



**UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO, A.C.**



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“ACTITUD ANTE LA MUERTE EN ADULTOS MADUROS ENTRE 40 Y 65 AÑOS  
CON IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD  
GENERALIZADA QUE ASISTEN POR PRIMERA VEZ A LA CLÍNICA DE  
SALUD MENTAL DE COATZACOALCOS, VER.”**

TESIS PROFESIONAL

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA

**ANA KAREN RODRÍGUEZ USCANGA**

ASESOR DE TESIS

**LIC. ELIZABETH LORENZO RIVERA**

COATZACOALCOS, VERACRUZ ABRIL 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## DEDICATORIA

En primera instancia, mi mayor agradecimiento va hacia la vida, todas esas oportunidades que se me han dado para llegar a este punto y descubrir mi mundo a mi tiempo y en mi espacio.

**A Dios:** Que conoces mis debilidades y mis mayores talentos me has indicado el camino adecuado y las salidas necesarias y en tus manos alcanzo el éxito y la virtud, no puedo más que aferrarme de ti y agradecerte estar conmigo y con los que quiero más. Mi amor es infinito.

**Padre:** Te agradezco no tu tiempo, ni tu esfuerzo, ni siquiera tu preocupación, agradezco la raíz de todo eso y es tu amor, porque en cada proyecto eres pieza fundamental asegurándote que tenga los pies en la tierra y alimentando mi ambición de dar lo mejor de mí; si no te lo había dicho te admiro, tus palabras me llenan y tu fe me alienta, como tú lento y en silencio, poco a poco sé que llego, siempre llego. No me alcanzan las palabras para agradecerte. Qué más puedo decir...Te amo.

**Madre:** Para mi padre las palabras, para ti mis manos. Tú me enseñaste a hacer, a crear, a trabajar, a levantarme en mis dos pies y decir “yo puedo”; contigo a mi lado estoy segura, estoy abrigada y nada me puede faltar, eso solo lo puedes hacer tú, mamá, gracias... Te amo.

**Hermana:** Gracias por consentirme, aconsejarme y apoyarme a lo largo de todo este trayecto.

## **AGRADECIMIENTO**

A los catedráticos de la Universidad por quienes he llegado a obtener los conocimientos necesarios para poder desarrollar esta tesis.

Al personal del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) por permitirme desarrollar dentro de la institución esta tesis, en especial a la enfermera Margarita por brindarme su amistad y apoyarme en todo lo que necesite dentro de la clínica.

A la Psic. Paty Chablé por ser parte esencial de mi formación profesional y elaboración de este trabajo y por tener siempre las palabras precisas en el momento exacto.

Al Dr. Gustavo por compartir conmigo esta travesía en la Tanatología.

A mi novio Adrián gracias por apoyarme y alentarme para continuar, cuando parecía que me iba a rendir. Te amo.

## INDICE

<b>DEDICATORIA</b>	<b>II</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>III</b>
<b>INDICE</b>	<b>IV</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>VI</b>
<b>CAPITULO I: Planteamiento del Problema</b>	<b>8</b>
1.1 Tema	9
1.2 Planteamiento del problema y Preguntas de Investigación	9
1.3 Objetivos	11
1.4 Hipótesis y Variables	12
1.5 Justificación	13
1.6 Delimitaciones de la Investigación	15
<b>CAPITULO II: Marco Teórico</b>	<b>16</b>
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 La Muerte	19
2.3 Enfoques Filosóficos sobre la Muerte	24
2.4 Enfoques Psicológicos sobre la muerte	25
2.5 Tipos de muerte	27
2.6 Aspectos Culturales y religiosos de la Muerte	29
2.7 Actitud	32
2.8 Actitud ante la muerte	34
2.9 La Aduldez	36
2.10 Ansiedad	38
2.11 Centro Integral De Salud Mental (CISAME)	43

<b>CAPITULO III: Metodología</b>	<b>45</b>
3.1 Enfoque Metodológico	46
3.2 Tipo De Estudio	46
3.3 Sujetos	46
3.4 Instrumentos	47
3.5 Métodos Teóricos	48
3.6 Métodos Empíricos	49
3.7 Procesamiento de la Información	49
3.8 Escenario	50
<b>CAPITULO IV: Resultados</b>	<b>51</b>
4.1 Resultados de la Ficha de Identificación	52
4.2 Resultados de la Escala Tipo Likert del Perfil Revisado de Actitudes Ante la Muerte (PAM-R).	55
<b>CAPITULO V: Discusión</b>	<b>58</b>
5.1 Análisis de los Resultados	59
<b>CONCLUSIÓN</b>	<b>60</b>
<b>PROPUESTA PARA EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO CLÍNICO</b>	<b>62</b>
<b>GLOSARIO</b>	<b>63</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>68</b>

## INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es el de determinar cuales son las actitudes frente a la muerte que tienen las personas de 19 a 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Ya que dentro de dicha institución se reporta un alto índice de población que presenta esta patología, motivo por el cual surge el interés en investigar que actitudes frente a la muerte son más comunes en las personas que presentan ansiedad generalizada, así como describir los aspectos religiosos, académicos, de edad y estado civil del individuo que intervienen directamente en ellas.

En el capítulo I, se han formulado hipótesis que se justifican y se diferencian debidamente, se seleccionó una muestra representativa de personas entre 19 y 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental (CISAME) para determinar las actitudes frente a la muerte más comunes y las características involucradas que se presentan en los pacientes con dicha patología.

En el capítulo II, se menciona a nivel teórico los estudios sobre lo que es el significado de la muerte, que significa para el individuo, que actitudes intervienen en las personas cuando se toca el tema de su propia muerte.

Una vez planteados los objetivos de trabajo y formuladas las hipótesis, en el capítulo III, se expone el método de investigación utilizado para realizar un estudio exhaustivo que permita confirmar las hipótesis, utilizando un instrumento estandarizado para así obtener los resultados necesarios para el análisis de los resultados, y descripción de todo y cada uno de los datos obtenidos para estar en condiciones de determinar mis conclusiones obtenidas en la presente investigación.

En el capítulo IV, se exponen los resultados del estudio realizado a 26 pacientes entre 19 y 75 años de edad del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) y se

muestran los resultados alcanzados, descubriendo que la población en su mayoría tiene una actitud de muerte neutral siendo ésta una postura positiva ante la muerte y alcanzando satisfactoriamente con los objetivos propuestos.

Finalizando así en el capítulo V con los análisis y conclusiones que se han obtenido del mismo y se aportan ideas o sugerencias que puedan servir como herramientas de intervención en la clínica de salud mental, también buscando despertar el interés de investigaciones futuras que amplíen el tema expuesto.



**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

## **1.1 TEMA**

Actitud frente a la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos Veracruz.

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Esta investigación se crea a partir de iniciar un curso en Tanatología donde se puede percibir la importancia de estar preparados para la muerte, sin embargo, se considera de mayor importancia tener una educación previa desde nuestros primeros años de vida sobre este tema, que ayuden a evitar conflictos emocionales en la etapa adulta, ya que durante la estancia en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) en el servicio social, observó una gran cantidad de personas adultas entre 19 y 75 años de edad con Trastorno de Ansiedad que al describir su padecimiento de miedo a estar solo, angustia, aprehensión, sentimientos de esperar siempre lo peor, insomnio, taquicardia (entre los padecimientos más comunes en los cuadros ansiosos) estaban relacionados directamente con la muerte, como la pérdida de un ser querido, la pérdida de la salud o haber estado a punto de morir.

Es así como nace el interés en conocer las actitudes ante la muerte que presentan las personas entre 19 y 75 años de edad del Centro Integral de Salud Mental con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada, teniendo como objetivo identificar y describir sus actitudes con el fin de crear conciencia en los pacientes que asisten a la clínica de salud mental sobre el proceso de morir mediante talleres psicoeducativos Tanatológico, sobre el manejo de emociones y grupos de psicoterapia específicos para la población masculina y femenina que sirvan para comprender la muerte como parte natural de la vida y que este trabajo sea la pauta para futuros trabajos de investigación referentes al tema.

La preparación para la muerte se confunde con el ejercicio de la vida, es un proceso educativo permanente de maduración a través de todas las etapas de la existencia, de la niñez a la vejez pasando por la adolescencia y la adultez.

Según Gómez Sancho (2007)<sup>1</sup>, las actitudes frente a la muerte varían con la edad biopsicológica de la siguiente forma: escepticismo infantil, indiferencia juvenil, preocupación adulta, resignación de la vejez, indiferencia final, de este modo surge la idea de llevar a cabo dicha investigación ya que la manera en como nos educaron de pequeños en cuanto al tema de la muerte nos desarrolla en la actualidad actitudes diversas ante la propia muerte, que van desde el miedo y la evasión hasta la aceptación. De acuerdo con Neimeyer (1997)<sup>2</sup> el tema de la muerte es uno de los mas abordados por el ser humano, el cual genera en mayor o menor medida actitudes de miedo ante la propia muerte y que ha sido de interés para la investigación científica sobre el tema, experimentando un aumento constante y dando lugar en la literatura de los últimos años. Es importante considerar como es concebida la muerte en personas que asisten con problemas de ansiedad al Centro Integral de Salud Mental ya que al presentar dicha patología están predispuestos a tener una actitud de miedo o evitación produciendo malestar, incertidumbre y un sentimiento de desprotección.

---

<sup>1</sup>Gómez Sancho, M. (2007), La Pérdida de un ser querido. El duelo y el luto, Segunda Edición, AFRAN Ediciones S.L.

<sup>2</sup>Neimeyer, Robert A. (1997), Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte, Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.

## 1.3 OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Determinar las actitudes frente a la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten a la clínica de salud mental de Coatzacoalcos, Ver.

### **Objetivos particulares:**

- Sustentar un marco teórico que fundamente los principios básicos y elementales relacionados con la actitud frente a la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con Impresión diagnóstica de Trastorno Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos ver.
- Identificar las actitudes frente a la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con Impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver.
- Describir las actitudes ante la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con Impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Considerando el género al que pertenecen.

## 1.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES

### **Hipótesis de Trabajo (H1):**

Las personas con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 19 a 75 años de edad que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Presentan una actitud de miedo, evitación, aceptación de acercamiento y aceptación de escape ante la muerte.

### **Hipótesis Nula (H0):**

Las personas con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 19 a 75 años de edad que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. No presentan una actitud de miedo, evitación, aceptación de acercamiento y aceptación de escape ante la muerte.

**Variable Dependiente:** Actitud ante la Muerte

**Variable Independiente:** Ansiedad

## 1.5 JUSTIFICACION

Si de algo podemos estar seguros en la vida, es de nuestra muerte, y no se trata de una paradoja si no de una realidad ineludible ya que todos tenemos que morir y algún día moriremos.

A nuestro alrededor podemos observar y percatarnos de las diferentes actitudes de los seres humanos ante esta realidad inevitable, que son muy variadas (Gómez S, 2007). Se quiere enunciar tres, no por que sean las mas importantes, si no por que se consideran las tres mas comunes dentro de especie humana.

La primera de ellas es el pavor que es un temor o un miedo con espanto o sobresalto que llevan a la persona a carecer de una buena calidad de vida, con preocupaciones persistentes, falta de paz interior, inquietudes, transformando el carácter y volviéndolo mas amargo, lo endurece y llega a hacer de la persona un ser intratable y puede caer en una neurosis. Todo esto provocando un estilo de vida carente de satisfacciones, dañando no solo la existencia propia si no también la relación con las demás personas, especialmente con los más cercanos.

