

10 01962
2ef

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA
División de Estudios de Posgrado

“LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN
ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS”

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA

P R E S E N T A :

LIC. SONIA SEQUEIROS VALDES

Director de Tesis: Mtro. Benjamín Domínguez
Comité de Tesis: Dr. José de Jesús González N.
Dr. Raymundo Macías Dra. Isabel Reyes L. Dr. José Cueli G.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

	PAG.
RESUMEN.....	1
CAPITULO 1.....	2
INTRODUCCION.....	2
ETAPAS DE LAS SENESCENCIA.....	4
TEORIAS QUE DAN EXPLICACION AL PROCESO DEL ENVEJECIMIENTO.....	5
TIPOS DE MUERTE.....	10
MUERTE BIOLÓGICA.....	10
MUERTE APARENTE.....	10
MUERTE NATURAL.....	11
MUERTE PREMATURA.....	11
MUERTE PSICOLÓGICA.....	12
MUERTE SOCIAL.....	12
LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE.....	12
LA ACTITUD HACIA LA MUERTE Y LA RELIGION.....	14
INVESTIGACIONES ACERCA DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN - HOMBRES Y MUJERES.....	15
ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN LA VEJEZ.....	15
INVESTIGACIONES CON GRUPOS DE DIFERENTES EDADES.....	20
LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES INCURABLES.....	23
UN ESTUDIO PSICOANALITICO SOBRE EL ANCIANO.....	26
CAPITULO 2.....	32
METODOLOGIA.....	32
A)PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.....	32
B)HIPOTESIS.....	32
C)TIPO DE ESTUDIO.....	32
D)DISEÑO.....	32
E)VARIABLES INDEPENDIENTES.....	33
F)VARIABLES DEPENDIENTES.....	33
G)SUJETOS.....	33
H)MUESTREO.....	34
I)INSTRUMENTO.....	34
J)LA ESCALA DE ANSIEDAD DE MUERTE DE TEMPLER(1970).....	35
K)LA ESCALA DE DICKSTEIN(1972).....	36
L)ESCALA DE NELSON(1978).....	36
M)PROCEDIMIENTO.....	42
N)CRITERIOS DE EXCLUSION.....	41
O)CRITERIOS DE INCLUSION.....	41

CAPITULO 3.....	42
ANALISIS ESTADISTICO.....	42
CAPITULO 4.....	45
RESULTADOS.....	45
DISCUSION.....	46
LIMITACIONES,SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES.....	50
CAPITULO 5.....	52
TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL GRUPO DE ANCIANOS ASILADOS.....	52
TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL GRUPO DE ANCIANOS NO ASILADOS.....	53
POLIGONO DE FRECUENCIAS DEL GRUPO DE ANCIANOS ASILADOS Y EL GRUPO DE ANCIANOS NO ASILADOS.....	54
ANEXO 1.CUESTIONARIO.....	55
ANEXO 2.CUESTIONARIO.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	62

"LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN ANCIANOS INSTITUCIONALIZADOS"

Sequeiros Valdés Sonia

Universidad Nacional Autónoma de México.

En este estudio se investigó si existía o no diferencia significativa entre dos grupos de senescentes en su actitud hacia la muerte. La muestra estuvo constituida por 100 personas cuyas edades oscilaban entre 65 y 90 años. Un grupo estuvo constituido por 50 ancianos que se encontraban instalados en el Asilo de Nuestra Señora del Camino ubicado en la Ciudad de México. Su tiempo de asilamiento fue de 5 años en adelante. El segundo grupo estuvo constituido por 50 personas que trabajan en el Departamento del D.F. en la Ciudad de México. El instrumento que se utilizó está basado en 4 escalas empleadas para medir la actitud hacia la muerte que son: la de Collet-Lester, 1959, Templer, 1970, Dickstein, 1972 y Nelson (1978). Posteriormente se analizaron los puntajes obtenidos en las escalas mediante una prueba estadística de diferencia de medias para ver si existían diferencias significativas entre los dos grupos, encontrándose que sí existen diferencias entre los dos grupos. Siendo mayores los puntajes del grupo de ancianos no-asilados, por lo que se puede pensar que hay una mayor aceptación de la muerte en el grupo de ancianos no-asilados.

En el trabajo diario en la Licenciatura en Gerontología, en el trato constante con ancianos de diversos asilos, en la revisión de literatura sobre el t6pico de la vejez y el darse cuenta de los pocos investigadores que hacen estudios sobre el anciano en M6xico, llevan a querer hacer un estudio sobre los ancianos con los que se convive y se trata de ayudar, adem6s de que como ser humano se captan dos realidades que son: la muerte y la vejez.

Todos vamos a llegar a viejos y la vida no es eterna. El observar las caracter6sticas particulares de la senescencia, las diferencias entre ancianos de 65 y ancianos de 90 a6os, al ver algunos seres queridos acercarse a la tercera edad. Producen asombro al principio, despu6s admiraci6n y respeto las personas que han podido en la 6ltima etapa de su vida integrar las fases anteriores y tener una vejez venturosa,

El inter6s no es s6lo por los individuos que aceptan la vejez, sino tambi6n por aquellos que le temen a la vejez y a la muerte. En este estudio se compar6 a un grupo de ancianos que todav6a trabajan y viven con sus familias, con un grupo de ancianos asilados para ver si exist6an diferencias en su actitud hacia la muerte.

Es necesario, antes de adentrarse en el tema m6s detalladamente, considerar los puntos que se trataron a lo largo de la investigaci6n para un mejor entendimiento de la misma.

Se definieron los t6rminos vejez, envejecimiento, las etapas de

la senescencia y los tipos de muerte.

También se revisaron las teorías que dan explicación al proceso del envejecimiento.

Posteriormente se revisaron investigaciones acerca de las actitudes hacia la muerte en diferentes grupos.

La preocupación por envejecer y morir ha sido tratada por filósofos, literatos, hombres de ciencia (Gamietea, 1985) (pag. 77)-

La vejez es también llamada senescencia o senectud. Es el último período de la vida en el hombre y se considera iniciada a los 60 años. Se caracteriza por una serie de modificaciones físicas y psíquicas, pero el grado de alteración experimentada -- por cada individuo varía considerablemente (López Araiza, 1987)-

(pag. 1).

Cuando se habla de los ancianos hay dos términos que pueden -- confundirse, que son vejez y envejecimiento. Todo ser viviente -- desde el mismo día de su nacimiento, evoluciona y, por tanto en vejece, es decir, el término envejecimiento pertenece a todas -- las edades. Pero la vejez por su parte, tiene una clara caracterización a partir de determinada edad, los sesenta años (Bize, 1983) (pag. 57).

La mayoría de los cambios en las estructuras y el funcionamiento del cuerpo, empiezan después de que el individuo llega a la madurez biológica, entre los quince y los veinticinco años de edad. Estas transformaciones son graduales y sus efectos degenerativos se van acumulando hasta que el individuo muere, como resultado en una falla en un proceso orgánico importante. Las funciones del cuerpo no acaban súbitamente, sino que su deterioro empieza a diferentes edades y a diferente ritmo. (Promley, 1966).

Cabe destacar, que no se debe hablar de la etapa senescente como un período de características semejantes para aquellos -- que tienen 65 años como para los de 85. Carmen Gamietea (1985) -- propone una división por rango de edades, utilizando el modelo de Bloss (1971) al dividir la adolescencia. Así se tendría:

- De 60 a 65 años, presenesencia
- De 65 a 70 años, senescencia temprana
- De 70 a 80 años, senescencia propiamente dicha
- De 80 a 90 años, senescencia tardía
- De 90 a..... años postsenesencia.

En la presenesencia se debe de dar la preparación para los cambios que se van a tener, aún sería un período crítico del desarrollo. Este último se presentaría en la senescencia temprana ya que los cambios laborales y sociales empezarán a repercutir en la salud física y mental de la persona.

En la senescencia propiamente dicha, el anciano tendrá-----

más Problemas físicos, lo cual le planteará la cercanía de la muerte y la necesidad de revisar su larga vida.

En la senescencia tardía se buscará una síntesis e integración del yo, no habrá miedo a la muerte, una conciliación con él y los familiares, la sociedad.

En la postsenescencia se sentirá "un microcosmos viviente de la cultura", tendrá respeto por los años vividos, sentirá que es un eslabón más en la vida de la especie humana, acepta lo pasado y el futuro.

Gamietea, M Citando a Fuentes, A (1985) en la Revista Aletheia de 1985 en su artículo "envejecer es natural", presenta nueve teorías que ofrecen explicación al proceso del envejecimiento algunas de ellas son las siguientes:

RADICAL LIBRE

Esta sostiene que existen radiaciones que producen radicales libres y que éstos son moléculas que reaccionarán en cuanto entran en contacto, estos radicales libres oxidan la materia, proceso que provoca el envejecimiento. Los autores que apoyan esta teoría recurren a los antioxidantes, como lo sería la vitamina E y la vitamina C, esperando con esto lograr la juventud, la vida. (Gamietea, 1985). (pag. 77-85).

LIGAMENTO CRUZADO

La flexibilidad de los tejidos se mantiene mediante largas li-

bras de colágeno, una sustancia elástica y gomosa, constituyente básico de los cartilagos y tejidos conjuntivos. A medida que se envejece se van formando sustancias químicas entre las largas fibras del colágeno, dando lugar a ligamentos cruzados. Estos ligamentos disminuyen la flexibilidad de los órganos, especialmente los de los vasos sanguíneos. <Gamietea, 1985>.(pag.77 a 85).

DIETA POBRE EN VITAMINAS ANIMALES

Se han realizado experimentos con ratones y observaciones con seres humanos con la tribu Hunza, en la que la dieta es rica en productos vegetales y pobre en proteínas animales. En estos casos se reportan poblaciones con un gran número de individuos longevos. <Gamietea, 1985>.(pag.77 a 85).

AUTOINMUNIDAD

Esta se basa en algunas enfermedades relacionadas con el envejecimiento, se producen cuando la natural inmunización del cuerpo ataca la estructura misma de las células humanas. Sin que existan mayores detalles, se reportan casos de ratones desahuciados, a quienes se les extirpa el bazo, aparentemente se vieron protegidos de las reacciones inmunológicas dañinas contra sí mismos. <Gamietea, 1985>. (pag.77 a 85).

DIFERENCIACION

Cada célula posee una longevidad intrínseca programada que varía de acuerdo a la longevidad de la especie, pero que puede modifi-

carse dentro de límites definidos con bastante estrechez en virtud de factores externos. (pag.77 a 85).

METABOLICO

A nivel de órganos y tejidos es posible atribuir muchos de estos hallazgos a alteraciones del contenido enzimático de los órganos y a la actitud metabólica. Hall (1975) indica que en la juventud la producción de enzimas en las células específicas de determinado órgano es regida por la presencia y actividad simultánea de células vecinas. Entre otros factores capaces de alterar la relación entre pares de células dentro de un órgano figura la permeabilidad de esas células. La excreción de líquidos en los ancianos es baja y muchas veces ocurren retenciones en los tejidos por variaciones en el balance del sodio. La relación entre contenido de agua y peso seco y desengrasado de un tejido, representa un valor que en la mayoría de los tejidos disminuye en función de la edad; desde el nacimiento hasta la madurez, pero que en adelante puede aumentar o disminuir según el tejido, a medida que avanza la edad.

