

El sentido de la muerte: Variables que influyen en la elección de la eutanasia

Trabajo de Fin de Grado de Psicología

Autor:

Alberto Valls Román

Tutorizado por: Elena Gámez Armas

Universidad de La Laguna
Facultad de Psicología y Logopedia

Curso Académico 2021-22

Resumen.

El objetivo de la investigación fue explorar la influencia de algunas variables psicológicas y sociodemográficas en la decisión de elegir la eutanasia como una opción para uno mismo o para familiares y amigos. Asimismo, se intentó crear un contexto de facilitación partiendo de la Teoría del Manejo del Terror (TMT), a través de una tarea de priming, para comprobar si se incrementaba la probabilidad de la decisión cuando el priming era positivo, en contraste con uno negativo o neutro. La muestra disponible contó con 210 participantes a los que se les preguntaba por su intención de solicitar la eutanasia en un escenario hipotético de enfermedad terminal. Los resultados mostraron que las personas mayores, en comparación con las jóvenes, cuentan con más seguridad en la decisión y especialmente si ésta es sobre sí mismas o un familiar cercano. También apareció una tendencia de las personas ateas a ser más afines a la práctica, cuando se las comparaba con agnósticos y creyentes. En contra de lo esperado, no aparecieron diferencias significativas en función del contexto facilitador de la tarea de priming.

Palabras clave: Eutanasia, decisión, autonomía, edad y religión.

Abstract.

The aim of the research was to explore the influence of some psychological and sociodemographic variables on the decision to choose euthanasia as an option for oneself or for family and friends. Likewise, an attempt was made to create a facilitation context based on the Terror Management Theory (TMT), through a priming task, to test whether the probability of the decision was increased when the priming was positive, in contrast to a negative or neutral one. The available sample consisted of 210 participants who were asked about their intention to request euthanasia in a hypothetical scenario of terminal illness. The results showed that older people, compared to younger people, are more confident about the decision, especially if it is about themselves or a close relative. A tendency also emerged for atheists to be more sympathetic to the practice when compared to agnostics and believers. Contrary to expectations, no significant differences appeared depending on the facilitating context of the priming task.

Key words: Euthanasia, decision, autonomy, age and religion.

1. Introducción.

Aunque la muerte siempre ha formado parte de la vida, aún hoy en día existe una gran reticencia a hablar sobre ella. Esto es debido a que su presencia nos recuerda la finitud y vulnerabilidad del ser humano. Por ello, las personas desarrollamos un gran número de mecanismos y disposiciones para negarla u otorgar un sentido al final de la vida (Cozzolino et al., 2014).

A través de la evitación o de la aceptación de la muerte las personas construimos nuestro propio abanico de valores y perspectivas (Van der Kaap-Deeder et al., 2020). Nos desarrollamos con el objetivo de tener una vida plena y en última instancia, de no vivir constantemente con el temor a un acontecimiento de naturaleza inevitable. Aun así, los pensamientos relacionados con la muerte tienden a suscitar miedo, dolor, angustia, tristeza y soledad (Martí-García et al., 2017), por lo que como individuos buscaremos cualquier manera que nos permita sobrellevarlos y superarlos.

Siguiendo esta premisa, pensar en poner fin a nuestra propia vida se vuelve algo muy poco adaptativo y que parece que va en contra de cualquier lógica humana, pero en casos concretos, este pensamiento adquiere una razón de ser. La muerte, en función de la circunstancia, no solo puede suponer un temor, sino un alivio. Cuando una persona en estado de enfermedad terminal pierde el sentido de su vida y ve su existencia paralizada por el sufrimiento, los planteamientos de eutanasia o suicidio asistido se vuelven opciones adaptativas y liberadoras (Leboul et al., 2022).

Ambas prácticas plantean la posibilidad de una “muerte digna” en el final de la vida y se formulan con el objetivo de favorecer la autonomía y la libertad de decisión. La palabra eutanasia deriva etimológicamente del griego eu- (bueno) y -tanatos (muerte), por lo que su significado explícitamente hace referencia a la idea de una “buena muerte”.

Ambos términos se conceptualizan desde perspectivas bioéticas diferentes por lo que para esta investigación nos centraremos únicamente en el de eutanasia, que implica la actuación de profesionales sanitarios de manera directa. El propósito de la práctica es causar la muerte de los pacientes tras una petición expresa, reiterada e informada de los mismos, estando éstos en situación de capacidad y en un contexto de sufrimiento considerado inaceptable. Cuando en estas circunstancias, el profesional se limita a proporcionar al paciente los recursos necesarios para que él mismo produzca su muerte, estaríamos hablando de suicidio asistido (Lorda et al., 2008).

Junto a la eutanasia y el suicidio asistido, encontramos otros términos que pueden llegar a generar confusión. Se describen en la Tabla 1 con el objetivo de contextualizar el campo de estudio y facilitar la distinción de la eutanasia.

Tabla 1

Términos relacionados con la eutanasia (Lorda et al., 2008)

| Términos | Definiciones |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Distanasia u obstinación terapéutica | Actuación con el propósito de alargar la vida del paciente a costa de prolongar su sufrimiento sin llegar a obtener un beneficio relevante en términos de su recuperación funcional. |
| Limitación del esfuerzo terapéutico | Retirada o no inicio de medidas terapéuticas para el paciente por la ponderación del equipo profesional que estima que resultan inútiles para la situación concreta de un paciente. |
| Rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento | Decisión autónoma y voluntaria de rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento por parte del paciente competente, una vez es informado. |
| Sedación paliativa (terminal o en agonía) | Administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones necesarias para reducir su conciencia todo lo posible, con el objetivo de aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios. |
| Suicidio (lúcido) | Producción voluntaria de la propia muerte. |
| Homicidio por compasión | Matar a alguien, sin su petición, sin que concurren las circunstancias de alevosía, precio o enajenamiento. |
| Asesinato | Matar a alguien con alevosía, enajenamiento o mediando precio. |

Una vez establecidos los términos más relevantes de la temática, cabe responder a la siguiente pregunta: ¿Por qué es relevante hablar sobre eutanasia en estos momentos?

En la actualidad, el desafío tecnológico de alargar la vida ha adquirido prioridad frente a la búsqueda del bienestar durante la misma (Cohen et al., 2014). Es una realidad presente en la mayoría de los hospitales y centros sanitarios que el avance en medicina ha supuesto un antes y un después en el tratamiento paliativo. Esto implica que en muchos casos se prolongue el sufrimiento de la persona sin obtener un beneficio claro en términos de recuperación funcional (Iona, 2008). Es decir, se desdibuja el límite entre cantidad y calidad, incidiendo en la perseveración u obstinación terapéutica y en muchas ocasiones, anteponiendo la supervivencia a la voluntad de una persona (Bayés, 2003).

Asimismo, el aumento de la esperanza de vida de la población también ha influido en el avance de esta problemática, viéndose un incremento del volumen de casos de personas con enfermedades crónicas e incapacitantes.

En los países donde la eutanasia o el suicidio asistido se encuentran legalizados, la causa más frecuente para su consecución es el cáncer, seguida de las enfermedades neurológicas (Castro et al., 2016).

En vista de esta situación, se establece la relevancia de la eutanasia como una práctica que retoma la prioridad del bienestar en vida y muestra oposición a la obstinación terapéutica, procurando siempre el respeto hacia la voluntad de la persona.

En España, la eutanasia es una práctica regulada desde la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, por la cual se legaliza la prestación de ayuda para morir. Esto convierte a España en el cuarto país europeo en legalizar la eutanasia, con un 70% de la población a favor de su implementación (Bernal-Carcelén, 2020). Asimismo, la tendencia actual de acercamiento a la eutanasia es favorable en cada vez más países de Europa, destacando la tolerancia a la libertad de decisión como uno de los principales factores que explicarían el aumento de su aceptación (Cohen et al., 2014). Otros aspectos que contribuyen a su favor serían la promoción de la autonomía, la autodeterminación y la prevención del sufrimiento (Fontalis et al., 2018; Leboul et al., 2022).

