

PARTE I

**MARCO
TEÓRICO**

CAPITULO 1

ANSIEDAD

1.1 Conceptos de ansiedad

La ansiedad se ha definido como una emoción normal que permite la adaptación a circunstancias amenazadoras y es considerada parte de la reacción de supervivencia de lucha de los hombres (Hernández 2005, citado por Villafaña 2011).

La ansiedad según Spielberger (1975), es una reacción desagradable frente a una tensión específica, siendo un estado emocional transitorio del organismo activado por estímulos externos e internos evaluados cognoscitivamente como algo amenazador del sistema nervioso autónomo, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Existen dos tipos de ansiedad según Spielberger y Díaz Guerrero (1975):

- **Ansiedad rasgo:** Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estable que cada persona tiene de acuerdo a sus experiencias y el cómo responden una situación determinada.
- **Ansiedad estado:** Es un estado emocional transitorio del humano que es caracterizado por sentimientos de tensión subjetivos, que son conscientemente percibidos por un aumento en la actividad del sistema nervioso en un momento determinado.

Siguiendo a Sandín y Chorot (citado por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas, 2008), la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta.

La ansiedad se define como un estado de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo; también como una reacción compleja frente a situaciones o estímulos actuales, potenciales o subjetivamente percibidos como peligrosos, aunque sólo sea por la circunstancia de parecer incierto. Para el manejo de este concepto en el contexto hospitalario, el individuo debe ser visto de manera global como un organismo de gran complejidad cognitiva a través de factores como el físico, psíquico, social y espiritual, que pudieran estar operando como mediadores o protectores de la ansiedad (Gordillo, Arana y Mestas, 2011).

1.2 Tipos de trastornos de ansiedad

De acuerdo al DSM-IV se puede diferenciar la angustia de la ansiedad, debido a que en la ansiedad se tiene un grado de intensidad en manifestaciones diferentes, como, cuando la ansiedad ocurre por una situación determinada es situacional (Dubin, 2000).

Los dos casos más comunes de problemas relacionados son las crisis de angustia y la agorafobia; una crisis de angustia es la aparición temporal de miedo o malestar intensos, acompañado de síntomas como, palpitaciones, sudoraciones, sensación de ahogo, sensación de atragantarse. Mientras que la agorafobia es la aparición de ansiedad al encontrarse en lugares y situaciones donde escapar puede resultar difícil o pueden aparecer síntomas de angustia (Peurifoy, 2000).

Los trastornos de ansiedad se contemplan como un grupo de trastornos dentro de la clasificación Internacional de Enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud (1995):

- Trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia: Se presenta cuando se encuentran las personas donde escapar puede resultar difícil.

- Fobia Social: La característica de este trastorno es el miedo persistente a situaciones sociales que resulten penosas, por lo cual son evitadas o el pensar en ellas, lo cual también genera angustia.
- Fobia Específica: Se presenta en una situación específica como su nombre lo dice y puede ser de tipo; animal, ambiental, situacional, tipo inyecciones, sangre, daño y de otros tipos, esto quiere decir a la presentación de otros estímulos.
- Trastorno Obsesivo Compulsivo: Se presenta en las personas realizan una actividad más tiempo de lo debido, produciendo así pérdidas de tiempo significativas.
- Trastorno De Estrés Postraumático: Se presenta después de haber vivido un acontecimiento que causo angustia.

La ansiedad puede incrementarse con un sentimiento de vergüenza. La ansiedad afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones. Siempre que se sospeche de un trastorno de ansiedad deben descartarse otras enfermedades médicas como las alteraciones de la tiroides, del oído, del cerebro, del corazón y de la respiración, principalmente. Se diagnóstica ansiedad generalizada cuando predominan una ansiedad o preocupación excesivas, persistentes y relacionadas con situaciones que se viven cotidianamente (Virgen, Lara, Morales, Villaseñor, 2005)

La agorafobia comúnmente acompaña a la ansiedad generalizada, se caracteriza por presentar una preocupación y temor intensos a encontrarse en lugar muy concurridos o en espacios abiertos. Al darse ésta situación la persona experimenta la mayor parte de los síntomas descritos anteriormente. Los temores agorafóbicos

típicos son: el uso de los transportes públicos, autobuses, metro tranvía, aviones, ascensores, almacenes, supermercados, entre otros lugares. Clínicamente se observan conductas de evitación a estos lugares y el aislamiento también es marcado. Se hace diagnóstico de crisis de pánico o de angustia cuando se presentan episodios de ansiedad intensa, desproporcionada o sin motivo aparente que duran relativamente poco tiempo y se acompañan de síntomas somáticos, es decir, se experimenta sensaciones desagradables o dolorosas en alguna parte del cuerpo, como palpitaciones u otro malestar físico.

1.3 Ansiedad y espiritualidad

El filósofo existencial Kierkegaard (citado por Dubin, 2000), menciona que la ansiedad es consecuencia de la libertad humana y que la persona al no tener esta libertad, al estar aprisionada es cuando voltea su punto de vista a la religión.

La Espiritualidad no se refiere a una determinada profesión de fe religiosa, y si a la relación trascendental del alma con la divinidad y al cambio que de ello resulta; o sea, la espiritualidad está relacionada a una actitud, a una acción interna, a una ampliación de la conciencia, a un contacto del individuo con sentimientos y pensamientos superiores, al fortalecimiento, al madurar, y al resultado que este contacto puede tener para la personalidad. La Espiritualidad también está relacionada a la vivencia del Amor Mayor, que es un sentimiento absoluto para el cual no hay límites, es un estado de plenitud que se manifiesta independientemente de las circunstancias, este es llamado así porque no está vinculado a los aspectos materiales de la existencia y si a las virtudes universales, que se manifiestan en la personalidad a través de la ampliación de la conciencia sobre el sentido y la razón de la vida (Araujo, Giglio y De Mattos, 2008).

La espiritualidad es una fuente de poder que los seres humanos poseemos y no es exclusivo de la religión, es parte del hombre y le ayuda a expresar sus sentimientos y resentimientos, puede crear un ambiente para pedir perdón y perdonar, lo que importa es tener algo para salir adelante. Ante la muerte la

espiritualidad toma toda su importancia, es como una fortaleza que ayuda a subsistir (Polo, 2004).

La ansiedad es una de las emociones más angustiosas que las personas sienten, algunas veces se habla de miedo o nerviosismo. La palabra ansiedad incluye varios problemas, incluye las fobias que son miedos a cosas o situaciones específicas, ataques de pánico, trastornos por estrés postraumático, trastornos obsesivo compulsivo y trastorno por ansiedad generaliza. También se utiliza el término ansiedad para describir periodos breves de nerviosismo o miedo que se experimenta que se manifiesta cuando se tiene cara a cara una experiencia difícil de la vida (Greenberger y Padesky, 2001)

La mayoría de las personas ansiosas, son conscientes de sus síntomas físicos, que incluyen, inquietudes, tensiones, sudoraciones. La ansiedad es parecida a la depresión ya que se experimentan en las cuatro áreas de la vida que son pensamientos, reacciones físicas, emociones y conductas (Tinajero, Gómez, Paredes, Elizondo, Solís, Sánchez, Encinas, Frezan, 2006).

Los pensamientos que caracterizan a la ansiedad son diferentes a los de la depresión, ya que cuando se tiene ansiedad se forman pensamientos de que se está en peligro o sentimientos de amenaza o de vulnerabilidad la amenaza o el peligro pueden ser físicos mentales o sociales. La percepción de la amenaza cambia en cada persona. Algunas personas debido a sus experiencias de vida se sentirán amenazadas muy fácilmente y muy a menudo se sienten nerviosas, otras personas se sienten seguras y con mayor sentido de seguridad, depende de la percepción de cada persona y el contexto en el que se haya desarrollado, la forma en la que pueda percibir al mundo en general (Polo, 2004)

1.4 Dolor y sufrimiento

El dolor es un mecanismo de defensa universal, que se expresa mediante una sensación desagradable por los cuales se detectan los estímulos internos o

externos, que tienden a provocar daño a las estructuras y funciones de los individuos. El dolor es necesario como un síntoma de que algo no está bien y de que se necesita pedir ayuda (Tinajero, 2006).

El dolor y el sufrimiento son procesos que curan, ya que arreglan cosas del interior del hombre y son fuentes de crecimiento y son necesarios para el fin último del hombre, que es la felicidad.

Estamos viviendo en una cultura en la que el dolor y el sufrimiento son rechazados, en donde se ama la comodidad, la ausencia de dolor y esfuerzo por sobre todas las cosas, evitando circunstancias que causan malestar, ya que en la actualidad la ciencia y la tecnología nos facilitan más medios para combatirlos, y así menos motivos para vivirlos. Debido a esta situación el hombre piensa no pasar por lo que forma parte natural de la vida y de la existencia, lo cual es imposible. Esta actitud nos hace más débiles y no elimina el dolor solo disminuye la capacidad del ser humano de poder aguantarlo y sobrellevarlo (Bernal, 2000).

Así pues se entiende que se suprime el dolor a la vez igual el de placer, dando como resultado un mundo fuera de la alegría, y por ende vivir una vida neutral, lo que no suena deseable para la humanidad. El dolor es un mecanismo de defensa universal que se expresa mediante una sensación desagradable, por esa razón se detectan estímulos internos o externos que tienden a provocar daño o lesión en las estructuras y funciones de cada persona, el dolor suele ser necesario como síntoma de alarma para darnos cuenta de que algo no anda bien y poder solucionarlo (Bayes, 2006).

Generalmente se habla de dolor como algo únicamente corporal, es integral, ya que afecta todas las esferas del ser humano el emocional, familiar, social y espiritual. Una característica del dolor es que es un proceso, ya que de este se aprende y suele ser una enseñanza en la vida, sin embargo el dolor en sí solo no enseña, se requiere de una actitud personal y de un cierto grado de conocimiento, para que el dolor se torne positivo, de lo contrario, sin esta manera de afrontarlo el

dolor suele ser negativa. Se puede decir que el dolor es objetivo y subjetivo, ya que en un primer momento el dolor suele ser del cuerpo, y en segundo término espiritual, pero de cada individuo si se toma como experiencia significativa o no (Tinajero, et. al, 2006).

El dolor es necesario ya que es el que nos hace ver cuánto hemos crecido y nos esforzamos por lo que queremos. El sufrimiento a diferencia del dolor es a nivel espiritual, el espíritu representa vivencias de distinto orden o nivel humano ya que es más profundo no se queda en lo corporal como el dolor, que tan solo es una modalidad del sufrimiento (Cartay, 2002).

El sufrimiento es subjetivo, personal, tiene relación con el pasado de la persona con sus vínculos afectivos, la cultura, roles y el conocer la causa del sufrimiento sería necesario preguntarle a cada persona. El sufrimiento y el dolor son procesos que curan, ya que arreglan cosas de cada persona y suelen ser fuentes de perfeccionamiento y crecimiento, son fenómenos necesarios, aceptados y orientados al fin último que es la felicidad (Araujo, et, al. 2008).

Hablar de la vida y existencia humana no solo implica el tomar en cuenta las situaciones positivas, sino que también hay cosas negativas que encierran dolor y sufrimiento, el descubrimiento del sentido de la vida, no sería total sino se tomaran en cuenta estos aspectos, sin embargo, el hombre actual pasa menos necesidades y tenciones que las personas antiguas, y la tolerancia a la frustración ha disminuido, el ser humano ha perdido el habito de renunciar por lo que cuando llega el dolor o ausencia de un ser querido se rechaza, se oculta o se reprime con antidepresivos, sedantes, pastillas, o se evita hablar de él (Gala, 2002).

Al rechazar el sufrimiento, el mundo moderno se priva de la alegría que es compatible con el dolor y que es ingrediente del esfuerzo, este rechazo a la vida y la alegría deshumaniza y tras la pérdida de un ser querido nubla el sentido de vida, es por ello que el dolor y el sufrimiento deben ser vistos como parte de la vida y buscar su sentido. El sufrimiento innecesario suele ser absurdo, pero el

sufrimiento necesario suele tener sentido. La muerte misma tiene un sentido, en cuanto se la da a la vida misma, si no existiera la muerte la vida no tendría un sentido. El ser humano pudiera aplazar las cosas indefinidamente ya que daría lo mismo hacerlo hoy o mañana, no habría compromiso para aprovechar el tiempo, ni llenar de sentido la existencia (Araujo, et. al, 2008).

Para superar el dolor que causa la pérdida de un ser querido, se debe encarar, y sufrirlo y no evitarlo se le tiene que dar un significado y así se puede ser feliz aun con dolor, y para darle sentido al dolor se debe aceptar la realidad y una vez realizado eso se debe de encontrar la razón por la que se sufre por la pérdida, se debe saber vivir para darle así un significado a la muerte (Dubin, 2000).

El sufrimiento y el duelo no tienen magnitudes específicas ni restricciones de tiempo. Cada individuo expresa su sufrimiento y su sentimiento de pérdida a su manera y a su debido tiempo. El sufrimiento previo a la muerte puede incluir las siguientes fases aunque no se viven específicamente en este orden, ya que se tiene una variación de acuerdo a cada individuo. El sufrimiento suele ser una expresión que incluye cada una de estas fases o estados en múltiples momentos, intensidades y órdenes (Tinajero, et. al, 2006).

