



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA**

**SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA**

TEMA

**RESPUESTA PSICOMÉTRICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE A TRAVÉS
DE LA ESCALA “TEMPLER” ADAPTADA A MÉXICO, EN PERSONAL
MÉDICO DEL HOSPITAL GENERAL PACHUCA**

**QUE PRESENTA LETICIA CRUZ ROBLEDO
MÉDICO CIRUJANO**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTEGRADA**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA DE
MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RIOS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR CLÍNICO**

**DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

**PERIODO DE ESPECIALIDAD
2011-2013**

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

**DR. JOSÉ MARÍA BUSTO VILLARREAL
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.**

**DR. LUIS CARLOS ROMERO QUEZADA
JEFE DEL ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
DEL I.C.Sa.**

**DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN Y
POSGRADO DEL I.C.Sa.**

**DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICA Y ASESOR TITULAR EN METODOLOGÍA
DE LA INVESTIGACIÓN**

**POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DE HIDALGO**

**DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARIA DE SALUD DE HIDALGO**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RÍOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARIA DE
SALUD DE HIDALGO**

**DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA INTEGRADA**

**DRA. MICAELA MARICELA SOTO RIOS
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR CLÍNICO**

**DRA. MARICELA GUEVARA CABRERA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR METODOLÓGICO UNIVERSITARIO**

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS: Por darme la oportunidad de existir, porque estoy vivo, porque tengo una familia a quien amar y por darme la capacidad de ser útil a mis semejantes.

A MIS PADRES: Quienes con muchas dificultades, esfuerzo y cariño, supieron guiarme y hacer de mi lo que soy el día de hoy.

A TI HIJO: Que eres la razón de mi existir, la persona más importante en mi vida, porque a pesar de las dificultades continuaste tu educación primaria obteniendo excelentes resultados.

INDICE

TEMA	No. DE PAGINA
I.- Objetivo General	1
II.- Marco Teórico	2
III.- Antecedentes	10
IV.- Planteamiento del problema	14
V.- Justificación	15
VI.- Materiales y métodos	17
VII.- Definición operacional de variables	19
VIII.- Descripción de la metodología	22
IX.-Hallazgos	23
X.- Discusión	26
XI.- Conclusiones y recomendaciones	28
XII.- Gráficas	30
XIII.- Anexos	40
XIV.- Bibliografía	45

I.- OBJETIVO GENERAL:

Estimar las características psicométricas de ansiedad ante la muerte, a través de la escala "TEMPLER" adaptada a México en el personal médico del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar las características psicométricas en personal médico de base.

Identificar las características psicométricas en personal médico becarios residentes de 2º. a 4º. Año.

II.- MARCO TEORICO.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo que el ser humano es un individuo consciente de sí mismo que convive con otros miembros de su especie. Se trata de un organismo complejo que trasciende su esencia animal y busca su autorealización, así como la satisfacción de sus necesidades básicas y otras de orden superior (1,2)

El ser humano es un organismo muy complejo que está integrada por otros tres cuerpos, como lo refiere la Dra. Elizabeth Kubler-Ross, estos tres cuerpos son igualmente importantes por ello hay que conocerlos, atenderlos y curarlos si se pretende dar una atención integral.

Es importante que el personal de salud que está en contacto con los enfermos en fase terminal conozca lo que es la muerte y el proceso humano previo al fallecimiento, para poder cambiar la actitud que por lo regular se tiene hacia este fenómeno. Ante todo es preciso olvidar la idea de que la muerte es la “enemiga”, en otras palabras, la noción de que le ganas las batallas a la medicina, pues esta concepción no ayuda a enfrentarla de manera adecuada. Más bien la muerte ha de ser vista como una parte muy importante de la vida del ser humano, que inevitablemente lo alcanza, tarde o temprano, muchas veces a pesar de todos los esfuerzos que realiza el equipo de salud, del uso de la más avanzada tecnología y de los conocimientos médicos.

La Tanatología como ciencia humana puede ayudar al personal de salud a conocer y comprender mejor el fenómeno de la muerte, para que pueda aceptarla y enfrentarla de una mejor manera y sin prejuicios ni miedos. El conocimiento de esta disciplina le permitirá al médico o personal de salud a mejorar a su satisfacción laboral, así como mejorar la atención al final de la vida. (2)

Cabe señalar, que es muy importante considerar brindar al paciente una atención de calidad al final de la vida controlando dolor físico, tratamiento de sostén y apoyo emocional al paciente y su familia (3)

La muerte es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológicos y emocionales por lo que es un tema recurrente en la mente que bloquea y cuando está presente en el entorno del individuo le abrumba hasta el límite de poder desencadenar un ataque de pánico. La pérdida de peso, dificultades para conciliar el sueño y concentrarse, y síntomas psicósomáticos son frecuentes en una persona sometida a una fuerte ansiedad ante la muerte. Ya que la ansiedad ante la muerte es un miedo excesivo a morir en relación con el grupo cultural al que pertenece la persona que lo padece, un individuo con este tipo de ansiedad se angustia y es incapaz de funcionar ante estímulos internos o externos relacionados con la muerte (4).

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones, siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. El personal de salud es también miembro de la sociedad y por tanto puede considerar su propia muerte como tema del que mejor no hablar y admitir su enmascaramiento.(5)

El tema de la muerte sigue siendo un tabú con sus características específicas y el profundo impacto sobre el personal de la salud que causa la proximidad de la muerte, lo que hace necesario estar preparados para que atender a los pacientes y a sus familiares. En los hospitales son los profesionales médicos quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos. El lugar de la muerte se desplazó de la casa a los hospitales y la familia entregó en testigo de la parca al personal sanitario (6,7).

Al replantearnos entonces la pregunta crucial ¿Que es la muerte? Deben ser revisadas distintas perspectivas y diversos conceptos, Rebolledo afirma que “la muerte es la ausencia de funciones orgánicas (vitales) que se acompaña de la

ausencia de la relación cognitiva del individuo consigo mismo y con su entorno, provocando una ausencia que se prolonga en la conciencia colectiva”, y en ella se distinguen tres conceptos:

- La muerte en sí misma.- es una transición entre el estar vivo y el estar muerto, nadie ha podido describirla.
- El proceso de morir que puede ser largo, doloroso y lleno de sufrimiento con varias fases clínicas, la última de las cuales es la etapa propiamente terminal.
- El duelo que puede ser un proceso lleno de sufrimiento para el familiar que ha perdido un ser querido y también para los profesionales que han atendido a un fallecido (8).

La muerte es dolorosa, a menos para la mayoría de nosotros, y probablemente, siempre lo será. Consciente o inconscientemente rechazamos los pensamientos sobre la muerte, preferimos negarla para no enfrentar la angustia que genera la visión de esta separación postrera.

Es difícil aceptar la finitud y limitada existencia humana, y no sólo como personas, sino como profesionistas, y cuanto más avanza la ciencia, el temor se hace más evidente en elementos tales como: cursos donde los médicos jóvenes aprender a prolongar la vida, pero no se les habla mucho del concepto de vida, las enfermeras aprender a asistir al cuerpo sufriente pero se olvidan del alma que claman consuelo; y así los demás profesionales de la salud avocados a comprender parcialmente el sufrimiento, mantenemos a los niños al margen de la realidad de la muerte bajo la firme creencia de que no pueden comprender lo que suceden, establecemos largas y polémicas discusiones sobre si hay que decir o no la verdad a los pacientes, cada vez se mantiene con vida a más y más gente mediante maquinas que constituyen funciones de órganos vitales. (9)

Y mientras seguimos negando a la muerte y con ello a nuestra propia muerte, nuestra gente se sigue muriendo de forma terrible; en áreas frías y deshumanizadas, aislados y rodeados de un muro de incompreensión y silencio.

Desde una perspectiva más humana, cuando hablamos de la muerte estamos hablando de un fenómeno:

- Cotidiano.- pero no nos terminamos de acostumbrar a su presencia.
- Natural. No obstante la vivimos como una intrusa, que llega destruye y siempre nos toma por sorpresa.
- imprevisible como un juego de azar.
- Irrebasable, por que por más esfuerzos que hagamos nunca vamos a rebasar el momento de nuestra muerte.
- Universal, porque es y será para todos.
- Único, como fenómeno para cada uno de nosotros (10)

De esta forma la muerte, la enfermedad, o aquellos aspectos asociados a ella generan un amplio conjunto de actitudes y emociones de diversa intensidad, entre ellas la ansiedad, depresión y miedo (11).

En estas actitudes inciden factores diversos: personalidad, duración de la enfermedad, interacción con el personal de salud, edad del paciente, lugar de la asistencia, tipo de enfermedad, entorno familiar, educación, creencia religiosa, presencia o no del dolor, 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. (12,13)

En la descripción de la ansiedad y el miedo ante la muerte se han encontrado cuatro componentes principales.

a).- Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.

b).- Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.

c).- El tener la noción del imparable paso del tiempo.

d).- El dolor y el estrés, real y/o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos personales asociados (14).

La ansiedad es la emoción más universalmente experimentada y se trata de una emoción compleja difusa, desagradable e inevitable con nuestra condición de seres humanos. Aparece ante cualquier eventualidad de amenaza a la entidad y al yo personal. Consiste en una situación fisiológica de defensa ante situaciones de estrés que alteran el equilibrio homeostático del organismo.

Los síntomas más habituales incluyen inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, alteraciones del sueño, tensión muscular y signos de hiperactividad vegetativa como cefalea tensional, mareos, sudoración, sobre todo en la manos, pies axilas y cara, temblores, taquicardia, taquipnea, vértigo, sequedad de boca, molestias epigástricas, molestias abdominales cólicas, visión borrosa, etc.

Es frecuente que se acompañe de un sentimiento de zozobra, aprehensión, preocupación o temores de que uno mismo o un familiar presente alguna enfermedad o tenga un accidente. La ansiedad y preocupación provocan malestar clínicamente significativo y se acompañan de un mayor o menor deterioro en las diversas áreas de la vida de la persona (15).

El fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad ante ella, misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza que puede ser provocada por estímulos ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como son los pensamientos o imágenes. La ansiedad ante la muerte es un reflejo de nuestro miedo a la muerte. Es un concepto multifacético que incluye miedos acerca del proceso de morir, de la propia muerte y de lo que sucede después de la muerte.

La práctica actual del médico en el proceso de muerte se enmascara en el modelo médico- occidental, desde esta perspectiva, la muerte se considera un enemigo y cuando sucede, implica un fracaso del médico en el que genera reacciones emocionales de frustración, miedo, ansiedad y depresión. La dimensión emocional es un factor clave en el ámbito de las interacciones personales. Por lo tanto es cierto que se necesita profundizar en el abordaje de ciertas emociones de los propios profesionales que pueden influir en la calidad de la atención de los pacientes (15,16)

Al detectar ansiedad en el personal de salud, se puede otorgar la psicoterapia que es la base del tratamiento (psicoterapia de apoyo y cognitiva) y en caso necesario el tratamiento farmacológico. En la esfera de la salud todo profesional médico está expuesto a un grado de ansiedad de origen asistencial y sus consecuencias se revierten en una práctica profesional inadecuada (17,18).

La actitud más investigada y posiblemente la más frecuente en lo que se refiere a la muerte es la ansiedad. Sadín (1997) la define como una reacción emocional ante la percepción de peligro ó amenaza, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañados de síntomas del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, temblor, aceleración de la frecuencia cardiaca y respiratoria.) se caracteriza por ser de naturaleza anticipatoria; es decir, posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el individuo. Esto confiere a la ansiedad un valor funcional importante, ya que posee una utilidad biológico-adaptativa.

No obstante la ansiedad puede ser desadaptativa cuando anticipa un peligro irreal.

La ansiedad experimentada ante la muerte, en función de su intensidad y duración puede ser catalogada como:

- Ansiedad normal ante la muerte.- derivada de los intensos sentimientos y emociones que la inevitabilidad de la muerte provoca en el hombre.
- Ansiedad patológica.- sobreviene cuando los mecanismos de defensa fracasan y la intensidad de la reacción emocional es tan grande que genera una respuesta desadaptativa que incapacita a la persona para la realización de una vida normal (19).

Cuando se habla de la muerte surgen dos variables importantes, una es la relacionada con los miedos que esta suscita y otra son las actitudes que asume la persona ante la misma (20).

En la literatura encontramos diferentes autores que se refieren a la ansiedad, la North American Nursing Diagnosis Association la define como un sentimiento vago incómodo y el miedo acompañado de una respuesta autonómica. Para Cabo, la ansiedad ante la muerte es la “anticipación de las alteraciones desencadenadas por una enfermedad y uno de los síntomas más frecuentes de ésta”, conformada por la preocupación generada por el impacto cognoscitivo y emocional del morir y de la muerte, a anticipación de las alteraciones físicas, reales o imaginarias, asociadas a las enfermedades graves y a la muerte; la percepción de la limitación del tiempo, la preocupación por el estrés y el dolor que pueden acompañar a la enfermedad y a la muerte. En Latinoamérica. Kastenbaum (1992) ha sugerido que por su proximidad a la muerte los adultos mayores podrían presentar niveles más elevados en este tipo de ansiedad (21, 22)

La medida de las actitudes hacia la muerte pueden llevarse a cabo mediante diversos procedimientos: entrevistas semiestructuradas, técnicas proyectivas y escalas o cuestionarios entre las que destacan, la Escala de miedo a la muerte de Boyar, la Escala de miedo a la muerte de Collet/Lester, la Escala de actitudes ante la muerte de Lester, el índice de temor de Kreiger Epsteing y Leitner y sobre todo, la Escala de ansiedad ante la muerte (DAS) de templer.

Esta ansiedad (en el caso del DAS) viene conformada por cuatro componentes:

- 1.- Preocupación por las reacciones intelectuales y emocionales ante la muerte.
- 2.- Preocupación por las reacciones intelectuales y emociones ante la muerte.
- 3.- Percatarse y preocuparse por el paso del tiempo.
- 4.- Preocupación por el dolor y el estrés que acompaña a la enfermedad y a la muerte.

La Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) ha sido traducida a diferentes idiomas, incluido al español (Sábado, Gómez, 2004) y adaptada a diferentes culturas con respecto al concepto de muerte y dado que la estructura factorial puede variar de acuerdo con el medio cultural en el cual se le utilice, es difícil para los investigadores coincidir con respecto a sus cualidades psicométricas (23).

Esta escala nos permite identificar el grado de ansiedad ante la muerte, consta de 15 items con posibilidad de respuesta verdadero-falso; 9 de los cuales reciben 1 punto si se elige la respuesta verdadero y 6 restantes son calificados con 1 punto si son contestados falso. El puntaje más bajo para la ansiedad ante la muerte es cero y el más alto es 15, siendo uno valor normal de 4, 5, 6, 7 (22,23)

III.- ANTECEDENTES.

Las actitudes de las personas frente a la muerte han ido cambiando a lo largo de los años, durante una larga etapa la actitud fundamental de la sociedad era de resignación y esperar a la muerte en cama. La habitación del enfermo se convertía en un lugar donde todos podían entrar libremente, era importante que familiares, amigos, vecinos e incluso niños estuvieran presentes. En el siglo XVIII tiende el hombre occidental a dar a la muerte otro sentido, la exalta, dramatiza, la ve impresionante y acaparadora, e inicia el proceso de medicalización de este modo la forma de morir de las personas antes regulado por el familiar y las comunidades religiosas, fue progresivamente desplazándose bajo el dominio del sistema médico. En el siglo XIX surgen grandes avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Así mismo surge el temor a la muerte y se priva al hombre del derecho de saber que va a morir. El médico según un diccionario de ciencias médicas de esa época si no puede salvar a un enfermo debe evitar encontrarse a su lado en el último suspiro, actualmente los avances tecnológicos hacen en los hospitales que los profesionales de la salud vean a la muerte como un fracaso, en vez de admitirla como un fenómeno natural necesario, por lo que el personal médico presenta ansiedad ante la muerte (16,26)

En Latinoamérica, se ha investigado poco de la ansiedad ante la muerte, a pesar de su importancia clínica, Kastenbaum en 1992 sugirió que los adultos mayores por su proximidad a la muerte, podrían presentar niveles más elevados en este tipo de ansiedad. Abengoza Bueno Vega en 1999 reportó evidencia a favor de esta hipótesis en España. El progreso científico y los reclamos de una sociedad por sobrevivir estimulan la rebelión contra la muerte, que parece ahora una amenaza mucho más lejana y evitable que pasa a convertirse en la época actual en la negación de la muerte. En 1930 debido al desarrollo y extensión de las primeras estructuras hospitalarias, éste comienza a ser una institución el hospital el lugar reservado para morir (21,26).

Freud en 1856-1936 el fundador del psicoanálisis, reconocía que a veces la gente expresaba su miedo a la muerte. A pesar de todo la tanatofobia como él la llamaba era un desazón que provenía de una fuente de preocupación más profunda.

Freud nos dice que la “religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos”, y menciona que la religión cumple 3 funciones principales:

- Satisfacer la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le informa sobre el origen y la génesis del universo.
- Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte. Lo consuela en la desdicha y le asegura un buen final.
- Difundir reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con la finalidad de obrar con justicia. (27)

Debido a la actitud social de ocultación de la muerte a los pacientes terminales, las instituciones sanitarias y los médicos deciden no informar a los pacientes todo con respecto a su enfermedad con la justificación de que puede implicar negativamente en su recuperación. La tendencia del encubrimiento se mantiene en la cultura médica hasta finales del siglo XX, pero a partir de 1977 se invierte al aprobarse en EE.UU. “la ley del derecho a la información” que obliga al médico a dar el diagnóstico al paciente, con el paso del tiempo surge lo opuesto y los pacientes manifiestan el deseo de no ser informados (28).

Ramos (1986) planteó que la muerte es por definición lo opuesto de la vida y afirma que las particularidades del fenómeno dificultan su análisis científico y que la carencia de estudios de este carácter también pueden considerarse como síntoma y consecuencia de un fenómeno evidente en la sociedad: “la negación de la muerte, su rechazo, su ocultamiento”.

Callahan expresa que el objetivo de la medicina del siglo XXI no puede ni debe limitarse a evitar o curar enfermedades, sino que los fines son dos y ambos de la misma categoría de importancia: evitar la muerte cuando se pueda y lograr que los pacientes vivan bien hasta el final que fallezca en paz cuando lo primero no es posible. En el siglo actual la sociedad demanda ayudar a una muerte digna a los pacientes terminales y esto ha permitido en algunos países como Holanda, Bélgica y Luxemburgo que el médico facilite una muerte tranquila si así lo solicita el paciente en etapa terminal, sin embargo en nuestro país se dan actitudes opuestas la negación y reducción de la muerte a un hecho biológico. La negación de la muerte supone negar los aspectos graves y difíciles de la vida (24,29).

Hay evidencia creciente de que el lugar de trabajo puede tener un papel importante en el desarrollo de los trastornos de ansiedad. La angustia emocional también predice la mortalidad y la enfermedad cardiaca así como el tabaquismo, la diabetes, la hipertensión, la inactividad física y el índice de masa corporal (30,31).

Como medida directa de la ansiedad ante la muerte se ha administrado la DeathAnxietyScale (DAS), ansiedad ante la muerte, de Templer (1970), utilizando la versión española de Tomas - Sábado y Gómez – Benito (2002) siendo uno de los instrumentos más utilizados y citados en la literatura especializada, por lo que es una referencia obligada en cualquier tipo de trabajo sobre este tema que nos ocupa. Consiste en un cuestionario de 15 ítems de respuesta dicotómica verdadero – falso.

La escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970) ha sido traducida a diferentes idiomas, incluido al español (Sábado, Gómez, 2004) y adaptada a diferentes culturas con respecto al concepto de muerte y, dado que la estructura factorial puede variar de acuerdo con el medio cultural en el cual se le utilice, es difícil para los investigadores coincidir con respecto a sus cualidades psicométricas.

