



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional

**Muerte digna y Eutanasia. Diferencias de opiniones entre
adultos jóvenes y personas mayores de Cuautitlán Izcalli**

Reporte de Investigación Empírica

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

Karen Noemi De la Rosa Iturbe

Director: Lic. Gustavo Montalvo Martínez

Vocal: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya

Mtra. Selene Domínguez Boer

Los Reyes Iztacala Tlalneantla, Estado de México, Febrero, 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatorias

A mi papá, porque todo lo que pasaste me enseñó a ser más fuerte, responsable, a luchar por mis sueños y a aprender a decir adiós porque ahora que ya tienes paz, ya podrás descansar de tanto.

A mi hermana Pao, por la lealtad, apoyo incondicional y paciencia infinita con todo esto, también eres parte de este logro.

A mi sobrino Amír, porque aun siendo tan pequeñito nos das la alegría y nos recuerdas que el mundo es maravilloso y sorprendente.

Finalmente a mi mamá, que hasta el último momento de tu vida me motivaste a perseguir mis sueños, a no dejarlos por nada del mundo, a siempre tratar de ser mejor persona y ayudar a los demás; a nunca dejar de ver las cosas buenas de la vida y siempre buscarle el lado positivo. Sé que desde donde estás, sonríes, porque este sueño cumplido fue gracias a ti.

Agradecimientos

Primeramente a Dios y a Esperanza por guiar mi camino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por el excelente nivel académico y por sus excelentes programas de educación a distancia.

Al SUAYED por la oportunidad que le otorga a las personas que como yo tienen que trabajar y estudiar al mismo tiempo, por sus excelentes programas de aprendizaje y por los mejores tutores que comparten su conocimiento.

A mi Director de Manuscrito Recepcional: Lic. Gustavo Montalvo Martínez por su calidez humana, por su amable, paciente y atenta guía durante este proceso, por compartir sus amplios conocimientos y por hacer más de lo que su papel solicita. Gracias, Profesor.

A mis dictaminadoras, Mtra. Claudia Canto y Mtra. Selene Domínguez, por su comprensión y buena disposición para leerme, corregirme y guiarme.

A mi familia: Tía Ana, gracias por cumplir siempre la palabra que le diste a mamá; Tío Andru, gracias por los libros; mis otros hermanos, Hana, Ale y Sue, gracias por estar ahí; mis sobrinos Yiyo y Edson, gracias por compartirme tips; a mi Tío Ale, también he aprendido de ti; por último, pero no menos importante, mi hermana Itzel, por todo el apoyo, la comprensión y el cariño que nos demuestras día con día.

ÍNDICE

Muerte digna y Eutanasia. Diferencias de opiniones entre adultos jóvenes y personas mayores de Cuautitlán Izcalli	6
Resumen	6
Abstract	6
Introducción	7
1 Muerte	9
1.1 Clasificaciones de la muerte	9
1.2 La muerte y la edad	10
1.3 Aspectos emocionales de la Muerte	11
1.3.1 Miedo	11
1.3.2 Miedo a la Muerte	11
1.3.4 Ansiedad	12
1.3.5 Ansiedad ante la muerte	12
1.3.6 Depresión	12
1.3.7 Depresión ante la muerte	12
1.3.8 Afrontamiento	13
1.3.9 Afrontamiento ante la muerte	13
1.4 Visión social sobre la muerte	13
1.4.1 Muerte, Religión y Eutanasia	14
1.5 Estado terminal	15
2 Eutanasia	15
2.1 Tipos de Eutanasia	16
2.2 Países que permiten la Eutanasia	16
2.2.1 Consejo de Europa	17
2.2.2 Holanda	17
2.2.3 Bélgica	17
2.2.4 Luxemburgo	17
2.2.5 Suiza	17
2.2.6 Colombia	18
2.2.7 Estados Unidos	18
2.3 Leyes en México sobre la Eutanasia	18

2.3.1	Leyes relacionadas con la muerte y la muerte digna en México.....	18
2.4	Conceptos relacionados con la Eutanasia.....	20
2.4.1	Distanasia o Encarnizamiento terapéutico	20
2.4.2	Adistanasia y Suicidio Asistido.....	20
2.4.3	Ortotanasia y Muerte Digna	20
3.	Bioética	21
3.1	Derechos Humanos	21
4	Aportaciones de la Psicología en la muerte y muerte digna.....	22
4.1	Tanatología.....	22
4.2	Duelo	22
4.2.1	Tipos de Duelo	23
4.2.2	Etapas del Duelo.....	23
4.3	Psicología y Enfermedad Terminal	23
4.3.1	Logoterapia	24
4.4	Terapia Cognitivo Conductual	24
4.5	Cuidados Paliativos Psicológicos.....	25
5	Planteamiento del Problema.....	25
6	Justificación.....	26
7	Método	28
7.1	Pregunta de Investigación	28
7.2	Objetivo.....	29
7.2.1	Objetivos Específicos.....	29
7.3	Contexto de la Investigación.....	29
7.4	Participantes	29
7.5	Escenario	29
7.6	Marco interpretativo.....	29
7.7	Tipo de investigación	29
7.8	Diseño de Investigación	30
7.9	Categorías de análisis y subcategorías	30
7.10	Estrategia de recolección de datos	30
7.11	Materiales.....	30
7.12	Instrumento	30

7.13 Procedimiento	30
8 Resultados	31
9 Conclusiones Generales	45
9.1 Eutanasia	46
9.2 Muerte	47
9.3 Duelo	49
9.4 Enfermedades Terminales	51
9.5 Depresión	52
9.6 Afrontamiento	53
10 Comentarios Finales.....	55
11 Referencias	59
12 Anexos.....	67
Anexo 1. Instrumentos utilizados para el diseño de la Entrevista aplicada.....	67
Anexo2. Entrevista Semiestructurada	73
Anexo 3. Audios de Entrevistas	89

Muerte digna y Eutanasia. Diferencias de opiniones entre adultos jóvenes y personas mayores de Cuautitlán Izcalli

Resumen

La eutanasia es un tema controversial, puesto que, tanto médicos como legisladores, las religiones y creencias populares la han estigmatizado, debido a la protección de la vida y el rechazo a la muerte que se ha extendido en la sociedad, sin embargo, los enfermos terminales deberían poder decidir cuándo tener una muerte digna. El objetivo de la investigación fue describir las diferencias de opiniones que cuatro personas tuvieron respecto a ésta. Participaron dos hombres y dos mujeres de entre 18 y 70 años, respondiendo una entrevista semiestructurada y analizando los datos desde un enfoque cualitativo. De manera general los participantes coincidieron en la mayoría de las dimensiones de análisis, concluyendo que en su opinión, a pesar del temor que ocasiona la muerte preferirían una muerte digna a un sufrimiento insentido, aún a costa de las leyes impuestas en el país.

Palabras clave: Pérdida de salud, sufrimiento, afrontamiento, duelo, depresión, muerte anticipada, dignidad.

Abstract

Euthanasia is a controversial issue, since both doctors and legislators, religions and popular beliefs have stigmatized it, due to the protection of life and the rejection of death that has spread in society, however, the sick Terminals should be able to decide when to have a dignified death. The objective of the research was to describe the differences of opinions that four people had regarding it. Two men and two women between 18 and 70 years old participated, answering a semi-structured interview and analyzing the data from a qualitative approach. In general, the participants agreed on most of the dimensions of analysis, concluding that in their opinion, despite the fear that death causes, they would prefer a dignified death to meaningless suffering, even at the cost of the laws imposed in the country.

Keywords: Loss of health, suffering, coping, grief, depression, early death, dignity.

Introducción

La vida es un conjunto de situaciones, desafíos, alegrías y pérdidas que requiere de reajustes continuos, razón por la cual, los procesos ontogénicos afirman que los seres humanos nacen, crecen, se reproducen y mueren, por lo que ante estos procesos, la muerte es inevitable para los seres humanos, incierta, pero inevitable y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos la muerte del otro, más aún cuando es cercana tendrá un mayor impacto en quien la presencia. (Rojo y Barrios, 2019).

La muerte se define como el cese definitivo o irreversible de las funciones vitales autónomas, cerebrales, cardiorrespiratorias y de oxigenación víscerotisular, con pérdida de la relación sujeto-mundo circundante y de su condición de ente humano de existencia visible (Rojo y Barrios, 2019); y a pesar de que la muerte es lo único seguro que tiene el ser humano, muchos prefieren ignorarlo, por temor, angustia o soledad, cada persona sabe y entiende su concepto de la muerte y de acuerdo a su educación y cultura la afrontará.

Es interesante que la muerte no sea un tema aceptado e integrado en la cotidianidad, sin embargo, podría deberse al miedo que las personas sienten por ésta, puesto que se tiene la certeza de que en algún punto de la vida llegará, pero no se sabe cuándo, ni donde, lo que ocasiona una contradicción sobre un entendimiento exacto de ésta (Vargas, 2021).

La muerte de un ser querido es una experiencia dolorosa, pero más doloroso es verlo sufrir y perder su dignidad. La muerte nos obliga a entrar en una etapa llamada duelo, en palabras de González, (2019) el duelo es un proceso normal de elaboración de una pérdida, tendente a la adaptación y armonización de una situación interna y externa frente a una nueva realidad, es decir, es una experiencia personal, porque cada pérdida es única y la reacción que pueda causar depende de muchos factores, por lo que no se puede esperar que exista un patrón a cumplir esperable para todas las personas que hayan experimentado una pérdida.

Los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio (Bravo, 2018).

Con base en el párrafo anterior, la manera en cómo enfrentamos la muerte nos permite salir o hundirnos en una depresión, sin embargo, la resiliencia de cada persona determinará cómo afrontamos las pérdidas.

La información anterior nos permite abrir el panorama del aspecto relevante de la presente investigación: La eutanasia; ésta implica terminar el sufrimiento físico irreversible de una persona mediante la muerte, salvaguardando en todo momento su dignidad y su decisión (Moreno y Segovia, 2019).

La eutanasia sigue siendo un tema delicado, puesto que como se mencionó antes, la muerte sigue siendo un aspecto temible para el ser humano, más aún con las concepciones médicas y avances tecnológicos para retrasarla, sin embargo, siempre es importante considerar la dignidad de una persona enferma que ya no tiene cura, su bienestar tanto físico como

emocional, puesto que a veces la muerte es lo único que puede liberar a una persona que ya sabe que morirá, pero antes de llegar hasta ahí, tendrá que pasar por muchas situaciones desagradables, dolorosas y desesperantes, que afectarán no solo a la persona enferma, sino a las personas que lo rodean.

Como mencionan Rojo y Barrios, (2019) la eutanasia es vista como una “buena muerte” que tiene como finalidad eliminar a toda costa cualquier dolor que esté sufriendo el paciente, lo cual ha venido generando una serie de controversias tanto en el contexto mundial así como en nuestro país, sin embargo, el hecho de dar asistencia médica no es suficiente para cumplir con las obligaciones legales del enfermo terminal y sus familiares.

La legalización de la eutanasia en México le otorgaría a una persona la oportunidad de adelantar su muerte para terminar con el sufrimiento ocasionado por algún tipo de enfermedad incurable, pues a través de su empleo se trata de evitar a toda costa el ensañamiento terapéutico (Bochm, 2017).

Bochm, (2017) menciona que la aprobación de la eutanasia busca defender solamente la autonomía del individuo, más no se alienta a alguien a quitarse la vida, es decir, apela a que sea respetada la última voluntad del doliente, cuando éste exige no ser sometido a una serie de vejaciones médicas, y en su lugar pide ayuda para morir y lograr terminar con los sufrimientos innecesarios e interminables que le origina su condición. Rojo y Barrios, (2019) afirman que la vida de los seres terminales a veces suele ser calificada como una vida indigna, porque la decadencia y el dolor en el que viven, son constantes, duros e incurables.

Un argumento en nuestro país en contra de la eutanasia es que de permitirle se abandonarían los cuidados paliativos, sin embargo, en los países donde se ha legalizado la eutanasia los pacientes la solicitan a pesar de haber tenido acceso a cuidados paliativos de buena calidad, puesto que se han mejorado para que la eutanasia sea vista como el último recurso, sin embargo, en México el acceso a cuidados paliativos es muy limitado, afectando principalmente a las personas de escasos recursos, por lo que la legalización de la eutanasia fomentaría el perfeccionamiento de los cuidados paliativos, puesto que el desarrollo de ambos debe ser paralelo; uno no excluye al otro; al contrario, se retroalimentan (Salame y Kraus, 2019).

Otra realidad de nuestro país es que nuestro sistema de salud faltan medicamentos, los pacientes esperan horas o meses por una consulta y no hay camas suficientes en los hospitales (Salame y Kraus, 2019); ante este panorama un enfermo terminal padece mucho sufrimiento, sin opción a disminuir sus molestias, por lo que si no hay cuidados paliativos ni eutanasia, ¿qué es lo que el enfermo terminal hará?

Eutanasia y dignidad constituyen un binomio inseparable. Solicitarla y llevarla a cabo es la decisión más compleja para cualquier ser humano; pero quien pide morir enaltece dos valores laicos fundamentales: autonomía y libertad. Y si la irreversibilidad de la enfermedad sepulta la dignidad y la autonomía, morir, cobijado por seres queridos y por médicos amigos, es una opción válida y necesaria cuando las inclinaciones religiosas no son las que predominan (Salame y Kraus, 2019).

El presente manuscrito tiene por objetivo conocer la opinión que tienen cuatro personas sobre la eutanasia y conceptos relacionados con ésta. Especifica las definiciones de muerte, duelo, eutanasia, enfermedades terminales, depresión y afrontamiento. También se revisan las aportaciones de la psicología en el estado terminal y la muerte, así como las leyes de nuestro país, tanto a favor, como en contra, a favor se están considerando los cuidados paliativos y la ley de voluntad anticipada, en contra: las leyes de manera general, puesto que en nuestro país, no está permitida la eutanasia.

El presente manuscrito pretende unirse a las voces a favor de la legalización de la eutanasia, con evidencias científicas y estructura firme, aportando una pequeña muestra de las opiniones que tienen las personas sobre ésta.

1 Muerte

El concepto de muerte tiene diversas maneras de interpretarse, en la Real Academia de la lengua española se define como cesación o término de la vida y desde el pensamiento tradicional como la separación del cuerpo y el alma.

La muerte ha sido siempre un tema de interés en diversos enfoques puesto que de acuerdo con Jiménez y De la Barrera, (2016) es un fenómeno biológico, psicológico y social de vital trascendencia en la vida del ser humano.

De manera común, la muerte ha sido considerada el fin de un proceso biológico, que suscita ciertas actitudes psicológicas y comportamentales, a nivel individual y grupal, lo que ha ocasionado muchos y muy diversos significados sobre ésta, así como costumbres, creencias y prácticas que influyen en los seres humanos.

Desde un enfoque biológico la muerte significa el final de las funciones de todos los signos vitales y orgánicos del ser humano, donde ya no es posible revitalizar o resucitar, es decir, la detención definitiva de la vida.

La ciencia define a la muerte “como el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y el cese, también irreversible, de todas las funciones cerebrales (Jiménez y De la Barrera, 2016).

En el enfoque psicológico, la muerte es un proceso y constituye una de las fuentes de angustia más importantes y significativas, ya que la muerte supone el momento final de la vida de una persona, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita (Jiménez y De la Barrera, 2016); es decir, la muerte tendrá el significado que cada individuo o grupo sea capaz de darle, sin menospreciar ni dejar de lado ningún sentimiento, opinión o creencia que beneficie a su adecuado afrontamiento de ésta.

1.1 Clasificaciones de la muerte

A continuación se presentan los principales tipos de muerte:

- Muerte violenta. Es ocasionada por un homicidio, un traumatismo contundente, entre otras.
- Muerte natural. Se produce por enfermedades sin que tengan causas externas.
- Muerte biológica. Se considera cuando un ser humano deja de funcionar como un todo (Jiménez y De la Barrera, 2016).

- Muerte cerebral. Se ocasiona cuando las funciones clínicas del cerebro tienen pérdidas irreversibles.
- Muerte fisiológica. Es cuando el sistema orgánico deja de funcionar, es decir, existe la ausencia de signos vitales.
- Muerte sociológica. Jiménez y De la Barrera, (2016) la interpretan como la separación emocional definitiva que se efectúa entre el paciente y las figuras importantes de su vida, antes del deceso, una de sus principales causas es la despersonalización del paciente en etapa terminal de una enfermedad, puesto que éste es tratado como un número o como si la muerte biológica ya hubiera ocurrido.
- Muerte psicológica. Ocurre cuando una persona detiene sus sentimientos, necesidades y pensamientos, cuando acepta definitivamente su futura muerte.
- Muerte lenta. Se considera cuando la vida de una persona se va retirando poco a poco y la muerte progresa gradualmente, esta es la forma de morir más habitual y cuando un paciente se acerca a su momento final es como se le denomina “moribundo” (Jiménez y De la Barrera, 2016).
- Muerte súbita. Este tipo de muerte ocurre de manera inesperada y repentina en una persona que aparentaba “buena salud”. Se clasifica en:
 - Muerte prematura: Este tipo de muerte ocurre en edades jóvenes, considerada no oportuna, lo que ocasiona sentimientos de injusticia y conmoción.
 - Muerte inesperada: La muerte ocurre en cualquier edad y toma desprevenidas a las personas.
 - Muerte calamitosa: Comparte características con las anteriores respecto a su forma prematura e inesperada, pero ésta anexiona que es violenta, destructora, impredecible y degradante (Jiménez y De la Barrera, 2016).

1.2 La muerte y la edad

Una vez revisado el concepto de muerte, sus enfoques biológicos y psicológicos así como la clasificación de los tipos de muerte considerados en ambos enfoques, es de vital importancia conocer las actitudes y percepciones que tiene el ser humano ante la muerte, sin embargo, se debe considerar que éstas varían de acuerdo a la cultura de cada persona, por lo que existen diferentes maneras de sopesar la muerte.

Las actitudes cotidianas ante la propia muerte se encuentran relacionadas con la historia individual y las actitudes ante la vida que la persona conciba. El sentimiento de mortalidad no es algo innato, sino que nos hace pensar en ello cuando existe una situación que amenace nuestra vida o la de las personas que la rodean.

En cuanto a edades, los niños ven la muerte como algo reversible y en ocasiones consideran sentimientos de culpa; los adolescentes, en cambio, son capaces de verla como algo irreversible y final, sin embargo no lo ven como algo que les afecte a corto plazo, finalmente en lo que respecta a los adultos, sopesar que en la madurez la muerte empieza a surgir en el horizonte de la vida, pasando a ser considerada como un evento natural que tarde o temprano acaecerá (Jiménez y De la Barrera, 2016).

Los avances tecnológicos y científicos, la industrialización, los cambios en la estructura social y familiar, los cambios de los valores tradicionales, entre otros, han propiciado a una concepción de rechazo a la muerte, es decir, la vida ha logrado prolongarse y por ende aplazar la muerte, lo que ocasiona que cada vez se piense menos en ésta o se piense en ella con temor, en un tema tabú, por la necesidad, en ocasiones irracional, de aferrarse a la

vida, aun cuando ésta no tenga calidad, solo se sobreviva, porque como bien mencionan Jiménez y De la Barrera, (2016) al día de hoy podemos llegar a afirmar que gran parte de la sociedad reprime la muerte, en el sentido, que éstos crean una serie de sistemas de defensa psicológicos, mediante los cuales se impide el acceso a todo recuerdo relacionado con experiencias dolorosas en cuanto a la muerte.

1.3 Aspectos emocionales de la Muerte

La muerte es un concepto que ocasiona diversas emociones en los seres humanos, que de acuerdo cómo éstas se vivan serán un factor importante a considerar para tener o mostrar una conducta adaptativa sobre ella. Las actitudes ante la muerte nos permiten afrontarla ya sea de manera adaptativa o desadaptativa (Álvarez y Flórez, 2007).

1.3.1 Miedo

Es una emoción básica humana que funciona en la adaptación y supervivencia, puesto que activan y movilizan al ser humano, preparándolo fisiológicamente para enfrentar situaciones que amenazan psicológica o físicamente su integridad, siendo de suma importancia durante toda la vida humana. El miedo incluye: componentes de tipo biológico (alteración del ritmo cardiaco, sudoración, dilatación pupilar, etc.); componentes comportamentales (reacciones de evitación, huida, alejamiento, paralización); y, por último, se incluye un componente cognitivo (anticipación de un peligro, el diálogo interno, etc.) (Jiménez y De la Barrera, 2016).

Es importante considerar que el miedo de manera positiva su función es adaptativa, sin embargo, cuando sobrepasa los niveles máximos, se puede considerar patológico, bloqueando las funciones adaptativas y paralizando o disociando las conducta de las personas.

1.3.2 Miedo a la Muerte

Una de las emociones que se presenta con mayor frecuencia en la muerte es el miedo y no necesariamente se relaciona con una muerte real. Desde la perspectiva estímulo-respuesta, el miedo es la respuesta más típica ante la muerte y el estímulo aversivo o nocivo hacia ésta desencadena el miedo como tal, es decir, el miedo a la extinción, al dejar de existir (Jiménez y De la Barrera, 2016).

Otro aspecto importante a considerar es la intensidad del miedo, puesto que un poco de miedo, permite preservar y cuidar la vida , en otras palabras, es una función biológica protectora de la vida, en cambio, un miedo excesivo se convierte en patológico, obsesivo, ocasionando incomodidad y cambios en la vida de la persona (tanatofobia). A continuación, se presentan brevemente los tipos de miedo más comunes con respecto a la muerte:

- Miedo a la muerte personal. Engloba el proceso de morir, la agonía, creencias religiosas después de la muerte, etc.
- Miedo a la muerte del otro. La desaparición definitiva de la persona que fallece ocasiona el surgimiento de nuevos temores como muerte de familiares y amigos, miedo a los moribundos, a los muertos, etc.
- Miedo a objetos. Este miedo se manifiesta en presencia de objetos que evoquen la muerte, como funerales, hospitales, cementerios, etc.

- Miedo a morir. Este miedo depende del contexto situacional de la persona e incluirá miedos como el dolor físico, la soledad, la agonía, etc.
- Miedo a lo que acontece después de la muerte. Este tipo de miedo se caracteriza por tener argumentos únicamente egoístas como miedo a la corrupción del cuerpo, a la podredumbre, la inquietud por el más allá, el miedo a ser olvidado, los celos con respecto a los supervivientes, etc. (Jiménez y De la Barrera, 2016).
- Miedo a los muertos. Es un miedo relacionado con el mundo espiritual pues se cree que el muerto regresará o se contagiará la muerte, es más común en África que en el mundo occidental.