- Fase 1. En esta etapa, el individuo se da cuenta de que la muerte es inevitable y de que no hay esperanzas de una cura posible. En general, esta primera etapa del sufrimiento se caracteriza por la tristeza y la depresión.
- Fase 2. La preocupación por la persona agonizante. Los miembros de la familia pueden arrepentirse de haber discutido o disciplinado al moribundo. La preocupación de un agonizante puede aumentar por él mismo y por su propio temor a la muerte, o debido a las emociones que expresan los seres queridos que lo rodean.

- Fase 3. Las preocupaciones características de esta etapa son el proceso físico de la muerte y de lo que puede ocurrir luego de ella. Como consecuencia del sufrimiento previo a la muerte, puede sucederse la despedida de los seres queridos y los preparativos para el funeral.
- Fase 4. En la última fase, los seres queridos pueden comenzar a imaginar cómo continuarán sus vidas sin la persona agonizante.

1.5 Diferencia entre ansiedad y estrés.

Una cuestión que se toma en cuenta es la conceptualización de la ansiedad y el estrés, que en ocasiones se entienden como conceptos prácticamente idénticos, mientras que, para otros, las diferencias son más importantes que las similitudes. Amigo, Fernández y Pérez (2003) diferencian ambos conceptos en términos de función más que en términos de dimensiones de respuesta. Así, defienden que la respuesta de estrés se referiría al conjunto de cambios que se observan en el organismo ante una sobre exigencia real del medio, mientras que la ansiedad se referiría al desorden psicofisiológico que se experimenta ante la anticipación de una situación amenazante, sea ésta más o menos probable. Otra de las diferencias apuntadas es que académicamente, los conceptos de ansiedad y estrés han constituido el punto de partida conceptual de dos disciplinas diferentes, la ansiedad es uno de los problemas fundamentales de la terapia de conducta, mientras que el estrés es el término de referencia en la psicología de la salud. Otro de los asuntos que se suele argumentar a favor de la diferenciación de ambos conceptos es que el estrés está más asociado con cansancio y agotamiento que la ansiedad.

Básicamente, se ha asumido que el estrés implica dos conceptos, el de estresor y el de respuesta de estrés (Sandín, 2001). El primero hace referencia a cualquier agente externo o interno que causa el estrés. La respuesta de estrés, se refiere a un mecanismo de activación fisiológica y de los procesos cognitivos que favorece

una mejor percepción y evaluación de las situaciones, búsqueda de soluciones y consecuente selección de las conductas adecuadas para hacer frente a la situación.

La ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta. Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Sin embargo, la ansiedad se torna en clínica en las siguientes situaciones: Cuando el estímulo presentado es inofensivo y con lleva una compleja respuesta de alerta. Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, supera lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten. Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales (Cartay, 2002).

Existe la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, la primera es cuando sabemos que una cierta cantidad de ansiedad normal es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz. Existe además una relación simétrica entre nivel de ansiedad y rendimiento. Un déficit de ansiedad conlleva una eficacia de acción baja, mientras que una ansiedad óptima ante determinados problemas propicia el aumento, de forma deseable, de la ejecución o eficacia. Sin embargo, la ansiedad excesiva o clínica actúa interfiriendo el rendimiento en todos los ámbitos del ser humano (Amigo, et. al, 2003).

La ansiedad clínica tiene varios conceptos relacionados como el miedo y las fobias. Se tratarían de reacciones equivalentes, pero en el primer caso se produciría ante una situación de amenaza real mientras que en el segundo serían ante un peligro no real o exagerado (Gonzales, 2001).

Las reacciones de ansiedad y depresión que alcanzan niveles demasiado intensos o que se mantienen en el tiempo, podrían producir cambios en la conducta, de

manera que se olvidan los hábitos saludables y se desarrollan conductas inadecuadas que pondrían en peligro la salud (Tinajero, 2006). Estas reacciones emocionales mantienen niveles de activación fisiológica intensos, que podrían deteriorar la salud si se tornan crónicos.

CAPITULO 2

MUERTE

2.1 Conceptos de muerte

Para la cultura occidental la muerte es el fin inminente natural, mecánico y deshumanizado, posteriormente Platón y después Santo Tomas (citados por Gonzales 2001) dieron variadas definiciones al hecho de la muerte tales como: el comienzo o principio de otra vida, el paso del alma o la mente a otra dimensión, la muerte no se vive se experimenta.

Así mismo Rahner (citado por Gonzales, 2001), concibe a la muerte como el fin de la vida. Mientras que Heidegger, afirma que el hombre es una posibilidad siempre abierta, ya que el ser humano no solo tiene ser, sino tiene que ser, entendida como tiene que existir y también dejar de hacerlo.

La concepción de la muerte como el fin de la vida o como el tránsito hacia una vida posterior, actúa como condicionante en los comportamientos y en las actitudes de los individuos y de las sociedades, generando un impacto que es determinado básicamente por cada cultura (Alvarado, Templer, Bresler y Thomas-Dobson, 1995, citado por Uribe, Valderrama, Durán, Galeano, Gamboa, López, 2008).

Para Papalia, Wendkos y Duskil (2010), la muerte es un acontecimiento biológico, que se acompaña de más componentes como el aspecto social, cultural, medico, ético, psicológico, que están relacionados muy estrechamente.

En la época moderna la muerte es considerada una no vida que no está dentro de la normalidad de la nueva sociedad y que por lo tanto es considerada como un objeto perturbador y accidental que destruye lo biológico y lo social.

2.2 Muerte por enfermedad médica

La enfermedad se refiere a una manifestación con signos y síntomas característicos, y se define como el fracaso del organismo para adaptarse física, social y mentalmente a las condiciones de la sociedad (Tinajero 2006).

A través de la historia el hombre le ha dado deferentes conceptos a las enfermedades, anteriormente se les conocía como maldiciones, a las enfermedades de trasmisión como pecados y actualmente son amenazas que deterioran a la salud.

La relación entre medicina y muerte ha sido significativa pero diferente en cada época, ya que antes se le respetaba y se aceptaban las condiciones de esta hasta ahora que se trata de evitarla por completo al grado de alejar a los niños por completo para evitarles un sufrimiento, pero más bien se les aleja por los miedos de la persona por afrontarla, no es un hecho a normal, como seres humanos la condición de mortalidad está latente, pero se prefiere evitar por incomodidad

Muchas enfermedades crónicas degenerativas llevan a un estadio terminal que fatalmente avanzan hacia la muerte. El cáncer es una de ellas, como también lo son el SIDA, las enfermedades neurológicas. Una gran cantidad de seres humanos mueren al final de un penoso período de una enfermedad crónica, que lleva al deterioro funcional del organismo (Polo, 2004)

2.2.1 Insuficiencia renal

Los riñones realizan varias funciones en el organismo: filtran la sangre y eliminan productos de desecho del metabolismo así como sustancias endógenas y exógenas, mantienen el balance hidroelectrolítico, regulan el equilibrio ácido base. La IRC es un proceso físico patológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente

requiere terapia de reemplazo renal (TRR), es decir diálisis o trasplante para poder vivir. Los pacientes con insuficiencia renal crónica tienen un mayor riesgo de morir y padecer enfermedades cardiovasculares que la población general (Venado, Moreno, Rodríguez y López, 2009).

Diálisis Peritoneal

El sistema de diálisis peritoneal consta de una bolsa que contiene el líquido de diálisis, conectada a un catéter a través del cual se introduce el líquido a la cavidad abdominal. Dentro del abdomen se lleva a cabo la diálisis en la membrana peritoneal y posteriormente el líquido con los desechos drena a una bolsa de salida. El peritoneo es la membrana serosa más grande del cuerpo, con un área de 1 a 2 m en los adultos y está abundantemente vascularizado. La difusión líquido a través del peritoneo ocurre mediante un sistema de poros en los capilares peritoneales, los cuales proporcionan un área de intercambio extensa (Venado, et. al., 2009).

La insuficiencia renal aguda se diagnostica aproximadamente en 5% de los pacientes hospitalizados. Sus principales causas se relacionan con la alteración del flujo sanguíneo renal, sea por depleción de volumen, baja perfusión renal o por distribución intrarenal inadecuada y obstrucción del árbol urinario. El diagnóstico parte de la historia clínica y un buen examen físico que corrobore el estado de volemia del paciente y se complementa con el uso adecuado de los índices urinarios, el uro análisis y la ecografía renal. Su tratamiento consiste en una adecuada recuperación del volumen, manejo de los diuréticos, soporte nutricional, conservación del equilibrio hidroelectrolítico y brindar terapia de diálisis si hay toxicidad urémica, hipercalcemia severa acidosis metabólica o sobrecarga severa de volumen (Hernán, 2001).

2.2.2. Virus de inmunodeficiencia humana

Actualmente el sida es un problema de la salud como económico y social ya que ha habido bastantes pérdidas humanas y como el virus del sida es un virus de mutación no se ha podido encontrar una vacuna que ayude a contrarrestar el virus, a pesar de tener amplios conocimientos de ella. También se considera que tiene alto impacto en recurso financiero y de recurso humano ya que se ha invertido bastante en tratar de encontrar una solución para prevenir y controlar la propagación de esta enfermedad (Álvarez, 2002).

El sida es una falla inmunológica del cuerpo, ya que este se deteriora y abre puerta a enfermedades muy fuertes, se transporta vía sangre o semen y se adquiere de personas homosexuales, bisexuales y heterosexuales que tiene más de una pareja (Tinajero 2006).

Es así que el sida está relacionada con la inmunidad de las personas y al existir una inmunodeficiencia significativa aparecen ciertos signos y síntomas que en conjunto de llaman síndrome, así el virus puede permanecer en el cuerpo por largos periodos sin detectarse y aparecer cuando las condiciones del cuerpo son adecuadas (Potter y Perry, 2000).

Para la detección del virus es necesario realizarse una prueba llamada ELISA que consiste en buscar anticuerpos que el mismo cuerpo produce para combatir el VIH y si resulta positiva se realiza otra prueba para confirmar el resultado, llamada Western Blot (Tinajero, 2006).

Cuando el virus es detectado en el cuerpo, a la persona portadora se le conoce como seropositiva lo que significa que se está en contacto con el VIH, y que por lo tanto puede transmitirlo a otra persona, por ellos se le recomiendan ciertas precauciones para evitar contagiar a otras personas y para que el virus no evolucione convirtiéndose en sida (Durham y Cohen, 2001).

A medida de que el sistema inmunológico va deteriorándose se presentan las manifestaciones de la enfermedad que cada individuo puede presentar de distintas formas pero que básicamente son:

- Fiebres
- Diarreas que duran más de un mes.
- Fatiga inexplicable
- Falta de energía
- Sudores nocturnos
- Pérdida de peso
- Se acorta la respiración
- Disminución de glóbulos rojos
- Infecciones de los pulmones
- Erupciones de la piel
- Inflamación pélvica y
- Pérdida de memoria de corto plazo.

En medida de cómo se adapte el sujeto a la enfermedad depende de diversos factores como lo son; los derivados de la sociedad los derivados de la enfermedad y los del propio paciente, el apoyo emocional, cuidado médico y hábitos saludables que van desde una buena alimentación, el hacer ejercicio, evitar alcohol y drogas, no fumar y si tiene contacto sexual sea lo más precavido y use protección (Álvarez, 2002).

Cuando el sistema inmunológico puede realizar sus funciones se dice que la persona tiene inmunodeficiencia, virus del VIH, ataca precisamente a las células que se encargan de producir más células, asíéndolas que produzcan más virus al mismo tiempo que las va exterminando. Así se dice que es un virus adquirido ya que no es hereditario, y desde que se integra al organismo va descomponiéndolo,

aunque se mantiene latente para a aparecer cuando el organismo se encuentra más vulnerable (Instituto Mexicano de Tanatología, 2006).

En el año de 1981 se encontró que 5 varones homosexuales tenían una rara enfermedad, lo cual se tomó como la primera aparición del virus del Sida, pero este virus ya mostraba su existencia hacia mediados y fines de los 70'. Desde 1982 el centro de control de enfermedades de Atlanta Georgia ya definían el síndrome como, una enfermedad que presenta una deficiencia básica de la inmunidad celular cuya causa se desconoce (Álvarez, 2002).

La epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sida, ha experimentado numerosos cambios en sus casi 25 años de evolución (Blanch, 2001). Los problemas a los que se enfrenta una persona infectada por VIH/Sida han cambiado bastante en los últimos tiempos. Anteriormente, los principales esfuerzos se empleaban en aumentar el tiempo de vida antes de llegar a la fase terminal de la enfermedad; hoy en día, gracias principalmente a los nuevos tratamientos, cada vez son más los pacientes que retrasan indefinidamente su entrada en esa fase, por lo que ahora se pretende mejorar su calidad de vida. Esta calidad de vida se ve afectada por múltiples factores, entre los que destacan los siguientes: Factores clínicos, Factores psicológicos y Factores sociales.

Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2006), menciona existen cuatro fases del VIH, las cuales son:

- Fase de infección aguda, es cuando entra el virus al organismo y crea anticuerpos específicos.
- Fase de infección asintomática, es la que surge después de la seroconversión, hasta la aparición de los primeros síntomas.
- Fase de linfadenopatía generalizada persistente, es cuando se presenta la hinchazón de los ganglios linfáticos (órganos en forma de frijol que se

encuentran debajo de la axila, en la ingle, en el cuello, en el pecho y en el abdomen, y que actúan como filtros del líquido linfático a medida que este circula por el cuerpo). La linfadenopatía puede producirse en una sola zona del cuerpo, como por ejemplo, el cuello, o puede ser generalizada, es decir, se incrementa el tamaño de los ganglios linfáticos en diversas zonas. Los ganglios linfáticos cervicales, que se encuentran en el cuello, son el lugar más frecuente de linfadenopatía.

