiente de correlación	,022	,364
			Sig. (bilateral)	,912	,062
			N	27	27
46 – 55	Rho Spearman	de Extraversión	Coeficiente de correlación	,121	-,030
			Sig. (bilateral)	,563	,886
			N	25	25
		Responsabilidad	Coeficiente de correlación		,145
			Sig. (bilateral)		,490
			N		25
		Neuroticismo	Coeficiente de correlación		,436
			Sig. (bilateral)		,029
			N		25
		Agradabilidad	Coeficiente de correlación		-,190
			Sig. (bilateral)		,364
			N		25
		AperturaExpe	Coeficiente de correlación		-,568
			Sig. (bilateral)		,003
			N		25
56 – 65	Rho Spearman	de Extraversión	Coeficiente de correlación		,104
			Sig. (bilateral)		,503
			N		44
		Responsabilidad	Coeficiente de correlación		,029
			Sig. (bilateral)		,854

	N	44
Neuroticismo	Coeficiente de correlación	,227
	Sig. (bilateral)	,138
	N	44
Agradabilidad	Coeficiente de correlación	,073
	Sig. (bilateral)	,638
	N	44
AperturaExpe	Coeficiente de correlación	,299
	Sig. (bilateral)	,048
	N	44

Hay correlaciones significativas según la edad en el rango 46 – 55 para el neuroticismo (Sig.=,029), correlación directa y débil (,436) con respecto a la muerte de los otros y una correlación significativa en apertura a la experiencia (Sig.=,003) a mayor miedo a la muerte de otros, siendo una correlación indirectamente proporcional y fuerte (-,568).

Luego entre 56 y 65 hay una correlación significativa en función de la apertura a la experiencia (Sig.= ,048) con respecto a la muerte de los otros es una correlación directa y débil (,299).

Continuando con las correlaciones paramétricas.

Tabla 5: Correlaciones			MiedoAPropiaMuerte
Edad Por Rangos			
18 - 35	Extraversión	Correlación de Pearson	-,068
		Sig. (bilateral)	,588
		N	65
	Responsabilidad	Correlación de Pearson	-,156
		Sig. (bilateral)	,213
		N	65
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	,129
		Sig. (bilateral)	,306
		N	65
	AperturaExpe	Correlación de Pearson	,075
		Sig. (bilateral)	,551

		N	65
36 - 45	Responsabilidad	Correlación de Pearson	-,006
		Sig. (bilateral)	,975
		N	27
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	-,048
		Sig. (bilateral)	,812
		N	27
	Agradabilidad	Correlación de Pearson	,251
		Sig. (bilateral)	,207
		N	27
46 - 55	Responsabilidad	Correlación de Pearson	,598
		Sig. (bilateral)	,002
		N	25
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	-,084
		Sig. (bilateral)	,690
		N	25
	Agradabilidad	Correlación de Pearson	,123
		Sig. (bilateral)	,559
		N	25
	AperturaExpe	Correlación de Pearson	-,183
		Sig. (bilateral)	,381
		N	25
56 - 65	extraversión	Correlación de Pearson	,196
		Sig. (bilateral)	,201
		N	44
	Responsabilidad	Correlación de Pearson	-,044
		Sig. (bilateral)	,776
		N	44
	Neuroticismo	Correlación de Pearson	,483
		Sig. (bilateral)	,001
		N	44
	Agradabilidad	Correlación de Pearson	-,044
		Sig. (bilateral)	,777
		N	44
	AperturaExpe	Correlación de Pearson	,209
		Sig. (bilateral)	,174
		N	44

Es significativo de 46 a 55 la responsabilidad (Sig.=,002) con el miedo a la propia muerte, correlación (,598) fuerte y directa, es decir que a mayor miedo a la propia muerte mayor responsabilidad o a la inversa.

Es significativa la correlación en 56 a 65 años del neuroticismo (Sig: =,001) a mayor neuroticismo mayor miedo a la propia muerte, directa y débil (Coef. ,483).

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función del Sexo biológico

Se segmenta la base en función del sexo biológico de los sujetos y se procede a conocer La prueba de normalidad para establecer los estadísticos a utilizar.

Tabla 6: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov		
Sexo biológico	Variable	Sig.
Femenino	extraversión	,083
	Responsabilidad	,081
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,092
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,008
	MiedoMuerteOtros	,000
Masculino	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,028

Para la correlación en el caso de sexo femenino se va a usar el estadístico Rho de Spearman ya que ambas dimensiones de miedo son no paramétricas. En el caso de masculino se utilizará el estadístico no paramétrico Rho de

Spearman para miedo a muerte de otros y paramétrico (R de Pearson) a miedo a la propia muerte ya que esta es normal y todas las dimensiones de personalidad resultan normales.

Con respecto al segmento de la muestra que se auto posicionó en la categoría femenino no se encontraron correlaciones significativas

Tabla 7: Correlaciones entre Personalidad y Miedo a la muerte de otros en función del Sexo masculino

Rho de Spearman	Miedo a la muerte de otros	
Extraversión	Coef. de correlación	,110
	Sig.	,446
	N	50
Responsabilidad	Coef. de correlación	,093
	Sig.	,521
	N	50
Neuroticismo	Coef. de correlación	,428
	Sig.	,002
	N	50
Agradabilidad	Coef. de correlación	-,119
	Sig.	,412
	N	50
Apertura a la experiencia	Coef. de correlación	,012
	Sig.	,933
	N	50

Para el sexo masculino se encontró una correlación significativa (Sig.= ,002) en la dimensión de personalidad neuroticismo del tipo directa y débil (,428) con la dimensión miedo a la muerte de otros.

Tabla 8: Correlaciones entre Personalidad y Miedo a la propia muerte en función del Sexo masculino

		Miedo a la propia muerte
Extraversión	Co. de Pearson	,037
	Sig.	,798
	N	50

Responsabilidad	Co. de Pearson	,052
	Sig.	,721
	N	50
Neuroticismo	Co. de Pearson	,548
	Sig.	,000
	N	50
Agradabilidad	Co. de Pearson	-,223
	Sig.	,120
	N	50
Apertura a la experiencia	Co. de Pearson	-,107
	Sig.	,458
	N	50

Y a su vez con respecto a la dimensión miedo a la propia muerte se halló una correlación significativa para el sexo masculino (Sig.= ,000) en la dimensión de personalidad neuroticismo de tipo directa y fuerte (,548) por ser mayor a 0,5.

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de la práctica Religiosa.

Se divide el archivo en función de si práctica o no una religión y se realiza nuevamente la prueba de normalidad.

¿Practica religión?	Variable	Sig.
Si	extraversión	,019
	Responsabilidad	,200*
	Neuroticismo	,090
	Agradabilidad	,200*
	AperturaExpe	,021
	MiedoAPropiaMuerte	,001
	MiedoMuerteOtros	,000
No	extraversión	,200*
	Responsabilidad	,200*
	Neuroticismo	,090
	Agradabilidad	,029
	AperturaExpe	,187
	MiedoAPropiaMuerte	,156

En el caso de Si, las dos dimensiones de miedo son no paramétricas con lo cual se utiliza Rho de Spearman, pero en ninguno de los casos Se hallaron correlaciones significativas. En el caso de No se dividen las opciones según su prueba de normalidad.

Tabla 10: Correlaciones entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en sujetos que no practican religión

		Miedo a la propia muerte	Miedo a la muerte de otros
Extraversión	Coef. de correlación		,087
	Sig.		,382
	N		104
Responsabilidad	Coef. de correlación		-,091
	Sig.		,358
	N		104
Neuroticismo	Coef. de correlación		,152
	Sig.		,123
	N		104
Agradabilidad	Coef. de correlación	,067	-,039
	Sig.	,496	,698
	N	104	104
Apertura a la experiencia	Coef. de correlación		,238
	Sig.		,015
	N		104

Para aquellos que no practican ninguna religión se encontró una correlación significativa entre apertura a la experiencia y miedo a la muerte de otros (Sig.=,015). Esta correlación es directa y débil ya que el coeficiente de correlación es ,238.

Tabla 11: Correlaciones entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de sujetos que no practican religión

No practica religión		Miedo a la propia muerte
Extraversión	C de Pearson	,068

	Sig.	,490
	N	104
Responsabilidad	C de Pearson	-,057
	Sig.	,566
	N	104
Neuroticismo	C de Pearson	,201
	Sig.	,041
	N	104
Agradabilidad	C de Pearson	,071
	Sig.	,474
	N	104

Para aquellas correlaciones en las que ambas variables resultaron normales se utilizó R de Pearson y se halló una correlación significativa (Sig.= ,041) entre neuroticismo y miedo a la propia muerte de tipo directa y débil (,201).

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de si los sujetos padecen alguna patología o enfermedad.

