



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS ADULTAS MAYORES**

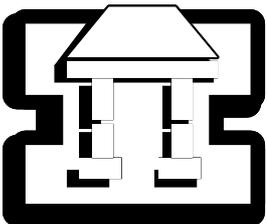
**ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ANA VALERIA FLORES GRIFALDO**

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANA LUISA GONZALEZ-CELIS RANGEL

SINODALES:
DR. EDGARDO RUIZ CARRILLO
MTRO. FERNANDO QUINTANAR OLGUIN

TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO 2008

TESIS PARCIALMENTE APOYADA POR PAPIIT EN EL PROYECTO No. IN304706-2,
PAPCA-2007 No. 63 y PFAMU PI300306





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi padre:

A quien le debo un abrazo fuerte y un te amo eterno

A mi madre:

Quien aprendió a jugar un sin fin de roles para provocar que cumpliera mi meta

A mis tres hermanos:

Los cuales han puesto su granito de arena para que culminara con este objetivo

A Hugo:

**Porque me ha ayudado a ponerme en pie cada que me he resbalado y ha caminado
junto a mi mostrándome que la vida es hermosa**

A la doctora Ana Luisa:

**Muchas gracias por el tiempo dedicado a mi proyecto, por contagiarme de esfuerzo,
por ser ese ser humano tan hermoso. Mil gracias por abrirme una puerta grandiosa:
la lucha de seguir.**

**A mis amigos, quienes compartieron más que un cubículo conmigo y quienes me han
permitido conocerlos:**

**César, quien con paciencia, tiempo y dedicación contribuyo de manera muy
considerable en mi investigación, a Gaby y a Marisol.**

A mis sinodales:

Gracias por el tiempo empleado para que este proyecto quedar bien.

INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCION	1
CAPITULO I. CALIDAD DE VIDA	3
1.1 Definición de calidad de vida y modelos de calidad de vida	3
1.3 Instrumentos que miden calidad de vida	7
CAPITULO II. VEJEZ	10
2.1 Estadísticas poblacionales	10
2.2 Definición de vejez	13
2.3 Cambios que se presentan en la vejez	16
2.4 Envejecimiento exitoso	19
CAPITULO III. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE	22
3.1 Definición y tipos de muerte	22
3.2 La muerte en el anciano	25
3.3 Tradiciones respecto a la muerte	26
3.4 Investigaciones sobre ansiedad ante la muerte	30
CAPITULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	33
4.1 Pregunta de investigación	33
4.2 Objetivo general	33
4.3 Objetivos específicos	33
4.4 Justificación	33
4.5 Hipótesis de investigación	34

CAPITULO V. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	35
5.1 Tipo de estudio, diseño y tamaño de la muestra	35
5.2 Criterios de inclusión y exclusión	35
5.3 Materiales	36
5.4 Instrumentos de medición	36
5.5 Escenario	36
5.6 Definición de variables	38
5.7 Procedimiento	39
5.8 Análisis de los datos	40
CAPITULO VI. DESCRIPCION DE RESULTADOS	41
CAPITULO VII DISCUSION DE RESULTADOS	50
REFERENCIAS	54
ANEXOS	59

INDICE DE FIGURAS

Número de figura	Página
Figura 1. Transición demográfica mundial, 1950-2050	11
Figura 2. Esperanza de vida mundial por sexo, 2000-2050	11
Figura 3. Pirámide de la población mundial, 2000-2050	12
Figura 4. Población mundial de 60 años y más, 1950-2050	13

INDICE DE TABLAS

Número de tabla	Página
Tabla 1. Sexo y calidad de vida	41
Tabla 2. Con quién vive y calidad de vida	41
Tabla 3. Nivel de estudios y calidad de vida	42
Tabla 4. Esta enfermo y calidad de vida	42
Tabla 5. Religión y calidad de vida	43
Tabla 6. Sexo y calidad de vida (Dominio 1 “Salud física”)	43
Tabla 7. Sexo y calidad de vida (Dominio 2 “Aspectos psicológicos”)	44
Tabla 8. Sexo y calidad de vida (Dominio 3 “Relaciones sociales”)	44
Tabla 9. Sexo y calidad de vida (Dominio 4 “Medio ambiente”)	45
Tabla 10. Variables y dominios de calidad de vida	45
Tabla 11. Sexo y ansiedad ante la muerte	46
Tabla 12. Con quién vive y ansiedad ante la muerte	46
Tabla 13. Nivel de estudios y ansiedad ante la muerte	47
Tabla 14. Enfermo y ansiedad ante la muerte	47
Tabla 15. Religión y ansiedad ante la muerte	48
Tabla 16. Estado civil y ansiedad ante la muerte	48
Tabla 17. Calidad de vida y ansiedad ante la muerte	49

INDICE DE ANEXOS

Número de anexos	Página
Anexo 1. Ficha de datos sociodemográficos	60
Anexo 2. WHOQOL-BREF	61
Anexo 3. Escala de ansiedad ante la muerte para ancianos	64
Anexo 4. Tarjetas de respuesta	65
Anexo 5. Recomendaciones	68
Anexo 6. Directorio	69
Anexo 7. Tríptico	70
Anexo 8. Carta informada	72

RESUMEN

El objetivo principal de esta investigación fue determinar la relación entre ansiedad ante la muerte y calidad de vida en personas adultas mayores, así como examinar las asociaciones entre algunos datos sociodemográficos con calidad de vida y ansiedad ante la muerte. Los participantes fueron 215 adultos mayores, 61% fueron mujeres y 39% hombres, los cuales se encontraban adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Mismos a los que se les aplicó tipo entrevista una ficha de datos sociodemográficos, la prueba del WHOQOL-Bref y la escala de ansiedad ante la muerte para ancianos. Los resultados arrojaron que al correlacionar calidad de vida y ansiedad ante la muerte existe una relación significativa, débil e inversa. Así como que la relación que existe entre ambas variables es moderada, aunque analizando los datos por submuestras se halló que los participantes con mayor calidad de vida tuvieron menor ansiedad ante la muerte.

INTRODUCCION

La Calidad de Vida es un tema que comienza a generar interés en 1974, siendo desde entonces un concepto abstracto ya que depende del momento en que se defina y las disciplinas que la estudien. Por ende es difícil conceptuar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades. No obstante, se acepta que la Calidad de Vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas objetivas y subjetivas, individuales y sociales en función del medio ambiente donde se viva, circunscrito a un tiempo y a un espacio, por lo cual no existen modelos únicos de calidad de vida, sino que estos se construyen para sociedades y momentos definidos.

Por ello, en el primer capítulo de este escrito se exponen las diferentes definiciones brindadas por los conocedores sobre el tema, algunos paradigmas e instrumentos elaborados para su medición.

En los últimos años el número de población adulta mayor se ha visto incrementada de manera muy considerable a consecuencia de la disminución de la mortalidad, avances en la ciencia médica, decremento en la tasa de natalidad, etc. El INEGI (2005) refleja numéricamente las proyecciones que se esperan para algunos años, así como el número de personas adultas mayores de la actualidad. Esta información se muestra en el segundo capítulo a través de las estadísticas y proyecciones poblacionales para la población adulta mayor esperadas dentro de algunos años, así como los mitos, definiciones y características de la vejez.

Aunque a todos nos llega la muerte, las percepciones que tenemos sobre ella varían demasiado. Para las personas, la muerte puede tener un sin fin de significados, se le puede considerar un hecho biológico, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la realización de la voluntad de Dios, la separación, la reunión, etc. (Pinazo y Bueno, 2004).

El concepto de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples significados, de forma que su abordaje y comprensión dependen de varios aspectos como lo es la edad, la cultura, la educación, la sociedad o la religión (Tomás-Sábado & Limonero, 2004). En el tercer capítulo se abordan diferentes definiciones acerca de la muerte, miedos que se pueden presentar, tipos de muerte, niveles de muerte, la muerte en el anciano, tradiciones en torno a la muerte, culminando con los estudios realizados en torno a la muerte, especialmente sobre ansiedad ante la muerte.

En el capítulo cuatro se expone el planteamiento del problema que guío esta investigación, así como sus respectivos objetivos e hipótesis. Posteriormente en el capítulo cinco se da a conocer la metodología del estudio.

En el capítulo seis se muestran los resultados obtenidos, mientras que en el último capítulo se realiza una discusión general del reporte y se dan a conocer las conclusiones a las que se llega.

CAPITULO I. CALIDAD DE VIDA

1.1 Definición de calidad de vida

La Calidad de Vida es un componente central que se relaciona con factores esenciales del funcionamiento y bienestar humano, como lo es la salud psicológica, el éxito en la escuela o trabajo, sanas relaciones de pareja, familiares o sociales, realización personal, estilos de vida saludables, entre otros. Por tanto si los individuos disfrutan de una Calidad de Vida satisfactoria, otros aspectos de índole psicológica tendrán más posibilidades de funcionar mejor, debido a que se encuentran asociaciones muy cercanas entre ésta y los diversos aspectos del funcionamiento humano (González-Celis, 2002, González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003, Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006)

Por ello es que diversas disciplinas como las ciencias naturales, sociales, de la salud y del comportamiento humano han realizado estudios acerca de Calidad de Vida, mismas que le han dado una definición acorde con su enfoque. Algunas de ellas asocian el término con nivel o estilo de vida, satisfacción, bienestar, salud y felicidad mismas que retoman lo que consideran que es indispensable para la concordancia entre las disciplinas y sus principios (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006), por lo que resulta muy complicado definir el término Calidad de Vida, (Pérez, 2004, Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006). Por ejemplo los economistas, políticos y ambientalistas han estudiado la Calidad de Vida empleando indicadores objetivos, incluso inicialmente el término se medía a través de los niveles materiales, entendiéndose así que un país con mayor nivel material brindaría mejor Calidad de Vida a sus habitantes, sin embargo Andrews y Withey (1974 en Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006) insisten en que la Calidad de Vida no solo se refiere a condiciones reales y objetivas sino también a la evaluación hecha por el mismo individuo.

González-Celis (2005) a enlistado algunos modelos que han contribuido a la definición de Calidad de Vida:

- Paradigmas económicos. El principal objetivo de este modelo es el incremento de variables macroeconómicas (aumento en la tasa de empleo, importaciones y exportaciones) que fungen para mejorar los niveles y condiciones de vida de la población.
- Paradigmas ambientalistas. Este paradigma se encuentra interesado en mejorar el grado de deterioro ambiental relacionado a los procesos de industrialización y urbanización; contaminación del aire, lagos, ríos y océanos; el manejo de desechos tóxicos, el adelgazamiento de la capa de ozono, entre otros, ya que ponen en peligro a muchas especies y deterioran la calidad de vida de los individuos y las sociedades humanas, dichas variables influyen directamente en la salud de la comunidad.
- Paradigmas de necesidades básicas. Las variables consideradas en este paradigma son alimentación equilibrada, vivienda higiénica; construida con materiales en buen estado que aseguren protección y privacidad además de que cuenten con servicios de agua potable, drenaje, electricidad y mobiliario, socialización y educación entendiendo educación escolar, para la salud, orientación sexual y capacitación para el trabajo, información, recreación y cultura, acceso a instalaciones y disponibilidad de tiempo libre, vestido, calzado y cuidado personal, transporte público, comunicaciones básicas, seguridad a contar con acceso a satisfactores sociales como incapacidad, vejez, orfandad, viudez, etc.
- Paradigma de salud. Los indicadores de salud física considerados son las tasas de natalidad, morbilidad, mortalidad, el número de días de hospitalización, porcentaje de ocupación de camas, porcentaje de vacunación, la esperanza de vida, el número de años de vida saludable, años de vida sin incapacidad. Además de la tasa de suicidio, homicidio, actos de violencia, accidentes de tráfico, delincuencia juvenil, abuso de alcohol, drogas, tabaquismo y obesidad.
- Paradigmas psicosociales. En este paradigma los indicadores que influyen sobre la calidad de vida es el nivel educativo y cultura, condición social de la mujer, circunstancia de vivienda y el medio.
- Paradigmas filosóficos. Según este modelo, el tener, amar y ser, son condiciones necesarias para el desarrollo y existencia humanos que privilegian una mejor calidad de vida.

Por otro lado la Organización de las Naciones Unidas menciona como los principales componentes de la Calidad de Vida a la salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, vestido, recreación, seguridad social, el ocio y los derechos humanos (Cabrera, 2001).

Sánchez-Sosa y González-Celis, (2006), consideran que el concepto de Calidad de Vida está ligado a una evaluación del bienestar y del ambiente en que viven las personas, por lo que puede evaluarse tomando en consideración dos criterios. El primero de ellos es externo y radica en que un experto mida aquello que la gente refleja de su Calidad de Vida, haciendo uso de indicadores tales como el nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda, alimentación, entre otros; y el segundo se refiere a una evaluación realizada por el propio individuo empleando su percepción de bienestar subjetivo y sus valoraciones, así como sus percepciones en cuanto a su entorno, cultura y juicios personales.

Pérez (2004) por su parte, considera que el bienestar se produce cuando las necesidades básicas se ven cubiertas y se puede acceder a las necesidades superiores, entendiendo que las primeras se refieren a las necesidades fisiológicas, es decir, a las de seguridad, pertenencia, amor y estima; mientras que las segundas se refieren a aspectos relacionados con la autorrealización tales como las de vida espiritual, paz, deseos, entre otros.

No obstante, en 1992 el Instituto Nacional de Servicios Sociales propuso medir la Calidad de Vida por medio de distintos indicadores, como lo es la salud subjetiva, autonomía, actividad, satisfacción social, apoyo social, satisfacción de vida, nivel de renta, servicios sociales, recursos culturales y calidad de vivienda (Pérez, 2004).

Considerando estos elementos la Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que *“La calidad de vida, es la percepción de los individuos de sus posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”* (Harper & Power, 1998, p. 551).

Quintanar (2006) y Victoria (2005) han considerado a la Calidad de Vida como el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; constituyendo a los primeros las condiciones externas (económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales) que facilitan u obstaculizan el pleno desarrollo del hombre, mientras que los segundos (subjetivos) están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.

Por su parte Levi y Anderson en 1980 mencionaron que el concepto Calidad de Vida es una medida de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo. Así como también añaden a su definición la felicidad, satisfacción y recompensa, e incluyen áreas tales como salud, matrimonio, familia, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia, confianza, etc. (González-Celis, 2002).

Al respecto Katschnig (2000) menciona que el concepto de Calidad de Vida se encuentra relacionado con *“el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción, vital, el apoyo social y el nivel de vida, en el que se utilizan indicadores normativos, objetivos y subjetivos de las funciones físicas, social y emocional de las personas”* (p.6).

En relación con las definiciones anteriores, Lehman (2000) considera que el significado de Calidad de Vida abarca tres dimensiones:

- Aquello que la persona es capaz de hacer, es decir el estado funcional
- El acceso a los recursos y a las oportunidad para utilizar estas habilidades con el fin de conseguir sus intereses
- La sensación de bienestar

en donde las dos primeras dimensiones se refieren a la Calidad de Vida objetiva y la tercera a la Calidad de Vida subjetiva.