- Fase de sida: existe presencia de enfermedades sistémicas, como síndrome de desgaste, y puede en esta etapa llegar la persona hasta la muerte.

Para Polo (2004), las formas de transmisión más comunes del sida son la transmisión sexual, todo tipo de contacto sexual, transmisión sanguínea, transmisión perinatal, transmisión de inyecciones intravenosas, trasplante de órganos.

2.2.3 Cáncer

El cáncer es una anomalía de las células a través de las células hijas que se manifiestan por la reducción de control de funcionamiento y crecimiento celular que presentan situaciones adversas en el funcionamiento, la incidencia de cáncer tiene que ver con factores de riesgo como, tabaquismo, exposición a tóxicos, radiaciones, infecciones, uso de medicamentos (Instituto Mexicano de Tanatología, 2006).

Tener una enfermedad como el cáncer se deriva de varios factores tales como; el tabaquismo, exposiciones a tóxicos ambientales y ocupacionales, radiaciones, infecciones, uso de medicamentos y la nutrición.

Cano (2005), menciona que desde el punto de vista clínico el cáncer es un término genérico de múltiples enfermedades con capacidad de destruir tejidos sanos con los que interacciona por lo que no existe una manifestación patológica del

cáncer si no que está relacionado más con tumores o enfermedades metastásicas o efectos de las secreciones de los tumores.

Existen dos tipos de tumores los benignos y malignos, estos últimos son conocidos porque invaden y destruyen tejidos y órganos lo que provoca un mal funcionamiento de dichos tejidos y órganos causando así la muerte (Domínguez y Octaviano, 2009).

Para Tinajero (2006), se le llama cáncer a todo proceso que involucre cuatro características que son:

- El aumento de números de células
- Acumulación de forma de masas
- Anomalías en la anatomía fisiológica celular y
- Un metabolismo incompatible con la vida del portador.

Para la mayoría de las personas hablar de cáncer significa hacer referencia a graves enfermedades (por lo general muy agresivas, o que pueden generar importantes disfunciones), así como a tratamientos invasivos, o incluso a la muerte. El diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo. Como todo suceso estresante, el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén. La valoración del suceso como una pérdida importante tenderá a producir una reacción de tristeza, que puede desencadenar en depresión. Ambas reacciones emocionales pueden llegar a

desembocar en sendas patologías, como un trastorno de ansiedad y un trastorno del estado de ánimo (Cano, 2005).

El cáncer puede desarrollarse debido a causas extrínsecas o intrínsecas al cuerpo, como las exposiciones a químicos e insecticidas muy prolongado, dentro de los factores intrínsecos esta la obesidad infecciones como hepatitis, etc. el vencer al cáncer depende de cómo sea prontamente detectado, y se puede combatir con cinco formas primordiales, que son, cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal.

2.3 Actitudes ante la muerte

Los factores que influyen en tener o tomar una actitud ante la muerte misma o de otra persona son; la cultura, la religión, la edad y la experiencia personal (González, 2001).

En nuestra cultura, la muerte es una cuestión difícil de aceptar, para la familia, amigos, cuando una persona se convierte en enfermo terminal las personas que lo rodean toman conciencia de su mortalidad como ser humano. Los sentimientos de culpa, enojo, ansiedad, que presenta el paciente al principio de saber su estado terminal, hacen que las personas que lo rodean se alejen de su lado. La manera en cómo se enfrenta a la muerte depende de cada persona, de sus actitudes ante la muerte, su sistema de valores y la fuerza emocional con que llegan a la muerte (Potter y Perry, 2000).

La actitud ante la muerte en épocas pasadas es familiar, indiferente, y se acepta sin drama y sin manifestaciones de emoción excesiva. Pero ahora en la modernidad, se considera a la muerte invertida, iniciada desde el siglo XVIII, la muerte es sentida, pero se torna innombrable, se oculta y adquiere un nuevo

sentido. El lugar de la muerte va desplazándose lentamente desde la casa al hospital, para convertirse en un fenómeno sistemático y en un proceso especializado. Los cementerios son trasladados a las afueras de la ciudad. Las ceremonias funerarias y las manifestaciones del luto se hacen discretas. Para el modernismo contribuyó a eliminar o a simplificar muchas prácticas funerarias y a profesionalizar los ritos (Cartay, 2002).

En el proceso de una enfermedad que en si misma implica la posibilidad de muerte, tanto el paciente como la familia necesita contar con apoyo, para que poco a poco se inserten en el auto apoyo y afronten su nueva realidad (Polo, 2004).

2.3.1 Actitud ante la muerte del niño

La niñez es el período que se extiende entre los 10 y los 14 años de edad. Es en esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico. El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

Pocas veces se deja a los niños frente a una situación de muerte como de un funeral, para evitarles sufrir una pérdida, y en muchos de los casos es debido a los temores del adulto, por ejemplo cuando un niño pierde un objeto, se le consigue otro para que no sufra la pérdida, con un ser querido ya no es posible y es ahí cuando ven la realidad que no les dejan ver (Polo, 2004).

La educación ha sido uno de los principales componentes de conciencia acerca de la muerte, y el tomar conocimiento de ella hizo que los individuos reconocieran su propia mortalidad a esto se le puede designar como un despertar sobre una educación de la muerte (Coless, Germino y Pittman, 2005).

El tener un criterio amplio y crear un ambiente donde no se evite el hablar de situaciones incómodas como la muerte, logra concientizar al niño de lo universal e irremediable de la situación ayudándolo así a ser más consciente de la muerte, aunque su idea sobre ella no sea como la de un adulto (Tinajero, et. al, 2006).

Los niños son aprendices de las costumbres y comportamientos de los adultos, así que crecen en una sociedad donde se aprende de esta, así como lo menciona Bandura (1986, citado en Coless, Germino y Pittman, 2005) en su teoría del aprendizaje social, los niños se van moldeando y lo que es más significativo para moldearlos es el transmitir valores, creencias, actitudes, patrones.

Entre los cinco y seis años de edad los adquieren una conciencia de la muerte y la describen como un largo viaje, otros lo relacionan más con rituales o ceremonias religiosas, pero aún no se tiene una conciencia más profunda del concepto y no la toman más allá de un juego.

2.3.2 Actitud ante la muerte del joven

La adolescencia abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 15 y los 26 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendiente disminuye en la medida en que los adolescentes adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones. La imprudencia decae durante la adolescencia, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase para prolongarse durante la adolescencia e incluso en la edad adulta. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol. En la adolescencia, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina (Papalia, et, al, 2010).

El joven concibe a la muerte unificándolo con su proceso de realización, lo cual le ayuda a tener un sentido más correcto de su libertad y su responsabilidad, aunque también le genera una actitud de desafío ante la muerte por lo cual realiza actividades que lo ponen en peligro (Tinajero, et. al, 2006).

El tema de la muerte, el proceso de morir y los muertos están presentes en todas las culturas, expresados sobre todo, a modo de miedo o temor y observados en rituales funerarios, no sólo actuales, sino también antiguos e incluso prehistóricos (Nazaretyan, 2005).

Gala (2002), mencionan que anteriormente las personas tenían una actitud más realista de la muerte, donde ante la posible llegada de la misma, las personas se preparaban para resolver asuntos personales, sociales y religiosos.

Sin embargo, en las últimas décadas la muerte es vista como algo amenazador y extraño, rodeada de grandes temores y apartada del lenguaje cotidiano, y en el caso en que la persona está cercana a la muerte, no se habla de lo que está sucediendo, se originan comportamientos de evasión y la muerte se convierte en algo silencioso. Lo anterior lleva a que se generen respuestas emocionales en el joven de temor, ansiedad y preocupación; se observa que en las personas pueden surgir actitudes con respecto a la muerte que pueden ir desde un afrontamiento de la realidad de forma racional, lo cual sería la opción más saludable, o presentar una angustia hacia la muerte, donde el solo hecho de imaginarla ya se convierte en un problema, llevando a actitudes de negación y evitación (Aranguren, 1987 citado por Gala, 2002).

De esta manera, la intensidad y propósito de las actitudes hacia la muerte varía según se trate de la muerte propia o ajena, y depende igualmente de la historia personal y cultural, de los estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios (Uribe, 2007).

La muerte y el morir se encuentran bajo una gama de temores específicos ante la amenaza por la supervivencia. El joven tiene miedo a la muerte y, al mismo tiempo, este temor provoca respuestas diferenciales que vienen influidas por diversos factores demográficos, psicosociales y situacionales que definen la muerte como un hecho multidimensional, diverso y muy complejo (Uribe, Valderrama, Durán, Galeano, Gamboa, López, 2008).

Lo que produce temor a la mayoría de los jóvenes no es el hecho de la muerte en sí, sino los impredecibles acontecimientos que a veces pueden precederla (Bayés, 2001).

Al respecto, los resultados de algunas investigaciones (Bayés, Limonero, Buendía, Burón y Enríquez, 1999) ponen de manifiesto que lo que genera mayor ansiedad es el propio proceso de morir y no la muerte.

En este sentido, la ansiedad puede ser un fenómeno que lleve a movilizar al joven frente a situaciones de amenaza, riesgo o preocupación, con el fin de adaptarse a la situación que esté viviendo, sin embargo es importante entender que solo bajo condiciones normales mejora la adaptación, el rendimiento laboral, social o académico; sin embargo, al sobre pasar ciertos límites puede ser un grave problema de salud (Uribe, et. al, 2008).

2.3.3 Actitud ante la muerte del adulto

La fase de entrada en la vida adulta la cual abarca aproximadamente de los 45 a los 65 años de edad. Este es un periodo de relativa calma y estabilidad para la mayoría de individuos que ha salido de la etapa anterior. A veces se caracteriza por cambios de carrera, empiezan a practicar nuevos deportes o pasatiempos y así por el estilo. Las personas que están contentas consigo misma tras la transición de la mediana edad, a menudo descubren que este periodo es uno de los más productivos y generativos de su vida. Las metas inalcanzables de la adultez temprana son sustituidas por metas más realísticas. Esta edad

generalmente lleva a las personas a ser más felices y mejores persona. Generalmente para los individuos es un momento para reevaluar objetivos y el estilo de vida elegido durante los 40. Para terminar con las etapas, se encuentra la última edad la cual se llama la culminación de la vida adulta media la cual se extiende de los 55 a los 65 años de edad (Papalia, et. al, 2010).

El envejecimiento según Pérez (2006), es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible. Según la teoría de Ericsson (1963), todos los seres humanos en las diversas etapas del ciclo vital atravesamos por una serie de crisis que permiten o no superar los cambios que se presenten en cada una de ellas, pero específicamente en la adultez mayor la crisis se relaciona con la evaluación que hace la persona de su vida, en donde por un lado, puede aceptarla manera como ha vivido, se muestra interesado por encontrar motivaciones y lograr un sentido de integridad, desarrollando lo que se denomina como sabiduría, que le permite tener una mayor aceptación de su muerte. En el caso contrario el adulto mayor puede desarrollar la Desesperanza en donde no acepta la realidad inevitable de los cambios y la muerte, siente que el tiempo y las oportunidades en su vida se han agotado, generando sentimientos de amargura y desesperación por el tiempo perdido, lo cual les dificulta sobre pasar los cambios propios de esta etapa de desarrollo.

El adulto mayor posee cierto nivel de sabiduría producto de los años y experiencias vividas en diferentes momentos históricos y ambiente social y deseos de mantener su propia independencia mientras le sea posible. Las personas acumulan un caudal de experiencias, condiciones de salud y aptitudes. Por tales razones, el comportamiento y los niveles de funcionamiento son diferentes aún entre personas de la misma edad. Si bien la gran mayoría de las personas de 60 o más años se mantienen activas y saludables, hay algunas, que tienen condiciones emocionales tales como: depresión, miedos intensos, ansiedad, coraje persistente, frustración y soledad; otras padecen problemas ocasionales que las agobian, como la pena y la depresión causadas por la muerte de seres queridos y el

padecimiento de limitaciones físicas o enfermedades. Estas circunstancias o la combinación de ellas, afectan la independencia, la imagen propia y el sentido de respeto y confianza en sí mismo (Cortiñas, et. al, 2005).

De esta manera, la llegada a la adultez mayor pone a la persona ante un sin número de cambios y pérdidas que repercuten de una u otra manera en la calidad de vida, su estabilidad emocional, y trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca. En la cultura occidental se evade con mayor frecuencia la temática, debido a que es considerada un tabú y se asocia el miedo a lo desconocido, al dolor y el sufrimiento, generando una negación permanente y colectiva (Vilches, citado por, Rodríguez, Orbegozo, López, 2007).

Los adultos mayores perciben una mayor proximidad con la muerte, que los lleva a apropiarse de su llegada y a concebirla como algo inminente, lo cual es el resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, sociales y psicológicas durante su ciclo vital (Barraza y Uranga, citado por Viguera, 2005). En general se puede decir que las personas, sea cual sea su edad, desconocen las condiciones en que la muerte llegará a sus vidas. Sin embargo, la incertidumbre y el temor al no saber el lugar, la edad, el momento y, sobre todo, la forma en que van a morir, genera en los seres humanos un sin número de sensaciones.

Es posible decir, que la construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediada por diversos factores, entre ellos está el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes; todo ello influenciado por la cultura, los conceptos más comunes en relación al tema de la muerte, se encuentra que es un hecho biológico por el que atraviesa todo ser humano, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la realización de la voluntad de Dios, entre otros (Viguera, 2005).

