



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Actitud ante la muerte en adultos mayores que acuden o no a un club de la tercera edad: Un estudio comparativo"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

**Nayeli Hernández Zamudio
Paola Maldonado Alonso**

Directora: Mtra. **Herminia Mendoza Mendoza**

Dictaminadores: Mtra. **Margarita Chávez Becerra**

Lic. **Norma Leticia Cabrera Feroso**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMENTOS NAYELI

A Dios, por la vida y por haberme regalado una maravillosa familia.

A mis padres, por todo su amor y su apoyo, por creer en mí y por el esfuerzo que todos y cada uno de los días de mi vida han puesto para ser mejores para mí y para mi hermano; por enseñarme con el ejemplo a ser una persona respetuosa, responsable, honesta y generosa.

A Carlos, mi hermano, por tu eterna complicidad, por tu amor, por la confianza, por tu protección, por hacer mis inquietudes tuyas y por mostrarme siempre que hay otra manera de ver las cosas.

A mis abuelitos Emilio, Yolanda y María, quienes fueron la inspiración de este trabajo, por ser personas ejemplares, por cuidarme y consentirme; los admiro profundamente.

A mi familia, por depositar su confianza en mí y por todas las muestras de cariño que siempre han tenido conmigo.

A mis amigas y amigos, por estar a mi lado en este largo camino, por los momentos compartidos que nos hicieron crecer y por los que aún nos falta compartir.

A Pao por su paciencia, compañía, conocimiento y entusiasmo en todo este proceso; por su amistad y apoyo incondicional

A mis asesores por compartir con nosotras su conocimiento, por su tiempo y el interés que mostraron en este trabajo.

A la UNAM, por la oportunidad de ser parte de esta máxima casa de estudios.

A los adultos mayores que participaron en este estudio, por regalarnos su tiempo y sabiduría.

Al INAPAM, por abrirnos las puertas y darnos todas las facilidades para trabajar.

AGRADECIMIENTOS PAOLA

A mis padres:

Para ustedes sólo tengo palabras de amor,
respeto y gratitud, por el esfuerzo, cariño y apoyo que
me brindan. Gracias por estar conmigo siempre, y por
todas sus enseñanzas. Este logro también es suyo, los amo.

A mis hermanos:

Mis grandes compañeros de vida.
Espero fervientemente el día que ustedes compartan esta dicha conmigo,
porque siempre fueron mi gran motivación,
los quiero mis pequeños amores.

A Nay:

Gracias por recorrer el camino conmigo, por el cariño,
respeto y apoyo a cada idea. Nos quedó mucho aprendizaje
y experiencia, pero sobretodo una gran amistad fortalecida,
te quiero pequeña.

A Edgar

Gracias por tu amor y compañía durante este viaje,
por el apoyo, lo compartido, por escucharnos, leernos,
por tus sugerencias y ayuda. Te amo.

A mis asesoras:

Por su apoyo y dedicación, por su tiempo y las observaciones que enriquecieron este trabajo. A la profesora Herminia, por creer en nosotras y compartirnos sus conocimientos.

A mis abuelitos:

Por su cariño, ternura y alegría. Y por ser tan maravillosos y llenarme de amor. Los quiero mucho.

A David:

Tío, gracias por tu apoyo e interés a lo largo de mi carrera y del desarrollo de este trabajo, sabes lo mucho que te quiero.

A mis familiares y amigos, por su apoyo, entusiasmo y por la fe que depositaron en mí, los quiero.

Mi más sincera gratitud a las **autoridades del INAPAM** por las facilidades y el apoyo a nuestro proyecto.

Un especial y enorme agradecimiento **a cada persona que participó dentro y fuera de los clubes.**

Por regalarme un poco de su experiencia y compartir conmigo la belleza y las bondades de la vejez.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 1 |
| Introducción..... | 2 |
| 1. Vejez y envejecimiento en México | 5 |
| 1.1. Definiciones de vejez | 5 |
| 1.2. El envejecimiento en México..... | 11 |
| 1.2.1. Indicadores demográficos | 11 |
| 1.2.2. Aspecto Sociocultural | 12 |
| 1.2.3. Aspecto Económico | 14 |
| 2. Concepción de vejez desde los principales enfoques psicológicos | 17 |
| 2.1. Psicoanálisis | 18 |
| 2.2. Conductismo | 21 |
| 2.3. Humanismo | 23 |
| 2.4. Teoría Sistémica | 25 |
| 2.5. Enfoque Constructivista | 27 |
| 2.6. Cognitivo Conductual | 30 |
| 3. Aspectos relacionados con la vejez..... | 38 |
| 3.1. Aspectos físicos | 38 |
| 3.1.1. Cambios en la estructura y apariencia del cuerpo | 39 |
| 3.2. Aspectos biológicos..... | 40 |
| 3.2.1. Cambios en las funciones sensoriales | 40 |
| 3.2.2. Enfermedades más comunes en la vejez | 44 |
| 3.2.3. Demencia senil | 47 |
| 3.2.4. Estilo de vida en adultos mayores | 49 |

| | |
|---|------------|
| 3.3. Aspectos psicológicos | 50 |
| 3.3.1. Alteraciones en la memoria..... | 50 |
| 3.3.2. Ansiedad..... | 52 |
| 3.3.3. Depresión..... | 54 |
| 3.3.4. Autoestima | 57 |
| 3.4. Aspectos sociales..... | 58 |
| 3.4.1. Relaciones familiares | 60 |
| 3.4.2. Amigos..... | 63 |
| 3.4.3. Las instituciones de la tercera edad como redes sociales de apoyo | 63 |
| 3.5. Aspectos religiosos y espirituales en la ancianidad | 66 |
| 3.6. Envejecimiento exitoso..... | 70 |
| 4. Actitud ante la muerte en el adulto mayor..... | 72 |
| 4.1. Definición de actitud en psicología..... | 72 |
| 4.2. Definición de muerte | 73 |
| 4.3. Pérdidas y Duelo en la vejez..... | 75 |
| 4.4. Percepción y actitud ante la muerte en el adulto mayor..... | 83 |
| Metodología | 89 |
| Participantes | 89 |
| Instrumento | 89 |
| Procedimiento..... | 91 |
| Resultados | 92 |
| Conclusiones..... | 96 |
| Bibliografía..... | 101 |
| Anexo | 114 |

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue identificar las actitudes ante la muerte en adultos mayores que acudían o no a un club de la tercera edad. Participaron 400 personas (200 asistían a un club de la tercera edad y 200 no asistían). Se utilizó una escala tipo Likert para evaluar la actitud ante la muerte que incluye 20 ítems, con las categorías de percepción de la propia muerte, percepción de la muerte de los demás y religión. Los resultados obtenidos muestran que la actitud ante la muerte es más positiva en las personas que acudían a los clubes de la tercera edad, a diferencia de las personas que no acuden ($t= 3.742$ $g.l= 398$ $p = .005$), lo que sugiere que los clubes de la tercera edad mejoran la actitud ante la muerte.

Descriptores: Adultos mayores, club de la tercera edad, actitud ante la muerte.

INTRODUCCIÓN

Actualmente ha incrementado el número de personas de la tercera edad a nivel mundial, tan solo para el año 2000 había 420 millones de personas de 65 años o más, lo que representaba el 7% del total de la población; en el caso de México, sólo el 5% de la población eran adultos mayores (Asili, 2004), sin embargo, hacia el 2010 este porcentaje incrementó a 6.3% y se espera que para el 2043 sea el 14% de la población mexicana (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, INEGI 2010). El proceso de envejecimiento de la población es un hecho que está alcanzando a la sociedad mexicana, que se presenta como un acontecimiento novedoso y que implica tener en cuenta medidas de acción a nivel social, económico, político y de salubridad para hacerle frente; surge entonces la preocupación por satisfacer las necesidades de las personas de la tercera edad en todos los aspectos. Se ha observado, a través de la experiencia y la literatura, que suele descuidarse el sentir del anciano por parte de la sociedad en general, e incluso por sus propias familias, sin considerar que tienen el mismo derecho que cualquier otro sector de la población a una calidad de vida. Así pues, el problema no se centra en que nuestra población envejezca, sino en consolidar en un periodo corto una infraestructura social para la atención de adultos mayores ya que hoy día es deficiente (Asili, 2004).

La vejez debe ser entendida como una etapa y un estado natural de la vida en el que ocurren cambios biopsicosociales por lo que su estudio requiere de una atención multidisciplinaria. Una de las ciencias que se ha encargado del estudio de la vejez y sus repercusiones en las diferentes esferas de la vida humana es la psicología, particularmente, la psicología del envejecimiento que, de acuerdo con Belsky (2001), es el estudio científico de la conducta en la fase de envejecimiento de la vida. Desde el enfoque psicológico cognitivo conductual, la edad no es un factor relevante para la modificación de la conducta, la percepción y la cognición, por lo que no se concibe al adulto mayor en declive, sino como un agente activo capaz de cambiar sus condiciones ambientales, así como sus percepciones y

cogniciones para adaptarse a los cambios producidos por el envejecimiento (Belsky, 2001); es por ello que el presente trabajo está desarrollado bajo este enfoque teórico.

Uno de los aspectos que cobra gran importancia en la etapa de la vejez es la cercanía de la muerte propia, ante esto los adultos mayores reaccionan de manera diferente y adoptan ciertas actitudes ante la muerte que se encuentran en función de diversos factores como el nivel socioeconómico, la escolaridad, el género, la religión, el estilo de vida, entre otros. De acuerdo con Delgado (1998) las actitudes tienen una función adaptativa, pues representan el vínculo psicológico entre la percepción, el sentir y la respuesta de una persona, al mismo tiempo que ordenan y dan significación a su experiencia continua en un medio social complejo.

Ahora bien, como ya se mencionó con anterioridad uno de los factores que influyen en la actitud que se adopta ante la muerte es el estilo de vida de los ancianos, y hoy en día el mejorarlo, se ha convertido en un reto para el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), para ello ha implementado programas que abarquen la atención integral de este sector de la población, así como de sus familiares (González, 2007). Sin embargo en la realidad, por las condiciones socioeconómicas en las que se encuentra el adulto mayor en México, es común que experimenten sentimientos de abandono y rechazo. Respecto a esto, en un estudio realizado por López (2002) se encontró que estos sentimientos desaparecen cuando el adulto mayor ingresa en un grupo o club de la tercera edad, pues representa para ellos el espacio para sentirse útiles, escuchados y valorados, lo que les permite establecer nuevas relaciones con personas de su edad y fortalecer sus vínculos familiares. En otra investigación relacionada con los clubes de la tercera edad, realizada por Montes de Oca (2003) se halló que acudir a estos centros mejora la calidad de vida de los adultos mayores en el sentido de que, a través de las redes de apoyo comunitario se promueve que las personas realicen actividades recreativas, convivan con personas de su edad y compartan vivencias; tengan la posibilidad de aprender y seguir enseñando mediante las actividades que

ahí se imparten; así como poder establecer y/o mantener nuevos vínculos sociales. Estos estudios sugieren que las redes de apoyo comunitario y la sociedad tienen un gran impacto en la forma en que los ancianos se desarrollan y constituyen a sí mismos; lo que nos lleva a pensar que esto repercute en la forma en que ellos conciben su propia muerte, y dependiendo de esto, podrán aceptarla encontrando sentido a su vida y por tanto a su muerte; o si simplemente la negarán y rechazarán por el hecho de no haber vivido en plenitud.

