

Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte

J. Moral de la Rubia y M. Miaja

José Moral de la Rubia es Doctor por la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares (Madrid, España) y Psicólogo Especialista en Psicología Clínica. Melina Miaja Ávila es Licenciada en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) e investigadora del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.

¿Qué es la ansiedad ante la muerte?

La ansiedad ante la muerte es un miedo excesivo a morir en relación con el grupo cultural al que pertenece la persona que lo padece. Un individuo con este tipo de ansiedad se

angustia y es incapaz de funcionar ante estímulos internos o externos relacionados con la muerte. La muerte es un tema recurrente en su mente que le bloquea y cuando está presente en su entorno le abrumba hasta el límite de poder desencadenar un ataque de pánico. La pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño y concentrarse, sobresalto fácil y síntomas psicósomáticos son frecuentes en una persona sometida a una fuerte ansiedad ante la muerte. Langs (1997) distingue tres tipos: depredadora (la persona tiene una reacción exagerada de ataque o huida ante la supuesta amenaza para la muerte, viviendo en un constante estado de alerta), de depredación (cuando la persona daña a otro ser humano, ya sea accidentalmente o a propósito, y empieza a tener conductas autodestructivas y anticipar su muerte con gran angustia; estas conductas y angustia proceden de la culpa de haber causado un daño) y existencial (la idea de muerte se vuelve obsesiva y la vida de la persona gira en torno a la preparación para esa muerte que le abrumba y asusta).

Existen varias explicaciones para la ansiedad ante la muerte. Desde la teoría freudiana, esta ansiedad expresa una angustia de castración o un deseo reprimido de muerte; desde la teoría eriksoniana, es contem-

plada como un estado patológico en el adulto mayor consecuente a un fallo en lograr la integridad del yo, usualmente esta persona ve su vida como una sucesión de fracasos y oportunidades perdidas, siente que no ha vivido y le aterra morir, aunque puede presentarse más temprano en la vida adulta; desde el enfoque cognitivo, se atribuye a un sesgo ansiógeno ante las amenazas en general, asimismo a la motivación para abordar el miedo a morir, bajo la cual algunas personas quedan atrapadas obsesivamente, incapaces de despegarse del tema, sufriendo un terror creciente; desde la perspectiva existencial se atribuye a la expresión de sentimiento de derrota, al sentir la persona que no puede lograr ninguna meta positiva en su vida (Berk, 2010).

Relación de la ansiedad ante la muerte con variables sociodemográficas

Diversos estudios con pacientes seropositivos y de población general han hallado que las personas que informan profesar una religión puntúan más en ansiedad ante la muerte que las personas que declaran no seguir ninguna religión (Franks, Templer, Cappelletty y Kauffman, 1991; López, Sueiro y López, 2004), existiendo una correlación directa entre búsqueda de apoyo religioso y ansiedad ante la muerte (Nelson y Cantrell, 1980).

En relación con el género, diversos estudios informan que las mujeres promedian más alto en ansiedad ante la muerte (López et al., 2004; Martínez, Alonso y Calvo, 2001) y suelen emplear con más frecuencia que los hombres el apoyo religioso, la evitación y búsqueda de apoyo social (Vargas, Cervantes y Aguilar, 2009).

El nivel educativo también es una variable asociada con la ansiedad ante la muerte. Una mayor escolaridad implica un mejor manejo de la ansiedad por mayores recursos cognitivos (Aday, 1985; Sandín, Chorot, Lostao, Valiente y Santed, 2001).

En México Rivera y Montero (2010), al comparar una muestra de adultos mayores con estudiantes universitarios, hallan mayor ansiedad ante la muerte en la primera muestra. No obstante, otros estudios hablan de una relación inversa, disminuyendo dicha ansiedad con la edad, reflejando un proceso de maduración y aceptación de la muerte (Rasmussen y Brems, 1996; Wu, Tang y Kwok, 2002).

Ansiedad ante la muerte y afrontamiento

Gala et al. (2002) señalan que la ansiedad ante la muerte está estrechamente relacionada con la historia personal y cultural; así como con las estrategias y estilos de afrontamiento ante las separaciones y el cambio, al conllevar usualmente estas dos últimas situaciones un incremento en la vivencia de dicha ansiedad. Safren, Gershuny y Hendriksen

(2003) encontraron que, en pacientes con VIH, la ansiedad ante la muerte está asociada con la gravedad de los síntomas y la estrategia de evitación.

Existen pocos estudios de la relación entre ansiedad ante la muerte y estrategias y estilos de afrontamiento (Gala et al., 2002; Safren, et al. 2003), cuando la vivencia de la ansiedad probablemente esté mediada por el afrontamiento, siendo éste más evidente en situaciones de enfermedad que activan dicha ansiedad; por lo que se pensó en observar y comparar esta relación entre dos muestras, una de población general y otra clínica. Se eligió específicamente una población clínica que sufre de estigmatización social por una enfermedad crónica, contagiosa, no curable que acorta la esperanza de vida, como es la infección por VIH. Así los objetivos de la presente investigación son: 1) describir las diferencias de medias entre seropositivos y población general en ansiedad ante la muerte, y 2) determinar factores de riesgo y protección que pronostiquen nivel alto o bajo de ansiedad ante la muerte en ambas muestras, considerando afrontamiento y variables sociodemográficas.

