



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INFORME DEL ESTUDIO:

**ACTITUD DEL ADULTO MAYOR ANTE EL FIN DE LA
VIDA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE
REHABILITACIÓN**

Pasantes de la Licenciatura en Enfermería:

Reséndiz Rincón María Goretti

Matricula: 206343806

Zarate Chaparro Viridiana

Matricula: 206346723

Periodo:

01 de Agosto de 2010 al 31 de Julio de 2011

Asesora Interna:

Dra. Maria Alberta García Jiménez

Asesora Externa:

Mtra. Sandra Hernández Corral

México, D.F. 2011

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

1. JUSTIFICACIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO.....	1
2.1 EL ADULTO MAYOR.....	1
2.1.1 Definición de Adulto Mayor	1
2.1.2 Perfil Demográfico	2
2.1.3 Características del Adulto Mayor.....	3
2.1.4 Cambios Anatomofisiológicos.....	4
2.2 EL FIN DE LA VIDA	10
2.2.1 Significado de Muerte	10
2.2.2 Percepción de las Culturas ante el Fin de la Vida.....	12
2.2.3 El Adulto Mayor ante el fin de la vida	14
2.3 ACTITUD ANTE EL FIN DE LA VIDA.....	15
2.3.1 Definición de Actitud	15
2.3.2 Actitud ante la Muerte según Kübler- Ross	15
2.3.3 Actitud ante la Muerte según Gala	17
2.3.4 Actitud ante la Muerte según Barraza y Uranga.....	18
2.3.5 Actitud ante la Muerte según Wong, P., Reker, G. y Gesser, G.	20
3. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
4. OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo General.....	21
4.2 Objetivos Específicos.....	21
5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	22
5.1 Variables	22
5.1.1 Independiente	22
5.1.2 Dependiente.....	22
6. METODOLOGÍA.....	25
6.1 Tipo de investigación	25
6.2 Lugar donde se llevará a cabo el estudio, describir su ubicación, misión, visión, objetivos y otros datos que considere para su estudio.	25
6.3 Universo poblacional del estudio	26
6.3.1 Muestra	26
6.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	27
6.4 RECURSOS	27
6.4.1 Humanos.....	27
6.4.2 Financieros	27
6.4.3 Materiales.....	27
6.4.4 Tecnológicos.....	27
6.4.5 Bibliográficos.....	28
6.5 Descripción del instrumento para la recolección de datos	28
7. ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
8. DISCUSIÓN	69
9. CONCLUSIONES.....	70
10. BIBLIOGRAFÍA.....	71
11. ANEXOS.....	73

RESUMEN

La concepción de la muerte como el fin de la vida o como el tránsito hacia una vida ulterior, actúa como condicionante en los comportamientos y en las actitudes de los individuos y de las sociedades, generando un impacto que es determinado básicamente por cada cultura. La mayoría de las personas mayores no suelen tener miedo a la muerte, su biografía, sus creencias y sus experiencias le apoyan. Sin embargo, sí tienen miedo al proceso, al dolor, al abandono y al sufrimiento. Por lo cual la finalidad del estudio fue identificar las actitudes del adulto mayor ante la muerte. **Metodología:** Se trata de un estudio exploratorio, los participantes fueron 50 adultos mayores de 65 años en adelante. Para la recolección de datos se utilizó la escala PAM-R de Wong, Reker & Gesser (1987). Esta escala contiene afirmaciones relacionadas con cinco tipos de actitudes y tiene un escalamiento tipo Likert, con siete opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo. Los datos recogidos fueron organizados en una matriz de datos de Excel, obteniendo los porcentajes y promedios de acuerdo al número de ítems correspondientes a cada actitud. **Resultados:** las actitudes de los adultos mayores fueron: aceptación de acercamiento con una media de 49.46 (intervalo de 10-70) y la aceptación neutral con una media de 29 (intervalo de 5-37). **Conclusiones:** Las actitudes frente a la muerte en los adulto mayores de aceptación de acercamiento, puede estar influenciada por creencias religiosas

Palabras Clave: actitud, adulto mayor, muerte.

INTRODUCCIÓN

La muerte, ha sido definida como la cesación de las funciones vitales o término de la vida, su concepción e imagen varía según la cultura y el momento histórico (Ortiz QF, 2007). Biológicamente se define como la degradación paulatina de la materia que culmina con la transformación y el desgaste de las funciones vitales (morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas), que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo en los seres vivos.

En las personas pueden surgir actitudes con respecto a la muerte que pueden ir desde un afrontamiento de la realidad de forma racional, lo cual sería la opción más saludable, o presentar una angustia hacia la muerte, donde el solo hecho de imaginarla ya se convierte en un problema, llevando a actitudes de negación y evitación (Aranguren, 1987 citado por Gala *et al.*, 2002).

Es por lo anterior, que surge el interés de conocer cuál es la actitud del adulto mayor ante el fin de la vida, además de cumplir con algunas requisiciones institucionales para la realización del servicio social y finalmente la obtención del título.

Este trabajo se realizó teniendo como objetivo la identificación de la actitud del adulto mayor ante el fin de la vida, de tal manera que podamos contribuir al estudio de este grupo tan importante en la sociedad, por lo que se tomaron como referencia en el marco teórico los siguientes capítulos: I. El Adulto Mayor, II. El Fin de la Vida y, III. Actitud ante el Fin de la Vida, en los cuales se estudia al adulto mayor desde sus características anatomofisiológicas, hasta las diferentes actitudes que han mostrado tener ante el fin de la vida descritas por diversos autores (Kübler- Ross, Gala, Barraza y Uranga, Wong, P., Reker, G. y Gesser, G.).

La recolección de los datos se realizó por medio del Perfil Revisado de Actitud hacia la Muerte (PAM-R), Estos datos fueron organizados en una matriz de datos de Excel, obteniendo los porcentajes y promedios de acuerdo al número de ítems correspondientes a cada actitud. Con el promedio más alto se encontró la actitud de aceptación de acercamiento, caracteriza por creencias religiosas, mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte. Seguida de la actitud de aceptación neutral definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte. En tercer lugar la actitud de aceptación de escape, la cual se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrenar el dolor o los problemas de la existencia. En cuarto lugar se presenta la actitud de miedo a la muerte que es respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte. Finalmente la actitud de evitación de la muerte relacionada con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte.

1. JUSTIFICACIÓN

La concepción de la muerte como el fin de la vida o como el tránsito hacia una vida ulterior, actúa como condicionante en los comportamientos y en las actitudes de los individuos y de las sociedades, generando un impacto que es determinado básicamente por cada; prueba de ello son los numerosos mitos que actualmente se encuentran en muchos comportamientos sociales relacionados con la muerte (Reimer y Templer, 1995/96).

La mayoría de las personas mayores no suelen tener miedo a la muerte, su biografía, sus creencias y sus experiencias le apoyan. Sin embargo, sí tienen miedo al proceso, al dolor, al abandono y al sufrimiento (Luce JM, *et al* 2001).

Es por lo anterior, que surge el interés de conocer cuál es la actitud del adulto mayor ante la muerte.

2. MARCO TEORICO

2.1 EL ADULTO MAYOR

2.1.1 Definición de Adulto Mayor

Según la OMS (1994), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y la que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

La vejez es una etapa de la vida como cualquier otra. Hay definiciones científicas, biológicas, médicas, geriátricas, psicológicas, etc. Además de todas las definiciones que encontremos, es igual de importante tomar en cuenta las percepciones y definiciones de la sociedad; de los mismos ancianos, de sus familiares, de sus nietos, etc.

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. O sea que en México es considerada anciana una persona a partir de los 60 años (CONAPO, 2008).

El envejecer es comúnmente una experiencia fisiológicamente como un progresivo decline en las funciones orgánicas y psicológicas como una pérdida de las capacidades sensoriales y cognitivas. Estas pérdidas son bastante diferentes para cada individuo. Evidentemente, las personas de la tercera edad requieren de mayor atención médica que personas de corta edad porque son más vulnerables a enfermedades. No olvidemos que

también existen casos en que los ancianos viven una larga vida sana hasta prácticamente su muerte (d'Hyver, 2009).

Para la OMS una persona es considerada sana si los aspectos orgánicos, psicológicos y sociales se encuentran integrados. De esta forma, las personas con un organismo en condiciones, logran llevar una vida plena, psicológicamente equilibrada y manteniendo relaciones socialmente aceptables con otros y básicamente consigo mismo (OMS, 2002).

Los ancianos tienen la misma oportunidad de crecimiento, desarrollo, aprendizaje y tener nuevas experiencias como cualquier otra etapa de vida. Continuamente nos olvidamos precisamente de eso, que es otra etapa de vida, así es que debemos vivirla y respetarla como tal.

En México nos olvidamos de esa parte de la población mayor de 65 años. Los censos poblacionales nos indican que el crecimiento de la población de edad adulta está en crecimiento llevándonos a pensar que la pirámide poblacional está por invertirse como sucede en países europeos. Cada vez somos menos jóvenes y más ancianos. Debemos enfrentar estas cifras y pensar en soluciones y aportaciones para esos años de vida a los que todos vamos a llegar (Klin, 2003).

2.1.2 Perfil Demográfico

México se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica y poco a poco se aproxima al final de ese proceso. El escenario demográfico de México hoy en día dista mucho del que prevalecía en el momento en que se inició la nueva política de población. Entre 1974 y 2000, México logró abatir el elevado ritmo de crecimiento natural de la población; la distribución territorial, predominantemente rural a mediados del siglo pasado, avanzó hacia un sistema urbano complejo y diversificado. La migración internacional, al mismo tiempo, adquirió una nueva dinámica que la convirtió en un fenómeno masivo y extendido. El perfil sociodemográfico del México actual recoge el impacto de la modernización social y del desarrollo económico, pero también muestra las huellas de la desigualdad, la pobreza y la exclusión (CONAPO, 2008).

La población de México asciende a 106.7 millones en 2008, un incremento de 8.2 millones con respecto a 98.4 millones en 2000, es decir, un aumento de 8.4 por ciento, o bien, un crecimiento medio anual de 1.0 por ciento. El descenso de la fecundidad da cuenta de una reducción en el número de nacimientos de 2.41 millones en 2000 a 1.96 millones durante 2008; pero un proceso de envejecimiento más rápido que el descenso de la mortalidad propiciará un aumento de 480 mil a 518 mil decesos al cabo del mismo periodo (CONAPO, 2006).

Una de las consecuencias más trascendentes de la transición demográfica es el cambio en la composición de la estructura por edad de la población. Este proceso implica el envejecimiento relativo de la población, influido sin duda por la inercia demográfica.

La población infantil (0 a 14 años) comenzó a decrecer a partir del año 2000 y, entre ese año y 2050, se espera que disminuya de 33.6 a 20.5 millones. Los jóvenes (15 a 24 años) iniciarán esta transición a partir de 2011, se estima que entre 2010 y 2050 este grupo pasará de 20.2 a 14.1 millones. Los adultos (25 a 64 años), que actualmente suman 48.2 millones, continuarán creciendo hasta la cuarta década del presente siglo cuando alcancen su máximo de 65.2 millones. El grupo de adultos mayores (65 años y más) tendrá el crecimiento más alto en la primera mitad del siglo XXI. El monto actual de 5.8 millones se verá cuadruplicado en 2050, cuando la población ascienda a 25.9 millones. Resulta evidente que tales transformaciones de la estructura etaria de nuestra población reclamarán modificaciones significativas en la naturaleza de muchas de nuestras instituciones y políticas públicas.

En México existe un rápido crecimiento de la población en edad adulta. El subdirector general de Asistencia e Integración Social del DIF, Carlos Pérez López señala que existe un incremento promedio anual de 180 mil adultos mayores y se prevé un aumento de 27 millones de este año y hasta el 2050. El 80% de dicho aumento comenzará a partir de 2020. (CEPAL, 2008)

2.1.3 Características del Adulto Mayor

Las características del envejecimiento son:

Universal: Propio de todos los seres vivos.

Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.

Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.

Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 2000 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevivencia del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevivencia se ha hecho más rectangular. Se observa que una mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años. (Ruipérez C. 2002)

2.1.4 Cambios Anatomofisiológicos

Durante el proceso de envejecimiento se producen cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. Dichos cambios, que son normales, con el paso de los años predisponen a una serie de eventos fisiopatológicos que llevan al adulto mayor a presentar variadas enfermedades. En este artículo revisaremos sumariamente los cambios más importantes.

Cambios Generales

Entre los 30 y los 40 años se alcanza el máximo de altura, disminuyendo luego 5 mm por año a partir de los 50; este cambio es más acentuado en las mujeres. Se explica por cambios posturales (mayor flexión de cadera y rodillas), disminución de la altura de los cuerpos vertebrales y alteración de los discos intervertebrales.

El peso alcanza su máximo a los 50 años y luego disminuye. El compartimento de tejido graso sufre un aumento de 15 a 30% entre los 40 y 55 años para luego disminuir a aproximadamente un 20% promedio.

Piel y Fanéreos

Por su extensión, la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, en adultos mayores presentan púrpura senil. Sistema Músculo Esquelético Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular.

Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular. La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico- epidemiológicas. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitorio de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer especial por la acción de la luz solar. Con el tiempo se hace más delgada, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La epidermis sufre depresiones irregulares por pérdida de la polaridad de

los queratinocitos, hay disminución de los melanocitos y existe tendencia a la displasia celular. La dermis pierde parte de su contenido colágeno, produciéndose arrugas; la pérdida de la elastina e incremento de los glicosaminoglicanos inducen la formación de pseudoelastina, que causa el color amarillento a la piel. La hipodermis se ve adelgazada por la disminución del tejido graso. Los folículos pilosos se atrofian y disminuyen su densidad, se pierde la producción de pigmentos por el decremento de los melanocitos.

Las uñas reducen su velocidad de crecimiento, aumentan su grosor y se vuelven opacas y más duras por aumento proporcional de la queratina, llegando a presentar onicogriposis.

El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan púrpura senil. (d'Hyver, 2009)

Sistema Músculo Esquelético

Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30 a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. La fuerza muscular disminuye asimismo con los años, ya que las fibras tipo II (rápidas) disminuyen más que las fibras tipo I y las unidades motoras reducen su densidad. Las enzimas glicolíticas reducen su actividad más que las oxidantes. La menor actividad de la hormona de crecimiento y andrógenos contribuye a la disfunción muscular.

La remodelación de tendones y ligamentos se vuelve más lenta. Los cambios óseos son de particular importancia por sus implicancias clínico-epidemiológicas. Hay disminución en la actividad osteoblástica, decremento de la masa ósea, reducción del grosor de la cortical. En los hombres la masa ósea, es mayor a través de toda la vida y la pérdida de los estrógenos femeninos termina con el efecto inhibitor de éstos sobre los osteoclastos. Se produce osteoporosis (pérdida de la masa ósea con composición normal del hueso) típicamente en caderas, fémures y vértebras. También puede aparecer osteomalacia (falla en la calcificación de la matriz ósea y acumulación de hueso no calcificado) lo cual se asocia a déficit de vitamina D. (d'Hyver, 2009)

Sistema Nervioso

Se afecta de manera importante con el paso del tiempo. El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20%, produciendo alteraciones de los procesos de autorregulación de flujo. Existe pérdida de neuronas inhomogénea; por ejemplo la circunvolución temporal superior pierde la mitad de su masa neuronal, mientras que la inferior sólo un 10%. Las mayores pérdidas son de los grupos de neuronas largas,

como los haces piramidales, células de Purkinje, haces extrapiramidales; por el contrario, los grupos de núcleos del tronco, neuronas pontinas e hipotalámicas tienen pérdidas reducidas.

La mielina disminuye, al igual que la densidad de conexiones dendríticas, enlenteciendo el sistema. Aparecen inclusiones de lipofucsina en el hipocampo y la corteza frontal. Hay disminución de la síntesis de catecolaminas, VIP y sustancia P. Los receptores de catecolaminas, serotonina y opioides se reducen. Estos cambios en los neurotransmisores y sus receptores no se traducen necesariamente en cambios intelectuales y conductuales, sino que es el conjunto de modificaciones lo que provoca dichas variaciones.

Los reflejos osteotendíneos disminuyen en intensidad de respuesta. La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas de sueño y disminución del efecto reparador del mismo. (d'Hyver, 2009)

Oído y Audición

En el oído externo se produce acumulación de cerumen que dificulta la audición. A nivel de oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de su elasticidad, así como disminución de la eficiencia en la conducción del sistema de huesecillos; estos cambios provocan pérdida de audición por alteración de la conducción que afecta principalmente las tonalidades bajas.

Ojo y Visión

La órbita pierde contenido graso y produce efecto de ojos hundidos. La laxitud de los párpados puede provocar entropion o ectropion. La córnea pierde transparencia y depósitos de lípidos producen el "arco senil". La pupila reduce su diámetro y el iris disminuye la capacidad de acomodación por fibrosis de sus elementos musculares. El cristalino aumenta su tamaño y se vuelve más rígido, frecuentemente aparecen cataratas por depresión en la actividad de los fenómenos de deshidratación del lente. A nivel de retina se reduce la fagocitosis de pigmentos, produciéndose acumulación de ellos, hay marcada reducción de los conos con pérdida de la agudeza visual con los años.

Sistema Endocrino

Pituitaria. Sólo hay tendencia a la formación de adenomas, la ADH se encuentra más activa frente a fenómenos de alteración osmótica, mientras que la renina disminuye y la

aldosterona aumenta. La hormona del crecimiento (GH) disminuye su actividad, la prolactina no sufre mayores cambios.

Glucosa e Insulina. No hay disminución de la secreción pancreática de insulina, pero se observa mayor resistencia de los tejidos periféricos a su acción, el ciclo de Krebs se encuentra preservado mientras que la vía de glicolisis anaeróbica se ve mucho menos activa. La secreción y efecto del glucagón están conservados.

Tiroides. Con los años el tiroides se vuelve más fibroso y nodular. Disminuye la secreción de T4 pero su depuración también disminuye hasta un 50%. Los niveles de TBG se mantienen constantes, la conversión de T4 a T3 se ve reducida mientras que la conversión reversa está incrementada. Con los años aumenta la incidencia de fenómenos autoinmunes contra el tiroides.

Paratiroides. El nivel de hormona paratiroidea se encuentra incrementado para mantener los niveles de calcio. Por otro lado, aunque la calcitonina disminuye su concentración, mantiene su actividad.

Suprarrenales. El envejecimiento provoca incremento en la proporción de tejido conectivo y lipofucsina, apareciendo pérdida del contenido de esteroides en la zona fasciculata y disminución de la secreción de hormonas esteroidales, las que se mantienen en el plasma por decremento de su metabolización. Se pierde la capacidad de tolerar el estrés por disminución de la secreción de glucocorticoides. (d'Hyver, 2009)

Sistema Inmune

La inmunidad del anciano presenta cambios que se traducen en efectos clínicos mediados por su respuesta frente a los agentes infecciosos. El timo se transforma en un órgano vestigial, aunque puede presentar a edades avanzadas algunos nódulos funcionales; en general no hay otros cambios en los órganos linfoides. La stem-cell no evidencia reducción de su función, pero pierde capacidad para reparar efectos deletéreos de radiaciones ionizantes. Los macrófagos no presentan alteraciones, pero debido a la reducción de los linfocitos T y a la reducción de la respuesta humoral, su función se ve deprimida. Estos cambios se traducen en un aumento de la tasa de infecciones, alteraciones autoinmunes diversas e incapacidad de ejercer control adecuado de clones celulares malignos.

Sistema Renal y Vías Urinarias

Los riñones sufren importantes cambios con el envejecimiento, los cuales no se hacen notorios dada la gran reserva funcional de estos órganos; sin embargo, situaciones de estrés para la actividad excretora de este sistema, tales como hipoperfusión, uso de

nefrotóxicos o patologías que afecten directamente a un riñón pueden provocar la aparición de insuficiencia renal.

Cerca de un 50% de los nefrones desaparecen entre los 30 y 70 años y la tasa de filtración glomerular decae en 8 ml/min cada 10 años. Es probable que la disminución normal del flujo renal, que equivale a un 10% por década en los adultos, la mayor permeabilidad de la membrana glomerular, la menor superficie disponible de filtración y el aumento de uso de nefrotóxicos con la edad sean los factores que expliquen la disminución de la función renal.

Las vías urinarias se ven afectadas por una mayor tendencia a la producción de cálculos, por los cambios producidos por la caída de los estrógenos en mujeres y por la presencia de obstrucción prostática por crecimiento normal de la glándula en los hombres. (d'Hyver, 2009)

Sistema Cardiovascular

Es sumamente difícil discernir entre los cambios propios de la edad y las alteraciones derivadas de diversas enfermedades que se manifiestan a través de los años. Por otra parte, estos cambios afectan de manera variable otros órganos que dependen estrechamente del sistema cardiovascular para su funcionamiento.

El corazón aumenta su tamaño y peso, presentando alrededor de los 70 años aumento del grosor de ambos ventrículos como respuesta a la resistencia periférica elevada del adulto mayor. Este cambio, generado por hipertrofia de los miocitos, puede producir disminución de la distensibilidad miocárdica y un tiempo mayor de fase de relajación. Posteriormente se produce una disminución de la cantidad de miocitos por fenómenos aún no bien aclarados, dentro de los cuales se ha postulado a la apoptosis como mediador.

A nivel miocárdico se deposita lipofucsina, hay degeneración celular con infiltración grasa que puede comprometer al sistema excitoconductor. Puede aparecer infiltración amiloide, incremento de los depósitos de colágeno que provoca fibrosis y por ende rigidez ventricular.

El endocardio se adelgaza difusamente, las válvulas presentan calcificaciones. El tejido excitoconductor tiene pérdida progresiva de su actividad marcapasos; por ejemplo, a los 75 años sólo hay un 10 a 15% del número de células marcapaso del nodo sinoauricular que normalmente tiene una persona de 20 años, por lo tanto es mucho más frecuente la aparición de arritmias en el adulto mayor.

Aparece una mayor activación intracardíaca de angiotensina lo que derivaría en cambios estructurales con mayor fibrosis cardíaca. El corazón del anciano es en términos generales capaz de mantener adecuadamente un gasto cardíaco suficiente para suplir las necesidades, pero su adaptación al estrés se reduce paulatinamente con el paso de los años. El consumo de O₂ máximo disminuye, así como las frecuencias máximas en ejercicio.

Hay disminución de la respuesta de los receptores beta adrenérgicos, a lo cual contribuye la reducción de la actividad de la enzima adenilatociclasa del músculo cardíaco.

Las arterias se comprometen por depósitos de lípidos, lo que deriva en cambios aterotrombóticos y riesgo de cardiopatía coronaria y eventos embólicos. El incremento de las presiones sistólicas y diastólicas con la edad es un hecho cuestionable, este fenómeno se observa en varios estudios de poblaciones de países desarrollados y se atribuye a una disminución de la elasticidad arterial. (d'Hyver, 2009)

Sistema Respiratorio

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio. Los cartílagos costales presentan calcificaciones y la columna a menudo presenta cifosis marcada, con aumento del diámetro anteroposterior del tórax, por lo que la distensibilidad de la caja torácica disminuye.

Disminuye la elastina de la pared bronquial, así como el colágeno. Hay aumento de la secreción mucosa con un aumento relativo de las células caliciformes. La capacidad vital y el VEF1 disminuyen hasta un 30% a los 80 años. El esfuerzo espiratorio independiente de la voluntad disminuye por pérdida de elasticidad del pulmón, el esfuerzo espiratorio dependiente de la ventilación disminuye en la medida que se pierde fuerza muscular de los músculos respiratorios. Todos estos cambios repercuten en una disminución de la PaO₂. (d'Hyver, 2009)

Sistema Digestivo

Se produce una disminución de la capacidad de percibir los sabores dulces y salados. Los dientes presentan retracción de los recesos gingivales, reducción de la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación. Hay una disminución fisiológica de la producción de saliva y atrofia de la mucosa periodontal, lo que lleva a mayor facilidad de traumatismo y lesiones dentales. La meta de la OMS para la salud de un adulto mayor es la conservación de 20 a 22 dientes.

A nivel de todo el tubo digestivo se produce una tendencia a la aparición de dilataciones saculares o divertículos, esto es especialmente frecuente en el colon de personas que sufren de constipación. Un 10% de los octogenarios pierde la coordinación de los músculos esofágicos por alteraciones de los plexos entéricos.