En segunda instancia se considera al miedo como otra actitud presente entre los seres humanos, pero este es un miedo que se puede clasificar de acuerdo a lo normal para cualquier persona sin llegar al extremo del pavor. Refiriendo al miedo normal que se genera ante lo desconocido, el que nos prepara para actuar, el que nos ayuda a reflexionar sobre lo que viene después, al dolor que habrá que enfrentar y prepararnos para dejar todo lo que amamos en esta vida, seres queridos, probablemente posesiones, una vida cómoda etc. Considerando esta posición la más saludable ya que permite tener una calidad de vida más satisfactoria y centrada en la realidad.

Pues bien, ante estas ultimas dos surge una ultima que considero afecta de gran manera a quienes llegan a pensar así, y me refiero a la indiferencia ante la muerte, o peor aun la creencia de que ellos morirán cuando ellos lo decidan, o que es una situación que jamás les sucederá, viven sumergidos en una negación, incluso

pueden llegar a evadir tal realidad. Esto por supuesto es una actitud negativa que lleva a la persona a vivir en una fantasía colmada de negación y evitación ante la propia muerte.

Es por eso que en el presente trabajo se busca identificar las actitudes frente a la muerte de un grupo de 26 pacientes que oscilan en la edad de 19 a 75 años del Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Con Impresión Diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada, considerando que independientemente de que la muerte sea un proceso natural de la vida misma, las actitudes que conciernen a dicho acontecimiento y el significado que las personas le dan, le impactan directamente en su comportamiento, sobre todo por que las personas diagnosticadas con esta patología suelen presentar afectaciones fisiológicas como taquicardia, sensación de ahogo, insomnio, palpitaciones y en sus relaciones sociales, laborales, de la eficiencia, causando en ellas angustia o temor a morir.

Se ha escogido este tema para conocer que actitudes tienen y que tan preparadas están las personas para abordar el tema de la muerte, y mediante talleres psicoeducativos y técnicas estratégicas que reeduquen a la población que presenta temor a la muerte del Centro Integral de Salud Mental, así como médicos, psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales para intervenir con este grupo vulnerable concientizándolos, informando y sensibilizándolos para que su conocimiento sobre la muerte sea más a fondo y el tratamiento proporcionado a la población de la clínica se de mayor provecho y rinda mayores beneficios.

## **1.6 DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. En un periodo de tiempo de febrero a Marzo del 2013.

Problema: Actitud frente a la muerte en personas de 19 a 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver.

Diseño Metodológico: Investigación no experimental de corte transeccional

Tipo de Estudio: Descriptivo

Enfoque Metodológico: Cuantitativo

Población: 26 adultos cuya edad oscila entre los de 19 a 75 años, de los cuales 22 mujeres (84.6%) y 4 hombres (15.3%) con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Que cumplen con los criterios y que tuvieron la disponibilidad de colaborar en la investigación (muestra no probabilística por conveniencia).

Procesador: Software especializado Microsoft Excel 2010.



**CAPITULO II:**  
**MARCO TEORICO**

## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Se ha observado durante el trabajo realizado en el Centro Integral de Salud mental de Coahuila de Coahuila Veracruz un gran número de pacientes entre 19 y 75 años de edad con Impresión Diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten a la clínica presentando, angustia, miedo, evitación a temas referentes con la muerte, debido a acontecimientos que han presenciado de manera muy cercana con este evento, tales como fallecimiento de algún familiar o ser querido, sucesos que han marcado su infancia relativos a la muerte o por haber estado a punto de morir. Desencadenando dicho padecimiento haciéndolos recurrir a atención Psicológica.

Dentro de este trabajo me permito analizar las investigaciones más recientes realizadas en los últimos años relativos a las actitudes frente a la muerte.

El Dr. Raúl Pérez Martínez y el Lic. Jesús Federico Velasco Ramírez (2011)<sup>3</sup> relacionados con la actitud ante la muerte en un grupo de ancianos asilados en los albergues del INAPAM se constató que la población masculina considera a la muerte como una liberación del dolor y el sufrimiento, el fin a todas sus preocupaciones, como parte del proceso de la vida, como un acontecimiento innegable e inevitable. A diferencia de su población femenina que considera a la muerte como una oportunidad de unión con Dios, el reencuentro con sus seres querido y por lo tanto considera al cielo un lugar mucho mejor que este mundo. Los trabajos posteriores parecen confirmar esta tendencia de las diferencias significativas en la comparación entre hombres y mujeres, tal es el caso del estudio realizados por Ana Fernanda Uribe Rodríguez, Laura Valderrama, Diana María Durán Vallejo, César Galeano Monroy y Karina Gamboa (2008)<sup>4</sup>, teniendo como

---

<sup>3</sup>Pérez Martínez, R. y Velasco Ramírez, J. F. (2011), Actitud Ante la Muerte en Ancianos que se encuentran en Asilos del INAPAM. Tesina de Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C. México D. F.

<sup>4</sup>Uribe Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Duran Vallejo, D. M., Galeano Monroy, C. y Gamboa, K. (2008), Diferencias Evolutivas en la Actitud ante la Muerte entre Adultos Jóvenes y Adultos Mayores, Pontificia

objetivo evaluar la actitud evolutiva ante la muerte en una muestra de 343 personas, el rango de edad estuvo comprendido entre los 18 y los 88 años, los participantes se dividieron en dos grupos de edades adultos jóvenes y adultos mayores, los adultos jóvenes estaban entre los 18 y 35 años y pertenecían a una universidad privada de la ciudad de Colombia vinculados a programas de pregrado y posgrado, por su parte los adultos mayores eran mayores de 65 años y se encontraban en diversos grupos comunitarios de la tercera edad de la ciudad de Cali. Como resultados, con relación al género, se puede decir que no se encontraron diferencias significativas en la comparación entre hombres y mujeres adultos jóvenes y adultos mayores; sin embargo sí se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres del grupo de los adultos mayores.

Consecutivamente en un artículo presentado por Laura Valderrama Orbegozo y Ana Fernanda Uribe Rodríguez (2007)<sup>5</sup> en la Universidad Santiago de Compostela en la Ciudad de Cali en Colombia, tuvo como objetivo evaluar la actitud y miedo ante la muerte en una muestra de 170 adultos mayores de la ciudad de Cali por medio del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R) y la Escala de Collet-Lester; se tuvo en cuenta las variables sexo, religión y estrato socioeconómico. Los resultados muestran diferencias significativas en función del sexo en las escalas de miedo a la propia muerte, evitación de la muerte, aceptación de acercamiento. Con relación al estrato socioeconómico se encontraron diferencias significativas en las escalas de miedo a la muerte y aceptación de acercamiento y en función de la religión sólo hay diferencias significativas en la evitación a la muerte. Concluyendo con la importancia de contribuir desde la Psicología, al mejoramiento en los procesos de adaptación a los duelos.

---

Universidad Javeriana, Cali – Colombia Santiago López Universidad Santiago De Compostela- España, Acta Colombiana De Psicología 11 (1): 119-126.

<sup>5</sup>Uribe Rodríguez, A. F. y Valderrama Orbegozo, L (2007), Actitud y Miedo Ante la Muerte en Adultos Mayores, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Pensamiento Psicológico, Vol. 3, N°8, 2007, Pp. 109-120.

Oriana Ch. González Nava (2009)<sup>6</sup> realizó una investigación dirigida a determinar la relación entre la Actitud y la Ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería, en esta investigación participaron 876 estudiantes de enfermería de la Universidad del Zulia. Para la recolección de datos utilizaron un cuestionario de variables sociodemográficas, el Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R) y la escala de Ansiedad Ante la Muerte (DAS). Las conclusiones de este proyecto indicaron que los participantes presentaron una actitud de acercamiento y la aceptación neutral de la muerte y un nivel de ansiedad medio a la muerte, encontrándose correlaciones bajas positivas significativas entre las variables del estudio y moderadas positivas entre las dimensiones de evitación de la muerte y miedo a la muerte con la ansiedad ante la muerte.

Todos estos estudios han utilizado el Perfil Revisado de Actitudes Hacia la Muerte (PAM-R) como instrumento de evaluación.

## **2.2 La Muerte**

La muerte es la pérdida irreversible de las funciones biológicas que sostiene la vida. Pero para la persona que va a morir es mucho más que eso, significa dejar de existir, dejar de estar, algo que al ser humano le resulta difícilmente pensable y aceptable, por más que la muerte pueda verse como un proceso natural, es casi imposible despojarla de sus componentes metafóricos y simbólicos. La muerte es representar la nada, el vacío, lo negativo, lo inexistente, lo que deja de ser, de alguna manera lo percibimos como la partida o un retorno a los comienzos. Su presencia marca una ausencia y como tal, esta relacionada a sentimientos muy fuertes y profundos que involucran miedo, falta, separación, desprendimiento, desaparición o abandono, desamparo y soledad. Es solo una transición de esta vida a otra existencia en la cual ya no hay dolor ni angustias. (Köbler Ross, 1989)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup>González Nava, O. C. (2009), Actitud y Ansiedad ante la Muerte en Estudiantes de Enfermería, Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

<sup>7</sup>Köbler Ross, E. (1989), Sobre la Muerte y los Moribundos, Barcelona, Grijalbo.

En un mundo como el actual, en el que los cambios se suceden con tanta rapidez y en el que la cantidad de interacciones entre las personas es tan elevada, resulta sorprendente el estado de insatisfacción que parece reinar en las personas, ya que según Salama Penhos (2004)<sup>8</sup> “la necesidad de vivir feliz se plantea como una meta a la que se supone que todo el mundo puede llegar, sin embargo hay muy pocos individuos que la alcanzan”. La concepción que del ser humano se vende desde los diferentes niveles de la sociedad, es la de alguien que ha de ser capaz de enfrentarse con éxito a todos los obstáculos que se va enfrentando, resolviéndolos con rapidez y sin molestias, sin embargo, cuando el tema de la muerte y su proximidad pone a prueba a estos espíritus fuertes y templados y no solo por el hecho de no saber que hay después de dicho acontecimiento, que hay en el mas allá o la simple preocupación existencial de dejar de ser, si no también el hecho de nunca mas disfrutar de los placeres materiales, de las personas que se quedan y la angustia del porvenir de la familia, se vuelve un tema tabú, un tema que es difícil de abordar, del que inconscientemente todos creen que pueden escapar.

El comportamiento del hombre ante la muerte a lo largo de la historia ha estado siempre lleno de ambigüedades, entre la inevitabilidad de la muerte y su rechazo. La conciencia de la muerte es una característica fundamental del hombre. La muerte supone el momento final de la vida de una persona y el comienzo de un nuevo estado para sus allegados. Con el culto a los muertos se les confiere una especie de inmortalidad en el recuerdo.

El fenómeno de la muerte ha propiciado desde tempranas épocas, los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas mágicas religiosas, que le han servido a la humanidad, de todos los tiempos y culturas, para explicar, entender y manejar el hecho físico de la muerte, esto lo vemos cuando observamos los rituales funerarios, no solo actuales, sino también antiguos e incluso prehistóricos.

---

<sup>8</sup>Salama Penhos, H. (2004), *Gestalt, de Persona a Persona*, tercera Edición, Alfaomega Grupo Editor, México

Las diferentes culturas y las distintas generaciones han abordado de manera peculiar y diferenciada el tema de la muerte, relacionándolo con diversas creencias y costumbres. Las distinciones fundamentales se refieren al modo en que las personas se preparan para la muerte y la manera de comportarse de los supervivientes tras ella.