2.4 El ser humano frente a la muerte

El tener miedo a la muerte es un problema que se ha dado desde tiempos antiguos, no obstante la medicina trata de generar una esperanza de lograr extender la vida por más tiempo con base a los avances médicos y tratamientos para lograr prolongar la vida y llevarla mejor posible, pero es inminente pensar en la existencia del ser humano y su temporalidad, aunque esto le provoque sentimientos de limitaciones y dolor inminente (Polo, 2004).

A pesar de que la enfermedad y la muerte constituyen reales posibilidades de la existencia humana, con frecuencia se elude hablar del tema. Las costumbres sociales contemporáneas facilitan mucho esta actitud evasiva; pero no siempre ha sido así, la actitud del hombre ante la muerte ha ido cambiando a lo largo de la historia (Gómez Sancho, citado por Grau, Llantá, Massip, Margarita, Reyes, Infante, Romero, Barroso, Morales, 2008).

Actualmente se tiende a ingresar a los enfermos en hospitales y sanatorios, retirándolos de la vida pública. Inclusive en estos lugares se trata de que la enfermedad y la muerte permanezcan en secreto. En caso de que fallezca alguien, los demás enfermos por lo general no se enteran directamente, más bien se susurra; a la muerte no le está permitido mostrarse. Con frecuencia se trata de que el enfermo, poco antes de su fallecimiento, abandone el hospital; incluyendo al propio moribundo, a quien se le enmascara la muerte. En acto quizás piadoso, pero ya inútil, el médico con frecuencia le administra por primera vez morfina, no sólo para aliviar su dolor, sino para sedar al paciente y que no sea consciente de su propia muerte (Gómez, 1998).

Estos proceder y actitudes pueden ser psicológicamente peligrosos, pues pretenden desterrar de manera manifiesta la enfermedad y la muerte de la existencia cotidiana del ser humano, se convierten en eventos que pueden ocurrir sin que las personas estén preparadas para ello. Se pierde la posibilidad de la

elaboración y re significación de la experiencia vivida, de redimensionar el pasado y relativizar la existencia, de experimentar incluso profundos cambios enriquecedores (Bayés, 2006).

CAPITULO 3

EL ENFERMO TERMINAL

3.1 Conceptos de enfermo terminal

El enfermo terminal es aquel al que se le predice la muerte a corto plazo debido a que su enfermedad no pudo ser curada a pesar de haber recibido un tratamiento adecuado y para lo cual se cambia el tratamiento de curativa a paliativa (Tinajero, 2006).

Para Araujo, Giglio y Mattos (2008), entre los síntomas que presenta un enfermo terminal se encuentran los siguientes:

- Anorexia
- Boca seca o dolorosa
- Calambres musculares
- Diarrea
- Disnea
- Espasmo
- Estreñimiento
- Náuseas y vomito
- Hipertensión
- Fiebre tumoral

Para la sociedad un paciente en estado terminal se relaciona con moribundos de cáncer, enfermos de sida, pero sin embargo se considera pertinente establecer las características de un paciente en estado terminal de acuerdo con la sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable

- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos múltiples, Multifactores y cambiantes
- Gran impacto emocional en el paciente y familiares
- Pérdida de autonomía del paciente
- Expectativa de vida menor a 6 meses

Un paciente en estado terminal se identifica cuando la muerte se acepta como un evento inevitable y próximo y su proceso se delimita a aliviar y no curar el problema (Fronnegra, 2001). Además se considera que no es un paciente en estado terminal aquel que se encuentra en situación grave con riesgo de muerte por causas naturales curable y que tampoco se considere como enfermo terminal aquella persona que con una enfermedad incurable y de pronóstico fatal tiene una esperanza de vida razonable superior a seis meses, ni tampoco a personas en estado de coma que tengan posible recuperación.

El enfermo terminal es aquella persona que padece una enfermedad potencialmente incurable por lo cual ha de morir en un tiempo relativamente corto (González, 2001).

3.2 Conceptos de enfermedad terminal

Un estado terminal se define como una situación de muerte inminente e inevitable en el que las medidas de soporte vital solo pueden conseguir un leve aplazamiento al momento de la muerte, esta situación es diferente de la crisis de especial gravedad que pueden producirse en el curso de enfermedad grave. A veces identificar la situación terminal es relativamente fácil y los procesos incurables pero puede ser prácticamente imposibles cuyo pronóstico es necesariamente mortal (Kubler, 2003).

Para la doctora Teresa Pineda una enfermedad crónica es aquella que presenta una patología por un tiempo prolongado de más de seis meses y deteriora el

funcionamiento orgánico pero de alguna forma no es la que ocasiona la muerte de manera directa, pero considera a la enfermedad terminal como la causante de la muerte de manera directa (Polo, 2004).

La salud se define como, un equilibrio entre lo físico, psicológico y social, realizando un cambio de energías que mantienen este equilibrio, mientras que la enfermedad es definida como un fracaso del organismo para adaptarse a las condiciones del ambiente contemporáneo (Tinajero, 2006).

Así mismo el Instituto Mexiquense de Tanatología hace una diferencia entre lo que es una enfermedad crónica, terminal y aguda; definiendo a la enfermedad aguda como aquella que se inicia generalmente de forma brusca en un periodo menor a 3 meses y el tratamiento suele ser prolongado por lo regular mayor a 3 meses se da en unos cuantos minutos y tiende a curarse, o no.

La enfermedad crónica, tiene un inicio pérfido, su curso es de igual forma y su duración es mayor a tres meses, con tratamientos de igual duración y los síntomas tienden a ir incrementando, el deterioro es progresivo y se puede llegar a la muerte.

Una enfermedad terminal, es la que resulta de la crónica ya que a pesar del tratamiento a progresado y continua con el deterioro poco a poco hasta llegar al fin último de la muerte.

Para Tinajero (2006), las características de una enfermedad terminal son:

- La presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico
- Presencia de síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes
- Gran impacto en el paciente, familia y equipo terapéutico
- Pronóstico de vida menor a los seis meses.

3.3 Cuidados paliativos

La OMS la define como una atención activa al paciente con una enfermedad que no es propensa de curación que en un corto plazo va a morir, enfocándose a sus necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales y a las de la familia disminuyendo los síntomas de sufrimiento (Gonzales, 2001).

Los objetivos de los cuidados paliativos según Tinajero (2006), son:

- Aliviar el dolor y otros síntomas
- No alargar ni acortar la vida
- Dar apoyo psicológico, social y espiritual
- Reafirmar la importancia de la vida
- Considerar a la muerte como algo normal
- Proporcionar sistemas de apoyo para que la viuda sea lo más activa posible
- Dar apoyo familiar durante la enfermedad y el duelo.

El ser humano desde que nace ya está envejeciendo y en algún momento tiene que enfermarse y necesitar cuidados paliativos, esto significa, consolar antes que curar, haciendo una reflexión, ética, moral y humana, al tratar de no prolongar el sufrimiento si no de brindar al enfermo una muerte digna con calidad de vida útil, para sí mismo y sus familiares (Polo, 2004).

En la actualidad, ya no es aceptable el uso y abuso de medidas terapéuticas inútiles que solo prolongan el sufrimiento y la agonía del enfermo terminal. En muchos países se remplaza el abandono médico y aislamiento emocional del moribundo por un cuidado, activo, científico y personalizado a la vez, que abarca no solo el área del bienestar físico del que va a morir, sino también aspectos emocionales, sociales y espirituales de ellos y sus familias. Para Blanck (2001) el contexto del paciente con enfermedad terminal, debe de tener una atención multiprofesional e interdisciplinario, con el objetivo de aliviar el sufrimiento y lograr

una mejora en la calidad de vida del enfermo terminal, logrando el bienestar, físico, psicológico y ocupacional.

El propósito de los cuidados paliativos es promover apoyo y atención a las personas en las últimas fases de la enfermedad de modo que puedan vivir más plenamente y comfortable como les sea posible. Existe la creencia de que con este tipo de cuidados se puede mejorar el proceso del enfermo y sus familiares (organización nacional de hospicios, 1979, citado por Gonzales, 2001)

3.4 Procesos de duelo

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe (Meza, García, Gómez, Suarez, Martínez, 2008).

El duelo se puede definir como una forma de pena que es consiguiente de la percepción de alguna pérdida significativa de algún objeto valioso, y en su mayoría esta pena es acompañada de respuestas como impotencia, soledad, tristeza, culpa, ansiedad, cólera (Moody y Arcangel 2002). En muchos de los casos donde sucede que exista alguna pérdida de un ser querido se utilizan términos que resultan sinónimos como, el duelo, la aflicción o la lamentación.

El duelo suele ser una respuesta normal ante alguna pérdida, el duelo es un proceso no un acontecimiento, y como todo proceso existen comportamientos y sentimientos que lo acompañan cuando la pérdida es importante o cuando se enfrentan a su propia muerte (González, 2006).

No existe una forma de pasar por el proceso de duelo, solo se muestran diferentes teorías para poder dar respuesta a las necesidades que presente el paciente y sus familiares ante el suceso de la muerte (Potter y Perry, 2000).

Para Papalia, Duskil y Marttorell (2012), las personas en proceso de duelo por enfermedad terminal sufren un desgaste cognoscitivo y de funcionamiento, algunas personas tienen encuentros cercanos a la muerte, pero es resultado del desgaste orgánico, además de que menciona que no existe un patrón universal de proceso de aflicción por el que tengan que pasar los enfermos.

La negación de su enfermedad es un principal componente de un enfermo terminal, expresan una falta de temor, argumentando que su enfermedad no puede ser tan grave y comienzan a ocultar sus síntomas por miedo a preocupar a sus familiares. Por otro lado los familiares tratan de minimizar la enfermedad sobreprotegiendo al paciente para que éste, al final exprese ese sentimiento de rabia, cólera, que le produce no poder superar su enfermedad (Kubler, 2003).

Este conflicto dura hasta que el paciente terminal comienza a crear un sentimiento de que su enfermedad es atribución de un castigo divino que justifique de algún modo la desgracia que se vive. Lo que se podría interpretar como la injusticia de la muerte para los seres humanos que quieren seguir viviendo (Castro, 2006).

Castillo, (citado por Senillosa, 2005), menciona que es importante entender el duelo que vive el paciente enfrentando la vida que pronto va a perder, frente a las metas que ya no alcanzará y a las personas que dejará. No es fácil dejar la existencia cuando aún hay momentos por vivir.

Entablar una buena comunicación con el paciente para hacerle saber su estado en todo momento es de gran importancia. Pero como se sabe el hecho de acompañar a un moribundo es agotador pero es una obra muy valiosa que se puede realizar, el estar con él alerta para percibir todo tipo de señales de ayuda que pueda necesitar ya que si el enfermo no se siente comprendido se aísla y después es más difícil entablar de nuevo una comunicación con él (Behar, 2003).

La ansiedad ante la muerte puede definirse como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o

imaginarios a la propia existencia, que pueden desencadenarse por factores ambientales, tales como un cementerio, un ataúd, o el acontecimiento de la muerte de un familiar. No se refiere únicamente a la manifestada por los enfermos en estado terminal, sino también el manifestado por familiares de estos enfermos, o las emociones y actitudes de la gente en general frente al caso inevitable de la muerte, ya que estudios realizados anteriormente demuestran que la ansiedad es el síntoma predominante que se manifiesta ante este suceso (Tomás y Gómez, 2003).

Con frecuencia los enfermos moribundos atraviesan diversas fases referidas por Elizabeth Kubler-Ross (citado por Poter y Perry, 2000) como la negación, agresividad, pacto, depresión y aceptación. Un enfermo expone su deseo de morir en cualquiera de estas fases, pero la experiencia demuestra que muchos de ellos reclaman la muerte en una fase de rebelión o desesperación, después cuando se sienten aliviados y acompañados, le encuentran significado a la última fase de su vida (Cortiñas, Núñez, Morales y Sablón, 2005).

La Dra. Kubler (2003), reconoció la necesidad psicológica de los pacientes terminales para aceptar en buenos términos la idea de la muerte. Así pues nunca pensó en la muerte como un sentimentalismo empezó a ver (después de tratar diariamente a pacientes terminales), que ya no se mostraban tristes, mostraban un sentimiento de serenidad ante la muerte con una tendencia de buen humor y felicidad que se tenían supuestamente después de tener una visión con algunos familiares muertos (Behar, 2003).

Llegará la etapa final de aceptación en la que debe darse la construcción de un puente psicológico, racional y espiritual, esclareciendo el significado de la muerte en uno mismo y en toda la humanidad. La educación que se nos da desde la niñez, no debería ocultar la realidad de la muerte, si no por lo contrario debe informar el fenómeno tal cual es y así saber cómo prepararse para enfrentarlo en un caso necesario, es posible conseguir un aprendizaje del morir, como proceso

que existe entre la razón y los temores espirituales, conseguir dicho equilibrio lleva a una plenitud espiritual, una tranquilidad y la paz interior del fondo de la psique, para así aceptar mejor la intensidad del dolor y del sufrimiento (Dominguez y Octaviano, 2009).

3.4.1 Teoría de Engel

Según Potter y Perry (2000), la teoría de procesos de duelo de Engel menciona que existen tres fases por las que pasa el individuo, las cuales son; el Shock e incredulidad, en donde se niega la realidad y se apartan de su familia, esta fase está acompañada de reacciones físicas como sudoraciones, intranquilidad, taquicardia, diarreas.