Ahora bien, teniendo en cuenta que la decisión para solicitar y proceder con la eutanasia es realmente compleja, será fundamental explorar cuáles son los elementos que mejor favorecen y predicen actitudes positivas hacia la misma. A partir de la revisión sumaria de la literatura existente se puede observar que entre estos aspectos destacan variables sociodemográficas y personales como la edad, las creencias religiosas, el género, el nivel de escolaridad alcanzado, la personalidad, la profesión... (Cheung et al., 2020; G\łębicka & others, 2017).

Partiendo de esta revisión, se planteó el primer objetivo del trabajo: descubrir las posibles relaciones entre algunas de estas variables (edad, género, nivel educativo y religión) en la decisión de elegir la eutanasia, cuando se dan las condiciones para que se lleve a cabo. De igual manera, se formuló un segundo objetivo con la intención de comprobar si la presencia de un contexto (un priming) positivo o negativo con respecto a la eutanasia, pudiera influir en la probabilidad de elección de la misma.

El punto de partida fue una de las teorías que ha estudiado ampliamente el miedo a la muerte como una de las motivaciones básicas de las personas, la Teoría del Manejo del Terror (TMT) de Greenberg et al. (1986).

Según la TMT, la ansiedad que genera la idea de la muerte lleva a las personas a desarrollar una identidad que las protege de los estresores asociados a la misma. Como principales defensas, el individuo desarrolla su autoestima, las relaciones sociales y una visión del mundo que le otorguen relevancia y coherencia a su vida. Este sistema tripartito de seguridad motiva al ser humano a reducir la ansiedad, actuando como un escudo frente a los recordatorios constantes de la muerte (Hart et al., 2005; Pyszczynski et al., 2015).

Por tanto, si fomentamos este sistema de protección es posible que la actitud con respecto a la eutanasia se vea favorecida, al adquirir esta práctica un significado en el final de la vida. Para lograrlo, según la TMT, se deben promover las defensas distales del ser humano, una serie de mecanismos cognitivos que proporcionan a la persona una visión coherente del mundo y de la vida como entidades con sentido y valor. Se opondrían, en este caso, a las defensas proximales, encaminadas a suprimir la ansiedad generada por la muerte cuando ésta se encuentra en el foco de la atención. En otras palabras, las defensas distales buscan disminuir la ansiedad otorgando relevancia a la persona, mientras que las defensas proximales evitan la rumia y la preocupación constante por la idea de la muerte (Pyszczynski et al., 2021).

Una vez contextualizados estos mecanismos, adquiere sentido la propuesta de entender y promover la eutanasia como un acto de protección para el individuo, que promueve su autoestima, vinculación y valor. Siguiendo esta línea, se ideó el segundo objetivo comentado anteriormente, para comprobar si creando un contexto de palabras positivas, se podía fomentar la eutanasia como una práctica vinculada a las defensas distales de la persona.

Por otra parte, retomando el primer objetivo de la investigación, se puso el acento en diversas variables sociodemográficas como la edad, la religión, el nivel educativo y el género, ya que pueden influir en la toma de decisión de la eutanasia, generando una mayor disposición u oposición hacia la misma.

La edad, en concreto, influye sobre la proximidad percibida de la muerte, estando las personas jóvenes más distanciadas de un escenario de enfermedad terminal y teniendo muchas menos experiencias significativas para valorar su vida en términos de realización. Scherrens et al. (2018) encontró que las personas a partir de la mediana edad van a presentar un acercamiento más positivo hacia la eutanasia y una mayor seguridad en su decisión una vez tengan que afrontar la misma.

En el caso de la Religión, Grove et al. (2022), tomando en cuenta las cuatro mayores religiones del mundo (cristianismo, islam, hinduismo y budismo), apreciaron una clara oposición a la práctica de la eutanasia debido a los principios comunes de un asentado sistema moral que antepone la lucha por la vida. Resultados similares se han encontrados en otros estudios, dónde la religiosidad se asocia con una mayor oposición a la eutanasia (Cheung et al., 2020; Sabriseilabi & Williams, 2022; Stok\losa et al., 2022).

Por tanto, tomando en cuenta la influencia de estas variables y el marco teórico de la TMT para promover la significación de la eutanasia como práctica, establecimos las siguientes hipótesis experimentales que guiaron nuestra investigación:

La primera hipótesis (H1), planteaba que las personas que estuvieran expuestas a un priming positivo (*promoción de las defensas distales*) incrementarían la probabilidad de elegir la eutanasia, en comparación con las personas que se vieran expuestas a un priming negativo (*promoción de la evitación de la muerte*) o neutro.

En segundo lugar (H2), esperábamos que las personas mayores tuvieran una mejor disposición hacia la eutanasia que las personas más jóvenes, presentando una mayor seguridad y decisión en su respuesta ante el planteamiento.

En tercer lugar y en relación con la religión (H3), nuestra expectativa era que las personas creyentes presentarían una menor probabilidad de aceptar la opción de la eutanasia, en comparación con las personas ateas o agnósticas, pues se trata de una posibilidad que iría en contra del ideario religioso.

Por último, se incluyen en el estudio un conjunto de covariables que creíamos podían influir y modular la decisión sobre la eutanasia. Por una parte, el grado de funcionalidad de la familia de la persona como una medida de apoyo emocional. Si la familia es disfuncional, puede darse una vulnerabilidad emocional en el individuo que correlaciona positivamente con la intención de solicitar la eutanasia en caso de encontrarse en esa situación (Scherrens et al., 2018).

Por otra parte, la autoeficacia personal como un constructo que se relaciona con la capacidad de autonomía. Percibir un mayor control interno puede generar una mayor conciencia ética en la toma de decisiones (Snyder et al., 2018). También se incluyó la medida de la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas de Ryan & Deci (2000), que incluye la autonomía, la competencia y la relación.

De igual manera, se introduce la sensibilidad emocional de Guarino (2003) como una medida de personalidad que incluye la sensibilidad egocéntrica negativa (*emocionalidad negativa*), la distancia emocional (*evitación emocional*) y la sensibilidad interpersonal positiva (*empatía*). Y ya en último lugar, la percepción subjetiva de tolerancia al dolor como una medida de control de la resistencia subjetiva ante el dolor, variable relevante al presentar un escenario hipotético de enfermedad terminal.

2. Método.

a) Participantes

La muestra estaba conformada por 210 participantes (M=36 años, DT=16.63), que se distribuyeron aleatoriamente en las tres condiciones experimentales en función del priming propuesto: 72 participantes en la condición positiva y 69 en la negativa y neutra respectivamente. El método de selección empleado fue de conveniencia dadas las características y recursos de la investigación.

En relación al género, en la muestra total había 154 mujeres (74%), 51 hombres (24%) y 5 personas no binarias (2%). En lo que respecta al nivel escolar alcanzado o formación, el 1% de los participantes presentaba estudios primarios y secundarios respectivamente, el 5% formación profesional, el 14% bachillerato y el 79% restante estudios universitarios.

Por último, encontramos 71 personas que se identifican como ateas o no creyentes (34%), 41 como agnósticas (19%), 81 como creyentes y no practicantes de cualquier religión (39%) y 17 como creyentes y practicantes de cualquier religión (8%).

b) Instrumentos

The Family APGAR (Smilkstein, 1978). Cuestionario de función familiar, validado al español por Saameño et al. (1996). Se utiliza para detectar un problema específico de disfunción familiar (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria) y contiene 5 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 3 opciones: “A”, “B” o “C”, que se corresponden con las afirmaciones “casi nunca”, “a veces” y “casi siempre” respectivamente. A mayor puntuación, menos problemas en el contexto familiar percibido.

También cabe destacar que, de cara al pase de pruebas, se cambiaron las palabras “en casa” por “en familia” en 2 preguntas, con el objetivo de no poner el acento en la residencia de la familia, sino en su vínculo. Para nuestra muestra, el valor del α de Cronbach fue de .86.

