UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y AUTOESTIMA EN MÉDICOS CLÍNICOS EN EL MARCO DE LA TEORÍA DE LA GESTIÓN DEL TERROR

PRESENTADA POR

ALEJANDRO DAVID LAGO

DIRECTOR y CO-DIRECTOR: Gabriel Van Oostveldt y Carolina Maldonado

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

Fecha: 2023

Resumen

Este estudio examinó la influencia de la exposición a la saliencia de la mortalidad, en particular en el contexto de la profesión médica en los niveles de ansiedad ante la muerte y autoestima, comparando con la población general. Se utilizó una muestra de 11 médicos clínicos y 117 personas que trabajan en cualquier otra actividad (grupo control), a quienes se les aplicó un cuestionario autoadministrado que incluía datos sociodemográficos y las escalas de Ansiedad ante la Muerte de Templer y Autoestima de Rosenberg.. Los resultados indicaron que la exposición a circunstancias que evidencian la mortalidad humana, como puede ser el ejercicio de la actividad médica, tuvo una diferencia significativa en los niveles de ansiedad ante la muerte, siendo menor en el grupo de médicos. Se encontró una correlación negativa significativa entre los niveles de autoestima y ansiedad ante la muerte en la población general y en el subgrupo de trabajadores no médicos. En hombres, se encontró una correlación negativa moderada y significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte, mientras que en mujeres no se encontró una relación estadísticamente significativa. Estos hallazgos pueden ser útiles para el desarrollo de estrategias de intervención en casos de ansiedad ante la muerte pronunciada o patológica.

Abstract

This study examined the influence of exposure to mortality salience, particularly in the context of the medical profession, on levels of death anxiety and self-esteem, compared to the general population. A sample of 11 clinical doctors and 117 people working in any activity (control group) were used, who completed a self-administered questionnaire that included sociodemographic data, Templer's Death Anxiety and Rosenberg's Self-Esteem scales. The results indicated that exposure to circumstances that evidences human mortality, such as the practice of medical activities. had a significant difference in levels of death anxiety, being lower in the group of proffesional medics. A significant negative correlation was found between levels of self-esteem and death anxiety in the general population and in the non-medical worker subgroup. In men, a significant moderate negative correlation was found between self-esteem and death anxiety, while in women, no statistically significant relationship was found. These findings may be useful for the development of intervention strategies in cases of pronounced or pathological death anxiety.

Índice General

Contenidos

Abstract....2
Índice General....3
Capítulo 1....5
1. Introducción....5
1.1. Formulación del problema....5
1.1.1. Justificación y relevancia....5
1.1.2. Pregunta de Investigación....5
1.2. Objetivos Generales....5
1.2.1. Objetivos Específicos....6
1.3. Hipótesis....6
Capítulo 2....7
2. Antecedentes....7
Capítulo 3....9
3. Marco Teórico....9
3.1. Ansiedad....9
3.1.1. Conceptualizaciones de la Ansiedad....9
3.1.2. Diferenciación entre la ansiedad y otras emociones....12
3.1.3. Ansiedad normal y patológica....16
3.2. Conceptualizaciones sobre la muerte....18
3.2.1. Historia del concepto y diferencias culturales....18
3.2.2. Perspectivas filosóficas....21
3.2.3. Temor a la muerte....22
3.3. Ansiedad ante la muerte....22
3.3.1. Diferentes perspectivas teóricas....22
3.4. Identidad social....25
3.4.1. Conceptualizaciones....25
3.5. Teoría del manejo del Terror (Terror Management Theory)....27
3.5.1. Postulados Básicos....27
3.5.2. Autoestima en el marco de la TMT....29
3.5.3. Saliencia de mortalidad....30
3.5.4. Modelo del manejo del terror para la promoción de la salud (TMHM)....30

Capítulo 4.....32
4. Metodología.....32
4.1. Tipo de estudio.....32
4.2. Muestra y Muestreo.....33
4.3. Instrumentos.....33
4.4. Procedimiento.....34
4.5. Análisis.....35
Capítulo 5.....40
5. Conclusión.....40
5.1. Limitaciones.....41
5.2. Discusión y recomendaciones.....41
Anexos.....42
Bibliografía.....49

Capítulo 1

1. Introducción

1.1. Formulación del problema

1.1.1. Justificación y relevancia

Un correcto entendimiento del impacto que genera la contemplación de nuestra mortalidad, descripta como una ansiedad estructural característica del ser humano, nos permitiría, desde la ciencia de la psicología, desarrollar estrategias de intervención para aquellos casos en que la ansiedad ante la muerte sea pronunciada y/o patológica. A su vez, se podría analizar la influencia benéfica de la autoestima en prevención y promoción de la salud en actividades donde la saliencia a la mortalidad es inevitable.

Todavía no se ha investigado en el territorio de la República Argentina, la potencial relación entre autoestima y ansiedad ante la muerte, presente en personas que por su profesión, se ven expuestas de manera asidua y cotidiana a la saliencia de mortalidad.

1.1.2. Pregunta de Investigación

La pregunto que motiva la investigación es: ¿Cuáles son los niveles de autoestima y ansiedad ante la muerte en médicos clínicos y que relación existe entre estos dos constructos psicológicos?

1.2. Objetivos Generales

a. Identificar la relación entre la exposición a la saliencia de mortalidad característica de la profesión médica y niveles de autoestima como de ansiedad ante la muerte.

b. Analizar la vinculación entre la ansiedad ante la muerte y autoestima en población general.

1.2.1. Objetivos Específicos

a. Caracterizar a la muestra según aspectos socio-demográficos.
b. Describir los niveles de ansiedad ante la muerte en médicos clínicos.
c. Describir los niveles de autoestima en médicos clínicos.
d. Describir los niveles de ansiedad ante la muerte en trabajadores activos no médicos.
e. Describir los niveles de autoestima en trabajadores activos no médicos.
f. Comparar niveles de autoestima y ansiedad ante la muerte en médicos clínicos con trabajadores activos no médicos.
g. Asociar los niveles de autoestima con los niveles de ansiedad ante la muerte en la población general.
h. Asociar los niveles de autoestima con los niveles de ansiedad ante la muerte en médicos clínicos.
i. Asociar los niveles de autoestima con los niveles de ansiedad ante la muerte en trabajadores activos no médicos.
j. Asociar los niveles de autoestima con los niveles de ansiedad ante la muerte según el sexo.

1.3. Hipótesis

Hipótesis general: Existe una relación entre Autoestima y Ansiedad ante la muerte en población general.

H 1: La personas que presentan altos niveles de autoestima, poseen baja ansiedad ante la muerte.

H2: Los médicos clínicos poseen niveles de autoestima significativamente mas altos que el grupo de trabajadores no médicos.

H 2: Los médicos clínicos poseen niveles de ansiedad ante la muerte significativamente más bajos que el grupo de trabajadores no médicos.

Capítulo 2

2. Antecedentes

La autoestima y la ansiedad ante la muerte son dos constructos psicológicos fundamentales que han sido objeto de estudio en diversas disciplinas, incluyendo la psicología, la psiquiatría y la medicina. La autoestima se refiere a la valoración subjetiva que una persona tiene de sí misma, influyendo en su percepción de autovalía y competencia. Por otro lado, la ansiedad ante la muerte se relaciona con el temor y la preocupación asociados a la propia mortalidad y a la muerte de seres queridos, y puede tener un impacto significativo en el bienestar emocional y la salud mental de un individuo.

El estudio de Pyszczynski et al. (2004) titulado "Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review" proporciona una base teórica sólida para comprender la importancia de la autoestima en la psicología humana. Este trabajo destaca la necesidad de mantener una autoestima positiva como un mecanismo de defensa psicológico fundamental que protege a las personas de las amenazas existenciales, como el temor a la muerte. La investigación de Pyszczynski y sus colegas revela cómo la autoestima actúa como un amortiguador contra la ansiedad existencial, permitiendo que las personas enfrenten de manera más adaptativa las preocupaciones sobre su propia finitud.

El estudio de Sinclair (2011) titulado “Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals” analiza el impacto de la muerte y el proceso de morir en la vida personal y práctica de los profesionales de cuidados paliativos y hospicio. La investigación explora cómo este grupo de profesionales experimenta y afronta la muerte y cómo estas experiencias pueden influir en su vida personal y su labor profesional. El artículo ofrece una visión valiosa sobre la relación entre el proceso de morir y el bienestar emocional de quienes trabajan en estos campos de la atención médica, concluyendo que la exposición clínica a la muerte y al proceso de morir enseñó a los participantes a vivir en el presente, cultivar una vida espiritual, reflexionar sobre su propia mortalidad y considerar profundamente la continuidad de la vida. Al considerar cómo estos profesionales enfrentan y se adaptan a

la muerte, podemos obtener ideas valiosas sobre cómo los médicos clínicos pueden experimentar y gestionar la ansiedad ante la muerte, y cómo esto puede influir en su autoestima y su práctica médica.

El estudio de Juhl y Routledge (2014), “The effects of trait self-esteem and death cognitions on worldview defense and search for meaning” explica como La Teoría de la Gestión del Terror sostiene que alcanzar la autoestima al adherirse a los estándares de sistemas de creencias que proporcionan significado ayuda a gestionar las preocupaciones acerca de la muerte (World View: en la TMT refiere a los procesos cognitivos y emocionales en los que las personas participan para proteger y fortalecer sus cosmovisiones culturales y autoestima en vista de la conciencia de su mortalidad.). Los resultados demostraron que la MS (Saliencia a la Mortalidad por sus siglas en Inglés) aumenta la defensa del sistema de creencias. Por otra parte más resultados de este estudio demostraron que la MS aumentó la búsqueda de significado en individuos con baja autoestima , pero no en aquellos con alta autoestima. Mas allá de que Sistema de Creencias no va a ser evaulado en el presente estudio, es importante considerar la potencial relación entre baja autoestima y búsqueda de significado/defensa en el sistema de creencias cuando existe saliencia a la mortalidad., para ofrecer estrategias de afrontamiento ante la misma en el ejercicio de las profesiones del cuidado de salud.

Por otro lado, el estudio de Indacochea-Cáceda, Torres-Malca, Vera-Ponce y De la Cruz-Vargas (2021) sobre "El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19" arroja luz sobre la relevancia práctica de la ansiedad ante la muerte en un contexto específico: el de los profesionales de la salud, en este caso, médicos clínicos. Este trabajo demuestra cómo la pandemia de COVID-19, una crisis de salud global sin precedentes, ha intensificado las preocupaciones sobre la mortalidad tanto en la población en general como en los médicos que se enfrentan a situaciones críticas y decisiones difíciles a diario. La ansiedad ante la muerte, como se evidencia en este estudio, puede tener un impacto perjudicial en la salud mental de los médicos, comprometiendo su bienestar emocional y su capacidad para brindar atención de calidad a los pacientes.