El debilitamiento del diafragma hace más frecuente la existencia de hernias hiatales. La reducción de elasticidad de la pared del recto y la disminución de la motilidad general del intestino puede conducir a la presencia de constipación y génesis de fecalomas. A nivel de esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo cual puede derivar en incontinencia fecal.

La presencia de enfermedad ateromatosa es causa de isquemias mesentéricas o de colon. A nivel gástrico la incidencia de *Helicobacter pylori* aumenta, lo que sumado a una reducción de los mecanismos de defensa de la mucosa hace más frecuente la existencia de úlceras. La capacidad de metabolización hepática es menor, provocando cambios en la farmacocinética de muchas drogas (Gac. E. H.).

2.2 EL FINAL DE LA VIDA

2.2.1 Significado de Muerte

En el diccionario de la Real Academia Española el término muerte cuenta con una serie de definiciones: Cesación o término de la vida; en el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma. El morir hace referencia al llegar al término de la vida.

La muerte, ha sido definida con la cesación de las funciones vitales o términos de la vida su concepción e imagen varía según la cultura y el momento histórico (Ortiz QF, 2007).

Biológicamente se define a la muerte como la degradación paulatina de la materia que culmina con la transformación y el desgaste de las funciones vitales (morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas), que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo en los seres vivos (Blanck C, 1997).

La muerte además tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece. Tal es así que, en unas culturas, integran la muerte en una interacción animista entre los seres humanos, los espíritus y las cosas materiales; en otras, se explica con la culminación de un proceso, siendo el triunfo de la muerte la negación de la vida material y, a la vez, la apertura a la vida espiritual. Y aún en otras, la muerte es una metamorfosis que culmina en la reintegración al proceso de vida mediante la propia reencarnación o el renacimiento a través de la descendencia. Por eso la muerte es mucho más que una

cuestión médico científica, y por todas sus implicaciones culturales particulares, debe ser entendida como una construcción social e histórica (Schmidt, 2007).

La muerte comprende también una dimensión psicológica (somos seres humanos) y tenemos conciencia de la muerte, por ello, nos vemos abocados a dotar de sentido a este acontecimiento en el cual, uno de nosotros, abandona su lugar; pero en la red de relaciones sociales, desaparece para siempre. Aunque si bien tenemos conciencia de muerte, y con el transcurso de los años el mayor ajuste entre los deseos con la realidad nos conduce a los individuos, salvo aquellos que padecen alguna patología psíquica severa, a un reconocimiento racional de la muerte como conclusión de la vida, dicho reconocimiento no incluye la aceptación plena del fin. En el adulto aparece un profundo y secreto convencimiento de que la muerte no nos vencerá. Hay en la mente del ser humano un reducto donde la muerte es negada. (Gracia, 1998)

Las dimensiones hasta el momento formuladas en relación a la muerte no hacen más que confirmarnos de la complejidad del fenómeno y por ende de la necesidad de un abordaje multidisciplinar para su conocimiento. Consideramos, y haciendo referencia a la propuestas de E. Morin (en Álvarez, 2007), que todo “fenómeno complejo exige de parte del sujeto una estrategia de pensamiento, a la vez reflexiva, no reductiva, polifónica y no totalitaria”.

Desde una perspectiva psicológica, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual. En este proceso, la muerte se puede contemplar a partir de tres aspectos: el biológico, el psicológico y el social. Aunque en realidad, la muerte en sí misma, es un concepto general cuyo significado varía en función de si se analiza desde un punto de vista fisiológico, social, médico, psicológico, antropológico o económico entre otros aspectos. En este sentido, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita.

Se muere de aquellas enfermedades en las que no se pueden intervenir o evitar, pero también se muere porque se envejece y se envejece aunque no se esté enfermo.

El hombre al paso del tiempo, se originan un sin número de consecuencias biológicas, sociales, económicas, familiares, laborales y legales entre otras. Llegada la madurez biológica la velocidad de envejecer se da con mayor rapidez, esto se acompaña de una limitante física, mental y al mismo tiempo se es capaz de observar el envejecimiento propio y el ajeno, meditar y reaccionar frente a la muerte de sus semejantes y la propia.

Según Hartfield y Thomas la muerte ha sido excluida de la sociedad moderna, la cual no puede ser socialmente pensada ni hablada, solamente negándola se puede hablar de ella y se actúa como si no se debiera morir (Martínez G. L., *et al* 2002)

Reyes y Morangas (1995) mencionan que se identifica como el hecho más trascendente y negativo de la existencia humana sin repuesta alguna, presentándose como un acontecimiento terrible y aterrador, enfrentándose a ésta como se ha vivido (Martínez G. L., *et al* 2002).

Si bien es cierto todo ser vivo muere, pero sólo el hombre tiene conciencia de ello y se ha relacionado con sentimientos de temor y miedo (principalmente en el adulto mayor).

La manera de interactuar en el medio externo día con día es una destreza, que permite manejar y enfrentar los propios sentimientos y emociones, las cuales se ven reflejadas de manera multisensorial proporcionando un significado para cada individuo como efecto de los procesos percibidos.

Centrándonos en la muerte psicológica, añadiremos que ésta va paralela a la muerte física y social. El enfermo terminal se va muriendo poco a poco y va diciendo adiós al amor, a las ilusiones y a las esperanzas. Por otro lado, aumentan los miedos al más allá, al sufrimiento de los últimos días a que pasará con sus familiares, al olvido. Pero también es importante resaltar, que este proceso de morir, lo experimentan los familiares que están día a día con el enfermo al final de su vida. La muerte psicológica también penetrará en la esfera del familiar que a través del duelo tendrá que aceptar que todos nos morimos un poco en la pérdida del ser querido. En este sentido, cuidar al cuidado es una labor importante y necesaria ya que puede facilitar el buen morir del enfermo al final de la vida

2.2.2 Percepción de las Culturas ante el Fin de la Vida

La muerte desde la aparición del hombre sobre la tierra ha generado un culto muy particular. Las culturas prehispánicas concibieron la muerte como una dualidad con la vida. Los aztecas tenían dos fechas especiales para recordar a sus muertos: En el mes de agosto dedicado a MICCAILHUITONITLI o "muertecitos" y en noviembre la fiesta de los muertos grandes (CONACULTA, 2003).

"El señor de los muertos": El origen de las ofrendas esta en el culto que las razas autóctonas rendían a sus muertos, que en el templo ofrecían mazorcas, flores y encendían copal para aromatizar el ambiente y así agrandar a los Dioses con quienes residía el espíritu de los difuntos.

Dentro del calendario prehispánico de los grupos Nahuas del altiplano central, había por lo menos seis fiestas dedicadas a los muertos. Entre ellas dos eran las principales del 12 al 31 de julio en que se recordaba a los muertos chicos y los veinte días siguientes se celebraba la fiesta de los muertos grandes, que se caracterizaba la magnificencia de las ofrendas.

En nuestro país desde tiempo de la cultura preclásica, (2,000 años A.C.), igual que los teotihuacanos, toltecas, aztecas, huastecos, totonacas, otomies, purépechas, mixtecos, zapotecos, mayas, etc., practicaron el culto a la muerte y sus ritos eran similares.

Concibieron la muerte bajo una dualidad con la vida y esto lo podemos apreciar en diversas esculturas que existen en la actualidad, como cráneos con la mitad descarnada encontrados en la ciudad de México y en Oaxaca. En figuras pares una encarnada y otra esquelética encontradas en la Huasteca. Representaciones con la muerte sola y de las deidades de la misma en todas las zonas arqueológicas (CONACULTA, 2003).

La existencia en el más allá decían, era de acuerdo con la forma de su fallecimiento, no ala conducta observada en vida, por lo tanto no se temía a castigos posteriores a la muerte. Después del deceso, generalmente los ancianos vestían al muerto con papeles de amate o maguey. Le derramaban agua en la cabeza diciéndole, esto es lo que gozaste en la vida. Si su muerte estaba relacionada de alguna forma con el agua lo vestían como Tlaloc, Dios de la lluvia. Se les colocaba un jarro con agua para vencer los obstáculos hasta llegar a su destino. Si habían sido importantes le colocaban en la boca una piedra verde llamada Chalchihuitl y si había sido común y corriente, le colocaban una piedra de menos valor. Generalmente incineraban el cadáver, el fuego de la cremación se atizaba al mismo tiempo que se entonaban canciones lúgubres, reducido el cuerpo a cenizas se depositaba en una olla de barro y la enterraban. También quemaban sus pertenencias e instrumentos de trabajo. El entierro se hacía en la casa, en algún templo o en los montes .Se colocaban ofrendas de comida, bebidas, y flores en ese lugar.

Las almas para llegar a su destino final tenían que pasar por diversos sitios que presentaban otras tantas dificultades, para vencerlas, les colocaban a los cadáveres diversos papeles, que les permitían vencer los obstáculos. Esos lugares de paso al mas allá eran: dos sierras que casi se juntan, una serpiente, una lagartija verde (algunos dicen que era un cocodrilo), ocho desiertas, ocho cerros, una zona de vientos helados que cortaban como navajas (por eso les quemaban sus ropas) y por último cruzaban el río Chignahuapan con la ayuda del perro (CONACULTA, 2003).

Los sacerdotes españoles para lograr la conversión de los pueblos prehispánicos compararon el Mictlan con el infierno.

El Tlalocan, paraíso de Tláloc, donde reinaba el verano eterno, dónde iban las almas de quienes su muerte de alguna forma se asociaba con el agua, como pulmonía, resfrios, ahogados, hidrópicos, par rayo o por cualquier otro mal hídrico. Ahí disfrutaban eternamente nadando y consumiendo comidas exquisitas.

Otro lugar para estancia de las ánimas se decía el Chichihualco (en la casa de la leche), Allí residían las almas de los niños pequeños. Se alimentaban del Chichihuitl o árbol de la leche. Creían que los niños si reencarnaban.

Los antiguos mexicanos dedicaban a sus muertos el noveno y décimo mes del año calendárico, El noveno mes comenzaba al 5 de agosto y se llamaba Tlaxcochimaco, que significa tierra florida. Ese día daba comienzo la fiesta de las muertitos que se refería a los niños, duraba todos los veinte días del mes, se ofrendaban legumbres. En el décimo mes o XocoHuetzo, que significaba fruta madura, del 25 de agosto al 14 de septiembre, se hacía la fiesta de los muertos adultos, se lloraba y se hacían ofrendas de comida.

Otro concepto profundamente dialéctico de que la vida trae implícita la muerte, y la muerte trae implícita la vida, Por ejemplo, el maíz que al secarse la milpa conserva la mazorca: muere el tallo pero queda la semilla. Este mismo concepto se aplicaba a los seres humanos: mueren pero su estirpe continúa.

En la época prehispánica los muertos se esfumaban en el reino de Mictlantechutli. Solamente los guerreros muertos en combate y las mujeres en el parto adquirirían la calidad de estrellas para acompañar a Quetzalcoatl a sus recorridos celestes. Los muertos relacionados con fenómenos provocados por el agua, ahogados, etc., iban al domicilio de Tláloc, a una especie de paraíso (CONACULTA, 2003).

2.2.3 Adulto Mayor ante el Fin de la Vida

Aunque la muerte nos rodea a todos, se suele contemplar como algo que afecta a los demás, no a uno mismo.

El envejecimiento, por sí mismo, condiciona un pronóstico de vida limitado. Algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual. No obstante, la edad avanzada es un factor que hay que tener en cuenta, tanto si se trata de la edad en que sobreviene la muerte, como si nos referimos a la persona que sufre la pérdida de un ser querido.

Los trabajos sobre la muerte y la vejez se refieren esencialmente a los temores y las angustias suscitados al pensar en ella. Las conclusiones generales apuntan que el miedo a morir no aumenta con la proximidad de la muerte por causa de la edad. (Reinolds k. 2001) ha comprobado que los ancianos se sienten menos afectados por las consecuencias de su propia muerte.

Por otra parte, la persona que sufre la pérdida de un ser querido debe abordar un proceso de duelo que también está condicionado por la edad. La persona mayor suele sufrir continuas pérdidas, de seres queridos, de salud, de libertad y de capacidades, que no le permiten recuperarse para afrontar un nuevo proceso de duelo. Sobre todo cuando se trata de la pérdida de pareja, el anciano entra en situación de alto riesgo con probable afectación grave de su salud física y psicológica (García G. A. 2004).

2.3 ACTITUD ANTE EL FIN DE LA VIDA

2.3.1 Definición de Actitud

Una predisposición adquirida y duradera a comportarse de modo consistente en relación con una determinada clase de objetos, o un estado mental y/o neural persistente de preparación para reaccionar ante una determinada clase de objetos, no como ellos realmente son sino como son concebidos.

Según Lamberth (1982), la actitud se puede definir como una respuesta evaluativa, relativamente estable, en relación a un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales.

Evaluación de las actitudes

La medición de las actitudes es muy compleja y los autores suelen distinguir varias formas de medirlas dependiendo de lo que se quiera inferir. Mediante:

- a) Autoinformes, acerca de las creencias, conductas, valores...
- b) La observación sistemática de conductas en situaciones naturales
- c) La reacción del individuo o la interpretación de estímulos parcialmente estructurados
- d) El rendimiento en tareas objetivas
- e) Reacciones fisiológicas ante el objetivo o su representación (Colell B. R. 2005)

Actitud frente a la muerte: respuesta conceptual del individuo hacia los distintos aspectos de la muerte, los cuales se basan en la experiencia psico-social y cultural del individuo (García G. A. 2004).

2.3.2 Actitud ante la Muerte según Kübler- Ross (1969)

El proceso de la muerte ha sido estudiado por psicólogos, sociólogos, médicos y otros profesionales. El modelo propuesto (Kubler-Ross en 1969 para interpretar el proceso es el más conocido, definiendo a la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida. Supone cinco estadios por los que pasaría el paciente moribundo hasta llegar a una etapa final de aceptación de la muerte:

1. Negación: cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal su primera reacción es la negación, aquel mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir "no, no puede ser", esto constituye una autosugestión que implica la no aceptación de la condición, la persona se convence de que ha habido errores en los resultados de laboratorios o radiografías y cambiando de médico para obtener otra respuesta. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de

toda nuestra vida en relación al tema de la muerte, y la negación parcial de ésta hasta se hace necesaria para asumir algunos riesgos, pero ante la noticia de una muerte inminente se hace total. La negación permite una tregua entre la psiquis y la realidad, le otorga el tiempo al individuo para pensar su muerte de manera más distanciada, buscando la adaptación del evento que ha asaltado su psiquismo de manera muy abrupta. La negación constituye un mecanismo de amortiguación del efecto.

Es importante destacar que la negación, a su vez, no es un fenómeno absolutamente individual, dado que nuestra cultura poco a poco ha ido negando los eventos de la muerte, no se habla de ella, los velatorios se trasladaron de la cama de la propia casa donde se era acompañado por gran cantidad de familiares y amigos, a una camilla de terapia intensiva, con restricción de visitas y con la soledad que un lugar tan descarnado como ese provoca.

2. Ira: cuando el enfermo acepta por fin la realidad se rebela contra ella, y nace la pregunta ¿por qué yo? la envidia comienza a corroer el alma, que injusto es que me haya tocado a mi morir, deseos de tener la vida de los demás, su ira inunda todo a su alrededor, nada le parece bien, nada le conforma. Todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición le inunda de odio y rencor, esta etapa se caracteriza por la negación de dios, los insultos. Su autoestima está atropellada por no ser él el elegido para permanecer con vida. Los enfermos en esta etapa necesitan expresar su rabia para librarse de ella.

3. Pacto o Negociación: se asume la condición, pero aparece una tentativa por negociar el tiempo, se intenta hacer un trato, dado que en vida este recurso más de alguna vez lo sacó de algún apuro, aunque la realidad le indique que para eso es demasiado tarde, ej. El eterno fumador que cuando se entera que tiene cáncer promete no fumar nunca más. Los adultos en estas circunstancias se vuelven regresivos, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen consciencia de ello.

4. Depresión: esta aparece cuando se tiene consciencia de que todos los pasos anteriores fracasan ante el desarrollo de la enfermedad que provoca gran invalidez, dolores u hospitalizaciones continuas. Las consecuencias psicosociales que acarrea una enfermedad catastrófica, entre ellas; decadencia física, imposibilidad de trabajar o desempeñarse en tareas habituales, problemas económicos y familiares, sensación de inutilidad y de constituir una carga innecesaria, provocan en el enfermo un estado natural de depresión. La depresión es producto de lo ya perdido, pero también un proceso de preparación ante la propia muerte. En esta etapa, es saludable para el enfermo expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor.

5. Aceptación: requiere que la persona haya tenido el tiempo necesario para superar las fases anteriores. La persona ha trabajado con la muerte a través de la ansiedad y la cólera, y ha resuelto sus asuntos incompletos. A esta etapa se llega muy débil, cansado y en cierto sentido anestesiado afectivamente. En su lucha por desprenderse del mundo y de las personas prefiere estar solo, preparándose para morir, durmiendo demasiado, a lo mejor en un proceso de evaluación mnémica que es una experiencia privada y personal. El paciente ha comenzado a morir, a renunciar a su vida en paz y armonía, en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, el dolor está en quienes rodean al enfermo, éste solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz con sigo mismo y con el mundo.

Estas etapas no se dan rigurosamente como una secuencia invariable, alguien puede morir enojado con el mundo, o sin jamás aceptar la muerte porque su amor a la vida es más fuerte que su paz interior, por lo general quien no desea morir llegando su hora ha dejado algo pendiente, resolver sus asuntos de la mejor forma puede ser un incentivo para el buen morir. Lo importante es que a través de estas etapas Kübler-Ross supo plasmar una anatomía psíquica de la muerte, acompañada de todo su carácter emocional, ahora algo podemos entender el proceso de la muerte, para poder aceptar su llegada de mejor manera (García G. A. 2004)

2.3.3 Actitud ante la Muerte según Gala

Normalmente el análisis de las actitudes ante la muerte propia suele hacerse en sujetos cercanos a tal trance, como suelen ser los enfermos terminales, porque en ellos se ha producido el momento de la toma de consciencia de la muerte, marcándose el cambio de trayectoria potencial de muerte a la trayectoria real de muerte (todos proyectamos una trayectoria de futuro para nuestra vida, en la que entra la posibilidad remota de nuestra muerte de hecho no hacemos planes a 80 años vista sin embargo, en el enfermo terminal esta trayectoria se trunca y tras la crisis de toma de consciencia de la muerte, se hace patente la trayectoria real de la muerte) (García G. A. 2004).

En estas actitudes inciden factores diversos: personalidad, duración de la enfermedad, interacción con el personal sanitario (P.S.), edad del paciente, lugar de la asistencia, tipo de enfermedad, entorno familiar, educación, creencia religiosa, presencia o no de dolor... sea como sea, estas actitudes unidas al sufrimiento psíquico se articulan en torno a los dos procesos de nuestra propia muerte: la agonía y el acto de morir como tal.

De hecho, gran parte del temor pivota sobre el proceso de la agonía y no en el morir como tal; así en esta última etapa de la vida el miedo se evidencia de las siguientes formas:

- 1. Miedo al proceso de la agonía en sí:** la mayoría de los enfermos terminales se plantean dudas y se angustian por si el hecho de morir les implicará grandes sufrimientos físicos o psíquicos.
- 2. Miedo a perder el control de la situación:** el proceso terminal vuelve al paciente cada vez más dependiente de los demás, hasta llegar a perderse el control de sí mismo temiendo así que todas las decisiones sobre él las tomen los demás.
- 3. Miedo a lo que acontecerá a los suyos tras su muerte:** así se preocupan especialmente por lo que le sucederá a su familia.
- 4. Miedo al miedo de los demás:** como dijo un poeta "no he sabido jamás lo que es el miedo hasta que lo vi en los ojos de los que me cuidaban".
- 5. Miedo al aislamiento y a la soledad:** los pacientes suelen tener miedo a estar solos a la hora de morir.
- 6. Miedo a lo desconocido:** la perspectiva de nuestra muerte hace inevitable el planteamiento del más allá, ¿qué ocurre después de la muerte?.
- 7. Miedo a que la vida que se ha tenido no haya tenido ningún significado:** si la respuesta que el paciente se da a este interrogante no es satisfactoria, el proceso de morir es más temido aún.

La suma de estos miedos se traduce en sufrimiento, que es un verdadero dolor (dolor psíquico, casi peor que el físico) y esto es lo que más se teme (Gala L. *et al*, 2002)

2.3.4 Actitud ante la Muerte según Barraza, M. y Uranga, R.

En relación a las actitudes Barraza y Uranga consideran que los adultos mayores pueden experimentar varias de ellas, dependiendo el estilo de afrontamiento que tengan. En primer lugar puede existir una actitud de indiferencia, donde el adulto mayor se muestra resistente al tema de la muerte, quitándole importancia a dicho momento. En segundo lugar una actitud de temor puede verse reflejada en el momento en donde el adulto trata en lo posible evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, y sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento. En tercer lugar también puede aparecer una actitud de descanso, en donde el tema de la muerte es entendido como la culminación del sufrimiento y por ende de la llegada de la paz y de tranquilidad, esta actitud está más presente en las personas que han padecido de alguna enfermedad crónica. Finalmente, la actitud de serenidad puede darse cuando el adulto mayor se siente

satisfecho con lo vivido y por tanto se siente preparado para la llegada de la muerte. Clasificándolas en:

1. **Actitud de indiferencia:** “Es natural que nos llegue la hora”, “ya estoy demasiado viejo”, “un día de estos me enfrío”. Esta actitud revela una resistencia, una defensa, como quitarle importancia al momento más crucial por el que atraviesa la persona en su vida.
2. **Actitud de temor:** hablan poco de su miedo a la muerte, más bien expresan su temor al dolor, al sufrimiento inútil, a quedarse solo en la agonía, al juicio divino, etc. El miedo a morir es más intenso que el mismo miedo a la muerte.
3. **Actitud de descanso:** la muerte es esperada como la liberación de los sufrimientos, sobre todo por personas que han padecido alguna enfermedad crónica o que han sufrido mucho en la vida.
4. **Actitud de serenidad:** el adulto mayor tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás y de estar preparado para despedirse de este mundo.

Cuando en otras edades choca tanto la realidad de la muerte resulta muy interesante pensar que muchos ancianos la aceptan con naturalidad y algunos hasta la desean. Ha habido muchos estudios para explicar este fenómeno, como los que cita Salvarezza en su libro la vejez:

- a) Los ancianos aceptan con naturalidad la muerte porque reconocen el poco valor social que tiene su vida. Ya no representan un rol importante y la sociedad los margina poco a poco.
- b) Hay un distanciamiento cada vez más grande entre las generaciones, dando la impresión de que los adultos mayores “ya vivieron su vida” y de que ahora el mundo pertenece a los más jóvenes. Esto permitirá ver con naturalidad la muerte, como salida necesaria.
- c) El propio adulto mayor reconoce que el futuro es corto y que las limitaciones cada vez son mayores a todos los niveles: físicas, afectivas, económicas, etc.
- d) El adulto mayor se va haciendo a la idea de que se aproxima su hora, al ver morir a los demás de su edad, lo que se ha llamado “la socialización de la muerte”.
- e) Estas observaciones parecen muy fatalistas, y quizá no correspondan a la realidad en nuestro medio, donde la mayoría de los adultos mayores no están ansiando morir, aunque tengan sus problemas de salud.

Salvo los casos de depresión, la mayoría de los ancianos de nuestra sociedad “navegan” con su vida, haciendo un razonable balance entre aceptación y rechazo de su propia muerte, consientes de sus propios límites y sacando recursos propios para afrontarla, que cuando hay compañía y responsabilidad de sus seres queridos, es un acontecimiento de dolor, pero con paz y esperanza. (Barraza M., Uranga R)

2.3.5 Actitud ante la Muerte según Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997)

La actitud frente a la muerte es el rasgo natural mediante el cual el hombre se escapa parcialmente de la naturaleza y se vuelve animal culturalizado (Thomas, 1991). En cuanto a esto, se puede afirmar que entre las especies animales vivas, la humanidad es la única para quién la muerte está omnipresente en el transcurso de la vida, la única especie animal que rodea la muerte de un ritual funerario complejo y cargado de simbolismo; la única especie que ha podido creer y que a menudo cree todavía, en la supervivencia y renacimiento de los difuntos; en definitiva, la única para la cual la muerte biológica, hecho natural, se ve constantemente desbordada por la muerte como hecho de cultura. Por otra parte según **Wong, Reker y Gesser (1997)**, existen cinco actitudes que la persona puede presentar ante la muerte:

- **Miedo a la muerte:** se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- **Evitación ante la muerte:** relacionado con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, dialogo, lugar, que se asocie con la misma.
- **Aceptación neutral:** definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.
- **Aceptación de acercamiento:** relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte.
- **Aceptación de escape:** se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrenar el dolor o los problemas de la existencia; por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas.