En las investigaciones se ha encontrado que los clubes o grupos de la tercera edad mejoran la calidad de vida del adulto mayor en diversos niveles como el familiar, personal, emocional, etc., lo que sugiere que ello repercutirá en la concepción que tengan acerca del tema de la muerte, en este sentido, no se ha indagado ¿Qué impacto tienen estos grupos en la actitud ante la muerte en los adultos mayores?, por lo que el objetivo de la presente investigación fue identificar la actitud ante la muerte en adultos mayores que acudían o no a un club de la tercera edad del INAPAM del Municipio de Cuautitlán Izcalli a través de la *Escala de actitud ante la muerte* propuesta Morales (2004).

A continuación se describirá el orden del contenido de esta tesis. El capítulo uno, expone los cambios demográficos del país que han llevado al incremento de la población de adultos mayores, la situación sociocultural y económica actual, así como sus necesidades y las implicaciones y repercusiones que esta transición representará. En el capítulo dos, se hace una revisión teórica sobre la noción de desarrollo y la concepción de vejez desde los principales enfoques teóricos de la psicología. En el tercer capítulo, se abordan los aspectos relacionados con los cambios que ocurren durante la vejez en sus diferentes esferas: lo físico, biológico, psicológico, social, las instituciones de la tercera edad, así como el aspecto religioso y espiritual; y su repercusión en que el adulto mayor disfrute de un envejecimiento exitoso o no. El capítulo cuatro, incluye las definiciones de actitud, muerte y duelo; también se presentan las pérdidas que ocurren durante la vejez y algunas investigaciones que se han realizado acerca del tema.

CAPÍTULO 1

VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO EN MÉXICO

“Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena”.

Ingmar Bergman

La vejez y el envejecimiento son una realidad que está alcanzando a los países en desarrollo como es el caso de México, y deben ser entendidos como un acontecimiento natural de la vida, que trae consigo cambios biológicos, psicológicos y sociales, pero también son pensados como una creación social, llena de creencias y estereotipos que en muchas ocasiones no corresponden con la realidad (Montañés, 2004). Como creación social se ha insistido en aspectos que clasifican a la vejez con pesimismo y como algo negativo (Lansing, 1964 en García Ramírez, 2003). Afortunadamente en los últimos años ha habido un importante cambio teórico en los estudios psicológicos acerca de la vejez, que se ha materializado en la aparición de un concepto mucho más positivo de la misma (Neugarten, 1999). Pero ¿qué es en realidad lo que llamamos vejez? o ¿qué significa ser viejo?. Sería difícil dar una respuesta a estas preguntas ya que como lo señala Montañés (2004) “No existe una única vejez, sino múltiples vejezes, tantas como sociedades, culturas y clases sociales” (p. 18).

1.1 Definiciones de vejez

Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999) mencionan que el primer texto que aparece acerca de la vejez data de los años 20 cuando el psicólogo y pedagogo norteamericano Stanley Hall en 1922 publica *Senescencia: la segunda mitad de la vida*, posteriormente Emilio Mira y López es el primer psicólogo español en interesarse por el estudio de esta etapa, en su publicación *Hacia una*

vejez joven en 1961. Y es hasta los años 70 que con la transición demográfica en España y el comienzo del envejecimiento de la población que los psicólogos se empezaron a preocuparse por la aplicación de la psicología a la vejez.

A lo largo de la historia del estudio del desarrollo humano han aparecido en la literatura muchas y muy variadas definiciones y conceptos para aludir a la última etapa de la vida; así pues se habla de vejez, ancianidad, senilidad, senectud, tercera edad, cuarta edad, jubilación, senescencia, envejecimiento, entre otras, empleadas en la mayoría de las veces, como sinónimos; sin embargo, autores como Belando (2001) y Fericgla (2002) señalan algunas diferencias entre estos que tiene que ver principalmente con el nivel de desgaste que se presenta en la persona como consecuencia del transcurso de los años. Para este trabajo el concepto que se utilizará es el de *vejez*, a continuación presentaremos algunas de sus definiciones, para posteriormente proponer una definición, a partir de la revisión teórica.

Etimológicamente *vejez* surge de la voz latina *vetus*, que se deriva, a la vez, de la raíz griega *etos* que significa “años”, “añejo” (García Ramírez, 2003). Las primeras definiciones de *vejez* provienen de la década de los años cincuenta, momento histórico en el que cobraron auge las investigaciones médico-científicas que pretendían definirla. Según García Ramírez (2003), Peter Medawar señala que la vejez representa un cambio fisiológico que culmina con la muerte, mientras que para el gerontólogo norteamericano R. Lansing es un proceso progresivo y desfavorable, ocasionado por el estilo de vida, que es más notorio después de la madurez y que concluye inevitablemente con la muerte. Por otra parte, desde la perspectiva de la antropología genética José Francisco Ortiz (en García Ramírez, 2003), menciona que se trata de “una modalidad de la organización del cuerpo y de la personalidad humana marcada por la ruptura con el equilibrio precedente entre la juventud y vejez y que se desfasa hacia el deterioro y vulnerabilidad del organismo y personalidad del sujeto” (p.96).

Posteriormente, algunos autores han propuesto diversas definiciones del concepto de *vejez*, Kastenbaum (1980) afirma que es un estado mental, que se define por la edad cronológica o por nuestro propio criterio, por lo que puede ser considerada como una situación deseable o temible. Por su parte, Buendía (1994) propone que es una etapa más del ciclo vital en la que también hay un proceso de maduración y desarrollo, y no únicamente declive de las capacidades; de modo similar Kalish (1996), menciona que la vejez ocurre tan natural e inevitablemente como la niñez y la infancia, y considera que es un proceso que puede ser favorable o desfavorable. Laforest (1991) propone una nueva forma de definir a la vejez considerando algunos aspectos que intervienen en ella, afirma que “la vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social” (p.39), agrega que para una definición más completa se debería tomar en cuenta el conocimiento empírico, es decir, cómo definen la vejez las personas que la viven.

Belando (2001) sugiere que el estudio de la vejez es multidisciplinario y por lo tanto su definición tiene que hacerse desde diferentes perspectivas tales como la cronológica, biológica y ciencias de la salud, social, funcional, personal y como etapa de la vida: de acuerdo con la perspectiva *cronológica*, la vejez está determinada por la edad en años que ha vivido la persona; en cuanto a la perspectiva *biológica y de ciencias de la salud*, se entiende como la etapa de la vida en que se presentan cambios fisiológicos relacionados con la decadencia estructural y funcional del organismo; desde lo *social*, está en función del término de jubilación, el cual implica la culminación de la vida laboral de la persona por su edad (después de los 60 años); desde el punto de vista *funcional* se habla de la autonomía de la persona dependiendo de las capacidades físicas o mentales; también se ha hablado de una *vejez personal y vivida*, que es definida desde la experiencia de vida del adulto mayor; por último, como *una etapa más de la vida*, ésta es quizá la concepción más novedosa y utilizada dentro de la gerontología, ya que se consideran y valoran especialmente los aspectos positivos de este periodo de la vida. Moragas Moragas (1991, en Belando 2001) señala que, según esta

concepción, la vejez tiene “unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que puede compensar, si se utiliza adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida” (p.24).

Messy (1992, en Belando 2001), menciona que generalmente se asocia a la vejez con déficit y pérdida, no obstante reconoce que esto no es exclusivo de esta etapa, sino que a lo largo de todas las etapas de la vida se experimentan pérdidas pero también adquisiciones. La vejez, es entonces la última etapa de la vida, sin embargo no es un periodo homogéneo en sus características y posibilidades, por lo que se ha propuesto subdividir este periodo en etapas, dependiendo de las edades y las condiciones de la vejez. La más conocida de las divisiones considera una tercera y cuarta edad, distinguiendo una de otra por el grado de dependencia, baja o alta, asociado con las edades avanzadas (Ham 1999). Asimismo Castro (1990, en Belando, 2001) distingue la tercera y la cuarta edad no por los años cumplidos, sino por las capacidades y el estado de salud; sostiene que en la tercera edad la persona aún puede realizar actividades de manera independiente a diferencia de la cuarta edad, en la que es común que la persona se encuentre limitada en sus capacidades y dependa de los demás.

Respecto a la división de edades la opinión de Thomas (1992, en Belando 2001) es diferente pues distingue la tercera y cuarta edad por el número de años cumplidos, así sugiere que la primera comienza en torno a los 60-65 años y es en esta etapa en la que los procesos de degradación se aceleran; y considera que a partir de los 85 años se puede denominar cuarta edad, y en ella se llega a un estado crítico. Mientras que en lo que concierne al caso específico de México, se proponen las edades de 65-74, y 75 y más como el inicio de la tercera y cuarta edad respectivamente (Ham, 1996). La tercera edad se determina por los parámetros de la seguridad social, y como la edad normal de la jubilación; la cuarta edad estaría relacionada con las pérdidas de capacidad para realizar actividades cotidianas, ocasionado por problemas de salud.

De acuerdo con García Martín (2003) en una definición más actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vejez podría conceptualizarse a partir de la edad en la que la persona aún puede desenvolver sus capacidades de manera autónoma dentro de su sociedad y cultura.

Por otro lado, el término viejo, se ha utilizado como una forma de estigma que los mismos adultos mayores utilizan para referirse a otras personas de su misma edad, distanciándose a sí mismos de esta categoría, ya que implica descripciones negativas (Fericgla, 2002). Mientras que el hecho de “ser viejo” es entendido para denominar a las personas que han vivido más años que los demás, comparativamente hablando (Dulcey-Ruíz y Uribe, 2002).

Ahora bien, en el campo psicológico, el estudio de la vejez ha sido un tema de interés pues busca comprender la forma en que el individuo se desarrolla y cambia con el paso de los años, además de conocer las diferencias individuales que surgen durante el envejecimiento, dichas diferencias son determinadas por factores biológicos, fisiológicos, cognitivos y sociales. Para los psicólogos el desarrollo humano incluye el despliegue de las capacidades psicológicas en todas las etapas de la vida; las cuales se van formando por la mutua interacción entre lo biológico y lo social (Perinat, 2003).

De acuerdo con Villanueva (2009), el desarrollo y en general la vida del ser humano, se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características específicas. Sin embargo, no existe un acuerdo unánime para determinar en cuántas y en cuáles etapas se encuentra dividido, cuándo comienzan ni cuándo terminan.

A partir de la década de los 60's, desde el enfoque del ciclo vital, en la literatura comienzan a aparecer numerosas investigaciones sobre la vejez, las cuales son portadoras de criterios involutivos, en tanto no la analizan como una

etapa de desarrollo. Y en la década de 1990, surgen diversas teorías y estudios que parten de un enfoque de la vejez como etapa vital, es decir, como una etapa más de la experiencia humana y que puede y debe ser considerada una fase positiva del desarrollo individual y social (Villanueva, 2009). A partir de lo anteriormente expuesto proponemos definir a la vejez como:

Una etapa más de la vida, en la que ocurren cambios biopsicosociales. En cuanto a lo biológico hay modificaciones estructurales y morfológicas que traen consigo un decremento en las capacidades funcionales, causadas por el paso de los años y el estilo de vida; en lo social la participación del individuo cambia dado que adquiere nuevos roles en su entorno familiar y generalmente sus ocupaciones laborales se ven finiquitadas con la jubilación, lo que le permite contar con más tiempo para su persona; respecto al desarrollo psicológico y personal, esta etapa de la vida está permeada de experiencia, sabiduría y serenidad, teniéndose la misma oportunidad de aprendizaje que en cualquier otra etapa, ya que si bien el desarrollo biológico va en decremento no es así para el psicológico. Es por ello que la vejez no debe ser concebida como algo negativo.