La ciencia ha posibilitado el aumento de la esperanza de vida, sin embargo la muerte es una realidad inevitable. En un principio la muerte se aceptaba como irremediable y esto se debía en gran parte a que se producían encuentros frecuentes con ella durante el transcurso de la vida.

Según Palencia Ávila (2006)<sup>9</sup> “la actitud ante el moribundo cambia, ya no se le avisa, para no causarle daño”. La muerte ahora es concebida socialmente como inaceptable o prohibida, un tabú, se le esconde, se le saca de las casas para llevarla a las instituciones u hospitales, se le medicaliza, se convierte en un suceso dirigido técnicamente por el equipo de profesionales del hospital, y muchas de las veces los familiares ya no están en el momento de la muerte; las condiciones médicas en que acontece la muerte han hecho de ella algo clandestino. Al paciente moribundo se le exige dependencia y sumisión a las prescripciones médicas. Actualmente el moribundo no sabe que va a morir y si lo sabe debe de actuar como si no lo supiera. Se aconseja la discreción, que parece ser la versión moderna de la dignidad. La muerte no debe crear problemas a los supervivientes.

En nuestras sociedades se ha optado por hacer a un lado la enfermedad y la muerte hasta el extremo de engañar incluso al enfermo sobre la gravedad de su estado (Palencia, 2006).

Lo anterior habla de un enfrentamiento que tiene el ser humano dentro del proceso de morir, que tiene que ver con la manera en cómo reconstruir toda su constitución, sin dejar de lado los sentimientos que llegan a presentarse; así para Köbler Ross (1989), propone que surgen etapas dentro de dicho proceso que son inevitables en

---

<sup>9</sup>Ávila Palencia, Martha (2006), Calidad de la Atención al Final de la Vida: Manual para el Médico y la Enfermera, GRAMA EDITORA S. A.

donde las personas que van a morir por lo general presentan cambios mentales y emocionales, pero la esperanza siempre ronda en todas ellas, dice que frente a la noticia del diagnóstico firme de una enfermedad grave suceden muchas cosas que ella tradujo en un inflexible modelo de cinco etapas: Negación, Ira, Negociación, depresión y aceptación.

**Negación:** que es una especie de escape a la idea de la propia muerte. Cuando una persona se entera de que su ser querido ha muerto su primera reacción es un mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir “no, no puede ser, no quiero”; la persona se convence que ha habido errores en la información y que si logra ver a su familiar pueda estar en la razón. La negación permite una tregua entre la psiquis y la realidad, le otorga el tiempo al individuo para pensar su futuro de manera más distanciada, buscando la adaptación del evento que ha asaltado su realidad abruptamente, es un verdadero intento de amortiguación del efecto de la noticia. Menciona Gómez Sancho (2006)<sup>10</sup>, que en un asunto tan cargado de fuerzas emotivas, como es la muerte, no es de extrañar que se instauren ideas contrastantes en la mente del doliente y que conduzcan a un comportamiento ambivalente.

**Ira:** caracterizada por furia, rabia, resentimiento contra sí mismo, contra la familia y la divinidad, siendo estimulada aún más por el miedo y la frustración. Cuando el individuo acepta por fin la realidad se rebela contra ella y nace la pregunta ¿por qué yo? La envidia comienza a corroer el alma (que injusto es que me haya tocado a mi) y los deseos de tener la vida de los demás inundan de ira todo su alrededor (nada esta bien, nada me conforma) todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición lo inunda de odio y rencor. Su autoestima esta atropellada por que su ser querido no pudo ser el elegido para permanecer con vida. Las personas en esta etapa necesitan expresar su rabia y hasta que no lo hacen no consiguen librarse de ella.

---

<sup>10</sup>Gómez Sancho, M. (2006), Como Dar las Malas Noticias, Tercera Edición, Madrid, AFRAN Ediciones S.L.

**La Promesa y la Negociación:** es la fase menos conocida ya que casi nunca el doliente verbaliza estos pactos, en esta fase la persona trata de negociar consigo mismo, con el médico o la divinidad para estar más tiempo con vida o con el ser amado en agonía; reconoce el pronóstico pero intenta modificar el resultado, aunque la realidad indique que para eso es demasiado tarde. Se trata de alguna manera de una conducta regresiva, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta.

**La Depresión:** cuando el doliente no puede seguir negando su situación, cuando no puede seguir haciendo al mal tiempo buena cara. Su sensibilidad o valor, su ira y su rabia pronto serán sustituidos por una gran sensación de pérdida en la que el doliente se muestra triste y alejado porque comprende que la situación se agrava y que el pacto establecido no ha dado sus frutos. Se deprime por las pérdidas.

**La aceptación:** la mayor parte de los dolientes o moribundos llegan a un punto de relativa tranquilidad, obviamente no de felicidad ni bienestar, en el que acepta el final. La aceptación es una etapa de la progresión hacia otro modo de existencia.

Luego entonces cuando una persona se enfrenta a situaciones que escapan de sus manos tales como el suceso de la muerte, suelen surgir sentimientos controversiales propios, pues por una parte no sabe cómo reaccionar ante el dolor de otra persona y cómo hacerlo para consigo mismo, porque es innegable que se vive y se percibe de manera diferente la muerte de la propia persona y la muerte en el otro; lo anterior tiene que ver con las herramientas y la experiencia que ha vivido la persona para afrontar estas dos situaciones (Gómez, 2006).

La sola mención de la palabra muerte pone ansiosa a la mayoría de las personas. Ello se debe en gran parte, a que la sociedad actual está centrada en modelos de éxito y belleza asociados a estereotipos de juventud. Se vive de espaldas a la muerte, se procura vivir como si esa realidad cotidiana no existiera y se le teme tanto porque se ignora todo acerca de ella, porque el propio miedo que provoca pensar en ella, lleva a vivir como si no existiera.



## 2.3 Enfoques Filosóficos Sobre La Muerte

Los enfoque filosóficos normalmente no sirven como teorías psicológicas, y los enfoque psicológicos de la muerte tampoco nos dan un amplio panorama. Sin embargo, existen por lo menos dos razones para incluir una breve revisión de las perspectivas filosóficas en una revisión orientada a lo psicológico. En primer lugar los enfoques existencial y fenomenológico, en psicología tienen su origen en firmes bases filosóficas y en segundo lugar, tanto la perspectiva filosófica como la psicológica enfatizan en la necesidad de integrar o dar sentido a la muerte.

### 2.3.1 La visión de Heidegger

Martin Heidegger (1927-1962) este personaje es bien conocido por su afirmación de que “el ser es la libertad hacia la muerte”, esto quiere decir que la muerte es la base de la propia libertad. Heidegger menciona que “el hecho de darse cuenta de la incapacidad de convertirse en un ser pleno provoca el estado mental llamado ansiedad”. En este sentido, la muerte nos muestra que no hay esperanza de ser lo que somos, implica que la muerte es por una parte, una amenaza, la amenaza de la no existencia. Por otra parte, el darnos cuenta de nuestra futura no existencia es una condición previa para el entendimiento pleno de nuestra vida, y esto finalmente es una condición previa para liberarnos de la ansiedad.

### 2.3.2 La visión de Sartre

Para Sartre (1943-1966) la muerte impide que una persona realice sus propias posibilidades. La muerte esta en el futuro, pero *mi muerte* no esta en *mi futuro*. “la muerte es el en **sí mismo** que no se puede experimentar por que no es para experimentarla en **sí mismo**”. Desde este punto de vista, la reflexión sobre la muerte es la reflexión sobre la falta de significado de la existencia. Por lo tanto, se debería predecir una ansiedad ante la muerte más alta mientras más tiempo pensemos en ella. Sin embargo, Neimeyer (1997) amplió la afirmación de Sartre “de que la muerte reduce a cada uno a su propia esencia, que es su pasado, *lo que ha sido*”. Dado esto, una persona una persona que ha realizado en gran medida todos

sus proyectos de vida centrales es menos probable que tenga una actitud negativa ante la muerte que una cuyos proyectos permanecen incompletos. Una manera diferente de explicar la relación entre la actitud negativa frente a la muerte y la autorrealización sería a través de las teorías de la autorrealización o de las teorías de búsqueda de significado, en las que “una persona se descubre a sí misma en vez de inventarse” Frankl, V. (2004)<sup>11</sup>.

En resumen con estas dos posturas se podría resumir que la meditación sobre la muerte personal es una vía previa para alcanzar el significado de la misma y liberarse del miedo en la vida diaria.

## **2.4 Enfoques Psicológicos Sobre La Muerte**

Varios teóricos de la personalidad, en particular Maslow y Rogers, postularon que los “individuos están motivados a realizar sus potenciales internos”. La persona actualizadora de Maslow tiene, entre otras características teóricas, una mayor aceptación de sí misma y un miedo a la muerte mas bajo. Para Rogers, la autorrealización es un aspecto importante de la tendencia actualizadora. Estar vivo se puede considerar una condición de valía fundamental para las que están lejos del sí mismo ideal. La conciencia de la cercanía de la muerte amenaza a estos sujetos, que se protegen mediante la negación. Sin embargo, la noción de Rogers de apertura completa a la experiencia en los sujetos ideales cambia el estatus de la muerte como amenaza fundamental. En efecto, para una persona que funciona plenamente, la muerte puede ser una experiencia interesante.

### **2.4.1 Teoría Existencialista**

Las teorías que enfatizan la búsqueda de significado describen con frecuencia procesos de reformulación de percepciones, esquemas vitales y actitudes que se producen en circunstancias adversas y que nos ayudan a recuperar una sensación de propósito en la vida. Una cuestión importante que tiene que ver con la búsqueda de significado se refiere a la relación de cada uno con su pasado. Respecto a esto,

---

<sup>11</sup>Frankl, Víctor E. (2004), El Hombre en Busca de Sentido, Herder Editorial, S. L., Barcelona

las teorías de búsqueda de significado se pueden ver complementarias a las de autorrealización. Una de las afirmaciones más claras a este efecto es la de Frankl, que en su libro *El Hombre en Busca de Sentido* dice “en el pasado nada está perdido irrecuperablemente, si no que todo está almacenado irrevocablemente” (Frankl, 2004) y “Haber sido es la manera más segura de ser”. Con esto se puede decir que la muerte en sí misma se puede reconstruir para encajar la necesidad de encontrarle significado, de esa manera encontrando el significado de la propia vida.

#### 2.4.2 Teorías de la Negación y de las Ilusiones Ópticas

Un concepto importante de los conceptos freudiano y neofreudiano es el de los mecanismos de defensa que usa el ego para evitar la ansiedad que provocan los estímulos internos o externos (Freud, A. 1980)<sup>12</sup>. Desde este punto de vista, los niveles altos de miedo ante la muerte (consientes) se pueden interpretar como un fracaso en los mecanismos protectores y principalmente en el mecanismo de la negación. A la inversa, la habilidad para negar la muerte para sentirse demasiado molesto por las propias “mentiras” se puede considerar “la esencia de la normalidad”.

La noción de ilusión es quizá coherente con algunas perspectivas sobre la inmortalidad simbólica, de acuerdo con las cuales una persona encuentra un antídoto a su terror a la muerte y han de protegerse a sí mismas del espectro de la muerte usando represiones o ilusiones y que los sistemas simbólicos son formas eficaces de crear y mantener la ilusión de la inmortalidad.