Las actitudes incluyen sentimientos acerca de la dependencia, el dolor, el aislamiento, la soledad, el posible rechazo, el abandono, la finalidad de la muerte, una vida posterior y el sino del cuerpo, entre otros (Wong, R, G. 1997).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la actitud que tiene el adulto mayor ante el fin de la vida en el Instituto Nacional de Rehabilitación?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la actitud que tiene el adulto mayor ante el fin de la vida en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar un instrumento evaluador de actitud ante la muerte.
- Comprobar la validez y fiabilidad del instrumento.
- Identificar la actitud que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor.

5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	CATEGORÍA	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN ESCALA TIPO LIKERT	ÍTEMS.
<u>Dependiente</u> Actitud	Respuesta evaluativa, relativamente estable en relación con un objeto, que tiene consecuencias cognitivas, afectivas y probablemente comportamentales. (Lamberth, 1992)	Miedo a la muerte	Se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.	TA: Totalmente de acuerdo (1 punto) A: Bastante de acuerdo (2 puntos) MA: Algo de acuerdo (3 puntos) I: Indeciso (4 puntos) MD: Algo en desacuerdo (5 puntos) D: Bastante en desacuerdo (6 puntos) TD: Totalmente en desacuerdo (7	1.La muerte sin duda es una experiencia horrible 2.La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad 7.Me trastorna la finalidad de la muerte 18.Tengo miedo intenso a la muerte 20.El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho 21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco 32. Me preocupa la incertidumbre de no saber que ocurre después de la muerte
		Evitación ante la muerte	Relacionado con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, dialogo, lugar, que se asocie con la misma.	3.Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte 10.Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo 12.Siempre intento no pensar en la muerte 19.Evito totalmente pensar en la muerte 26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte	

		Aceptación neutral	Definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.	puntos)	6.La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable
		Aceptación de acercamiento	Relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte		14.La muerte es un aspecto natural de la vida
					17.No temo a la muerte pero tampoco deseo que llegue
					24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida
					30. La muerte no es buena ni mala
					4.Creo que iré al cielo cuando muera
					8.La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva
					13.Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo
					15.La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna
					16.La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa
					22. Ansió reunirme con mis seres queridos después de morir
					25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito
					27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma
					28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma
					31. Espero una vida después de la muerte

		<p>Aceptación de escape</p>	<p>Se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrenar el dolor o los problemas de la existencia; por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas.</p>		<p>5.La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones</p> <p>9.La muerte proporciona un escape de este mundo terrible</p> <p>11.La muerte es una liberación del dolor y del sufrimiento</p> <p>23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal</p> <p>29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.</p>
--	--	-----------------------------	---	--	---

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Exploratorio

Explorar es buscar, indagar, inspeccionar, reconocer; por lo que un estudio exploratorio es la primera aproximación al fenómeno por parte del investigador.

6.2 LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO EL ESTUDIO.

Instituto Nacional de Rehabilitación

6.2.1 ANTECEDENTES DEL INR

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas.

Con la suma de los esfuerzos humanos, materiales y financieros de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Comunicación Humana y Ortopedia, el Instituto Nacional de Rehabilitación se ha colocado como una Institución innovada, diferente por su concepto de modernidad médica diversa, transformadora de la realidad social y equitativa en la distribución del gasto a la salud.

6.2.2 MISIÓN

Apoyar al Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención de la discapacidad y mejorar la atención a personas con discapacidad.

Proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardio respiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados, con un alto sentido humanista y abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

Formar y capacitar recursos humanos para la rehabilitación, con la mejor participación científica y humanista, que puede emplear equipos y tecnología de punta; con una actitud de superación continua; con aptitudes para la docencia y con capacidad para la investigación científica; que puede actuar como líderes del equipo benéfico social en su especialidad.

Desarrollar investigación científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; de sus mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; de la sustitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; de los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas, así como de los aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

6.2.3 VISIÓN

El Instituto Nacional de Rehabilitación será la institución líder en el campo de la prevención y rehabilitación de discapacidades diversas. Formará parte de los Institutos Nacionales de Salud, será la institución médica de más prestigio en su campo en el país y estará ubicado entre las instituciones médicas más altamente calificadas y certificadas a nivel nacional e internacional. Será el Instituto donde se desarrolla la investigación, básica, clínica y tecnológica de más alto nivel en materia de discapacidad. Contará con infraestructura y tecnología de punta, con una amplia y completa red informática que lo convertirá en el primer hospital inteligente de América Latina.

Asimismo, establecerá intercambio con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales, será centro asesor de la Organización de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

6.3 UNIVERSO POBLACIONAL DEL ESTUDIO

Adultos mayores de más de 65 años que asistieron al servicio de consulta externa del INR.

6.3.1 MUESTRA

De conveniencia

Consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra cuyas características fueron similares a las de la población objetivo. En este tipo de muestreos la “representatividad” la determina el investigador de modo subjetivo.

Se realizó a 50 adultos mayores de 65 años.

6.3.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

De Inclusión:

- Adultos mayores de 65 años.
- Que aceptaron contestar el instrumento.
- Género indistinto.

De Exclusión:

- Adultos que se negaron a contestar el instrumento.
- Personas menores de 65 años.

6.4 RECURSOS

6.4.1 HUMANOS:

- 2 Pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco de la licenciatura en enfermería.
- Adultos mayores de 65 años.

6.4.2 FINANCIEROS:

- Subsidiados por los 2 pasantes de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco de la licenciatura en enfermería.

6.4.3 MATERIALES:

- Lápices
- Copias de los instrumentos

6.4.4 TECNOLÓGICOS:

- Computadora portátil
- Computadora de escritorio
- Paquete básico de office
- Internet
- USB

6.4.5 BIBLIOGRÁFICOS

- Revistas científicas
- Libros
- Páginas Web

6.5 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para evaluar las actitudes hacia la muerte se utilizó la escala PAM-R (Wong, Reker, & Gesser, 1987)(ANEXO 1). Esta escala contiene afirmaciones relacionadas con cinco tipos de actitudes y tiene un escalamiento tipo Likert, con siete opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7). Para cada tipo de actitud se puede calcular una puntuación media de la escala dividiendo la puntuación total por el número de ítems que la forman. Este instrumento consta de cinco dimensiones evaluativas (actitudes), que junto a sus ítems se hallan ordenadas así:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Aceptación de acercamiento (10 ítems)	4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31
Evitación de la muerte (5 ítems)	3, 10, 12, 19, 26
Aceptación de escape (5 ítems)	5, 9, 11, 23, 29
Miedo a la muerte (7 ítems)	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32
Aceptación neutral (5 ítems)	6, 14, 17, 24, 30

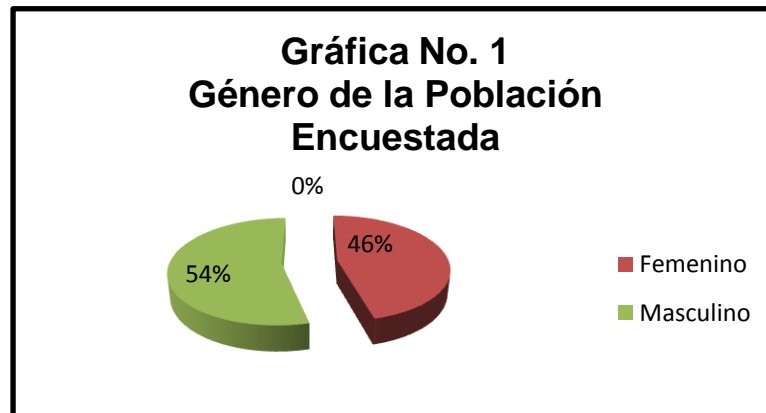
La escala PAM-R en sus subescalas tiene coeficientes de confiabilidad adecuados: miedo (=0,86), evitación (=0,88), neutral (=0,65), acercamiento (=0,97), escape (=0,84).

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de datos se llevo a cabo en dos partes:

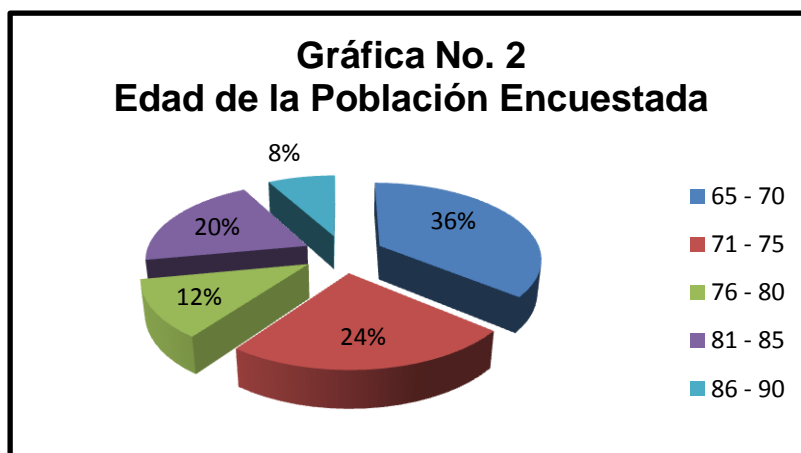
Primera parte. Se realizaron graficas de cada una de las afirmaciones obtenidas en el instrumento representando los porcentajes de las opciones de respuestas.

Segunda parte. A partir de la grafica 35 se agruparon las afirmaciones de acuerdo a la dimensión se presentan los resultados obtenidos de las afirmaciones.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

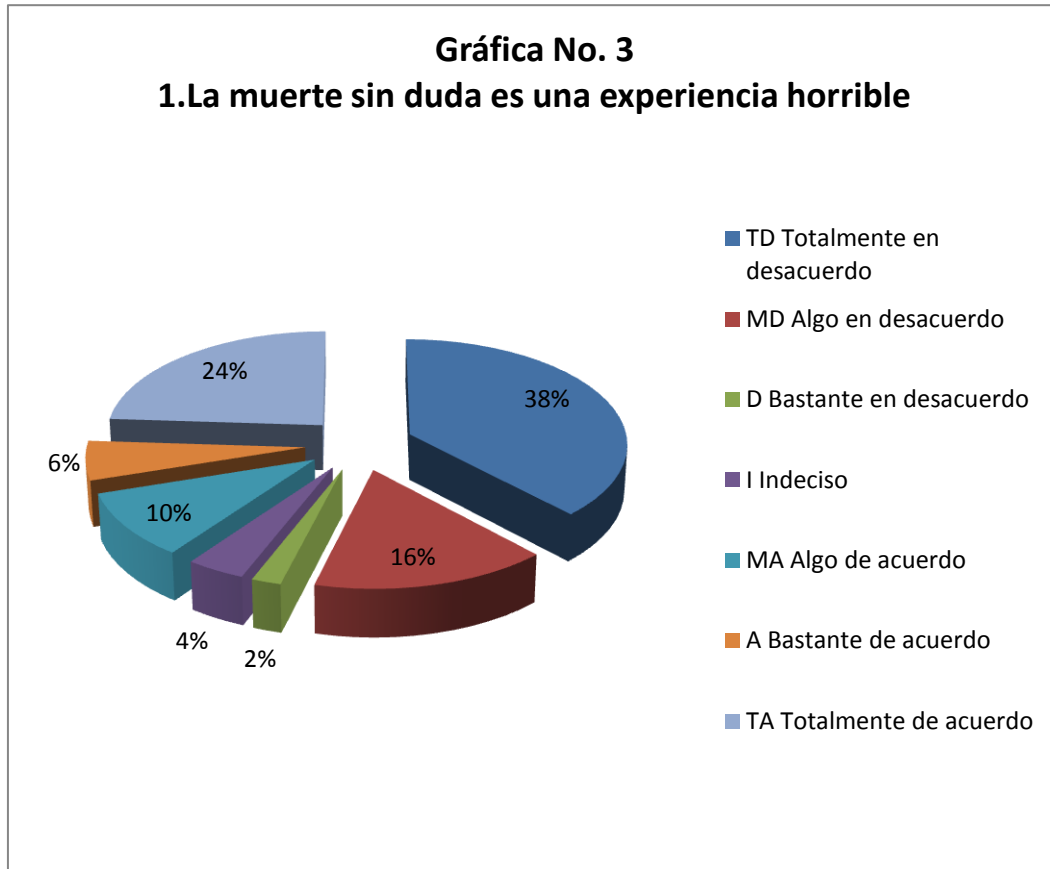
Gráfica No. 1. Representa la población de adultos mayores encuestada en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) donde el 54% es sexo masculino y el 46% sexo femenino, lo cual nos refiere que tal vez la población masculina es quien tiene más padecimientos ortopédicos.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

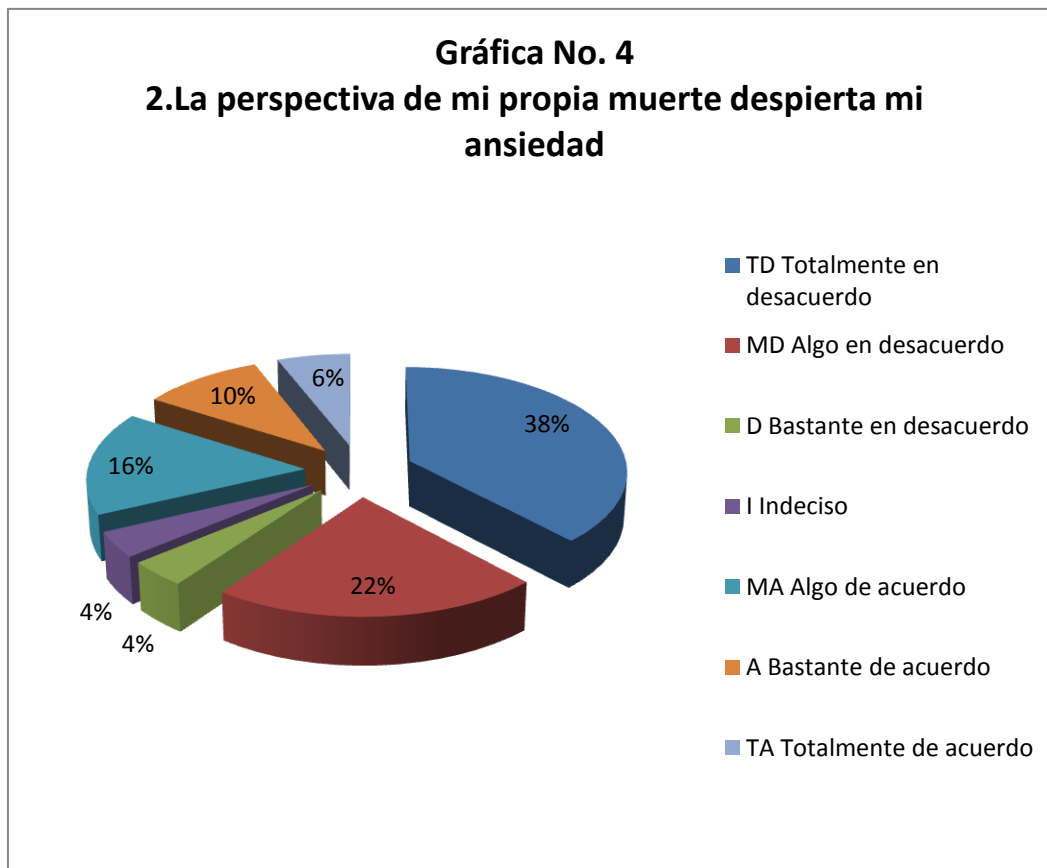
Gráfica No 2. La muestra estuvo conformada por 50 participantes mayores de 65 años de edad, de los cuales el 36% tiene entre 65 y 70 años, seguidos de la población entre 71 y 75 años, encontrándose en menor porcentaje a las personas entre 86 y 90 años.

Primera parte.



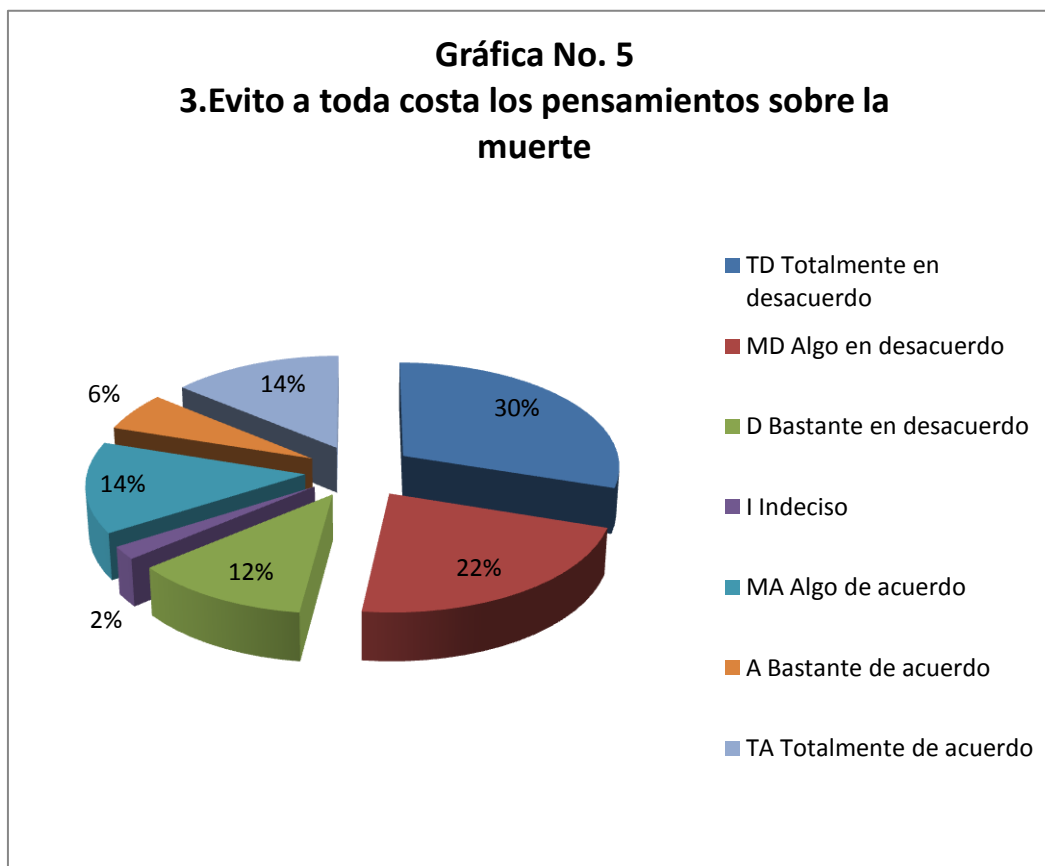
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 3. Representa los porcentajes de las respuestas (de TD totalmente en desacuerdo a TA totalmente de acuerdo) de la primera afirmación correspondiente a la actitud de miedo a la muerte, en donde el 38% de la población encuestada está totalmente en desacuerdo con la afirmación de que la muerte es una experiencia horrible, refiriendo que es un proceso por el que todo ser humano vamos a pasar. Sin embargo, dicho porcentaje esta seguido del 24% en el cual se esta totalmente de acuerdo con la afirmación. García, 1998 refiere que la muerte tiene una dimensión social y cultural que varía según el momento histórico y según las costumbres, creencias y códigos de la sociedad donde acontece. Tal es así que, en unas culturas, integran la muerte en una interacción animista entre los seres humanos, los espíritus y las cosas materiales; en otras, se explica con la culminación de un proceso, siendo el triunfo de la muerte la negación de la vida material y, a la vez, la apertura a la vida espiritual.



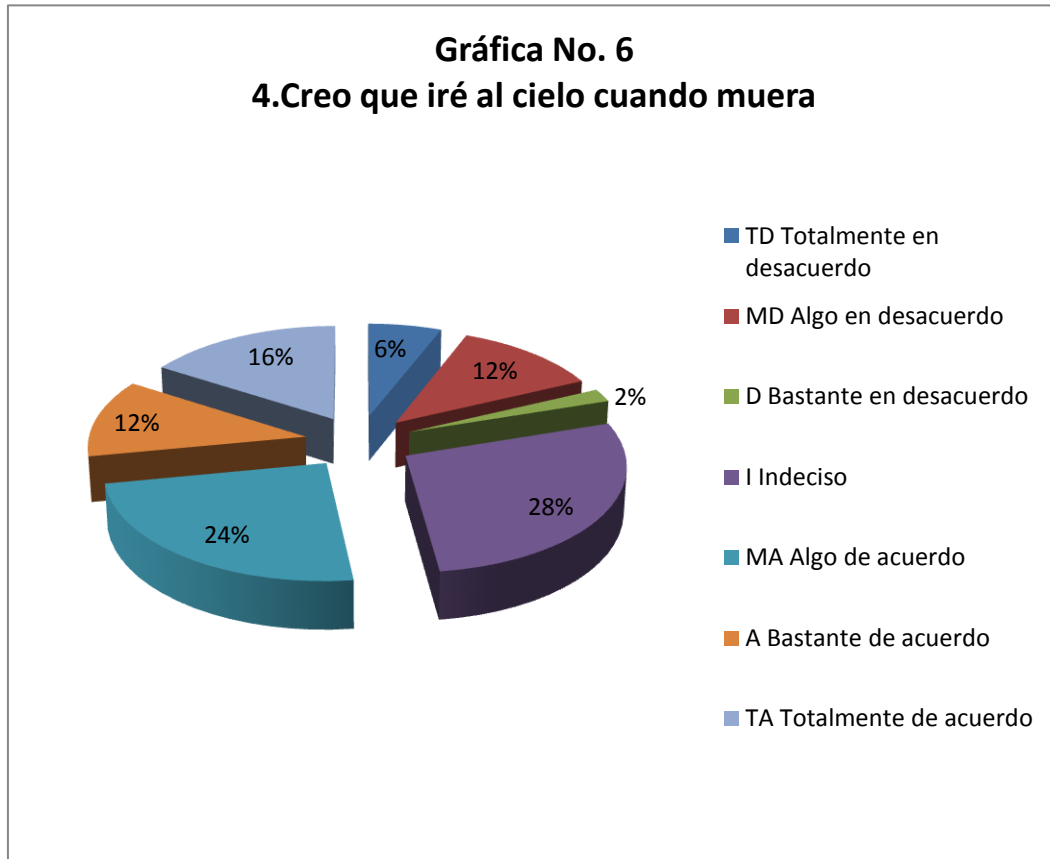
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 4. Se observa que los mayores porcentajes 38% y 22% pertenecen a las respuestas totalmente en desacuerdo y algo en desacuerdo respectivamente, lo que significa que en la afirmación de que la perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad no representa lo que los adultos mayores perciben sobre su muerte, sin embargo existe un 6% que esta totalmente de acuerdo con la afirmación, argumentado que no temen al hecho de morir sino al dolor que puedan llegar a sentir o a las circunstancias que rodeen dicho proceso. Según E. Morin, el adulto mayor comienza a experimentar con mayor angustia y frecuencia (casi la mitad de los viejos) la aproximación de la muerte inevitable, de tal manera que la muerte se concibe de la misma manera de un ser humano a otro, de una raza a otra, de una cultura a otra, de una edad a otra, de una religión a otra o de nivel socioeconómico, además de los antagonismos que percibe cada ser humano creando la idea errónea de que el hombre muere a una edad determinada (ancianidad) y el hecho probable de alcanzar ese límite, le provoca una tremenda angustia y no puede escapar de ella. Esta afirmación corresponde a la actitud de miedo a la muerte.