Se espera niveles de ansiedad ante la muerte en seropositivos mayores que en población general y equivalentes a los de otras poblaciones clínicas con enfermedades crónicas. Se pronostica que la evitación y autofocalización negativa incrementen la ansiedad ante la muerte, que la búsqueda de apoyo religioso y mayor expresividad de irritabilidad se asocien con mayor ansiedad, sobre todo en seropositivos (Vargas et al., 2009; Safren et al., 2003). Los aspectos del afrontamiento activo o positivo como focalización en la solución de problemas, reevaluación positivas y búsqueda de apoyo social disminuirán la ansiedad, pero tendrá mucho menor impacto en su predicción que los aspectos de afrontamiento pasivo o negativo (Carrobes, Remor y Rodríguez, 2003; Moral y Martínez, 2009). Ser hombre (López et al., 2004; Martínez et al., 2001) y contar con más recursos intelectuales (mayor escolaridad) (Aday, 1985; Sandín et al., 2001) predecirán menor ansiedad. Se hipotetiza que la ansiedad ante la muerte será mayor en adolescentes por las situaciones de cambio o duelo que viven, menor en edades jóvenes y medianas, pero se incrementará en las etapas finales de la vida cuando las personas se enfrenten a la proximidad de la muerte, tomando la distribución del nivel de ansiedad en relación con la edad una forma de U aplanada. En viudos será mayor por haber vivido la muerte de la persona con la que se tuvo un vínculo íntimo y a quien se consideró un igual (mi compañero/mi compañera) y por la mayor edad.

Método

Participantes

Se emplean dos muestras: una clínica de seropositivos ($n = 300$) y otra de población general ($n = 300$), equivalentes en tamaño, proporción

de sexos y media de edad. No obstante son diferenciales en el promedio de escolaridad ($Z_U = 7.23, p < .01$), siendo más alto en población general, y en la distribución del estado civil ($\chi^2(5, N = 600) = 78.39, p < .01$).

Los criterios de inclusión para la muestra clínica fueron: ser seropositivo, mayor de edad y paciente del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de Nuevo León (CAPASITS-NL). Como criterios de exclusión se fijaron: déficit cognitivo que impidiese comprender las instrucciones, fatiga excesiva que dificultase la atención o negativa a participar. La muestra clínica quedó conformada por 100 mujeres (33.3%) y 200 hombres (66.7%). La media de edad en ambos sexos fue de 36.61 años ($DE = 9.60$). El 63% (189 de 300) informó ser soltero, 17% (52) casado, 10% (29) en unión libre, 7% (22) separado o divorciado y 3% (8) viudo. El 0.3% (1 de 300) indicó no tener estudios, 14% (42) primaria, 38.3% (115) secundaria, 24.7% (74) media superior y 22.7% (68) universitarios.

Los criterios de inclusión para la muestra de población general fueron: ser mayor de edad, residir en Nuevo León, saber leer y poder comprender adecuadamente las instrucciones. Como criterios de exclusión se fijaron: ser portador de VIH, tener antecedentes de ITS o negarse a participar. La muestra de población general emparejada a la clínica en tamaño, proporción de sexos y media de edad ($t(598) = -0.04, p = .97$) quedó conformada por 100 mujeres y 200 hombres. La media de edad en ambos sexos fue de 36.64 años ($DE = 9.58$). El 51% (153 de 300) reportó ser casado, 35.7% (107) soltero, 8% (24) en unión libre, 4.6% (14) divorciado o separado y 0.7% (2) viudo. El 4% (12 de 300) señaló tener estudios de primaria, 17% (51) secundaria, 40% (121) media superior y 39% (116) universitarios.

Procedimientos

Para este estudio se planeó un muestreo no probabilístico por cuotas equivalentes de sexos con los pacientes seropositivos, extrayendo la muestra en el CAPASITS-NL de junio a agosto de 2010. La población de seropositivos atendida era de 1300 pacientes (200 mujeres y 1100 hombres). Se desestimó cuotas proporcionales a las poblacionales para evitar un excesivo desequilibrio de sexos, pero resultó imposible lograr cuotas equivalentes (200 hombres y 200 mujeres) por la dificultad de acceso al total de la población femenina en el lapso de tiempo permitido (tres meses). Se encuestaron a pacientes de sexo masculino de todos los doctores del centro tanto de mañana como de tarde a raíz de una selección aleatoria de consultas y tiempos. En el caso de las mujeres se entrevistó a todas las disponibles. Los pacientes que aceptaron formar parte del estudio respondieron por escrito al instrumento después de firmar la carta de consentimiento informado y en presencia del entrevistador.

La muestra aleatoria de población general se consiguió de tal forma que resultase equivalente en tamaño, proporción de sexos y promedio de edad a la clínica. Se obtuvo por visita domiciliaria y se respondió al instrumento de forma auto-aplicada. Se realizó de abril a mayo de 2011 tras ser imposible obtener un nuevo permiso para completar los casos de mujeres seropositivas y lograr el objetivo de cuotas de sexos equivalentes.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Consejo Estatal para la prevención del SIDA de Nuevo León (COESIDA-NL) y se ajustó a las especificaciones de manejo de pacientes de la Norma 010-SSA2-1993 (Secretaría de Salud, 1993).