1.3.4 Ansiedad

Elizalde, (2019) menciona que la ansiedad es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que percibe como amenazantes y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes.

Se habla de ansiedad normal (adaptativa) cuando las conductas del individuo se encaminan hacia la resolución de problemas y de adaptación, siendo esta sensación de poca duración, en cambio, la ansiedad patológica (desadaptativa) se manifiesta de manera irracional e inmotivada, aun cuando no hay un peligro real, teniendo la sensación una duración e intensidad excesivas, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona (Elizalde, 2019).

1.3.5 Ansiedad ante la muerte

Existe la ansiedad normal ante la muerte que la mayoría de los seres humanos experimenta a lo largo de su vida, utilizando mecanismos de defensa acordes a la situación y que facilitan su adaptación, por otro lado, también existe la ansiedad patológica ante la muerte que se caracteriza por una gran intensidad, repercutiendo en la vida de la persona que la padece (González, 2015).

1.3.6 Depresión

Depresión; ésta se define como una experiencia de falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (Flores, 2019); en otras palabras, es un sentimiento de tristeza profunda, donde la persona que la padece no le encuentra sentido a su propia vida.

1.3.7 Depresión ante la muerte

La tristeza durante o después de la muerte de un ser querido es normal, hasta cierto tiempo, los problemas comienzan cuando no se logra la aceptación de la realidad, lo que de acuerdo con Vedia, (2016) puede ocurrir un trastorno depresivo mayor durante un proceso de duelo, se incrementa el riesgo de sufrimiento, sentimientos de inutilidad, ideación suicida, peor funcionamiento laboral e interpersonal, y se aumenta el riesgo de sufrir Trastorno por duelo persistente (duelo patológico). Aunque la mayoría de la gente pasa un duelo sin desarrollar un trastorno depresivo mayor, la evidencia apoya que se incluya como uno de los estresores que puede precipitar un episodio depresivo mayor (Vedia, 2016).

1.3.8 Afrontamiento

El afrontamiento es un conjunto de estrategias utilizadas por las personas para manejar la alteración, tratar de aislar respuestas específicas a un acontecimiento que se vive con la complejidad del contexto vital (Martínez y Gómez, 2017). En palabras de González y Landero, (2007) el afrontamiento hace referencia a esfuerzos cognitivos y conductuales, que lleva a cabo el individuo para hacer frente al estrés, por lo tanto, el afrontamiento es lo que nos permite reacciona ante una situación estresante, ya sea de forma positiva o negativa.

1.3.9 Afrontamiento ante la muerte

Las actitudes que toman las personas ante la muerte, permiten o no, afrontarla. Las actitudes de aceptación de acercamiento se relacionan con una percepción de la vida como una etapa feliz y la transición a la muerte es vista de igual manera por las personas, relacionándose con las creencias religiosas; en cambio, en las actitudes de aceptación de escape la muerte es vista como una manera de huir de una existencia dolorosa; otra actitud común el miedo a la muerte, donde está representada por pensamientos y sentimientos negativos que ocasionan ansiedad y depresión; por último, las actitudes de evitación de la muerte, donde no se habla en lo absoluto de ella (Álvarez y Flórez, 2007).

1.4 Visión social sobre la muerte

Desde la antigüedad la muerte siempre ha sido desagradable para el ser humano y probablemente siempre lo será (Kübler, 1969), sin embargo, siguiendo la línea de Kübler, (1969) desde un punto de vista psiquiátrico la muerte es inconcebible en el inconsciente de una persona, ya que el pensar en el final, aun cuando sabemos que es lo único seguro en esta vida, nos hace pensar en la muerte con un sentido negativo; en un mal que viene de fuera, impidiendo pensarla como algo natural o como consecuencia de la vejez, por lo tanto, la concepción de la muerte está asociada con sentimientos aterradores.

De acuerdo con Jiménez y De la Barrera, (2016) desde un punto de vista social, se tiene la idea que todo ser vivo pasará por el ciclo de vida que es: nacer, crecer, reproducirse y morir, sin embargo, las personas no tienen noción real sobre su propia muerte, sino que sus actitudes y comportamientos son aprendidos culturalmente y a través de las tradiciones de cada persona, algunas veces la muerte es vista como algo inevitable y natural y otras veces como un enemigo con el cual luchar, pero como se mencionó anteriormente, depende de la cultura de cada persona.

Actualmente, la muerte es vista como un tabú, a los niños no se les habla de ella “para no asustarlos”, la gente se molesta cuando escucha el término “eutanasia” porque “la persona es débil y no quiere luchar”, las personas buscan y soportan infinidad de tratamientos para “vivir un poco más”, a pesar de que viven con muchas limitaciones, con mucho dolor, pierden su dignidad y dependen de los demás, ocasionando sufrimiento a sus seres queridos. La muerte debería de ser un concepto aceptado de manera cotidiana, es verdad que causa sentimientos de tristeza y sufrimiento, pero es un aspecto inevitable en todo ser vivo, por lo que es de gran relevancia hablar de ella y enseñar estrategias de afrontamiento

para que los seres humanos sepamos adaptarnos para el momento en que llegue, ya sea a uno mismo o a alguien querido.

1.4.1 Muerte, Religión y Eutanasia

La muerte desde el punto de vista religioso ha sido de manera universal un concepto donde un hombre trasciende del plano físico hacia uno espiritual, donde se reencontrará con su Dios y obtendrá un descanso eterno si logró los parámetros obligatorios de su religión para ser una “buena” persona o irá a un sufrimiento eterno si fue una “mala” persona, por ende, la concepción de la muerte dependerá de la influencia que impone la sociedad o la religión de las personas.

Para Jiménez, P. y De la Barrera, (2016) el mayor poder de la religión es la de satisfacer la necesidad de protección, atenuar la angustia y el miedo que se siente ante la muerte.

Como es de esperarse la mayoría de las religiones, sino es que todas, están en contra de la eutanasia y la muerte digna. A continuación se presentan las principales religiones a nivel mundial que se han expresado en contra:

Catolicismo. Desde esta doctrina la eutanasia es considerada un delito, ya que la vida es un “don de Dios que sólo él puede quitar” por lo que toda institución o gobierno debe hacer todo lo posible para ayudar a conservar la vida propia y la de los demás, aún a costa del sufrimiento del prójimo (Galván, 2018).

Judaísmo. Esta doctrina considera la eutanasia como un delito, debido a que el hombre fue creado a la imagen y semejanza de Dios, por lo tanto cada parte del cuerpo tiene el mismo valor, por lo que la vida del hombre puede ser reclamada solo por el Dador de la Vida y mientras el hombre mantenga la Chispa de la Vida, no importa el sufrimiento ni el dolor que tenga, éste deberá sufrir la agonía con entereza.

Islamismo. Desde esta doctrina religiosa se prohíbe la eutanasia debido a que cualquier dolor, sea físico o emocional, es una expiación de los pecados para llegar “limpio” con Alá, sin embargo, se permite desconectar a un enfermo cuando tiene muerte cerebral.

Cristianismo. La eutanasia para esta doctrina es una especie de suicidio y homicidio, ya que el desear morir o quitarle la vida a una persona es un pecado capital. “No tienes derecho a quitarte la vida que él te dio, si tú lo haces, alteraste la ley divina y al momento que alteras la ley divina, no estás haciendo de acuerdo con los principios y decretos de Dios quien es el autor y consolador de la vida” (Galván, 2018).

Las religiones son un aspecto importante a considerar cuando se habla de eutanasia y muerte digna, ya que estas influyen sobremanera en el pensamiento colectivo de la sociedad, repercutiendo en una visión negativa de los conceptos importantes de la presente investigación.

En contraste, Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. es una asociación civil mexicana que busca promover los cambios sociales y legales necesarios para se pueda avalar por una muerte digna, es la primera en su tipo a nivel nacional que apoya, defiende y difunde la importancia de la legalización de la eutanasia en nuestro país. Sus objetivos generales buscan crear espacios de discusión donde se promueva la reflexión sobre el derecho a morir con dignidad y a sus alcances; difundir los derechos a los pacientes, específicamente cuando se trate de recibir suficiente información sobre su diagnóstico médico; evitar a prolongación inútil de la vida y el sufrimiento innecesario (Galván, 2018).

1.5 Estado terminal

El estado terminal no está diagnosticado como tal en la ciencia médica, debido a que admitir una condición terminal sería un fracaso de las propias técnicas y procedimientos; en ocasiones se señala a un paciente como “no recuperable” sin tomar como tal las acciones necesarias para el apoyo terapéutico, por lo que el establecimiento de un diagnóstico formal del estado terminal es un primer problema a resolver (Muerte Digna, Una Oportunidad real, 2008).

El estado terminal se establece una vez que una enfermedad ocasiona un deterioro progresivo y generalizado que ya no puede contrarrestarse con mecanismos alternos (diálisis, marcapasos, trasplantes, etc.), por lo que el organismo desencadena los mecanismos propios de la muerte. Como plantea Muerte Digna, Una Oportunidad real, (2008) es reconocible a partir de signos, síntomas, reacciones, actitudes y circunstancias socioculturales y del medio ambiente que afectan al individuo en su totalidad, comprendidos dentro de un período aproximado y no mayor de seis meses y debe diferenciarse del estado agónico o pre mortem; éste comprende propiamente el agotamiento total de la reserva fisiológica y progresa hacia la muerte dentro de las siguientes veinticuatro horas. Para determinar el estado terminal es necesario que participen el médico tratante, un médico internista y el especialista de la patología que ocasionó la falla multiorgánica. Una vez establecido el Estado Terminal del paciente se determinan los cuidados paliativos que se utilizarán.

De acuerdo con la OMS aproximadamente una tercera parte de quienes necesitan cuidados paliativos tiene cáncer. El resto padece enfermedades degenerativas que afectan al corazón, los pulmones, el hígado, los riñones o el cerebro, o enfermedades crónicas o potencialmente mortales, como la infección por VIH y la tuberculosis farmacorresistente (Organización Mundial de la Salud, 2014).

2 Eutanasia

Etimológicamente la palabra Eutanasia tiene sus raíces griegas en: *eu*, que significa bien y *tanatos*, que es equivalente a muerte; medicamente es muerte sin sufrimiento físico, es decir, acortamiento voluntario de la vida a una persona con una enfermedad incurable con el objetivo de finalizar sus sufrimientos; jurídicamente la eutanasia es considerada como un homicidio por piedad o piadoso, para procurar una muerte tranquila, sin sufrimientos físicos o con el pretexto de este propósito (Moreno y Segovia, 2019).

La Real Academia Española menciona que la eutanasia es una “Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura” o también “Muerte sin sufrimiento físico”.

Una vez revisadas las definiciones anteriores, se puede dictaminar que la eutanasia es terminar el sufrimiento físico irreversible de una persona mediante la muerte, que dependiendo el país determinará si es homicidio o no.

La eutanasia es un tema controvertido, ya que en muchos países, incluido México aún es una práctica prohibida, por diversas situaciones morales y éticas, sin embargo, como tal, la eutanasia se busca con el fin de cesar el dolor; buscando una forma digna de muerte, donde la persona pueda decidir a favor del cese de su sufrimiento, siempre y cuando la persona se encuentre en condiciones terminales (Moctezuma, 2019).

Es importante al hablar de eutanasia, considerar términos como distanasia, adistanasia y ortotanasia, ya que la primera se enfoca en aferrarse a la vida del paciente, aun cuando no hay esperanzas y se alarga la agonía de éste, en cambio, la adistanasia se enfoca en no prolongar más la vida y no obstaculizar la muerte de la persona, por último, el termino ortotanasia se refiere a la muerte digna de una persona, ayudándola en su bien morir. Estos términos son importantes ya que han permitido acuñar otros como el encarnizamiento terapéutico, el suicidio asistido, los cuidados paliativos y la voluntad anticipada, que serán vistos más adelante.

2.1 Tipos de Eutanasia

Existen diferentes tipos de eutanasia, éstos son:

- Eutanasia activa o positiva (suicidio asistido). Es la eutanasia donde se aplica una droga en grandes cantidades a una persona, ocasionando la muerte y aliviando el dolor.
- Eutanasia pasiva o negativa. En esta se eliminan los aparatos que mantienen con vida a una persona o se suspende el tratamiento que le permitía alargar su vida.
- Eutanasia directa. En esta se realiza cualquier acto que deliberadamente provoque la muerte de la persona.
- Eutanasia indirecta. Acción en que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no pretendido en sí (Moctezuma, 2019).
- Eutanasia voluntaria. La persona está plenamente consciente de que se le practicará la eutanasia.
- Eutanasia involuntaria. Se realiza sin el conocimiento de la persona y es un acto ilícito en la mayoría de los países.

La ciencia médica tiene como objetivo preservar la vida y no dañar a un paciente deliberadamente, pero cuando la vida de la persona ya no es vida y únicamente tiene dolor, donde el tratamiento médico es incluso más agresivo que la enfermedad, donde los cuidados paliativos no son suficientes, ¿no sería mejor aliviar si no hay cura? porque casi todas las religiones prohíben la eutanasia, pero entonces ¿un ser superior nos pide sufrir para no recibir un castigo eterno? Estas son las principales controversias que surgen en torno a la eutanasia. Kübler, (1969) en su libro “Sobre la muerte y los moribundos” menciona de manera muy acertada “ha pasado la época en la que a un hombre se le permitía morir en su propia casa con paz y dignidad. Cuantos más avances hacemos en la ciencia, más parecemos temer y negar la realidad de la muerte”.

Moctezuma, (2019) afirma que no se trata de prolongar una “vida” con sufrimiento, tanto físico como psicológico y emocional, sino que se trata de dignificar y respetar los derechos del enfermo para decidir sobre lo que desearía hacer en un caso de enfermedad terminal.

2.2 Países que permiten la Eutanasia

En la actualidad la mayoría de los países que han modificado su legislación a favor de la eutanasia y el suicidio asistido se encuentran en países primermundistas europeos. En Suiza es tolerada y está permitido el suicidio asistido; en lo correspondiente al continente Americano, Colombia desde 1997 ha entablado una ola de procesos donde “El homicidio

por piedad” se ha despenalizado con base en antecedentes políticos de dicho país (Moctezuma, 2019).

La muerte y el miedo a ésta sigue siendo algo terrible y aterrador, sin embargo, con el paso del tiempo han cambiado las maneras hacer frente a la muerte, al hecho de morir y el trato a los pacientes moribundos (Kübler, 1969), ya que cada vez más países están a favor de la eutanasia.

2.2.1 Consejo de Europa

Moctezuma, (2019) menciona que el Consejo de Europa ha reconocido el derecho a morir dignamente basándose en los siguientes principios: Proporcionar información veraz y completa, siempre respetando (brindando consentimiento informado), en su caso, el derecho del paciente a no ser informado.

- Garantizar que ningún enfermo terminal sea médicamente tratado contra su voluntad.
- Asegurar que se respetará el rechazo a un determinado tratamiento médico en el caso de haberse formulado al respecto Testamento Vital, Directivas Previas o Voluntades Anticipadas.
- Recibir los cuidados necesarios dirigidos para conllevar de la forma más confortable el proceso de enfermedad y muerte.
- Recibir el tratamiento para combatir el dolor físico, aunque acorte la vida.
- Recibir el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.

2.2.2 Holanda

Fue el primer país en legalizar la eutanasia en el año 2001, permitiendo que la petición del paciente sea voluntaria y bien meditada, se encuentre informado de su situación y haya consultado por lo menos un médico independiente que emita un dictamen por escrito; también considera el estado terminal como una persona que sufre una enfermedad irreversible y con padecimiento insoportable, donde la terminación de la vida será auxiliada con máximo esmero de profesionales de la salud (Moreno y Segovia, 2019).

2.2.3 Bélgica

En el año 2002 se aprobó una ley para despenalizar la eutanasia, lo que permite a los enfermos terminales solicitar su muerte, pudiendo revocar la decisión en cualquier momento, siempre y cuando se cumplan algunos requisitos, como ser mayor de edad o ser menor emancipado capaz y consciente, con un pronóstico de no recuperación y con sufrimiento psicológico o físico constante e insoportable.

2.2.4 Luxemburgo

Este país tardó un poco más en legalizar la eutanasia, puesto que en 2009 la despenalizó, permitiendo solicitarla a mayores de edad o menores emancipados de por lo menos 16 años, siempre y cuando tengan un diagnóstico irreversible.

2.2.5 Suiza

En este país no es permitida la eutanasia, sin embargo, en 2001 se permitió el suicidio asistido, siendo practicado no necesariamente en el contexto de la atención médica, puesto

que se reconoce que es suicidio puede ser racional, siendo también el único país que tolera que extranjeros vayan a morir a su país (Moreno y Segovia, 2019).

2.2.6 Colombia

En lo correspondiente a América Latina, Colombia es el primer país que aprueba una ley a favor de la eutanasia en el año 2004, basándose en la premisa de que el intenso sufrimiento o dolor que son difíciles de manejar, por lo que algunas personas podían considerar que su vida ha perdido sentido y dignidad, respetando el derecho de los ciudadanos a tomar decisiones sobre su vida y su cuerpo, creando guías para la provisión de estos servicios. (Moreno y Segovia, 2019).

2.2.7 Estados Unidos

En este país solo en 3 estados se permite la eutanasia, solo en mayores de 18 años con enfermedades terminales con pronóstico de vida de 6 meses y en pleno uso de sus facultades mentales. Los estados que la permiten son: Oregón desde 1997, Washington en 2008 y Montana en 2009.

De acuerdo con Moreno y Segovia, (2019) los países en los cuales se ha despenalizado la eutanasia se basaron en los principios constitucionales de dignidad humana, respeto por la autonomía y solidaridad. En nuestro país aún es una realidad muy lejana, sin embargo, con el tiempo los resultados de otros países probablemente jueguen un papel importante en un futuro.

2.3 Leyes en México sobre la Eutanasia

En nuestro país no existe ni siquiera un término para definirla, ninguna autoridad médica ni de salubridad la ha explicado, ni mucho menos la Comisión Nacional de Bioética tiene una definición precisa, quien es la autoridad encargada de definir este tipo de temas complejos, por lo que desde 1931, la eutanasia y el suicidio asistido son considerados delitos (Galván, 2018).

2.3.1 Leyes relacionadas con la muerte y la muerte digna en México

En nuestro país no existen leyes que favorezcan de manera directa a la eutanasia, al contrario, las leyes indican que es un delito, sin embargo, existen algunas leyes que se relacionan con una muerte digna, que benefician a los enfermos terminales en lo que respecta a cuidados paliativos y el respeto a la toma de decisiones sobre su propio tratamiento.

2.3.1a Ley General de Salud y los Cuidados Paliativos

Son definidos como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, en donde lo principal es el control del dolor y de otros síntomas, y a la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales. Sus objetivos son salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para brindarles una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas necesarias para ello; garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal, sin embargo, también se menciona como derecho negarse o abandonar en cualquier momento cualquier tratamiento que

considere extraordinario y siempre deberá dar su consentimiento por escrito para la aplicación o no de tratamientos y/o medicamentos dependiendo de su enfermedad, necesidades y calidad de vida; los cuidados paliativos pueden recibirse en casa y designar a un familiar representante que exprese su voluntad cuando él no pueda hacerlo (Galván, 2018).

Los cuidados paliativos consideran el proceso de morir como algo natural, sin embargo no ni aceleran ni posponen la muerte, en cambio ofrecen un sistema de apoyo para que la persona pueda vivir lo más activamente posible sus últimos días y le brinda apoyo a la familia para la aceptación de la enfermedad y la pérdida del ser querido. Principalmente se enfocan en disminuir el dolor, las náuseas, vómitos, entre otros síntomas que dependen de la patología del paciente, también se enfocan en brindar apoyo emocional reconociendo las necesidades de todos, preservando en la medida posible la autonomía del paciente.

Muerte Digna, Una Oportunidad real, (2008) postula el uso del axioma de las tres ces en los cuidados paliativos como formación básica para proporcionarlos:

- Si puedes curar, cura.
- Si no puedes curar, calma.
- Si no puedes calmar, consuela.

El Artículo 166 Bis 21 menciona: *Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta Ley.*

En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

2.3.1b Ley de Voluntad Anticipada

Es la decisión que puede tomar una persona de ser sometida o no a tratamientos médicos que prolongarían su vida cuando se encuentre en una etapa terminal, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo; favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. No prolonga ni acorta la vida respeta el momento natural de la muerte (Galván, 2018).

Esta ley tiene sus bases en el temor causado al encarnizamiento terapéutico con la prolongación del sufrimiento, es decir, que el paciente prefiere una muerte tranquila, a una agonía prolongada. Fue decretada en la gaceta oficial el 7 de Enero de 2008.

Jurídicamente la voluntad anticipada es una declaración unilateral, expresada en forma libre por una persona mayor de edad y con plena capacidad jurídica, en la cual señala cuáles son los actos a ejecutar en relación a los tratamientos médicos y de salud, para los casos en los que no pueda expresar su voluntad (González, 2015).

2.3.1c Código Penal del Estado de México

Artículo 241.- Comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro. Se sancionará como homicidio a quien a sabiendas de que padece una enfermedad grave, incurable y mortal, contagie a otro o le cause la muerte.

Artículo 246. Al que preste auxilio o instigue a otro al suicidio, sin que este se produzca, se le impondrán de uno a cinco años de prisión y de veinte a cien días multa; y si se produce, se le impondrán de tres a diez años de prisión y de cincuenta a doscientos cincuenta días

multa. Artículo 247.- Si el suicida fuere menor de edad o enajenado mental, se impondrá además de uno a tres años de prisión y de treinta a cincuenta días multa.

2.3.1d Código Penal Federal

Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.

Como se puede apreciar, la ley es clara, únicamente se puede prescindir del sufrimiento ocasionado por una enfermedad cuando se tiene muerte cerebral. Desde una perspectiva personal, la ley se encuentra establecida de manera correcta, ya que abarca medidas para evitar el encarnizamiento terapéutico y brindar cuidados paliativos en lo que a la muerte digna se refiere, sin embargo, a pesar de mostrar una plena consciencia de la situación de los pacientes terminales se prohíbe rotundamente la eutanasia y es planteada como “homicidio”.

