

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### “ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ -ZAMÁCOLA, AREQUIPA 2013”

Tesis presentada por las Alumnas:

PAOLA ROSARIO HILACUNDO PARQUE  
CONNIE LUCEIKY LLANOS CALDERÓN

Para optar el Título Profesional de:

*LICENCIADAS EN ENFERMERÍA*

**AREQUIPA – PERÚ**

**2013**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

**S.D**

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **“ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIA- ZAMACOLA, AREQUIPA 2013”**

Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Noviembre del 2013

---

PAOLA ROSARIO  
HILACUNDO PARQUE

---

CONNIE LUCEIKY  
LLANOS CALDERÓN



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

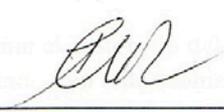
Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:  
**ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A  
90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS  
DIAZ-ZAMACOLA, AREQUIPA, 2013**

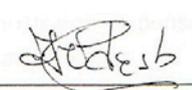
Autoras: PAOLA ROSARIO HILACUNDO PARQUE  
CONNIE LUCEIKY LLANOS CALDERON

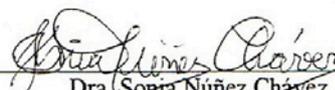
Fecha : Arequipa, 12 de Noviembre del 2013

Habiendo subsanado las observaciones dadas por el Jurado Dictaminador, el trabajo de investigación queda en condiciones de pasar a la fase de sustentación de tesis, de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Presidenta del Jurado Dictaminador

  
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra  
Secretaria del Jurado Dictaminador

  
Dra. Sonia Nuñez Chávez  
Miembro Integrante del Jurado Dictaminador

## INFORME DE ASESORÍA DE TESIS

**A:** Mg. Ruth Romero de Rodriguez  
Decana de la facultad de enfermería

**ASUNTO:** Informe de Asesoría de Trabajo de Investigación  
“ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90  
AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-  
ZAMACOLA, AREQUIPA 2013”

**DE:** Las Bachilleres Paola Rosario Hilacundo Parque  
Connie Luceiky Llanos Calderón

**FECHA:** Arequipa 15 de Octubre del 2013

---

Mediante el presente hago de su conocimiento los aspectos relacionados:

**Antecedentes:**

Después de hacer la revisión del proyecto dictaminado en diferentes sesiones de trabajo se procede a la revisión del planteamiento operacional efectuando algunos reajustes con respecto a la operacionalización de variables e indicadores.

Posteriormente el planteamiento operacional con relación al uso de la técnica e instrumento y la presentación de resultados.

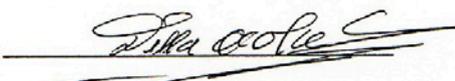
**Apreciación personal:**

Durante el desarrollo del trabajo las investigadoras mostraron responsabilidad, interés y constancia en todo momento hasta la culminación de su trabajo.

**Aporte:**

Se considera que el presente trabajo de investigación constituye un aporte para mejorar los mecanismos de afrontamiento a la muerte en los adultos mayores.

Atentamente.



Dra. DELTA OCOLA DE MARTINEZ

## DICTAMEN PROYECTO DE TESIS

**A** : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : Jurado Dictaminador

**ASUNTO:** Informe sobre las observaciones hechas al proyecto de investigación titulado **ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMACOLA. AREQUIPA. 2013 .**

**Presentado por las Srtas. Bachilleres: Llanos Calderón Connie Luceiky e Hilacundo Parque, Paola Rosario.**

**FECHA** : Arequipa, 24 de mayo del 2013.

---

Señora Decana, tenemos a bien darle a conocer las observaciones hechas al proyecto antes señalado, luego de haber sido por revisado por segunda vez:

### **I. PLANTEAMIENTO TEORICO:**

1.1. Marco teórico: agregar en rol de la enfermera sobre la salud mental del adulto mayor.

### **II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL:**

2.1. Mejorar el consentimiento informado; y, preguntas 7,8 y 9 del instrumento.

2.2. Especificar en forma clara la calificación de la Escala de Ansiedad.

Hechas las correcciones, puede iniciar la ejecución del proyecto.

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Miembro Jurado Dictaminador

  
Dra. J. Sonia Núñez Chávez  
Miembro Jurado Dictaminador

## DEDICATORIA

Con amor y Agradecimiento:

A **Dios** nuestro padre celestial y a **la Virgen Mariana** nuestra madre que guía en cada paso que damos.

Con todo mi amor y cariño a mis queridos padres **Soledad y Walther**, por su apoyo, comprensión, paciencia y ejemplos de superación los cuales me sirvieron de mucho para el logro de mis objetivos profesionales. A mi hermano **Alvaro** por ser ese amigo incondicional con el que uno siempre puede contar.

A mi Mama **Margarita** a mis tíos y primos los cuales fueron parte muy esencial en mi formación personal.

Y un agradecimiento especial a mi querida **Tía Lucy** por su cariño y estímulo para el logro de mi carrera profesional.

Gracias  
**PAOLA**

Con amor y eterno Agradecimiento:

A **Dios, la Virgen y al Divino Niño Jesús** porque gracias a su bendición y guía pude lograr alcanzar mis metas.

Con todo el amor y respeto a mis padres **Geovanna y Miguel**, quienes con su ejemplo, sacrificio y dedicación permitieron que yo llegue a ser una profesional. A mi hermano **Christian** por estar siempre a mi lado y ser mi amigo.

Y un agradecimiento muy especial a la memoria de mi **Tía Silvia** por ser un ejemplo en mi vida, escucharme, comprenderme, ayudarme y ser mi amiga.

Gracias  
**CONNIE**

## INDICE

PRESENTACIÓN .....	2
DEDICATORIA.....	3
RESUMEN .....	10
ABSTRACT .....	11

### CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA .....	13
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA .....	13
1.2. DESCRIPCION .....	13
1.2.1. ANÁLISIS DE VARIABLES .....	14
1.2.2. INTERROGANTES BASICAS .....	15
1.2.3. TIPO DEL PROBLEMA.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	15
2. OBJETIVOS.....	16
3. MARCO CONCEPTUAL.....	16
3.1. ADULTO MAYOR.....	16
3.1.1. CAMBIOS PSICOLOGICOS Y SOCIOCULTURALES .....	17
3.1.2. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR.....	19
3.1.3. PRINCIPIO GERONTOLÓGICO .....	20
3.1.4. CRISIS DE IDENTIDAD DEL ADULTO MAYOR .....	20
3.1.5. TRANSTORNOS Y ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR .....	22
3.2. ANSIEDAD.....	23
3.2.1. MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD.....	25
3.3. MUERTE.....	26
3.3.1. ETAPAS DE LA MUERTE .....	26
3.4. ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR.....	30

3.4.1. AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE .....	32
3.4.2. FASES DEL AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE.....	33
3.4.3. ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y PROPÓSITO DE LA VIDA .....	33
3.4.4. ASPECTOS QUE DETERMINAN LAS ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR .....	34
3.4.5. VARIABLES QUE DETERMINAN LAS ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR HACIA LA MUERTE.....	35
3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR .....	37
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	40
5. HIPÓTESIS .....	41

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICA E INSTRUMENTO.....	42
2. CAMPO DE VERIFICACION .....	42
2.1. UBICACIÓN ESPACIAL.....	42
2.2. UBICACIÓN TEMPORAL.....	42
2.3. UNIDADES DE ESTUDIO .....	43
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS .....	43

## CAPITULO III

### RESULTADOS

CONCLUSIONES.....	55
RECOMENDACIONES .....	56
BIBLIOGRAFIA .....	57
ANEXOS.....	59

## INDICE DE ILUSTRACIONES

TABLA N° 1: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN EDAD .....	45
TABLA N° 2: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN SEXO.....	46
TABLA N° 3: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR.....	47
TABLA N° 4: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN.....	48
TABLA N° 5: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN ESTADO MARITAL .....	49
TABLA N° 6: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN.....	50
TABLA N° 7: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN RELIGIÓN .....	51
TABLA N° 8: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN EXPERIENCIA DE MUERTE EN FAMILIARES.....	52
TABLA N° 9: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD EN FAMILIARES .....	53
TABLA N° 10: GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN FAMILIARES.....	54

## RESUMEN

### “ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMÁCOLA, AREQUIPA 2013”

Presentado por las Bachilleres en Enfermería, para obtener el Título Profesional de LICENCIADAS EN ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA, ubicada en la Urbanización San JoséS/NUMacollo. Teléfono 251210, Fax 054 – 219283, Apartado Postal 1350, Arequipa – Perú.

#### OBJETIVOS

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al centro de Salud “Maritza Campos Díaz- Zamácola.
- Precisar los grados de ansiedad hacia la muerte según la escala de Templer (DAS) en los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al centro de Salud “Maritza Campos Díaz – Zamácola”.

#### HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es una respuesta emocional de tipo aprehensivo caracterizado por palpitations, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir existiendo un estado de angustia.

Es probable que los adultos mayores de 65 a 90 años presenten un menor o mayor grado de ansiedad hacia la muerte.

#### METODOLOGÍA

Se utilizó como técnica la Entrevista y como Instrumento se aplicó la Cédula de Entrevista y la escala de Templer (DAS) a 50 adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

#### CONCLUSIONES

- Las características sociodemográficas de la población de estudio en su mayoría son: Edad 75-84 años, Sexo femenino, conviven con sus hijos, grado de instrucción primaria, estado marital viudos, tipo de ocupación no trabajan, religión católicos, experiencia de muerte con sus conyugues, estado de salud de familiares ningún problema.
- Los grados de ansiedad hacia la muerte se dan en mayor y menor grado de ansiedad, siendo el de mayor porcentaje el mayor grado de ansiedad.

#### RECOMENDACIONES

- Según los resultados obtenidos se recomienda: Al Director del Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola que se realicen coordinaciones con el personal de salud encargado del club del adulto mayor para programar acciones para mejorar el soporte psicológico donde se inserte técnicas de mejor utilización del tiempo, relacionados con la fe, terapia ocupacional, técnicas de relajamiento, técnicas de apoyo psicoafectivo.

PAOLA ROSARIO HILACUNDO PARQUE. Dirección: Calle Progreso 433 La tomilla-Cayma. Teléfono: 985683466

CONNIE LUCEIKY LLANOS CALDERÓN. Dirección: Calle Escomel 103 Cerro Juli. Teléfono: 987842049

Arequipa- Perú  
2013

## ABSTRACT

### “ANXIETY IN OLDER ADULTS BETWEEN THE AGES OF 65 AND 90 YEARS CONCERNING DEATH, WHO ARE PATIENTS AT THE CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMACOLA, AREQUIPA 2013”

Prepared by the bachelors of Nursing, to obtain the Professional Title of LICENSED NURSING from the CATHOLIC UNIVERSITY OF SANTA MARIA, located in the urbanization San Jose S/N Umacollo. Telephone 251210, Fax 054-219283, PO Box 1350, Arequipa - Peru.

#### OBJECTIVES

- To determine the sociodemographic status of older adults between the ages of 65 to 90 who are patients at the Centro de Salud “Maritza Campos Diaz-Zamacola”
- And to specify the levels of anxiety concerning death of these adults following the Templer Scale (DAS)

#### HYPOTHESIS

Given that this anxiety is an emotional response exhibiting apprehension characterized by palpitations of the heart, shortness of breath, instability, tremor or fear of dying existent in various states of distress.

It is likely that older adults between the ages of 65 to 90 display to a lesser or greater degree some level of anxiety regarding death.