Dada la relevancia de estos dos campos de investigación, este estudio propone una exploración más profunda de la relación entre la autoestima y la ansiedad ante la

muerte en médicos clínicos. Dado que la autoestima ha sido identificada como un recurso psicológico importante para afrontar la ansiedad existencial, se busca comprender cómo la autoevaluación positiva influye en la capacidad de los médicos para enfrentar el temor a la muerte, especialmente en el contexto desafiante de la pandemia de COVID-19. Este estudio pretende contribuir a la literatura científica existente al examinar cómo la autoestima puede actuar como un factor de protección en la prevención del agotamiento emocional y la ansiedad ante la muerte en médicos clínicos, lo que podría tener implicaciones significativas para la calidad de la atención médica y el bienestar de los profesionales de la salud.

Capítulo 3

3. Marco Teórico

3.1. Ansiedad

3.1.1. Conceptualizaciones de la Ansiedad

Etimológicamente la palabra ansiedad proviene del latín “anxietas”, que significa congoja o aflicción. Consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud, alarma y temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente. Cuando ésta es muy severa o grave puede paralizar al individuo y transformarse en el pánico (Cía, 2002).

Conti y Stagnaro (2007) plantean que la ansiedad es estudiada desde el siglo XVIII. Este concepto fue inicialmente estudiado por William Cullen, psiquiatra escoses, quien hacía referencia a una afección general del sistema nervioso la cual comprometía a los sentimientos y al movimiento. Posteriormente comenzó a utilizarse el término “neurosis” para hacer referencia a la angustia. Finalmente, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Edición Revisada DSM-R IV (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) se realizó una descripción de los diferentes trastornos mentales y la descripción de cada uno, incluyendo los trastornos de ansiedad, los cuales tienen a ésta como su principal componente.

Spielberger (1966, en Guijarro y Cano Vindel, 1999) describía el estado de ansiedad como un estado emocional, el cual es transitorio, y es caracterizado por sentimientos de temor y aprensión, y una alta activación del Sistema Nervioso

Autónomo. Estas situaciones que resultan amenazantes, sean o no reales, generan estados de ansiedad. El rasgo de ansiedad predispone a las personas a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y por lo tanto a responder a éstas con fuertes estados de ansiedad. Para Spielberger, la valoración cognitiva es el mecanismo fundamental que determina el estado de ansiedad.

Lang (1968, en Guijarro y Cano Vindel, 1999) propuso la teoría de los tres sistemas, la cual describía que la ansiedad se manifiesta en un triple sistema de respuesta: el sistema conductual o motor, cognitivo y fisiológico, y propone que este constructo se manifiesta a través de los mismos. La respuesta cognitiva puede estar orientada a una ansiedad normal, la cual pueden ser pensamientos o sentimientos de miedo, mientras que la ansiedad patológica es vivida como una catástrofe.

Por otro lado, Martínez Monteagudo et al. (2012) señalan que las respuestas fisiológicas están asociadas a un incremento en el Sistema Nervioso Autónomo, en el Sistema Nervioso Somático y en el Sistema Nervioso Central, y todo esto genera aumento en el ritmo cardiovascular, la frecuencia respiratoria y el tono músculo-esqueletal. Debido a los aumentos en los aspectos fisiológicos, hay también cambios en la respuesta motora, las cuales pueden ser directas como tics, tartamudeo, inquietud motora o temblores, o pueden ser indirectas surgiendo conductas de escape o evitación de aquello que causa ansiedad. Si bien las respuestas fisiológicas del miedo son muy similares a las de la ansiedad, hay que hacer una distinción entre estos dos conceptos, apuntando que el miedo es una reacción a un peligro que está presente y muy próximo al sujeto. En cambio, la ansiedad se presenta como una reacción natural ante un posible peligro que, según Gutierrez Garcia y Fernandez Martin (2012), tiene como fin impedir o minimizar posibles daños, preparando a las personas por medio de recursos fisiológicos, conductuales y mentales.

Lo que plantea la teoría de los tres sistemas, mencionada por Lang (1968, en Guijarro y Cano Vindel, 1999) es que cada uno de ellos funciona de modo independiente y en cada uno la ansiedad influirá en mayor o menor medida.

Calvo y Tobal (1998, en Gutiérrez-García y Fernández-Martín, 2012) plantean que la ansiedad tiene múltiples componentes como estado emocional y según Calvo y Cano-Vindel (1997, en Gutiérrez-García y Fernández-Martín, 2012) rasgo de personalidad.

Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003) expresan que, fenomenológicamente, la ansiedad está compuesta por tres factores: por un lado, se percibe un peligro inminente

y paralelamente hay una actitud de espera de ese peligro y un sentimiento de desorganización, y así mismo, hay una sensación de indefensión para enfrentar dichos peligros. Hay estímulos ambientales que pueden disparar la sensación de ansiedad, así como también puede surgir por estímulos internos como ser los pensamientos. Cuando la existencia se ve amenazada, la reacción emocional que aparece es la ansiedad ante la muerte, donde el peligro puede ser real o imaginado. El ambiente en el que las personas conviven también será un determinante para la interpretación de diferentes estímulos, sea desde el lenguaje hasta estímulos físicos y sociales. Cada sociedad, cada cultura, puede experimentar ansiedad por diversos motivos. Lo que para algunas sociedades es vivido como una amenaza, puede para otras no tener tanta relevancia, ya que lo que genera la reacción es el significado o la interpretación de la situación que cada individuo hace.

Belloch, Sandin y Ramos (1995) plantean que la ansiedad puede ser analizada desde dos perspectivas. Por un lado la Teoría Cognitiva plantea que la ansiedad es el resultado de cogniciones patológicas. Dentro de los esquemas de las personas, las reacciones pueden variar ya que las situaciones son percibidas de diferente manera. A estas situaciones se reacciona con un estado de alarma, generando así respuestas neurofisiológicas. Los posibles síntomas cognitivos pueden ser dificultad para pensar, miedo a perder el control, pensamientos automáticos negativos, preocupación y temor. Con relación a síntomas fisiológicos puede aparecer tensión muscular, taquicardia, palpitaciones, sudoración, dificultades gástricas, dificultades respiratorias, náuseas, mareos, sudoración y dolor de cabeza.

Según De Castro, Donado y Kruizenga (2005), la ansiedad abordada desde la psicología existencialista, aparece cuando las personas sienten que sus valores y aquello que les da sentido a sus vidas se encuentra amenazado. Esta ansiedad puede ser vivida de dos maneras: por un lado se experimenta de manera constructiva, la cual también es llamada ansiedad normal o positiva, y responde a una reacción proporcionada a la amenaza objetiva. Por otro lado, existe la ansiedad destructiva la cual surge cuando se ignora o se niega en vez de confrontarla, llevando al ser humano al estancamiento. Según Riemann (1996, en De Castro, Donado y Kruizenga, 2005), la ansiedad puede volvernos activos o paralizarnos. Expresa que la ansiedad es una señal de alarma contra los peligros y que determina la exigencia por parte del individuo de superarla.

Sin embargo, la ansiedad, como el miedo, es una emoción psicobiólogica básica, universal y adaptativa ante una situación amenazante presente o futura (Cía, 2002).

Incluso para muchos autores el miedo o ansiedad es una emoción básica y de valor vital para la supervivencia compartida por todos los seres humanos e incluso con los primates (Ekman, 1996; Ekman y Davidson, 1994). La misma ha sido heredada de nuestros más remotos antepasados como patrimonio genético, lo que nos lleva a pensar que ha resultado ser una herramienta sumamente útil en la lucha por la supervivencia, al preparar al ser humano de forma rápida y automática para responder ante situaciones amenazantes. El despliegue psicosomático que se pone en marcha, cuando ésta se activa, tiene como fin poner al sujeto en rigurosa vigilancia para controlar al máximo lo que suceda y responder de un modo ágil.

Las manifestaciones de la ansiedad son complejas e incluyen respuestas automáticas, como las respuestas orientativas, defensivas, musculares y endocrinas, el aumento de alerta y la focalización de la atención. En niveles cerebrales superiores, el individuo es capaz de identificar peligros potenciales, adquirir respuestas de miedo, analizar situaciones amenazantes y desarrollar estrategias para afrontarlas (Cascardo y Resnick, 2005). La ansiedad también se traduce en una vivencia, en un estado subjetivo o una experiencia interior; por lo que se trata también de una manifestación esencialmente afectiva. Las respuestas afectivas pueden fluctuar desde una simple incomodidad hasta llegar al pánico (Cascardo y Resnik, 2005).

Es importante destacar que la ansiedad se va a manifestar en distintas dimensiones del ser humano, por lo tanto no sólo abarca una serie de respuestas fisiológicas y biológicas, también se manifestará a nivel psicológico, cognitivo y conductual.

3.1.2. Diferenciación entre la ansiedad y otras emociones

Las emociones típicamente se pueden describir desde aspectos fisiológicos, subjetivos, o faciales, los cuáles enfatizan un aspecto u otro (Ekman y Davison, 1994; Izard, 2007). En esencia, todas las emociones son impulsos para actuar, para reaccionar, para enfrentarnos a la vida, es decir, modos de funcionamientos adquiridos a lo largo de la evolución y la supervivencia (Nesse y Ellsworth, 2009). Para algunos autores, hay emociones básicas o primarias: alegría, tristeza, ira, miedo, sorpresa, asco y –posiblemente- desprecio (Ekman y Friesen, 1986). Las mismas serían universales, con una base biológica y se manifestarían en todas las culturas (Izard, 1971; Ekman y Friesen, 1971; Izard y Malatesta, 1987; Plutchik, 1980); asimismo, aparecerían ya en la

infancia (Izard y Malatesta, 1987), serían fácilmente reconocibles a través de las distintas culturas (Ekman y Friesen, 1971) y algunas de ellas, incluso, las compartiríamos con algunos animales superiores. Otras emociones son las secundarias o sociales, surgen alrededor de los 2 o 3 años y son propiamente humanas, ya que implican la conciencia de uno mismo y los demás. Así éstas en parte serían aprendidas y adquiridas por medio de la experiencia y dependerían de la cultura y la sociedad. . Sin embargo, las emociones no son entidades psicológicas simples, sino una combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos del ser humano. La raíz de la palabra emoción es motere, del verbo latino "mover", además el prefijo "e" implica "alejarse", lo que sugiere que en toda emoción hay implícita una tendencia a actuar. Cada emoción ofrece una disposición definida a actuar; un modo de funcionamiento para determinadas situaciones (Nesse y Ellsworth, 2009; Goleman, 2003). De este modo, una adecuada y completa definición de las emociones es la siguiente: son procesos psicofisiológicos de corta duración los cuales alteran la atención, movilizan ciertos comportamientos, activan la memoria y rápidamente organizan las respuestas de diferentes sistemas biológicos (faciales, musculares, endocrinos, entre otros). Sin embargo, las emociones del hombre poseen una gran flexibilidad de respuesta a diferencia de los patrones fijos de otras especies.