2.4 Conceptos relacionados con la Eutanasia

Como se mencionó en el apartado de leyes, la eutanasia se encuentra en relación con diversos conceptos, que a su vez se relacionan con la legislación de las leyes. A continuación se presentan dichos conceptos:

2.4.1 Distanasia o Encarnizamiento terapéutico

Se caracteriza por salvar o prolongar la vida de un paciente muy enfermo, existiendo un excesivo intervencionismo médico, empleando todos los medios posibles y generando tratamientos desproporcionados, intenta prolongar, a veces artificialmente, la vida de pacientes sin posibilidad de curación (Maya, 2017).

2.4.2 Adistanasia y Suicidio Asistido

Significa no poner inconvenientes a la muerte y radica en dejar de dar al enfermo medios que la retrasan cuando es inminente (González y Guzmán, 2016), por lo que se relaciona con el suicidio asistido, siendo éste la ayuda que se le proporciona a una persona que desea su muerte, es decir, consiste en que el médico proporcione a un paciente los medicamentos que deberá tomar por sí mismo, convirtiéndose en una correlación entre suicidio y eutanasia voluntaria.

La aceptación del suicidio asistido es un primer paso para poder legalizar la eutanasia, ya que éste tiene en común con el suicidio normal la circunstancia de que es el propio sujeto el que pone fin a su vida, mientras que con la eutanasia voluntaria comparte el hecho de que la muerte ocurre en el contexto de una enfermedad penosa e incurable (o en condiciones que se consideran parecidas, como la ancianidad) y con la intervención de un médico (Moctezuma, 2019).

2.4.3 Ortotanasia y Muerte Digna

Se enfoca en aplicar todas las medidas necesarias para mejorar la calidad de vida de enfermos incurables y que morirán a corto plazo, es contraria al encarnizamiento terapéutico al retirar todos los soportes que podrían alargar la vida de la persona, enfocándose en disminuir o suprimir el dolor, procurando que el paciente esté cómodo y en

buena comunicación con el equipo médico y con la familia. Se trata de un proceso terapéutico que se rige por la humanización, en el cual los cuidados se destinan a proporcionar calidad de vida y de muerte al paciente (Alves y De Freitas, 2018).

Moctezuma, (2019) sostiene que una muerte digna, conlleva un pensamiento de alivio, culminación de una etapa, el cierre de un ciclo, acompañada de cuidados paliativos y una correcta actuación ante la muerte por parte de personal de la salud principalmente, dándole el derecho a morir dignamente a la persona, sin emplear medios externos e innecesarios para prolongar la vida y la agonía de ésta.

3. Bioética

Es una disciplina reciente de la cultura norteamericana que surgió para encontrar soluciones a los nuevos dilemas éticos. De acuerdo con Rojas y Lara, (2014) se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales. Sus principales aportes se reflejan en áreas como la medicina, ciencias biosanitarias, derecho, política, economía, filosofía, biología, psicología, antropología, sociología, bioquímica, estadística, ingeniería y sobretodo, ética; sin embargo, ha sido la medicina, la que ha contribuido en forma decisiva al surgimiento y aplicación práctica de la bioética y a su posterior expansión y sobre todo, justificación, en el ámbito del hombre enfermo, es decir, se relaciona intrínsecamente con los conceptos de eutanasia, distanasia, adistanasia y ortotanasia.

La eutanasia es uno de los temas bioéticos vinculados con el final de la vida y debe discutirse en el marco de una realidad compleja: el significado de estar gravemente enfermo y morir (Muerte Digna, Una Oportunidad real, 2008).

Debido a los diversos avances tecnológicos y científicos la vida de las personas se ha alargado sobremanera y es posible en la actualidad mantener con vida a personas que en la antigüedad hubieran muerto, sin embargo, en muchas ocasiones las personas no viven con las condiciones idóneas, es decir, su calidad de vida es mala; a pesar de esto y debido al juramento hipocrático que los profesionales médicos realizan donde se menciona “jamás dar a nadie medicamento mortal, por mucho que me solicite, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo”, ha ocasionado que la ética médica tradicional que se enfoca en salvar vidas no considere la calidad de vida del enfermo terminal (Rodríguez, 2015).

3.1 Derechos Humanos

Existen los derechos humanos y los derechos fundamentales, los primeros son naturales, son los consagrados en la Constitución con validez general, pero con la característica que no se reducen a un determinado grupo social y los segundos son establecidos a nivel interno, son garantizados constitucionalmente a los ciudadanos en un nivel personal, cuando éstos pertenecen a un determinado Estado (González, 2015).

Es importante mencionar que la bioética se relaciona con los derechos humanos, debido a que ésta promueve el respeto a la dignidad humana, ya sea por parte del Estado o de otras personas y el respeto de la persona misma.

4 Aportaciones de la Psicología en la muerte y muerte digna

La psicología y sus profesionales desempeñan un papel fundamental en el acompañamiento de pacientes en condiciones de salud físicas graves, irreversibles y que desencadenan la muerte y sus familiares (Auza y Caballero, 2016).

Los profesionales de la psicología tienen la libertad de elegir sus orientaciones profesionales, de esta manera, desde diferentes enfoques y ramas de la psicología pueden intervenir en personas y comunidades que enfrentan diferentes situaciones, esto aplica siempre y cuando no se salgan de la ley, entendiendo lo anterior como el uso de técnicas científicamente validadas (Auza y Caballero, 2016).

4.1 Tanatología

Por su etimología la tanatología se define como el estudio de la muerte thanatos (muerte) y logos (estudio). El Instituto Mexicano de Tanatología A.C la define como una disciplina científica que se encarga de encontrar el sentido al proceso de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, psicológico, social y espiritual para vivir en plenitud y buscar su transcendencia” (Moctezuma, 2019).

La tanatología no se encarga solo de la muerte, sino de cualquier pérdida que nos ocasione duelos significativos. Un aspecto interesante de esta disciplina es que busca eliminar la creencia de que la muerte es mala, educando con humanismo a las personas que se encuentran próximas a morir, si todos tuviéramos una educación en tanatología desde edades tempranas, tal vez cambiaría el concepto que actualmente se tiene sobre la eutanasia, ya que no se consideraría un homicidio, sino que se actuaría desde la empatía y la piedad.

Moctezuma, (2019) menciona que esta educación, consiste en informar incluso sobre los diferentes documentos y acciones legales existentes, que pueden utilizarse como recursos para la aplicación de una muerte digna (voluntad anticipada, suspensión de tratamientos o cuidados paliativos). Los tipos de pérdida más representativos de acuerdo con la tanatología son:

- Pérdida de la salud.
- Pérdida de la pareja.
- Pérdida de algún objeto material.
- Pérdida ambigua. Refiriéndose a aquellas pérdidas donde una persona desaparece y no se tiene más contacto con ella, es decir, toda persona que “se pierde” de la noche a la mañana (Moctezuma, 2019).
- Pérdida de lo no tenido.

4.2 Duelo

Es una reacción frente a la pérdida de algo significativo, siendo una experiencia emocional muy dolorosa que obliga a las personas a readaptarse a una nueva realidad. En palabras de Auza y Caballero, (2016) el duelo es un sentimiento subjetivo del dolor que se genera tras la muerte de un ser querido.

4.2.1 Tipos de Duelo

- Duelo anticipatorio. Ocurre principalmente en enfermos terminales, donde se prepara para la pérdida y se asimila la situación.
- Duelo congelado o encriptado. La persona es incapaz de avanzar hacia una nueva realidad.
- Duelo crónico. No existe un tiempo determinado de duelo, sin embargo, la persona lleva mucho tiempo en ese estado.
- Duelo patológico: Se combina con el duelo congelado y el duelo crónico, haciéndose un problema mayor, donde involucra la vida cotidiana de la persona, es decir, afecta a sus actividades normales (Moctezuma, 2019).

4.2.2 Etapas del Duelo

- **Desconcierto.** Ocurre cuando se da una noticia inesperada, donde la persona es incapaz de creerla.
- **Negación.** Se es incapaz de aceptar la situación, ya sea muerte como tal o pérdida.
- **Ira.** Sentimientos de enojo y culpa, hacia los demás o hacia uno mismo.
- **Negociación.** Se busca la esperanza de un milagro o fuerza divina.
- **Depresión.** Sentimientos de tristeza, angustia, malestares físicos.
- **Aceptación.** Comprender y asimilar el desapego emocional y aprender a vivir con la nueva situación.

La tanatología, por las razones antes mencionadas siempre ha estado presente en todo lo relacionado con la muerte y se podría decir que es el enfoque terapéutico de mayor alcance para las situaciones en donde se involucran apegos emocionales hacia las personas, para dejar ir a un ser querido, porque su vida ya no es “vida” y sufre, sería maravilloso que desde niños nos dieran clases de tanatología, para que cuando seamos mayores podamos ver la muerte de frente y sin temor.

Cuando se planea una intervención psicológica en cuanto a la muerte en general, se deben considerar la idiosincrasia, la cultura y las creencias de las personas para poder llevar a cabo una intervención adecuada respetando todos y cada uno de los factores que puedan influir en el tratamiento y la aceptación de la preparación a un duelo anticipado o no, así como la aplicación de la tanatología propiamente dicha, ya que su evolución ha permitido en primer lugar aplicar técnicas específicas para disminuir el dolor y sufrimiento del doliente y sus deudos y en segundo lugar, considerar la muerte de todo ser vivo como un proceso natural que siempre tiene un principio y un fin, el cual se debe aprender a aceptar, asumiendo el dolor necesario que permitirá transmitir esta realidad y crear una cultura diferente evitando consecuencias en la salud física y mental de todo ser humano (Auza y Caballero, 2016).

4.3 Psicología y Enfermedad Terminal

A través de una valoración completa se logra tener un diagnóstico integral sobre la evolución de la enfermedad, sin embargo, los aspectos más relevantes para la psicología son el comportamiento, los pensamientos, el estado de ánimo y la opinión, tanto del paciente como de la familia, considerando los aspectos sociales, culturales y educativos que influyen sobre las personas involucradas.

El psicólogo es un soporte emocional para el afrontamiento de la enfermedad y la muerte, también desempeña un papel de mediador entre paciente y familia, ya que crea estrategias con los recursos existentes en beneficio de la familia y el paciente, generando espacios de comunicación para expresar y sanar el dolor que generan estas situaciones (pérdida) (Auza y Caballero, 2016).

En lo que corresponde al paciente, las funciones del psicólogo consisten en ayudar al cliente a satisfacer sus necesidades, maximizar la autodeterminación del cliente, ayudarlo a participar en la toma de decisiones informadas, entre otras (Rivera, 2016).

La labor del psicólogo es primordial para la identificación de formas de comportamiento vinculadas al suceso o proceso de morir, observando que se cumplen condiciones que acontecen regularmente en diferentes niveles y estados de conciencia, señalando la dinámica y naturaleza de procesos que posibilitan la anticipación de situaciones críticas, prevención de riesgos, intervención y acompañamiento, considerando la historia y curso de vida personal y familiar. (Espinosa, 2019).

4.3.1 Logoterapia

Este tipo de terapia se enfoca en que el ser humano busque y encuentre el sentido y propósito de la vida desde un enfoque existencial, entendiendo al ser humano desde la unificación de la dimensión psicofísica y la dimensión espiritual (Auza y Caballero, 2016).

Su objetivo es transformar las experiencias negativas, o en el caso de la muerte, los aspectos trágicos en crecimiento, fortaleciendo las conductas adecuadas para afrontar las situaciones adversas, sin embargo, este tipo de terapia se aplica principalmente a las familias de los enfermos, una vez que éstos han muerto.

4.4 Terapia Cognitivo Conductual

La terapia Cognitivo Conductual se ha demostrado funcional en diferentes problemáticas relacionadas con la muerte y la enfermedad.

Como es el caso del duelo complicado puesto que ha brindado nuevos conocimientos e ideas sobre los fundamentos teóricos y tratamientos eficaces para los problemas emocionales posteriores a la pérdida, además de brindar una estructura que permite la generación de hipótesis acerca de los mecanismos básicos de duelo complicado dirigida a la intervención (Cruz, Corona y Portas, 2017).

La terapia cognitivo-conductual también ha sido de gran apoyo para pacientes con dolor crónico que es uno de los factores principales relacionados con la enfermedad terminal y el sufrimiento, por lo que es recomendable que el psicólogo esté sólidamente formado en el enfoque terapéutico con el que trabaja y tener conocimientos sobre la enfermedad y su curso natural, así como también buena disposición para trabajar en equipo ya que trabajará con otros profesionales de la salud (Martínez, 2018).

Reyes, (2018) menciona que la terapia cognitivo conductual también puede ayudar sobremanera a personas que cuidan enfermos, ya que en ellos recae una gran responsabilidad y muchas veces las intervenciones se centran en los pacientes y no en los que lo rodean. Entre las principales técnicas utilizadas para realizar una intervención cognitivo conductual en personas que cuidan enfermos terminales se encuentran:

- Psicoeducación.

- Activación conductual.
- Solución de problemas.
- Entrenamiento en control de la respiración.
- Entrenamiento en asertividad.
- Reestructuración cognitiva.

Cabe mencionar que las técnicas mencionadas anteriormente son también funcionales para el enfermo, en cuanto a manejo del estrés y ansiedad se refiere, sin embargo, existe un estudio donde se mencionan los cuidados paliativos psicológicos, que están enfocados en el apoyo a estas personas.

4.5 Cuidados Paliativos Psicológicos

En palabras de Espinosa, (2019) los cuidados paliativos psicológicos son un conjunto de estrategias aplicadas a la observación de procesos y abordajes de tipo psicológico en cuatro momentos por los que atraviesan la familia, el paciente y el personal de salud, dichos momentos son:

1. Antes de la aparición de la enfermedad
2. Durante el diagnóstico y tratamiento
3. Avance de la enfermedad
4. Después de la muerte

De manera general, los cuidados paliativos psicológicos incluyen: apoyo, soporte y acompañamiento a la familia y paciente, capacitación y orientación a profesionales de la salud con respecto al manejo de situaciones psicológicas críticas presentes durante el proceso.

Espinosa, (2019) menciona que los objetivos de los cuidados paliativos psicológicos son:

- Preservar la calidad de vida y procurar la muerte digna en pacientes que se encuentren al final de la vida.
- Brindar acompañamiento y soporte para la completud de experiencias no resueltas.
- Fomentar la autonomía y la capacidad de tomar decisiones en momentos críticos evitando alargar el dolor o el sufrimiento innecesariamente.
- Reconocimiento y resignificación de acontecimientos vitales presentes a lo largo de la vida. Recuperar proyecto y sentido de vida a través de la utilización de recursos personales, espirituales y culturales.

El objetivo principal de los cuidados paliativos es preparar a la persona y a su familia para cuando llegue el momento de la muerte, haciendo más tolerable las situaciones que se presenten antes, durante y después de que ocurra.

5 Planteamiento del Problema

Para muchos la palabra eutanasia está asociada con una muerte digna que evita sufrimientos innecesarios al paciente; para otros, significa matar a una persona enferma que no lo ha solicitado (Galván, 2018), sin embargo, debería de ser opción para cada persona que padece una enfermedad terminal, que tiene un gran sufrimiento, decidir acabar con su existencia, sabiendo de antemano que ningún tratamiento aliviará la enfermedad, eligiendo una muerte tranquila sobre una larga agonía.

En nuestro país ninguna autoridad médica ni de salubridad se ha atrevido a tratar de explicarla, ni siquiera la Comisión Nacional de Bioética, quien es la autoridad encargada de definir este tipo de temas complejos tiene una definición precisa, (Galván, 2018). En México, la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales y son considerados delitos desde 1931.

La discusión para despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido es muy reciente, pues hasta hace poco más de 20 años diferentes sectores de la sociedad han intentado que los legisladores incluyan este tema en la agenda nacional, por lo que únicamente 12 estados permiten la voluntad anticipada.

Dicho en palabras de Galván, (2018) México lleva un retraso de aproximadamente 50 años sobre todo lo que engloba a la eutanasia a comparación de naciones europeas que tienen dentro de sus marcos jurídicos esta práctica en sus esquemas de salud o lo tienen regulado con ciertas reservas.

En lo correspondiente a los cuidados paliativos sólo pocas instituciones de salud a nivel nacional ofrecen este tipo de servicio o que lo llevan al domicilio del enfermo y la mayoría del personal médico, no está capacitado sobre los cuidados paliativos (Galván, 2018).

En una investigación realizada por Human Rights Watch en 2011 y 2014, mencionada en Galván, (2018) se encontró que muchos pacientes mueren sin recibir cuidados paliativos, aun cuando su seguro médico cubre éstos; en algunos casos, el sector salud no tenía unidad de cuidados paliativos y los que la tenían, estaba lejos de su lugar de residencia; el acceso a los medicamentos para tratar el dolor es muy limitado; en formación médica solo 6 de las 102 facultades de medicina en el país ofertan cursos sobre cuidados paliativos.

Un aspecto positivo es que en marzo de 2017, la Máxima Casa de Estudios presentó la segunda edición de la plataforma en línea “Cuidados Paliativos: Calidad al final de la Vida”, cuyo propósito es preparar al personal de salud y a especialistas para hacer frente sobre el tema de los cuidados paliativos (Galván, 2018).

La ley en México es clara con respecto a la eutanasia, es un delito y se considera homicidio, ofrecen una Ley de Voluntad Anticipada para una “muerte digna”, sin embargo, no se aplican de forma adecuada los cuidados paliativos para sostener esa ley, no existen recursos para mejorar los cuidados en las instituciones, no hay acceso a medicinas, entonces si la eutanasia es homicidio, ¿la deficiencia en los cuidados paliativos es tortura?, porque si los cuidados paliativos fueran de verdad como en los países primermundistas, otra concepción de la muerte se tendría en la sociedad mexicana.

6 Justificación

De acuerdo con la OMS las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta y son las principales causas de mortalidad a nivel mundial, siendo responsables del 63% de las muertes. En el 2008 36 millones de personas murieron por una enfermedad crónica, siendo el 29% menores de 60 años de edad y la mitad del total, fueron mujeres.

En lo correspondiente a nuestro país el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) hasta el año 2018 contabilizó 722 611 muertes registradas, del total 88.4% fueron ocasionadas por enfermedades y problemas de salud. Las tres principales causas de muerte tanto para hombres como para mujeres son las enfermedades del corazón (149 368, 20.7%),

la diabetes mellitus (101 257, 14%) y los tumores malignos (85 754, 11.9%), es decir, enfermedades crónicas

El 44.6% (322 490) de las muertes registradas tuvieron lugar en el hogar, el 18.8% (135 810) en el Instituto Mexicano del Seguro Social y el 13.8% (99 767) en la Secretaría de Salud.

En lo correspondiente a la atención médica que recibieron los fallecidos el 78.6% sí la tuvo, el 7.4% no especificó y un 14% no tuvo ninguna atención médica, lo que es preocupante, ya que ese 14% murió sin atención, ni apoyo médico, ni psicológico, a saber en qué condiciones (INEGI, 2019).

El 60% de las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas a nivel nacional no reciben atención médica por parte de especialistas que disminuyan el dolor durante la fase terminal de su padecimiento (Galván, 2018).

Como lo hace notar Galván, (2018) ni el INEGI ni las instituciones de salubridad detallan el número específico de enfermos en situación terminal, el estado en qué se encuentra su enfermedad y si están internados en nosocomios públicos o privados, también menciona que el Diario Milenio en el año 2011 un artículo publicó que el 75% de los enfermos terminales que mueren en los hospitales públicos lo hacen por la falta de una cultura del “bien morir” que existe en la sociedad. En la nota titulada “Desahuciados sufren más por culpa de sus parientes”, contiene una entrevista con Fernando Serafin entonces coordinador nacional de Capacitación de Tanatología de la Secretaría de Salud (Ssa) durante el sexenio de Felipe Calderón, quien explica que en mucho de los casos son los familiares del paciente quienes se aferran a mantener internado a su ser querido con la esperanza de “un milagro” de que se pueda recuperar, lo que es una de las principales causas para que los pacientes permanezcan en los hospitales. En palabras del funcionario, esas acciones sólo generan prolongar la agonía del enfermo, además de que muchos se niegan a trasladar al paciente a su hogar para despedirse y aceptar lo inevitable (Galván, 2018).

En un artículo publicado en 2016 en el periódico El Sol de México se menciona que de acuerdo con datos del sector salud, cerca de 90 mil personas viven con dolor por enfermedades en etapa terminal, de las cuales el 90% no tiene acceso a medicamentos paliativos, por lo que es bastante preocupante cuantas personas mueren sin dignidad.

Otro aspecto a considerar dentro del tabú de la eutanasia es la obstinación terapéutica, ya que algunos doctores y especialistas tampoco contribuyen a que los pacientes tengan una muerte digna, sin embargo durante el año 2007 las autoridades en materia de salud ordenaron que personal de psicología y psiquiatría, especialmente tanatólogos, trabajarán de manera conjunta con pacientes terminales y familiares para enfrentar el tema de la muerte, el duelo y cómo lograr una mejor calidad de vida hasta el final (Galván, 2018).

Las enfermedades crónicas cuestan al sector salud más de 95 mil millones de pesos. A nivel mundial, México se encuentra en el número 42 de 80 en el trato a pacientes terminales debido a que, pese a los esfuerzos hechos por el gobierno federal para impulsar los cuidados paliativos en los hospitales, existe una escasez de médicos y enfermeras capacitados para tratar a este tipo de pacientes (Galván, 2018).

En el año 2011 se realizó una encuesta telefónica para conocer el acuerdo o desacuerdo con la Eutanasia en México, en los resultados se aprecia que el 40% respondió de manera afirmativa y el 44% de manera negativa, las personas entre 18 y 29 años, el 67% estuvo de acuerdo, de los 30 a los 49 años el 54% estuvo a favor y los de más de 50 años solo el 42% la acepta y el 56% no (González, 2015).

En el año 2016 se realizó la Primera Encuesta Nacional sobre la Muerte Digna que arrojó resultados interesantes, ya que el 69.3% respondió que un paciente terminal debería tener la decisión de adelantar su muerte, el 54.4% estaría de acuerdo en recibir ayuda médica para terminar con la vida del paciente terminal, el 63.6% estuvo de acuerdo en pedir ayuda para morir en caso de una enfermedad terminal y el 71.3% opina que las leyes deberían cambiar para que los enfermos decidan cuando debe terminar su vida (Encuesta Nacional sobre Muerte Digna, 2016).