Estas variaciones podrían presentar alteraciones en la capacidad de fijación de agua en los constituyentes sólidos del plasma y las modificaciones del contenido de agua podrían explicar la frecuencia de edema en la senectud. (Garnica, 1985). (pag.77 a 85).

FACTOR RIGIDEZ

Lave y Seskin <1970> citado por Gamietea <1985>, observaron que hay tejido en el que aumenta la rigidez y en otro en el que disminuye. Entre ambos se obtiene el factor de rigidez a todas edades, pero la fase de degradación comienza a predominar sobre los 45 años. El factor de rigidez sigue la ley de Hooke de la deformación permanente y del límite elástico de acuerdo con la carga que soporta.(pag.77 a 85).

AMBIENTAL

Son tres los tipos de factores ambientales que influyen en la celeridad del envejecimiento. Los factores abióticos son los componentes físicos y químicos del ambiente, naturales o artificiales; por ejemplo, el clima y la composición del suelo y agua, la altitud, contaminantes, radiaciones ionizantes. Los bióticos se refieren a todos los organismos que habitan en el mismo ecosistema y que tienen influencia directa e indirecta en él; por ejemplo en su nutrición: el parasitismo. Los factores socioeconómicos se refieren a cualquier condición de vida difícil; condiciones: higiénicas, de vivienda, de trabajo, etc. <Gamietea, 1985>.(pag.77 a 85).

PERDIDA DE INFORMACION A NIVEL GENETICO

Comfort, A. <1975> citado por Gamietea <1985>, establece que el envejecimiento se debe a una pérdida de información que ocurre a nivel celular. Esta pérdida funcional en los distintos sistemas

del organismo, principalmente los de autorregulación, como son los homeostáticos, los que provocan una alteración en la estructura celular, sobre todo en los genomas que son el conjunto de dos o más cromosomas del núcleo de la célula. Estas alteraciones se manifiestan en pérdida de información en:

1. Los genes nucleares que controlan la síntesis de un ácido ribonucleico ARN "el mensajero" que conduce instrucciones del ácido desoxirribonucleico (ADN) al citoplasma.
2. Otro tipo de ARN citoplasmático de "transferencia" con los aminoácidos. Cada tipo de ARN de transferencia por cada aminoácido diferente.
3. Los aminoácidos se unen a otros en una secuencia específica para dar a un polipéptido que es una porción de la proteína total.
4. Una vez que el polipéptido se ha formado, las distintas moléculas de ARN de transferencia quedan libres para volver a combinarse con una nueva molécula de aminoácido de acuerdo con su tipo específico.

El ADN es un material portador de información genética capaz de llevar instrucciones hereditarias. Al alterarse esta información provoca mutaciones en la síntesis de proteínas causando disfunciones que conducen al envejecimiento. La teoría genética establece dos hipótesis para considerar el envejecimiento de cada especie. La primera hace referencia a la edad en que se llega a la madurez sexual, determinada por los genes, señalando la edad

media de vida. La segunda menciona que debe de haber una relación entre la madurez sexual y el nivel medio de edad para cumplir con un propósito evolutivo de la especie. La razón evolutiva básica es la disponibilidad de nuevos recombinantes que originen nuevas configuraciones genéticas que se emplearán para la supervivencia. Siempre que existan poblaciones residuales no afectadas por la ecología, las generaciones viejas que ya se produjeron, morirán para dejar paso a las generaciones más jóvenes para que éstas se reproduzcan. <Gamietea, 1985> (pag.77 a 85).

VARIOS TIPOS DE MUERTE HAN SIDO DEFINIDOS:

Muerte Biológica: la muerte, usualmente es la desaparición del individuo, consiste en forma fundamental, en la pérdida definitiva de la actividad protoplasmática de las células que lo constituyen <Chauchard, 1947>. (pag.67 a 74).

La muerte en el organismo superior, es un largo proceso que comprende etapas entre la muerte fatal y la muerte real. Se distinguen tres etapas fundamentales:

1. La muerte aparente: Consiste en la disminución a veces renovada hasta el extremo, de manifestaciones vitales, es la etapa de las terapéuticas usuales de reanimación. La forman un síncope prolongado, un coma con pérdida de conocimiento, resolución muscular, detención de la respiración, actividades cardíaca y circulatoria débiles y, a veces difíciles de poner en evidencia. (pag.67 a 74).

2. Muerte Clínica: Se presenta suspensión completa y prolongada de la circulación, ningún despertar espontáneo es posible.

3. Muerte total: Es la descomposición del cadáver; lo importante es la muerte de las neuronas de la corteza cerebral, que manifiesta la destrucción permanente de la conciencia. (Chauchard, 1974) (pag. 67-74).

Muerte Natural: Es un proceso lento. Ya desde que nace, el individuo comienza a envejecer. Cada día que pasa su cuerpo crece y cambia; por ello, la muerte natural sólo es aplicable a la etapa de la senilidad (muerte anciana). Toda muerte, cualquiera que sea su causa, interrumpe el ciclo normal de la vida e impide su trayectoria hacia la vejez. (pag. 67-74).

Muerte Prematura: Es la muerte que se da antes de que el tiempo de productividad del individuo haya terminado, antes de que haya logrado sus metas o las haya abandonado con dignidad. A menudo se considera como prematura cualquier muerte en edad temprana que ocurra entre la infancia y la edad media. (pag. 67-74).

Muerte Parcial: Podemos y debemos acostumbrarnos a las constantes pérdidas que acompañan los cambios inevitables de la vida: graduarse de la escuela, perder un trabajo o completar un esfuerzo creativo. La mayoría de las pérdidas son remplazadas con mayor o menor facilidad. Otras pérdidas son más difíciles o imposibles de remplazar, la pérdida de una extremidad o de la vista, el divorcio, etc.

Estas últimas cesaciones son comúnmente acompañadas de retraimiento, debido a un profundo rechazo social. El parcialmente muerto repudia a su sociedad, esquiva la compañía de otros y -- por lo tanto, la sociedad también la esquiva. De esta forma, la muerte parcial es una forma de muerte en vida. (Chauchard, 1974) (pag. 67-74).

Muerte Psicológica: A diferencia de la muerte parcial, es un estado especial, en el que el individuo deja de estar consciente de su propia existencia <Kalish, 1968 y Knutson, 1970>. Esta puede ocurrir antes de la muerte clínica, aunque en la mayoría de los casos, la acompaña.

Muerte Social: Puede definirse como el momento en el cual, las propiedades sociales más importantes del paciente comienzan a dejar de ser condiciones operativas para quienes los tratan, y cuando es esencialmente considerado muerto <Sudnow, 1967>. La muerte social empieza cuando la institución acepta la muerte que está a punto de ocurrir, pierde su interés o preocupación por el individuo moribundo como ser humano y lo trata como un cuerpo, ésto es, como si estuviera realmente muerto. Según (Gamietea, 1985)

(pag.121) Comfort (1978), los ancianos no se preocupan por la muerte o la agonía. Pero sí toman las medidas necesarias para proteger a sus familiares mediante la redacción de un testamento. La cercanía de la muerte en los ancianos provoca una mayor estimación de la vida, una menor tolerancia de las trivialidades y disgusto hacia las personas o actitudes que los hacen perder su tiempo y experiencia. Tournier (1973) dice que hay un temor generalizado a hablar sobre la muerte. Esta es un tema tabú, precisamente es lo que más perturba en la vejez y se necesita conocer con mayor profundidad, tal parece que la religión y algunas filosofías responden a las inquietudes de qué hay más allá de la vida, la trascendencia de la vida aún más allá de la muerte. A menudo se habla de la vejez como de una escuela de desprendimiento que debe preparar para la muerte. El despren-

dimiento de las cosas prepara para la muerte y este hecho está ligado al momento de la vejez en el que se renuncia progresivamente a la acción, por lo menos en la medida en que ésta pertenece al mundo de las cosas. Por mucho que se desprenda de los objetos, la muerte sigue siendo un desgarramiento por la ruptura de los lazos que unen a las personas y que crece aún más en la vejez .

Las actitudes del ser humano ante la muerte son, en consecuencia muy complejas, ya que por un lado dependen de la personalidad del sujeto, de su estilo de vida, y por otro están muy influenciados por el contexto sociocultural, donde especialmente la religión al posibilitar la creencia en otra vida o reencarnación, suelen jugar un papel muy importante, ya que estructura y da significado a un fenómeno generalmente difícil de admitir y soportar por el hombre <Garnetea, 1985> (pag.121-123).

Se ha demostrado que la proximidad de la muerte produce poco miedo entre los ancianos, mientras que entre los jóvenes, para quienes el futuro está poco visualizado y tienen todavía mucha vida por delante, parece menos terrible a los ancianos que a los jóvenes, aunque piensan y hablan más de ésta, que ellos.

De todo esto, se deduce que la adaptación a la muerte puede ser mayor, a medida que la persona va completando su ciclo de vida; por eso, los jóvenes sufren más y experimentan mayores dificultades en adaptarse a la muerte, porque los ancianos no solamente han vivido un buen número de años, sino que han alcanzado una mayor experiencia de la muerte que otras personas <Garnetea, 1985> . (pag.121).

Nuestras actitudes acerca de la muerte y sus procesos a menudo cambian a través del proceso de vivir. A medida que uno va creciendo, las propias actitudes acerca de la muerte se modifican relativamente en los niveles de aceptación, profundidad y entendimiento. A través de los años, las generaciones empiezan a cambiar y los jóvenes toman diferentes actitudes como resultado de sus encuentros con la vida, dentro de la variedad de situaciones relacionadas con la muerte. Estas diferentes actitudes pueden ser atribuidas a la exposición de diversos rituales, ceremonias religiosas y culturales o pueden ser una extensión de la exposición oral y escrita. Parece haber segmentos en la vida de uno, cuando periódicamente el tema de la muerte es de mayor preocupación. Estos segmentos en el tiempo varían en longitud e intensidad, dependiendo de los procesos psicológicos del medio social y de la edad (Garnica, E., Giorgana, A. y Sánchez, 1982) (pag.50).

Se han hecho diversos estudios sobre la actitud hacia la muerte y su relación con otras variables. En (1985) Silva, M. y Kamino, Y. realizaron un estudio para investigar si existen diferencias en la actitud hacia la muerte en los ancianos, tomando en consideración el sexo, la escolaridad, ocupación, edad, estado de salud, el vivir solo o con algún familiar, el estado civil, el grado de religiosidad, el agrado o desagrado de la vejez y el nivel socioeconómico. Se utilizaron una escala tipo Lickert y un cuestionario para medir religiosidad. Algunos de los resultados fueron los siguientes:

- A) Las personas ancianas que viven solas, con parientes o con su familia (conyugue e hijos), presentan una actitud hacia la muerte más positiva que las personas que viven con sus hijos o con su conyugue únicamente.
- B) El grado de religiosidad no influyó significativamente en la actitud hacia la muerte . (pag.108).