Nuestras emociones son activadas automáticamente por la amígdala, órgano ubicado en el sistema límbico, llamado también primer cerebro o cerebro mamífero, debido a que es la zona más antigua de la corteza cerebral. Luego, como consecuencia de la evolución, se desarrolló la denominada neocorteza, asiento del pensamiento, que permite al ser humano añadir a la emoción lo que piensa sobre ella y actuar en consecuencia.

Desde el punto de vista subjetivo o psicológico, las emociones se vivencian como una fuerte conmoción del estado de ánimo. Esta vivencia suele tener un marcado acento placentero o displacentero y va acompañado por la percepción de cambios orgánicos, a veces intensos. Al mismo tiempo, esta reacción puede reflejarse en expresiones faciales características, así como en otras conductas motoras observables. Por lo general, las emociones surgen como reacción a una situación concreta, pero también puede provocarlas información interna del propio individuo (Cano Vindel, 1997). Lazarus (2000) insiste en el proceso cognitivo previo al surgimiento de la emoción. Según este autor, el sujeto lleva a cabo una evaluación previa de la situación a

la que se enfrenta, generando una respuesta una vez que le ha otorgado significación a la misma.

Si bien los procesos biológicos y fisiológicos de las emociones son centrales, los procesos emocionales y su experiencia consciente están completamente "culturizados", en el sentido de que dependen del marco cultural dominante en el que se construyen las situaciones sociales específicas y, por lo tanto, no se pueden separar de los patrones de pensamiento, actuación e interacción culturales específicas. La cultura penetra en todos los componentes de las emociones (Reidl Martinez, 2005). Esto es, si bien las emociones tienen una base biológica, su expresión y regulación puede estar afectada por las diferentes culturas en la que se desarrolla el individuo (Izard, Youngstrom, Fine, Mostow y Trentacosta, 2006). Por ejemplo, en algunas culturas la ansiedad se expresa más mediante los síntomas somáticos, mientras en otras, más con los cognoscitivos (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Como vemos, las emociones son algo complejo y es posible distinguir distintas emociones que muchas veces se confunden con la ansiedad, o se utilizan de modo indiferenciado como si se trataran de sinónimos.

La ansiedad ha sido comparada al miedo, como se dijo, emoción que también actúa como una reacción defensiva instantánea frente al peligro. Para las crías, por ejemplo en el caso de los animales, el miedo es un recurso al que apelan para protegerse de los potenciales peligros presentes en ambientes adversos. En los mamíferos la madre protege a su cría de su falta de discriminación durante las primeras semanas, pero luego que se produce la separación física de ella, el miedo pasa a ser su manera de protegerse (Cía, 2002). En el hombre el tema es mucho más complejo, pues presenta una diferencia fundamental a nivel cerebral con relación a los animales: la corteza prefrontal. En ésta se asientan numerosas funciones cognoscitivas que son importantes para la flexibilidad de nuestra conducta, para el mayor grado de libertad con respecto a los instintos que poseemos, para la planificación y, sobre todo, para la anticipación del futuro, lo que nos ha permitido sin duda una mejor adaptación al medio. Al parecer, la parte inferior, llamada área órbitofrontal, está más ligada a funciones que tienen que ver con información interior del organismo, es decir, memoria a largo plazo, afectos, sentimientos, recompensas, etc., mientras que la parte dorsolateral de la corteza prefrontal estaría más ligada a la información que proviene del exterior, es decir con la sensorialidad y la motricidad (Delgado García, Ferrús Gamero, Mora Teruel y Rubia Vila, 1998) Esta estructura cerebral le permitiría al ser humano analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante un peligro ya sea interno o

externo y, de este modo, controlar la respuesta de miedo o ansiedad, por ejemplo. Cuando está región se daña el control se pierde y el miedo permanece sin evaluar. Algunos individuos con dificultades para poner sus miedos y ansiedades bajo control, pueden tener alteraciones en esta región.

Desde el punto de vista subjetivo, el miedo es un temor específico, concreto, determinado y objetivo ante algo que nos amenaza desde afuera provocándonos desasosiego y alarma. Aquí la clave está en la percepción del peligro real que amenaza en algún sentido (Rojas, 2005).

La ansiedad, en cambio, es una vivencia de temor ante algo difuso, vago, inconcreto, indefinido y sin una referencia explícita. Comparte con el miedo la impresión de temor interior, de indefensión, de zozobra. Pero mientras en el miedo esto se produce por una amenaza concreta, en la ansiedad se difuminan las referencias. Así el término ansiedad se refiere a cuando sentimos temor, pero no sabemos por qué lo estamos experimentando (Ekman, 2003). Es decir, sentimos que estamos en peligro pero no sabemos cómo actuar, ya que no podemos identificar la amenaza. Simplificando, se puede sostener que el miedo es un temor con objeto, mientras que la ansiedad es un temor impreciso carente de objeto exterior (Rojas, 2005).

Clásicamente se ha intentado establecer una diferenciación entre la angustia y la ansiedad. Las palabras “angor” o “angina” y “angustia” provienen de la misma raíz griega, más tarde latina, que significan estrangulamiento, sofocación, estrechez o estenosis y se refieren a la sensación de opresión o constricción precordial con desasosiego que domina el cuadro. La angustia es una manifestación afectiva de gran importancia clínica y se caracteriza por un temor a lo desconocido. Este temor sin objeto se contrapone al miedo, que es un temor a una situación determinada (Cia, 2002).

En cuanto a las diferencias entre la angustia y la ansiedad, la primera posee un carácter más somático o visceral (opresión precordial y epigástrica, sobrecogimiento); en cambio, la ansiedad se manifiesta como presentando síntomas respiratorios de forma predominante (falta de aire, ahogo, sobresalto, etc.). Otra diferencia es que la angustia se vivencia como amenaza de muerte inminente y de perder el control de uno mismo, sin saber a qué atenerse; la ansiedad, en cambio, se vive más bien como posibilidad de que pueda ocurrir “cualquier cosa”, es decir, como incertidumbre e inseguridad. De todos modos, muchas veces se utilizan ambos conceptos como sinónimos a fines prácticos (Cía, 2002).

Con respecto al estrés, si bien no es una emoción, sino que es una respuesta adaptativa del organismo ante una situación de demanda, muchas veces, se presta a confusión con relación a la ansiedad. Se tratan más bien de dos conceptos distintos. La palabra estrés es la traducción española del termino inglés "stress", el cual significa constricción, fuerza impulsora o esfuerzo y demanda de energía. Este idioma lo toma del latín "strictiare" que significa estrechar o constreñir -nótese aquí la semejanza con la etimología de la palabra angustia- (Cia, 2002).

Lazarus y Folkman (1980) definen el estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado como amenazante o desbordado sus recursos. Es decir, no se puede hablar de situaciones objetivas que amenazan, sino que la percepción de peligro dependerá siempre del significado que tenga el estímulo para el sujeto. En la ansiedad el sujeto también se encuentra sometido a cierta tensión y preocupación constante, cuyo caso paradigmático lo encontramos en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994). Pero a diferencia del estrés, no siempre existe un agente estresante determinado que provoque el estado ansioso, es decir, muchas veces el sujeto es incapaz de reconocer la fuente de su estado de desasosiego. En el estrés hay siempre una situación puntual que se convierte en estresor: el sujeto percibe que no posee los recursos necesarios para afrontar la situación. En la ansiedad, en cambio, la fuente generadora de ansiedad es totalmente imprecisa y -muchas veces- no existe una referencia. En el estrés siempre es posible reconocer estresores físicos, psicológicos o socio-culturales.

3.1.3. Ansiedad normal y patológica

Es necesario hacer una distinción entre ansiedad normal y ansiedad patológica, lo cual es relevante. La primera, desarrollada más arriba, se trata de una emoción innata, heredada, adaptativa, presente en todo ser humano. A diferencia de ésta, la ansiedad patológica, se trata de una respuesta exagerada no ligada necesariamente a un peligro, situación u objeto externo, que puede llegar a resultar, en muchos casos, incapacitante al punto de condicionar la conducta del individuo y cuya aparición o desaparición son aleatorias. La diferencia básica radicaría en que la ansiedad patológica se funda en valoraciones irreales de la amenaza. Si bien la detección de amenazas es importante para la supervivencia, como dijimos anteriormente, en algunas personas este proceso de detección de peligros está tan sumamente desarrollado que los mismos se vuelven hipervigilantes y exageran el número como la

severidad de los posibles peligros que los rodean. Allí es cuando la ansiedad se vuelve disfuncional o patológica (Cía, 2002).

Cierto grado de ansiedad es deseable para el manejo normal de las exigencias que se le presentan al hombre día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, la ansiedad se convierte en patológica provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico como al psicológico y conductual. Así muchos trabajos se han abocado al estudio de las emociones con relación a la psicopatología, con la hipótesis de que muchos trastornos psicológicos podrían entenderse como procesos emocionales disfuncionales (por su extrema exacerbación o inhibición). La depresión, por ejemplo, se conceptualizaría como una desviación en una emoción básica y normal: la tristeza; esto es, dicho desorden se podría entender como una tristeza excesiva. Los que han investigado el trastorno de ansiedad indican que el mismo podría definirse como una disfunción del sistema de motivación-inhibición en los seres humanos (Barlow, 1988; Gray, 1978), disfunción tanto en el sistema de activación -el cual sería elevado- como en el de inhibición -el cual sería débil- (Izard y otros, 2006).

En otras palabras, se puede sostener que la ansiedad puede transformarse en patológica o disfuncional cuando ocurre de modo innecesario y desproporcionado, lo cual repercute negativamente en distintos aspectos de la vida del sujeto (Cía, 2002). La ansiedad patológica es, entonces, un desorden emocional que difiere de la ansiedad normal en términos de recurrencia, persistencia, intensidad y afecta distintas actividades de la vida diaria como el sueño o el trabajo (Ekman, 2003).

3.2. Conceptualizaciones sobre la muerte

3.2.1. Historia del concepto y diferencias culturales

Según Grau Abalo et al. (2008), la muerte es un fenómeno que se da de manera instantánea, sino que es un proceso que implica cuestiones biológicas, psicosociales y culturales, al cual todo ser humano está expuesto.

En los diferentes momentos históricos, la muerte ha sido tema de reflexión, adquiriendo diversos significados dentro de cada cultura, y esto influye en la conceptualización que tienen las personas en relación a este tema. Según Amaro Cano (2004), las antiguas civilizaciones mesopotámicas eran de carácter enteramente religioso, por lo que las prácticas curativas tenían también ese carácter. El pueblo vivía un mundo en el que lo sobrenatural era omnipresente y todopoderoso, y cada acontecimiento significativo relacionado con la naturaleza representaba un mensaje de advertencia o estímulo. Asimismo, la autora plantea que en china, algunas de sus culturas realizaban sacrificios humanos para enterrarlos juntos a los difuntos, aunque estos sacrificios no se limitaban únicamente a entierros, sino que era una práctica común. El mundo de esta cultura estaba plagado de deidades cuya ira era aplacada con sacrificios humanos, animales, bebidas y alimentos. En muchas comunidades chinas aún se conserva la costumbre de poner alimentos y bebidas en las tumbas de los difuntos.