Personal Efficacy Scale (Paulhus & Christie, 1981). Escala de percepción de autoeficacia, traducida al español para la investigación. Es una de las tres sub-escalas de la batería de esferas de control. Su objetivo es obtener una medida de la percepción de control personal y atribución de logro. Está conformada por 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 “en total desacuerdo” y 7 “absolutamente de acuerdo”. Para nuestra muestra, el valor del α de Cronbach fue de .72.

The Balanced Measure of Psychological Needs, BMPN (Sheldon & Hilpert, 2012) Medida Balanceada de Necesidades Psicológicas Versión positiva, revisada y validada al español por Galiana et al. (2016). Se fundamenta en la teoría de la autodeterminación de Deci & Ryan (2012), planteando tres necesidades básicas que explicarían el impulso motivacional inherente al ser humano: la autonomía, la competencia y la relación. La escala evalúa estas necesidades y cuenta con 9 ítems en su versión positiva (revisada), con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 “en total desacuerdo” y 7 “absolutamente de acuerdo”. En nuestra muestra, presenta un α de Cronbach de 0.64 para el factor de autonomía; .81 para el de competencia; y .76 para el de relación.

Escala de Sensibilidad Emocional, ESE (Guarino & Roger, 2005). La escala se ha utilizado para obtener una medida de la sensibilidad emocional de la persona en sus tres vertientes: la sensibilidad egocéntrica negativa (SEN), el distanciamiento emocional (DE) y la sensibilidad interpersonal positiva (SIP). En el presente estudio se ha utilizado la escala en su versión adaptada al español, contando con 45 ítems de formato de respuesta dicotómico de “Verdadero” o “Falso”: 22 ítems para evaluar la dimensión negativa, 10 ítems para evaluar el distanciamiento emocional y finalmente, 13 ítems para evaluar la dimensión positiva. Para la muestra, presenta una consistencia interna satisfactoria, con un α de Cronbach de .85 para el factor de SEN, .71 para el DE y .71 para el SIP.

Además de las anteriores escalas, se añadieron dos ítems (*¿En qué medida está de acuerdo con la frase “Tolero bien el dolor físico”?* y *¿En qué medida está de acuerdo con la frase “Tolero bien la incertidumbre y las preocupaciones”?*) con el objetivo de obtener una medida subjetiva de la percepción de tolerancia al dolor.

Estas preguntas abarcan la tolerancia al dolor físico y la tolerancia a la incertidumbre y las preocupaciones, con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, siendo 1 “en total desacuerdo” y 7 “absolutamente de acuerdo”.

c) *Procedimiento*

El cuestionario se elaboró con la plataforma online Google forms y se difundió a través de las redes sociales por vía telemática.

Tras proveer el consentimiento informado, los participantes podían cumplimentar una de las tres versiones del cuestionario que se correspondían con las tres condiciones experimentales del priming (véase *Apéndice A*).

Condición del priming: Los participantes eran instruidos para llevar a cabo un ejercicio de construcción de frases a partir de palabras desordenadas, basado en la tarea de Shariff y Norenzayan (2007). En la primera condición se utilizaron 8 frases de entre 6 y 7 palabras y en cada frase se incluía una palabra que representaba un valor o emoción positiva vinculada a las defensas distales del ser humano (ej. dignidad, control...). En la segunda condición, se utilizaron emociones y valores negativos con respecto a la eutanasia para promover la evitación de la muerte (ej. abandono, vergüenza...) y finalmente en la condición de control se utilizaron palabras sin relación con valores positivos o negativos (ej. mesa, canción...).

Para la selección de palabras se tuvieron en cuenta dos criterios: la relación positiva, negativa o neutra con el concepto de eutanasia y la frecuencia léxica de cada palabra (véase *Apéndice B*).

Tarea de decisión: Para medir los efectos del priming, los participantes debían contestar unas preguntas, donde se les pedía que tomaran una decisión respecto a una situación hipotética presentada, según una escala tipo Likert del 1 (con ninguna probabilidad) al 10 (con toda probabilidad). El cuestionario planteaba la siguiente situación: *Si tuviera una enfermedad terminal o estuviera en un estado grave e irreversible de deterioro, ¿con qué probabilidad tendría la eutanasia como una opción?* y permitía al participante responder a la pregunta desde distintas perspectivas (“*si usted fuera el enfermo*”, “*si el enfermo fuera un familiar cercano a usted*”, “*si el enfermo fuera un familiar lejano a usted*” y “*si el enfermo fuera un amigo cercano a usted*”).

Escala de seguridad: Como medida complementaria a la tarea de decisión, los participantes fueron preguntados por el grado de seguridad con el que emitieron cada una de las respuestas en la tarea de decisión, mediante una escala tipo Likert del 1 (con muy poca seguridad) al 10 (con la máxima seguridad).

3. Resultados.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Jamovi, que utiliza el R como infraestructura subyacente. Sobre las medias de las variables utilizadas y cuyos descriptivos se exponen en la Tabla 2 calculamos coeficientes de correlaciones, y análisis de varianza y covarianza con las variables dependientes y las variables que podían influir en el diseño principal.

Tabla 2

Descriptivos de las variables empleadas en la investigación

| | Media (M) | Desviación Típica (DT) | Asimetría | Apuntamiento |
|--------------|------------------|-------------------------------|------------------|---------------------|
| Edad | 36.35 | 16.63 | 0.25 | -1.54 |
| Género | 1.78 | 0.47 | -0.63 | 0.05 |
| Formación | 4.70 | 0.69 | -2.81 | 9.08 |
| Religión | 2.21 | 1 | 0.06 | -1.31 |
| Vd1 | 7.72 | 2.28 | -1.24 | 1.19 |
| Vd2 | 7.09 | 2.41 | -0.84 | 0.18 |
| Vd3 | 6.62 | 2.82 | -0.56 | -0.74 |
| Vd4 | 6.86 | 2.52 | -0.74 | -0.16 |
| Vd5 | 7.82 | 2.46 | -1.31 | 1.08 |
| Vd6 | 6.74 | 2.60 | -0.68 | -0.33 |
| Vd7 | 6.22 | 2.74 | -0.38 | -0.7 |
| Vd8 | 6.23 | 2.71 | -0.42 | -0.75 |
| APGAR | 7.51 | 2.67 | -1.18 | 0.6 |
| DOLOR | 4.13 | 1.38 | -0.13 | -0.53 |
| Autoeficacia | 49 | 7.13 | -0.37 | 0.64 |
| BMPNR | 6.13 | 0.34 | -1.60 | 4.04 |
| BMPNC | 4.78 | 1.10 | -0.57 | 0.5 |
| BMPNA | 5.23 | 0.95 | -0.52 | 0.55 |
| SEN | 1.59 | 0.23 | -0.44 | -0.57 |
| DE | 1.76 | 0.22 | -0.9 | 0.12 |
| SIP | 1.28 | 0.20 | 0.76 | -0.02 |

En la Tabla 3 se muestra la matriz de correlaciones de las variables empleadas en la investigación, destacando únicamente aquellas correlaciones con $p < .001$.