Posteriormente sigue la fase de desarrollo de la conciencia y reorganización, donde el individuo comienza a sentir la pérdida de forma plena y comienza a tener sentimientos de culpa, cólera y el llorar comienza a hacerse frecuente,

La tercera fase es cuando se reconoce la pérdida y la lamentación y es lo que de alguna forma representa el reconocimiento de la pérdida.

3.4.2 Fases del proceso de muerte según Kubler Ross

La Dra. Kubler (2003), menciona que no existen casualidades, que ocurre lo que tiene que ocurrir y punto, también señala en su libro *La muerte un Amanecer* las cinco fases del duelo, pionera de la Tanatología, escribió su libro sobre la muerte y los moribundos con base en una serie de investigaciones que llevó a cabo en hospitales, y al hablar de las fases del duelo, ella se enfoca más en enfermos terminales, aunque también menciona la muerte.

- Negación y aislamiento. En esta etapa uno se opone a la idea de que tiene una enfermedad mortal o puede ser también que el paciente se aisle del resto de la gente, reacciones consideradas como normales y como una forma de protección provisional a sí mismo, las cuales serán más tarde

sustituidas por una aceptación parcial. La negación puede funcionar como un amortiguador después de una noticia tan impresionante o inesperada como ésta. Es necesario pasar por esta fase para suavizar el dolor.

- Ira. Esta sustituye la negación que tiene el paciente, por los sentimientos de rabia, coraje, envidia y resentimiento; aquí surgen todos los por qué; los pacientes moribundos suelen quejarse por todo, todo les parece mal y es criticable, pudiendo responder después con culpa, vergüenza, dolor y lágrimas. Fase difícil pues la ira se desplaza en todas direcciones, incluso injustamente, y en muchas ocasiones los que están cerca del enfermo no se preguntan el porqué de su ira y la toman personalmente, cuando esto es en verdad parte del proceso. Recomienda a quienes rodean al paciente no reaccionar con más ira pues esto puede provocar una conducta hostil en él y aconseja, en lugar de esto, aceptar la ira irracional del afectado, entendiendo que al expresarla le ayudará a aceptar mejor su pérdida.
- Pacto. Porque como el enfermo no ha sido capaz de afrontar la verdad durante la primera fase, y se ha enojado con los demás en la segunda fase, surge ahora la necesidad de querer llegar a un acuerdo para procurar superar esa desagradable vivencia por la que está pasando. Menciona Kubler Ross que durante sus investigaciones, la mayoría de los pacientes, el pacto lo hacían con Dios.
- Depresión. Después de haber pasado por las fases anteriores, el paciente pasa por una etapa de depresión, de tristeza profunda y todos los sentimientos anteriores pasan a ser sustituidos por una sensación de pérdida, por lo que se recomienda que el moribundo viva este sentimiento y aconseja a las personas cercanas a éste, no alentar al enfermo a que vea el lado positivo de la situación, pues eso evitaría que el moribundo pensara en su propia muerte; sería absurdo decirle esto cuando los demás también se ponen tristes al perder a un ser querido. Si se vive esta etapa y se enfrenta el dolor que consigo lleva, al enfermo le será más fácil aceptar la realidad.

- Aceptación. Llega cuando todas las demás se han experimentado; el enfermo no se sentirá abatido ni enfadado por su destino. Sin embargo, no significa que aceptación sea sinónimo de felicidad, más bien es como si el dolor no existiera más. En esta etapa es normal que el doliente se sienta débil o cansado y por ello tenga la necesidad de dormir o descansar, aunque de diferente manera que en el proceso de depresión, ahora es con tranquilidad, muy parecido al sueño de un bebé recién nacido. Comienza a sentirse una cierta paz, pudiendo estar bien ya sea solo o acompañado.

De acuerdo a Papalia, et. al, (2012), Potter y Perry, (2000) y Polo (2004) existen 5 fases por las que pasa el doliente y enfermo terminal este sistema propuesto por la Dra. Kubler plantea una respuesta conductual al proceso de muerte que consta de 5 fases las cuales son, la negación, agresividad, negociación, depresión y aceptación. En cada una de las etapas el individuo reacciona de diversas maneras, en cada fase se reacciona de acuerdo a la estructura del yo hasta reanudar de nuevo su vida social. Aunque para Papalia no sea un hecho universal que se tenga que pasar exactamente por esas fases o etapas.

3.4.3 Fases del duelo según Martochio

Propone cinco fases de duelo, cuyos límites no guardan un orden determinado, es importante recordar que mientras el paciente pasa por las diferentes fases de duelo, también los familiares lo experimentan a su forma. Una persona progresa y luego retrocede hasta que se resuelve la pérdida (Potter y Perry, 2000).

La duración de duelo es variable y depende de los factores que influyen en la respuesta de duelo, habitualmente las reacciones intensas pueden durar de 6 a 12 meses, aunque las lamentaciones pueden continuar por más años.

El duelo es un proceso normal de adaptación ante las pérdidas. Aunque se ha estimado que 12 meses es el tiempo aceptable para concluir este proceso, lo

importante es transitar y resolver cada etapa del duelo. Existen formas patológicas del duelo que requieren apoyo profesional para resolverse (Davalos, et. al, 2008).

PARTE II

MÉTODO

MÉTODO

2.1 Objetivos

2.1.1 Objetivo general

- Identificar el nivel de ansiedad ante la muerte que presentan los pacientes con una enfermedad terminal del municipio de Tejupilco.

2.1.2 Objetivos específicos

- Describir el nivel de ansiedad, que presentan los pacientes por género.
- Analizar el nivel de ansiedad, que presentan los pacientes de acuerdo a su etapa.
- Conocer el nivel de ansiedad, que presentan los pacientes de acuerdo al tipo de enfermedad.

2.2 Planteamiento del problema

La ansiedad es un estado emocional que se compone de tres elementos fundamentales; la percepción de un peligro inminente, una actitud de espera ante este peligro y un sentimiento de desorganización, junto con la conciencia de una total indefensión ante el peligro (Pichot, 1997, citado por Tomas y Gómez 2003).

Socialmente hablar de la muerte es oposición a los estándares normales de vida por lo que de inmediato se pospone la plática, dando al tema el carácter de prohibido ante la sociedad, que siendo mortal, rechaza la muerte. La vida fantasiosamente feliz, que ha dejado de lado la idea necesaria del ciclo natural de la vida como lo es el fenómeno de la muerte (Tomas y Gómez 2003).

A pesar de esta posición desanimante ante la muerte en medicina surgen alternativas para modificar esta situación, Callahan(2000), señala que, la medicina del siglo XXI no solo debe curar y tratar enfermedades, si no evitar la muerte, y en

caso de que está llegando a suceder lograr que sea de manera adecuada para la persona, dando así pauta para la aparición de cuidados paliativos para el acompañamiento del paciente, para así darle a sus familiares y a él apoyo psicológico, emocional, espiritual y social para proporcionar el mayor bienestar posible (Limonero y Bayes 1995 citado por Tomas y Gómez 2003).

Cuando llega el momento de la muerte de un paciente en etapa terminal, sus actitudes pueden variar ya sea sentir angustia y desesperación o mostrar una paz y plenitud, por lo general los últimos momentos de vida suelen ser muy significativos, los enfermos requieren la presencia de la familia, piden algunas cosas en especial, se despiden, piden ayuda espiritual, y algunos pacientes momentos antes de morir exponen su verdadero yo. Actualmente, muchos de los esfuerzos por prolongar y mejorar la calidad de vida y minimizar la ansiedad ante la muerte en enfermos terminales, ocasiona serios problemas psicológicos en todos los afectados (Domínguez y Octaviano, 2009).

Los sentimientos que se desbordan en el momento de morir, son inocultables. Castilla del Pino (2000), nos habla de la dificultad para ocultarlos, tanto el odio y el amor como la simpatía y el rechazo. En el paciente terminal hay variadas manifestaciones los sentimientos íntimos, que algunos guardan de una manera protegida, y lo que otros exponen abiertamente. Las condiciones de ansiedad y de depresión son síntomas en estrecha vinculación con el impacto de los sentimientos fuera de control.

Muchas de las veces los enfermos terminales tienen que pasar por una serie de fases de duelo, para lograr aceptar su estado de enfermedad, las cuales le ayudan a descargar todos los sentimientos encontrados, estas fases según la Dra. Elizabeth Kubler (2003), son: la negación, la ira, la negociación, la depresión y la aceptación, y por medio de ellas se puede llegar a una resolución o aceptación de su condición de enfermo terminal.

De lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de ansiedad ante la muerte que presentan los pacientes con una enfermedad terminal?

2.3 Tipo de estudio

El tipo de estudio es descriptivo, la palabra describir se define como el acto de representar, reproducir, se pretende describir aquellos aspectos más característicos distintivos y particulares de esas personas, situaciones o cosas, ósea, aquellas que la hacen reconocibles ante los ojos de los demás (Bernal, 2000).

2.4 Variables

Definición conceptual

Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse, las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras (Hernández, Fernández y Bautista, 2003).

Es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observar (Diccionario de Psicología, 2004)

Ansiedad:

La ansiedad según Spielberger (1975), es una reacción desagradable frente a una tensión específica, siendo un estado emocional transitorio del organismo activado por estímulos externos e internos evaluados cognoscitivamente como algo amenazador del sistema nervioso autónomo, los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Ansiedad rasgo: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables que cada persona tiene de acuerdo a sus experiencias y el cómo responden una situación determinada (Spielberger y Díaz Gerrero, 1975).

Ansiedad estado: Es un estado emocional transitorio del humano que es caracterizado por sentimientos de tensión subjetivos, que son conscientemente percibidos por un aumento en la actividad del sistema nervioso.

Definición operacional

Para medir la variable ansiedad se utilizó el inventario de ansiedad rasgo-estado de Spielberger y Díaz 1975.

2.5 Población

Para Jany (1998, citado por Bernal, 2000). Es la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia o unidad de análisis.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital General del municipio de Tejupilco en el área de medicina interna y en algunos casos en sus hogares, encontrando 14 sujetos con la característica de enfermo terminal.

2.6 Muestra

La muestra con la que se trabajó fue de tipo por conveniencia ya que solo se encuestó a pacientes con una enfermedad terminal que son aquellos que se encuentran en situación de muerte inminente y solo pueden concebir un pequeño aplazamiento de esta mediante medidas de soporte vital, encontrados en el municipio de Tejupilco hospitalizados o en sus hogares, del total de la población de 14 sujetos se trabajó con todos, ya que tuvieron disponibilidad para ser encuestados.

TIPO DE ENFERMEDAD			
	SIDA	CANCER	I.R
NIÑO		1	
JOVEN	4		
ADULTO	2	1	6

SEXO	
MASCULINO	FEMENINO
7	7

2.7 Instrumento

Se utilizó el inventario de ansiedad rasgo- estado elaborado por el Dr. Charles D. Spielberger y Díaz Guerrero (IDARE) en 1975.

Originalmente está constituido por dos escalas de autoevaluación que se analizan para medir dos dimensiones distintas de ansiedad: 1) Ansiedad Rasgo- (A- Rasgo) y 2) Ansiedad Estado (A- Estado), sus coeficientes de confiabilidad varían de .83 a .92 en sus dos escalas.

Para esta investigación se tomó en cuenta la escala de evaluación de ansiedad-estado y la ansiedad rasgo ya que se pretendió conocer cómo se sienten las personas en un momento determinado y como se han sentido generalmente.

La escala A- Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes e involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entienda claramente las instrucciones que se le dan, en relación con el estado él debe reportar como se siente en ese estado y las instrucciones que se le dan en relación con el rasgo se le pide que indique como se siente generalmente. Es un instrumento autoadministrable, se puede hacer individual o grupal, no se tiene un límite de tiempo y las instrucciones se encuentran en la parte superior de la respectiva escala.

La calificación se realiza mediante una plantilla (calificación manual), que se coloca sobre el protocolo de respuestas dando un valor numérico a la respuesta que aparece impresa en la clave, siendo independientes una de la otra, posteriormente se suma la calificación final de cada escala, la cual es conveniente registrar en el protocolo, se procede a realizar la sumatoria de las preguntas siendo a -b+ 50 en el caso de la sub escala estado siendo "a" las preguntas 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18. Y "b" 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, y a-b+35 en el caso de la sub escala rasgo, siendo "a" las preguntas 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40. Y "b" 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39. Realizando así las operaciones se indica a qué nivel pertenecen respectivamente siendo los niveles para incluir los siguientes:

Alto (≥ 45)

Medio (30-44)

Bajo (≤ 30)

En ambas sub escalas se toman los niveles antes mencionados.

La dispersión de posibles puntuaciones para el IDARE, varían desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala de Ansiedad- Estado como en la de Ansiedad- Rasgo.

2.8 Diseño de investigación

El diseño se refiere al plan o estrategia concebida para responder a las preguntas de investigación (Christensen, 1980). Señala lo que debe de hacer para alcanzar sus objetivos de estudio.

La investigación es de tipo no experimental trasversal, ya que se realizó sin manipulación de variables y solamente se observaron los fenómenos en su ambiente natural, para después analizarlos, y transversal porque se obtuvieron los datos en un solo momento y solo se utilizó una población, es decir el test se aplicó en una sola ocasión a los pacientes con enfermedad terminal.