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Muerte Digna, (2016) en la pregunta sobre si un enfermo en fase terminal debería de tener la opción de decidir adelantar su muerte el 69.7% fueron hombres que estuvieron a favor y solo el 30.3% estuvieron en contra, en cambio, las mujeres a favor fueron solo el 66.9% y en contra el 31.1%, lo que nos indica que las mujeres en el año 2016 estaban más en contra de la eutanasia que los hombres.

En cuanto a escolaridad, las personas encuestadas sin nivel de escolaridad el 55.1% estuvo en contra y en menor cantidad a favor (44.9%), en nivel básico de educación, las personas con primaria (56.2%) y secundaria (70%) fueron más los que estuvieron a favor que los que estuvieron en contra (primaria 43.8% y secundaria 30.0%); por último, las personas con nivel escolar de preparatoria (79.9%) y profesional/posgrado (79.3%) se manifestaron a favor, siendo una menor cantidad en contra (preparatoria 20.1 y Profesional/posgrado % 20.7%). Sobre el cambio de leyes a favor de la muerte asistida los hombres se pronunciaron a favor en un 71.8%, las mujeres en un 70.8% y en contra un 28.2% y 29.2% respectivamente.

Pichardo, et al. (2019) realizaron una encuesta por internet en población abierta respecto a términos relacionados con decisiones al final de la vida donde participaron 544 personas en grupos de edades de 18 a 70 años. El 71% indico saber el concepto de suicidio asistido y el 29% no sabe qué significa, en cuanto a la eutanasia el 96% de la población respondió que conoce el termino y solo el 4% indicó que no. El 30% indico saber qué es la obstinación terapéutica y el 62% no, finalmente el 87% entiende la ley de voluntad anticipada, el 7% es indiferente y el 6% no la entiende.

Estos datos son de gran relevancia, ya que la manera de pensar de las personas comienza a modificarse a favor de una muerte digna y la decisión de evitar una larga agonía.

Una vez revisadas las cifras, es importante considerar más la opinión popular que se tiene sobre la Eutanasia, puesto que cada vez, una mayor cantidad de personas tiene enfermedades crónicas que derivan en enfermedades terminales, por lo que el punto de vista actual, por lo menos en el área de Cuautitlán Izcalli en las diferentes edades, nos permitirá tener un punto de discusión más amplio para futuras investigaciones.

7 Método

Se realizó una investigación cualitativa no experimental de corte transversal descriptivo con un diseño fenomenológico empírico.

7.1 Pregunta de Investigación

¿Qué opinión tendrán los participantes de la presente investigación sobre la eutanasia?

7.2 Objetivo

Describir la percepción que los participantes de la presente investigación tienen sobre la eutanasia.

7.2.1 Objetivos Específicos

- Describir la opinión que tienen las mujeres sobre la eutanasia.
- Describir la opinión que tienen los hombres sobre la eutanasia.

7.3 Contexto de la Investigación

La investigación se realizó en el municipio de Cuautitlán Izcalli, Estado de México con cuatro personas que desearon participar y cumplieron con los rangos de edad y sexo.

7.4 Participantes

Debido a la situación actual del país por a la pandemia por Covid-19 se decidió realizar una investigación cualitativa descriptiva, con la participación de cuatro personas, para evitar aglomeraciones y respetar las distancias de seguridad impuestas por el gobierno.

Se realizó un Muestreo no Probabilístico por Conveniencia, mismo que de acuerdo con Otzen y Manterola, (2017) nos permitirá la selección de individuos accesibles que acepten participar en el estudio. Los participantes incluidos contaron con las características requeridas por el estudio y fueron excluidos los que no supieron el significado de Eutanasia.

Inicialmente se tenía una muestra de participantes voluntarios, sin embargo, debido a la contingencia por Covid-19, se tuvieron que incluir a otros.

Participaron dos hombres, uno de cincuenta y ocho años y uno de treinta y cuatro años; dos mujeres, una de cuarenta y cinco años y otra de treinta y seis años.

7.5 Escenario

Se realizaron las entrevistas en una oficina proporcionada por la entrevistadora, en el municipio de Cuautitlán Izcalli, Estado de México, respetando las medidas sanitarias para evitar contagios por Covid-19.

7.6 Marco interpretativo

Se brindarán opciones de intervención desde el Enfoque Cognitivo-Conductual.

7.7 Tipo de investigación

Se realizó una investigación cualitativa no experimental de corte transversal descriptivo, ya que de acuerdo con Hernández, Fernández, y Baptista, (2014) su objeto es la descripción de la variables a estudiar en un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc. En lo que atañe a la presente investigación, se conoció la opinión que los participantes tienen sobre la eutanasia y sus conceptos relacionados; posteriormente se realizó la descripción de las opiniones.

7.8 Diseño de Investigación

Se utilizó un diseño fenomenológico empírico, puesto que estos diseños pretenden explorar, reflexionar, describir e interpretar un fenómeno a partir de las experiencias que los individuos puedan compartir; su principal objetivo es describir el fenómeno a estudiar (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014). Para analizar los datos, sobre el fenómeno estudiado en la presente investigación (eutanasia) se partirá desde este diseño, para lograr describir las experiencias que surgieron a partir de la entrevista aplicada a los participantes.

7.9 Categorías de análisis y subcategorías

Las categorías de análisis que surgieron a partir de la recolección de información son:

- Eutanasia
- Muerte
- Duelo
- Enfermedades terminales
- Depresión
- Afrontamiento

7.10 Estrategia de recolección de datos

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada que fue diseñada por la investigadora con base en otros instrumentos para obtener información sobre las unidades de análisis.

7.11 Materiales

- Guía de Entrevista
- Dispositivo para grabar la Entrevista

7.12 Instrumento

Se realizó una entrevista semiestructurada para conocer la opinión que tuvieron los participantes en relación con las dimensiones de análisis pertinentes para la presente investigación; la entrevista estuvo basada en diversos instrumentos de evaluación que pueden apreciarse en el **Anexo 1**. La entrevista se compone de preguntas cerradas con opciones de respuesta de escala estimativa y preguntas abiertas. La entrevista se puede consultar en el **Anexo 2**.

7.13 Procedimiento

1. Por cuestiones de la contingencia por Covid-19 se seleccionó una muestra por Conveniencia, puesto que los participantes iniciales no pudieron continuar debido a la enfermedad.
2. Una vez autorizado por el director de la Investigación, se procedió a aplicar la entrevista con los participantes, citándolos en la oficina proporcionada por la investigadora y cumpliendo las medidas sanitarias correspondientes.
3. Para la aplicación se utilizó la entrevista semiestructurada impresa y una computadora para grabar los audios de ésta.
4. Se analizaron los datos recolectados mediante un diseño narrativo.

5. Para las conclusiones se realizaron análisis sobre los resultados, se incluyó la opinión de la investigadora, limitaciones del estudio y el abordaje del Enfoque Cognitivo Conductual en casos como la muerte, enfermedades terminales, cuidados paliativos psicológicos, acompañamiento a la familia y cuidadores del enfermo, entre otros temas relevantes.

8 Resultados

A continuación se presentan 6 tablas que muestran las respuestas que dieron los participantes en la entrevista semiestructurada de acuerdo con cada dimensión o categoría de análisis:

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS EUTANASIA				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M2- Femenino 45 años	H2-Masculino 34 años	M2- Femenino 36 años
1.- ¿Qué es la eutanasia para usted?	c) Acortamiento de la vida de una persona enferma que ya no tiene cura	e) Respetar la decisión de una persona enferma cuando decide morir	e) Respetar la decisión de una persona enferma cuando decide morir	d) Una forma digna de morir
2.- ¿Pensaría en la eutanasia cómo opción para usted en caso de requerirla?	Muy frecuentemente	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Muy frecuentemente
3.- Si usted o alguien de su familia se encontrara en una situación de enfermedad terminal con mucho sufrimiento y sin posibilidad de recuperarse, ¿le preocuparía pensar en la eutanasia como opción?	Mucho	Demasiado	Nada	Nada
4.- ¿Qué es lo que más le preocuparía si se encontrara en la necesidad de pedir la eutanasia?	a) Que las leyes del país impidan acabar con el sufrimiento	e) Que los médicos nieguen la ayuda	a) Que las leyes del país impidan acabar con el sufrimiento	e) Que los médicos nieguen la ayuda
5.- ¿Usted se pronuncia a favor de la eutanasia?	Demasiado	Demasiado	Demasiado	Demasiado
6.- De las siguientes opciones, ¿cuál consideraría más viable cuando un enfermo terminal ya está	d) Que existan espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica	d) Que existan espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica	d) Que existan espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica (eutanasia)	d) Que existan espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica (eutanasia)

sufriendo mucho?	(eutanasia)	(eutanasia)		
7.- ¿Consideraría que la familia sufre mucho cuidando a un paciente en estado terminal?	Mucho	Demasiado	Mucho	Demasiado
8.- De las siguientes opciones, ¿cuál consideraría que afecta más a la familia de un enfermo terminal?	Verlo sufrir y padecer mucho dolor	La espera de la muerte	Verlo sufrir y padecer mucho dolor	Verlo sufrir y padecer mucho dolor
9.- En su opinión, ¿considera que las siguientes leyes de nuestro país realmente benefician a los enfermos terminales?:				
a) Ley de Voluntad Anticipada. Decisión que puede tomar una persona de ser sometida o no a tratamientos médicos que prolongarían su vida cuando se encuentre en una etapa terminal.	Nada	Mucho	Casi nada	Nada
b) Ley General de Salud en su sección de cuidados paliativos. Se refiere a mitigar el dolor de una persona hasta que la muerte ocurra de manera natural.	Nada	Casi nada	Casi nada	Casi nada
c) Artículo 312 del Código Penal Federal. Habla del castigo que se impartirá por la ley a las personas que ayuden a otra a morir, sin importar las condiciones físicas o emocionales que la persona esté sufriendo,	Nada	Nada	Casi nada	Nada

siendo sancionado con 5 a 12 años de prisión.				
<p>10.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Eutanasia, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante una petición de eutanasia de usted o de un ser querido?</p>	<p>Yo reaccionaría tratando de ayudarlo en todo lo posible para que esté bien, que esté en paz el Sr., a bien morir,</p> <p>¿Y si fuera usted?</p> <p>Yo quisiera que hicieran lo mismo conmigo, que no esté yo sufriendo, si ya tengo una enfermedad terminal, ya para qué estoy sufriendo, porque tanto es sufrimiento para mí, como para mis familiares, mis seres queridos, entonces por eso es mejor que me ayuden a “bien morir”.</p> <p>¿Algo más para agregar aquí?</p> <p>Pues, mientras sea más rápido, pues es mejor, porque te vuelvo a repetir para evitar tanto sufrimiento, tanto para mí, como para los que están cerca de mí.</p>	<p>Pues mira, yo pienso que la eutanasia es un beneficio para las personas que ya no tiene remedio a sus enfermedades, porque a veces el sufrimiento es mayor y la espera siento que es peor, sobre todo a los familiares que tienen que sufrir de verlos sufrir, pues de no poder hacer nada, creo que es una impotencia de no poder ayudarlos y la eutanasia es una gran ayuda, porque terminas con la vida dignamente, no sufres y te vas rápido.</p> <p>Si a mí me la tuvieran que hacer optaría por ella.</p> <p>¿Cómo actuaría, qué haría?</p> <p>Siento que primero me iría a lo legal o a lo médico, no es legal aquí, pero espero que haya una ley que permita a ellos mismos decidir para que puedan hacérselas; de igual forma yo</p>	<p>Dado que es una persona que está dentro de sus facultades mentales y puede tomar una decisión que está más allá de los que nosotros podamos ver, parece que la eutanasia es algo que necesario cuando la persona está sufriendo demasiado, por lo tanto si la persona está en sus facultades para tomar la decisión me parece que es algo justo y necesario para la persona ya que si uno elige como vivir, si tiene la oportunidad de elegir como morir dado ese caso.</p> <p>¿Y si no estuviera en sus facultades?</p> <p>Si no pudiera decidir, ahí entraría otra cuestión donde tendrían que poder decidir los familiares más cercanos o aquellas que han estado en más contacto con la persona, que la conocen mejor.</p> <p>Si yo estuviera en esa situación de</p>	<p>Pues que realmente yo lo aplicaría si es un familiar mío, lo aplicaría como tal sin pensarlo, porque realmente son tantos los dolores que llegan a tener o las enfermedades que al final de cuentas ya no pueden tener una vida normal y lo principal que quieres es que tu familiar esté bien, que tenga esas facultades para poderse mover y hacer su vida normal y es lo que la final de cuentas pues ya no lo pueden lograr; realmente yo estoy a favor de que si él ya no puede hacer ninguna de las cosas que podía hacer anteriormente pues mejor ayudarlo a que parta.</p> <p>Usted piensa en ayudar, pero las leyes de nuestro país... Sí pero realmente ahí entras en una dificultad emocional, pero al final te gana más el cariño que tienes hacia la persona, porque aunque están las leyes, sí pero las leyes no ven realmente el trasfondo de esa persona, del dolor que</p>

		<p>lo pensaría si tuviera una enfermedad terminal y ya no tuviera opción sí pensaría en ello, cuando yo sintiera que ya es hora de irme y no sufrir más, porque siento que personas con enfermedades terminales sufren más sus familiares, porque lo ven y el no poder hacer nada, la impotencia es mucho mayor.</p> <p>En nuestro país es ilegal la eutanasia, entonces ¿cómo lo haría o qué pensaría o de plano buscaría los cuidados paliativos?</p> <p>No sé, a lo mejor diría que las leyes cambiarían, pediría que las leyes cambiaran para que legalmente se pudiera hacer esto, terminar la vida con alguien que ya no tiene esperanzas de vivir y que sufre.</p>	<p>pedir la eutanasia primero lo pensaría muy bien y ya que tomara mi decisión pediría a mi familia que la respetara y me apoyara y si fuera alguien de mi familia, igual yo respetaría su decisión, porque al final él es el que sufre no hay que ser egoístas y aunque es doloroso, no hay que ser egoístas y tratar de tenerlos a fuerzas aunque sabemos que está sufriendo.</p>	<p>está sufriendo como tal, entonces en ese aspecto muchas de las veces dejas de lado lo legal porque es más el cariño que le tienes a esa persona, a la familia, que al final de cuentas tú vas a proteger desde siempre.</p>
--	--	---	---	--

Tabla 1. Dimensión de análisis Eutanasia

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS MUERTE				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M1- Femenino 45 años	H3-Masculino 34 años	M2- Femenino 36 años
11.- ¿Qué es la	4) Algo que va a	4) Algo que va a	1) Un	1) Un acontecimiento

muerte para usted?	pasar, ni le temo, ni pienso en ella (es inevitable)	pasar, ni le temo, ni pienso en ella	acontecimiento natural de la vida que a todos nos pasará	natural de la vida que a todos nos pasará
12.- ¿Piensa en su propia muerte?	Nunca	En ocasiones	Casi nunca	Casi nunca
13.- ¿Le preocuparía pensar en su propia muerte?	Nada	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
14.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de su muerte?	5) Que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia	5) Que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia	5) Que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia	5) Que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia
15.- ¿Le preocupa la muerte de alguno de sus seres queridos?	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Ni mucho ni poco
16.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de la muerte de alguno de sus seres queridos?	5) Saber que algún día pasará por lo mismo	3) Saber que nunca se podrá comunicar con ellos otra vez	3) Saber que nunca se podrá comunicar con ellos otra vez	4) Observar la degeneración física de su cuerpo y verlo sufrir
17.- ¿Le asustaría que lo intervinieran quirúrgicamente?	Mucho	Nada	Casi nada	Demasiado
18.- ¿Qué le asustaría más de la siguiente tabla en relación con una intervención quirúrgica?	El tiempo que tuviera que pasar en el hospital	Descubrir cáncer o alguna enfermedad terminal durante una cirugía	Quedar mal físicamente de por vida	Quedar mal físicamente de por vida
19.- ¿Qué tanto le incomodan los siguientes pensamientos sobre la muerte?:				
a) Me preocupa lo rápido que pasa el tiempo, la vida es muy corta	Demasiado	Ni mucho ni poco	Ni mucho ni poco	Casi nada
b) Me pone nervioso que la gente hable de la muerte	Nada	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
c) Me preocupa el	Nada	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada

tema de la otra vida				
20.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Muerte, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante un fallecimiento de usted o de un ser querido?	<p>Con dolor, simplemente con dolor y con resignación, porque pues no estamos exentos ninguno de la muerte, hay que ser conscientes de que todos vamos para lo mismo, vamos a morir algún día; por eso no me preocupa porque todos tenemos un ciclo y pues hasta que el cuerpo aguante, se puede decir “hasta que Dios quiera”, como dicen...</p> <p>¿Lo ve como algo natural?</p> <p>Es algo natural, todos tenemos un tiempo de vida, para bien o para mal</p>	<p>Pienso que pues sería una gran pérdida, porque son nuestros seres queridos, pero digamos que si ellos ya descansan, todos vamos a morir en algún momento de nuestra vida, tal vez siento que lo más doloroso que podría vivir sería perder a un hijo y pues es como la evolución todos crecemos, morimos y así; me preocuparía a lo mejor perder a un hijo, a un ser más joven que yo, eso me preocuparía, ¿cómo reaccionaría? no sé, pienso que es un dolor que no se espera, pero que se sobrelleva.</p>	<p>Dado que la persona ya se fue, yo en lo personal no creo en la otra vida pues no queda más que la resignación y seguirlos recordando cómo eran, como fueron durante el tiempo que fueron felices y no recordarlos cuando ya estuvieron sufriendo, como fueron sus últimos días, entonces creo que eso es importante, porque al final todos vamos a morir, pero pues no nos vamos a olvidar de las personas que ya se fueron, me parece que es lo importante, tratar de recordarlos.</p> <p>Usted reaccionaría de esa manera, ya se fueron y hay que recordar.</p>	<p>Pues que debo de asimilarlo como tal porque si ya partió pues sigue tu vida por delante y pues si vas a sufrir tantito pero al final de cuentas pues tienes que seguir viviendo, entonces es un ciclo de su vida, que pues ya terminó y pues hay que asimilarlo.</p> <p>¿Qué haría, cómo reaccionaría, cómo actuaría?</p> <p>Voy a estar triste en su momento pero ya conforme pasan los días lo voy asimilando y seguir mi vida, porque pues la vida sigue.</p>

Tabla 2. Dimensión de análisis Muerte

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS DUELO				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M1- Femenino 45 años	H2-Masculino 34 años	M2- Femenino 36 años
21.- ¿Qué es el duelo o luto para usted?	3) Dejar ir a las personas y seguir viviendo	3) Dejar ir a las personas y seguir viviendo	1) La tristeza que se siente cuando una persona muere	3) Dejar ir a las personas y seguir viviendo
22.- Si falleciera un ser querido, ¿pensaría constantemente en	En ocasiones	Frecuentemente	En ocasiones	Frecuentemente

esa persona?				
23.- ¿Le preocuparía su manera de afrontar un duelo?	Mucho	Demasiado	Casi nada	Ni mucho ni poco
24.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de tener que afrontar un duelo?	3) Tener que adaptarse a una nueva vida sin la persona	4) No ser fuerte para las personas a su alrededor	4) No ser fuerte para las personas a su alrededor	5) Realmente nada, las situaciones se irán dando
25.- ¿Le preocuparía la forma de reaccionar de sus seres queridos ante un duelo?	Mucho	Demasiado	Casi nada	Demasiado
26.- ¿Cómo consideraría que reaccionarían sus seres queridos ante un duelo?	4) Llorarían mucho	4) Llorarían mucho	1) Se enojarían por la pérdida	5) No sabrían cómo consolarse
27.- ¿El duelo le asusta?	Mucho	Demasiado	Casi nada	Nada
28.- De la siguiente tabla, ¿qué es lo que le asustaría más sobre el duelo?	Estar triste y ver llorar a mi familia o amigos	No saber cómo actuar ante una pérdida	Estar triste y ver llorar a mi familia o amigos	Estar triste y ver llorar a mi familia o amigos
29.- Si una persona cercana a usted falleciera se sentiría:				
a) Desconcertado	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Demasiado
b) Enojado	Nada	Demasiado	Casi nada	Nada
c) Desconfiado	Nada	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
30.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema Duelo, ¿qué pensaría y cómo reaccionaría ante un duelo por el fallecimiento de un ser querido?	Pensar cómo reparar esa pérdida, cómo ayudar a los demás familiares, tratar de consolarlos, más que nada; apoyarlos en lo que se pueda	Siento que depende de la situación en la que murió, siento que si fuera por el tema de lo que estamos hablando, de lo de la eutanasia y eso, de una persona que tiene una enfermedad terminal, sintió que	Pues yo creo que al momento de reaccionar, yo en lo personal reaccionaría con un poco de enojo, pero al final con el paso del tiempo lo aceptaría, igual y podría estar un poco triste, pero más que	Pues que si se fue es porque ya terminó su ciclo, ya no puede estar más aquí y si pasó a mejor vida, pues es bueno para él (cuestión espiritual?) ¿Cómo haría usted para afrontar un duelo?