Se segmenta el archivo en función de si padecen o no alguna enfermedad y se realiza la prueba de normalidad para estos nuevos grupos.

Tabla 12: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov		
¿Padece alguna enfermedad?	Variable	Sig.
Si	extraversión	,200*
	Responsabilidad	,200*
	Neuroticismo	,200*
	Agradabilidad	,010
	AperturaExpe	,200*
	MiedoAPropiaMuerte	,028
	MiedoMuerteOtros	,014
No	extraversión	,200*
	Responsabilidad	,070
	Neuroticismo	,065
	Agradabilidad	,007
	AperturaExpe	,095
	MiedoAPropiaMuerte	,015

En ambos casos las dos dimensiones de miedo a la muerte son no paramétricas con lo cual se utilizará el estadístico no paramétrico (Rho de Spearman)

Tabla 13: ¿Padece alguna enfermedad o patología?

		Miedo a la propia muerte	Miedo a la muerte de otros		
Si	Extraversión	Coef. de correlación	,082	,128	
		Sig.	,640	,464	
		N	35	35	
	Responsabilidad	Coef. de correlación	-,277	-,198	
		Sig.	,108	,255	
		N	35	35	
	Neuroticismo	Coef. de correlación	,425	,381	
		Sig.	,011	,024	
		N	35	35	
	Agradabilidad	Coef. de correlación	-,023	-,108	
		Sig.	,895	,537	
		N	35	35	
	Apertura a la experiencia	Coef. de correlación	,024	-,103	
		Sig.	,893	,558	
		N	35	35	
	No	Extraversión	Coef. de correlación	,057	,089
			Sig.	,523	,319
			N	127	127
		Responsabilidad	Coef. de correlación	,067	,076
			Sig.	,454	,399
N			127	127	
Neuroticismo		Coef. de correlación	,054	,094	
		Sig.	,548	,292	
		N	127	127	
Agradabilidad		Coef. de correlación	,086	-,004	
		Sig.	,339	,966	
		N	127	127	
Apertura a la experiencia		Coef. de correlación	,021	,159	
		Sig.	,813	,074	
		N	127	127	

Se hallan correlaciones significativas para aquellas personas que padecen una enfermedad o patología entre la dimensión de personalidad neuroticismo tanto para miedo a la propia muerte (Sig.= ,001) como para el miedo a la muerte de otros (Sig.= ,024). En ambos casos la correlación es directa y débil siendo los coeficientes ,425 y ,381 respectivamente.

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de la labor ejercida en el ámbito sanitario.

Se divide el archivo en función de la labor que ejerce cada profesional y se realiza la prueba de normalidad.

Tabla 14: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov		
¿Qué labor ejerce?	Variable	Sig.
Medicina	extraversión	,194
	Responsabilidad	,200*
	Neuroticismo	,200*
	Agradabilidad	,058
	AperturaExpe	,024
	MiedoAPropiaMuerte	,083
	MiedoMuerteOtros	,001
	Profesionales Asociados	extraversión
	Responsabilidad	,200*
	Neuroticismo	,200*
	Agradabilidad	,004
	AperturaExpe	,087
	MiedoAPropiaMuerte	,012
	MiedoMuerteOtros	,000
Auxiliares	Extraversión	,200*
	Responsabilidad	,077
	Neuroticismo	,200*
	Agradabilidad	,176
	AperturaExpe	,195
	MiedoAPropiaMuerte	,151
	MiedoMuerteOtros	,000

Se realizan las correlaciones en función de los estadísticos R de Pearson y Rho de Spearman según las pruebas de normalidad.

Tabla 15: ¿Qué labor ejerce?			
		Miedo a la propia muerte	
Medicina	Neuroticismo	Coef. De correlación	,283
		Sig.	,020
		N	67
Auxiliares	Neuroticismo	Coef. de correlación	,355
		Sig.	,012
		N	49

Se encuentra una correlación significativa de Pearson para la dimensión de personalidad neuroticismo con miedo a la propia muerte en el caso de medicina (Sig.=,020) y Auxiliares (Sig.= ,012) ambas correlaciones son directas y débiles siendo sus coeficientes de correlación ,283 y ,355 respectivamente.

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función del contacto con consultantes.

Se segmenta el archivo en función de si los sujetos tienen o no contacto con los consultantes y se realizan las pruebas de normalidad.

Tabla 16: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov		
¿Tiene contacto con consultantes y pacientes?	Variable	Sig.
Si	extraversión	,070
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,020
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,002
	MiedoMuerteOtros	,000
No	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200

Neuroticismo	,117
Agradabilidad	,083
AperturaExpe	,073
MiedoAPropiaMuerte	,162
MiedoMuerteOtros	,002

En el caso de la respuesta afirmativa en todos los casos se utilizará Rho de Spearman ya que resultan ambas dimensiones de miedo no paramétricas. En el caso de no, se utilizará Rho de Spearman para miedo a muerte de otros y R de Pearson para miedo a la propia muerte.

Tabla 17: ¿tiene contacto con consultantes y pacientes?

			Miedo a la propia muerte	Miedo a la muerte de otros
Si	Neuroticismo	C de Pearson	,165	,173
		Sig.	,050	,040
		N	142	142

La única correlación estadísticamente significativa en el caso de los sujetos que tienen contacto con los pacientes es la correlación entre neuroticismo y ambas dimensiones de miedo a la muerte (Miedo a la propia muerte Sig.=,050 – Miedo a la muerte de otros Sig.= ,040) Esta correlación es directa y débil, (Miedo a la propia muerte ,165 – Miedo a la muerte de otros ,173)

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de la antigüedad laboral.

Se segmenta el archivo en función de la antigüedad laboral que fue recodificada por rangos.

Tabla 18: Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov

Años de antigüedad laboral por rango	Variable	Sig.
00	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,161
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,019
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,200
1 – 10	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,001
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,046
	MiedoMuerteOtros	,000
11 – 20	extraversión	,047
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,046
21 – 30	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,200
	MiedoAPropiaMuerte	,076
	MiedoMuerteOtros	,086
31 – 40	extraversión	,087
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200
	AperturaExpe	,142
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,009

En el caso de las no paramétricas se utiliza Rho de Spearman

Tabla 19: Años de antigüedad laboral por rango			
			Miedo a la muerte de otros
1 a 10	AperturaExpe	C. de correlación	,238
		Sig.	,039
		N	76
31-40	Responsabilidad	C. de correlación	-,420
		Sig.	,041
		N	24

Hay dos correlaciones significativas en el caso de 1 a 10 años la apertura a la experiencia con respecto al temor de la muerte de otros (Sig.= ,039) correlación directa y débil (,238) y de 31 a 40 años de experiencia una correlación significativa en responsabilidad con temor a la muerte de otros (Sig. = ,041) de tipo inversa y débil (-,420).

En el caso de las dimensiones que resultaron normales se utiliza R de Pearson:

Tabla 20: Años de antigüedad laboral por rango				
			Miedo a la propia	Miedo a la muerte de otros
21 a 30	Responsabilidad	Cor. de Pearson	,373	,199
		Sig.	,027	,252
		N	35	35
31-40	Neuroticismo	Cor. de Pearson	,499	
		Sig.	,013	
		N	24	

Hay correlaciones significativas en de 21 a 30 años en responsabilidad con respecto a miedo a la propia muerte (Sig.= ,027) una correlación de tipo directa y débil (,373) y de 31 a 40 años una correlación entre neuroticismo y

miedo a la propia muerte (Sig.= ,013) en neuroticismo de tipo directa y débil (,499).

Correlación entre Personalidad y Ansiedad ante la muerte en función de la de la cantidad de años en el mismo puesto recodificada por grupos.

Se divide el archivo en función de la cantidad de años en el mismo puesto recodificada por grupos y se realiza la Prueba de normalidad.

Tabla 21 : Prueba de Normalidad Kolmogorov-Smirnov		
Años de antigüedad laboral por rango	Variable	Sig.
1 – 10	extraversión	,027
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,161
	Agradabilidad	,001
	AperturaExpe	,059
	MiedoAPropiaMuerte	,019
	MiedoMuerteOtros	,000
11 – 20	extraversión	,062
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,000
	AperturaExpe	,031
	MiedoAPropiaMuerte	,200
	MiedoMuerteOtros	,006
21 - 30	extraversión	,200
	Responsabilidad	,200
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,008
	AperturaExpe	,034
	MiedoAPropiaMuerte	,080
	MiedoMuerteOtros	,072
31 – 40	extraversión	,200
	Responsabilidad	,083
	Neuroticismo	,200
	Agradabilidad	,200

AperturaExpe	,200
MiedoAPropiaMuerte	,200
MiedoMuerteOtros	,200

Se realiza las correlaciones en función de la prueba de normalidad. En ninguno de los dos casos, se encontraron correlaciones significativas.