A partir de la edad media, Amaro Cano (2004) plantea que se genera un cambio en lo relacionado con la posición que ocupaba el médico y el individuo enfermo, ya que en contraste con las religiones politeístas las cuales se centraban en personas puras y perfectas, el cristianismo se centraba en los enfermos, los padecientes y los débiles. Mientras en las antiguas civilizaciones mesopotámicas la enfermedad era considerada un castigo y en la civilización grecorromana se la consideraba causa de la inferioridad, en el cristianismo tomaba el lugar de ser el camino hacia la purificación y la gracia divinas. En algunos casos, la muerte podía significar la finalización de un padecimiento y el comienzo del goce eterno.

La autora Amaro Cano (2004) refiere que una de las grandes diferencias se manifiesta en las civilizaciones grecoromanas y orientales que consideraban falta de ética atender a pacientes que no podían beneficiarse en algún modo con sus servicios, a diferencia del medioevo, donde la regulación de la ética de los médicos, llevada a cabo

por la iglesia, determinaba que todas las personas deberían ser tratadas y cuidadas incluyendo a los pacientes incurables. Con el paso del tiempo, la posición social del médico se fue consolidando estableciendo relaciones más estrechas con los pacientes e incluso atendiendo a toda la familia del enfermo.

Con relación a las culturas aborígenes, explica la autora Amaro Cano (2004) que, por un lado, los Mayas eran personas robustas que rara vez enfermaban, y cuando esto ocurría se llamaba al sacerdote, al curandero o a un hechicero, condiciones que muchas veces estaban reunidas en una misma persona. Los aztecas hacían uso de hierbas y raíces medicinales. Prestaban especial atención a los ritos funerarios como forma de supervivencia de sus muertos y esperaban que estos protegieran a los vivos. Algunos de los ritos era preservar objetos de los muertos y utilizarlos como amuletos de protección o buena suerte. En el caso de los Incas, las dolencias, las enfermedades y la muerte eran atribuidas a la mala voluntad de alguien, fundamentalmente de las deidades enojadas por un pecado, descuidos en el culto o por un contacto accidental con los espíritus malévolos. Otro motivo de las enfermedades era atribuido a la introducción de algún objeto en el cuerpo por arte de la brujería. Cuando se trataba de epidemias la creencia era que se había cometido un pecado colectivo y por ese motivo el castigo era también colectivo. De esta manera, todas las enfermedades tenían sus causas en cuestiones sobrenaturales y debían ser curadas por la magia o la religión.

En las culturas africanas, Amaro Cano (2004) plantea que la forma religiosa más arcaica es el totemismo, que aun prevalece. En el totemismo se adoran a los antepasados y aquí se encuentra vinculada la adoración de los muertos, los cuales viven en la mente de los pueblos africanos como espíritus capaces de trasladarse incorpóreamente o como seres sobrenaturales que conservan su aspecto externo como la apariencia terrenal o en algunos casos como animales. De esta manera, los muertos siguen siendo parte de la comunidad, y se les realizan sacrificios en su honor para prolongar su existencia en el otro mundo y renacer en sus descendientes. Por otro lado los vivos consideran que las personas que murieron tienen poderes sobrenaturales y recurren a ellos para pedirles ayuda. En definitiva, los vivos mantienen lazos con los muertos a través de rituales y sacrificios. Romper con estos lazos significaría poner en riesgo a la existencia de la comunidad.

Un estudio realizado por Flores Martos (2014) en América Latina refleja que existe una patrimonización cultural de la muerte, donde se manufacturan muertos milagrosos (santos populares), y donde hay “adopciones” de muertos anónimos los

cuales convierten en muertos milagrosos. En México la existencia de la "Santa Muerte" surge en los años 60. El autor establece que existe una relación entre la cantidad de violencia y muertes en las ciudades de México y el auge de Santa muerte. El perfil mayoritario de "solicitantes" (término que establecen como equivalente a fieles, pero haciendo la distinción donde los solicitantes piden ayuda para problemas cotidianos y existenciales en vez de la salvación para el más allá) son personas que se encuentran en estado de vulnerabilidad social.

Por otro lado, el autor Flores Martos (2014) explica que en diferentes sociedades de Latinoamérica durante el siglo XX se le ha comenzado a rendir culto a los llamados "muertos milagrosos", quienes son entidades que, de manera espontánea, se han convertido en santos, sin haber pasado por un proceso de institucionalización. Estos muertos milagrosos comparten ciertas características, como por ejemplo que fueron personas que sufrieron de violencia (de género, familiar, sexual, etc.), que son "muertos sin dueño" a donde no hay un reclamo del cuerpo por parte de familiares ni conocidos, pero que son de alguna manera "adoptados" por la comunidad local, la cual se hace cargo de su entierro. Estos santos populares, expresa Flores Martos (2014), ocupan un lugar en el que el Estado neoliberal se encuentra ausente, donde los milagros sustituyen las acciones políticas en u contexto de violencia, inseguridad e impunidad.

En el caso de los muertos adoptados en Colombia, según Flores Martos (2014), las familias "adoptan" muertos que no son identificados, y hasta en algunos casos les brindan su apellido. Estas familias se caracterizan por haber sufrido pérdidas de familiares, los cuales desaparecieron y no se sabe de su paradero, por lo que la adopción de estos muertos que aparecen en ocasiones flotando en ríos, también representa en parte el duelo por el ser querido que han perdido. A estos muertos adoptados se les pide favores ante crisis vitales o problemas, lo cual genera una patrimonización de algunos de esos muertos.

Cada sociedad tiene su historia, creencias, culturas y valores que van a definir una experiencia única ante qué piensan acerca de la muerte. Según los autores Uribe-Rodríguez et al. (2008), la concepción de la muerte, dependiendo de que ésta sea tomada como el fin de la vida o el tránsito a una vida después de la muerte, va a determinar en cómo este concepto impacta en cada sociedad. Generalmente ocurre que el hecho de pensar en la propia muerte o en la muerte ajena hace que se desplieguen un conjunto de actitudes de las cuales se pueden predecir los posibles comportamientos.

3.2.2. Perspectivas filosóficas

Otro recorrido a tener en cuenta sobre la muerte es el enfoque filosófico, planteado por Ferrater Mora (12991), ya que es un tema ampliamente discutido a lo largo de los tiempos. Los conceptos y filósofos que abarcare son sólo un fragmento de todo el material existente, por lo que me he concentrado en los autores que más relevantes consideré. Actualmente el tema de la muerte es abarcado desde la biología, la psicología, la sociología, etc., poniendo el foco en cómo las diferentes comunidades con sus características particulares experimentan la muerte. Estos estudios ponen de manifiesto que la muerte es tanto un fenómeno social como un fenómeno natural. Una manera de abarcar los conceptos acerca de la muerte, implica tener en cuenta las diferentes concepciones del mundo a lo largo de la historia, abarcando también el sentido de la vida y la idea de la inmortalidad.

Para ejemplificar, Ferrater Mora (1991) menciona que algunas de las corrientes filosóficas que hablan de la muerte son el atomismo materialista, el atomismo espiritualista, el estructuralismo materialista y el estructuralismo espiritualista. Cada una de estas corrientes tiene una postura diferente ante el concepto de la muerte, postulando algunas que es un fenómeno de cesación, como dijo Epicuro "cuando existimos, la muerte no existe y cuando está la muerte no existimos"(Ferrater Mora, 1991, p.125). También la autora Ferrater Mora (1991) cita a Wittgenstein, filosofo contemporáneo, quien dijo plantea que la muerte no es un evento de la vida, ya que la muerte no se vive. Si vemos la muerte desde el punto de vista del deceso, hacemos referencia a una mirada objetiva relacionada con lo biológico, la cual es científicamente comprobable.

Ferrater Mora (1991) plantea otra postura filosófica llamada existencialismo que conceptualiza a la muerte en relación específica con la experiencia humana de la misma. De este modo la muerte es vivida como el fin inevitable al que todo ser humano está destinado, y también implica de qué manera las personas transitan ese camino. Desde la filosofía se puede hablar de un concepto más metafísico acerca de la muerte que va desde la inmortalidad hasta el existencialismo. En relación a la inmortalidad la autora menciona que el foco esta puesto en qué pasa después de la muerte, la importancia de aceptar la muerte como parte de la vida, en pos de una vida auténtica. Asimismo, Ferrater Mora (1991) menciona a Heidegger, filósofo existencialista del S XX, quien considera a la muerte como la "posibilidad de imposibilidad del ser", planteando que el

hecho de aceptar a la muerte como inevitable, esto afectaría la manera en la que vivimos la vida.

3.2.3. Temor a la muerte

Comúnmente se concibe a la muerte como un hecho que atenta en contra de la vida y que va en contra de la propia supervivencia, por lo cual el temor es la respuesta actitudinal más típica. Las manifestaciones de las emociones, según el modelo del triple sistema de respuesta en ansiedad de Lang (1968, en Guijarro y Cano Vindel, 2012) se pueden observar en tres niveles: en la experiencia, en los cambios somáticos y en la conducta, ocurriendo a veces una discordancia entre uno y otro. Cada situación es vivida de manera particular por cada individuo, ya que sus experiencias previas marcan de qué manera van a ver el mundo y cómo van a interpretar al mismo, así como a otras personas. Es por esto que la ansiedad será diferente en cada persona, dependiendo de todos estos factores que la hacen particular y única.

La muerte es inevitable para todo ser humano. Desde el momento en el que nacemos, podemos realizar una serie de cuidados y procedimientos para mantener, mejorar o recuperar la salud, pero la finalización de la vida es un hecho del que nadie puede escapar. Según Tomás Sábado y Gómez-Benito (2003), son variadas las diferentes posiciones frente a la muerte. Esto depende de la edad, el género, la personalidad, la creencia o no de una religión, la historia personal de vida, los estudios, el estado de salud y la ocupación.

3.3. Ansiedad ante la muerte

3.3.1. Diferentes perspectivas teóricas

Rivera Ledesma, Montero López y Sandoval Ávila (2010) plantean que el hombre vive para no morir, por lo que la muerte no puede ser vivida de otra manera que con ansiedad. La muerte no es un fenómeno instantáneo, sino que se trata de un proceso en el cual están implicados aspectos biológicos, sociales y culturales. Este proceso genera ansiedad por más que se entienda lo irremediable de su ocurrencia y la necesidad de aceptarlo. López Castedo y Calle Santos (2008) plantean que a lo largo del fenómeno de la muerte un gran número de actos vitales se van extinguiendo de manera gradual,

que por lo general no es observable a simple vista, y estos cambios generan intensas emociones en las personas, entre ellas ansiedad, miedo y depresión.

