



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

TESIS

ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN VOLUNTARIOS DE
PSICOLOGÍA DE UNA OFICINA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL PERTENECIENTE
A UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA DURANTE EL PERÍODO DE
EMERGENCIA NACIONAL DEL 2020

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTOR

JOSEPH ALEXANDER RIVERA DÁVILA
ORCID: 0000-0001-7415-2646

ASESOR

MG. KATIA MARILYN CHACALTANA HERNÁNDEZ
ORCID: 0000-0003-0327-6152

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

DESÓRDENES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LOS FACTORES DE RIESGO
PARA LA SALUD Y CON EL DESARROLLO DE CONDUCTAS SALUDABLES

LIMA, PERÚ, OCTUBRE DE 2021

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a Mi familia.

A mi madre, que en el calor de su cuidado he podido desarrollar y construir mi autonomía y mi libertad.

A mi padre, que con el impulso de la vida he podido identificar las metas hacia el futuro.

A mi hermano, que en cada pelea y en cada risa redescubro la incondicionalidad, la fidelidad y la Fraternidad.

A mi abuelo, significado espiritual y de la fe, que logra enderezar mi camino torcido y mirar a Dios.

Siempre serán el motivo de mi esfuerzo y mis logros.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, Gina Dávila, que hizo como suya esta investigación. Este trabajo es el resultado de nuestro esfuerzo, nuestra dedicación y nuestras metas. Eres mi motivación y mi fortaleza

A la maestra Vida por arropar mi existencia mostrándome los éxitos y las derrotas permitiéndome madurar en el camino hacia la trascendencia.

A mi alma mater, la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, por enseñarme la vida de los claustros universitarios, además de la producción académica e intelectual

A la Universidad Autónoma del Perú, por adoptarme y hacerme parte de su institución con sus valores y enseñanzas, dándome la posibilidad de cumplir mi segunda gran hazaña en el mundo académico.

A mi compañera de la vida, quien siempre me presionaba para terminar mis actividades y cubría mis espaldas, gracias por levantarme cada vez que desciendo.

A Lyon Apolo, por su fiel e incondicional compañía dentro de mis miedos y alegrías.

Al personal administrativo de la Oficina de Responsabilidad Social Universitaria UIGV, encabezado por la Dra. Delia Rico y su equipo, quienes depositaron la confianza en este proyecto para seguir impulsando la investigación ética y académica.

Un profundo agradecimiento para el maestro que me enseñó la verdadera pasión y vocación por la Psicología, el Dr. Ramiro Gómez y a la Asociación Peruana de Psicología Fenomenológico Existencial, quienes, con el aprecio de la amistad y la fraternidad, me dieron la oportunidad de ampliar mis horizontes y comprender algo más del difícil mundo del ser.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
RESUMO	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática.....	14
1.2. Justificación e importancia de la Investigación	18
1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos.....	19
1.4. Limitaciones de la investigación	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de estudios.....	22
2.2. Bases teórico científicas	25
2.3. Definición conceptual de la terminología empleada	54
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y diseño de investigación	58
3.2. Población y muestra.....	59
3.3. Hipótesis de la investigación.....	61
3.4. Variables- Operacionalización	62
3.5. Métodos y técnicas de investigación.....	65
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	71
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	
4.1. Resultados descriptivos e inferenciales.....	74
4.2. Contrastación de hipótesis	85
CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusiones.....	98
5.2. Conclusiones	104

5.3. Recomendaciones 105

REFERENCIAS

ANEXOS

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Distribución de la muestra según sexo
Tabla 2	Distribución de la muestra según edad
Tabla 3	Operacionalización de la Ansiedad ante la Muerte
Tabla 4	Operacionalización del Afrontamiento ante la Muerte
Tabla 5	Estadístico de confiabilidad de Afrontamiento ante la Muerte
Tabla 6	Confiabilidad de los instrumentos
Tabla 7	Frecuencia de Ansiedad ante la Muerte según el sexo
Tabla 8	Frecuencia de Afrontamiento ante la Muerte según sexo
Tabla 9	Frecuencia de Ansiedad ante la Muerte según la edad
Tabla 10	Frecuencia de Afrontamiento ante la Muerte según la edad
Tabla 11	Frecuencia de Ansiedad ante la muerte según el estado civil
Tabla 12	Frecuencia de Afrontamiento ante la Muerte según estado civil
Tabla 13	Frecuencia de la Ansiedad ante la muerte según la religiosidad
Tabla 14	Frecuencia de Afrontamiento ante la muerte según religiosidad
Tabla 15	Frecuencia de la Ansiedad ante la muerte según pérdida de un familiar
Tabla 16	Frecuencia de Afrontamiento ante la Muerte según la pérdida familiar
Tabla 17	Frecuencia de Ansiedad ante la muerte según presencia de enfermedad
Tabla 18	Frecuencia de Afrontamiento según presencia de enfermedad crónica
Tabla 19	Estadísticos descriptivos de ansiedad ante la muerte y dimensiones
Tabla 20	Niveles y frecuencia de la variable ansiedad ante la muerte
Tabla 21	Niveles y frecuencia de dimensiones de la ansiedad ante la muerte
Tabla 22	Estadísticos descriptivos de la variable afrontamiento ante la muerte
Tabla 23	Niveles y frecuencia de la variable afrontamiento ante la muerte
Tabla 24	Análisis de normalidad de ansiedad ante la muerte y sus dimensiones
Tabla 25	Análisis de normalidad del afrontamiento ante la muerte
Tabla 26	Correlación entre ansiedad y afrontamiento ante la muerte
Tabla 27	Comparación de ansiedad ante la muerte y dimensiones con sexo
Tabla 28	Comparación de ansiedad ante la muerte y dimensiones con edad
Tabla 29	Comparación de ansiedad ante la muerte y dimensiones con estado civil

Tabla 30	Comparación de ansiedad ante la muerte y dimensiones con religiosidad
Tabla 31	Comparación de ansiedad ante la muerte con pérdida familiar
Tabla 32	Comparación de ansiedad ante la muerte con presencia de enfermedad
Tabla 33	Comparación del afrontamiento ante la muerte en función al sexo
Tabla 34	Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la edad
Tabla 35	Comparación del afrontamiento ante la muerte con el estado civil
Tabla 36	Comparación del afrontamiento ante la muerte con la religiosidad
Tabla 37	Comparación del afrontamiento ante la muerte con pérdida familiar
Tabla 38	Comparación de afrontamiento con presencia de enfermedad
Tabla 39	Correlación entre las dimensiones de ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte

**ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN VOLUNTARIOS DE
PSICOLOGÍA DE UNA OFICINA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL
PERTENECIENTES A UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LIMA DURANTE EL
PERÍODO DE EMERGENCIA NACIONAL DEL 2020**

JOSEPH ALEXANDER RIVERA DÁVILA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito establecer la relación entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social durante el periodo de emergencia nacional del 2020. La muestra seleccionada fue de 80 voluntarios de psicología de ambos sexos y el rango de edad fue de 20 a 56 años, utilizando una muestra censal. La recolección de datos se llevó a cabo con la ayuda de los instrumentos de recolección: la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (DAS) y la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen (CDS). Asimismo, los resultados obtenidos demostraron una correlación estadísticamente significativa de tipo inversa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte ($r = -0.260$, $p = 0.04$). Otros resultados de las dimensiones demostraron una correlación significativa en miedo a la agonía o enfermedad ($p = 0.01$); a comparación de la segunda y tercera dimensión que presentó una correlación baja no significativa ($r = -0.46$, $p = 0.68$) y ($r = -0.330$, $p = 0.10$) respectivamente.

Palabras clave: ansiedad ante la muerte, afrontamiento ante la muerte, COVID-19, voluntarios de Psicología.

**ANXIETY AND COPING WITH DEATH IN PSYCHOLOGY VOLUNTEERS FROM A
SOCIAL RESPONSIBILITY OFFICE BELONGING TO A PRIVATE UNIVERSITY IN
LIMA DURING THE NATIONAL EMERGENCY PERIOD OF 2020**

JOSEPH ALEXANDER RIVERA DÁVILA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

The purpose of this study was to establish the relationship between death anxiety and coping with death in psychology volunteers from a Social Responsibility Office during the 2020 national emergency period. The selected sample was 80 psychology volunteers of both sexes and the age range was 20 to 56 years, using a census sample. Data collection was carried out with the help of the collection instruments: the Templer Death Anxiety Scale (DAS) and the Bugen Coping Death Scale (CDS). Likewise, the results obtained demonstrated a statistically significant correlation of an inverse type between anxiety before death and coping with death ($r = -0.260$, $p = 0.04$). Other results of the dimensions demonstrated a significant correlation in fear of agony or disease ($p = 0.01$); a comparison of the second and third dimensions that presented a low correlation not significant ($r = -0.46$, $p = 0.68$) and ($r = -0.330$, $p = 0.10$) respectively.

Keywords: death anxiety, coping with death, COVID-19, Psychology volunteers.

**ANSIEDADE E ENFRENTAMENTO DA MORTE EM PSICOLOGIA VOLUNTÁRIOS DE
UM ESCRITÓRIO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL PERTENCENTE A UMA
UNIVERSIDADE PRIVADA EM LIMA DURANTE O PERÍODO DE EMERGÊNCIA
NACIONAL DE 2020**

JOSEPH ALEXANDER RIVERA DÁVILA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

O objetivo deste estudo foi estabelecer a relação entre ansiedade de morte e enfrentamento da morte em voluntários de psicologia de um Escritório de Responsabilidade Social durante o período de emergência nacional de 2020. A amostra selecionada foi de 80 voluntários de psicologia de ambos os sexos e a faixa etária foi de 20 a 56 anos, utilizando-se uma amostra censitária. A coleta de dados foi realizada com a ajuda dos instrumentos de coleta: a Escala de Ansiedade mortal do Templer (DAS) e a Escala de Enfrentamento da Morte de Bugen (CDS). Da mesma forma, os resultados obtidos demonstraram uma correlação estatisticamente significativa de um tipo inverso entre ansiedade antes da morte e enfrentamento da morte ($r = -0,260$, $p = 0,04$). Outros resultados das dimensões demonstraram correlação significativa no medo da agonia ou doença ($p = 0,01$); a comparação das segunda e terceira dimensões que apresentaram baixa correlação não significativa ($r = -0,46$, $p = 0,68$) e ($r = -0,330$, $p = 0,10$) respectivamente.

Palavras-chave: ansiedade da morte, enfrentamento da morte, COVID-19, voluntários da Psicologia.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el mundo se encuentra combatiendo con una pandemia global que tuvo su origen en Wuhan, China a finales del año 2019 (Cable New Network, CNN, 2020), este virus tiene diferentes denominaciones: Virus de Wuhan, SARS-CoV-2, COVID-19, y el más conocido, Coronavirus (Lesney, 2020). El coronavirus pertenece a un grupo de virus que ocasionan diversas afecciones que van desde la gripe simple hasta padecimientos mucho más severos como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio, conocido por sus siglas en inglés: MERS o el Síndrome Respiratorio Agudo Severo: SRAS que es transmisible de animales a personas lo que evidencia un peligro de alta categoría. Además, es menester mencionar que la transmisión se da por medio de partículas o gotitas que se impregnan en el ambiente al estornudar o toser, asimismo, el contagio puede darse si se intercambia el roce, fricción o tocamientos con personas que estén infectadas (Gobierno Nacional del Perú [GNP], 2020).

El 30 de enero del 2020 es declarado el coronavirus como Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por la entidad de salud internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo que impulsó a dar medidas de prevención y contención a todos los países del mundo (OMS, 2020). Y estas medidas no fueron ajenas a la República del Perú. Después de tres meses del primer acontecimiento de contagio por coronavirus en el mundo, se conoce el primer caso en el Perú el 5 de marzo del 2020 logrando que el Gobierno del Perú, liderado por el presidente, tomó medidas al respecto declarando: Estado de emergencia sanitaria a nivel nacional, aislamiento social obligatorio, el cierre de fronteras y la restricción en la circulación de hombres y mujeres (Radio Programa del Perú [RPP], 2020).

Como consecuencia de esto, las personas se volvieron vulnerables a alteraciones cognitivas, afectivas y comportamentales que afectan gravemente su salud mental. Y los voluntarios no son ajenos a estas secuelas psicológicas. El voluntario como agente de transformación social le incumbe las alteraciones psicológicas que se presentan en la sociedad. Por lo que el voluntario, como ser vulnerable ante la pandemia, es importante

la identificación de estos problemas para intervenir adecuadamente y promover la calidad de vida que tanto merece.

Según las estipulaciones de la Institución, el trabajo se dividió en cinco capítulos. El capítulo I corresponderá al desarrollo del Problema de investigación, donde se describirá la realidad problemática, se definirá los problemas y los objetivos, también se expondrá la justificación y la importancia.

El capítulo II corresponderá al marco teórico de la Investigación, donde se describirá el marco histórico de las variables principales y las bases teóricas para la comprensión minuciosa de ella, además, se mencionará investigaciones internacionales y nacionales que puedan coadyuvar al desarrollo de este estudio, finalmente, se expondrá conceptos claves para la concertación de esta pesquisa.

En el capítulo III se explicará el marco metodológico, facilitando detalles metodológicos acerca el tipo, nivel, diseño y procesamiento con respecto a esta investigación; la muestra y sus respectivos cuadros; además de los instrumentos usados y su confiabilidad.

En el capítulo IV se explicarán y analizarán los resultados de la investigación, a nivel descriptivo y diferencial con sus respectivos cuadros, además de la contrastación de hipótesis.

En el capítulo V se presenta las discusiones, conclusiones y recomendaciones de esta investigación.

Finalmente se exponen las referencias y anexos empleados para la consecución de este estudio.

CAPÍTULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

El concepto y la presencia de la muerte se están imponiendo ante el mundo desde el inicio del año 2020. Desde la llegada del COVID-19 (SARS-COV-2) o mejor llamado como Coronavirus, el mundo ha sido hostigado con una cantidad de muertes que crece exponencialmente por cada día. Cifras oficiales demuestran que, hasta la fecha, el mundo supera los cuatro millones (4 000 000) de muertes (Orús, 2021).

La pandemia del Coronavirus ha generado pánico y angustia en la población general; el miedo a contraer la enfermedad, aunque el nivel de mortalidad sea del 1% a nivel global, influye en los pensamientos, sentimientos y conductas de las personas de manera negativa en su cotidianidad (Cuffe, 2020). Por lo tanto, la presión económica, social y sanitaria que ha producido esta crisis ha llevado a muchas organizaciones a crear y promocionar programas de voluntariado que ayuden a mitigar los conflictos que se están generando en nuestra sociedad.

El voluntariado, comprendido como aquel programa que la componen estudiantes, profesionales u otros; tiene la misión, durante la pandemia, de servir y atender a personas que se encuentran vulnerables frente a la actual situación sanitaria que atraviesa el país por el Coronavirus. Asimismo, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha implementado el programa de voluntariado UNV, en alianza con los gobiernos nacionales, grupos comunitarios, los sectores sanitarios e industrias, como respuesta a la pandemia del Coronavirus poniendo en evidencia la importancia del trabajo del Voluntario para minimizar las secuelas sanitarias, económicas, sociales del COVID-19, y de ese modo, asegurar el desarrollo de los logros previamente coordinados para un Desarrollo Sostenible (Voluntarios de las Naciones Unidas [UNV], 2021).

Asimismo, instituciones y ONG han actuado inmediatamente para paliar consecuencias severas del Coronavirus. Organizaciones Internacionales como Cruz Roja, Save the Children, Cáritas y Médicos Sin Fronteras junto con su equipo de 40 000 voluntarios, redoblaron esfuerzos para afrontar los problemas de los más vulnerables.

Sin embargo, los recursos donados por empresas disminuyen por cada día, dificultando significativamente el trabajo de las instituciones y, sobre todo, de los voluntarios, quienes tienen la misión de asistir psicológicamente a 200 000 personas en situación de crisis por COVID-19 (Pérez, 2020).

En el Perú, el voluntario es un agente importante para la sociedad, pues debido al colapso del sistema de salud, se requiere de su apoyo para enfrentar esta emergencia a nivel mundial y luchar contra la propagación de ésta (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2020).

Además, durante el año 2020, se desarrolló el programa “Proyecto Especial Bicentenario” donde 19 241 voluntarios peruanos han prestado sus servicios con la finalidad de ofrecer una intervención eficiente en salud a los pacientes que presentan alto riesgo y son víctimas de discapacidad (Presidencia del Consejo de Ministros [PCM], 2021). Por lo que se estimaría que un 39% de adolescentes componen las redes de voluntariado del país y se espera que siga creciendo (MIMP, 2020).

Sin embargo, aunque el voluntario esté capacitado con herramientas y estrategias fundadas en la ayuda y servicio al otro, nada confirma que tenga las cualidades suficientes para ayudarse a sí mismo. El voluntario como cualquier ser humano presenta motivaciones y aspiraciones tanto como miedos y temores. Y en esta situación de crisis donde el nivel de afección es alto en todas las partes. Para el voluntario, es imposible no pensar y reflexionar sobre la Muerte.

La idea actual sobre la muerte, se enmarca en el modelo occidental, donde su concepción es negativa y catastrófica, lo que genera reacciones emocionales de frustración, miedo, depresión y ansiedad que pueden perjudicar la calidad de atención en el voluntariado. El pensar y reflexionar sobre la muerte son características que sólo el ser humano las posee y tienen como consecuencias, actitudes, emociones y creencias que se expresan a través de diferentes respuestas como ansiedad, desesperación, miedo, incluso la propia muerte.

Klein (1948) afirmaba que toda ansiedad tiene un origen fundamental en la muerte. La separación, el dolor y la pérdida son manifestaciones del sentimiento de la muerte. Un ser humano que ha tenido la experiencia de separarse de las personas que ama para protegerlos, ha sentido el dolor del desencuentro y de la situación pandémica actual, probablemente haya tenido la pérdida (de un familiar, amigo o conocido) y que por lo tanto concientiza la cruda realidad que estamos experimentando: la Muerte.

Finalmente, se reafirma el postulado que hizo Heidegger (1993): “El hombre es un Ser-para-la-muerte”. El Ser-para-la-muerte es consciente de la posibilidad certera de la muerte, por lo que no es necesario estar en una situación cercana a ella para reflexionar y expresar preocupación ante ella. La ansiedad ante la posibilidad de no existir ha dejado de estar oculta para ponerse en flor de piel en la población general, específicamente en el voluntario.

El voluntario, como cualquier ser humano que prima en sí el pensamiento occidental, niega la muerte. Lo que significa que, al momento de ser consciente de algo que ha estado evitando, empezará a experimentar significativamente síntomas negativos relacionados a la posibilidad de dejar la existencia, tanto suya como la de otros. La Ansiedad ante la Muerte se manifiesta en las sensaciones de incomodidad, malestar, frustración e impotencia; la experimentación de emociones básicas como la tristeza, miedo e ira; además de la creación de pensamientos catastróficos e irracionales que afectan el funcionamiento individual de la persona (Tomás-Sábado, 2016).

Es importante señalar que todas las personas viven permanentemente con el riesgo de morir. La muerte no debería tomarse como sinónimo de desgracia y sufrimiento, pues el ser consciente de esta situación límite nos prepara para la comprensión de la vida y la liberación de toda ansiedad. Jaspers (1958) concibe a la muerte como una situación-límite, aquella situación en donde el hombre no puede vivir sin luchar, lo que lo obliga a afrontarla. Jaspers continúa explicando que en esta lucha constante solo hay dos resultados: Sucumbir o Trascender. Por consiguiente, la trascendencia es la meta por la

que el hombre debe afrontar las situaciones-límites. Negar la muerte es negar la naturaleza humana restringiendo la consciencia y la experiencia sobre la vida. Sin embargo, afrontar la muerte es aceptar la vida, pues en lugar de sentenciarnos a una existencia de terror y pesimismo, aceptar la muerte actúa como catalizador que impulsa al hombre a tener un modo de vida más auténtico y realizable (Yalom, 1984).

Por lo tanto, ante una situación que amenaza la integridad es recomendable tener una actitud activa frente a esa experiencia, es decir, afrontar la situación desfavorable. El afrontamiento se encuentra dirigido a la solución de conflictos que amenazan la integridad de una persona. Castro y Casullo (2005) afirman que poseer un afrontamiento óptimo está relacionado con una competencia suficiente para presentar un pensamiento abstracto o un estilo de personalidad no flexible. Un afrontamiento óptimo ante situaciones críticas permitirá un control en el comportamiento promoviendo la fortaleza física, autoeficacia y cohesión grupal en la persona (García, 2013).