		<p>sería tranquilidad, pero si fuera una persona que tenía una vida por delante entonces sería más complicado pues tenía una vida por delante, pero siento que si fuera una persona con una enfermedad terminal...</p> <p>¿Aunque fuera joven?</p> <p>Sentiría tranquilidad porque él ya no estaría sufriendo y trataría de recordarlo y sobrellevarlos porque a fin de cuentas sé que él está mejor allá que acá.</p>	<p>nada yo digo que con enojo, pero al final resignación.</p> <p>¿Enojo por qué?</p> <p>Porque yo no pienso ni creo en otra vida, entonces enojo por no poder ver otra vez a la persona, tal vez quedarse con cosas que nunca le dijo, entonces enojo por no ser tan abierto como persona cuando todavía pueden y ahora que ya no pueden, viene como un enojo, un sentimiento de culpa y tristeza.</p>	<p>Tratando de hacer mis actividades que hacía anteriormente, trabajar tratar de distraerme en otras cosas, en cierta parte sí te vas a sentir muy mal, soy de las personas que piensan que si trabajas, si estás haciendo actividades es más fácil y llevadero el que ya no estén las personas (ocupar la mente).</p>
--	--	--	--	--

Tabla 3. Dimensión de análisis Duelo

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS ENFERMEDADES TERMINALES				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M1- Femenino 45 años	H2-Masculino 34 años	M2- Femenino 36 años
31.- ¿Qué es una enfermedad terminal para usted?	3) Una consecuencia de malos hábitos	5) Una enfermedad dolorosa que no tiene cura	1) Un estado irreversible de salud	5) Una enfermedad dolorosa que no tiene cura
32.- ¿Piensa que en algún momento podría desarrollar usted mismo una enfermedad terminal?	Frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	En ocasiones
33.- ¿Le preocuparía pensar en una enfermedad terminal, ya sea en usted mismo o en alguien cercano?	Demasiado	Demasiado	Ni mucho ni poco	Demasiado
34.- ¿Qué es lo que	1) Ser una carga	1) Ser una carga	1) Ser una carga	2) El dolor y la

más le preocuparía de una enfermedad terminal?	para mi familia	para mi familia	para mi familia	degeneración física
35.- ¿Le preocuparía que algún familiar padeciera una enfermedad terminal?	Mucho	Demasiado	Mucho	Demasiado
36.- Si alguno de sus familiares padeciera una enfermedad terminal, ¿qué es lo que más le preocuparía?	2) Que tuviera que estar en el hospital mucho tiempo	1) Que sufriera y estuviera triste	1) Que sufriera y estuviera triste	1) Que sufriera y estuviera triste
37.- De las siguientes áreas, ¿cuál considera que repercute más en la vida de las personas que cuidan enfermos terminales?	Emocional y Psicológica	Emocional y Psicológica	Emocional y Psicológica	Personal
38.- ¿Qué le asustaría más de la siguiente tabla en relación con una estancia larga en el hospital por una enfermedad terminal?	Dar molestias a mis seres queridos	Que tenga dolor y nadie me ayude	Dar molestias a mis seres queridos	Dar molestias a mis seres queridos
39.- Si usted tuviera una enfermedad terminal se sentiría:				
a) Nervioso, temeroso	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Mucho
b) Solo, triste, angustiado	Demasiado	Demasiado	Ni mucho ni poco	Mucho
c) Enojado, desesperado	Demasiado	Demasiado	Casi nada	Demasiado
40.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Enfermedades Terminales, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de una	Pues tratar de ayudarlo en lo que se pueda, ese es mi modo de pensar, aunque no sé si esté en las opciones, tratar de que se cure o ayudarlo a “bien	Siento que reaccionaría, en mi caso trataría de tomarlo tranquilamente, ver opciones y tratar de estar mejor y pues no sé, tratarlo de llevar con	Yo siento que si me dieran la noticia, al principio si estaría un poco “sacado de onda”, pues ya que no es algo que la gente espera, de recibir esa noticia, y pues yo creo que	Pues que cambiaría todo mi sistema de vida, pues me dedicaría como tal a mi ser querido y tratando de que pueda tener unos días llevaderos y sin tanto dolor; pensaría

<p>enfermedad terminal en usted o en un ser querido</p>	<p>morir”</p> <p>¿Usted si lo ayudaría, aun con las leyes?</p> <p>Sí</p> <p>¿Y en usted mismo?</p> <p>Pues yo lo haría para dejar de sufrir, es mi modo de pensar, ¿para qué dar sufrimientos a otras personas si algún día va a tener que llegar el momento para terminar esto.</p>	<p>tranquilidad hasta que ya no se pueda.</p> <p>¿Aceptaría cierta etapa de cuidados hasta que llegue el momento?</p> <p>Tendríamos que valorarlo, si existe esa posibilidad y si no, pues tratar de irme pronto.</p> <p>¿Y de un ser querido?</p> <p>Creo que este tema es un poquito más complicado y más difícil, porque estamos hablando de una persona a la que uno ama, entonces siento que ahí trataría de ver más la posibilidad de que él estuviera bien y tratar de salvar la situación y en dado caso que no se pueda, pues dejarlo ir, sé que va estar mejor allá.</p>	<p>con el pasar del tiempo lo aceptaría y me prepararía para lo que viene.</p> <p>¿Qué cree que es lo que viene?</p> <p>La muerte, irse de este plano y ya dejar de existir. Esto yo lo pensaría más para mí, en cuanto a los familiares, pues trataría de apoyarlos, de estar con ellos todo el tiempo posible para que se sientan bien antes de irse, no se sientan solos y si están tristes pues decirles que es algo que va a pasar y que son las etapas que al final va a llegar.</p>	<p>con la cabeza fría para poder hacer las cosas, porque si me dejo llevar por lo sentimental, pues me aturdo y realmente no podría actuar como tal, es mejor, yo siento que debes ser más frio y calculador para que las cosas te salgan mejor y tu familiar pueda estar bien también, porque si a ti te ven “doblado” pues tu familiar se va a sentir de la misma manera, entonces no hay como el actuar.</p> <p>Pero, ¿qué es actuar? ¿Qué haría?</p> <p>Pensar en todas las posibilidades en que mi familiar pueda estar bien, bien en el aspecto de que no tenga dolor de que no sufra tanto, más que nada.</p>
---	--	--	--	--

Tabla 4. Dimensión de análisis Enfermedades terminales

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS DEPRESIÓN				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M1- Femenino 45 años	H2-Masculino 34 años	P-4- Femenino 36 años
41.- ¿Qué es la depresión para usted?	5) Estar triste siempre sin razón para estarlo	4) Decepción porque la vida no es como esperamos	5) Estar triste siempre sin razón para estarlo	5) Estar triste siempre sin razón para estarlo
42.- En su vida diaria, ¿Piensa en el tema de la depresión?	Casi nunca	En ocasiones	Nunca	Casi nunca
43.- Si estuviera deprimido, ¿se preocuparía?	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Ni mucho ni poco
44.- ¿Qué es lo que más le incomoda de los siguientes enunciados?:	2) Pérdida de interés en la vida	3) Ideas suicidas	2) Pérdida de interés en la vida	3) Ideas suicidas
45.- ¿Le preocuparía que un ser querido padeciera de depresión?	Mucho	Demasiado	Mucho	Demasiado
46.- Si un ser querido padeciera de depresión, ¿Qué es lo más le preocuparía?	Que intente quitarse la vida	Que intente quitarse la vida	Que intente quitarse la vida	Tener que dejarlo solo por cuestiones laborales
47.- ¿Piensa que la muerte de un ser querido es un desencadenante para tener depresión?	Mucho	Ni mucho ni poco	Mucho	Demasiado
48.- ¿Piensa que la tristeza experimentada cuando muere un ser querido debería ser pasajera y no permanente?	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
49.- Si una persona cercana a usted falleciera se sentiría:	Casi nada	Ni mucho ni poco	Casi nada	Ni mucho ni poco
a) Sin ganas de seguir viviendo		Ni mucho ni poco		Nada

<p>b) Que está siendo castigado</p> <p>c) Que fracasó</p>	<p>Demasiado</p> <p>Demasiado</p>	<p>Demasiado</p>	<p>Casi nada</p> <p>Casi nada</p>	<p>Nada</p>
<p>50.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Depresión, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de Depresión en usted o en un ser querido?</p>	<p>Pues tratar de buscar ayuda médica directamente, con profesionales.</p>	<p>Si fuera en el caso mío, pensaría que tendría que buscar ayuda profesional y tratar de salir adelante, pienso que la depresión siempre genera algún motivo, tratar de buscar ese motivo y si fuera de algún familiar, de igual forma, tratar de ayudarlo y jamás dejarlo solo para que pueda salir adelante y de la misma forma tratar de buscar ayuda profesional para él.</p>	<p>En lo personal trataría de encontrar algún motivo para seguir aquí y pues no irme para abajo, tal vez hacer cosas que me gustan como hacer deporte, cosas por el estilo donde despejas la mente, y si fuera en un ser querido, buscar ayuda profesional, ya que pienso que la depresión no es un juego y no es algo que alguien escoge, es algo que te llega en un momento dado, no a todos pero sí a algunos y me parece que no es un juego y es algo que se debe tratar como una enfermedad, me parece importante estar con la persona y buscarla ayuda de un profesional.</p> <p>¿Y por qué para usted no buscaría la ayuda de un profesional?</p> <p>Yo siento que me puedo ayudar a mí mismo, más sin en</p>	<p>Pues que tengo que buscar a un profesional para que pueda ayudarte a salir de esa situación porque hay ocasiones en que tú sólo puedes salir, pero si es un rango leve, pero si es muy alto, pues realmente un familiar como tal no tiene los conocimientos para poderlo ayudar, entonces la mejor arma que tienes es buscar un especialista como tal.</p>

			cambio si fuera un ser querido le preguntaría, dependiendo de cómo lo vea, si lo veo mal, igual si yo me viera que no puedo salir de la depresión, pediría ayuda.	
--	--	--	---	--

Tabla 5. Dimensión de análisis Depresión

DIMENSIÓN DE ANÁLISIS AFRONTAMIENTO				
PREGUNTA	H1-Masculino 58 años	M1- Femenino 45 años	H2-Masculino 34 años	M2- Femenino 36 años
51.- ¿Para usted qué es hacer frente a la muerte?	1) Aceptar que el final ha llegado	4) Estar tranquilo con la familia y amigos hasta que llegue el momento	1) Aceptar que el final ha llegado	4) Estar tranquilo con la familia y amigos hasta que llegue el momento
52.- ¿Piensa en los recursos que tiene para enfrentar la muerte de un ser querido?	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Muy frecuentemente
53.- ¿Considera que está preparado para afrontar la muerte de un ser querido?	Mucho	Nada	Mucho	Ni mucho ni poco
54.- ¿Qué elemento considera más importante para enfrentar la muerte de un ser querido?	5) Nunca se está preparado para enfrentar la muerte	5) Nunca se está preparado para enfrentar la muerte	3) Tener una buena comunicación con familiares y amigos	2) Estar enterado de los servicios funerarios
55.- Si le dijeran que le queda poco tiempo de vida, ¿cambiaría su perspectiva actual de sí mismo y su vida?	Nada	Demasiado	Ni mucho ni poco	Demasiado

56.- En este momento de su vida, ¿se sentiría preparado para hacer frente a una enfermedad terminal?	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Demasiado
57.- Si usted o alguien cercano, le diagnosticaran una enfermedad terminal, ¿En quién se apoyaría?	Familia o Pareja	Familia o Pareja	Familia o Pareja	Familia o Pareja
58.- Si le dijeran que a usted o a un familiar cercano le queda poco tiempo de vida usted reaccionaría:	Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	Me niego a creer lo que está pasando	Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen	Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
59.- Respecto a la muerte y a la enfermedad terminal, preferiría:	Mucho	Demasiado	Ni mucho ni poco	Demasiado
a) Hablar con su familia y amigos de las preocupaciones	Demasiado	Demasiado	Mucho	Demasiado
b) Tener una buena calidad de vida, aunque no sea larga	Nada	Casi nada	Nada	Casi nada
c) Esperar por un milagro				
60.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Afrontamiento, ¿qué pensaría y cómo considera	Pues mucho dolor, tratar de resignarse, seguir viviendo la vida hasta que como dicen “hasta que Dios quiera”, pues vivir, seguir	Siento y pienso que si fuera la pérdida de un familiar, no se supera pero lo sobrellevas con el día a día, pero no olvidas, siento que	Pues para afrontar la pérdida de un familiar, al principio estaría triste, tal vez enojado, pero al final llegaría a un	En su momento me sentiría mal, yo creo que al tener la noticia me sentiría mal, pero después tendría que pensar fríamente y ver

<p>que afrontaría un fallecimiento o una enfermedad terminal en usted o en un ser querido?</p>	<p>viviendo, más que nada, a pesar de tantos problemas que hay, seguir viviendo; como todo, la muerte es inminente y ni modo hay que esperarla hasta que llegue, si se puede sin dolor, como dice el cuestionario.</p>	<p>el dolor está presente siempre, pero tratas de vivir por las demás personas.</p> <p>¿Quiere agregar algo más? ¿Qué le pareció?</p> <p>Pues me hiciste pensar mucho y me hiciste valorar muchas cosas que creo que tenía pérdidas y muchas gracias.</p>	<p>punto en que lo aceptaría, creo que eso es lo importante, no quedarse estancado en el enojo y la tristeza, sino aceptarlos, porque al final es algo que va a llegar quieras o no, y me parece que la aceptación es lo más importante, que es la última fase de la afrontación.</p> <p>¿Algo que quiera agregar?</p> <p>Pues que es importante apoyar a los familiares, estar cerca de ellos, para lo que necesiten y nunca quedarse con nada, siempre hablar con ellos aunque sea un rato y disfrutar los momentos que tienes con ellos porque al final todo pasa y nada vuelve.</p>	<p>todo lo que necesito para lo que llegue a suceder posteriormente, porque realmente nadie tiene la vida comprada y ahorita estás y mañana quien sabe y pues tienes que pensar fríamente para poder solucionar como tal esa situación</p>
--	--	---	---	--

Tabla 6. Dimensión de análisis Afrontamiento

9 Conclusiones Generales

Se recabó la información con los cuatro participantes que, a partir de este momento serán considerados como: H1 hombre de cincuenta y ocho años, H2 hombre de treinta y cuatro años, M1 mujer de cuarenta y cinco años y M2 mujer de treinta y seis años; esto con el objetivo de salvaguardar la confidencialidad de los participantes, cabe mencionar que se utilizarán los mismos seudónimos para todas las dimensiones de análisis.

9.1 Eutanasia

Con respecto a la eutanasia, como se puede apreciar en la Tabla 1 todos los participantes definieron la eutanasia basándose en el respeto de la decisión de la persona enferma que ya no tiene cura y en la dignidad de la muerte, mostrando una aceptación positiva hacia la eutanasia; todos se manifestaron a favor de ésta, pensando en ella como opción en caso de requerirla, sin embargo, H1 y M1 expresaron una gran preocupación si tuvieran que tomar una decisión de esa magnitud, a diferencia de M2 y H2, ellos no mostraron ninguna preocupación respecto a la toma de esa decisión.

En lo correspondiente a la pregunta 3 que menciona la preocupación que existe sobre la necesidad de una petición de eutanasia los hombres coincidieron en que su mayor preocupación es que las leyes de nuestro país impidan acabar con el sufrimiento y ambas mujeres en que se les niegue la ayuda médica; en cuanto a opciones viables para beneficio de los enfermos terminales todos los participantes coincidieron en que deberían existir espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica, es decir la aplicación de la eutanasia, descartando por completo la opción del suicidio asistido, el encarnizamiento terapéutico, los cuidados paliativos y la opción espiritual, es decir, ninguno manifestó algún miedo con respecto a la eutanasia por sus creencias religiosas.

Todos los participantes mostraron una tendencia positiva hacia la creencia de que la familia de un enfermo terminal sufre mucho con su cuidado. En cuanto a leyes se refiere, solo M1 consideró que la Ley de Voluntad anticipada beneficia mucho a los enfermos terminales, el resto de los participantes mostró una tendencia negativa respecto a sus beneficios; en lo referente a la Ley general de Salud en su sección de cuidados paliativos todos consideraron que no es muy beneficiosa para los enfermos terminales; por último, el Código Penal Federal en su sección donde menciona la eutanasia como homicidio, penado con 5 a 12 años de prisión, la opinión de los participantes tuvo una tendencia negativa, es decir, opinan que no es beneficiosa para los enfermos terminales.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Eutanasia, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante una petición de eutanasia de usted o de un ser querido?

H1 respondió de manera positiva respecto a la Eutanasia pues manifiesta que en caso de que un ser querido la solicitara, él buscaría la forma de apoyarlo y de igual forma pediría el mismo apoyo para sí mismo, justifica su respuestas basándose en el sufrimiento tanto para la familia como para la persona que padece una enfermedad terminal, es interesante que hizo mucho hincapié en “el bien morir” ya que desde su perspectiva la eutanasia es eso y dejar de sufrir; otra respuesta curiosa es que H1 mencionó, que de ser necesario él aplicaría la eutanasia, aún a costa de las leyes del país, a pesar de que en la preguntas cerradas respondió que le preocupa que las leyes del país impidan acabar con el sufrimiento.

M1 mencionó, al igual que H1 que la eutanasia termina con el sufrimiento de los enfermos terminales considerando que los familiares adolecen al ver padecer a su ser querido; de nueva cuenta, se menciona la palabra “dignidad” puesto que para M1 la eutanasia representa “terminar la vida dignamente”, sin embargo, M1 no pierde la esperanza de que

algún día cambien las leyes a favor de la eutanasia, menciona que optaría por solicitarla en caso de requerirla, a pesar de que es consciente de las leyes del país.

H2 hizo una mención interesante sobre las facultades mentales en las que se encuentra un enfermo terminal para tomar la decisión de solicitar la eutanasia, puesto que de manera acertada, menciona que la persona que está en sus facultades mentales sabe hasta dónde llega su sufrimiento y hasta cuando es suficiente y las que no gozan de dichas facultades, consideró que los familiares o personas cercanas a la persona son las que deciden; sin saberlo directamente relacionó el concepto de eutanasia pasiva, puesto que ésta se dictamina cuando un paciente enfermo no está consciente y no hay probabilidades de mejora, la muerte cerebral es un claro ejemplo. H2 se pronuncia a favor de la eutanasia, considerándola para sí mismo o para sus seres queridos, respetando y apoyando la decisión de cada quien; otro aspecto importantes, es que H2 menciona la palabra “egoísta” refiriéndose a apego de los familiares al no dejar ir a una persona enferma, a pesar de su sufrimiento, considerando que “si uno elige cómo vivir, también debería poder elegir cómo morir en ciertas situaciones”.

M2 comentó que sin importar las leyes ella aplicaría la eutanasia, justificándose con el dolor y sufrimiento que el enfermo terminal padece; es importante considerar que ella utiliza el término “vida normal” para referirse a las actividades comunes de la vida diaria de una persona y para ella, si la persona no puede realizar dichas actividades a causa de una enfermedad está a favor de ayudarlo a partir (morir). M2 demuestra, al igual que H2 la importancia del desapego, porque considera que las leyes no ven el trasfondo de todo lo que implica el sufrimiento para un enfermo terminal y para su familia, ganando el cariño y bienestar del ser querido.

Ambos participantes son coincidentes en sus respuestas, solo que H2 considera la eutanasia desde un enfoque legal y de respeto al considerar la decisión del enfermo y M2 no la considera desde lo legal, pero sí desde el desapego sano, al valorar más la integridad física y emocional del enfermo.

9.2 Muerte

Álvarez y Flórez, (2007) aplicaron el instrumento PAM-R de Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos mayores e intermedios con enfermedades crónicas, obteniendo que las actitudes de aceptación de acercamiento fueron las más altas obtenidas dentro del estudio, seguidas por la actitud de aceptación neutral, actitudes de aceptación de escape hacia la muerte y actitudes de miedo a la muerte. En la presente investigación, únicamente se utilizaron opciones de respuesta relacionadas con las actitudes de aceptación de acercamiento y aceptación neutral, diferenciándose de los resultados obtenidos por Álvarez y Flórez, (2007) en que tanto hombres como mujeres demostraron tener una actitud de aceptación neutral ante la muerte, sin embargo, es importante considerar que no se consideraron factores de salud como en la investigación antes mencionada, por lo que no existen antecedentes para que los participantes tuvieran una predisposición a la muerte, a diferencia de las personas con enfermedades crónicas del estudio de Álvarez y Flórez, (2007).

En lo referente a si los participantes piensan en su propia muerte H1, H2 y M2 respondieron que nunca o casi nunca piensan en ella, coincidiendo sus respuestas con la siguiente pregunta relacionada con la preocupación hacia la muerte propia; la participante

M2, respondió que en ocasiones piensa en ella y contestó a la preocupación sobre su propia muerte con “ni mucho ni poco”. Todos los participantes manifestaron que la preocupación por su propia muerte es que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia.

En un estudio realizado por Buccella, Brandi y Fernández, (2012) para validar la versión española de la Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester se demostró que los ítems de “observar la degeneración física del cuerpo” y el ítem “ver como sufre dolor” son las que más puntuaciones obtuvieron los participantes, a diferencia de la presente investigación donde solo una participante H2 manifestó que lo que más le preocuparía respecto a la muerte de un familiar cercano sería observar la degeneración física de su cuerpo y verlo sufrir; 2 participantes manifestaron que saber que nunca se podrán comunicar con ellos otra vez es lo que más les preocuparía sobre la muerte de algún familiar; por último, solo H1 manifestó preocupación por saber que algún día pasará por lo mismo. Estos resultados nos indican que el ítem se encuentra en concordancia con los ítems seleccionados de la Escala de Collet-Lester, puesto que solo 1 participante no se sintió en sintonía con las posibles respuestas, demostrando en los demás participantes un miedo válido y natural ante la muerte, sin embargo, es de suma importancia considerar que el estudio de validación del instrumento se realizó en una población de estudiantes de medicina y las personas participantes tuvieron una escolaridad básica.

Rivera y Montero, (2010) realizaron una investigación en donde adaptaron la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer al español mexicano, obteniendo sus propiedades psicométricas. Se trabajó en un grupo de personas mayores y un grupo de estudiantes. Un aspecto relevante que se menciona dentro de la investigación, es que los mexicanos relacionan una intervención quirúrgica con la muerte, por lo que uno de los ítems de la escala fue modificado en ese aspecto; razón por la cual se consideró pertinente agregarlo en la presente investigación en las preguntas 18 y 19. Un hombre y una mujer tuvieron una tendencia positiva en lo que se refiere al miedo a una intervención quirúrgica, al contrario que los otros 2 participantes que respondieron nada y casi nada. H2 y M2 respondieron que se preocuparían si en una intervención quirúrgica quedaran mal de por vida; H1 refirió que le asustaría el tiempo que tuviera que pasar en el hospital y M2, manifestó temor por descubrir cáncer o una enfermedad terminal, sin embargo, cabe destacar que ningún participante refirió tener miedo de morir durante una intervención quirúrgica, lo que nos regresa a los resultados obtenidos en relación con la escala de Collet-Lester, donde el miedo directo que manifiestan los participantes no es a la muerte en sí, sino a sufrir o padecer dolor y a la degeneración física del cuerpo.

Aún con base en la Escala de ansiedad ante la muerte de Templer se les preguntó a los participantes sobre qué tanto le incomodaban algunos pensamientos sobre la muerte, como: Me preocupa lo rápido que pasa el tiempo, la vida es muy corta; me pone nervioso que la gente hable de la muerte y me preocupa el tema de la otra vida. Solo H1 respondió que le incomoda lo rápido que pasa el tiempo, todos los demás participantes mostraron una tendencia neutral y positiva respecto a los pensamientos antes mencionados.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Muerte, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante un fallecimiento de usted o de un ser querido?