La escala de ansiedad ante la muerte (Templer 1970); fue adaptada en el 2010, a sujetos mexicanos por Rivera Ledesma y Montero-López Lena. En la versión adaptada a adultos mayores mexicanos, se evidenciaron tres factores: miedo a la muerte, miedo a la agonía o la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin. También ha sido adaptada a otras culturas y traducido a diferentes idiomas incluyendo el portugués (Donavan, 1993), alemán (Hoogstraten et al. 1998) y árabe (abdel-khalek 1986) hasta el momento nada ha sido reportado con respecto al comportamiento psicométrico en las culturas de América Latina incluyendo México. México es un país cuya cultura, tradiciones y creencias están cercanamente relacionadas al concepto de muerte (Josmar, 2005). (9,21,32)

Según Lonetto y Templer las medias de normalidad tienden a situarse entre 4,5 y 7 con desviaciones típicas ligeramente superiores a 3. A mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte. Las mujeres puntúan por lo general, más altos que los varones. Templer en 1970 informó que la escala superó ambas, validez y consistencia. Esta escala, desde su aparición en 1970 constituye el instrumento más popular. (33)

El rango de posibles puntuaciones totales oscila de cero a quince, correspondiendo las puntuaciones más altas a mayores niveles de ansiedad de la muerte. La escala de Templer domina por su solidez psicométrica y porque su contenido captura la esencia de la muerte, la ansiedad como una experiencia universal (14,34).

IV.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se ha encontrado que para los profesionales de la salud y especialmente los médicos, el tema de la muerte involucra un análisis complejo, porque engloba toda su actitud hacia el paciente; es muy difícil para ellos sostener una actitud serena y madura ante ella, cuando sucede ellos tratan de sentirse bien, y esto no es más que una forma de ocultamiento, un mecanismo de defensa ante el dolor que produce. Es de suponer que el personal de salud y el médico en particular es el profesional más íntegramente educado por, para y contra la muerte, vista esta como una realidad biológica, como un fenómeno humano y como un valor cultural. Sin embargo, no siempre es así y con frecuencia se refleja en la poca atención en los enfermos. (4)

La muerte es uno de los problemas esenciales del hombre, circunstancia frente a la que se presenta un intenso temor que más tarde le conduce a la ansiedad, de ahí las dificultades para que el personal de salud pueda enfrentarlas con serenidad.(20)

Sabiendo que la ansiedad nos empeora la calidad y el sentido de vida, que puede provocar alteraciones fisiológicas, psicológicas, biológicas, psicosomáticas, psíquicas, sociales entre otras, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la respuesta psicométrica de ansiedad ante la muerte, a través de la escala "TEMPLER" adaptada a México en el personal Médico (becarios y de base) del Hospital General de Pachuca?.

V.- JUSTIFICACIÓN.

La muerte al igual que el nacimiento es un fenómeno natural inherente a la condición humana que comparte aspectos biológicos, sociales y culturales, así como psicológicos- emocionales. A lo largo de la vida de un ser humano, quizás aquellos sean dos de los acontecimientos que mayor impacto emocional generan, tanto en la propia persona como en sus familiares y en quienes los atienden (19).

Dado que en el ejercicio profesional médico se afronta a situaciones altamente impactantes relacionadas con la enfermedad y la muerte, se ha sugerido una formación específica en cuidados paliativos para aquellos futuros profesionales que ejercerán su labor con enfermos avanzados o en fase final de la vida, en la que los aspectos psicológico-emocionales cobran especial relevancia lo que además limitara la ansiedad que esto le pueda condicionar. Por lo tanto, el profesional de la salud debe desarrollar actitudes lo más positivas posibles, para ofrecer calidad de atención (19).

En situaciones en las que el paciente se encuentra en el final de la vida, los médicos deberán enfocarse en proveer una buena muerte, siendo importante que los profesionales de la salud hayan elaborado una aceptación de la muerte como parte de la vida, evitando con ello que intervengan sus propios miedos a la muerte (2).

De lo referido anteriormente, consideramos que existe la necesidad que el personal de salud durante la formación académica, sea instruido en este tema, para evitar que influya negativamente al enfrentarse a la muerte del paciente, haciéndola dolorosa y angustiosa y que se pueda brindar una mejor atención ante un paciente en etapa terminal.

Como hemos señalado, los médicos no están libres de la influencia de la sociedad ni de las emociones, actitudes o sentimientos que les genera la muerte y los enfermos moribundos. Las actitudes individuales hacia la muerte y los aspectos asociados a ésta como dolor, pena o sufrimiento, pueden condicionar en cierto modo, la forma en que los médicos afrontan la muerte y el trato que dispensan a

los enfermos en situación terminal y a sus familiares por lo que es prioritario reconocer si existe ansiedad en el personal médico para que pueda ser tratado con psicoterapia o en caso necesario con tratamiento farmacológico y elimine o disminuya su nivel de ansiedad con lo cual brindara a los pacientes y familiares una atención de calidad.

VI.- MATERIALES Y MÉTODOS

VI.1.- LUGAR DONDE SE REALIZARA LA INVESTIGACIÓN:

El presente estudio se realizará en el Hospital General de Pachuca, Hidalgo, SSH de 2º.nivel de atención, en los diferentes turnos de atención médica, teniendo un área de afluencia de un total de 84 municipios y estados vecinos como son Puebla, Veracruz, Querétaro y Estado de México,

VI.2.- DISEÑO DE ESTUDIO:

Es un estudio Observacional, Descriptivo, Transversal.

VI.3.- UBICACIÓN: ESPACIO-TEMPORAL.

3.1.-LUGAR: La investigación se realizará en los diferentes servicios de atención médica del Hospital General de Pachuca.

3.2.-TIEMPO: El tiempo de la investigación variará de acuerdo a la fecha de aceptación del proyecto. Posteriormente 3 días para la recolección de la información.

3.3.-PERSONA: Todos los médicos de base y médicos becarios del Hospital General de Pachuca que cumplan con los criterios de inclusión.

VI.4. SELECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.

4.1.- Criterios de inclusión:

- Personal médico adscrito y residente de los diferentes servicios del Hospital General de Pachuca.

4.2.- Criterios de exclusión: al personal médico

- Que no acepte participar en él estudio (Carta de Consentimiento Informado)
- Que se encuentren en tratamiento psicológico y /o tanatológico.
- Que se encuentren bajo tratamientos farmacológicos con antidepresivos, o ansiolíticos.

- Se excluirán los médicos que sus actividades sean exclusivamente en las áreas administrativas.
- Que se encuentren gozando de periodo vacacional y / o incapacidad médica
- Médicos que se encuentren realizando rotaciones en otras instituciones.

4.3.- Criterios de eliminación:

- 1.- Que la encuesta no éste completa.
- 2.- Que los participantes intercambien respuestas.

VI.5. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA Y LA TECNICA DE MUESTREO:

5.1.- TAMAÑO DE LA MUESTRA: El Tamaño de la muestra será a conveniencia, puesto que personas a encuestar estarán de permiso, vacaciones y/o incapacidad, sin embargo a través del desarrollo para estimación poblacional se aceptara la muestra siguiente:

Aceptando un riesgo alfa de 0.95 para un precisión de +/- 0.02 unidades en un contraste bilateral para una proporción estimada de 0.85, se precisa una muestra aleatoria poblacional **de 212 sujetos** asumiendo que la población es de 280 sujetos. Se estima una tasa de reposición del 10%

5.2.- MUESTREO: No probabilístico

VII.- DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES:

VARIABLE INDEPENDIENTE: ANSIEDAD A LA MUERTE

CUADRO DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE.
MUERTE	La muerte es proceso biológico y psicosocial, en el que en un gran número de actos vitales se van extinguendo en una secuencia gradual y silente que escapa a la simple observación.	Es la consecuencia inevitable de la vida, inherente a la condición humana, pero no es un hecho simple, sino que está influido por un conjunto de creencias, emociones y actos que le dan un carácter peculiar, se presenta a la vida como una amenaza, pues expresa el fin de nuestra existencia.	CUALITATIVA DICOTOMICA 1.- SI 2.- NO	BASE DE DATOS DE LA ENCUESTA

VARIABLE DEPENDIENTE:

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICIÓN.	FUENTE.
ANSIEDAD	Es una emoción normal que se experimenta en situaciones en las que el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno.	La ansiedad se puede hacer crónica si persisten los acontecimientos estresantes que los han provocado o se mantienen estilos de pensamiento que ocasionan un temor a la presentación de los síntomas, creándose un círculo vicioso entre la ansiedad y el temor a presentarla.	CUALITATIVA DICOTÓMICA 1=VERDADERO O 2= FALSO	BASE DE DATOS DE LA ENCUESTA

VARIABLES DEPENDIENTE: RESPUESTA PSICOMETRICA

VARIABLE DEPENDIENTE.	DEFINICIÓN CONCEPTUAL.	DEFINICIÓN OPERACIONAL.	ESCALA DE MEDICIÓN.	FUENTE.
RESPUESTA PSICOMETRICA	Es obtener una prueba de longitud mínima que presente las mejores propiedades para la conformación del puntaje total de la prueba	Es la actividad que se realiza para medir una variable. Analizando las respuestas de un cuestionario.	CUALITATIVA DICOTOMICA 1. Verdadero 2. Falso	Base de datos de la encuesta.

VIII.- DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA DESARROLLADA.

Se trató de un estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual se recabaron los datos de 212 médicos en total de los cuales 139 médicos de base y 73 médicos becarios de 2º a 4º año de especialidades médicas, que laboran en el Hospital General Pachuca y que fueron encuestados a cerca de la ansiedad ante la muerte con la escala de Templer. La cual se aplicó durante tres días, en los diferentes servicios del mismo Hospital. Cabe hacer mención que los médicos que aceptaron participar en dicho estudio, no deberían tener tratamiento psicológico, tanatológico o farmacológico, (con antidepresivos y /o ansiolíticos) o que no se encontraran gozando de periodo vacacional para evitar un sesgo en los resultados del estudio.

Posteriormente se capturó la información de dichas encuestas en una base de datos del programa estadístico SPSS versión 15 en la computadora para su análisis estadístico.