INVESTIGACIONES ,ACERCA DE LAS ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN HOMBRES Y MUJERES.

El creciente cuerpo de conocimientos e investigaciones acerca de la muerte, está tal vez mejor caracterizado por sus descubrimientos inconsistentes. Por ejemplo, algunos investigadores han encontrado que las mujeres tienen más reacciones negativas hacia la muerte que los hombres <Lester, 1967; Bermani, 1973; Templer, 1974; Mc Donald, 1976>; otros han encontrado que los hombres reaccionan más negativamente <Lester, 1970; Ray y Najman, 1974; Krieger, 1974; Cole, 1978) y muchos otros no encuentran diferencia entre los dos sexos <Middleton, 1936; Templer y Dotson, 1970; D. Dickstein, 1972; Durlak, 1972>,citado por(Garnica,E,Giorgana,A.y Sánchez,S,1982).(pag.51 a 53). En algunos estudios, se ha encontrado que el contacto previo con la muerte tiene un efecto positivo sobre las actitudes hacia la muerte subsecuentes <Carey, 1974; Cole, 1978; Gibbs, 1978> o un efecto negativo <Selevey, 1973> o ningún efecto en otras investigaciones <Lester y Kam, 1971; Durlak, 1973; Seelby, 1977 y Hoelter, 1980-81>,citado por(Garnica,E,Giorgana,A.Y Sanchez,S,1982)(pag.51 a 53).

ACTITUDES HACIA LA MUERTE EN LA VEJEZ.

Similarmente, se han encontrado resultados conflictivos en cuanto a edad y religión en las actitudes hacia la muerte. Un gran número de investigadores se ha interesado en estudiar las acti-

tudes hacia la muerte de los ancianos. Tal vez parezca razonable asumir que habría algo de especial en esa gente cuya expectativa de la vida es limitada, debido a su estatus común: edad avanzada. La revisión más adecuada de esta literatura, fue realizada por un psicólogo holandés, J.M.A. Munnichs, en 1966. Encontró siete estudios sistemáticos de la orientación de los ancianos hacia "el final". Agregó su propia investigación a este tópico y desde entonces, se han realizado varios estudios sobre el tema ¿es el miedo, la actitud característica de los ancianos hacia la muerte?. El estudio de Munnichs se basa en este punto: En su muestra de 100 ancianos holandeses de 70 años en adelante, encontró varias orientaciones, pero la conclusión más importante es que sólo una pequeña porción de ancianos (7%) tenía miedo del final. Por mucho, la orientación observada con mayor frecuencia hacia la muerte era de aceptación (40%). En otras palabras, aproximadamente dos tercios de los ancianos habían llegado a aceptar su finitud. Adicionalmente, era el anciano psicológicamente maduro el que aceptaba la muerte de manera positiva. Contrariamente las actitudes negativas tendían a estar asociadas con una personalidad inmadura, especialmente cuando estas actitudes parecían constituir un punto de vista final. Munnichs cree que la finitud u orientación hacia la cesación de la propia existencia, es un tema central en las fases tempranas de la ancianidad. De hecho, sugiere que: "debemos caracterizar a la ancianidad como un adiós anticipatorio". Los descubrimientos de Munnichs con ancianos holandeses, son similares a los obtenidos por Swenson en 1961, que también encontró

una preponderancia de actitudes de aceptación hacia la muerte. Este miedo parecía estar relacionado con la soledad. Sólo un 10% de los ancianos admitieron temer a la muerte. La edad y las diferencias de sexo no causaron diferencia alguna en la orientación hacia la muerte en esta muestra". (pag.53).

Según Garnica, E., Giorgana, A. y Sánchez, S., 1982) (pag. 53).

Jeffers, F (1961), preguntaron a 269 ancianos en una investigación en su comunidad: ¿tienes miedo a morir? Una vez más, no muchos admitieron temer a la muerte (10%). Muchos de los sujetos invocaron un marco de referencia religioso al contestar la pregunta. Como los investigadores notaron, la religión es una parte integral e importante de la vida comunitaria en donde el estudio fue realizado. De esta forma, no es sorprendente que la mayoría de los sujetos pensarán en la muerte en términos religiosos. De su experiencia clínica, Jeffers y sus colegas sugieren que "la negación es un mecanismo muy importante para manejar la ansiedad en la ancianidad". En otras palabras, se inclinan a interpretar que la negación del miedo a la muerte representa una respuesta defensiva, más que la orientación real del anciano. (pag.53).

Según (Garnica, E. et al (1982). (pag. 54)

En 1968, Weisman y Kastenbaum realizaron un estudio con ancianos relativamente enfermos de un hospital geriátrico norteamericano. Encontraron que la aprehensión o miedo era menos observada que la aceptación. Al entrar en la fase preterminal de la vida, el miedo no era la principal orientación de los pacientes; algunos aceptaban su destino tranquilamente y gradualmente reducían sus esferas de funcionamiento. Este desentendi-

miento era iniciado por los mismos pacientes y les permitía poner sus asuntos en orden y preparar un control psicológico sobre un espacio vital más limitado. Otros, también conocían el prospecto cercano de la muerte, pero optaban por permanecer involucrados en las actividades diarias de la vida. No parecería apropiado describirlos como esencialmente contrafóbicos. Estaban, simplemente, continuando su vida como hasta entonces lo habían hecho .

Bascue, L. y Lawrence (1977) realizaron un estudio con ancianos para encontrar la relación entre ansiedad de muerte y orientación hacia el futuro. La muestra fue de 80 mujeres mayores de 62 años que vivían en dos asilos. Se les proporcionaron varios cuestionarios y uno de ellos para medir el miedo a la muerte <DAS de Templer>. Los resultados apoyaron que para los ancianos, existe una íntima relación entre muerte y tiempo, apoyando la idea de Erikson, de que el individuo que ha pasado por todas las etapas de la vida con madurez, ya no tiene temor a morir . Citado por Garnica, E, Giorgana, A. y Sánchez, S, 1982) (pag. 54).

Otro estudio de actitudes hacia la muerte entre los ancianos voluntarios, fue realizado en Nueva York por Samuel D. Shrut (1958). Sus sujetos fueron 60 mujeres solteras, de origen judío. Se les aplicaron cuestionarios para obtener datos acerca de su salud, de su lugar de residencia y de sus actividades; así como un test de frases incompletas y el T.A.T. Un grupo de psicólogos calificaron las respuestas de las pruebas proyectivas en términos de actitudes hacia la muerte sobre una escala de cinco

puntos de amenaza o preocupación por la muerte hasta aceptación. En la interpretación de los resultados, Shrut enfatiza las pequeñas diferencias obtenidas en las actitudes entre los sujetos que vivían en departamentos y aquellos residiendo en la Residencia Central para Ancianos Judíos en Nueva York. Las mujeres que vivían en una atmósfera institucional, mostraron más miedo o preocupación con la muerte. Esto es debido a que las que vivían en sus departamentos, disfrutaban de mejor salud mental y estaban más preocupadas en "planear seguir viviendo". Estas mujeres parecían también más alertas socialmente y menos suspicaces. Tal vez sea de interés que, sin embargo, ningún grupo obtuvo una calificación alta en cuanto al miedo a la muerte. Ambas muestras se encontraron cerca de la mitad de la escala, en un punto descrito como ansiedad moderada (entre ansiedad evidente y actitud de indiferencia). Hay dos puntos más que señalar en este estudio. Las calificaciones de ansiedad de muerte, se obtuvieron de técnicas proyectivas más que de preguntas directas y no se hicieron intentos para distinguir la ansiedad atribuible a la preocupación por la muerte, del nivel general de ansiedad de los sujetos .(pag.55).

En contraste a este estudio <Swenson, 1961> reporta que los ancianos que viven en asilos muestran una actitud más positiva y aceptante hacia la muerte, que aquellos que viven en sus propias casas, antes bien, parecería que el cuidado y la protección institucionales propendían a reducir el volúmen de las quejas. Mientras que Kimsey y sus colegas, 1970 - 1972, reportan que no

hay diferencias significativas entre ambos grupos".

Myska, M (1978) en su estudio con ancianos encontró resultados similares a Kimsey, es decir, que no hay diferencias significativas entre los ancianos de asilos y los que viven solos .

Sobre todo, la evidencia disponible sugiere que el miedo a la muerte no es intenso en los ancianos. Esta conclusión tentativa se deriva en gran parte de cuestionarios y entrevistas, pero también de intensos seguimientos clínicos y datos de pruebas proyectivas. Uno puede escoger el interpretar la falta de miedo a la muerte, como prueba de que el anciano es muy temeroso. Sin embargo, hasta que no se realicen futuras investigaciones, debemos aceptar la baja incidencia e intensidad del miedo a la muerte en los ancianos como un hecho, citado por (Garnica, E. et al 1982)(pag.56).

INVESTIGACIONES CON GRUPOS DE DIFERENTES EDADES.

Tratemos ahora de obtener una idea de cómo las actitudes hacia la muerte de los ancianos, se comparan con las del resto de la población:

Diggory y Rothman en 1961, examinaron la consecuencia de la muerte preguntando: "Exactamente, ¿qué es tu miedo a la muerte? Emplearon una muestra de 563 personas de mediana edad. Lo que se encontró en esta investigación fue que las mujeres le temían más a lo que pasaría con su cuerpo después de la muerte que los hombres. La mujer le temía al posible dolor físico al morir más que el hombre y por último, el hombre le temía a la pérdida de la capacidad para dirigir sus actividades más que la mujer .cita do por (Garnica, E. et al, 1982)(Pag.57).

Otro estudio importante sobre las actitudes hacia la muerte en grupos de diferentes edades, es la investigación doctoral reafirmada por <Rothstein, C.; 1962>. Entrevistó a 36 hombres casados, con niños y todos con una vida activa. Para propósitos de análisis, la muestra total fue dividida en dos grupos (30 - 42 años y 46 - 50 años). Se encontró que el grupo de mayor edad personalizaba más la muerte que los más jóvenes, así como también pensaban que el tiempo que transcurría era demasiado rápido en todas las áreas de sus vidas. Tal vez el aspecto más instructivo de este estudio, es la indicación de que las diferencias importantes en cuanto a orientación hacia la muerte, tienen lugar a mediados de la edad adulta. La conciencia de la edad y las premoniciones de la muerte, son experimentadas tal vez por primera vez en esta época. Los estudios que incluyen sólo a ancianos, pueden producir la mala impresión de que las actitudes hacia la muerte son distintivas a dicha fase de la vida; pero puede ser el caso, que estas orientaciones se hayan estado desarrollando durante dos e incluso tres décadas.