Por su parte Pérez (2004) entiende el término Calidad de Vida como aquella que se funda en el gozo tranquilo y seguro: de salud y de educación, alimentación suficiente, vivienda digna, medio ambiente estable y sano, justicia, igualdad entre sexos, participación en las responsabilidades de la vida cotidiana, dignidad y seguridad.

Por otro lado, Sánchez-Sosa & González-Celis (2006), mencionan que resulta de suma importancia que la definición de Calidad de Vida abarque de forma integral la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los eventos relevantes de su entorno. Así mismo consideran que el bienestar de los individuos es el aspecto central de la psicología y abarca su comportamiento (lo que hace), sus cogniciones (lo que piensa) y sus emociones (lo que siente).

En conclusión, la Calidad de Vida consiste en el grado de satisfacción de las necesidades humanas objetivas y subjetivas, individuales y sociales en función del medio ambiente donde se viva, circunscrito a un tiempo y aun espacio, por lo cual no existen modelos únicos de calidad de vida, sino que estos se construyen para sociedades y momentos definidos.

1.2 Instrumentos que miden calidad de vida

¿Pero desde cuando surge la importancia por este constructo? Cabe recalcar que la investigación de Calidad de Vida es reciente y las publicaciones en el área se concentran en las tres últimas décadas, en la revista *Social Indicators Research* la cual se a convertido en el espacio que publica la mayoría de los trabajos basados en la Calidad de Vida y en gran medida ha favorecido desde el año 1974 a la difusión de la teoría y metodología de los temas relacionados con indicadores sociales y de la Calidad de Vida (Sánchez-Sosa y González-Celis, 2006).

Con el creciente interés por el estudio de la Calidad de Vida, existe un considerable número de instrumentos que la evalúan, unos de manera general, otros haciendo una

relación con la salud y algunos otros enfocándose en enfermedades; sin embargo lo más importante es que satisfagan consideraciones metodológicas tales como confiabilidad, validez, sensibilidad al cambio y brevedad en su aplicación. Aunado a lo anterior la Dra. Gladis y su equipo de colaboradores en 1999, (González-Celis, 2002) han realizado una revisión de diversos instrumentos que miden Calidad de Vida y en donde ponen de manifiesto los esfuerzos realizados por la Organización Mundial de la salud (OMS) en cuanto a la metodología que se debe de seguir para la construcción de éstos; el primero consiste en construir un instrumento para una cultura, en un idioma particular, del que después se realicen traducciones y retraducciones a otros idiomas para emplearlos en otras culturas, el segundo método consiste en identificar un conjunto de ítems comunes relevantes para un amplio rango de cultura y el último se refiere a que un grupo de expertos de distintos lugares establezcan los ítems y lo piloten para así llegar al producto. (González-Celis, 2002; Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Entre los instrumentos mayormente empleados para medir Calidad de Vida se encuentran:

- La escala de salud (SF-36), para personas mayores de 16 años, integrado por ocho conceptos de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
- EuroQoL-5D, el cual clasifica los estados de salud de acuerdo con cinco dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor-malestar y ansiedad-depresión. Los valores indican una escala de porcentaje, en donde cero representa el peor estado de salud y el 100 el mejor. (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).
- El WHOQoL, 100. Contiene 100 preguntas con seis áreas: la salud física, área psicológica, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad/creencias personales
- WHOQoL-Bref. Consta de 24 ítems más dos ítems generales y esta dividido en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Éste

instrumento después de haber sido aplicado en varias ocasiones probó ser un instrumento rápido y fiable para su aplicación a la población adulta mayor.

- Escala de Medición del impacto de la artritis
- Cuestionario EORTC de calidad de vida. Construido para pacientes con cáncer
- Índice de calidad de vida (KDQOL-SF). Elaborado para pacientes con enfermedades de riñón
- Escala de calidad de vida (EsCaViPs). Fue realizado para pacientes infectados por VIH, consta de seis áreas: área física, interacción con el equipo médico, psicosocial, sexual y relaciones de pareja y contiene 124 ítems
- Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). Diseñado para pacientes con hipertensión y enfermedades crónicas, cuenta con 10 áreas: desempeño físico, alejamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, actitud ante el tratamiento, familia, preocupaciones, aislamiento, tiempo libre y dependencia médica.(Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006)

CAPITULO II. VEJEZ

2.1 Estadísticas poblacionales

En las sociedades avanzadas, las probabilidades de vida de los seres humanos se han visto incrementadas de una manera muy notoria, lo que ha permitido que cada vez más personas alcancen la vejez hasta límites inesperados (Pérez, 2004); lo cual tiene como consecuencia un incremento en la cúspide de la pirámide poblacional.

El decremento en la natalidad y el constante aumento de la esperanza de vida de las personas han impactado directamente en la composición por edades de la población, al reducir progresivamente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas. Actualmente la población de diversas naciones atraviesa por un proceso de transición en el que la cima de la pirámide de la población mundial se amplía paulatinamente.

Este gran proceso inicio durante la segunda mitad del siglo pasado, tiempo en el cual la natalidad disminuyó de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes entre los años 1950 y 2000; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes a 9.2 en el mismo periodo. Esta transformación, conocida como transición demográfica, ha provocado un creciente aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento (Zúñiga & Vega, 2000).

Se espera que en los siguientes años los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo hasta que la primera alcance los 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (nueve defunciones por cada mil habitantes) (véase figura 1).

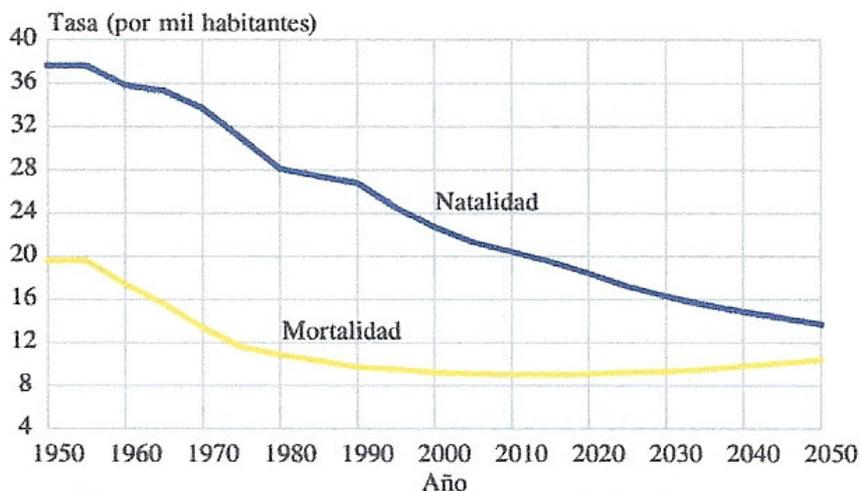


Figura 1. Transición demográfica mundial, 1950-2050

Fuente: Consejo nacional de la Población

Los cambios en la mortalidad de la población mundial se reflejan en una mayor sobrevivencia, la cual continuará aumentando marcadamente en los países desarrollados, llegando a ser de 81 años de esperanza de vida al nacimiento a mediados de este siglo (Crespo, 1992; Hernández, 1997) (véase figura 2).

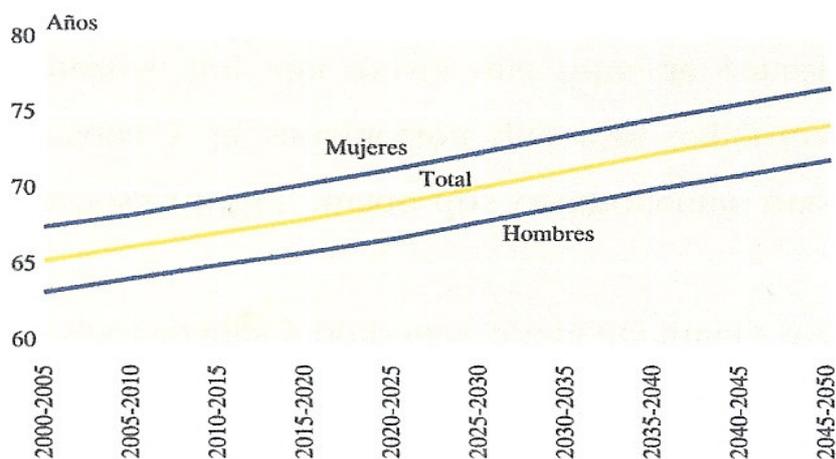


Figura 2: Esperanza de vida mundial por sexo, 2000-2050

Fuente: Consejo nacional de la Población

Ésta disminución en el número de nacimientos y de la mortalidad infantil, asociadas al crecimiento de la esperanza de vida de los seres humanos, han dado como resultado cambios en la magnitud de la población mundial, la cual lentamente avanza hacia el envejecimiento de su estructura por edades. En la figura 3, las pirámides sobrepuestas para 2000 y 2050, muestran la disminución de los grupos más jóvenes en su parte inferior, sobre todo entre los menores de 15 años, y el aumento de la población en edades laborales y de los adultos mayores (Gómez-Vela, Verdugo & Canal, 2002, Partida, 2004). Es además evidente que, debido a la mayor esperanza de vida de las mujeres, su número en las edades avanzadas será mayor. Estas diferencias se han apreciado desde el año 2000, pero se resaltarán en el futuro como puede apreciarse en la pirámide de 2050.

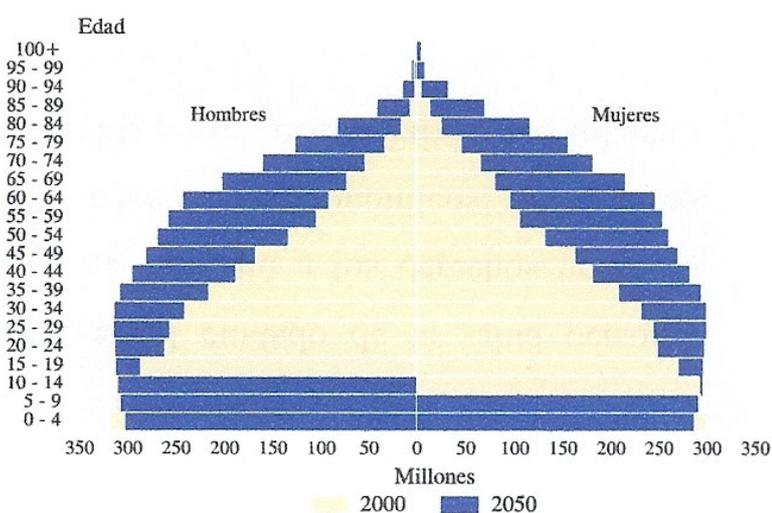


Figura 3: Pirámide de la población mundial, 2000-2050

Fuente: Consejo Nacional de la Población

Según datos de la División de Población de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), se estima que el número de adultos mayores se multiplicó alrededor de 2.7 veces en los últimos 50 años (de 64 millones a 171 millones de personas) y su proporción con respecto a la población total casi se duplicó (de 7.9 a 14.4%) (Tuirán, 2000). Actualmente existen más de 600 millones de personas de 60 o más años de edad a nivel mundial previéndose que para el año 2050 este grupo sume aproximadamente dos mil millones en todo el planeta (ONU, 2006) (véase figura 4).

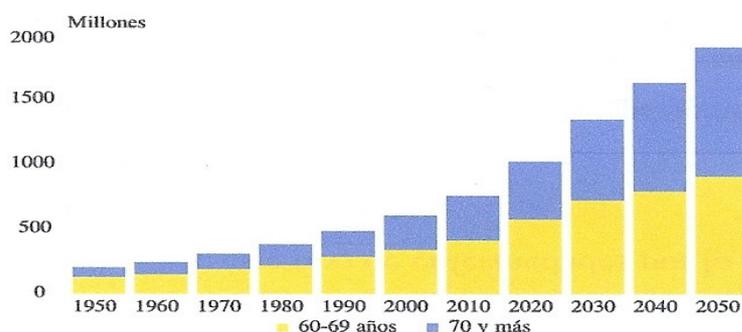


Figura 4: Población mundial de 60 años y más, 1950-2050

Fuente: Consejo Nacional de la Población

El último censo realizado en México, por el Instituto Nacional de Geografía Estadística e Informática (INEGI), apunta que la esperanza de vida entre 1970 y 2005, ha sufrido un incremento en 14.5 años, dando como resultado que actualmente ésta se encuentre en promedio alrededor de los 75.4 años, viviendo las mujeres 77.9 años en promedio por 73 años de los varones.

Las entidades federativas, que presentan mayor esperanza de vida en el país son Baja California y el Distrito Federal con 76.6 años; mientras Chiapas posee la menor esperanza de vida con 73.8 años (INEGI, 2005).

2.2 Definición de vejez

Anteriormente la vejez era considerada como fuente de prestigio y sabiduría (Escobar, 2002), sin embargo en la actualidad es definida como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro, enfermedad e incluso de ineficiencia.

En algunas sociedades antiguas, el gobierno estaba compuesto por ancianos debido a su experiencia con la vida (Pérez, 2004), y los jóvenes eran considerados inexpertos. Ejemplo de ello son los griegos, quienes veneraban al adulto mayor y sacrificaban con muerte a los jóvenes, pues prevalecía la creencia de que ponían en peligro la estabilidad de las instituciones sociales que en ese entonces predominaban (Minois, 1987, citado en Escobar, 2002).

Actualmente en la vejez emergen muchos mitos, entre ellos que las personas de la tercera edad ya no pueden trabajar, se tienen que quedar en casa, están imposibilitados para hacer actividades que antes hacían, entre otros, pero realmente en esta etapa se presentan una serie de cambios en todos los ámbitos. Rivera (2003) al respecto menciona que aunque la gente no puede seguir realizando las mismas actividades puede efectuar algunas otras, disminuir unas, incrementar otras o bien aprender nuevas actividades. Aunque si cabe resaltar que durante éste proceso de cambio, aumentan algunas atenciones como: la asistencia ambulatoria, cuidados domiciliarios de médicos y paramédicos, además de que existe un mayor consumo de medicamentos, consecuencia de las mismas modificaciones que se dan.

Pérez (2004) menciona que la vejez constituye una etapa del ciclo de vital y que no existen datos seguros que nos indiquen cuando inicia, pero detalla tres concepciones entorno a la vejez.

- Vejez cronológica. Refiriéndose al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento en que las personas cumplen los 65 años (60 en el caso de naciones en vías de desarrollo).
- Vejez biológica o funcional. La cual trae consigo reducciones de la capacidad funcional consecuencia del transcurso del tiempo lo cual no quiere decir que mantengan imposibilitados para llevar una vida plena.
- Vejez, etapa vital. En la que se reconoce que el transcurso del tiempo produce efectos en la persona la cual posee ciertas limitaciones, pero también se encuentra llena de potencialidades como experiencia, madurez vital y serenidad de juicio.