IX.- HALLAZGOS:

En el Hospital General de Pachuca se realizaron 212 encuestas a médicos para determinar la ansiedad ante la muerte, utilizando la escala de Templer, de los cuales se encontró con un puntaje de 0-3 que corresponde a baja ansiedad con un 0.47% (1 caso), con un puntaje de 4-7 que corresponde a ansiedad normal con un 50.4% (107 casos) y con un puntaje de 8-15 que corresponde a mayor ansiedad con un 49.06% (104 casos), del total de la muestra respectivamente.

Se realizó una estructura factorial de la versión mexicana de la escala de ansiedad ante la muerte, obteniendo los siguientes resultados: Con miedo a la muerte el 5.66% que corresponde a 12 casos, miedo a la agonía el 19.81% que corresponde a 42 casos y miedo a que la vida llegue a su fin, el 74.53% que corresponde a 158 casos del total del muestra respectivamente.

De acuerdo al tipo de contrato se encontró lo siguiente: De los 212 médicos encuestados, 139 fueron de base, de los cuales el 0.71% corresponde a un médico que presentó menor ansiedad, mientras 70 médicos en un 50.35% presentó ansiedad normal y 78 médicos en un 48.92% presentó mayor ansiedad. Por otro lado, en la categoría de médicos becarios del 2º a 4º año de residencia se encuestaron a un total de 73 médicos, de los cuales 36 en un 49.31% presentó ansiedad normal y 37 en un 50.68% presentó mayor ansiedad ante la muerte.

De acuerdo al género en el estudio realizado, se encontró que 76 médicos fueron del sexo femenino con un 35.84% y 136 médicos del sexo masculino con un 64.15% del total de la muestra.

Del total de los médicos encuestados se realizó comparación del grado de ansiedad ante la muerte por género encontrando en el sexo femenino que el 40.78% que corresponde a 31 casos, presentaron grado normal de ansiedad, y el 59.21% que corresponde a 45 casos, presentaron mayor ansiedad. En el sexo masculino, el 0.73% que corresponde a un caso, presentó menor ansiedad, el 55.14 % que corresponde a 75 casos presentó ansiedad normal y el 44.11 % que corresponde a 60 casos presentó mayor ansiedad ante la muerte respectivamente.

Del total de médicos encuestados de acuerdo al grupo de edad se encontró lo siguiente: de la década de 20 a 30 años, 69 médicos que corresponde al 32.5 %,

de la década de 31 a 40 años, 70 médicos que corresponde al 33.0%, de la década de 41 a 50 años, 43 médicos que corresponde al 20.2%, de la década de 51 a 60 años, 24 médicos que corresponde al 11.3% y de la década de 61 a 70 años, 6 médicos que corresponde al 2.8%.

Del total de la muestra que se encuestaron, de 20 a 30 años 30 casos que corresponde al 43.47% presentó ansiedad normal y 39 casos con un 56.52% presentó mayor ansiedad, de la década de 31 a 40 años de edad 32 casos que corresponde a un 45.71% presentó menor ansiedad y el 38 casos que corresponde a 54,28% presentó mayor ansiedad, de la década de 41 a 50 años un caso que corresponde a 2.32% presentó menor ansiedad, 23 casos que corresponde a 53.48% presentó ansiedad normal y 19 casos que corresponde a 44.18% presentó mayor ansiedad, de la década de 51 a 60 años 14 casos que corresponde a 58.33% presentó ansiedad normal y 10 casos que corresponde a 41.66% presentó mayor ansiedad, de la década de 61 a 70 años, 3 casos que corresponden al 50% presentó ansiedad normal y en el mismo porcentaje con mayor ansiedad ante la muerte respectivamente.

Del total de médicos encuestados de acuerdo a la antigüedad laboral se encontró lo siguiente: de la década de 1 a 10 años, 149 médicos que corresponde al 70.2 %, de la década de 11 a 20 años, 37 médicos que corresponde al 17.4%, de la década de 21 a 30 años, 24 médicos que corresponde al 11.3%, de la década de 31 a 40 años, 2 médicos que corresponde al 0.9% respectivamente

De acuerdo a la relación entre ansiedad ante la muerte y la antigüedad de los médicos del Hospital General de Pachuca se encontró por décadas lo siguiente: de 1 a 10 años de antigüedad el 50.33% (75 casos) presentó ansiedad normal, el 49.66% (74 casos) presentó mayor ansiedad, de 11 a 20 años de antigüedad el 51.35% (19 casos) presentó ansiedad normal, y el 48.64% (18 casos) presentó mayor ansiedad, de 21 a 30 años de antigüedad el 45.83% (11 casos) presentó ansiedad normal , el 50% (12 casos) presentó mayor ansiedad y el 4.16% (1 caso) presentó menor ansiedad , de los 31 a los 40 años de antigüedad el 50% (1 caso) presentó ansiedad normal, y el 50% (1 caso) presentó mayor ansiedad respectivamente.

Del total de médicos encuestados de acuerdo a las diferentes especialidades médicas se encontró lo siguiente: de Medicina Interna, 31 médicos que corresponde al 14.6 %, de Pediatría 21 médicos que corresponde al 9.9%, de Traumatología y Ortopedia, 27 médicos que corresponde al 12.7%, de Cirugía General, 34 médicos que corresponde al 16.0%, de Medicina Integrada, 12 médicos que corresponde al 5.6%, de Ginecología y Obstetricia, 20 médicos que corresponde al 9.4%, de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 12 médicos que corresponde al 5.6%, de Anestesiología, 17 médicos que corresponde al 8.0% y de Medicina General, 20 médicos que corresponde a 9.4% respectivamente.

De acuerdo a la relación entre ansiedad ante la muerte y las especialidades medicas del Hospital General de Pachuca se encontró lo siguiente en cada una de ellas, en Medicina Interna el 32.2%(10 casos) presentó ansiedad normal, y el 67.7% (21 casos) presentó mayor ansiedad, en Cirugía General el 61.7% (21 casos) presentó ansiedad normal, y el 38.2% (13 casos) presentó mayor ansiedad, en Pediatría el 57.1% (12 casos) presentó ansiedad normal y el 42.8% (9 casos) presentó mayor ansiedad, en Traumatología y Ortopedia el 3.7% (1 caso) presentó menor ansiedad, el 51.8% (14 casos) presentó ansiedad normal, el 44.4% (12 casos) presentó mayor ansiedad, en Ginecología y Obstetricia el 60% (12 casos) presentó ansiedad normal y el 40% (8 casos) presentó mayor ansiedad, en Medicina Crítica y Terapia Intensiva el 47.0% (8 casos) presentó ansiedad normal y el 33.3% (4 casos) presentó mayor ansiedad, en Anestesiología el 47.9% (8 casos) presentó ansiedad normal y el 52.9% (9 casos) presentó mayor ansiedad, en Urgencias Médico-Quirúrgicas el 66.6% (12 casos) presentó ansiedad normal, y el 33.3% (6 casos) presentó mayor ansiedad, en Medicina General el 30% (6 casos) presentó ansiedad normal y el 70% (14 casos) presentó mayor ansiedad, en Medicina Integrada el 58.3% (7 casos) presentó ansiedad normal y el 41.6% presentó mayor ansiedad ante la muerte.

X.- DISCUSIÓN.

El fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad que ocasiona el final de la vida, misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza que puede ser provocada por estímulos ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como son los pensamientos e imágenes. La ansiedad ante la muerte es un reflejo de nuestro miedo a la misma muerte, sin embargo en Latinoamérica se ha investigado poco a pesar de su importancia que refleja a la salud mental.

La escala Templer que mide el grado de ansiedad ante la muerte, utilizada desde 1970, ha sido traducida a diferentes idiomas incluso al español en el 2004, por Tomás-Sábado y Gómez Benito, quienes han sugerido que la escala es susceptible a las diferencias culturales con respecto al concepto de muerte y, dado que la estructura factorial puede variar de acuerdo con el medio cultural en el cual se le utilice, es difícil para los investigadores coincidir con respecto a sus cualidades psicométricas.

En el Hospital General de Pachuca se realizaron 212 encuestas a médicos para determinar la ansiedad ante la muerte, aplicando la Escala de Templer, de los cuales se encontró que el 0.47% presenta baja ansiedad ante la muerte, el 50.47% presenta ansiedad normal ante la muerte y el 49.06% presenta mayor ansiedad, con lo que se documentó, que el 50% de la población encuestada presentó ansiedad normal y el otro 50% presentó mayor ansiedad ante la muerte. Se elaboró una estructura factorial de la versión mexicana de la escala de ansiedad ante la muerte, obteniendo 5.66% con miedo a la muerte, 19.81% con miedo a la agonía y 74.53% con miedo a que la vida llegue a su fin mostrando una relación inversa de acuerdo a lo reportado por J.Moral y M. Miaja en el 2011(4) debido a que el autor refiere en su estudio un mayor incidencia en el miedo a la muerte.

De acuerdo al tipo de contrato, se obtuvo que la categoría de médicos de base fue 48.92% reportándose con mayor ansiedad en comparación con los médicos con

categoría de becarios del segundo a cuarto año de residencia médica, mostrando mayor ansiedad en un 50.68%.

En nuestro estudio, todos los encuestados tienen un grado académico de licenciatura y posgrado, por lo que no podemos comparar con lo que J. Moral y M. Miaja reportan en un estudio en el año 2011, con relación a que las personas con mayor escolaridad tiene más recursos cognitivos para afrontar la ansiedad ante la muerte. Sin embargo encontramos que dentro de los encuestados con posgrado correspondió al 56.14%, y el mayor grado de ansiedad ante la muerte fue reportado en la especialidad de Medicina Interna, que puede estar en relación a que dicha especialidad maneja padecimientos crónico degenerativos, pacientes que tienen mayor número de días de estancia hospitalaria comparado con otras especialidades que condiciona complicaciones intrahospitalarias y en grupos de edad avanzada que tienen un mayor riesgo a morir.

La antigüedad laboral más frecuente que mostró nuestro estudio fue de 1 a 10 años de antigüedad con 149 médicos con un 70.2% del total de la población de la cual 79 médicos que corresponde a un 49.66% presentó mayor ansiedad ante la muerte, no encontrando en la literatura referencia a este punto.