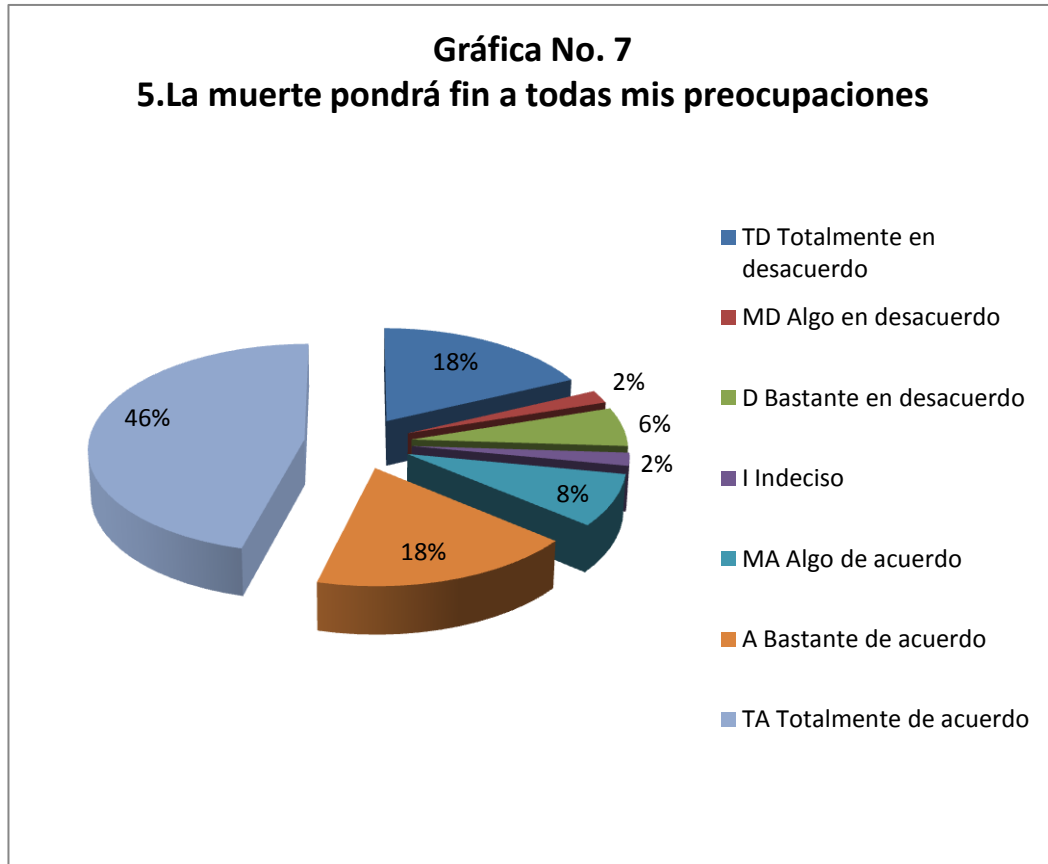
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 5. Representa los resultados de la primera afirmación correspondiente a la actitud de evitación ante la muerte. El 30% de los adultos mayores participantes esta totalmente en desacuerdo con la afirmación: evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte, seguido de otro alto porcentaje 22% que dicen estar al en desacuerdo y encontrando un 14% el estar totalmente de acuerdo con la afirmación. Según Hartfield y Thomas la muerte ha sido excluida de la sociedad moderna, la cual no puede ser socialmente pensada ni hablada, solamente negándola se puede hablar de ella y se actúa como si no se debiera morir. Sin embargo, en estos resultados se muestra lo contrario, la mayoría de los adultos mayores no evitan los pensamientos sobre la muerte. Luce JM, *et al* 2001 dice que la mayoría de las personas mayores no suelen tener miedo a la muerte, su biografía, sus creencias y sus experiencias le apoyan. Sin embargo, sí tienen miedo al proceso, al dolor, al abandono y al sufrimiento.



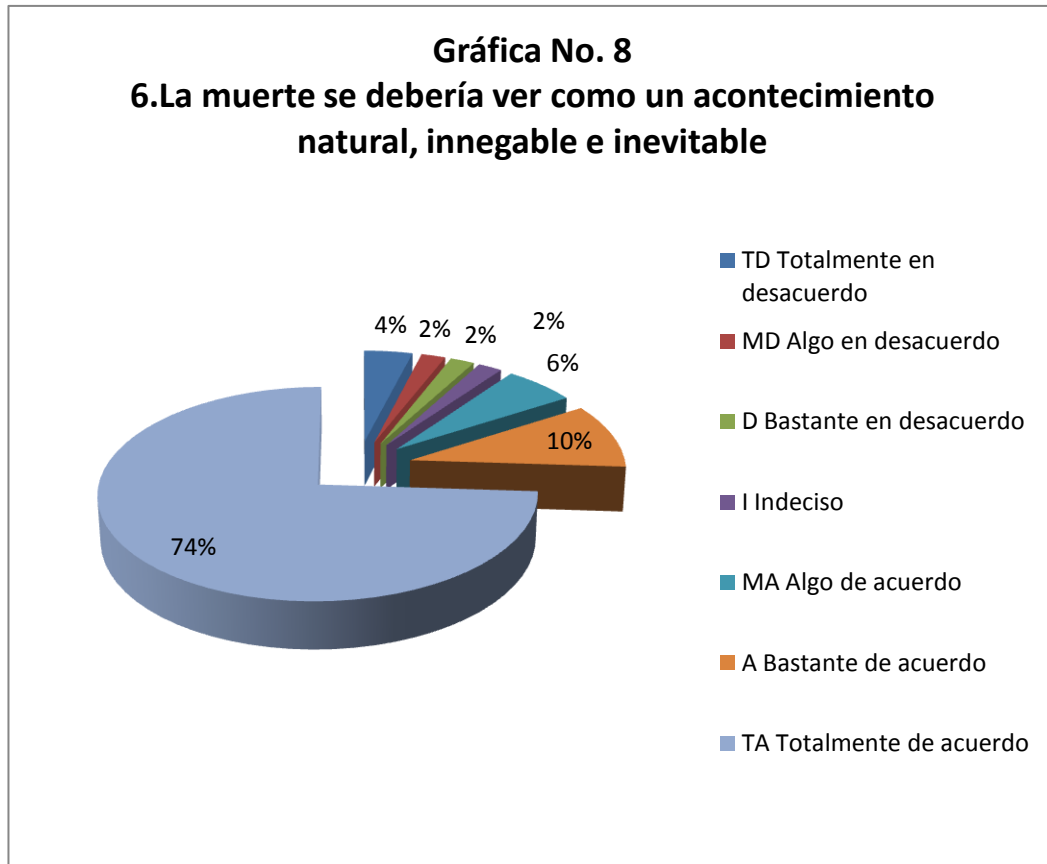
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 6. El 28% de los adultos mayores encuestados refieren estar indecisos en la afirmación: creo que iré al cielo cuando muera, argumentado que hasta estos momentos no hay la seguridad de que así suceda, además de que si fuera eso posible depende de el comportamiento terrenal que se haya tenido, mientras que el 6% esta totalmente en desacuerdo con esta afirmación la cual forma parte de la actitud de acercamiento. El modelo propuesto por Kubler-Ross en 1969 para interpretar el proceso de la muerte es el más conocido, definiendo a la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida.



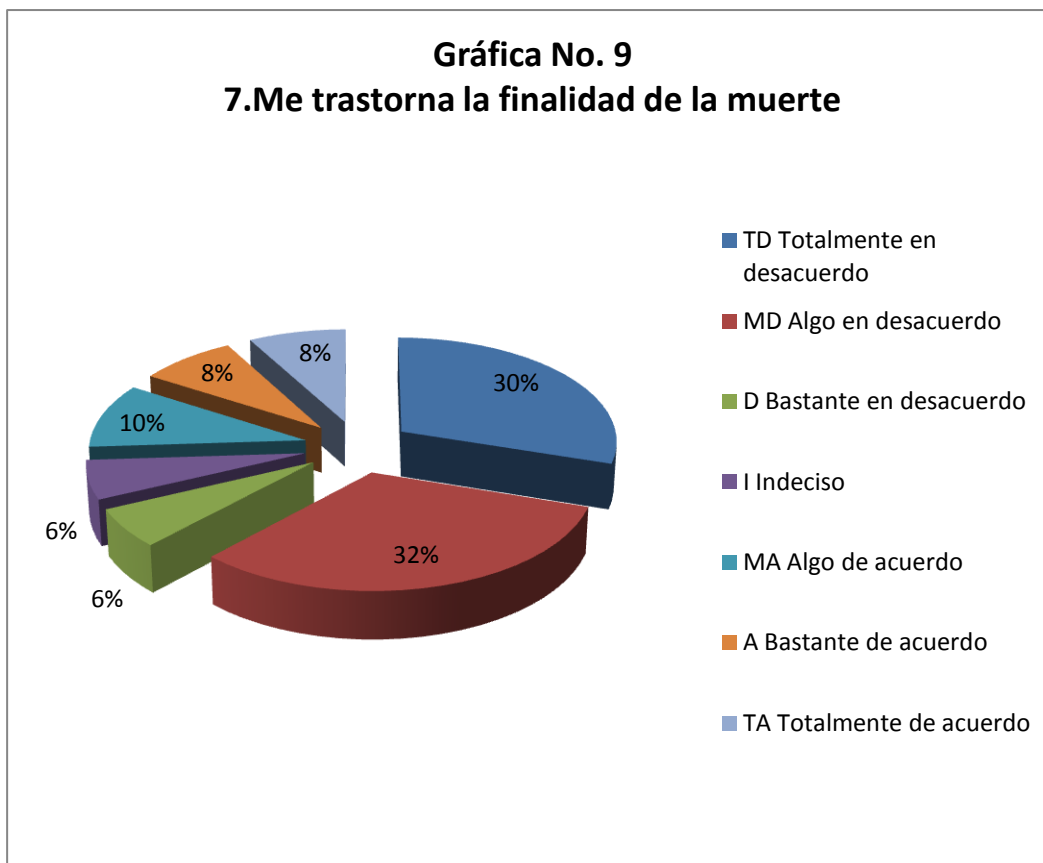
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 7. Ésta representa los resultados de la afirmación “la muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones”, la cual integra la actitud de aceptación de escape, encontrando que el adulto mayor esta totalmente de acuerdo (46%) con ella, seguido con el 18% con las respuestas totalmente en desacuerdo y bastante de acuerdo. Barraza M., Uranga R, refieren que puede aparecer una actitud de descanso, en donde el tema de la muerte es entendido como la culminación del sufrimiento y por ende de la llegada de la paz y de tranquilidad, esta actitud está más presente en las personas que han padecido de alguna enfermedad crónica.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 8. Representa la primera afirmación de la actitud de aceptación neutral: “la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable”, en donde el mayor porcentaje (74%) de los adultos mayores esta totalmente de acuerdo con dicha afirmación y un muy pequeño porcentaje (4%) se encuentra totalmente en desacuerdo. Barraza M., Uranga R, mencionan que puede existir una actitud de indiferencia, donde el adulto mayor se muestra resistente al tema de la muerte, quitándole importancia a dicho momento.



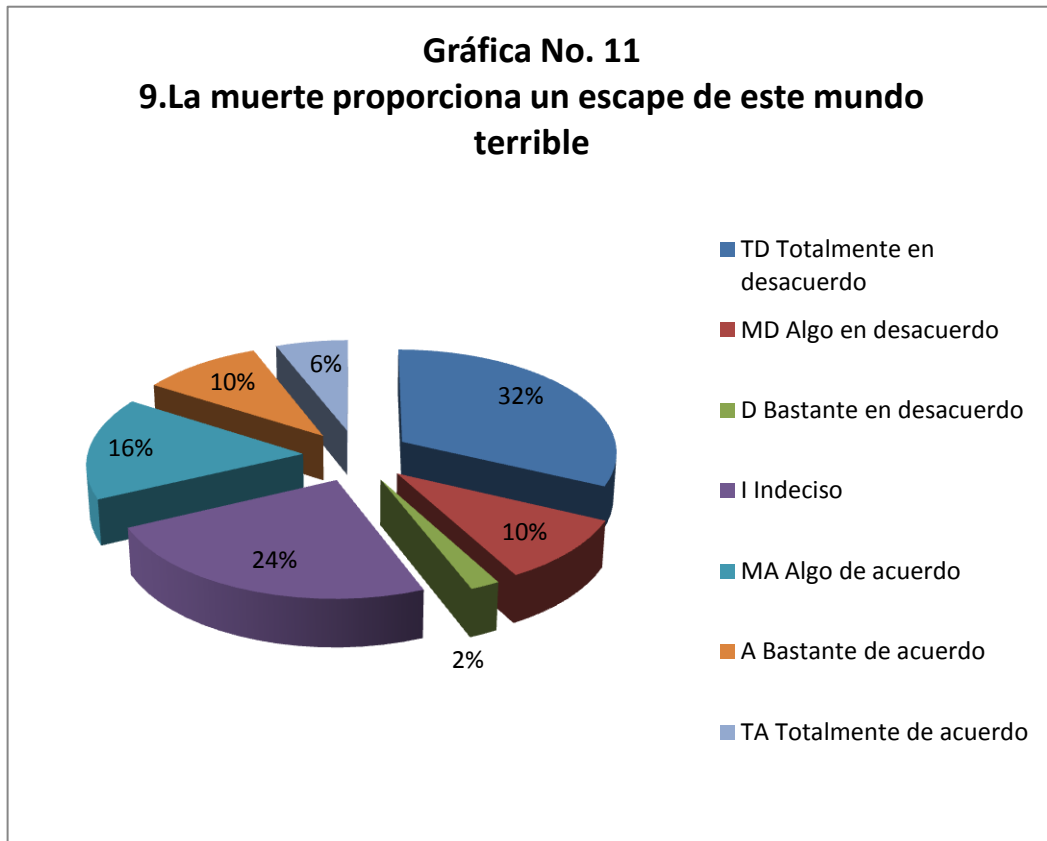
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 9. Me trastorna la finalidad de la muerte, es la tercera afirmación de la actitud de miedo a la muerte, en donde se encuentra un alto porcentaje (32%) de adultos mayores que están algo en desacuerdo con esta afirmación, seguido de un 30% que esta totalmente en desacuerdo, lo que significa que a los adultos mayores no les preocupa o intimida el hecho de morir, ellos refieren estar conscientes de que la muerte es un hecho natural y que si en algún momento se relacionaba este proceso con el hecho de ser adulto mayor, actualmente la edad no es garantía de estar exento a la muerte. El 8% refiere estar totalmente de acuerdo con la afirmación. Reyes y Morangas mencionan que la muerte se identifica como el hecho más trascendente y negativo de la existencia humana sin repuesta alguna, presentándose como un acontecimiento terrible y aterrador, enfrentándose a ésta como se ha vivido.



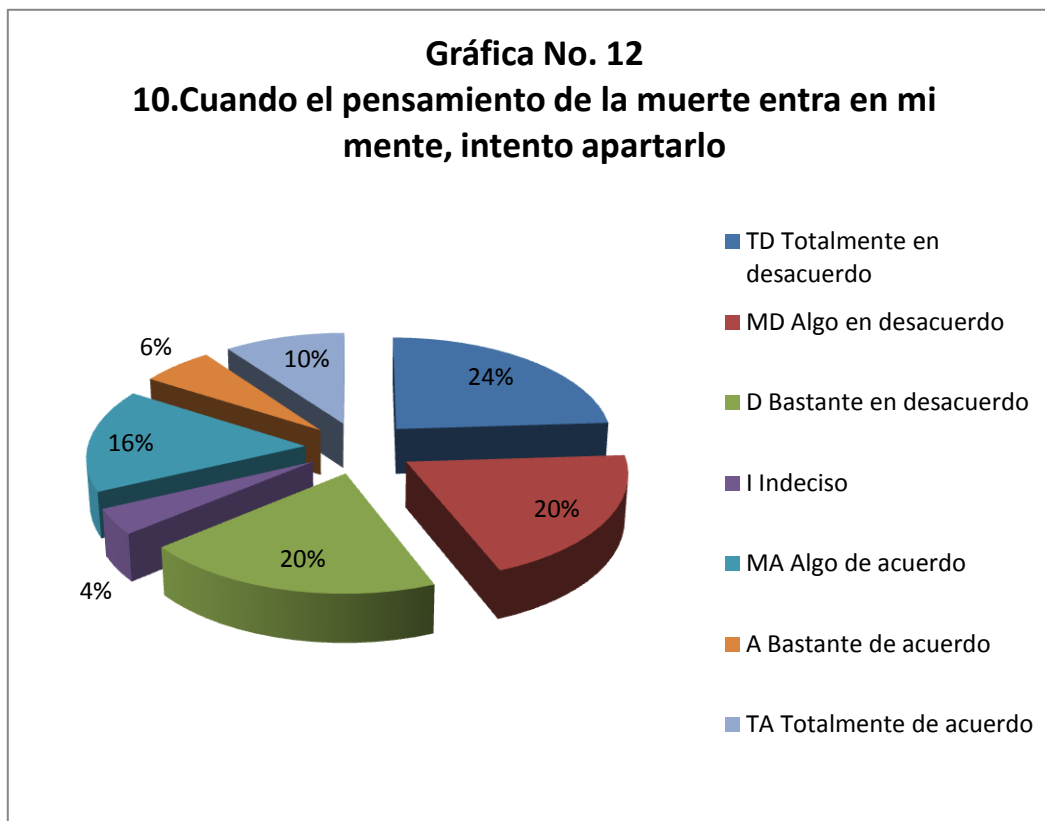
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 10. Muestra que la mayoría de los adultos mayores (30%) esta indeciso con la afirmación “la muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva”, la cual forma parte de la actitud de aceptación de acercamiento, se pudo observar que esta afirmación la relacionan con la religión (predominando la católica), en donde el adulto mayor refiere que religiosamente eso es lo que se cree. Sin embargo, no existe la seguridad que así sea, además argumentan que se tiene que trabajar en vida con buenos actos para que si existe ese lugar de satisfacción definitiva sean merecedores de estar en él. Mientras que el 16% cree que definitivamente la muerte es trascender a un lugar de satisfacción.



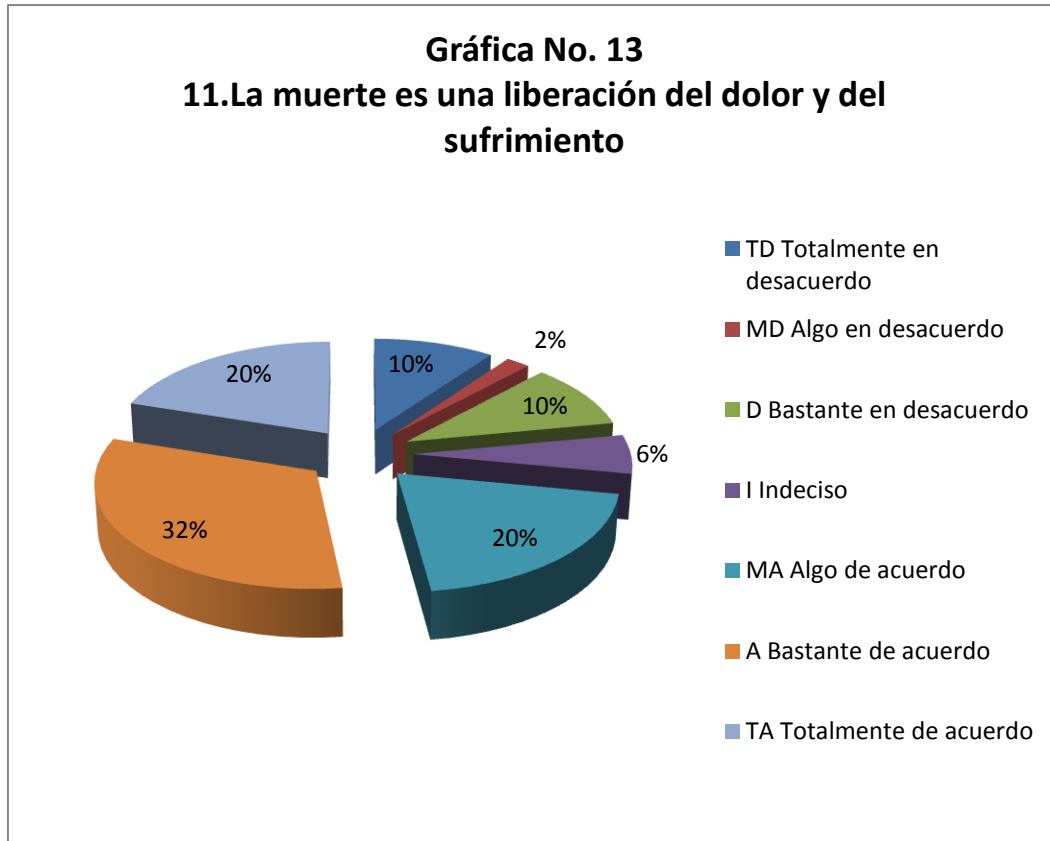
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 11. El 32% de los adultos mayores esta totalmente en desacuerdo con la afirmación: “la muerte proporciona un escape de este mundo terrible” que forma parte de la actitud de aceptación de escape, seguido de un 24% que dice estar indeciso, manifiestan que no creen que este mundo sea terrible, que finalmente cada quien realiza las actividades y lleva su vida de la forma que quiere, así que si alguna persona ve el mundo terrible es porque así ha decidido llevar su vida y tomar esa actitud.



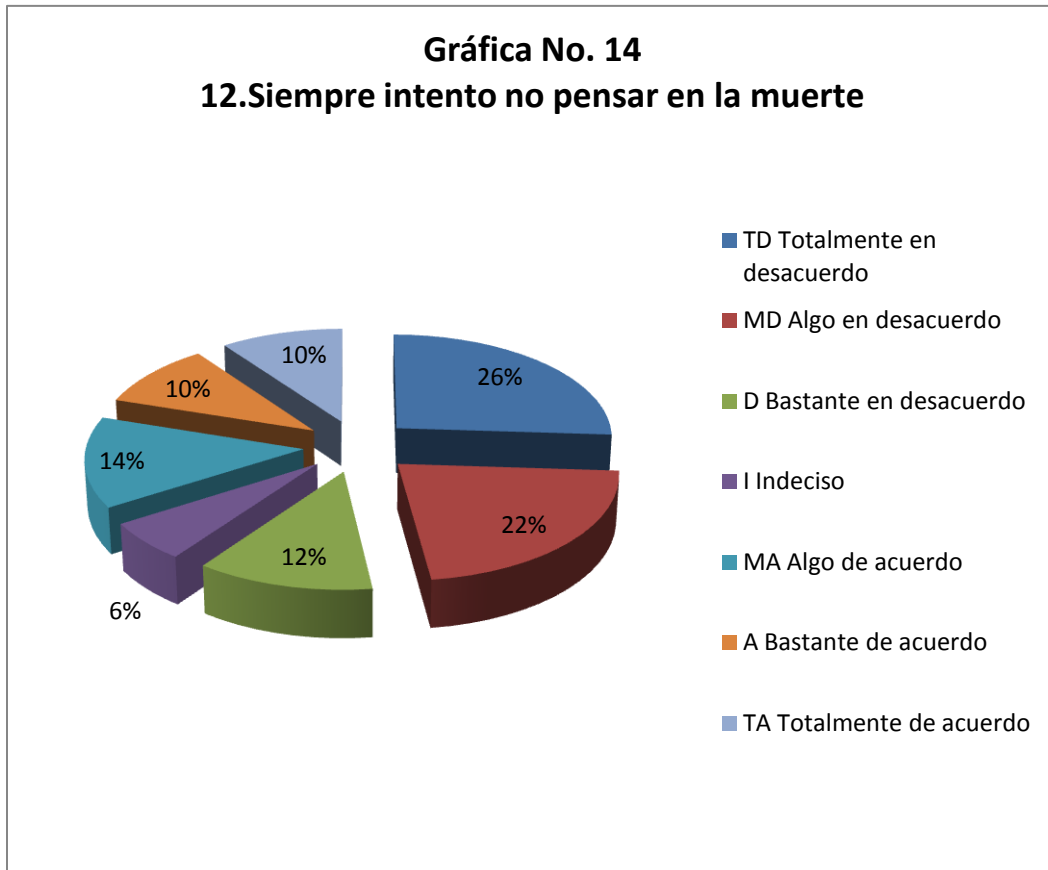
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 12. Representa los porcentajes resultantes de la afirmación “cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo” ésta forma parte de la actitud de evitación de la muerte. Encontrando que el 24% de los adultos mayores esta totalmente en desacuerdo con dicha afirmación, seguido con el 20% el manifestar estar algo en desacuerdo y bastante en desacuerdo, lo que significa que el adulto mayor si piensa en la muerte, y no evita esos pensamientos. Los trabajos sobre la muerte y la vejez se refieren esencialmente a los temores y las angustias suscitados al pensar en ella. Las conclusiones generales apuntan que el miedo a morir no aumenta con la proximidad de la muerte por causa de la edad. Kalish y Reynolds han comprobado que los ancianos se sienten menos afectados por las consecuencias de su propia muerte.