Instrumentos

La *Escala de Ansiedad ante la Muerte* (EAM). Osadolor (2005) crea la escala EAM con 25 ítems que tienen un rango de respuesta de 5 puntos: de 1 “totalmente de acuerdo” a 5 “totalmente en desacuerdo”. Obtiene consistencia interna alta para los 25 ítems ($\alpha = .80$). Desde un análisis de componentes principales, obtuvo cuatro factores: Ansiedad (2, 3, 4, 10, 13, 14, 15, 16 y 19), Dolor (11, 12, 22, 23, 24 y 25), Depresión (1, 5, 7, 8, 9, 17 y 18) y Miedo (6, 20 y 21).

En las dos muestras de este estudio el factor de Miedo tiene una consistencia interna baja (.40 en seropositivos y .47 en población general) y sólo se reproduce parcialmente en la muestra de seropositivos (20 y 21) por Componentes Principales con una rotación oblicua y fijando el número de factores por el criterio de Kaiser. Así por problemas de consistencia interna y definición factorial se aconseja reducir la escala a 22 ítems (sin los correspondientes al factor de Miedo), manteniéndose el mismo valor de consistencia interna que con los 25 ítems (.92 en seropositivos y .94 en población general).

Se propone un modelo de 4 factores, derivado del análisis factorial exploratorio, donde el de Ansiedad se desdobra en dos factores consistentes: Preocupación por lo que vendrá después de la muerte [PDM] (2, 3, 4, 10 y 19) (.80 en seropositivos y .85 en población general) y Ansiedad claustrofóbica (AC) (13, 14, 15 y 16) (.85 en seropositivos y .88 en población general). Este modelo tiene un ajuste adecuado y significativamente mejor que en el original ($\Delta\chi^2(6, N = 600) = 54.66, p < .01$; $\chi^2/df = 2.25, GFI = .86, AGFI = .87, FD = 1.53, PNCP = 0.85$ y $RMSEA = .04$).

Por su contenido se propone reetiquetar al factor de Ansiedad como Ansiedad con lo Posterior a la Muerte [APM], al de Depresión como Ansiedad con lo que Antecede a la Muerte [AAM] y al de Dolor como Evitar Pensar en la Muerte [EPM]. En este estudio se maneja la escala con 22 ítems y se contempla los factores APM, AAM y EPM, además de PDM y AC que salen de desdoblar APM.

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE; Sandín y Chorot, 2003). Consta de 42 ítems, con un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 *nunca* a 4 *casi siempre*) y siete factores de primer orden: Búsqueda de Apoyo Social [BAS] (6, 13, 20, 27, 34 y 41), Reevaluación Positiva [REP] (3, 10, 17, 24, 31 y 38), Focalización en la Solución del Problema [FSP] (1, 8, 15, 22, 29 y 36), Religión [RLG] (7, 14, 21, 28, 35 y 42), Expresión Emocional Abierta [EEA] (4, 11, 18, 25, 32 y 39), Autofocalización Negativa [AFN] (2, 9, 16, 23, 30 y 37) y Evitación [EVT] (5, 12, 19, 26, 33 y 40). Con estos siete factores de primer orden se definen dos dimensiones o factores de segundo orden: Estilo de Afrontamiento Positivo (EAP) con BAS, FSP y REP, y Estilo de Afrontamiento Negativo (EAN) con EEA, RLG, EVT y AFN.

En las dos muestras presentes, desde los resultados de análisis factorial exploratorio y confirmatorio, se reproducen los 7 factores de primer orden si se reduce la escala a 33 ítems: BAS, FSP y RLG conservan sus seis ítems originales, EEA se reduce a cinco (4, 11, 18, 25 y 32), EVT a cuatro (5, 12, 19 y 26), REP a tres (17, 31 y 38) y AFN también a tres (2, 9 y 23). Los índices de ajuste por GLS y la modalidad multigrupo son adecuados en conjunto ($\chi^2/gf = 1.42$, $GFI = .86$, $AGFI = .84$, $FD = 2.28$, $PNCP = 0.67$ y $RMSEA = .03$).

Los valores de consistencia interna son altos con las escalas de BAS (.88 en ambas muestras), RLG (.85 en seropositivos y .84 en población general), EEA (.78 en seropositivos y .77 en población general) y FSP (.76 en seropositivos y .80 en población general), adecuados con AFN (.60 en seropositivos y .62 en población general) y EVT (.66 en seropositivos y .64 en población general), pero bajos con REP (.48 en ambas).

A estos 7 factores correlacionados subyacen dos dimensiones consistentes e independientes: Estilo de Afrontamiento Positivo (EAP) que determina de forma directa a los factores FSP, REP, BAS, RLG y EVT, donde la consistencia interna de los 25 ítems implicados es alta (.86 en seropositivos y .87 en población general) y Estilo de Afrontamiento Negativo (EAN) que determina de forma directa a AFN y EEA y de forma inversa a FSP, donde la consistencia interna de los 14 ítems implicados es alta (.77 en seropositivos y .81 en población general).