Por otra parte, es importante hacer una distinción entre vejez y *envejecimiento*, ya que ambos términos suelen utilizarse de manera indistinta; así la vejez es un estado, una etapa que comienza en un momento de la vida del ser humano, mientras que el envejecimiento ocurre a lo largo de la vida y empieza desde el nacimiento de la persona (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999).

Para Fernández-Ballesteros (1998, en Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999) existen diferentes tipos de envejecimiento: el normal, en el que se observan cambios graduales; el patológico, en el que se presentan cambios abruptos; y el exitoso o competente en el que se reconocen pérdidas y ganancias por lo que se puede disfrutar de este proceso. Envejecer de una manera u otra depende en gran parte de lo que el individuo haga y lo que el contexto social

ofrezca. He aquí la importancia de promover la asistencia a los clubes de la tercera edad como una alternativa para un envejecimiento exitoso y el afrontamiento de la propia muerte.

1.2 El envejecimiento en México

El envejecimiento en una población se produce cuando descienden los índices de fecundidad y mortalidad, y la esperanza de vida aumenta, por consiguiente la población de edades avanzadas se hace representativa proporcionalmente (Romero, en Asili 2004).

1.2.1 Indicadores demográficos

Ham (1999) menciona que en México la transición demográfica comenzó a partir de 1930; es importante señalar que para que una población no envejezca es preciso que cada generación sea reemplazada por la siguiente y para ello se requiere que cada mujer tenga un promedio de 2.1 hijos. En México, la tasa de fecundidad para el año 2000 registró un promedio de 2.6 hijos vivos por mujer (Romero, en Asili 2004), pero 10 años después, el último censo de población y vivienda (INEGI 2010) reportó un promedio de 1.7 hijos nacidos vivos por mujer, es decir, por debajo de la media necesaria para el reemplazo generacional de la población mexicana. Otro de los factores que inciden en el proceso de envejecimiento de una población es la migración, cuando los jóvenes de las comunidades se marchan a otros lugares en busca de mejores oportunidades, la proporción de ancianos en dicha comunidad aumenta. El indicador más utilizado para medir el envejecimiento de un grupo poblacional es el que muestra la proporción de personas de 65 años o más, en relación con el total de habitantes en determinada región. En nuestro país la relación es de 15 ancianos por cada 100 niños y jóvenes de menores de 15 años de edad (Romero en Asili, 2004).

Para el año 2000 la población de México era una de las más jóvenes con 4,750, 311 adultos mayores lo que representaba el 5% de la población (Romero en Asili, 2004). Actualmente la pirámide poblacional se ensancha en el centro y se reduce en la base: lo que significa que la proporción de niños ha disminuido y se ha incrementado la de adultos. En el último censo de población y vivienda se obtuvo que el 6.3% de la población está constituida por adultos mayores (INEGI, 2010) y se espera que para el 2043 conformarán el 14% de la población. Desafortunadamente en México, la concepción que se tiene de la vejez no es la más alentadora y aunado a esto se encuentra la falta de información e interés por el tema, lo que dificulta la prevención de condiciones para hacer frente a esta situación. Es por ello que el tema de la vejez y el envejecimiento como un proceso que se está viviendo en nuestro país son de suma importancia, ya que las repercusiones de éste fenómeno impactarán en diferentes esferas como la sociocultural, la económica y la familiar.

1.2.2 Aspecto Sociocultural

El fenómeno del envejecimiento ha sido un tema que se ha abordado desde hace ya varios años, pero hasta ahora es que se ha dado mayor énfasis en él, puesto que es una realidad que está alcanzando a los países en vías de desarrollo (Ham, 1999), y para los cuales la problemática principal se centra en consolidar la infraestructura social óptima en un corto plazo, tal es el caso de México, donde hoy en día las condiciones para atender esta situación son muy deficientes (Romero, en Asili 2004).

García Rendón (2006) señala que el envejecimiento de la población también obligará a profundos cambios culturales, ya que en México es sinónimo de mendicidad, discriminación y vulnerabilidad. Con respecto a ello, la Secretaría de Gobernación (SEGOB, 2007) sugiere que necesariamente debería redefinirse el significado social de la vejez y de las formas de integración social y cultural de los adultos mayores, ya que como lo menciona De la Serna (2003), este sector de la población, carece de una función específica dentro de la sociedad, particularmente

en lugares donde este hecho se presenta como algo novedoso, lo que favorece la exclusión del resto de la población.

En nuestro país, lo que se ha logrado en materia de bienestar social para los adultos mayores, es que se les realicen algunos descuentos en medicinas, estudios y consultas médicas, ropa, cines y en las entradas a eventos culturales, pero existe el problema físico de las instalaciones que no cuentan con rampas, barras de apoyo, pisos seguros, servicios sanitarios, iluminación y clima adecuados, entre otras; en el transporte público también se hacen descuentos, sin embargo, este no tiene condiciones apropiadas para el traslado de ellos, pues en muchos casos no cuentan con los asientos suficientes obligando al anciano a viajar de pie lo que favorece caídas que traigan consigo múltiples complicaciones, asimismo el servicio es inseguro e insuficiente y en la mayoría de los casos es manejado por conductores que no tienen consideración hacia los adultos mayores, viajando a una gran velocidad y no esperando el completo ascenso de los mismos.

La idea errónea y los estereotipos negativos que se tienen acerca de la vejez ha provocado que otros sectores de la población agredan y abusen de los ancianos; según cifras del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2009, en Alcantará 2009), por cada diez denuncias por diferentes tipos de maltrato que presentan los ancianos, tres se refieren al despojo patrimonial y el abandono, María Olga Sánchez Pérez, jefa del departamento de Asesoría Jurídica del INAPAM, señala que en la mayoría de los casos son los mismos familiares quienes cometen el acto, por lo que son pocos los ancianos que se atreven a denunciar y no les queda más remedio que la resignación.

Así pues el cuidado íntegro del adulto mayor, requiere de medidas de acción en todos los niveles: individual, familiar, comunitario, empresarial y del Estado (De la Serna, 2003). El individuo debe mantener hábitos saludables, proteger y prevenir sus recursos económicos, y participar de manera activa y propositiva en su entorno social y familiar, de tal manera que se haga querer y respetar por los demás; la

familia, tiene el deber de brindar atención, cuidado y respeto a los miembros que así lo requieran como es el caso de los ancianos; por su parte, la comunidad tiene la obligación de ofrecer oportunidades para el desarrollo y participación social, así como de facilitar servicios de salud y asistencia dignos; los empresarios tienen el compromiso de promover trabajo, pensiones y seguros médicos de buenas condiciones; y finalmente el Estado, tiene el deber de generar las condiciones económicas, políticas y sociales para que cada sector, actúe a favor del bienestar de los sectores vulnerables como el caso de la tercera edad, asimismo de detectar y atender a aquellos casos de los individuos que se encuentren en situación de abandono y no cuenten con el apoyo familiar, el beneficio de la pensión y el servicio médico.

Como hemos visto la problemática del envejecimiento no corresponde sólo a unos cuantos, sino a la colaboración de toda la sociedad como lo afirma Ham (1999) necesitamos “cambios sustanciales en las capacidades de trabajo y productividad, los patrones de demanda y consumo de bienes y servicios, las necesidades de atención a la salud, los requerimientos a la seguridad social, las relaciones familiares, la conformación de redes de apoyo, las transferencias de recursos y los sistemas políticos y administrativos” (p. 8).

1.2.3 Aspecto Económico

El tema de la vejez ha sido un tema de preocupación desde hace ya varios años aunque en dimensiones diferentes, anteriormente interesaba desde casos individuales pero en la actualidad, el aumento notable de adultos mayores ha traído consigo costes económicos importantes para las empresas y el Estado. Según De la Serna (2003), el número de pensiones, de ayudas sociales, los gastos directos e indirectos generados por las enfermedades propias de la edad, repercuten en los presupuestos globales del Estado y se han convertido en un punto importante del discurso de economistas y políticos. De acuerdo con Romero (en Asili, 2004) las personas de la tercera edad se ubican entre los grupos económicamente más

desfavorecidos de la sociedad mexicana, según las cifras, la mitad de los ancianos vive en hogares en donde lo más que reciben es un salario mínimo entre todos los integrantes del hogar. Además en la mayoría de los casos, la jubilación conlleva una disminución en los ingresos, a excepción de los individuos que se pensionan con el 100% de su salario en activo; debido a esto tenemos que el principal soporte económico de los adultos mayores siguen siendo sus hijos, pero las tendencias cada vez más aceptadas de conformar familias pequeñas pondrán en condiciones más precarias a las nuevas generaciones de ancianos y si a esto le agregamos las situaciones de abandono y despojo por parte de familiares el panorama se torna aun más desfavorable.

Uno de los aspectos principales que requieren atención y por tanto coste económico es la salud. García Rendón (2006) argumenta que de por sí la situación económica a la que se enfrentan la mayoría de los ancianos es muy adversa, habría que sumarle a los gastos de manutención, que si la persona mayor padece alguna enfermedad tendrá que destinar una cantidad importante para recibir la debida atención. Asimismo otra dificultad a la que se enfrentan es que nuestra sociedad es excluyente con las personas mayores, y existen muy pocas posibilidades de que se les ofrezca un empleo en el que puedan aportar su experiencia profesional dado que las empresas no consideran factible contratar una persona anciana, y los programas gubernamentales destinados a realizar actividades productivas con este sector de la población resultan insuficientes.

Pocas personas mayores de 65 años tienen un empleo regular, esto depende mucho de las condiciones de salud y familiares del individuo, así como de su decisión personal, pero principalmente de las políticas de gobiernos y empresas, las cuales van a tomar la decisión de la jubilación del personal mayor para la contratación de jóvenes o bien la permanencia de los mayores para no incrementar gastos generados por las pensiones (De la Serna, 2003). Las cifras de la Secretaría de Gobernación (2007) indican que una alta proporción de adultos mayores permanece en actividad económica después de cumplir la edad de retiro: 29.1% de

los adultos mayores trabaja, alrededor de 65% de los hombres de 60 a 64 está ocupado, e incluso uno de cada cinco hombres de 80 años sigue trabajando; en el caso de las mujeres, casi el 12% sigue en actividad; mientras que más del 80% de los adultos mayores tiene un trabajo considerado como informal.