Muchos autores señalan que, si una persona presenta mayor preparación ante estas situaciones desagradables, es posible la disminución del grado de ansiedad ante la muerte influyendo en la mejora de atención hacia su trabajo. Lamentablemente no todos los programas son efectivos y promueven el libre desarrollo del sujeto. La experiencia de pérdida, sufrimiento, dolor y la muerte son fenómenos estresantes muy intensos que puede poner en manifiesto la insuficiente formación que tiene el voluntario ante situaciones críticas.

Por todo lo expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la Ansiedad ante la Muerte y el Afrontamiento ante la Muerte en Voluntarios de Psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020?

1.2. Justificación e importancia de la Investigación

El avance de este estudio permitirá ampliar la información sobre el tema tratado, cuyos conocimientos en el contexto académico son limitados. Por lo tanto, contribuir con una revisión actual sobre este tema ayudará a los profesionales en el área de la psicología, expandir los criterios al investigar en este ámbito, frente a los roles y funciones que puedan estar desarrollando, y posiblemente nuevos estudios dentro o fuera de la institución. Con este trabajo se permitirá la identificación de los niveles de Ansiedad percibidos por los Voluntarios de Psicología que experimentan esta situación pandémica y sus capacidades para afrontar situaciones críticas. Asimismo, es menester mencionar las relevancias en los niveles social, teórico, metodológico y práctico.

A nivel Social, es evidente el incremento de patologías producto de la pandemia y la consciencia de la muerte. La concepción negativa ante ésta última genera pavor, angustia y desesperación en aquellas personas que ven cercana la posibilidad de dejar de existir. Sin embargo, la muerte puede ser una posibilidad constructiva y transformadora, por lo tanto, afrontarla y aceptarla como una posibilidad inminente en nuestra vida genera crecimiento y cambio en nuestro funcionamiento psicológico. Por lo tanto, es necesario e importante conocer y profundizar sobre la influencia de la muerte en las personas y comunidades para comprender su funcionamiento cognitivo, afectivo y comportamental que puedan agravar su salud mental. Además, este proyecto beneficiará a la Oficina de Responsabilidad Social brindando nuevos conocimientos con respecto a su personal voluntario identificando fenómenos anómalos y creando estrategias eficaces que alivien el malestar.

A nivel teórico, la presente investigación contribuirá en el conocimiento científico con respecto a las variables principales y su relación. Además, estos resultados serán contrastados con investigaciones similares en nuestro contexto peruano y contexto internacional.

A nivel Metodológico, esta investigación tendrá el objetivo de servir como guía para futuras investigaciones de tipo descriptivo correlacional, además los instrumentos utilizados, previamente validados, se utilizarán en estudios con variables similares.

A nivel práctico, la realización de este proyecto fomentará la elaboración de programas de intervención individual y grupal en los voluntarios que se encuentran desempeñando labores en contra del COVID-19 centrándose en la prevención e intervención de secuelas nocivas que puedan adquirir con la pandemia. Esta situación favorecerá significativamente no solo al personal voluntario, sino también a los coordinadores de programas de voluntariados, además de las instituciones y ONG que se desenvuelven en el mismo rubro para concientizar y valorar el trabajo altruista que cumplen estas personas con responsabilidad social.

1.3. Objetivos de la investigación: general y específicos

1.3.1. Objetivos generales

Determinar la relación entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer los niveles de la ansiedad a la muerte y sus dimensiones en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.
- Establecer los niveles del afrontamiento a la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad

Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

- Identificar las diferencias significativas que existen en la Ansiedad ante la Muerte y sus dimensiones según sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.
- Identificar las diferencias significativas que existen en el Afrontamiento ante la Muerte según sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.
- Determinar la relación entre las dimensiones de Ansiedad ante la Muerte con el Afrontamiento ante la muerte ante la Muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

1.4. Limitaciones de la investigación

Esta investigación presentó la delimitación de adaptación a una nueva casa de estudios, pues se tuvo que reestructurar la investigación para cumplir con los parámetros de la nueva alma máter.

También, se evidencia la dificultad para hallar estudios que vinculen las dos variables estudiadas, por lo tanto, se evidencia dificultades en cuanto a la recopilación de antecedentes directos que buscan la correlación entre ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes Internacionales

A nivel internacional Osés, Casas y Seguel (2020) realizaron un estudio con la finalidad de valorar el nivel de Afrontamiento ante la Muerte en un grupo de enfermeros. La muestra estuvo conformada de 439 enfermeras de España y Chile. Empleó la versión española de la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen para la recolección de datos. Los resultados indicaron que la cultura y las características sociodemográficas intervienen en el nivel de afrontamiento de la muerte.

Magaña, Bermejo y Villacieros (2019) desarrollaron un trabajo con el objetivo de analizar las relaciones entre los distintos estilos y estrategias de afrontamiento y la capacidad de afrontamiento de la muerte, incluyendo posibles diferencias entre sexos. La muestra estuvo conformada de 216 de ambos sexos con una media de 49 años. Los instrumentos fueron el Cuestionario COPE abreviado de Carver y la Escala de Afrontamiento de la Muerte de Bugen. Los resultados fueron que las mujeres obtuvieron medias más altas en el Afrontamiento Evitativo (AE) y menores en Afrontamiento ante la Muerte (AM). En mujeres se dio una asociación directa entre Afrontamiento ante la Muerte (AM) y Afrontamiento Activo (AA) y entre (AA) y (AE). Hombres y mujeres asocian directamente entre AM y Aceptación. Como conclusión se descubrió que es el sexo femenino quienes emplean mayor capacidad para las estrategias de afrontamiento y que no combinan ambos estilos de afrontamiento (Activo y Evitativo) a comparación de los hombres donde el estilo Evitativo les impide estrategias Activas como la Aceptación.

Portero de la Cruz y Cebrino (2017) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar los niveles de afrontamiento de los estudiantes de Grado de Enfermería ante la muerte y determinar los factores asociados con niveles de afrontamiento de la muerte. Fueron 144 estudiantes de enfermería de dos facultades los que participaron en este estudio, empleando la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen como instrumento. Los resultados indicaron que el nivel de afrontamiento de la muerte en la

mujeres fue menor al de los hombres, también que los alumnos de tercero y cuarto presentaron niveles de afrontamiento mayores a los del primer y segundo curso.

Molina (2018) desarrolló una investigación con la finalidad de estudiar el miedo a la muerte, la ansiedad producida por ésta última y las variables que pueden estar asociadas. Fueron 815 estudiantes de grados de las carreras de enfermería, medicina, educación e ingeniería quienes participaron en este estudio. Los resultados indicaron que los estudiantes de enfermería y medicina muestran niveles moderadamente altos de ansiedad y miedo a la muerte, a comparación de los estudiantes de otras carreras que muestran diferentes resultados. En cuanto al sexo, es el femenino quienes tienen niveles más elevados de ansiedad y miedo a la muerte, que el género masculino, independientemente de la carrera que cursan.

Linares (2015) desarrolló un estudio con la finalidad de evaluar en estudiantes de enfermería, la ansiedad, el afrontamiento y el miedo ante la muerte en relación con diversas variables sociodemográficas: sexo, curso académico y formación o ausencia de ella en tanatología, así de la influencia del programa de intervención. La muestra estuvo conformada por 274 estudiantes de enfermería y se empleó los cuestionarios: Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (Adaptada por Thorson y Powell) y la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen (Adaptada por Schmidt). Los resultados indicaron que no existen diferencias significativas en relación al afrontamiento ante la muerte y a las variables sociodemográficas estudiadas. Y después de la aplicación del programa de intervención se ha encontrado un incremento de afrontamiento ante el proceso de morir, variando positivamente. Con respecto a la Ansiedad ante la Muerte, no se encontraron diferencias significativas entre sexos.

2.1.2. Antecedentes nacionales

A nivel Nacional, Ramos-Vera (2021) realizó una investigación con el objetivo de explorar las redes de correlación de la obsesión y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 en estudiantes peruanos de ciencias de la salud. Se contó con la participación de 546

universitarios y los instrumentos empleados: Escala de Obsesión con COVID-19 y la Escala de Ansiedad ante la Muerte. Los resultados obtenidos indican que existe una mayor incidencia de miedo a la muerte y pensamientos sobre que las personas que estan a su alrededor están infectadas, también, el miedo por la muerte es intensificado por la obsesión de estar infectado, y esto puede ocasionar dificultades cognitivas y una mayor desconfianza que afecta significativamente las relaciones interpersonales.

Becerra y Becerra (2019) desarrollaron una investigación con el objetivo de identificar la relación del grado de ansiedad ante la muerte con variables sociodemográficas, sanitarias y religiosas en adultos peruanos, durante la pandemia por la COVID-19. Contaron con 386 adultos, utilizando los instrumentos de: Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer. Obteniendo resultados donde el grado de ansiedad ante la muerte en promedio es medio/alto y son las mujeres, viudos, amas de casa y profesores, las personas que alcanzaron puntuaciones más altas. Como conclusión se obtuvo que durante la pandemia el grado de ansiedad tiende a ser alta y existen factores sociodemográficos relacionados.

Bravo y León (2019) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la validez y confiabilidad de la Escala de Ansiedad ante la Muerte. Contando con la participación de 253 bomberos voluntarios de 18 a 68 años de edad y emplearon la Escala de ansiedad ante la muerte de Donald Templer. Los resultados fueron aceptables para considerar un instrumento validado y confiable según los datos estadísticos obtenidos.

Zambrano (2019) realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida, en personal de enfermería. Contando con 42 personales de enfermería, empleando la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen y el Cuestionario de Calidad de Vida ProQol, versión IV. En la obtención de resultados se descubrió que existe un nivel neutro de afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería, además de un nivel medio de

calidad de vida y se identificó correlación entre el Afrontamiento ante la Muerte y Calidad de Vida.

En Trujillo, Beltran (2015) desarrolló la investigación con el objetivo de determinar si las estrategias de afrontamiento para la muerte constituyen un factor protector de ansiedad en el personal de salud de la UCI y del servicio de emergencia del Hospital Regional Docente. La muestra estuvo conformada por 70 personas divididas en un grupo de caso (35 personas de 20 a 39 años) y un grupo control (35 personas de 40 a 64 años). Los instrumentos empleados fueron la Escala de Ansiedad ante la Muerte y la Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen. Los resultados indicaron que el 46% evidencia un buen afrontamiento y el 54% no lo presenta, y en el grupo control 36% obtuvieron un buen afrontamiento. Finalmente se concluyó que las estrategias de afrontamiento para la muerte no tienen efecto protector para la ansiedad en el personal de salud.

2.2. Bases teórico científicas

2.2.1. Ansiedad

La historia de la ansiedad ha estado vinculada estrechamente con el concepto clínico de *neurosis*. Este término fue establecido principalmente por el Willian Cullen en 1769 en su obra *Synopsis nosologiae methodicae*. Donde exponía su definición como: una dolencia general del sistema nervioso que no tenía los síntomas de fiebre ni alteración local de algún órgano, sin embargo, afectaba el *sentido* y el *movimiento*, además de tener variaciones desde la pérdida brusca de la consciencia hasta el tétanos e hidrofobia, relacionándose íntimamente con la histeria, manía y melancolía (Vidal, Bleihmar y Usandivaras, 1977).

En una definición más moderna, la ansiedad es definida como una respuesta adaptativa que anticipa una amenaza inminente provocada por un suceso indeterminado, provocando sentimientos de incertidumbre. Es un sentimiento subjetivo rodeado de tensión, inquietud, temor e inseguridad ante un peligro desconocido, que en su mayoría,

es acompañado de síntomas fisiológicos como fatiga, temblor, sudoración o incremento de la frecuencia del corazón y la respiración (Navas y Vargas, 2012).

La ansiedad es relevante para la sobrevivencia y está relacionada con el miedo que es una mezcla pesada de anticipación y tensión. Lo cual difiere cuando nos referimos al miedo como una emoción básica del ser humano.

Cuando nos referimos al *Miedo*, éste se describe como una respuesta emocional ante un peligro específico o aquella amenaza que puedo reconocer y describir, experimentando las características de una emergencia. Por lo tanto, el miedo es específico, episódico y desaparece cuando el peligro se aleja de la persona o viceversa. En cambio, con la *Ansiedad*, el sujeto tiene problemas al identificar el objeto que causa tensión e intranquilidad, lo que significa, tener miedo a algo que no conozco, no puedo percibir ni identificar (Tomás-Sábado, 2016).

Pichot (1987) describe a la Ansiedad o Angustia, de manera idéntica. Nos afirma, desde un punto de vista fenomenológico, que es aquel estado emocional perjudicial que se compone de tres elementos fundamentales: La sensación de un peligro próximo, la actitud de espera ante ese suceso peligroso y el sentimiento de desorganización, vinculados a la consciencia de vulnerabilidad ante el peligro. Además, la diferenciación entre miedo y ansiedad estuvo influenciada por Karl Jaspers en 1913, donde en su obra *Psicopatología General* sostuvo que el miedo tiene dirección hacia alguien o algo y que la ansiedad o angustia no lo tiene (Jaspers, 1977).

Perspectiva psicoanalítica

Cuando hablamos de psicoanálisis, es imposible no mencionar al fundador ésta, Sigmund Freud, quien fue uno de los pioneros en enfatizar el valor de la ansiedad en la psique del hombre, proporcionando el estudio de los mecanismos de afrontamiento a la ansiedad, o también llamados *mecanismos de defensa*. Freud (1992) describía a la

ansiedad como un componente invasivo y crítico de la neurosis, haciendo una diferenciación entre ansiedad neurótica y ansiedad objetiva.

- **Ansiedad Neurótica:** Es la ansiedad impropia y destructiva, que mantiene a la persona dentro de un cuadro de miedo expectante que la devasta progresivamente anticipado siempre a lo peor. Este tipo de ansiedad puede mezclarse con la persona constituyéndose como un rasgo de personalidad.
- **Ansiedad Objetiva:** Se experimenta por las respuestas de miedo ante la existencia de un peligro exterior o la posibilidad de un daño próximo. También conocida como ansiedad racional o positiva, pues puede convertirse en energía que emplea el individuo para realizar diferentes actividades. Sin embargo, esta ansiedad, si no es afrontado y aceptado saludablemente puede originar una ansiedad neurótica.
- **Tercera Ansiedad:** Esta ansiedad lo identificamos hoy en día como trastornos fóbicos. Freud expresa que estos miedos no son disparatados, pues mantienen argumentos lógicos, además de que las particularidades de estos miedos están vinculados a orígenes ocurridos y experimentados en el pasado.

La perspectiva psicoanalítica presenta una explicación bajo su enfoque para comprender a la ansiedad bajo una causalidad sexual, porque los impulsos son oprimidos en el inconsciente y modificados a representaciones simbólicas. Por lo que se llega a la conclusión que la ansiedad humana está vinculada con la represión sexual y pretende a ser reemplazada por sueños simbólicos, síntomas neuróticos, entre otros.

El desarrollo de la ansiedad es considerado una reacción del yo al peligro que supone las demandas de su libido, transformando un peligro interno en uno externo. Si las defensas tienen éxito la ansiedad desaparecerá, en caso contrario, pueden presentarse síntomas conversivos, disociativos fóbicos y obsesivo-compulsivos.

Perspectiva de las teorías del aprendizaje

Esta perspectiva nos informa que la ansiedad puede ser adquirida a través de un proceso de aprendizaje que el sujeto haya experimentado. Pavlov con su experimento del condicionamiento clásico comprueba la posibilidad de adquirir respuestas emocionales a través de estímulos. Asimismo, Watson, Reyner y Jones en 1924, afirman que la ansiedad constituye una respuesta emocional condicionada, en la medida en que cualquier situación o estímulo, inicialmente neutro, puede ser capaz de provocar respuesta de miedo si se asocia a estímulos aversivos (Tomás-Sábado, 2016).

La teoría del aprendizaje expone el argumento base de que los miedos son aprendidos por condicionamiento u otros procesos de aprendizaje, generando comportamientos de evitación y/o huida. Estos comportamientos adquiridos por el miedo se mantienen y se consolidan por el refuerzo del intento de disminución del miedo o ansiedad que presentan como consecuencia de su ejecución. Así, un estímulo incondicionado origina respuestas incondicionadas. Por lo tanto, el miedo se desarrolla como una incitación primaria y las consecuencias son conductas de evitación. El decrecimiento del miedo como resultado del éxito de la evitación intensificará las conductas de evitación. Iván Pavlov afirmaba que los estímulos neutros que anteceden a los estímulos incondicionados se transforman en estímulos condicionados, además, el estímulo condicionado procederá como señal para activar una respuesta condicionada, en nuestro caso: la ansiedad, que actúa como un impulso secundario que incita a conductas de evitación y/o huida.

En la línea del cognitivismo Beck expone, que la ansiedad como un sentimiento particular e interno de la persona es un mecanismo arcaico de supervivencia porque la ansiedad constituyó una pieza clave que protegía a los hombres en épocas pasadas (Beck, 1976).

La ansiedad es un mecanismo de defensa vinculaba los sistemas cognitivos con los conductuales, fisiológicos y afectivos. Pues el elemento cognitivo se enfoca en los

peligros hacia el dominio personal, como compromisos sociales, sentido de libertad e individualidad, causando reacciones de emergencia (psicológicas y biológicas) a un peligro real o percibido.

De igual manera McReynolds (1989), como se citó en Tomás-Sábado (2016), desarrolló la teoría asimilativa de la ansiedad. Donde la persona pretende registrar sus vivencias en un sistema organizado global que, en su integridad, representa su concepción de la realidad. Esta teoría explica sobre dos tipos de ansiedad:

- Ansiedad Primaria (Cognoscitiva): Desarrollada en función del material vivencial no comprendido que tiende a amontonarse.
- Ansiedad Secundaria (Condicionada): Aquel resultado de la vinculación de señales neutra con estados de elevada ansiedad primaria.

2.2.1.1. Ansiedad ante la muerte.

Joaquín Tomás-Sábado (2016) realiza un estudio vasto y exhaustivo con respecto a la ansiedad de la muerte, que por medio de diferentes autores y enfoques trata de comprender este fenómeno definiéndola como aquella respuesta emocional que presentan las personas por la captación de señales de peligro reales o imaginados a la propia existencia. Esta situación también puede aparecer por la presencia o experimentación de estímulos en el ambiente como cementerios o cadáveres; estímulos situacionales que se hayan asociado con los antes mencionados y provoquen una reacción condicionada; y finalmente por estímulos de la misma persona o interiores, como evocación de imágenes mentales que estén relacionadas con la muerte propia o ajena.

De igual manera, Lehto y Stein (2009) identificaron características y manifestaciones propias de la **Ansiedad ante la muerte** en seis atributos:

- Componentes emocionales: Relacionado al miedo básico de que en algún momento morirás.
- Aspectos cognitivos: Relacionado a la anticipación del futuro y la consciencia de los efectos de la muerte
- Componentes experienciales: Relacionado a los mecanismos adaptativos que logran controlar o reprimir la ansiedad ante la muerte a través de la evitación o negación.
- Etapas de desarrollo: Relacionado a los factores que tratan de controlar la manifestación de la ansiedad ante la muerte
- Condiciones culturales: Relacionado a los significados, símbolos y creencias que se han adquirido y compartidos dentro de una circunstancia particular.
- Fuente de motivación: Relacionado a los efectos del intento de los mecanismos de defensa transformándose como motivación de diversos comportamientos y manifestaciones humanas.

Es importante señalar, que la ansiedad ante la muerte no se limita a presentarse en ciertos tipos de personalidad, sino que constituye inquietudes y preocupaciones presentes en diversas formas o en diferentes grados, en todo ser humano sin distinguir.

2.2.1.2. Teorías.

Enfoque filosófico

Dentro de este apartado es imposible no mencionar las teorías y los argumentos existenciales y fenomenológicos en psicología que tienen firmes fundamentos filosóficos cuando se trata de “comprender” la ansiedad y sobre todo la muerte.

Enfoque existencial: angustia, miedo y temor existencial: La muerte es una posibilidad de la existencia que experimentará el hombre en su misma substancia, una posibilidad que cualifica al hombre desde que comienza a existir y no sólo al fin. Lo que significa que la muerte viene a constituir el destino del hombre.