Análisis Estadísticos

El criterio (EAM-22) se dicotomiza por la puntuación a una desviación estándar por encima de la media y por la mediana. De forma previa se contrasta el ajuste de la distribución a una curva normal por la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En ambas muestras y en la conjunta, las correlaciones con el criterio dicotomizado se estiman por el coeficiente biserial-puntual (r_{bp}), phi (ϕ) y V de Cramer. En los modelos de regresión logística binaria sólo se introducen en el cálculo inicial variables correlacionadas con el criterio. Los modelos se estiman por el método de pasos

progresivos hacia adelante con el criterio de la probabilidad condicional. Los cálculos se realizan con SPSS16.

Resultados

Nivel de ansiedad ante muerte

La media de EAM-22 del grupo de pacientes seropositivos de este estudio dividido por el número de ítem es de 3.21, redondeando sería 3, lo que corresponde a una respuesta de “*neutral*” dentro de un rango de 5 puntos. La media del factor APM dividida por 9 (número de ítems) es 2.69, lo que también corresponde a una respuesta “*neutral*” (3), igual aplicaría para EPM ($3.33 \approx 3$). La media de AAM dividida por 7 (número de ítems) es de 3.77, lo que corresponde a una respuesta de 4 “*de acuerdo*” en un sentido de ansiedad. Por lo tanto la muestra clínica destaca en Ansiedad con lo que antecede a la muerte, siendo su actitud neutral en los demás aspectos. El promedio dividido por su número de ítems corresponde a 3 en la muestra de población general para el puntaje total y cuatro factores. Así la actitud de la población general parece corresponder a neutralidad.

El grupo de pacientes seropositivos presenta un promedio significativamente menor en el puntaje total de EAM-25 y los factores de Ansiedad y Depresión en comparación con las tres muestras clínicas del estudio de Osadolor (2005) en la medida pre-tratamientos y con las dos muestras clínicas de Mercado, Delgadillo y González (2007). Sin embargo, los promedios de la puntuación total de EAM-25 y los cuatro factores son significativamente mayores en comparación con las medias post-tratamiento del estudio de Osadolor (2005) con intervención en logoterapia y con el factor de Dolor en las dos muestras de Mercado, et al. (2007). En el factor de Miedo hay equivalencia de medidas entre las muestras clínicas de Mercado, et al. (2009), incluso entre las medidas pre-tratamiento del estudio de Osadolor (2005).

Predicción de tener o no nivel alto de ansiedad ante la muerte

La distribución de la puntuación total de EAM-22, en la muestra conjunta, se ajusta a una curva normal ($Z_{K-S} = 0.99$, $p < .28$) con un media de 67.85 y una desviación estándar de 20.43. Toda puntuación menor a 88 refleja una ansiedad ante la muerte promedio o baja e igual o mayor a 88 una ansiedad alta. Así se dicotomiza la puntuación total de EAM-22 por dicho valor. Se tiene un grupo con alta ansiedad ante la muerte, que representa el 17% (103 de 600) de la muestra, y otro grupo con ansiedad promedio o baja que está integrado por el restante 83% (497).

Al estudiarse la asociación con las nueve variables de afrontamiento y con cuatro variables sociodemográficas, se observa correlación significativa con EAN, escolaridad, AFN, FSP, EEA y estado civil en la mues-

tra de seropositivos y conjunta, con BAS sólo en la muestra conjunta y con sexo sólo en la muestra de seropositivos. Todas variables son independientes en la muestra de población general. Las correlaciones son bajas y ligeramente mayores en la muestra de seropositivos (véase Tabla 1). Sólo se estiman modelos de regresión logística en la muestra conjunta y de seropositivos. No obstante, estos tienen una potencia explicativa muy baja por lo que se desestiman. En la muestra conjunta los predictores fueron estilo de afrontamiento negativo y escolaridad. Este modelo explica el 6% de la varianza del criterio por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 3% por la de Cox y Snell; clasifica correctamente al 100% (497 de 497) de los participantes con niveles medios o bajos de ansiedad, pero al 0% (0 de 103) de los participantes con niveles altos de ansiedad. En seropositivos, el modelo queda integrado por estilo de afrontamiento negativo, escolaridad y estado civil, siendo los grupos de separados/divorciados y viudos las categorías significativas, aunque el grupo de viudos se encuentra omitido del cálculo por redundante, a pesar de tener los viudos los promedio más altos de ansiedad ante la muerte en comparación con los otros grupos de estado civil. Este modelo explica el 17% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 10% por la de Cox y Snell; clasifica correctamente al 98% (238 de 242) de los participantes con niveles medios o bajos de ansiedad, pero sólo al 12% (7 de 58) de los participantes con niveles altos de ansiedad (véase Tabla 2).

Por este motivo se dicotomiza la puntuación total de EAM-22 por la mediana ($Mdn = 69$). Se tiene un grupo de 299 participantes con puntuaciones por debajo de la mediana y 301 con puntuaciones iguales o mayores a la mediana, siendo el número de integrantes de cada grupo estadísticamente equivalente (prueba binomial: $p = .97$). Se observa correlaciones significativas en las tres muestras con sexo, AFN, EAN y EEA, en la muestra de seropositivos y conjunta con FSP, escolaridad y estado civil, sólo en la muestra de seropositivos con EVT y sólo en la muestra conjunta con RLG (véase Tabla 1). Se estiman modelos en las tres muestras.