De acuerdo al género se encontró que el 59.21% de los médicos fueron del género femenino y el 44.11% de los médicos fueron del género masculino los que presentaron mayor ansiedad, con lo que se concuerda con lo referido por J Moral de la Rubia y M Miaja en nov de 2011 (4).

XI.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- De los 212 médicos del Hospital General Pachuca tantos becarios como de base, se encontró que la mitad de la población estudiada obtuvo un nivel normal de ansiedad y mayor ansiedad ante la muerte.
- Del grupo de estudio el 74.53% de los médicos presentó miedo a que la vida llegue a su fin.
- En el estudio realizado se evidencio que la edad no representó diferencia significativa en relación a la ansiedad ante la muerte.
- En cuanto al género femenino se encontró que es más frecuente la ansiedad ante la muerte, como lo referido en la literatura, aunque en nuestro estudio el 64.1% del total de la muestra encuestada fue del sexo masculino.
- En el estudio realizado se encontró que del total de la muestra encuestada el 70.2% tenía antigüedad laboral de 1 a 10 años, no encontrando diferencia significativa de ansiedad ante la muerte en cada una de ellas.
- En cuanto al índice de frecuencia de ansiedad ante la muerte en los médicos de las diferentes especialidades, se encontró que el mayor porcentaje correspondió a Medicina Interna, lo cual es explicable debido a la población que se maneja en dicho servicio, ya que pueden ser pacientes adultos mayores, pacientes con enfermedades crónico degenerativas, o con multipatología lo cual conlleva a un riesgo mayor de muerte. Cabe señalar que en contraste, en el servicio de traumatología y ortopedia fue el índice menor de ansiedad ante la muerte en el personal médico.

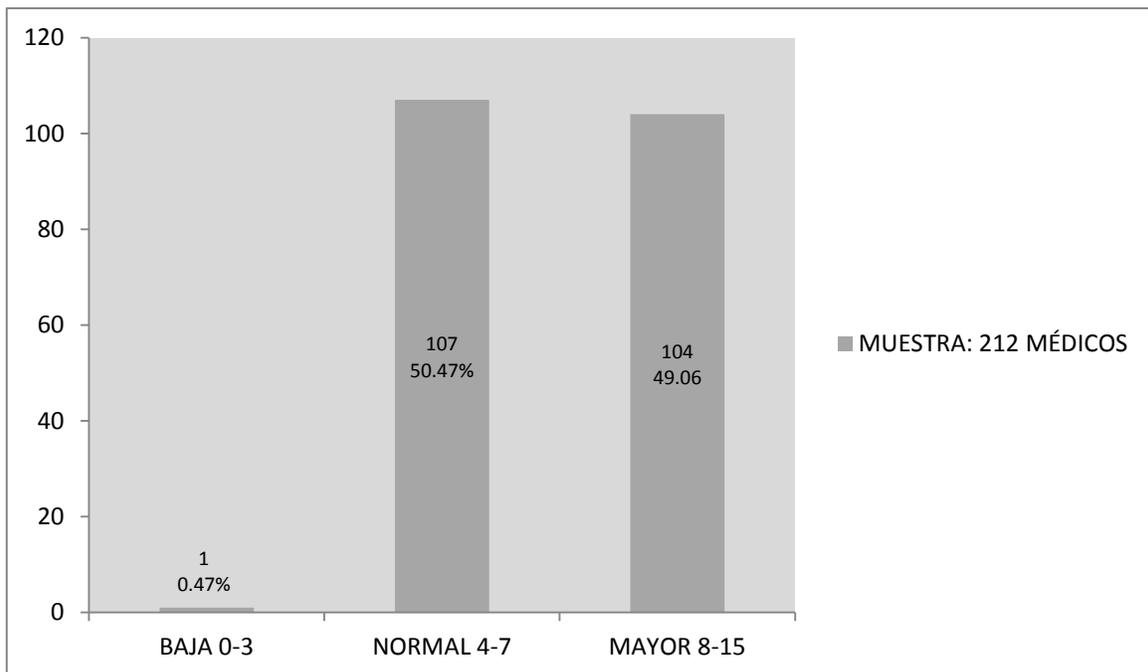
Los resultados de nuestro estudio nos permiten recomendar el continuar realizando estudios para determinar algunas otras causas desencadenantes de ansiedad ante la muerte en el personal médico del Hospital General Pachuca y posteriormente realizar un estudio comparativo con las diferentes categorías del personal que labora en dicha institución.

Al encontrar miedo ante la muerte y miedo a que la vida llegue a su fin en los resultados del presente estudio es importante considerar la creación de un grupo

de apoyo que brinde atención psicológica y/o tanatológica abierta tanto al personal médico y los familiares de los pacientes que así lo requieran, y de esta forma mejorar la calidad de atención al paciente, haciéndola humanista, así mismo poder enfrentar a la muerte con serenidad y reducir la ansiedad, que empeora la calidad y el sentido de la vida.

XII.- GRAFICAS

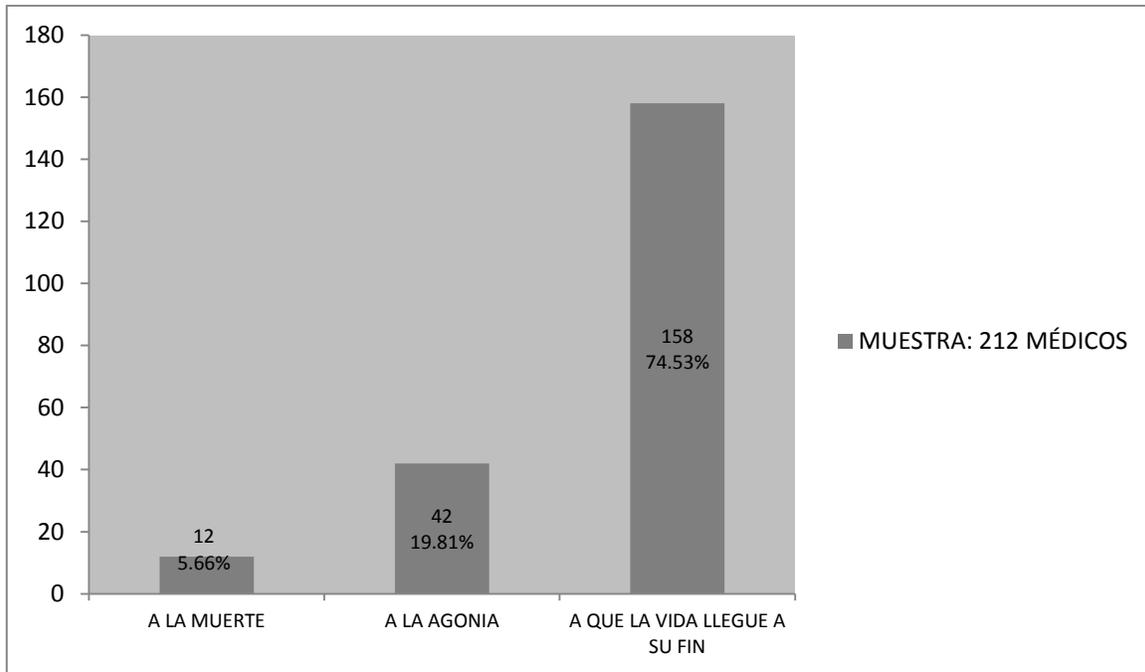
**GRÁFICA 1 .- ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE LA ESCALA DE TEMPLER.
ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.**



Fuente: base de datos SPSS.

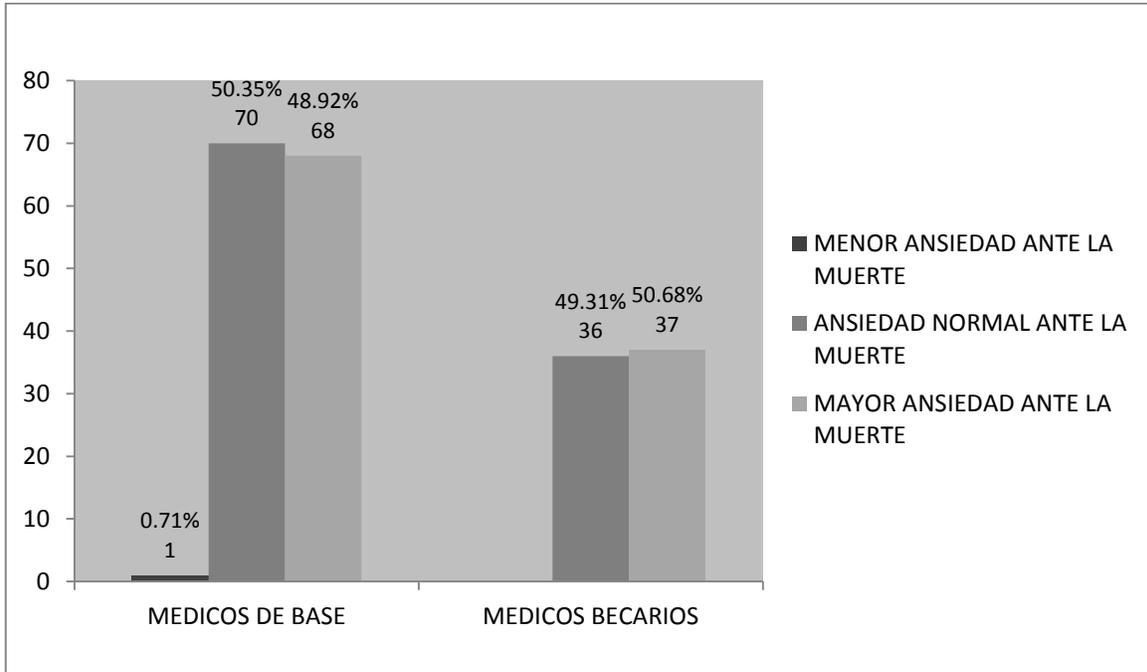
GRÁFICA 2.- ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA ESCALA DE ANSIEDAD