También debe prestarse atención al hecho de que Rothstein ha contribuido en nuestro entendimiento del desarrollo de las orientaciones hacia la muerte, sin enfocarse en el miedo per se. Su investigación es concerniente con la calidad del pensamiento acerca de la muerte (personalizado vs. no personalizado). Lógicamente, tiene sentido aprender cómo una persona entiende el tópico general de la muerte antes de enfocarse sobre sentimientos y temas específicos. En su propia interpretación del patrón de descubrimientos, Rothstein concluye: El individuo personalmente

aprende que va a morir a través del reconocer que puede hacerse viejo y de experimentar la muerte de personas significativas... La personalización de la muerte, es similar a tomar conciencia de la edad en que una persona está expuesta a experiencias diferenciadas, con cambios en su posición en los contextos sociales. En nuestra sociedad, como consecuencia de las experiencias usuales con la muerte, el individuo cambia desde sentirse indiferente, hasta sentirse impactado y, finalmente resignado. Este proceso, el que ha sido llamado la personalización de la muerte.

"Preguntas acerca de la muerte, se incluyeron en un cuestionario de opinión pública a 1,500 adultos en Estados Unidos, bajo la dirección de <Riley, 1970>. Se encontró que de entre los adultos de todas las edades, "escasamente el 44% mostró evidencia de miedo o ansiedad emocional en conexión con la muerte. Los datos publicados, sugieren que la edad cronológica no puede ser una variable crucial per se en determinar las actitudes hacia la muerte. La educación parece ser más importante, al menos en este estudio. La gente con educación limitada, sin importar su edad, mostraron mayor negatividad hacia la muerte. Entre otros resultados de este estudio, es interesante ver que la mayoría de los sujetos de todas las edades, están de acuerdo con posiciones de que "la muerte es algunas veces una bendición" y "la muerte no es trágica para la persona que muere, sino para los que sobreviven". Solo el grupo de edad intermedia (41 - 60) admite que "la muerte siempre llega muy pronto". Más aún, el número de aquellos que admiten que "morir es sufrir", varía en un límite del 10 al 18% entre los grupos de diferentes

edades. Los resultados de Riley muestran una actitud positiva o de aceptación hacia la muerte en la población adulta de Estados Unidos. Esta tendencia es opuesta a los sentimientos prevalecientes de psicólogos y psiquiatras, que estudian orientaciones hacia la muerte desde un punto de vista clínico y desde el punto de vista social.

Tal vez en este punto necesitamos volver a ganar confianza en la muerte como estímulo aversivo. El "miedo a la muerte" fue agregado como ítem a una lista estandarizada de miedos que fue suministrada junto con otros procedimientos a varias poblaciones de adolescentes y adultos (Cautela, 1967). La muerte probó -- ser un estímulo de miedo popular, en especial para los adolescentes. Todas subpoblaciones de adolescentes mostraron una tendencia de mayor miedo a la muerte que las poblaciones de adultos. Otro punto de interés en el estudio, es que los adultos mostraron más miedo en general que los adolescentes. En otras palabras, el miedo a la muerte tenía un rango distinto en el repertorio aversivo de ambas poblaciones. Los adolescentes expresaron solamente miedo a la muerte. Los adultos mostraron miedo a todos los demás estímulos, pero no a la muerte. Citado por (Garnica, E. et al, 1982) (pag. 60).

LA ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES CON ENFERMEDADES IN CURABLES.

Edmundo Payne, 1964 (pag. 131), en su artículo "El médico y su paciente moribundo", presta atención al paciente moribundo, aunque el paciente moribundo no es necesariamente una persona de edad, las emociones que rodean a la muerte y al hecho de morir, nunca están muy en segundo plano en cualquier consideración de la vejez. A medida que las personas envejecen, tienen mayor conciencia de la muerte debido a la pérdida de otros seres en los que han depositado importantes cargas emocionales y también a la creciente apreciación de que se acerca el fin de su propia vida. Además, es más probable que los ancianos figuren entre los pacientes que soliciten atención psiquiátrica debido a en----

fermedades incurables crónicas, como trastornos cardíacos y cáncer que son fatales.

Las observaciones del Dr. Payne se hicieron sobre todo en el marco de una sala de cancerología en un hospital escuela general con pacientes que padecían de metástasis. (pag.131).

Los problemas que existen en una enfermedad terminal son particularmente claros en los pacientes con una enfermedad maligna. El curso de metástasis está claramente delineado; aunque puede haber fluctuaciones en los síntomas, en general, hay una progresión implacable de la enfermedad. El paciente no puede dejar de enterarse de la existencia de la enfermedad, sea que este conocimiento tenga acceso a la conciencia o permanezca sobre todo en un nivel preconsciente de negación. Así, la naturaleza del temor que inspiran la enfermedad y las perspectivas de muerte, las defensas utilizadas para controlar ese temor y las diversas etapas por las que pasa el paciente en su adaptación a la muerte resultan más claras que en otras circunstancias. Aunque el curso de la naturaleza de una enfermedad particular influya sobre los patrones de las respuestas emocionales que observamos en la reacción de ella, es posible extrapolar a partir de situaciones particulares y derivar impresiones válidas acerca de la significación de morir que se aplican a otras situaciones (pag 131 a 132).

"La mayoría de las personas experimentan intenso temor cuando comprenden que van a morir. Este temor, rara vez está ausente, aunque pacientes con distintas estructuras caracterológicas lo manejan de maneras diferentes. Una aparente excepción es la

reacción que se observa en las situaciones en las que existe una amenaza inminente para la vida. Las personas que sufren un accidente peligroso, libran combate mortal o enfrentan un peligro similar, a menudo afirman que no experimentaron temor durante el período de peligro sino que sólo se sintieron particularmente alertas y contaron con un funcionamiento muy eficaz. Empero, ta les situaciones de emergencia suelen ser seguidas por una acentuada reacción afectiva en la que se descarga la ansiedad o sus equivalentes. El temor que por lo común se habría experimentado en tal situación se maneja mediante el mecanismo que

describe de la siguiente manera: "la ansiedad que amenazó con abrumar al yo quedó bloqueada in statu nascendi o "ligada" mientras duró el peligro, para ser liberada sólo cuando ésta desapareció". Este mecanismo puede observarse en muchas circunstancias correspondientes a enfermedades que ponen en peligro la vida. Por ejemplo, un hombre con infarto agudo del miocardio puede ligar su ansiedad no sólo durante el período inicial del ataque, sino durante su hospitalización, para experimentar un severo ataque de ansiedad una vez que abandona la protección del hospital y regresa a su hogar. (pag.133).

Sin duda, un mecanismo similar interviene en situaciones donde un hombre deliberadamente prefiere la muerte antes de admitir la cobardía o bien sacrifica su vida para realizar un acto heroico al servicio de otros. En esos casos, el temor está ligado por una anticatexia pasiva durante el período de acción. En tales circunstancias, un factor adicional que permite aceptar la muerte es la recompensa narcisista por haber actuado de acuerdo

con ideales muy valorados o la satisfacción de hacer un don supremo en nombre de una causa o en beneficio de una persona amada. Empero, en la mayoría de los otros casos, la muerte está acompañada por intensos sentimientos de dolor, ansiedad y angustia". <Payne, 1964>.

UN ESTUDIO PSICOANALITICO SOBRE EL ANCIANO.

"EL ANCIANO SEGREGADO POR LA FAMILIA".

En (1987), Carmen Gamietea presenta en la Revista Aletetheia un trabajo sobre el anciano segregado de la familia, analiza el rol de la persona que envejece dentro del ámbito familiar. En esta categoría existen dos tipos:

1. La persona que pasa a la senectud junto con sus hijos, con los que ha vivido siempre;
2. aquella que como parte del proceso de envejecimiento ha enfermado y/o requiere de cuidados especiales que ella misma no puede proporcionar y se ve en la imperiosa necesidad de acudir a sus hijos después de haber transcurrido muchos años de no convivir con éstos bajo el mismo techo.

La actitud que la familia tome, dependerá de diversos factores, como la maduración en sus relaciones, su estructura y la ausencia o presencia de salud que ésta tenga.

Si el modelo familiar ha sido la segregación, el anciano será expulsado, contrariamente a lo que ocurre con el modelo de inclusión.

El grupo familiar que funciona a través de la segregación se caracteriza por excluir a uno de sus miembros, el cual será selec-

cionado inconscientemente para cargar con la enfermedad de todos. Este movimiento se realiza en busca de un equilibrio que se ve perdido, amenazado con la disolución del grupo. Liendo (1965), refiere que hay un pacto entre los miembros de la familia; como si dijeran: a que todos estén enfermos, mejor uno solo y es uno el que tendrá que cargar con ese desequilibrio para preservar a su grupo en complicidad con éste, y así cargará con el rol de enfermo. Las tensiones familiares serán depositadas en este miembro y si aumentan, la misma familia en un proceso de autoconservación se automutilará segregando al miembro al que se le adjudicó el rol antes mencionado <Pichon - Riviere; 1983>. (pag.55 a 59). Cuando la familia funciona así, con frecuencia empieza a sobrecargar al miembro anciano hasta hacerlo depositario de todas las ansiedades y tensiones del grupo. Esta persona anciana, en su niñez y adolescencia seguramente vivió en su grupo familiar el modelo de segregación y lo reactivó ya de adulto, con sus propios hijos, mismos que continuarán con esta cadena. La detención es relativa, ya que para darse deberán confluir varios factores: en algunos casos será latente y no reactivado (porque las condiciones psicobiológicas y ambientales así lo favorezcan), mientras que en otros será fatal.

Esto último ayuda a entender el por qué del maltrato y abandono de los padres ancianos: los hijos que vivieron de manera pasiva la desatención, las incongruencias, los dobles mensajes, los golpes, etc., lo harán activamente con sus propios hijos y con sus padres cuando éstos se hallen indefensos. Aunque esto es más frecuente de lo que se cree, no sucede en la mayoría de los ca-

sos. Es más común encontrar al anciano segregado dentro de la misma familia: no se le incluye en el resto de las actividades en que los demás participan (por ejemplo; no se tolera que ensucie su ropa cuando come, que derrame comida sobre el mantel, su forma de masticar, su olor, su manera de conducirse en todas las circunstancias) y se le va dejando que sólo haga todo lo que tiene que hacer, hasta el mirar la televisión.

No hay tolerancia ni paciencia para ayudarlo a que aprenda a ajustarse a los cambios anatómicos y fisiológicos de la senescencia, aunado a los cambios psicológicos y socioeconómicos por los que atraviesa. Si existe la jubilación presentará un desajuste drástico, puesto que de estar dentro de la población activa para al pensionado, cuyo poder de compra disminuye considerablemente. De alguna manera el dinero le otorgó liderazgo dentro de la familia, pero cuando otro de los miembros le supera en ingresos, éste se convertirá en el líder económico del grupo. Paso a paso, el anciano pierde toda la autoridad y tendrá que aceptar un nuevo rol dentro de la familia.

Las familias que segregan a sus miembros, que cargan a alguno de los hijos con las ansiedades y las tensiones del grupo, ahora las depositarán en el anciano como relevo para contener el equilibrio familiar: antes de enloquecer a un miembro joven que tiene toda la vida por delante, mejor al anciano que no tardará en morir.