En la muestra conjunta el modelo queda integrado por tres variables de las ocho con las que se calcula, aparte de la constante: autofocalización negativa, escolaridad y sexo (véase Tabla 3). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(3, N = 600) = 58.91, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 600) = 9.67, p = .29$). Explica el 12% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 9% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 67% (201 de 299) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 60% (180 de 306) de los participantes con puntuaciones iguales o mayores a la mediana. Así se logra

una mejora sustancial en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La autofocalización negativa actúa como factor de riesgo frente al ser hombre y mayor escolaridad que actúan como factores protectores de ansiedad ante la muerte en la muestra conjunta.

Tabla 1
Correlación de la escala de ansiedad ante la muerte dicotomizada con las variables de afrontamiento, sociodemográficas y clínicas

		DEAM-22*			DEAM-22**		
		Conjunta	Seropositivos	General	Conjunta	Seropositivos	General
Afrontamiento							
BAS	r_{bp}	-.08	-.08	-.07	-.04	-.03	-.04
	p	.04	.15	.24	.30	.63	.54
EEA	r_{bp}	.09	.14	.05	.12	.13	.15
	p	.03	.02	.36	.00	.02	.01
RLG	r_{bp}	-.02	.01	-.08	.09	.10	.06
	p	.54	.89	.19	.03	.08	.31
FSP	r_{bp}	-.09	-.16	-.00	-.09	-.15	-.01
	p	.02	.00	.97	.03	.01	.86
EVT	r_{bp}	.05	.05	.04	.06	.12	-.01
	p	.22	.41	.43	.12	.04	.90
AFN	r_{bp}	.12	.14	.10	.18	.24	.12
	p	.00	.02	.09	.00	.00	.04
REP	r_{bp}	.00	-.05	.05	.01	.03	-.03
	p	.96	.37	.38	.71	.62	.61
EAP	r_{bp}	-.06	-.08	-.04	.00	.01	.00
	p	.14	.17	.51	.90	.86	.99
EAN	r_{bp}	.14	.21	.06	.17	.23	.12
	p	.00	.00	.26	.00	.00	.04
Variables sociodemográficas							
Edad	r_{bp}	.02	-.02	.07	.05	.07	.03
	p	.55	.74	.21	.21	.23	.56
Escolaridad	r_{bp}	-.15	-.19	-.07	-.22	-.28	-.11
	p	.00	.00	.25	.00	.00	.06
Sexo	ϕ	.02	.12	-.08	.20	.22	.17
	p	.54	.04	.17	.00	.00	.00
Estado civil	V	.14	.19	.11	.13	.18	.12
	p	.03	.02	.50	.03	.04	.40

DEAM-22: * Se dicotomiza por 88 que corresponde a una puntuación a una desviación por encima de la media. ** Se dicotomiza por 69 que corresponde a la mediana.

En la muestra de seropositivos el modelo queda integrado por tres variables de las ocho con las que se calcula, aparte de la constante: autofocalización negativa, escolaridad y evitación (véase Tabla 3). El modelo es significativo (prueba ómnibus: $\chi^2(3, N = 300) = 42.81, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow

($\chi^2(8, N = 300) = 9.55, p = .30$). Explica el 18% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlación múltiple al cuadrado de Nagelkerke y 13% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 55% (75 de 136) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 60% (119 de 164) de los participantes con puntuaciones iguales o mayores a la mediana. También muestra una mejora en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La autofocalización negativa y la evitación actúan como factor de riesgo frente a una mayor escolaridad que actúa como factor protector de ansiedad ante la muerte entre seropositivos.

Tabla 2
Modelo de regresión logística para predecir EAM-22

Muestra	Predictores	B	EE	Wald	gl	p	OR	95% IC para OR	
								LI	LS
Conjunta	EAN	0.04	0.01	8.01	1	.00	1.04	1.01	1.06
	Escolaridad	-0.34	0.11	9.45	1	.00	0.71	0.57	0.88
	Constante	-1.51	0.47	10.11	1	.00	0.22		
Sero-positivos	EAN	0.06	0.02	9.63	1	.00	1.06	1.02	1.10
	Escolaridad	-0.47	0.17	7.62	1	.01	0.63	0.45	0.87
	Estado civil*			9.76	4	.04			
	E. civil(soltero)	-0.63	0.78	0.65	1	.42	0.53	0.11	2.47
	E. civil(uni3n libre)	-0.39	0.86	0.21	1	.64	0.67	0.13	3.62
	E. civil(casado)	-1.71	0.88	3.75	1	.05	0.18	0.03	1.02
	E. civil(div/sep)	-2.59	1.28	4.08	1	.04	0.07	0.01	0.92
Constante	-0.88	0.95	0.85	1	.36	0.41			

Criterio: EAM-22 dicotomizado por el valor 88 (puntuaci3n a una desviaci3n estandar de la media).

M3todo: Pasos progresivos hacia adelante empleando el criterio de la probabilidad condicional (*Forward Stepwise: Conditional*).

* La 3ltima categor3a (viudos) se elimina del c3lculo por considerarla redundante el programa.