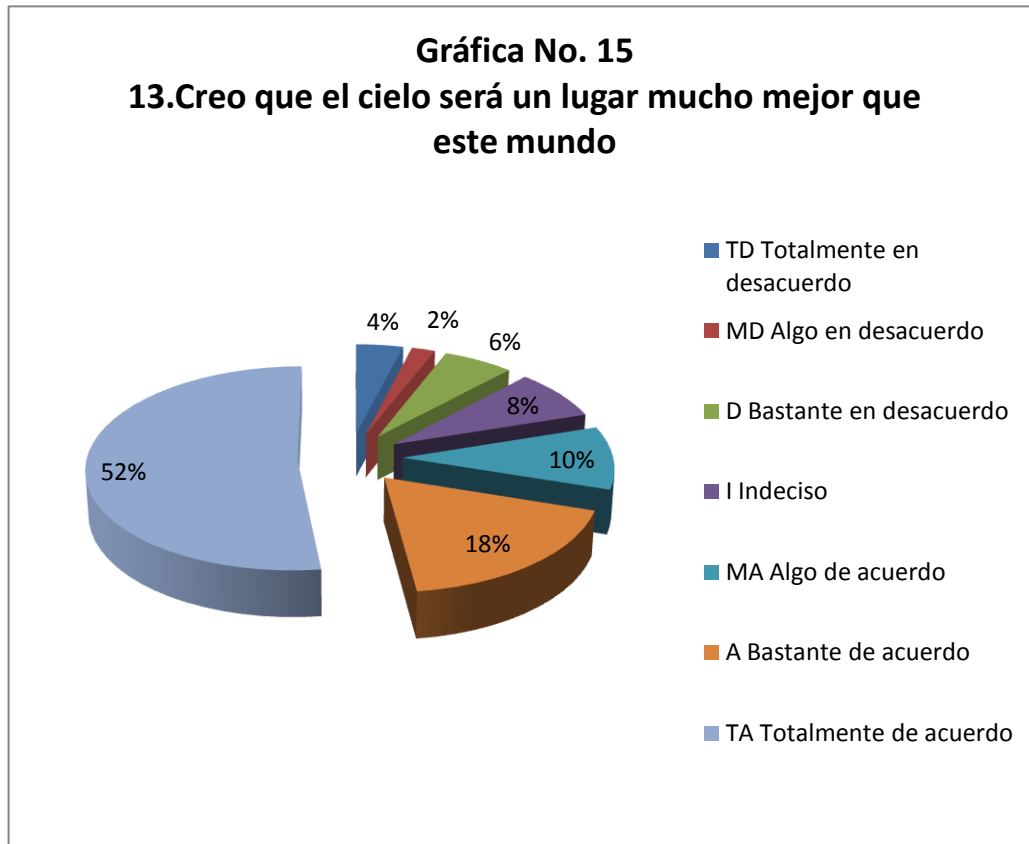
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 13. El 32% de los adultos mayores esta bastante de acuerdo con la afirmación de que la muerte es una liberación del dolor y del sufrimiento, ésta forma parte de la actitud de aceptación de escape, ellos refieren que si se padece de alguna enfermedad hay más posibilidad de que la muerte se perciba de dicha manera. Barraza M., Uranga R, describen la actitud de descanso, en donde la muerte es esperada como la liberación de los sufrimientos, sobre todo por personas que han padecido alguna enfermedad crónica o que han sufrido mucho en la vida.



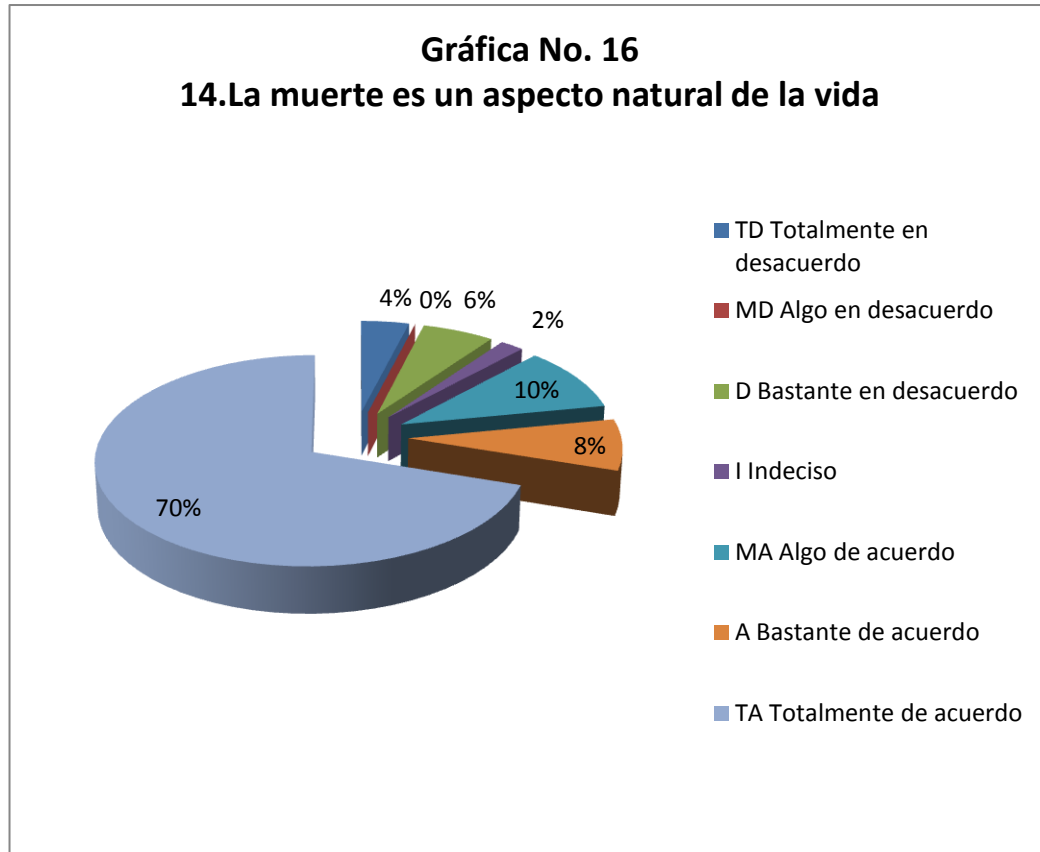
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 14. Representa la afirmación que forma parte de la actitud de evitación de la muerte. En la cual el mayor porcentaje (26%) de los adultos mayores están totalmente en desacuerdo, seguido del 22% algo en desacuerdo, lo que significa que el adulto mayor si piensa en la muerte, no aleja esos pensamientos, y esta consciente de que es un proceso por el que todo ser humano vamos a pasar. Sin embargo, existe un 10% que manifiesta estar totalmente de acuerdo con la afirmación.



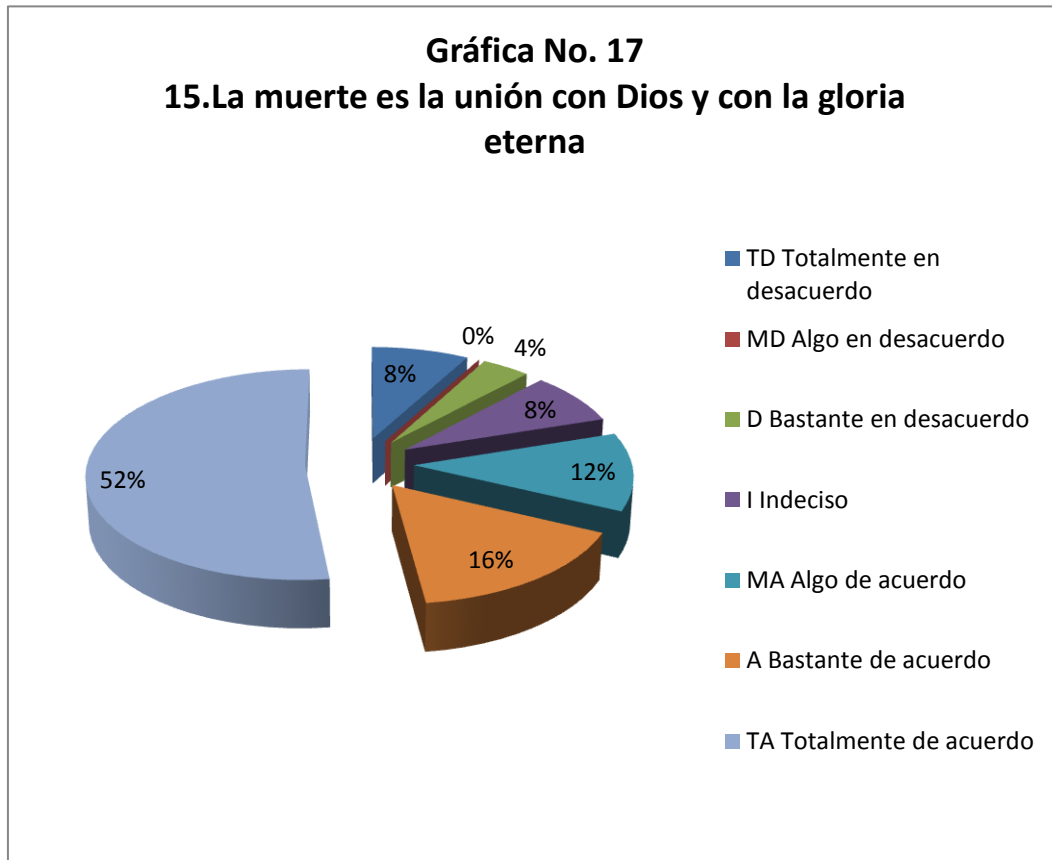
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 15. Refleja que más de la mitad (52%) de los adultos mayores participantes esta totalmente de acuerdo con la afirmación “creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo” la cual forma parte de la actitud de aceptación de acercamiento, esto se relaciona con creencias religiosas, se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte.



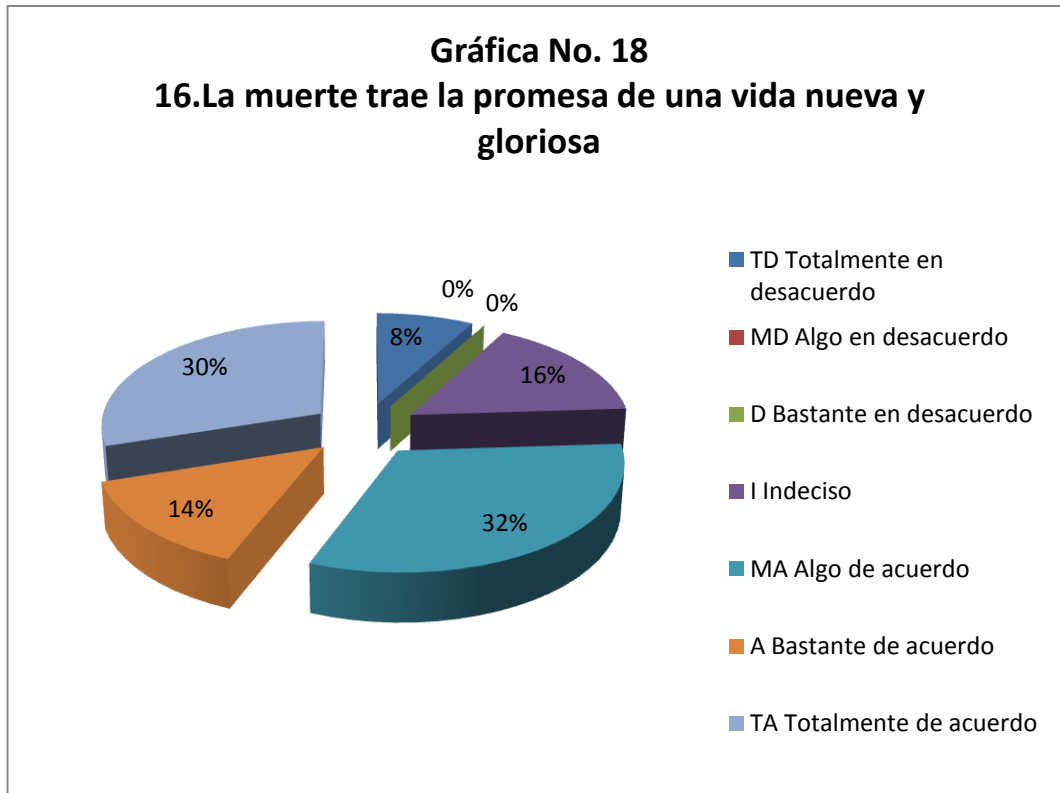
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 16. La mayoría de los adultos mayores (70%) esta totalmente de acuerdo con la afirmación “la muerte es un aspecto natural de la vida” que forma parte de la actitud de aceptación neutral. Sin embargo, llama la atención que existe un pequeño porcentaje pero significativo (4%) que esta totalmente en desacuerdo con dicha afirmación. En ésta actitud se manifiesta la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene (Wong, Reker y Gesser, 1997).



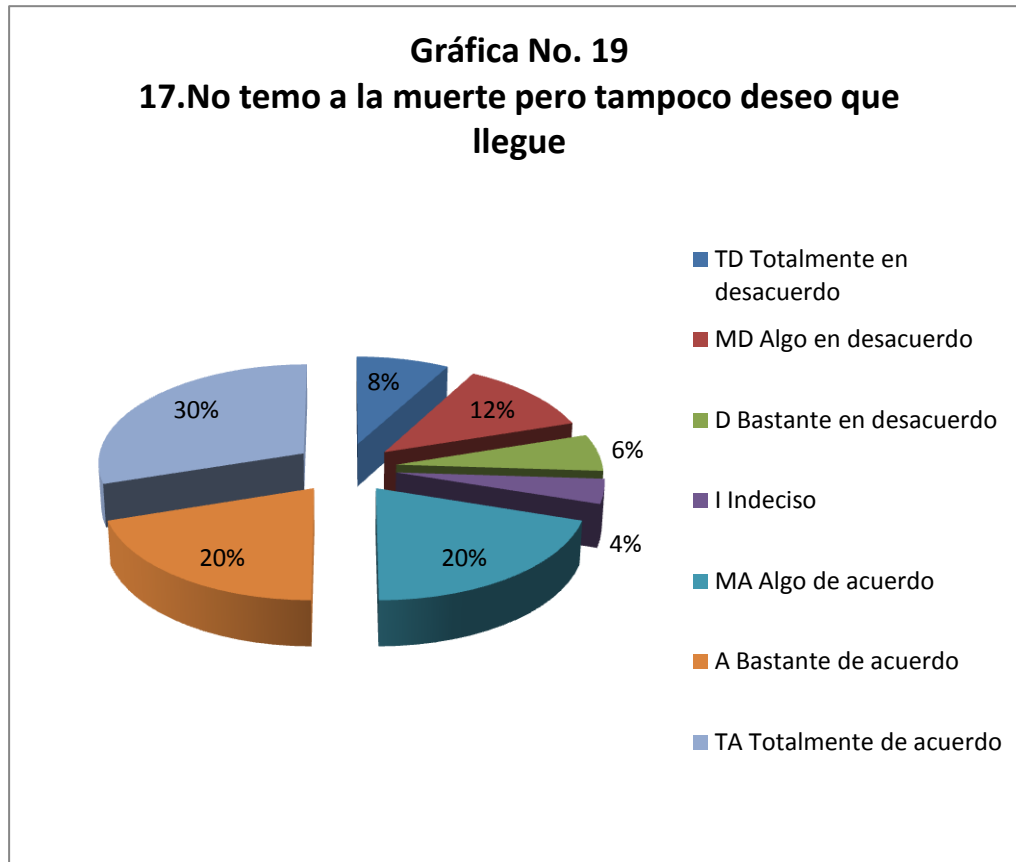
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 17. Más de la mitad (52%) de los adultos mayores manifiesta estar totalmente de acuerdo con la afirmación “la muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna”, ésta forma parte de la actitud de aceptación de acercamiento. Se hace referencia que el adulto mayor tiende a ser más espiritual, y se basa en creencias religiosas. Cabe mencionar que los adultos mayores que coincidían con esta afirmación practican la religión católica.



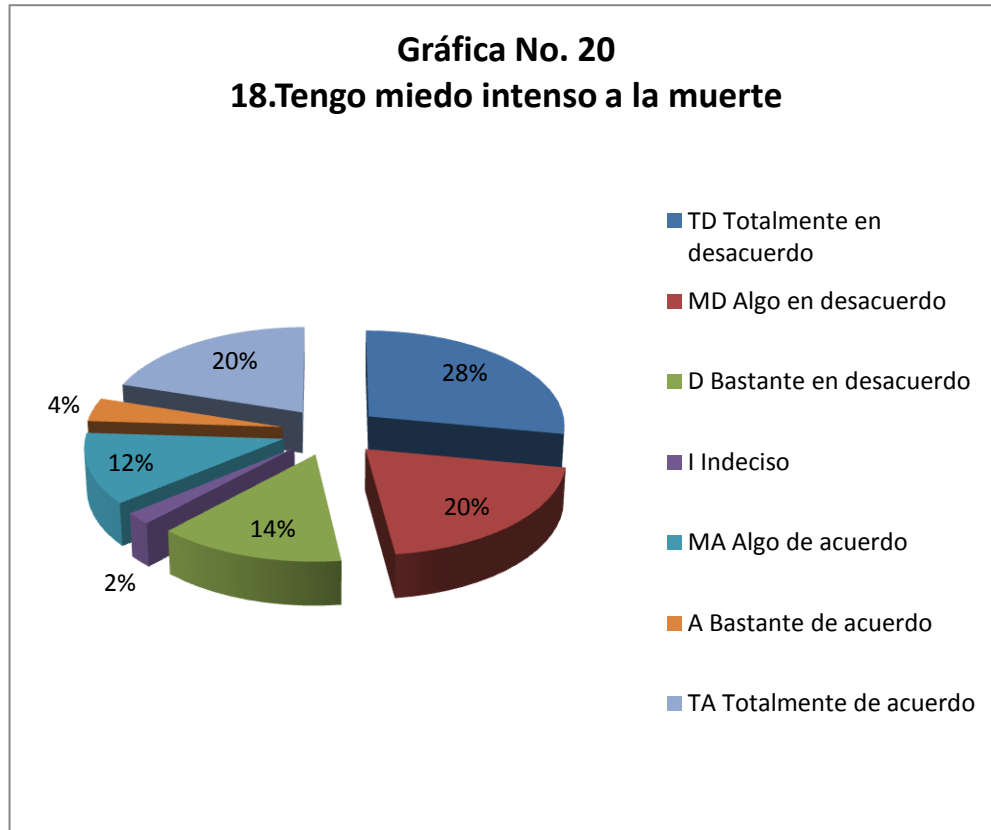
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 18. Representa que el adulto mayor esta algo de acuerdo (32%) con la afirmación que forma parte de la actitud de aceptación de acercamiento la cual dice: “la muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa”, seguido de un 30% que manifiesta estar totalmente de acuerdo con dicha afirmación. Como se había mencionado en la gráfica anterior, esta relacionada con creencias religiosas, además de manifestar que esa es una esperanza que se tiene, sin embargo no existe la seguridad de que así sea, pero hay que trabajar con buenas actitudes en esta vida para poder ser merecedores de esa vida nueva y gloriosa que se menciona.



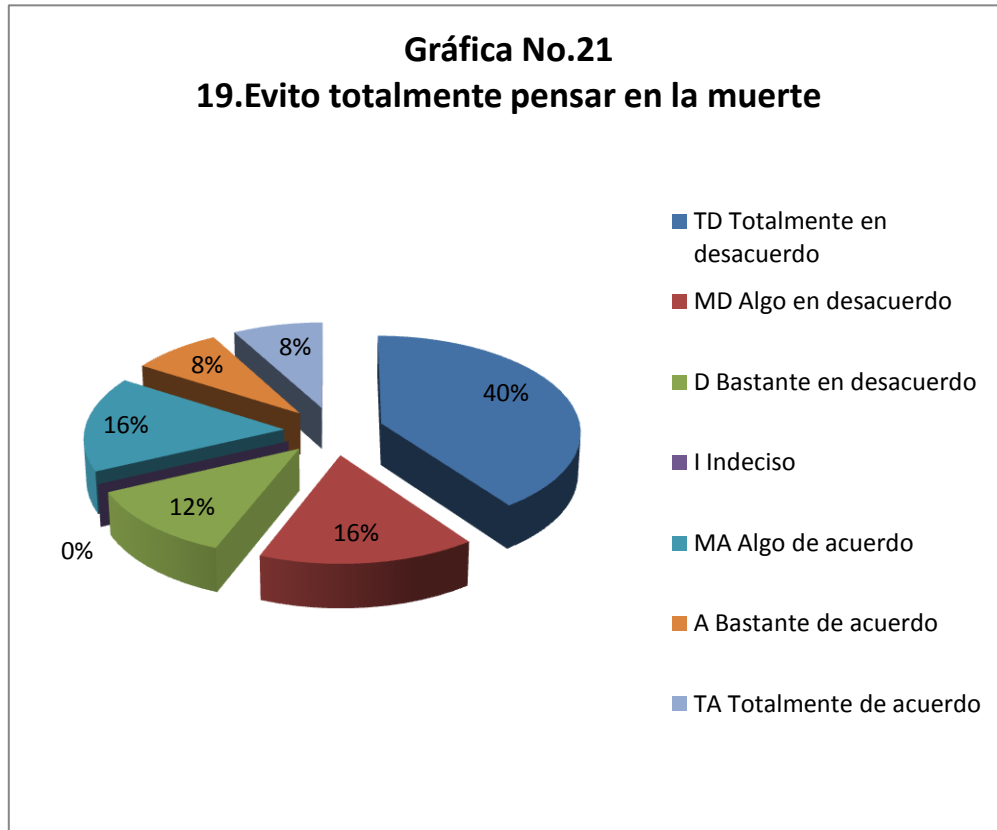
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 19. Desde el plano de lo racional, la idea de alcanzar algún conocimiento o intuición respecto del fenómeno de la muerte siempre ha sido algo complejo, aunque nos rodea a todos y estamos muy cerca de ella, se suele contemplar como algo que afecta a los demás, no a uno mismo (García G. A. 2004). En esta grafica observamos que en mayor porcentaje (30%) están totalmente de acuerdo en que no temen a la muerte pero no están preparados para la ella, sin embargo si hay adultos mayores que tiene miedo a la muerte representada con un 8%.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 20. Para una persona consciente de su debilidad, es un alivio admitir sus propios límites y solicitar ayuda, es lo que podemos observar en esta grafica con el porcentaje máximo (28%), lo contrario de una persona independiente, que considera esa vulnerabilidad como una derrota, resulta aterradora; sobre todo si durante mucho tiempo se ha endurecido contra la idea de «ceder» ante la muerte, como lo menciona un 4%.



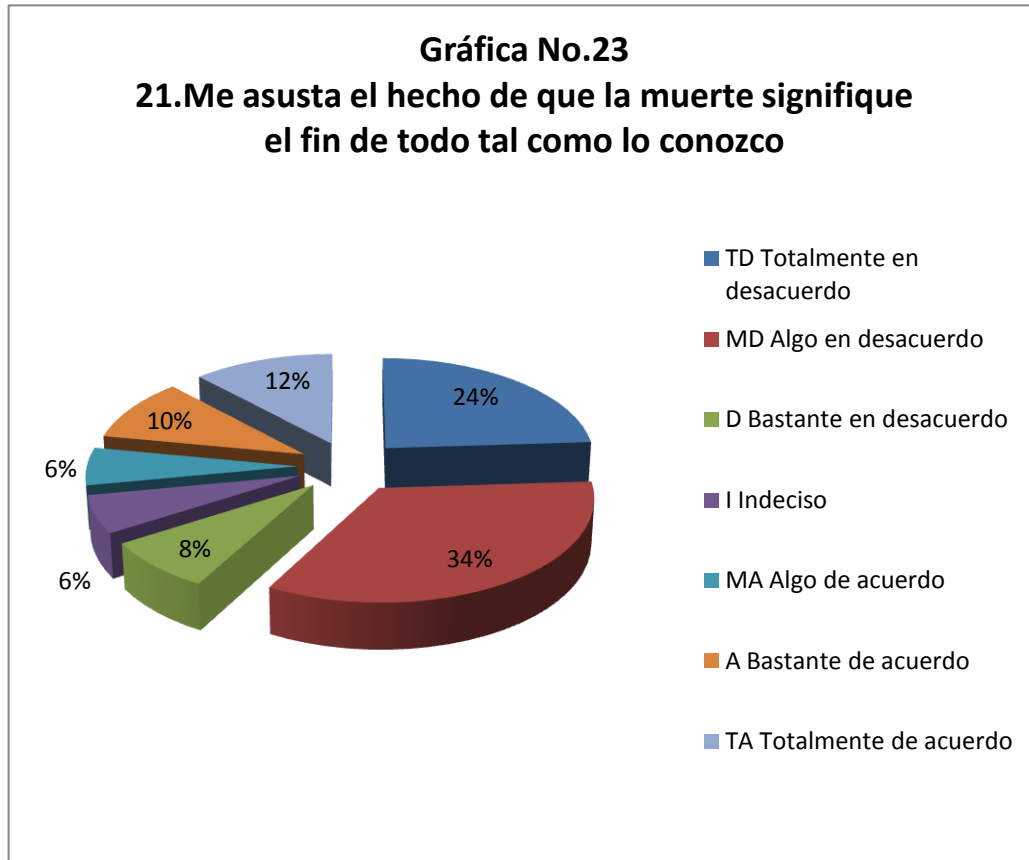
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 21. La evitación de la muerte es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida. (Barraza, M. y Uranga) refieren que el temor puede verse reflejada en el momento en donde el adulto trata en lo posible evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento como se detecto en los resultados con un 8% y el máximo porcentaje (40%) no evita el pensamiento de la muerte.