IEDO



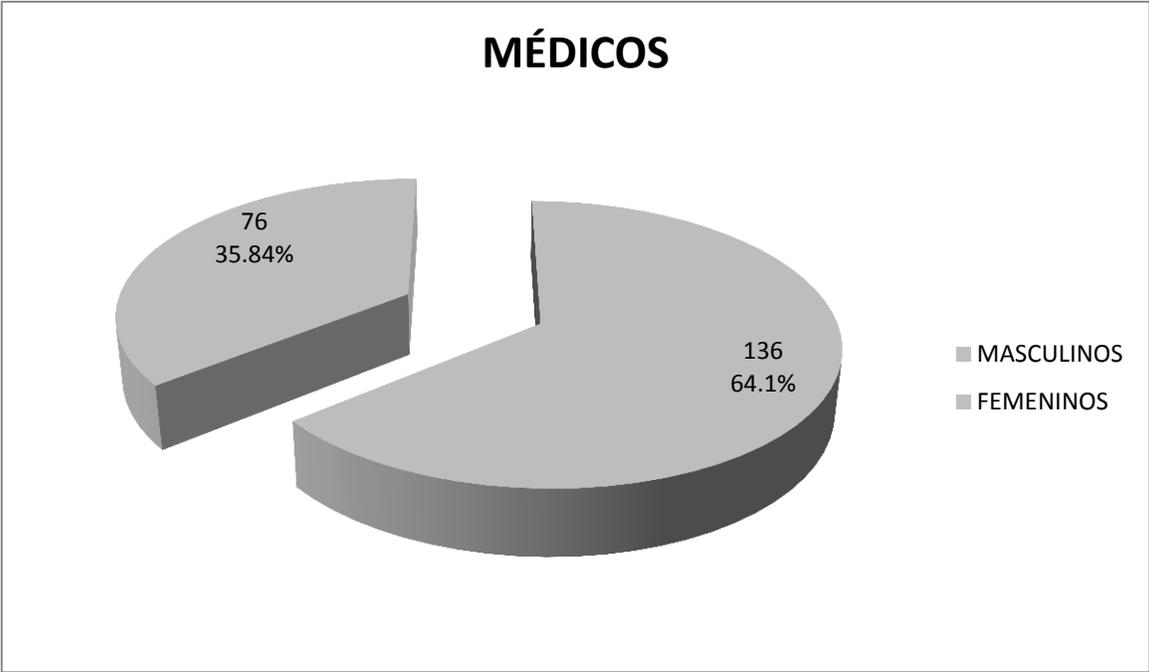
Fuente: base de datos SPSS.

GRAFICA 3.- COMPARATIVO EN GRADOS DE ANSIEDAD DE ACUERDO AL TIPO DE CONTRATO LABORAL (BASE-BECARIOS).



Fuente: base de datos SPSS.

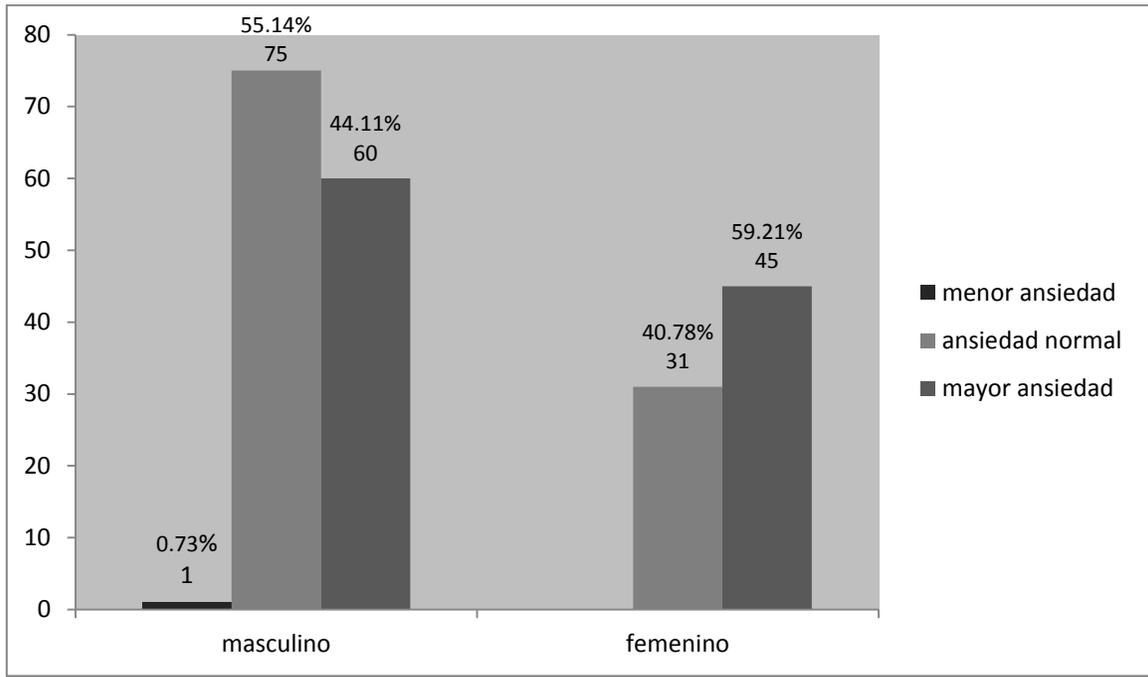
GRÁFICA 4.- GRUPO DE ESTUDIO POR GÉNERO



Fuente: base de datos SPSS.

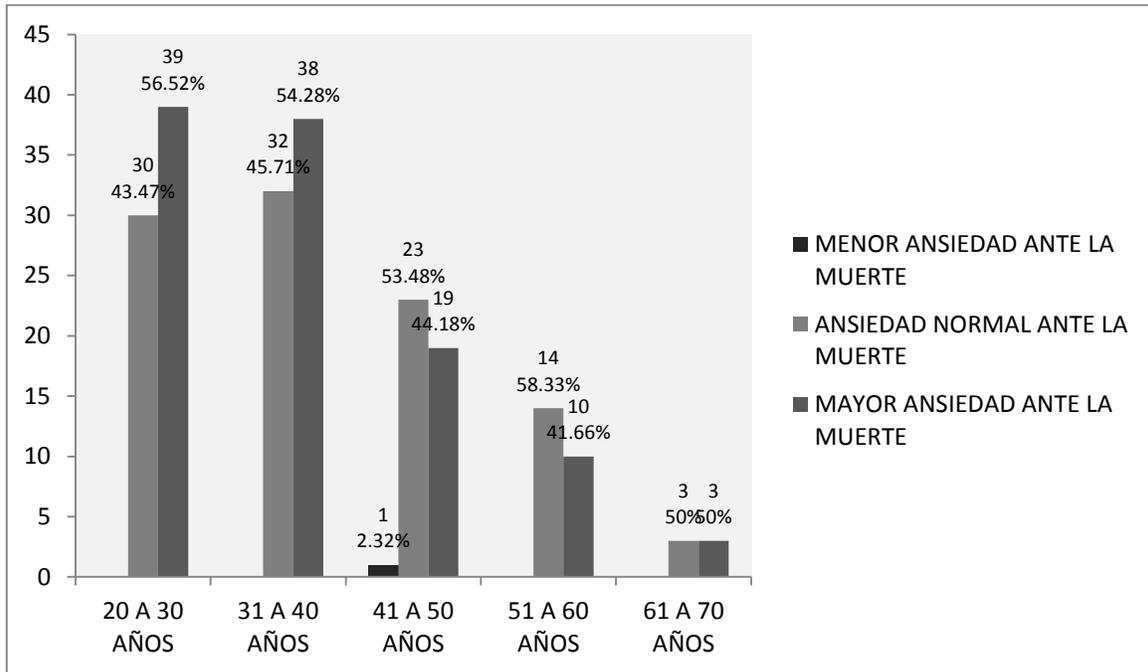
GRÁFICA 5: GRADO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE POR GÉNERO.

ANSIEDAD DE ACUERDO AL GÉNERO.



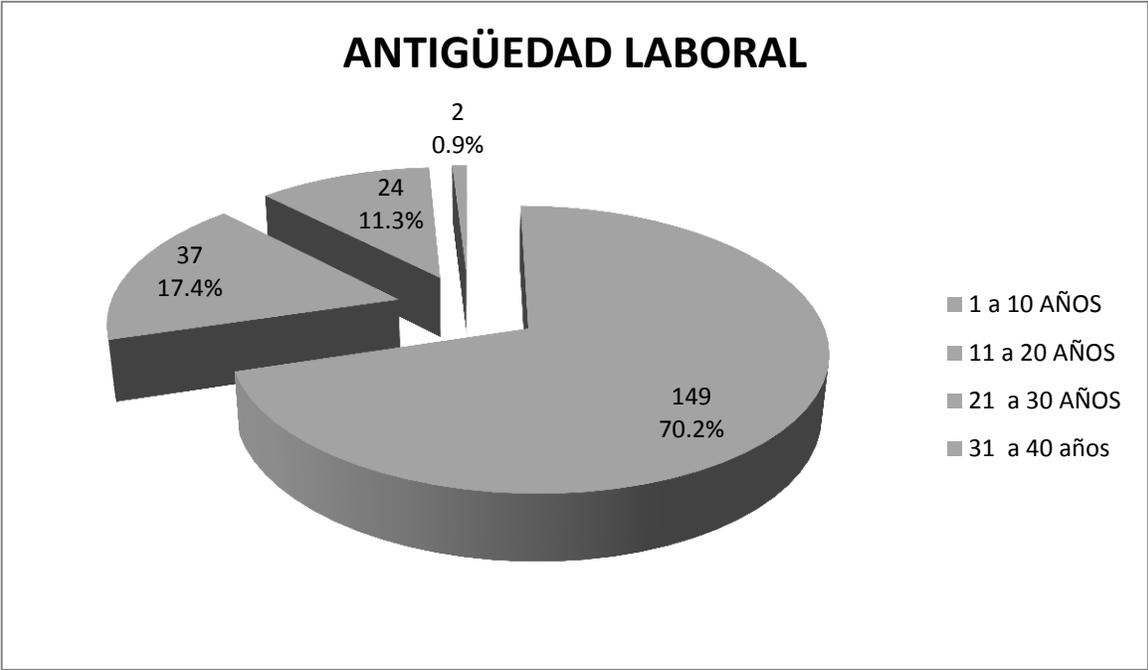
Fuente: base de datos SPSS.