5.3 Diferencias de grupos

5.3.1 Diferencia de grupos en función de las dimensiones de miedo a la muerte

Diferencia de grupos en función del sexo para las variables de miedo a la muerte

Considerando la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable bicategorial sexo se utiliza el estadístico U de Man Whitney con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica (bilateral)	,131	,002

Es significativo únicamente en el caso de Miedo a la muerte de los otros (Sig.= ,002), por lo tanto, existe una diferencia entre los grupos.

	Sexo Biológico	N	Rango promedio
MiedoMuerteOtros	Femenino	112	89,09
	Masculino	50	64,49
	Total	162	

El sexo femenino (Rango= 89,09) presenta mayor miedo a la muerte de los otros que el sexo masculino (Rango= 64,49).

Diferencia de grupos en función de si practica o no religión para las variables de miedo a la muerte

Considerando la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable bicategorial si practica o no religión, nuevamente se utiliza el estadístico U de Man Whitney con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

Tabla 24: Prueba U de Mann-Whitney AAM según La práctica de religión.		
	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica (bilateral)	,882	,101

Siendo Miedo a la propia muerte (Sig.= ,882) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,101) no es significativo en ninguno de los dos casos.

Diferencia de grupos con respecto al miedo a la muerte entre quienes tienen y no tienen una patología

Teniendo en cuenta la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable bicategorial si presenta alguna patología o enfermedad, nuevamente se utiliza el estadístico U de Man Whitney con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

Tabla 25: U de Mann-Whitney AAM según patología		
	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica (bilateral)	,196	,651

En ningún caso es significativa la diferencia, ya que Miedo a la propia muerte (Sig.= ,196) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,651).

Diferencia de grupo en función del nivel de estudios con respecto al temor a la muerte

Considerando la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable poli categorial nivel de educación, se utiliza el estadístico H de Kruskal Wallis con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

Tabla 26: H de Kruskall para nivel educativo		
	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. Asintótica	,995	,372

Tanto en Miedo a la propia muerte (Sig.= ,995) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,372) la diferencia no es significativa.

Diferencia de grupos con respecto al temor a la muerte para quienes se encuentran en ejercicio y quienes no

Teniendo en cuenta la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable bicategorial si se encuentra en ejercicio de la profesión, nuevamente se utiliza el estadístico U de Man Whitney con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

Tabla 27: U de Mann-Whitney según el ejercicio de la profesión		
	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica (bilateral)	,657	,391

Tanto en Miedo a la propia muerte (Sig.= ,657) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,391) la diferencia no es significativa.

Diferencia de grupos con respecto al temor a la muerte según la labor que ejerce.

Teniendo en cuenta la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable poli categorial sobre la labor ejercida por el profesional, se utiliza el estadístico H de Kruskal Wallis con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica	,661	,116

Tanto en Miedo a la propia muerte (Sig.= ,661) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,116) la diferencia no es significativa.

Diferencia de grupos con respecto al temor a la muerte según si tiene o no contacto con el consultante

Teniendo en cuenta la distribución no paramétrica para las variables miedo a la muerte de otros (Sig.= ,000) y miedo a la propia muerte (Sig.=,001), con la variable bicategorial si tiene contacto o no con consultantes, se utiliza el estadístico U de Man Whitney con la finalidad de establecer una diferencia de grupos.

	MiedoAPropiaMuerte	MiedoMuerteOtros
Sig. asintótica (bilateral)	,137	,116

En ambos casos, Miedo a la propia muerte (Sig.= ,137) y Miedo a la muerte de otros (Sig.= ,116) la diferencia no es significativa.

5.3.2 Diferencia de grupos en función de las variables de personalidad

Se utilizarán estadísticos diferentes, en los casos de responsabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia se utilizarán estadísticos paramétricos y en el caso de extraversión y agradabilidad no paramétricos.

Diferencia de grupo para las dimensiones en función de la edad recodificada.

Tabla 30: Anova de un factor	
	Sig.
Responsabilidad	,001
Neuroticismo	,033
AperturaExpe	,267

Es Significativo para responsabilidad (Sig.= ,001) y neuroticismo (Sig.=,033).

Tabla 31: Rangos		
	Edad Por Rangos	Rango promedio
Responsabilidad	18 – 35	63,99
	36 – 45	102,52
	46 – 55	94,84
	56 – 65	85,55
	66 – 75	140,50
	Total	
Neuroticismo	18 – 35	93,34
	36 – 45	76,57
	46 – 55	61,48
	56 – 65	79,16
	66 – 75	48,50
	Total	

Diferencia de grupos para las dos dimensiones no paramétricas extraversión y agradabilidad.

Tabla 32: Estadísticos de Prueba de Kruskal Wallis	
	Agradabilidad
Extraversión	

Sig. Asintótica	,505	,032
-----------------	------	------

Es significativo en el caso de agradabilidad (Sig.= ,032).

	Edad Por Rangos	Rango promedio
Agradabilidad	18 – 35	67,78
	36 – 45	91,98
	46 – 55	97,84
	56 – 65	85,50
	66 – 75	106,00

Se podría decir entonces que hay un cambio en términos de agradabilidad entre los mayores y menores a 35 años.

Diferencia de grupo para las dimensiones de personalidad en función del sexo

		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		Sig.	Sig. (bilateral)
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	,810	,001
	No se asumen varianzas ig.		
Neuroticismo	Se asumen varianzas iguales	,349	,984
	No se asumen varianzas ig.		
AperturaExpe	Se asumen varianzas iguales	,461	,677
	No se asumen varianzas ig.		

En los tres casos se asumen varianzas iguales, siendo la única significativa responsabilidad (Sig. = ,001) con respecto al sexo.

Sexo Biológico	Media
----------------	-------

Responsabilidad	Femenino	37,2054
	Masculino	34,2000

Según las medias, las mujeres (37,2054) presentan más responsabilidad que los hombres (34,2000).

Se realiza entonces la prueba no paramétrica para las dos dimensiones faltantes.

Tabla 33: Estadísticos de prueba		
	Extraversión	Agradabilidad
Sig. asintótica (bilateral)	,445	,027

Solo es significativo en el caso de agradabilidad (Sig.= ,027).

Tabla 34: Rangos			
	Sexo Biológico	N	Rango promedio
Agradabilidad	Femenino	112	86,95
	Masculino	50	69,30
	Total	162	

Las mujeres (86,95) presentan más agradabilidad que los hombres (69,30).

Diferencia de grupos en función de la religión para las dimensiones de personalidad

Tabla 35: Prueba de muestras independientes			
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		Sig.	Sig. (bilateral)
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	,156	,059
	No se asumen varianzas ig.		
Neuroticismo	Se asumen varianzas iguales	,627	,363
	No se asumen varianzas ig.		
AperturaExpe	Se asumen varianzas iguales	,786	,496

No se asumen varianzas ig.

En ninguno de los casos es significativo.

Se realizan los estadísticos con las dos variables no paramétricas.

Tabla 36: estadísticos de prueba		
	Extraversión	Agradabilidad
U de Mann-Whitney	2909,000	2977,000
W de Wilcoxon	8369,000	4688,000
Z	-,375	-,137
Sig. asintótica (bilateral)	,708	,891

En ninguno de los casos, Extraversión (Sig.= ,708) y Agradabilidad (Sig.= ,891) es significativo.

Diferencia de grupo para las dimensiones de personalidad en función de si tiene o no patología

Tabla 37: Prueba de muestras independientes			
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		Sig.	Sig. (bilateral)
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	,349	,133
	No se asumen varianzas ig.		
Neuroticismo	Se asumen varianzas iguales	,002	,181
	No se asumen varianzas ig.		
AperturaExpe	Se asumen varianzas iguales	,504	,084
	No se asumen varianzas ig.		

En ninguno de los casos es significativo.

Diferencias en dimensiones de personalidad en función del nivel de educación.

En este caso al ser normal y poli categorial se utiliza Anova de un factor

	Sig.
Responsabilidad	,036
Neuroticismo	,001
AperturaExpe	,010

En los tres casos es significativo, Responsabilidad (Sig.= ,036), Neuroticismo (Sig.= ,001), AperturaExpe (Sig.= ,010).

Se utilizará como prueba post hoc H de Kruskall Wallis buscando conocer las diferencias entre los grupos. Al utilizar este estadístico se entiende que se pierde robustez en los datos pudiendo estos perder cierta confiabilidad. Al caso se utiliza sólo para conocer qué diferencias aparecen entre los grupos.