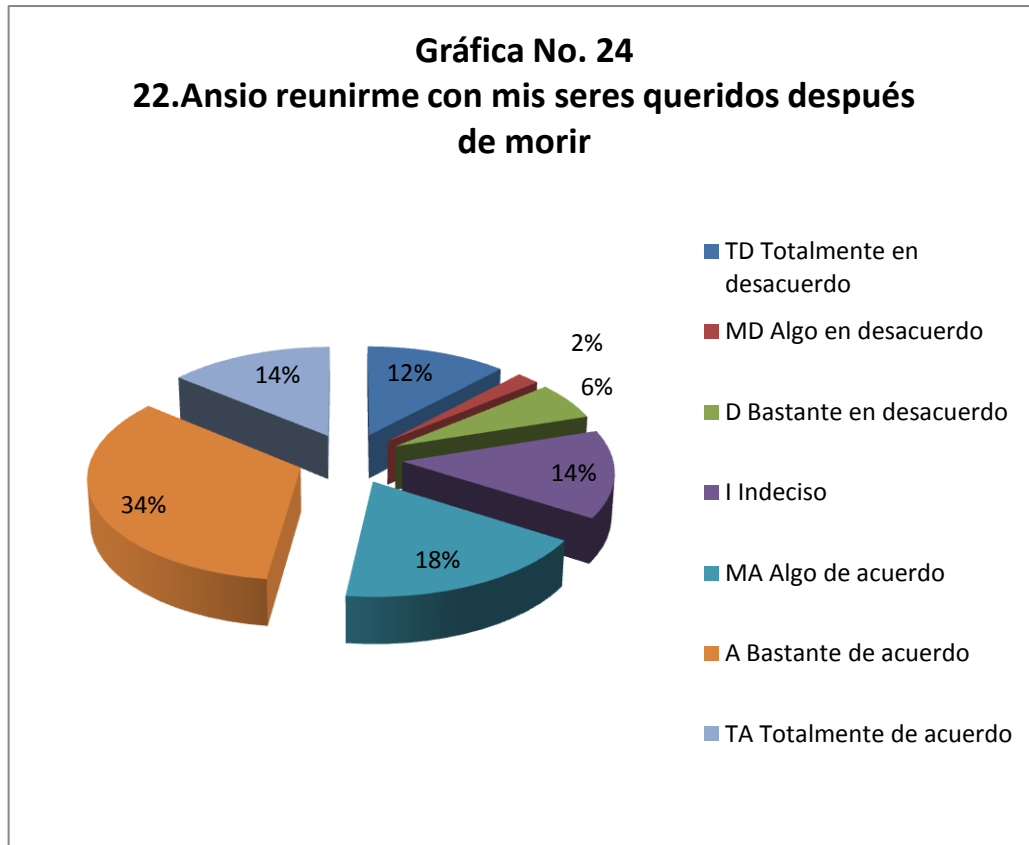
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 22. El tema de una vida después de la muerte no les preocupa se observa con el mayor porcentaje (38%), sin embargo si le preocupa la vida después de la muerte. (Kübler- Ross. 1969) Menciona que tratan de obtener una tregua entre la psiquis y la realidad, otorgándole tiempo al individuo para pensar su muerte de manera más distanciada, buscando la adaptación del evento que ha asaltado su psiquismo de manera muy abrupta. La negación constituye un mecanismo de amortiguación del efecto.



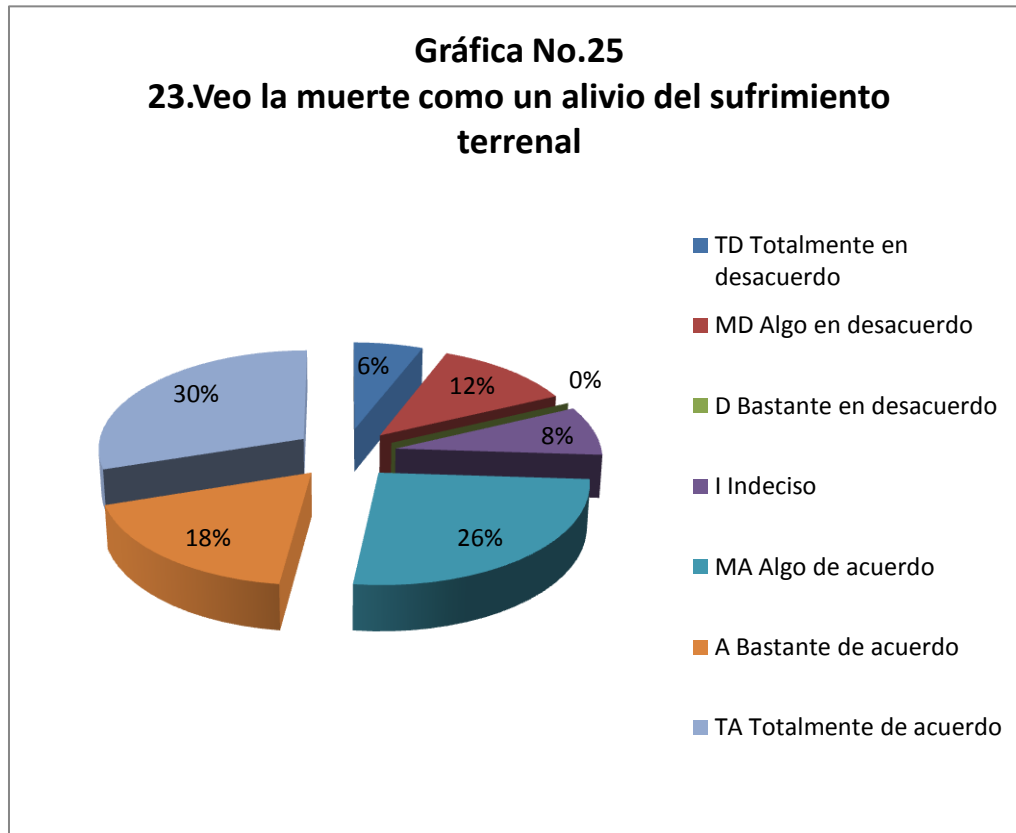
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 23. Un 34% de la población encuestada no le asusta que la muerte signifique el fin de todo lo que conoce. Gurrola M. (2011) hace mención a que todos deberíamos prepararnos para el hecho de la muerte desde temprana edad, visitando asilos de ancianos, hospitales de crónicos y pacientes terminales, pensando en nuestra propia muerte, haciendo nuestro testamento y conversando estos temas con la familia y con los amigos cercanos.



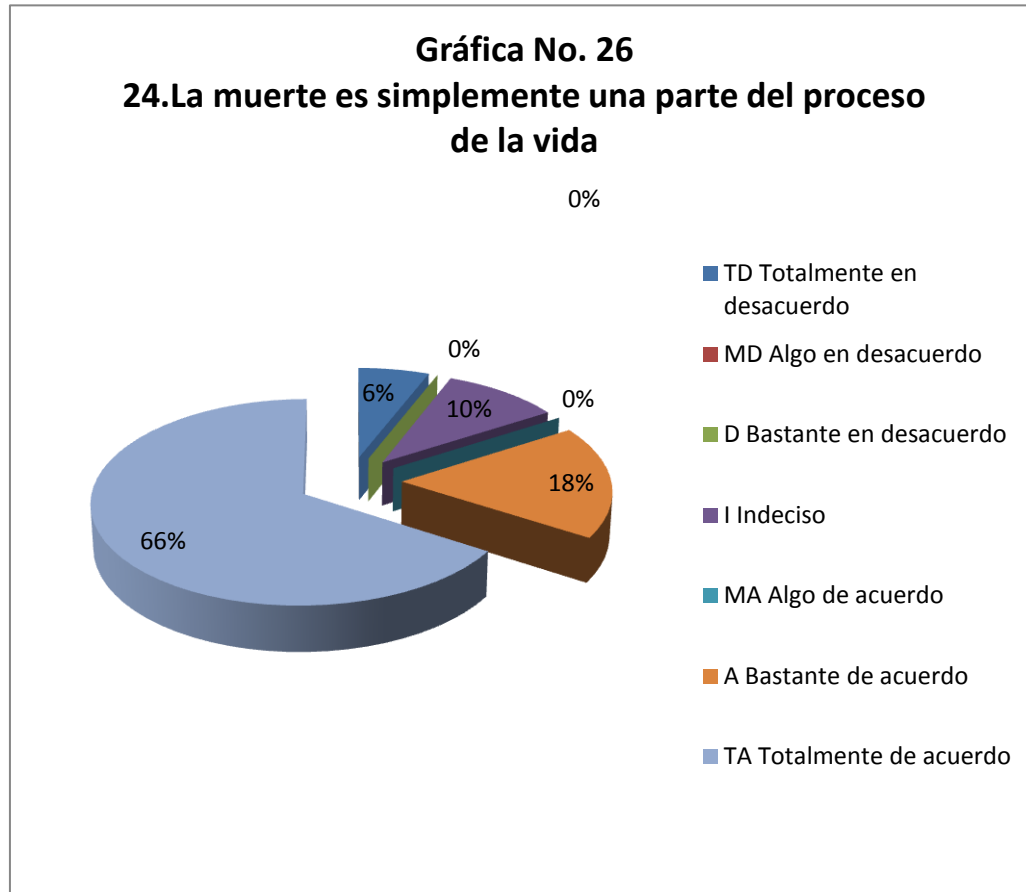
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 24. En esta grafica se observa que el mayor porcentaje (34%) ansia reunirse con sus seres queridos después de morir, (Kübler- Ross. 1969) menciona que el paciente ha comenzado a morir, a renunciar a su vida en paz y armonía, en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, el dolor está en quienes rodean al enfermo, éste solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz con sigo mismo y con el mundo, Así poderse reunir con sus seres queridos después de morir. también podemos identificar que solo el 12% no ansia reunirse con sus seres queridos.



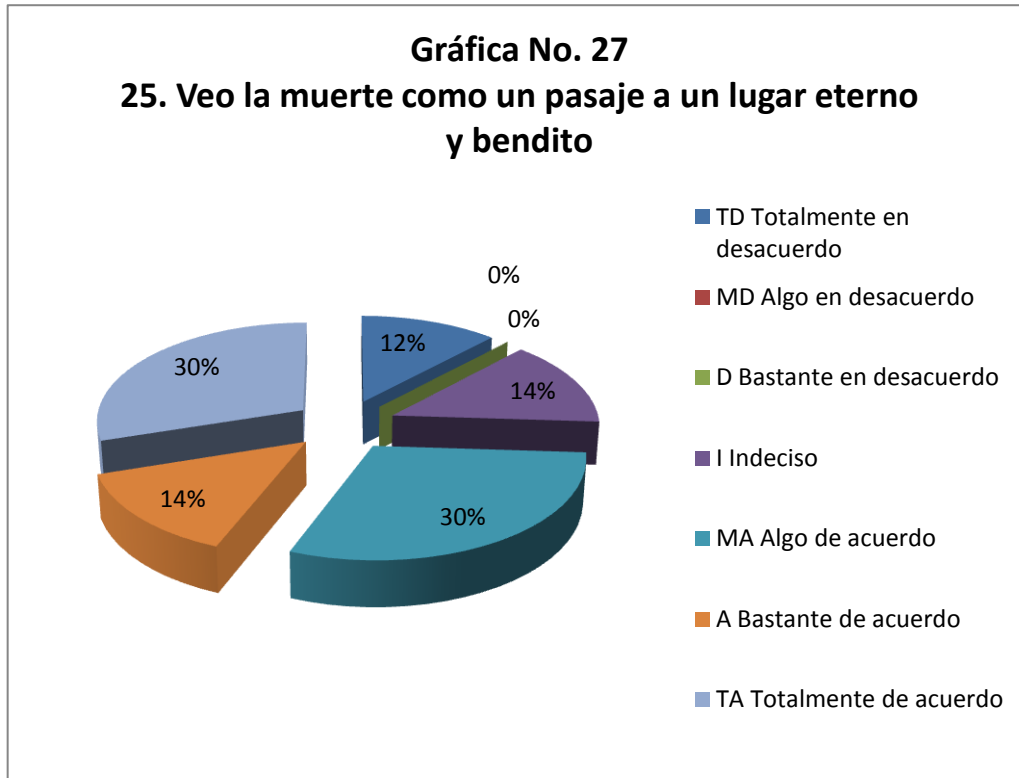
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 25. Es impactante que le 30% de los adultos mayores vea la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal en ocasiones la desesperación es uno de nuestros peores enemigos, supone la pérdida de toda alegría, de toda esperanza y seguridad en sí mismo y, a veces, incluso la voluntad de vivir. Naturalmente, como sucede con cualquier enfermedad, buscamos una causa con la esperanza de hallar las claves que nos permitan encontrar posibles remedios. La autoacusación se encuentra a menudo en el núcleo mismo de la desesperación. Muchas personas se pasan la vida envueltas en la oscuridad, gobernadas por una sensación de culpabilidad. Tarde o temprano, se sienten tentadas de acercarse a la auto-destrucción. En ocasiones, su culpabilidad es real; en otras, no es más que una percepción en la que hasta las más anodinas debilidades y vicios se exageran y se transforman en muros aparentemente insuperables, como lo podemos observar con el grupo de mayor porcentaje que ven la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.



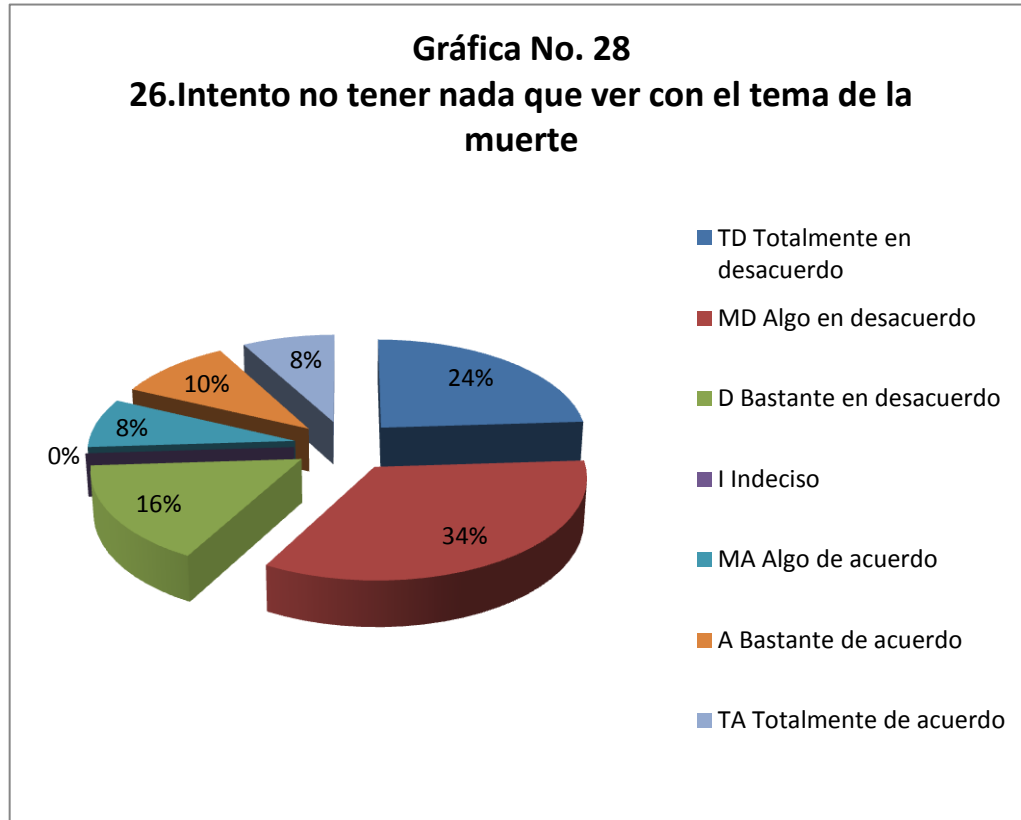
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 26. Se observa en esta gráfica que más de la mitad de los encuestados ven la muerte como una parte del proceso de la vida. La muerte es tan cierta como la vida, pero frente al dolor que provoca, hay una actitud que puede traer consuelo, a quienes lloran la muerte de un ser querido. La resignación y el consuelo, la partida de un ser humano no es algo deseable, pero si es cierto que algunas veces provoca reacciones inexplicables en algunas personas; por lo tanto debemos asumir la desgracia irreparable de la vida.



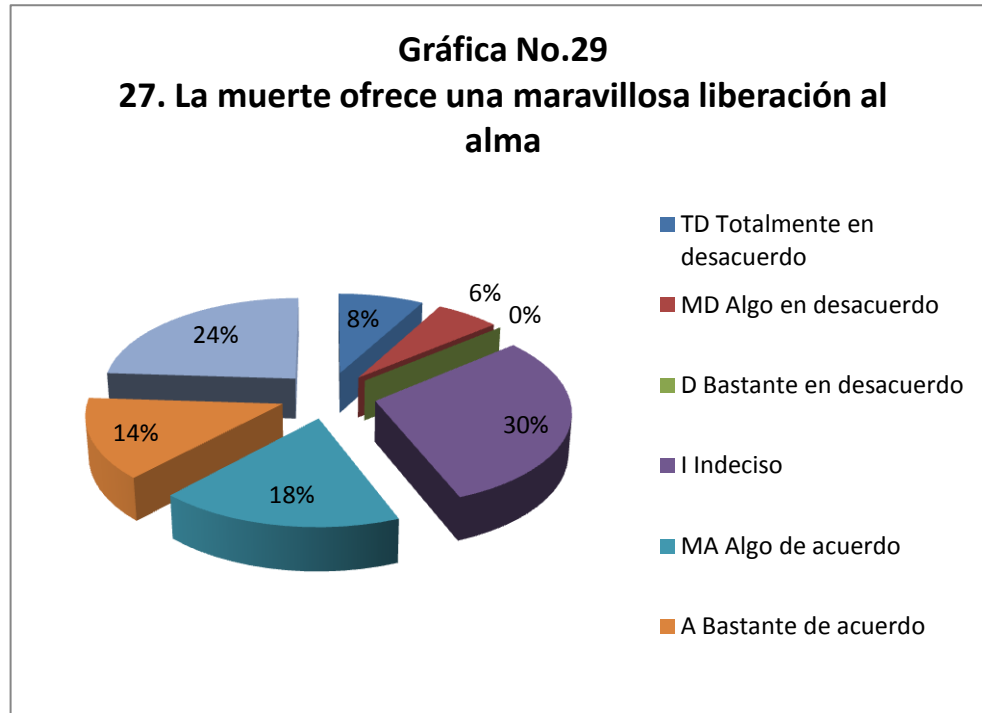
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 27. El adulto mayor tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás y de estar preparado para despedirse de este mundo. Cuando en otras edades la realidad de la muerte resulta muy interesante, pensar que muchos ancianos la aceptan con naturalidad y algunos hasta la desean como lo vemos con los dos porcentaje de 30% donde mencionan que ven la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.



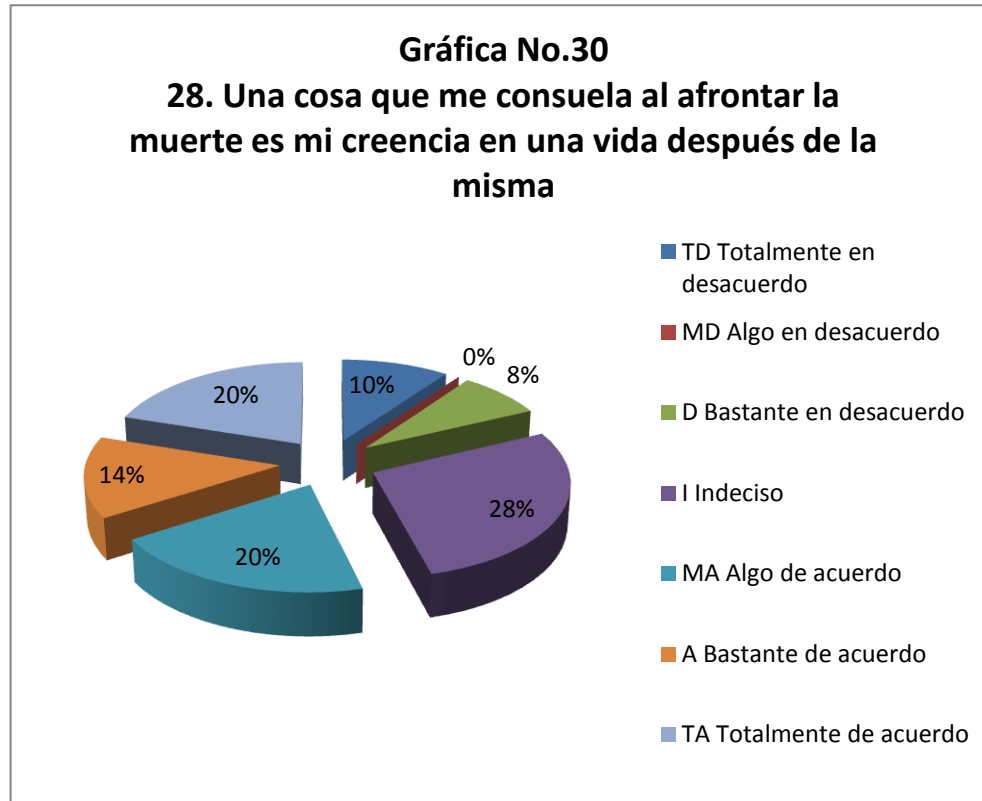
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 28. (Gala. 2002) La muerte es lo último en lo que se nos ocurriría pensar, hay momentos en que las circunstancias nos obligan a pensar en ella. De repente, la muerte deja de ser una perspectiva distante, algo que únicamente debe preocupar a otras personas, para convertirse en una cuestión que no tenemos más alternativa que afrontar. Que lo hagamos con temor o con confianza es lo que establece toda la diferencia, como lo piensa el 34% de la población encuestada donde no les preocupa tener que ver con el tema de la muerte.