2.9 Captura de información

Para la captura de la información se utilizó el test de inventario de ansiedad rasgo-estado del Dr. Charles D. Spielberger y Díaz Guerrero en 1975, el cual se aplicó de la siguiente manera:

Se visitaron los distintos hospitales del municipio de Tejupilco para así encontrar a los pacientes con una enfermedad terminal

Se obtuvo el permiso en el Hospital General de Tejupilco llevando un oficio a las autoridades correspondientes que indicaron donde se encontraban los enfermos terminales.

Una vez encontrados los pacientes que quisieron colaborar con la investigación, se les explico que la información recabada sería totalmente confidencial y solo se utilizaría con fines de investigación. Cabe señalar que cada aplicación se realizó de manera individual, lo más cómodo y profesionalmente posible.

Al término de la aplicación se agradeció por su participación, tanto a los hospitales como a los pacientes que colaboraron en la realización de esta investigación.

2.10 Procesamiento de la información

Se realizó la calificación de los test aplicados siguiendo los lineamientos de dicho instrumento y con ello se conoció el nivel de ansiedad presente en los pacientes con una enfermedad terminal, mediante la realización de una base de datos en el programa SPSS, que permitió el procesamiento de la información para así obtener las medidas de tendencia central que se necesitaban.

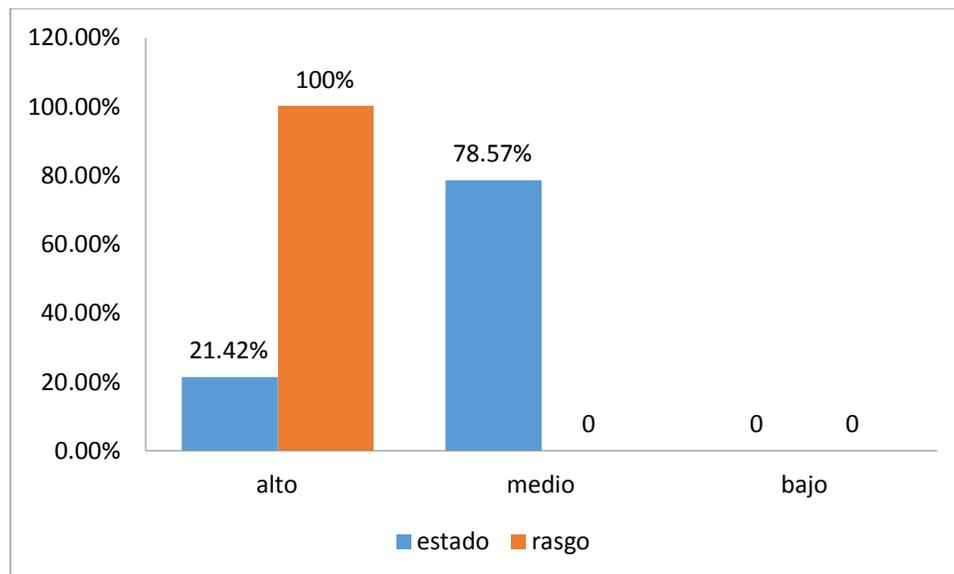
Los resultados se encuentran representados en graficas de barras para su mejor y mayor entendimiento.

RESULTADOS

La muerte es un verdadero proceso, que se ha enfocado desde diferentes perspectivas: filosófica, biomédica, psicológica, religiosa. Es una experiencia universal, pero cada cual la concibe y enfrenta de forma individual y en un contexto familiar, de acuerdo a las experiencias vividas previamente, a sus creencias religiosas, a la filosofía con que se ha regido su vida, a su origen étnicocultural, y a su personalidad particular.

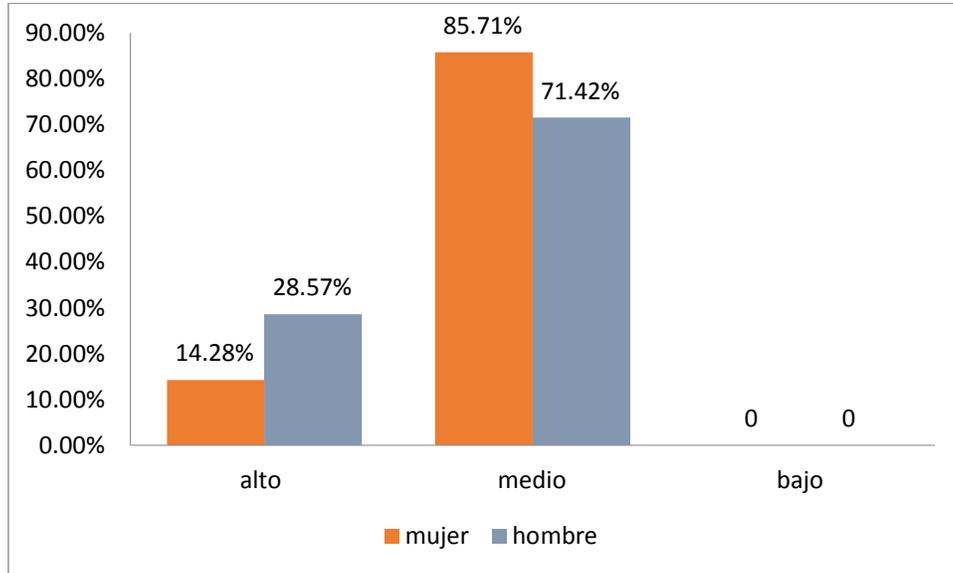
De acuerdo a la observación obtenida los resultados son los siguientes:

Gráfica 1: Nivel de Ansiedad estado y rasgo de manera general.



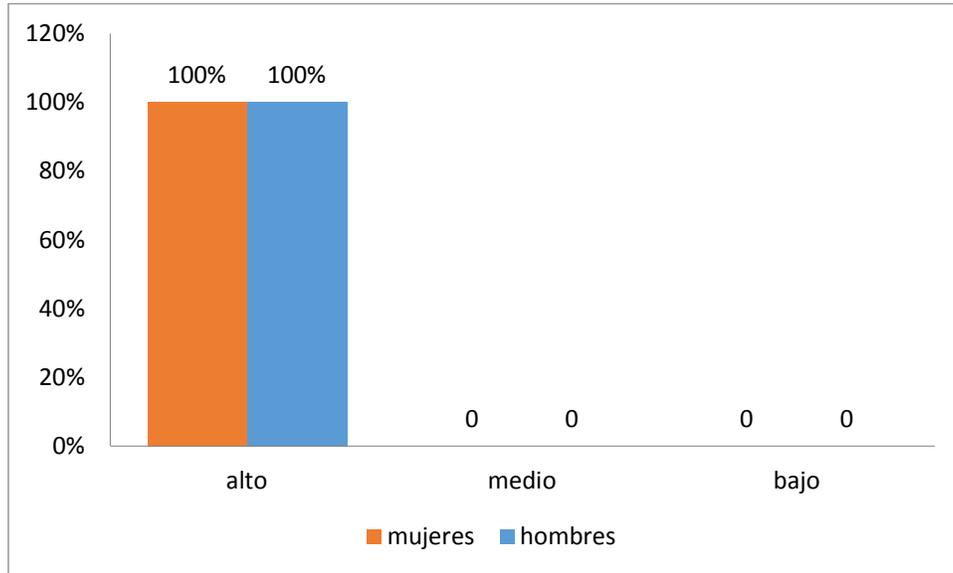
La gráfica 1 indica que el 100% de los pacientes con una enfermedad terminal presenta un nivel de ansiedad rasgo alto, mientras que el 21.42% presenta un alto nivel de ansiedad estado y solo el 78.57% en un nivel moderado.

Gráfica 2. Nivel de Ansiedad estado por sexo.



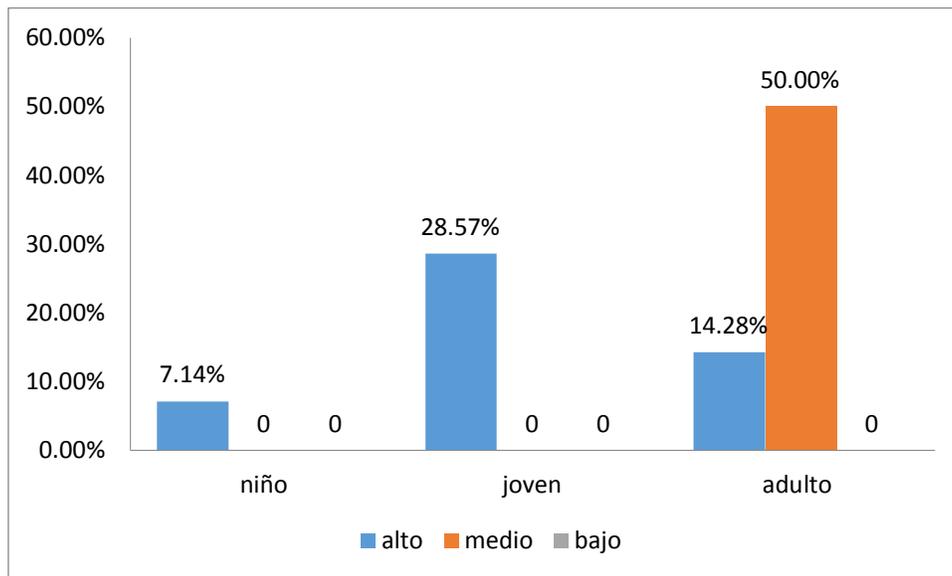
En la gráfica 2 se puede observar que un 14.28 % de la población de mujeres se encuentra en un nivel alto de ansiedad estado y el 85.71% en un nivel medio, mientras que los hombres solo presentan un 28.57% de nivel alto y el 71.42% están en un nivel medio.

Gráfica 3. Nivel de Ansiedad rasgo por sexo



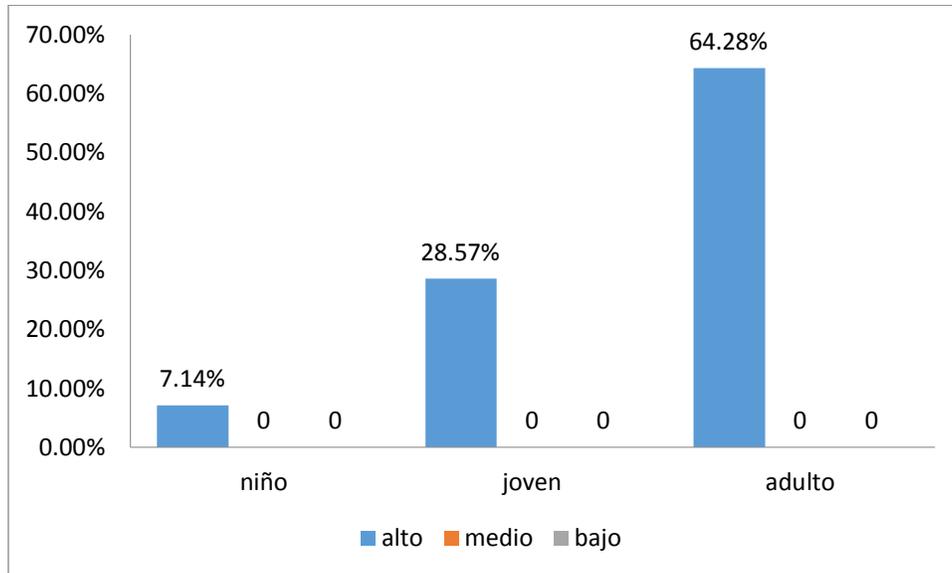
En la gráfica 3 se muestra que tanto hombres como mujeres se encuentran el 100% de ansiedad rasgo con un nivel alto.

Gráfica 4. Nivel de Ansiedad estado por etapa de vida



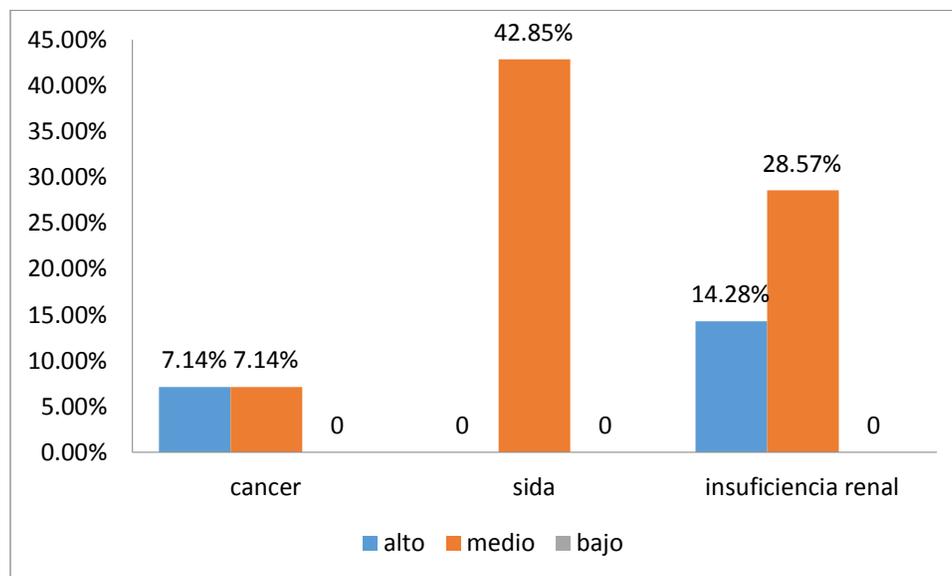
En la gráfica 4 se puede apreciar que el 7.14% de los niños se encuentran en un nivel alto de ansiedad estado, mientras que un 28.57% de los jóvenes se ubican en un puntaje alto y solo el 14.28 % de los adultos corresponden a un nivel alto de ansiedad.