La filosofía existencialista ha tenido diferentes concepciones sobre la muerte, como parte fundamental de la existencia. El primero en pensar sobre ella, fue Soren Kierkegaard, en su tesis de la Enfermedad Mortal, sosteniendo que la muerte se conecta con la existencia por medio de la noción del pecado, por lo que la gran amenaza mortal del hombre no es la muerte, sino la desesperación (Kierkegaard, 2008).

Seguido de él, Martin Heidegger plantea el ser-para-la-muerte como posibilidad para que el ser defina su autenticidad. El morir no es un accidente, es un fenómeno que debemos comprender existencialmente. Este autor tenía la concepción del hombre como un Dasein (Ser ahí). Los hombres, en su nacimiento, son arrojados al mundo; y son ellos quienes dan un significado al mundo fundando la existencia. Dasein significa “Ser-en-el-mundo”, pues no somos nada sin el mundo y éste, no existe si no estamos en él (Heidegger, 1993).

El Dasein, agrega Heidegger, es un proyecto. Porque camina hacia el futuro y se proyecta hacia éste. El hombre desde pequeño tiene una proyección de qué cosa quiere ser cuando crezca, por lo cual, existirán diferentes posibilidades en la cual el Dasein (hombre) desenvolverá su existencia en el mundo. Cada posibilidad como un camino distinto tendrá diferentes situaciones donde el ser se desarrollará. Sin embargo, hay un suceso que se repetirá en cada una de esas posibilidades. Y, éste suceso, es la muerte. No importa que es lo haga el hombre en su existencia, la posibilidad de la muerte es inminente.

Heidegger tiene su propia conceptualización de la muerte como “la posibilidad de la absoluta imposibilidad del Dasein” (La posibilidad de la imposibilidad de toda otra posibilidad). La muerte es aquella posibilidad más propia, menos alusiva y menos evitable. La muerte se manifiesta sin duda como una pérdida, pero más bien como una pérdida que vivencian los supervivientes. Por lo tanto, podríamos afirmar que nosotros, los que quedamos, no podemos experimentar pura y auténticamente el morir de los otros, a lo mucho, nos limitamos a “asistir” a él. La “persona muerta”, a diferencia del “cuerpo muerto”, fue arrancada a los vivientes, y por ende, es objeto del Sorge (cuidado). Una

manera de cuidar a los que ya no existen se evidencia en los ritos expresados en los funerales, en el entierro, y finalmente, en el cuidado del sepulcro.

La muerte no es solo una posibilidad en la cual el Dasein no puede escapar, sino que, es la posibilidad más particular del Dasein, y esto se puede atestiguar por el hecho de que todos morimos, lo que significa que esta posibilidad es característica principal del Dasein (Vattimo, 2006). Por lo tanto, al referirnos que la muerte es la posibilidad más propia, se quiere decir que es lo más auténtico que tiene el hombre. Heidegger expone sobre la *Eigentlichkeit*, un término alemán que él la definiría como autenticidad, proveniente de *Eigen* (propio). De esta manera ya no se alude a “La muerte” o “La muerte de otro” en tercera persona, sino a “Mi Muerte”, como una posibilidad exclusivamente mía. Por lo tanto, si la muerte no es considerada o experimentada como real, en el caso de “mi muerte” se estaría hablando de una falta de autenticidad: *Uneigentlichkeit*. La muerte es la posibilidad respecto a la cual se define la autenticidad e inautenticidad de la existencia humana. La existencia auténtica, es aquella que se anticipa a la muerte, aquella que toma a la muerte como la posibilidad más propia del existir, aquella que la toma como ser-para-la-muerte.

La situación afectiva que puede tener abierta la constante y radical amenaza que nace del más propio y aislado ser del Hombre es la Angustia.

Es necesario hacer una diferenciación entre los términos de *Angustia*, *Temor* y *Miedo*, tomados de un conversatorio de la Asociación Peruana de Psicología Fenomenológico- Existencial.

El *Temor* siempre tendrá un objeto sensorialmente presente, pues se encuentra en el aquí y el ahora de la situación dada, uno tiene temor de las cosas del mundo.

El *Miedo* es una experiencia intelectual del peligro de nivel superior de integración psíquica, vinculado a un objeto y posibilita la huida o superación con el valor.

La *Angustia* es indeterminada y flotante, vivenciada como el temor sin objeto, considerada como una experiencia difusa e incontrolable y surge cuando lo amenazante es vago, impreciso y confuso. Con la angustia el hombre no tiene capacidades de defensa ni escapatoria pues bloquea nuestras habilidades de decisión y libertad (Gómez, 2019).

En la *angustia ante la muerte* resulta puesto el Dasein ante sí mismo en cuanto entregado a la responsabilidad de la posibilidad irrebasable (la muerte). Es de suma importancia que el ser humano, después de la consciencia de la muerte, del terror, y la aniquilación; viva lo que le quede de vida con libertad y responsabilidad, es ahí donde se funda la existencia auténtica.

Arnold Kaufmann en 1976, afirmaba que el conocimiento y la consciencia de la muerte provocaba ansiedad, pero también, es posible la experimentación de la ansiedad a través de la alegría y el sentido de vida.

El Dasein inauténtico vive con angustia toda su vida, sin capacidades de reaccionar ante ella. Sin embargo, se puede curar convirtiendo esa angustia en temor. De esa manera se concreta el ser libre para la muerte de una manera auténtica (Heidegger, 1993).

Enfoque psicológico

Sigmund Freud propone la dualidad: *Pulsiones de Vida y Pulsiones de Muerte*. Lo que el primero se referiría a la conservación del Yo, la vida y el placer; y el segundo de disgregación que reducen y destruyen la vida con tendencia a la agresividad. De esta manera se rompe la creencia que todo gira alrededor de las pulsiones sexuales; agregando a la Pulsión del Eros, la Pulsión del Thánatos. Es importante señalar que estas pulsiones tanáticas o de muerte como pulsión inconsciente que gobierna la vida humana se manifiesta en los sueños. Asimismo, el Psique se vuelve un organismo dinámico, ondulatorio entre una y otra tendencia pulsional (Freud, 1992).

Como ha sido mencionado previamente, la Pulsión de Muerte lleva al hombre a la destrucción del otro o de uno mismo. El hombre tiene aspectos de vida, reproductivo, creativo e innovador; sin embargo, también presenta aspectos destructores, malévolos y trágicos. El deseo de autoconservación, el deseo amoroso, el deseo sexual, incluso las tendencias narcisistas son manifestaciones claras de la pulsión erótica. Por otro lado, las tendencias destructivas y agresivas que se encuentran en comportamientos extremos como el sadismo, masoquismo, o en las autodestructivas que son manifestadas en el propio sentimiento de culpa o en la melancolía, son expresiones claramente tanáticas (Pepiol, 2015).

Asimismo, Freud define a la Ansiedad ante la Muerte como un fenómeno generado en la ansiedad de castración, separación y el miedo a la desintegración. Dicho de esta manera, la muerte es el símbolo del reencuentro con la madre o separación de la misma, también, castigo por la agresión o por deseos incestuosos. Otra sucesora, Melanie Klein (1948) consideró que la Ansiedad ante la Muerte es el fundamento principal de toda ansiedad humana. Es por eso que los trastornos paranoides se originan como consecuencia del miedo a la destrucción y desintegración.

Jeff Greenberg, Tom Pyszczynski y Sheldon Solomon, quienes fueron influenciados por el antropólogo cultural Ernest Becker (2000) con su obra *La negación de la Muerte y la psicología social*, crearon la *Teoría de la Manipulación del Terror (TMT)*. Ésta se argumenta en las consecuencias de la reflexión del hombre por su muerte en un futuro próximo, su propuesta principal es sobre la existencia de un conflicto psicológico primario producida por la disputa del deseo de vivir y la muerte inevitable. Un conflicto exclusivo de los seres humanos, por lo que la cura la hallamos en la cultura, prometiendo una vida con valor y sentido. Cuando se le recuerda la mortalidad a una persona, la defensa de su mundo cultural se intensifica. Por lo tanto, los valores culturales funcionan como administrador del Terror ante la Muerte, brindando al ser humano significado a su vida y reduciendo el temor consubstancial a la comprensión de la mortalidad y la vulnerabilidad, y al mismo tiempo, facilita el crecimiento y desarrollo personal y de la

autoestima. Sin estos valores culturales, se produce un incremento de la Ansiedad ante la Muerte y de los pensamientos consecuentes de la muerte.

La TMT considera que la Ansiedad ante la Muerte compone un elemento básico que subyace tras el desarrollo y mantenimiento de numerosas alteraciones psicológicas y surge como reacción a la presencia de estímulos específicos que pueden evocar la propia mortalidad. Por lo que la presencia de moribundos, como ver un cadáver, noticias sobre accidentes o noticias de enfermedades mortales pueden llevar a la concientización que la vida no es eterna. Es ahí donde se enciende el mecanismo que atenúa la ansiedad, mediante el reforzamiento de la adhesión a las cosmovisiones y las creencias culturales para afrontar la posibilidad de la inevitabilidad de la muerte.

El ser consciente que la muerte es un fenómeno universal que impulsa al ser humano a constituir en diferentes comunidades culturales adoptando una visión del mundo y de la vida de la comunidad al que ha decidido unirse con el objetivo de obtener una inmortalidad simbólica que le permita reducir sus inseguridades y mitigar su ansiedad existencial.

2.2.1.3. Ansiedad ante la muerte según Donald Templer.

Donald Templer (1970), creador de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS), expresa que la ansiedad ante la muerte es aquella agrupación de emociones perjudiciales que posee la persona después de percibir que próximamente va a morir. Como consecuencia de este suceso, la aparición del temor ante probable situación logra hacer que la persona experimente etapas que variarán desde afecciones mentales como el miedo a la propia muerte hasta padecimientos físicas como dolencias en el cuerpo (Blanco, 2015).

Además, Templer en 1986 planteó su teoría “El modelo de Dos Factores de Ansiedad ante la Muerte” donde comenta que la ansiedad está establecida por dos factores. Un factor refleja la salud psicológica general y el segundo factor refleja las

experiencias de vida vinculadas con el tema de la muerte específicamente. El primer factor representa la ansiedad por la muerte y el segundo factor representa el miedo directo a la muerte.

Un colapso de los mecanismos de defensa puede provocar ansiedad por la muerte, en conjunto con otras condiciones psicopatológicas como la depresión, tipos de neurosis y psicosis. Asimismo, la ansiedad ante la muerte está relacionado a los síntomas de inadaptación y las experiencias de la vida (Lester y Templer, 1986).

Asimismo, Donald Templer aseguró los hallazgos más concluyentes y significativos sobre la ansiedad ante la muerte. Éstos son los siguientes:

1. Las personas que practican la religión enfáticamente tienden a tener una menor ansiedad ante la muerte.
2. Las personas mayores tienden a tener una ansiedad por la muerte algo menor que las personas jóvenes y de mediana edad. Sin embargo, en términos generales, no parece haber una relación fuerte entre la ansiedad por la muerte y la edad.
3. Hay semejanza de ansiedad por la muerte de los miembros de la familia. La ansiedad por la muerte de los adolescentes se correlaciona positivamente con la de sus padres, siendo las correlaciones más altas para las díadas del mismo sexo. La ansiedad por la muerte de esposos y esposas se correlaciona positivamente.
4. Existe considerable evidencia que apoya la "teoría de dos factores" de la ansiedad por la muerte. Esta teoría sostiene que la ansiedad por la muerte está relacionada tanto con la salud psicológica general como con las experiencias específicas relacionadas con la muerte. Los pacientes psiquiátricos muestran consistentemente más ansiedad por la muerte que las personas normales. Las escalas de ansiedad ante la muerte se relacionan consistentemente de manera positiva con medidas de psicopatología, como las escalas de ansiedad, depresión e inquietud existencial. En al menos un estudio, hubo una disminución de la ansiedad por la muerte que acompañó a la disminución de la depresión tratada sintomáticamente. El parecido de un miembro de la familia a la ansiedad por la muerte abogaría por su formación

dentro del contexto de una relación interpersonal. El cambio en la ansiedad por la muerte después de las estrategias educativas y de intervención y después de ver películas sobre la muerte también proporciona certeza convincente de que la ansiedad por la muerte es una entidad fluida que puede modificarse mediante estímulos relevantes para la muerte (Lester & Templer, 1993).

2.2.2. Afrontamiento

El Afrontamiento es estudiado para reconocer el modo en que las personas responden ante las diferentes situaciones que puedan generar estrés, en nuestro caso, la muerte puede transformarse en un trastorno psicopatológico como la ansiedad; por lo tanto, es menester adquirir mayor información y la eficiente aplicación de estrategias de afrontamiento para garantizar calidad de vida y bienestar a las personas.

Lazarus y Folkman (1986) explican que el afrontamiento es aquel proceso cambiante que tiene una finalidad adaptativa, donde el sujeto y su ambiente interactúan constantemente, empleando esfuerzos emocionales, cognitivos y conductuales dirigidos al control de demandas externas e internas que ponen a prueba o excedan los recursos de la persona.

Además, se identificaron tres dominios de las estrategias:

- Afrontamiento cognitivo: Referido al intento de encontrar significado al suceso para comprenderlo y valorarlo disminuyendo los niveles de desagrado.
- Afrontamiento afectivo: Referido a la canalización de aspectos emocionales manteniendo un equilibrio afectivo para disminuir el impacto emocional del problema principal.
- Afrontamiento conductual: Referido a la confrontación de la realidad manejando sus consecuencias. Esta estrategia puede afrontar el problema directamente o no reaccionar de alguna manera.

Los seres humanos pueden enfrentarse a la muerte, y siempre lo han hecho en toda su historia, aunque hayan sido torpes algunas veces. Un ejemplo claro son los profesionales de salud, quienes no solo hacen frente a la muerte ellos mismos, sino que a también ayudan a los pacientes y a sus seres queridos hacer frente a la muerte.

Elizabeth Kübler-Ross (1993) describió reacciones normales a la muerte en paciente terminales y sus familias, y demostró que los profesionales de la salud pueden ayudar a estos individuos al comprender sus propias experiencias. Sus esfuerzos iban dirigidos a enseñar a los profesionales, quienes atienden a pacientes que se enfrentan a la muerte. La enseñanza era centrada en cómo ser efectivos frente a los procesos emocionales y físicos que preceden a la muerte.

La formación de profesionales y de voluntarios desarrolla no solo habilidades de comunicación sobre la muerte y la capacidad de brindar soporte emocional a los pacientes y sus familias, sino también habilidades e información relevante sobre el servicio funerario y el cuidado físico de los moribundos. Este énfasis en la competencia puede ser fundamental para comprender la preocupación por la muerte y puede llevar a los profesionales más estrategias efectivas de intervención también.

Algunos investigadores se han centrado en programas de formación de capacidades en lugar de reducir la ansiedad. Nos referimos a Bugen (1981) quien impulsó la primera medida psicométrica de la competencia a la muerte o afrontamiento ante la muerte. Bugen brindó una capacitación orientada a las habilidades para los voluntarios de cuidados paliativos y diseñó su escala para incluir competencias específicas que los voluntarios creían que podían mostrar después de entrenar.

Asimismo, Bandura (1986) con su teoría de aprendizaje social – cognitivo, demostró que los humanos aprenden no solo por refuerzo sino también y principalmente por imitación. Por lo tanto, él junto con su equipo, demostró que las ansiedades fóbicas pueden ser reducidos al demostrar un comportamiento apropiado y hacer que los alumnos realicen el comportamiento ellos mismos. Los cambios de comportamiento van

acompañados en el alumno por cambios que Bandura designa *autoeficacia percibida*, a la creencia de la capacidad de uno para realizar un comportamiento singular. En cuanto aumente la capacidad para realizar una habilidad, de igual manera lo hará la autoeficacia percibida y viceversa. Las mejores fuentes de información de un alumno en su grado de autoeficacia son logros de desempeño y experiencia vicaria; la persuasión verbal es menos informativa, y la ansiedad o la excitación es la menos informativa. Por lo tanto, una estrategia de intervención basada en la demostración seguido de la participación activa del alumno deberá conducir a resultados más poderosos que una intervención basada en reducir la ansiedad.

La medición de la autoeficacia consiste en preguntar primero a los sujetos si creen que pueden realizar cada tarea en una serie graduada de tareas y luego pidiéndoles que califiquen en una escala de 0 a 100 qué tan seguros están de que pueden. Es de notar que a medida que aumentan los logros reales, también lo hace la autoeficacia percibida, mientras que el nivel de ansiedad o excitación de uno tiene una relación menos clara al comportamiento efectivo.

Finalmente, podríamos pensar Competencia a la Muerte como autoeficacia percibida para afrontar la muerte. Este enfoque proporciona una alternativa operativa relacionada conceptualmente al Afrontamiento ante la Muerte de Bugen.

2.2.2.1. Muerte.

La muerte, en su mayoría, tiene connotaciones negativas que suelen estar relacionados con el dolor, la tristeza, la pérdida y el final de la vida. Además, no es un tema fácil que se pueda hablar mientras uno esté almorzando en familia pues no es el momento de hablar de separación y sufrimiento. Y en la sociedad actual donde los medios expresan el éxito, el poder, el placer inmediato y la juventud eterna; la idea de la muerte no es aceptada y concebido como tabú, como el dolor, la enfermedad, la pobreza y la discapacidad.

El concepto de la muerte causa aversión en las personas, todos la quieren ocultar y medicalizar, es preferible una muerte rápida e indolora que una lenta y sufrible. La muerte no es aceptada como un fenómeno natural biológico, reemplazado por la idea de fracaso, morir es fracasar.

Y esto es posible a la idealización de la sociedad considerando exclusivamente positivo y deseable aspectos como el consumismo, el énfasis al cuerpo, la competitividad y el éxito; mientras todo lo contrario como el fracaso, el envejecimiento, la enfermedad y la muerte son considerados valores negativos y deplorables. Además, se ha llegado hasta el punto en donde las representaciones individuales de duelo deben ser moderados y oprimidos, pues nuestra sociedad no admite el recordatorio sobre la existencia de la muerte.

Por lo cual, es pertinente ahondar en estos aspectos sobre la muerte. Feifel (1990) fue uno de los pioneros en investigar sobre la muerte a finales de la década de 1950, gracias a él, a mediados de la década de 1970 se divulgaron los primeros instrumentos diseñados exclusivamente para la evaluación de la ansiedad y el miedo a la muerte. Estas investigaciones fueron favorecidas gracias a los estudios de diversos factores como: envejecimiento de la población, incremento de la esperanza de vida y la progresiva institucionalización de la muerte para aumentar el bagaje investigativo de la muerte dentro del plano psicológico (Tomás-Sábado, 2016).

Muerte propia

Cuando se habla de enfermedades en proceso terminal, la Dra. Kübler-Ross destaca en sus trabajos describiendo las respuestas emocionales de aquellas personas que se encuentren próximas a la muerte y deben de afrontarla.

Elisabeth Kübler-Ross (1926 – 2004) fue una psiquiatra suiza que basó años de investigación para conocer la muerte, las personas moribundas y los cuidados paliativos.

Elizabeth Kübler-Ross cuando habla sobre las actitudes con respecto a la muerte, menciona 5 fases de la persona que atraviesa un camino hacia la muerte.

- **Primera fase: negación y aislamiento**

Los pacientes que se enteran de la presencia de una enfermedad mortal en su cuerpo, en su mayoría, reaccionan con un “No, yo no, no puede ser verdad”. La negación inicial es completamente normal en aquellos pacientes que se les ha revelado una enfermedad desde el principio, sin embargo, esta respuesta no solo se desarrolla en las primeras etapas o al asimilar del diagnóstico, sino también en las siguientes.

La Negación cumple la función de mitigar el choque psicológico posterior a la adquisición de información impresionante e inesperada; esta fase logra recobrar al paciente y, con el tiempo, direcciona otros mecanismos de defensa. Esto no significa que el mismo paciente no esté dispuesto a sentarse a hablar con alguien de su muerte. Charla que deberá tener lugar cuando el paciente esté dispuesto a afrontarlo.

Se da evidencia que un hombre más sano y fuerte puede afrontar mejor esta situación y mantenerse menos asustado ante la venida de la muerte, cuando se encuentra muy distante que cuando está frente a uno mismo. Posponer estas conversaciones no es muy recomendable. Por lo tanto, la Negación es una defensa provisional que será reemplazada por una aceptación parcial; mantener la negación no siempre aumenta el dolor si se el paciente se resiste hasta los últimos momentos.