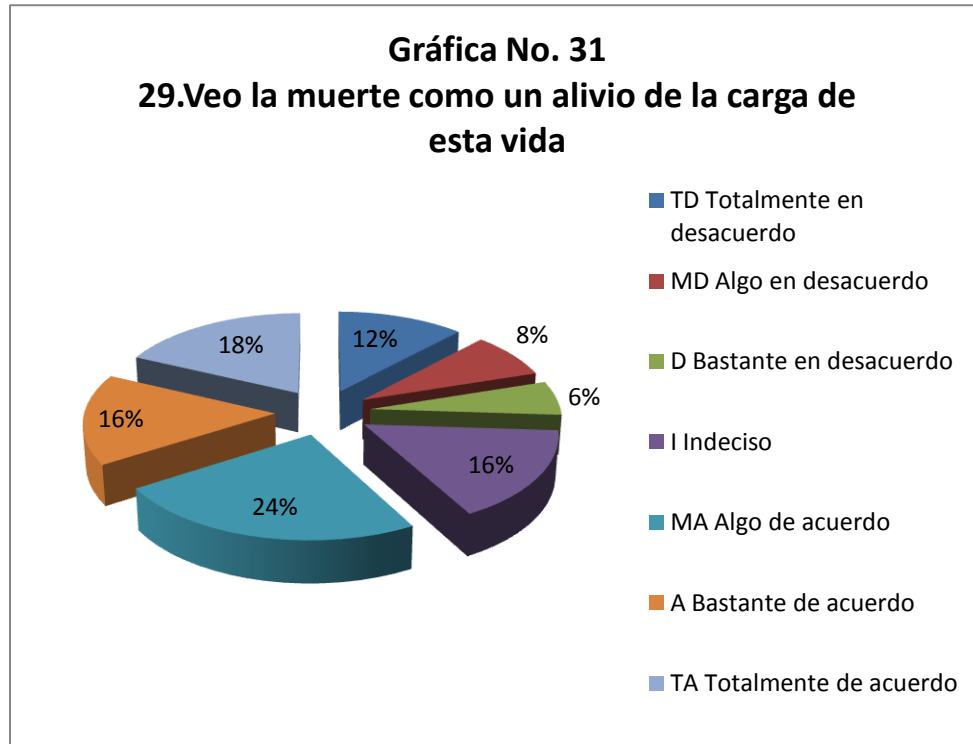
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 29. El mayor porcentaje no ve a la muerte como una maravillosa liberación al alma, pero una cifra significativa de un 24% si creen que la muerte ofrece una maravillosa liberación al alma. Lo anterior se ve corroborado por Neimeyer cuando indica que las personas mayores ven dificultades por las pérdidas y por las enfermedades físicas. Su incapacidad para continuar con muchas de las actividades y roles que solían aportarles significado y satisfacción, junto con el aislamiento social y la soledad, pueden aumentar su anhelo de que se les libere de una existencia dolorosa.



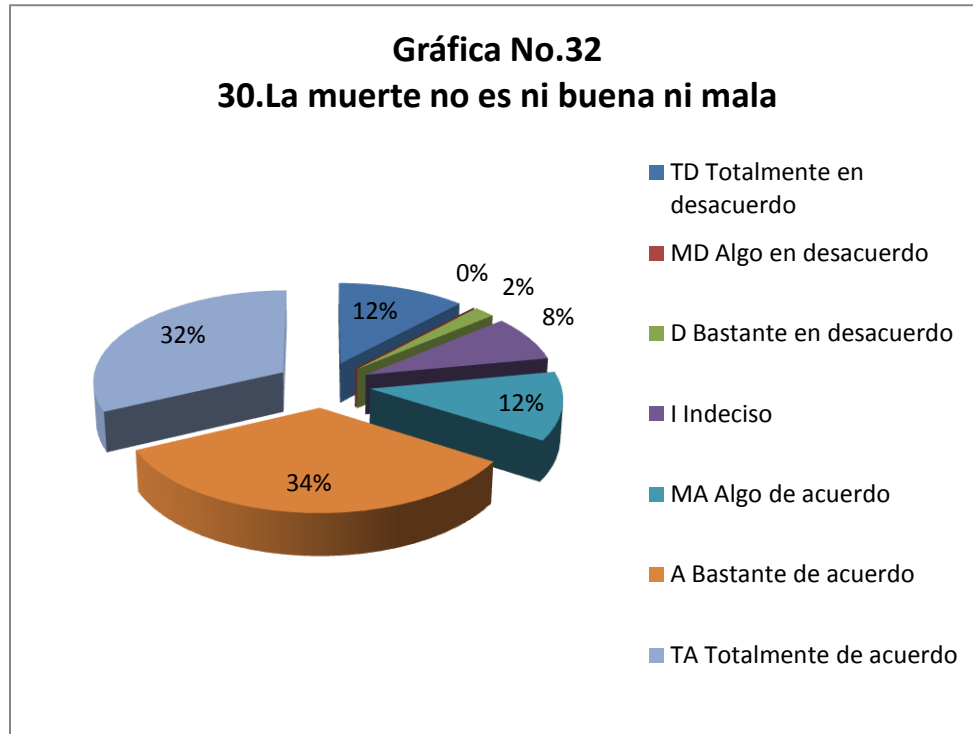
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 30. Los adultos mayores están indecisos en creer que la forma de afrontar la muerte es la creencia en una vida después de la misma. La doctora Kübler-Ross menciona la existencia de una vida después de la muerte. Sólo se trata del pasaje a un nuevo estado de conciencia en el que se continúa existiendo, comprendiendo, y en el que el espíritu tiene la posibilidad de proseguir su crecimiento. Ella ha comprendido que los seres que están en el umbral de la muerte no "alucinan" cuando ven a personas que ya murieron, venir a buscarlos. La muerte es un renacimiento.



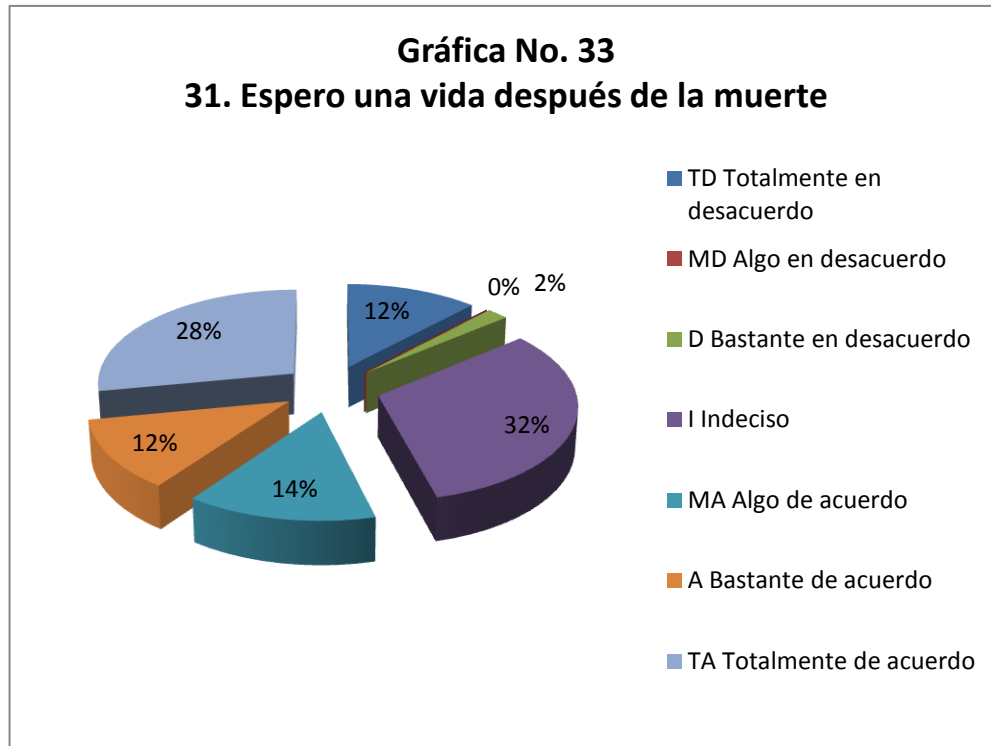
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 31. En esta grafica se observa que el porcentaje superior ve la muerte como un alivio a la carga de esta vida. (Gala. 2002) menciona que muchos ancianos ven la muerte como una solución sencilla a sus complejos problemas: soledad debida a la muerte del cónyuge o de los amigos, pérdida del control y de la independencia y sensación de no sentirse queridos. Temen ser una carga para sus familias, experimentar dolor emocional o físico y, quizá lo más importante de todo, una agonía lenta y prolongada.



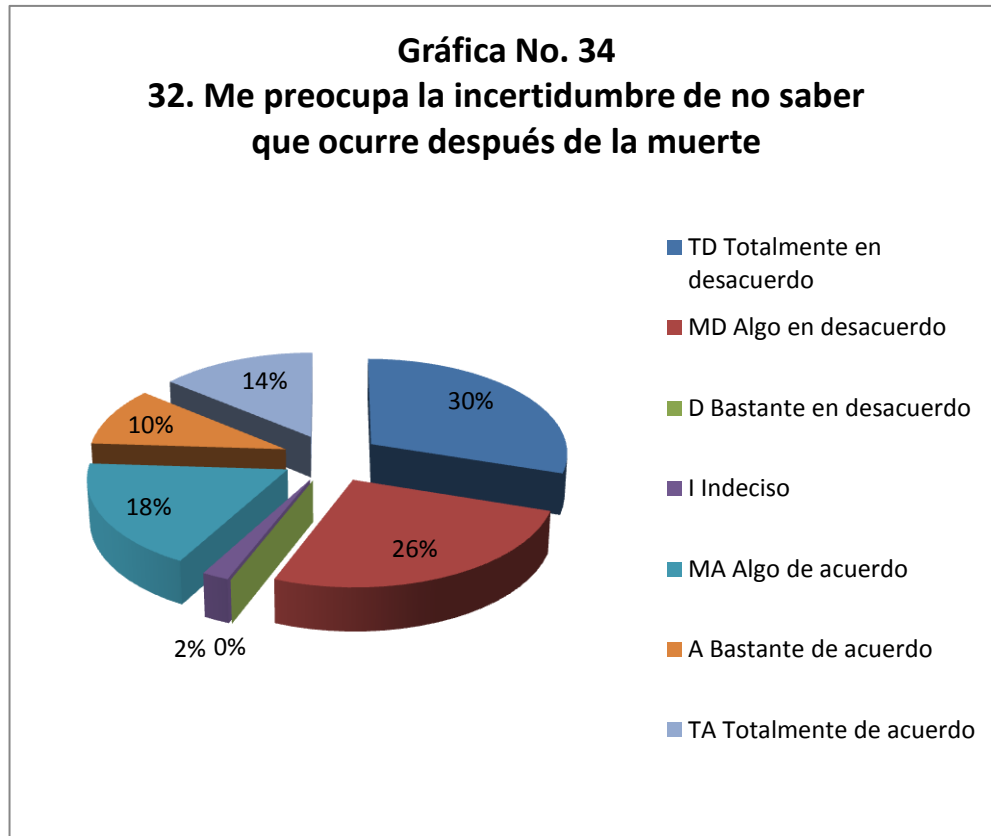
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 32. El 34% refiere que la muerte no es buena ni mala. (Wong, Reker y Gesser.1997) menciona la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante ella, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

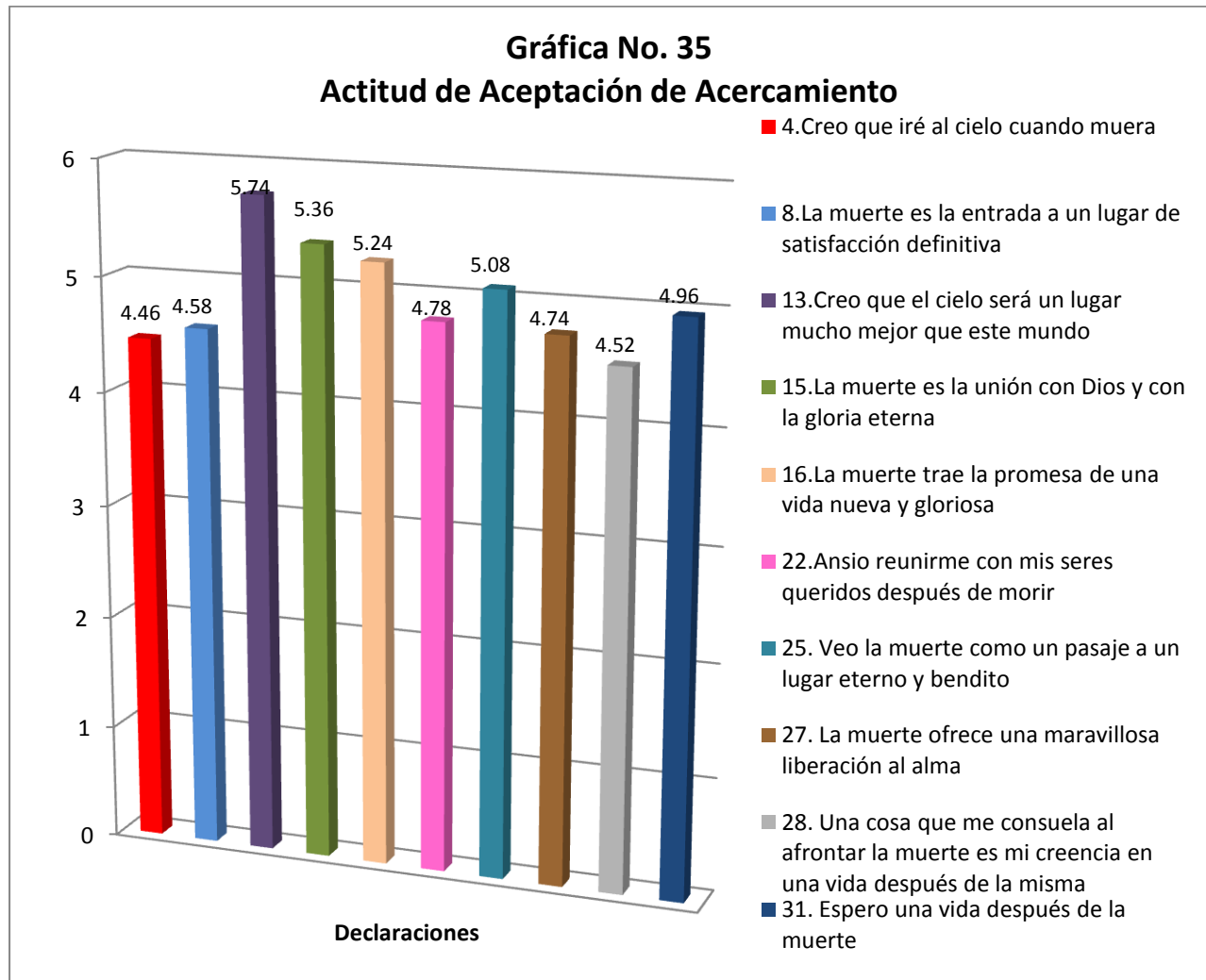
Gráfica No 33. El mayor porcentaje está indeciso en esperar una vida después de la muerte pero en segundo lugar con el 28% si la espera, es así como Steinitz explica que la religiosidad y la creencia en una vida después de la muerte, parecen ser la base de una menor ansiedad y un nivel más alto de significado personal y bienestar, tal podría ser el caso de los ancianos que participan en actividades de grupo.



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

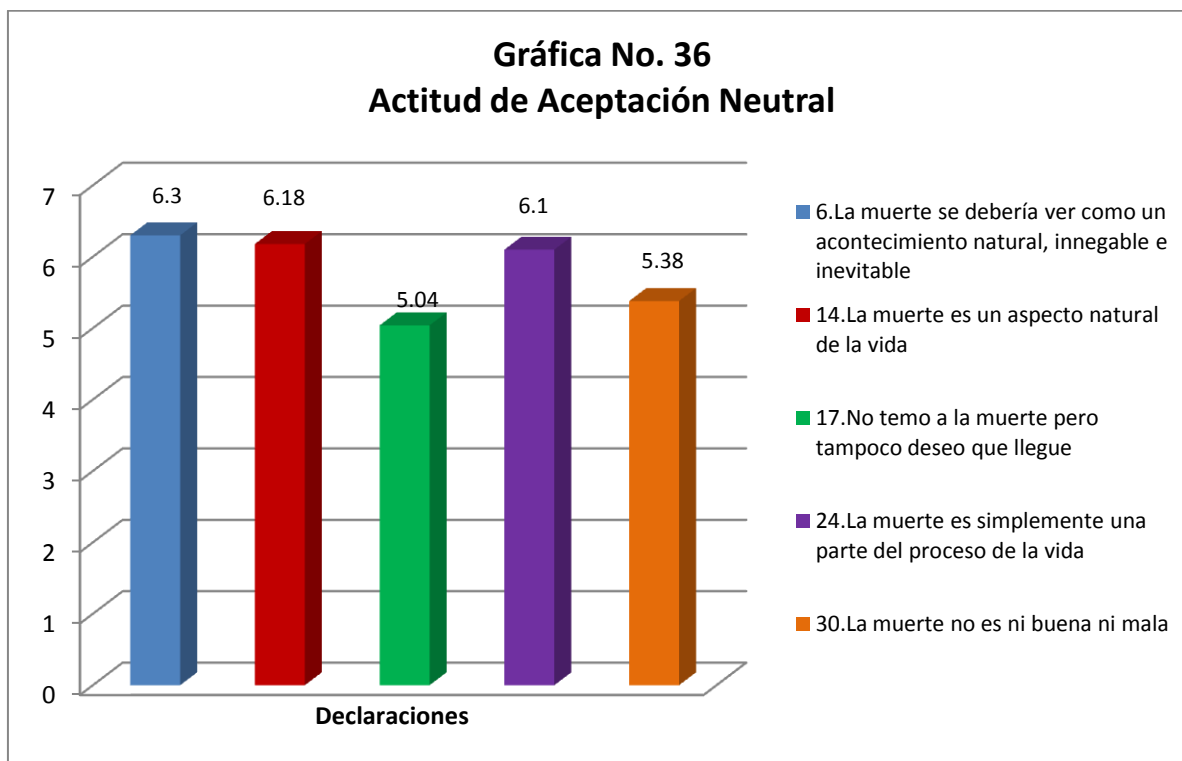
Gráfica No 34. La población con mayor porcentaje no tiene incertidumbre de saber que ocurre después de la muerte, sin embargo el 14% si le preocupa y se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte. (Wong, Reker y Gesser.1997)

Segunda Parte



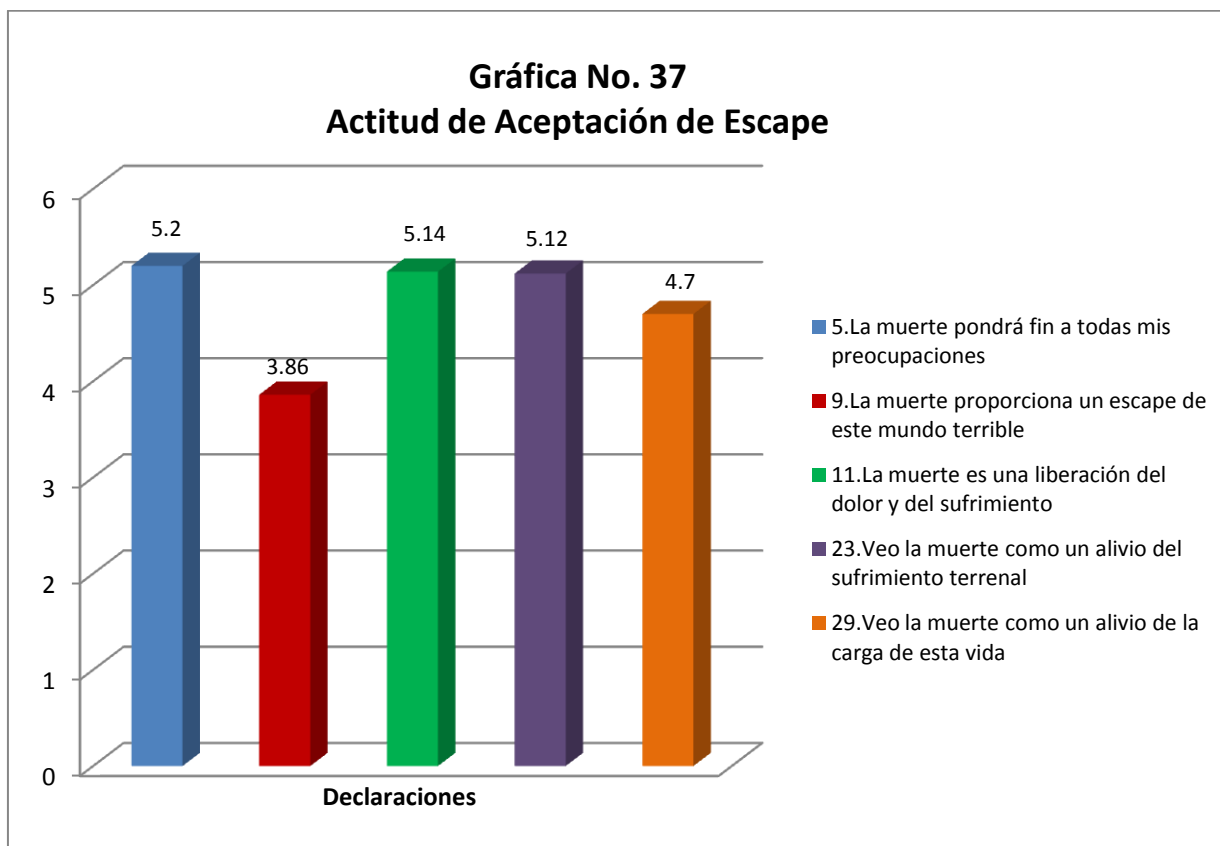
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 35. Representa las diez afirmaciones por las que esta constituida la actitud de acercamiento la cual se relaciona con creencias religiosas (Ver descripción del instrumento). El promedio máximo que puede tener cada declaración es 7 lo que significa que se tiende a tener esta actitud y el promedio mínimo es 1. Se observa que todas las declaraciones tienen un alto promedio, encontrando en primer lugar (5.74) la creencia de que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo y con (5.36) el hecho de que la muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna, sin embargo, se encuentra con el menor promedio (4.46) la creencia de que irán al cielo cuando mueran, argumentando que todo depende del tipo de acciones que realicen durante la vida.



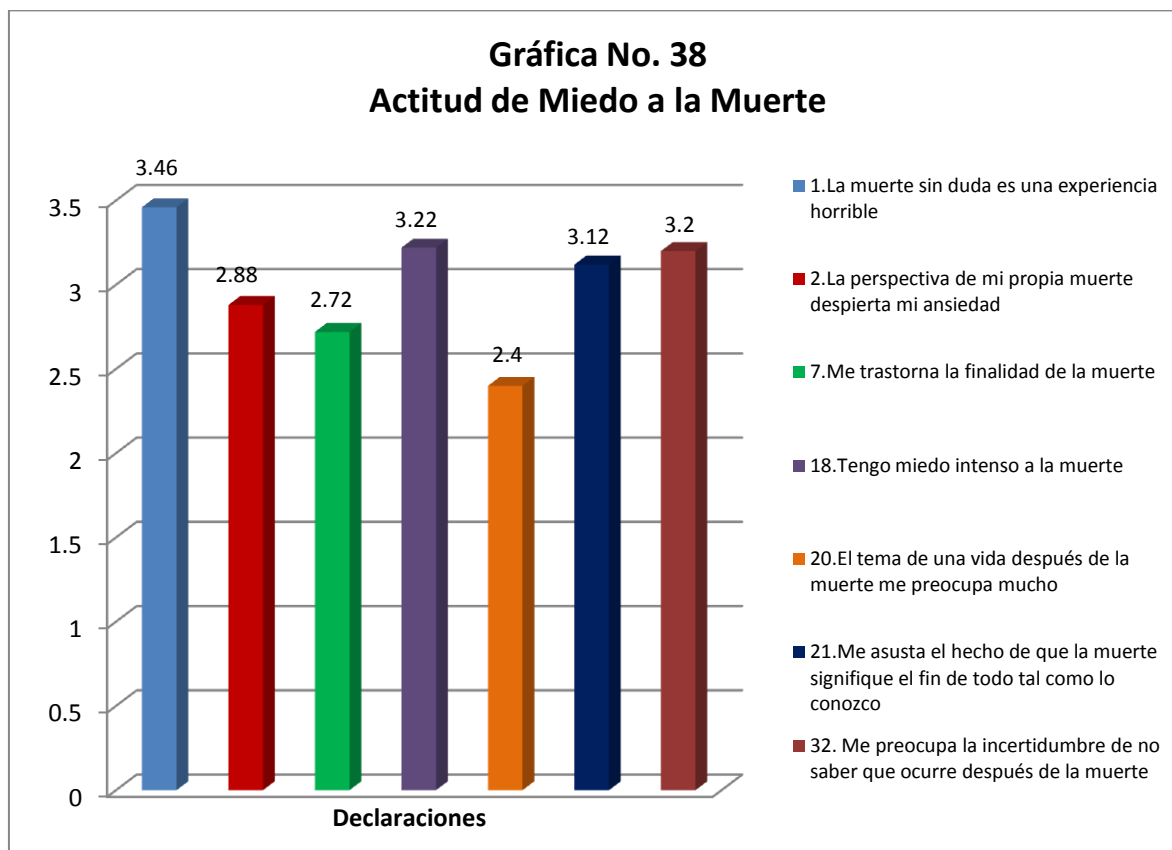
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 36. La actitud de aceptación neutral comprende cinco afirmaciones el promedio máximo es 7 y el mínimo 1 (Ver descripción del instrumento). Ésta se caracteriza por la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, Por lo que la afirmación con mayor promedio (6.3) fue creer que la muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable, refiriendo que todas las personas vamos a morir en cualquier momento, sin embargo, cuando la persona es adulto mayor se esta consciente que la muerte es lo que continua, con respecto a éste comentario se obtiene un promedio de 5.04 con la afirmación “no temo a la muerte pero tampoco deseo que llegue”. Barraza, M. y Uranga, R. describen la Actitud de indiferencia similar a la aceptación neutral: “Es natural que nos llegue la hora”, “ya estoy demasiado viejo”, “un día de estos me enfrío”. Esta actitud revela una resistencia, una defensa, como quitarle importancia al momento más crucial por el que atraviesa la persona en su vida. También mencionan la Actitud de serenidad en la cual, el adulto mayor tiene conciencia de haber vivido una existencia plena, de haber sido útil a los demás y de estar preparado para despedirse de este mundo.