Pessin (2001, en López Castedo y Calle Santos, 2008) explica que diversos estudios han demostrado que el deterioro cognitivo tiene gran influencia en la ansiedad ante la muerte, y asimismo, ésta se encuentra afectada por la calidad de vida, la ansiedad y la depresión. Grau Abalo et al. (2008) plantean que la idea de dejar de existir es rechazada hoy en día, convirtiendo a la muerte en un acto no propio y temido, convirtiéndose en una expresión de miedo y de fracaso en la búsqueda de la felicidad y el éxito. Según la teoría de Ericsson (1963, en Uribe Rodríguez, Valderrama Orbegozo & López, 2007) expresa que todas las personas pasamos por diversas crisis en las diferentes etapas de nuestra vida, que nos permiten o no superar los cambios correspondientes a cada una de ellas. Por ejemplo, en la adultez mayor, se suele realizar una evaluación de cómo se ha vivido, y esto le permitira tener una mayor o menor aceptación de la muerte. Los jóvenes por otro lado, se muestran en menor grado concientes de la realidad innegable de la muerte. Si se realizan cuestionamientos sobre la misma suelen ser esporádicos en comparación con las personas mayores, ya que se encuentran mas próximos a la misma, llevándolos a apropiarse de su llegada.

Las personas, sea cual sea su edad, desconocen en qué momento morirán, pero es esta incertidumbre la que genera una serie de sensaciones, entre ellas ansiedad. La vida obligadamente feliz pretende alejar todo lo relacionado con la muerte y aparentar “siempre estar vivo” es lo que predomina. Si bien la muerte es una experiencia individual, la manera en la que se experimente va a depender de las características de la personalidad, de sus experiencias vividas previamente, a la filosofía con la que se rige su vida, al contexto familiar y al orígen étnico cultural.

Timonero (2015) plantea que la muerte puede ser experimentada de dos maneras diferentes, dependiendo de su incidencia sobre la persona: muerte propia y muerte ajena. Urraca (1982, en Timonero, 2015) expresa que las actitudes que tenga la persona ante la muerte y el morir van a estar relacionadas, además de las dimensiones mencionadas por Templer (miedo a morir, pensar en la muerte, ponerse nervioso cuando las personas hablan de la muerte, pensar en pasar por una operación, miedo a enfermar, etc) también existen otros factores como la evitación del contacto con cadáveres, evitación cognitiva del estado terminal y el temor a la pérdida de un ser querido. Este

autor también encontró diferencias en la ansiedad ante la muerte entre en relación a la religiosidad, explicando, por ejemplo, que las personas con mayor religiosidad manifiestan una mayor preocupación por las consecuencias que producirá la muerte de un ser querido.

Timonero (1997, en Limonero et al., 2010) plantea que la ansiedad ante la muerte se puede definir como una reacción emocional que se produce a partir de percibir una amenaza a la propia existencia, la cual puede ser real o imaginaria, desencadenada por estímulos del ambiente o situacionales. Según Limonero, Tomás-Sábado y Fernández-Castro (2006), la forma en que las personas experimentan la ansiedad ante la muerte y su manera de expresarlo varía en cada caso. Algunos de los factores que son determinantes para cada experiencia son, por ejemplo, la edad, el sexo, la cultura, la religión, el estado físico o por cuestiones cognitivas como por ejemplo la autoeficacia o la autoestima. Las personas que tienen un elevado nivel de ansiedad ante la muerte, pueden sufrir de incapacidad para llevar adelante una vida normal, al igual que ocurre con elevados niveles de ansiedad general.

Sevilla-Casado y Ferré-Grau (2013) plantean que hay dos aspectos fundamentales que influyen en el grado de ansiedad ante la muerte, los cuales son la salud psicológica y las experiencias cercanas de muerte que la persona haya experimentado.

Por otro lado, Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2003, en Sevilla Casado y Ferré Grau, 2013) aclaran que la ansiedad ante la muerte no la experimentan únicamente las personas que se encuentran enfermas o en situación terminal, sino que son emociones y sentimientos que toda persona puede experimentar al momento de pensar en la muerte o en aspectos relacionados con la misma. Si bien no hay tratamiento que impida que, indefectiblemente, la muerte llegara algún día, sí hay maneras de reducir el poder ansiógeno que esta situación conlleva.

Según Templer (1970, en Rivera Ledesma, Montero López y Sandoval Ávila, 2010) y Limonero (1997, en Rivera Ledesma, Montero López y Sandoval Ávila, 2010), la ansiedad a la muerte es una reacción emocional que se produce a partir de la percepción de señales de peligro o de amenazas las cuales pueden ser reales o imaginarias y que amenazan a la propia existencia. Estas amenazas pueden ser

desencadenadas por estímulos ambientales o por situaciones que estén ligadas a la muerte propia o ajena. Los primeros instrumentos de medición de la ansiedad ante la muerte que han existido fueron publicados por por Collett y Lester (1969), así como Templer (1970).

Limonero (1997) explica que algunas de las situaciones que pueden desencadenar ansiedad ante la muerte pueden ser por ejemplo la presencia de una enfermedad grave, ver un cadáver, ver morir a un ser querido, la noticia de un fallecimiento (todos estos estímulos ambientales) o pueden ser estímulos situacionales que por asociación con los anteriores se han condicionado por lo que generan una reacción emocional condicionada, como ser pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte de un ser querido o la muerte propia. Si bien estos estímulos influyen en la ansiedad, también depende de las características de la personalidad de los individuos y de su forma de valorar y afrontar las situaciones que resultan amenazantes.

La ansiedad ante la muerte (como la ansiedad ante la muerte que sienten las personas en su vida diaria y no a las personas que experimentan una situación terminal) puede ser catalogada de dos formas, según sea la intensidad de la misma y dependiendo de su duración. Por un lado, se habla de una ansiedad normal cuando tiene un valor biológico y de supervivencia, y por otro lado, se habla de ansiedad patológica cuando la intensidad de las emociones es tan alta que genera una respuesta desadaptativa que impide que la persona lleve una vida normal.

Según Limonero (1994, en Limonero, 1997), las personas que se encuentran próximas a su muerte, experimentan el propio proceso de morir de manera individual, dependiendo de las características personales de cada uno, sus creencias, su historia personal, los problemas derivados de su enfermedad y del tipo de asistencia recibida.

3.4. Identidad social

3.4.1. Conceptualizaciones

Los seres humanos tienden a relacionarse y convivir entre ellos pudiendo compartir una misma cultura y llegar a tener unas costumbres, emociones y formas de ver las cosas iguales que su grupo social. Se entiende por identidad social aquella parte del autoconcepto de una persona que deriva del conocimiento de su pertenencia a un grupo social junto con el significado valorativo y emocional asociado a dicha pertenencia (Tajfel, 1984, p.292, citado en Espinosa, A., & Tapia, G., 2011). Dependiendo del grado en el que las personas se sienten identificadas con su grupo probablemente actuarán de acuerdo con una identidad social que rodea a ese mismo grupo de personas. (Haslam, van Knippenberg et al., 2003, citado en Topa, C., et al., 2008). Estos colectivos recibirán un apoyo social por parte de los mismos integrantes y será del cual desembocará en el bienestar personal de estas personas que dará lugar a los distintos procesos psicosociales a lo largo de sus vidas. (Eisenberg et al., 1986; Hutchinson, 1997; Kottke & Shratinski, 1988; LittlerBishop, Seiden-Feller, & Opaluch, 1982).

El bienestar social es un sinónimo de lo anterior. Se puede definir como, "la valoración que los seres humanos hacen de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad" (Keyes, 1998, p. 122, citado en Blanco, A., & Díaz, D., 2005). De acuerdo con el autor Keyes el bienestar social se evalúa mediante 5 postulados:

1. Integración social: definida por Keyes como una calidad de las relaciones que las personas mantienen con la sociedad.

2. Aceptación social: los seres humanos necesitan sentirse parte de un grupo de iguales con el que compartir diferentes cualidades.

3. Contribución social: se trata de sentirse útil y valorado dentro de la sociedad.

4. Actualización social: Keyes, hipotética que los seres humanos confían en el futuro de la sociedad, en el crecimiento y desarrollo que ésta puede ofrecerles para llegar a un estado de bienestar personal.

5. Coherencia social: la define como "percepción de la cualidad, organización y funcionamiento del mundo social en el que se mueve las personas"

En algunos estudios empíricos y argumentaciones conceptuales realizadas a los largo de los años, se evidencia que la identidad colectiva tiene efectos positivos en el bienestar (Espinosa, 2011; Haslam, Jetten, Postmes y Haslam, 2009; Lyubomirsky, Tkach y Dimatteo, 2006).

De todo lo visto anteriormente y siguiendo algunos estudios realizados por Jasinskaja-Lahti, Liebkind, Jaakkola y Reuter (2006), y Schmitt y Branscombe (2002) observaron que, la discriminación que pueden llegar a sufrir las personas por no tener un grupo social con el que relacionarse puede dar lugar a trastornos de depresión y/o ansiedad y a partir de ahí surgir la ira, conductas agresivas y el delito. Además, Branscombe (1999) y Schmitt (2002) creen que la identidad grupal es una forma apropiada para disminuir las situaciones de discriminación y de perjuicio social.

Esto se asociaría a un estado de menor depresión, mayor autoestima y mayor ajuste psicológico (Schmitt y Branscombe, 2002). Relacionado con la teoría de la gestión del terror y los pensamientos de muerte, se puede extraer que la identidad social y el sentirse aceptado dentro del grupo cultural del que se forma parte, es un mecanismo de defensa frente a la amenaza de muerte, ya que de acuerdo a lo que se ha venido describiendo, el tener una visión cultural del mundo parecida al grupo de iguales es lo que hace que las personas se sientan defendidas frente al recordatorio de muerte. Además, se presupone que la autoestima de las personas, en general, tenderá a ser mayor cuando pertenezcan a un grupo de iguales y se sientan identificados con este. Estados dos factores es lo que probablemente hacen que el miedo frente a lo desconocido no sea tan grande y se pueda controlar en el ejercicio de la medicina.

3.5. Teoría del manejo del Terror (Terror Management Theory)

3.5.1. Postulados Básicos

Teoría del Manejo del Terror La TMT constituye una síntesis de proposiciones derivadas de la teoría de la evolución, del existencialismo y de las teorías psicodinámicas (Pyszczynski, Solomon & Greenberg, 2003). Parte del reconocimiento de que, aunque el ser humano ha desarrollado sus destrezas cognitivas a un nivel que le ha permitido incrementar su capacidad de autorregulación y la flexibilidad de su conducta, estas mismas capacidades le han dotado de una mayor autoconsciencia, lo que

le permite concebir la inevitabilidad de su propia muerte (Goldenberg & Arndt, 2008; Jiménez, 2005; Pyszczynski et al., 2003). Esta situación, sumada a la tendencia biológica a buscar la supervivencia, tendría un enorme potencial para generar un terror incapacitante ante la inevitabilidad de la propia muerte (Pyszczynski et al., 2003). En respuesta a tal "potencial para el terror ante la muerte" se originarían estrategias de afrontamiento destinadas a inhibir la influencia de éste sobre la vida cotidiana de las personas (Taubman-Ben-Ari et al., 1999).