Biológicamente el término de vejez se refiere a un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que finalmente conllevan a la muerte, pero estos cambios varían entre un organismo y otro (Escobar, 2002)

Al respecto a Carstensen y Edelstein en 1989, recalcan que el mecanismo que conduce a los cambios fisiológicos y psicológicos no se encuentran entrelazados con la edad cronológica y la gente no experimenta el mismo declive a la misma edad. Es decir, que no todos envejecen con una misma velocidad, una persona puede tener 75 años de edad cronológica y poseer un corazón de 65 años y un sistema gastrointestinal de 85 (Rivera, 2003). Por su parte Fierro (1994) y Pérez (2004), también afirman que la edad cronológica no es variable determinante del proceso de envejecimiento, aunque es un importante indicador.

Buendía (1997) considera que el envejecimiento se refiere a aquellas modificaciones morfológicas, psicológicas, fisiológicas y bioquímicas que aparecen en el organismo como respuesta de su funcionamiento en el tiempo, es decir que no es el organismo el que produce esta serie de cambios sino el complejo funcionamiento fisiológico en el tiempo de nuestra vida y de los riesgos que encuentra.

Puede entenderse entonces que la etapa no sólo está determinada por características físicas, sino más bien por un conjunto de factores entre los que se encuentran los psicológicos, físicos y sociales, teniendo todos igual importancia. En este sentido cabe resaltar la investigación realizada por Weinstock y Bennett en 1968, en la que compararon dos grupos de ancianos, el primero estuvo en un ambiente en el cual se les animaba a realizar actividades y el segundo, donde todos los adultos en un primer examen tenían características poco similares (edad, status social, situación familiar, estado de salud y conciencia intelectual), los cuales fueron sometidos a un ambiente poco estimulante y que además dependían de asistencia de otras personas. Después de un año observaron que el primer grupo se mantenía constante y el segundo mostró un decremento significativo en sus facultades mentales (Lehr, 1980)

2.3 Cambios que se presentan en la vejez

Aunque es cierto que las características físicas, psicológicas y sociales de la persona anciana son más marcadas conforme avanza la edad, también es cierto que no hay acuerdos generales en cuestión de la edad, en algunos países europeos se toma como decreto los 65 años, en otros más desde los 60 años. Pero en el año 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento estableció que el inicio de la vejez empieza a los 60 años (Krassoievitch, 1993, citado en Rivera, 2003).

En el cuadro 1 se muestran los principales cambios a nivel fisiológico que se presentan durante la vejez.

Cuadro 1

Órgano	Efectos Naturales del envejecimiento	Factores aceleradores.
Piel	Pierde espesor y elasticidad, lo que produce la aparición de arrugas.	El tabaquismo y la excesiva exposición al sol
Cerebro/Sistema nervioso	Pierde parte de la capacidad de memorización y aprendizaje a medida que las células mueren. Mayor lentitud de reacción ante los estímulos, pues los reflejos se debilitan	El consumo excesivo de alcohol y drogas y por repetidos golpes en la cabeza
Sentido	Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas	El tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos
Pulmonares	Se reduce su eficacia al disminuir su elasticidad	El tabaquismo, la contaminación del aire y la falta de ejercicio
Corazón	Bombea con menos eficacia, dificultando el ejercicio	El consumo excesivo de alcohol, tabaco y malos hábitos de alimentación
Circulación	Empeora y aumenta la presión sanguínea al endurecerse las arterias	Las lesiones y obesidad
Articulaciones	Pierden movilidad (rodillas, cadera) y se deterioran debido al desgaste y presión constante, consecuencia de la desaparición del tejido cartilaginoso entre las vértebras provocando el encogimiento típico de la ancianidad	Las lesiones y obesidad
Músculos	Pierden masa y fortaleza	La falta de ejercicio y la desnutrición
Hígado	Menor eficacia en el filtrado de toxinas de la sangre	El abuso de alcohol e infecciones virales

Cuadro 1. Características de la vejez a nivel fisiológico

Enciclopedia Microsoft Encarta (2001) "Envejecimiento". Microsoft Corporation.

Pérez (2004) señala además de los cambios a nivel psicológico, biológico y social, que durante la vejez existen dos aspectos relacionados que marcan la diferencia entre un envejecimiento normal y uno patológico. En el primero los cambios son lentos y continuos los cuales se manifiesta en distintas áreas del funcionamiento cognoscitivo pero no afectan todas las funciones; en el segundo encontramos las enfermedades, las cuales alteran el proceso de envejecimiento.

Los cambios que se generan durante la tercera edad no pueden tratarse y entenderse de manera aislada, pues están íntimamente vinculados. El envejecimiento como un proceso continuo está relacionado a determinados cambios o bien modificaciones. En el campo biológico, por ejemplo está la capacidad de rendimiento (pérdida de agudeza de procesos sensoriales, enlentecimiento en la actuación psicomotriz, dificultad para la realización de nuevos aprendizajes, etc.). Dentro del ámbito familiar, los cambios presenciados son abandono del hogar por parte de los hijos, muerte de personas queridas, reestructuración o inversión de las relaciones de dependencia, entre otros. Mientras tanto, en el campo social se presenta la ruptura con el mundo laboral, pérdida del poder adquisitivo, modificaciones en rol social, incremento en el tiempo de ocio, reducción de las redes sociales y más (González-Celis, 2002)

Al respecto Fierro (1994) considera que los fenómenos psicológicos que se manifiestan durante la etapa (percepción, memoria y procesamiento de la información) están presentes en toda la población anciana, puesto que en el proceso de envejecer existe una organización jerárquica que contempla:

- La herencia genética del individuo
- Las enfermedades, accidentes y/o procesos biológicos de la persona y
- La experiencia acumulada por la persona, sus aprendizajes y la maduración psicológica adquirida.

Cabe señalar que se considera que estos aspectos dependen y varían con las circunstancias culturales, de unas clases sociales a otras y de un medio a otro.

Las modificaciones en el área psicológica, dan en los procesos sensoriales y preceptuales y en las capacidades cognitivas tales como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria (Zarit y Zarit, en Carstensen y Edelstein, 1989, citados en Rivera, 2003). Por ejemplo, los ancianos son menos aptos para organizar e integrar información, por ende tienen menos éxito en tareas de resolución de problemas, recuerdan con mayor facilidad acontecimientos pasados que recientes, entre otros.

Tal vez el peso más grande que cae en adulto mayor no es proceso de envejecimiento, sino la serie de cambios sociales a los que se expone conforme avanza en edad y probablemente estos se deban a los prejuicios sociales (Rivera, 2003).

Al respecto Salvarezza en 1993, hace un análisis del papel del prejuicio a los ancianos encontrando que éstos van asociados a la idea de la vejez, viendo esta etapa como sinónimo de declinación mental y física, al respecto Busse en 1980, define el prejuicio como patrones de conducta infantiles de respuesta a estímulos difíciles de controlar. Esto puede entenderse como una reacción ante el “espejo del tiempo”, pues nos negamos a reconocer que estamos próximos a llegar a esa etapa (Rivera, 2003).

A pesar de que la etapa este caracterizada por la pérdida de habilidades que para el anciano eran una fuente primordial para seguir manteniéndose útil, es cierto que puede llegar a adquirir otras habilidades para cubrir dichas pérdidas y de esa manera continuar aportando a la sociedad tanto como le sea posible, lo cual trae consigo un aumento en la calidad de vida y un mantenimiento sobre su vida independiente (Escobar, 2002). Dicho de otra forma puede aprender a realizar otras actividades un poco diferentes o novedosas que le sirvan para seguir apoyándose económicamente. Por citar tan solo un ejemplo, en nuestro país, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) cuenta con a) clubes de la tercera edad en donde las personas de 60 años o más realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de artesanías y oficios; b) centros culturales, en los que se les proporcionan materias de formación con el objetivo de incrementar el nivel de cultura de los asistentes y en ambos lugares se promueve el desarrollo de habilidades y destrezas a través de aprendizaje de

oficios, artes plásticas, etc. mismas que les permiten producir artículos para el autoconsumo y la comercialización en una pequeña escala; inclusive el instituto tiene una “casa de artesanías de las personas adultas mayores” donde los mismos adultos venden artículos elaborados por ellos mismos. Además de que el INAPAM realiza una diversidad de eventos deportivos y de juego como el ajedrez, atletismo, básquetbol, béisbol, cachibol, dominó, natación y tai chi chuan así como llevan a cabo competencias culturales en baile de salón, canto, danza prehispánica y regional, declamación, dibujo, oratoria, pintura y poesía. Siendo éstos acontecimientos ayuda para mantener un envejecimiento activo (www.inapam.gob.mx).

Fierro (1994), menciona que al entrar a la tercera edad, la vida productiva formal llega a su fin con la jubilación, lo que trae como consecuencia que el mismo anciano se sienta, piense y actúe de manera diferente, pues al alejarse del mundo laboral se enfrenta con una pérdida del rol social, disminución de actividades y de responsabilidades.

Sin embargo esta etapa de la vida no es sinónimo de inhabilidad, dependencia, enfermedad o deterioro; puesto que no en todos los casos prevalecen insuficiencias en ella, pues existen ancianos que al llegar a la plenitud de la vejez se mantienen tanto física como mentalmente fuertes, encontrándose así ante un envejecimiento exitoso. Para ello, los determinantes son los adecuados hábitos alimenticios, ejercicio, vida activa, interrelaciones y apoyo social, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales. (González-Celis, 2002)

2.4 Envejecimiento Exitoso

Existen estudios en los que se ha analizado como es que se puede llegar a alcanzar un envejecimiento exitoso.

Evidencia de este envejecimiento exitoso la aporta Vellas (1996) quien ha encontrado que el envejecimiento activo se debe a que los ancianos cuentan con: a) el mantenimiento de las capacidades funcionales físicas, cerebrales, afectivas y sociales; b)

una alimentación adecuada, c) un proyecto de vida motivante, para prevenir déficits psicológicos, d) sustitución de lo que ya no se puede hacer y, e) una utilización apropiada de los instrumentos paliativos.

Respecto a este envejecimiento exitoso o buen envejecer, Fierro (1994) considera que es necesario mantener una personalidad sana la cual consta de una alta autoestima, predominio de una experiencia satisfactoria de la vida, pensamiento racional y estabilidad emotiva, pero la pregunta resultaría ser ¿cómo lograr o generar una personalidad sana? Al respecto Skinner y Vaughan (1983) en su libro “Disfrutar la Vejez”, mencionan que la felicidad del anciano se debe a la aceptación de su papel como anciano en la escena de la sociedad y que las características del rol del anciano son: la serenidad o la tranquilidad, la sabiduría, el sentimiento de libertad, la dignidad, el humor y por ende y englobando todos estos elementos: las personas de la tercera edad deben disfrutar de la vejez como un proceso más.

Es necesario comprender que envejecer no es igual a deterioro, pérdida o fracaso sino más bien una etapa en la que no sólo se presentan cambios en el área biológica, psicológica y social, sino también pueden aprenderse actividades, además de contar con mayor tiempo para conocer y disfrutar lo que no se ha podido, por ejemplo asistir a centros culturales, realizar viajes, etc.

Baltes junto con colaboradores (1993, citados en González-Celis, 2002) realizaron un estudio a 516 personas de entre 70 y 105 años, a través de la “Entrevista de Ayer” para conocer las actividades diarias de éstas personas, dichas actividades se clasificaron en 44 actividades y éstas a su vez se categorizaron en cinco áreas: a) autocuidado y domésticas, como levantarse, auto-cuidarse, comer, ir de compras, tarea hogareñas, interacciones formales y cuidados médicos; b) tiempo libre físico, por ejemplo deportes, jardinería, trabajar, caminar, hacer excursiones y transportarse; c) actividades culturales y sociales, en las que encontramos las acciones creativas, políticas, culturales, religiosas o de interés social como escribir, leer, jugar, escuchar radio o música, platicar, hacer visitas, hablar por teléfono y ayudar; d) ver televisión y, e) descanso o dormir durante el día. Sus resultados

demuestran que a mayor involucramiento en actividades de la vida diaria, mayor envejecimiento exitoso.

Siendo el envejecimiento un proceso natural e inevitable, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. Evidencia de ello la brindan Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano (2006), quienes encontraron que la experiencia de envejecimiento es diferente en condición de género, pues tan solo en México como en otros lugares, los hombres son considerados como la fuerza, la autoridad, el poder y los proveedores del grupo familiar y las mujeres cuidadoras de otros, madres y amas de casa. Para las mujeres la experiencia de envejecimiento es más positiva pues en esta etapa continúan cumpliendo con la expectativa social de ser cuidadoras de otros, por el contrario en los hombres, su papel se ve muy limitado pues son claras las restricciones físicas y los problemas de salud, lo cual dificultan que sigan siendo el sostén principal familiar. Además encontraron que las personas que señalaron tener salud estable o sin grandes limitantes que les permiten desarrollar sus actividades cotidianas y de independencia son quienes tienen mejores experiencias y sentimientos asociados a la vejez, mientras que aquellos que indicaron tener problemas de salud constantes o que les limitan llevar a cabo sus acciones diarias manifestaron menos satisfacción y mayor angustia en esta etapa.

Lehr (1994) considera que para asegurar una buena Calidad de Vida en la vejez es necesario contar con una buena higiene, apropiados cuidados preventivos y un adecuado sistema sanitario, conjuntamente llevar a cabo una actividad física, social y mental. En esta etapa el ejercicio resulta importante, debido a las modificaciones físicas determinantes de la edad como lo es el deterioro funcional de los órganos, cambios en el sistema motriz y muscular y los cambios en los órganos respiratorios. Aunque el ejercicio excesivo es igual de nocivo que la actividad insuficiente para las personas mayores, por ello es necesario asistir con el médico para que recomiende el tipo de actividad que se puede realizar. Además de que tienen que ocupar su tiempo en tareas, ya que la reducción de actividad acelera el proceso de envejecimiento.

CAPITULO III. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

3.1 Definición de muerte y tipos de muerte

Aunque a todos nos llega la muerte, las percepciones que tenemos sobre ella varían demasiado. Para las personas, la muerte puede tener un sin fin de significados, se le puede considerar un hecho biológico, un rito de traspaso, algo inevitable, un hecho natural, un castigo, la realización de la voluntad de Dios, la separación, la reunión, etc. (Pinazo y Bueno, 2004). Pero a pesar de ello en nuestros días la muerte es rechazada y tratada como un tabú (Thomas, 1991, Elizalde 2002), además de que se suele evitar como tema de reflexión y conversación (Benier, 2004), mientras menos se hable de ella mucho mejor, mientras más alejada mejor.

La muerte es un proceso, no se produce en un instante, a excepción del médico quien debe extender un certificado determinando el momento en que persona dejó de vivir. Pero la muerte es un proceso no un estado (Thomas, 1991). Sin embargo, el concepto de muerte es abstracto, complejo y tiene múltiples significados, de forma que su abordaje y comprensión dependen de varios aspectos como lo es la edad, la cultura, la educación, la sociedad o la religión (Tomás-Sábado & Limonero, 2004)

Aun sabiendo que la muerte forma parte del ciclo de la vida es un acontecimiento difícil de comprender, y más para quienes la esperan en determinado tiempo. La civilización mas que evolucionar respecto a la confrontación con la muerte ha retrocedido, logrando ocultarla o evadirla, pero el ser humano no teme a la muerte sino a la agonía que representa luchar y sufrir (Elizalde, 2002).