#### 2.4.3 Teoría Psicosocial de Erikson

La teoría psicosocial del desarrollo de Erikson proporciona una amplia visión del desarrollo humano con importantes implicaciones respecto al papel del miedo ante la muerte en la vida adulta y al destino final de la lucha contra la amenaza de la muerte. La parte de la teoría a la que se hace referencia, generalmente, en este contexto es la última fase: “integridad vs desesperanza”. La persona que ve su vida

---

<sup>12</sup>Freud, A. (1980), *El yo y los Mecanismos de defensa*, 1ª reimpresión, Editorial Paidós. España.

en esta fase como un todo significativo resolverá positivamente las crisis. La solución negativa sería aquella en que una persona ve su vida entera como vivida equivocadamente o malgastada. Dicha persona mostrará un miedo a la muerte alto. Se puede interpretar a Erikson manteniendo que la resolución positiva de una fase depende de la resolución positiva de las fases previas. Igualmente, el desarrollo de la integración de ego tiene antecedentes, el más importante de los cuales es la resolución de la fase generativa vs estancamiento y son de importante interés dos aspectos de esta fase.

El primero es que la conciencia de la conciencia de la mortalidad y la cercanía de la muerte son las que precipitan la crisis de esta fase. El desarrollo de la generatividad en forma de cuidado de los hijos, de los nietos, de la sociedad etc. Segundo, esta forma de muerte trascendente es de naturaleza interpersonal; implica construir o extender el sí mismo para incluir a otros seres significativos y posiblemente a todo el sistema social y cultura.

La conjunción entre las fases siete y ocho nos proporciona una dinámica muy interesante, el miedo ante la muerte tiene un efecto causal a la hora de producir la crisis de una fase cuya resolución positiva permite pasar a la siguiente fase. Una resolución positiva en esta última etapa presumiblemente irá acompañada de un miedo ante la muerte más bajo.

## **2.5 Tipos de Muerte**

Según Gómez Sancho (2005)<sup>13</sup>, debemos tener en cuenta varias definiciones de muerte, a continuación explicamos cuatro.

### **2.5.1 Muerte Social**

En esta definición de muerte podemos describirlo como el retiro o la separación del enfermo de los otros, puede suceder días o semanas antes del fin, si al enfermo se le deja solo para morir. Es tratado el enfermo como si estuviera ya muerto.

---

<sup>13</sup>Gómez Sancho, M., (2005), *Morir con Dignidad*, Madrid, AFRAN Ediciones S. L.

Si se abandona al paciente, puede transformarse en socialmente muerto mucho antes de que se realicen las ulteriores fases de la muerte. En ocasiones, el abandono y la soledad llegan a ser tan grandes y tan insoportables para la persona, que la propia muerte puede manifestarse como una liberación (Bayés, 2001)<sup>14</sup>.

### 2.5.2 Muerte Psicológica

Bayés define a la muerte psicológica como ese darse cuenta en algún momento o etapa concreta de la vida de que “voy a morir”. En este sentido, este darse cuenta puede coincidir con la muerte biológica, por ejemplo, un infarto fulminante mientras se duerme, o incluso precederla días, semanas o meses después en caso de que se presente alguna enfermedad determinada. La muerte psicológica considera en sí misma no tiene por que engendrar necesariamente sufrimiento. Incluso puede aceptarse con ánimo sereno, como algo connatural al hecho de existir. La muerte psicológica producirá más, menos o ningún sufrimiento en función de las circunstancias biográficas, culturales, perceptivas y sociales que ocurran en cada persona, en el preciso momento en que la misma haga su aparición y en la forma que haga acto de presencia (Bayés, 2001).

### 2.5.3 Muerte Biológica

El organismo, como entidad humana no existe ya, no existe ni conciencia ni consciencia, como en el caso del coma irreversible. Los pulmones y el corazón pueden continuar funcionando con soportes artificiales, pero el organismo biológico, entendido como entidad mente-cuerpo, está muerto. En el caso de la muerte de la mente y el cuerpo, incluso conservando artificialmente la vida, se produce una negación social del hecho de morir aunque la muerte biológica y psicológica se hayan producido. Esto frecuentemente es tema de polémica ético-médicas en nuestra cultura.

---

<sup>14</sup>Bayés R., (2001), Psicología del Sufrimiento y de la muerte, Barcelona, Martínez Roca Editores

#### 2.5.4 Muerte Fisiológica

Es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico. La primera de ellas se identifica con la muerte cerebral y la segunda con la ausencia de signos vitales.

### 2.6 Aspectos Culturales Y Religiosos De La Muerte

En el dolor, es importante que digamos adecuadamente “adiós” a la persona que ha muerto. A lo largo de su historia, la humanidad ha manifestado una constante y universal preocupación con respecto a la muerte. Los ritos y costumbre funerarios son algo exclusivo de nuestra especie; estas practicas están estrechamente vinculadas con las creencias religiosas sobre la naturaleza de la muerte y la existencia de una vida posterior, cumplen una función social importante y están revestidas de simbolismo (Sherr, 1992)<sup>15</sup>. La muerte ha sido sin duda una celebración excepcional en diversas culturas y se constituye en un momento único para expresar compañía, solidaridad de grupo, asimilación del mismo proceso de muerte etc. (Rojas Posada, 2005)<sup>16</sup>.

La muerte es universal y nadie escapa de ella, sin embargo cada cultura la ha vivido y la ha asumido de diferentes formas, de acuerdo con el concepto previo sobre el hecho, controlado por todas las creencias que una sociedad específica tenga del morir, del cuerpo y del mas allá. A lo largo de los años, el proceso de “buena” o “mala muerte” ha variado, esto hace que se busque acceder de alguna manera a la forma correcta.

El suicidio en la antigüedad podía ser considerado como adecuado en caso de enfermedad o dolor, en contraste con una mala muerte en medio de enfermedad o sufrimiento, también se consideraba mala muerte cuando no se tenía sepultura del cadáver. Ya en la edad media, “la buena muerte” era la que ocurría de forma lenta y

---

<sup>15</sup>Sherr, L. (1992), *Agonía, Muerte y Duelo*, México: Editorial El Manual Moderno S. A de C. V

<sup>16</sup>Rojas Posada, S. (2005), *El Manejo del Duelo*, Bogotá: GRUPO EDITORIAL NORMA

anunciada y se hacia de forma asistida, por el contrario, la inadecuada, era la que llegaba de forma repentina.

En los siglos XIV al XVIII, el dolor y la agonía con sufrimiento adquieren un notable valor religioso y se consideran como una muerte adecuada. La muerte incorrecta es entonces para los que no están preparados, la que ocurre de forma tranquila y sin dolor.

En Occidente, hasta finales del siglo XVIII, la figura del médico estaba separada de la muerte ya que éste acompañaba al paciente sólo cuando “tenía sentido”. El medico tenia la capacidad de curar, y cuando el paciente entraba en una fase terminal quedaba solo al cuidado de su familia. En el siglo XIX se comienza a confiar en el diagnostico medico y con la llegada del estetoscopio se tiene la certeza del diagnostico de muerte, dejando éste de ser patrimonio de la religión y la filosofía. La muerte buscada era de quienes se habían preparado espiritualmente para ella y habían dejado un testamento; por el contrario la muerte imprevista y sin testamento era considerada como inadecuada.

Ya en el siglo XX con el avance de la tecnología y la entrada en rigor del cuidado intensivo, se permite prolongar la vida al paciente modificando sustancialmente los límites de la vida y la forma de morir. En estos casos el hombre muere en el hospital solo o acompañado por muy pocas personas.

Como menciona Rojas Posada (2005) desde los años 60 con la aparición del cuidado paliativo, “se dignifica el proceso de muerte y se busca que ocurra en el mejor lugar para que se le brinde la mejor atención integral que el moribundo requiere”.

Actualmente muchas personas prefieren la muerte repentina e imprevista por temor al sufrimiento prolongado, sin embargo ante a realidad de un proceso terminal, la gran mayoría busca una muerte asistida con terapias diversas.

### 2.6.1 La iglesia cristiana

En el corazón de la religión cristiana está la figura de Jesucristo quien, ante los cristianos, ha sido tanto humano como divino. Ellos aceptan y tratan de seguir sus enseñanzas como están escritas en el Nuevo Testamento, así como el desarrollo y la aplicación de esta enseñanza en la vida de la iglesia. Los cristianos creen que es a través de la muerte de Jesús que la humanidad se ha reconciliado con Dios. También creen que por la resurrección de Cristo, el salvó al mundo de la muerte y el pecado y que da nueva vida a quienes creen en él. El paciente católico normalmente deseara ver a un sacerdote y recibir la extremaunción. En un principio esto se asociaba con los últimos ritos, pero actualmente se les administra a personas que no necesariamente están agonizando y tienen como objetivo ayudarlos a lograr la verdadera salud y no solo prepararlos para la muerte. Usualmente la persona hará un acto de confesión, recibirá la absolución, la sagrada comunión y la unción con aceite. Este procedimiento puede dar mucha tranquilidad a los parientes y al paciente, y el nuevo énfasis evita que el enfermo se torne muy aprensivo ante la propia muerte (Sherr, 1992).

### 2.6.2 Budismo

El camino de la vida budista ofrece criterios para el bienestar ético y espiritual de cada individuo y los exhorta a tener compasión, por cualquier forma de vida. Dado que creen en la reencarnación, todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, ya que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en vidas posteriores. Por lo tanto es importante que el individuo se comporte correctamente durante su vida. Los budistas generalmente creman a sus muertos con el fin de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para entrar dentro de su siguiente existencia.

### 2.6.3 Judaísmo

El judaísmo enfatiza el valor de la vida y la falta de un adecuado apetito puede angustiar a los parientes quienes pueden creer que la persona se esta “dando por



vencida” muy rápido. Aun cuando existen oraciones especiales que pueden rezarse en tiempo de enfermedad y cuando se acerca la muerte, en el Judaísmo no hay ninguna necesidad particular de que un intermediario proporcione los últimos ritos y por lo tanto, un judío agonizante puede solicitar no ver a un rabino. Cuando la muerte ocurre, hay maneras respetuosas y especiales de tratar el cuerpo y no se permite ninguna mutilación del mismo a menos de que haya alguna disposición legal definida para practicar una autopsia. Los judíos ortodoxos no desearían que sus órganos les fueran retirados para trasplante. En primer término, ningún órgano vital deberá ser retirado de cuerpo hasta que la muerte haya sido demostrada por el paro completo de todas las funciones vitales espontáneas y no solamente por lo que se conoce como muerte clínica, como en el caso de daño cerebral irreversible. El funeral generalmente se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas o tan pronto como sea posible y el cuerpo, por lo general, se entierra. Un “vigilante” puede permanecer con el cuerpo hasta el momento del entierro. Dependiendo del sexo del difunto, un compañero

## **2.7 Actitud**

Como menciona Bucay (2003)<sup>17</sup> en unos de los apartados de su libro *Hojas de Ruta* “hemos sido entrenados por los más influyentes de nuestros educadores para creer que somos básicamente incapaces de soportar el dolor de una pérdida”, desde pequeños nuestros padres nos brindan una formación “alejada” del dolor que para ellos es la mejor manera de no involucrarnos en sucesos dolorosos, de hacernos creer que situaciones de pérdida jamás formaran parte de nuestra vida y algo mucho peor, que si eso llega a suceder jamás podríamos superarlo, porque la tristeza es nefasta y destructiva. Y nosotros vivimos así, condicionando nuestra vida con estos pensamientos. Sin embargo, como casi siempre sucede, estas “creencias” aprendidas y transmitidas con nuestra educación son una compañía peligrosa y actúan la mayoría de la veces como grandes enemigos que empujan a costos mucho mayores que los que supuestamente evitan.