Muchos pacientes pueden conversar brevemente sobre la realidad de su propia condición y mostrar su poca capacidad para seguir observándola de un modo realista. Estas personas tienen la necesidad de negar más en las primeras fases de su enfermedad grave que hacia los últimos días de su vida.

La Negación, como lo concibe Kübler-Ross, es un estado de impresión durante un tiempo determinado del que es posible recuperar progresivamente. Sin embargo, esto va

a depender de la manera en que cómo se le informe, además del tiempo que tenga para reconocer gradualmente lo inevitable y cómo se ha prevenido en hacer frente situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales.

- **Segunda fase: ira**

El siguiente paso en este proceso es una nueva reacción, cuando el paciente finalmente a comprendido la situación que lo rebasa comienza a pensar: “¡Oh, sí! Soy yo, no ha sido un error.” Poco pacientes mantienen un mundo fantástico donde tiene salud y bienestar hasta que fallecen. Por lo tanto, la negación ya no se puede mantener, y es reemplazada por emociones de Ira, envidia y resentimiento. Surgiendo la pregunta: “¿Por qué yo?”.

La etapa de la Ira es difícil de afrontar para el personal que se dedica a su cuidado y, sobre todo, a su familia. Porque la ira se desenvuelve en todos los lugares y direcciones provocando malestar e incomodidad en las personas que rodean al paciente aleatoriamente.

El paciente siempre encontrará motivos de fastidio y molestia. Sin embargo, Kübler-Ross explicó que la manera de contener e intervenir con pacientes en esta fase es por medio de la empatía y comprensión. Ella encontró que una de los principales problemas que tenía el paciente terminal en esta fase, es el miedo al olvido. El paciente hará lo imposible para que no se le olvide; gritará, pedirá cosas sin motivo, buscará atención, donde el mensaje será: “¡Todavía estoy vivo, no lo olviden! Aún oyen mi voz. No estoy muerto”. Si se le reconoce, se le respeta, comprende y se le toma como foco de atención, cambiará la percepción de éste como un ser digno, del que se toman el tiempo de preocuparse y al que se le permita mover y expresarse lo más posible, mientras esté en sus posibilidades.

La desdicha de la situación es el desconocimiento de las razones de ira del paciente, y su círculo social lo toma como personal, cuando el origen no tiene relación con esto. Cuando los cuidadores o los familiares toman el enfado como personal y reaccionan de la misma manera, solo se fomenta la conducta hostil del paciente.

- **Tercera fase: pacto**

Es esta la fase que menos se conoce, pero no quita la utilidad que tiene para el paciente, por lo menos durante periodos breves de tiempo. Si el sujeto no tiene la capacidad de hacer frente su situación durante las primeras etapas de su enfermedad, enojándose con el mundo en el primero y en el segundo con Dios; es posible que tenga una alternativa, y esta es, recurrir a un contrato que alargue la situación que no puede evitar. El pensamiento de esta fase es el siguiente: “Si Dios ha decidido sacarme de este mundo y no ha respondido mis súplicas, puede que se muestre a favor si se lo pido amablemente”.

El individuo sabe por experiencias pasadas que existe una pequeña posibilidad de ser recompensado por una buena conducta y se le concederá un deseo teniendo en cuenta sus servicios especiales. El deseo suele ser una extensión de la vida, o pasar algún tiempo sin dolencias.

El paciente acude al Contrato, con el fin de alargar los hechos, se refugia en el premio por la buena conducta; fijando una fecha de vencimiento forzado por el paciente, además del planteamiento de una promesa, donde éste último no solicitará absolutamente nada si se le da ese alargamiento de fecha.

Un ejemplo sería, una cantante que tiene un tumor maligno en el área de la boca, evitando que pueda cantar y hablar. Ella pediría un último concierto donde pueda hacer lo que tanto ama. Sin embargo, en muchas ocasiones, el sujeto no respeta el pacto y pide otro concierto más y sucesivamente.

La mayoría de los Contratos se hacen con Dios guardándose como secreto o se mencionan entre dientes o ante un sacerdote. Entre los pedidos que los pacientes suelen hacer en el Contrato serían: una vida religiosa activa, donde se dedique a Dios, sirva a la iglesia, hasta la donación de su cuerpo para el desarrollo de la ciencia.

- **Cuarta fase: depresión**

Cuando el enfermo sigue profundizando en el proceso hacia a la muerte, con más operaciones, hospitalizaciones, la sintomatología aumenta, el cuerpo se debilita, entre otros; es invadido por una sensación de pérdida.

Es un hecho que los tratamientos y hospitalizaciones prolongados, hacen crecer la carga financiera; el paciente ya no podrá permitirse los lujos que al principio tenía. Muchas personas venden todo lo que tienen, dejan proyectos y sueños por realizar, pierden empleos y la posibilidad de mantener una familia.

Después de conocer las situaciones por las que va atravesando el paciente, no es sorpresa que pueda adquirir una depresión. Sin embargo, a menudo se olvida las dolencias físicas que presenta el paciente moribundo para prepararse a dejar al mundo. Kübler-Ross distingue dos tipos de depresión:

La primera es una depresión reactiva y diferente, por lo que se debería de afrontar de otra forma a la segunda. Un papel fundamental en los especialistas, contribuir el apoyo emocional y psicológico que fortalezca la autoestima del paciente; además debe conversar las preocupaciones de éste con su familia. Es posible que los sujetos superen rápidamente la depresión cuando existe alguien que se ocupa de estas cuestiones de la vida.

La segunda es una depresión preparatoria, donde se tiene como origen pérdidas próximas. Normalmente, la respuesta ante la presencia de seres tristes y decaídos, es alentarlos y tratar de mirar las cosas de una manera positiva. Pero es una expresión de

nuestra propia incapacidad de tolerar este sentimiento de caída en el sujeto enfermo. Esta reacción tiene su utilidad si se refiere al primer tipo de depresión, en cambio, cuando la depresión es un instrumento para prepararse a la pérdida ineludible de todos los objetos de amor, no tiene sentido afianzar las seguridades y ánimos con respecto a la aceptación de la situación actual. Si se estimula el optimismo, el lado positivo de las cosas, el proceso de la aceptación se volverá más difícil de lo normal. Es completamente absurdo decirle a un paciente, ya una persona en un momento cotidiano, que no esté triste, ya que cualquier persona estaría completamente triste cuando pierde una persona querida. El paciente perderá todas las cosas y personas que tanto ama. Por lo tanto, es necesario la expresión de su dolor, que lo acoja de una manera que le permita afianzar y concientizar, en otras palabras, aceptar la situación. La segunda depresión es, a comparación de la primera, silenciosa donde el paciente necesita expresar y compartir miedos, emociones, entre otras.

- **Quinta fase: aceptación**

El paciente, después de haber atravesado diversas facetas en el caminar hacia la muerte, llegará a una fase en la que su suerte no le causará sentimientos y emociones que alteren su condición. El sujeto ya expresó sentimientos de envidia a aquellas personas que no se encuentran en su condición, ira a aquellas personas no tienen que enfrentar el final demasiado pronto, tristeza ante la inevitable pérdida de personas y lugares significativos, finalmente aceptará su destino con tranquilidad.

La Aceptación no es, necesariamente, una fase feliz. Es como el dolor y el sufrimiento haya desaparecido, la pelea haya culminado y ese instante decisivo del reposo final antes del extenso viaje haya llegado. Es esta fase, donde la familia son los que necesitan más soporte y entendimiento.

Cuando el paciente encuentra la tranquilidad y acepta su condición, su interés decrece. En ese instante solo desea soledad, no quiere saber de noticias o situaciones exteriores; no quiere que lo visiten, y por ende, no quiere esforzarse en comunicarse;

pide que le limiten el número de personas a su alrededor; desea desconectarse de la televisión y las comunicaciones se vuelven silenciosas; el paciente puede hacer gestos con la mano para invitar a sentarnos a su lado por un tiempo determinado. Es ahí el momento donde sobran las palabras, el silencio es la conversación más llena de sentido para no sentirse incomodo en presencia de un moribundo. Solo la presencia tiene el significado de confirmación que uno estará disponible hasta el final con el paciente. Es reconfortante para saber que no se le olvidará cuando no se podrá hacer nada más por él. De esa manera la muerte no es cosa espantosa y horrible que tantas personas quieren esquivar.

Existen algunos pacientes que pelean hasta el final de sus días, mantienen una esperanza que hace difícil alcanzar la fase de aceptación. Cuanto más peleen para no rozar a la muerte, cuanto más traten de negarla, más complicado será la fase final de paz y dignidad (Kübler-Ross, 1993).

Aunque estas fases no se presentan en todas las personas a la hora de su afrontamiento a la muerte, tampoco se dan en un orden correcto. Es relevante señalar que la forma en que cómo percibimos, interpretamos el proceso de la muerte dependen de la misma persona, su personalidad, su círculo familiar y el contexto en donde se desarrolla.

En un trabajo recogido por Limonero, relacionado con la vivencia del proceso de la muerte propia, se encontró la relación con tres grupos principales de elementos causales del impacto emocional ante la muerte. En el primer grupo se encontraron factores relacionados con la personalidad; la forma en cómo los sujetos piensan, perciben, sienten y actúan; cuando la persona no puede predecir acontecimientos que vienen se genera pensamientos y sentimientos de no controlar situaciones de la vida misma. En el segundo grupo se encontraron factores relacionados con cada enfermedad y el tratamiento requerido, la enfermedad terminal en sí, es un elemento que genera malestar personal. En el tercer grupo, se encuentran los factores relacionados a la sociabilidad que mantiene el paciente con las personas de su entorno. De esa manera,

el enfermo valora y analiza las consecuencias que traerá en su familia, el vacío que dejará al partir (Limonero, 1996).

Muerte de otros

Es abismalmente diferente la experimentación de la muerte propia a la de otro que es parte de mi vida y suma sustancialmente en ella. Al respecto, Limonero (1996) afirma que el afrontamiento ante la muerte de otro puede desarrollarse en funciones de dos posibilidades: El primero se produce durante una enfermedad terminal y el segundo, después del fallecimiento, en el duelo.

Cuando se desarrolla la enfermedad terminal, los otros (familiares, allegados y personas) cuidan a la persona enferma, lo que genera la experiencia de un proceso de decaimiento de carácter físico y mental provocando alteraciones en el desarrollo diario. Se desarrolla anomalías donde pueden obtener enfermedades físicas, trastornos del sueño, trastornos de alimentación; al igual que alteraciones a nivel social como problemas en el entorno familiar, dificultad de comunicaciones con los demás, ensimismamiento, entre otros.

Es evidente que la aparición de estas alteraciones es ocasionada por diferentes factores de índole familiar que atraviesan en función a la enfermedad terminal al que se enfrentan: La edad de la persona enferma, entorno social y familiar en que se producen, el entorno familiar, la personalidad de cada integrante de la familia y la influencia que se encuentra en la relación que se había impuesto con la persona enferma, los lazos emocionales.

Recordemos que todos los seres humanos somos mortales, y por lo tanto morir es la certeza más grande de nuestra existencia. Voy a morir, pero mis padres, mis hermanos, mis amigos y todo lo conozco morirán de la misma manera que yo. Al morir una persona el que ha decidido que lo que ha pasado ha sido la muerte, es un vivo, un sobreviviente, aquella persona que fue testigo del fenómeno de la muerte fuera de él.

Heidegger ideaba que la muerte de los otros está más próxima que mi propia muerte, por lo tanto, no era de objeto de reflexión, un error en el ser humano. Sin embargo, se crea las siguientes preguntas: ¿Acaso la muerte de mi prójimo no me concierne? ¿Puedo sentir la muerte de mi prójimo?

La muerte de mi prójimo es significativamente algo nuestro, debido a que se revela la ausencia de esta persona muerta, se ha perdido algo de la vida, generando una impresión de soledad. Aunque la muerte de mi prójimo no es mi muerte, la impresión de la pérdida humana fracciona mi vida y la envuelve de soledad. Pero también, esta situación es la oportunidad para ver el proyecto del ser, su futuro. La muerte del otro, alerta a quien fue testigo sobre el futuro. Él va a morir en algún momento de la vida y refuerza la reflexión de la consciencia de la ella.

Por lo tanto, solo a través de la muerte física del prójimo se puede llegar a una comprensión y meditación sobre la muerte, afrontándola eficientemente en lo que queda de la existencia (Garza, 2017).

2.2.2.2. Teorías.

Modelo teórico del afrontamiento

Modelo biológico: En este modelo, el afrontamiento se enfoca en controlar situaciones problemáticas del ambiente que generan perturbación en las personas. Este enfoque ha sido criticado debido a su limitación, porque no resalta el grado de dificultad del comportamiento humano respecto al afrontamiento, de igual manera, no medita sobre las variables cognitivas ni emocionales, el enfoque sólo muestra hincapié en la activación del cuerpo frente al peligro. Este modelo sólo enfatiza en la respuesta fisiológica al estrés evidenciando información respecto al comportamiento de evitación o huida (Rueda y Aguado, 2003).

Modelo psicoanalítico: El modelo psicoanalítico no enfatiza en el área cognitiva o el ambiente, el interés principal es el mismo sujeto apartándolo de estas dos últimas. El psicoanálisis propone una diferenciación entre la capacidad de afrontamiento y los mecanismos de defensa, formalizando categorías que son utilizadas por el sujeto con el objetivo de controlar su ambiente. Por lo tanto, al referirse al afrontamiento, se refieren a procesos organizados detalladamente del yo identificándose con el logro de haber controlado el ambiente y la conducta adaptativa (Ibidem).

Modelo procesal del estrés: Este es un modelo interaccional, porque considera contribuciones de otros puntos de vista para comprender las relaciones de los componentes del estrés. Los componentes son:

- Requerimientos psicológicos y sociales
- Apreciación cognoscitiva
- Reacción ante las situaciones de estrés
- Habilidades de Afrontamiento
- Variables circunstanciales
- Soporte comunitario
- Estado de salud

Modelo transaccional: Clasificado en dos estilos de afrontamiento:

- Estilos de Afrontamiento dirigidos al problema: Primero se define el problema, buscando alternativas de solución, evaluando en función a las ventajas y desventajas, eligiendo la más idónea para aplicarlo. Las estrategias que corresponden a este estilo son: Afrontamiento directo, planificación, supervisión de actividades competitivas, la retracción y búsqueda de soporte social. Además, el estilo de afrontamiento orientado al problema implica dos grupos de estrategias: relacionadas al sujeto y al entorno.
- Estilos de Afrontamiento dirigidos a la emoción: Relacionado a la focalización de la emoción evadiendo las situaciones que generen estrés, por lo que se busca la canalización de esas emociones que causan perturbación en el sujeto. La persona es

más vulnerable cuando hace una evaluación negativa con respecto a sus capacidades para afrontar las amenazas. Las estrategias que emplea son: Evitación, minimización, atención selectiva, comparación positiva, extracción de valores positivos de acontecimientos negativos.

2.2.2.3. Afrontamiento ante la muerte según Albert Bandura.

Albert Bandura, un psicólogo canadiense con una postura conductual-cognitiva, es reconocido por su trabajo sobre la teoría del aprendizaje social. Bandura influenció en L. Bugen, quien se enfocó en realizar investigaciones sobre la educación de la muerte, para construir un instrumento para evaluar las creencias y actitudes, así como frente a las habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte.

La definición de afrontamiento de Bugen está vinculado significativamente con el constructo teórico de *“autoeficacia” percibida*, planteado por Albert Bandura que se relaciona con la noción de competencia.

Bandura (1982) sostenía que la autoeficacia percibida es el mejor predictor de una amplia gama de variables que condicionan el nivel de ansiedad del individuo. Bugen (1981) planteó que este argumento puede ser tomado como válido cuando nos referimos a las actitudes relacionadas a la muerte, por lo que las variables que están vinculadas a la competencia ante la muerte probablemente tienen la capacidad de manifestar diversas implicaciones sobre medición de ansiedad y el afrontamiento ante la muerte, además de un mejor pronóstico con respecto a ciertos comportamientos vinculados a la muerte.

Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas de todos los seres humanos. Bandura afirmó que las creencias colaboran de manera significativa a la motivación, y, por ende, a los logros de las personas. Son cuatro formas de influencia donde las creencias de eficacia se desarrollan:

- Las experiencias de dominio: Se refieren a los éxitos, que es la manera más clara de producir una sensación muy fuerte de eficacia. Si existen los fracasos, se debilita las creencias de eficacia.
- Las experiencias vicarias: Presenciar a personas cercanas lograr el éxito y el fracaso influye en los comportamientos de las personas generando una relación importante entre modelo – persona.
- La persuasión social: A las personas que son convencidas de tener la capacidad de controlar algunas actividades pretenden a esforzarse mucho más y a mantener esta actitud por intervalos más largos a comparación de personas que presentan inseguridades y piensan en sus debilidades.
- Los estados psicológicos y emocionales: Las personas reaccionan ante estos estados: Identificando aquellas situaciones que producen tensiones y estrés como signos de fragilidad ante conductas paupérrimas, en actividades de fuerza, juzgan su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física, y el estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia y el estado de ánimo negativo la reduce.

La competencia de la muerte es un constructo que representa una gama de habilidades humanas y capacidades para lidiar con la muerte, así como nuestras creencias y actitudes sobre estas capacidades.

2.2.3. El voluntariado y voluntario

2.2.3.1. El voluntariado.

En la actualidad, el voluntariado representa una de las agrupaciones sociales con más vitalidad en la lucha por la transformación social y el servicio hacia las personas que lo necesitan. El voluntario coloca de sí en este acto tan humano, pone su tiempo, su experiencia vital y su compromiso ciudadano a disposición de las personas.

El voluntariado o voluntarismo, comprendido como la **voluntad** de ayudar a los otros de manera altruista. El voluntario tiene una actitud plausible, sin embargo, si no

tiene la preparación adecuada no solo perjudicaría a si mismo sino a otras personas. Por lo tanto, los voluntarios necesitan de una formación especializada y óptima para el desempeño adecuado de sus actividades.

Las personas que forman parte de un voluntariado tienen la razón y el deber de recepcionar una capacitación idónea para la consecución eficiente de su labor.

Salvador (2005) propone una triple formación basado en la formación básica, la formación específica y la formación en crecimiento personal y grupal.

- **Formación básica:** Se relaciona a los conocimientos base que un voluntario debe conocer para destacarse dentro del voluntariado “con conocimientos de causa”. Tener una base educativa ayuda mucho para asignarle un valor o significado al quehacer del voluntario como un agente de transformación social a la que asiste y desenvuelve sus tareas con compromiso e inteligencia. Los temas básicos varían desde lo que es un voluntariado hasta introducciones de cómo hacer un buen trabajo dentro de la ciudadanía.
- **Formación específica:** Relacionado a los conocimientos necesarios para el desarrollo de actividades específicos del propio voluntariado y esto dependerá de las características propias de la asociación en donde el voluntario ha postulado o pertenece.
- **Formación en crecimiento personal y grupal:** Impulsa a desarrollo integral como seres humanos. Fundamentalmente, son contenidos transversales como: trabajo en equipo, resolución de conflictos, habilidades sociales, aprendizaje entre culturas y todos los temas que permitan al agente transformador desarrollar el voluntariado eficientemente.

2.2.3.2. El voluntario o la voluntaria.

Luciano Tavazza (1995), director del Instituto Italiano de Voluntariado, manifiesta que el voluntario como agente transformador social, imparte a la comunidad parte de su

tiempo a tareas que no están relacionados a si mismo de forma interesada, por lo que su actuar es constante, responsable y desinteresada. El actuar es altruista en el bien de los otros o también de interés social externos a él.

El voluntario puede realizar innumerables tareas y actividades que se incrementan día tras día. Sin embargo, hay ciertos factores en común que comparten los voluntarios al momento de realizar sus tareas:

Solidaridad: El voluntario practica la acción solidaria en los seres humanos o comunidades que presentan problemas que no son capaces de solucionar, por lo que limitan el desarrollo de todas las personas que la componen. El voluntario promueve un ambiente filantrópico donde prima el altruismo y la solidaridad de manera gratuita, esto ocasiona que diversas personas puedan encontrarse en amor y paz

Prevención: El actuar del voluntario no sólo trata de mitigar situaciones inmerecidas o irrelevantes, se trata de tener un plan de prevención a los fenómenos que generan estos conflictos, anticipando eficientemente.