Acosta (1995) y Miranda (1997) mencionan que a la muerte la acompañan muchos sentimientos y emociones, entre los más comunes se localiza el miedo, la confusión, rabia, agotamiento, desesperanza, soledad, tristeza, impotencia, inseguridad, angustia y la culpa. Por su parte Elizalde (2002) señala que entre las respuestas naturales que manifiestan los seres humanos ante la muerte se encuentra el miedo a morir con dolor, el miedo a lo

incierto y a morir en soledad. Además del temor de la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, a la destrucción, a la pérdida de identidad y al sufrimiento.

Villalobos en 1997 (Elizalde, 2002) logro identificar algunos tipos de miedos a la muerte:

- Miedo al proceso de morir. La principal razón de este miedo es la presencia de dolor físico.
- Miedo a lo muerto
- Miedo a ser destruido. El cual se asocia con la destrucción del propio cuerpo en manos de otras personas después de morir, por ejemplo servir para investigaciones, el donar los órganos o ser incinerado, este ultimo punto causa miedo por la amenaza que se siente a no presenciar la vida eterna.
- Miedo por personas significativas. Ya que se presenta el deceso de un ser querido con él también mueren esperanzas o aspiraciones. Las emociones y sentimientos experimentados corresponden a un estado de pérdida irrecuperable.
- Miedo a lo desconocido. Aquí entran todas las creencias mágicas y religiosas.
- Miedo fóbico a la muerte. En este caso se trata del miedo a estar consciente luego de ser declarado muerto o ser enterrado vivo.
- Miedo del cuerpo luego de la muerte. Se teme a lo que sucederá cuando con el cuerpo (descomposición y desfiguración)
- Miedo a la muerte prematura. Es aquel miedo que se tiene de no cumplir con las metas de la vida. Muerte prematura no solo enfatizando en años sino también refiriéndose a no contar con el tiempo suficiente para arrepentimientos, etc.

En este sentido, conversar de la muerte significa hablar de separaciones y de múltiples pérdidas, resultando en muchas ocasiones complicado su abordaje, ya que se ven involucradas un sin fin de emociones y sentimientos. De hecho, la muerte tiene una dimensión tanto social como cultural que varía según el momento histórico, las costumbres, las creencias y la sociedad donde acontece (Tomas & Guix 2001; Elizalde, 2002), así como también depende en gran medida de la edad de la persona que muere.

Existen diferentes tipos de muerte

- *La muerte social.* Se refiere a la jubilación o el abandono en el asilo, la cual puede entenderse como la muerte para la sociedad, pues la persona que ya no es considerada productiva es dejada a un lado (Thomas, 1991).
- *La muerte espiritual* Se refiere a la pérdida en la importancia en la cual la persona carece de sentido de transición de otra vida
- *La muerte Psicológica* Se caracteriza por el fin de una vida saludable, sin ser necesario un fin de la existencia física. El resultado de este tipo de muerte es la negación a vivir; en donde la persona emerge en un aislamiento, no manifiesta seguridad, se sienten más muertos que vivos, no experimentan identidad o autonomía, aniquilan sus vidas a través de la negación (Saldaña, 1993, en Cerezo, 2001).
- *Las muertes colectivas,* son aquellas que son provocadas directa o indirectamente por el hombre, por ejemplo la guerra y el hambre (Thomas, 1991), Sherr (1992) añade además el terrorismo
- *La muerte biológica.* Se refiere a la detención completa y definitiva de las funciones vitales (corazón, cerebro y pulmones) (Thomas, 1991)

Para Thomas (1991), la muerte incluye cuatro niveles:

- Muerte aparente o relativa. Existe desaparición del tono muscular, paro respiratorio y debilitamiento de la actividad cardíaca y circulatoria, pero la persona puede volver a la vida y recobrar la conciencia
- Muerte clínica. Aquí se presenta un término en la actividad cardíaca y respiratoria, en los reflejos y la conciencia, sin embargo las reacciones metabólicas de los tejidos subsisten y es posible el retorno a la vida.
- Muerte absoluta. Encontramos aquí la muerte cerebral o coma sobrepasado (entendiéndose por coma, sueño profundo y en ésta se presentan mejorías aunque ya no se despierta)
- Muerte total se refiere a cuando ya no quedan células vivas

A pesar de que todos sabemos que la muerte es universal y que todo lo que vive llega a desaparecer nos negamos a ella. Pero al enfrentarnos con ella en el momento en que un ser querido muere, sentimos que se lleva una parte de nosotros, esto claro, en caso de que le profesáramos afecto. Además de que al estar cerca del tema, frecuentemente consideramos que nuestra muerte será a la misma edad que falleció un ser querido, como el padre o la madre, y ya encontrándonos en esa edad la angustia se hace presente (Thomas, 1991).

La Dra. E. Klubler-Ross con una gran magnitud de experiencias en el tema de muerte considera que cuando muere alguien cercano o cuando alguien esta por morir, se pueden manifestar cinco fases, algunas veces no se presentan todas y el orden de su presencia puede diferir, negación (se niega la realidad, pensando que el médico esta equivocado, que el diagnostico y el pronostico no pueden ser verdad), cólera (en otros términos ira-enojo; por que los proyectos quedan inconclusos), regateo (o negociación; un intento de intercambio de beneficios a cambio de permanecer en vida un poco más de tiempo), depresión (una mezcla de dolor, pérdida, vacío, vergüenza, y culpabilidad) y aceptación (en la cual se asume la muerte) (citada en Thomas, 1991; Bernier, 1994; Pinazo & Bueno, 2004).

3.2 La muerte en el anciano

Pero la muerte de un niño o de un adolescente causa reacciones completamente diferentes a la muerte de personas de otras edades de la vida. La sociedad acepta con mayor facilidad la muerte de las personas de la tercera edad debido a que consideran que ya desarrollaron sus proyectos personales. Incluso consideran que ya descansan en paz, que han culminado sus sufrimientos, que las molestias de la vejez ya no les brindaban una calidad de vida razonable (Bernier, 2004).

En cambio la muerte de un niño o un adolescente provoca una desgracia inesperada y rompe con el esquema que la sociedad tiene del desarrollo de la vida humana, ya que en estas etapas no se han iniciado aun proyectos de vida, sino más bien se estan adquiriendo las habilidades y destrezas para la vida (Bernier, 2004).

Thomas (1991) considera que en la vejez muchas personas formulan proyectos a corto plazo, se plantan de espaldas al presente obsesionándose por un pasado feliz que les inspira melancolía y en otros casos en un pasado triste que les ocasiona amargura.

Tal vez esto se deba a que la gente en la vejez se encuentra privada de funciones que puede llevar a cabo sin problemas, como la autonomía. Dentro de las privatizaciones está que aquellos que los rodean los vuelven dependientes, mantienen una alimentación inadecuada en ocasiones porque no les prestan atención o ellos mismos no buscan a expertos para que les brinden una dieta acorde con sus necesidades, cuentan con un trabajo penoso en el sentido que falta higiene o carencia de un medio social comprensivo que los lleve a tener interacción y comunicación con los otros y como consecuencia de esto encontramos que las personas de la tercera edad consideran que la vejez es ya el proceso de la muerte.

En los 60-65 años de edad las secuelas degenerativas y disfuncionales se multiplican, sin darnos cuenta, pasan desapercibidas por el propio anciano y para sus familiares. Se presenta una disminución en la masa metabólica activa (neuronas del cerebro, los nefrones de los riñones y los osteoclastos del hueso), disminución en el volumen de la sangre. Tan sólo por citar un ejemplo; las heridas en personas de 60 años cicatrizan cinco veces más lentamente que la de un niño de 10 años. Además de que día con día perdemos células, algunas de ellas se renuevan con facilidad (hemopoyéticas, los fibroplastos y los epitelios que revisten las vías digestivas), el parénquima hepático se reproduce difícilmente, pero las células de los músculos y las neuronas ya no se reproducen. (Thomas, 1991)

3.3 Tradiciones respecto a la muerte

El cadáver después de haber sido honrado, es separado de los vivos por razones sencillas de comprender, por higiene y decoro pero es aquí donde entran los ritos, los cuales son definidos como las conductas corporales estereotipadas, que se basan en un conjunto complejo de símbolos y creencias. Y en el caso de la muerte se realizan para aliviar el

sentimiento de culpa, tranquilizar, consolar, demostrar el respeto y apego etc. (Thomas, 1991).

Anteriormente se alentaba a las personas que habían perdido a un ser querido a expresar abiertamente sus sentimientos vistiéndose de negro, bajando las persianas de su casa, rechazando invitaciones a eventos sociales durante el periodo de luto (Aries, 1983; citado en Pinazo & Bueno 2004).

Además, tiempo atrás se decía que era necesario cubrir los espejos y las superficies brillante para que el alma, al verse tan bella, no demorase y pusiese en peligro su viaje al más allá; asimismo era importante guardar las madejas de hilo para que el alma no se llegara a enredar en ellas.

Por su parte la tradición cristiana consideraba que lavar el cadáver significaba no sólo la higiene y el decoro, sino que se elimina la suciedad de la muerte. A comienzos de siglo inclusive las mujeres desvestían y lavaban el cuerpo para que se presentase limpio ante el creador. El respeto y apego se veía reflejado en un buen entierro, tumba bella, visitas frecuentes a los cementerios, oraciones, etc. (Thomas, 1991).

La cultura budista se caracteriza por creer en la reencarnación; todos los budistas deben aceptar la responsabilidad de la manera en que ejercen su libertad, debido a que las consecuencias de la acción pueden ser vistas en las vidas siguientes. Dentro de esta cultura no está permitida la eutanasia, el aborto y, la ingesta de alimentos en moribundos, debido a que éstos interfieren en su capacidad para meditar. Aunque aceptan las transfusiones de sangre y los trasplantes de órganos ya que entre sus creencias emerge la de ayudar al prójimo.

Cuando las personas están por morir se les proporciona un tiempo para meditar, ya que dicha acción ejercerá influencia en la siguiente reencarnación.

Generalmente los budistas creman a sus muertos con la finalidad de que su alma pueda ser liberada del cuerpo para así poder entrar dentro de su posterior existencia. El cuerpo de la persona debe ser envuelto en una sábana lisa, y el tiempo de depósito depende de su calendario variando de tres a siete días.

En la cultura judista, se enfatiza el valor por la vida. Cuando ocurre la muerte, no se permite que el cuerpo sea mutilado a menos de que haya disposición legal para practicar una autopsia. El funeral se realiza en el transcurso de 24 horas o antes y el cuerpo por lo general se entierra. El cuerpo es lavado en forma especial, envuelto y se le pronuncian oraciones antes de introducirlo en un ataúd. El periodo de luto familiar es de siete días durante los cuales se reza y los desconsolados visitan a la familia entristecida. Cuando esta presente el cuerpo medico, el trato para el cuerpo debe de ser con respeto y con cuidado, no deben lavar el cuerpo, solo cerrarle los ojos, enderezarse los miembros, envolverlo en una sabana sencilla utilizando guantes desechables y por ultimo trasladarlo a la funeraria.

Para los sikhs e hindús la higiene es un aspecto muy importante. A los sikhs no les agrada que se les realice la autopsia aunque la admiten cuando es requerida por el forense. Los parientes pueden llevarse el cuerpo o cenizas a su casa para enterrarlo. Cuando un hindú esta agonizando en el hospital, sus parientes pueden llevarle dinero y ropa para que los toque antes de distribuírselo a los necesitados. En caso de que el sacerdote Hindú se encuentre presente, puede ayudar a las personas a aceptar la muerte como un hecho inevitable de forma filosófica, incluso puede atarle un hilo alrededor del cuello o la cintura como símbolo de bendición. El paciente puede acostarse en el suelo para estar más cerca de la madre tierra en el momento de la muerte y ayudar así a la siguiente encarnación. Cuando el hindú muere, los parientes lavan su cuerpo y los visten con ropa nueva antes de sacarlo del hospital. La familia puede decidir llevar el cuerpo a la India para que sea cremado y posteriormente esparcir las cenizas en el Río Sagrado.

Las últimas palabras pronunciadas por los musulmanes ante su muerte deben ser: “no existe ningún otro dios que no sea Alá y Mahoma es su profeta” y si la persona no es capaz de pronunciarlas, entonces un practicante musulmán se las dice al oído.

Posteriormente del deceso, solamente un musulmán puede tocar el cuerpo y lavarlo, le voltear la cabeza hacia el hombro derecho con la finalidad de que lo entierren con la cara hacia la Meca, y lo envuelve en una sabana sencilla. El entierro se lleva a cabo en el transcurso de 24 horas. Dentro de esta cultura no se practica la autopsia a menos que sea solicitada por el forense, y cuando ocurre esto los familiares solicitan que le sean devueltos los órganos a su difunto para así poderlo enterrar. El proceso del duelo dura un mes; en donde por 40 días los parientes más cercanos visitan la sepultura los días viernes ya que dicho día es considerado “sagrado” para ellos.

Regularmente los musulmanes no manifiestan dolor porque la emoción del dolor es vista como falta de fe a Alá (Sherr, 1992).

Con lo anterior notamos que la gente desde la antigüedad ha realizado un sin fin de tradiciones que le ayudaran a existir posteriormente y, la posibilidad de existir después de la muerte provoca que las manifestaciones religiosas sean más comunes en los ancianos. Cada individuo establece su continuidad apoyándose de creencias (Miranda, 1997).

Pero para considerar a la religión tenemos que hacer énfasis en que existen dos vertientes, ya que algunas personas comprenden como sinónimo lo religioso y lo espiritual, siendo ambas diferentes.

El término religioso consiste en la necesidad de poner en práctica la propia expresión natural de la espiritualidad, por ejemplo: manifestar ver a un sacerdote, tener tiempo para rezar, recibir los sacramentos.

Por otro lado el término espiritual se refiere a la búsqueda de significado, por ejemplo ¿por qué me sucedió esto a mi?, ¿qué he hecho para merecerme esto? y comúnmente son dirigidos a cualquier persona. Cuando la gente busca significados a una experiencia personal observará varias direcciones; ya sea desde su cultura o desde su misma filosofía de la vida y que en ocasiones ambas no tiene relación alguna con la religión.

Por mencionar un ejemplo, dentro de la religión católica cuando una persona está enferma regularmente se manifiestan una serie de síntomas de angustia espiritual, como:

- Sensación de vacío y desesperanza. Dentro de este síntoma la gente puede manifestar su preferencia a estar muerta a seguir viviendo lo que esta viviendo.
- Sufrimiento intenso. Aquí aumenta el sentimiento de desesperanza, las personas mencionan no tolerar el dolor y se preguntan que sentido tiene seguir viviendo.
- Alejamiento de Dios, incapacidad para tener fe. Se manifiestan afirmaciones de no creer en Dios acompañadas de sentimientos de impotencia y de vacío interno. Cuando la persona rompe con las prácticas culturales y religiosa interrumpe formas de enfrentarse a la crisis. Por ejemplo: el familiar manifiesta sentimientos de inseguridad para la persona que esta cuidando del paciente.
- Ira contra Dios y la religión. Los enfermos se sienten abandonados por Dios o un poder divino y lo manifiestan enojándose con quienes tienen el poder.
- Sentimientos de culpa o vergüenza. Comúnmente las personas sienten que su enfermedad es el resultado de algunas acciones que en el pasado hicieron mal y consideran que si lo enmiendan probablemente su enfermedad desaparecerá. En otras palabras que es un castigo.
- Sentimientos no resultados en relación a la muerte. La gente enferma cree que entre más tiempo se encuentre despierta más tardará en morir; los sueños intranquilos, la preocupación por la muerte y el mal humos son claros índices de sentimientos no resueltos en relación a la muerte. Entendiéndose pues que la persona se esta aferrando a la vida cuando inevitablemente ya no se puede hacer nada (Sherr, 1992).