---

<sup>17</sup>Bucay, J. (2003), *Hojas de Ruta*, Editorial Océano de México S.A de C.V.

Menciona José M. Salazar (2006)<sup>18</sup> que “las actitudes son y están prediciendo las conductas y, si se desea cambiar una conducta es necesario cambiar la actitud”. Las actitudes no pueden ser medidas directamente, la manera de conocer las actitudes es a través de nuestras opiniones y creencias y, por supuesto, nuestro comportamiento. Las actitudes son formas de motivación que predisponen a la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada (Huerta, 2008)<sup>19</sup>.

La actitud del adulto frente a la muerte es el motivo central de esta investigación, para tal propósito se analizará primeramente el concepto de actitud de diferentes autores.

Secord y Backman, definen la actitud como “ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo hacia algún aspecto del entorno”.

Krech, Crutchfield y Ballachey, definen las actitudes como “sistemas duraderos de valuaciones positivas o negativas, sentimientos emocionales y tendencias a la acción favorable o contraria respecto de unos objetos sociales”.

Allport, la define como “el estado mental y nervioso de disposición adquirida a través de la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo ante los objetos y situaciones con la que se relacionan”.

Una actitud contiene tres elementos:

*El cognitivo:* referido a los conceptos, opiniones, ideas y creencias sobre los objetos, situaciones, normas o costumbres y personas.

---

<sup>18</sup>Salazar, José M. (2006), Psicología Social, 3ª ed. México: Trillas

<sup>19</sup>Huerta Paredes, J. (2008), Actitudes Humanas, Actitudes Sociales, Madrid.

*El afectivo o emocional:* se refiere a las valoraciones sobre un objeto o un hecho, en términos de atracción o no atracción.

*El conductual:* hace referencia a la predisposición de actuar sobre los hechos u objetos. Si se considera algo como negativo y ello provoca malestar o desagrado, es probable que se intente evitar. De la misma forma, si se tiene un determinado patrón de conducta, es muy probable que se intente justificar con opiniones y se adapten los afectos a él.

## **2.8 Actitud Ante La Muerte**

La toma de conciencia de la muerte puede ser considerada como una crisis de la vida del hombre, en realidad, no es la muerte, si no la conciencia de la muerte lo que constituye un problema para los hombres. No es la muerte, en efecto, lo que inspira terror, si no la representación anticipada de la muerte (Gómez, 2005). Si una persona cae muerta de repente, para ella no habría nada de terrible; ya no estaría, no podría experimentar terror. Terror y miedo pueden ser suscitados por la conciencia de la muerte. Para los muertos no hay ya ni temor ni alegría.

La muerte siempre ha sido un tema de reflexiones profundas en el área filosófica, en la religión y actualmente en el área científica, en la sociedad actual es un tema difícil de afrontar y esto conlleva a que su aceptación sea difícil, de modo que las actitudes hacia ella, llenando de las actitudes saludables de afrontamiento y aceptación a las de negación.

Esto ha generado actitudes un tanto opositoras como evitar hablar de la muerte o situaciones que conllevan a un diagnóstico fatal, no aceptar situaciones terminales, provocando alteraciones en las relaciones con el enfermo.

Las actitudes se mantienen respecto a un objetivo u objeto específico y es importante ser preciso a la hora de identificarlos, aunque generalmente se supone que los individuos luchan por conseguir algún tipo de coherencia, conexión y consistencia en sus creencias, no se sabe exactamente como integran sus actitudes hacia temas similares o diferentes. Por lo tanto, las actitudes sobre el

proceso de morir, la eutanasia, la muerte de los otros y la propia muerte pueden estar relacionadas o no. Es decir, es teóricamente posible que los sujetos tengan actitudes múltiples y quizás contradictorias respecto al mismo tema. Por ejemplo, una persona puede tener sentimientos positivos y negativos al mismo tiempo respecto a la propia muerte.

Entonces, la actitud de miedo ante la muerte es entendida como la reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia que pueden desencadenarse ante estímulos ambientales, como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se hayan asociado con los anteriores y sean capaces de provocar una respuesta condicionada; y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionados con la muerte propia o ajena. Se ha considerado que el pensamiento y la consciencia de la propia muerte, una característica exclusivamente humana que admite reacciones de desesperación y miedo y la actitud resultante –ansiedad ante la muerte- constituye la causa fundamental de toda ansiedad humana (Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2004)<sup>20</sup>. Así mismo, según Heidegger, la angustia ante la muerte es el miedo a la aniquilación y a la angustia; es la experiencia de la nada y se hace sentir como fundamento del ser. La angustia y por consiguiente la muerte misma, son el fundamento de la individualidad de los seres humanos. La angustia es un estado ambivalente entre lo que se desea pero a la vez lo que causa temor. Sin embargo, para la Gestalt, si somos capaces de establecer un contacto fluido con nosotros y con el ambiente en el que vivimos, las posibilidades de desarrollar actitudes vitales van a aumentar en gran medida, proporcionándonos así la aceptación de algo que es parte de la propia vida y esto es precisamente la muerte.

---

<sup>20</sup>Tomás-Sábado, A.C., Gómez-Benito, J. G. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Interpsiquis*. Vol. 5

## 2.9 La Adultez

En una época, los científicos del desarrollo consideraban que los años comprendidos entre el final de la adolescencia y el inicio de la vejez eran un periodo relativamente tranquilo, sin embargo, actualmente las investigaciones indican que no es así. El crecimiento y el deterioro ocurren a lo largo de toda la vida en un equilibrio que difiere para cada individuo (Cameron, 2012)<sup>21</sup>.

### 2.9.1 Edad Adulta Temprana

Esta fase según Levinson de los 17 a los 40 es de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. La vida del individuo gira en torno de dos polos fundamentales: la familia y el trabajo. Es una fase en la que se hace especialmente presente la tensión entre la concepción de lo joven y lo viejo. Pero el problema está a la hora de determinar el alcance de la crisis, por lo regular en esta etapa de la vida el individuo no ve la muerte como algo próximo, pues sus intereses y preocupaciones están enfocados a la formación de la familia y el trabajo y crecimiento profesional.

### 2.9.2 Edad Adulta Intermedia

No existe consenso acerca de eventos biológicos o sociales específicos que marque el inicio o el final de la edad madura. Se define la edad adulta intermedia en términos cronológicos como los años comprendidos entre los 40 y 65 (Papalia, 2005)<sup>22</sup>, sin embargo esta definición es arbitraria ya que la edad madura puede definirse desde otros contextos. Unos de estos contextos es la familia, en algunas ocasiones se define al adulto maduro como alguien con hijos ya crecidos y padres ancianos. Sin embargo, en la actualidad, adultos que se encuentran dentro de este rango de edad aun están criando hijos pequeños o en algunos casos existen adultos que aun no tienen hijos. Los que tienen hijos crecidos probablemente estén experimentando que el nido se vacía o se vuelve a llenar con la llegada de los

---

<sup>21</sup>Cameron, N. (2012), *Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología: un enfoque dinámico*, México: Trillas

<sup>22</sup>E. Papalia, D. (2005), *Desarrollo Humano*, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V., México, D. F.

nietos. Dentro del contexto biológico es probable que adultos de 50 años que se han ejercitado y alimentado de manera saludable y regular sean biológicamente más jóvenes que un adulto de 35 años que lleve una vida sedentaria (Papalia, 2005).

En la edad madura el individuo tiene conciencia de que empieza a hacerse viejo, se observa con menos energía y hay inclinación por actividades intelectuales, las enfermedades crónicas se hacen mas comunes, la visión y el oído disminuyen, se presenta la menopausia, los hijos han dejado el hogar, la carrera profesional o trabajo generalmente alcanzan su cima, en este periodo se marca el fin de la crianza y educación de los hijos, hay una disminución en algunos satisfactores, es tiempo de revitalizar el matrimonio o encontrar nuevas ocupaciones, y es el tiempo en el cual uno se da cuenta del hecho de la muerte como una cosa real, personal y propia.

La teoría del desarrollo de Erikson nos amplía la visión del papel que juega la angustia ante a muerte en la vida adulta y al destino final de la lucha contra la amenaza de la muerte. Los adultos de edad mediana (en la fase de Erikson de generatividad frente a un estancamiento), pueden sentirse frustrados en sus expectativas de involucrarse en las futuras generaciones y de poder disfrutar de un placer trabajosamente conseguido. Es por esta razón que la llegada de la edad adulta conlleva que surjan estos miedos o temores originando ansiedad y tensión en el adulto.

### 2.9.3 Edad Adulta Tardía

Los 65 años de edad son el punto tradicional de entrada a la edad adulta tardía, la última fase de la vida. Las diferencias individuales se vuelven mas pronunciadas en los últimos años,

El envejecimiento primario es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años, de manera independiente. El envejecimiento secundario consiste en los resultados de la

enfermedad, el abuso y el desuso, factores que a menudo son inevitables y que están dentro del control de la gente.

## 2.10 Ansiedad

Las manifestaciones de la ansiedad pueden ir desde una leve inquietud hasta verdaderos ataques de pánico y fobias. La ansiedad esta presente en la vida de todas las personas hasta cierto punto. La ansiedad ha sido descrita en muchas ocasiones como un fenómeno moderno. No cabe duda de que ahora somos mucho más conscientes que nunca de los efectos que pueden llegar a tener sobre nuestras vidas. Nadie es inmune a ella, y de vez en cuando todos sentimos ansiedad. El nivel de ansiedad que un individuo esta experimentando en un momento dado se reflejara en el comportamiento de esa persona. Dependiendo de grado de ansiedad, el efecto puede ser positivo o negativo (Sheehan, 1996)<sup>23</sup>.

Como lo menciona Sheehan (1996), esta activación inadecuada de la respuesta luchar o huir sólo se da periódicamente, y queda limitada a breves periodos de tensión o inquietud. Pero en otros casos, es su respuesta cotidiana al estrés. Los sistemas nerviosos simpáticos de estas personas parecen ser particularmente sensibles, y hallarse en un estado continuo de activación, por lo que reaccionan de la misma manera tanto ante las situaciones o acontecimientos que requieren una acción instantánea como ante la percepción de una tensión continuada. Esto puede acabar llevando a un estado de ansiedad crónica.

### 2.10.1 Trastorno de Ansiedad

Cuando una persona desarrolla manifestaciones físicas y fisiológicas de ansiedad en ausencia de un estímulo provocador, es probable que padezca un trastorno de ansiedad (Hambly, 1992)<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup>Sheehan, E. (1997), *Cómo Combatir la Ansiedad y el Pánico*, Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.

<sup>24</sup>Hambly, K., (1992), *Vence la Ansiedad*, Edaf, Madrid

Sheehan (1996) define un estado de ansiedad de la manera siguiente:

“un estado de ansiedad e inquietud continuas e irracionales, que ocasionalmente pueden agudizarse hasta convertirse en un miedo agudo próximo al pánico, acompañado por síntomas de perturbación autónoma; con efectos secundarios sobre otras funciones mentales, como la concentración, la atención, la memoria y la capacidad de raciocinio”.