#### METODOLOGY

The various states of anxiety were determined through interviews which applied interviewer's document and the Templer Scale (DAS) of 50 older adults from patients at the Centro de Salud Maritza Campos Diaz.

#### CONCLUSIONS

- The social demographic status of those studied is: ages 75-84 years; female and living with their children; widowed; not employed; Roman Catholic; have experienced the death of a spouse; present state of the health of their families is not a factor.
- The levels of anxiety about death varied from a minor to a major level with the highest percentage showing a higher level of anxiety.

#### RECOMMENDATIONS

- As a result of the findings of this study, the following is recommended: that the director of the Centro de Salud Maritza Campos Diaz- Zamacola that institute a program of coordination of personnel in charge of the elderly to improve psychological support by applying techniques to better use leisure time, develop stronger connections with faith, physical therapy, relaxation techniques, and other techniques which aid in the psychological well-being of patients.

PAOLA ROSARIO HILACUNDO PARQUE. Dirección: Calle Progreso 433 La tomilla-Cayma.  
Telefono: 985683466

CONNIE LUCEIKY LLANOS CALDERÓN. Dirección: Calle Escomel 103 Cerro Juli.  
Telefono: 987842049

**Arequipa- Perú**

**2013**

## INTRODUCCION

La ansiedad hacia la muerte es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia. La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido.

Elegimos este tema por dos motivos el primero por el aumento de la población de los adultos mayores el segundo por la longevidad que va cada año en aumento. El método elegido para la evaluación de la ansiedad ha sido la escala de Donald Templer (DAS) la cual nos ayudó a identificar el mayor y menor grado de ansiedad en los adultos mayores de 65 a 90 años, con una población de 50 adultos mayores.

Estudios posteriores han abordado las actitudes frente a la muerte como nueva categoría psicológica, principalmente en el equipo multidisciplinario de la salud. Las generaciones menores la sienten lejana, pues suponen que eso es propio de la vejez.

Se plantea así la necesidad de desarrollar este tema psicológico de las actitudes como factor que reviste importancia debido a que éstas mediarían los comportamientos y las posiciones afectivas que los individuos asumen ante la misma en un estado de enfermedad o en un estado de salud.

La edad se ha definido como una variable influyente en las actitudes hacia la muerte en la población, pero así mismo la resolución de las tareas evolutivas de cada ciclo del desarrollo humano permite un sentido de integración y tranquilidad con lo realizado en la vida. No obstante, es posible que se deslicen en su desarrollo sentimientos particulares, algunos de ellos encontrados entre sí, dado que es imposible ser totalmente objetivo en un tema tan movilizador como es la muerte.



**CAPITULO I**  
**PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

**1. PROBLEMA**

**1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

“ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMÁCOLA, AREQUIPA 2013”

**1.2. DESCRIPCION**

**CAMPO:** Enfermería

**AREA:** Salud Mental

**LINEA:** Ansiedad

**TIPO DE VARIABLE:** Interviniente

### 1.2.1. ANÁLISIS DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES
<b>Ansiedad Hacia La Muerte</b>	<b>Características sociodemográficas de las unidades de estudio</b>	
	• Edad	65-74 años 75-84 años 85-90 años
	• Sexo	Femenino Masculino
	• Convivencia Familiar	Cónyuge Hijos Hermanos Otros(tíos,sobrinos,primos)
	• Grado de instrucción	Primaria Secundaria Otros(Universidad, Instituto) Sin Estudios
	• Estado marital	Soltero (a) Casado(a) Conviviente Viudo(a) Divorciado(a)
	• Tipo de ocupación	Trabaja(Especificar) Jubilado No trabaja
	• Religión	Católica Cristiana Agnóstico Otros(Especificar)
	• Experiencia de muerte en los Familiares	Si(Especificar Hijos, Hermanos,Cónyuges) No
	• Estado de Salud en los Familiares	Enfermedades Psiquiátricas Tratamiento médico
• Mayor Grado de Ansiedad hacia la muerte	Escala de Ansiedad Hacia la Muerte (DAS) de Donald	
• Menor Grado de Ansiedad hacia la muerte	Templer(1970)	

### 1.2.2. INTERROGANTES BASICAS

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz- Zamácola?
- ¿Cuáles son los grados de ansiedad hacia la muerte según la escala de Templer en los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz-Zamácola?

### 1.2.3. TIPO DEL PROBLEMA

Tipo: De Campo

Nivel: Descriptivo

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La población geriátrica en el Perú va cada vez más en aumento así como la preocupación por esta misma ya que a esta edad se sufre de mayores trastornos que alteran la salud de esta población. Según el Estudio epidemiológico metropolitano de Salud Mental realizado en la ciudad de Lima en el 2002 por el Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi, el 10.5% de la población adulta mayor presenta, según el Mini Mental de Folstein, una función cognitiva anormal. También se encontró que los adultos mayores de 75 años presentan una prevalencia de estado cognoscitivo anormal de 30.2%, mientras que los que se encuentran entre los 60 a 74 años solo presentan un prevalencia de 5.3%.<sup>1</sup>

La tasa de mortalidad en la población geriátrica nos indican que en el año 2000 en el Perú el 50% de los habitantes murió antes de los 62 años, en el Callao fue de 70 años, en Huancavelica la mitad de la población fallece antes de cumplir los 42 años. Tiene relevancia científica porque aporta nuevos conocimientos sobre el estado de salud de la población geriátrica, es por ello que se desea realizar esta investigación para conocer como la población adulta mayor de 65 a 90 años plantea la muerte en esta etapa de vida.<sup>2</sup>

Actualmente no se han realizado estudios específicos sobre la ansiedad que siente el adulto de la tercera edad de 65 a 90 años al tener que afrontarse hacia la muerte

<sup>1</sup> Ministerio de Salud ASIS (2000). Información Estadística

<sup>2</sup> Instituto Nacional de Salud Mental Hideyo Noguchi (2002). Información Estadística

ya que esta es una experiencia que tal vez nadie desea tan siquiera imaginar. Es imprescindible que el profesional de Enfermería se forme adecuadamente en este campo, de manera que mejore su capacidad y sus estrategias para manejar, valorar, comprender el proceso que acompaña la muerte y la agonía de las personas que están a su cuidado.

Es viable llevar a cabo esta investigación para poder resolver uno de los problemas que afecten la salud del adulto mayor de 65 a 90 años para así poder brindar un gran aporte de conocimientos sobre la problemática expuesta en la población geriátrica.

## **2. OBJETIVOS**

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al centro de Salud "Maritza Campos Díaz- Zamácola".
- Precisar los grados de ansiedad hacia la muerte según la escala de Templer en los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al centro de Salud "Maritza Campos Díaz-Zamácola".

## **3. MARCO CONCEPTUAL**

### **3.1. ADULTO MAYOR**

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etéreo que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar, o bien jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida.

Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono.

### 3.1.1. CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y SOCIOCULTURALES

#### CAMBIOS PSICOLÓGICOS

Así como son muy pocas las personas que planean como tener un envejecimiento exitoso son muy pocas también las que tienen la conciencia de que si su salud se los permite, llegaran a ser un adulto mayor. Además de que podemos planear muchas cosas, menos el cómo seremos tratados.

Muchas personas tratan a sus viejitos como personas “de segunda clase”, ignorándolos y a veces incluso mal tratándolos en vez de dar el amor y atenciones que necesitan en esta etapa de temores y muchas veces de enfermedad y soledad, hacen todo lo contrario.<sup>3</sup>

A ningún ser humano se le debe de tratar mal pero quien lo hace (además de sus pocos valores morales y humanidad), no se pone a pensar en dos cosas:

- Algún día llegará a esa edad
- El dolor que está causando y lo que sufre el anciano a quien no se le trata bien.

Es una etapa en la que no solo se le debería de tratar igual que cuando era joven, sino ¡mucho mejor! Porque? Porque al llegar a esta edad se requiere de más cariño y atención por todos los cambios y características psicológicas (además de las que presenta y que para muchos adultos mayores no son fáciles de afrontar.<sup>4</sup>

Algunas de ellas son:

- Depresión o desgaste emocional por hacer frente a múltiples pérdidas: de la capacidad productiva, de la pareja (viudez), de hermanos, amigos, de seres amados lo que les deja una gran soledad.
- Muchos de ellos empiezan a afrontar el cambio de independencia por dependencia ya sea económica o física de sus familiares.

---

<sup>3</sup> *Programa de Atención Integral al Adulto Mayor* [serie en Internet]. [citada 2005 ]. Disponible en: <http://aps.sld.cu/bvs/materiales/programa/pronacional.html>

<sup>4</sup> American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM IV)*. Washington DC, APA.

- Otras pérdidas son la de capacidad de la movilidad y capacidad motriz así como de la imagen corporal.
- Declinación de la autoestima.
- Y si a todo ello le aumentamos el desamor y abandono por parte de la familia, podemos imaginar el dolor que les estamos ocasionando en el ocaso de su vida.
- Hay otros tipos de cambios que se dan en algunas personas de la tercera edad, como un mayor crecimiento espiritual ante el temor de la muerte.

### **CAMBIOS SOCIOCULTURALES**

Cambios de Rol individual: Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo: Los individuos en su última etapa de vida se hacen patente la conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente a la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte; esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.<sup>5</sup>
- El anciano como integrante del grupo familiar: Las relaciones del anciano con la familia cambian, por que suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de cederero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.<sup>6</sup>
- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas: La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas,

---

<sup>5</sup> ANTEQUERA R. (1993) *Actitudes de los ancianos ante la muerte: influencia de la institucionalización*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

<sup>6</sup> BARCIA D, NIETO J, DEL CERRO M. (1991) *La escala de ansiedad ante la muerte*. Anales de Psiquiatría.

económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por lamuerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional ysentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

### 3.1.2. SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR

Casi todas las personas adultos mayores son emocionalmente saludables, aunque en el plano psicológico se puede presentar ciertos cambios en la memoria, el aprendizaje, la atención, la orientación, la agilidad mental. No obstante, la educación y la cultura y la experiencia adquirida durante la vida constituyen una buena base para re-entrenar o re- aprender las habilidades que se van disminuyendo.

Así también, la vejez puede ser una época de realización, de agradable productividad y de la consolidación de habilidades y conocimientos sin embargo, los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser detonadores de algún problema de salud mental.<sup>7</sup>

Algunos de estos retos pueden ser:

- Pérdida de la pareja, algún amigo, algún miembro de la familia.
- Aislamiento y soledad.
- Escaso ingreso económico.
- Modificación del lugar que ocupaba en la familia como pareja, líder, proveedor.

Las enfermedades mentales o emocionales pueden manifestarse de muchas maneras, por lo que en ocasiones es difícil reconocerlas. Se confunden con dolencias o enfermedades físicas también pueden ser negadas por la familia o mal interpretadas como una parte normal del envejecimiento. A continuación veremos las manifestaciones de los diferentes problemas de salud mental que pueden presentar en la persona del adulto mayor.

---

<sup>7</sup>BLANCO PICABIA A. (1992)“*La muerte en el anciano.*”*Geriatría.* a;8(10):443-450.

El adulto mayor enfrenta la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad que practica la marginación social de los adultos mayores, sintiéndose a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho en la sociedad. Por lo tanto sufre la experiencia de vivir su auto estima en decadencia, que lleva inclusive a la depresión.

En ocasiones, el adulto mayor se encuentra sin herramientas que le permitan la adaptación tales como la motivación, refuerzos sociales al carecer de estas herramientas, es difícil que se adapte a nuevos hábitos y circunstancias de vida, además siente que la sociedad no lo valora de tal manera que él considera que sería lo justo.