H1 mencionó que la muerte es una parte natural de la vida, que aunque causa mucho dolor se debe aceptar con resignación, considerándola parte de un ciclo, por otro lado, M1

mencionó, al igual que H1, que la muerte causa mucho dolor, pero que debe sobrellevarse, siendo también parte de un ciclo de la vida, sin embargo, M1 demostró mucho dolor, incluso lloró un poco, al mencionar que lo peor que le pudiera pasar sería perder a un hijo, aludiendo constantemente que sería más doloroso que muriera alguien más joven que ella. H2 manifestó no creer en la otra vida, sin embargo, considera que debe tomarse con resignación, pero recordando lo mejor de la persona fallecida y nunca olvidarlos, por su parte, M2, también coincidió con los demás participantes, puesto que manifestó que su reacción sería de tristeza pero con la convicción de que la vida seguirá su curso, considerando también que la muerte es parte del ciclo de la vida.

En esta dimensión de análisis se muestra que los participantes de mayor edad tienen una mayor espiritualidad en su perspectiva de la muerte y los jóvenes lo tomaron un poco más pragmático, puesto que no mencionaron en ningún momento algo espiritual, sin embargo, todos los participantes la consideran un ciclo del que nadie está exento y que a pesar del dolor que causa, todos son conscientes de que en algún momento se acabará el dolor y deberán continuar con sus vidas.

9.3 Duelo

En esta dimensión de análisis se dieron diversas opciones de respuesta en relación con las etapas de duelo para que los participantes dieran la definición que más se adecuara a su sentir y su pensar, solo el participante H2 dio una respuesta que se aproximaba a la definición general del duelo y los demás participantes demostraron su respuesta a una aproximación hacia la etapa final del duelo.

Gamba y Navia, (2017) realizaron una adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana y al no encontrarse algún estudio similar en población mexicana se utilizaron algunos ítems de dicha adaptación, ya que el instrumento evalúa principalmente el sufrimiento producido por la ausencia del ser querido y el desafío de asumir la pérdida como real. Por estas razones se consideró pertinente preguntar a los participantes qué tanto pensarían en una persona querida si falleciera, las mujeres mostraron una tendencia negativa al responder que demasiado y los hombres una tendencia neutra; en otra investigación realizada por García, Landa, Trigueros y Gaminde, (2001) en una adaptación al castellano del Inventario de Experiencias en Duelo se menciona que socialmente se espera que una mujer manifieste una ansiedad mayor por la pérdida de un ser querido y este ítem evaluado considera si la persona desarrolla ansiedad o depresión de manera no natural en un duelo, lo que se relaciona con lo que mencionan García, Landa, Trigueros y Gaminde, (2001), puesto que las mujeres manifiestan datos que se relacionan con su género. En cuanto a la preocupación sobre la manera de afrontar un duelo, H1 y M1 mostró preocupación, en cambio, H2 y M2 manifestaron una tendencia negativa, es decir, no se preocupan por su manera de afrontarlo.

Se les dieron opciones sobre que les preocuparía más sobre afrontar un duelo, respondiendo H1, H2 y M1 sobre no ser fuerte para las personas a su alrededor, siendo solo M1 la que respondió de manera neutral “Realmente nada, las situaciones se irán dando”. H1, H2 y M2 tuvieron una tendencia negativa sobre la preocupación por la manera de reaccionar de sus seres queridos ante un duelo, preocupándose demasiado, siendo solo H1 el que casi no se preocuparía.

García, et al. (2001) realizaron otra adaptación al castellano del Inventario de experiencias en duelo (IED) en una población de personas viudas y personas no dolientes, encontrando que los viudos jóvenes sienten más rabia o enojo ante lo injusto de una muerte intempestiva y que los viudos mayores utilizan la negación para defenderse; los participantes veían traumático morir en el hospital y preferían morir en casa y que pasados dos años los dolientes aún se sienten enfadados y obsesionados con el fallecido. En la presente investigación se utilizaron algunos ítems para preguntar a los participantes, como la forma de reaccionar de sus seres queridos ante un duelo; las creencias H1 y M1 coincidieron en que llorarían mucho, sin embargo, H2 consideró que se enojarían por la pérdida y M2 respondió que no sabrían cómo consolarse, indicadores de que los jóvenes reaccionan con más enojo que los mayores, como se menciona en la investigación de García, et al. (2001), sin embargo, es importante considerar que en dicha investigación se menciona que las personas mayores usan la negación como mecanismo de defensa y en lo correspondiente al miedo que los participantes presentan ante el duelo, H1 y M1 reconocen abiertamente su miedo por éste, sin negarlo, a diferencia de H2 y M2 que expresaron no tener miedo al duelo; aunque cabe considerar que en la investigación mencionada, son personas viudas las que presentaron esos resultados.

Sobre las opciones dadas sobre lo que más les asustaría sobre el duelo, 3 participantes coincidieron en que estar triste y ver llorar a mi familia o amigos es lo que más les asusta, a excepción de M1, ella expresó que el no saber cómo actuar ante una pérdida le asustaría más.

Por último, aun en la línea del Inventario de experiencias en duelo (IED), se preguntó a los participantes sobre su sentir respecto a la suposición del fallecimiento de un ser querido; sobre la opción desconcertado solo el H2 contestó casi nada, los demás participantes afirmaron que se sentirían demasiado o muy desconcertados; en lo que respecta al enojo solo M1 afirmó que se sentiría enojada, los demás tuvieron una tendencia positiva, es decir, nada o casi nada; finalmente, sobre la desconfianza todos tuvieron una tendencia negativa, lo que demuestra que no se sentirían de esa manera.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema Duelo, ¿qué pensaría y cómo reaccionaría ante un duelo por el fallecimiento de un ser querido?

H1 mencionó que ayudar y consolar a la familia es lo que haría en un duelo para reparar la pérdida, por otra parte, M1 reaccionó con tristeza ante esta pregunta y prefirió enfocarse en el tema principal de esta investigación (eutanasia), por lo que su respuesta se relacionó con una enfermedad terminal, mencionando que reaccionaría con tranquilidad puesto que la persona ya no estaría sufriendo, sin embargo, entró en conflicto de nuevo por la muerte de alguien joven, sin embargo, al final decidió que aunque la persona fuera joven, si estuviera sufriendo lo mejor sería la muerte, apoyándose en la espiritualidad y la creencia de un “más allá” al mencionar: “Sé que él está mejor allá que acá”.

H2 mencionó el enojo como parte de su duelo, ya que la mala comunicación ocasiona sentimientos de culpa y enojo por no expresar los sentimientos y al carecer de la creencia de “otra vida” le angustia no poder ver a la persona otra vez, sin embargo menciona la aceptación con el paso del tiempo. M2 menciona una vez más el término de un ciclo, sin embargo, ella sí manifiesta una creencia espiritual en “una mejor” vida, lo que le permite

aceptar la pérdida, sin embargo, es de la idea de “ocupar la mente y el cuerpo” en actividades habituales para hacer más “llevadera” la pérdida,

Como podemos ver, la espiritualidad ayuda, por lo menos a las mujeres de esta investigación a sobrellevar el duelo por la muerte de un ser querido, los hombres mencionan más el enojo (H2) a causa de no expresar emociones en el momento indicado y a “reparar” la pérdida (H1) apoyando y consolando a la familia; desde mi punto de vista, y como se mencionó anteriormente, al parecer continua la creencia de que los hombres no expresan sentimientos y emociones, puesto que enojarse en lugar de estar triste o querer reparar la pérdida de una persona en lugar de sentir y afrontar la ausencia nos indica que el duelo, por lo menos para estos 2 participantes no se vive o se expresa de la manera usual, en cambio, las mujeres demuestran una mayor espiritualidad, que les permite afrontar mejor un duelo.

9.4 Enfermedades Terminales

Los participantes escogieron de entre las opciones su propia definición de enfermedad terminal coincidiendo con la definición conceptual de la literatura, es decir, una enfermedad dolorosa que no tiene cura y un estado irreversible de salud, el único que no coincidió con los demás participantes fue H1, puesto que seleccionó “una consecuencia de malos hábitos” que no necesariamente se menciona en la definición de enfermedad terminal.

Tanto H1 como M1 piensan de manera frecuente en el posible desarrollo de una enfermedad terminal, a diferencia H2 y M2, ya que ellos manifestaron una tendencia neutral; en cuanto a la preocupación por pensar en una enfermedad terminal, todos mantuvieron una preocupación alta, a excepción de H2 que tuvo una preocupación neutral. Es interesante que en cuanto a lo que más les preocuparía si tuvieran una enfermedad terminal, la mayoría (3) externaron una preocupación por ser una carga para su familia, siendo solo M2 la que se preocupó por el dolor y la degeneración física. En su contraparte, todos los participantes externaron preocupación alta si alguno de sus seres queridos padeciera una enfermedad terminal, preocupándose más por verlo triste y sufriendo, a excepción H1 que su preocupación se inclina más hacia el tiempo que tendría que estar en el hospital; estos datos nos indican que todos los participantes se preocupan más por sus seres queridos que por sí mismos.

Tripodoro, Veloso y Llanos, (2015) realizaron un estudio para evaluar la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos utilizando la Escala de Zarit, hallando que los cuidadores se sienten agobiados al tener que mezclar el cuidado con las responsabilidades laborales, personales y familiares, encontrándose entre la razón y la emoción, es decir se trata de una actividad racional originada por un estado emocional. En consonancia con lo anterior, los participantes consideraron que el área más afectada en la vida de los cuidadores de enfermos terminales es el área emocional y psicológica, únicamente M2 consideró el área personal, sin embargo, no sería relevante, puesto que en el estudio mencionado, se refiere al agobio en distintas áreas.

Se preguntó también la preocupación que les ocasionaría sobre el supuesto de una estancia larga en el hospital a lo que la mayoría respondió que les preocuparía dar molestias a sus seres queridos, siendo solo M1 la que externó preocupación por tener dolor y que nadie le ayude.

En otro estudio realizado por Galindo, et al. (2015) donde se obtuvieron las propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos los resultados arrojaron que dichos pacientes tuvieron una manifestación más alta de ansiedad que de depresión al estar en un hospital; debido a la importancia de la unidad de análisis, se utilizaron algunos datos de la HADS para el supuesto de una enfermedad terminal en los participantes y así considerar si se sentirían ansiosos o depresivos. Los participantes tuvieron una tendencia negativa hacia ambos constructos y solo H2 tuvo una tendencia neutral. Estos resultados nos indican que una persona con enfermedad terminal, se aproxima sobremanera a la ansiedad y la depresión, por lo que es de vital importancia estar atentos ante los primeros indicios.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Enfermedades Terminales, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de una enfermedad terminal en usted o en un ser querido?

H1 dio una opinión muy interesante, puesto que él mencionó que en caso de una enfermedad terminal, ya sea con él mismo o con un ser querido, H1 buscaría la manera de curarlo y de no ser posible él lo ayudaría a “bien morir” aún con las leyes de nuestro país, ya que considera que en algún momento deberá terminar de algún modo y prefiere evitar sufrimiento. M1 tuvo ciertas similitudes con H1, puesto que ella lo tomaría con tranquilidad y vería la manera de curarse, de no ser posible, también querría irse pronto, sin embargo, su opinión difiere mucho en lo que sus seres queridos respecta, ya que menciona, con lágrimas en los ojos, que trataría de salvarlo, sin embargo, llegaría un momento en que tendría que aceptar el “dejarlo ir”, de nuevo apoyándose en la espiritualidad al decir: “sé que va estar mejor allá”. Es importante considerar que en la dimensión anterior M1 demostró una adecuada aceptación del duelo, sin embargo, aquí no lo reafirma con sus respuestas.

H2 al contrario que H1 manifestó que él se prepararía para la muerte, se sentiría desconcertado con una noticia así, pero con el tiempo la aceptaría, esperaría la muerte junto a su familia, brindando apoyo y aceptación hasta que llegue el momento; al igual que H2, M2 buscaría la manera de que su ser querido se encuentre bien, que no tenga dolor y que no sufra, buscando su bienestar tanto físico como emocional.

9.5 Depresión

Las respuestas sobre la definición de depresión no se aproxima de manera general a la definición teórica de ésta, puesto que 3 participantes la definen como “estar triste sin razón para estarlo y M1 la definió como “decepción porque la vida no es como esperamos”; aun cuando dentro de las opciones de respuesta se encontraba “tristeza profunda”. De manera general, los participantes no tienen una idea clara de qué es la depresión, sino solo una ligera aproximación a su verdadero significado; sin embargo, la mayoría de los participantes respondieron que nunca o casi nunca piensan en el tema de la depresión dentro de su vida diaria, lo cual podría ser la razón de la desinformación.

H1 y M1 respondieron afirmativamente que les preocuparía si estuvieran deprimidos, en cambio el H2 y M2 mostraron una tendencia neutral al responder “ni mucho ni poco”. Se les propusieron algunas opciones de pensamientos con el objetivo que respondieran cuál les incomodaba más; los hombres afirmaron que les incomodaba el pensamiento “pérdida de

interés en la vida”, en cambio, las mujeres se incomodaron con “ideas suicidas”; ambos pensamientos se encuentran relacionados, puesto que la pérdida de interés en la vida puede ocasionar ideas suicidas, por lo que todos los participantes se encuentran preocupados por algunas de las consecuencias más catastróficas de la depresión.

En lo correspondiente a la preocupación inherente sobre la depresión en algún ser querido, todos los participantes afirmaron que sentirían demasiada o mucha preocupación en caso de que un ser querido la padeciera y lo que más les preocuparía es que intente quitarse la vida, siendo solo M2 la que se preocuparía en tener que dejarlo solo por cuestiones laborales; otro aspecto relevante es que la mayoría de los participantes piensan que la muerte de un ser querido es un desencadenante para desarrollar depresión, lo que resulta coincidente con las respuestas de otras dimensiones de análisis como muerte y duelo, puesto que de igual manera, la gran mayoría coincidía en que la muerte ocasiona tristeza, sin embargo, en el duelo esperan una pronta aceptación, lo que nos permite suponer que aunque consideren que la depresión es un aspecto relevante en la pérdida de un ser querido, aun cuando en su vida diaria afirmaron no pensar en el tema, la mayoría de los participantes buscan evitar o por lo menos ser conscientes de sus propias realidades para no caer en depresión.

Por último, se utilizaron algunos ítems del Inventario de Depresión de Beck-II, en relación con la muerte de un ser querido, se les dieron opciones que se aproximaban a su propio sentir, como son: “Sin ganas de seguir viviendo”, donde ambos hombres respondieron positivamente, es decir, casi nada, y ambas mujeres respondieron de manera neutral, es decir, ni mucho ni poco; se utilizó también “Que está siendo castigado” donde solo H1 respondió que mucho, H1 respondió de manera neutral y H2 y M2 tuvieron una tendencia positiva (casi nada, nada); el último ítem utilizado fue “Que fracasó”, H1 y M1 mostraron una tendencia negativa, respondiendo ambos “demasiado”; por otra parte, H2 y M2 tuvieron una tendencia positiva, al responder nada y casi nada.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Depresión, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de Depresión en usted o en un ser querido?

H1, M1 y M2 coincidieron en opiniones respecto a que la depresión debe tratarse con ayuda profesional, en conjunto con el apoyo y el acompañamiento familiar (M1).

H2 opinó que para él mismo trataría primero de realizar actividades que le gusten y le “despejen la mente”, en cambio, para sus seres queridos buscaría la ayuda profesional, sin embargo, él mismo consideró que si no puede solo, de igual forma buscaría ayuda.

A pesar de que todos mencionaron que la depresión no es un concepto que piensen en su vida cotidiana, todos coincidieron en que la presencia de ésta deberá ser tratada por profesionales y con apoyo familiar.

9.6 Afrontamiento

En las preguntas realizadas para investigar la presente dimensión de análisis se utilizaron diversos ítems de la escala de afrontamiento a la muerte, actitudes ante la muerte, cuestionario de afrontamientos del estrés y el de estilos de afrontamiento para explorar las diversas áreas de afrontamiento de los participantes.

En lo correspondiente a la pregunta sobre ¿qué es hacer frente a la muerte?, los hombres coincidieron en responder que para ambos es Aceptar que el final ha llegado, por otra parte, las mujeres coincidieron en que para ellas es Estar tranquilo con la familia y amigos hasta que llegue el momento; lo que nos demuestra que todos los participantes muestran una aceptación de acercamiento y aceptación neutral con respecto al afrontamiento a la muerte y como bien menciona Sáez, (2016) dichas aceptaciones son predictores de bienestar psicológico, puesto que no la evitan ni le temen.

En cuanto a si piensan en los recursos que tienen para enfrentar la muerte de un ser querido solo H1 y M2 frecuentemente piensan en ellos, en cambio, M1 en ocasiones y H2 casi nunca. Otro aspecto interesante es que todos manifestaron aceptación en cuanto a la muerte, sin embargo en lo que se refiere a si se considerarían preparados para afrontar la muerte de un ser querido solo los hombres se consideran muy preparados, M1 admitió no sentirse nada preparada y M2 tuvo una respuesta neutral, es decir, ni mucho ni poco; dentro de esta misma línea, se les preguntó qué elemento consideran más importante para enfrentar la muerte de un ser querido, obteniendo que tanto M1 como H1 piensan que nunca se está preparado para enfrentar la muerte, razón por la cual, aunque demuestren una aceptación general de la muerte, no es algo que contemplen como realidad próxima en su vida; H2 declaró que Tener una buena comunicación con familiares y amigos y M2 que Estar enterado de los servicios funerarios son elementos importantes para enfrentar la muerte, demostrando una mayor aceptación.

Galiana, et al. (2017) mencionan que los profesionales de la salud con mayor experiencia en cuidados paliativos muestran una mayor competencia ante la muerte, sin embargo, otros profesionales que toman programas de formación en afrontamiento desarrollan competencias favorables para tratar con la muerte; esta información hace reflexionar que si todas las personas tuvieran acceso a programas enfocados en enfrentar la muerte, cambiaría la perspectiva de ésta y podrían estar más preparados para cuando llegue el inevitable momento, puesto que a los participantes se les preguntó: Si le dijeran que le queda poco tiempo de vida, ¿cambiaría su perspectiva actual de sí mismo y su vida?, respondiendo solo H1 que nada cambiaría, lo que nos indica un nivel elevado de aceptación, sin embargo, no se debe olvidar considerar que mencionó no estar preparado para la muerte de un familiar, pero al parecer, para suya propia, sí; M1 tuvo una respuesta neutral (ni mucho ni poco), por último, H2 y M2 contestaron que cambiaría demasiado, tal vez sea por su edad, pero ambos consideraron que su vida cambiaría.

Higareda, et al. (2015) realizaron una validación de la Escala de estilo de Afrontamiento en estudiantes universitarios mexicanos encontrando que el afrontamiento más usado por los participantes fue el cognitivo, en cambio el estilo menos utilizado fue el de baja tolerancia a la frustración con retirada social, por lo que los estilos más utilizados dentro de los estudiantes son los focalizados en la solución de la problemática. En otro estudio realizado por González y Landero, (2007) donde validaron el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés en una muestra mexicana se encontró que la búsqueda de apoyo social, solución de problemas y auto focalización negativa son estilos de afrontamiento que la población participante manifestó en mayor medida. Se han mencionado los estudios anteriores porque se utilizaron algunos ítems para algunas preguntas; como en la correspondiente sobre el apoyo que buscarían los participantes en caso de una enfermedad terminal, a lo que todos

respondieron que se apoyarían en la familia o pareja, por lo que se hace presente el estilo de apoyo social; también se les pregunto sobre su forma de reaccionar en el hipotético caso de que a un ser querido le quedara poco tiempo de vida; los hombres demostraron un estilo de auto focalización negativa al responder: “Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen”, M2 respondió con el estilo de búsqueda de apoyo social: “Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares”; por último, M1 demostró un estilo de baja tolerancia a la frustración, al responder: “Me niego a creer lo que está pasando”. Estos resultados concuerdan con los obtenidos en las investigaciones mencionadas, principalmente con el de González y Landero, (2007), solo que ningún participante demostró el estilo de solución de problemas.

En la última pregunta cerrada de la presente dimensión se les dieron diversas opciones sobre qué preferirían respecto a la enfermedad terminal. La primera opción “Hablar con su familia y amigos de las preocupaciones” 3 participantes tuvieron una tendencia positiva sobre la comunicación, siendo solo H2 el que respondió de manera neutral: “Ni mucho ni poco”; en la segunda opción “Tener una buena calidad de vida, aunque no sea larga” todos los participantes se manifestaron en acuerdo, lo que reafirma sus respuestas sobre la eutanasia; por último, en la tercera opción “Esperar por un milagro” todos los participantes mostraron una tendencia negativa.

Para cerrar la dimensión y con el objetivo de ampliar su opinión con respecto al tema se le preguntó a los participantes lo siguiente: Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Afrontamiento, ¿qué pensaría y cómo considera que afrontaría un fallecimiento o una enfermedad terminal en usted o en un ser querido?

H1 opinó que la muerte es inminente y que la espera hasta que llegue, si se puede sin dolor físico, por lo que la afrontaría con dolor, pero con resignación y seguiría “viviendo la vida”. M1, a diferencia de H1 opinó que nunca se supera la muerte de un ser querido, que el dolor nunca se acaba, pero que lo sobrellevas y tratas de vivir por las demás personas.

H2 demostró que su manera de afrontar la muerte es aceptándola, al principio considera enojo y tristeza, pero considera como última fase la aceptación, acompañada de una buena comunicación antes de que ocurra. M2 contestó de manera similar que H2, ya que ella considera que al principio sería algo triste, pero ella ve las situaciones de manera fría, es decir, busca la manera de solucionar la situación.

Todos los participantes consideraron que para afrontar la muerte es necesario aceptar las situaciones y seguir adelante, a pesar del dolor y la tristeza que ésta ocasiona. Ambos hombres consideran que la muerte es inminente y manifiestan aceptación por ésta, sin embargo, las mujeres contrastaron mucho con sus respuestas, ya que M1 considera que nunca se supera la muerte, solo se sobrelleva y M2 considera de manera práctica el suceso de la muerte, es decir, busca solucionar problemas.

10 Comentarios Finales

La eutanasia es un tema controvertido, ya que en nuestro país es una práctica prohibida, a diferencia de países de la unión europea, entre otros. El hecho de que en nuestro país aún sea una práctica ilegal tiene que ver con distintas situaciones morales y éticas, sin embargo,

como tal, la eutanasia se busca con el fin de cesar el dolor; buscando una forma digna de muerte.