3.4 Investigaciones sobre ansiedad ante la muerte

Pero la muerte genera en la mayoría de las personas gran preocupación, miedo y ansiedad. Sin embargo el nivel de ansiedad que se experimenta ante la muerte y las formas de expresarlo pueden variar mucho de individuo a individuo y de una sociedad a otra. Tomás-Sábado y Limonero (2004) efectuaron un estudio en el cual compararon los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España utilizando la

Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (Death Anxiety Scale: DAS), misma que evalúa cinco factores: generadores externos y aceptación de la muerte; significado y aceptación de la muerte; pensamientos sobre la muerte; vida después de la muerte y brevedad de la vida, y sus resultados arrojaron que las estudiantes egipcias se encuentran más preocupadas por los aspectos referentes a la otra vida y por lo que sucede después de la muerte. En cuanto a la población Española encontraron que ocultan y optan por medicalizar la muerte, prefiriendo que sea rápida y súbita, que se produzca cuando se esta durmiendo y sin o con un bajo nivel de conciencia. Los autores concluyen que las estudiantes españolas presentan mayor dificultad para aceptar la idea de la muerte y para encontrarle sentido.

Tomás-Sábado y Guix (2001) apoyan la idea que la ansiedad ante la muerte esta relacionada con los conocimientos adquiridos sobre el tema, las expectativas previas de las personas, el sexo, edad e incluso de la experiencia profesional, fundamentándose en un estudio realizado por ellos siendo uno de los objetivos de estudiar la influencia de dichas variables con la ansiedad ante la muerte, en el cual aplicaron la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer (Death Anxiety Scale: DAS) a enfermeras y auxiliares de enfermería encontraron que las enfermeras quienes contaban con un mayor información sobre la ansiedad ante la muerte manifestaron menor ansiedad y las auxiliares puntuaron mas alto en cuanto a su ansiedad.

Miranda (1997) realizo un estudio con el objetivo de investigar sobre las fantasías de muerte en ancianos, encontrando que de los 400 individuos participantes (del INAPAM) que respondieron a la pregunta ¿qué opina que hay después de la vida? el 56% contesto que hay vida eterna, el 25% piensa que no hay nada, el 11% en la reencarnación. En cuanto a su definición de la muerte se obtuvo que el 38% la considera el descanso eterno, el 21% dejar de existir, un 16% un paso a la vida en otro lugar, el 12% la unión con seres amados, el 5% la reincorporación al universo y el 2% compartir la eternidad con personas desagradables. Como se puede apreciar en esta investigación la mayoría de las personas consideran que todavía existe algo más después de la muerte.

Limonero (1996) al realizar una revisión de diferentes autores que han hecho estudios y conocen del tema de las emociones relacionadas con la muerte, resalta la investigación hecha por Ramos en 1982, quien analizó la ansiedad ante la muerte en ancianos, estudiantes de diplomado y en estudiantes universitarios hallando que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital. Además Rasmussen y Brems en 1996 encontraron también que a mayor edad menor ansiedad ante la muerte (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003)

Pollak (1979), Templer (1970), Lonetto (1980), Sanders, Poole y Rivero (1980), Dickinson (1997) y Torson y Powell (1988) llevaron a cabo investigaciones en las que encontraron que las mujeres manifiestan mayor ansiedad ante la muerte en comparación con los hombres (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003).

Wong, Rever y Gesser en 1994 han afirmado que es probable que la actitud positiva hacia la muerte y el morir en los ancianos y su confirmada mayor aceptación de la propia muerte se deba a su mayor religiosidad. Así mismo Templer en 1970 encontró que aquellas personas que asistían a ceremonias religiosas con frecuencia y que creían en la vida después de la muerte presentan menor ansiedad ante la muerte (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003).

Fortner y Neimeyer en 1999 en una revisión de 49 trabajos de investigación relacionados con la variable demográfica “estado de salud” y otras variables concluyeron que una mayor incidencia de problemas físicos y psicológicos son predictores de niveles más altos de ansiedad ante la muerte en personas mayores (Tomás-Sábado & Gómez-Benito 2003)

La ansiedad ante la muerte es una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, que puede ser provocada por estímulos ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como lo son pensamientos o imágenes. Tomás-Sábado & Gómez-Benito (2003)

CAPITULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1 Pregunta de investigación

¿Existe relación entre ansiedad ante la muerte y la calidad de vida de personas adultas mayores?

4.2 Objetivo general

Determinar la relación entre ansiedad ante la muerte y la Calidad de Vida de las personas adultas mayores.

4.3 Objetivos específicos

Determinar la relación entre las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad, religión, presencia de enfermedad o no y con quien vive) con Calidad de Vida.

Examinar la relación entre las variables sociodemográficas (sexo, estado civil, escolaridad, religión, presencia de enfermedad o no y con quien vive) con ansiedad ante la muerte.

4.4 Justificación

Las proyecciones poblacionales indican que en el 2050 México será uno de los países poblados con adultos mayores, pues uno de cada cuatro mexicanos será mayor de 65 años de edad, pasando de los siete millones de adultos mayores en la actualidad a entre 27 y 32 millones. Lo que significa que el panorama social de México, en algunos años, será distinto al que vivimos, con mayor frecuencia se convertirá en generaciones con vivencias, necesidades y creencias diferentes, lo que constituye un reto en una diversidad de disciplinas como las políticas, culturales, sociales, y por supuesto de psicológicas, entre otras más (Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano, 2006).

Así también el (INEGI) muestra que los datos recopilados en el último censo señalan la evidencia del paulatino envejecimiento de la población, lo que quiere decir que dentro de algunos años la población predominante se encontrará constituida por un mayor

número de adultos mayores. El envejecimiento de la población implicará un incremento en el monto de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, lo que significa que se dispondrá de menores montos para invertir en otros ámbitos. Además, el incremento de la población en edades avanzadas se traducirá en presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social, tanto en el ámbito de las pensiones como en el de la atención a la salud.

Al mencionar la palabra muerte, inmediatamente evocamos el recuerdo de alguien o pensamos en nosotros mismos, en una condición en la que no hay respuestas corporales o quizás en una tierra prometida después de la vida.

Al margen de estas ideas, es una realidad que la muerte evoca toda una serie de pensamientos, actitudes, sentimientos, emociones y comportamientos del ser humano en torno a ella. Estas manifestaciones constituyen la dimensión psicológica de este fenómeno y eso es precisamente lo que a la psicología le corresponde investigar y en lo que debe efectuar sus intervenciones.

Por ello que este reporte de investigación dirija su inquietud al estudio de ansiedad ante la muerte y más en adultos mayores quienes serán el sector más grande dentro de algunos años.

4.5 Hipótesis

- Las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte en comparación con los hombres
- A mayor grado de escolaridad menor ansiedad ante la muerte y a menor grado de escolaridad mayor ansiedad
- Las personas enfermas presentan mayor ansiedad a diferencia de aquellos que no reportan tener alguna enfermedad
- Las personas que pertenecen a un grupo religioso presentan menor ansiedad que aquellas que no practican una religión

CAPITULO V. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1 Tipo de estudio, Diseño y tamaño de la muestra

El estudio fue correlacional-tranversal. El tipo de muestra fue no probabilística de sujetos voluntarios,

De las 215 personas que participaron el 61% fueron mujeres y 39% hombres (n=131 mujeres, n =84 hombres), en cuanto a su estado civil se encontró que el 8 % son solteros, 54% casados, con pareja 6%, separados 5%, divorciados 3% y viudos 24%; En lo referente a si se encontraban enfermos en el momento de la administración de la entrevista el 76% respondieron afirmativamente, el 20% mencionó no tener, y el 4% restante no contestó. Las respuestas a la pregunta cuál es su enfermedad fueron las siguientes: el 40% manifestó tener una enfermedad crónico degenerativa, más de una enfermedad 9%, agudas 8%, músculo esqueléticas 8%, auditivas o visuales 1%, mentales 10% y el 20% no contestó la pregunta y otras con 12%. Se encontró que el 10% viven solos, el 89% con alguien, y el 1% no contestó. En cuanto al nivel de estudios halló que el 7% no tiene escolaridad, el 44% curso el nivel básico, el 26% estuvo en medio superior, el 23% cuenta con nivel medio superior y superior. Se encontró que el 84% profesan la religión católica, el 12 % otras y ninguna el 4%. Todos los participantes estaban adscritos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), perteneciente al Municipio de Tlalnepantla de Baz del Estado de México.

5.2 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Las personas seleccionadas cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Edad de 60 años o más
2. De cualquier género, nivel educativo, religión
3. Aceptación voluntaria para participar en la investigación

Criterios de exclusión

1. Todos los que tuvieran menos de 60 años
2. Aquellos que no quisieran participar
3. Aquellas personas que de manera voluntaria se retiren del proyecto sin terminar de contestar los instrumentos
4. Que los participantes no fueran mexicanos
5. Contar con antecedentes penales.

5.3 Materiales

- 215 Baterías de Pruebas
- Lápices
- Tarjetas con las respectivas opciones de respuesta para cada prueba
- Gafete de Identificación
- Bancas y mesas
- Bata blanca

5.4 Instrumentos de medición

Se aplicó una batería compuesta por siete instrumentos de medición psicológica y una ficha de datos sociodemográficos. Para fines de la presente investigación se retomaron los datos que arrojó el instrumento WHOQol Breve, la escala de ansiedad ante la muerte para ancianos y algunos datos de la ficha de datos sociodemográficos, por lo que sólo se describen las dimensiones de éstos. El orden de la aplicación fue el siguiente:

1. Ficha de Datos Sociodemográficos: Sexo, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel máximo de estudios, actividades que realizan en su vida diaria, presencia de alguna enfermedad.
2. Instrumento WHOQoL-Breve. Preparado por la OMS, traducido y adaptado por González-Celis y Sánchez-Sosa (2003). Consta de 26 reactivos con cinco opciones

de respuesta, mide Calidad de Vida en cuatro dominios: salud física (dolor y malestar, sueño y descanso, y energía y fatiga, movilidad, actividades de la vida diaria, dependencia de medicamentos, capacidad de trabajo), salud psicológica (sentimientos positivos, pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración, autoestima, imagen y apariencia corporal, sentimientos negativos, espiritualidad, religión y creencias personales), relaciones sociales (relaciones personales, soporte social y actividad sexual) y medio ambiente (libertad, seguridad física, medio ambiente del hogar, salud y cuidado social: accesibilidad y calidad, oportunidades para adquirir nuevas habilidades, participación y oportunidades para la recreación y actividades de ocio, medio ambiente físico: contaminación, ruido, tráfico y clima, y transporte.

3. Escala de Bienestar Espiritual (EBE)
4. Inventario Multifacético de Soledad (IMSOL)
5. Escala de Autoeficacia ante la muerte (EAuM)
6. Escala de Afrontamiento ante la muerte (EAAM)
7. Escala de Ansiedad Ante la Muerte para Ancianos (EAMA). Creada a partir de una versión adaptada de la Escala Collet-Lester de Miedo a la Muerte y al proceso de Morir (1997, 2003). Cuenta con 16 reactivos, consta de tres áreas: muerte propia, proceso de morir y muerte de los otros, los cuales se califican con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta cuyos valores van de cinco a uno, donde entre mayor sea el puntaje mayor será la ansiedad.

5.5 Escenario

La administración de los instrumentos se realizó en tres diferentes lugares, dependiendo de cada participante, algunos fueron en un aula, otros en la sala de espera y algunos en el área de lectura, los lugares contaban con buena ventilación e iluminación y sillas.

5.6 Definición de Variables

Género: Clasificado en hombre y mujeres

Edad: En los años cumplidos de 60 años o más

Escolaridad: Se consideraron cuatro categorías:

1. Ninguno en absoluto
2. Nivel básico (primaria)
3. Medio superior (secundaria y estudios técnicos)
4. Nivel superior (profesional).

Con quien vive: solo o con alguien.

Padecimiento de alguna enfermedad: La presencia o la ausencia de alguna enfermedad, reportada por el sujeto

Tipo de enfermedad que se padece: La categorización de las enfermedades fue la siguiente

1. Crónico degenerativa (diabetes, Cáncer)
2. Auditivo visual (pérdida total o parcial de la vista o la audición)
3. Músculo esqueléticas (reportaron tener dolores en articulaciones y huesos)
4. Agudas (respiratorias, gripas, infecciones estomacales)
5. Mentales (trastorno de orden psíquico)
6. Otras referidas por el sujeto
9. No respuesta

Pertenencia a algún grupo o asociación: La pertenencia o no pertenencia a alguna asociación o grupo de tipo religioso.

Vejez: un proceso lento y gradual de deterioros a nivel biológico, mental y social ocasionado por el paso de tiempo donde se requiere de una respuesta adaptativa que permita armonizar las pérdidas maximizando las ganancias (González-Celis, 2004)

Calidad de Vida: “es la percepción de los individuos de sus posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses” (Harper & Power, 1998, p. 551).

5.7 Procedimiento

Se solicitó la autorización por parte del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) del Municipio de Tlalneplantla de Baz, Estado de México para realizar la administración de las evaluaciones de calidad de vida en adultos mayores.

Se estableció contacto con las personas para su participación en el proyecto, explicándoles en que consistía la investigación además de los datos personales como nombre y escuela de procedencia, se planteo el objetivo de la investigación y se les entregó un tríptico (Anexo 7) con la información del proyecto.

Posteriormente se llevo a cabo la lectura de una carta de consentimiento informado (Anexo 8) en donde se explicó que la información obtenida era confidencial, anónima y con fines estadísticos, enseguida se leyeron las preguntas de los datos sociodemográficos y se les explicó que los instrumentos se contestarían señalando la tarjeta que mas se acercara a su respuesta.

Al término de la administración se les proporciono una hoja de recomendaciones (Anexo 5), un directorio (Anexo 6) y se agradeció su participación.

5.8 Análisis de datos

Se creó una base de datos en la que se incluyeron todas las escalas en el programa SPSS versión 12.0 y se computaron los datos de los participantes.

El tipo de análisis fue de manera cuantitativa.

CAPITULO VI. RESULTADOS.

A continuación se presentan los resultados descriptivos, de asociación y de diferencias a partir de las hipótesis planteadas.

En la tabla 1, se puede apreciar que más de la mitad de la muestra (49%) presenta moderada calidad de vida. Al realizar la comparación entre sexo con base en estos resultados se puede observar que en general tanto para hombres como para mujeres la calidad de vida que predomina es la moderada.