GRÁFICA 6: GRADO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE POR GRUPO DE EDAD.



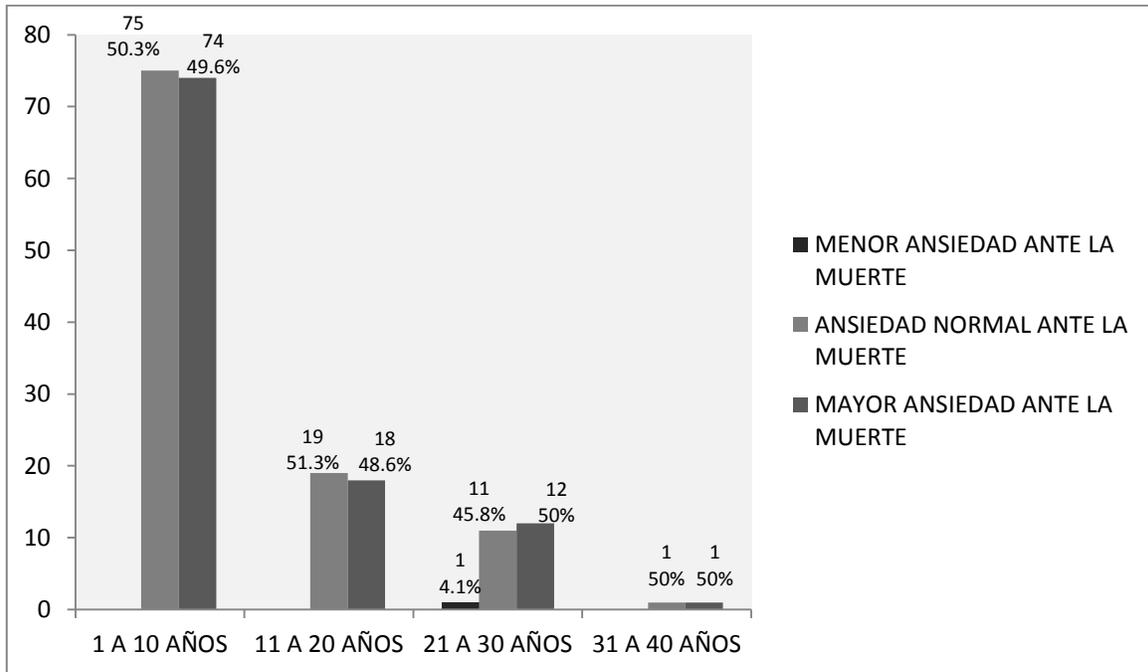
Fuente: base de datos SPSS.

GRÁFICA 7.- DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD LABORAL DEL MÉDICO.



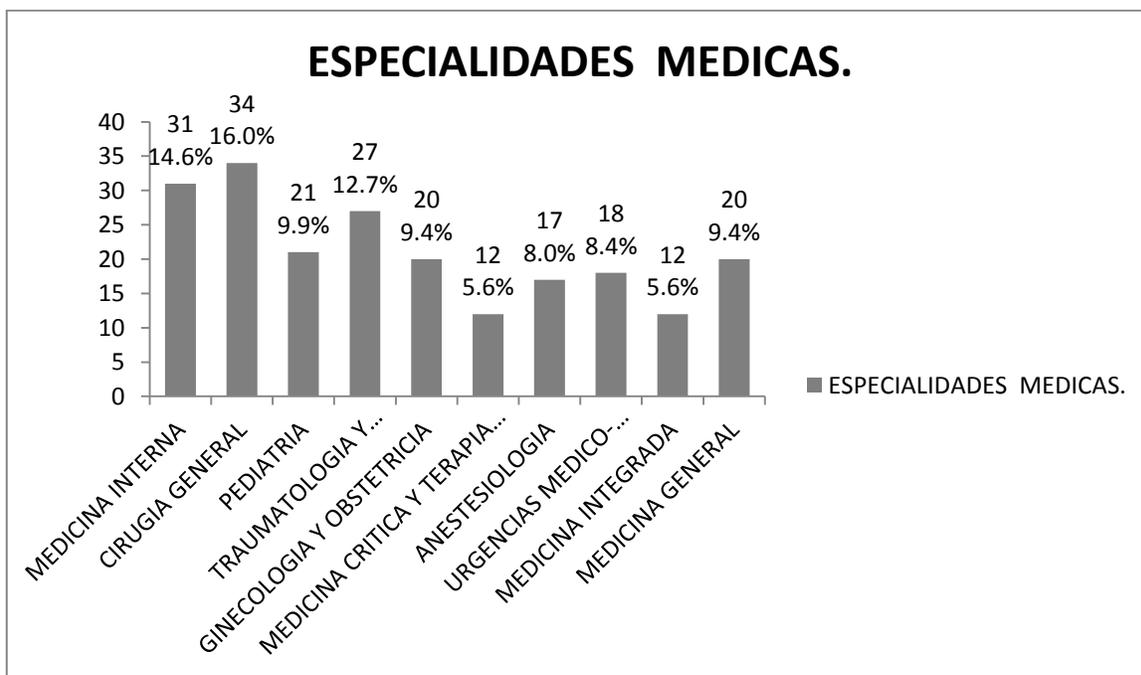
Fuente: base de datos SPSS.

GRÁFICA 8.- GRADOS DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE ACUERDO A LA ANTIGÜEDAD LABORAL DE LOS MÉDICOS.



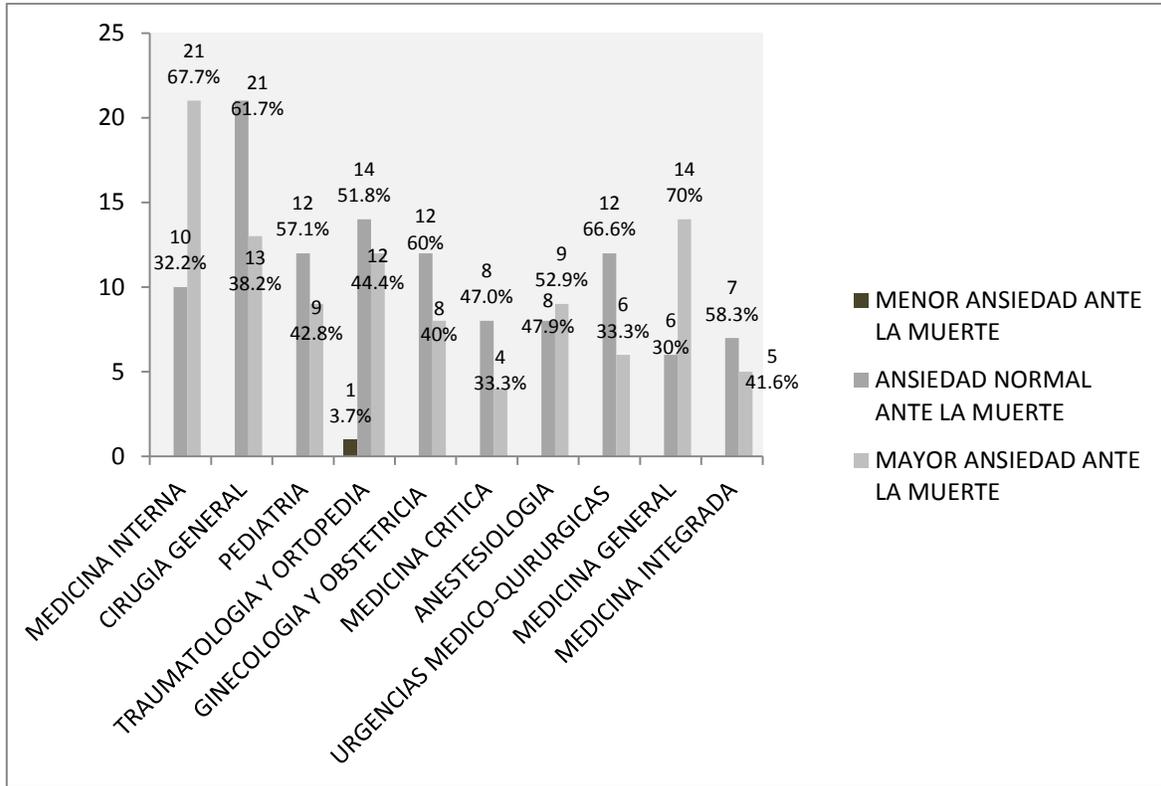
Fuente: base de datos SPSS.

GRÁFICA 9 .- DE ACUERDO A DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS.



Fuente: base de datos SPSS.

GRÁFICA 10 .- GRADOS DE ANSIEDAD DE ACUERDO A LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES.



Fuente: base de datos SPSS.

XIII.- ANEXOS

ANEXO 1

DEFINICION DE TERMINOS:

ANSIEDAD: Del latín anxietas, angustia, aflicción. La angustia es el sentimiento que experimentamos cuando sin motivo nos preocupamos en exceso por la posibilidad de que en el futuro nos ocurra algo temido sobre lo que no tenemos control y que, en caso de que sucediera consideraríamos “terrible” o haría que nos consideráramos personas totalmente inútiles.

MUERTE: Del latín “mors” gen. “mortis” y de raíz indoeuropea. Es un proceso que consiste en la extinción del proceso homeostático de un ser vivo y, por ende, concluye con el fin de la vida.

ESCALA DE TEMPLER: Escala de ansiedad ante la muerte.

DAS: Escala de Ansiedad ante la muerte.

RESPUESTA PSICOMETRICA: Son las encargadas de medir cualidades psíquicas del individuo, las hay de varios tipos: de medición de inteligencia, rasgos de personalidad, proyectivas y varios tipos más. Son una herramienta tanto para conocer su vida estado emocional, intelectual e inclusive si existe alguna anomalía en su funcionamiento cerebral o simplemente para ubicarnos en su forma de pensar

ANGUSTIA: La angustia es un afecto displacentero, intenso que se expresa o se acompaña de diversos componentes o síntomas físicos y psíquicos, los más frecuentes son: taquicardia, sudoración, temblor, opresión en el pecho y sensación de ahogo, miedo a morir, sensación de estar paralizado o querer escapar de la situación en la que está.