Algunas de las actitudes con respecto a la muerte fueron consideradas en el instrumento y como se pudo ver en los resultados los participantes obtuvieron un acercamiento neutral que se relaciona intrínsecamente con las actitudes de aceptación de acercamiento, es decir de manera adaptativa, viéndola como algo natural e inevitable, sin mostrar temor alguno. El temor al sufrimiento se hizo presente, puesto que la mayoría ve una enfermedad terminal como una situación dolorosa que podría terminarse con la muerte, lo que nos lleva a pensar que a pesar de que de manera consciente no demostraron temor por la muerte, sí demostraron ciertas actitudes de aceptación de escape, puesto que la muerte, al menos en el caso de una enfermedad terminal, es vista como el fin del sufrimiento, lo que se relaciona nuevamente con la eutanasia, puesto que todos consideraron que ésta permite que la persona no sufra y también resguarde su dignidad, por lo que surge una pregunta: en el caso de la eutanasia ¿es desadaptativo tener actitudes de aceptación de escape cuando ya no hay esperanza de recuperación y solo espera dolor y sufrimiento?, a manera personal, considero que no, puesto que la muerte tiene el significado que cada persona quiera darle y si tanto sufrimiento acaba con la dignidad propia, es justo que la persona decida qué actitud tomar y hasta donde seguir “luchando”.

Es verdad que la muerte ocasiona tristeza, dolor y en ocasiones desesperación, pero en muchas ocasiones es lo único que las personas con enfermedades terminales tienen como opción, opción que todos tendremos algún día y que sin embargo en el estado terminal es un poco más pronto, sin embargo, como mencionaron los participantes durante las entrevistas: “es más grande el cariño que sientes por las personas que ya no quieres verlas sufrir”, es verdad que se producen emociones como enojo, sentimientos de culpa, pero en algún momento llegará la aceptación y en caso de que no llegue, siempre existirán profesionales enfocados en esa área para evitar depresión, ansiedad y ayudar en el proceso propio del duelo.

Gamba y Navia, (2017) afirman que el duelo ocasionado por la muerte de un ser querido provoca sufrimiento y alteraciones emocionales como la ira y la depresión, siendo parte del proceso de reajuste, por lo que es importante considerar todas las emociones relacionadas con la pérdida para que el duelo siga un curso saludable, para lograrlo se debe asumir como real la muerte. Como se aprecia en la literatura, el duelo es un proceso lento y doloroso, sin embargo, es necesario para lograr una aceptación real de la muerte, es probable que el temor que las personas manifiestan ante la muerte se deba al duelo, a una nueva adaptación de la vida sin la persona. Limonero, Lacasta, Maté y Prigerson, (2009) mencionan la detección y/o prevención de los factores que pueden dar lugar a un duelo complicado o patológico de los cuidadores principales o de los familiares es uno de los objetivos prioritarios de la asistencia paliativa, y permite la planificación de medidas de intervención con el fin de facilitar el ajuste emocional a la pérdida, necesarios para evitar que las personas nunca resuelvan totalmente su duelo, algo que una participante mencionó dentro de la entrevista, lo que nos indica que aún existe la creencia de que el dolor por una muerte nunca se supera. Existen muchas investigaciones sobre la muerte, sin embargo, aún no se acepta de manera consciente y real (Torres, 2018).

Otro aspecto importante fue que los participantes consideraron que les preocuparía ser una carga para los familiares en caso de una enfermedad terminal, al respecto, Tripodoro,

Veloso y Llanos, (2015) mencionan que las personas que cuidan enfermos paliativos tienen una alta percepción de agobio al combinar el cuidado de un enfermo terminal con las cuestiones laborales y personales, lo que nos permite analizar que los participantes coinciden sobre lo mencionado, la familia lleva una carga emocional enorme junto con el enfermo.

La presente investigación permite ampliar el panorama en cuanto a la opinión que las personas tienen sobre la eutanasia, permitiendo conocer diversos aspectos relacionados con ésta y sus consecuencias. En primer lugar, tanto personas mayores como personas jóvenes manifestaron una opinión muy positiva respecto a ésta, demostrando que en caso de requerirla se preocuparían más por la persona que sufre por una enfermedad terminal que por ellos mismos. En segundo lugar, la muerte debería ser vista como algo natural, puesto que es lo único seguro que le ocurrirá a todos los seres humanos, sin embargo, actualmente, gran parte de la sociedad reprime la muerte, creando mecanismos de defensa psicológicos para evitar las experiencias relacionadas con la muerte. Por último, este estudio nos permite observar que las personas han modificado un poco más su pensar sobre la depresión, ya que los participantes no la piensan como una parte de la vida, sin embargo sí ven que es una situación preocupante que requiere de apoyo profesional.

Entre las limitaciones de la presente investigación encontramos que la aplicación de la entrevista se realizó a muy pocos participantes, permitiéndonos conocer la opinión de una muestra representativa muy pequeña de las edades, razón por la cual, es probable que hayan existido tan pocas diferencias de opiniones; otra limitación fue que solo se consideró en criterios de inclusión a personas con escolaridad básica, excluyendo a profesionistas, por lo que se recomienda para futuros estudios considerar a dicho grupo con el fin de comparar las diferencias de opiniones.

A manera de propuesta de intervención, se sugiere que en las escuelas, desde el nivel básico, hasta el superior, se hable de manera natural de la muerte, de sus consecuencias, de enfermedades terminales y sobre todo de maneras de afrontar las situaciones, con el objetivo de incrementar y en caso de ser necesario, implementar, la resiliencia, y normalizar el concepto de muerte, haciéndolo parte vital de la vida, para que cuando llegue el momento, ya sea en un ser querido o en uno mismo, se tenga la fuerza necesaria para aceptarla y evitar sufrimientos innecesarios.

La muerte es un tema que se considera tabú, puesto que como vimos a lo largo de la presente investigación, existen diversos estudios enfocados específicamente en el miedo a la muerte, en el actuar de las personas ante ésta y las maneras de afrontarla, siendo que no debería de existir ese temor, puesto que es parte del ciclo de la vida, todos algún día moriremos, y no solo me refiero a serse humanos, sino a animales, plantas, seres vivos en general, sin embargo, también es justificado ese temor, ya que es algo desconocido y el ser humano regularmente le teme a lo que no conoce; existen otros factores, como el apego que se tiene a las personas, el dolor y la tristeza que ocasiona la muerte. Otro aspecto relevante mencionado durante la investigación, son los avances científicos y tecnológicos que han aumentado la expectativa de vida de los seres humanos y en cierta forma ocasiona un rechazo a la muerte, puesto que los médicos son formados con la idea de salvar vidas, aún a costa de la calidad de ésta, utilizando mecanismos sustitutivos como la diálisis, tanques de

oxígeno, sillas de ruedas, etc., que permiten alargar la vida; lo que de manera directa nos lleva al punto central de la investigación: la eutanasia.

La eutanasia aún es un tema delicado por todo lo mencionado anteriormente; por el pensamiento o creencia de que se debe luchar por vivir; pero de manera personal, pienso que para todo hay un límite, cuando se sabe que no hay cura para una enfermedad, cuando solo queda esperar la muerte, en la mayoría de los casos con dolor y en hospitales, cuando ya no puedes hacer y disfrutar tus actividades anteriores porque tu cuerpo no te responde, tal vez tu mente siga ágil, pero ya no te puedes levantar, cuando se pierde la dignidad, porque no puedes satisfacer por ti mismo tus necesidades más básicas, cuando tu familia sufre y está triste de ver tu degeneración, tal vez sea momento de abandonar “la lucha”. Es verdad que la muerte es dolorosa y que normalmente ocasione miedo y angustia, pero cuando se espera en una enfermedad terminal, ese miedo y angustia se convierten en una constante y se multiplican al ver a tu ser querido mal, degenerándose, porque los cuidadores de enfermos terminales y me refiero a informales (familia, pareja, amigos) sufren junto con la persona, y como mencionaron unos participantes “te gana el cariño” “y si uno decide cómo vivir, también debería poder decidir cómo morir”, entonces ¿la sociedad debería concebir un cambio en cuanto a las creencias y percepciones que se tiene sobre la muerte?, ¿dicho cambio beneficiaría a la aceptación de la eutanasia?. Yo pienso que sí, ya que también se mencionaron estudios sobre profesionales de la salud que al recibir talleres sobre afrontamiento de la muerte fueron más capaces y demostraron mejores actitudes ante esta, si se aplicarían cursos o talleres así para el público en general o en las escuelas con niños o jóvenes, probablemente se vería ese cambio aunque de momento, solo tengamos investigaciones como éstas.

11 Referencias

- Albarracín, R., Cerquera, C. y Pabón, P. (2016). *Escala de sobrecarga del cuidador Zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga*. Revista de Psicología. Universidad de Antioquia, 8(2), 87-99. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/6059407.pdf>
- Álvarez, R. y Flórez, G. (2007). *Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga*. Revista Colombiana de Psicología. No. 17, pp. 75-82 Universidad Nacional de Colombia Bogotá, Colombia. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/804/80411803005.pdf>
- Alves, D. y De Freitas M. (2018). *Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura*. Enfermería Global. Revista electrónica trimestral de enfermería No. 51. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n51/1695-6141-eg-17-51-529.pdf>
- Auza, R. y Caballero, L. (2016). *Psicología y Muerte Digna: Aportes para la construcción de Políticas Públicas*. (Tesis). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología. Colombia. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/21355/AuzaRuizJuana2016.pdf?sequence=1>
- Barroeta, T. (2020). *Propuesta de Taller Grupal Cognitivo Conductual para Pacientes con Depresión*. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria, CDMX. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2020/enero/0799776/Index.html>
- Boehm, S. (2017). *Diseño psicopedagógico para la enseñanza de la eutanasia a nivel medio superior*. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Acatlán. Filosofía. Santa Cruz Acatlán, Naucalpan, Estado de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2017/octubre/0766059/Index.html>
- Bravo, A. (2018). *La influencia de las emociones y su afrontamiento en pacientes con cáncer*. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala, Estado de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775471/Index.html>
- Buccella, S., Brandi, M. y Fernández U. (2012). *Validación de la Versión Española de la Escala de Miedo a la Muerte de Collet-Lester en Estudiantes de Medicina de la Universidad de Carabobo*. Informe Médico; 14(1): 47-54. Recuperado de: <http://www.revencyt.ula.ve/storage/repo/ArchivoDocumento/inmed/v14n1/art05.pdf>
- Cerca de 90 mil personas en México sufren dolor por enfermedad terminal*. (2016). El sol de México. Recuperado de: <https://www.elsoldemexico.com.mx/mexico/Cerca-de-90-mil-personas-en-M%C3%A9xico-sufren-dolor-por-enfermedad-terminal-165771.html>

- Cruz, G., Corona, C. y Portas, V. (2017). *Terapia Cognitivo Conductual en el manejo de Duelo Complicado*. Salud Mental, investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional. Vol. 2. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/329655368_Terapia_Cognitivo_Conductual_en_el_manejo_de_Duelo_Complicado
- Código Penal del Estado de México*. Recuperado de: <http://legislacion.edomex.gob.mx/sites/legislacion.edomex.gob.mx/files/files/pdf/cod/vig/codvig006.pdf>
- Código Penal Federal*. Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo83048.pdf>
- Definición de Eutanasia*. Real Academia Española. Recuperado de: <https://dle.rae.es/eutanasia?m=form>
- Definición de Depresión*. Real Academia Española. Recuperado de: <https://dle.rae.es/depresi%C3%B3n>
- Definición de Muerte*. Real Academia Española. Recuperado de: <https://dle.rae.es/muerte>
- Elizalde, H. (2019). *Prevalencia de ansiedad en adultos de 20 a 59 años en la Unidad de Medicina Familiar No. 25. Jaral de Berrios, Guanajuato*. (Diplomado). Universidad Nacional Autónoma de México. León, Guanajuato. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/1A11LR31KHK2A458HKJ8GFJDS2NTN8XX7MGQR813LEE84TT7B1-06319?func=full-set-set&set_number=011248&set_entry=000029&format=999
- Encuesta Nacional Sobre Muerte Digna*. (2016). Por el Derecho a Morir con Dignidad A. C. Recuperado de: <https://dmd.org.mx/wp-content/uploads/2017/09/dmd-encuesta3.pdf>
- Enfermedades Crónicas*. (s.f.). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Características de las defunciones registradas en México durante 2018*. (2019). INEGI. Recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodem/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Espinosa, H. (2019). *Cuidados Paliativos Psicológicos: Estrategias Psicogerontológicas y psicotanatológicas de atención y acompañamiento en un servicio geriátrico*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 22, (1). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2019/epi191d.pdf>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Pades, A. y Benito, E. (2017). *Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos*. Elsevier. Medicina Paliativa. Vol. 24. No. 3, pp 126-135.

Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-validacion-confirmatoria-escala-afrontamiento-muerte-S1134248X15000476>

Galindo, V. et al. (2015). *Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos*. Salud Mental. Vol. 38. No. 4. México. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000400253

Galván, M. (2018). *La muerte tiene permiso: la eutanasia en México. Reportaje sobre la ausencia del debate y discusión en lo jurídico, legislativo y social para legalizar, despenalizar y regular la eutanasia y el suicidio asistido entre los años 2005 y 2017*. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Ciudad Universitaria. CDMX. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2018/junio/0775515/Index.html>

Gamba, C. y Navia, C. (2017). *Adaptación del Inventario de Duelo Complicado en población colombiana*. Revista Colombiana de Psicología, 26(1) 15-30. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692017000100015

García, V., Landa, P., Trigueros, M. y Gaminde, I. (2001). *Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez*. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 2. Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656701787793?token=6AF631A042E60A8FFF1820F201B95D456FD786AEC5B0327EC01525DBAE41ABA2DD5D031EE26DE47157548A86CE7BBF2D>

González, C. (2015). *Actitudes ante la muerte en estudiantes de grado de enfermería*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería. Madrid. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/34366/1/T36685.pdf>

González, H. (2019). *Importancia de la orientaciones pedagógicas en el proceso de duelo, por muerte de un ser querido en niños de 6 a 11 años de edad, de la escuela primaria "Nicolás Bravo", de la comunidad del Pedregal, Ocoyoaca; México*. (Tesina). Universidad Tecnológica Iberoamericana S.C. con incorporación a la UNAM. Xalatlaco, Estado de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/septiembre/0795724/Index.html>

González, J. y Guzmán, P. (2016). *Eutanasia, distanasia, adistanasia y encarnizamiento terapéutico*. Multidisciplinary Health Research. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Vol. 1, no. 1. Recuperado de: <https://revistas.ujat.mx/index.php/MHR/article/download/1351/1387>

González, T. y Landero, R. (2007). *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra mexicana*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 12, N.º 2, pp. 189-198, ISSN 1136-5420/07. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2007-12-3-10003/Documento.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). En J. Mares (Ed), *Metodología de la Investigación México*: McGraw Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta Ed.). México: McGraw Hill.
- Higareda, S., Del Castillo, A., Romero, P., Erari, G., y Rivera. A. (2015). *La escala de estilos de afrontamiento forma bmoos: validación en estudiantes universitarios mexicanos*. *Psicología Iberoamericana*. Vol. 23. No. 2, pp. 55-65. Universidad Iberoamericana. Ciudad de México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133944231007.pdf>
- Jiménez, P. y De la Barrera, B. (2016). *El miedo a la muerte en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados*. (Tesis). Universidad Insurgentes. Licenciatura en Psicología con incorporación a la UNAM. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/8V8GPD9EV74M7RNBTJ7ML26ALIYQB5R9JAM6R3G8GLX45R5LYE-56059?func=full-set-set&set_number=008284&set_entry=000001&format=999
- Kübler, R. (1969). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Cuarta Edición. Recuperado de: <http://bibliotecaparalapersona-epimeleia.com/greenstone/collect/libros1/index/assoc/HASH200a.dir/doc.pdf>
- Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*. Recuperado de: <http://www.aldf.gob.mx/archivo-077346ece61525438e126242a37d313e.pdf>
- Ley de Voluntad Anticipada del Estado de México*. Recuperado de: https://www.ipomex.org.mx/recursos/ipo/files_ipo/2015/1/2/8bc0e5ef70002fff3198a9fc87072404.pdf#:~:text=Art%C3%ADculo%2012.,ser%20revocado%20en%20cu alquier%20momento.
- Ley General de Salud*. Recuperado de: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf
- Limonero, G., Lacasta, R., Maté, M. y Prigerson, H. (2009). *Adaptación al castellano del Inventario de Duelo Complicado*. *Medicina Paliativa*. Vol. 16. No. 5, pp 291-297. Madrid. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/234101905_Adaptacion_al_castellano_del_inventario_de_duelo_complicado
- Marchán, E. (2015). *Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología*. *Nure Investigaciones*. 13(82). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6277911.pdf>
- Marín, O. (2018). *La eutanasia: un derecho del siglo XXI*. Asociación Derecho a Morir Dignamente, Madrid, España. *Gaceta Sanitaria*. 32 (4): 381-382. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/ga/2018.v32n4/381-382>
- Martínez, A. y Gómez, G. (2017). *Formalización del concepto de Afrontamiento: una aproximación en el cuidado de la Salud*. *Axiomas y teoremas del cuidado*. Grupo de

- investigación MISKC. Departamento de Ciencias de la Computación. Escuela Politécnica Superior. Campus Científico - Tecnológico. Universidad de Alcalá. España. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v11n3/1988-348X-ene-11-03-744.pdf>
- Martínez, R. (2018). *Tratamiento cognitivo-conductual para dolor crónico en pacientes con dolor crónico y sintomatología ansiosa-depresiva*. (Tesis de Posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría y doctorado. Residencia en Medicina Conductual. Ciudad de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0795101/Index.html>
- Maya, J. (2017). *La distanasia: ¿una epidemia de nuestro tiempo?* Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. 25: 3. Pp. 190 -192. Recuperado de: https://revistasocolderma.org/sites/default/files/la_distanasia_una_epidemia_de_nuestro_tiempo.pdf
- Melipillán, A., Cova, S., Rincón, G. y Valdivia, P. (2008). *Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos*. Terapia Psicológica. Vol. 26. No. 1, 59-69. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000100005
- Mendoza, O. (2019). *Propuesta de un taller dirigido a personas adultas para afrontar el trastorno de ansiedad*. (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Recuperado de: http://oreon.dgbiblio.unam.mx/F/1A11LR31KHK2A458HKJ8GFJDS2NTN8XX7MGQR813LEE84TT7B1-08496?func=full-set-set&set_number=011248&set_entry=000058&format=999
- Moctezuma, O. (2019). *El actuar del enfermero frente a la Eutanasia y el Suicidio Asistido: Aspectos legales, ético profesionales y religiosos para una muerte digna en México*. (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Ciudad de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/abril/0788370/Index.html>
- Mondragón, S., Landeros O. y Pérez, N. (2020). *Validación de la Escala de Miedo a la Muerte de Collett - Lester en estudiantes universitarios de enfermería de México*. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. Vol. 23(1):11. Recuperado de: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087349/3723.pdf>
- Moreno, S. y Segovia, N. (2019). *La muerte tiene permiso. Eutanasia o el derecho a la muerte digna*. En contexto. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. Cámara de diputados LXIV Legislatura. Recuperado de: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/content/download/145996/729028/file/CESOP-IL-72-14-MuerteTienePermiso-300419.pdf>
- Muerte Digna, Una Oportunidad real*. (2008). Memorias. Comisión Nacional de Bioética. Recuperado de: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/memorias/muertedigna.pdf>

- Olmedilla, Z., Ortega, T. y Abenza C. (2013). *Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en deportistas españoles*. Cuadernos de Psicología del deporte. Vol. 13. No. 1. Murcia. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-84232013000100009
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017). *Técnicas de muestreo sobre una población a estudio*. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Parreiras, R., Cafure, A., Pacelli, M., Silva, A. Ruckl y Angelo, A. (2016). *Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review*. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2016; 24 (2): 355-67. Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/en_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf
- Pichardo, G. et al. (2019). *Encuesta en población abierta respecto a términos relacionados con decisiones al final de la vida*. *Gaceta Médica de México*. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2019/gm192f.pdf>
- Primer atlas mundial de las necesidades de cuidados paliativos no atendidas*. (2014). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/palliative-care-20140128/es/>
- Reyes, V. (2018). *Intervención cognitivo-conductual con un cuidador informal de un paciente con Alzheimer*. (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala, Edo de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2018/abril/0773006/Index.html>
- Rivera, A. (2016). *Las profesiones de salud mental y la muerte asistida*. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. Vol. 27. No. 1. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5891722.pdf>
- Rivera, L. y Montero, L. (2010). *Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos*. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. Vol. 6. No. 1. Bogotá. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982010000100011
- Rivera, L., Montero, L. y Sandoval, A. (2010). *Escala de Ansiedad ante la Muerte, de Templer: propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal*. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*. Vol. 2, núm. 2, pp. 83-91. Asociación Mexicana de Comportamiento y Salud, A. C. Distrito Federal, México. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282221720008.pdf>
- Rodríguez, S. (2015). *Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia*. *Rev. Cienc Salud*. 13(3):465-479. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v13n3/v13n3a10.pdf>

- Rojas, O. y Lara, C. (2014). *¿Ética, bioética o ética médica?* *Ética Médica. Rev. Chil. Enf. Respir.* 30: 91-94. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v30n2/art05.pdf>
- Rojo, M. y Barrios, O. (2019). *Opinión del personal de enfermería acerca de la eutanasia en pacientes en estado terminal.* (Tesis). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los Reyes Iztacala, Estado de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/marzo/0786338/Index.html>
- Rueda, P. y Vélez, B. (2010). *Características Psicométricas de un Cuestionario de Estilo de Afrontamiento.* *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar.* Volumen 6, Número 2. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/329731095_Caracteristicas_Psicometricas_de_un_Cuestionario_de_Estilo_de_Afrontamiento_Psychometric_characteristics_of_the_coping_style_questionnaire
- Sáez, A. (2016). *Actitudes hacia la muerte y su relación con el bienestar en estudiantes de primer curso de grado en enfermería.* (Tesis Doctoral). Universidad Católica de Valencia. Facultad de Enfermería Programa de Doctorado: Psicología y Ciencias de la Salud. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=117923#:~:text=Instrumentos%3A%20Perfil%20Revisado%20de%20Actitudes,88%2C%20>
- Salame, S. y Kraus, W. (2019). *Laicidad y eutanasia.* Instituto de Investigaciones Jurídicas Colección de cuadernos “Jorge Carpizo”. Para entender y pensar la laicidad, Núm. 38. Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional. México. Recuperado de: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/12/5651/6.pdf>
- Sanchís, F. (2018). *Afrontamiento al miedo a la muerte.* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Educación. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Madrid. España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/49449/1/T40309.pdf>
- Sanz, J. y García, V. (2013). *Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).* *Anales de Psicología.* Vol. 29.No. 1. Murcia. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100008
- Sanz, J., García, V. y Fortún, M. (2012). *El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): Propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos.* *Psicología Conductual.* Vol. 20. No. 3, pp 563-583. Universidad Complutense de Madrid. España. Recuperado de: https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2019/08/05.Sanz_20-30a.pdf
- Terol, C., Cabrera, P. y Martín, A.. (2015). *Revisión de estudios de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en muestras españolas.* *Anales de Psicología,* 31(2), 494-503. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000200013#:~:text=La%20escala%20de%20Ansiedad%20y%20Depresi