	Nivel Educativo del sujeto	Rango promedio
Responsabilidad	Pregrado completo	42,25
	Terciario Incompleto	66,00
	Terciario completo	95,52
	Universitario incompleto	64,66
	Universitario completo	75,54
	Postgrado	92,13
Neuroticismo	Pregrado completo	127,75
	Terciario Incompleto	114,63
	Terciario completo	98,03
	Universitario incompleto	91,88
	Universitario completo	81,80
	Postgrado	60,17
AperturaExpe	Pregrado completo	59,75
	Terciario Incompleto	94,25
	Terciario completo	78,91
	Universitario incompleto	82,54
	Universitario completo	66,99
	Postgrado	100,07

Se observa según las diferencias en los grupos que quienes completan terciarios o universitarios presentan menor neuroticismo que quienes tienen un pregrado. A su vez la apertura la experiencia ve su mayor elevación para quienes realizaron un posgrado.

Dimensiones de personalidad no paramétricas en función del nivel de educación, utilizando el estadístico H de Kruscal Wallis.

Tabla 40: Prueba de Kruscal Wallis		
	Extraversión	Agradabilidad
Sig. Asintótica	,549	,029

Es significativo en el caso de agradabilidad (Sig.= ,029).

Tabla 41: Rangos		
		Rango promedio
Agradabilidad	Pregrado completo	65,50
	Terciario Incompleto	63,50
	Terciario completo	82,97
	Universitario incompleto	59,16
	Universitario completo	79,00
	Postgrado	98,02

Diferencia de grupos en función de si se encuentra o no en ejercicio para las dimensiones normales de personalidad

Tabla 42: Prueba de muestras independientes			
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		Sig.	Sig. (bilateral)
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	,564	,682
	No se asumen varianzas ig.		
Neuroticismo	Se asumen varianzas iguales	,573	,017
	No se asumen varianzas ig.		

AperturaExpe	Se asumen varianzas iguales	,866	,635
	No se asumen varianzas ig.		

Solo es significativo en el caso de neuroticismo (Sig. = ,017).

		Media
Neuroticismo	Si	22,0074
	No	24,9259

Presentan más neuroticismo quienes no se encuentran en ejercicio de la profesión.

En cuanto a las variables no paramétricas

	Extraversión	Agradabilidad
Sig. asintótica (bilateral)	,712	,866

No es significativo en ninguno de los dos casos, Extraversión (Sig.= ,712) y Agradabilidad (Sig.= ,866).

Diferencia de grupos en función de la labor que realizan para las dimensiones normales de personalidad

	Sig.
Responsabilidad	,069
Neuroticismo	,785
AperturaExpe	,507

En ningún caso es significativo.

Continuando con las variables no paramétricas

Tabla 46: prueba de Kruskal Wallis		
	Extraversión	Agradabilidad
Sig. Asintótica	,585	,196

No es significativo en ninguno de los dos casos Extraversión (Sig.= ,585) y Agradabilidad (Sig.=,196).

Diferencia de grupos en el caso del contacto con el consultante para las variables paramétricas

Tabla 47: Prueba de muestras independientes			
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas	
		Sig.	Sig. (bilateral)
Responsabilidad	Se asumen varianzas iguales	,919	,609
	No se asumen varianzas ig.		
Neuroticismo	Se asumen varianzas iguales	,421	,013
	No se asumen varianzas ig.		
AperturaExpe	Se asumen varianzas iguales	,011	,282
	No se asumen varianzas ig.		

Es significativo en el caso de neuroticismo

Tabla 48: Prueba de levene		
tiene contacto con consultantes y pacientes?		Media
Neuroticismo	Si	22,0704
	No	25,5000

Son más neuróticos los que no se encuentran en contacto con los pacientes.

Continuando con las dimensiones no paramétricas

Tabla 49: estadísticos de prueba

	Extraversión	Agradabilidad
Sig. asintótica (bilateral)	,518	,513

No es significativo en ninguno de los dos casos, Extraversión (Sig.= ,518) y Agradabilidad (Sig.= ,513)

Diferencias de grupos en función de la cantidad de años de antigüedad laboral

Tabla 50: Anova de un factor

	Sig.
Responsabilidad	,186
Neuroticismo	,250
AperturaExpe	,107

Ninguno de los casos, responsabilidad (Sig.= ,186), Neuroticismo (Sig.= ,250) y Apertura a la experiencia (Sig.= ,107) es significativo.

Continuando con las no normales

Tabla 51: prueba de Kruskal Wallis

	Extraversión	Agradabilidad
Sig. Asintótica	,007	,183

Siendo significativo para extraversión.

Tabla 52: Rangos

	Años de antigüedad laboral por rango	Rango promedio
Extraversión	1 – 10	75,63
	11 – 20	99,09
	21 – 30	62,84
	31 – 40	94,83

Los que tienen entre 11 y 20 años de antigüedad laboral presentan mayor extraversión, seguidos por los sujetos que tiene entre 31 y 40 años de antigüedad laboral.

Diferencia de grupos en función de la cantidad de años en el mismo puesto.

Tabla 53: Anova de un factor	
	Sig.
Responsabilidad	,145
Neuroticismo	,308
AperturaExpe	,950

Ninguno de las variables resulto significativo.

Continuando para los no paramétricos

Tabla 54: Prueba de Kruskal Wallis		
	Extraversión	Agradabilidad
Sig. Asintótica	,150	,038

Es significativo en agradabilidad (Sig.=, 038)

Tabla 55: Rangos		
	Años de antigüedad laboral por rango	Rango promedio
Agradabilidad	1 – 10	73,89
	11 – 20	108,81
	21 – 30	80,30
	31 – 40	88,71

Se observa que presentan niveles más elevados de agradabilidad quienes tienen entre 11 y 20 años en el mismo puesto.

6. Conclusión

El presente estudio planteo como objetivo general indagar la relación entre los rasgos de Personalidad y los niveles de Ansiedad ante la muerte en profesionales de la salud teniendo en cuenta el contexto actual de la pandemia de Covid-19. Así a partir de los resultados obtenidos se puede decir que el único elemento significativo es el factor neuroticismo con relación a ambas dimensiones de ansiedad ante la muerte, existe una correlación entre las variables. Según el coeficiente de correlación (Miedo a la propia muerte= ,157 – Miedo a la muerte de otros= ,175) la misma es directa en ambos casos.

De acuerdo con los objetivos específicos, se compararon los rasgos de personalidad y ansiedad ante la muerte a partir de las variables sociodemográficas trabajadas, en este sentido se obtuvo como resultados significativos que, en el caso del sexo, las mujeres presentan niveles más elevados de miedo a la muerte de otros, de responsabilidad y agradabilidad que los hombres. Otro elemento significativo fue el nivel educativo de los profesionales, siendo los terciarios y universitarios quien evidencian niveles más altos de neuroticismo que los sujetos que realizaron posgrados y a su vez estos últimos poseen niveles más altos de apertura a la experiencia. Por otro lado, los trabajadores que se encuentran ejerciendo su profesión demostraron niveles más elevados de neuroticismo que los que no ejercen la misma, mismos resultados obtenidos al observar a los profesionales que poseen contacto directo con pacientes.

De acuerdo con la asociación entre los rasgos de personalidad y las dimensiones de ansiedad ante la muerte, se puede mencionar que en función de la edad son significativos los rangos de 46 a 55 y de 56 a 65, siendo el primero asociado de forma directa a el factor responsabilidad y miedo a la propia muerte; y el segundo se relaciona de forma directa también con el neuroticismo y la dimensión miedo a la propia muerte.

Por otro lado, en función del sexo los resultados arrojaron que los hombres presentan una asociación directa entre el neuroticismo y ambas dimensiones de ansiedad ante la muerte. Continuando con los resultados significativos se halló que los sujetos que no practican religión evidencian una asociación directa entre

la apertura a la experiencia y el miedo a la muerte de otros; a su vez que también se asocia de manera directa con el neuroticismo y el miedo a la propia muerte. Por otro lado, se destacan los sujetos que presentan una patología previa de base, estos demuestran una asociación directa entre el neuroticismo y ambas dimensiones de ansiedad ante la muerte. Respecto de la labor ejercida dentro del área sanitaria se pudo concluir que existe una relación directa entre el neuroticismo y el miedo a la propia muerte en los sujetos que trabajan en medicina y los trabajadores auxiliares. A su vez el contacto con los pacientes actúa como factor influyente, dejando ver una correlación directa entre el neuroticismo y ambas dimensiones de ansiedad ante la muerte.

Por último, la antigüedad laboral presenta resultados interesantes mostrando que los trabajadores con menos de 10 años de experiencia tienen una asociación directa entre apertura a la experiencia y el miedo a la muerte de otros, en cambio de 21 a 30 años de experiencia resulto evidenciar una asociación directa entre el factor responsabilidad y miedo a la propia muerte. Para finalizar, el rango de 31 a 40 años de trayectoria laboral dejo ver una relación directa entre responsabilidad y miedo a la propia muerte y en contraposición una asociación inversa entre responsabilidad y miedo a la muerte de otros.

7. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo indagar la relación entre los rasgos de Personalidad y los niveles de Ansiedad ante la muerte en profesionales de la salud. Para ello se llevaron a cabo diferentes análisis estadísticos, que son los que se explican a continuación. En cuanto a la asociación entre los cinco grandes factores de la personalidad y ansiedad ante la muerte, se encontró una relación directa entre el factor neuroticismo de la variable personalidad y ambas dimensiones de ansiedad ante la muerte, miedo a la propia muerte y a la muerte de otros. es decir que las personas que presentan mayores niveles neuroticismo presentarían mayores niveles de miedo a la muerte y viceversa. En este sentido, dimensión neuroticismo se define como el estilo cognitivo de las personas distinguiendo a aquellas que, en el caso de presentar elevados niveles de este, son propicios a desarrollar ideas absurdas y dificultades de afrontamiento en

condiciones de estrés. Dicho de otra manera, los sujetos que puntúan bajo en neuroticismo se muestran serenas, alcanzando a mantener el control en escenarios que les implican situaciones difíciles (Costa, Terracciano & McCrae, 2001).

Por otra parte, en el análisis estadístico correspondiente a comparación entre grupos, los sujetos que se encuentran en ejercicio de la profesión y en contacto directo con los pacientes presentaron niveles más elevados de neuroticismo a diferencia de los profesionales que no ejercen o que no se encuentran en contacto directo con pacientes. Esto concordaría con lo expuesto por Gómez Cantorna, Puga Martínez, Clemente Díaz, Mayan Santos y Gandoy Crego (2012) en su investigación, donde arribaron a la conclusión de que los niveles de neuroticismo se vinculan estrechamente al estado del ambiente laboral, resultando congruente y esperable que se manifieste niveles más elevados en los profesionales en ejercicio de la profesión que mantienen contacto directo con pacientes. De esta manera, el factor neuroticismo se vincula a los aspectos negativos subyacentes a las circunstancias de tedio o malestar emocional, incluyendo tendencias a experimentar sentimientos de ira, depresión, ansiedad, culpa, vergüenza, y frustración (Costa, Terracciano & McCrae, 2001).

Por lo tanto, se podría inferir que el entorno circundante del trabajador sanitario y la proximidad al proceso de muerte esclarecen la propia mortalidad inherente a la humanidad, generando así diversos niveles de ansiedad en los trabajadores de la salud, y más si se evalúa el contexto en el cual se llevó a cabo el estudio, encontrándose los profesionales en la primera línea de peligro frente al virus Covid-19. En este sentido es congruente con lo evidenciado por Tomas Sábado y Llistuella (2001), quienes dan lugar a los factores de la personalidad en la determinación de los niveles de ansiedad ante la muerte, afirmando de esta manera que la personalidad de cada sujeto acuerda las primacías vitales y establece un concepto general del significado de la muerte, aspecto sumamente vinculado con la fuerza y las bases de las ansiedades que se estimulan frente a la proximidad al proceso de muerte tan frecuente en el área laboral estudiada.

Continuando con el factor neuroticismo y la importancia del contexto en el cual se realizó el presente trabajo, se encontró que los sujetos que presentan una patología de base congénita mostraron mayores niveles de ansiedad ante la muerte, esto podría ser consecuencia de las múltiples situaciones de riesgo

que atraviesan a todos los profesionales de la salud actualmente, tales como la protección ante el contagio del virus Covid-19, situaciones discriminativas, sentimientos negativos, de frustración y agotamiento tanto en aspectos físicos como psicológicos y sociales (Kang et al, 2020). Según los resultados obtenidos y en congruencia con lo expuesto por los autores, la situación pandémica actual atraviesa la salud de cada uno de los profesionales, afectando la salud mental y física de los trabajadores. Asimismo, el factor neuroticismo también se vincula de forma directa con el miedo a la propia muerte en los profesionales mayores a 56 años, aspectos vinculados al contexto actual, donde la OMS (2020) destaca a los individuos de edades avanzadas y/o que se encuentran sobrellevando cuadros médicos congénitos son los más proclives a contraer el Covid-19 y presentar estados de riesgo.

De la misma forma, en lo que respecta a la variable edad se halló una relación directa entre responsabilidad y la dimensión miedo a la propia muerte en el rango etario de 46 a 55 años, es decir que a mayor responsabilidad mayores niveles de miedo a la propia muerte. Según lo antedicho, la responsabilidad es vinculada a la forma en que los individuos presentan la capacidad manejar, regular y direccionar sus impulsos, evaluando por si mismos si la situación conlleva una respuesta inmediata para poder accionar y o si responder de esta forma podría causar respuestas inapropiadas y generar daños (McCrae & Costa, 1996). No obstante Gómez Cantorna, Puga Martínez, Clemente Díaz, Mayan Santos y Gandoy, Crego (2012), concluyeron en su estudio que el nivel de responsabilidad se comprenderá afectado con relación al ambiente laboral que se transponga, se distinguirán elevados si el mismo es poco favorable, y en tanto se relacione a los niveles de estrés.

Por otro lado, con respecto a la variable antigüedad laboral se encontró una relación directa entre el factor apertura a la experiencia y el miedo a la muerte de otros en los profesionales con una antigüedad menor a 10 años, es decir que, a mayores niveles de apertura a la experiencia, mayores niveles de miedo a la muerte de otros o viceversa. Según Gómez Cantorna, Puga Martínez, Clemente Díaz, Mayan Santos y Gandoy Crego (2012) la apertura a la experiencia se ve estrechamente relacionada con la edad, las relaciones optimas con los pacientes y el horario laboral adecuado. En este caso y como lo definen McCrae y Costa (1996) los niveles elevados del factor se vinculan a modos más conscientes y

flexibles ante la afectividad, predisponiéndose de una forma positiva ante nuevas circunstancias, por el contrario, los individuos con bajos niveles de apertura a la experiencia se presentan resistentes a nuevas situaciones, evidenciando una inclinación fuerte por lo ya conocido. Los resultados obtenidos refutan la segunda hipótesis planteada en la que la relación entre estos factores se plantea de forma indirecta.

Insistiendo con la antigüedad laboral en el área sanitaria, en el rango de 31 a 40 años se encontró una relación inversa entre responsabilidad y el miedo a la muerte de otros, es decir que, las personas que presentan mayores niveles de responsabilidad presentarían, menores niveles de miedo a la muerte de otros y viceversa. Esto concuerda con los resultados de la investigación de Ascencio Huertas, Allende Pérez y Verastegui Avilés (2014), donde los autores evidenciaron que los trabajadores de la salud ante la constante exposición de casos terminales han afinado una profunda atención y responsabilidad hacia la vida, tanto de sí mismo como de los pacientes. Además, el factor neuroticismo y el miedo a la propia muerte evidenciaron una relación directa, es decir que ambas se desplazan de forma conjunta; esto podría ser congruente con lo expuesto por Ascencio Huertas, Allende Pérez y Verastegui Avilés (2014) los autores han reconocido que el enfrentar el proceso de muerte de forma tan próxima promueve el crecimiento personal, permitiéndoles reconocer la vida tal y como es.

Por otra parte, sobre el estudio realizado comparación de grupos dentro del análisis según sexo, los resultados obtenidos mostraron que el sexo femenino presenta niveles más elevados de responsabilidad y agradabilidad que las personas con sexo masculino, de la misma forma que también presentan mayores niveles de miedo a la muerte de otros que este último, se podría inferir que los resultados son congruentes entre sí, teniendo en cuenta al factor responsabilidad como la capacidad de repensar respuestas inmediatas o no dependiendo de lo que la situación amerite, y el factor agradabilidad como la inclinación por los aspectos interpersonales, sociables y serviciales; los individuos que presentan los niveles elevados en esta dimensión evitan la hostilidad y se auto perciben como generosos, confiados y solidarios (McCrae & Costa, 1987). Teniendo en cuenta que el sexo femenino evidencia ambos factores en niveles elevados es esperable que también se presenten elevados

niveles de miedo a la muerte de otros ante las características de servicio y vocación mencionadas. Por otro lado, y vinculando estos resultados con lo hallado en las correlaciones, se encontró que el sexo masculino se asocia de forma directa con el miedo a la propia muerte y el factor neuroticismo, es decir que a mayor miedo a la propia muerte más neuroticismo.