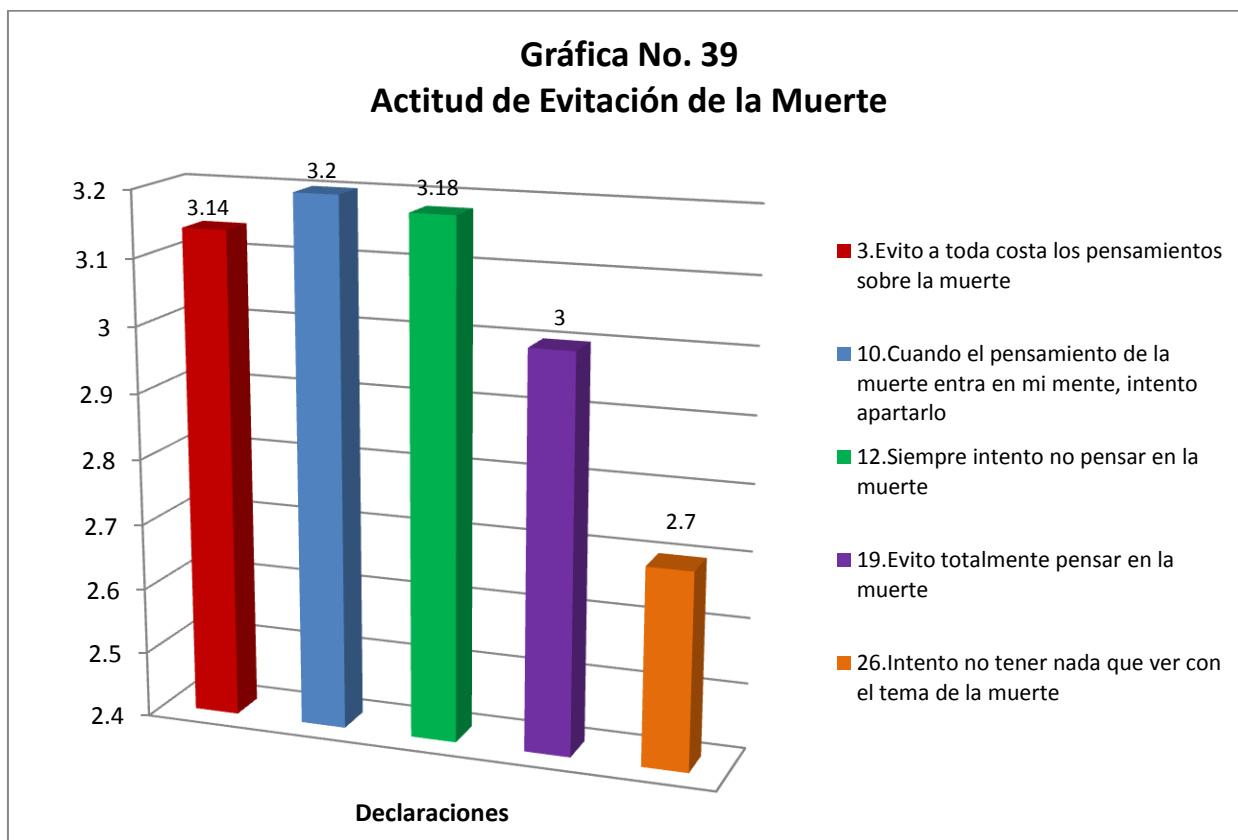
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 37. Ésta muestra las cinco afirmaciones que conforman la actitud de Aceptación de Escape, al igual que la gráfica anterior el promedio máximo de cada afirmación es 7 y el mínimo 1 (Ver descripción del instrumento). Encontrando que la muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones en primer lugar (5.2) y con una ligera variación (5.14) el hecho de que la muerte es una liberación del dolor y del sufrimiento y (5.12) veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal. Los adultos mayores que participaron comentaban que no temen a la muerte sino al dolor o al sufrimiento que puedan sentir en el momento de morir. Barraza, M. y Uranga, R. mencionan la Actitud de Descanso en donde la muerte es esperada como la liberación de los sufrimientos, sobre todo por personas que han padecido alguna enfermedad crónica o que han sufrido mucho en la vida.



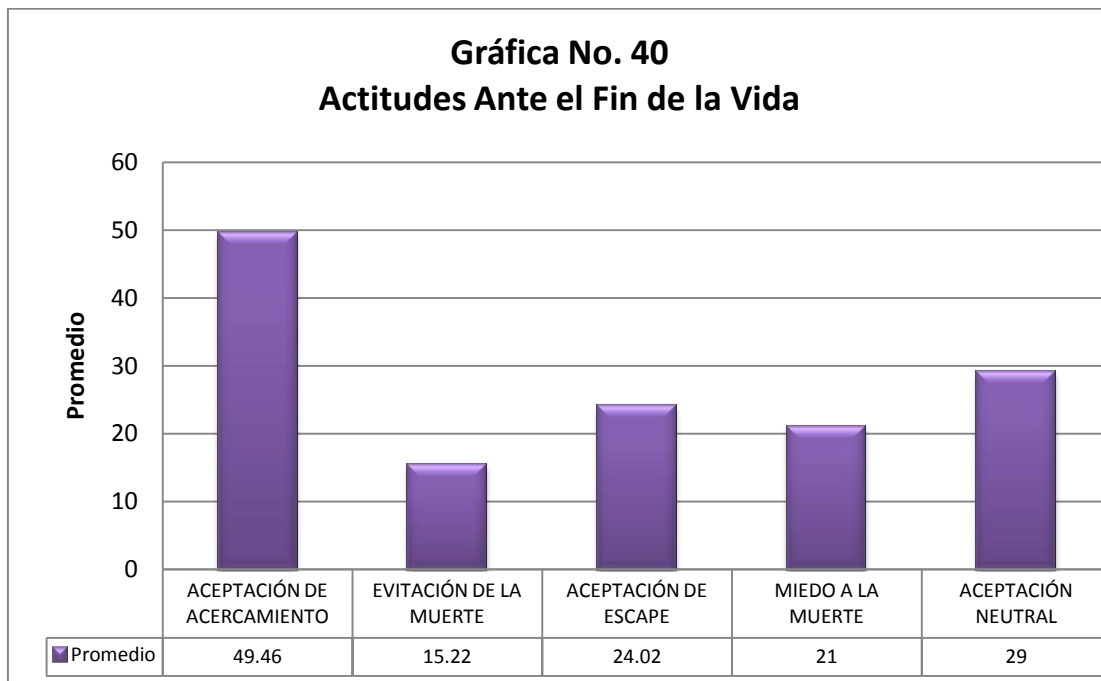
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 38. La actitud de Miedo a la Muerte consta de siete afirmaciones donde el promedio máximo que se puede obtener es 7 y el mínimo 1 (Ver descripción del instrumento). Esta actitud se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, la mayoría de las persona (3.46) no creen que la muerte sin duda es una experiencia horrible, (3.22) no tienen miedo intenso a la muerte, (2.4) el tema de la vida después de la muerte no le preocupa mucho. Cabe mencionar que siendo el promedio máximo 7, ninguna de las afirmaciones alcanza un 3.5 lo que significa que el adulto mayor en gran medida no teme a la muerte, el hablar de éste tema no les causa molestia ni les incomoda, están conscientes de la etapa de vida por la que transitan y el rol que juegan en su familia y en la sociedad.



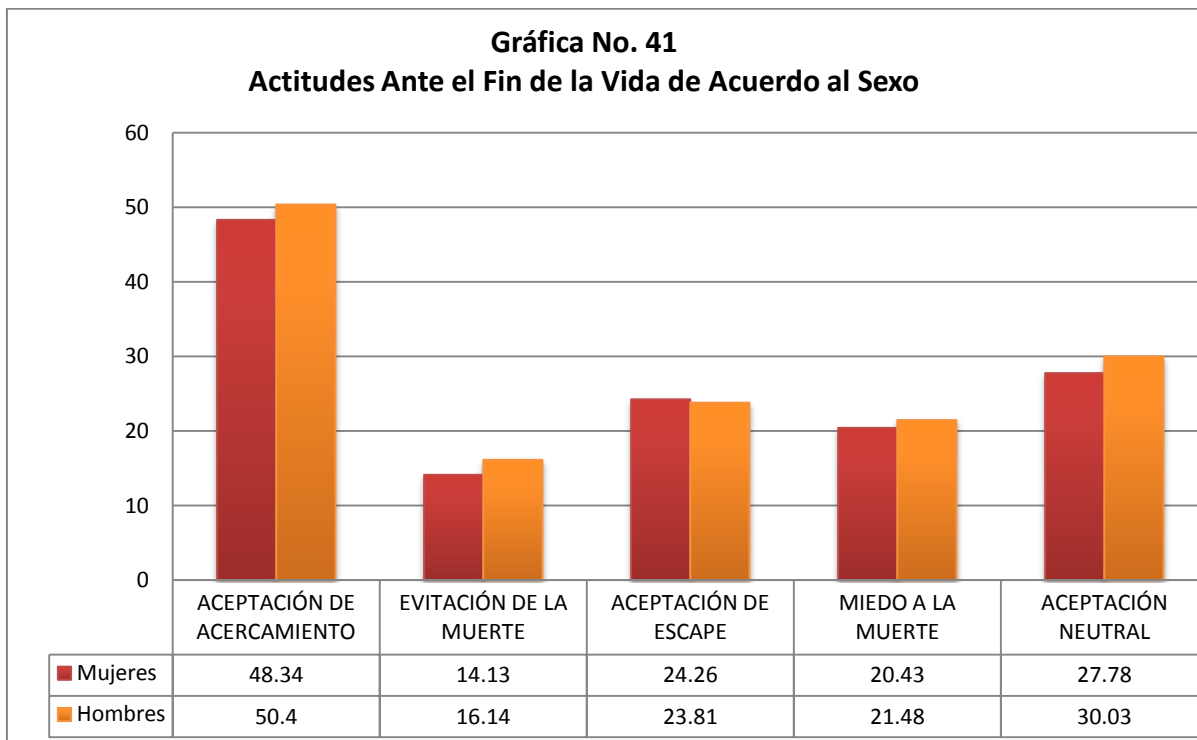
FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 39. Cinco son las afirmaciones que representan la actitud de Evitación de la Muerte, el máximo promedio que puede tener cada afirmación es 7 y el mínimo 1 (Ver descripción del instrumento). En esta gráfica se muestra que cuando el pensamiento de la muerte entra en la mente del adulto mayor no intenta apartarlo (3.2), piensa en la muerte (3.18) y con el mínimo promedio (2.7) no evita el tema de la muerte. La evitación de la muerte es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida. Barraza, M. y Uranga, R. refieren que el temor puede verse reflejada en el momento en donde el adulto trata en lo posible evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, y sus expresiones sólo se orientan a manifestar sus quejas de dolor y sufrimiento



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 40. Presenta los promedios de la muestra examinada en cada tipo de actitud ante la muerte, el promedio más alto corresponde a la actitud de aceptación de acercamiento (49,46) de un promedio máximo de 70 y un mínimo de 10. Esta actitud se caracteriza por creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte. El segundo promedio (29) representa la actitud de aceptación neutral (el promedio máximo de esta actitud es 35 y el mínimo 10) definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene. En tercer lugar se encuentra la actitud de aceptación de escape (24,02), la cual se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia (al igual que la actitud anterior el promedio máximo es de 35 y el mínimo 10). En cuarto lugar se presenta la actitud de miedo a la muerte (21) que es la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia (el promedio máximo en esta actitud es de 49 y el mínimo de 10). Finalmente se encuentra la actitud de evitación de la muerte (15.22) relacionada con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma (el promedio máximo es 35 y mínimo 10).



FUENTE: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte. Instrumento aplicado en el INR durante marzo – abril 2011.

Gráfica No 41. Comparación de promedios de actitudes ante el fin de la vida entre hombres y mujeres, muestran que el género masculino tiene una aceptación neutral ante el fin de la vida, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene y en género femenino la actitud es de aceptación de acercamiento relacionado con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte, con esta comparación de actitudes entre ambos géneros es notorio la diferencia de sentimientos y aceptación ante su propia muerte.

8. DISCUSIÓN

Cada cultura puede tener significados diferentes, pero por lo general ocurre que el hecho de pensar en las posibilidades ante la muerte propia o ajena, hace desplegar una serie de actitudes que puedan ser predictivas de determinados comportamientos de las personas ante la temática. Comúnmente, se concibe la muerte como un estímulo de aversión contra la propia supervivencia, por lo tanto, genera temor, que es la respuesta actitudinal más típica. También produce ansiedad y preocupación, disposiciones que pueden ser adaptativas dentro de un rango normal, y llevan a la persona a tener conductas como la evitación de la muerte, aceptar la muerte como parte integral de la vida, aceptación de acercamiento por medio de la cual se concibe la creencia en una vida feliz después de la muerte, y ver la muerte como alternativa frente a una vida dolorosa (Gala *et al.* 2002).

De acuerdo a los resultados obtenidos, la actitud ante el fin de la vida que tiene el adulto mayor es de aceptación de acercamiento en donde toman en cuenta sus creencias religiosas y esperan una vida feliz después de la muerte, el adulto mayor no tiene miedo a la muerte, está consciente de que es parte del proceso natural e inevitable por el que pasa todo ser humano. Es importante mencionar que en cotejo con otra investigación realizada con adultos jóvenes los resultados obtenidos es de aceptación neutral de la muerte (Uribe *et al.*, 2008), los resultados de comparación que adquieren con adultos mayores de género femenino y masculino es igual a los resultados obtenidos en esta investigación donde las mujeres muestran una actitud de aceptación de acercamiento y los hombres aceptación neutral ante el fin de la vida.

La mayoría de las personas mayores no suelen tener miedo a la muerte, su biografía, sus creencias y sus experiencias le apoyan. Sin embargo, sí tienen miedo al proceso, al dolor, al abandono y al sufrimiento.

9. CONCLUSIÓN

La actitud del adulto mayor ante la muerte es de aceptación de acercamiento la cual se ve influenciada por las creencias religiosas, y ésta a su vez influye en las demás actitudes, ya que el adulto mayor considera que la muerte es algo natural y aceptan su posible llegada, no evita hablar de la muerte, no presentan rechazo al dialogo y lugares asociados con la muerte.

Los resultados obtenidos con esta investigación coinciden con las actitudes encontradas por estudios anteriores en diversas poblaciones.

Se considera de fundamental importancia ampliar estudios al respecto, ya que los individuos que no nos encontramos dentro de ese grupo de edad en ocasiones emitimos juicios con respecto al temor que el adulto mayor puede tener al hablar de este tema, sin embargo los resultados sugieren el interés de esta población por expresar lo que siente y que finalmente el tener creencias religiosas influye de gran manera para abrirse ante el tema.

10. BIBLIOGRAFIA

Álvarez, M. (2007) Edgar Morin El Pensamiento Complejo.
<http://monicaalvarez.blogdiario.com/117653080/>

Barraza, M. y Uranga, R. (s.f.). Reflexiones de una vida: Guía de orientación para familiares y amigos del adulto mayor en su fase terminal. Recuperado <http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/Revista>.

Black C. (1997) La muerte y sus ventajas, México: Fondo de cultura económica; serie de ciencia para todos.

Colell Brunet R. (2005) Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermero al final de la vida de Andalucía y Cataluña. Tesis Doctoral. Barcelona.

CONACULTA (2003) La evolución del día de muertos.

CONAPO (2008). Informe de México: El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México”, Comité especial sobre población y desarrollo, XXXII Periodo de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CONAPO (2006). Estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Erikson, E. (1993). *Childhood and society* (2da Ed.). Nueva York: Norton.

Gac E. H. Cambios Asociados al Envejecimiento, Programa de Geriátría y Gerontología. Pontificia Universidad Católica de Chile

Gala L, F., Lupiani J, M., Raja H, R., Guillén G, C., González I, J., Villaverde G, M y Alba S. (2002) Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Cuadernos de Medicina Forense N° 30

García González A. (2004) La muerte como fin de la etapa vital Revista Scielo Chile “Comunidad de Madrid” *Universidad Autónoma de Madrid* MARILIA NICOLÁS DUEÑAS.

Gesser, G., Wong, P.T.P. y Reker, G.T. (1988). Death attitudes across the life span: The development validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18, 113-128.

Gracia, A. (1998). Muerte, narcisismo y sociedad. *Anuario de Psicología* 29 (4), 55-65

Isla Molina B. Percepción de la muerte a lo largo de la vida AÑO 2000. NEWSLETTER Vol. 11.

Martínez G. L., Villareal R. E., Camacho C. N.(2002) Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. .

Neimeyer, R.A. y Moore, M.K. (1994). Validity and reability of the Multidimensional Fear of Death Scale. En R.A. Neimeyer (Ed.), Death and anxiety handbook: Research, instrumentation, and application (pp.103-119). Washington: Taylor & Francis.

OMS (2002), Programa sobre envejecimiento y salud.

Ortiz Q.F. (2007) El nuevo pensamiento médico. Reflexiones entorno a la muerte y el morir. Segunda parte.

Ruiperez C.I. (2002). Manual de Geriatria, 3era edición, México, D.F.

Uribe, R.F., Valderrama, O. L., Durán, V.D., Galeano, C. (2006) Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entro adultos jóvenes y adultos mayores. Pontificia Universidad Javeriana, Cali – Colombia

Uribe, R.F., Valderrama, O. L., López, S. (2007) Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. Pensamiento Psicológico, enero-junio, Vol.3, número 008. Cali, Colombia.

Vilches, L. (s.f.). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior: Chile: Departamento de psicología, Universidad de Chile.

Viguera, V. (2005). Los miedos en los adultos mayores.

Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida. En R. Neimeyer (Ed.), Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.

www.shwarcz.com.ar/uploads/1/8/6/7/.../...pdf

http://www.gerontogeriatría.org/index.php?option=com_remository&Itemid=265&func=startdown&id=9

<http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%20>

Biblioteca Virtual en Salud

http://bvs.insp.mx/php/decsws.php?lang=es&tree_id=F01.100&autocomplete_term=Actitud

INEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO



Universidad Autónoma Metropolitana
Unidad Xochimilco
 División de Ciencia Biológicas y de la Salud
 Licenciatura en Enfermería

ACTITUD DEL ADULTO MAYOR ANTE EL FIN DE LA VIDA

OBJETIVO: Identificar la actitud que tiene el adulto mayor ante la muerte

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lea cada afirmación cuidadosamente e identifique hasta qué punto está de acuerdo o en desacuerdo. Marque con una X el recuadro de la respuesta que elija.

Los datos recabados en esta investigación son confidenciales y serán utilizados únicamente con fines académicos.

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____ Escolaridad: _____

AFIRMACIONES	TD (Totalmente de desacuerdo)	MD (Algo en desacuerdo)	D (Bastante en desacuerdo)	I (Indeciso)	MA (Algo de acuerdo)	A (Bastante de acuerdo)	TA (Totalmente de acuerdo)
1. La muerte sin duda es una experiencia horrible							
2. La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad							
3. Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte							
4. Creo que iré al cielo cuando muera							
5. La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones							
6. La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable							
7. Me trastorna la finalidad de la muerte							
8. La muerte es la entrada a un lugar de satisfacción definitiva							
9. La muerte proporciona un escape de este mundo terrible							
10. Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo							
11. La muerte es una liberación del dolor y del sufrimiento							
12. Siempre intento no pensar en la muerte							

13. Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo							
14. La muerte es un aspecto natural de la vida							
15. La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna							
16. La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa							
17. No temo a la muerte pero tampoco deseo que llegue							
18. Tengo miedo intenso a la muerte							
19. Evito totalmente pensar en la muerte							
20. El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho							
21. Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco							
22. Ansio reunirme con mis seres queridos después de morir							
23. Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal							
24. La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida							
25. Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito							
26. Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte							
27. La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma							
28. Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma							
29. Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida							
30. La muerte no es ni buena ni mala							
31. Espero una vida después de la muerte							
32. Me preocupa la incertidumbre de no saber que ocurre después de la muerte							

Fuente: Wong, P., Reker, G. y Gesser, G. (1997). Perfil Revisado de actitudes hacia la muerte: un instrumento de medida. En R. Neimeyer, Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.

ANEXO 2

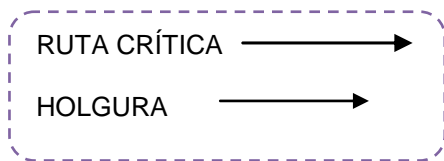
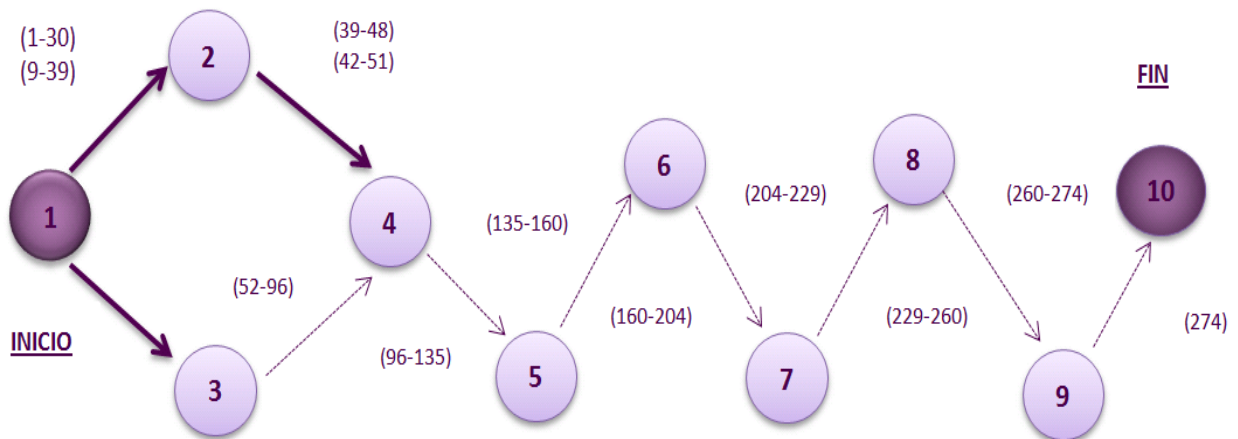
CRONOGRAMA

CRONOGRAMA						
IDENTIFICAR LA ACTITUD DEL ADULTO MAYOR ANTE LA MUERTE						
ACTIVIDADES	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio
PRUEBA PILOTO Y MODIFICACIONES						
APLICACIÓN DE INSTRUMENTO						
TABULACIÓN						
GRÁFICA DE ANÁLISIS						
CONCLUSIONES						
ENTREGA DE RESULTADOS						

ANEXO 3

RUTA CRÍTICA O PERT

Técnica de revisión y evaluación de programas (PERT), Ruta Crítica



CUADRO PREPARATORIO PARA DIAGRAMA PERT

EVENTO	DESCRIPCIÓN	TIEMPO EN DIAS	TIEMPO OPTIMISTA		TIEMPO PESIMISTA		HOLGURA
			INICIO	FIN	INICIO	FIN	
1	Selección del tema	30	1	30	9	39	9
2	Delimitación	10	39	48	42	51	4
3	Búsqueda de marco teórico	45	52	96	52	96	0
4	Elaboración de protocolo	40	96	135	96	135	0
5	Aplicación de prueba piloto	26	135	160	135	160	0
6	Aplicación del instrumento	45	160	204	160	204	0
7	Tabulación	26	204	229	204	229	0
8	Elaboración de gráficos	32	229	260	229	260	0
9	Discusión y Conclusión	15	260	274	260	274	0
10	Entrega de investigación	1	274	274	274	274	0