Tabla 1. Sexo y calidad de vida

Sexo		Calidad de vida			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Femenino	# de personas	37	50	27	114
	%	32.5%	43.9%	23.7%	100.0%
Masculino	# de personas	15	45	22	82
	%	18.3%	54.9%	26.8%	100.0%
Total	No. de personas	52	95	49	196
	%	26.5%	48.5%	25.0%	100.0%

En la tabla 2, se observan las variables “con quien vive” y calidad de vida, notándose que la mayoría de la población muestra tener una calidad de vida moderada (49%), independientemente de si viven solos o acompañados.

Tabla 2. Con quien vive y calidad de vida

Con quien vive		Calidad de vida			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Solo	No. de personas	3	11	5	19
	%	15.8%	57.9%	26.3%	100.0%
Con alguien	No. de personas	48	84	44	176
	%	27.3%	47.7%	25.0%	100.0%
Total	No. de personas	51	95	49	195
	%	26.2%	48.7%	25.1%	100.0%

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES
FLORES GRIFALDO ANA VALERIA

En la tabla que se presenta a continuación se aprecia que los participantes con mayor escolaridad (medio, medio superior y superior) obtuvieron porcentajes más altos en calidad de vida en contraste con quienes tienen nulos estudios o nivel básico.

Tabla 3. Nivel de estudios y calidad de vida

Nivel de estudios		Calidad de vida			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Nada	No. de personas	5	8	2	15	
	%	33.3%	53.3%	13.3%	100.0%	
Nivel básico	No. de personas	31	40	16	87	
	%	35.6%	46.0%	18.4%	100.0%	
Medio	No. de personas	11	25	14	50	
	%	22.0%	50.0%	28.0%	100.0%	
Medio superior y superior	No. de personas	5	22	17	44	
	%	11.4%	50.0%	38.6%	100.0%	
Total		No. de personas	52	95	49	196
		%	26.5%	48.5%	25.0%	100.0%

Al relacionar la variable enfermedad con calidad de vida no se apreciaron diferencias entre estar y estar o no enfermo, ya que la mayoría de los participantes obtuvieron calidad de vida moderada (Véase tabla 4).

Tabla 4. Esta enfermo y calidad de vida

Esta enfermo		Calidad de vida			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Si	No. de personas	39	71	37	147	
	%	26.5%	48.3%	25.2%	100.0%	
No	No. de personas	11	18	11	40	
	%	27.5%	45.0%	27.5%	100.0%	
Total		No. de personas	50	89	48	187
		%	26.7%	47.6%	25.7%	100.0%

Como se puede observar en la tabla 5 profesando cualquier religión o ninguna la muestra presenta calidad de vida moderada.

Tabla 5. Religión y calidad de vida

Cuál es su religión		Calidad de vida			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Católica	No. de personas	39	77	37	153
	% de submuestra	25.5%	50.3%	24.2%	100.0%
Otra	No. de personas	6	10	5	21
	% de submuestra	28.6%	47.6%	23.8%	100.0%
Ninguna	No. de personas	0	4	3	7
	% de submuestra	.0%	57.1%	42.9%	100.0%
Total		45	91	45	181
		24.9%	50.3%	24.9%	100.0%

En la tabla 6 se muestra que al realizar el cruce entre el dominio 1 “salud física” y sexo, el porcentaje revela que los hombres manifiestan una salud física baja o alta, mientras que las mujeres reportan en moderada.

Tabla 6. Sexo y calida de vida (Dominio 1 “Salud física”)

Sexo		Salud física			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Femenino	# de personas	19	76	26	121
	%	51.4%	67.9%	57.8%	62.4%
Masculino	# de personas	18	36	19	73
	%	48.6%	32.1%	42.2%	37.6%
Total		37	112	45	194
		19.1%	57.7%	23.2%	100.0%

En cuanto al dominio 2 “aspectos psicológicos”, con sexo no existen diferencias significativas ($\chi^2=1.147$, $p>0.05$), aunque se encontró que el 58% de la muestra se encuentra en el rubro de moderada (Véase tabla 7).

Tabla 7. Sexo y calidad de vida (dominio 2 “Aspectos psicológicos”)

Sexo		Aspectos psicológicos			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Femenino	# de personas	34	74	16	124	
	%	59.6%	62.2%	51.6	59.9%	
Masculino	# de personas	23	45	15	83	
	%	40.4%	37.8%	48.4%	40.1%	
Total		No. de personas	57	119	31	207
		%	27.5%	57.5%	15.0%	100.0%

En la tabla 8 se muestra el cruce entre el dominio 3 con sexo y se puede observar que el 53% de la muestra mantiene relaciones sociales moderadas, aunque se nota que la mayoría las mujeres manifiestan mayor puntaje en baja y los varones en moderada. Sin embargo conjuntando los grupos las relaciones sociales son moderadas.

Tabla 8. Sexo y calidad de vida (Dominio 3 “Relaciones sociales”)

Sexo		Relaciones sociales			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Femenino	# de personas	23	40	21	84	
	%	74.2%	54.1	58.3	59.6%	
Masculino	# de personas	8	34	15	57	
	%	25.8	45.9	41.7	40.4	
Total		No. de personas	31	74	36	141
		%	22.0%	52.5	25.5	100%

Al cruzar el dominio 4 con sexo, es notorio que las mujeres tienden a percibir mejor su medio ambiente que los hombres. Aunque conjuntando los grupos la percepción del medio ambiente es moderado (Ver tabla 9)

Tabla 9. Sexo y calidad de vida (Dominio 4 “Medio ambiente”)

Sexo		Medio ambiente			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Femenino	# de personas	33	59	31	123
	%	57.9%	60.8%	64.6	60.9%
Masculino	# de personas	24	38	17	79
	%	42.1%	39.2%	35.4	39.1%
Total	No. de personas	57	97	48	202
	%	28.2%	48.0%	23.8%	100%

En la tabla 10 se muestra representa los porcentajes totales que se obtuvieron al realizar el cruce entre algunas variables con los cuatro dominios de calidad de vida, la información se encuentra resumida debido a que los resultados revelan que más de la mitad de las personas puntúan en moderada.

Tabla 10. Variables y dominios de calidad de vida

Variables	Dominios			
	Salud física	Aspectos psicológicos	Relaciones sociales	Medio ambiente
Religión	58%	58%	53%	48%
Enfermedad	58%	58%	54%	48%
Con quien vive	58%	57%	53%	48%
Nivel de estudio	58%	58%	53%	48%

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES
FLORES GRIFALDO ANA VALERIA

En la tabla (11) que a continuación se presenta se observa que del total de la muestra que el 49% presentan ansiedad ante la muerte moderada.

Tabla 11. Sexo y ansiedad ante la muerte

Sexo		Ansiedad ante la muerte			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Femenino	No. de personas	28	48	31	107	
	% de submuestra	26.2%	44.9%	29.0%	100.0%	
Masculino	No. de personas	20	40	14	74	
	% de submuestra	27.0%	54.1%	18.9%	100.0%	
Total		No. de personas	48	88	45	181
		% de submuestra	26.5%	48.6%	24.9%	100.0%

Al hacer el cruce entre ansiedad ante la muerte y el hecho de vivir solo o con alguien, se encontró que el 49% de los participantes presentan ansiedad moderada. Cabe señalar que aquellas personas que viven solas presentan ansiedad ante la muerte de baja a moderada, sin embargo debe considerarse que el tamaño de esta submuestra es pequeño (15 adultos mayores) (Ver tabla 12)

Tabla 12. Con quien vive y ansiedad ante la muerte

Con quien vive		Ansiedad ante la muerte			Total	
		Baja	Moderada	Alta		
Solo	No. de personas	8	7	0	15	
	% de submuestra	53.3%	46.7%	.0%	100.0%	
Con alguien	No. de personas	40	81	45	166	
	% de submuestra	24.1%	48.8%	27.1%	100.0%	
Total		No. de personas	48	88	45	181
		% de submuestra	26.5%	48.6%	24.9%	100.0%

Al realizar el cruce entre la variable nivel de escolaridad con ansiedad ante la muerte se halló que el 49% de los participantes presentan un nivel moderado. Debido al tamaño de la submuestra no se pueden hacer comparaciones entre ellas para establecer si existen o no diferencias. De acuerdo al valor r de Pearson ($r=.09$, $p>0.05$) no hay una relación entre las variables (Véase tabla 13)

Tabla 13. Nivel de estudios y ansiedad ante la muerte

Nivel de estudios		Ansiedad ante la muerte			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Nada	No. de personas	4	4	4	12
	% submuestra	33.3%	33.3%	33.3%	100.0%
Nivel básico	No. de personas	13	24	19	56
	% submuestra	23.2%	42.9%	33.9%	100.0%
Medio	No. de personas	8	8	6	22
	% submuestra	36.4%	36.4%	27.3%	100.0%
Medio superior y superior	No. de personas	23	52	16	91
	% submuestra	25.3%	57.1%	17.6%	100.0%
Total		48	88	45	181
		26.5%	48.6%	24.9%	100.0%

En la tabla 14 se muestra el cruce entre la variable estar enfermo con ansiedad ante la muerte, se observó que el 49% de la muestra tuvo ansiedad moderada independientemente de su estado de salud actual.

Tabla 14. Esta enfermo y ansiedad ante la muerte

Esta enfermo		Ansiedad			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Si	No de personas	39	67	34	140
	% submuestra	27.9%	47.9%	24.3%	100.0%
No	No. de personas	9	21	9	39
	% submuestra	23.1%	53.8%	23.1%	100.0%
Total		48	88	43	179
		26.8%	49.2%	24.0%	100.0%

En la tabla 15 se observa que en general la mayoría de los participantes presentaron ansiedad ante la muerte moderada (49%), sin embargo cabe mencionar que las personas con otra religión presentaron un mayor porcentaje en baja ansiedad (48%) al realizar el análisis por submuestras.

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES
FLORES GRIFALDO ANA VALERIA

Tabla 15. Religión y ansiedad ante la muerte

¿Cuál es su religión?		Ansiedad			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Católica	No. de personas	35	75	38	148
	% submuestra	23.6%	50.7%	25.7%	100.0%
Otra	No. de personas	12	7	6	25
	% submuestra	48.0%	28.0%	24.0%	100.0%
Ninguna	No. de personas	1	6	1	8
	% submuestra	12.5%	75.0%	12.5%	100.0%
Total	No. de personas	48	88	45	181
	% submuestra	26.5%	48.6%	24.9%	100.0%

Analizando la relación entre ansiedad ante la muerte con el estado civil se halló que el 49% de los participantes obtuvieron un valor moderado. El valor de r de Pearson ($r=0.008$, $p>0.05$) confirma que existe nula relación entre estas variables (Ver tabla 16)

Tabla 16. Estado civil y ansiedad ante la muerte

Estado civil		Ansiedad			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Soltero	No. de personas	5	8	1	14
	% submuestra	35.7%	57.1%	7.1%	100.0%
Casado	No. de personas	26	48	26	100
	% submuestra	26.0%	48.0%	26.0%	100.0%
Con pareja	No. de personas	0	9	2	11
	% submuestra	.0%	81.8%	18.2%	100.0%
Separado	No. de personas	2	3	6	11
	% submuestra	18.2%	27.3%	54.5%	100.0%
Divorciado	No. de personas	1	2	0	3
	% submuestra	33.3%	66.7%	.0%	100.0%
Viudo	No. de personas	14	18	10	42
	% submuestras	33.3%	42.9%	23.8%	100.0%
Total	No. de personas	48	88	45	181
	% submuestra	26.5%	48.6%	24.9%	100.0%

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS MAYORES
FLORES GRIFALDO ANA VALERIA

Por último en la tabla 17 se muestra que en general realizando el cruce entre ansiedad ante la muerte y calidad de vida se halló que el 46% de los adultos mayores presentaron ansiedad ante la muerte moderada, aunque por submuestras se encontró que los participantes con mayor calidad de vida tuvieron menor ansiedad ante la muerte.

Al correlacionar calidad de vida y ansiedad ante la muerte se encontró una relación significativa ($r = -0.176$, sig. =0.03, $p < 0.05$), débil e inversa.

Tabla 17. Calidad de vida y ansiedad ante la muerte

Calidad de vida		Ansiedad			Total
		Baja	Moderada	Alta	
Baja	No. de personas	7	20	12	39
	% submuestra	17.9%	51.3%	30.8%	100%
Moderada	No. de personas	18	35	22	75
	% submuestra	24.0%	46.7%	29.3%	100%
Alta	No. de personas	16	15	7	38
	% submuestra	42.1%	39.5%	18.4%	100%
Total	No. de personas	41	70	41	152
	% submuestra	27.0%	46.1%	27.0%	100%

CAPITULO VII. DISCUSION DE RESULTADOS.

En los últimos años el número de población adulta mayor se ha visto incrementada de manera muy considerable a consecuencia de la disminución de la mortalidad, avances en la ciencia médica, decremento en la tasa de natalidad, etc. Lo cual provoca que tanto los psicólogos como otras disciplinas volteen la mirada a este sector, para conocer las nuevas exigencias, y todas las demás demandas que trae consigo este fenómeno. Este reporte tuvo la finalidad de conocer aspectos de calidad de vida y ansiedad ante la muerte de adultos mayores.

Aunque la Calidad de vida es un tema de mucho ruido a partir de 1974, no se han dado una definición universal de ella, ya que es un concepto que se define de acuerdo a la cultura, al momento que se viva y las disciplinas que la estudien. Por ello resulta muy difícil conceptualizar una igual calidad de vida para todos los individuos y para todas las sociedades. Sin embargo una diversidad de autores y la ONU (Sánchez-Sosa & González-Celis, Levi y Anderson, Katschnig, Pérez) coinciden que para evaluarla es necesario considerar el estado de salud, ya que si la persona se encuentra enferma su calidad de vida no es percibida como muy satisfactoria, así como su estado familiar, es decir que si cuenta con el apoyo de alguien o no puede influir en su calidad de vida.

Sánchez-Sosa y González-Celis, (2006), consideran que el concepto de Calidad de Vida está ligado a una evaluación del bienestar y del ambiente en que viven las personas, por lo que puede evaluarse tomando en consideración dos criterios. El primero de ellos es externo y radica en que un experto mida aquello que la gente refleja de su Calidad de Vida, haciendo uso de indicadores tales como el nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda, alimentación, entre otros; y el segundo se refiere a una evaluación realizada por el propio individuo empleando su percepción de bienestar subjetivo y sus valoraciones, así como sus percepciones en cuanto a su entorno, cultura y juicios personales.

Autores como Sánchez-Sosa y González-Celis (2002) señalan que los adultos mayores de hoy tienen más recursos educativos, ocupacionales, económicos y sociales que

pueden emplear para aminorar las pérdidas asociadas con la edad, sin embargo Warner y Sherry afirman que no ocurre lo mismo con los recursos biológicos y sensoriomotores (agudeza visual, auditiva, equilibrio y la marcha) por lo que la probabilidad de enfermedad aumenta de forma drástica después de los 65 años.