Por último en lo referido a la variable nivel de educación los resultados arrojaron que los profesionales con estudios terciarios y universitarios presentarían mayores niveles de neuroticismo que los profesionales que tienen estudios de posgrado, asimismo, los profesionales de posgrado evidenciarían más apertura a la experiencia que el resto, esta última es definida como un modo cognitivo más flexible, quienes presentan niveles elevados de la misma poseen más conciencia de sus asuntos afectivos y se predisponen a circunstancias novedosas sin mayores conflictos. Los profesionales se hallan bajo una compleja escala de fuerzas ante las que deben estar capacitados para afrontar desafíos de diversas índoles, como el envejecimiento de la población, las enfermedades recientes, el aumento de las patologías existentes o la extensión de las problemáticas y la agresión en la cotidianidad de las labores (OMS 2006). Teniendo en cuenta el difícil contexto en el que llevan a cabo su labor, es esperable que los sujetos con mayor preparación y capacitación académica sean quienes evidencian menor neuroticismo y más apertura a la experiencia que el resto de los profesionales, dejando en evidencia la importancia de la educación en esta área de trabajo, Grau Abalo et al., (2010) en su estudio confirma que el entrenamiento en el área laboral en el que se desarrolla cada trabajador sanitario tiene un resultado efectivo en la capacidad cognitiva, manteniendo esta misma línea, Falco de Torres (2016) concluyó que la formación académica y la manera en la que el trabajador de la salud pone en práctica posteriormente esos conocimientos influyen directamente sobre el entorno laboral y sus características. Tal y como lo menciona la Organización Mundial de la salud (OMS 2006), los profesionales deben estar capacitados para enfrentar situaciones como el contexto actual, deben contar con las herramientas y dispositivos de apoyo que sean necesarios para que puedan contar con un contexto laboral que fomente el afecto al área laboral y a la sociedad, el respeto tanto por el proceso de ciclo vital como para con la integridad de los sujetos, el significado del deber, la responsabilidad, la sinceridad, la benevolencia, el

desapego y la dignidad profesional entre otros, características que deberían ser inherentes a el accionar del personal sanitario.

En cuanto a la labor ejercida en el área sanitaria no se encontraron diferencias significativas entre los grupos, se puede inferir entonces que el área de desempeño laboral en específico no interfiere con los niveles de ansiedad ante la muerte y con los factores de personalidad Sin embargo, los resultados obtenidos, podrían deberse a que en el presente estudio abordo las diferentes especialidades desde una perspectiva global, siendo una muestra generalizada con la cual se trabajó; de esta forma se puede plantear como precedente para futuras investigaciones la posibilidad de trabajar con las especialidades en específico, tales como medicina, Infectología, enfermería, y demás profesionales del área.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel-Khalek, A. M. (2011). The death distress construct and scale. *Omega*, 64(2), 171–84. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22375351>
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*.
- Allport, G.W. (1974), *Psicología de la personalidad*, Buenos Aires, Paidós.
- Asencio Huertas, L., Allende Pérez, S. R., & Verastegui Avilés, E. (2014). Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo de cuidados paliativos oncológicos.
- Ayuso, L. (2018). New partnerships in widowhood in Spain: Realities and desires. *Journal of Women & Aging*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1463128>
- Barr P. (2018). The five-factor model of personality, work stress and professional quality of life in neonatal intensive care unit nurses. *Journal of Advanced nursing*. 74: 1349–1358.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 47(2), 201-208.
- Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte*. Alianza Editorial. Janvier.
- Bayés, R., Limonero, J. T., Buendía, Burón, & Enríquez. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa*, 6(4), 140–143.
- Becerra Canales, B., & Becerra Huaman, D. (2020). Diseño y validación de la escala de Inteligencia Espiritual en la práctica sanitaria, Ica-Perú. *Enfermería Global*, 19(60), 349-378.

- Benet-Martínez, V. & Jhon, O. (1988). Los cinco grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750.
- Borda Mas, M. D. L. M., Pérez San Gregorio, M. D. L. Á., & Avargues Navarro, M. L. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de fobia a la muerte. *Análisis y modificación de conducta*, 37 (155-156), 91-114.
- Cannon, W. B. (1927). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: an account of recent research into the function of emotional excitement*. New York: D. Appleton and Company.
- Cano Vindel, A., Fernández, J. C., & Spielberger, C. D. (2012). La experiencia y expresión de la ansiedad y la ira en pacientes con asma bronquial. *Ansiedad estrés*, 221-230.
- Carpintero H. (2000). Notas históricas sobre la ansiedad. Madrid, España. *Revista Ansiedad y Estrés*, 6(1):1-19.
- Cassaretto, M. (2009). Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes preuniversitarios de Lima Metropolitana. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/619/Cassaretto_bm.pdf;jsessionid=3F54E9149A131E7F5610F8FEF684385D?sequence=1
- Cattell, R.B (1993), *Lo profundo de la personalidad. Aplicación del 16FP*, México, El manual Moderno.
- Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1989) *Cuestionario 16 factores de personalidad*, México, El Manual Moderno
- Centeno, C. (1999). *Principios de medicina paliativa. Manual de oncología clínica*. Valladolid: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Valladolid.
- Chan, AO y Huak, CY (2004). Impacto psicológico del brote de síndrome respiratorio agudo severo de 2003 en los trabajadores de la salud en un

hospital general regional de tamaño mediano en Singapur. *Medicina del trabajo*, 54 (3), 190-196.

Choi, JS y Kim, JS (2016). Factores que influyen en el comportamiento preventivo contra el síndrome respiratorio-coronavirus de Oriente Medio entre estudiantes de enfermería en Corea del Sur. *La formación de enfermeras hoy*, 40, 168-172.

Clark, D.A., & Beck, A.T. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Bilbao: Desclee de Brower.

Codorniu, N., Bleda, M., Albuquerque, E., Guanter, L., Adell, J., García, F., & Barquero, A. (2011). Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index de Enfermería*, 20(1-2), 71-75. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962011000100015>.

Collett-Lester, D. (1969). The fear of death end the fear of dying. *J Psychol.*, 72(2), 179-81

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.

Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Reply to eysenck. *Personality and individual differences*, 13(8), 861-865.

Costa, P. & McCrae, R. (1997). Personalitytraitstructure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.

Costa, P., & McCrae, R. R. (2012). Major contributions to the psychology of personality. In Hans Eysenck: consensus and controversy (pp. 65-74). Taylor and Francis.

Costa, P., Terracciano, A. & McCrae, R. (2001). Gender differences in personality traits cultures: robust and surprising findings. *Journal of personality and social psychology*, 81(2), 322-331.

- Dadfar, M., Lester, D., Vahid, M. K. A., Farid, A. A. A., & Birash, B. (2015). *Death Distress in Nurses: Psychoeducational Interventions*. Tehran: MirMah Publications.
- De la Barrera, CA y Reyes-Terán, G. (2005). Influenza: pronóstico de una pandemia. *Archivos de investigación médica*, 36 (6), 628-636.
- De Torres, E. F. (2016). Personalidad del médico. ¿Un factor de riesgo? *Revista CONAMED*, 21(3), 136-140. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163f.pdf>
- Díaz Tobajas, M. C., Juarros Ortiz, N., García Martínez, B., & Sáez Gavilán, C. (2017). Estudio de la ansiedad del profesional de enfermería de cuidados intensivos ante el proceso de la muerte. *Enfermería Global*, 16(45), 246-265.
- Diccionario de medicina. (2015) Mosby. Argentina: Editorial Océano.
- DLE. (2017). *Diccionario de la lengua española - Edición del Tricentenario*. Recuperado de: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=validar>
- Edo-Gual, M., Monforte-Royo, C., & Tomás-Sábado, J. (2015). Afrontar el sufrimiento y la muerte: desafíos para el cuidado en el siglo XXI. *Enfermería Clínica*, 25(1), 42-43.
- Esparza, J. (2016). Epidemias y pandemias virales emergentes: ¿Cuál será la próxima? *Investigación clínica*, 57(3), 231-235.
- Espinoza, M., & Sanhueza, O. (2012). Miedo a la muerte y su relación con la inteligencia emocional de estudiantes de enfermería de Concepción. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(4), 607–613. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000400020>
- Eysenck, H. (1970). *The structure of human Personality*. (3a. ed.). New York: Methuen.
- Fernández-Donaire, L., Romero-Sánchez, J. M., Paloma-Castro, O., Boixader-Estévez, F., & Porcel-Gálvez, A. M. (2019). The nursing diagnosis of

“Death Anxiety”: Content validation by experts. *International journal of nursing knowledge*, 30(4), 211-218.

Fernández Donaire, L. (2019). Validación de los diagnósticos enfermeros. Ansiedad ante la muerte y Temor al proceso de morir. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/93820/Tesis%20Lidia%20Fernandez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fernández, M. P. (2011). Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enfermería intensiva*, 22(3), 96-103. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113023991100040X>

Font, J. M. L. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*, 14(4), 693-701.

Garay, G. D. (2011). Ansiedad frente a la muerte en personal de enfermería (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Giudice, N. B. (2011). Síndrome de Burnout y ansiedad ante la muerte en psicooncólogos (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.