En la muestra de poblaci3n general el modelo queda integrado por dos variables de las cuatro con las que se calcula, aparte de la constante. Los predictores son: expresi3n emocional abierta y sexo desde la categor3a de ser hombre (v3ase Tabla 3). El modelo es significativo (prueba 3mnibus: $\chi^2(2, N = 300) = 15.87, p < .01$) y muestra bondad de ajuste por la prueba de Hosmer-Lemeshow ($\chi^2(8, N = 300) = 5.46, p = .71$). Explica el 7% de la varianza del criterio (presentar o no niveles altos de ansiedad ante la muerte) por la correlaci3n m3ltiple al cuadrado de Nagelkerke y 5% por la de Cox y Snell. Clasifica correctamente al 74% (121 de 163) de los participantes con puntuaciones por debajo de la mediana de EAM-22 y al 43% (59 de 137) de los participantes con puntuaciones iguales o mayores a la mediana. Tambi3n muestra una

mejora en comparación con la anterior dicotomización del criterio. La expresión emocional abierta actúa como factor de riesgo y el ser hombre como factor protector de ansiedad ante la muerte entre personas de población general.

Tabla 3
Modelo de regresión logística

Muestra	Predictores	B	EE	Wald	gl	p	OR	95% IC para OR	
								LI	LS
Conjunta	AFN	0.13	0.03	13.82	1	.00	1.14	1.06	1.22
	Escolaridad	-0.37	0.09	17.06	1	.00	0.69	0.58	0.82
	Sexo(hombre)	-0.71	0.19	14.56	1	.00	0.49	0.34	0.71
	Constante	1.13	0.31	13.18	1	.00	3.09		
Sero-positivos	AFN	0.17	0.05	10.38	1	.00	1.18	1.07	1.31
	Escolaridad	-0.57	0.13	20.25	1	.00	0.57	0.44	0.73
	EVT	0.05	0.02	4.42	1	.04	1.05	1.01	1.10
	Constante	0.51	0.45	1.28	1	.25	1.67		
Población general	EEA	0.07	0.03	6.48	1	.01	1.08	1.02	1.14
	Sexo(hombre)	-0.76	0.25	9.17	1	.00	0.47	0.28	0.76
	Constante	-0.10	0.26	0.16	1	.69	0.90		

Criterio: EAM-22 dicotomizado por el valor 69 (mediana). Método: Pasos progresivos hacia adelante empleando el criterio de la probabilidad condicional (*Forward Stepwise: Conditional*).

Discusión

El nivel medio de ansiedad ante la muerte de los 300 pacientes seropositivos es bajo en comparación con otras muestras clínicas (de enfermedades crónicas, ya sea en régimen de internamiento o ambulatorio) y se aproxima más al de población general. Así la diferencia surge en la puntuación total y los tres primeros factores con los otros estudios que emplearon el EAM-25. La equivalencia de promedios en el factor de Miedo entre las muestras clínicas probablemente se deba a problemas de consistencia interna del factor, lo que es reforzado por el hecho de que sea el único factor sin cambio tras la intervención con logoterapia en el estudio de Osadolor (2005) con enfermos crónicos. Debe considerarse que, entre los 300 pacientes seropositivos de este estudio, el promedio de años tras el diagnóstico es de 5 años y 87% eran asintomáticos. Probablemente si la muestra fuese de pacientes con sida los niveles medios de ansiedad ante la muerte serían mucho mayores.

Como se esperaba existe una asociación de las estrategias y estilos de afrontamiento con la ansiedad ante la muerte. No obstante, los valores de correlación son bajos y ligeramente menores a las asociaciones con las variables sociodemográficas de escolaridad y sexo. Las correlaciones más fuertes aparecen con estilo de afrontamiento negativo, auto-focalización negativa y expresión emocional abierta de irritabilidad. Es-

tas tres variables son significativas tanto en seropositivos como en población general. La autofocalización negativa también destaca como un predictor de estrés percibido en un estudio clínico realizado por Carrolles et al. (2003) en pacientes seropositivos, y la expresión emocional abierta en otro estudio realizado por Moral y Martínez (2009) en población clínica de padres en el momento de recibir la diagnóstico de cáncer de un hijo menor de edad.

En seropositivos la evitación está correlacionada con la ansiedad ante la muerte y actúa como factor de riesgo, incrementando la probabilidad de sufrir ansiedad. La evitación fue un predictor de ansiedad en los dos estudios antes citados. Asimismo Safren et al. (2009), en pacientes seropositivos colombianos, observan correlación entre la evitación y ansiedad ante la muerte.

Al estar incluidas la autofocalización negativa y la expresión emocional abierta en el estilo de afrontamiento negativo y al entrar éste como primer predictor en el modelo de regresión, esto provoca que la evitación resulte también un predictor de ansiedad ante la muerte, aun teniendo una correlación menor que las dos estrategias antes mencionadas, en la muestra clínica. Estos dos predictores actúan como factores de riesgo.

En la muestra conjunta, el apoyo religioso tiene correlación directa. En la medida en que la persona se apoya más en la religión reporta más ansiedad. De igual forma Franks et al. (1991), con pacientes seropositivos, hallan correlación positiva. Así, los participantes seropositivos parecen buscar alivio de forma ineficaz en la religión cuando ya están angustiados. Por el contrario, Moral y Martínez (2009), Thorson y Powell (1994) y Wen (2010), en muestras clínicas sin pacientes seropositivos, observan que la religión interviene como factor atenuador de la ansiedad. Sufren menos ansiedad quienes acuden más a la religión, lo que podría explorarse en futuros estudios.