Tabla 3*Correlaciones entre las variables de la investigación con $p < .001$*

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | | |
|------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---|--------|----|----|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|--------|----|---|---|
| 1. Vd1 | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Vd2 | .73*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Vd3 | .49*** | .64*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Vd4 | .65*** | .83*** | .79*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Vd5 | .56*** | .46*** | .20*** | .36*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Vd6 | .40*** | .50*** | .26*** | .41*** | .70*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Vd7 | .25*** | .31*** | .57*** | .45*** | .46*** | .59*** | - | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Vd8 | .30*** | .42*** | .43*** | .54*** | .57*** | .83*** | .76*** | - | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Edad | * | * | * | * | * | * | * | * | - | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Género | * | * | * | * | * | * | * | * | * | - | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Formación | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | - | | | | | | | | | | | | |
| 12. Religión | * | * | * | * | * | * | * | * | .38*** | * | * | - | | | | | | | | | | | |
| 13. APGAR | * | * | * | * | * | * | * | * | .35*** | * | * | .30*** | - | | | | | | | | | | |
| 14. Autoeficacia | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | .34*** | - | | | | | | | | | |
| 15. DOLOR | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | - | | | | | | | | |
| 16. BMPNR | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | .26*** | * | .26*** | - | | | | | | | |
| 17. BMPNC | * | * | * | * | * | * | * | * | .28*** | * | * | * | .39*** | .56*** | .36*** | .29*** | - | | | | | | |
| 18. BMPNA | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | .33*** | .31*** | .39*** | .57*** | - | | | | | |
| 19. SEN | * | * | * | * | * | * | * | * | .32*** | * | * | * | .34*** | .36*** | .39*** | .25*** | .43*** | .31*** | - | | | | |
| 20. DE | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | .36*** | - | | |
| 21. SIP | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | * | - |

NOTA: *** $p < .001$

Como se muestra en la Tabla 3 las correlaciones más altas se dan entre las variables dependientes, algo normal en medidas tan parecidas. También podemos destacar algunas correlaciones positivas por encima de .30 como las encontradas entre la edad y la religión o la función familiar y la religión, a partir de las cuales inferimos que, a mayor edad, las personas son más creyentes y presentarán un mejor contexto familiar. Junto a estas correlaciones cabría resaltar las encontradas entre el conjunto de covariables presentadas en la investigación y en especial, aquellas por encima de .50 como la hallada entre la autoeficacia y la necesidad de competencia, siendo esta correlación esperada en el estudio dadas las similitudes de ambas medidas.

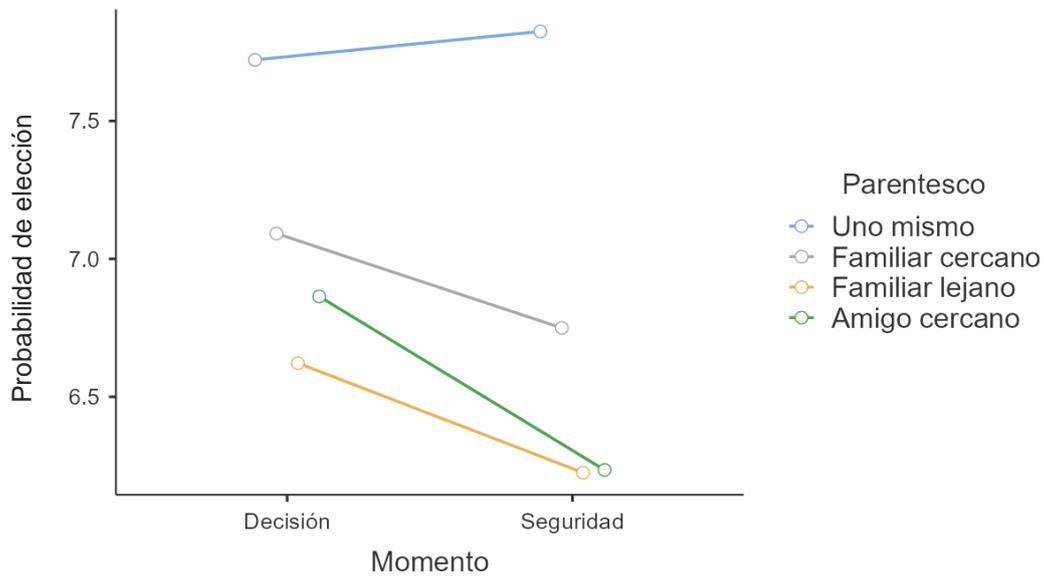
Para comprobar nuestra primera hipótesis (H1), realizamos un ANOVA de medidas repetidas con el factor Condición como variable intergrupo (*priming positivo vs negativo vs neutral*) y las variables Momento, que cuenta con 2 niveles (*decisión y seguridad*) y Parentesco, que cuenta con 4 niveles (*uno mismo, familiar cercano, familiar lejano y amigo cercano*), como variables intragrupalas.

La interacción de Parentesco y Momento resultó significativa ($F_{(3,621)}=10.736$, $p<0.001$, $\eta_p^2=.049$), pero, en contra de lo esperado, no ocurrió así con la interacción triple entre Condición x Parentesco x Momento ($p>.05$). No se mostraron diferencias significativas en las respuestas de los participantes en función de si se veían expuestos a un priming u otro.

Tal como aparece en la Figura 1, la decisión para uno mismo es la que tiene una mayor probabilidad de ocurrencia ($M=7.72$, $DT=2.28$) y con la que se está más seguro ($M=7.82$, $DT=2.46$). El segundo lugar lo ocupa la decisión para un familiar cercano ($M=7.09$, $DT=2.41$) que disminuye significativamente cuando se trata de un familiar lejano ($M=6.62$, $DT=2.82$) o un amigo cercano ($M=6.86$, $DT=2.52$). En el caso de la seguridad, también decrece significativamente cuando se trata de un familiar lejano ($M=6.22$, $DT=2.74$) y un amigo cercano ($M=6.23$, $DT=2.71$).

Figura 1

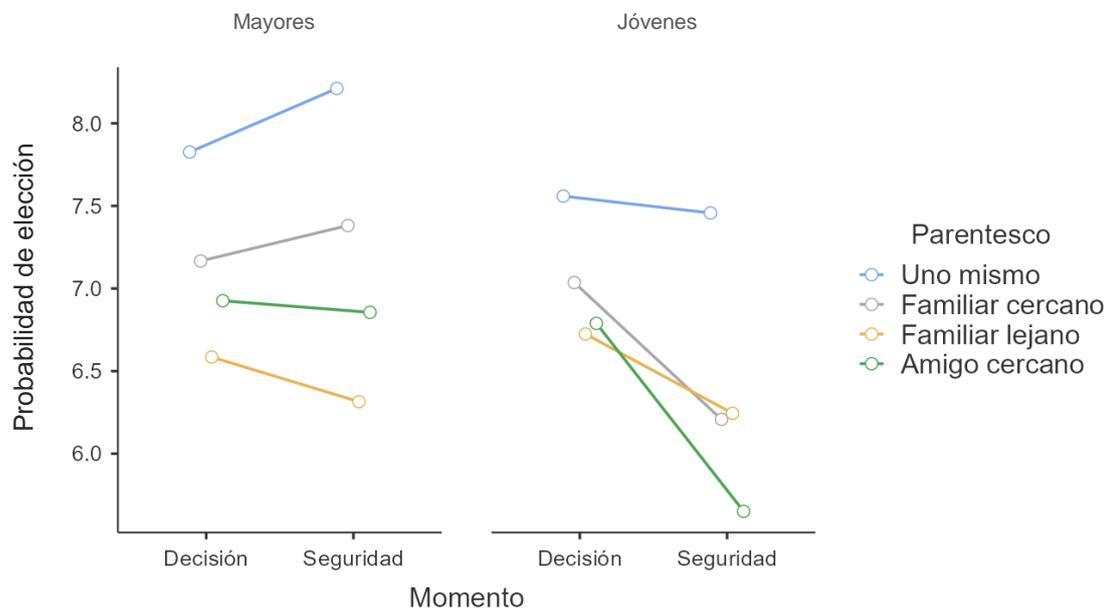
Puntuaciones medias en función de parentesco y momento



También apareció un efecto principal significativo de Parentesco ($F_{(3,621)}=44.007$, $p<.001$, $\eta_p^2=.175$). Es decir, la decisión de eutanasia en un escenario hipotético es mayor cuando se trata de uno mismo/a ($M=7.77$, $DT=2.37$), seguido por un familiar cercano ($M=6.92$, $DT=2.5$), un amigo cercano ($M=6.55$, $DT=2.64$) y finalmente un familiar lejano ($M=6.42$, $DT=2.79$).

A continuación, realizamos un nuevo ANOVA de medidas repetidas, pero añadiendo la variable intergrupo Generación, obtenida tras discretizar la variable Edad en dos grupos (mayores de 36 años, $N=105$ y menores de 36 años, $N=105$).