Así, con una complicidad silente, el anciano tomará el rol de enfermo. Al papel que tome el anciano se proyectarán todas las repugnancias, todo lo negativo de los demás miembros de la familia.

lia. Se le marginará justificando esta conducta en que el abuelo se ha vuelto pueril; que no se puede contar con él; que no toma los recados adecuadamente; que se tarda mucho; que no hace las cosas bien y se le impedirán que las haga, aludiendo un sin número de quejas y reproches. Esto lo harán porque así los propios padres lo hicieron con ellos; vivieron con la ley del más fuerte. En este tipo de familias la indefesión es aprovechada para que uno cargue las carencias y conflictos de los demás. Para Pichón - Riviere (1983), no sería el más débil sino "el miembro dinámicamente más fuerte, dado que su estructura personal le permite hacerse cargo de la enfermedad grupal". (pag.55 a 59).

El grado mayor de segregación se da cuando se expulsa a uno de los miembros del núcleo familiar para depositarlo con algún pariente, amigo, asilo o institución psiquiátrica.

A ésto se le denomina automutilación del grupo. El equilibrio se preserva a costa de este miembro, convirtiéndolo en el "angel del mal", que fantasmagóricamente está presente para escarmiento y temor del resto del grupo.

En el ámbito psicoterapéutico, todos los intentos por incluir al segregado, son vanos, mientras no se trabaje con la familia. Esta opodrá toda la resistencia posible, pretextando un sin número de causas, pero de igual manera como se tratan los casos individuales, se tendrá que establecer alianza con las partes sa nas del grupo para que puedan tolerar el cuestionamiento de los roles de cada uno de los integrantes y enfrentarse a los temores y conflictos intra y extra-grupo. El beneficio que se logre re-

percutirá en todos, no exclusivamente en el anciano. La persona en edad proecta empezará a tener modificaciones en su conducta al proceso psicoterapéutico que individualmente tenga, afectando toda la estructura familiar de la misma forma que un engrane puede afectar todo un sistema.

Si la oposición del grupo es muy intensa debido a que les es muy amenazante, pondrán mayor distancia con su pariente y los avances terapéuticos para éste serán escasos. Poner distancia no sólo es a través de la localización geográfica sino también espaciando la frecuencia de las llamadas telefónicas, las visitas, el envío de ropa, enseres, dulces, en fin.

El anciano puede llegar a entender por medio del proceso terapéutico, los motivos por los que sus hijos lo internan (segregan) y también puede hacer intentos para reparar el estilo familiar enfermizo del cual fué partícipe de manera activa; sin embargo la ausencia del grupo estará indicando que fue ese el estilo que aprendieron y no desean arriesgarse a ser lastimados en el cambio: "más vale malo conocido que bueno por conocer".

FAMILIAS QUE INCLUYEN:

Las familias que actúan bajo el estilo de inclusión reaccionarán en forma diferente. El padre o los padres han vivido juntos con los hijos y sus nietos, se le ha dejado el rol de autoridad o de consejero, guía y protector de la familia en costumbres, tradiciones y cultura. Participa activamente en las decisiones del grupo y su opinión es considerada valiosa.

En este mismo estilo de inclusión, si los padres, por enfermedad

requieren del cuidado de los hijos, éstos buscarán tenerlos en su hogar para atenderlos; en algunos casos la última alternativa será el internamiento en alguna institución. Si esta no se puede evitar, tratarán de que sea el menor tiempo posible el que permanezca fuera del hogar; antes de tomar la decisión así, recurrirán a contratar los servicios de enfermería o gericultura, por turnos.

En estas familias cualesquiera que sean las decisiones a tomar, a los senescentes - por enfermos o impedidos que estén - se les pedirá su punto de vista buscando que la solución - sea lo menos dolorosa para todos los integrantes del grupo.

En contados casos, se pedirá ayuda psicoterapéutica para el anciano que se encuentra en casa, ya que este servicio es poco conocido por la mayoría; así, la valiosa intervención que pueda tener, se ve restringida a unas cuantas personas.

Es más frecuente esta atención si la persona se encuentra internada en alguna institución de salud. Pasada la situación urgente, otras necesidades tomarán prioridad y se suspenderá la psicoterapia.

Si la familia es de inclusión servirá de apoyo y de contención para la persona de edad proveya, contrariamente con lo que sucede con la que segrega, que empujará a su miembro anciano a cargar con la enfermedad familiar para preservar al grupo del caos y la destrucción, muy a pesar de menoscabar su propia salud hasta el grado de demenciarse senilmente.

M E T O D O L O G I A

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Existen diferencias entre un grupo de ancianos asilados y un grupo de ancianos no-asilados en su actitud hacia la muerte?

1. HIPOTESIS:

HO: No existe diferencia significativa entre el grupo de ancianos asilados y el grupo de ancianos no-asilados en su actitud hacia la muerte.

HI: Si existe diferencia significativa entre el grupo de ancianos asilados y el grupo de ancianos no-asilados en su actitud hacia la muerte.

2. TIPO DE ESTUDIO:

Se realizó un Estudio Evaluativo de tipo Ex-Post-Facto porque el investigador no introdujo ningún tratamiento susceptible de modificar el fenómeno en cuestión y porque no tendrá un control directo sobre las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido.

3. DISEÑO:

Se utilizó un Diseño Preexperimental del tipo: Comparación de un grupo estático, donde un grupo, que posee la variable independiente (asilamiento) es comparado con otro que no la posee (no asilamiento), llevándose a cabo una observación de los dos grupos.

Este diseño siempre es empleado para comparar dos grupos naturales, es decir, los sujetos no son asignados al azar a cada uno

de los grupos.

La deficiencia esencial en este diseño es la falta de aleatorización.

Se da por hecho que los dos grupos son equivalentes aún sin haber realizado la asignación al azar.

4. VARIABLES:

VARIABLES INDEPENDIENTES:

V.I. EDAD: Se formarán dos grupos con personas que tengan de 65 años en adelante.

V.I. ASILAMIENTO: Se formó un grupo de ancianos que se encuentran viviendo en el Asilo de Nuestra Señora del Camino y que su tiempo de asilamiento sea de 5 años en adelante.

V.I. NO ASILAMIENTO: Se formó otro grupo de ancianos que trabajan en el Departamento del D.F. y que todavía viven con sus familias.

V.I. RELIGION: Tanto el grupo de asilados como el grupo de no asilados pertenecen a la religión católica.

VARIABLES DEPENDIENTES:

V.D. LA ACTITUD HACIA LA MUERTE. Se considerarán los puntajes obtenidos por cada grupo en el cuestionario que se utilizó en esta investigación (Anexo 1)

5. SUJETOS:

La muestra total estuvo constituida por 100 personas, cuyas edades oscilen entre 65 y 90 años.

El primer grupo estuvo constituido por 50 ancianos que se encuentran instalados en el Asilo de Nuestra Señora del Camino, ubicado en la Ciudad de México (Bulevar Adolfo López Mateos No. 190). Su tiempo de asilamiento será de 5 años como mínimo.

El segundo grupo estuvo constituido por 50 personas que trabajan en el Departamento del D.F., que viven con sus familias y que están tramitando su jubilación en el edificio del Departamento del Distrito Federal en la Ciudad de México (Calzada de la Viga 1174, 6o. piso.

6. MUESTREO:

La elección de los sujetos que participan en la investigación seleccionados mediante un muestreo no-probabilístico por cuota.

Las muestras no probabilísticas se caracterizan porque la elección de los elementos no se realiza al azar, por lo que el principal problema al que se enfrenta este tipo de muestreo, es que los datos obtenidos a partir de la muestra nunca podrán ser generalizados a la población.

Muestra por Cuota: el rasgo característico de este tipo, radica en que se estipula de antemano el número de personas que cada investigador interrogará u observará y se precisan las características de las personas con las que trabajará.

7. INSTRUMENTO:

El cuestionario que utilizamos en esta investigación está basado en cuatro escalas empleadas en Estados Unidos para medir la actitud hacia la muerte y que son:

- 1) ESCALA DE MIEDO A LA MUERTE Y A LOS MORIBUNDOS (Collet-Lester, 1959): elaborada para proveer mediciones de cuatro aspectos relacionados con la actitud hacia la muerte:

- a) Miedo a la propia muerte
- b) Miedo a la muerte de otros
- c) Miedo a estar muriendo
- d) Miedo de que otros estén muriendo.

Esta escala comprendía seis puntos a elegir, oscilando entre las opiniones de agrado y desagrado. De esta escala no se tiene la información suficiente acerca de como fue validada.

- 2) LA ESCALA DE ANSIEDAD DE MUERTE DE TEMPLER (1970):

El estudio de Templer involucró la construcción y validación de la escala de ansiedad (DAS). Se seleccionaron 31 ítemes por método de jueces de un número inicial de 40. Después se establecieron y computaron correlaciones biserials, de las cuales se obtuvieron 15 ítemes que constituyen finalmente la escala. Se determinó la consistencia interna y confiabilidad por medio de test-retest.

La validez del DAS se estableció mediante dos procedimientos separados:

- a) Los pacientes psiquiátricos con mayor ansiedad hacia la muerte, tuvieron resultados significativamente más altos en el DAS que los pacientes del grupo control.
- b) Los resultados del DAS se correlacionaron significativamente con la escala FODS de Bovar, con otro cuestionario de temas

de muerte y con area de asociación secuencial de palabras; asimismo, se obtuvieron correlaciones con las variables del MMPI.

3) ESCALA DE DICKSTEIN (1972):

El cuestionario preliminar de 48 ítem con cuatro respuestas alternativas cada uno, se administró a 160 estudiantes, que dió como resultado sólo 18 ítems con menor capacidad de discriminación, por lo que fueron eliminados los restantes, quedando por tanto una escala de 30 ítems. Se administró una nueva muestra de 193 estudiantes para obtener datos de la consistencia interna, de la misma manera se les aplicó la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor (MAS). La conclusión obtenida fue que la escala tiene un alto nivel de confiabilidad en términos de consistencia interna, tanto para hombres como para mujeres.

4) ESCALA DE NELSON (1978):

Para la concepción de esta escala se utilizaron dos muestras: la primera consistió en 455 estudiantes universitarios y la segunda de 587 entre 18 y 19 años. Originalmente eran 43 ítems que debían ser contestados mediante la escala de Likert.

Los factores sujetos a medición fueron:

- a) evitación de muerte
- b) renuencia a confrontar el proceso de muerte
- c) miedo a la muerte

La confiabilidad fue adecuada para cada grupo, por lo que los diferentes ítems miden funcionalmente los componentes de

la actitud hacia la muerte.

ELABORACION DEL CUESTIONARIO DEFINITIVO

La elaboración del cuestionario definitivo, se realizó mediante la elección al azar de 46 preguntas, de las diferentes escalas mencionadas anteriormente. (anexo 2)

Este cuestionario se aplicó a seis personas de cada uno de los grupos (tres hombres y tres mujeres), haciendo un total de 24 cuestionarios, con el fin de llevar a cabo el estudio piloto que trataría de corroborar si las preguntas se entendían claramente y que opinión se tenían de ellas, encontrándose sujetos con diferentes puntos de vista; algunos de ellos lo consideraban un tema interesante, mientras que otros mencionaban que el tema les molestaba.