Aunado a lo anterior en esta investigación se encontró que el 76% de los participantes contaba con una enfermedad en el momento de la evaluación, el 20% no tenía y el 4% restante no contestó. Lo que confirma lo dicho por Warner y Sherry (2003) de que en la tercera edad las probabilidades de padecer alguna enfermedad aumenta. Considerando lo que menciona Sánchez-Sosa y González-Celis, (2006), se puede decir que mas de la mitad de los participantes no cuenta con una calidad de vida excelente, sin embargo el análisis revelo que más de la mitad de los participantes obtuvieron calidad de vida moderada.

Se halló que el 10% viven solos, el 89% con alguien, y el 1% no contesto, siendo su calidad de vida moderada para todos, lo que contradice lo mencionado por Levi y Anderson y Katschnig quienes consideran que el concepto Calidad de Vida abarca en su definición el bienestar social y el apoyo social.

Además para evaluar la calidad de vida es necesario considerar el estado subjetivo, como lo son los aspectos psicológicos y en esta muestra de adultos mayores se halló que las mujeres tienden a percibir mejor su medio ambiente a comparación con los hombres pero conjuntando las submuestras en general su calidad de vida es moderada, lo que puede deberse a que las submuestras no son iguales en cuanto al número de participantes mujeres-hombres. Pero aquí hagamos referencia a Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano (2006), quienes encontraron que la experiencia de envejecimiento es diferente en condición de género, los hombres son considerados como la fuerza, la autoridad, el poder y los proveedores del grupo familiar y las mujeres cuidadoras de otros, madres y amas de casa. Para las mujeres la experiencia de envejecimiento es más positiva pues en esta etapa continúan cumpliendo con la expectativa social de ser cuidadoras de otros, por el contrario en los hombres, su papel se ve muy limitado, lo cual dificultan que

sigan siendo el sostén principal familiar. El peso de ser hombre si difiere del papel de la mujer ya que la mayoría los varones dedican la mayor parte del tiempo de su vida y la mayor parte del día en estar fuera de casa trabajando y las mujeres comúnmente se encuentran en casa conviviendo con los hijos, entonces aprenden a vivir y percibir mejor su medio ambiente.

Como bien se ha mencionado en la vejez se presentan una serie de modificaciones en el área física, psicológica, ambiental y familiar; el adulto mayor a presenciado la muerte de familiares, amigos o conocidos lo cual le puede ayudar a que su experiencia con el tema no le cause demasiada ansiedad, así como lo menciona Tomás-Sábado y Guix (2001) quienes afirman que entre mas se conozca sobre el tema de muerte, la ansiedad es menor. En este estudio la ansiedad ante la muerte predominante es moderada.

En esta investigación se encontró tanto hombres como mujeres presentan una moderada ansiedad ante la muerte a diferencia de los resultados obtenidos en los estudios realizados por Pollak (1979), Templer (1970), Lonetto (1980), Sanders, Poole y Rivero (1980), Dickinson (1997) y Torson y Powell (1988), quienes afirman que las mujeres suelen presentar mas ansiedad ante la muerte que los hombres, aunque esto pueda deberse probablemente al tamaño de la muestra. Lo cual hace que se rechace la hipótesis en donde se afirmaba que las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte en comparación con los hombres

Al hacer el análisis entre la variable esta enfermo o no con ansiedad ante la muerte se encontró que mas de la mitad de la muestra presenta modera ansiedad, independientemente de su estado de salud a diferencia de lo encontrado por Fortner y Neimeyer (1999) quienes al cruzar las mismas variables concluyeron que una mayor incidencia de problemas físicos y psicológicos se tienen niveles más altos de ansiedad ante la muerte en personas mayores. La hipótesis referida a estas variables se rechaza ya que se consideraba que las personas enfermas presentarían mayor ansiedad a diferencia de aquellos que no reportan tener alguna enfermedad

Wong, Rever y Gesser (1994) afirman que es probable que la actitud positiva hacia la muerte y el morir en los ancianos y su confirmada mayor aceptación de la propia muerte se deba a su mayor religiosidad (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003). En esta investigación los participantes presentaron ansiedad ante la muerte moderada aunque un dato interesante es que al realizar el análisis por submuestras las personas que contestaron tener con otra religión diferente a la católica, presentaron un mayor porcentaje en baja ansiedad. Lo cual de alguna manera acepta la hipótesis de que las personas que pertenecen a un grupo religioso presentan menor ansiedad que aquellas que no practican una religión

En cuanto a la pregunta de investigación se encontró que la relación que existe entre ansiedad ante la muerte y la calidad de vida es moderada, aunque observando los datos por submuestras se halló que los participantes con mayor calidad de vida tuvieron menor ansiedad ante la muerte.

Recordando las hipótesis que se tenían y analizando los resultados obtenidos se puede decir que las tres primeras hipótesis son rechazadas y la cuarta es aceptada. Los resultados de esta investigación pueden deberse al tamaño de la muestra (215 personas), además de que el número de mujeres fue mas grande que el de los hombres.

Para futuras investigaciones sería importante considerar que el número de mujeres y hombres sea igual, se conozca el tiempo que se tiene con la enfermedad ya que es diferente la percepción de estar enfermo desde la niñez, adolescencia, adultez o tercera edad. El impacto de saberse enfermo en la tercera edad podría ser para algunos normal y para otros un paso a la muerte. Así como también resultaría interesante hondar en el rubro de si viven solos o se sienten solos, ya que algunas personas viven con familiares y éstos mismos pasan la mayor parte del tiempo fuera de casa, lo cual puede ser considerado que viven solos.

REFERENCIAS

- Acosta, G. R. (1995). Miedo a la muerte y al morir en el mexicano. Aspectos tanatológicos. Tesina de diplomado, Asociación Mexicana de Tanatología A. C. México D.F.
- Bernier, V. (2004). Muerte y Duelo en el Niño. *Revista pediátrica electrónica*. Universidad de Chile. 1 (1), pp. 21-24
- Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). Personalidad, procesos cognoscitivos y envejecimiento. En: J. Buendía, (comp). *Gerontología y Salud*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Cabrera, R. S. (2001). La calidad de vida en adolescentes consumidoras de cocaína. Tesis de licenciatura, México: UNAM. Iztacala.
- Cerezo, R. S. (2001). La influencia del análisis de la muerte sobre la calidad de vida. Tesis de licenciatura. México: UNAM. Iztacala
- Crespo F., P. (1992). Algunas reflexiones en torno a la crisis de la edad media de la vida. *Psiquis*. 13 (8), 325-328
- Elizalde, G. C. (2002). Tanatología: una alternativa de humanización de la labor terapéutica del psicólogo egresado de Iztacala. Tesis de licenciatura. México: UNAM. Iztacala.
- Escobar, V. (2002). Efectos del apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos. Tesis de licenciatura. México: UNAM. Iztacala.
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI, 3-33.

Gómez-Vela, M.; Verdugo, M. A. & Canal, R. (2002). Evaluación de la calidad de vida de adultos con discapacidad intelectual en servicios residenciales comunitarios. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 55 (4), 591-602.

González-Celis A. (2002). Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre calidad de vida en ancianos. Tesis doctoral no publicada. México: UNAM. Facultad de psicología.

González-Celis A. & Sánchez-Sosa, J. (2003). Efectos de un programa Cognitivo-Conductual para Mejorar la calidad de Vida en Adultos Mayores. *Revista Mexicana de Psicología*. 20 (1) pp. 43-58

González-Celis A. (2005). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos?. En Garduño, Salinas & Rojas (coordinadores). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Plaza y Valdés. pp 259-294.

Harper & Power (1998). Development of the World Health Organization WHOQoL-Bref quality of life assessment. *Psychologica Medicin*.28: 551

INEGI (2005). *II Censo de Población y Vivienda 2005*.

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/default.asp?c=6224>

Katschnig, H. (2000). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En H. Katsching, H. Freeman & N. Sartorius (Comp.) *Calidad de vida en Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. pp. 3-15.

Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales. En: H. Katschnig, H. Freeman & N. Sartorius (Disc.). *Calidad de vida en los trastornos Mentales*. Barcelona: Masson, pp. 77-92.

Lerh, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. En J. Buendía (comp). *Envejecimiento y Psicología de la salud*. pp. 353-368

Lerh, U. (1980). *Psicología de la senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona. Herder.

Limonero, G. J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 49(2)249-265

Miranda, V. L. F. (1997). Las fantasías de muerte en el anciano. *Psicología Iberoamericana*. 5(2) 33-38

Partida B., V. (2004). *La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/2004/sdm23.pdf>

Pérez, G. (2004). *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid. Drykinson.

Pinazo, S. & Bueno, J. (2004). Reflexiones a cerca del final de la vida. Un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años. *Revista Mul. Gerontología*. 14 (1). pp.22-26

Quintanar, F. (2006). Eventos significativos en las áreas personales, familiar y social para el reconocimiento del envejecimiento propio en asistentes a dos centros gerontológicos en comunidades rurales de ancianos en México y España. Reporte de investigación que para obtener el grado de doctor en Psicología, en revisión. UNAM. Facultad de Psicología.

Rivera, A. (2003). *Espiritualidad y salud mental en adultos mayores*. Tesis de maestría en psicología clínica, no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.

Sánchez-Sosa & González-Celis, A. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: *Psicología y salud*. . México. UNAM. p. 191-218

Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo (Coord.). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Trastornos de la Edad Adulta e Informes Psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide. p. 473-492

Sherr, L. (1992). Aspectos culturales y religiosos de la muerte. En Sherr, L. (compiladora). *Agonía, muerte y duelo*. México. El Manual Moderno.

Skinner, B.F. & Vaughan, M. E., (1986). *Disfrutar la vejez*. España. Martínez Roca

Thomas, L.V. (1991). *La muerte. Una lectura cultural*. Barcelona. Paidós

Tomás-Sábado, J. & Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y aplicada*. 56 (3), 257-279.

Tomás-Sábado, J. & Guix, L., E. (2001). Ansiedad ante la muerte: Efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería clínica*. 11 (3) pp 104-109

Tomás-Sábado, J. & Limonero, J. T. (2004). Comparación de los niveles de ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería de Egipto y España. *Enfermería clínica*. 14 (6), pp. 328-333

Treviño-Siller, S.; Pelcastre-Villafuerte, B., y Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*. 48 (1), 30-38.

Tuirán, R. (2000). *Desafíos del Envejecimiento demográfico en México*. CONAPO. Conferencia impartida el 8 de mayo de 2000 en la CNDH, Ciudad de México. Artículo de Internet: <http://www.cndh.org.mx/PrincipaldocumentolibreriaFasciculos>

Vellas, P. (1996). Envejecer exitosamente: Concebir el proceso de envejecimiento con una perspectiva más positiva. *Salud Pública de México*, 38 (6), 513-522.

Victoria, C. (2005). El bienestar psicológico: dimensión subjetiva de la Calidad de Vida. *Revista electrónica Psicología Iztacala*. 8 (2) pp. 1-20

Warner, S. & Sherry, L. (2003). Desarrollo biológico: El cuerpo envejece. En: *psicología de la edad adulta y la vejez*. España: Pearson. pp 407-450

www.inapam.gob.mx

Zúñiga, E. & Vega, D (2004). *Envejecimiento de la población de México: Reto del siglo XXI*. <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje2005/enveje00.pdf>

ANEXOS



ANEXO 1

UNAM

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. FOLIO _____

2. Nombre _____

3. Sexo Femenino () Masculino () 4. Edad _____ (años cumplidos)
5. Estado civil Soltero () Casado () Con pareja () Separado () Divorciado () Viudo ()
6. ¿Con quien vive actualmente? Solo () Con su pareja o cónyuge () Con sus hijos ()
Con un familiar () Otro () ¿Quién? _____
7. ¿Cuenta con algún ingreso económico? Sí () No ()
8. ¿Quién se lo proporciona? _____
9. ¿El ingreso que usted recibe satisface sus necesidades? Sí () No ()
10. ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?
Ninguno () Primaria () Secundaria () Nivel técnico () Bachillerato () Profesional ()

11. La vivienda que usted habita es:
Rentada () Propia () Prestada () Vive en casa de algún familiar () Otra ¿cuál? _____

12. ¿Cuál es su actividad principal?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Retirado, jubilado o pensionado ()
Labores del hogar () Busca trabajo () Otra ¿cuál? _____

Sólo en caso de que sea retirado, conteste las preguntas 13 y 14, si no pase a la pregunta 15

13. ¿Cuál era su actividad anterior?
Empleado () Trabaja por su cuenta () Labores del hogar () Otra ¿cuál? _____

14. Fecha de su retiro: Días _____ Meses _____ Años _____

15. Mencione tres actividades que realice en su tiempo libre.
1 Ver tv/escuchar música _____ 5 Oficios _____
2 Domésticas _____ 6 Deportivas _____
3 Manualidades _____ 7 Dormir/descansar _____
4 Sociales, culturales, educativas _____ 8 Otras, ¿cuáles? _____

16. ¿Cuál es su religión?
Católica () Cristiana () Protestante () Mormona () Testigo de jehová () otra _____
Ninguna ()

17. ¿Qué prácticas religiosas realiza? _____

18. ¿Qué tiempo le dedica?
Al menos una vez a la semana () Al menos una vez al mes () Ocasionalmente ()

19. ¿Está enfermo en este momento? Sí () No ()

20. ¿Cuál es su enfermedad? _____

21. ¿Desde hace cuánto tiempo padece la enfermedad o problema?

Días _____ meses _____ años _____

22. Mencione los tres problemas o preocupaciones más significativos que vive en este momento:

1. _____ 2. _____ 3. _____



ANEXO 2

INSTRUMENTO WHOQoL-BREVE VERSIÓN EN ESPAÑOL¹
 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Instrucciones: Le voy a preguntar cómo se siente usted acerca de su calidad de vida, salud y otras áreas de su vida. Si usted está inseguro sobre cual es su respuesta, conteste la que considere mas apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que de a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le voy a preguntar lo que piensa de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
	¿Recibe usted la clase de apoyo que necesita de otros?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a la medida de apoyo que usted recibió de otros durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir “siempre” si hubiera recibido un gran apoyo de otros. O contestar “nunca” si no recibió el apoyo de otros, que usted necesitaba en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus sentimientos y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

		<i>Muy mala</i>	<i>Mala</i>	<i>Regular</i>	<i>Buena</i>	<i>Muy buena</i>
1	¿Cómo evaluaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		<i>Muy insatisfecho</i>	<i>Insatisfecho</i>	<i>Regular</i>	<i>Satisfecho</i>	<i>Muy satisfecho</i>
2	¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

¹ Traducción y adaptación: González-Celis, R A L y Sánchez-Sosa, J J (2002). Este trabajo es parte parcial de la Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, UNAM, del primer autor, bajo la dirección del segundo.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
3	¿Qué tanto siente que el dolor físico le impide realizar lo que usted necesita hacer?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto necesita de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta usted la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta dónde siente que su vida tiene un significado (religioso, espiritual o personal)?	1	2	3	4	5
7	¿Cuánta capacidad tiene para concentrarse?	1	2	3	4	5
8	¿Qué tanta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Qué tan saludable es su medio ambiente físico?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tan completamente** ha experimentado, o ha tenido usted oportunidad de **llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		<i>Nada</i>	<i>Un poco</i>	<i>Moderadamente</i>	<i>Bastante</i>	<i>Completamente</i>
10	¿Cuánta energía tiene para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Qué tanto acepta su apariencia corporal?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible está la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tantas oportunidades tiene para participar en actividades recreativas?	1	2	3	4	5
15	¿Qué tan capaz se siente para moverse a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar **qué tan bien o satisfecho** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho	Insatisfecho	Regular	Satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Qué tan satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Le satisface su habilidad para llevar a cabo sus actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Está satisfecho con su capacidad para trabajar?	1	2	3	4	5
19	¿Se siente satisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
20	¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo se siente con el apoyo que le brindan sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Qué tan satisfecho está con las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios de salud?	1	2	3	4	5
25	¿Qué tan satisfecho está con los medios de transporte que utiliza?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta se refiere con **qué frecuencia** usted ha sentido o experimentado en las dos últimas semanas.