Como resultado, se encuentra una interacción entre Momento x Parentesco x Generación ($F_{(3,612)}=5.003$, $p<.01$, $\eta_p^2=.024$), que va en consonancia con nuestra segunda hipótesis (H2), con la que se plantea que las personas mayores pueden mostrar un acercamiento más favorable y estable hacia la eutanasia frente a las personas más jóvenes. A través de los análisis post hoc, se aprecia que los jóvenes son mucho más inseguros que los mayores en su respuesta ante el planteamiento de eutanasia cuando se hace referencia a un familiar o amigo cercano (ver Figura 2 y Tabla 4). En el caso de uno mismo, los mayores también presentan mayor seguridad en su elección que los jóvenes.

Figura 2*Puntuaciones medias en función de momento, parentesco y generación***Tabla 4***Medias marginales estimadas de momento, parentesco y generación*

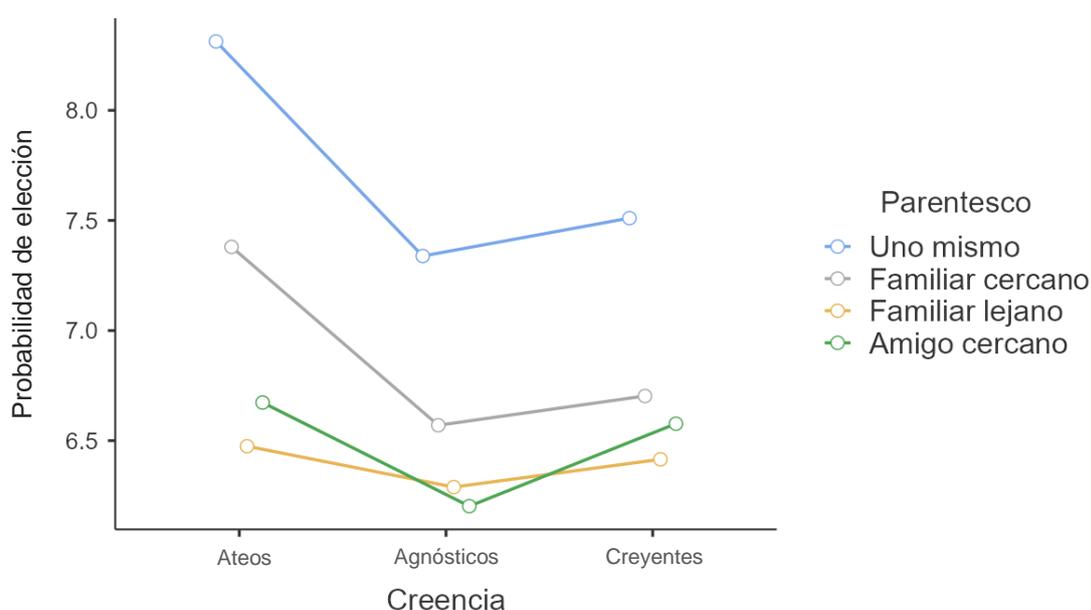
| Generación | Parentesco | Momento | Media | DT |
|---------------|------------------|-----------|-------|------|
| Mayores | Uno mismo | Decisión | 7.83 | 2.4 |
| | | Seguridad | 8.21 | 2.23 |
| | Familiar cercano | Decisión | 7.17 | 2.48 |
| | | Seguridad | 7.38 | 2.28 |
| | Familiar lejano | Decisión | 6.59 | 2.99 |
| | | Seguridad | 6.31 | 2.83 |
| Amigo cercano | Decisión | 6.93 | 2.63 | |
| | Seguridad | 6.86 | 2.63 | |
| Jóvenes | Uno mismo | Decisión | 7.56 | 2.17 |
| | | Seguridad | 7.46 | 2.64 |
| | Familiar cercano | Decisión | 7.04 | 2.35 |
| | | Seguridad | 6.21 | 2.78 |
| | Familiar lejano | Decisión | 6.72 | 2.65 |
| | | Seguridad | 6.24 | 2.66 |
| | Amigo cercano | Decisión | 6.79 | 2.42 |
| | | Seguridad | 5.65 | 2.68 |

Con el objetivo de confirmar nuestra tercera hipótesis (H3) se llevó a cabo un análisis de varianza incluyendo junto a Condición la variable intergrupo Creencia, tras recodificar la variable Religión inicial en tres grupos (ateos, N=71, agnósticos, N=41 y creyentes, N=98), de tal forma que la comparación se pudiera realizar entre grupos similares de participantes.

Cómo se observa en la Figura 3, los creyentes y agnósticos, comparados con los ateos, tienen una probabilidad menor de elegir la eutanasia para sí mismos (M=7.51, DT=2.06 y M= 7.34, DT=2.1) y para un familiar cercano (M=6.70, DT=2.16 y M=6.57, DT=2.2) respectivamente. Este efecto solo aparece como tendencia en la interacción entre Creencia y Parentesco ($F_{(6,603)}=1.94, p=.07$).

Figura 3

Puntuaciones medias en función de creencia religiosa y parentesco



Por último, se realizaron análisis de covarianza para comprobar el efecto de las covariables planteadas sobre las interacciones previamente encontradas. En total se llevaron a cabo cinco ANCOVAS, incluyendo la percepción de Autoeficacia, la función familiar (APGAR), la sensibilidad emocional (SEN, DE, SIP), la tolerancia al dolor y las necesidades psicológicas básicas (BMPNR, BMPNC, BMPNA) como covariables.

En la Tabla 5 se resumen las interacciones significativas encontradas.

Es importante resaltar que ninguna covariable aparece significativa en sí misma y se mantiene el efecto de interacción entre Generación, Momento y Parentesco comentado previamente. La única variable que disminuye la significación de la interacción triple ($F_{(3,609)}=3.24$, $p<.05$, $\eta_p^2=.016$) es la variable “APGAR”, lo que significaría que si el contexto familiar es mejor, el resto de las variables de la interacción pierden peso.

Tabla 5

Interacciones significativas en ANCOVA

| | Suma de Cuadrados | gl | Media Cuadrática | F | p | η_p^2 |
|------------------------------|-------------------|----|------------------|---------|-------|------------|
| Parentesco * Autoeficacia | 29.45 | 3 | 9.816 | 2.842 | 0.037 | 0.014 |
| Momento * Parentesco * SEN | 16.0824 | 3 | 5.3608 | 6.08827 | <.001 | 0.029 |
| Momento * Parentesco * DE | 8.5320 | 3 | 2.8440 | 3.22994 | 0.022 | 0.016 |
| Momento * Parentesco * DOLOR | 15.67 | 3 | 5.223 | 5.964 | <.001 | 0.029 |
| Parentesco * DOLOR | 46.30 | 3 | 15.435 | 4.504 | 0.004 | 0.022 |
| Parentesco * BMPNC | 36.748 | 3 | 12.249 | 3.544 | 0.014 | 0.017 |
| Momento * Parentesco * BMPNC | 16.858 | 3 | 5.619 | 6.435 | <.001 | 0.031 |
| Momento * Parentesco * BMPNA | 7.476 | 3 | 2.492 | 2.853 | 0.037 | 0.014 |

Nota: Esta tabla muestra las principales interacciones que aparecen en el ANCOVA al introducir las covariables Autoeficacia, ESE (SEN, DE y SIP), DOLOR, BMPN (BMPNR, MBPNC, BMPNA) y APGAR.

Las variables género y nivel educativo no tuvieron ningún efecto significativo entre las variables dependientes ni al incluir las covariables, $p>.05$.

4. Discusión.

En consonancia con el primer objetivo de este trabajo hemos comprobado la forma en la que ciertas variables sociodemográficas como la edad y la religión influyen en la probabilidad de elegir la eutanasia en un supuesto hipotético de enfermedad terminal.

De acuerdo con nuestras expectativas y con la investigación previa, la edad se convierte en un factor evolutivamente adaptativo. Es decir, cuando las personas se hacen mayores se vuelven más conscientes del valor de su vida y su bienestar (Van Wijngaarden et al., 2015), por lo que cuando se presenta una circunstancia de enfermedad terminal, la decisión de la eutanasia se vuelve más accesible y se toma con una mayor seguridad (Scherrens et al., 2018).