Actualmente en las instituciones mexicanas no se contrata laboralmente a personas mayores de cuarenta años y mucho menos a personas de la tercera edad, a pesar de que dentro de la producción existen múltiples actividades que no requieren de la precisión o rapidez en su preparación y que pudieran realizar los ancianos, pero por no asumir el gasto de la asistencia social que la institución o empresa debe cubrir a medias junto con el subsidio que el gobierno federal otorga, prefieren no contratarlos (García Rendón, 2006). Estas desventajas que presentan los ancianos mexicanos los coloca en una situación inadecuada para enfrentar las carencias económicas y de salud que comúnmente aumentan cuando las personas envejecen, sobre todo si tenemos en cuenta la ausencia de instituciones indicadas para su atención y la falta de programas de seguridad social (Romero en Asili, 2004).

Lo anteriormente expuesto, da cuenta de que la vejez es una problemática que está alcanzando fuertemente a nuestra sociedad, el cual requiere de una atención multidisciplinaria en la que participen profesionales de la salud, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales a nivel federal, estatal y municipal así como la sociedad en general, cabe mencionar que se reconoce que en la actualidad el Estado está implementando medidas de acción para hacer frente a esta situación. Como ya se mencionó una de las disciplinas que está interviniendo en este fenómeno es la psicología desde sus principales corrientes teóricas como son el psicoanálisis, el conductismo, el humanismo, el enfoque sistémico, el constructivismo y el cognitivo conductual, los cuales serán abordados en el capítulo 2.

CAPÍTULO 2

CONCEPCIÓN DE VEJEZ DESDE LOS PRINCIPALES ENFOQUES PSICOLÓGICOS

*“Vieja madera para arder,
viejo vino para beber,
viejos amigos en quien confiar,
y viejos autores para leer”.*

Sir Francis Bacon

Como se mencionó en el capítulo anterior, la psicología a través de sus diferentes enfoques teóricos, ha ofrecido aproximaciones que permiten abordar y comprender el tema de la vejez, en este capítulo se presentarán las aportaciones de algunos de ellos.

La psicología es la ciencia dedicada al estudio del comportamiento humano a lo largo de la vida en los diferentes niveles de complejidad necesarios: conducta motora, emocional y cognitiva; así como complejos atributos humanos tales como la conciencia, la experiencia, la personalidad y la inteligencia, encargándose además de establecer los cambios y patrones típicos que se producen durante el ciclo vital (Fernández-Ballesteros, s/f).

El estudio del desarrollo humano es relativamente reciente, de acuerdo con Montañés (2004) para la psicología clásica, el desarrollo humano a nivel biológico y psicológico ocurre en la infancia y en la adolescencia, hacia la edad adulta se alcanza la estabilidad y finalmente en la vejez ocurre un declive tanto del desarrollo físico como psicológico, por lo que al considerar que en la etapa final de la vida no había desarrollo se dejó de lado su estudio; sin embargo, tendencias psicológicas actuales han prestado mayor atención a la edad adulta y a la vejez. Dentro de la psicología, es la Psicología Evolutiva la más directamente relacionada con este estudio, según Villanueva (2009), desde el enfoque del ciclo vital, a partir de la

década de los 60's comienzan a aparecer numerosas investigaciones sobre la vejez y su estudio se fue especializando cada vez más hasta que surgió la psicología de la vejez, la cual, como sugieren Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999), contribuye no sólo a un mayor conocimiento del funcionamiento psicológico de la vejez, sino también a mejorar la calidad de vida del anciano.

Ahora bien desde los principales enfoques teóricos de la psicología, se concibe de manera diferente el desarrollo humano y por ende a la vejez, algunos enfoques se centran en explicar el cambio cognitivo, otros en la personalidad, y algunos más en lo psicosocial, también es importante señalar que algunos de estos enfoques consideran propicio dividir el desarrollo en etapas para su estudio, mientras que otros lo ven como un proceso continuo, pero dan importancia al aprendizaje o a las condiciones en las que la persona interactúa, a continuación se describirá esto con más detalle.

2.1 Psicoanálisis

Este enfoque sostiene que el desarrollo es moldeado por fuerzas inconscientes que motivan la conducta humana, se centra en los procesos de cambio en la afectividad y en la personalidad, y establece que el individuo y el entorno social plantean una relación moderadamente interactiva. El precursor de esta perspectiva fue Sigmund Freud (1856-1939), médico vienés que desarrolló el psicoanálisis y propuso la teoría psicosexual para explicar el desarrollo humano. Entre sus discípulos se puede mencionar a Alfred Adler, quien sugirió que el desarrollo humano se ve influenciado por los diversos contextos en los cuales tiene lugar dicho proceso. Asimismo se encuentra entre los principales teóricos de esta perspectiva Erik H. Erikson (1902-1994), psicoanalista alemán que amplió y modificó la perspectiva freudiana, su obra es el más claro exponente del neopsicoanálisis y su teoría se conoce con el nombre de Teoría psicosocial (Fernández, 2000).

De acuerdo con la teoría psicosexual de Sigmund Freud las personas nacen con pulsiones biológicas que deben ser reorientadas para poder vivir en sociedad, también propone que la personalidad se forma en la niñez cuando los pequeños enfrentan conflictos inconscientes entre sus impulsos innatos y las exigencias del medio social; y que estos conflictos ocurren en una secuencia invariable de cinco etapas basadas en la maduración del desarrollo psicosexual, en las cuales el placer sexual o sensual cambia de una zona del cuerpo a otra, de la boca al ano y luego a los genitales; estas etapas son: oral, anal, fálica, de latencia y la genital (Phares y Trull, 1999).

Por otro lado, encontramos la teoría psicosocial del yo, de Erik Erikson que se apartó de la teoría freudiana y enfatizó las influencias sociales, sosteniendo que los cambios en la conducta son resultado de la experiencia o adaptación al ambiente y se desarrolla a través de una serie de crisis o alternativas críticas de las cuales surge una virtud que le permite pasar a la siguiente etapa o crisis, en esta teoría se consideran ocho etapas, cada una involucra una crisis de la personalidad y están relacionadas con un programa de maduración en el que la influencia social y cultural son de gran importancia; estas etapas psicosociales propuestas por Erikson son las siguientes: *confianza básica frente a desconfianza* (del nacimiento a los 12-18 meses) aquí el bebé desarrolla un sentido sobre si el mundo es un lugar seguro, la virtud que se genera en esta etapa es la esperanza; en la siguiente, *autonomía frente a vergüenza y duda* (12-18 meses a 3 años) el niño desarrolla un equilibrio de independencia y autosuficiencia sobre la vergüenza y la duda, su virtud es la voluntad; en el caso de *iniciativa frente a culpa* (3-6 años) durante esta etapa el niño muestra iniciativa sin ser agobiado por la culpa, su virtud es el propósito; posteriormente en *laboriosidad frente a inferioridad* (6 años a la pubertad) el niño aprende habilidades y enfrenta la incompetencia, la virtud que se obtiene es la destreza; en el caso de la etapa de *identidad frente a confusión de identidad* (de la pubertad a la edad adulta temprana) el adolescente determina el sentido de sí mismo, pero si no lo logra puede experimentar confusión respecto a los roles, la virtud conseguida es la fidelidad; en la crisis *intimidad frente a aislamiento* (edad

adulta temprana) hay una búsqueda de compromisos con los otros, si no se logra se puede sufrir aislamiento, la virtud que resulta de esta etapa es el amor; mientras que en el caso de la crisis *generatividad frente a estancamiento* (madurez), la persona se preocupará por establecer y guiar a próximas generaciones, o bien puede sentir un empobrecimiento general, por lo que en esta etapa su virtud es el interés (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Respecto a lo anterior según el cómo se hayan superado estas etapas, durante la última crisis psicosocial *integridad contra desesperación* se esperaría que tras el equilibrio alcanzado en las etapas previas el adulto mayor enfrente de mejor manera la necesidad de aceptar su vida con el fin de asimilar su propia muerte que se encuentra próxima y trate de encontrar un sentido de integridad, coherencia y totalidad de la vida; en lugar de dar vía a la desesperación sobre la incapacidad para volver a vivirla de manera diferente (Belsky, 2001).

Estas dos teorías se diferencian entre sí porque la primera propone que el desarrollo se completa en la etapa genital lográndose cierta estabilidad, en cambio la segunda da cuenta de que el desarrollo sigue incluso en la edad de la vejez. Así entonces, Erikson por su parte ofrece una visión más optimista respecto a la última etapa de la vida, mientras que Freud estimaba que la personalidad de los ancianos se caracterizaba por una complejidad mayor que la de los jóvenes, ya que por un lado, existe una mayor diferenciación de los aparatos funcionales, un cúmulo de experiencias y mayor dominio de los impulsos; y por otro, se pierden los roles que han tenido en su relación con los demás, lo que conduce a la disolución del ego (Fericgla, 2002).

Respecto a lo anterior, Hernández Zamora (2005) señala que Freud cambió su opinión de que después de los cuarenta años de edad las estructuras psicológicas no podían cambiar, Belsky (2001, en Hernández Zamora 2005) refiere que la terapia psicoanalítica adquirió nuevos matices, ya que el terapeuta se centra menos en cuestiones relacionadas con la infancia y más en problemas de aquí y ahora; además de que el trato brindado a los pacientes es desde una perspectiva no

ancianista y con la creencia de que puede haber cambios, permitiendo que la persona explore libremente sus emociones para construir una vida mejor. Asimismo Belsky (2001) opina que el psicoanálisis ha realizado aportaciones al estudio de la psicología del envejecimiento al enriquecer el conocimiento sobre el sentir de los ancianos ante la muerte, sin embargo, las ideas psicoanalíticas tradicionales no han sido populares en el campo de la gerontología, porque cualquier teoría que sustente que no ocurre nada importante después de la infancia resulta poco atractiva para las personas que se dedican al estudio de la vejez; esto porque las ideas tradicionales del psicoanálisis ofrecían una imagen de los ancianos como incapaces de cambiar, describiendo la última fase de la vida como un periodo de pérdida y declive, mostrándose hostil a la edad.

En conclusión, desde este enfoque el estudio del desarrollo humano se divide en etapas, y aunque en sus inicios, con la teoría psicosexual, la última etapa de la vida no fue considerada, posteriormente con la teoría de Erikson esto se transformó.

2.2 Conductismo

Sus teóricos sostienen que el desarrollo es resultado del aprendizaje y que éste se refleja en un cambio duradero en la conducta, basado en la experiencia o adaptación del individuo al ambiente, para ellos el desarrollo es un continuo, es decir, no se divide en etapas y pone énfasis en el cambio cuantitativo. La principal preocupación es encontrar las leyes objetivas que gobiernan los cambios en el comportamiento observable y que éstas sean aplicables por igual a todos los grupos de edad (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). De acuerdo con Belsky (2001), es un enfoque antidesarrollo y su postura respecto al proceso de envejecimiento y los ancianos, es que no existe un cambio definido y relacionado con la edad, ya que tanto el comportamiento de un niño pequeño como el de una persona de 85 años puede explicarse con los mismos principios.

El desarrollo y auge del enfoque conductista es explicado por Kazdin (1989) quien distingue tres etapas de evolución: la primera, se caracteriza por la defensa que Watson realizaba al fundamento del objetivismo y dio al aprendizaje estímulo-respuesta un papel central; mientras que durante la segunda, el conductismo trató de superar la psicología de estímulo-respuesta (E-R) y el análisis descriptivo predominante hasta entonces, así autores como Hull, Tolman y Mowrer introdujeron conceptos mediacionales en las relaciones entre los estímulos y las respuestas, declarando que en el aprendizaje las variables relacionadas con el organismo (O) cobran importancia, entonces la psicología E-R se convirtió en psicología E-O-R; finalmente en la tercera etapa el pensamiento conductista se caracterizó por su interés en el pensamiento, la percepción y los procesos motivacionales, destacando entre algunos de sus principales teóricos a Bolles, Bower y Neisser.