Por otra parte, encontramos que existen adultos mayores que son más intelectuales o permanecen mentalmente activos, los cuales son capaces de enfrentar su vejez con mayor serenidad que aquellos cuya vida carece de sentido, es de ellos de quien se debe aprender.

### **3.1.3. PRINCIPIO GERONTOLÓGICO**

En la medida de lo posible el adulto mayor debe permanecer en el medio físico, familiar y social en el que ha desarrollado su vida; debe respetarse su forma personal de relación con los lugares, objetos y personas que han configurado su existencia, todo ello favorece su salud mental.

### **3.1.4. CRISIS DE IDENTIDAD DEL ADULTO MAYOR**

Esta situación se causa por varios motivos que causan un conflicto interno en la persona.

Algunos de ellos se mencionan a continuación:

- Vive en la incertidumbre del futuro y tiende a repliegarse a sí mismo
- Vive una transformación rápida de sus capacidades físicas e intelectuales y de su modo de vida.
- Surge una crisis de identidad: deja de saber quién es y para qué sirve.
- Le asaltan dos temores, por un lado el temor a perder el control de su vida. Este temor va de la mano del género:¿Qué teme perder el hombre? ¿Qué teme perder la mujer? Y por otro lado la incertidumbre nacida de

un sentimiento de inutilidad. Gran parte de su identidad y del sentido de su vida desaparecen, dejándolo desamparado.

- La llegada a una situación de dependencia debido a la edad avanzada provoca un fuerte deseo de independencia que actualiza conflictos antiguos y por otra parte hace resurgir conflictos con la familia de origen, pero ahora llevados a otras personas.<sup>8</sup>

Es evidente que la ausencia de un apoyo familiar firme es un factor de riesgo de institucionalización nada deseable, ya que el objetivo principal de la geriatría es que el adulto mayor este en su medio habitual, rodeado de su familia, de sus cosas; que sea tratado como un ser humano rico en sabiduría, experiencias y vivencias.

Un aspecto relacionado con la salud mental es la plena capacidad de dormir y descansar apropiadamente, por lo que el insomnio, que consiste en el desorden de iniciación y sostenimiento del sueño, puede ser un problema que genere irritación, agotamiento, somnolencia durante el día, etc.

Este problema presenta una serie de elementos que deben ser analizados adecuadamente para establecer una atención correcta. Cuando se trata de insomnio transitorio, para combatirlo se recomienda llevar a la persona a la cama a una hora determinada diariamente; despertarle siempre a la misma hora; hacerlo dormir en una habitación fresca, limpia, tranquila y oscura; y por ultimo ayudarle a hacer ejercicio diario, pero ni muy intensamente, ni muy tarde.

No se aconseja que la persona tome siestas durante el día; tome café, té o bebidas con cafeína, en especial cerca de la noche al igual que las bebidas con alcohol.

También un factor de desestabilización emocional el que la persona adulta mayor sea víctima de maltrato o violencia, la cual se puede dar por diferentes factores: problemas familiares escasos recursos económicos, agotamiento por parte de cuidador o familiar, pero sobre todo por una

---

<sup>8</sup>Flores, G.V., (2007). Ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas.

intolerancia debida al desconocimiento de las necesidades de las personas adultas mayores.

Por otro lado, la demencia es uno de los problemas de salud mental más graves que aquejan a las personas adultos, ya que se debe a un desorden progresivo de las funciones intelectuales superiores, tales como la memoria, el lenguaje, la concentración y la motricidad (movimiento de los brazos y piernas), afectando las actividades de la vida diaria.

### **3.1.5. TRANSTORNOS Y ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR**

#### **DEPRESIÓN**

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la vejez. A nivel de los consultorios de médicos generales, aproximadamente uno de cada tres pacientes mayores de 60 años sufre de síntomas de depresión.

La detección temprana de estos síntomas y su tratamiento contribuirá a mejorar el bienestar de los adultos mayores. Así mismo la depresión se refiere a los desórdenes emocionales que se presentan con frecuencia en una persona, tales como angustia, agitación, desesperanza, trastornos del sueño o cambios drásticos del humor.

Algunas de las variables asociadas con la depresión en la tercera edad son: ser mujer, estar separado(a), la viudez, el nivel socioeconómico bajo, insuficiente apoyo social, y cuando ocurren eventos vitales recientes adversos e inesperados. Un factor de riesgo importante es la discapacidad producida por enfermedades físicas, siendo frecuente la asociación de una patología crónica con una enfermedad depresiva.

La depresión es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Pero debido a que la depresión es una enfermedad común nos podemos encontrar con tratamientos muy efectivos.

Por tanto, si la persona no busca ayuda médica para erradicarla o por lo menos aminorarla, no sólo va a sufrir, sino que no podrá llevar a cabo sus actividades diarias y ocasionará padecimientos en todo su grupo familiar.

## DEMENCIA

La demencia puede ser definida como un síndrome caracterizado por deterioro adquirido y persistente de la función intelectual, con afectación de al menos tres áreas de la actividad mental, como trastornos del lenguaje y de la memoria; trastornos emocionales o de la personalidad, y trastornos cognitivos (falta de capacidad de aprendizaje). Al presentar algún tipo de demencia se produce un claro deterioro en el control emocional, de la conducta social y/o de la motivación.

Las demencias tienen una prevalencia entre un 5% a un 8% en la población adulta mayor; aumenta en forma progresiva con la edad y es muy frecuente en los hogares de ancianos. Se presenta en la enfermedad de Alzheimer, en la enfermedad cerebrovascular, y en otras condiciones que afectan al cerebro de forma primaria o secundaria.<sup>9</sup>

Es importante examinar a los pacientes buscando este síndrome (demencias) pues no es un motivo frecuente de consulta, y no siempre es diagnosticado por los médicos. El que se diagnostique una demencia, es porque da claras señales de deficiencia en la memoria, la concentración, el razonamiento, el lenguaje y el comportamiento.

Su inicio y evolución son progresivos, afectan la autonomía y alteran la convivencia cotidiana de la persona, por lo cual es necesario acudir a un especialista en salud mental, de preferencia a un psicogeriatra, pues es el psicólogo especialista en adultos mayores, quien recomendará el seguimiento adecuado.

### 3.2. ANSIEDAD

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación. Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.

---

<sup>9</sup>BARELLF.(2005)Afrontamiento emocional de la Muerte. Información y comunicación.FMC(Extraordin):1-13.

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. La ansiedad es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido podemos considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico. La ansiedad necesariamente positiva se enfoca con las experiencias de la vida cotidiana del ser humano y entra de lleno en el campo de la motivación que nos hace alcanzar metas.

La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Ahora bien, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provoca respuestas de evitación e inhibición, que mantiene un estado de alerta prolongado sin justificación alguna.

La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos.

Estos cambios fisiológicos son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas, etc.

A nivel de nuestro sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial, etc. Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud

### 3.2.1. MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS DE LA ANSIEDAD

#### - FÍSICOS

Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.

#### - PSICOLÓGICOS

Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, recelos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura. Suicidio.

#### - CONDUCTUALES

Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo.

Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

#### - INTELECTUALES O COGNITIVOS

Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

## - SOCIALES

Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

### 3.3. MUERTE

Se considera que la muerte ha ocurrido cuando los pulmones y corazón han dejado de funcionar durante varios minutos.

Por lo general la respiración se suspende primero; unos minutos después se para el corazón. En la actualidad para los trasplantes humanos se ha hecho necesario tener una definición más precisa que la sensación de la respiración y de los latidos cardiacos como signos absolutos de la muerte. La ausencia de actividad de ondas cerebrales, medidas en un encefalograma, es continuamente utilizada para confirmar que ha ocurrido la muerte.<sup>10</sup>

#### 3.3.1. ETAPAS DE LA MUERTE

En su libro *OnDeath and Dyng*, la doctora Elizabeth Kubler-Ross sugiere que hay cinco etapas por las que la mayoría de las personas atraviesan cuando conocen que van a morir,

Son:

- Negatividad
- Enojo
- Regateo
- Depresión
- Aceptación

#### - ETAPA DE NEGATIVIDAD:

La primera etapa es una no aceptación. ¡Esto no puede estarle pasando a

---

<sup>10</sup>Nieto, J., Abad, M. y Torres, A., 1998. *Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica*. Anales de Psicología, 4, pp. 75-81.

él! Con seguridad que hay un error. A menudo, el paciente busca una confirmación de la enfermera y la interroga sobre lo que ha dicho el médico. Aunque la decisión de que decir al paciente corresponde al médico y la enfermera acepta su guía en esta cuestión, debe saber que ha dicho al paciente y a su familia, para ella poder darles apoyo. En el curso de esta etapa de negatividad la enfermera debe aceptar el hecho de que el paciente no está aun listo para reconocer la gravedad de su enfermedad. Algunos pacientes mantienen esta negatividad hasta el punto de la inminencia de la muerte y continúan hablando con optimismo de planes futuros y de lo que van a hacer cuando mejoren.

El personal de enfermería con frecuencia admira erróneamente este tipo de comportamiento, considerando que el paciente se comporta “muy valientemente”, aunque de hecho usualmente es más difícil para este paciente al llegar la hora y no puede negar más tiempo que la muerte está cercana. Muchos pacientes, sin embargo, conocen su pronosis, aunque nunca se les ha dicho con palabras, y no obstante pretenden que no la conocen.

A menudo, mantienen una máscara de animación en beneficio de sus familiares quienes se sienten incómodos al hablar acerca de la muerte, o bien porque creen que el personal del hospital espera que se comporten de ese modo.

Para estos pacientes es un alivio quitarse la máscara delante de alguien que sienta que comprende lo que está pasando. Sin embargo, se debe apuntar que la mayoría de los pacientes prefieren conservar cierta esperanza -que se encontrará una nueva cura, que sucederá un milagro- aunque racionalmente no esperan ninguno.

- **ETAPA DE ENOJO:**

¿Por qué debe pasarle esto a él? ¿Qué ha hecho para merecer el castigo? En este punto a menudo el paciente reprocha a los que están cerca de él: los médicos, las enfermeras, el hospital, su familia. Puede criticar mucho la asistencia que está recibiendo. Si la enfermera sabe que no hay nada personal en sus ataques, que en realidad está enojado con Dios y con lo

que sea su destino más que con quienes lo están atendiendo, le será más fácil tener paciencia y tolerancia ante su comportamiento.

Los familiares del paciente también pasan a menudo por estas etapas de angustia y hostilidad, y descargan sus sentimientos en el personal. Ayuda recordar que esta reacción es también normal y la enfermera no debe ponerse a la defensiva o mostrarse hostil.

- **ETAPA DE REGATEO:**

Desde la niñez se ha creído que el buen comportamiento es premiado y castigadas las malas acciones. Por consiguiente, si se promete ser muy bueno puede ser que se cambie la decisión de muerte. La enfermera puede oír que el paciente dice que hará cualquier cosa: arrepentirse de sus pecados, corregir sus pasados errores, si se le deja vivir un poco o siquiera si se le libra de su dolor. La enfermera, posiblemente, estará familiarizada con este procedimiento de regateo; es posible que haya rezado o se haya prometido a sí misma que si se aprueba este examen, en el futuro estudiara todas las noches.

La enfermera no puede cambiar la prognosis del paciente, desde luego, pero si puede hacer algo para el alivio del dolor. Se procura al paciente la máxima comodidad posible. Se considera que la eficacia de los analgésicos será la mejor si se dan con regularidad cada tres o cuatro horas, y no esperar hasta que el dolor se haga insufrible. Algunos analgésicos tienen el desafortunado efecto secundario de nublar la conciencia.