Reinserción: El esfuerzo y la dedicación del voluntario representan una opción distinta para aquellas personas que se encuentran inmersas en situaciones de severa marginación y que no disponen de otros referentes.

Desarrollo social: Es importante la promoción de la libre participación y dinamización de la comunidad en donde habitamos, interviniendo en la resolución de conflictos e influyendo en el desarrollo de prestaciones necesarias para un eficiente desarrollo y salud mental, psicológico y social.

Sensibilización y denuncia social: El voluntario como representante de la calidad de vida, por lo que se encuentra más próximo al resto de individuos y a las situaciones en donde viven. Lucha y acusa las injusticias y la marginación que es practicada por la

sociedad y que, como un miembro más, ha contribuido a crear. La misión principal del voluntario es transformar la sociedad.

2.3. Definición conceptual de la terminología empleada

Ansiedad

Rollo May, define a la ansiedad como aquella respuesta común de todas las personas ante el peligro que está inmersa su vida, o hacia algún valor que la persona reconoce con su existencia (May,1996).

Muerte

Elisabeth Kübler-Ross sostiene que la muerte es un suceso desagradable para el ser humano y siempre lo será durante la existencia de éste. La muerte es asociada con un acto de maldad, un acontecimiento aterrador, que exige pena y castigo porque para el inconsciente es inconcebible imaginar un final en la tierra y si es que sucede, se atribuirá a una intervención del mal que viene de fuera (Kübler-Ross, 1993).

Afrontamiento

El afrontamiento es un concepto que se encuentra vinculado significativamente con la ansiedad y el estrés. Hombrados (1997) indica que el afrontamiento es la capacidad de sacar recursos de la falta de recursos. Por lo que el hombre al afrontar cierta situación, intentará extraer fortaleza de la debilidad, frente a la amenaza de un elemento estresor que se muestra como peligroso, desafiante o amenazante, movilizándolo a la persona a reflexionar sobre los propios recursos que tiene para hacer frente.

Angustia

Frank J. Bruno define a la angustia como un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. El sujeto angustiado, lo mismo que el temeroso, siente que pende sobre él una amenaza; pero a diferencia de éste, por lo común tiene sólo una idea vaga acerca del origen de esa amenaza (Bruno, 1986).

Temor

Philipp Lersch comenta que el temor siempre tiene un objeto sensorialmente presente. Lo temido se encuentra presente en el aquí y el ahora de la situación dada (Lersch, 1968).

Miedo

Kierkegaard y Jaspers sostienen que el miedo se encuentra vinculado a un objeto (temor de algo). Más preciso y circunscrito que posibilita la huida o se supera con el valor (Kierkegaard, 1982), (Jaspers, 1958).

Voluntario

Luciano Tavazza (1992), manifiesta que el voluntario como agente transformador social, imparte a la comunidad parte de su tiempo a tareas que no están relacionados a si mismo de forma interesada, por lo que su actuar es constante, responsable y desinteresada. El actuar es altruista en el bien de los otros o también de interés social externos a él.

Voluntariado

El voluntariado es la agrupación de actividades de interés general, que son impulsadas por agentes de transformación social, que no tienen una relación laboral,

funcional o lucrativa con la asociación ejecutora de programas sociales y comunitarios a personas o comunidades que lo necesiten (Yubero y Larrañaga, 2002).

CAPÍTULO III
MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El presente trabajo corresponde a una investigación de tipo básica, porque está dirigida a incrementar información y nuevos conocimientos de las variables de Ansiedad ante la Muerte y el Afrontamiento con la finalidad de abrir a otras áreas para la investigación científica con la finalidad incrementar y perfeccionar el conocimiento científico (Sánchez y Reyes, 2017).

Además, el enfoque empleado fue el cuantitativo, porque se realizó una recolección de datos con el objetivo de probar hipótesis en base al análisis estadístico y medición numérica. De esa manera se pudo establecer pautas de conductas y contrastar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

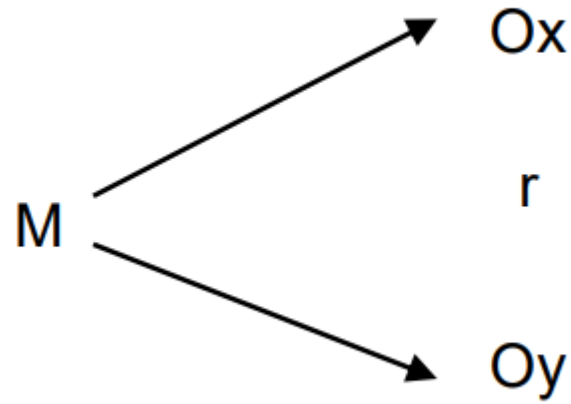
3.1.2. Diseño de investigación

El diseño elegido para este estudio es el no experimental debido a la no intervención intencionada de las variables en cuestión y sólo se aprecian los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (Hernández et al., 2010).

La presente investigación corresponde al diseño de investigación transversal donde se recolectaron los datos pertinentes en una sola oportunidad, con la finalidad de describir variables y analizar su interrelación en un momento dado (Ibidem).

Esta investigación pertenece al nivel correlacional, porque tiene el fin de apreciar la relación o grado de asociación que pueda existir entre dos o más variables en una muestra o contexto particular (Lozada, 2014).

Cuyo esquema es el siguiente:



M = Muestra de voluntarios de psicología

Ox= Observación de la variable Ansiedad ante la Muerte

.r= Relación entre variables

Oy= Observación de la variable Afrontamiento ante la Muerte

3.2. Población y muestra

Población de estudio

En este estudio, la unidad de análisis fue comprendida por voluntarios de psicología de una oficina de responsabilidad social de una Universidad Privada de Lima durante el periodo de emergencia sanitaria del 2020. La población estuvo conformada por 80 voluntarios de ambos sexos, con edades entre 20 hasta 56 años.

Para la muestra, no se empleó ninguna fórmula debido a que el procedimiento fue de tipo censal. Según Ramírez (1997) quien determinó que una muestra censal está constituida por todas las unidades de estudio, de esa manera, se establece censal ya

que es universo, población y muestra. Por lo tanto, se seleccionaron todos los elementos que conformaban a población, considerando a los 80 voluntarios de psicología de una oficina de responsabilidad social de una universidad privada de Lima.

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	11	13.8
Femenino	69	86.3
Total	80	100.0

Tabla 2

Distribución de la muestra según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
20 a 29	47	58.8
30 a 39	17	21.3
40 a 49	11	13.8
50 a 56	5	6.3
Total	80	100.0

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres adultos que se desenvuelven como voluntarios.
- Voluntarios de psicología perteneciente a la Oficina de Responsabilidad Social
- Personal de la Oficina de Responsabilidad Social que se desenvuelve como voluntario durante el periodo de emergencia nacional del 2020 por el COVID-19

Criterios de exclusión

- Hombres y mujeres adolescentes o adultos mayores que se desenvuelven como voluntarios.
- Voluntarios de otras carreras profesionales pertenecientes a la Oficina de Responsabilidad Social
- Personal de la Oficina de Responsabilidad Social que se desenvuelve como voluntario fuera del periodo de emergencia nacional del 2020 por el COVID-19

3.3. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

Hipótesis específicas

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social en función al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social en función al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

3.4. Variables- Operacionalización

Variable de estudio 1: Ansiedad ante la muerte

Definición conceptual

Templer (1970) sostuvo que la ansiedad ante la muerte es aquella respuesta emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, comprendidos como reales o imaginarios, que atentan contra la propia existencia del ser (Limonero, 1996).

Definición operacional

Aquel puntaje obtenido de la sumatoria de los ítems a través de los componentes de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS).

En la medición de la variable ansiedad ante la muerte se empleará un cuestionario de encuesta, con 03 dimensiones y 15 ítems

Tabla 3

Operacionalización de la Ansiedad ante la Muerte

Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems
Templer (1970) sostuvo que la Ansiedad ante la Muerte es aquella respuesta emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, comprendidos como reales o imaginarios, que atentan contra la propia existencia del ser (Limonero, 1996).	Miedo a la Agonía o Enfermedad	Referencia al dolor físico, dolor emocional y estrés producida por una incapacidad o enfermedad atravesada.	4,6,7,9 y 11
	Miedo a que la vida llegue a su fin	Referencia a aquella preocupación por el impacto psicológico de morir y de la muerte.	2, 8, 10, 12, 13, 14 Y 15
	Miedo a la muerte	Referencia a las reacciones físicas relacionadas a la consciencia de la muerte	1, 3 y 5

Variable de estudio 2: Afrontamiento ante la muerte

Definición conceptual

El afrontamiento consiste en hacer frente una situación negativa, donde el individuo emplea estrategias para mantener su integridad física y mental. Bugen (1981) consideró al Afrontamiento ante la Muerte como un constructo teórico relacionado a la Autoeficacia, que condiciona el nivel de ansiedad de los individuos y los educan en la eficiencia y competencia ante la muerte. Por lo tanto, es aquel constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte a través de creencias y actitudes con respecto a dichas capacidades (Tomás-Sábado, 2016).

Definición operacional

Aquel puntaje obtenido de la sumatoria de los ítems a través de los componentes de la Escala de Afrontamiento ante la Muerte (CDS).

En la medición de la variable Estilos de Afrontamiento se empleará un cuestionario de encuesta tipo Likert, con 30 ítems.

Tabla 4

Operacionalización del Afrontamiento ante la muerte

Definición	Indicadores	Ítems
El afrontamiento ante la muerte, es conocido como Autoeficacia, que condiciona el nivel de ansiedad de los individuos y los educan en la eficiencia y competencia ante la muerte. Por lo tanto, es aquel constructo que representa un amplio rango de habilidades y capacidades humanas para afrontar la muerte a través de creencias y actitudes con respecto a dichas capacidades (Tomás-Sábado, 2016).	Pensamientos reflexivos sobre la muerte	1 al 30
	Visión reflexiva sobre el futuro	
	Capacidad de hablar sobre la muerte	
	Habilidad de integrar a la muerte	
	Manejo de situaciones relacionado a enfermedades	
	Conocimientos sobre procesos funerarios	
Temple emocional ante separaciones y pérdidas		
Actitud reflexiva ante la muerte		

Variables sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Estado Civil
- Religiosidad
- Pérdida de un familiar o amigo
- Presencia de enfermedad crónica

3.5. Métodos y técnicas de investigación

La técnica elegida para el desarrollo de este proyecto será la encuesta porque permite recoger datos de una muestra representativamente amplia, utilizando procedimientos estandarizados con la intención de obtener una variedad de

características del fenómeno. A continuación, se especificará dos inventarios que se utilizarán para la investigación.

La encuesta es aquella técnica investigativa que tiene la característica de ser interrogantes verbales o escritas que se realizan a las personas para obtener información necesaria para una investigación (Carrasco, 2006). En el estudio se emplearon dos listados de preguntas con respuestas cerradas.

Medición de la ansiedad ante la muerte

Ficha técnica

Nombre original	: Death Anxiety Scale (DAS)
Nombre versión español	: Escala de Ansiedad ante la Muerte
Autor	: Donald Templer (1970)
Adaptación	: Bravo y León (2019)
Administración	: Individual o Colectiva
Duración	: 10 - 15 minutos
Objetivo	: Adultos de 18 hasta los 85 años
Descripción	: El test está constituido por 15 ítems, organizado en 3 dimensiones: Miedo a la Agonía o Enfermedad (ítems 4, 6, 7, 9 y 11); Miedo a que la Vida llegue a su Fin (ítems 2, 8, 10, 12, 13, 14 y 15); y Miedo a la Muerte (ítems 1, 3 y 5). El escalamiento es: Nunca o Casi Nunca (1), Algunas Veces (2), La mayor parte del tiempo (3) y Todo el Tiempo (4).

Validez y confiabilidad del instrumento original: Death Anxiety Scale (DAS)

La DAS fue desarrollada por Donald Templer en el contexto de su tesis doctoral y alcanzó popularidad entre los científicos que investigaban sobre las actitudes ante la muerte. Templer desarrolló 40 ítems preliminares, y para obtener la validez de contenido de estos ítems, se solicitó el dictamen de jueces expertos, quienes eliminaron 9 ítems. Después de la contrastación con otros instrumentos se retuvo ítems que obtuvieron un coeficiente de correlación biserial-puntual significativo al nivel 0.10 ($\alpha=0.10$), quedando al final 15 ítems. Con respecto a la fiabilidad se obtuvo una consistencia interna, calculada mediante la fórmula 20 de Kuder-Richardson, de 0.76 y una correlación test-retest de 0.83. Finalmente, la validez de la escala fue analizada en dos muestras diferentes: una por pacientes psiquiátricos y otra por estudiantes universitarios, y se obtuvo que en la muestra de los pacientes psiquiátricos que habían manifestado alta ansiedad ante la muerte obtuvieron puntos DAS significativamente superiores a los controles.

Asimismo, teniendo en cuenta la validez y la confiabilidad de Rivera-Ledesma y Montero-López (2010), con una población de 314 adultos mexicanos, se procedió a desarrollar análisis factorial. En la primera muestra de adultos mayores: miedo a la muerte, las cargas factoriales oscilan 0.51 y 0.82; miedo a la agonía o enfermedad entre 0.43 y 0.82; y miedo a que la vida llegue a su fin 0.66 y 0.75. En la segunda muestra de estudiantes universitarios los datos fueron: miedo a la muerte entre 0.49 y 0.76; miedo a la agonía o la enfermedad entre 0.68 y 0.80; y miedo a que la vida llegue a su fin 0.66 y 0.75. Finalmente, la consistencia interna fue obtenida a través del Alpha de Cronbach, la primera muestra arrojó 0.86 y la segunda 0.83.

La Validez interna de este instrumento mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), encontrando evidencias estadísticas que comprueban la existencia de correlación entre los ítems $p<001$, además el índice de Ajuste Comparativo y el índice de Bondad de Ajuste alcanzaron un puntaje eficiente >95 y un error cuadrático medio de aproximación RMSEA <0.05 . También se usó la correlación de Pearson, evidenciando resultados entre

0.56 – 0.75, referente al factor *miedo a la agonía o la enfermedad* se obtuvo valores entre 0.63 – 0.70, en el factor *miedo a que la vida llegue a su fin* los valores fueron 0.51 – 0.68, y finalmente en el factor *miedo a la muerte* obtuvo valores entre 0.64 – 0.71.

Validez y confiabilidad del instrumento adaptado: Escala de Ansiedad ante la Muerte

En el Perú, la primera adaptación se llevó a cabo gracias a Graus (2016) quien trabajó con 645 adultos de distintas instituciones de la ciudad de Trujillo, obteniendo a través de un muestreo estratificado. La Validez interna de este instrumento mediante el análisis factorial confirmatorio (AFC), encontrando evidencias estadísticas que comprueban la existencia de correlación entre los ítems $p < 0.001$, además el índice de Ajuste Comparativo y el índice de Bondad de Ajuste alcanzaron un puntaje eficiente > 95 y un error cuadrático medio de aproximación RMSEA < 0.05 . También se usó la correlación de Pearson, evidenciando resultados entre 0.56 – 0.75, referente al factor *miedo a la agonía o la enfermedad* se obtuvo valores entre 0.63 – 0.70, en el factor *miedo a que la vida llegue a su fin* los valores fueron 0.51 – 0.68, y finalmente en el factor *miedo a la muerte* obtuvo valores entre 0.64 – 0.71.

La confiabilidad por consistencia interna se halló mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con la finalidad de calcular en la muestra de 402 sujetos en Trujillo, obteniendo resultados evidenciando una confiabilidad por factores que oscilan entre 0.83 y 0.86 de consideración respetable a muy buena. Cuando se refiere a *ansiedad ante la muerte* de manera general, la fiabilidad es de 0.93, con respecto al factor *miedo a la agonía o la enfermedad* se obtuvo 0.86 y en los factores *miedo a que la vida llegue a su fin* y *miedo a la muerte* se alcanzó un puntaje de 0.85.

Bravo y Leon (2019) lograron determinar las evidencias de validez basadas en la estructura interna, por medio del análisis confirmatorio. Las cargas factoriales que se obtuvieron un rango desde 0.48 hasta 0.67 en el factor *miedo a la agonía o la enfermedad*; desde 0.45 hasta 0.85 en *miedo a la muerte* y desde 0.45 hasta 0.68 en

miedo a que la vida llegue a su fin. Con respecto a la confiabilidad se halló a través del método de consistencia interna. Las 3 dimensiones de la escala reportaron medidas consistentes: Miedo a la agonía o enfermedad: 0.72; Miedo a que la vida llegue a su fin y Miedo a la muerte: 0.75.

Medición del afrontamiento ante la muerte

Ficha técnica

Nombre original	: Coping with Death Scale (CDS)
Nombre versión español	: Escala de Afrontamiento ante la Muerte
Autor	: L. Bugen (1981)
Adaptación	: Schmidt (2007)
Administración	: Individual o Colectiva
Duración	: 10 - 15 minutos
Objetivo	: Adultos de 18 hasta los 85 años
Descripción	: El test está constituido por 30 ítems. El escalamiento es: Totalmente desacuerdo (1), Muy en desacuerdo (2), En desacuerdo (3) y Neutral (4), De acuerdo (5), Muy de acuerdo (6) y Totalmente de acuerdo (7).

Validez y confiabilidad del instrumento original: Coping with Death Scale (CDS)

Diversos estudios confirman la alta calidad interna de la escala ($\alpha = 0.89$ para $p < 0.001$) en un grupo de voluntarios en centros de paliativos.

El coeficiente de Cronbach se halló en dos ocasiones: EBAM preintervención $\alpha = 0.826$ y EBAM posintervención $\alpha = 0.874$. Llegando a la conclusión que el instrumento mantiene una alta fiabilidad y poder aplicarlo en su investigación. Los resultados finales de su trabajo al validar la Escala de Afrontamiento ante la Muerte realizaron el análisis

de consistencia interna, correspondiendo un coeficiente de Cronbach $\alpha=0.824$ (instrumento altamente fiable).

Validez y confiabilidad del instrumento adaptado: Escala de Afrontamiento ante la Muerte

Zambrano (2018) empleó la Escala de Afrontamiento ante la Muerte en su investigación peruana trabajando con un alfa de Cronbach $\alpha=0.824$, y según sus antecedentes es un instrumento que puede ser utilizado en la comunidad hispana, además de indicar una alta fiabilidad, debido a que se mantiene después de replicarlo después de cuatro meses.

En el mismo contexto nacional, Beltrán (2015) usó la Escala de Afrontamiento ante la Muerte trabajando con una alta consistencia interna ($\alpha=0.90$ para $p<0.001$).

Para la validación de este instrumento, también se acudió a la validez estadística con el estadígrafo de Pearson. La validez estadística se aplicó una vez reunida los datos en una prueba piloto con voluntarios de similares características a la muestra de estudio.

Hernández, et al (2010), indica que los instrumentos son confiables siempre en cuando produzcan resultados consistentes y coherentes, y su aplicación repetida, con similares muestras, siempre producen iguales resultados.

Tabla 5

Estadístico de confiabilidad de prueba piloto de Afrontamiento ante la muerte

Instrumentos	Confiabilidad	Interpretación
Escala de Afrontamiento ante la Muerte de Bugen (CDS)	0.906	Muy Alta

Confiabilidad de instrumentos

Tabla 6

Confiabilidad de los instrumentos de ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte

Instrumentos	Confiabilidad	Interpretación
Ansiedad ante la Muerte	0.859	Muy Alta
Afrontamiento ante la muerte	0.911	Muy Alta

En la tabla 6 donde se muestran los resultados de la confiabilidad de los instrumentos utilizados para las variables estudiadas. La escala de ansiedad ante la muerte de Templer y la Escala de afrontamiento ante la muerte de Bugen. Los resultados superan los 0.81, lo que indicaría que son instrumentos muy altamente confiables.

3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para la consecución de este trabajo de investigación se procedió a realizar una serie de pasos estructurados. En primera instancia, se realizó las coordinaciones respectivas para acceder a los participantes. Después, se adaptaron los instrumentos escogidos de manera virtual usando el programa Drive y Formulario de Google para el envío masivo, esto fue debido al contexto del COVID-19 para evitar la aglomeración de personas en un ambiente específico; paralelamente se elaboraron los consentimientos informados, las tarjetas de invitación y agradecimiento para los participantes. Terminada la recolección total de datos se procedió enviar la base de datos al programa Microsoft Excel. Seguido de eso se procedió a enviar la matriz de datos al Programa SPSS 21, donde se llevó a cabo la depuración y el análisis de los datos tomando en cuenta los objetivos planteados en esta investigación.