Gráfica 5. Nivel de Ansiedad rasgo por etapa de vida



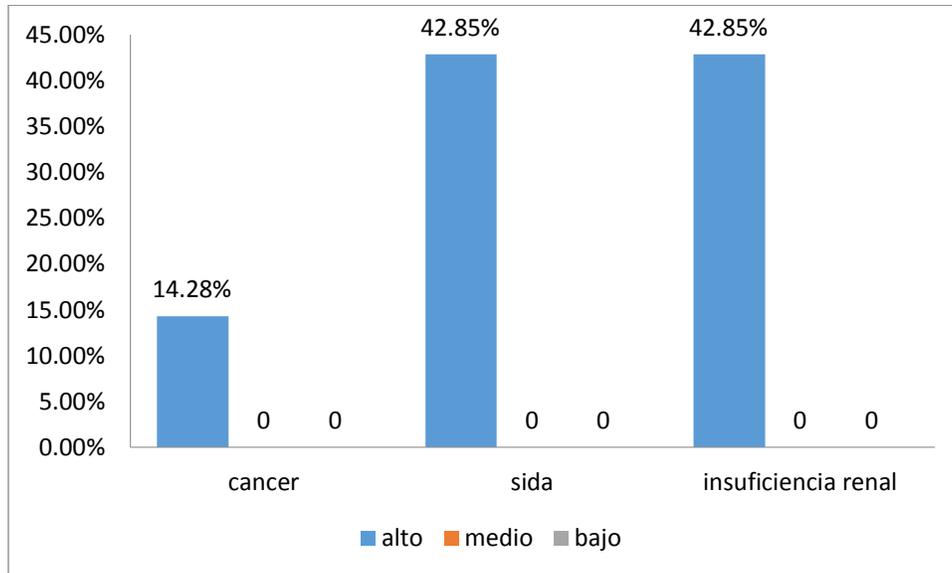
En la gráfica 5 se muestra que un 7.14% de los niños se encuentra en un nivel de ansiedad rasgo alto. Mientras que en los jóvenes un 28.57 % se ubican en un puntaje mayor o igual a 45, y un 64.28 % de los adultos corresponde a un nivel alto de ansiedad.

Gráfica 6. Nivel de Ansiedad estado por tipo de enfermedad



En la gráfica 6 se aprecia que un 7.14 % de la población enferma de cáncer presenta un nivel de ansiedad estado alto y moderado, mientras que los enfermos de SIDA están en el nivel medio con un 42.85% y los de insuficiencia renal tienen un 14.28% de nivel de ansiedad alto.

Gráfica 7. Nivel de Ansiedad rasgo por tipo de enfermedad



En la gráfica 7 se observa que un 14.28 % de la población de enfermos de cáncer se encuentra en un nivel de ansiedad rasgo alto, mientras un 42.58 % de los enfermos de sida se encuentran en un nivel alto, y un 42.85 % de los enfermos de insuficiencia renal se muestran en un nivel de ansiedad que va de ser mayor a igual de los 45 puntos, lo que los ubica en un nivel alto de ansiedad.

DISCUSIÓN

Thorson y Powell (1988), argumentan que la ansiedad a la muerte se entiende mejor tomando en consideración las distintas dimensiones que encontramos en el miedo a la muerte (la negación de la muerte, el miedo a la muerte de uno mismo y los demás, la evasión de la muerte, o la resistencia y rechazo a interactuar con personas moribundas).

Es por ello que el objetivo de esta investigación es identificar el nivel de ansiedad que presentan los enfermos terminales ante la muerte y de acuerdo a la información recabada se puede mencionar lo siguiente:

Respecto a los resultados del nivel de ansiedad estado que presentan los enfermos terminales se encontró el 21.42% presentan un nivel de ansiedad alto y el 78.57% un nivel medio, mientras que para la ansiedad rasgo el 100% de ellos tienen un nivel alto lo que significa que estos pacientes constantemente se sienten ansiosos; situación que coincide con los que refiere Spielberger (1975), quien mencionan que un sujeto se encuentra ansioso debido su ritmo de vida cotidiana, y que la exposición a un evento o situación desagradable solo los pone en un estado amenazador más elevado, esta sensación es un estado transitorio del organismo activado por estímulos externos e internos que pueden ir variando a través del tiempo; y es que es muy difícil para una persona enterarse que tiene un enfermedad terminal y que no hay manera de solucionarlo provocando con ello una situación de ansiedad la cual es un estado de terror y anticipación en el cual el objeto del miedo se encuentra vagamente definido. Esto incluye tensión, desasosiego, agitación, aceleración del ritmo cardiaco, sudoración, todo lo cual indica preparación para huir o pelear.

En cuanto a los resultados de la gráfica dos que se refiere al nivel de ansiedad estado por genero se encontró que el 14.28% de las mujeres presentan un nivel de ansiedad alto, mientras que 28.57% los hombres también tiene un nivel alto de ansiedad indicando con ello que las mujeres controlan un poquito más su

ansiedad respecto a los hombres y es que como refiere González (2001), en todas las personas se integra un significado de las cosas diferente, dependiendo de la cultura, la religión, la edad y la experiencia personal, es por ello que existen diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres ya que las percepciones o modos de pensar son diferentes de acuerdo al contexto en el que nos desarrollamos cada individuo y el género que tenemos y papel que desarrollamos en la sociedad. Así mismo estos resultados difieren de los encontrados por Kastembaum (2000), quien menciona que son las mujeres quienes suelen tener más miedo a la muerte respecto a los hombres y es que menciona que las mujeres tienen mucho miedo a lo desconocido. Esta diferencia como menciona el autor va depender mucho de la edad que tenga el sujeto y lo podemos comprobar con los resultados de la ansiedad rasgo quien ambos sexos presentaron el 100% de un alto nivel de ansiedad lo que significa que ambos pueden estar susceptibles de tener estrés.

Retomando el punto del autor y con base a los resultados de la gráfica 4 respecto al nivel de ansiedad estado de acuerdo a su etapa de vida se puede notar que son los jóvenes quienes presentan un nivel más alto de ansiedad (28.57%), seguidos de los adultos con un 14.28% y los niños con un 7.14%, esto se debe a que como menciona Restrepo (2013) son los participantes más jóvenes los que formulan una mayor preocupación por acontecimientos relacionados con muerte como la pérdida de los demás, experimentar dolor y sufrimiento, no alcanzar las metas o logros propuestos y perder el control sobre sus cuerpos y sus acciones. Así mismo Bayes, (2001), comenta que se puede ver que lo que produce temor a la mayoría de los jóvenes no es el hecho de la muerte en sí, sino los impredecibles acontecimientos que a veces pueden precederle. Estos resultados difieren de los encontrados en la ansiedad rasgo quienes son los adultos los presentan un nivel más alto de ansiedad con 64.28%, respecto a los jóvenes quienes tienen un 28.57% y los niños un 7.14% y que son los adultos mayores quienes perciben una mayor proximidad con la muerte, que los lleva a apropiarse de su llegada y a

concebirla como algo inminente, lo cual es el resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, sociales y psicológicas durante su ciclo vital.

Y finalmente otro resultado importante a considerar es el nivel de ansiedad estado debido a la enfermedad que padecen encontrando que son los enfermos de Insuficiencia renal con un 14.28% los que presentan un mayor nivel de ansiedad, seguido de los de cáncer con 7.14% y finalmente los de SIDA quienes no padecen ansiedad, esto puede ser por lo mencionado por Venado, Moreno, Rodríguez y López (2009), que expresan que la IR es un proceso que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere diálisis o trasplante para poder vivir y tienen un mayor riesgo de morir y padecer enfermedades cardiovasculares, es por ello que los pacientes se manifiestan más ansiosos al recibir este tipo de diagnósticos ya que al expresar el proceso al que se van a someter es difícil y sobre todo a las enfermedades que se pueden presentar derivadas de esta enfermedad.

En cuanto el cáncer Cano (2005) menciona que el cáncer no produce el mismo impacto en todos los individuos, el proceso más común consiste en que, si se produce la interpretación o valoración del evento como una amenaza, se generará una reacción emocional de ansiedad, que tenderá a ser más intensa en la medida en que el individuo perciba que sus recursos para afrontar esta amenaza no son suficientes para controlar o manejar las consecuencias negativas que se prevén es por eso que los enfermos de cáncer se muestran ansioso en un nivel de alto a medio.

CONCLUSIONES

De acuerdo con la información obtenida y a los resultados obtenidos se concluye los siguientes:

- Los pacientes con una enfermedad terminal presentan un nivel de ansiedad estado moderado
- Los enfermos terminales presentan un nivel de ansiedad rasgo alta
- Son los hombres quienes presentan un nivel de ansiedad estado más alto respecto a las mujeres
- El nivel de ansiedad rasgo es alto en ambos sexos
- La edad es un factor determinante para que se presenten niveles de ansiedad
- Son los jóvenes en quienes presentan el más alto nivel de ansiedad estado que los adultos y niños
- Los niños son quienes menos presentan altos nivel de ansiedad estado-rasgo
- Los adultos presentan más alto nivel de ansiedad rasgo respecto a los jóvenes y niños
- Los enfermos de insuficiencia renal tienen más altos niveles de ansiedad estado
- El 7.14% de los pacientes con cáncer tienen un nivel de ansiedad estado alto
- El 42.85% de los enfermos de SIDA presenta un nivel de ansiedad estado medio
- El SIDA y la insuficiente renal son las enfermedad que más generar altos índices de ansiedad rasgo con un 42.85%
- El 14.28% de los enfermos de cáncer tienen ansiedad rasgo alta.

- Los pacientes de fase terminal requieren de apoyo tanatológico especializado para manejar crisis y no solamente aquellas que se refieren a la muerte.

SUGERENCIAS

Dentro de las sugerencias se propone que:

- Brindar consejería familiar para ayudar a comprender mejor la situación del enfermo.
- Dar atención paliativa a los pacientes con el fin de hacer más cómoda su estancia en los hospitales o donde lleven su tratamiento.
- Comentar con la familia y con todos los integrantes que viven en la casa la situación, para disminuir el proceso de negación que es la defensa inicial del proceso de duelo.
- Buscar apoyo de un profesional para facilitar la aceptación del proceso que está viviendo; en este caso de un tanatólogo
- Proporcionar la información obtenida a través del IDARE a los familiares y pacientes para identificar quienes presentan mayor nivel de ansiedad y darles atención adecuada.
- Realizar pláticas en las salas de espera de los hospitales donde se encuentran internados este tipo de pacientes para favorecer la aceptación de la pérdida del paciente.
- Sensibilizar a los médicos y enfermeras que trabajan en el área de terapia intensiva para brindar una atención con enfoque humanístico.
- Promover líneas de investigación en la Unidad Académica Profesional Tejupilco para sensibilizar a la comunidad en general.
- Promover líneas de investigación para que se busquen apoyos económicos en este caso becas y de esta forma motivar a futuros investigadores.

- Solicitar al Centro de Cuidados Paliativos de México atención a los pacientes de enfermedades en fase terminal directamente en sus domicilios.
- Solicitar al Centro de Cuidados Paliativos de México apoyo de un equipo profesional interdisciplinario, incluyendo a un tanatólogo para apoyar emocionalmente a la familia.
- Promover cursos o talleres de Tanatología para sensibilizar a médicos, enfermeras y a todos los profesionales cuyo trabajo conlleva la atención de enfermos incurables.
- En relación a la atención integral de los pacientes en estas condiciones, también brindar atención a los familiares de los pacientes, a través de talleres y cursos de capacitación.

REFERENCIAS

- Álvarez. A. R, (2002) Salud pública y medicina preventiva 3 edición. Manual moderno. México.
- Amigo, I.; Fernández, C. Y Pérez, M. (2003). *Manual de Psicología de la Salud* (2ª ed.). Madrid: Pirámide.
- Bayés, R. (2000) Psicología Oncológica Ed. Martínez Roca. España.
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y de la muerte. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (2006). Afrontando la vida, esperando la muerte. Madrid: Alianza Editorial.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Buendía, B., Burón, E. y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. Medicina Paliativa,
- Becker E, (2003) La Negación De La Muerte, Ed. Kairos, Barcelona.
- Behar D. (2003) Tanatología un buen morir Edit. Pax México.
- Bejarano, P. y De Jaramillo, I. (1992). Morir con dignidad. Fundamentos de los cuidados paliativos. Bogotá: Laboratorios Italmex.
- Beltran, J (1998). Desarrollo cognitivo, psicología evolutiva y la educación. España: síntesis.
- Bernal, C. (2000). Metodología de la investigación para Administración y Economía. México: Prentice.
- Blanck.F. (2001). La vida el tiempo y la muerte. ed. La ciencia para todos. México 1 reimpresión.
- Borcia Goyanes JJ. (2001) El viejo y su futuro. En: Hayflectz I, Barcia D, Miguel J.,eds. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: Ela.
- Callahan, R. (2000). Tapping the healer within: using thought field therapy to instantly conquer your fears, anxieties and emotional distress. New York: Mc Graw-Hill.