A causa de ello, el paciente puede pedir que le sean retirados cerca de la hora de la muerte, para poder pensar y hablar con claridad. La enfermera es guiada por las órdenes del médico, pero en la mayoría de los casos el médico y la enfermera siguen los deseos del paciente a este respecto. Cuando el paciente percibe que sus esfuerzos de regateo tienen éxito, entra en un estado de depresión. Esta es también una reacción normal al darse cuenta de que todo lo que ha obtenido en su vida y lamenta su pérdida. Durante esta etapa el paciente puede preocuparse mucho por cómo su familia va a vivir sin él cuando haya muerto y puede

estar ansioso por “poner en orden sus asuntos”. Algunas veces, les es difícil discutir estos temas con su familia, que con frecuencia reacciona emotivamente al hablar de la muerte. En este caso, un tercero, que puede ser el sacerdote, la trabajadora social o un amigo íntimo del paciente, puede ser la mejor persona para encargarse prácticamente de estos asuntos.

- **ETAPA DE DEPRESION:**

En esta etapa depresiva el paciente puede no querer hablar mucho. Puede querer ver solo a los más queridos y cercanos. Pero no por esto la enfermera debe estar segura de que quiere ser dejado solo. Es tranquilizante la presencia de alguien que le muestre simpatía. Muchos hospitales permiten que un miembro de su familia permanezca con el paciente que está gravemente enfermo, o que sus familiares lo visiten con la frecuencia que deseen. Un paciente moribundo se deja con frecuencia en un cuarto privado para que él y su familia puedan tener intimidad. Pero a menudo esto contribuye a que el paciente se sienta aislado. Si no tiene familiares con él, la enfermera puede ayudar a que el paciente venza sus sentimientos de aislamiento al detenerse a verlo con frecuencia, pasar tiempo con él tanto como su horario o permita.

- **ETAPA DE ACEPTACION:**

La etapa final del proceso de morir viene cuando el paciente ha aceptado que pronto va a morir y está preparado para ello. Para entonces, el enfermo está cansado, pero en paz. En esta etapa es común que la familia del paciente sea la que necesite más apoyo, los familiares y el moribundo reaccionan ante la muerte en formas muy diversas. Pasan por las mismas etapas que el paciente, pero en diferente tiempo. Cuando están con el agonizante, con frecuencia no saben qué decir ni qué hacer. La enfermera puede ayudar a la familia en estos momentos asegurándole intimidad, permitiéndole el acceso y mostrándole amabilidad, proporcionándole consuelo como lo hace con el paciente.

Es importante que la familia sienta que el paciente recibe la mejor atención. Ayudar al paciente a morir en forma digna y apacible es,

posiblemente, una de las mayores contribuciones que la enfermera puede hacer por la comodidad, tanto del paciente como de sus familiares.

En ocasiones, es la enfermera quien debe decir a los familiares que el paciente ha muerto. Es mejor decirlo en privado a la familia reunida. La enfermera debe prever que van a sentirse mal y que van a buscar en ella un comprensivo apoyo. En muchas instituciones hay un pequeño salón o una capilla para orar a la que la enfermera puede llevar a la afligida familia y dejarla sola unos momentos. En todos los grupos culturales hay ciertos ritos que se deben hacer a la hora de la muerte y que ayudan a que la familia afronte su aflicción.

La enfermera debe conocer estos ritos y debe procurar sus últimos respetos a la persona muerta; esto debe ser permitido. Algunos grupos étnicos consideran que los familiares cercanos deben expresar ruidosamente su pena. En otros se espera, un comportamiento más estoico. Sin embargo, cualesquiera que sean los antecedentes culturales, la muerte de un familiar cercano es una situación en la cual el llanto no solo está permitido, sino que se considera como una ayuda en la aflicción

### **3.4. ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR**

La ansiedad ante la muerte del Adulto Mayor es la reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro, amenaza, reales o Imaginados, a la propia existencia que pueden desencadenarse ante estímulos Ambientales, como cadáveres, cementerios, etc.; estímulos situacionales que se hayan asociado con los anteriores y sean capaces de provocar una respuesta condicionada; y también por estímulos internos de la persona, como pensamientos o evocación de imágenes relacionados con la muerte propia o ajena. Se ha considerado que el pensamiento y la consciencia de la propia muerte, es una de las características que provoca reacciones de desesperación, miedo y la ansiedad hacia la muerte.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Kaplan H., Sadock B. *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica*. Octava Edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2003.p. 20-21.

El adulto mayor ansioso experimenta un estado de tensión incrementada a la que Walter Cannon describía en 1927 como una preparación para “luchar o huir”. Si la amenaza cesa o es resuelta, la persona regresa a su funcionamiento normal. De esta manera, la ansiedad habrá servido a su propósito al alertarnos sobre un posible daño. Desafortunadamente, algunas veces la alarma sigue sonando y el individuo continúa actuando como si estuviera en un peligro constante. Semejante estrés prolongado, puede desarticular la vida de una persona, destruir las relaciones personales e incluso, producir cambios orgánicos que pongan en peligro la vida.

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte se puede entender como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza a la propia existencia.

La ansiedad podría aparecer ante la presencia de una enfermedad grave, la muerte de un ser querido, la noticia de un fallecimiento o por estímulos situacionales que por asociación con los anteriores han condicionado estímulos internos del sujeto tales como pensamientos o imágenes relacionadas con la muerte propia o la de un ser querido.

En la descripción de la ansiedad hacia la muerte en el adulto mayor 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.

La muerte genera ansiedad y mucho más a esta edad generan cambios actitudinales en los familiares, amigos y allegados. Ante este miedo y esta ansiedad se ponen en marcha ciertas estrategias defensivas tales como:

- Eludir el problema del cuidado del enfermo trasladándolo a un hospital y no afrontando la convivencia cotidiana.

- Otro mecanismo defensivo es el conocido como "pacto o conspiración del Silencio" evitando aludir a la gravedad de la enfermedad y a la muerte lo cual se traduce en un mayor aislamiento del paciente.

Para los adultos mayores la muerte es una realidad cercana, ya que muchos de sus compañeros de vida (amigos, familiares, pareja) ya han muerto o están afectados por enfermedades incurables lo que da lugar a que sea un tema más próximo y tangible que en generaciones anteriores. La muerte contiene una enorme cantidad de incógnitas, pero es un hecho inevitable, natural a la condición humana, como lo es el rechazo que despierta, con la consiguiente ansiedad y temor. El hombre, sabe que morirá, y tiene conciencia de este hecho, aunque no lo haya experimentado en él mismo.

La ciencia define la muerte como el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y el cese, también irreversible, de todas las funciones cerebrales. Para la psicología, la muerte constituye una de las fuentes de angustia más significativas e importantes. Estos conceptos de muerte son tan sólo una muestra de los posibles planteamientos que, de manera amplia y difusa, el adulto mayor adopta ante la muerte.

Pero asimismo se debe tener en cuenta que estos conceptos van a adquirir matices diferentes al ser asimilados por cada individuo concreto. Desde una perspectiva psicológica, la muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977).<sup>12</sup>

### **3.4.1. AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE**

Cuando se es adulto mayor, se hace persistente la conciencia de que la muerte está más cerca. La concepción de la vida y la muerte adquiere un nuevo sentido. Este sentido está condicionado por factores como creencias religiosas, cultura, factores educacionales, las propias experiencias y el estado físico. La muerte forma parte de la vida; la vida no sería lo que es si no estuviese destinada a ese final. Saberlo y contar con ello es

---

<sup>12</sup>Kalache A.(2000)*Situación global del envejecimiento*. Consulta interregional sobre el envejecimiento de la población organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo, en la ciudad de Washington [serie en Internet]. [citada 17 Nov 2003]. Disponible en:[www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm) 9° Rocabruno JC.(1999) *Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica*. La Habana: Editorial Científico Técnica.

importante. Los adultos mayores dependientes no temerán la muerte ni el deterioro si están rodeados y cuidados por personas que no temen envejecer ni morir y viceversa. En la actualidad abundan estudios biológicos, psicológicos, sociológicos, médicos sobre la muerte, con atención a casos concretos, a los modos y formas en las que se hace frente al hecho de que los seres humanos mueren, siendo distinto en cada comunidad y en cada clase social, poniendo de manifiesto que la muerte humana no sólo es un fenómeno natural, sino que también lo es social.

#### **3.4.2. FASES DEL AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE**

La primera fase es aquella en la que se produce un choque debido a que la persona es consciente de su fragilidad, y la obsesión le invade.

La segunda fase es aquella en la que se niega el hecho y se busca un remedio.

La tercera fase es aquella en la que sufre una reacción de ira, al darnos cuenta de que no existe un remedio para nuestro mal.

La cuarta fase es cuando avanzamos en el tiempo, sentimos apatía e incluso depresión, ya que sentimos una desconfianza que nos acompaña día tras día. La muerte está ahí y no podemos esquivarla cuando nos sobreviene. Esto lo sabemos todos.

La quinta fase consiste en la lucha por prolongar esta existencia. Acabamos por aceptar el hecho, nos resignamos y la aceptamos. Finalmente la comunicación con los demás se corta y se produce la concentración en uno mismo.

#### **3.4.3. ACTITUDES ANTE LA MUERTE Y PROPÓSITO DE LA VIDA**

Las actitudes ante la muerte son un producto de la educación, que varía en función del contexto cultural. Están estrechamente relacionadas con la visión personal del mundo y con la posición que uno considera que ocupa en el mundo. Esto a su vez tiene que ver con el control percibido de la realidad, en concreto de las leyes naturales (visión de control o de sometimiento), pues una sensación de control sobre éstas lleva a tener menos conciencia del poder de la naturaleza sobre la vida y por lo tanto de la muerte. También

tienen que ver con las experiencias relacionadas con la muerte, con la esperanza de vida y con las creencias sobre lo que es un ser humano.

La muerte genera todo tipo de actitudes y emociones siendo el miedo y la ansiedad las respuestas más comunes. Algunas actitudes ante la muerte están asociadas a la edad, aunque lo que prevalece es la percepción individual, y es ahí, a nivel individual, donde debemos actuar, proporcionando una atención individualizada, personalizada y de calidad.

La actitud frente a la muerte en el Adulto Mayor depende de múltiples factores: la personalidad de la persona, su estilo de vida, el contexto sociocultural, las relaciones humanas que se han tenido y las que se mantienen con la familia y los amigos, el dolor padecido.

#### **3.4.4. ASPECTOS QUE DETERMINAN LAS ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR**

Al reflexionar sobre las actitudes concretas e individuales que el adulto mayor adopta ante la muerte, hemos de conocer necesariamente en algunos de los aspectos que las determinan:

**En primer lugar**, la imposibilidad de hablar de una actitud objetiva ante la muerte, a ninguna edad, ni en ningún momento, ya que, como subrayó Freud (1918) la muerte propia es inimaginable y, por ello, en lo inconsciente, todos estamos convencidos de nuestra inmortalidad.

**En segundo lugar**, la influencia que ejercen las circunstancias personales y el contexto, determinando las situaciones en las que el sujeto se encuentra y que influyen sobre sus particulares actitudes ante la muerte.

Circunstancias de las que destacan, por su importancia, fundamentalmente dos:

- a) Según el sujeto se plantee la muerte propia o la de otra persona (y aún en este caso variará si se trata de una persona querida o no)
- b) Según el sujeto se encuentre en una situación en la que se enfrenta directamente con la muerte (cuando hay un peligro inminente) o en una situación en la que se piensa acerca de la posibilidad de la muerte en general y remotamente.