		Nunca	A veces	Moderadamente	Muy seguido	Siempre
26	¿Con qué frecuencia ha experimentado sentimientos negativos tales como tristeza, desesperación, ansiedad o depresión?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación? _____

GRACIAS POR SU AYUDA



UNAM

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE PARA ANCIANOS

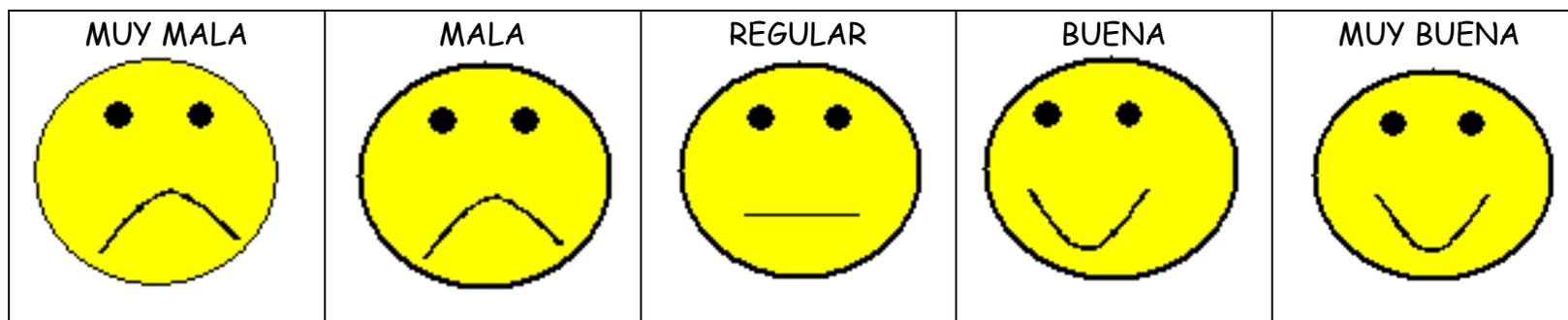


Instrucciones: A continuación le leeré algunas oraciones, le pido que me indique qué tanto está de acuerdo en que estas afirmaciones le inquietan y le ponen ansioso. Señale la tarjeta que represente su nivel de acuerdo. Sea sincero al contestar y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

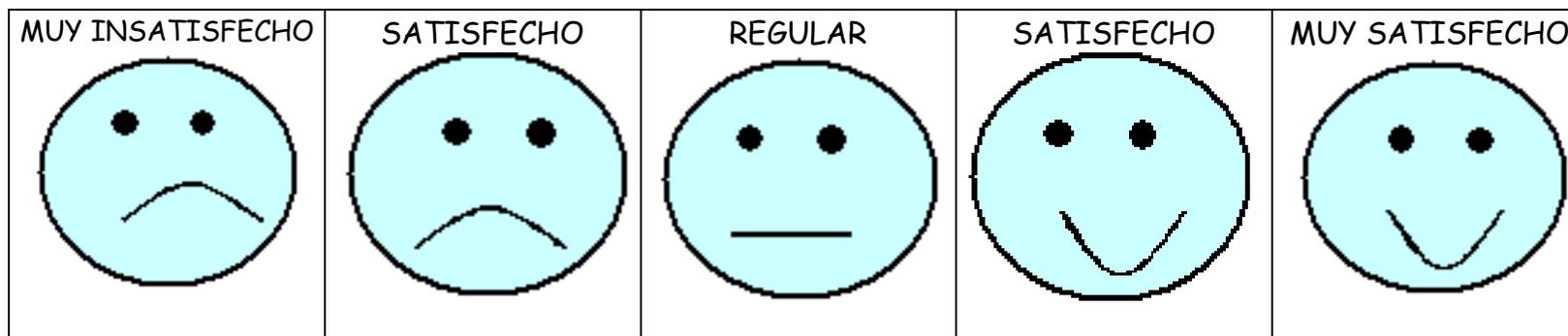
AFIRMACIONES	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo miedo a morir					
2. Temo tener que soportar la muerte de alguien cercano					
3. Me entristecería ver el cadáver de alguien cercano a mí					
4. Tengo miedo de no saber en qué momento moriré					
5. Preferiría morir antes que sufrir una agonía larga y dolorosa					
6. Evitaría ver a una persona agonizante					
7. La posibilidad de perder a una persona cercana a mí me inquieta					
8. Me desagrada pensar que perderé todo cuando muera					
9. Me inquieta el deterioro físico que implica una muerte lenta					
10. Tengo un miedo intenso a la muerte					
11. Me asustaría ver el deterioro físico de una persona cercana que estuviera muriendo					
12. Pensar que cuando las personas mueran desaparecerán y las perderé para siempre me aterra					
13. Algo que me preocupa es pensar que mis capacidades físicas se verán limitadas durante mi proceso de muerte					
14. Sería un tormento ver el deterioro mental de una persona cercana que estuviese muriendo					
15. Me preocupa la idea de no volver a hablar con una persona cuando ésta muera					
16. Asistir al funeral de un ser querido resultaría angustiante para mí					

ANEXO 4

TARJETAS DE RESPUESTA DEL INSTRUMENTO DE CALIDAD DE VIDA



Satisfacción



Intensidad

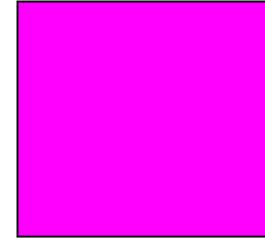
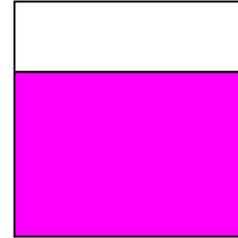
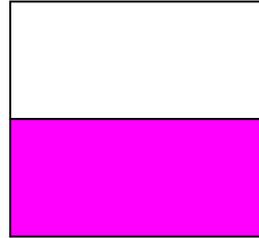
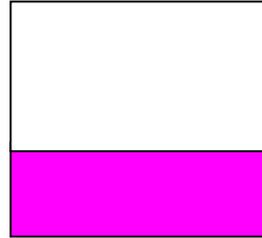
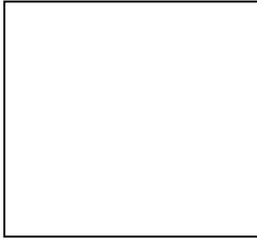
NADA

UN POCO

MODERADAMENTE

BASTANTE

COMPLETAMENTE



Frecuencia

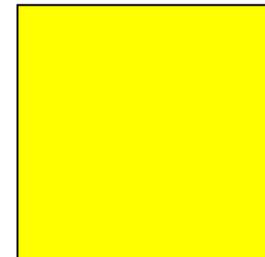
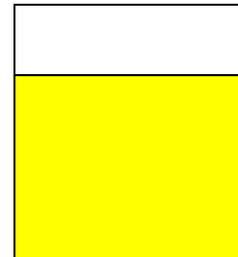
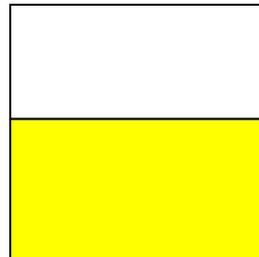
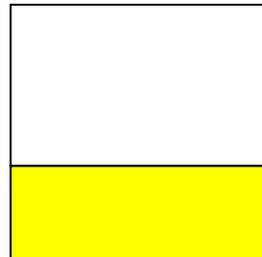
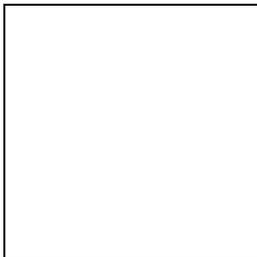
NUNCA

AVECES

MODERADAMENTE

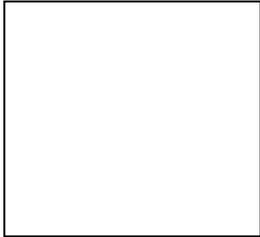
MUY SEGUIDO

SIEMPRE

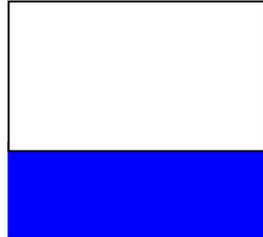


TARJETAS DE RESPUESTA PARA EL INSTRUMENTO DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE

TOTALMENTE
EN DESACUERDO



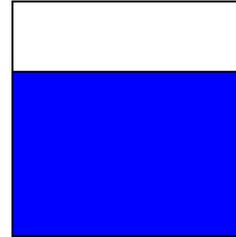
EN DESACUERDO



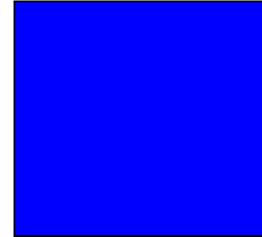
NEUTRAL



DE ACUERDO



TOTALMETE
DE ACUERDO



RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES

- ✓ Mantener una alimentación adecuada y balanceada. Comer en horarios fijos y de acuerdo a la dieta prescrita por su médico.
- ✓ Hacer ejercicio físico. Establecer una rutina diaria o semanal, de acuerdo a su condición de salud, sus necesidades, gustos, habilidades y preferencias.
- ✓ Acudir a su médico oportunamente, seguir las indicaciones de los tratamientos prescritos, asistir a sus revisiones, controles y exámenes periódicos.
- ✓ Cuidar su apariencia personal, mejorar su autoestima.
- ✓ Fomentar su independencia en sus actividades cotidianas. Valerse por sí mismo. Dar y solicitar ayuda si es necesario.
- ✓ Realizar actividades ocupacionales y mentales: leer, escribir, resolver juegos de pasatiempos, juegos de memoria, actividades manuales y recreativas, etc.
- ✓ Mantener contactos sociales, con gente de su edad y de otras edades. Asistir a reuniones sociales. Pertenecer a grupos con los que se identifique.
- ✓ Planear su vida, organizar su tiempo libre, sentirse útil y productivo.
- ✓ Fortalecer su auto-eficacia para realizar sus actividades exitosamente. Autoselección de actividades, optimización y compensación de viejas actividades por nuevas actividades.
- ✓ Proponerse nuevas metas que lo alienten a sentirse bien.

ANEXO 6

RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA

- LOCATEL TEL: 56-58-11-11
- SAPTEL TEL: 52-59-81-21
- DIF TEL: 56-04-01-27
- CRUZ ROJA TEL: EMERGENCIAS (065) ó
53-95-11-11 ext.124
- INAPAM TEL: 55-10-45-18
- SECRETARIA DE SALUD TEL: 57-40-36-81
- CLINICA DE SALUD INTEGRAL (CUSI FES IZTACALA)
TEL: 56-23-13-82
- FUNDACIÓN HÉCTOR VÉLEZ DE LA ROSA
TEL: 56-74-70-42 ó 56-74-70-23
- ATENCIÓN PSICOLOGICA CLÍNICA
TEL: 55-73-56-91 Ó 55-73-36-81
- DIF ATENCIÓN ADULTOS MAYORES
TEL: (55) 56-03-22-00
- CENTRO DE CONVIVENCIA DE LA TERCERA EDAD.
Profra. Ma. De la Luz Ballesteros Silva. Coord. del
Centro de Conv. De la 3era. Edad
"Parque Regional Metropolitano".
Tel. Of: 31 4-80-40
Dom. Of.: Anastasio Brizuela s/n.
- CLÍNICA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE C.U.
FACULTAD DE PSICOLOGÍA DE LA UNAM
Doctora Rebeca Sánchez. Tel. 56-22-23-09

ANEXO 7

Durante el transcurso de la vida cotidiana, nos encontramos con algunas situaciones que pueden ocasionar que nuestros sentimientos se vean cubiertos con enormes nubes grises. En este sentido, si durante las semanas pasadas ha sentido emociones como:

- ☹ Miedo.
- ☹ Desesperación.
- ☹ Angustia.
- ☹ Soledad.
- ☹ Ansiedad.
- ☹ Tristeza.
- ☹ Problemas de sueño.

Lo invitamos cordialmente a que se realice la evaluación Psicológica, que se llevará a cabo los días:

Del 24 de julio al 11 de agosto del presente año.

Con un horario de:

Ocho de la mañana a 6 de la tarde.

Pregunte por el equipo de Psicología encargado, en el área de Trabajo Social de esta clínica y con gusto lo atenderemos.

Esta evaluación, le permitirá reflexionar sobre algunos aspectos de su salud Psicológica los cuales en gran medida determinan su calidad de vida, la cual es fundamental para un envejecimiento exitoso.



**GRACIAS POR SU
COLABORACIÓN**

Asesorado por :

**Doctora Ana Luisa González-Celis
Rangel.**

Elaborado por:

María del Refugio Acuña Gurrola.
César Elizalde García.
Ana Valeria Flores Grifaldo.
Marisol García Ruiz.
Gabriela Lázaro López.
Verónica de Fátima Loera Navarro.
Adriana Padilla Fuentes.
Juan Manuel Pérez Díaz.
Karina Reyes Jarquín.
Tomás Rodríguez Herrera.
Cynthia Judith Rubio López.
Georgina Alejandra Sosa Gómez.

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS
SUPERIORES IZTACALA**

**Los mejores
amigos**



Evaluación de Psicología

**Calidad de vida, salud y
envejecimiento**

ANEXO 8

Presentación

La FES Iztacala de la UNAM, está recopilando información con la finalidad de examinar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como algunos otros factores asociados a ella.

La presente es una invitación para que participe dentro del estudio como voluntario, por lo cual no se proporcionará ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación, para la creación de programas preventivos y para mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, así como para la preparación de resúmenes estadísticos y analíticos.

Toda la información es confidencial y anónima, garantizando que no será revelada la identidad del informante sin previo consentimiento del individuo e instituciones. Los cuestionarios están organizados de acuerdo a un número de folio previamente asignado; además sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, de tal manera que su identidad permanecerá anónima.

Nos interesa su participación voluntaria, su honestidad al responder permitirá información confiable, que se reflejará en la creación de programas efectivos.

Si por alguna razón no desea participar en el estudio, esto no afectará de manera alguna el apoyo que la institución le brinda.

Participante
Acepto participar

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Testigos

Firma y/o nombre

Lugar y fecha

Firma y/o nombre

Lugar y fecha