MIEDO: El miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable que nos asusta o creemos que nos puede hacer daño. Es provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto,

presente, futuro o incluso pasado. La máxima expresión del miedo es el terror. Además el miedo está relacionado con la ansiedad.

ANEXO 2

“RESPUESTA PSICOMETRICA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE A TRAVES DE LA ESCALA “TEMPLER” ADAPTADA A MEXICO, EN PERSONAL MEDICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA”

DATOS GENERALES:

Iniciales _____ Sexo: Masc ____ Fem ____ Edad: _____

Antigüedad en la Institución _____ Especialidad _____

Fecha: _____ Residente _____ año: _____ Médico de Base _____

Instrucciones: Lea las siguientes preguntas y conteste sin dar dos respuestas a la pregunta. Tache con una X la opción entre paréntesis

ESCALA DE TEMPLER.

1.- ¿Tengo mucho miedo de morirme. ?

Falso () verdadero ()

2.- ¿Piensa en la muerte. ?

Falso () verdadero ()

3.- ¿Me pone nervioso que la gente hable de la muerte. ?

Falso () verdadero ()

4.- ¿Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme. ?

Falso () verdadero ()

5.- ¿Tengo miedo de morir. ?

Falso () verdadero ()

6.- ¿Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer. ?

Falso () verdadero ()

7.- ¿Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte. ?

Falso () verdadero ()

8.-¿ A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo. ?

Falso () verdadero ()

9.-¿ Me da miedo tener una muerte dolorosa. ?

Falso () verdadero ()

10.- ¿Me preocupa mucho el tema de la otra vida. ?

Falso () verdadero ()

11.-¿Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón. ?

Falso () verdadero ()

12.- ¿Pienso que la vida es muy corta. ?

Falso () verdadero ()

13.- ¿Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial. ?

Falso () verdadero ()

14.- ¿Me horroriza ver un cadáver. ?

Falso () verdadero ()

15.- ¿Pienso que tengo motivos para temer el futuro. ?

Falso () verdadero ()

TOTAL DE PUNTOS:_____

ANEXO 3

HOSPITAL GENERAL PACHUCA

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pachuca de Soto, Hidalgo., a _____ de 2012

Por medio del presente Yo _____ autorizo que se me aplique el cuestionario acerca del tema ansiedad ante la muerte, estando enterado de que éste es un estudio de investigación sin riesgo y con el fin de realizar el protocolo de investigación de: **Propiedades psicométricas de ansiedad ante la muerte a través de la escala de “TEMPLER” adaptada a México, en personal médico del Hospital General de Pachuca.**

Manifiesto que lo que he expresado en la encuesta realizada es por mi libre albedrío.

Los Investigadores a cargo del estudio son:

Investigador Clínico: Dra. Leticia Cruz Robledo.

Domicilio San Ángel 211, col Santiago Jaltepec Pachuca Hidalgo.

Asesor clínico de tesis: Dra. Maricela Soto Ríos.

Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 col. Ciudad de los niños, Pachuca, Hidalgo.

Asesor metodológico universitario: Dra. Maricela Guevara Cabrera

Carretera Pachuca-Tulancingo No. 101 col. Ciudad de los niños, Pachuca, Hidalgo.

XIV.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Palencia Ávila M. calidad de la atención al final de la vida: Manual para el médico y la enfermera. Grama Editora, S.A. 1º Edición 2006.
- 2.- W. Astudillo, C. Mendieta. Como ayudar a un enfermo en fase terminal. Sociedad vasca de cuidados paliativos. 2003, 4ª Edición San Sebastián.
- 3.- W. Astudillo, C. Mendieta. Necesidades de los pacientes en fase terminal en “Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia”. Ed. W Astudillo y colab. Barañain, 4ª edición. EUNSA 2002, 83-92.
- 4.- J. Moral de la Rubia y M. Miaja Ávila. Afrontamiento y variables sociodemográficas como factores de riesgo y protección de ansiedad ante la muerte. Boletín de psicología No. 13, noviembre 2011, 29-44.
- 5.- L. Yonavy Álvarez. El modelo de la complejidad frente a los modelos psicológicos tradicionales de la ansiedad ante la muerte. Univ. Méd. Bogotá (Colombia), 51 (3) : 290-300, julio-septiembre, 2010.
- 6.- Oviedo Soto, S.J., Parra Falcón, FM., Marquina Volcanes, M. La muerte y el Duelo. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería No.15 febrero 2009 ISSN: 1695-6141.
- 7.- P. Fernández M.C. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. Enferm intensiva. 2011. doi; 10.1016/j.enfi.2011.01.004.
- 8.- Brito Brito, P.R; Aragonés Jiménez A. El morir y la muerte bajo el prisma de los profesionales sanitarios. Canarias Médica y Quirúrgicas, mayo-agosto 2006.
- 9.- J. Grau Abalo, M.del Carmen Llantá Abreu, C. Massip Pérez, M. Chacón Roger, M. Cristina Reyes Méndez, O. Infante Pedreira, T. Romero Pérez, I. Barroso Fernández y D. Morales Arisso. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se

capacita en cuidados paliativos. Pensamiento Psicológico, vol. 4, No.10, 2008, pp 27-58.

10.- A.G. Vargas Espínola. Un enfoque de vanguardia para una mejor comprensión y eficaz intervención con pacientes y familiares, revisado el 22 de abril del 2012, www.techpalewi.org.mx

11.- A. López Castedo e I. Calle Santos. Características psicométricas de la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) en pacientes de VIH/SIDA. Psicothema 2008. Vol. 20, no. 4, pp.958 - 963.

12.- A. F. Uribe Rodríguez / L. Valderrama Orbegozo/S. López. Actitud y Miedo ante la Muerte en Adultos Mayores. Pensamiento psicológico vol 3, num. 8, 2007, pp. 109 – 120. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y portuga.l

13.- F.J. Gala León, M Lupiani Jiménez, R. Raja Hernández, C. Guillén Gestoso, J.M González Infante, Ma. C. Villaverde Gutiérrez, y I. Alba Sánchez. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuadernos de Medicina Forense No. 30 – octubre 2002.

14.- J.Denollet et al./ Journal of clinical Epidemiology 62 (2009) 452-456.

15.- A. L- Gonzáles - Celis Rangel, A. Araujo Viveros. Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Revista Kairós Gerontología V.13 (1), Sao Paulo, Junho 2010: 167-90.

16.- A. Aradilla – Herrero y J. Tomás – Sábado. Efectos de un programa de educación emocional sobre la ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. EnfermClin. 2006; 16 (6): 321–6.

17.-M. Linden, BeateMuschalla.Journal of AnxietyDisorders 21 (2007) 1-8.

18.- M. E. Flores – Villavicencio, R. Troyo – Sanromán, M. A. Valle Barbosa y M. G. Vega - López. Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en

un hospital de tercer nivel en Guadalajara. Revista electrónica de psicología Iztacala vol. 13 no. 1, marzo de 2010.

19.- A. de la Herrán, Mar Cortina. Fundamentos para una pedagogía de la muerte. Revista Iberoamericana de educación (ISSN: 1681-5653) No.41/2- 2 de enero de 2007.

20.- W. Chaboyer, LukmanThalib, K. Alcorn, M.Forster. The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: An intervention study. Intensive and critical care Nursing (2007) 23, 362-369.

21.- A. Rivera Ledesma. M. Montero López Lena. Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte de Templer en sujetos mexicanos. Revista diversitas- perspectivas en psicología - vol. 6, Num. 1, 2010.

22.- J. Tomás Sábado y E. Guix Llistuella. Ansiedad ante la Muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. Enfermería clínica vol. 11 No.3, 2001.

23.- M.C. Pascual Fernandez. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de crítico en relación con la edad de los pacientes. Enferm Intensiva. 2011. doi: 10.1016/j. enf. 2011.01.004.

24.- R. Colell Brunet, Joaquín T. Limonero García y M. D. Otero. Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. Investigación en salud, agosto 2003, vol. V, núm.002

25.- Gómez Esteban R. Las ansiedades del médico frente a la muerte. Psiquiatría publica 2000 12(3).

26.- R. Gómez Esteban. El médico frente a la muerte. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2012; 32 (113), 67-82.

27.- F. Hernández Arellano. El significado de la muerte. Revista Digital Universitaria. 10 de agosto 2006. Volumen 7 Número. 8. INSS: 1067-6079.

28.- S. Silva Nova, A. Milena Parra Benavides, D. L. Forero Bernal, M. J. Jaime, A. Consuelo Rivera. Variables psicosociales en relación con el tema de la muerte: una breve revisión bibliográfica, Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia- volumen 4/número 6-7/ enero-diciembre 2008.

29.- A. Mercado Maya, L.G. Delgadillo Guzmán, I. Gonzales Jaime, Ansiedad ante la muerte en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Revista de psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México, noviembre 2008, abril 2009, nueva época año 1, número 1, ISSN 1870-8706.

30.- J. Balanza Soriano. Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad estrés, mobbing y burnout. Jano 28 noviembre-diciembre 2003. Vol LXV No. 1.499.

31.- J. Denollet, Kristel Maas, André Knottnerus, Jules J. Keyzer, Victor J. Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10 year follow-up of middle-aged women. 2009 pp 1-5.

32.- A Rivera-Ledesma, M. Montero- López Lena, Rosalba Sandoval- Ávila. Escala de ansiedad ante la muerte, de Templer: Propiedades psicométricas en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Journal of behavior, Health y social issues vol 2 num 2 Pp.83-91 11-10/4-10.

33.- Rodríguez Camero, M. L. – Azañón Hernández, R. Rodríguez Salvador, M. del Mar. Aproximación antropológica a la percepción de la muerte en profesionales de emergencias extrahospitalarias EPES 061 SP de granada. TEMPUS VITALIS. Revista electrónica internacional de cuidados volumen 6, número 2, 2006.

34.- Templer DI. The construction and validation of a death. Anxiety Scale. J. Gen. Psychol. 82:165-77, 1970.