Según el conductismo tradicional, todo aprendizaje se produce por un condicionamiento operante y clásico, y la conducta se puede comprender y predecir remitiéndose a estímulos y refuerzos externos; por tal motivo ha sido utilizado para interpretar una variedad de conductas de los adultos mayores. Asimismo se ha empleado para tratar con esta población por las siguientes razones: es optimista y ofrece una perspectiva positiva ante la vejez; tiene amplio alcance ya que ayuda a explicar desde el aprendizaje que se produce en la vejez hasta las afecciones de esta edad; además de estar orientado a la acción para poder intervenir inmediatamente y mejorar la calidad de vida en la vejez (Belsky, 2001). Con respecto a lo anterior, uno de los principales planteamientos acerca del aprendizaje que podría ser considerado como tradicional, está ejemplificado por el concepto de desarrollo de la irrelevancia de la edad, de Baer (1966, en Bee y Mitchell, 1987), quien explica que el desarrollo se puede entender mejor si se concibe como una larga secuencia de experiencias de aprendizaje individual; dado que él supone que los principios básicos del aprendizaje son los mismos para los bebés, los niños, los adultos y los ancianos, lo que se necesita para explicar cualquier desarrollo específico es una descripción de la secuencia de experiencias que lo suponen.

Por otra parte, Montoria e Izal (2001) mencionan que en los centros residenciales para personas mayores, existe evidencia empírica de la eficacia de los tratamientos conductuales para diversos problemas de comportamiento, obteniendo mejoras que se mantienen con el tiempo. Asimismo hacen referencia al término gerontología conductual, propuesto por Baltes y Barton (1997, en Montoria e Izal, 2001), que es la aplicación de la perspectiva conductual a los problemas psicológicos y de salud de los adultos mayores, lo que demuestra la relevancia que está cobrando el enfoque dentro del estudio y tratamiento con personas mayores y los beneficios que se han obtenido a partir de su aplicación.

Como se propone en esta teoría, el desarrollo humano no es dividido en etapas, lo que pudiera sugerir que si el arreglo de estímulos y reforzadores son favorables, el desarrollo de la persona será óptimo, sin importar la edad que tenga, incluso en la vejez, sin embargo el conductismo no toma muy en cuenta las diferencias individuales que son clave del desarrollo humano a lo largo de todo el ciclo vital, lo cual puede resultar una limitante.

2.3 Humanismo

Este apartado hace referencia a la perspectiva más emocional, insistiendo en que no se puede valorar debidamente al ser humano si se deja de lado el terreno de las emociones. El humanismo se desarrolló durante la década de 1940 y fue denominada como la “tercera fuerza”, destinada a diferenciarse del conductismo y del psicoanálisis (Mietzel, 2005). De modo complementario Turner (2007) indica que la psicología humanista surgió como protesta a la visión fragmentada y reduccionista de la persona que postulaban los conductistas. Sus fundadores y desarrolladores Carl Rogers y Abraham Maslow, creían que la persona era *más* que la suma de sus partes y decidieron explorar el intrigante *más*, los principales exponentes del enfoque, esbozaron una imagen muy positiva y optimista de la naturaleza humana, explicando que la persona posee los requisitos necesarios para tomar decisiones inteligentes, además de ser capaz de asumir la responsabilidad de

sus actos, resaltando la necesidad de reconocer sus posibilidades de desarrollo para desplegarlas al máximo (Mietzel, 2005).

Ahora bien, una de las contribuciones más importantes de Maslow a la psicología humanista es el concepto de autorrealización, que permite a la persona reconocer sus facultades específicas y desarrolladas para que se manifiesten plenamente; asimismo, jerarquizó en una pirámide de cinco niveles una serie de necesidades que el ser humano es capaz de satisfacer (Figura 1), en el primer eslabón colocó las necesidades fisiológicas o básicas como el sueño, el hambre, el apetito sexual, entre otras; en seguida están las necesidades de seguridad como la física, de empleo, de recursos, moral, familiar, etc.; el tercer eslabón abarca las necesidades sociales, como la amistad, el afecto y la intimidad sexual; posteriormente sigue el autoestima, en donde se encuentra el autorreconocimiento, la confianza, el respeto, el éxito, etc.; y finalmente está la autorrealización moral, de creatividad, espontaneidad, resolución de problemas, entre otras (Mietzel, 2005).



Figura 1. Pirámide de Maslow

Por su parte, Carl Rogers afirmó que los individuos existen dentro de un mundo de experiencia, en el cual ellos son el centro al afirmar que la persona es la mejor fuente de información acerca de sí misma, por ello entre los conceptos cruciales encontramos el de sí mismo y conciencia del ser, siendo éste el proceso de autorrealización. Esta corriente ha contribuido con algunos valores a la psicología, tales como que las personas ejercen su libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización (Phares y Trull, 1999).

Quienes son partidarios de la psicología humanista destacan la importancia del aprendizaje como un modo de asumir responsabilidad por uno mismo al enfrentar las transiciones personales; encontrando en el envejecimiento una oportunidad para definir nuestras intenciones, fortalecer la determinación de sentir todos los sentimientos sin importar lo dolorosos o avergonzantes que sean (Turner, 2007). De esta forma Cabrales (2009) refiere que la terapia humanista busca que la persona encuentre sentido a la vida, por lo que el terapeuta debe tener como objetivo ubicar al paciente en su discurso en el aquí y el ahora para afrontar sus problemas pero no a través de la directividad, sino de la simple escucha y empatía.

A manera de conclusión se puede resaltar la importancia que el humanismo da a la experiencia y el sentir de la persona; en cuanto a su concepción de desarrollo estaría en función de alcanzar la autorrealización, y cabe mencionar que esto puede ocurrir en cualquier etapa de la vida.

2.4 Teoría Sistémica

La teoría sistémica tiene diferentes referencias de origen, y es de algunas de ellas de donde se obtienen y mantienen fundamentos y conceptos básicos. De acuerdo con Montalvo (2009) el biólogo Bertalanffy propone en 1940 el concepto de *teoría general de los sistemas* para referirse a una aproximación científica que pretendía unir el trabajo científico en múltiples campos; su planteamiento postulaba que era posible encontrar modelos, principios y leyes que se aplicaran a sistemas generalizados, e integrar a las ciencias naturales y sociales; y así elaborar principios unificadores para poder realizar una construcción científica. Además de lo anterior, Montalvo (2009) indica que lo que actualmente se conoce como teoría sistémica tiene otras influencias que proporcionan progresos novedosos y complementan la teoría general de los sistemas, tales aportaciones provienen del surgimiento de la cibernética que se basa en el principio de retroalimentación que proporciona mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autocontrolado; la

teoría de la información; la teoría de los juegos; la teoría de la decisión; la topología o matemáticas relacionales; y del análisis factorial. El enfoque sistémico busca englobar la totalidad de los elementos del sistema para estudiar las interacciones e interdependencias entre ellos, entendiendo por sistema el conjunto de elementos en interacción.

Debido a que en sus inicios estudió la dinámica de la organización familiar, actualmente se habla de terapia familiar sistémica como una manera genérica, al respecto Zuluaga (2007) considera que la terapia familiar sistémica es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, para intentar modificar la organización de la familia partiendo de la idea de que cuando se transforma la estructura familiar, cambian las posiciones de sus miembros y como resultado se modifican las experiencias de cada individuo, porque se tiene la concepción de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de los grupos sociales. Por otra parte Reyes y Suárez (2008) mencionan que la terapia sistémica se enfoca en el sistema familiar donde se ubica al individuo, y se evalúa a partir de la observación de las reglas, jerarquías, roles y atribución de responsabilidades con cada uno de los miembros de la familia, con el objetivo de lograr un estado más sano y satisfactorio para ellos.

Al hablar de terapia familiar sistémica, es necesario hablar también del ciclo vital de la familia, que en palabras de Montalvo (2009) se refiere al “proceso de nacimiento, desarrollo y muerte del sistema familiar” (p.45), según este autor uno de los primeros en tomar en cuenta el ciclo vital para el trabajo con familias fue Milton H. Erickson, quien desde sus primeros trabajos consideraba las etapas del ciclo vital como factores importantes para establecer las metas terapéuticas, pero es Jay Haley en 1991 quien analiza el trabajo de Erickson y señala que éste consideraba las siguientes etapas del ciclo vital: 1) galanteo, 2) matrimonio, 3) matrimonio con hijos, 4) matrimonio con hijos en periodo intermedio (adolescencia), 5) el destete de los padres, y 6) la vejez. Mientras que por su parte, Estrada (1993, en Montalvo 2009) hace una división similar para las características de las familias mexicanas

contemplando que atraviesan seis etapas: 1) desprendimiento, 2) encuentro, 3) matrimonio con hijos pequeños, 4) matrimonio con hijos adolescentes, 5) reencuentro, y 6) la vejez.

Este enfoque es importante en el estudio de la vejez porque proporciona elementos que ayudan a comprender las transformaciones que se sufren al interior de la familia en esta última etapa de la vida, como puede ser la jubilación, la marcha de los hijos, el convertirse en abuelos y la viudez, entre otras, y la familia tiene un papel fundamental durante esta etapa del ciclo vital, ya que por su importancia influye en la forma en que el adulto mayor afrontará dichas transiciones. En lo referente a la concepción que se tiene del anciano desde la terapia sistémica, Corbera (2004) afirma que se considera que el anciano es una persona capaz de cambiar y encontrar motivación para ello, de igual forma menciona que los ancianos tienen sus propios problemas y que padecen todas las crisis que afectan a las personas más jóvenes; por lo que los objetivos de la terapia deben estar orientados a evitar y contrarrestar el aislamiento social, asimismo se les debe ayudar a encontrar funciones dentro de su entorno, así como invitarlos a realizar una revisión de su vida en un sentido positivo; sugiere además que es importante que la red social se mantenga y de ser posible, se amplíe; por lo que la familia es parte fundamental para favorecer una mejor adaptación y una evolución más rápida.

2.5 Enfoque Constructivista

El constructivismo tiene sus raíces en la filosofía, psicología, sociología y educación, su principio básico es que el aprendizaje humano se construye mediante la elaboración de nuevos conocimientos a partir de las enseñanzas anteriores, y considera que la persona es un ser activo y participativo (Hernández Raquena, 2008). Los orígenes de este paradigma según Hernández Rojas (1997), se encuentran en los primeros trabajos de Jean Piaget sobre la lógica y el pensamiento verbal de los niños, Piaget fue biólogo de formación, pero tenía una especial predilección por problemas de corte filosófico y principalmente los relacionados con

la construcción del conocimiento, por lo que se le considera el máximo representante de este enfoque, el cual es uno de los más influyentes dentro de la psicología, al explicar cómo es que construye el conocimiento la persona, a partir de la transición por una serie de etapas que a continuación se describirán (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005), es importante señalar que las edades descritas en las etapas son aproximadas.