Además, esta decisión se vuelve más clara para uno mismo o con respecto a un familiar cercano, pero existe mayor inseguridad cuando se trata de decidir sobre un familiar lejano o amigo cercano. Es aquí donde también toma relevancia el contexto familiar, ya que, cuanto mejor sea éste, más influirá en la decisión final.

De acuerdo también con la investigación previa, las creencias religiosas se presentan como un freno a la hora de elegir esta opción dadas las prescripciones morales del ideario religioso (Grove et al., 2022). Como era esperable, son las personas ateas las que tienen menos problemas para tomar la decisión de la eutanasia, lo que no ocurre con las personas creyentes o incluso agnósticas.

Por otra parte, y, en contra de nuestras expectativas, la manipulación experimental diseñada para crear un contexto favorecedor (o no) a la hora de tomar la decisión, en la situación hipotética, no tuvo ningún efecto. Creemos que pueden existir varias explicaciones: por un lado, se sabe que la metodología para generar el priming genera una accesibilidad de muy corta duración que en nuestro caso compite con creencias bastante arraigadas. Por otra parte, el que los participantes no tuvieran limitación de tiempo para responder, probablemente influyó para apresar la influencia del priming. Esta última hipótesis se podría estudiar en futuras investigaciones.

Otra aportación del trabajo tiene que ver con la sospecha, expuesta previamente, de lo arraigadas que están las creencias implícitas sobre este tema, ya que no encontramos influencias significativas de ninguna de las covariables que planteamos como variables de control, a pesar de que todas ellas reflejan cuestiones relevantes en la vida de las personas, como son la satisfacción de las necesidades psicológicas de autonomía, competencia y vinculación, la búsqueda de autoeficacia o la sensibilidad emocional. Algo parecido ocurre con la tolerancia al dolor que, aun estando relacionada con la motivación para acabar con un sufrimiento innecesario, no parece tener un impacto significativo en las cuestiones planteadas.

Por otro lado, cabe valorar que el trabajo aquí realizado puede ampliar las consideraciones planteadas por la Teoría del Manejo del Terror, actualizándola en su conexión con la elección de la eutanasia y poniendo el énfasis en el entendimiento de la práctica como un acto con significado y valor para el individuo. Asimismo, expone la necesidad de seguir estudiando metodológicamente los constructos y factores que se encuentran tras las actitudes hacia la eutanasia.

En una sociedad contemporánea como la española, el final de la vida debe ser cuidado y respetado al máximo, de forma que la eutanasia y los cuidados paliativos se vuelven temas imprescindibles para el estudio. El debate planteado, de la misma forma, abre un camino para el desarrollo adecuado de los servicios de atención sanitarios, estimulando la promoción de cuestiones bioéticas como el derecho a la muerte y la libertad de decisión de la persona (Castro et al., 2016).

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, se resalta la falta de bibliografía existente que relacione el marco de la Teoría del Manejo del Terror con las prácticas de eutanasia y la falta de una muestra representativa para las variables de género y nivel educativo. De igual manera, cabría incluir en futuras investigaciones una variable para el nivel socioeconómico y más factores que exploren las creencias religiosas de las personas, como la espiritualidad o la creencia de vida después de la muerte (Sabriseilabi & Williams, 2022). También cabría el empleo de otra metodología distinta al priming que consiga influir con mayor efecto sobre las opiniones de la muestra.

Por último, sería pertinente tener en cuenta que, al tratar temas de gran carga ética y emocional como la eutanasia o el suicidio asistido, los supuestos hipotéticos no siempre van a adecuarse a las características de una situación real, en donde las personas pueden llegar a actuar de manera diferente a sus intenciones (Schwarzer, 2008).

Es más, la realidad muchas veces no se corresponde con las expectativas e ideales de cada uno. Un ejemplo de esto es que cuando las personas pierden su autonomía, se ven forzadas o inclinadas a dejar que otras personas tomen las decisiones por ellos, siendo la opinión de los médicos y los familiares cercanos de vital importancia en el proceso (van der Geest & Satalkar, 2021).

5. Referencias.

- Bayés, R. (2003). La sociedad contemporánea ante el dolor y la muerte. *Tomás-Valiente Lanuza C. Monografía sobre la Eutanasia. Humanitas, Humanidades Médicas, 1*, 53-60.
- Bernal-Carcelén, I. (2020). La eutanasia, tendencias y opiniones en España. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 22(3)*, 112-115.

- Castro, M. P. R. de, Antunes, G. C., Marcon, L. M. P., Andrade, L. S., Rückl, S., & Andrade, V. L. Â. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: Una revisión sistemática. *Revista Bioética*, 24, 355-367.
- Cheung, G., Martinez-Ruiz, A., Knell, R., O'Callaghan, A., & Guthrie, D. M. (2020). Factors associated with terminally ill people who want to die. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 539-548.
- Cohen, J., Van Landeghem, P., Carpentier, N., & Deliens, L. (2014). Public acceptance of euthanasia in Europe: A survey study in 47 countries. *International journal of public health*, 59(1), 143-156.
- Cozzolino, P. J., Blackie, L. E., & Meyers, L. S. (2014). Self-related consequences of death fear and death denial. *Death studies*, 38(6), 418-422.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). *Self-determination theory*.
- Fontalis, A., Prousalis, E., & Kulkarni, K. (2018). Euthanasia and assisted dying: What is the current position and what are the key arguments informing the debate? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(11), 407-413.
- Galiana, L., Gutiérrez, M., Tomás, J. M., & Sancho, P. (2016). Validation of the Balanced Measure of Psychological Needs (BMPN) in Spanish and Portuguese: Method effects associated to negatively worded items. *Behavioral Psychology/Psicologia Conductual*, 24(1).
- G\lębocka, A. & others. (2017). Attitudes towards euthanasia in the context of fear of death among physiotherapists and caregivers of patients with paresis. *Medical Science Pulse*, 11(3), 15-20.
- Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. En *Public self and private self* (pp. 189-212). Springer.
- Grove, G., Lovell, M., & Best, M. (2022). Perspectives of major world religions regarding euthanasia and assisted suicide: A comparative analysis. *Journal of religion and health*, 1-25.
- Guarino, L. R. (2003). *Emotional sensitivity: A new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship* [PhD Thesis]. University of York.
- Guarino, L. R., & Roger, D. (2005). Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17(3), 465-470.

- Hart, J., Shaver, P. R., & Goldenberg, J. L. (2005). Attachment, self-esteem, worldviews, and terror management: Evidence for a tripartite security system. *Journal of personality and social psychology*, 88(6), 999.
- Iona, H. (2008). *Ayudar a morir: Con un prefacio y doce tesis de John Verger*. Katz Editores.
- Leboul, D., Bousquet, A., Chassagne, A., Mathieu-Nicot, F., Ridley, A., Cretin, E., Guirimand, F., & Aubry, R. (2022). Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: A qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. *Palliative care and social practice*, 16, 26323524211066924.
- Lorda, P. S., Cantalejo, I. M. B., Martínez, F. J. A., Gutiérrez, J. B., Couceiro, A., & Robles, P. H. (2008). Ética y muerte digna: Propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de calidad asistencial*, 23(6), 271-285.
- Martí-García, C., Fernández-Alcántara, M., Ruiz-Martín, L., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C., & García-Caro, M. P. (2017). Facing death. Student's thoughts towards the feeling of their own death. *anales de psicología*, 33(3), 630-640.
- Paulhus, D., & Christie, R. (1981). *SPHERES OF CONTROL: An Interactionist Approach to Assessment of Perceived Control* (pp. 161-188).
- Pyszczynski, T., Lockett, M., Greenberg, J., & Solomon, S. (2021). Terror management theory and the COVID-19 pandemic. *Journal of Humanistic Psychology*, 61(2), 173-189.
- Pyszczynski, T., Solomon, S., & Greenberg, J. (2015). Thirty years of terror management theory: From genesis to revelation. En *Advances in experimental social psychology* (Vol. 52, pp. 1-70). Elsevier.
- Ryan, R., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American psychologist*, 55(1), 68-78.
- Saameño, J. A. B., Sánchez, A. D., del Castillo, J. de D. L., & Claret, P. L. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 18(6), 289-296.
- Sabriseilabi, S., & Williams, J. (2022). Dimensions of religion and attitudes toward euthanasia. *Death Studies*, 46(5), 1149-1156.