Como se pronosticó, las asociaciones y potencias predictivas son mayores en número y magnitud en la muestra clínica que en la muestra de población general, lo cual se puede explicar por la situación vital de las personas seropositivas que se enfrentan a una enfermedad crónica que merma su calidad de vida, acorta su esperanza de vida, con una expectativa de muerte dolorosa (probablemente por tuberculosis, neumonía, hepatitis o cáncer), que menoscaba su productividad y realización personal, constituye una fuente de estigmatización social y un hándicap de costos económicos importantes (Kendal y Pérez, 2004).

Consonante con otros estudios de emociones negativas los aspectos tradicionales de afrontamiento negativo tienen mucho más peso que los positivos (Folkman, 2011). Precisamente la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y el estilo de afrontamiento positivo fueron independientes de la ansiedad ante la muerte en las muestras de seropositivos y población general. Sólo la focalización en la solución del problema que forma parte también con un peso negativo del estilo de afrontamiento

to negativo tiene correlación negativa, pero carece de poder predictivo dentro de los modelos. Por el contrario, al trabajarse un aspecto positivo, como es la calidad de vida, Gaviria, Quiceno, Vinassia, Martínez y Otalvaro (2009) obtienen como predictores dos estrategias activas como son la reevaluación positiva y la focalización en la solución de problema, aparte de otra pasiva, que es la evitación.

El ser mujer se asocia con mayor registro de ansiedad ante la muerte. Un hecho bien establecido en los estudios clínicos y de personalidad es el nivel de ansiedad más alto en mujeres en comparación con los hombres (McCrae y Costa, 2002). Se atribuye tanto a aspectos biológicos durante el periodo fértil por el efecto de las hormonas sexuales sobre la serotonina (Toufexis, Myers y Davisa, 2006) y psicosociales al estar el rol tradicional de género femenino ligado a mayor vulnerabilidad, sometimiento y sensibilidad que facilita que los estresores sobrepasen los recursos personales y que la mujer acuda a un estilo de afrontamiento pasivo que dificulta su manejo (Rocha y Díaz, 2005).

La edad resultó independiente tanto en seropositivos como en población general. Considerando el rango de edad amplio y que aparece en las dos muestras, la violación de la expectativa de relación directa es clara. Martínez et al. (2001) y Rivera y Montero (2010) hallan correlación directa de la edad con la ansiedad ante la muerte, aunque baja. No obstante, sí se cumple la expectativa (Aday, 1985; Sandín et al., 2001) de relación inversa con la escolaridad en la muestra de seropositivos y conjunta. Se podría interpretar, con base en esta correlación consistente con otros estudios, que las personas con más escolaridad tienen más recursos cognitivos para afrontar la ansiedad ante la muerte.

Como se esperaba, en la muestra clínica y por efecto de ésta en la conjunta, los viudos son el grupo que presenta más ansiedad ante la muerte, lo que puede atribuirse a la pérdida de la persona con la que se tuvo un vínculo íntimo y a la que se consideró un igual, pero no a la edad, pues es independiente de la ansiedad ante la muerte, además al parcializar el efecto de la edad en un análisis de covarianza no afecta a la significación del estado civil. Debe considerarse que la mayor proporción de viudos está en la muestra clínica, así pudiera tratarse de una ansiedad ante la muerte de depredación, desde la terminología de Langs (1997), esto es, por culpa. Así no sería tanto el apego como la culpabilidad lo que explicaría la relación. En consonancia con esta última interpretación. Los participantes de la muestra clínica que no conviven de forma cotidiana con una pareja (separados, divorciados y solteros), con la excepción de los viudos, tienen menos ansiedad ante la muerte que aquéllos que sí lo hacen (casados y en unión libre). El convivir con una pareja en enfermos de VIH pudiera incrementar la ansiedad desde dos fuentes: el temor a contagiar y la anticipación del impacto negativo, incluso abrumador, que tenga la fase final de la enfermedad sobre la pareja sentimental, como han adelantado argumentos semejantes auto-

res como Langs (1997), Parkes (1998) y Martínez Barreto y Toledo (2001).

Como limitaciones de este estudio debe mencionarse el carecer de una muestra poblacional por lo que los resultados deben manejarse como hipótesis para futuras investigaciones y no como estimaciones paramétricas. Todos los datos son de autoinforme, por lo que pueden diferir de otros procedentes de entrevistas, observaciones o pruebas proyectivas.