Los estadísticos usados para la valoración de confiabilidad de la Escala de Ansiedad ante la Muerte y Escala de Afrontamiento ante la Muerte, se usó el Alfa de Cronbach por consistencia interna.

También se verificó la normalidad de la distribución a partir de la prueba Kolmogorov Smirnov, obteniendo una distribución no normal, por lo que se procedió a comparar con las pruebas no paramétricas U Mann Whitney y Kruskal Wallis. Por último, se usó la prueba bivariado no paramétrica Rho de Spearman para estimar el grado de relación entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos e inferenciales

A continuación, se presentarán los resultados de la evaluación de ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte.

Tabla 7

Frecuencia de ansiedad ante la muerte según el sexo

Ansiedad ante la muerte	Sexo	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	Masculino	5	6.25%
	Femenino	36	45%
Altos Niveles de Ansiedad	Masculino	6	7.50%
	Femenino	33	41.25%
Total		80	100%

En la tabla 7, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según el sexo de los participantes. Se evidencia que el 6.25% (5) de sexo masculino presentan bajos niveles de ansiedad (BNA), mientras que el 7.50% (6) presentan altos niveles de ansiedad (ANA). Con respecto al sexo femenino, el 45% (36) presentan bajos niveles de ansiedad (BNA), y el 41.25% (33) presentan altos niveles de ansiedad (ANA).

Tabla 8

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según sexo

Afrontamiento ante la muerte	Sexo	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	Masculino	4	5%
	Femenino	23	28.75%
Afrontamiento Regular	Masculino	2	2.5%
	Femenino	25	31.25%
Afrontamiento Óptimo	Masculino	5	6.25%
	Femenino	21	26.25%
Total		80	100%

En la tabla 8, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según el sexo de los participantes. Se evidencia que el 5% (4) de sexo masculino presentan un afrontamiento inadecuado (AI); el 2.5% (2) presenta un afrontamiento regular (AR), y el 6.25% (5) presentan un afrontamiento óptimo (AO); con respecto al sexo femenino, el 28.75% (23) presentan AI, el 31.25% (25) tienen AR, finalmente el 26.25% (21) presentan AO.

Tabla 9

Frecuencia de ansiedad ante la muerte según la edad

Ansiedad ante la muerte	Edad	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	20 a 29 años	19	23.75%
	30 a 39 años	11	13.75%
	40 a 49 años	7	8.75%
	50 a 56 años	4	5%
Altos Niveles de Ansiedad	20 a 29 años	28	35%
	30 a 39 años	6	7.5%
	40 a 49 años	4	5%
	50 a 56 años	1	1.25%
Total		80	100%

En la tabla 9, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según la edad de los participantes. Se evidencia que el 23.75% (19) de voluntarios de 20 a 29 años presentan BNA y el 35% (28) presentan ANA; en el grupo de 30 a 39 años, el 13.75% (11) presentan BNA y el 7.5% (6) ANA; en el grupo de edad 40 a 49 años, el 8.75% (7) presentan BNA, y el 5% (4) presentan ANA; finalmente en el grupo de edad de 50 a 56 años, el 5% (4) presentan BNA y el 1.25% (1) ANA.

Tabla 10

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según la edad

Afrontamiento ante la muerte	Edad	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	20 a 29 años	19	23.75%
	30 a 39 años	3	3.75%
	40 a 49 años	1	1.25%
	50 a 56 años	4	5%
Afrontamiento Regular	20 a 29 años	17	21.25%
	30 a 39 años	3	3.75%
	40 a 49 años	6	7.5%
	50 a 56 años	1	1.25%
Afrontamiento Óptimo	20 a 29 años	11	13.75%
	30 a 39 años	11	13.75%
	40 a 49 años	4	5%
	50 a 56 años	0	0%
Total		80	100%

En la tabla 10, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la edad de los participantes. Los resultados de los voluntarios de 20 a 29 años fueron, 23.75% (19) AI, 21.25% (17) AR, 13.75% AO; los de 30 a 39 años, 3.75% (3) AI, 3.75% (3) AR, 13.75% (11) AO; los de 40 a 49 años, 1.25% (1) AI, 7.5% (6) AR, 5% (4) AO; finalmente los de 50 a 56 años, 5% (4) AI y el 1.25% (1) AR.

Tabla 11

Frecuencia de ansiedad ante la muerte según el estado civil

Ansiedad ante la muerte	Estado Civil	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	Soltero (a)	32	40%
	Casado (a)	8	10%
	Divorciado (a)	1	1.25%
Altos Niveles de Ansiedad	Soltero (a)	31	38.75%
	Casado (a)	7	8.75%
	Divorciado (a)	1	1.25%
Total		80	100%

En la tabla 11, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según el estado civil de los participantes. Se evidencia que el 40% (32) de los solteros presentan BNA, mientras que el 38.75% (31) tienen ANA; con respecto a los casados, el 10% (8) presentan BNA y el 8.75% (7) tienen ANA; finalmente los divorciados, el 1.25% (1) presenta BNA y el 1.25% (1) también presenta ANA.

Tabla 12

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según estado civil

Afrontamiento ante la muerte	Estado Civil	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	Soltero (a)	21	26.25%
	Casado (a)	5	6.25%
	Divorciado (a)	1	1.25%
Afrontamiento Regular	Soltero (a)	23	28.75%
	Casado (a)	4	5%
	Divorciado (a)	0	0%
Afrontamiento Óptimo	Soltero (a)	19	23.75%
	Casado (a)	6	7.5%
	Divorciado (a)	1	1.25%
Total		80	100%

En la tabla 12, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según el estado civil de los participantes. Los resultados de los voluntarios solteros fueron, 26.25% (21) AI, 28.75% (23) AR, 23.75% (19) AO; los casados, 6.25% (5) AI, 5% (4) AR, 7.5% (6) AO; finalmente los divorciados, 1.25% (1) AI y el 1.25% (1) AO.

Tabla 13

Frecuencia de la ansiedad ante la muerte según la religiosidad

Ansiedad ante la muerte	Religiosidad	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	Creyente	38	47.5%
	Agnóstico	1	1.25%
	Otro	2	2.5%
Altos Niveles de Ansiedad	Creyente	34	42.5%
	Agnóstico	2	2.5%
	Otro	3	3.75%
Total		80	100%

En la tabla 13, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según la religiosidad de los participantes. Se evidencia que el 47.5% (38) de los creyentes presentan BNA, mientras que el 42.5% (34) tienen ANA; con respecto a los agnósticos, el 1.25% (1) presenta BNA y el 2.5% (2) tienen ANA; finalmente en otro tipo de religiosidad, el 2.5% (2) presenta BNA y el 3.75% (3) también presenta ANA.

Tabla 14

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según religiosidad

Afrontamiento ante la muerte	Religiosidad	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	Creyente	25	31.25%
	Agnóstico	2	2.5 %
	Otro	0	0%
Afrontamiento Regular	Creyente	24	30%
	Agnóstico	0	0%
	Otro	3	3.75%
Afrontamiento Óptimo	Creyente	23	28.75%
	Agnóstico	1	1.25%
	Otro	2	2.5%
Total		80	100%

En la tabla 14, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la religiosidad de los participantes. Los resultados de los voluntarios creyentes fueron, 31.25% (25) AI, 30% (24) AR, 28.75% (23) AO; los agnósticos, 2.5% (2) AI, 1.25% (1) AO; finalmente otro tipo de religiosidad, 3.75% (3) AR y el 2.5% (2) AO.

Tabla 15

Frecuencia de la ansiedad ante la muerte según la pérdida de un familiar o amigo

Ansiedad ante la muerte	Pérdida de un familiar o amigo	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	SI	21	26.25%
	NO	20	25%
Altos Niveles de Ansiedad	SI	24	30%
	NO	15	18.75%
Total		80	100%

En la tabla 15, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según la pérdida de un familiar de los participantes. Se evidencia que los

voluntarios que, SI perdieron un familiar o amigo durante este período, el 26.25% (21) presentan BNA y el 30% (24) tienen ANA, por el contrario, para los que NO perdieron una familiar o amigo, el 25% (20) presentan BNA y el 18.75% (15) tienen ANA.

Tabla 16

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según pérdida de un familiar o amigo

Afrontamiento ante la muerte	Pérdida de un Familiar o amigo	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	SI	15	18.75%
	NO	12	15%
Afrontamiento Regular	SI	18	22.5%
	NO	9	11.25%
Afrontamiento Óptimo	SI	12	15%
	NO	14	17.5%
Total		80	100%

En la tabla 16, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la pérdida de un familiar o amigo de los participantes. Se evidencia que los voluntarios que SI tuvieron una pérdida, el 18.75% (15) presentan AI, el 22.5% (18) AR, el 15% (12) AO; y los que NO tuvieron una pérdida, el 15% (12) presentan AI, el 22.5% (9) AR y el 17.5% (14) presentan AO.

Tabla 17

Frecuencia de la ansiedad ante la muerte según la presencia de enfermedad crónica

Ansiedad ante la muerte	Presencia de enfermedad crónica	N	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	SI	6	7.5%
	NO	35	43.75%
Altos Niveles de Ansiedad	SI	2	2.5%
	NO	37	46.25%
Total		80	100%

En la tabla 17, se demuestra la frecuencia de los niveles de ansiedad ante la muerte según la presencia de enfermedad crónica de los participantes. Se evidencia que los voluntarios que SI tienen una enfermedad crónica, el 7.5% (6) presentan BNA y el 2.5% (2) tienen ANA, por el contrario, para los que NO tienen una enfermedad crónica, el 43.75% (35) presentan BNA y el 46.25% (37) tienen ANA.

Tabla 18

Frecuencia de afrontamiento ante la muerte según presencia de enfermedad crónica

Afrontamiento ante la muerte	Presencia de Enfermedad Crónica	N	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	SI	1	1.25%
	NO	26	32.5%
Afrontamiento Regular	SI	3	3.75%
	NO	24	30%
Afrontamiento Óptimo	SI	4	5%
	NO	22	27.5%
Total		80	100%

En la tabla 18, se demuestra la frecuencia de los niveles de afrontamiento ante la muerte según la presencia de enfermedad crónica de los participantes. Se evidencia que los voluntarios que SI tienen una enfermedad crónica, el 1.25% (1) presenta AI, el 3.75% (3) AR, el 5% (4) AR; y los que NO tienen una enfermedad crónica, el 32.5% (26) presentan AI, el 30% (24) AR y el 27.5% (22) presentan AO.

Análisis descriptivo de la variable ansiedad ante la muerte

Tabla 19

Estadísticos descriptivos de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones

Variable/Dimensiones	M	Mdn	Mo	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis
Miedo a la Agonía o Enfermedad	9.16	8	8	3.192	10.188	.569	-.512
Miedo a que la Vida Llegue a su Fin	12.08	11	11	3.229	10.425	.364	-.723
Miedo a la Muerte	4.79	5	3	1.644	2.701	.719	.244
Ansiedad ante la muerte	26.03	25	23	6.862	47.088	.630	.149

En la tabla 19, se observan los análisis estadísticos descriptivos de las dimensiones de la variable Ansiedad ante la Muerte, presentándose los siguientes datos: Miedo a la Agonía o Enfermedad alcanzó una Media (M) de 9.16, Mediana (Mdn) de 8 y con una Desviación estándar (DE) de 3.192; Miedo a que la Vida Llegue a su Fin presentó una M de 12.08, Mdn de 11 y DE de 3.229; Miedo a la Muerte obtuvo una M de 4.79, Mdn de 5 y DE de 1.644. Por otro lado, la asimetría de todas las dimensiones se encuentra fuera de los parámetros (-1.5 y +1.5), lo que indicaría que presenta una distribución muestral *no normal*.

Tabla 20

Niveles y frecuencia de la variable ansiedad ante la muerte

	Frecuencia	Porcentaje
Bajos Niveles de Ansiedad	41	51.3
Altos Niveles de Ansiedad	39	48.8
Total	80	100.0

En la tabla 20, se muestran los niveles de Ansiedad ante la Muerte, en donde se aprecia que el 51.3% presenta bajos niveles de Ansiedad ante la Muerte, a comparación del 48.8% que sí los presenta.

Tabla 21

Niveles y frecuencia de las dimensiones de la variable ansiedad ante la muerte

Variables/Dimensiones	Miedo a la Agonía o Enfermedad		Miedo a que la Vida llegue a su Fin		Miedo a la Muerte	
	f	f%	f	f%	f	f%
	Bajos Niveles	43	53.8	41	51.3	54
Altos Niveles	37	46.3	39	48.8	26	32.5
Total	80	100.0	80	100.0	80	100.0

En la tabla 21, se observa los niveles de las dimensiones de la variable Ansiedad ante la Muerte, en donde se aprecian que la dimensión *Miedo a la Agonía o Enfermedad* predomina bajos niveles de ansiedad representado por un 53.8% de la muestra; la dimensión *Miedo a que la Vida llegue a su Fin* predomina bajos niveles de ansiedad representado por un 51.3% de la muestra; y finalmente la dimensión *Miedo a la Muerte* presenta bajos niveles de ansiedad representado por un 67.5% de la muestra.

Análisis descriptivo de la variable afrontamiento ante la muerte

Tabla 22

Estadísticos descriptivos de la variable afrontamiento ante la muerte

Variable/Dimensión	M	Mdn	Mo	DE	Varianza	Asimetría	Curtosis
Afrontamiento ante la muerte	138.2	139	120	24.308	590.896	-0.417	1.031

En la tabla 22, se observa que la variable Afrontamiento ante la Muerte alcanzó una Media (M) de 138.20, una Mediana (Mdn) de 139 y Desviación Estándar (DE) de 24.308. Además, presenta una asimetría de -0.417, que indicaría que se encuentra dentro de los parámetros de +/- 1.5, implicando una distribución muestral *normal*.

Tabla 23

Niveles y frecuencia de la variable afrontamiento ante la muerte

Afrontamiento ante la muerte		
	Frecuencia	Porcentaje
Afrontamiento Inadecuado	27	33.8
Afrontamiento Regular	27	33.8
Afrontamiento Óptimo	26	32.5
Total	80	100.0

En la tabla 23, con respecto a la variable *Afrontamiento ante la Muerte*, se observa que la mayor cantidad de participantes se encuentran ubicados en dos niveles de *Afrontamiento Inadecuado* y *Afrontamiento Regular* representados por un porcentaje de 33.8.

Prueba de normalidad de las variables

Tabla 24

Análisis de normalidad de la distribución muestral en la variable ansiedad ante la muerte y sus dimensiones

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Miedo a la Agonía o Enfermedad	0.359	80	.000
Miedo a que la Vida llegue a su Fin	0.346	80	.000
Miedo a la Muerte	0.430	80	.000
Ansiedad ante la muerte	0.346	80	.000

Nota: Sig=Significacia

En la tabla 24, se muestran que los resultados de la prueba de normalidad de la distribución muestral en la variable Ansiedad ante la Muerte y sus dimensiones mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo un nivel de significancia menor a 0.05 ($p=0.00$), lo cual nos indica que en el análisis de datos se utilizaran los estadísticos no paramétricos.

Tabla 25

Análisis de normalidad de la distribución muestral en la variable afrontamiento ante la muerte

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Afrontamiento ante la muerte	0.224	80	0,000

Nota: Sig=Significacia

En la tabla 25, se presentan los datos de la prueba de normalidad de la distribución muestral en la variable Afrontamiento ante la Muerte general mediante la prueba Kolmogórov-Smirnov, donde se visualiza que la significancia es menor a 0.05 ($p=0.00$), lo cual nos indica que los datos de la muestra no se adecuan a una distribución normal, por ello se utilizaran los estadísticos no paramétricos.

4.2. Contrastación de hipótesis

Análisis correlacional de las variables

Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

Tabla 26

Correlación entre ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte

	Afrontamiento ante la muerte		
	R	p	N
Ansiedad ante la muerte	-0,231*	0.039	80

*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

En la tabla 26, se presenta el análisis de relación entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte, a un nivel de significancia de 0.05, donde se obtuvo un p-valor = 0.039 en la correlación de Spearman, que es menor al nivel de significancia, lo que afirma la hipótesis de: Existe relación significativa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020. También, la magnitud de la correlación es negativa y baja (-0.231) lo que indica que: La presencia de alta ansiedad ante la muerte está relacionada con un afrontamiento ante la muerte inadecuado.

Hipótesis específica

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en la Ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social en función al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

Comparación de la ansiedad ante la muerte en función a las variables sociodemográficas

Tabla 27

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función al sexo

	Sexo	N	Rango promedio	U	Z	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	Masculino	11	40.18	376.000	-.057	.955
	Femenino	69	40.55			
Miedo a que la vida llegue a su fin	Masculino	11	46.45	314.000	-	.291
	Femenino	69	39.55			
Miedo a la muerte	Masculino	11	34.77	316.500	-	.278
	Femenino	69	41.41			
Ansiedad ante la Muerte	Masculino	11	42.82	354.000	-.411	.681
	Femenino	69	40.13			

En la tabla 27, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función al sexo de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

Tabla 28

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la edad

	Edad	N	Rango promedio	H	gl	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	20 a 29 años	47	45.83	8.596	3	0.035
	30 a 39 años	17	31.41			
	40 a 49 años	11	36.55			
	50 a 56 años	5	30			
Miedo a que la vida llegue a su fin	20 a 29 años	47	43.98	3.947	3	.267
	30 a 39 años	17	37.47			
	40 a 49 años	11	31.91			
	50 a 56 años	5	37			
Miedo a la muerte	20 a 29 años	47	42.82	5.608	3	.132
	30 a 39 años	17	34.56			
	40 a 49 años	11	45.68			
	50 a 56 años	5	27.50			
Ansiedad ante la Muerte	20 a 29 años	47	44.83	5.694	3	.128
	30 a 39 años	17	35.12			
	40 a 49 años	11	35.55			
	50 a 56 años	5	29			

En la tabla 28, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la edad de los voluntarios evaluados, y se observa que solo en la dimensión Miedo a la agonía o enfermedad se encontró una relación significativa menor a 0.05 (0.03). En el resto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 29

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función al estado civil

	Estado Civil	N	Rango promedio	H	gl	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	Soltero (a)	63	41.68	1.224	2	.542
	Casado (a)	15	35.33			
	Divorciado (a)	2	42			
Miedo a que la vida llegue a su fin	Soltero (a)	63	41.95	1.739	2	.419
	Casado (a)	15	34.33			
	Divorciado (a)	2	41			
Miedo a la muerte	Soltero (a)	63	39.56	.811	2	.667
	Casado (a)	15	43.50			
	Divorciado (a)	2	47.50			
Ansiedad ante la Muerte	Soltero (a)	63	40.68	.032	2	.984
	Casado (a)	15	39.67			
	Divorciado (a)	2	41			

En la tabla 29, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función al estado civil de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

Tabla 30

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la religiosidad

	Religiosidad	N	Rango promedio	H	gl	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	Creyente	72	40.89	1.892	2	.388
	Agnóstico	3	48.67			
	Otro	5	30			
Miedo a que la vida llegue a su fin	Creyente	72	38.78	5.572	2	.062
	Agnóstico	3	61			
	Otro	5	53			
Miedo a la muerte	Creyente	72	40.83	0.375	2	.829
	Agnóstico	3	40.83			
	Otro	5	35.50			
Ansiedad ante la Muerte	Creyente	72	39.89	.697	2	.706
	Agnóstico	3	47.67			
	Otro	5	45			

En la tabla 30, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la religiosidad de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

Tabla 31

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la pérdida de un familiar o amigo

	Pérdida de un familiar	N	Rango promedio	U	Z	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	SI	45	40.67	780.000	-.084	.933
	NO	35	40.29			
Miedo a que la vida llegue a su fin	SI	45	43.22	665.500	-1.372	.170
	NO	35	37			
Miedo a la muerte	SI	45	44.39	612.500	-2.092	.036
	NO	35	35.50			
Ansiedad ante la Muerte	SI	45	42.33	705.000	-.924	.355
	NO	35	38.14			

En la tabla 31, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la pérdida de un familiar o amigo de los voluntarios evaluados, y se observa que solo en la dimensión Miedo a la muerte se encontró una relación significativa menor a 0.05 (0.03). En el resto no existen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 32

Comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la presencia de enfermedad crónica

	Presencia de enfermedad crónica	N	Rango promedio	U	Z	p
Miedo a la Agonía o Enfermedad	SI	8	32	220.000	-1.263	.207
	NO	72	41.44			
Miedo a que la vida llegue a su fin	SI	8	31	212.000	-1.408	.159
	NO	72	41.56			
Miedo a la muerte	SI	8	52.50	192.000	-1.898	.058
	NO	72	39.17			
Ansiedad ante la Muerte	SI	8	31	212.000	-1.408	.159
	NO	72	41.56			

En la tabla 32, se presentan los resultados de la comparación de la ansiedad ante la muerte y sus dimensiones en función a la presencia de enfermedad crónica de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de ellas.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el Afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social en función al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a las variables sociodemográficas

Tabla 33

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función al sexo

	Sexo	N	Rango promedio	U	Z	p
Afrontamiento ante la Muerte	Masculino	11	43.23	349.500	-.445	.657
	Femenino	69	40.07			

En la tabla 33, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función al sexo de los voluntarios evaluados, y se observa que no existe diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia excede el 0.05 (0.65).