- Scherrens, A.-L., Roelands, M., Van den Block, L., Deforche, B., Deliens, L., & Cohen, J. (2018). What influences intentions to request physician-assisted euthanasia or continuous deep sedation? *Death Studies*, *42*(8), 491-497.
- Shariff, A. F., & Norenzayan, A. (2007). God is watching you: Priming God concepts increases prosocial behavior in an anonymous economic game. *Psychological science*, *18*(9), 803-809.
- Sheldon, K. M., & Hilpert, J. C. (2012). The balanced measure of psychological needs (BMPN) scale: An alternative domain general measure of need satisfaction. *Motivation and Emotion*, *36*(4), 439-451.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J fam pract*, *6*(6), 1231-1239.
- Snyder, S. A., Hasbún, I. M., Deters, J., & Bairaktarova, D. (2018). Exploring the Relationship Between Ethical Awareness and Personality Traits of Undergraduate Engineering Students. *2018 ASEE Annual Conference & Exposition*.
- Stok\losa, I., Stok\losa, M., Więckiewicz, G., Porwolik, M., Bugajski, M., Masarczyk, W., Męcik-Kronenberg, T., Piegza, M., Pudlo, R., & Gorczyca, P. (2022). Analysis of Factors Influencing Polish Students' Opinions on Euthanasia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), 5019.
- van der Geest, S., & Satalkar, P. (2021). Autonomy and dying: Notes about decision-making and “completed life” euthanasia in the Netherlands. *Death studies*, *45*(8), 613-622.
- Van der Kaap-Deeder, J., Soenens, B., Van Petegem, S., Neyrinck, B., De Pauw, S., Raemdonck, E., & Vansteenkiste, M. (2020). Live well and die with inner peace: The importance of retrospective need-based experiences, ego integrity and despair for late adults' death attitudes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *91*, 104184.
- Van Wijngaarden, E., Leget, C., & Goossensen, A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. *Social science & medicine*, *138*, 257-264.

6. Anexos.

Apéndice A. Cuestionario

Esta investigación se está llevando a cabo como parte del trabajo de fin grado de un estudiante de último curso de Psicología de la Universidad de La Laguna.

Tiene el objetivo de conocer aquellos factores personales que influyen en la resolución de problemas y para ello, le pediremos que conteste una serie de preguntas y realice una tarea sencilla.

De antemano, le agradecemos su colaboración y le recordamos que toda la información que facilite será anónima y confidencial, por lo que le rogamos la mayor sinceridad posible en la realización del cuestionario.

Todo ello según los artículos 39 al 49 del Código Deontológico del Psicólogo referido a la obtención y uso de la información, la Ley de Protección de Datos en la Investigación (41/2002, de 14 de noviembre), la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº298 de 14 de diciembre) y el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

Edad: _____ Género:

- Hombre
- Mujer

Nivel escolar alcanzado:

- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Formación profesional
- Bachillerato
- Estudios universitarios

Religión:

- Creyente (de cualquier religión) y practicante
- Creyente (de cualquier religión) y no practicante
- Agnóstico
- Ateo o no creyente

A continuación, le presentaremos un grupo de palabras desordenadas y su tarea será combinarlas para formar una frase con sentido.

Existen varias respuestas correctas al combinar las palabras, pero solo es necesario que escriba la primera frase que le venga a la mente. Por ejemplo, si aparecen las palabras “calor, hace, hoy”, una frase que podría construirse sería "hoy hace calor".

- mucha, sabe, dignidad, perder, con, Pablo
- situación, ella, el, tiene, control, la, de
- bastante, dijo, lo, tiene, que, sentido
- ganar, mucho, libertad, costó, le, su
- posible, al, tomó, decisión, final, mejor, la
- tener, María, autonomía, mucha, mostró, siempre
- disfrutar, podemos, la, tranquilidad, de, finalmente
- fase, aceptación, ya, pasado, de, la, ha,

Condición 1
(*priming positivo*)

- marcó, el, su, padre, abandono, de, le
- tanta, nunca, yo, vergüenza, sentido, había
- erradicar, no, forma, culpa, de, hay, la
- su, cometió, examen, Pablo, error, en, un
- futuro, pensar, me, en, ansiedad, causa, mi
- egoísmo, un, actitud, muestra, su, gran
- caerse, mucho, sintió, al, dolor, ella
- miedo, arañas, me, mucho, producen, las

Condición 2
(*priming negativo*)

- se, mesa, escondió, la, bajo, Carla
- favorita, sé, aún, canción, no, su
- mi, encanta, le, hermano, a, baloncesto, el
- trabajo, tengo, que, lunes, el, entregar, el
- pierdo, viaje, en, casi, el, cartera, la
- árbol, nos, al, sentamos, lado, del
- río, demasiado, del, agua, fría, el, estaba
- su, recibió, premio, por, invento, un, él

Condición 3
(*priming neutro*)

A continuación, le presentaremos una serie de situaciones donde hay que tomar una decisión. Su tarea consiste en ponerse en la situación que le presentamos y responder a las preguntas con su primera reacción. Es decir, con lo primero que le venga a la mente.

Si tuviera una enfermedad terminal o estuviera en un estado grave e irreversible de deterioro, ¿con qué probabilidad tendría la eutanasia como una opción?

Con toda probabilidad

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Con ninguna probabilidad

- Si usted fuera el enfermo
- Si el enfermo fuera un familiar cercano a usted
- Si el enfermo fuera un familiar lejano a usted
- Si el enfermo fuera un amigo cercano a usted

¿Con qué grado de seguridad tomaría esta decisión?

Con toda probabilidad

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Con ninguna probabilidad

- Si usted fuera el enfermo
- Si el enfermo fuera un familiar cercano a usted
- Si el enfermo fuera un familiar lejano a usted
- Si el enfermo fuera un amigo cercano a usted

CUESTIONARIO APGAR

A continuación, deberá completar una serie de preguntas acerca de cómo valora su situación familiar actual. Entendiéndose por familia a las personas con las que conviva y/o se sienta vinculado.

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en familia?

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en familia?

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

5. ¿Siente que su familia le quiere?

- Casi nunca
- A veces
- Casi siempre

CUESTIONARIO TAD

A continuación, deberá completar una serie de preguntas acerca de cómo tolera el dolor.

1. ¿En qué medida está de acuerdo con la frase “Tolero bien el dolor físico”?
2. ¿En qué medida está de acuerdo con la frase “Tolero bien la incertidumbre y las preocupaciones”?

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Absolutamente de acuerdo | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| En total desacuerdo | | | | | | |

CUESTIONARIO AUTO

A continuación, le presentaremos una serie de frases que expresan características de la personalidad. Lea cada una de las siguientes frases y piense en qué medida se identifica con lo que dicen.

1. En general, cuando consigo lo que quiero, es porque me he esforzado por lograrlo
2. Cuando hago planes estoy casi seguro(a) de que conseguiré que lleguen a buen término
3. Prefiero los juegos que entrañan algo de suerte que los que sólo requieren habilidad
4. Si me lo propongo, puedo aprender casi cualquier cosa
5. Mis mayores logros se deben más que nada a mi trabajo arduo y a mi capacidad
6. Por lo general no establezco metas porque se me dificulta mucho hacer lo necesario para alcanzarlas
7. La competencia desalienta la excelencia
8. Las personas a menudo salen adelante por pura suerte
9. En cualquier tipo de examen o competencia me gusta comparar mis calificaciones con las de los demás
10. Pienso que no tiene sentido empeñarme en trabajar en algo que es demasiado difícil para mí

| | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|
| Absolutamente de acuerdo | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| En total desacuerdo | | | | | | |

CUESTIONARIO BMPN

A continuación, le presentaremos una serie de frases que expresan características de la personalidad. Lea cada una de las siguientes frases y piense en qué medida se identifica con lo que dicen.