Sensoriomotora (del nacimiento a los 2 años). El infante se vuelve gradualmente capaz de organizar actividades en relación con el ambiente a través de la actividad sensorial y motora. En esta etapa dominan las sensaciones y la necesidad de movimiento; y se subdivide en cinco estadios: 1) ejercicios reflejos, del nacimiento a un mes; 2) primeras costumbres, comienzo de los condicionamientos estables y reacciones circulares primarias (de uno a cuatro meses y medio); 3) coordinación de la visión y la prensión y comienzo de las reacciones secundarias (de los cuatro meses y medio a los ocho o nueve aproximadamente); 4) coordinación de los esquemas secundarios, comienzo de la búsqueda del objeto desaparecido pero sin coordinación de los desplazamientos (de los 8 ó 9 meses a los 11 ó 12 aproximadamente); 5) comienzo de la interiorización de los esquemas y solución de algunos problemas con detención de la acción y comprensión brusca (de los 18 a los 24 meses).

Preoperacional (de los 2 a los 7 años). Durante esta etapa el niño desarrolla un sistema valiéndose de símbolos para representar personas, lugares y eventos. El lenguaje y juego imaginativo son manifestaciones importantes de esta etapa y el pensamiento todavía no es lógico.

Operaciones concretas (de los 7 a los 11 años). Aquí el niño puede resolver problemas de manera lógica pero no puede pensar de manera abstracta.

Operaciones formales (de los 11 años a la edad adulta). En esta etapa la persona puede pensar de manera abstracta, manejar situaciones hipotéticas y pensar en posibilidades.

Por su parte Chadwick (2001) sugiere que es posible plantear el constructivismo como una extensión del *boom* cognoscitivo, desde este enfoque se considera que el individuo es una construcción que se produce como resultado de la interacción de sus disposiciones internas y su medio ambiente, por lo que su aprendizaje no es una copia sino una construcción, y que no ocurre por transmisión, internalización o acumulación, sino por un proceso activo que implica relacionar, organizar y dotar de significados. El autor menciona que constantemente organizamos la información en unidades llamadas “estructuras”, término que ha sido utilizado por diferentes psicólogos como Piaget que las llama esquemas; Bandura que los nombró autosistemas, y Kelly que los denominó constructos personales. Respecto a lo anterior Botella y Herrero (2000) aseguran que la teoría de los constructos personales (TCP) formulada por Kelly es el modelo constructivista de funcionamiento psicológico más elaborado y complejo, cuya premisa fundamental es que las personas dan sentido a sus experiencias de forma anticipatoria, lo que conduce a la construcción del significado a partir de validar los acontecimientos como positivos o negativos. Además del término de estructura, otros conceptos teóricos fundamentales son la asimilación y acomodación, como procesos que buscan el equilibrio del individuo con el medio, estabilidad que es posible una vez que la persona resuelve un estado de crisis y desequilibrio que le permite entrar a una estructura y esquema de pensamiento diferente, a las que Piaget llamó estructuras cognitivas (Hernández Rojas, 1997).

A partir de lo expuesto, se podría decir que en el caso de las personas mayores al reflexionar sobre su vida pueden encontrarla como satisfactoria y con sentimientos de autorrealización, o en su caso, esta reflexión podría evocar en ellos sentimientos de soledad, depresión o falta de sentido; es por ello que una ventaja de este enfoque al trabajar con adultos mayores sería la posibilidad de modificar los

constructos personales que surgen a partir de las constantes pérdidas que ocurren en la vejez; otra de sus ventajas es que al considerar al individuo como un ser activo que constantemente está construyendo su realidad y dándole significado, no encuentra en la edad un problema para continuar realizando dicha actividad. Chadwick (2001) reporta en una de sus investigaciones que el enfoque constructivista ha sido el más utilizado para brindar educación escolar a adultos mayores.

Los enfoques desarrollados anteriormente ofrecen alternativas para poder estudiar y comprender al ser humano a partir de los postulados y principios que sustentan, explicando así su concepción de lo que es la vejez, a continuación se presentará el enfoque cognitivo conductual que es uno de los más utilizados para abordar el tema de la vejez.

2.6 Cognitivo Conductual

Belsky (2001) afirma que es una psicoterapia aplicable a personas de cualquier edad, pero cuyo uso principal es para la vejez, pues desde este enfoque la conducta es explicada como una respuesta a las modificaciones que se realizan en el ambiente. Los conductistas cognitivos a diferencia de los conductistas tradicionales, además de los acontecimientos externos y las respuestas observables se centran en identificar, comprender y cambiar las percepciones sobre el mundo; considerando al ser humano un agente activo con la capacidad de configurar sus propios refuerzos. Siguiendo con esta idea, Cabrales (2009) explica que este enfoque tiene como finalidad el replanteamiento de los problemas, para que puedan ser interpretados de una manera más saludable y funcional, por lo que el psicólogo debe impulsar al usuario a modificar sus creencias y hacer conciencia de lo que provoca en los demás.

En cuanto a la terapia cognitivo conductual, en palabras de Solano y Gallagher-Thompson (2001) ésta es una aproximación orientada hacia metas,

limitada en tiempo y estructurada, donde el componente cognitivo se traduce en técnicas bien establecidas, diseñadas para identificar y modificar los pensamientos y actitudes negativos que las personas hacen de sí mismos, de su entorno y del futuro; mientras que el componente conductual incluye instruir al usuario para aumentar los refuerzos positivos que puede obtener de su entorno.

En lo referente a los modelos cognitivos, según Camacho (2003) éstos centran su atención en las cogniciones, entendidas como las ideas, creencias, imágenes, expectativas, los constructos personales y los significados. Este autor señala que el principal antecedente histórico de la terapia cognitiva es el de Epicteto quien en el siglo I dijo “No son las cosas mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de las cosas” (p. 2), puesto que uno de los preceptos básicos es que no es importante lo que pasó, sino la significación que se le da. En cuanto al surgimiento de la psicoterapia cognitiva conductual, este autor refiere que proviene del psicoanálisis y del conductismo, pero reconoce a Kelly (1955; en Weishaar y Beck, 1987, citados en Camacho, 2003) como el primer teórico cognitivo. Entre los principales exponentes de la psicoterapia cognitiva, que originalmente venían del psicoanálisis, se encuentran Albert Ellis y Aarón Beck, quienes se alejaron de esa escuela por considerar que no aportaba evidencia empírica relevante ni resultados favorables en el trabajo clínico; razón por la que desde el enfoque cognitivo conductual se da especial interés en la comprobación, validación e investigación de sus teorías. En cuanto a la otra línea de desarrollo que conforma el origen de la terapia cognitiva, los autores más destacados provenientes del conductismo son Bandura, Meichenbaum y Lazarus. Ahora bien, en lo referente al desarrollo de las terapias cognitivas, Obst-Camerini (2004, en Vergara-Lope y González-Celis, 2009) menciona que comenzaron en 1956 con la terapia racional propuesta por el doctor Albert Ellis, y que posteriormente se convirtió en terapia racional emotivo-conductual (TREC), mientras que en 1962 el doctor Aarón Beck creó una nueva propuesta en psicoterapia cognitivo-conductual (TCC), actualmente ambas corrientes, junto con otras están comprendidas en lo que conocemos por “corriente cognitiva conductual” en psicoterapias. Además de las contribuciones que

realizaron Ellis y Beck en el surgimiento del enfoque cognitivo conductual, Phares y Trull (1999) afirman que otra de las aportaciones significativas es la de Albert Bandura, quien demostró la importancia del aprendizaje vicario, entendido como lo aprendido a través de la observación, dicho autor defendía el uso del modelamiento y la imitación para modificar los patrones conductuales, al considerar que son técnicas eficientes de aprendizaje, más que el uso de castigos y recompensas.

Dentro de la conceptualización, al igual que en otros enfoques, dentro del cognitivo conductual existen diversos conceptos fundamentales pero que hacen referencia al mismo proceso, Camacho (2003) explica algunos de los más importantes dentro de este enfoque: el término *estructura*, que se refiere a la arquitectura del sistema que organiza internamente la información; en tanto que el concepto de esquema, Beck lo define como estructuras más o menos estables que seleccionan y sintetizan la información que se recibe para poder codificar y atribuir significaciones; las *creencias*, son todo aquello en lo que uno cree y que nos permite dar sentido al mundo, las cuales se construyen y generalizan mediante la experiencia; y finalmente los *pensamientos automáticos*, que son conceptualizados como pensamientos fugaces y conscientes que pueden entenderse como la expresión o manifestación de las creencias.

Así pues, respecto a la concepción que se tiene de los adultos mayores y el envejecimiento desde este enfoque, Fierro (en Buendía, 1994) afirma que los cambios que surgen con la edad se deben a una respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona, más que a una tendencia inevitable a la personalidad que envejece; para este autor, las personas mayores que siguen siendo emprendedoras, activas, y que se mantienen interesadas por el mundo, las relaciones, las tareas y por el sexo, viven más tiempo y más felices; y considera que no es cómo envejecen las personas, sino cómo podrían envejecer mejor, asegurando que quien no ha sabido adaptarse y manejar las adversidades en los años anteriores, tampoco va a hacerlo ahora. Por su parte, Hernández Zamora (2005) señala que la terapia cognitivo conductual, cuenta con una serie de técnicas

estructuradas, centradas en el presente y orientadas a la acción, por lo que parecen ser las más adecuadas para trabajar con las personas mayores, ya que este enfoque no exige remover recuerdos infantiles, ni tumbarse en un sofá durante años; sino que la terapia se aplica en forma de “clases” y las personas mayores no tienen que definirse a sí mismas como enfermos mentales. Además de que este modelo es respetuoso con la edad, y la fase de la vida en que el individuo se encuentre es irrelevante para comprender y cambiar las conductas, dado que una de sus premisas fundamentales es que toda persona puede cambiar en cualquier momento de su vida. Asimismo Mahoney (1977, en Kendall y Norton-Ford, 1988) enuncia que los procesos de intervención se basan en los siguientes principios: 1) el organismo responde a las representaciones cognoscitivas del medio y no al medio, 2) esas representaciones se relacionan con los procesos de aprendizaje, 3) ese aprendizaje se comunica cognitivamente, y 4) tanto los pensamientos, sentimientos y las conductas son causalmente interactivos.