La dinámica de estas estrategias puede ser explicada mediante una extensión de la TMT conocida como el Modelo Dual de Defensa. Éste plantea que dichas estrategias pueden ser comprendidas como "defensas", las que a su vez se clasifican en defensas proximales y defensas distales (Greenberg, Arndt, Simon, Pyszczynski & Solomon, 2000; Pyszczynski, Greenberg & Solomon, 1999; Pyszczynski et al., 2003).

Las distintas formas de defensas proximales constituyen maniobras que buscan distraer al individuo del tema de la muerte o trasladar la potencial amenaza a un futuro distante –por ejemplo, la supresión activa (Arndt et al., 2007), la reducción de la autoconsciencia (Wisman, 2006) y la racionalización (Greenberg et al., 2000)– y se activan únicamente cuando los pensamientos relacionados con el tema de la muerte están en el foco de la consciencia (Greenberg et al., 2000; Pyszczynski et al., 1999). Estas formas proximales de defensa logran disminuir el grado de consciencia de pensamientos relacionados con la muerte al relegarlos a un nivel que se podría denominar, siguiendo la 7 nomenclatura de Wegner y Smart (1997), de "activación cognitiva profunda". Este nivel de activación se caracteriza por el monitoreo inconsciente de temas que se quieren eliminar del flujo de la consciencia, con lo que disminuye su presencia consciente pero incrementa su accesibilidad. En este sentido, si bien las defensas proximales suprimen la consciencia del problema, también incrementan su accesibilidad, es decir, la probabilidad de que la idea de la inevitabilidad de la muerte retorne a la consciencia ante estímulos ambiguos (Arndt, Greenberg, Solomon, Pyszczynski & Simon, 1997; Greenberg, Pyszczynski, Solomon, Simon & Breus, 1994).

La presión resultante de mantener los pensamientos relacionados con la muerte alejados de la consciencia genera la necesidad de utilizar una segunda línea de defensas denominadas defensas distales (Arndt et al., 1997; Goldenberg & Arndt, 2008;

Greenberg et al., 2000). Éstas eliminan la accesibilidad de pensamientos relacionados con la muerte mediante recursos simbólicos tales como fortalecer la autoestima o la aceptación hacia determinada visión cultural de mundo (Pyszczynski et al., 2003).

Así, por ejemplo, se puede presumir que cuando una persona recibe mensajes en donde se considera asiduamente la mortalidad humana y se destacan los riesgos para la salud, presentes en la labor médica cotidiana, utilizará ambos tipos de defensa. Por un lado, las defensas proximales reducirán el nivel de conciencia del problema; por otro, si la persona dentro de su visión cultural de mundo considera que es socialmente bien visto y posee cierto prestigio desarrollar la profesión médica, las defensas distales producirán que, al aferrarse a su visión cultural de mundo, la persona tenga actitudes positivas hacia su labor y un aumento de su autoestima.

3.5.2. Autoestima en el marco de la TMT

La autoestima es entendida como el componente evaluativo del auto concepto, suele relacionarse con conocimientos claros y concisos de uno mismo más que únicamente con valoraciones positivas (Paez et al., 2004). Los efectos de una buena autoestima se han comprobado en su relación positiva con conductas adaptativas, mejor resistencia a hechos estresantes, mayor bienestar y menor ansiedad, depresión y timidez (Paez et al., 2004). La Teoría de la Gestión del Terror trata de esclarecer qué causas y consecuencias producen la necesidad de autoestima en el individuo. Esa necesidad de autoestima radica en su función para controlar nuestro terror ante la muerte siendo el segundo componente de las defensas distales.

Por otro lado, fuera del marco de dicha teoría, otras investigaciones postulan que los individuos tienden a buscar el significado personal de sus vidas y que el miedo a la muerte se agranda con el fracaso de la propia vida. Durlak (1973) defendía que los sujetos para los que la vida tenía un propósito y significado mostraban menos miedo a la muerte y a la par exhibían actitudes más positivas y de aceptación hacía la misma. Dentro de este escenario, Quinn y Reznikoff (1985) hallaron niveles de ansiedad hacia la muerte más elevados en aquellos sujetos que no tenían una sensación de propósito en la vida. Como conclusión, se puede decir que las personas que mantienen sus pensamientos ocupados con metas y propósitos que desean cumplir tendrán un nivel de

autoestima más elevado que aquellas personas que no poseen metas de futuro ni propósitos.

3.5.3. Saliencia de mortalidad

Dentro del marco de la Teoría del Manejo del Terror (TMT), la ansiedad de muerte es un motivador central del comportamiento humano y, como tal, hacer saliente dicha mortalidad repercute en diversas dimensiones de la identidad social de la persona (Echebarría-Echabe, 2009).

Particularmente, se encuentra en la literatura una extensa cantidad de evidencia empírica que permite afirmar que la saliencia de la mortalidad lleva a los sujetos a reforzar su autoestima mediante una mayor identificación con aquellos aspectos de su identidad que eleven sus niveles de autoestima (Goldenberg, McCoy, Pyszczynski, Greenberg y Solomon, 2000). Se piensa que dicha consecuencia se debe al efecto amortiguador de la autoestima sobre la ansiedad de muerte, por lo que se trataría de un mecanismo compensatorio.

Por otro lado, la saliencia de la mortalidad aumenta la búsqueda de afiliación y lleva a los individuos a agruparse, incluso con personas que explícitamente atentan contra su visión del mundo (Wisman y Koole, 2003). Esto resalta la importancia de la afiliación o pertenencia ante la ansiedad de muerte ya que ésta se yergue incluso como más valiosa que la concepción cultural, la cual la TMT plantea como principal en el manejo de dicha ansiedad.

Finalmente, se ha encontrado que la saliencia de la mortalidad conduce a un alza del favoritismo endogrupal, a buscar mayores niveles de óptima distintividad y a ceñirse a las normas y estándares que protegen nuestra visión cultural del mundo (Arndt et al., 2002).

3.5.4. Modelo del manejo del terror para la promoción de la salud (TMHM)

El Modelo del Manejo del Terror para la Promoción de la Salud (TMHM, Goldenberg & Arndt, 2008) utiliza los planteamientos básicos de la TMT para fundamentar un modelo aplicable al campo de la promoción de la salud. Sugiere que los

distintos escenarios y amenazas vinculados al tema de la salud tienen capacidad variable para activar cogniciones relacionadas con la muerte. Éstas, al introducirse al flujo de la consciencia, "disparan" la necesidad de utilizar mecanismos de defensa destinados a remover la asociación entre la amenaza para la salud y la posibilidad de morir. Para ello, los pensamientos relacionados con la muerte son removidos del foco de la consciencia mediante alguna de las estrategias proximales de defensa.

La ineficacia de estas defensas para conducir los pensamientos relacionados con la muerte a un estado de "no activación" (Wegner & Smart, 1997) incrementa la accesibilidad de éstos, con lo que gana importancia la búsqueda de congruencia entre la propia conducta y los estándares y valores derivados de la visión cultural de mundo. De ello se derivan dos proposiciones:

1. La activación consciente de pensamientos relacionados con la muerte elicita respuestas, ya sea de evitación de la amenaza o de promoción de la salud, orientadas a remover de la consciencia el tema de la muerte al disminuir la amenaza percibida. El grado en que alguna de estas respuestas logre disminuir la presencia de la muerte como una amenaza posible reducirá la necesidad de utilizar respuestas alternativas.

2. El incremento en la accesibilidad de pensamientos relacionados con la muerte provoca respuestas dirigidas a incrementar el valor percibido del sí mismo. En este sentido, será adoptada una conducta saludable o no dependiendo de las implicaciones que posea dentro de la visión individualizada cultural de mundo o para la autoestima.

De acuerdo con la primera proposición, la escasa capacidad de persuasión de los mensajes que vuelven saliente la mortalidad –aun de manera no intencional- es explicada por la activación de defensas proximales tales como la minimización del mensaje (Croyle & Hunt, 1991; Greenberg et al., 2000) o la supresión activa de éste (Arndt et al., 2007).

Dentro del TMHM, distintos autores (Arndt et al., 2004; Greenberg, Simon, Pyszczynski, Solomon & Chatel, 1992; Jessop et al., 2008) han encontrado que en el contexto de una alta accesibilidad de pensamientos relacionados con la muerte (como en la práctica profesional cotidiana de la medicina) es posible orientar las reacciones ante la saliencia de la mortalidad hacia aspectos positivos de la visión de mundo (tales como

ejercitarse, comportarse con tolerancia, evidenciar compasión) al conceder saliencia a estos elementos. Esto es aún más relevante si se toma en consideración que la accesibilidad de pensamientos relacionados con la muerte se incrementa después de una demora y distracción (Greenberg et al., 1994; Greenberg et al., 2000; Greenberg, Arndt, Schimel, Pyszczynski & Solomon, 2001), circunstancia que resulta frecuente en materia de comunicación de informaciones relevantes para la salud por cuanto habitualmente media algún tiempo entre la recepción del mensaje y la necesidad de tomar decisiones en esta área (Goldenberg & Arndt, 2008).

Al considerar esta posibilidad de cambio del sistema de valores como consecuencia de hacer saliente la mortalidad, en conjunto con la "naturalidad" de la demora y distracción en contextos relevantes para la salud, el TMHM propone que los modelos que promueven estándares asociados con conductas beneficiosas para la salud deberían ser más efectivos bajo una condición de alta accesibilidad de pensamientos relacionados con la muerte. Esto puede generarse mediante la presentación de un estímulo que recuerde la propia mortalidad seguido por una distracción que funcione al mismo tiempo como la demora necesaria.

Goldenberg y Arndt (2008) sugieren que un abordaje desde el marco conceptual de la TMT es capaz de incrementar la eficacia de las campañas orientadas hacia la promoción de la salud.

Así, al hacer saliente la mortalidad, el uso de defensas distales inducido por un contacto permanente con situaciones de peligro para la salud personal y ajena, como se da en la práctica de la medicina, generaría un incremento en las actitudes favorables hacia el grupo de médicos al que se pertenece (como percepción social de endogrupo), aumentando la autoestima y reduciendo la ansiedad ante la muerte.

Capítulo 4

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Estudio ex post facto, correlacional, transversal

4.2. Muestra y Muestreo

La población estuvo constituida por 11 médicos clínicos de diferentes especialidades que actualmente trabajan en el Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La Unidad de Análisis se determinó como médicos clínicos que actualmente ejerzan su profesión.