**En tercer lugar**, los planteamientos y expectativas que cada uno mantenga con respecto a la muerte y que van a determinar sus actitudes ante la misma.

### **3.4.5. VARIABLES QUE DETERMINAN LAS ACTITUDES DEL ADULTO MAYOR HACIA LA MUERTE**

Hemos de tener presente que el término de adulto mayor comprende una gran variabilidad en aspectos tales como la edad, el nivel socioeconómico o cultural, su personalidad, su estado emocional, nivel de apoyo social, etc. De forma que resulta inadecuado hacer generalizaciones sin tomar en consideración las matizaciones que a las mismas confieren la individualidad de cada sujeto y las influencias que cada una de esas variables pudieran ejercer sobre sus actitudes. Por ello se hace conveniente analizar, aunque también someramente y de forma aislada, algunas de las variables que han demostrado ejercer una mayor influencia sobre las actitudes de la población anciana hacia la muerte.

**LA EDAD:** La edad representa uno de los factores más importantes de la actitud hacia la propia muerte. En los intervalos de edad comprendidos entre 65 y 95 años la respuesta predominante es la aceptación de la muerte como algo inevitable. En el intervalo de edad de 85 a 95 años aumenta sensiblemente el porcentaje de aceptación; parece que la inminente proximidad a la muerte puede conllevar un mayor grado de aceptación. Hay autores que admiten que el grupo de edad puede también determinar la percepción que se tiene del tema objeto de estudio, basándose en que el concepto que se tiene de la muerte se modifica y configura a lo largo del desarrollo evolutivo del hombre y por lo tanto, después de todo un ciclo en el cual se han ido asimilando criterios, experiencias y sentimientos, es en la vejez cuando parece que se llega a aceptar el evento antedicho como un proceso natural, como algo inevitable. Esta línea de pensamiento sostiene que al cabo del tiempo, y en comparación con otros grupos de edad, la mayoría de los ancianos suelen poseer una orientación activa hacia la muerte y no están de acuerdo con la idea de que se deba ignorar y no hacer planes en relación con ella (testamento, funerales, etc.).

**EL ESTADO CIVIL:** A diferencia de lo que ocurre con otros períodos evolutivos, el estado civil parece determinar las actitudes que los ancianos mantienen hacia la muerte. Así, se ha constatado que los ancianos casados muestran una mayor ansiedad ante la muerte que los viudos o los solteros (Wagner y Lorion, 1984). Quizás esto pueda ser así por la mayor preocupación por la situación tanto económica como emocional en la que pueda quedar el cónyuge una vez que el sujeto haya fallecido.

**LA RELIGIOSIDAD:** Quienes encuentran que a mayor nivel de religiosidad existe una menor ansiedad ante la muerte (Jeffers, Nichols y Eisdorfer, 1961; Wolff, 1970) consideran que esto es debido al apoyo emocional y a que las creencias ayudan a afrontar el miedo. A estos efectos benéficos de la religión habría que añadir el mayor apoyo que reciben aquellos ancianos que pertenecen a una comunidad ya sea religiosa o no.

El mayor poder de la religión, dice Freud, radica en su segunda función, que es la de satisfacer la necesidad de protección y calmar la angustia y el miedo que se siente ante la muerte.

### **FUNCIONES PRINCIPALES DE LA RELIGIÓN**

1. **La primera:** Satisfacer la curiosidad natural del hombre de saber, ya que le informa sobre el origen y la génesis del Universo.
2. **La segunda:** 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.
3. **La tercera:** Difundir reglas y consejos de cómo comportarse en la vida, con la finalidad de obrar con justicia.

**LA INSTITUCIONALIZACIÓN:** Generalmente, la mayor parte de los estudios realizados sobre la influencia del tipo de respuesta (instituciones o familiar) concluyen que quienes viven en asilos/residencias manifiestan menor temor a la muerte y actitudes más positivas ante la misma. Pero a partir de los 85 – 95 años estas diferencias se minimizan y aparece un mayor grado de aceptación ante la muerte independientemente de que los ancianos estén institucionalizados o residan con familiares (Rubio Herrera, 1981).

### **3.5. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR**

La Enfermería en Psiquiatría ha ido evolucionando a la par que otras áreas de la Enfermería, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta. Se ha fortalecido además con teorías propias, hoy reconocidas como tales, dentro de las cuales se destacan la teoría de la "relación interpersonal enfermera paciente" de Hildegard Peplau, la teoría de "las necesidades humanas" de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de "adaptación" de la hermana Calixta Roy, y otras teorías que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de la enfermera en el área de Psiquiatría, sino que además han contribuido con sus aportes al manejo integral de la persona enferma, sea cual sea el lugar donde se encuentre y el problema que tenga.

Si revisamos las funciones del profesional de enfermería en Psiquiatría se aprecia que no difieren mucho a las de otras áreas. Así la enfermera debe contar con muy buenas bases para optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden como administradora, educadora, investigadora y proveedora de cuidado a nivel individual, familiar o grupal.

La finalidad de la práctica asistencial es la salud mental, la cual se busca a través de acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria. La salud mental es algo inherente a todos y cada uno de nosotros, y debe estar presente en todas nuestras intervenciones profesionales.

#### **ROL EN PREVENCIÓN PRIMARIA**

La prevención primaria tiene como función la promoción de un desarrollo sano de la personalidad del individuo, así como de la familia y la comunidad, mediante la reducción de factores de riesgo. Los programas de prevención primaria en Salud Mental, son aquellos diseñados para disminuir el porcentaje de aparición de disturbios emocionales en la comunidad, neutralizando las condiciones sociales de estrés, angustia el cual causa problemas en las relaciones con los demás, ya que los individuos están constantemente tensos y preocupados, muchas veces sin una razón aparente.

También puede afectar la capacidad de una persona para concentrarse, lo que

puede impedir que trabajen a su máximo potencial que pueden ocasionar una enfermedad mental, o para intervenir prontamente cuando tales condiciones existen.

La promoción de salud mental es una responsabilidad de todos y especialmente de aquellos profesionales preparados en el área. Este programa involucra necesariamente miembros destacados de la comunidad y entidades de la misma que por razones de su función tienen un impacto reconocido en la comunidad, como son las escuelas, centros de salud, iglesias, etc.

El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe estar en capacidad de evaluar los factores de riesgo psicosociales predominantes en la comunidad o en grupos específicos de esta. Una vez identificados los factores de riesgo y los grupos más vulnerables, la enfermera debe planear acciones de promoción de salud mental apoyándose en la teoría de crisis y más específicamente en las crisis de desarrollo.

Podrá programar actividades para desarrollar con los padres, con los escolares, con los adolescentes, con los ancianos, tendientes a la preparación de cada uno de estos grupos de personas en el manejo anticipatorio de las crisis propias de cada etapa evolutiva, reduciendo el riesgo de nuevas crisis y preparando a los grupos de la comunidad para enfrentar nuevas tareas y expectativas.

Otra labor que le corresponde al profesional de enfermería, y que está considerada a nivel de prevención primaria es la intervención en crisis situacionales o accidentales, presentadas por las personas que se encuentren en su entorno comunitario u hospitalario.

No es de extrañar el desencadenamiento de una crisis ante una situación de enfermedad, de hospitalización o de muerte y por ser la enfermera la persona que permanece por más tiempo cerca del paciente, es la llamada a intervenir más prontamente.

### **ROL EN PREVENCIÓN SECUNDARIA**

En el campo de la salud mental tienen por objeto reducir la prevalencia del trastorno mental, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, facilitando el acceso a los servicios de salud mental.

El pronto reconocimiento de desórdenes del comportamiento en el adulto mayor que interfieran en sus rutinas de la vida diaria y la detección de signos de descompensación incipiente en adultos y ancianos ante situaciones de cambio, así como sentimientos de insatisfacción; angustia y algunos trastornos psicofisiológicos, deben ser tomados en cuenta como signos de enfermedad sería incipiente que requieren de una intervención rápida y apropiada. La enfermera puede identificar estas situaciones, intervenir si está suficientemente preparada, o remitir a un profesional competente.

Hasta el momento las acciones de prevención secundaria se han quedado circunscritas al tratamiento del enfermo mental en una institución psiquiátrica y limitada muchas veces por el acceso difícil debido a la falta de cupos en los hospitales del estado y por los altos costos en las clínicas privadas. Dentro de estas instituciones el profesional de enfermería cumple con funciones de tipo administrativo, asistencial, educativo, y en menor medida investigativo.

### **ROL EN PREVENCIÓN TERCIARIA**

Las acciones tendientes a reducir los efectos residuales de la enfermedad mental, a promover su rehabilitación y la reubicación en la vida familiar y ocupacional, son limitadas por parte de las instituciones estatales y privadas. Solo hasta hace pocos años algunas instituciones se han preocupado por crear servicios de rehabilitación para enfermos mentales, talleres de ludoterapia, manualidades sobre todo en el control del estrés, angustia, técnicas de relajación, práctica de algún deporte y diversas modalidades psicoterapéuticas, especialmente la terapia cognitivo-conductual, y terapia farmacológica, pero aún falta mucho por hacer para poder aportar en la rehabilitación del paciente.

Por ejemplo, en el caso de la fobia social la modificación cognitiva ayuda al paciente a cuestionarse algunos de sus temores, como el de estar siendo observado o juzgado continuamente por los demás. El componente conductual busca cambiar las reacciones de ansiedad provocadas por la situación, principalmente a través de estrategias de exposición y desensibilización sistemática.

La intervención de enfermería a este nivel no está muy desarrollada, pues la tarea de rehabilitación y readaptación del paciente al medio laboral se deja en manos de otros profesionales, tales como las terapistas ocupacionales y las trabajadoras

sociales. Sin embargo la labor de la enfermera no puede terminar cuando el paciente egresa del hospital, debe ir más allá, llegando incluso a la organización de un servicio de seguimiento sistemático al hogar, con el fin de facilitar la reubicación del paciente en su familia y de orientar a ésta en los cuidados que debe brindarle, de manera que responda a las necesidades reales del paciente, confíe en sus capacidades para reanudar sus actividades, lo estimule en sus logros, y ayude a superar los períodos de dificultad.

Esta labor puede complementarse con la organización de grupos de familias con problemas similares. Al egresar el paciente del medio hospitalario es cuando más ayuda necesita para continuar con su proceso terapéutico y evitar la resocialización.

Es allí cuando la familia requiere más orientación y apoyo, tarea que debe reforzarse con la organización de servicios de "cuidado en casa para enfermos mentales", actividad independiente poco explorada hasta el momento. La Prevención Terciaria abarca un gran número de alternativas y procedimientos opcionales para el seguimiento y rehabilitación de enfermos mentales, pero requiere de un mayor compromiso por parte de las instituciones del sector salud.

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- Rodríguez Bejarano, A. Valdez Pareja, A. Miedo ante la muerte en la adultez temprana y adultez tardía. Concluye esta investigación existiendo diferencias en la experimentación del miedo a la muerte en la adultez temprana y la adultez tardía, siendo el primer grupo el que presenta mayores niveles de miedo, sin embargo, dichas diferencias no son estadísticamente significativas: por lo que la hipótesis queda parcialmente comprobada.
- Moya y Faz, Francisco. Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano. España-Murcia. 2007. esta investigación concluye en la edad denominada como decrecencia y comprendida entre los 60 y 69 años existen más temores ante la muerte que en el resto de los grupos pertenecientes al grupo experimental (primera y segunda senectud) y al grupo control formado únicamente por jóvenes. Este hecho parece indicar que tiene un valor significativo la situación de cambio (de adulto a viejo) que experimenta el sujeto a esta edad.