Este cuestionario tenía únicamente dos alternativas de respuesta, si y no, opinando la mayoría de las personas que estas opciones eran radicales y que en algunos casos no concordaban con sus ideas.

Una vez obtenidos todos los datos posibles, se procedió a darles un tratamiento estadístico; para ello se utilizó la desviación standard y la puntuación tipificada Z para cada una de las preguntas.

Posteriormente, se desecharon aquellas preguntas que se desviaban más de la media, quedando únicamente 25 reactivos de los 46.

La desviación standard de cada pregunta se obtuvo mediante la siguiente fórmula:

$$\sigma = \pm \sqrt{\frac{\sum X^2}{N}}$$

donde:

- = desviación o variabilidad de la puntuación
- $\sum X^2$ = puntuación menos la media
- N = tamaño de la muestra

La puntuación tipificada Z, se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$z = \frac{X - \bar{X}}{\sigma}$$

donde:

- Z = puntuación tipificada
- X = puntuación de cada una de las preguntas
- \bar{X} = media de las puntuaciones obtenidas
- = variabilidad de la puntuación

Los datos obtenidos después de haberse efectuado el tratamiento anteriormente descrito, son los siguientes:

PREGUNTA	DESVIACION STANDARD	PUNTIACION
1	2.70	2.50
2	.60	.50
3	1.90	1.75
4	.60	.60
5	.80	.74
6	.02	.02
7	1.80	1.70
8	.23	.20
9	2.80	2.70
10.	1.20	1.12
11	.20	.16
12	.60	.60
13	.45	.40
14	1.15	1.20
15	1.20	1.12
16	1.20	1.12
17	1.20	1.12
18	1.20	1.12
19	.84	.80
20	1.04	1.00
21	.43	.40
22	.02	.02
23	1.04	1.00
24	1.00	.93
25	.40	.35
26	1.20	1.12

PREGUNTA	DESVIACION STANDARD	PUNTUACION
27	.80	.74
28	.43	.40
29	.84	.80
30	.43	.40
31	.80	.74
32	.60	.60
33	.43	.40
34	2.01	1.90
35	.20	.16
36	1.04	1.00
37	.43	.40
38	1.20	1.12
39	.80	.74
40	.43	.40
41	.20	.16
42	1.04	1.00
43	.84	.80
44	.20	.16
45	.60	.50

Al realizar esta selección se elaboró el nuevo cuestionario (anexo 1) incluyendo el criterio de Lickert para su calificación. La escala de Lickert es considerada intervalar. La característica principal de las escalas de intervalo es que tienen un cero arbitrario. Las escalas tipo Lickert consisten en un conjunto de preguntas sobre actitudes, que supuestamente tienen de manera aproximada el "mismo valor actitudinal" y en la que los sujetos respon

den en grados diversos de acuerdo o desacuerdo. Su finalidad consiste en situar al individuo en cierto lugar de un continuo de concordancia de la calidad en cuestión, siendo en este caso, la actitud hacia la muerte <Kerlinger, 1973>.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

1. Sujetos cuya capacidad de respuesta a estímulos visuales sea bajo.
2. Su nivel de motivación para participar en el estudio sea mínimo.
3. Sujetos con trastornos psiquiátricos (psicosis orgánicas y funcionales.)
4. Sujetos que toman medicamentos que los incapacitan para contestar a las preguntas de la escala.

CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Personas que manifiesten interés personal en participar y contestar a las preguntas de la escala.
2. Personas con disposición a iniciar una relación interpersonal.
3. La posibilidad de corroborar o complementar la información dada por los sujetos utilizando procedimientos de validación social.
4. Personas sin enfermedades físicas (arterioesclerosis, enfermedades del oído y de la vista) que les impidan contestar a las preguntas de las escalas.
5. Sujetos que no padezcan trastornos psiquiátricos.

La aplicación de las escalas se llevó a cabo en forma individual en el salón para descanso del Asilo de Nuestra Señora del Camino.

A los ancianos del Departamento del D.F., se les aplicó las escalas en forma individual en uno de los cubículos del edificio del Departamento del D.F.

Posteriormente, se calificaron las escalas y con los puntajes obtenidos se realizó el análisis estadístico.

ANALISIS ESTADISTICO

1. HIPOTESIS:

HO: No existe diferencia significativa entre el grupo de ancianos asilados y el grupo de ancianos no asilados en su actitud hacia la muerte.

HI: Si existe diferencia significativa entre el grupo de ancianos asilados y el grupo de ancianos no asilados en su actitud hacia la muerte.

2. FRONTERA DE DECISIONES:



3. REGLA DE DECISIONES:

Si el valor obtenido de Z se encuentra fuera del intervalo que va de - 1.96 a 1.96 será significativa y por lo tanto rechazó HO.

4. DATOS:

GRUPO DE ANCIANOS ASILADOS

$$N1 = 50$$

$$\bar{X}1 = 56.4$$

$$S1 = 10$$

GRUPO DE ANCIANOS NO ASILADOS

$$N2 = 50$$

$$\bar{X}2 = 72.46$$

$$S2 = 3.15$$

5. FORMULA:

$$z = \frac{\bar{X}1 - \bar{X}2}{\sqrt{\frac{S1^2}{N1} + \frac{S2^2}{N2}}}$$

6. SUSTITUCION:

$$z = \frac{56.4 - 72.46}{\sqrt{\frac{(10)^2}{50} + \frac{(3.15)^2}{50}}}$$

$$z = \frac{56.4 - 72.46}{\sqrt{\frac{(10)^2}{50} + \frac{(3.15)^2}{50}}}$$

$$z = \frac{-16.06}{\sqrt{\frac{100}{50} + \frac{9.92}{50}}}$$

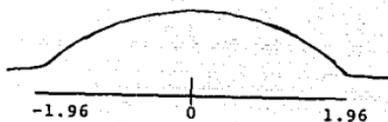
$$z = \frac{-16.06}{\sqrt{2 + 0.19}}$$

$$z = \frac{-16.06}{\sqrt{2.019}}$$

$$Z = \frac{-16.06}{1.47}$$

$$Z = -10.92$$

7. FRONTERA DE DECISIONES:



8. RESULTADO:

El valor obtenido de Z se encuentra fuera del intervalo que va de -1.96 por lo tanto la prueba es significativa y rechazó H_0 .

9. CONCLUSION:

SI EXISTE DIFERENCIA SIGNIFICATIVA ENTRE EL GRUPO DE ANCIANOS ASILADOS Y EL GRUPO DE ANCIANOS NO ASILADOS EN SU ACTITUD HACIA LA MUERTE.

R E S U L T A D O S

El análisis estadístico realizado con los puntajes del grupo de ancianos asilados dió los siguientes resultados: una media de 56.4, una desviación estándar de 10 y una n de 50. En cuanto al grupo de ancianos no asilados se llegó a los siguientes puntajes: una media de 72.46, una desviación estándar de 3.15 y una n de 5.

Posteriormente, al contrastar las hipótesis mediante la prueba estadística de diferencia de medias se obtuvo una Z calculada de -10.92. Este valor de Z se encontró fuera del intervalo que va de -1.96 a 1.96, por lo tanto la prueba fue significativa y se rechazó H_0 .

También se realizó un análisis estadístico de prueba "t" de diferencia entre medias para grupos apareados por cada cuestionario, encontrándose una t calculada de -3.42 o sea que sale del intervalo que va de -2.04 a 2.04, por lo tanto la prueba fue significativa y se rechazó H_0 , concluyéndose que hay diferencia significativa entre cada cuestionario del grupo de ancianos asilados y cada cuestionario del grupo de ancianos no asilados.

D I S C U S I O N

En esta investigación se encontró una diferencia significativa entre el grupo de ancianos asilados y el grupo de ancianos no-asilados, siendo mayores los puntajes del grupo de ancianos no-asilados. Por lo que se puede pensar que hay una mayor aceptación de la muerte en el grupo de ancianos no-asilados. Este resultado concuerda con el obtenido por Samuel D. Shrut (1958), en donde encontró que las mujeres que vivían en una atmósfera institucional, mostraron más miedo o preocupación por la muerte que las mujeres que vivían en sus departamentos. Al parecer esto se debió a que las que vivían en sus departamentos disfrutaban de mejor salud mental y estaban más preocupadas en "planear para continuar viviendo".

Estas mujeres parecían también más alertas socialmente y menos suspicaces. El proseguir con los antiguos hábitos y formas de vida, unido a una relativa buena salud, o a vivir como si esta fuera buena, parece constituir una protección contra la ansiedad que se patentiza en el temor a la muerte.

Lo opuesto fue encontrado por <Swenson, 1961> en su estudio reportó que los ancianos que viven en asilos muestran una actitud más positiva y aceptante hacia la muerte que aquellos que viven en sus propias casas, parecería que el cuidado y la protección institucionales hacían reducir el número de quejas. Mientras que Kimssey y sus colegas <1970 - 1972> reportan que no hay diferencias significativas entre ambos grupos.

Myska, M. <1978> en un estudio con ancianos encontró resultados

similares, es decir, que no hay diferencias significativas entre los ancianos de asilos y los que viven solos.

En esta investigación, la muestra estuvo constituida por ancianos asilados y por ancianos no-asilados y como se puede observar, existen diferencias significativas entre los dos grupos en su actitud hacia la muerte; hay una mayor aceptación de la muerte en el grupo de ancianos no-asilados. Según Comfort (1978), en la última etapa de la vida, no es frecuente que las personas se sientan preocupadas por la muerte o la agonía, ni tampoco tienen por qué estarlo, fuera de las prevenciones normales y de las necesarias gestiones para proteger a sus familiares mediante la redacción de un testamento.

Según Gamietea (1985) se ha demostrado que la proximidad de la muerte, produce poco miedo entre los ancianos, mientras que entre los jóvenes, para quienes el futuro está poco visualizado y tienen todavía mucha vida por delante, parece menos terrible a los ancianos que a los jóvenes, aunque piensan y hablan más de ésta, que ellos.

De todo esto, se deduce que la adaptación a la muerte, puede ser mayor a medida que la persona va completando su ciclo de vida, por eso los jóvenes sufren más y experimentan mayores dificultades en adaptarse a la muerte, porque los ancianos no solamente han vivido un buen número de años, sino que han alcanzado una mayor experiencia de la muerte que otras personas.

Sobre todo, la evidencia disponible sugiere que el miedo a la muerte no es intenso en los ancianos. Esta conclusión tentativa

se deriva en gran parte de cuestionarios y entrevistas, pero también de intensos seguimientos clínicos y datos de pruebas proyectivas. Uno puede escoger el interpretar la falta de miedo a la muerte, como prueba de que el anciano es muy temeroso. Sin embargo, hasta que no se realicen futuras investigaciones, debemos aceptar la baja incidencia e intensidad del miedo a la muerte en los ancianos, como un hecho.