1. Me siento unido(a) a las personas por las que me preocupo y se preocupan por mí
2. Tengo éxito realizando tareas y proyectos difíciles
3. Tengo libertad para hacer las cosas según mi criterio
4. Me siento cerca y vinculado(a) con las personas que son importantes para mí
5. Me enfrento a retos difíciles con desenvoltura
6. Mis elecciones expresan mi “auténtico” yo
7. Siento una gran proximidad con las personas con las que paso tiempo juntos
8. Me va bien, incluso en las cosas difíciles
9. Hago realmente lo que me interesa

Absolutamente de acuerdo

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|

En total desacuerdo

CUESTIONARIO ESE

Por último, le presentaremos, una vez más, una serie de frases que expresan características de la personalidad. Lea cada una de las siguientes frases y piense si corresponden o no consigo mismo(a).

1. Con frecuencia siento desespero cuando enfrento situaciones difíciles
 - VERDADERO
 - FALSO
2. Me siento fácilmente frustrado(a)
 - VERDADERO
 - FALSO
3. Me cuestiono mucho a mí mismo(a)
 - VERDADERO
 - FALSO

4. Con frecuencia me altero conmigo mismo(a)
- VERDADERO
 - FALSO
5. Me siento realmente molesto(a) si la gente no capta cómo me siento
- VERDADERO
 - FALSO
6. Con frecuencia parece que mis preocupaciones son más grandes que las de cualquier otra persona
- VERDADERO
 - FALSO
7. Con frecuencia pequeñas cosas bastan para ponerme de mal humor
- VERDADERO
 - FALSO
8. Cuando un proyecto en el que estoy trabajando arranca mal, con frecuencia lo veo como un mal presagio para el resto del proyecto
- VERDADERO
 - FALSO
9. Me resulta difícil ayudar a gente que está enfrentando situaciones estresantes, porque yo me estreso fácilmente también
- VERDADERO
 - FALSO
10. Cuando me siento triste y abatido(a), lo peor que puede pasarme es escuchar gente riéndose y divirtiéndose
- VERDADERO
 - FALSO
11. Con frecuencia tengo la sensación de que quiero abandonarlo todo
- VERDADERO
 - FALSO
12. A veces siento que nadie se preocupa por mí
- VERDADERO
 - FALSO

13. Con frecuencia me imagino el peor escenario posible para cualquier cosa que estoy por comenzar

- VERDADERO
- FALSO

14. Puedo controlar mis nervios fácilmente

- VERDADERO
- FALSO

15. Me enfurezco cuando las cosas no funcionan

- VERDADERO
- FALSO

16. Los cambios repentinos en mi vida con frecuencia me dejan absolutamente consternado(a)

- VERDADERO
- FALSO

17. La peor cosa que podría pasarme es sentirme como un(a) tonto(a)

- VERDADERO
- FALSO

18. Cuando empiezo a hablar con mis amigos acerca de sus problemas, inmediatamente comienzo a pensar en los míos propios

- VERDADERO
- FALSO

19. Con frecuencia me siento responsable por cómo otros se están sintiendo

- VERDADERO
- FALSO

20. Me pongo fácilmente ansioso(a) y estresado(a) cuando veo a algún familiar o amigo cercano enfrentando un problema y desearía no estar ahí

- VERDADERO
- FALSO

21. Me preocupo constantemente de no cometer errores en mi trabajo

- VERDADERO
- FALSO

22. Me molesto mucho cuando mis amigos no se presentan, tal como estaba planeado
- VERDADERO
 - FALSO
23. Pienso que la mejor manera de evitar problemas es no involucrarse con la vida personal de los otros
- VERDADERO
 - FALSO
24. Me gusta mantenerme alejado(a) de las reacciones emocionales de los otros
- VERDADERO
 - FALSO
25. Trato de mantenerme alejado(a) de las situaciones difíciles de otra gente para no involucrarme
- VERDADERO
 - FALSO
26. Con frecuencia pienso que mostrar mucha preocupación y lástima por otros puede resultar en involucrarme en cosas que no quiero
- VERDADERO
 - FALSO
27. Cuando estoy tratando de ayudar a otras personas, empiezo a preocuparme de que eso me vaya a llevar mucho tiempo
- VERDADERO
 - FALSO
28. Trato de no involucrarme emocionalmente con gente que está pasando por situaciones difíciles
- VERDADERO
 - FALSO
29. Me resulta fácil reconocer y entender los sentimientos de otros, pero no involucrarme con ellos
- VERDADERO
 - FALSO

30. Cada vez que ayudo a otra gente a enfrentar sus problemas, me preocupa involucrarme demasiado

VERDADERO

FALSO

31. Pienso que uno solo puede ayudar realmente a alguien, si no se involucra emocionalmente

VERDADERO

FALSO

32. Cada vez que veo a alguien cercano a mí teniendo algún problema, la primera cosa que viene a mi mente es lo afortunado(a) que soy de no estar en esa situación

VERDADERO

FALSO

33. Me resulta fácil reconocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor, incluso aunque traten de esconderlos

VERDADERO

FALSO

34. Me siento molesto(a) cuando otra gente está pasando por momentos difíciles

VERDADERO

FALSO

35. Me resulta fácil entender los sentimientos de otras personas

VERDADERO

FALSO

36. Cada vez que veo a alguien en problemas, siento que es mi responsabilidad ayudar y dar apoyo

VERDADERO

FALSO

37. Me siento molesto(a) cuando me doy cuenta que no puedo hacer nada para ayudar a otra gente que está teniendo problemas

VERDADERO

FALSO

38. Me siento más preocupado(a) que mucha gente por las personas injustamente tratadas

VERDADERO

FALSO

39. Es algo difícil para mí conocer los sentimientos y estados de ánimo de la gente a mi alrededor

VERDADERO

FALSO

40. Con frecuencia pienso en las maneras de ayudar a la gente en dificultad

VERDADERO

FALSO

41. Trataría de ayudar a alguien llorando en la calle

VERDADERO

FALSO

42. No trato de averiguar cómo la gente a mi alrededor se siente

VERDADERO

FALSO

43. Es fácil para mí entender los sentimientos de otros cuando ellos están estresados

VERDADERO

FALSO

44. Estaría dispuesto a participar en programas de ayuda para gente en situación de peligro, si hubiera algo que pudiera hacer

VERDADERO

FALSO

45. Con frecuencia me siento más preocupado(a) por los sentimientos y preocupaciones de otros que por los míos propios

VERDADERO

FALSO

Apéndice B. Tabla

Tabla 1B

Frecuencia léxica de las palabras utilizadas en el priming

| PALABRAS | Orden de frecuencia | Frecuencia absoluta | Frecuencia normalizada |
|-----------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| Dignidad | 2735 | 5,269 | 34.53 |
| Control | 506 | 25,219 | 165.30 |
| Sentido | 232 | 47,559 | 311.74 |
| Libertad | 422 | 29,119 | 190.87 |
| Decisión | 528 | 24,685 | 161.80 |
| Autonomía | 2216 | 6,606 | 43.30 |
| Tranquilidad | 3472 | 4,053 | 26.56 |
| Aceptación | 3520 | 4,000 | 26.21 |
| Abandono | 3754 | 3,765 | 24.67 |
| Vergüenza | 3489 | 4,039 | 26.47 |
| Culpa | 1682 | 8,580 | 56.24 |
| Error | 1483 | 9,616 | 63.03 |
| Ansiedad | 3500 | 4,027 | 26.39 |
| Egoísmo | 11723 | 963 | 6.31 |
| Dolor | 868 | 15,685 | 102.81 |
| Miedo | 743 | 18,049 | 118.30 |