- Pérez Martínez, Raúl. Velasco Ramírez, Jesús. Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM. Mexico. 2011. Esta investigación concluye en que la realidad que viven los ancianos en los asilos es de múltiples pérdidas, en las que se destacan la ausencia de vínculos afectivos, ya que a pesar de contar con familiares viven en abandono por parte de éstos, el no contar con una pareja los hace vulnerables, favoreciendo estados de soledad y depresión. Aunado a esto la carencia de recursos económicos los hace perder autonomía y depender de los recursos de la institución, llevándolos a conductas de pasividad, pérdida de vitalidad y de sentido de vida.
- Pardo Pajuelo, Felipe. Bienestar psicológico y ansiedad Rasgo- Estado en alumnos de una MBA de Lima Metropolitana. Lima. 2010. Esta investigación concluye en el Bienestar Psicológico mantiene una correlación negativa con la Ansiedad-Estado y con la Ansiedad-Rasgo, siendo más fuerte con la última. De manera más específica, se encuentra que para los estudiantes de MBA, el bienestar asociado al Manejo del Ambiente es la dimensión que mantiene una relación inversa más elevada con ambas escalas de la ansiedad.
- Bohorquez Peñaranda, Adriana. Prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de Medicina.2007. Esta investigación concluye en La prevalencia de punto de depresión medida con la escala de Zung para depresión de los estudiantes de medicina de 1° a 10° semestres durante el segundo semestre de 2006 fue de 46,95%, siendo leves 58,48% de los tamizajes positivos, moderada 30,32% y severa 11, 19%

## 5. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es una respuesta emocional de tipo aprehensivo caracterizado por palpitations, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir existiendo un estado permanente de angustia.

Es probable que los adultos mayores de 65 a 90 años presenten un menor o mayor grado de ansiedad hacia la muerte.



## **CAPITULO II**

### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **1. TECNICA E INSTRUMENTO**

Para la investigación se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la cédula de entrevista; se aplicara la Escala de Ansiedad hacia la Muerte de Templer (DAS) compuesta por 15 ítems. Para la puntuación se contabiliza como un punto, si es Verdadero y 0 puntos si es falso; si el puntaje oscila de 0-7 puntos nos indica un menor grado de ansiedad hacia la muerte y si el puntaje se sitúa entre 8-15 puntos nos indica un mayor grado de ansiedad hacia la muerte.

#### **2. CAMPO DE VERIFICACION**

##### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

La investigación se desarrolló en el Club del Adulto Mayor del Centro de Salud “Maritza Campos Díaz”, ubicado en la calle Yaraví s/n Zamácola.

##### **2.2. UBICACIÓN TEMPORAL**

El estudio es coyuntural para el año 2013.

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

Las unidades de estudio fueron los adultos mayores de 65 a 90 años que acuden al Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola que comprende a 50 pacientes que constituyen el 100%.

#### **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Adultos mayores de 65 a 90 años
- Adultos Mayores que acepten participar en el estudio

#### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Adultos Mayores >91 años
- Adultos Mayores con problemas de Demencia
- Adultos Mayores con problemas de Salud Mental
- Adultos Mayores que no acepten participar en el Estudio

### **3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCION DE DATOS**

- Coordinación con la Decana de la Facultad de Enfermería para solicitar una carta de presentación
- Coordinación con el director del centro de Salud Maritza Campos Diaz-Zamacola para la aplicación del instrumento.
- Coordinación con la asistenta social encargada del Club del Adulto Mayor para concretar horarios y fechas para la aplicación de nuestro instrumento.
- El horario de la Recolección de Datos se realizó de 10 a 12 am
- Motivación a los adultos mayores para su colaboración en nuestra encuesta.



**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**TABLA N° 1:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN EDAD**

GRADOS DE ANSIEDAD \ EDAD	65-74 años		75-84 años		85-90 años		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	15	41.7%	17	47.2%	4	11.1%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	5	35.7%	8	57.1%	1	7.1%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

La siguiente tabla se observa que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 47.2% pertenecen al grupo etareo de 75-84 años, un 41.7% pertenecen al grupo etareo de 65-74 años.

De lo que deducimos, que un cuarto de los adultos mayores que presentan mayor grado de ansiedad pertenecen al grupo etareo de 75-84 años.

**TABLA N° 2:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN SEXO**

SEXO GRADOS DE ANSIEDAD	Femenino		Masculino		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	29	80.6%	7	19.4%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	10	71.4%	4	28.6%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

Podemos observar en esta tabla que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 80.6% los cuales pertenecen al sexo femenino y un menor porcentaje de 19.4% pertenecen al sexo masculino.

De lo que deducimos, que más de la mitad de los adultos mayores pertenecen al sexo femenino.

**TABLA N° 3:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN CONVIVENCIA  
FAMILIAR**

CONVIVENCIA FAMILIAR  GRADOS DE ANSIEDAD	Conyugues		Hermanos		Hijos		Nuera		Nietos		Solos		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	13	36.1%	2	5.6%	14	38.9%	1	2.8%	1	2.8%	5	13.9%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	1	7.1%	0	0%	9	64.3%	0	0%	0	0%	4	28.6%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

En la siguiente tabla nos muestra que el mayor porcentaje es 38.9% con mayor grado de ansiedad hacia la muerte conviven con sus hijos, un 36.1% con sus conyugues y un 13.9% viven solos.

De lo que deducimos, que mas de la cuarta parte de los adultos mayores que presentan mayor grado de ansiedad conviven con sus conyugues, hijos y viven solos.

**TABLA N° 4:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

GRADO DE INSTRUCCIÓN GRADOS DE ANSIEDAD	Primaria		Secundaria		Sin estudios		Otros		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	19	52.8%	1	2.8%	15	41.7%	1	2.8%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	5	35.7%	1	7.1%	7	50%	1	7.1%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

En esta tabla podemos observar que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 52.8% corresponden al grado de instrucción primaria, 41.7% no tuvieron estudios.

De lo que deducimos, que mas de la mitad de los adultos mayores tuvieron grado de instrucción primaria y otros no tuvieron estudios.

**TABLA N° 5:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN ESTADO MARITAL**

ESTADO MARITAL  GRADOS DE ANSIEDAD	Soltero		Casado		Conviviente		Viudo		Divorciado		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	7	19.4%	14	38.9%	2	5.6%	12	33.3%	1	2.8%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	2	14.3%	2	14.3%	0	0%	9	64.3%	1	7.1%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

Podemos observar en esta tabla que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 38.9% son casados, el 33.3% son viudos y el 19.4% son solteros.

De lo que deducimos, que los adultos mayores casados, viudos y solteros hacen un acumulado de más de la mitad.

**TABLA N° 6:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN TIPO DE OCUPACIÓN**

TIPO DE GRADOS DE ANSIEDAD	Jubilado		No trabaja		Trabaja		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	0	0%	28	77.8%	8	22.2%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	0	0%	12	85.7%	2	14.3%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

La siguiente tabla nos muestra que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 77.8% los cuales no trabajan y un 22.2% si trabajan.

De lo que deducimos, que mas de la mitad de los adultos mayores no trabajan.

**TABLA N° 7:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN RELIGIÓN**

RELIGION GRADOS DE ANSIEDAD	Católica		Cristiana		Agnóstico		Evangelista		Mormona		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	31	86.1 %	3	8.3 %	1	2.8 %	0	0%	1	2.8%	36	100 %
<b>Menor grado de ansiedad</b>	11	78.6 %	0	0%	0	0%	2	14.3 %	1	7.1%	14	100 %

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

En la tabla 13, observamos que el mayor porcentaje es 86.1% que presentan mayor grado de ansiedad hacia la muerte practican la religion catolica, un 8.3% practican la religion cristiana y un 2.8% practica la religion agnostica y mormona.

De lo que deducimos, que la gran mayoria practica algun tipo de religion lo que probablemente les sirva de soporte para tener un menor grado de ansiedad.

**TABLA N° 8:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN EXPERIENCIA DE MUERTE EN FAMILIARES**

EXPERIENCIA DE MUERTE  GRADOS DE ANSIEDAD	SI						NO		TOTAL	
	Hijos		Hermanos		Conyugues		Fr	%	Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%				
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	12	33.3%	9	25%	9	25%	6	16.7%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	3	21.4%	3	21.4%	8	57.1%	0	0%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

Esta tabla nos muestra que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad hacia la muerte es 33.3% los cuales perdieron a sus hijos, 25% perdieron a sus hermanos y otro 25% perdieron a sus conyugues.

De lo que deducimos, que mas de la mitad de los adultos mayores tuvieron experiencias de muerte con sus hijos, conyugues y hermanos.

**TABLA N° 9:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN PROBLEMAS DE  
SALUD EN FAMILIARES**

PROBLEMAS DE SALUD GRADOS DE ANSIEDAD	Si		No		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	12	33.3%	24	66.7%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	1	7.1%	13	92.9%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

Podemos observar en esta tabla que el mayor porcentaje con mayor grado de ansiedad es 66.7% declara que sus familiares no tuvieron ningún problema de salud y un 33.3% si tuvieron problemas de salud.

De lo que deducimos, que casi la mitad de los adultos mayores no tienen ningún problema de salud.

**TABLA N° 10:**  
**GRADOS DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE SEGÚN PROBLEMAS DE  
SALUD MENTAL EN FAMILIARES**

PROBLEMAS DE S. MENTAL  GRADOS DE ANSIEDAD	Depresión		Ansiedad		No presentan P.S. Mental		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Mayor grado de ansiedad</b>	5	13.9%	2	5.6%	29	80.6%	36	100%
<b>Menor grado de ansiedad</b>	13	92.9%	1	7.1%	4	28.6%	14	100%

**Fuente:** Instrumento elaborado por las investigadoras

En la siguiente tabla se observa que el mayor porcentaje es 80.6% con mayor grado de ansiedad de los familiares no presentan problemas de salud mental, un 13.9% presentan problemas de depresión y un 5.6% presentan problemas de ansiedad.