Los dos grupos de ancianos estudiados en esta investigación pertenecen a la religión católica. En 1985 Silva M. y Kamino, Y., realizaron un estudio sobre la actitud hacia la muerte tomando en consideración algunas variables entre ellas la religión y uno de los resultados obtenidos fue que el grado de religiosidad no influyó significativamente en la actitud hacia la muerte, pero se observa que, en general las personas que acostumbraban leer la Biblia, muestran menor temor a la muerte.

En el estudio de Jeffers (1961), los ancianos al preguntarles: ¿tienes miedo a morir?, invocaron un marco de referencia religioso en sus respuestas.

En general, los ancianos institucionalizados de este estudio, en su conversación incluyen a Dios, otros tienen imágenes religiosas en sus habitaciones y asisten a la capilla del asilo. Así, escuchamos expresiones como: "Estoy en manos de Dios", "lo que Dios decida", etc. Por lo que la religión más que determinar sus actitudes, las matiza.

Por último, también hay que destacar algunos factores inherentes a la muestra estudiada y que hicieron difícil la realización

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

de este estudio: uno de ellos es la salud física de los ancianos, las personas afectadas por enfermedades de la vista o del oído, fueron excluidos de la muestra.

También fueron excluidos los que estaban poco motivados para participar en ella, los que tenían enfermedades psiquiátricas. Debido a esto, sugerimos que para próximas investigaciones se tome en cuenta que trabajar con ancianos no es lo mismo que trabajar con niños o jóvenes. Con los viejos, la aplicación de instrumentos tiene que hacerse en forma individual, disponer de más tiempo del que se utilizaría con otro tipo de población, tenerles paciencia porque su tiempo de reacción es mayor, en ocasiones por sus problemas de audición, hay que hacer las preguntas en voz suficientemente alta para que las escuchen, y el entrevistador tiene que escribir las respuestas porque la mayoría de las veces ellos no pueden hacerlo.

Entender que la vejez es la última fase de la vida y que según como haya pasado las etapas anteriores es como vamos a encontrar al anciano y probablemente se muestre dispuesto a participar en investigaciones o simplemente se rehuya a participar en cualquier cosa que nos permita conocerlos y entenderlos más.

ALCANCES Y LIMITACIONES:

La muestra que constituyó el grupo de ancianos asilados estuvo formada por cincuenta personas instaladas en el Asilo de Nuestra Señora del Camino cuyas edades oscilaban entre 65 y 90 años. Podemos decir que fue una muestra muy pequeña y no representativa de la población ya que se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por cuota y los resultados obtenidos a partir de la muestra nunca podrán ser generalizados a la población.

En cuanto al grupo de ancianos no asilados también se constituyó mediante un muestreo no probabilístico por cuota y los resultados obtenidos de este grupo no se pueden generalizar a la población.

Por lo que sería conveniente para próximas investigaciones realizar un muestreo de tipo probabilístico tomando en cuenta todos los asilos que existen en la Ciudad de México.

Sería importante realizar un estudio haciendo una comparación en su actitud hacia la muerte entre ancianos de diferentes asilos, ya que cada asilo tiene sus características y en lo único que se parecen es en que tienen instalados ancianos.

CONCLUSIONES

En el mundo de hoy son necesarios los asilos, es cierto que las personas necesitan trabajar para vivir, estudiar y muchas otras actividades que requieren mucho tiempo, por lo tanto quienes cuidarán de los ancianos en esos casos serán las instituciones.

Los asilos son necesarios para los viejos que no tienen una familia que se encargue de cuidarlos, por lo tanto las autoridades correspondientes deberían preocuparse por:

1. Que en los asilos cada anciano tuviera su habitación
2. que las parejas de ancianos durmieran en la misma habitación
3. que se les permita vestirse con ropa de calle, y que no permanezcan en pijama todo el día.
4. que se les permita salir a la calle, si están en posibilidades de hacerlo.

5. sean separados los neuróticos de los psicóticos.
6. que cuenten con espacios especiales , salas de lectura, de descanso, televisión, etc.
7. que los ancianos sean atendidos por enfermeras geriatricistas
8. que tengan atención médica especializada.
9. que se den pláticas a las familias de los asilados, para que se promuevan relaciones más afectuosas con sus viejos.
10. ayudar a las familias de los asilados a no sentirse culpables por dejar a sus ancianos en un asilo, esto por medio de pláticas.

TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL GRUPO DE ANCIANOS ASILADOS

PUNTAJE	RANGO	F	X	FX	X-X	(X-X) ²	F(X-X) ²
41	41 41-43	8	42	336	-14.4	207.36	1,658.88
51	51 44-46	0	45	0	-11.4	129.96	0
69	51 47-49	I	48	48	- 8.4	70.56	70.56
51	69 50-52	19	51	969	-5.4	29.16	554.04
65	68 53-55	2	54	108	-2.4	5.76	11.52
65	69 56-58	0	57	0	0.6	0.36	0
52	52 59-61	0	60	0	3.6	2.96	0
69	41 62-64	0	63	0	6.6	43.56	0
41	51 65-65	7	66	462	9.6	92.16	645.12
41	65 68-70	13	69	897	12.6	158.76	2,063.88

69	52	50	2,890	5,004.00
----	----	----	-------	----------

52 41
 65 69
 69 52
 51 52
 41 53
 69 51
 52 66
 66 65
 68 68
 52 51
 49 41
 52 68
 69 51
 53 51

$$\bar{X} = \frac{2,820}{50} = 56.4$$

$$s = \sqrt{\frac{5,004}{50}} = 100.08$$

TABLA DE DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS DEL GRUPO DE ANCIANOS NO ASILADOS

PUNTAJE	RANGO	F	X	FX	X-X	(X-X) ²	F(X-X) ²	
72	72	63-65	2	64	128	-8.46	71.57	143.14
69	69	66-68	0	67	0	-5.46	29.81	0
73	74	69-71	17	70	1190	-2.46	6.05	102.85
70	75	72-74	21	73	1533	0.54	0.29	6.09
74	76	75-77	6	76	456	3.54	12.53	75.18
74	69	78-80	4	79	316	6.54	42.77	171.08
80	73	50		=3623				498.34
75	70							
63	70							
74	74							
73	69							
74	72							
75	71							
80	70							
70	73							
69	73							
72	69							
63	72							
72	75							
69	80							
70	71							
73								
74								
75								
80								
74								
70								
69								
72								

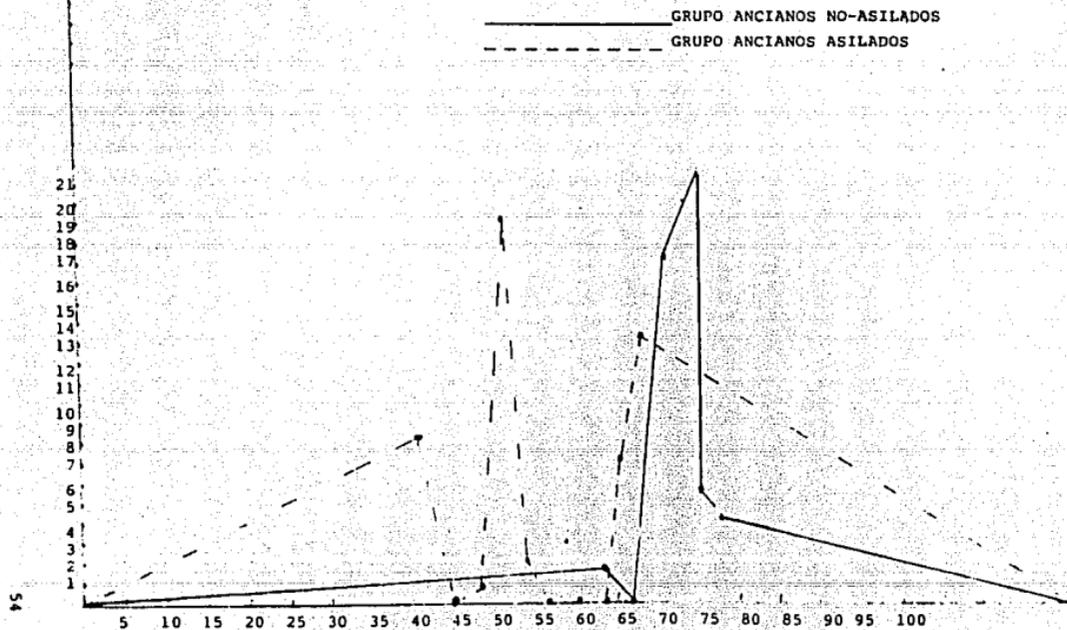
$$\bar{X} = \frac{3,623}{50}$$

$$S = \sqrt{\frac{498.34}{50}}$$

$$S = 9.9668$$

$$S = 3.15$$

POLIGONO DE FRECUENCIAS DEL GRUPO ANCIANOS ASILADOS Y EL GRUPO DE ANCIANOS NO_ASILADOS



(FIGURA 1)

C U E S T I O N A R I O

INSTRUCCIONES: La finalidad del siguiente cuestionario es exclusivamente científica, por lo que es necesaria su identidad; sólo requerimos de algunos datos personales. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar. A continuación se presentan diferentes posibilidades de respuesta; a cada una de ellas le corresponde un número; elija el número que coincida con su opinión. Indique el número elegido en la línea que está al lado izquierdo de la oración. AGRADECEMOS SU COLABORACION.

Edad _____ Sexo _____

5. COMPLETAMENTE DE ACUERDO
 4. DE ACUERDO
 3. NO TENGO OPINION AL RESPECTO
 2. EN DESACUERDO
 1. COMPLETAMENTE EN DESACUERDO.
-
- ___ 1. TENGO MIEDO A MORIR
 - ___ 2. TENGO MIEDO DE MORIR VIOLENTAMENTE
 - ___ 3. ME MOLESTA PENSAR EN LO CORTA QUE ES LA VIDA
 - ___ 4. ESPERO QUE MAS DE UN MEDICO ME EXAMINE ANTES DE QUE ME CONSIDEREN MUERTO
 - ___ 5. ME MOLESTA PENSAR ACERCA DE MI PROPIA MUERTE
 - ___ 6. TEMO NO VIVIR LO SUFICIENTEMENTE PARA DISFRUTAR DE LA VIDA
 - ___ 7. LA GENTE DE EDAD MAS AVANZADA PIENSA MAS FRECUENTEMENTE EN LA MUERTE

8. ME IMPACTARIA VER UN CADAVER
9. FRECUENTEMENTE PIENSO EN LA MUERTE
10. TEMO NO PODER LLEVAR A CABO MIS METAS ANTES DE MORIR
11. TENGO MIEDO DE ESTAR MUERTO
12. EL PENSAR EN LA MUERTE ME MOLESTA
13. EL PENSAR EN MI MUERTE ME GENERA ANSIEDAD Y/O ME DEPRIME

14. CUANDO PIENSO EN MI MUERTE, TRATO DE DISTRAERME
15. SI ESTUVIERA MURIENDO, NO ME GUSTARIA SABERLO
16. NO PODRIA DESCANSAR EN UN ATAUD SIN EXPERIMENTAR SENTI-
MIENTOS NEGATIVOS
17. SI PUDIERA ESCOGER TENER UNA VIDA ETERNA EN LA TIERRA,
ESCOGERIA ESTE DESTINO
18. CUANDO LEO LOS PERIODICOS, NUNCA PRESTO ATENCION A LA
NOTA ROJA
19. LA MUERTE NO SERIA DOLOROSA, SI LA VIDA HA SIDO PRODUC-
TIVA
20. NUNCA HE IMAGINADO LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUN SER QUE-
RIDO PUEDE MORIR.
21. SI ALGUN SER QUERIDO ESTUVIERA MURIENDO, NO LE DIRIA
EN QUE CONDICIONES ESTA
22. SI UN AMIGO ESTUVIERA MURIENDO, PREFIRIA NO SABERLO
23. ME SERIA DIFICIL PASAR MUCHO TIEMPO CON PERSONAS QUE
ESTAN MURIENDO
24. SI ESTUVIERA DESAHUCIADO, NO ME GUSTARIA SABERLO
25. SI UN MIEMBRO DE MI FAMILIA ESTUVIERA GRAVE, PREFERIRIA
NO SABERLO

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: La finalidad del siguiente cuestionario es exclusivamente científica, por lo que no es necesaria su identidad, sólo requerimos de algunos datos personales. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar. AGRADECEMOS SU COLABORACION.