Menciona Oaklander (2008)<sup>25</sup> que dado que los niños son básicamente egocéntricos y que como parte de su proceso normal de desarrollo toman todo en forma personal, se responsabilizan y culpan por cualquier trauma, ya sea acoso, maltrato, muerte de un ser querido o divorcio de sus padres, siendo estas pérdidas que bloquean sus emociones y no saben como expresarlas, de esta manera al llegar a la etapa adulta todos estos factores no resueltos en la niñez puesto que no se obtuvo una educación inicial pueden incrementar los niveles de ansiedad teniendo en cuenta los criterios mencionados anteriormente. Al ayudar al niño a desarrollar un fuerte sentido del sí mismo, experimenta una sensación de bienestar y un sentimiento positivo del yo, así como la fuerza interna para expresar esas emociones sepultadas, que son herramientas básicas para la vida adulta ya que las emociones no expresadas, ocultas, pueden sabotear cualquier proceso de sanación generando actitudes evasivas y de ansiedad ante la muerte.

### 2.10.2 Trastorno de Ansiedad Generalizada

La clasificación internacional de enfermedades CIE-10<sup>26</sup> señala que la característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una angustia libre flotante).

---

<sup>25</sup>Oaklander, V. (2008), El Tesoro Perdido, Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.

<sup>26</sup>Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10



Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

### Pautas para el Diagnóstico

El enfermo debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupación acerca de calamidades venideras, sentirse “al límite”, dificultad de concentración, etc.)
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse)
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.)

En los niños suelen ser llamativas la necesidad constante de seguridad y las quejas somáticas recurrentes.

Por otra parte el Manual de Diagnósticos Clínicos DSM IV<sup>27</sup> La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones (Criterio A). El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación (Criterio B). La ansiedad y la preocupación se acompañan de al

---

<sup>27</sup>Manual de Diagnósticos Clínicos DSM IV

menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) (Criterio C). Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia (trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático (Criterio D). Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo.

(Criterio E). Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio F). La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el curso

del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

#### Criterios Para el Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.
  
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
  
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:
  - (1) inquietud o impaciencia
  - (2) fatigabilidad fácil
  - (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
  - (4) irritabilidad
  - (5) tensión muscular
  - (6) alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensacional despertarse de sueño no reparador).
  
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la

preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

## **2.11 Centro Integral de Salud Mental (CISAME)**

Salud Mental inicia en la región sur de Veracruz desde junio del 2006, surge de la preocupación del gobierno del estado por los índices cada vez más grandes de trastornos mentales, Iniciando con un módulo de salud mental en cada una de las once jurisdicciones sanitarias.

Perteneciente a la jurisdicción número XI, da inicio el módulo de salud mental en el Centro de Salud “Dr. Agustín Hernández Mejía en la ciudad y puerto de Coatzacoalcos, Ver, a partir del 05 de junio del año 2006.

Se proporciona atención a la población abierta de los 18 municipios que corresponden al área de responsabilidad de la jurisdicción sanitaria. Atendiendo padecimientos mentales como: esquizofrenia, epilepsia, depresión, ansiedad, trastornos de la alimentación, adicciones, trastornos de déficit de atención e hiperactividad, trastornos esquizoafectivos etc. El personal con el que inicia comprende a un médico, una psicóloga, una enfermera y una trabajadora social, los cuáles fueron instruidos para estar en dicho módulo tomando un curso de capacitación en la ciudad de Xalapa durante una semana.

Las acciones primordiales del programa de salud mental desde sus inicios han sido: promoción a la salud, detección oportuna de trastornos mentales, valoración adecuada y seguimientos de casos.

Este programa está regido por el modelo veracruzano de salud mental; tiene su coordinación desde la ciudad de Xalapa, Ver y de ahí se obtienen los lineamientos y normatividad; así como la manera de llevar a cabo todas y cada una de las actividades; dando mayor importancia a la detección oportuna y tratamientos adecuado de los diferentes trastornos mentales como: esquizofrenia, epilepsia, depresión, ansiedad, trastorno mixto, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, trastornos de la alimentación, adicciones etc.

Desde el mes de octubre del 2008 dejó de ser un módulo y se incorpora al área adjunta del Hospital General de especialidades “Dr. Valentín Gómez Farías, y pasa a ser una clínica especializada en salud mental, integrándose al equipo de trabajo un psicólogo y un médico psiquiatra.

Incrementándose con esto una mayor demanda de servicios de salud mental; así como la necesidad de crear estrategias para poder abarcar mayor capacidad de proporcionar los servicios; estas son: invitaciones para residencias y servicio social de psicólogos y médicos; así como crear terapias complementarias de baile, ocupacionales y grupos de autoayuda.

**CAPITULO III:**  
**METODOLOGÍA**

La investigación que se llevó a cabo en este trabajo, se realizó a fin de conocer que actitudes ante la muerte presentan las personas entre 19 y 75 años de edad del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Coatzacoalcos, Ver. En un periodo de tiempo de Febrero, Marzo, Abril y Mayo del año 2013.

### **3.1 Enfoque Metodológico**

El enfoque metodológico utilizado en este estudio es cuantitativo (Sampieri, 2008)<sup>28</sup> que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis planteadas al inicio de esta investigación con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar la teoría.

### **3.2 Tipo de Estudio**

El tipo de estudio utilizado en esta investigación es de corte transeccional, el cual consiste en realizar el estudio en un solo periodo de tiempo (Sampieri, 2008).

#### **3.2.1 Alcance de la Investigación**

Con respecto al alcance de la investigación, esta es Descriptiva, ya que de acuerdo a Sampieri (2008), se miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir.

### **3.3 Sujetos**

Esta investigación fue delimitada por criterios de inclusión y exclusión, de acuerdo, a los fines de la investigación, finalmente la muestra fue dirigida o no probabilística (Sampieri, 2008) por que la elección de la población no dependió de la probabilidad si no de las características de la investigación, quedando 26 adultos cuya edad oscila entre los de 19 a 75 años, de los cuales 22 mujeres (84.6%) y 4 hombres (15.3%) con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada, de los cuales 12 (46.1%) son casados, 2 (7.6%) viven en unión libre, 7 (26.9%) son solteros, 2 (7.6%) separados, 1 (3.8%) divorciado y 2 (7.6%) son viudos, de religión católica (65.3%),

---

<sup>28</sup>Hernández Sampieri, R. (2008), cuarta Edición, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

pentecostés (7.6%), cristiana (7.6%), adventista (3.8%) y el 15.3% no profesan ninguna religión, de escolaridad 7 (26.9%) solo estudiaron primaria, 4 (15.3%) secundaria, 5 (19.2%) preparatoria, 4 (15.3%) tienen una carrera técnica-comercial, 5 (19.2%) tienen estudios universitarios y solo 1 (3.8%) no tienen ningún tipo de estudios y que asistieron por primera vez al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos Veracruz. Que cumplen con los criterios y que tuvieron la disponibilidad de colaborar en la investigación (muestra no probabilística por conveniencia).

### **3.4 Instrumento**

#### **3.4.1 Ficha de identificación.**

Así mismo se elaboró una ficha de identificación con características de un censo por cada participante que permitió conocer las características más relevantes y específicas de las personas que participaron en este estudio como la edad de las personas, estado civil, sexo, religión, escolaridad, a fin de considerar estos datos en el trabajo de análisis descriptivo de esta investigación, las características como ocupación, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, residencia actual, dirección y teléfono no fue necesaria incluirlo en el análisis ya que la investigación iba a dispersarse en ámbitos no requeridos para esta investigación. (Anexo 1)

#### **3.4.2 Perfil Revisado De Actitudes Frente A La Muerte (PAM-R)**

Se utilizó el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R) que es un instrumento multidimensional de medida de las actitudes hacia la muerte desarrollado por Gesser y otros (1987-1988) y tiene una fiabilidad que va de buena a muy buena, es una escala tipo Likert que consta de 32 ítems, las puntuaciones de todos los ítems van de 1 a 7 en la dirección de totalmente de acuerdo (1) a totalmente en desacuerdo (7). Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que lo forman.

Las dimensiones que mide el instrumento son miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento, aceptación de escape.



*El Miedo a la muerte* se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.

*La Evitación ante la muerte* se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, dialogo, lugar, que se asocie con la misma.

*La Aceptación neutral* definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante la posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.

*La Aceptación de acercamiento* se relaciona con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte.

*La Aceptación de escape* se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas. (A. Neimeyer, 1997). (Anexo 2)

### **3.5 Métodos Teóricos**

Como métodos teóricos se utilizó el análisis-síntesis, inducción y deducción y el histórico-lógico que facilitaron la realización de una adecuada reflexión en torno a las bases teóricas relacionadas con el objeto de estudio y al comportamiento histórico de la problemática analizada en el contexto mexicano.

### **3.6 Métodos Empíricos**

Como métodos empíricos se empleó el análisis de instrumento Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R). Para tales efectos se le aplicó un cuestionario tipo Likert que consta de 32 ítems, las dimensiones que mide el instrumento son miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación neutral, aceptación de acercamiento, aceptación de escape y la observación que va a servir de sustento y diagnóstico ligero para la aplicación del instrumento a las personas entre 19 y 75 años de edad con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada del Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver.

### **3.7 Procesamiento de la Información**

Para procesar la información cuantitativa se utilizó el software especializado Microsoft Excel 2010, lo cual permitió posteriormente llevar a cabo el análisis final de la información obtenida.

Con el propósito de llevar a cabo la siguiente investigación se llevaron a cabo los siguientes pasos:

- Se tramitaron los permisos correspondientes en el Centro Integral De Salud Mental con motivo de la aplicación de los instrumentos descritos utilizando la población de pacientes como sujetos de la investigación.
- Se aplicó de manera la entrevista, clinimetrías y el instrumento a los pacientes que iban llegando a citas por primera vez y cubrían con los criterios para el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada
- Se llevó a cabo la calificación de las pruebas y el análisis de los resultados obtenidos en base a los datos arrojados por cada instrumento para el alcance de los objetivos propuestos.
- Finalmente se establecieron las conclusiones, limitaciones y recomendaciones pertinentes al estudio llevado a cabo.

### **3.8 Escenario**

La aplicación del instrumento se llevó a cabo en el Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Coatzacoalcos, Ver. Ubicado en Zaragoza #806 Col. Centro, en la sala de usos múltiples.

**CAPITULO IV:**  
**RESULTADOS**

#### 4.1 Resultados de la Ficha de Identificación

Tabla 1.- Características de la población en frecuencia y porcentaje de las características sexo, edad, religión, estado civil escolaridad y actitudes ante la muerte que presenta la población adulta del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Coatzacoalcos, Ver.

<b>ADULTOS CON IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</b>			
		<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo	• Hombre	4	15.3%
	• Mujer	22	84.6%
Edad	• 15 – 19 años de edad	15	57.69%
	• 40 – 59 años de edad	8	30.76%
	• 60 – 75 años de edad	3	11.55%
Estado civil	• Casado (a)	12	46.1%
	• Unión libre	2	7.6%
	• Soltero (a)	7	26.9%
	• Separado (a)	2	7.6%
	• Divorciado (a)	1	3.8%
	• Viudo (a)	2	7.6%

Religión	• Pentecostés	2	7.7%
	• Cristiana	2	7.7%
	• Católica	17	65.3%
	• Adventista	1	3.8%
	• Ninguno	4	15.3%
Escolaridad	• Primaria	7	26.9%
	• Secundaria	4	15.33%
	• Bachillerato	5	19.26%
	• Carrera técnica-comercial	4	15.3%
	• Universidad	5	19.2%
	• Sin estudios	1	3.8%

Tabla 2.- Análisis de resultados en función de género y las frecuencias más significativas que presentan las personas con impresión diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada que asisten al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver.