El grupo control esta constituido por 117 personas que actualmente trabajan en cualquier actividad (con o sin relación de dependencia), excepto medicina.

La recolección de datos fue tomada en el año 2022 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos. Para la recolección de datos se confeccionó a través de Google Forms un cuestionario, el cual incluía datos sociodemográficos y las escalas de Ansiedad ante la Muerte de Templer y Autoestima de Rosenberg. Se aseguró el anonimato, la confidencialidad y la participación voluntaria. Se envió, así, mediante mails y redes sociales invitación a quienes desearan participar de la investigación y se aclaraba que debían cumplir los requisitos de inclusión de la muestra.

4.3. Instrumentos

Se utilizó un cuestionario autoadministrado compuesto por:

Escala de Autoestima de Rosenberg *(EAE; Rosenberg, 1965), en su versión traducida y adaptada por Góngora, V. C. & Casullo, M. M. (2009) (α = .70 y .78):* Consta de 10 ítems, 5 formulados en forma positiva y 5 en forma negativa para el control de la aquiescencia (tendencia a responder afirmativamente, con independencia del contenido de la pregunta). Los ítems se valoran en una escala de tipo Likert que oscila de 1 ("muy de acuerdo") a 4 ("en completo desacuerdo"), por lo que la puntuación total varía entre 10 y 40.

Escala de Ansiedad ante la Muerte *(DAS, Death Anxiety Scale) (Templer, 1969, 2010), en su versión traducida por Rivera-Ledesma y Montero-Lopez Lena, 2009 y adaptada por Maia Kersenbaum, 2016 (α = 0.81)* La escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer está constituida por 15 ítems con 4 alternativas de respuesta con formato tipo Likert el cual va de: 1 = “Nunca o casi nunca” 2 = “Algunas veces” 3 = “La mayor parte del tiempo” 4 = “Todo el tiempo”. Los valores asignados son 1, 2, 3 y 4 respectivamente, siendo 15 el puntaje mínimo (mínima ansiedad) y 60 el puntaje

máximo (máxima ansiedad). Algunos de los ítems son: -"Tengo mucho miedo a morirme" - "Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer" - "Pienso que la vida es muy corta" - "Pienso que tengo motivos para temer el futuro".

Cuestionario de variables socio-demográficas: Preguntas sociodemográficas relativas a la especialidad médica, zona de residencia, sexo, edad, estado civil.

El cuestionario se presenta en el Anexo.

4.4. Procedimiento

Los datos fueron recabados, utilizando los instrumentos ya indicados a través de una encuesta de Google Forms en el siguiente orden: Encuesta sobre Datos Sociodemográficos, Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer y por último Escala de Autoestima de Rosenberg, los mismos fueron administrados desde el 18 de Enero de 2023 hasta el 1 de Agosto de 2023, posteriormente formateados a través del programa Libre Office Writer versión versión 7.3.0.3. Seguidamente la data se procesó y analizó con el programa SPSS version 28.0, realizando análisis descriptivos e inferenciales, específicamente estadísticos descriptivos de frecuencias absolutas simples y porcentuales. Respecto al análisis inferencial, se manejó la prueba de Kolmorogv-Smirnov para identificar la distribución de la muestra general y Shapiro-Wilk para la población de Médicos, a continuación se realizo una prueba de correlación R de Pearson para la población general y la población de trabajadores no médicos y como los datos iniciales no tuvieron una distribución normal en la población de médicos, se utilizó la prueba no paramétrica Rho de Spearman, para determinar la relación de las variables y contrastar las hipótesis trazadas.

4.5. Análisis

Tabla 1.

a. Estadísticos descriptivos de autoestima y ansiedad ante la muerte entre el grupo de médicos y trabajadores no médicos.

¿Usted se desempeña como profesional de la medicina?		Total Self Esteem	Total Death Anxiety
No	Mean	16.4746	30.4746
	N	118	118
	Std. Deviation	6.14735	9.15649
	Median	16.0000	29.0000
	Variance	37.790	83.841
	Minimum	2.00	15.00
	Maximum	28.00	54.00
Sí	Mean	18.6364	25.0000
	N	11	11
	Std. Deviation	5.78399	4.38178
	Median	19.0000	23.0000
	Variance	33.455	19.200
	Minimum	10.00	20.00
	Maximum	28.00	34.00
Total	Mean	16.6589	30.0078
	N	129	129
	Std. Deviation	6.12563	8.97174
	Median	16.0000	28.0000
	Variance	37.523	80.492
	Minimum	2.00	15.00
	Maximum	28.00	54.00

b. Prueba T para muestras independientes de autoestima y ansiedad ante la muerte en los 2 grupos.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Total Self Esteem	Equal variances assumed	.191	.662	-1.121	127	.265	-2.16179
	Equal variances not assumed			-1.179	12.205	.261	-2.16179
Total Death Anxiety	Equal variances assumed	4.372	.039	1.957	127	.053	5.47458
	Equal variances not assumed			3.493	19.522	.002	5.47458

En la **tabla 1a** podemos observar la relación entre el desempeño profesional en medicina y la autoestima y la ansiedad por la muerte. De los 129 participantes, 118 indicaron que no se desempeñaban como profesionales de la medicina, mientras que 11 sí lo hacían. Los resultados de los estadísticos descriptivos muestran que en el grupo de profesionales de la medicina, la media de autoestima fue mayor (M=18.6364, SD=5.78399) en comparación con el grupo que no se desempeña como profesional de la medicina (M=16.4746, SD=6.14735) aunque esta diferencia no fue significativa (p=.261 en tabla **1b**.) En cuanto a la ansiedad ante la muerte, el grupo de profesionales de la medicina presentó una media significativamente (tabla **1b**) menor (M=25.0000, SD=4.38178) que el grupo que no se desempeña como profesional de la medicina (M=30.4746, SD=9.15649). En general, estos resultados sugieren que los profesionales de la medicina tienden a experimentar menos ansiedad ante la muerte que los no profesionales, pero no hay diferencias significativas en cuanto a la autoestima.

Tabla 2. Correlación de Autoestima y Ansiedad ante la muerte en la población general.

		Total Self Esteem	Total Death Anxiety
Total Self Esteem	Pearson Correlation	1	-.221*
	Sig. (2-tailed)		.012
	N	129	129
Total Death Anxiety	Pearson Correlation	-.221*	1
	Sig. (2-tailed)	.012	
	N	129	129

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

En este caso, se encontró una correlación negativa débil significativa (r = -.221, p = .012) entre la ansiedad ante la muerte y la autoestima , lo que sugiere que a medida que los valores de autoestima aumentan, la valores de ansiedad ante la muerte disminuyen y viceversa. El nivel de significancia (p = .012) indica que esta relación no se debe al azar y es estadísticamente significativa.

Tabla 3.

a. Correlación de Autoestima y Ansiedad ante la muerte en la población de trabajadores no médicos.

		Total Self Esteem	Total Death Anxiety
Total Self Esteem	Pearson Correlation	1	-.224*
	Sig. (2-tailed)		.015
	N	118	118
Total Death Anxiety	Pearson Correlation	-.224*	1
	Sig. (2-tailed)	.015	
	N	118	118

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Esta tabla muestra los resultados de la correlación entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte en un grupo de trabajadores no médicos. La correlación entre la autoestima y

la ansiedad ante la muerte fue negativa y significativa (-0.224, p=0.015), lo que indica que a medida que la autoestima aumenta, la ansiedad ante la muerte disminuye. El tamaño del efecto es moderado. El análisis se realizó con una prueba de correlación de Pearson de dos colas y se incluyeron 118 participantes en el estudio.

b. Correlación de Autoestima y Ansiedad ante la muerte en médicos.

Correlations[a]

			Total Self Esteem	Total Death Anxiety
Spearman's rho	Total Self Esteem	Correlation Coefficient	1.000	.106
		Sig. (2-tailed)	.	.756
		N	11	11
	Total Death Anxiety	Correlation Coefficient	.106	1.000
		Sig. (2-tailed)	.756	.
		N	11	11

Considerando que la prueba de normalidad Shapiro-Wilk no fue significativa (p=0.74) se utilizó una prueba de correlación no paramétrica de Rho de Spearman.

Los resultados de la tabla indican que en el grupo de médicos, no se encontró una correlación significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte, según el coeficiente de correlación de Spearman. La correlación entre estas dos variables fue de 0.106, con un valor de p de 0.756, lo que indica que la correlación no es estadísticamente significativa.

Tabla 4.

a. Correlación de Autoestima y Ansiedad ante la muerte en personas de sexo masculino.

		Total Self Esteem	Total Death Anxiety
Total Self Esteem	Pearson Correlation	1	-.281*
	Sig. (2-tailed)		.011
	N	81	81
Total Death Anxiety	Pearson Correlation	-.281*	1
	Sig. (2-tailed)	.011	
	N	81	81

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

b. Correlación de Autoestima y Ansiedad ante la muerte en personas de sexo femenino.

		Total Self Esteem	Total Death Anxiety
Total Self Esteem	Pearson Correlation	1	-.048
	Sig. (2-tailed)		.747
	N	48	48
Total Death Anxiety	Pearson Correlation	-.048	1
	Sig. (2-tailed)	.747	
	N	48	48

a. Sexo = Mujer

La **tabla 4a** muestra la correlación entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte en hombres. La tabla indica que existe una correlación negativa moderada y significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte (r = -.281, p = .011), lo que sugiere que los hombres con mayores niveles de autoestima tienden a experimentar menos ansiedad ante la muerte. Ambas variables fueron evaluadas en 81 participantes masculinos.

En la **tabla 4b** Los datos revelan una correlación negativa no significativa entre ambas variables (r = -.048, p = .747), lo que indica que no hay una relación estadísticamente

significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte en mujeres. El tamaño de la muestra para ambas variables fue de 48 participantes.

Capítulo 5

5. Conclusión

El presente estudio investigó la influencia de la exposición a la saliencia de mortalidad característica de la profesión médica en los niveles de autoestima y ansiedad ante la muerte, comparando con la población general. Los resultados indicaron que la exposición a circunstancias que evidencian la mortalidad humana, como puede ser el ejercicio de la actividad médica, tuvo una diferencia significativa en los niveles de ansiedad ante la muerte en comparación con el grupo control (M=25.0000, SD=4.38178 en el caso de los médicos, en comparación con el grupo de no médicos M=30.4746, SD=9.15649, p=0.002 prueba-t, tablas 1a y 1b)*, pero la diferencia no fue significativa en relación a los niveles de autoestima.

Teniendo en cuenta la primera hipótesis la cual establecía que las personas que presentan altos niveles de autoestima, poseen baja ansiedad ante la muerte, Se encontró una asociación negativa significativa entre los niveles de autoestima y los niveles de ansiedad ante la muerte en la población general (r = -.221, p = .012, tabla 2)*, lo que sugiere que las personas con una alta autoestima tienden a tener una baja ansiedad ante la muerte, confirmando la hipótesis.