EDAD: _____ SEXO: _____

RELIGION: _____

No. DE MIEMBROS EN LA FAMILIA: _____

INGRESO TOTAL DE LA FAMILIA MENSUALMENTE: _____

1. ES TAN NATURAL EL MORIR COMO EL NACER
a) SI b) NO
2. TENGO MIEDO A MORIR
a) SI b) NO
3. EL TEMA DE LA VIDA DESPUES DE LA MUERTE ME INCOMODA
a) SI b) NO
4. CUANDO PIENSO EN LA MUERTE TRATO DE DISTRAERME
a) SI b) NO
5. TENGO MIEDO DE MORIR VIOLENTAMENTE
a) SI b) NO
6. ME MOLESTA PENSAR EN LO CORTA QUE ES LA VIDA
a) SI b) NO
7. RARAS VECES ESPERO LA MUERTE
a) SI b) NO
8. ESPERO QUE MAS DE UN MEDICO ME EXAMINE ANTES DE QUE ME CONSIDEREN MUERTO.
a) SI b) NO

9. SI YO MURIERA MIS AMIGOS Y MIS FAMILIARES SE ENTRISTECERIAN
a) SI b) NO
10. LAS PERSONAS JOVENES RARA VEZ PIENSAN EN LA MUERTE
a) SI b) NO
11. ME MOLESTA PENSAR ACERCA DE MI PROPIA MUERTE
a) SI b) NO
12. TEMO NO VIVIR LO SUFICIENTE PARA DISFRUTAR DE LA VIDA
a) SI b) NO
13. NUNCA HE IMAGINADO LA POSIBILIDAD DE QUE ALGUN SER QUERIDO
PUEDA MORIR
a) SI b) NO
14. EL PENSAR ACERCA DEL FUTURO, ME INCOMODA
a) SI b) NO
15. ME DA TEMOR PENSAR QUE MI MUERTE PUEDE SER DOLOROSA
a) SI b) NO
16. RARAS VECES LEO POEMAS O HISTORIAS SOBRE LA MUERTE
a) SI b) NO
17. TEMO QUE LA MUERTE SEA EL FINAL DE LA EXISTENCIA
a) SI b) NO
18. EL PENSAR EN MI CUERPO DESCOMPONIENDOSE DESPUES DE MI MUERTE
ME ASUSTA.
a) SI b) NO
19. NO HABLARIA CON UNA PERSONA MORIBUNDA ACERCA DE SU PROPIA
MUERTE, AUN CUANDO EL QUISIERA HACERLO.
a) SI b) NO
20. TENGO MIEDO QUE ALGUN TIPO DE SUFRIMIENTO SIGA A LA MUERTE
a) SI b) NO

21. SI ESTUVIERA MURIENDO, NO ME GUSTARIA SABERLO.
a) SI b) NO
22. LA GENTE DE EDAD MAS AVANZADA PIENSA MAS FRECUENTEMENTE EN LA MUERTE.
a) SI b) NO
23. PENSAR ACERCA DE LA MUERTE ES UNA PERDIDA DE TIEMPO
a) SI b) NO
24. TENGO MIEDO DE QUE ALGUN FAMILIAR MUERA
a) SI b) NO
25. SI ALGUN SER QUERIDO ESTUVIERA MURIENDO, NO LE DIRIA EN QUE CONDICIONES ESTA.
a) SI b) NO
26. ME PONE NERVIOSO OIR HABLAR SOBRE LA MUERTE.
a) SI b) NO
27. ME IMPACTARIA VER UN CADAVER
a) SI b) NO
28. SI UN AMIGO ESTUVIERA MURIENDO, PREFERIRIA NO SABERLO
a) SI b) NO
29. FRECUENTEMENTE PIENSO EN LA MUERTE
a) SI b) NO
30. TEMO NO PODER LLEVAR A CABO MIS METAS ANTES DE MORIR
a) SI b) NO
31. ME SERIA DIFICIL PASAR MUCHO TIEMPO CON PERSONAS QUE ESTAN MURIENDO.
a) SI b) NO
32. TENGO MIEDO DE ESTAR MUERTO.
a) SI b) NO

33. SI ESTUVIERA DESAHUCIADO, NO ME GUSTARIA SABERLO
a) SI b) NO
34. ME ASUSTA PENSAR QUE PUDIERAN ENTERRARME VIVO
a) SI b) NO
35. NO PODRIA DESCANSAR EN UN ATAUD, SIN EXPERIMENTAR SENTIMIENTOS NEGATIVOS.
a) SI b) NO
36. ME DISGUSTARIA VISITAR A UN AMIGO MORIBUNDO
a) SI b) NO
37. SI UN MIEMBRO DE MI FAMILIA ESTUVIERA GRAVE, PREFERIRIA NO SABERLO
a) SI b) NO
38. ME DISGUSTARIA CAMINAR POR UN CEMENTERIO
a) SI b) NO
39. SI PUDIERA ESCOGER TENER UNA VIDA ETERNA EN LA TIERRA ESCOGERIA ESTE DESTINO
a) SI b) NO
40. EL PENSAR EN LA MUERTE ME MOLESTA
a) SI b) NO
41. CUANDO LEO LOS PERIODICOS, NUNCA PRESTO ATENCION A LA NOTA ROJA
a) SI b) NO
42. ME DA MIEDO LO QUE LE PUEDA SUCCEDER A MI CUERPO CUANDO MUERA
a) SI b) NO
43. SI SUPIERA QUE ALGUN CONOCIDO MIO ESTA MURIENDO, ME SENTIRIA INCOMODO DE ESTAR CERCA DE EL.
a) SI b) NO

44. EL PENSAR EN MI MUERTE ME GENERA ANSIEDAD Y/O ME DEPRIME

a) SI b) NO

45. ALGUNA PREGUNTA LE MOLESTO, PARECIENDOLE MORBOSA O CAUSANDOLE TRISTEZA Y/O ANGUSTIA?

a) SI, CUAL Y ESPECIFIQUE _____ b) NO

BIBLIOGRAFIA

1. Bascue, L. (1977). A study of subjective time and anxiety in the elderly. 8(1). Omega.
2. Beauvoir, S. (1980). La Vejez. México, Hermes.
3. Bize, P. y Vallier, C. (1973). Una nueva vida: la tercera edad. Bilbao, Mensajero.
4. Blos, P. (1971). Psicoanálisis de la adolescencia. México, Joaquín Mortiz.
5. Bromley, D. (1966). The Psychology of human aging. Great Britain, Penguin Books.
6. Cautela, J. y Kastenbaum, R. (1967). Fears and reinforcers of young and old adults. (presentado en el Congreso anual de Gerontological Society), citado en Kastenbaum, R. en The Psychology of death.
7. Comfort, A. (1964). Aging. The biology of senescence. London, Routledge and Keagan P.
8. Comfort, A. (1978). La buena edad. La tercera edad. España, Debate.
9. Chauchard, P. (1947). La muerte. Buenos Aires, Paidós. pag. 67-74.
10. Dickstein, L. (1972). Death concern. Measurement and correlates. Psychological reports. 35.
11. Diggory, R. (1961). Values destroyed by death. Journal of Abnormal and Social Psychology. 63.
12. Fuentes, A. (1978). Salud y Vejez. México, El caballito.
13. Gamietea, M. (1985). Envejecer es natural. Revista de Psicología Aletheia. (6). pag. 77-85.
14. Gamietea, M. (1985). El aislamiento en los ancianos. Tesis de maestro en Psicología, Universidad Iberoamericana, México.
15. Gamietea, M. (1988). El anciano segregado por su familia. Revista de Psicología Aletheia. (8). pag. 55-59.
16. Garnica, E., Giorgana, A. y Sánchez, S. (1982). Las actitudes hacia la muerte en cuatro grupos de edades diferentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio alto y alto y de religión católica. Tesis de Licenciado en Psicología. México, Universidad Iberoamericana.
17. Kastenbaum, R. (1980). Vejez, años de plenitud. México, Harla.

18. Kerlinger, F. (1984). Investigación del comportamiento, técnicas y metodología. México, Interamericana.
19. Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. Psychological bulletin. (67).
20. Lester, D. (1970). The fear of death. The fear of dying and the threshold differences for death words and neutral words. Psychological bulletin. (1).
21. Lester, D. (1971). Effect of a friend dying attitudes toward death. Journal of social Psychology. (83).
22. López Araiza, M. y Noe, P. (1987). Relación entre actitudes hacia la jubilación y autoestima en personas jubiladas y no jubiladas. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México, Universidad Iberoamericana.
23. Munnichs, J. (1968). Old and finitude. New York, Karger.
24. Myska, M. (1978). Death attitudes of residential and non residential rural aged persons. Psychology reports. (43).
25. Pichon Riviere, E. (1983). El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Argentina, Nueva Visión. (1).
26. Ryley, J. (1970). What people think about a death in the dying patients. New York, Orville.
27. Rothstein, C. (1962). Aging awareness and personalization of death in the young and middle adult year. New York, Omega. (12).
28. Shrut, S. (1958). Attitudes toward old age and death. Mental Hygiene. (42).
29. Silva, M. y Kamino, Y. (1985). Religiión y actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos. Tesis para obtener el título de licenciado en Psicología. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
30. Swenson, W. (1961). Attitudes toward death in an aged population. Journal of Gerontology. (16).
31. Templer, I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. Journal of General Psychology. (82).
32. Templer, I. (1970). Religion correlates of death anxiety. Psychology reports. (35).

33. Templer, I. (1974). Fear of death and feminity. Psychological reports. (35).

34. Tournier, P. (1971). Aprendiendo a envejecer. Argentina, Aurora.