		<b>HOMBRES</b>	<b>MUJERES</b>
Sexo		15.39%	84.61%
Edad	40 a 59 años	75%	54%
Estado civil	Casado (a)	50%	45.45%
Religión	Católica	75%	68.19%
Escolaridad	Primaria	25%	25%
Aceptación neutral		75%	22.73%
Aceptación de acercamiento		-	22.73%
Aceptación de escape		-	22.73%

#### 4.2 Resultados de la Escala Tipo Likert del Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R).

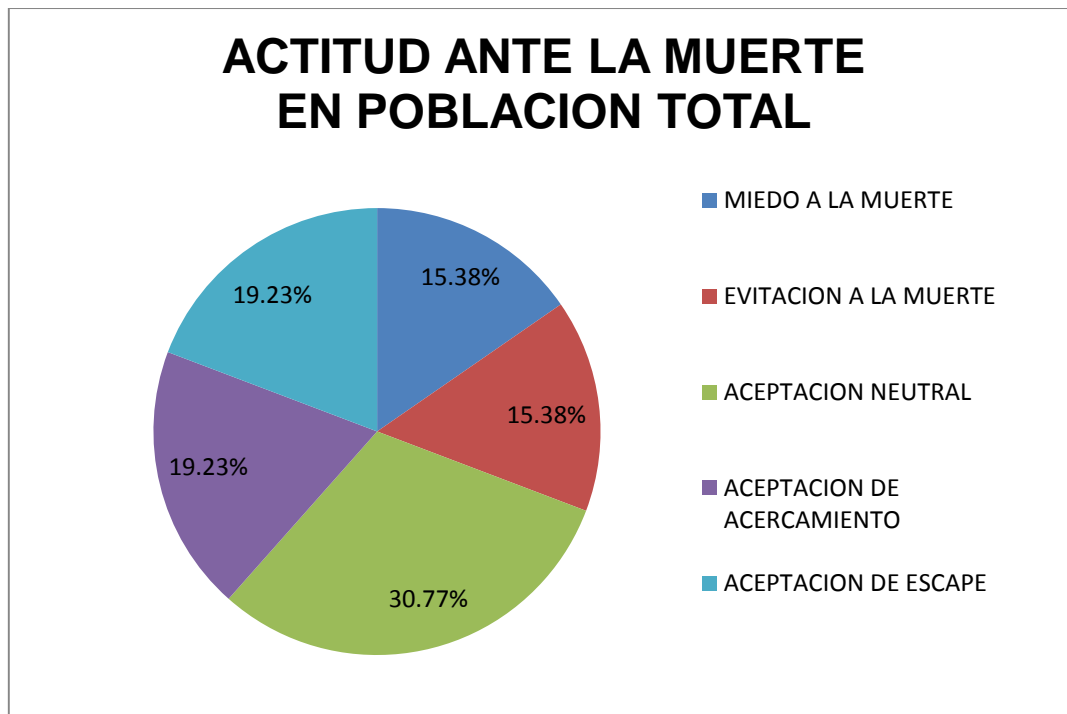


Gráfico 2.- Distribución de la muestra de acuerdo a las actitudes ante la muerte en la población total. De acuerdo a lo observado en la gráfica, la actitud neutral es la predominante con un 30.77% de la muestra, seguido de la actitud de aceptación de acercamiento y aceptación de escape con un 19.23% de la muestra y como actitudes menos sobresalientes las actitud de miedo a la muerte y evitación a la muerte con un 15.38% de la muestra total.



## ACTITUD ANTE LA MUERTE (POBLACION MASCULINA)

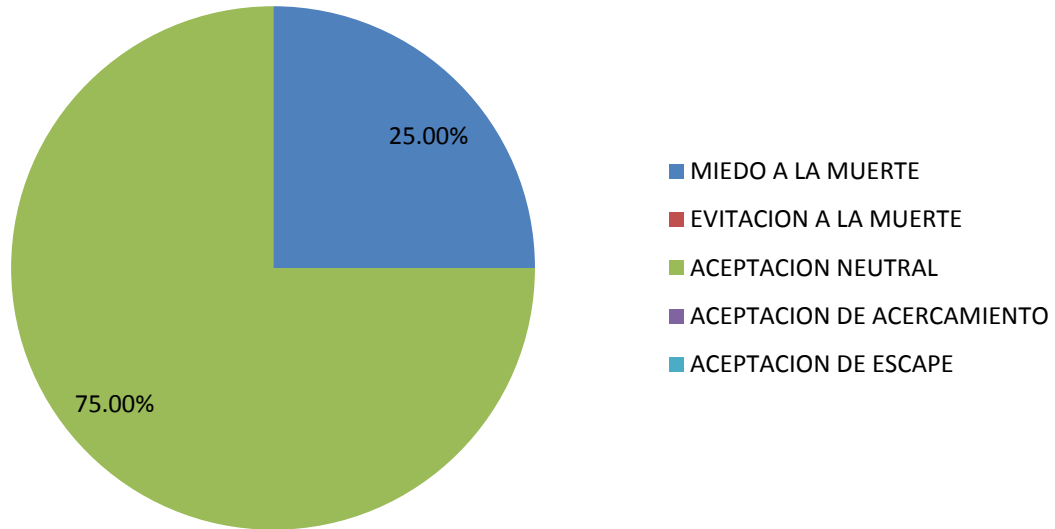


Gráfico 3.- Distribución de la muestra de acuerdo a las actitudes antes la muerte en la población masculina. La gráfica muestra que el 75% de la población masculina tiene una actitud de aceptación neutral ante la muerte y el 25% miedo a la muerte.

## ACTITUD ANTE LA MUERTE (POBLACION FEMENINA)

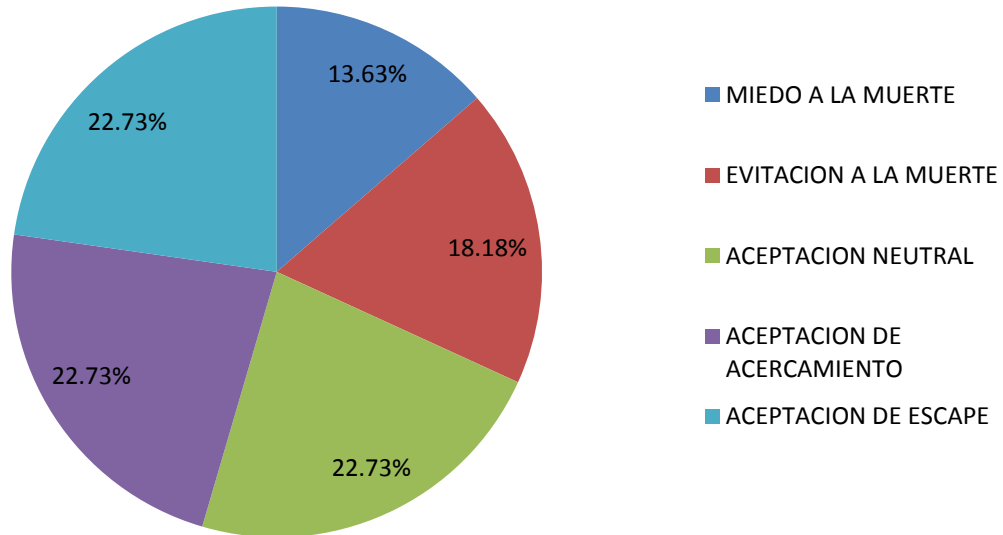


Gráfico 4.- Distribución de la muestra de acuerdo a las actitudes ante la muerte en la población femenina. Como se observa en la gráfica, la población femenina tiene como sobresaliente la actitud neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape ante la muerte con un 22.73% de la muestra total, la actitud de evitación a la muerte ocupa un 18.18% y la actitud de miedo a la muerte con un 13.63% de la muestra.

**CAPITULO V:**  
**DISCUSIÓN**

## 5.1 Análisis de los resultados

De la población de pacientes que fueron encuestados del Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Que en total fueron 26, se destaca que en su mayoría fueron del sexo Femenino con un rango de edad de 19 y 39 años de edad, casados, de religión católica y con un nivel de escolaridad de primaria. La actitud ante la muerte predominante en la población total es de Aceptación Neutral y como actitud menos predominante se encuentran Miedo a la Muerte y Evasión a la Muerte.

La población Masculina considera a la muerte como parte integral de la vida, ni temen a la muerte ni le dan la bienvenida, simplemente la aceptan como uno de los hechos inalterables de la vida. Por lo tanto implica una actitud ambivalente, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante la posible llegada.

En la población femenina encontramos que la muerte es parte integral de la vida, estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir, esta aceptación neutral implica la creencia de una vida feliz después de la muerte y tiene que ver con creencias y prácticas religiosas, sin embargo, cuando la vida está llena de dolor y miseria, la muerte puede ser una alternativa de bienvenida. Por lo tanto, en la Aceptación de Escape como una de las actitudes predominantes en la población femenina, la actitud positiva hacia la muerte se basa, no en la bondad de la muerte, si no en la maldad de la vida.

## CONCLUSIÓN

Con esta perspectiva se puede concluir que el 30.77% de la muestra total de la población con la que se trabajó presenta una actitud de aceptación neutral hacia la muerte, dándonos un panorama saludable de la actitud que presentan hacia ella. Sin embargo las personas que acuden al Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos, Ver. Son personas que presentan síntomas que les impide seguir llevando una buena calidad de vida, pues sus cargas emocionales como miedos, angustias, tristezas y sus historias de vida llenas de abandono y pérdidas, tanto de seres queridos como de salud han influido en su actitud hacia la muerte.

Dándonos como resultado que la población total tiene una inclinación hacia la aceptación neutral considerando a la muerte como parte integral de la vida y se correlaciona positivamente con el bienestar psicológico y físico, particularmente por que la población estaba conformada por adultos entre 40 y 59 años de edad encontrándose en buena salud física. Es por esto, que aunado a su padecimiento de Ansiedad los sujetos con esta actitud están motivados hacer de su vida lo más plena y llena de sentido posible.

Tomando en cuenta que tienen una actitud de aceptación neutral alta y miedo a la muerte bajo, se puede decir que estas personas están altamente motivadas a salir de sus problemas de ansiedad, de terminar sus tareas en la vida antes de que sea demasiado tarde y les llegue la muerte.

En la mayoría de las personas se observa una característica de suma importancia que es el religioso, brindándoles seguridad y tranquilidad, pues si bien no en todos se presenta una vida plena y feliz al menos este factor les da confianza y la creencia de la posibilidad de pensar en un reencuentro con sus seres queridos y/o con un ser superior, de esta manera dándoles un sentido a sus vidas.

En la población femenina en su mayoría son creyentes católicas, considera a la muerte como algo natural de la vida que al llegar, una vida nueva y mejor les espera aliviándolas del sufrimiento de la vida, considerando a la muerte como una

liberación. A diferencia de los hombres, que aunque en su mayoría son católicos, no creen en una vida después de la muerte.

La muerte es considerada como parte integral de la vida, no se puede evitar, estar vivo es vivir con la muerte y con el proceso de morir. Ni se teme a la muerte ni se le da la bienvenida, simplemente se le acepta como uno de los hechos inalterables de la vida y se intenta sacar el máximo provecho a una vida finita.