Gómez Cantorna, C., Puga Martínez, A., Clemente Díaz, M., Mayán Santos, J. M., & Gandoy Crego, M. (2012). Factores de personalidad en el personal de enfermería de unidades de cuidados paliativos. *Gerokomos*, 23(3), 110-113. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2012000300003&script=sci_arttext&tlng=pt

González Rey F. Un análisis psicológico de los valores: su lugar e importancia en el mundo subjetivo. En: *La formación de valores en las nuevas generaciones: una campaña de espiritualidad y conciencia*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1996:46-57.

Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M. del C., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Reyes Mendez, M., Infante Pedreira, O., Romero Pérez, T., Barroso

Fernández, I., & Morales Arisso, D. (2010). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10). Recuperado a partir de <https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/92>

Grau Abalo, J., Llantá Abreu, M. C., Massip Pérez, C., Chacón Roger, M., Reyes Méndez, M. C., Infante Pedreira, O., ... Morales Arisso, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 27–58.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. (2008). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS No 2006/10. Recuperado de: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf

Huarcaya, V. J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 37, 327-334.

Jaramillo Echeverri, L. G., Pinilla Zuluaga, C. A., Duque Hoyos, M. I., & González Duque, L. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia). *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.

John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). Big five inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*.

John, O. P. (1990). The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 66-100). New York: Guilford Press.

- Jones, K. I., Amawi, F., Bhalla, A., Peacock, O., Williams, J. P., & Lund, J. N. (2015). Assessing surgeon stress when operating using heart rate variability and the State Trait Anxiety Inventory: will surgery be the death of us? *Colorectal Disease*, 17(4), 335–341. <https://doi.org/10.1111/codi.12844>
- Kassin, S. M., Goldstein, C. C., & Savitsky, K. (2003). Behavioral confirmation in the interrogation room: On the dangers of presuming guilt. *Law and human behavior*, 27(2), 187-203.
- Kielholz P. (1987). *Angustia. Aspectos psíquicos y somáticos (2a)*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kübler-Ross, E. (2009). *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. London: Routledge.
- Krikorian, A., Limonero, J. T., & Maté, J. (2012). Suffering and distress at the end-of-life. *Psycho-Oncology*, 21(8), 799–808.
- Leal, I. Vidales, F. & Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.
- Librán, E. C. (2015). *Manual de psicología de la personalidad*. Club Universitario.
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-46.
- Limonero, J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de psicología general y aplicada*, 49(2), 249-265.
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema*14(4), 693-701. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72714402.pdf>
- López, A. C., & Calle, I. S. (2008). Psychometric properties of the Death Anxiety Scale (DAS) among HIV/AIDS patients. *Psicothema*, 20(4), 958-963.
- López, D. (2011). Tema 2: Enfoque de los rasgos y del temperamento.
- Maglio, I., Wierzba, S. M., Belli, L. F., & Somers, M. E. (2016). El derecho en los finales de la vida y el concepto de muerte digna.

- Maio, S. (2012). Características de Personalidad resistente y Ansiedad frente a la muerte en ocupaciones de riesgo (Tesis de grado). Universidad Abierta Interamericana. Buenos Aires, Argentina.
- Marangoni, A. (2009). El origen de las palabras. Etimología de algunos términos usados en medicina. *Revista Argentina de Radiología*, 73(2), 149–152. Recuperado de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-99922009000200002&script=sci_arttext&tlng=pt#ref
- Martínez Martínez, E. (2001). Formación de valores en el personal de la salud. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 30(3), 190-201.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1992). Discriminant validity of NEO-PIR facet scales. *Educational and Psychological Measurement*, 52(1), 229-237.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1996). Toward a new generation of personality theories: Theoretical contexts for the five-factor model. En J. S. Wiggins (Ed.), *Five factor model of personality: Theoretical perspectives* (pp. 51-87). New York: Guilford Press.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of personality and social psychology*, 52(1), 81.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60(2), 175-215.
- Médicos sin Fronteras. (2020). ¿Qué es una pandemia? ¿Cuál es la diferencia entre pandemia y epidemia?
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & Ceccim, R. B. (2006). Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud colectiva*, 2, 147-160.
- Muñoz Zambrano, C. L., Rumie Díaz, H., Torres Gómez, G., & Villarroel Julio, K. (2015). Impacto en la salud mental de la (del) enfermera (o) que otorga cuidados en situaciones estresantes. *Ciencia y enfermería*, 21(1), 45-53.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100005.

McCrae, R. R. y Costa, T. (1980). Influencia de extraversión y neuroticismo en subjetivo bienestar: contento e infeliz personas. *diario de Personalidad y Social Psicología*, 38, 668–678.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2012). *Personality in adulthood* (2nd ed.). Nueva York: The Guilford Press

Neel, C., Lo, C., Rydall, A., Hales, S., & Rodin, G. (2015). Determinants of death anxiety in patients with advanced cancer. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 5(4), 373–380. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2012-000420>

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

Nieto, H. A. (2000). Trabajo y Salud. *Boletín de temas de Salud de la asociación de Médicos Municipales de la ciudad de Buenos Aires*, 7, 67-69

North American Nursing Diagnosis Association (Ed.). (2001). *NANDA Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2001-2002*. Nanda International.

Novick, M., & Galín, P. (2003). Flexibilización del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. *Representación OPS/OMS Argentina: "Observatorio de recursos humanos en salud en la Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones*, 58.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Colaboremos por la salud*. Recuperado de: https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). Información recuperada de: <https://www.who.int/es>

Organización Panamericana de la Salud. Programa de líderes en salud internacional. Washington, D.C.: OPS; 2013. Disponible en: www.paho.org/lideresensaludinternacional

- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Información recuperada de:
<https://www.paho.org/es>
- Pelechano, B.V. (1993), *Personalidad: un enfoque histórico-conceptual*, Valencia, Promolibro.
- Pervin, L.A. (1984), *Personality: Theory and research*, Nueva York, John Willey & Sons, Inc.
- Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, 14, S22-S28. doi: 10.1002/ (SICI)1099-1077(199908)14:1+3.0.CO;2-V
- Quintero, S., & Simkin, H. (2020). Adaptación y Validación al español de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett–Lester “FODS”. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 24(1), 84-93.
- Raja Hernández, R., Gala León, F. J., González Infante, J. M., Lupiani Giménez, M., Guillén Gestoso, C., & Alba Sánchez, I. (2002). Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario (P.S.) ante la muerte. *Cuadernos de Medicina Forense*, (29), 21–36. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000300002
- Riveros, M., & Hernández, H. Rivera. (2007) “Niveles de Depresión y Ansiedad en Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana”. *Revista IIPSI*, 10(1).
- Rodríguez de Díaz, M. L., Díaz Guerrero, R. (1997) ¿Son universales los rasgos de la personalidad? *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 29, núm. 1, pp. 35-48 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
- Roth, E., & Pinto, B. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8(2), 62-100. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v8n2/v8n2a04.pdf>
- Rodriguez de Diaz, M. L., & Diaz-Guerrero, R. (1997). ¿Son universales los rasgos de la personalidad? *Rev. Latinoamericana de psicología*, 35-48.
- Rubio Herrero R, Cabezas Casado JL, Aleixandre Rico M y Fernández Jiménez C (1998). Un modelo de satisfacción vital basado en la comunicación

tripartita: profesional de la salud, paciente y familiares. *Index de Enfermería*, 23:22-25.

Sala, A., Luppi, C. G., Simões, O., & Marsiglia, R. G. (2011). Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 20, 948-960.

Sarudiansky, M. (2013). Ansiedad, angústia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología iberoamericana*, 21(2), 19-28.

Sevilla-Casado, M., & Ferré-Grau, C. (2013). Ansiedad ante la muerte en enfermeras de Atención Sociosanitaria: datos y significados. *Gerokomos*, 24(3), 109-114. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n3/comunicacion2.pdf>

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar E Subjetividade*, 3(1), 10–59. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002

Simkin, H. & Azzollini, S. (2015). Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los Cinco Factores. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 339-361.

Simkin, H., Etchezahar, E., & Ungaretti, J. (2012). Personalidad y Autoestima desde el modelo y la teoría de los Cinco Factores. *Hologramática*, 17(2), 171-193. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Hugo_Simkin/publication/264348268_Personalidad_y_Autoestima_desde_el_modelo_y_la_teoría_de_los_Cinco_Factores/links/53d9a4960cf2631430c7d921/Personalidad-y-Autoestima-desde-el-modelo-y-la-teoría-de-los-Cinco-Factores.pdf

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6, 275-293.

Tang, D., Comish, P. y Kang, R. (2020). Las características distintivas de la enfermedad COVID-19. *Patógenos PLoS*, 16 (5).