Tabla 34

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la edad

	Edad	N	Rango promedio	H	gl	p
Afrontamiento ante la Muerte	20 a 29 años	47	36.29	13.605	3	.003
	30 a 39 años	17	53.38			
	40 a 49 años	11	48.18			
	50 a 56 años	5	19.40			

En la tabla 34, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la edad de los voluntarios evaluados, y se observa que SI existe diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia es menor que 0.05 (0.00).

Tabla 35

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función al estado civil

	Estado Civil	N	Rango promedio	H	gl	p
Afrontamiento ante la Muerte	Soltero (a)	63	39.99	.172	2	.918
	Casado (a)	15	42.60			
	Divorciado (a)	2	40.75			

En la tabla 35, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función al estado civil de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia excede al 0.05 (0.91).

Tabla 36

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la religiosidad

	Estado Civil	N	Rango promedio	H	gl	p
Afrontamiento ante la Muerte	Creyente	72	40.09	1.778	2	.411
	Agnóstico	3	31.83			
	Otro	5	51.60			

En la tabla 36, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la religiosidad de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia excede al 0.05 (0.41).

Tabla 37

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la pérdida de un familiar

	Pérdida de un familiar	N	Rango promedio	U	Z	p
Afrontamiento ante la Muerte	SI	45	39.07	723.000	-.663	.507
	NO	35	42.34			

En la tabla 37, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la religiosidad de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia excede al 0.05 (0.50).

Tabla 38

Comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la presencia de enfermedad crónica

	Presencia de Enfermedad Crónica	N	Rango promedio	U	Z	p
Afrontamiento ante la Muerte	SI	45	39.07	723.000	-.663	.507
	NO	35	42.34			

En la tabla 38, se presenta el resultado de la comparación del afrontamiento ante la muerte en función a la religiosidad de los voluntarios evaluados, y se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas, debido a que el valor de significancia excede al 0.05 (0.50).

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

Tabla 19

Correlación entre las dimensiones de ansiedad ante la muerte y afrontamiento ante la muerte

	Afrontamiento ante la muerte		
	r	p	N
Miedo a la Agonía o Enfermedad	-0.294	0.008	80
Miedo a que la Vida llegue a su Fin	-0.46	0.682	80
Miedo a la Muerte	-0.186	0.098	80

En la tabla 39, se presenta el análisis de relación entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte. Se observa que: los resultados obtuvieron una correlación baja, inversa y significativa ($r = -0.294$, $p = 0.01$) entre la dimensión Miedo a la Agonía o Enfermedad y la variable Afrontamiento ante la Muerte; correlación muy baja, inversa y no significativa ($r = -0.46$, $p = 0.68$) entre la dimensión Miedo a que la Vida Llegue a su Fin y la variable Afrontamiento ante la Muerte y; una correlación moderada muy baja, inversa y no significativa ($r = -0.186$, $p = 0.10$) entre la dimensión Miedo a la Muerte y la variable Afrontamiento ante la Muerte. Por lo tanto, existe una relación estadísticamente significativa en una de las tres dimensiones, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se llega a la conclusión que: No existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

CAPÍTULO V
DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

5.1. Discusiones

En esta investigación se analizó la correlación entre las variables Ansiedad ante la Muerte y Afrontamiento ante la Muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social durante el periodo de emergencia sanitaria del 2020, con una muestra establecida de 80 voluntarios, con edades comprendidas entre 20 y 56 años. El interés por este estudio se dio por la coyuntura actual que se está atravesando por el COVID-19 que ha influenciado de manera significativa en los pensamientos, sentimientos y comportamientos de las personas. El voluntario, quien durante la pandemia ha tenido que cumplir con las funciones de servir y atender a personas que se encuentran vulnerables frente al Coronavirus (MIMP, 2020); se encuentra vulnerable ante secuelas psicológicas y fisiológicas como ansiedad, depresión, estrés y la muerte.

De acuerdo con los hallazgos obtenidos en el objetivo general se halló una correlación estadísticamente significativa de tipo inversa ($r = -0.231$, $p = 0.039$) entre las variables Ansiedad ante la Muerte y Afrontamiento ante la Muerte en voluntarios de psicología, por lo que se afirmaría que un Afrontamiento Óptimo ante la Muerte está relacionado a bajos niveles de Ansiedad, es decir, un voluntario que demuestra un afrontamiento óptimo hacia la muerte, no presenta miedos y preocupaciones significativos hacia la muerte, por lo que se desenvolvería en sus actividades cotidianas sin problema alguno. Éste dato se contrasta con la teoría de Autoeficacia de Bandura (1986) quien al referirse con afrontamiento o competencia ante la muerte es un predictor de diferentes variables que condicionan el nivel de ansiedad en las personas de forma competente. Al encarar de manera efectiva la muerte, influye significativamente en los pensamientos y sentimientos hacia ella. Por lo tanto, el afrontamiento ante la muerte es un proceso que permite encarar un peligro o situación negativa, como la muerte, planteándolo en términos neutro y dándole una solución para mantener su integridad física y psicológica.

Con respecto a los niveles de ansiedad ante la muerte, destaco la investigación de Becerra y Becerra (2019), quienes expresan que, debido al contexto nacional del

COVID-19, los adultos peruanos presentan niveles de ansiedad ante la muerte con tendencia alta y por lo tanto es importante prevenir el sufrimiento psicológico que ocasiona esta crisis sanitaria. Sin embargo, en esta investigación los resultados con respecto al nivel de Ansiedad ante la muerte en voluntarios de psicología, indican que el 51.3% de voluntarios presentan bajos niveles de Ansiedad ante la muerte, lo que significa que un poco más de la mitad de población no asocian emociones, sensaciones y pensamientos de tristeza, miedo, ira, incomodidad, frustración e impotencia cuando se refieren a la muerte; a comparación del 48.8% de voluntarios que indican altos niveles de Ansiedad ante la muerte presentando significativamente los síntomas previamente mencionados (Tomás-Sábado, 2016). Y esto estaría relacionado íntimamente a las características y habilidades de los voluntarios, debido a que éstos últimos, durante años previos han sido parte de proyectos que incentivan las habilidades sociales, y ahora con la pandemia, han moldeado hábitos para promocionar un bienestar psicológico y clima favorable teniendo capacitaciones previas (Doshi, 2020; citado por Saravia, 2021).

Además el ser voluntario adopta diversos factores que enriquecen el desarrollo personal y las interrelaciones laborales, ellos incrementan aspectos psicológicos como; la estima personal, estado anímico, motivaciones intrínseca y extrínseca, y el más importante, generan capacidades significativas para hacer frente a cuadros de depresión y ansiedad (Sitges, Lorente y Saorin, 2017). Lo que estaría muy relacionado a los niveles de ansiedad encontrados en este estudio. Cuando nos referimos a las dimensiones de la Ansiedad ante la Muerte, la primera dimensión, miedo a la agonía y enfermedad, el 53.8% presentan niveles bajos de ansiedad, lo que indicaría que la mayoría de los voluntarios no presentan cuadros de estrés o dolores físico/emocionales producidas por una incapacidad o enfermedad relacionada a la muerte; la segunda dimensión, miedo a que la vida llega a su fin, el 51.3% presentan niveles bajos de ansiedad, lo que indicaría que un poco más de voluntario no presentan sentimiento y pensamientos negativos significativos ante la consecuencia de su propia muerte; la tercera dimensión, miedo a la muerte, el 67.5% de voluntarios presentan niveles bajos de ansiedad, lo que indicaría que una muestra considerable no presentan cuadros ansioso y perturbaciones físicas cuando son conscientes de la muerte.

Con respecto a los niveles de afrontamiento ante la muerte, en el estudio de Fernández, García, García, Fernández, Lozano y Rubio (2017) descubrieron que gran parte de su población presentaban afrontamiento regular e inadecuado lo que evidenciaría capacidades regulares e inadecuadas para afrontar a la muerte. Asimismo, en esta investigación se encontraron resultados similares, donde el 32.5% de voluntarios presentaron afrontamiento óptimo ante la muerte, mientras que el 33.8% de éstos últimos indicaron afrontamiento inadecuado y regular compartiendo la misma cantidad de voluntarios, por lo que se evidenciaría falta de conocimientos y competencia para afrontar a la muerte. Esto evidenciaría la importancia de promocionar programas que refuercen a los voluntarios conocimientos y formaciones en la actitud y el afrontamiento sobre la muerte, lo que podría mejorar significativamente la calidad de atención.

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte con respecto al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

Resultados que son contrastados en relación al sexo por Wen (2010) al no encontrar diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones, Sharma (2014) al no apreciar diferencias significativas por sexo; sin embargo, existe una mayor cantidad de trabajos que indican lo contrario; Tomás-Sábado (2016) realiza una compilación de autores exponiendo que el sexo es significativo al momento de reconocer la ansiedad ante la muerte, autores como Pollak (1979), Loneto, Mercer, Fleming, Bunting & Clare (1980), Limonero, Tomás-Sábado, Fernández, Cladellas y Gómez-Benito (2010), Becerra y Becerra (2019) presentan los mismos resultados al afirmar que las mujeres presentan puntuaciones superiores de ansiedad ante la muerte que los hombres.

Esto se podría explicar debido al cambio de la estructura social que ha influenciado a las personas durante el transcurrir de los años. Según Schumaker, Barraclough y Vagg (1988) la sociedad presionaba más a los hombres que a las mujeres a perseguir el éxito y alcanzar los logros que les permiten configurar la ilusión de la

mortalidad como elemento amortiguador de la ansiedad ante la muerte influyendo en la percepción de la muerte según el sexo: las mujeres evalúan la muerte desde una estructura emocional mientras que los hombres desde una estructura cognitiva (Chan & Yap, 2009). Otra explicación podría incurrir en la presión social hacia los niños a no llorar y no expresar sus sentimientos asociándolo a debilidad, por lo que, durante la aplicación de las pruebas, las mujeres reflejaban una mayor facilidad en admitir y expresar los sentimientos y pensamientos de preocupación hacia el acto de morir o presenciar la muerte.

Con respecto a la edad, Russac, Gatliff, Reece & Spottswood (2007) indica que tanto hombres como las mujeres alcanzan el punto máximo de ansiedad ante la muerte al llegar a los 20 años y disminuyen paulatinamente con los años, además, solo las mujeres muestran un segundo pico alrededor de los 50 años. Coincidiendo con Goebel & Boeck (1987), De Raedt, Koster & Ryckewaert (2013) acerca que el envejecimiento convierte a la muerte en una preocupación menor debido a sentimientos de satisfacción de logro, aceptación de la propia finitud, y finalmente la madurez y experiencia que ha adquirido durante los años. Finalmente, Templer (1970) comenta que las personas mayores tienden a tener una ansiedad por la muerte “algo menor” que las personas jóvenes y de mediana edad, sin embargo, llega a la conclusión que no hay una fuerte relación entre la ansiedad por la muerte y la edad.

Con respecto al estado civil, no es determinante estar soltero, casado, divorciado o viudo para presentar ansiedad ante la muerte en los voluntarios, resultados que contradice a Miaja y Moral (2011) debido a que el estar viudo es el estado civil que más presenta ansiedad seguido de casados, divorciados y solteros.

Con respecto a la religiosidad, se tiene el postulado que la creencia religiosa reduce el miedo a la muerte en aquellas personas que esperan obtener la vida eterna a través de la religión o dogma, sin embargo, debido a los resultados que no indican diferencias significativas, Templer (1970) coincide al no apreciar relaciones significativas entre la ansiedad ante la muerte y la religiosidad, justificando que la religión no tiene

efecto sobre las personas jóvenes, sintonizando con otros estudios de Abdel-Khalek & Lester (2009) y Ziapour, Dusti & Asfajir (2014).

Con respecto a la pérdida de familiar o amigo los resultados indican que no existen factores que determinen la presencia de altos niveles de ansiedad, lo que estaría contradiciendo a Garza (2017) quien expresa que la muerte de una persona conocida o allegada es significativa dentro de la persona generando desequilibrio emocional, sentimientos de soledad y ansiedad ante la muerte.

Finalmente, con la presencia de enfermedad crónica, Miaja y Moral (2011) afirman que los pacientes con enfermedades asintomáticos promedian puntuaciones más altas de ansiedad ante la muerte que de los pacientes sintomáticos, lo que indicaría que las personas que presentan enfermedades crónicas manifiestas podrían presentar niveles bajos de ansiedad ante la muerte, contradiciendo los resultados de esta investigación.

En relación a la edad con el Afrontamiento ante la muerte, se halló diferencias significativas, donde los voluntarios de 20 a 29 años representan el 47%, de 30 a 39 años ocupan el 17%, de 40 a 49 años pertenecen al 11% y finalmente los de 50 a 56 años tienen el 5% de toda la población; lo que estaría indicando que si depende mucho la variable edad para indicar que el voluntario pueda presentar una afrontamiento óptimo, regular o inadecuado, por lo tanto al tener mayor edad el voluntario muestra mayor competencia para afrontar a la muerte de manera eficiente, coincidiendo con Erikson (1972), De Raedt et. al. (2013), Tomás-Sábado (2016), quienes expresan que la edad es un factor determinante para evaluar la competencia a la muerte, y esto es debido que la madurez y la experiencia, además de los cambios físicos y mentales ocasionadas por el envejecimiento ayudan a las personas a prepararse para la muerte y a la aceptación de ella.

Por otro lado, no existen diferencias significativas en cuanto al sexo, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica. Muy probablemente los argumentos ante estos resultados comparten las mismas

características que la ansiedad ante la muerte. Por lo tanto, no es determinante ser hombre o mujer; soltero, casado, divorciado o viudo; creyente, agnóstico o ateo; perder a un familiar o presentar enfermedades crónicas que determinen presentar afrontamiento aptos o inadaptados en los voluntarios de psicología.

Finalmente, en la relación de las dimensiones de la ansiedad ante la muerte, la dimensión Miedo a la Agonía o Enfermedad y la variable Afrontamiento ante la Muerte en Voluntarios, se encontró una correlación significativa ($r = -0.294$, $p = 0.01$) en estos Voluntarios. Esta dimensión está referida al dolor físico, dolor emocional y estrés producida por una incapacidad o enfermedad atravesada.

De la muestra un 10% presentó enfermedades crónicas y un 90% no las presentó. De las que sí presentaron enfermedades, el 7.5% (6) presentaron Bajos Niveles de Ansiedad y el 5% (4) presentaron Afrontamiento Regular e Inadecuado, es decir que un voluntario que tiene una enfermedad crónica presenta niveles bajos de Ansiedad ante la Muerte, además de tener un afrontamiento regular o inadecuado, este postulado se reafirmaría con Kübler-Ross (1993) quien en su estudio con personas enfermas afirma que estas personas tienden a usar la negación a la muerte como mecanismo de defensa y presentan capacidades pobres de afrontamiento ante ella, por lo que solo cuando la persona acepta lo inevitable se llenará de paz y tendrá un afrontamiento óptimo en donde no se verá afectado por la consciencia de la muerte.

En la dimensión Miedo a que la Vida Llegue a su fin y la variable Afrontamiento ante la Muerte en Voluntarios, no se encontró una correlación significativa ($r = -0.46$, $p = 0.68$). Esta dimensión está referida a los sentimientos y pensamientos que se muestran ante la consciencia de la Muerte.

Según Limonero (1996) la concientización de la muerte puede darse ante la presencia de estímulos externos, cómo la vista de cadáveres, cementerios y la muerte de un conocido o familiar. De la muestra investigada un 56.3% (45) indicaron haber tenido una pérdida familiar o de un conocido, y el 43.8% (35) refirieron lo contrario. De los que

sí perdieron un conocido o familiar el 30% (24) presentaron Altos Niveles de Ansiedad y el 22.5% (18) presentaron Afrontamiento regular, es decir que los voluntarios que hayan tenido una pérdida reciente presentan ciertos niveles de ansiedad ante la muerte, por lo que su afrontamiento es regular. Un dato contrastado positivamente con Garza (2017) quien refirió que la muerte del prójimo es significativamente relevante dentro de la existencia de la persona sobreviviente. El hecho de perder a un ser querido alerta al sobreviviente sobre el futuro y de su probable muerte, por lo tanto, el fenómeno de la muerte de un prójimo influye en la concientización y meditación sobre la muerte, a medida que cuando la enfrenta lo haga eficientemente sin problemas.

Por último, la dimensión Miedo a la Muerte presenta una correlación inversa no significativa ($r = -0.186$, $p = 0.10$) con la variable Afrontamiento ante la Muerte en los Voluntarios de una Oficina de Responsabilidad Social. Esta dimensión está referida a los miedos y preocupaciones relacionadas a la consciencia de la muerte.

La Psicología Social, por medio de la teoría de Gestión del Terror; Pyszczynski, Solomon & Greenberg (2003), explica que la cultura da una solución significativa ante la consciencia de la muerte, pues aferrarse a la fe y a las cosmovisiones culturales disminuyen significativamente las preocupaciones y los miedos sobre la muerte. Con respecto a esto, de la muestra seleccionado se obtuvo que un 90% son creyentes y devotos de una religión, obteniendo un 47.5% (38) de niveles bajos de Ansiedad ante la Muerte y un 31.25% (25) de Afrontamiento Inadecuado, contrastando la teoría de la TMT, solo cuando nos referimos a la ansiedad, pues el valor cultural da sentido y funciona como amortiguador en la consciencia sobre la muerte; sin embargo, los resultados denotan un inadecuado afrontamiento ante situaciones relacionadas a la muerte.

5.2. Conclusiones

- Existe una relación inversa significativa entre la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de

Responsabilidad Social pertenecientes a una universidad privada de Lima durante el período de emergencia nacional del 2020.

- En el nivel de Ansiedad ante la muerte identificado en los voluntarios de psicología, se identificaron que un 51.3% presentan niveles bajos de ansiedad, mientras que un 48.8% presentan niveles altos. Respecto a las dimensiones de esta variable: Miedo a la agonía o enfermedad, miedo a que la vida llegue a su fin y miedo a la muerte; se evidenciaron mayor frecuencia en bajos niveles de ansiedad.
- En el nivel de Afrontamiento ante la muerte identificado en los voluntarios de psicología, se identificaron que un 33.8% obtuvieron un afrontamiento inadecuado y regular, mientras que un 32.5% resultaron tener un afrontamiento óptimo, evidenciando en mayor proporción competencias inadecuadas o regulares con respecto a la muerte.
- No se hallaron diferencias significativas en la ansiedad ante la muerte con respecto al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.
- Se hallaron diferencias significativas en el afrontamiento ante la muerte con respecto a la edad; a comparación de sexo, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar y presencia de enfermedad crónica donde no se evidencia diferencias significativas.
- Existe una relación estadísticamente significativa en una de las tres dimensiones, Miedo a la agonía o enfermedad, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se llega a la conclusión que: No existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en los voluntarios de psicología.

5.3. Recomendaciones

- Extender la base del estudio en diferentes contextos (pandémicos y post-pandémicos) y/o poblaciones, ahora que el COVID-19 ha transformado el cómo vivir de las personas, además de ampliar estudios comparativos en otras instituciones tanto públicas como privadas.