Esta manera de ver la muerte es compartida tanto en la población femenina como en la masculina, sin embargo la percepción está dividida a favor y en contra, como una forma de salida ante el sufrimiento de la vida (población femenina) y existe ese temor de la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor, al sufrimiento que hace (población masculina) evitar y rechazar el tema ante la muerte y toda situación que se asocie con la misma, dando lugar a disfrutar la vida sin pensar en la muerte.

Finalmente se considera que las personas con Impresión Diagnóstica de Trastorno de Ansiedad Generalizada del Centro Integral de Salud Mental de Coatzacoalcos Ver. Aceptan la muerte como parte de la vida y tienen la creencia de la vida después de la misma.

## **PROPUESTA PARA EL QUEHACER DEL PSICÓLOGO CLÍNICO**

La tarea esencial de Psicólogo Clínico es principalmente la investigación fundamental de los patrones anormales del comportamiento, para evaluarlos y establecer programas de cambio, utilizando los conocimientos teóricos y prácticos de la ciencia psicológica, así como a la investigación de los problemas de comportamiento que se presentan en personas psicológicamente normales con problemas corrientes, problemas que pueden surgir en su vida diaria a nivel individual, familiar, sociolaboral o comunitario y en todos los aspectos de los servicios sanitarios.

De esta manera se establecen las siguientes sugerencias basadas en las necesidades encontradas en los resultados obtenidos en esta investigación:

- 1.- Crear un grupo psicoeducativo Tanatológico, que sirva para reconstruir el concepto de muerte e impulsar el sentido de vida a la población general del Centro Integral de Salud Mental (CISAME) de Coatzacoalcos, Ver.
- 2.- Impartir talleres para el manejo de emociones como enojo, perdón, frustración, angustia, miedo, mediante grupos de apoyo y terapias grupales.
- 3.- Establecer talleres específicos a la población masculina para lograr una actitud de acercamiento y sentido de vida.
- 4.- Promover la terapia ocupacional específicos para la población femenina que permita establecer vínculos personales que modifiquen la actitud de escape por una actitud de acercamiento ante la muerte.
- 5.- Resulta conveniente realizar futuras investigaciones que permitan reforzar los hallazgos encontrados, tratando de hacer un acercamiento precedente al entendimiento de las manifestaciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales frente a la muerte.

## GLOSARIO

**Aceptar:** recibir algo en forma voluntaria. Tratándose de un desafío, admitir sus consecuencias y condiciones, y comprometerse a cumplirlas. Recibir sin tornarse inestable y sin alterarse.

**Actitud:** estado del ánimo que se expresa de una cierta manera.

**Adultez:** edad o periodo en que se ha llegado al mayor crecimiento o desarrollo, tanto físico como psicológico.

**Angustia:** combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con especial referencia a sus manifestaciones corporales.

**Ansiedad:** condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación.

**Comportamiento:** es la manera en la cual se porta o actúa un individuo.

**Conciencia:** acto psíquico mediante el cual una persona se percibe a sí misma en el mundo.

**Cultura:** especie de tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una sociedad determinada. Por lo tanto, las costumbres, las prácticas, las maneras de ser, los rituales, los tipos de vestimenta y las normas de comportamiento son aspectos incluidos en la cultura.

**Doliente:** aquel que se sufre o se duele por una pérdida de cualquier tipo. Aflicción emocional y del alma que repercute en el cuerpo físico.

**Dolor:** sensación molesta, aflictiva y por lo general desagradable en el cuerpo o el espíritu. Puede tratarse, por lo tanto, de una experiencia sensorial y objetiva (el dolor físico) o emocional y subjetiva (el dolor anímico).

**Evasión:** acción y efecto de evadir o evadirse (eludir una dificultad, evitar un peligro).



**Fenómeno:** se refiere a algo que se manifiesta en la dimensión consciente de una persona como fruto de su percepción.

**Mecanismo de defensa:** son procesos psicológicos que no se desarrollan de manera consciente sino automática, para proteger a un individuo frente a una determinada situación de estrés o ansiedad.

**Miedo:** comportamiento emotivo caracterizado por un tono afectivo de desagrado y acompañado de actividad del sistema nervioso con varios tipos de reacciones motoras como el encogimiento o el temblor.

**Moribundo:** La persona que está muriendo o a punto de morir.

**Muerte:** cesación o término de la vida.

**Pérdida:** carencia o privación de lo que se poseía.

**Ritual:** costumbre o ceremonia que se repite de forma invariable de acuerdo a un conjunto de normas ya establecidas. Los ritos son simbólicos y suelen expresar el contenido de algún mito.

**Sociedad:** conjunto de individuos que viven bajo unas mismas normas, leyes y cierto protocolo, tiene sus subculturas y subgrupos pero todos los individuos de una sociedad se dirigen hacia un fin común.

**Trastorno:** Puede hacer referencia a una alteración leve de la salud a un estado de enajenación mental.

## BIBLIOGRAFIA

1. Avila Palencia, Martha (2006), Calidad de la Atención al Final de la Vida: Manual para el Médico y la Enfermera, GRAMA EDITORA S. A.
2. Bayés R., (2001), Psicología del Sufrimiento y de la muerte, Barcelona, Martínez Roca Editores
3. Bucay, J. (2003), Hojas de Ruta, Editorial Océano de México S.A de C.V.
4. Cameron, N. (2012), Desarrollo de la Personalidad y Psicopatología: un enfoque dinámico, México: Trillas
5. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10
6. E. Papalia, D. (2005), Desarrollo Humano, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V., México, D. F.
7. Ferrezuelo, P. (1985), Definición del Psicólogo Clínico y Funciones que Desempeña, Papeles del Psicólogo, n° 20, ISSN 0214-7823
8. Frankl, Víctor E. (2004), El Hombre en Busca de Sentido, Herder Editorial, S. L., Barcelona
9. Freud, A. (1980), El yo y los Mecanismos de defensa, 1° reimpresión, Editorial Paidós. España.
10. Gómez Sancho, M. (2006), Como Dar las Malas Noticias, Tercera Edición, Madrid, AFRAN Ediciones S.L.
11. Gómez Sancho, M. (2007), La Pérdida de un se querido. El duelo y el luto, Segunda Edición, AFRAN Ediciones S.L.
12. Gómez Sancho, M., (2005), Morir con Dignidad, Madrid, AFRAN Ediciones S. L.
13. González Nava, O. C. (2009), Actitud y Ansiedad ante la Muerte en Estudiantes de Enfermería, Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.
14. Hambly, K., (1992) Vence la Ansiedad, Edaf, Madrid
15. Hernández Sampieri, R. (2008), cuarta Edición, McGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.
16. Huerta Paredes, J. (2008), Actitudes Humanas, Actitudes Sociales, Madrid.

17. Ibáñez Brambila, B. (1995), Manual para la Elaboración de Tesis, 2ª ed. Trillas: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, México.
18. Köbler Ross, E. (1989), Sobre la Muerte y los Moribundos, Barcelona, Grijalbo.
19. Manual de Diagnósticos Clínicos DSM IV
20. Neimeyer, Robert A. (1997), Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte, Buenos Aires: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
21. Oaklander, V. (2008), El Tesoro Perdido, Santiago de Chile: Cuatro Vientos Editorial.
22. Pérez Martínez, R. y Velazco Ramírez, J. F. (2011), Actitud Ante la Muerte en Ancianos que se encuentran en Asilos del INAPAM. Tesina de Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C. México D. F.
23. Rojas Posada, S. (2005), El Manejo del Duelo, Bogotá: GRUPO EDITORIAL NORMA
24. Salama Penhos, H. (2004), Gestalt, de persona a persona, tercera Edición, Alfaomega Grupo Editor, México
25. Salazar, José M. (2006), Psicología Social, 3ª ed. México: Trillas
26. Sheehan, E. (1997), Cómo Combatir la Ansiedad y el Pánico, Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
27. Sherr, L. (1992), Agonía, Muerte y Duelo, México: Editorial El Manual Moderno S. A de C. V
28. Tomás-Sábado, A.C., Gómez-Benito, J. G. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte: aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. Interpsiquis. Vol. 5
29. Uribe Rodríguez, A. F. y Valderrama Orbezo, L (2007), Actitud y Miedo Ante la Muerte en Adultos Mayores, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Pensamiento Psicológico, Vol. 3, N°8, 2007, Pp. 109-120.

30. Uribe Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Duran Vallejo, D. M., Galeano Monroy, C. y Gamboa, K. (2008), Diferencias Evolutivas en la Actitud ante la Muerte entre Adultos Jóvenes y Adultos Mayores, Pontificia Universidad Javeriana, Cali – Colombia Santiago López Universidad Santiago De Compostela- España, Acta Colombiana De Psicología 11 (1): 119-126.

## ANEXOS

ANEXO 1

### FICHA DE IDENTIFICACION

Fecha:

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha de nacimiento:**

**Sexo:**

**Religión:**

**Estado Civil:**

**Con quien vive:**

**Escolaridad:**

**Ocupación:**

**Lugar de nacimiento:**

**Actualmente donde vive:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

Anexo 2

**PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE (WONG, REKER, GESSER, 1988)**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ INSTITUCION: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada afirmación cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo.

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades:

**TA= totalmente de acuerdo A= bastante de acuerdo MA= algo de acuerdo I= indeciso**

**MD= algo en desacuerdo D= bastante en desacuerdo TD= totalmente en desacuerdo**

Si estas indeciso pon un círculo en **I**, sin embargo, intenta usar la categoría de indeciso lo menos posible.

Es importante que leas y contestes todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1.- la muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
2.- la perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad	TD	D	MD	I	MA	A	TA
3.- evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
4.- creo que iré al cielo cuando muera	TD	D	MD	I	MA	A	TA
5.- la muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones	TD	D	MD	I	MA	A	TA
6.- la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable	TD	D	MD	I	MA	A	TA
7.- me trastorna la finalidad de la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
8.- la muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva	TD	D	MD	I	MA	A	TA
9.- la muerte proporciona un escape de este mundo terrible	TD	D	MD	I	MA	A	TA
10.- cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
11.- la muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento	TD	D	MD	I	MA	A	TA
12.- siempre intento no pensar en la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
13.- creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo	TD	D	MD	I	MA	A	TA
14.- la muerte es un aspecto natural de la vida	TD	D	MD	I	MA	A	TA
15.- la muerte es la unión con Dios y la gloria eterna	TD	D	MD	I	MA	A	TA
16.- la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa	TD	D	MD	I	MA	A	TA
17.- no temería la muerte ni le daría la bienvenida	TD	D	MD	I	MA	A	TA

18.- tengo un miedo intenso a la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
19.- evito totalmente pensar en la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
20.- el tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho	TD	D	MD	I	MA	A	TA
21.- me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco	TD	D	MD	I	MA	A	TA
22.- tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir	TD	D	MD	I	MA	A	TA
23.- veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal	TD	D	MD	I	MA	A	TA
24.- la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida	TD	D	MD	I	MA	A	TA
25.- veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito	TD	D	MD	I	MA	A	TA
26.- intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
27.- La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma	TD	D	MD	I	MA	A	TA
28.- Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma	TD	D	MD	I	MA	A	TA
29.- Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida	TD	D	MD	I	MA	A	TA
30.- La muerte no es buena ni mala	TD	D	MD	I	MA	A	TA
31.- me ilusiona pensar en una vida después de la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA
32.- me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte	TD	D	MD	I	MA	A	TA