En la Tabla 3 se muestra la correlación entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte en el grupo de trabajadores no médicos. La correlación también fue negativa débil significativa (r = -.224, p = .015), lo que sugiere una relación similar a la encontrada en la población general. En general, estos resultados sugieren que hay una relación inversa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte en la población general y en el subgrupo de trabajadores no médicos.

Como resultado de la exploración de la correlación de autoestima y ansiedad ante la muerte se descubrió un resultado que sería interesante explorar en futuras investigaciones, El estudio muestra que en hombres hay una correlación negativa

moderada y significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte (r = -.281, p = .011), lo que sugiere que aquellos con mayor autoestima experimentan menos ansiedad. Esto se basa en los resultados de una evaluación de 81 participantes masculinos. En mujeres, sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre la autoestima y la ansiedad ante la muerte (r = -.048, p = .747), según los datos de una muestra de 48 participantes.

En general, estos hallazgos pueden ser útiles para el desarrollo de estrategias de intervención en casos de ansiedad ante la muerte pronunciada y/o patológica, así como para la prevención y promoción de la salud mental en la población general. Sin embargo, se necesitan más estudios para confirmar estos resultados y ampliar la comprensión sobre el impacto de la exposición a la muerte en la autoestima y ansiedad ante la muerte en diferentes grupos de población.

5.1. Limitaciones

Las limitaciones de la siguiente investigación fueron por un lado que hubo disparidad en la cantidad de participantes por grupo, siendo que solo participaron 11 médicos. Otra limitación es que la investigación es transversal por ende no se pueden trazar trayectorias de desarrollo de la variable. Al haber utilizado instrumentos caracterizados por el auto-reporte, los resultados pueden haber sido influenciados por elementos como la deseabilidad social. Considerando que el tipo de muestreo fue no probabilístico, los resultados no pueden ser generalizados a la población.

5.2. Discusión y recomendaciones

Hemos corroborado los hallazgos de los antecedentes al evidenciar la relación entre Autoestima y Ansiedad ante la muerte en médicos clínicos. Los resultados de este estudio podrían dar opciones para el desarrollo de estrategias de salud mental en cuidadores médicos, como por ejemplo programas para revisión y fortalecimiento de autoestima con el fin de reducir la potencial ansiedad ante la muerte que se ha incrementado en los últimos 3 años en base a hallazgos anteriores.

Anexos

Consentimiento Informado

La siguiente investigación para la Licenciatura de Psicología fue desarrollada con el fin de analizar la vinculación entre ansiedad y autoestima ante diferentes situaciones. Se mantendrá durante todo el proceso el anonimato de los participantes.

☐ ***Estoy de acuerdo con las condiciones para participar de dicho estudio.***

Datos Socio- Demográficos:

a. Edad: _____ años.

b. Sexo: ☐ 1. Hombre - ☐ 2. Mujer

c. Estado civil:

☐ 1. Soltero/a
☐ 2. Convive/Pareja de hecho
☐ 3. Casado/a
☐ 4. Separado/a
☐ 5. Divorciado/a
☐ 6. Viudo/a
☐ 7. En pareja

d. ¿Tiene hijos? (Indique con una cruz)

1. Sí ☐ 2. No ☐

e. Si tiene hijos: ¿Cuántos? _____(Indique número)

f. ¿Cuántos años hace que trabaja?_____ (Indique número)

g. ¿Realiza actualmente guardias médicas?

1. Sí ☐ 2. No ☐

h. Actividad Laboral

1. Relación de dependencia - Empleador ☐
2. Forma Independiente ☐

i. Remuneración que recibe por su trabajo en forma mensual (en pesos): (Indique con una cruz)

1. Hasta 10.000 ☐
2. De 10.000 a 20.000 ☐
3. De 20.000 a 30.000 ☐
4. De 30.000 a 50.000 ☐
5. Más de 50.000 ☐

j. Por favor indique la especialidad que realiza actualmente (marque solo una)

1. Anestesia ☐
2. Cardiología ☐
3. Clínica Médica ☐
4. Cirugía General y Especializada ☐
5. Diagnóstico por Imágenes ☐
6. Director Médico ☐
7. Dermatología ☐
8. Endocrinología ☐
9. Gastroenterología ☐
10. Infectología ☐
11. Medicina Laboral ☐
12. Médico en Ambulancia ☐
13. Neonatología ☐
14. Neurología ☐
15. Nutrición ☐
16. Obstetricia ☐
17. Oncología ☐
18. Pediatría ☐
19. Psiquiatría ☐
20. Traumatología y Ortopedia ☐
21. Otro ☐

k. Usted es:

1. Médico Residente ☐
2. Médico Concurrente ☐
3. Médico de Planta ☐
4. Jefe de Servicio ☐
5. Jefe de Guardia ☐
6. Otro ☐

Escala de autoestima de Rosenberg (1965)

1. Siento que soy una persona valiosa, al menos en la misma medida que los demás.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

2. Siento que tengo una gran cantidad de buenas cualidades.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

3. A grandes rasgos, tiendo a sentir que soy un\a fracasado\a.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

5. Siento que no hay mucho de lo que me pueda enorgullecer.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo\a.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

7. En general, estoy satisfecho\a conmigo mismo\a

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

8. Desearía tener más respeto hacia mí mismo\a.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

9. A veces, me siento ciertamente inútil.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

10. A veces, creo que no soy bueno\a en absoluto.

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. Muy en desacuerdo

Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, 2010.

Tengo mucho miedo a morirme.

1. Nunca o casi nunca ☐

2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Pienso en la muerte

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me pone nervioso o me da miedo que la gente hable de la muerte

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Tengo miedo de morir

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Siento miedo de tener cáncer u otro tipo de enfermedad grave

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me da miedo tener una muerte dolorosa o con sufrimiento

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me preocupa mucho el tema de la otra vida o que pasa luego de que uno muere

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Pienso que la vida es muy corta

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me asusta oir hablar a la gente de una tercera guerra mundial

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Me horroriza ver un cadáver

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Tengo mucho temor por el futuro

1. Nunca o casi nunca ☐
2. Algunas veces ☐
3. La mayor parte del tiempo ☐
4. Todo el tiempo ☐

Bibliografía

Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2000). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4 ª ed., Texto rev.). Washington, DC: Autor.

Belloch, A., Ramos, F., & Sandin, B. (1995). Manual de psicopatologías. McGraw-Hill Interamericana.

Cano Vindel, A. (1997). Modelos explicativos de la emoción. En Psicología General: Motivación y emoción. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

Cascardo, E., & Resnik, P. (2005). Trastornos de ansiedad generalizada. Argentina: Polemos.

Cía, A. (2002). La ansiedad y sus trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico. Polemos: Argentina.

Conti, N. A., & Stagnaro, J. C. (2007). Historia de la Ansiedad: textos escogidos. Buenos Aires: Polemos.

De Castro, A., Donado, C., & Kruizenga, S. A. (2005). Comprensión de la experiencia de ansiedad en padres ante el diagnóstico de cáncer de un hijo(a) según la psicología existencial. Psicología desde el Caribe, 16, 178-197.

Delgado García, J., Ferrús Gamero, A., Mora Teruel, F., & Rubia Vila, F. (1998). Manual de neurociencia. Madrid: Ed. Síntesis.

Ekman, P. (2003). Emotions revealed. Nueva York: Henry Holt & Company. DOI: 10.1037/0022-3514.92.1.129

Ekman, P., & Davison, R. (1994). The nature of emotion: fundamental questions. Nueva York: Oxford University Press. DOI: 10.1093/acprof:oso/9780195084551.001.0001

Ekman, P., & Friesen, W. (1986). A new pan-cultural facial expression of emotion. Motivation and Emotion, 10, 159-168. DOI: 10.1007/BF00992249

Ekman, P., & Friesen, W. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. Journal of Social and Personality Psychology, 17, 124-129. DOI: 10.1037/h0030308

Goleman, D. (2003). La inteligencia emocional. México: Javier Vergara Editor.

Guijarro S. Arcas, Cano Vindel A. (1999). Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. Revista Electrónica de Psicología, 3(1). DOI: 10.1016/S1695-8021(00)70002-X

Gutiérrez-García, A., & Fernández-Martín, A. (2012). Ansiedad Y Sesgo de Interpretación de Estímulos Ambiguos: UNA REVISIÓN. Ansiedad y Estrés, 18(1), 1-14. DOI: 10.1016/S1695-8021(12)70001-2

Indacochea-Cáceda, S., Torres-Malca, J. R., Vera-Ponce, V. J., & De La Cruz Vargas, J. A. (2021). El Miedo y la Ansiedad ante la muerte en los médicos de varios países latinoamericanos durante la pandemia del Covid-19. DOI: 10.26445/06.03.5

Izard, C. (1971). The face of emotion. Nueva York: Appleton

Izard, C. (2007). Basic emotions, natural kinds, emotion schemas, and a new paradigm. Perspectives on Psychological Science, 2, 260-280. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2007.00303.x

Izard, C., & Malatesta, C. (1987). Perspectives on emotional development I: Differential emotions theory of early emotional development. En J.D. Osofsky (Ed.), Handbook of Infant Development. Nueva York: John Wiley & Sons.

Izard, C., Youngstrom, E., Fine, S., Mostow, A., & Trentacosta, C. (2006). Emotions and developmental psychopathology. En D. Cichetti y D. Cohen (Eds.), Developmental Psychopathology. Nueva Jersey: Wiley.

Juhl, J., & Routledge, C. (2014). The effects of trait self-esteem and death cognitions on worldview defense and search for meaning. Death Studies, 38(1-5), 62-68. https://doi.org/10.1080/07481187.2012.718038

Lazarus, R. (2000). Pasión y Razón. España: Paidós Ibérica.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior, 21, 219-339. DOI: 10.2307/2136288

Martínez-Monteagudo, M.C., Cándido J. Inglés, Antonio Cano-Vindel & José M. García-Fernández. (2012). Estado Actual de la Investigación sobre la Teoría Tridimensional de la Ansiedad de Lang. Ansiedad y Estrés, 18(2-3), 201-219. DOI: 10.1016/S1695-8021(12)70008-1

Nesse, R., & Ellsworth, P. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. American Psychologist, 64, 129-139. DOI: 10.1037/a0014964

Plutchik, R. (1980). Emotion: A psychoevolutionary synthesis. Nueva York: Harper & Row.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. DOI: 10.1111/j.1467-8624.2004.00303.x

Reidl Martinez, L. (2005). Celos y envidia: emociones humanas. México: Universidad Nacional de México

Rojas, E. (2005). La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. Argentina: Booket.

Sinclair, S. (2011). Impact of death and dying on the personal lives and practices of palliative and hospice care professionals. Canadian Medical Association Journal, 183(2), 180-187. https://doi.org/10.1503/cmaj.100511

Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory. European Journal of Psychological Assessment, 21, 108-114. DOI: 10.1027/1015-5759.21.2.108