[%C3%B3n%20Hospitalaria%20\(HAD%2DHospital%20Anxiety,en%20poblaciones%20con%20enfermedad%20f%C3%ADsica.](#)

- Torres, C. (2018). *Propuesta de Intervención cognitivo-conductual sobre el duelo en parejas de pacientes con óbito fetal*. (Tesis). Universidad Haller Aragón. Incorporada a la UNAM. Licenciatura en Psicología. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/enero/0784976/Index.html>
- Tripodoro, V., Veloso, V. y Llanos, V. (2015). *Evaluación de la sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos con la Escala de Zarit (EZ) en el Instituto Alfredo Lanari*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.org/000-015/304.pdf>
- Vargas, G. (2021). *Educación para la muerte: El Libro Álbum Ilustrado como recurso didáctico*. (Tesina). Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Filosofía y Letras. Colegio de Pedagogía. Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2021/enero/0806044/Index.html>
- Vedia, D. (2016). Duelo patológico Factores de riesgo y protección. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Vol. VI. No. 2. Recuperado de: https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_patologico.pdf
- Velez, L., Berbesi, F., Cardona, A., Segura, C. y Ordoñez M. (2012). *Validación de escalas abreviadas de Zarit para la medición de síndrome del cuidador primario del adulto mayor en Medellín*. *Elvesier*. Vol. 44. Núm. 7. 411-416. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validacion-escalas-abreviadas-zarit-medicion-S0212656711004434>
- Xocua, X. (2019). *La resiliencia como factor protector en el proceso de duelo*. (Tesina). Universidad de Sotavento A. C. con incorporación a la UNAM. Veracruz. Recuperado de: <http://132.248.9.195/ptd2019/julio/0792408/Index.html>

12 Anexos

Anexo 1. Instrumentos utilizados para el diseño de la Entrevista aplicada

Constructo evaluado: Miedo a la muerte						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester	Collet y Lester, (1969)	El miedo y la ansiedad a la muerte propia y de los demás.	Se ha aplicado a diversas poblaciones como: Estudiantes, enfermos y familiares de enfermos, personas sanas con y sin miedo manifiesto a la muerte, profesionales de la salud, entre otros.	21 Divididos en 4 subescalas :	Tipo Likert de 5 alternativas, con un rango de 1 (nada) a 5 (mucho)	0.91: miedo a la propia muerte. 0.92: miedo al propio proceso de morir. 0.88: miedo a la muerte de otros. 0.92: miedo al proceso de morir de otros.

Constructo evaluado: Afrontamiento del estrés						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)	Sandín y Chorot, (2003)	Evalúa 7 formas de afrontamiento: focalizado en la solución del problema, auto focalización negativa, reevaluación positiva,	Diversas poblaciones como: estudiantes, delincuentes, personas enfermas y sanas, personal de salud, entre otros.	42	Tipo Likert de 0 alternativas, con un rango de 0 (nunca) a 4 (casi siempre).	0.64 y 0.92 en los 7 factores.

		expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, y religión.				
--	--	---	--	--	--	--

Constructo evaluado: Sobrecarga de cuidadores						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Escala de Zarit	Zarit, Reever y Bach-Peterson, (1980)	Sobrecarga que presentan las personas que cuidan personas mayores, discapacitados o personas enfermas, de manera profesional y de manera informal.	Cuidadores profesionales e informales de personas mayores, discapacitados o personas enfermas.	22	Tipo Likert de 5 alternativas, con un rango de 0 (nunca) a 4 (casi siempre).	0.92

Constructo evaluado: Ansiedad y Depresión hospitalaria						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
HADS Escala de hospitalaria de ansiedad y depresión	Zigmond y Snaith, (1983)	Malestar emocional (ansiedad y depresión) en poblaciones con enfermedades	Diversas poblaciones como: pacientes con cáncer, pacientes con enfermedades crónico-degenerativa	14 Divididos en 2 subescalas	Tipo Likert de 4 alternativas, con un rango de 0 (nada) a 3 (casi todo el	0.80-0.86

		d física.	s		día).	
--	--	-----------	---	--	-------	--

Constructo evaluado: Actitudes ante la muerte						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
PAM-R	Wong, Reker, y Gesser, (1987)	Actitudes que las personas tienen hacia la muerte.	Diversas poblaciones como: hombres, mujeres, enfermos o personas sanas, personal de salud, etc.	32 Divididos en 5 dimensiones.	Tipo Likert de 7 alternativas, con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo).	0.86: miedo. 0.88: evitación. 0.65: neutral. 0.97: acercamiento. 0.84: escape.

Constructo evaluado: Afrontamiento de la muerte						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Escala de Bugen	Bugen, (1980-1981).	Competencia percibida para afrontar la muerte	Principalmente a profesionales de cuidados paliativos (enfermeros, doctores, psicólogos,	30	Tipo Likert de 7 alternativas, con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7	0.82

			etc.), estudiantes		(totalmente de acuerdo).	
--	--	--	-----------------------	--	--------------------------------	--

Constructo evaluado: Ansiedad ante la Muerte						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Escala de Ansiedad ante la Muerte (EAAM) de Templer (Adaptada para adultos mayores mexicanos)	Templer, (1970) Tomás-Sábado y Gómez-Benito, (2002) traducción al español Rivera y Montero (2010) población mexicana	Ansiedad percibida ante la muerte	Diversas poblaciones como: adultos mayores, adultos jóvenes, estudiantes, pacientes con enfermedades terminales y crónico-degenerativas, entre otros.	15	Opciones dicotómicas de respuesta (falso o verdadero).	0.80-0.91

Constructo evaluado: Experiencias en Duelo						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad

Inventario de Experiencias en Duelo (IED)	Catherine Sanders, et al. (1977)	Las áreas somática, emocional y relacional del doliente.	Personas que han perdido a alguien y que se encuentren en la etapa de duelo, pero también en personas no dolientes.	135	Opciones dicotómicas de respuesta (falso o verdadero).	0.70- 0.90
--	----------------------------------	--	---	-----	--	------------

Constructo evaluado: Duelo normal y patológico

Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Inventario de duelo complicado (IDC)	Prigerson, (1995)	Diferencias entre el duelo normal y el patológico.	Personas que han perdido a alguien y que se encuentren en la etapa de duelo.	19	Tipo Likert de 5 alternativas, con un rango de 0 (nunca) a 4 (para siempre).	0.94

Constructo evaluado: Depresión

Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión BDI-II	Beck, (1979)	La gravedad de la sintomatología depresiva.	adultos y adolescentes	21	Elección de 4 alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad.	0.91

Constructo evaluado: Estilos de Afrontamiento						
Nombre del instrumento	Autor(es) (año)	¿Qué evalúa?	¿A quién evalúa?	# de ítems	Opción de respuesta	Índice de confiabilidad
Cuestionario de Estilos de Afrontamiento traducido y adaptado al español	Folkman y Lazarus, (1980). Cuestionario de Modos de Afrontamiento Flórez-Alarcón, (1993-1997) Traducción y adaptación al español.	Diferentes estilos de afrontamiento ante problemas.	Diversas poblaciones como: adultos mayores, adultos jóvenes, estudiantes, entre otros.	42 distribuidos en 5 escalas	Tipo Likert de 4 alternativas, con un rango de 0 (en absoluto) a 3 –(en gran medida)	0.81: solución de problemas 0.80: búsqueda de soporte social 0.78: estilo fantasioso 0.56: evitación 0.68: autoculpabilización.

Anexo2. Entrevista Semiestructurada



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

Nombre:

Edad:

Sexo:

Escolaridad:

Entrevista

***Instrucciones:** La presente entrevista tiene por objetivo conocer su opinión sobre la eutanasia y otros aspectos relacionados; no hay respuestas correctas ni incorrectas, por lo cual se le pide que conteste **la opción** que más refleje su sentir o pensar. La confidencialidad de los datos se encuentra asegurada puesto que se realiza con fines didácticos. Si tiene alguna duda, coméntela de inmediato con la aplicadora.*

Eutanasia

1.-¿Qué es la eutanasia para usted?

- a) Un homicidio
- b) Una muerte sin sufrimiento
- c) Acortamiento de la vida de una persona enferma que ya no tiene cura

d) Una forma digna de morir

e) Respetar la decisión de una persona enferma cuando decide morir

2.- ¿Pensaría en la eutanasia cómo opción para usted en caso de requerirla?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
--------------------	----------------	--------------	------------	-------

3.- Si usted o alguien de su familia se encontrara en una situación de enfermedad terminal con mucho sufrimiento y sin posibilidad de recuperarse, ¿le preocuparía pensar en la eutanasia como opción?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

4.- ¿Qué es lo que más le preocuparía si se encontrara en la necesidad de pedir la eutanasia?

a) Que las leyes del país impidan acabar con el sufrimiento

b) El miedo a sufrir un castigo en el más allá

c) Que su familia no lo apoye

d) El miedo a dejar este mundo y que lo olviden

e) Que los médicos nieguen la ayuda

5.- ¿Usted se pronuncia a favor de la eutanasia?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

6.- De las siguientes opciones, ¿cuál consideraría más viable cuando un enfermo terminal ya está sufriendo mucho?

- a) Intentar hasta el último recurso médico, aunque la persona sufra más y ya no haya esperanza de recuperación (encarnizamiento terapéutico)
- b) Dejar que la muerte ocurra de manera natural, mitigando el dolor, aunque la persona enferma siga con sufrimiento (cuidados paliativos)
- c) Que los médicos proporcionen medicamentos para que la persona pueda morir en su casa (suicidio asistido)
- d) Que existan espacios donde las personas puedan morir con asistencia médica (eutanasia)
- e) Rezar, para que aguante el sufrimiento y su alma pueda trascender en paz

7.- ¿Consideraría que la familia sufre mucho cuidando a un paciente en estado terminal?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

8.- De las siguientes opciones, ¿cuál consideraría que afecta más a la familia de un enfermo terminal?

Verlo sufrir y padecer mucho dolor	Ver su degeneración, tanto física como mental	Verlo perder la esperanza y que esté triste	Ver que ya no es la misma persona de siempre	La espera de la muerte
------------------------------------	---	---	--	------------------------

9.- En su opinión, ¿considera que las siguientes leyes de nuestro país realmente benefician a los enfermos terminales?:

- a) Ley de Voluntad Anticipada. Decisión que puede tomar una persona de ser sometida o no a tratamientos médicos que prolongarían su vida cuando se encuentre en una etapa terminal.

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

b) Ley General de Salud en su sección de cuidados paliativos. Se refiere a mitigar el dolor de una persona hasta que la muerte ocurra de manera natural.

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

c) Artículo 312 del Código Penal Federal. Habla del castigo que se impartirá por la ley a las personas que ayuden a otra a morir, sin importar las condiciones físicas o emocionales que la persona esté sufriendo, siendo sancionado con 5 a 12 años de prisión.

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

10.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Eutanasia, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante una petición de eutanasia de usted o de un ser querido?

Muerte

11.- ¿Qué es la muerte para usted?

- 1) Un acontecimiento natural de la vida que a todos nos pasará
- 2) Una liberación del dolor y sufrimiento de esta vida
- 3) El fin de todo lo que conoce, algo que le asusta y evita pensar en ella
- 4) Algo que va a pasar, ni le temo, ni pienso en ella
- 5) El fin físico para trascender a un plano espiritual.

12.- ¿Piensa en su propia muerte?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
--------------------	----------------	--------------	------------	-------

13.- ¿Le preocuparía pensar en su propia muerte?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

14.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de su muerte?

- 1) Morir solo y con dolor
- 2) Pensar en la desintegración del cuerpo
- 3) Morir en el hospital, lejos de amigos y familiares
- 4) Quedar con sentimientos de culpa por cosas que hizo o no hizo
- 5) Que sus seres queridos sufran mucho por su ausencia

15.- ¿Le preocupa la muerte de alguno de sus seres queridos?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

16.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de la muerte de alguno de sus seres queridos?

- 1) No saber cómo reaccionar ante la pérdida
- 2) Tener que ver su cadáver
- 3) Saber que nunca se podrá comunicar con ellos otra vez
- 4) Observar la degeneración física de su cuerpo y verlo sufrir
- 5) Saber que algún día pasará por lo mismo

17.- ¿Le asustaría que lo intervinieran quirúrgicamente?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

18.- ¿Qué le asustaría más de la siguiente tabla en relación con una intervención quirúrgica?

Morir en un quirófano	Quedar mal físicamente de por vida	Descubrir cáncer o alguna enfermedad terminal durante una cirugía	El daño de algún nervio y padecer dolor crónico	El tiempo que tuviera que pasar en el hospital
-----------------------	------------------------------------	---	---	--

19.- ¿Qué tanto le incomodan los siguientes pensamientos sobre la muerte?:

a) Me preocupa lo rápido que pasa el tiempo, la vida es muy corta

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

b) Me pone nervioso que la gente hable de la muerte

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

c) Me preocupa el tema de la otra vida

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

20.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Muerte, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante un fallecimiento de usted o de un ser querido?

Duelo

21.- ¿Qué es el duelo o luto para usted?

- 1) La tristeza que se siente cuando una persona muere
- 2) Una experiencia emocional muy dolorosa
- 3) Dejar ir a las personas y seguir viviendo
- 4) No aceptar la pérdida de un ser querido
- 5) Es estar enojado con la vida por la pérdida de una persona

22.- Si falleciera un ser querido, ¿pensaría constantemente en esa persona?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
--------------------	----------------	--------------	------------	-------

23.- ¿Le preocuparía su manera de afrontar un duelo?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

24.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de tener que afrontar un duelo?

- 1) Que no sea capaz de reponerse de la pérdida

- 2) Que la tristeza nunca termine
- 3) Tener que adaptarse a una nueva vida sin la persona
- 4) No ser fuerte para las personas a su alrededor
- 5) Realmente nada, las situaciones se irán dando

25.- ¿Le preocuparía la forma de reaccionar de sus seres queridos ante un duelo?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

26.- ¿Cómo consideraría que reaccionarían sus seres queridos ante un duelo?

- 1) Se enojarían por la pérdida
- 2) No querrían seguir viviendo
- 3) Que demuestren desinterés por la pérdida
- 4) Llorarían mucho
- 5) No sabrían cómo consolarse

27.- ¿El duelo le asusta?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

28.- De la siguiente tabla, ¿qué es lo que le asustaría más sobre el duelo?

Estar triste y ver llorar a mi	No saber cómo actuar ante una	Realmente no me preocuparía	El cambio de vida que	Atentar contra mi vida
--------------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-----------------------	------------------------

familia o amigos	pérdida		ocasionaría una pérdida	
------------------	---------	--	-------------------------	--

29.- Si una persona cercana a usted falleciera se sentiría:

a) Desconcertado

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

b) Enojado

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

c) Desconfiado

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

30.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema Duelo, ¿qué pensaría y cómo reaccionaría ante un duelo por el fallecimiento de un ser querido?

Enfermedades terminales

31.- ¿Qué es una enfermedad terminal para usted?

- 1) Un estado irreversible de salud
- 2) La muerte inminente de una persona
- 3) Una consecuencia de malos hábitos
- 4) Una enfermedad incurable

5) Una enfermedad dolorosa que no tiene cura

32.- ¿Piensa que en algún momento podría desarrollar usted mismo una enfermedad terminal?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
--------------------	----------------	--------------	------------	-------

33.- ¿Le preocuparía pensar en una enfermedad terminal, ya sea en usted mismo o en alguien cercano?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

34.- ¿Qué es lo que más le preocuparía de una enfermedad terminal?

- 1) Ser una carga para mi familia
- 2) El dolor y la degeneración física
- 3) Pasar mucho tiempo en hospitales
- 4) Morir con sufrimiento
- 5) No contar con recursos económicos para solventar la enfermedad

35.- ¿Le preocuparía que algún familiar padeciera una enfermedad terminal?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

36.- Si alguno de sus familiares padeciera una enfermedad terminal, ¿qué es lo que más le preocuparía?

- 1) Que sufriera y estuviera triste
- 2) Que tuviera que estar en el hospital mucho tiempo
- 3) No saber cómo cuidarlo
- 4) El cambio radical de mi vida
- 5) Que muera

37.- De las siguientes áreas, ¿cuál considera que repercute más en la vida de las personas que cuidan enfermos terminales?

Personal	Familiar	Espiritual	Laboral y Profesional	Emocional y Psicológica
----------	----------	------------	-----------------------	-------------------------

38.- ¿Qué le asustaría más de la siguiente tabla en relación con una estancia larga en el hospital por una enfermedad terminal?

Morir solo en el hospital	Sentirme triste, solo y abandonado	Dar molestias a mis seres queridos	Realmente nada	Que tenga dolor y nadie me ayude
---------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------	----------------------------------

39.- Si usted tuviera una enfermedad terminal se sentiría:

- a) Nervioso, temeroso

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

- b) Solo, triste, angustiado

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

- c) Enojado, desesperado

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

40.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Enfermedades Terminales, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de una enfermedad terminal en usted o en un ser querido?

Depresión

41.- ¿Qué es la depresión para usted?

- 1) Ausencia de ánimo
- 2) Tristeza profunda
- 3) Pérdida del sentido de la vida
- 4) Decepción porque la vida no es como esperamos
- 5) Estar triste siempre sin razón para estarlo

42.- En su vida diaria, ¿Piensa en el tema de la depresión?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
--------------------	----------------	--------------	------------	-------

43.- Si estuviera deprimido, ¿se preocuparía?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

44.- ¿Qué es lo que más le incomoda de los siguientes enunciados?:

- 1) Tristeza que no se quita

- 2) Pérdida de interés en la vida
- 3) Ideas suicidas
- 4) Sentimiento de fracaso
- 5) Estar triste es normal

45.- ¿Le preocuparía que un ser querido padeciera de depresión?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

46.- Si un ser querido padeciera de depresión, ¿Qué es lo más le preocuparía?

Que intente quitarse la vida	Que nunca pueda ser feliz otra vez	No saber cómo ayudarlo	No encontrar ayuda profesional	Tener que dejarlo solo por cuestiones laborales
------------------------------	------------------------------------	------------------------	--------------------------------	---

47.- ¿Piensa que la muerte de un ser querido es un desencadenante para tener depresión?

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

48.- ¿Piensa que la tristeza experimentada cuando muere un ser querido debería ser pasajera y no permanente?

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	-----------------------

49.- Si una persona cercana a usted falleciera se sentiría:

a) Sin ganas de seguir viviendo

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

b) Que está siendo castigado

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

c) Que fracasó

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	------------------	-----------	------

50.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Depresión, ¿qué pensaría y cómo considera que reaccionaría ante la presencia de Depresión en usted o en un ser querido?

Afrontamiento

51.- ¿Para usted qué es hacer frente a la muerte?

- 1) Aceptar que el final ha llegado
- 2) Evitar pensar en la muerte, es una pérdida de tiempo
- 3) Pensar que hay otra vida después de ésta
- 4) Estar tranquilo con la familia y amigos hasta que llegue el momento
- 5) Estar triste y desesperado, al final, nadie está en su lugar

52.- ¿Piensa en los recursos que tiene para enfrentar la muerte de un ser querido?

Muy frecuentemente	Frecuentemente	En ocasiones	Casi nunca	Nunca
-----------------------	----------------	--------------	------------	-------

53.- ¿Considera que está preparado para afrontar la muerte de un ser querido?

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	---------------------	-----------	------

54.- ¿Qué elemento considera más importante para enfrentar la muerte de un ser querido?

- 1) Saber escuchar a los demás
- 2) Estar enterado de los servicios funerarios
- 3) Tener una buena comunicación con familiares y amigos
- 4) Tener una buena perspectiva de la muerte y del proceso de morir
- 5) Nunca se está preparado para enfrentar la muerte

55.- Si le dijeran que le queda poco tiempo de vida, ¿cambiaría su perspectiva actual de sí mismo y su vida?

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	---------------------	-----------	------

56.- En este momento de su vida, ¿se sentiría preparado para hacer frente a una enfermedad terminal?

Demasiado	Mucho	Ni mucho no poco	Casi nada	Nada
-----------	-------	---------------------	-----------	------

57.- Si usted o alguien cercano, le diagnosticaran una enfermedad terminal, ¿En quién se apoyaría?

Familia o Pareja	Amigos	En nadie	Profesionales	Religión
------------------	--------	----------	---------------	----------

58.- Si le dijeran que a usted o a un familiar cercano le queda poco tiempo de vida usted reaccionaría:

Me niego a creer lo que está pasando	Trato de permanecer insensible, que no me afecte	Busco ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares	No sabría qué hacer	Si no puedo hacer nada para cambiar las cosas, las acepto como vienen
--------------------------------------	--	--	---------------------	---

59.- Respecto a la muerte y a la enfermedad terminal, preferiría:

a) Hablar con su familia y amigos de las preocupaciones

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Nada	Casi nada
-----------	-------	------------------	------	-----------

b) Tener una buena calidad de vida, aunque no sea larga

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Nada	Casi nada
-----------	-------	------------------	------	-----------

c) Esperar por un milagro

Demasiado	Mucho	Ni mucho ni poco	Nada	Casi nada
-----------	-------	------------------	------	-----------

60.- Con respecto a las preguntas revisadas sobre el tema de Afrontamiento, ¿qué pensaría y cómo considera que afrontaría un fallecimiento o una enfermedad terminal en usted o en un ser querido?

Anexo 3. Audios de Entrevistas

<https://drive.google.com/drive/folders/1MEPkj13q5HM-NRnVWIbN3JO13jLz8tpf?usp=sharing>