En cuanto a las técnicas que se emplean para las intervenciones con adultos mayores, Vergara-Lope y González-Celis (2011) presentan en su trabajo una división en las que se engloban diferentes técnicas: **Cognitivas** dentro de las que incluyen: 1) *Reestructuración cognitiva*, dirigida a modificar los pensamientos o creencias específicas que provocan respuestas psicoemocionales y conductas desadaptativas, entre los procedimientos de reestructuración cognitiva se encuentran la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck; 2) también se puede mencionar la técnica de *Resignificar*, que es reatribuir significados a los sucesos y rescatar lo bueno, los autores mencionan que en el caso del adulto mayor es de gran importancia por los numerosos cambios y pérdidas que se presentan en la vejez; 3) en los *Métodos psicoeducativos*, se enseñan nuevos conocimientos que ayuden a modificar la conducta, los pensamientos y las emociones; 4) en el caso de las *Tareas cognitivas* que ayudan a modificar la preocupación en torno a ideas irracionales a través de registros que sirven para identificar y corregir dichas ideas; 5) mientras que los *Métodos de imaginación*, son empleados como distracción y para el manejo emocional;

finalmente 6) la *Resolución de problemas*, es un método con el que la persona enfrenta situaciones problemáticas mediante cinco pasos: identificación del problema, definición y formulación, producción de alternativas, toma de decisiones e implementación y evaluación de resultados. En el caso de las técnicas **Conductuales**, los autores mencionan 1) el *Entrenamiento en relajación*, en el que se emplea la relajación autógena, la respiración diafragmática y la respiración profunda; también es común el uso de 2) la *Biblioterapia*, que es el uso de material escrito para cambiar pensamientos, sentimientos y conductas; también se utiliza 3) la *Activación conductual*, donde se pide a la persona que realice actividades agradables para cambiar la falta de motivación y la inactividad. Finalmente, dentro de las técnicas **Emotivas** se engloban: 1) el *Juego de roles* que es empleado para el entrenamiento de habilidades sociales; así como 2) la *Aceptación incondicional* que forma parte del cambio filosófico para la reestructuración cognitiva; por último 3) el *Calor y apoyo*, indispensables para la cohesión de un grupo. Cabe señalar que las técnicas anteriormente mencionadas están implícitas dentro del proceso terapéutico tanto individual como grupal, y han sido utilizadas por los resultados positivos que producen.

De igual forma, Vergara-Lope y González-Celis (2011) afirman que las técnicas de psicoterapia cognitivo conductual han sido las más estudiadas y aceptadas para este grupo de la población, reportando que desde 1970 han sido un elemento base en las psicoterapias dirigidas a la depresión y ansiedad de las personas adultas mayores, las cuales serán abordadas en el siguiente capítulo. Además de lo anterior, Solano y Gallagher-Thompson (2001) explican que otras de las razones por las que la terapia cognitivo conductual es muy útil para trabajar con este sector de la población, es que incorpora estrategias para la prevención de recaídas y por el mantenimiento de las mejoras aun cuando se finaliza o se interrumpe el tratamiento; también porque la relación entre el terapeuta y el usuario como un trabajo en equipo resulta atractivo para las personas mayores, pues su sabiduría y experiencias son valoradas al constituir una parte integral en la terapia, asimismo los autores resaltan que uno de los aspectos más importantes para el

empleo de técnicas cognitivo conductuales es que la limitación en el tiempo es útil con aquellas personas que tienen condiciones médicas que obstaculizan su participación en una terapia a largo plazo; y finalmente porque ofrece al adulto mayor la posibilidad de integrar material escrito, pues se enseña al paciente a llevar un registro de sus progresos. Sin embargo, la atención psicológica a este grupo de la población generalmente se lleva a cabo de forma individual, al respecto Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte (1998, en Vergara-Lope y González-Celis 2011) mencionan que esto se debe a la insuficiencia en el número de psicólogos interesados en dicha población, pero que debería realizarse preferentemente de manera grupal.

Como se describió en un inicio, estos diferentes enfoques de la psicología han aportado elementos para comprender el desarrollo psicológico del adulto mayor, proporcionando desde sus fundamentos teóricos una aproximación para su estudio, por lo que ninguno de ellos carece de valor, no obstante debido a las limitaciones encontradas para los fines de esta investigación se descartó emplear algunos de ellos por las siguientes razones: el psicoanalítico porque a pesar de que la postura freudiana cambió su visión negativa de la vejez por una más positiva, los tiempos en la terapia son tan largos que el adulto mayor por cuestiones de salud posiblemente no podría concluir el tratamiento, además de que las ideas psicoanalíticas tradicionales no han sido populares dentro de la gerontología; en el caso del psicoanálisis de Erikson porque su teoría propone que si no se supera con éxito las etapas anteriores durante la vejez la persona será incapaz de adaptarse a esta etapa y de ver su vida de un modo positivo, lo que pareciera negarle esa posibilidad. En cuanto al enfoque conductual, a pesar de que considera que el aprendizaje puede ocurrir durante la vejez y muestra una opinión más positiva respecto a la edad al sostener que la persona puede controlar elementos dentro del ambiente en el que se desarrolla, su limitación es centrarse únicamente en el comportamiento de la persona sin considerar cómo lo emocional y lo cognitivo puede influir en la vida del adulto mayor. En lo referente al enfoque humanista, en éste ocurre lo contrario, pues da demasiada importancia a las emociones, además

de que uno de los aspectos negativos según Phares y Trull (1999) es que al poner énfasis en lo que dice la persona, el terapeuta se expone a que la información sea confusa e incompleta, y aunado a esto, se dice que por la relevancia que cobran la empatía y la aceptación positiva, la terapia no es centrada en la persona sino en la técnica. Mientras que en el enfoque sistémico, si bien da importancia a la interacción que genera una persona dentro de los sistemas a los que pertenece, como es el caso de la familia, el grupo de amigos o las instituciones, no ofrece elementos suficientes que puedan ser utilizados para entender el sentir de las personas que viven solas o quienes han sido abandonados y que en cierta medida no forman parte de algún sistema, ya sea por la falta de interacción o de sentido de pertenencia. Finalmente el enfoque constructivista ofrece una alternativa para el trabajo con el adulto mayor, sin embargo el uso de este enfoque se ha centrado principalmente en el campo de la educación.

Por las razones anteriores el enfoque cognitivo conductual será el que se tomará para esta investigación, ya que el concepto que se tiene de las personas adultas mayores es positivo al no encontrar en la edad un obstáculo para poder cambiar y/o modificar su comportamiento y creencias respecto al mundo, de igual forma ofrece una perspectiva en la que el anciano es reconocido como una persona activa. Además de que dentro de la literatura es uno de los enfoques más aceptados para trabajar con adultos mayores, ofrece diversas técnicas con las cuales se pueden afrontar los pensamientos, sentimientos y comportamientos que evocan las complejas situaciones por las que atraviesa el anciano, en este caso las que surgen ante la muerte propia o la de un ser querido, o bien las múltiples pérdidas que se hacen presentes en esa edad; también porque facilita que el trabajo pueda realizarse de manera individual o grupal; aunado a lo anterior, el impacto que tiene en la persona posibilita que no tenga recaídas y las mejoras se mantengan aun cuando el tratamiento haya concluido o se haya interrumpido. Otra ventaja es que al valorar las experiencias del adulto mayor promueve el trabajo en equipo junto con el terapeuta, y finalmente por ser una terapia breve ofrece al adulto mayor la

oportunidad de participar en la terapia aun cuando carezca de un estado de salud óptimo.

Como ya se mencionó el desarrollo humano se ha abordado desde diferentes perspectivas que lo explican a través de considerar el entorno, las emociones, los pensamientos, el comportamiento y la personalidad como los puntos fundamentales para entender el desarrollo. En el siguiente capítulo se presentarán los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan a la vejez.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA VEJEZ

*“Todavía tengo casi todos mis dientes
casi todos mis cabellos y poquísimas canas
puedo hacer y deshacer el amor
trepar una escalera de dos en dos
y correr cuarenta metros detrás del ómnibus
o sea que no debería sentirme viejo
pero el grave problema es que antes
no me fijaba en estos detalles”.*

Síndrome, Mario Benedetti

3.1 Aspectos físicos

A lo largo de la vida el ser humano experimenta cambios físicos, pero en la vejez se hacen más evidentes, Craig y Baucum (2001) mencionan que estas modificaciones se ven reflejadas en la apariencia física, los sentidos, la estructura y movilidad del organismo; afirman también, que el envejecimiento es un fenómeno universal e inevitable, que comienza en la juventud y en la madurez, aunque en algunas personas los cambios aparecen antes y en otras después.

De acuerdo con Hansen (2003) algunos de los cambios a nivel físico son la disminución de la movilidad y la presencia común de enfermedades, todo como consecuencia de las prácticas de salud y estilo de vida que acontecieron durante el ciclo vital del individuo.

Para Triadó (en Triadó y Villar, 2006) estos cambios cobran gran importancia por su relación con el funcionamiento de una persona en su vida cotidiana, dado que al aparecer problemas en el organismo se tiene la probabilidad de sufrir discapacidades que alteren el ritmo funcional; y cuando estos se agravan, las

personas dependerán de alguien más, lo que conlleva problemas psicológicos además de físicos.

3.1.1 Cambios en la estructura y apariencia del cuerpo

Dentro de los cambios que se dan durante el envejecimiento, quizá los más evidentes se observan en el color de cabello y en la presencia de arrugas. En cuanto al cabello y el vello corporal, la pérdida es mayor en hombres que en mujeres; el cabello crece menos denso y más delgado, además la muerte de las células que se encuentran en la base del folículo piloso produce la pérdida del pigmento. En el caso de la piel, la disminución de la producción de células provoca que luzca surcada y áspera, las arrugas aparecen porque los constituyentes elásticos de la capa media dérmica de la piel, el colágeno y la elastina, pierden su flexibilidad. Todos estos cambios son normales, pero no siempre se aceptan positivamente por las personas, posiblemente a causa de la imagen de juventud que se vende (Triadó, 2006, en Triadó y Villar, 2006).

Las células tienen un papel importante en el proceso de envejecimiento, Aréchiga y Cereijido (1999) explican que éstas desencadenan la vejez, pues el deterioro acumulativo a lo largo de la vida incide en los tejidos y las funciones de los órganos; cabe señalar que los sistemas endocrino y neuroendocrino también pueden considerarse mediadores centrales en el proceso de envejecimiento, ya que las hormonas del crecimiento y la tiroidea ejercen un efecto importante en la actividad metabólica de las células.

Hamilton (2002) agrega que durante la vejez las alteraciones que sufren las células tienen efectos perjudiciales sobre los sistemas corporales; por ejemplo, el sistema urinario pierde eficacia y su funcionamiento es mucho más lento al igual que el sistema gastrointestinal. En el caso del sistema cardiovascular, sufre diversos deterioros: las arterias se endurecen produciendo que el bombeo de la sangre requiera mayor energía, y la fuerza del corazón disminuye considerablemente.

En cuanto a los músculos, disminuye su peso y con ello la fuerza y resistencia, alterando la estructura y composición de las células musculares, por lo que las personas a quienes se les han atrofiado los músculos tendrán mayor probabilidad de sufrir caídas y fracturas; en el caso de los adultos mayores, puede representar un gran riesgo no sólo para su salud sino también para su independencia, ya que los huesos se vuelven más débiles, porosos y frágiles, y una fractura tarda más en soldar (Craig y Baucum, 2001; Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). Además de la disminución de la masa muscular, otra causa que puede provocar caídas, es la alteración del equilibrio, el cual condiciona la libertad y seguridad del adulto mayor (González y Fernández, en González, 2000).

3.2 Aspectos biológicos

3.2.1 Cambios en las funciones sensoriales

Al igual que otras partes del organismo, las funciones sensoriales se ven afectadas al ir perdiendo precisión y agudeza por el paso de los años, lo que trae consigo consecuencias que pueden poner en riesgo la salud del adulto mayor.

Cambios auditivos.