En conclusión existe relación entre afrontamiento y ansiedad ante la muerte, con una asociación débil, más definida en la muestra clínica de seropositivos que de población general, lo que se atribuye a la situación vital de los pacientes. El estilo de afrontamiento negativo con sus estrategias de autofocalización negativa y expresión emocional abierta de irritabilidad, además de la estrategia de evitación destacan como factores de riesgo o predictores que aumentan la probabilidad de sufrir ansiedad ante la muerte. De los aspectos de afrontamiento tradicionalmente considerados activos (Folkman, 2011), sólo la focalización en la solución del problema es diferencial, pero no un predictor, de ansiedad ante la muerte en la población clínica y conjunta. Sexo femenino y menor escolaridad son factores de riesgo de mayor ansiedad ante la muerte con poder predictivo. En seropositivos el no tener pareja con la que se convive cotidianamente (separados, divorciados y solteros) es un factor protector, probablemente por no estar presente el miedo de dañar a la pareja, que sí puede estar en casados y personas en unión libre (grupos de riesgo), con la excepción de los viudos probablemente por culpa. Se recomienda trabajar en la reducción del estilo de afrontamiento negativo (autofocalización negativa, expresión emocional abierta de ira y déficit de focalización en la solución del problema) y de la estrategia de evitación, fomentando el estilo positivo sobre todo en su aspecto de focalización en la solución de problemas para disminuir la ansiedad ante la muerte, sin ignorar aspectos de género, escolaridad y estado civil.

Referencias

- Aday, R. H. (1985). Belief in after life and death anxiety: correlates and comparisons. *Journal of Death Dying*, 15(1), 67-75.
- Berk, L. E. (2010). *Development through the lifespan* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Carrobbles, J. A., Remor, E. y Rodríguez. L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Gala, F., Lupiani M., Raja R., Guillén C., González J., Villaverde M. y Sanchez I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- Gaviria, A., Quiceno, J., Vinassia, S., Martínez, L. y Otalvaro, M. (2009). Estrategias de Afrontamiento y ansiedad-depresión en paciente diagnosticados con VIH-SIDA. *Terapia Psicológica*, 27(1), 5-13.

- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. New York: Oxford University Press.
- Franks, K., Templer, D., Cappelletty, G. y Kauffman, I. (1991). Exploration of death anxiety as a function of religious variables in gay men with and without AIDS. *Omega: Journal of Death and Dying*, 22(1), 43-50.
- Kendal, T. y Pérez, H. (2004). *Hablan las mujeres mexicanas VIH positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito: médico, familiar y comunitario*. México, DF: Colectivo Sol AC
- Langs, R. (1997). *Death anxiety and clinical practice*. London: Karnac Books.
- López, A., Sueiro, E. y López, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 9(2), 1138-1663.
- Martínez, B., Alonso, J. y Calvo, F. (2001). Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22(5), 176-182.
- Martínez, E., Barreto, M. y Toledo, M. (2001). Intervención psicológica con el paciente en situación terminal. *Revista de Psicología de la Salud*, 13(2), 117-131.
- McCrae, R. R. y Costa, Jr., P. T. (2002). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2ª ed.). New York: Guilford Publications.
- Mercado, A., Delgado, L. y González, I. (2009). Ansiedad ante la muerte en pacientes hospitalizados y ambulatorio. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México*, 1, 5-27.
- Moral, J. y Martínez, J. (2009). Reacción ante el diagnóstico de cáncer en un hijo: estrés y afrontamiento. *Psicología y Salud*, 19(2), 189-196.
- Nelson, D. y Cantrell, C. (1980). Religiosity and death anxiety: a multidimensional analysis. *Review of Religious Research*, 21(2), 148-157.
- Osador, I. (2005). *Logoterapia para mejorar el sentido de vida en pacientes con ansiedad ante la muerte* (tesis de doctorado). México: Universidad Iberoamericana.
- Parkes, C. (1998). The dying adult. *British Medical Journal*, 316, 1313-1315.
- Rasmussen, C. y Brems, C. (1996). The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 130(2), 141-144.
- Rivera, A. y Montero, M. (2010). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. *Revista Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 135-140.
- Rocha-Sánchez, T. E. y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 21(1), 42-49.
- Safren, S., Gershuny, B. y Hendriksen, E. (2003). Symptoms of posttraumatic stress and death anxiety in persons with HIV and medication adherence difficulties. *AIDS Patient Care and STDs*, 17(12), 657-664.
- Sandín, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1), 39-54.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, P., Valiente, R. y Santed, M. (2001). Predictores psicológicos y sociodemográficos de la ansiedad anticipatoria ante la participación en "segundas pruebas" de detección de cáncer de mama. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 17-36.
- Secretaría de Salud (1993). *Norma oficial mexicana, NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana*. México, DF: Secretaría de Salud.
- Thorson, J. A y Powell, F. C. (1994). A revised death anxiety scale. En R. A. Neimeyer (ed.), *Death anxiety handbook* (pp. 31-40). Washington: Taylor & Francis.

Boletín de Psicología, No. 103, Noviembre 2011

- Toufexis, D. J., Myers, K. M. y Davis, M. (2006). The effect of gonadal hormones and gender on anxiety and emotional learning. *Hormones and Behavior*, 50(4), 539-549.
- Vargas, J.E., Cervantes, M. y Aguilar, J.E. (2009). Estrategias de afrontamiento del sida en pacientes diagnosticados como seropositivos. *Psicología y Salud*, 19(2), 215-221.
- Wen, Y. (2010). Religiosity and death anxiety. *The Journal of Human Resource and Adult Learning*, 6(2), 31-37.
- Wu, A., Tang, C. y Kwok, T. (2002). Death anxiety among Chinese elderly people in Hong Kong. *Journal Aging Health*, 14(1), 42-56.