- Continuar los estudios relacionados con la ansiedad ante la muerte, pues la concientización de la muerte es la principal fuente de ansiedad en los seres humanos, que, si no se puede intervenir a tiempo, las alteraciones pueden sucumbir significativamente al ser humano.
- Promover los estudios psicológicos hacia la muerte, modificando la idealización negativa y catastrófica que se tiene por una concepción enriquecedora, reflexiva y fundamental para comprender la existencia humana. La muerte influye significativamente en el quehacer diario y es relevante estudiar qué aspectos influyen para mejorar óptimamente hacia el bienestar emocional.
- Implementar programas de promoción y prevención sobre la cultura de la muerte con el objetivo de brindar competencias y estrategias para que puedan afrontar eficientemente el fenómeno de la muerte.
- Implementar programas de intervención en ansiedad ante la muerte con la finalidad de paliar su sintomatología, brindando herramientas eficaces para el desarrollo personal y la autonomía de las personas durante la pandemia.
- Incentivar a los servicios de responsabilidad social de las universidades o afines a promocionar proyectos, programas y talleres con el objetivo de dar un diagnóstico situacional sobre el estado de sus voluntarios y/o empleadores con respecto a la pandemia e intervenir inmediatamente sobre las dificultades encontradas.

REFERENCIAS

- Abdel-Khalek, A & Lester, D. (2009). Religiosity and death anxiety: no association in Kuwait. *Psychological Reports*, 104, 770-772.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147. doi: 10.1037/0003-066X.37.2.122.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. New Jersey, USA: Prentice-Hall.
- Becerra, B. y Becerra, D. (2019). Ansiedad ante la muerte en adultos peruanos durante la pandemia de la COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36, 1-14. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3999>.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York, USA: International Universities Press.
- Becker, E. (2000). *La negación de la muerte*. Barcelona, España: Editorial Kairós.
- Beltran, L. (2015). *Estrategias de afrontamiento para la muerte como factor protector de ansiedad en el personal de salud* (Tesis de pregrado). Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/2612>.
- Blanco, T. (2015). Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad asociados en ofensores sexuales reclusos en el centro de atención institucional adulto mayor. *Revista Anales en Gerontología*, 1(7), 26-40. Recuperado de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17568/17067>.
- Bravo, B. y León, K. (2019). *Validez y Confiabilidad de la Escala de Ansiedad ante la Muerte en Bomberos Voluntarios de la Región La Libertad* (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3229803>.

- Bruno, F. (1986). *Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales*. Barcelona, España: Paidós.
- Bugen, L. (1981). Coping: Effects of Death Education. *Omega: Journal of Death and Dying*, 11(2), 175-183. doi: 10.2190%2FJQPA-QFHW-VQ7A-MCAK.
- Cable New Network. (20 de febrero de 2020). *Cronología del Coronavirus: así comenzó y se extendió el virus que tiene en alerta al mundo*. CNN Español. Recuperado de: <https://cnnespanol.cnn.com/2020/02/20/cronologia-del-coronavirus-asi-comenzo-y-se-extendio-el-virus-que-pone-en-alerta-al-mundo/>.
- Castro, A. y Casullo, M. (2005). Estilos de personalidad, afrontamiento e inteligencia como predictores de las trayectorias académicas de cadetes en una institución militar. *Anuario de Psicología*, 36(2), 197-210. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=97017405003>.
- Chan, L. & Yap, C. (2009). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal*, 6, 1-16. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/148366348.pdf>.
- Council of Europe and European Commission. (2013). *International voluntary service*. Europe: Council of Europe Publishing.
- Cuffe, R. (3 de marzo de 2020). *Coronavirus: ¿Qué tan mortal es realmente el COVID-19?* BBC News. Recuperado de: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51708029>.
- De Raedt, R., Koster, E. & Ryckewaert, R. (2013). Aging and Attentional Bias for Death related and General Threat-related Information: Less Avoidance in Older as Compared with Middle-Aged Adults. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 41-48.

- Doshi, V. (2020). Increasing employee engagement through corporate volunteering. *Studies in Indian Place Names. Journal of the Places Names Society of India*, 40(74), 1566-1574.
- Erikson, E. (1972). *Sociedad y adolescencia*. México D.F., México: Siglo XXI.
- Feifel, H. (1990). Psychology and death: Meaningful rediscovery. *American Psychologist Association*, 45, 537-43.
- Fernández, J., García, L., García, M., Fernández, A., Lozano, T. y Rubio, A. (2017). Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. *Revista de la Asociación Española de Enfermería y Salud*, (2), 27-33. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6319007>
- Freud, S. (1992). *Sigmund Freud: Obras completas XVIII*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- García, S. (2013). Revisión de programas de resiliencia basados en la evidencia en los ejércitos. *Sanidad Militar*, 69(3), 182-194. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712013000300005>.
- Garza, A. (2017). La muerte del otro. *Andamios*, 14(33), 15-22. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62849641002>.
- Gobierno Nacional del Perú. (23 de marzo de 2020). *¿Qué son los coronavirus?* Perú: Gobierno Nacional del Perú. Recuperado de: <https://www.gob.pe/8371>.
- Goebel, B. & Boeck, B. (1987). Ego integrity and fear of death: a comparison of institutionalized and independently living older adults. *Death studies*, 11, 193-204.

Gómez, R. (2019). *Miedo, Temor y Angustia* [Discurso principal]. Lima, Perú: Asociación Peruana de Psicología Fenomenológico – Existencial.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: McGraw-Hill.

Heidegger, M. (1993). *El ser y el tiempo*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.

Hombrados, M. (1997). *Estrés y Salud*. Valencia, España: Promolibro.

Jaspers, K. (1958). *La filosofía. Tomo II*. San Juan, Puerto Rico: Editorial Universidad de Puerto Rico.

Jaspers, K. (1977). *Psicopatología General*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Beta.

Kaufmann, W. (1976). *Existencialismo, religión y muerte*. New York, USA: New American Library.

Kierkegaard, S. (1982). *El concepto de la angustia*. Barcelona, España: Espasa-Calpe S.A.

Kierkegaard, S. (2008). *La enfermedad mortal*. Madrid, España: Trotta.

Klein, M. (1948). A contribution to the theory of guilt and anxiety. *Journal of Psychoanalysis*, 29, 114-123. Recuperado de: <https://psycnet.apa.org/record/1949-05595-001>.

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona, España: Ediciones Grijalbo.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Lehto, R. y Stein, K (2009). Death anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23, 23-41. Recuperado de: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.23.1.23>

Lersch, P. (1968). *La estructura de la Personalidad*. Barcelona, España: Scientia.

Lesney, M. (3 marzo de 2020). *SARS-CoV-2: ¿Que hay en el nombre?* Medscape. Recuperado de: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5905107>.

Lester, D. y Templer, D. (1986). *La ansiedad ante la muerte*. Barcelona, España: Editorial Renacimiento.

Lester, D. & Templer, D. (1993). Death Anxiety Scales: A dialogue. *Omega, Journal of Death and Dying*. doi: 10.2190%2FF6GX-KXGX-PFR8-2HFD.

Loneto, R., Mercer, G., Fleming, S., Bunting, B. & Clare, M. (1980). Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *Journal of Psychology*, 104, 75-82.

Lozada, J. (2014). Investigación Aplicada: Definición, Propiedad Intelectual e Industria. *Cienciamérica*, 3(1), 34-39.

Limonero, J. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2), 249-26. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2358236>.

- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández, J., Cladellas, R. y Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16, 177-188.
- Linares, M. (2015). Miedo, Ansiedad y Afrontamiento ante la Muerte en estudiantes de Enfermería: Efectos de un programa de formación. *Revista Indizada de Investigación Científica Huacho*, 4(2), 31-34. Recuperado de: <https://doi.org/10.51431/bbf.v4i2.210>.
- Magaña, M., Bermejo, J. y Villacieros, M. (2019). Estilos de Afrontamiento y Diferencias de Sexo ante la Muerte. *Revista de Psicoterapia*, 30(112), 103-117. Recuperado de: <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i112.269>.
- May, R. (1996). *The meaning of anxiety*. New York, USA: The Ronald Press Company.
- Miaja, M. y Moral, J. (2011). Validación de la escala de ansiedad ante la muerte y su relación con afrontamiento en personas que viven con VIH/SIDA. *Perspectivas sociales*, 13(2), 1-29. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5018838.pdf>.
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2020). *Recomendaciones para el desarrollo de iniciativas de voluntariado frente a la situación de emergencia sanitaria por COVID-19*. Perú: Sistema Nacional de Voluntariado del MIMP. Recuperado de: <http://www.mimp.gob.pe/sinavol/>.
- Molina, R. (2018). *Análisis del miedo y la ansiedad ante la muerte en estudiantes del grado de enfermería* (Tesis doctoral). Recuperado de: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=Q5QFHKgAAAAJ&u-x6o8ySG0sC.

Navas, W. y Vargas, M. (2012). Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXIX*, (604), 497-507. Recuperado de: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (30 de enero de 2020). *Declaración sobre la segunda reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) acerca del brote del nuevo coronavirus (2019-nCoV)*. OMS. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/es/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

Orús, A. (5 de agosto de 2021). *Número de personas fallecidas a consecuencia del coronavirus a nivel mundial a fecha de 1 de agosto de 2021*. Statista. Recuperado de: <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region/>.

Osés, M., Casas, J. y Seguel, F. (2020). Diferencias en el afrontamiento de la muerte en enfermeras de España y Chile. *Revista Rol de Enfermería*, 23(10), 52-60. Recuperado de: <https://doi.org/10.35667/MetasEnf.2020.23.1003081675>.

Pepiol, M. (2015). *Freud: Un viaje a las profundidades del yo*. España: Batiscafo.

Pérez, H. (3 de abril de 2020). Las ONG se vuelcan con los más vulnerables durante la crisis del coronavirus. *Revista Fundación Haz*. Recuperado de: <https://www.compromisoempresarial.com/tercersector/2020/04/ong-vulnerables-tesis-crisis-coronavirus/>.

Pichot, P. (1987). *L'Anxiété*. Paris, Francia: Masson.

Pollak, J. (1979). Correlates of death anxiety: a review of empirical studies. *Omega: Journal of Death and Dying*, (10), 97-121.

Portero de la Cruz, S. y Cebrino, J. (2017). Afrontamiento de los estudiantes de Enfermería ante la muerte. *Dialnet*, (20), 4, 100-115. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5992799>.

Presidencia del Consejo de Ministros. (16 de junio del 2021). *Proyecto Especial Bicentenario lanza campaña sobre el rol del voluntariado y hace un llamado a la acción para que más peruanos se sumen a esta red humana*. Perú: PCM. Recuperado de: <https://bicentenariodelperu.pe>.

Pyszczyński, T., Solomon, S. & Greenberg, J. (2003). *In the wake of 9/11: The psychology of terror*. Washington, USA: American Psychological Association.

Radio Programa del Perú. (RPP). (06 de marzo del 2020). Martín Vizcarra confirmó el primer caso de coronavirus en el Perú. *RPP*. Recuperado de: pp.pe/politica/gobierno/coronavirus-COVID-19-gobierno-confirmando-el-primer-caso-en-el-peru-noticia-1249884.

Ramos-Vera, C. (2021). Las relaciones dinámicas de red de la obsesión y la ansiedad ante la muerte por COVID-19 durante la segunda cuarentena en universitarios peruanos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(3), 160-163. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.rcp.2021.03.004>.

Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.

Rueda, M. y Aguado, A. (2003). *Estrategias de afrontamiento y proceso de adaptación a la lesión medular*. España: Repositorio Iberoamericano sobre Discapacidad. Recuperado de: <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3220>.

Russac, R., Gatliff, C., Reece, M. & Spottswood, D. (2007). Death anxiety across the adult years: an examination of age and gender effects. *Death studies*, 31, 549-561.

Sánchez, H. y Reyes, C. (2017). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima, Perú: Visión Universitaria.

Salvador, P. (2005). *Manual para formadores de Voluntariado*. Madrid, España: Castilla-La Mancha.

Saravia, R. (2021). Implicancia de la psicología, el voluntariado y el sistema de salud en el Perú frente al COVID-19. *Club de Escritura. Fundación Escritura(s)-Fuentetaja*. Recuperado de: <https://clubdeescritura.com/obra/11331778/implicancia-de-la-psicologia-el-voluntariado-y-el-sistema-de-salud-en-el-peru-frente-al-covid19/>.

Schumaker, J., Barraclough, R. y Vagg, L. (1988). Death anxiety in Malaysian and Australian university students. *Journal of Social Psychology*, 128,41-47.

Sitges, E., Lorente, R. y Saorín, M. (2017). Promoción y formación del voluntariado con personas mayores en la Universidad Española. *INFAD Revista de Psicología*, 2(1), 99-116. Recuperado de: 10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1083.

Tavazza, L. (1995). *El nuevo rol del voluntariado social*. Buenos Aires, Argentina: Lumen.

Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82, 165-177. Recuperado de: <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>.

Tomás-Sábado, J. (2016). *Miedo y Ansiedad ante la Muerte: Aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación*. Barcelona, España: Herder.

Vattimo, G. (2006). *Introducción a Heidegger*. Barcelona, España: Gedisa.

Voluntarios de las Naciones Unidas. (31 de marzo de 2021). *Voluntarios para la respuesta a la pandemia de coronavirus (COVID-19)*. Voluntarios de las Naciones Unidas. Recuperado de: <https://www.unv.org/es/voluntarios-para-la-respuesta-la-pandemia-de-coronavirus-COVID-19>.

Wen, Y. (2010). Religiosity and death anxiety. *The Journal of Human Resource and Adult Learning, (6)*, 31-37.

Yalom, I. (1984). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona, España: Herder.

Yubero, S. y Larrañaga, R. (2002). Concepción del voluntariado desde la perspectiva motivacional. Conducta de ayuda vs altruismo. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social, (9)*, 27-39. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=994918>.

Vidal, G., Bleihmar, H., y Usandivaras, R. (1977). *Enciclopedia de Psiquiatría*. Buenos Aires: El Ateneo.

Zambrano, C. (2019). *Afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en personal de enfermería. Servicio oncología. Clínica Delgado, Miraflores* (Tesis de Pregrado). Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10133>.

Ziapour, S., Dusti, Y. & Asfajir, A. (2014). Correlation between religious orientation and death anxiety. *Journal of Psychology and Behavioral Studies, 2*, 20-29.

ANEXOS

-Identificar las diferencias significativas que existen en la Ansiedad ante la Muerte y sus dimensiones según sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el Afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social en función al sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica.

-Identificar las diferencias significativas que existen en el Afrontamiento ante la Muerte según sexo, edad, estado civil, religiosidad, pérdida de un familiar o amigo y presencia de enfermedad crónica en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

H3: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones de la ansiedad ante la muerte y el afrontamiento ante la muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

-Determinar la relación entre las dimensiones de Ansiedad ante la Muerte con el Afrontamiento ante la muerte ante la Muerte en voluntarios de psicología de una Oficina de Responsabilidad Social pertenecientes a una Universidad Privada de Lima que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020.

Anexo 2: Consentimiento informado
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dirigido a: Voluntarios de Psicología de una Oficina de Responsabilidad Social

Título de proyecto: Ansiedad y Afrontamiento ante la Muerte en voluntarios de psicología de una oficina de responsabilidad social pertenecientes a una universidad privada de lima durante el período de emergencia nacional del 2020.

Nombre del Investigador Principal: Joseph Alexander Rivera Dávila

Introducción/Objetivo

Estimado(a) Voluntario(a):

Usted ha sido invitado a participar en el presente proyecto de investigación, el cual es desarrollado en colaboración con la **Oficina de Responsabilidad Social Universitaria (ORSU) – UIGV**.

Si Usted decide participar en el estudio, es importante que considere la siguiente información.

El propósito del presente estudio es “Determinar la relación entre la Ansiedad ante la Muerte y el Afrontamiento en Voluntarios de la Oficina de Responsabilidad Social Universitaria de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega que han prestado servicio durante el periodo de emergencia nacional del 2020”

Le pedimos participar en este estudio porque usted forma parte del personal Voluntario de la Oficina de Responsabilidad Social Universitaria (ORSU) – UIGV.

Procedimientos:

Su participación consistirá en:

- Resolver dos instrumentos psicométricos: ***Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) de Templer*** y ***la Escala de Afrontamiento ante la Muerte (CDS) de Bugen***.
- El cuestionario durará alrededor de (10 y 15 minutos respectivamente).
- .

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Participación Voluntaria/Retiro: Su participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no implicará ningún tipo de consecuencia o afectará de ninguna manera su situación actual en Oficina de Responsabilidad Social

Números a Contactar: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto, por favor comuníquese con el investigador responsable del proyecto: Bach. Psi. Joseph Alexander Rivera Dávila al siguiente número de teléfono 976 555 086 ó al correo electrónico josephjard@gmail.com

Si usted acepta participar en el estudio, debe colocar clic en el botón continuar.

Anexo 3: Instrumentos

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE – DAS

Por favor lea cada afirmación, piense en cómo se siente usted la mayor parte del tiempo e indique con qué frecuencia se siente así

AFIRMACIÓN	NUNCA O CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO
1. Tengo mucho miedo de morirme	1	2	3	4
2. Pienso en la muerte	1	2	3	4
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte	1	2	3	4
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme	1	2	3	4
5. Tengo miedo de morir	1	2	3	4
6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer	1	2	3	4
7. Me molesta ciertos pensamientos sobre la muerte	1	2	3	4
8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo	1	2	3	4
9. Me da miedo tener una muerte dolorosa	1	2	3	4
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida	1	2	3	4

11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón	1	2	3	4
12. Pienso que la vida es muy corta	1	2	3	4
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	1	2	3	4
14. Me horroriza ver un cadáver	1	2	3	4
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro	1	2	3	4

ESCALA DE BUGEN DE AFRONTAMIENTO DE LA MUERTE (1980- 1981)

Por favor, valore en una escala del 1 al 7 su nivel de acuerdo con cada una de estas afirmaciones.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____

Totalmente en
desacuerdo

Neutral

Totalmente
de acuerdo

Valoración

_____ 1- Pensar en la muerte es una pérdida de tiempo

_____ 2- Tengo una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir

_____ 3- La muerte es un área que se puede tratar sin peligro

_____ 4- Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos

_____ 5- Estoy enterado de las diversas opciones que existen para disponer de los cuerpos

_____ 6- Estoy enterado de todas las emociones que caracterizan al duelo humano

_____ 7- Tener la seguridad de que moriré y no afecta de ninguna manera a mi conducta en la vida

_____ 8- Me siento preparado para afrontar mi muerte

- _____ 9- Me siento preparado para afrontar mi proceso de morir
- _____ 10- Entiendo mis miedos relacionados con la muerte
- _____ 11- Estoy familiarizado con los arreglos previos al funeral
- _____ 12- Últimamente creo que está bien pensar en la muerte
- _____ 13- Mi actitud respecto a la vida ha cambiado recientemente
- _____ 14- Puedo expresar mis miedos respecto a la muerte
- _____ 15- Puedo poner palabras a mis instintos respecto a la muerte y el proceso de morir
- _____ 16- Estoy intentando sacar el máximo partido a mi vida actual
- _____ 17- Me importan más la calidad de vida que su duración
- _____ 18- Puedo hablar de mi muerte con mi familia y mis amigos
- _____ 19- Sé con quién contactar cuando se produce una muerte
- _____ 20- Seré capaz de afrontar pérdidas futuras
- _____ 21- Me siento capaz de manejar la muerte de otros seres cercanos a mí
- _____ 22- Sé cómo escuchar a los demás, incluyendo a los enfermos terminales
- _____ 23- Sé cómo hablar con los niños de la muerte

_____24- Puedo decir algo inapropiado cuando estoy con alguien que sufre un duelo

_____25- Puedo pasar tiempo con los moribundos si lo necesito

_____26- Puedo ayudar a la gente con sus pensamientos y sentimientos respecto a la muerte y el proceso de morir.

_____27- Sería capaz de hablar con un amigo o con un miembro de mi familia sobre su muerte.

_____28- Puedo disminuir la ansiedad de aquellos que están a mí alrededor cuando el tema es la muerte y el proceso de morir.

_____29- Me puedo comunicar con los moribundos

_____30- Puedo decir a la gente, antes de que ellos o yo muramos, cuánto los quiero.