- Canal, Marina E. (2004), “La vejez y la muerte. Implicancias de la muerte en la vejez”, Canal, Marina E. (2004), “La vejez y la muerte. Implicancias de la muerte en la vejez”, Argentina.
- Castro R.E. (2006), Tesis De Análisis De La Eutanasia En Pacientes Terminales, UAEM. México.
- Corless. I. Germino B. Y Pittman .M., (2005). Agonía, muerte y duelo, un reto para la vida, ed, manual moderno. México.
- Cortiñas, M.; Elorz, M. y Múgica, J. M. (2005), «Las redes neuronales artificiales como herramientas de predicción de ventas con datos de scanner», XVII Encuentros de Profesores Universitarios de Marketing, Madrid.
- Christensen, L.B. (1980). Experimental methodology. Boston: Allyn and Bacon. Segunda edición.
- Diccionario de psicología (2004), México. Euro México.
- Dr. Spielberger Charles D y Díaz Guerrero en 1975. IDARE
- Dubin. N., (2000) El Síndrome De Asperger Y La Ansiedad. Ed Trillas. Mexico.
- Durham.J.D Y Cohen.F.L, (2001) Pacientes Con Sida, Cuidados De Enfermería. Ed. Manual Moderno. Segunda Edición, México.
- Fronnegra, I. (2001). De cara a la muerte. México Andrés Bello.
- Gómez Sancho, M. (1998). Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad. Madrid: Arán.
- Gómez Sancho, M. y Grau, J. (2006). Dolory sufrimiento al final de la vida. Madrid: Arán.
- González B. (2001). Acercamiento a la Tanatología. Ed. UAEM. México.
- González M.B, (2006) Acercamiento A La Tanatología, Ed. UAEM, México.
- Greenberger y Padesky (2001). El control de tu estado de ánimo. Ed. Paidos. México.

- Hernández, J., Fernández, C., Bautista, A. (2003). Metodología de la investigación. 3era. Edición. México: Mc. Graw Hill.
- Instituto Mexiquense de Tanatología. (2006.) Como enfrentar la muerte, ed. Trillas. México.
- Kastenbaum, R. (2000). The psychology of death. New York: Springer Publishing Company.
- Kubler- Ross E. (2003). La muerte y los moribundos. Edit. Debolsilo. México.
- Lara S. A., Tamayo V. A. C. y Gaspar C. S. P (2006). Manejo del paciente terminal. Unidad de Medicina del Dolor y Paliativa. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Lara et al, Cancerología 1: 283-295.
- Limonero, J.T. (1997). Ansiedad ante la muerte. Ansiedad y Estrés, 3 (1), 37-46. López, M.A., López, B.M., Aréchiga.
- Lourdes Chamorro (2004). VIH y Sida en España. Revista Española de Salud Pública, vol. 78, núm. 6, nov .España.
- Malishev, Mijail, (1999). Vivencias Afectivas Y Actitud Ante El Existir (Amor, Envidia, Culpa, Muerte, Fe Y Deber), Ed. UAEM, México.
- Moody y Arcangel (2002). Vida después de la pérdida. Ed. Edaf. Mexico.
- Morales, F. (2002). Metodología de la Investigación. México. Mc. Greaw-Hill.
- Nazaretyan, A.P. (2005). Fear of the dead as a factor in social self-organization. Journal for the Theory of Social Behavior.
- OMS (1990). Alivio del dolor y tratamiento paliativo del cáncer". Serie de informes técnicos 804. Ginebra.
- Papalia D, Duskin. F.R, Y Marttorell G. (2012) Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill, México Duodécima Edición.
- Papalia.D.,Wendkos.O, S, Y Duskin. F.R. (2010), Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill, México Undécima Edición.

- Pérez, R. (2006). Estrés y longevidad. Reflexiones acerca del tema desde una perspectiva psicológica. Geroinfo.
- Peurifoy R.Z., (2000) Como vencer la ansiedad. Ed desclee. Segunda edición, España.
- Polaino Yorente A. (2002). La familia y la sociedad frente al enfermo terminal. En: González Baron Med. Tratado de medicina paliativa. Madrid. Editorial Médica Panamericana S.A.
- Polo S. M. A (2004), Tanatología con enfoque Gestalt y HumanistaEd. Taller Abierto. México.
- Potter, Perry, (2000) Fundamentos De Enfermería Teoría Y Practica, Ed. Harcourt 3 Edición, Madrid.
- Restrepo M. E. (2013). Miedo a la muerte, afrontamiento, religiosidad y salud, en población romaní/gitana de ses medio---bajo. Tesis doctoral. Facultad de psicología. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
- Reyes G., Rosales B.S (1999); Fundamentos De Enfermería, Ed. Manual Moderno 2da Edición, México.
- Sandín, B. (2001). Estrés, Hormonas y Psicopatología. Madrid: Klinik.
- Senillosa M. (2005) Eutanasia revista de medicina interna. Argentina Volumen 1 No 4.
- Stanisbiu G.F, Psicología Transpersonal (Nacimiento, Muerte Y Trascendenciaen Psicoterapia), Ed. Kairos 4 Edición.
- Suzanne C.S. y Brenda G.B. (2002) Enfermería medica quirúrgica 9 Ed. Mc Millan. México.
- Thorson, J. A., y Powell, F. G. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. Journal of Clinical Psychology, 4, 691---701.
- Tinajero, T., Gómez, L., Paredes, M., Elizondo, J., Solis, L., Sanches, M., Fresám, A., Encinas, J., Mallet, A., Castro, M., Maldonado, V., Gutierrez, G.,

Vidal, M., y Anzures, M. (2006). ¿Cómo enfrentar la muerte? Ciudad de México, México D.F.: Trillas.

- Uribe, A.F. (2007). El proceso de morir y los duelos en la enfermedad crónica. En M. Arrivillaga, D. Correa y I. Salazar (Eds.), Psicología de la salud abordaje integral de la enfermedad crónica (pp. 201-223). Cali: Manual Moderno.
- Vallejo y Gaston C, (1975). Trastornos afectivos, ansiedad y depresión. edit.hara. México.
- Villafaña M.C. (2011). Tesis De Ansiedad En Los Alumnos Del 6º Semestre Del Cetis No. 94, Uaem. México.

CIBERGRAFIA

- Araújo E.A.C, Giglioc. J. y De Mattos P.A., (2008). Análisis De La Naturaleza Del Dolor Espiritual Presentado por Pacientes Terminales Y El Proceso De Elaboración De Un nuevo Significado A Través De La Intervención De Relajamiento, Imágenes Mentales Y Espiritualidad (Rime) Rev Latino-Am Enfermagem novembro-Dezembro; 16(6) [Www.Eerp.Usp.Br/Rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) Artigo Original. Recuperado El 2 De Noviembre De 2013.
- Cano. A. (2005). Control Emocional, Estilo Represivo De Afrontamiento Y Cáncer: Ansiedad Y Cáncer, Facultad De Psicología. Universidad Complutense De Madrid Psicooncología.Vol. 2, Núm. 1, Pp. 71-80 Recuperado El 23 De Noviembre De 2013.
- Cartay. R. (2002). La Muertefermentum. Revista Venezolana De Sociología Y Antropología, Vol. 12, Núm. 34, Mayo-Agosto, 2002, Pp. 447-470, Universidad De Los Andes Venezuela Recuperado El 2 De Noviembre.
- Castilla del Pino (2001). Teoría de los sentimientos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 21, núm. 77, pp. 154-163 Madrid, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019674016>
- Cataldi, A.R, (1997). El Control De Síntomas En Pacientes En Pacientes Terminales Buenos Aires. XXIII Congreso Argentino De Medicina Interna.[Http://Www.Redalyc.Org/Articulo](http://www.Redalyc.Org/Articulo). Recuperado El 17 De Abril De 2013.
- Dávalos L., Mantilla H., Molinari J., Miller B., Reid F., Arroyo-Cabrales J., Cuarón A.D. & Grammont P.C. (2008) *Pteronotus davyi*. IUCN Red List of Threatened Species. Versión 2012.2: 3 Documento web URL <http://www.iucnredlist.org/details/18705/0>.

- Domínguez M, Octaviano H. (2009) Objeción De Conciencia, La Muerte Y El Morir En Enfermedades En etapa Terminal acta Bioética, Vol. Xv, Núm. 1, [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo](http://www.redalyc.org/articulo). Recuperado El 17 De Abril De 2013.
- Gala, F.J. (2002). Actitudes Psicológicas ante La Muerte Y El Duelo. Una Revisión Conceptual. Cuadernos de Medicina Forense. Recuperado El 2 De Noviembre.
- Gordillo L. F., Arana M. J. M., Mestas H. L. (2011). Tratamiento De La Ansiedad En Pacientes Prequirúrgicos Revista Clínica De Medicina De Familia, Vol. 4, Núm. 3, Octubre, 2011, Pp. 228-233, Sociedad Castellano-Manchega De Medicina De Familia Y Comunitaria España. Recuperado El 2 De Noviembre.
- Grau, Llantá, Massip, Margarita, Reyes, Infante, Romero, Barroso, Morales, (2008). Ansiedad Y Actitudes Ante La Muerte: Revisión Y Caracterización En Un Grupo Heterogéneo De Profesionales Que se Capacitan En Cuidados Paliativos pensamiento Psicológico, Vol. 4, Núm. 10, Enero-Junio, 2008, Pp. 27-58, Pontificia Universidad Javeriana Colombia Recuperado El 2 De Noviembre.
- Hernán M.C.(2001). Insuficiencia Renal Aguda Colombia Médica, Vol. 32, Núm. 2, 2001, Pp. 83-85, Universidad Del Valle Colombia. Recuperado El 2 De Noviembre.
- Lorena Tc, Lisbeth Mr, Lesvia M.O, Yaniert S.P, (2005). Enfrentamiento De La Muerte Por El Adulto Mayor Con Enfermedad Terminal Archivo Médico De Camagüey, Vol. 9, Núm. 1, [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo](http://www.redalyc.org/articulo) Recuperado El 17 De Abril De 2013.
- Meza Dávalos, Erika G; García, Silvia; Torres Gómez, A; Castillo, L; Sauri Suárez, S; Martínez Silva, B (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas, vol. 13, núm. 1, pp. 28-31 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado México.

- Pinazo, S. Y Bueno, J. (2004). Reflexiones acerca Del Final De La Vida. Un Estudio Sobre las Representaciones Sociales De La Muerte en Mayores De 65 Años. Revista multidisciplinaria De Psicología.
- Piqueras R. J.A., Martínez G.E.A., Ramos L.V., Rivero R. B.,García L.L.J, Oblitas G.A.L., (2008). Ansiedad, Depresión Y Salud Suma Psicológica, Vol. 15, Núm. 1, Marzo, 2008, Pp. 43-73, Fundación Universitaria Konrad Lorenz ,Colombia.
- Rivera L, Montero L,Sandoval A. (2010). Escala De Ansiedad Ante La Muerte, De Templer: Propiedades Psicométricas En Pacientes Con Insuficiencia renal Crónica Terminal vol. 2, Núm. 2. [Http://Www.Redalyc.Org/Articulo](http://Www.Redalyc.Org/Articulo). Recuperado El 17 De Abril De 2013.
- Rivera N, Y Mancinas E. (2007). El Anciano Ante La Muerte: Análisis Del Discurso En El Noreste De México estudios Sociológicos, Vol. XXV, Núm. 2, Mayo-Agosto, Recuperado El 2 De Noviembre.
- Rivera N. J., Mancinas E. S. E.(2007) El Anciano Ante La Muerte: Análisis Del Discurso En El Noreste De México estudios Sociológicos, Vol. XXV, Núm. 2, Mayo-Agosto, , Pp. 341-367,El Colegio De México, México Recuperado El 3 De Noviembre De 2013.
- Rodríguez, A., Orbezo, L., López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en mayores. Pensamiento Psicológico, 3 (8), 109-120. http://portales.puj.edu.co/psicorevista/components/com_joomlib/ebooks/R8_Actitu_20_d_y_miedo_ante_la_muerte.pdf.
- Tamayo Y Tamayo, (1997) Tesisdeinvestig.Blogspot.Com/Población-Y-Muestra. 1 De Mayo De 2013.
- Tinajero F. T. (2006). ¿Qué es la tanatología?. Instituto Mexicano de la tanatología. Recuperado de <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/05%20Importancia%20de%20la%20familia.pdf>.

- Tomas J, Gómez J (2003) Variables Relacionadas Con La Muerte Universidad Autónoma De Barcelona. [Http://Www.Dialnet.Org/Articulo](http://Www.Dialnet.Org/Articulo). Recuperado El 2 De Abril De 2013.
- Uribe R.F, Valderrama L, Durán V.M.D, Galeano M. C., Gamboa. K., López. S.(2008), Diferencias Evolutivas En La Actitud Ante La Muerte Entre Adultos Jóvenes Y Adultos Mayores Acta Colombiana De Psicología, Vol. 11, Núm. 1, Junio, Recuperado El 2 De Noviembre.
- Venado E.A., Moreno L.J.A, Rodríguez A.M. López C.M. (2009). Unidad De Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma De México. Recuperado El 23 De Noviembre De 2013.
- Viguera, V. (2005). Los Miedos En Los Adultos Mayores. Recuperado 11, 20, 2013. De [Http://Www.lsalud.Org/Htm/Pdf/Pdflazos/212los%20miedos%20en%20l](http://Www.lsalud.Org/Htm/Pdf/Pdflazos/212los%20miedos%20en%20l) os
- Virgen M.R. Lara Z. C.A. Morales B. G. Villaseñor B. J.S., (2005). Los Trastornos De Ansiedad, Revista Digital Universitaria, 10 De Noviembre 2005 Volumen 6 Número 11 • Issn: 1067-6079. Recuperado El 2 De Noviembre De 2013.