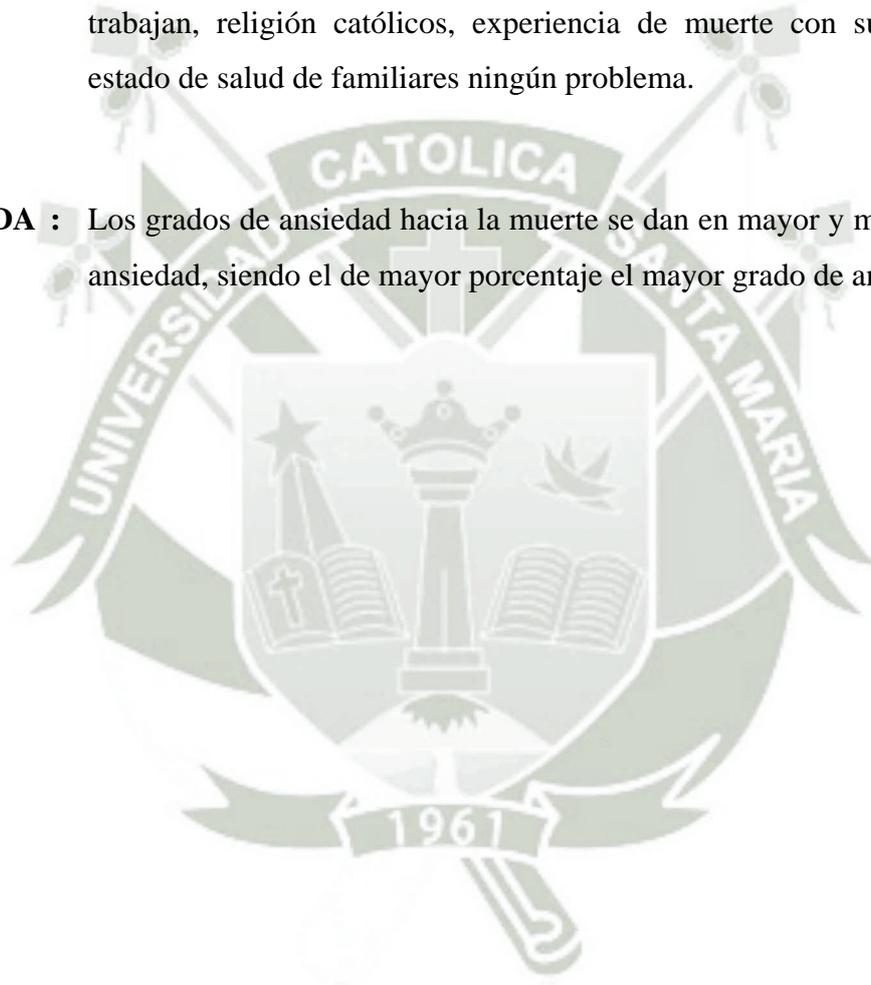
De lo que deducimos, que más de las tres cuartas partes de los familiares no presentan ningún problema de salud mental.

## CONCLUSIONES

En la presente investigación se llegó a las siguientes conclusiones

**PRIMERA :** Las características sociodemográficas de la población de estudio en su mayoría son: Edad 75-84 años, Sexo femenino, conviven con sus hijos, grado de instrucción primaria, estado marital viudos, tipo de ocupación no trabajan, religión católicos, experiencia de muerte con sus conyugues, estado de salud de familiares ningún problema.

**SEGUNDA :** Los grados de ansiedad hacia la muerte se dan en mayor y menor grado de ansiedad, siendo el de mayor porcentaje el mayor grado de ansiedad.



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA :** Según los resultados obtenidos se recomienda:

Al director del Centro de Salud Martiza Campos Diaz-Zamácola que se realicen coordinaciones con el personal de salud encargado del club del adulto mayor para programar acciones para mejorar el soporte psicológico donde se inserte técnicas de mejor utilización del tiempo, relacionados con la fe, terapia ocupacional, técnicas de relajamiento, técnicas de apoyo psicoafectivo.



## BIBLIOGRAFIA

1. ANTEQUERA R. Actitudes de los ancianos ante la muerte: influencia de la institucionalización. España; 1993.
2. BURKE, M. y Walsh, M. Población adulta mayor. En: Enfermería Gerontológica. Madrid: Masson; 1998.
3. DORFMAN LERNER, Beatriz. Editores. La Repetición y El miedo a Morir. México; 1995.
4. DOU, A., Newton-Clarke, Hanson y la experiencia religiosa. Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Madrid: 1997, 77 pp.
5. GALA, F. Editores. Actitudes psicológicas ante La Muerte y El Duelo. México; 2002.
6. GONZÁLEZ-Celis R., A.L., y Padilla, A. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la ciudad de México; 2006.
7. GURROLA, G. Actitud Ante la Muerte en Ancianos. México; 2011.
8. KAPLAN, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría Clínica. Octava Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2003.
9. NEIMEYER, Robert A. Métodos de Evaluación de la Ansiedad ante la Muerte. España; 1997.
10. PEREZ MARTINEZ, Raúl. VELASCO RAMIREZ, Jesús Federico. Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM México D.F. ; 2011.
11. ROCABRUNO, JC. Tratado de Gerontología y Geriatria Clínica. La Habana: Editorial Científico Técnica. La Habana; 1999.
12. RODRÍGUEZBIGLIERI, R. & VETERE, G. Editores. Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad. Buenos Aires; 2011
13. SANTA MARIA VALLEJO, Lucia. La muerte en el anciano. México; 2008.
14. VARGAS MENDOZA, Jaime Ernesto. Ansiedad y miedo a la muerte. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. México; 2009.

16. VICO, J. Dolor y muerte humana digna. Ed. San Pablo. Madrid; 1995.

17. WORDEN, J. William. El Tratamiento del Duelo. España; 2004.

### PAGINAS WEB

18. <http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad>

19. <http://www.minsa.gob.pe/>

20. <http://www.salud180.com/salud-z/ansiedad-0>

21. [www.gerontologia.org/envejecimiento\\_poblacional.htm](http://www.gerontologia.org/envejecimiento_poblacional.htm)

22. <http://motivacion.about.com/od/ansiedad/a/Los-Sintomas-De-Ansiedad.htm>

23. <http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/74>

24. <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1479/1679>

25. <http://es.wikipedia.org/wiki/Ansiedad>

26. <http://www.globalaging.org/health/world/2011/attitude.pdf>

27. <http://www.pce.chihuahua.gob.mx/info.aspx?idp=1302>

28. [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025\\_Bohannan.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025_Bohannan.pdf)

29. [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_adulto\\_mayor\\_una\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf)

30. <http://www.misrespuestas.com/que-es-el-adulto-mayor.html>

31. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Cambios-Sociales-En-El-Adulto-Mayor/722372.html>

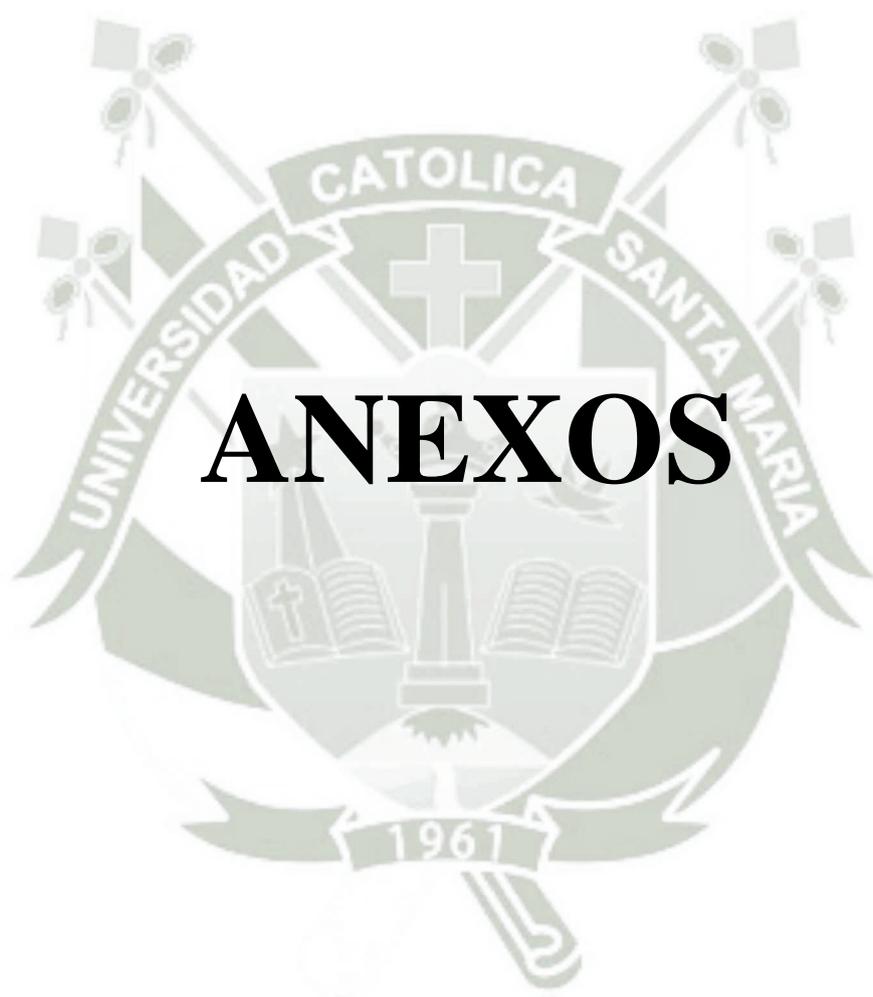
32. <http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinamica/dinamica-3/tema-8.htm>

33. [http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025\\_Bohannan.pdf](http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG025_Bohannan.pdf)

34. [http://www.academia.edu/1353850/El\\_Adulto\\_Mayor\\_ante\\_la\\_Muerte\\_Analisis\\_del\\_Discurso\\_en\\_el\\_Estado\\_de\\_Mexico](http://www.academia.edu/1353850/El_Adulto_Mayor_ante_la_Muerte_Analisis_del_Discurso_en_el_Estado_de_Mexico)

35. <http://www.ugr.es/~euenfermeriamelilla/archivos/programas/35%20enfermeria%20psi-quiatrica%20y%20salud%20mental.pdf>

36. <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>



# ANEXOS

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante:

Somos estudiantes del Programa de Enfermería de la Universidad Católica de SantaMaría, Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación cuyo título lleva: “ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMACOLA, AREQUIPA 2013”; la cual consiste en contestar un cuestionario de preguntas que le tomará aproximadamente 10 minutos. La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

He leído el procedimiento descrito arriba. El (la) investigador(a) me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de investigación delas señoritas Connie Luceiky Llanos Calderón y Paola Rosario Hilacundo Parque sobre “ANSIEDAD HACIA LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOSQUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ-ZAMÁCOLA, AREQUIPA 2013”.

---

Firma del participante

## CÉDULA DE ENTREVISTA

### A) CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

**1. ¿Qué edad tiene usted?**

65-74 años ( ) 75-84 años ( ) 85-90 años ( )

**2. Sexo:**

Masculino ( ) Femenino ( )

**3. ¿Con quién vive usted?**

Conyugue ( ) Hermanos ( ) Hijos ( )

Otros ( ) \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuál es su Grado de Instrucción?**

Primaria ( ) Secundaria ( ) Sin Estudio ( ) Otros ( ) \_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es su Estado Conyugal?**

Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Conviviente ( ) Viudo(a) ( ) Divorciado(a) ( )

**6. ¿Trabaja usted?**

Jubilado ( ) No trabaja ( ) Trabaja ( ) Trabajo fijo ( )

Trabajo eventual ( )

**7. ¿Cuál es su Religión?**

Católica ( ) Cristiana ( ) Agnóstico ( )

Otros ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**8. ¿Tuvo alguna experiencia de muerte? Si ( ) No ( )**

¿Con quién? Hijos ( ) Hermanos ( ) Conyugues ( )

**9. ¿En su familia hay algún Problema de Salud?**

Si ( ) No ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Están con tratamiento médico? Si ( ) No ( )

¿Tienen alguna enfermedad terminal? Cáncer ( )

Otros ( ) \_\_\_\_\_

**10. En su familia hay antecedentes de:**

Problemas de depresión ( ) No hay ( ) Problemas de ansiedad ( )