- Taylor, L., & Gorman, J. (1992). Theoretical and therapeutic considerations for the anxiety disorders. *The Psychiatric Quarterly*, 63(4), 319–42.
Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1361997>
- Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.
- Tomás-Sábado, J., & Benito, J. G. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General Y Aplicada: Revista de La Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 56(3), 257–279.
- Tomás-Sábado, J., Fernández-Narváez, P., Fernández-Donaire, L., & Aradilla-Herrero, A. (2007). Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enfermería Clínica*, 17(3), 152–156.
[https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(07\)71787-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71787-4)
- Tomás Sábado, J., & Guix Llistuella, E. (2001). Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería clínica*, 11(3), 104-109.
- Tomás-Sábado, J. (2016). Miedo y ansiedad ante la muerte. Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. Barcelona: Herder.
- Tomás-Sábado, J. (2020). Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Revista de enfermería y salud mental*, (16), 26-30.
- Tonberg, A., Harden, J., McLellan, A., Chin, R. F. M., & Duncan, S. (2015). A qualitative study of the reactions of young adults with epilepsy to SUDEP disclosure, perceptions of risks, views on the timing of disclosure, and behavioural change. *Epilepsy & Behavior*, 42, 98–106.
<https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2014.11.018>
- Vecino Alegret F. Las universidades cubanas a las puertas de un nuevo siglo: realidades y desafíos. *Pedagogía* 99. La Habana, 1999:2-3

- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica. com*, 7(8).
- Vilela Alemán, Y. P. (2013). Burnout y personalidad en enfermeras de un hospital militar. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5106>
- Villamil Jiménez, L. C. (2013). Epidemias y pandemias: una realidad para el siglo XXI. Un mundo y una salud. *Revista lasallista de investigación*, 10(1), 7-8.
- Vitello-Cicciu, J. M. (2002). Exploring emotional intelligence: Implications for nursing leaders. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 32(4), 203-210.
- Warren, H.C. (ed.) (1984), *Diccionario de Psicología*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Widder, J., & Glawischnig-Goschnik, M. (2002). The concept of disease in palliative medicine. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5(2), 191-197.
- Wong, F. K. Y., Lee, W. M., & Mok, E. (2001). Educating nurses to care for the dying in Hong Kong: a problem-based learning approach. *Cancer Nursing*, 24(2), 112-121.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172.

9. ANEXO

8.1 Protocolo de relevamiento de datos

Lo invitamos a participar de una investigación para la realización de tesis de grado con la finalidad de obtener el título de Licenciatura en Psicología.

La información brindada por usted es anónima y sus datos no serán difundidos. Los resultados de la misma serán utilizados sólo para fines académicos-científicos.

Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor intente no omitir ningún punto y responder a todo el cuestionario.

Género: F M **Edad:** ___ años

Lugar de residencia: Caba

Zona Sureste: Partidos de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes

Zona Sur: Esteban Echeverría, Ezeiza, presidente Perón y San Vicente

Zona Suroeste: La Matanza, Lanús y Lomas de Zamora

Zona Oeste: Hurlingham, Ituzaingó y Morón

Zona Noroeste: General Rodríguez, Merlo, Moreno y Pilar

Zona Norte centro: General San Martín, José C. Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel y Tres de Febrero

Zona Noroeste: Escobar, San Fernando, San Isidro, Tigre y Vicente López

Zona Gran La Plata: Partidos de Berisso, Ensenada y La Plata

Estado civil: Soltero/a

Pareja/Convive

Casado/a

Separado/a

Divorciado/a

Viudo/a

¿Tiene hijos? Si No

Nivel de educación: Pregrado Incompleto

Pregrado completo

Terciario incompleto

Terciario Completo

Universitario Incompleto

Universitario Completo

Postgrado

Se encuentra ejerciendo su profesión actualmente: Si No

¿Qué labor ejerce? Medicina

Enfermería

Profesionales asociados

Auxiliares

¿Tiene contacto con consultantes y pacientes? Sí No

Usted trabaja (indicar con una cruz): En relación de dependencia.

De forma autónoma

Ambos

Indique su antigüedad laboral en años: _____

Indique su antigüedad laboral en su actual puesto de trabajo: _____

El ámbito laboral en el que se desenvuelve es: Público

Privado

Ambos

Ha ejercido su profesión durante situaciones de ...

Pandemia

Epidemia

Endemia

Cuestionario BFI

Aquí tiene un listado de características que usualmente se utilizan para describir a las personas. Deberá indicar en qué medida la frase lo describe adecuadamente. Si está completamente de acuerdo con la frase marque con una cruz en la columna muy de acuerdo. Si está en completo desacuerdo con la frase coloque una cruz en la columna muy en desacuerdo. Si no está ni en acuerdo ni en desacuerdo coloque una cruz en la columna correspondiente. Recuerde que tiene opciones intermedias.

Yo me veo a mí mismo/a como alguien...	Muy en desacuerdo	En parte en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En parte de acuerdo	Muy de acuerdo
1. A quien le gusta hablar					
2. Que tiende siempre a encontrar fallas en los demás					
3. Que tiene capacidad para finalizar una tarea					
4. Que es depresivo/a o triste					
5. Que es original y a quien se le ocurren nuevas ideas					
6. Que es reservado/a					
7. Que ayuda a los demás y no es egoísta					
8. Que puede ser un poco descuidado/a					
9. Que es relajado/a y que maneja bien los problemas					
10. Que es curioso/a respecto de las cosas.					

11. Que está lleno/a de energía					
12. Que empieza peleas con los demás.					
13. Que es un trabajador/a confiable					
14. Que puede ser tenso/a					
15. Que es ingenioso/a					
16. Que siempre genera mucho entusiasmo.					
17. Que tiene una naturaleza por la cual puede perdonar					
18. Que tiende a ser desorganizado/a					
19. Que se preocupa mucho por todo					
20. Que tiene una imaginación muy activa					
21. Que tiende a ser callado/a					
22. Que generalmente es muy confiable					
23. Que tiende a ser perezoso/a					
24. Que es emocionalmente estable y no se altera fácilmente					
25. Que es imaginativo/a.					
26. Que tiene una personalidad asertiva					
27. Que puede ser frío/a y distante					
28. Que persevera hasta que las tareas están terminadas					
29. Que puede tener alteraciones en los estados de ánimo					
30. Que tiene valores artísticos y disfruta de las experiencias de la vida					
31. Que a veces es tímido/a e inhibido/a					
32. Que es muy considerado/a y amable con los demás					
33. Que hace las cosas de modo eficiente					
34. Que permanece calmo/a en situaciones tensas					
35. Que prefiere el trabajo rutinario					
36. Que es sociable					

37. Que a veces puede tratar mal a los demás.					
38. Que puede fijarse metas y seguirlas					
39. Que se pone nervioso/a fácilmente					
40. A quien le gusta pensar y reflexionar.					
41. Que tiene pocos intereses artísticos.					
42. A quien le gusta cooperar con los demás					
43. Que se distrae fácilmente					
44. Que tiene gustos sofisticados en arte, música o literatura					

Escala de miedo a la muerte

I) Las siguientes afirmaciones son concernientes a la percepción que tenés sobre algunas de tus creencias vinculadas a la muerte. Te pedimos que nos indiques en qué grado estás de acuerdo con cada afirmación, según la siguiente escala. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tenés con relación a TU PROPIA MUERTE o PROCESO DE MORIR en ...?

Nada	Moderada			Mucha
1	2	3	4	5

1. Todas las cosas que perderás al morir					
2. Cómo será el estar muerto/a					
3. La degeneración física que supone el proceso de morir					
4. La degeneración mental del envejecimiento					

II) A continuación, te pedimos que nos indiques en qué grado estás de acuerdo con cada afirmación, según la siguiente escala. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tenés con relación a LA MUERTE O PROCESO DE MORIR DE OTROS en?

Nada	Moderada			Mucha
1	2	3	4	5

1. La pérdida de una persona querida					
2. Envejecer solo/a, sin la persona querida					
3. Ver cómo sufre dolor					
4. Observar la degeneración física de su cuerpo					

I) Las siguientes afirmaciones son concernientes a la percepción que tenés sobre algunas de tus creencias vinculadas a la muerte. Te pedimos que nos indiques en qué grado estás de acuerdo con cada afirmación, según la siguiente escala. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tenés con relación a **TU PROPIA MUERTE** o **PROCESO DE MORIR** en ...?

Nada	Moderada			Mucha
1	2	3	4	5

1. Todas las cosas que perderás al morir					
2. Cómo será el estar muerto/a					
3. La degeneración física que supone el proceso de morir					
4. La degeneración mental del envejecimiento					

II) A continuación, te pedimos que nos indiques en qué grado estás de acuerdo con cada afirmación, según la siguiente escala. ¿Qué grado de preocupación o ansiedad tenés con relación a **LA MUERTE O PROCESO DE MORIR DE OTROS** en?

Nada	Moderada			Mucha
-------------	-----------------	--	--	--------------

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

1. La pérdida de una persona querida					
2. Envejecer solo/a, sin la persona querida					
3. Ver cómo sufre dolor					
4. Observar la degeneración física de su cuerpo					

¡Gracias por su colaboración!