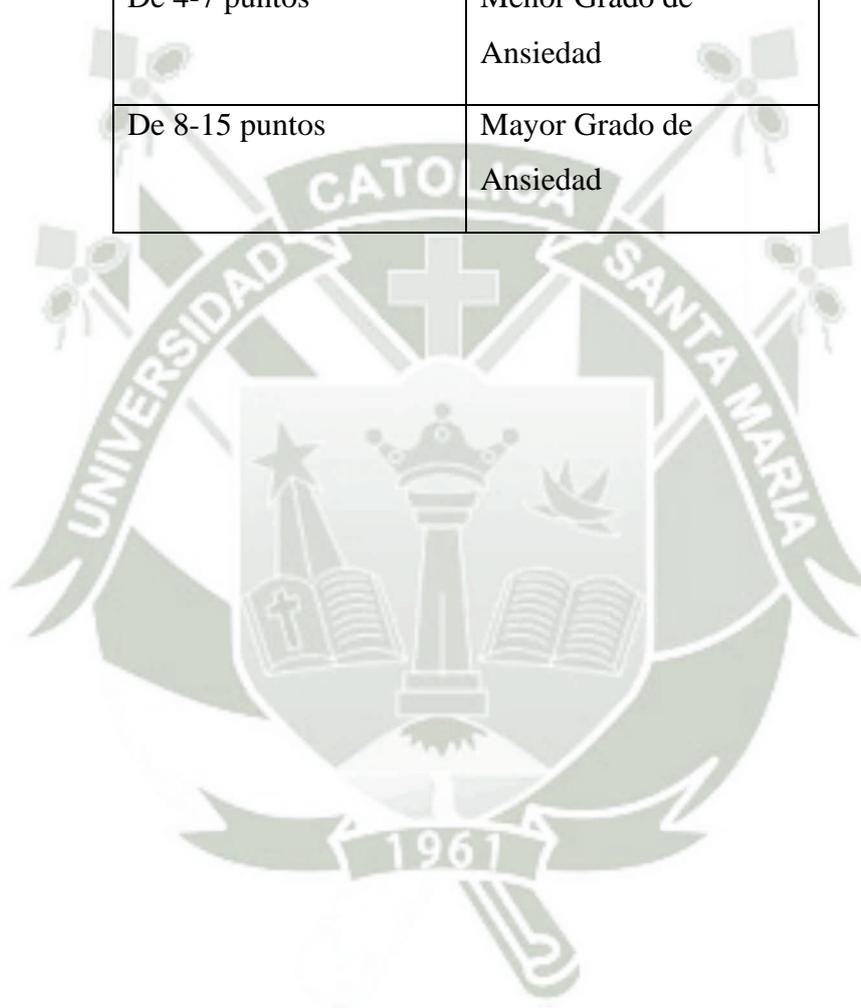
Otra enfermedad ( ) \_\_\_\_\_

**ESCALA DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE (DAS) DE DONALD  
TEMPLER(1970)**

1. Tengo mucho miedo a morirme	V	F
2. Apenas pienso en la muerte	V	F
3. No me pone nervioso que la gente hable de la muerte	V	F
4. Me asusta el pensar que he de sufrir una operación	V	F
5. No tengo miedo a morirme	V	F
6. Notengo especialmente miedo a tener un cáncer	V	F
7. No me molesta nada pensar en la muerte	V	F
8. A menudo me siento mal cuando el tiempo pasa tan rápidamente	V	F
9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa	V	F
10. El tema de la vida después de la muerte me preocupa mucho	V	F
11. Me asusta el que me pueda dar un ataque al corazón	V	F
12. A menudo pienso que la vida es realmente muy corta	V	F
13. Me estremezco cuando la gente habla de la tercera guerra mundial	V	F

14. La visión de un cadáver me horroriza	V	F
15. Pienso que el futuro no me depara nada que temer	V	F

PUNTUACION <sup>13</sup>	
De 4-7 puntos	Menor Grado de Ansiedad
De 8-15 puntos	Mayor Grado de Ansiedad



<sup>13</sup> <http://www.psico-system.com/2008/10/dos-escalas-de-ansiedad-ante-la-muerte.html>

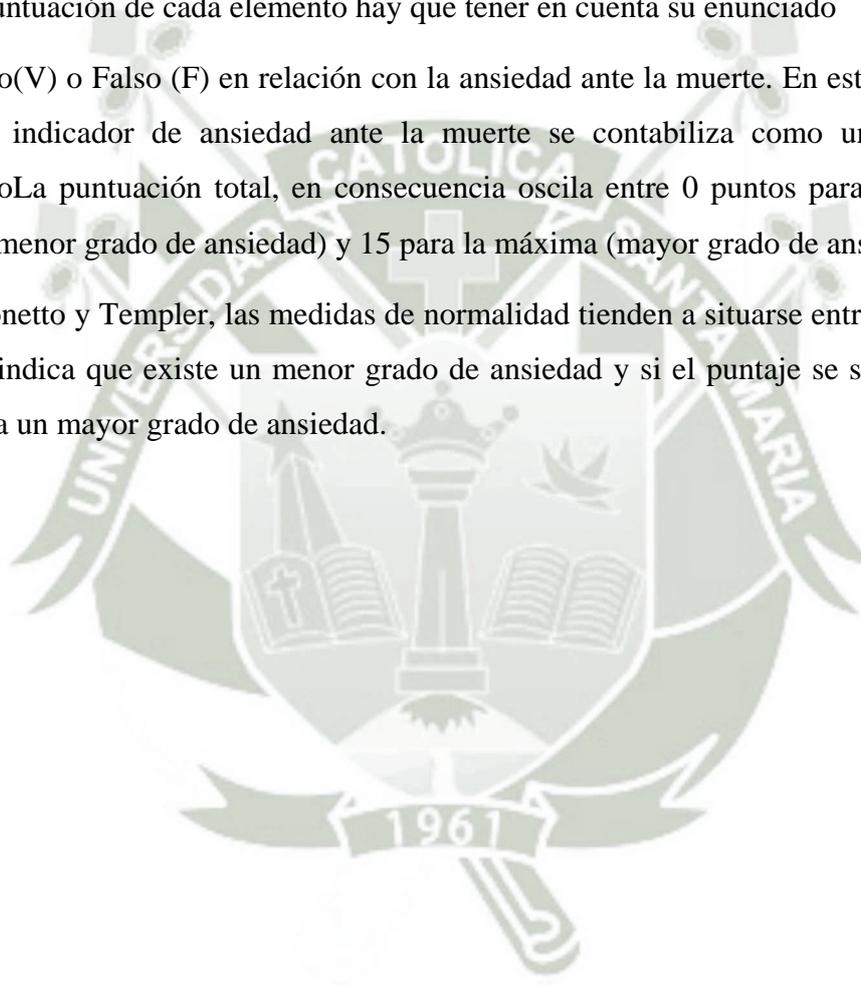
## **CALIFICACIÓN DE LA ESCALA DE ANSIEDAD HACIA LA MUERTE (DAS) DE DONALD TEMPLER (1970)**

En nuestro trabajo de investigación hemos escogido como medida directa de la ansiedad ante la muerte la escala de Death Anxiety Scale (DAS), de Templer (1970), en su versión española. La escala está compuesta por 15 ítems, con respuesta dicotómica verdadera y falsa según estén o no de acuerdo con las afirmaciones que se le presentan.

Para la puntuación de cada elemento hay que tener en cuenta su enunciado

Verdadero (V) o Falso (F) en relación con la ansiedad ante la muerte. En este sentido, cada elemento indicador de ansiedad ante la muerte se contabiliza como un punto, si es Verdadero. La puntuación total, en consecuencia oscila entre 0 puntos para la puntuación mínima (menor grado de ansiedad) y 15 para la máxima (mayor grado de ansiedad).

Según Lonetto y Templer, las medidas de normalidad tienden a situarse entre 4- 7 puntos lo cual nos indica que existe un menor grado de ansiedad y si el puntaje se sitúa entre 8-15 nos indica un mayor grado de ansiedad.



• República Peruana •



Arequipa

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
MICRO RED ZAMACOLA

# CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE M.G. JUAN ALARCON ARENAS JEFE DE LA MICRO  
RED ZAMÁCOLA:

DA CONSTANCIA QUE:

Las Señoritas **CONNIE LUCEIKY LLANOS  
CALDERON Y PAOLA ROSARIO HILACUNDO PARQUE** han aplicado  
encuestas el día 02 de Agosto del 2013 y el día 09 de Agosto del  
2013 en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, como  
parte de su proyecto de tesis titulado **“ANSIEDAD HACIA LA MUERTE  
EN LOS ADULTOS MAYORES DE 65 A 90 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD  
MARITZA DIAZ -ZAMACOLA, AREQUIPA 2013”**.

Se otorga la presente a solicitud de las  
interesadas para los fines que estime por conveniente.

Arequipa, 10 de SETIEMBRE del 2013

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
DIRECCION RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
CLAS ZAMACOLA

Mg. *Juan R. Alarcón Arenas*  
JEFE DE LA MICRO RED

---

Calle Yavari s/n frente al Mercado de Zamácola  
MICRO RED ZAMACOLA  
Teléfono 054-443087 – Fax 444576



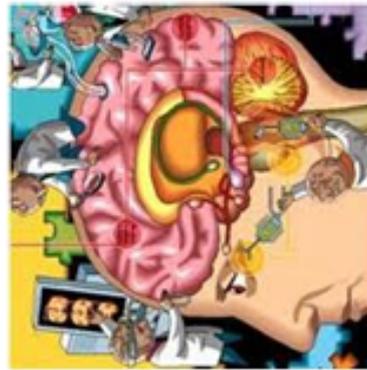
**“LA SALUD MENTAL ES  
LA BASE PARA EL  
BIENESTAR Y  
FUNCIONAMIENTO  
EFECTIVO DE UN  
INDIVIDUO Y UNA  
COMUNIDAD”**

**RECOMENDACIONES PARA TENER UNA  
BUENA SALUD MENTAL**

- Enfrentar nuestros temores
- Disminuir el comportamiento violento
- Valorar nuestras capacidades
- Evitar el aislamiento social y afectivo
- Mejorar nuestras relaciones interpersonales
- Saber mantener la calma ante situaciones difíciles



- Aprender a superar situaciones traumáticas de nuestra vida
- Elevar nuestro autoestima
- Establecer y mantener vínculos afectivos
- Tener habilidades sociales positivas
- Resolver conflictos
- Dedicar el tiempo libre a actividades recreativas



**ELABORADO POR:  
EGRESADAS DE LA FACULTAD DE  
ENFERMERIA.**

**PAOLA HILACUNDO PARQUE  
CONNIE LLANOS CALDERON**

## 1.-¿QUÉ ES LA SALUD MENTAL?

La salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.



## 2.-¿CUÁLES SON LAS CAUSAS QUE ORIGINAN LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL?

- Tener inseguridades y miedos constantes
- Tener repetidos cambios sociales
- Experimentar situaciones de violencia
- Presentar problemas de salud física

## 2.-¿CUÁLES SON LAS ENFERMEDADES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL?

- ANSIEDAD
- DEPRESIÓN
- ESTRÉS
- HIPERACTIVIDAD
- TRANSTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

## 3.-¿QUÉ ES LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE?

Es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, reales o imaginados, a la propia existencia que pueden desencadenarse ante estímulos Ambientales

## 4.-¿QUÉ ACTITUDES INFLUYEN FRENTE A LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE?

- La personalidad de la persona
- Estilo de vida
- Contexto Sociocultural



## 5.-¿CÓMO DISMINUIR LA ANSIEDAD HACIA LA MUERTE?

- Mantener buenas relaciones familiares.
- Mantener un entorno saludable
- Aprender a valorar la vida
- Hacer un mejor uso de nuestro tiempo libre.
- Estar en constante actividad
- Practicar una religión
- Practicar ejercicios de relajación
- Practicar algún deporte como Yoga o Tai-chi