Según Kalish (1996) los decrementos de la audición se aceleran en los últimos años de edad, provocando que los ancianos necesiten que se les hable más alto y despacio, o incluso que se les repita la información. Algunos autores (Hansen, 2003; Hamilton, 2002; Triadó y Villar, 2003) mencionan que como consecuencia del deterioro auditivo, la comunicación también disminuye, provocando aislamiento por parte del adulto mayor al sentirse ajeno o con vergüenza en situaciones sociales; además de que pueden desencadenarse sentimientos negativos y de rechazo, convirtiéndose en un obstáculo para la socialización y comunicación. De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2005) esta situación se complica al propiciar que la gente crea que la persona mayor es distraída, despistada e irritable. Respecto a

esto, autores como Belsky (2001) y Triadó (en Triadó y Villar, 2003) afirman que los problemas auditivos afectan más a hombres que a mujeres, dado que son ellos quienes realizan trabajos donde hay bastante ruido, aunque si donde se vive existen niveles muy altos de ruido, éste factor también influye en la pérdida auditiva.

Triadó (en Triadó y Villar, 2003) menciona que la mayoría de las pérdidas auditivas en la vejez se deben principalmente a cambios degenerativos de la cóclea, principal receptor neurológico para la audición. Por su parte Belsky (2001) refiere que la *presbiacusia* es uno de los problemas auditivos que se presentan con mayor frecuencia, esta es la dificultad de distinguir tonos agudos, generando molestia al escuchar ruido del tráfico o zumbidos; no obstante, cuando la pérdida auditiva no es profunda, puede corregirse mediante cirugías o amplificadores. Es por ello que para prevenir o ayudar a compensar esta situación, es necesario que se procuren los cuidados necesarios, además de ser tolerantes para evitar el aislamiento del adulto mayor.

Cambios visuales.

Otro de los sentidos que se ve afectado por el transcurrir de los años, es la vista, según Hamilton (2002) cerca de un tercio de personas mayores de 65 años padece alguna enfermedad visual. Estas afecciones pueden ser trágicas para quien las padece, ya que la vista es el sentido del que más depende cualquier persona (Hansen, 2003). Papalia, Wendkos y Duskin (2005) afirman que las personas mayores tienen problemas para percibir la profundidad o el color, perjudicando sus actividades diarias como leer, coser, hacer compras y cocinar. Triadó (en Triadó y Villar, 2003) indica que esto se debe a que el sistema visual se deteriora con la edad, el cristalino se vuelve más duro y menos flexible y se pigmenta amarillo, lo que ocasiona que reduzca la cantidad de luz que alcanza la retina; además disminuye el número de bastones y conos que se encuentran en la retina, que son los encargados de la visión en blanco y negro, y en color respectivamente. También se pierden neuronas en el nervio óptico y en la corteza visual; cabe destacar que las

pérdidas de visión que se presentan por la edad se deben tanto a los cambios ocurridos en el ojo como en el sistema nervioso.

En el caso de los adultos mayores, Craig y Baucum (2001) mencionan que a menudo pierden parte de la agudeza visual que es la capacidad para distinguir los detalles finos, aunque el problema puede controlarse mediante el uso de lentes correctivos. Por su parte Belsky (2001) señala que existen problemas visuales que son más sutiles y que no afectan tanto las actividades, por ejemplo, la dificultad para ver con poca luz y diferenciar ciertos colores como el azul y el verde, esto se debe a que algunas partes del ojo se van deteriorando; como en la córnea que se llega a formar una banda gris provocando reducción del campo visual; en los casos en que se afecta el iris y la pupila disminuye la visión con poca luz; por otra parte, los problemas en el cristalino generan visión borrosa, la formación de cataratas e incluso ceguera.

Existen otros problemas visuales que son más agresivos ya que generan la pérdida gradual de la visión como el glaucoma, que puede llevar a la ceguera, esto se da cuando aumenta la presión del ojo causando daños irreversibles al nervio óptico (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005; Craig y Baucum 2001). Triadó (en Traidó y Villar, 2006) agrega que otras afecciones visuales en el adulto mayor son: la presbiopía, en la que se altera la capacidad de ver con precisión objetos cercanos; además el deslumbramiento puede producir un efecto cegador por la luz directa; y por otra parte la reducción del campo visual, que limita la capacidad para ver por el extremo del ojo.

Cambios en los sentidos gusto, olfato y tacto.

Los sentidos del gusto, el tacto y el olfato han sido menos estudiados en la investigación de la vejez, pero los pocos hallazgos señalan que el sentido del gusto y el olfato disminuyen ligeramente en los adultos mayores (Nordin, Monsch y Murphy 1995, en Triadó y Villar, 2006). El sentido del gusto depende del sentido del

olfato, las pérdidas en ambos sentidos son normales en el envejecimiento, también pueden ser causadas por enfermedades y por el uso de medicamentos, cirugía o la exposición a sustancias nocivas (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005). De acuerdo con Hayflick (1999) la capacidad de identificar correctamente los olores disminuye antes y con mayor rapidez en los varones.

Enfocándose en el sentido del gusto, la capacidad para degustar cosas dulces o ácidas no cambia mucho, a diferencia de los alimentos salados o amargos que resultan más difíciles de detectar (Hayflick, 1999; Triadó, 2006). Esto puede favorecer el hecho de que los mayores consuman exceso de azúcares y sal (De Pedro 2003; Weiffenbach, Tylanda y Baum, 1990, en Triadó, 2006). Hamilton (2002) indica que esta disminución en la sensibilidad puede deberse a características individuales o a los hábitos alimentarios que existieron en el trayecto de vida, mientras que Triadó (en Triadó y Villar, 2006) refiere que hay reducción en el número de papilas gustativas en la lengua desde la adultez. Este deterioro en los sentidos, afecta principalmente la nutrición y puede poner en riesgo la salud del adulto mayor, ya que si la persona no detecta el olor puede consumir comida en mal estado (Belsky 2001).

Ahora bien, respecto al sentido del tacto su importancia radica en que permite identificar y manipular objetos; en la vejez, con las arrugas que aparecen en las manos se afecta y debilita la sensibilidad (Hansen, 2003). Aunque, según Kalish (1996) esta pérdida no disminuye en la mayoría de las demás partes del cuerpo, no obstante, Hamilton (2002) asegura que las personas de la tercera edad tienen mayores umbrales de tacto y necesitan más estimulación para percibir las sensaciones que éstas producen, la sensibilidad a la temperatura disminuye considerablemente, así como la sensibilidad a la vibración. La importancia de brindar estimulación radica en que tras el deterioro de otros sentidos, es posible que el tacto sea de gran utilidad para reconocer objetos y personas.

3.2.2 Enfermedades más comunes en la vejez

De acuerdo con Martínez Arronte (en Asili, 2004) la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud, de manera general, como “el bienestar físico, mental y social” y en el caso particular del adulto mayor, como “la capacidad para atenderse a sí mismo y desenvolverse en el seno de la familia y la sociedad, el cual le permite desempeñar sus actividades de la vida diaria por sí solo” (p.144).

Craig y Baucum (2001) sugieren que las alteraciones de salud que se presentan en los últimos años de la adultez encajan en 3 categorías: *crónicas*, es decir que ocurren constantemente y nunca desaparecerán; otras relacionadas con los cambios de alimentación; o bien las que surgen por el uso incorrecto de medicamentos.

Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) una enfermedad en el adulto mayor es un estado de abandono, depresión y decepción, y se piensa muy frecuentemente en la muerte; su recuperación es lenta y el tratamiento difícil y costoso económica, psicológica y espiritualmente; y repercute en lo familiar y lo social. Además la combinación de diferentes enfermedades o síndromes hacen difícil el reconocimiento de síntomas provocando una entidad denominada multimorbilidad (Instituto Mexicano de Tanatología 2008; De la Serna, 2003).

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH, 1999) señala que en México, debido a la complejidad de las enfermedades y padecimientos, se brinda atención especializada que se prolonga por años y en algunos casos hasta su muerte; y se dice que las personas de la tercera edad son los principales usuarios de los servicios de salud.

Algunos autores (De la Serna, 2003; CNDH, 1999) refieren que entre las enfermedades más comunes se encuentran afecciones cardíacas, tumores malignos, accidentes, diabetes Mellitus, enfermedades cerebrovasculares, cirrosis y

otras enfermedades del hígado principalmente, dichas enfermedades se asocian al estilo de vida que la persona mantuvo en años anteriores, incluyendo su dieta, educación y ocupación, asimismo el origen de muchas de ellas también depende del deterioro biológico natural causado por el paso del tiempo. Por su parte, el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) ofrece una categorización de las enfermedades agudas, crónicas y terminales más comunes que se presentan en la edad adulta:

- *Trastornos psicológicos y afectivos:* demencia, delirium, depresión, ansiedad, abuso del alcohol y farmacodependencia.
- *Problemas neurológicos:* vértigo y mareo, síncope, crisis convulsivas, problemas del habla (afasias), enfermedad de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, meningitis.
- *Problemas de la piel:* hongos, úlceras de presión, cáncer de piel, efectos por déficit de la circulación en las extremidades, infecciones.
- *Problemas de articulaciones, músculos y huesos:* dolor del cuello, hombros, del tronco (lumbalgias); fractura de cadera, problemas de rodilla, osteoartritis, osteoporosis, fractura ósea.
- *Problemas de la cabeza, cuello y órganos de los sentidos:* déficit visual y auditivo; dificultad en la deglución; problema de los dientes; enfermedad tiroidea.
- *Problemas cardiovasculares:* dolor precordial, edema de tobillos, hipertensión arterial sistémica, enfermedad coronaria, enfermedad valvular, insuficiencia cardiaca, aneurisma aórtico abdominal y/o torácico, insuficiencia venosa y/o arterial.

- *Problemas hematológicos:* anemia, problemas de la coagulación, leucemia, linfoma y mieloma múltiple, leucopenias.
- *Problemas pulmonares:* tos y dificultad respiratoria, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): bronquitis y enfisema, cáncer pulmonar, neumonía y tuberculosis.
- *Problemas gastrointestinales:* dolor abdominal, pérdida del apetito, disfagia, constipación, diarrea, sangrado de tubo digestivo, incontinencia fecal, enfermedad acidopéptica, enfermedad vesicular, diverticulitis, apendicitis, cáncer de colon y recto y hemorroides.
- *Problemas en la nutrición:* desnutrición, déficits aislados, pérdida de peso, obesidad, hiporexia o anorexia.
- *Problemas de vías urinarias:* incontinencia urinaria, infecciones, cáncer de vejiga, nefropatías, insuficiencia renal (aguda), problemas de próstata.
- *Problemas ginecológicos:* cáncer de mama, cáncer cervicouterino.
- *Otros problemas:* otros cánceres, diabetes mellitus, hipotermia, abatimiento funcional, polifarmacia, dolor crónico, problemas de la marcha y el equilibrio, inmovilidad y caídas.

El impacto que puede provocar una enfermedad en el adulto mayor va más allá de afectar su salud, ya que puede repercutir en su rol y relaciones sociales, Krassoievitch (2001) señala que cuando una mujer anciana enferma es atendida en primer lugar por una hija, después por otros familiares femeninos y en último lugar por el esposo; mientras que en el caso de que sea el esposo quien enferme será la esposa la primera en brindarle cuidado, en segundo lugar familiares femeninos y en último lugar por una hija. Estos cuidados estarán en función del tipo de relaciones

familiares y sociales que se tuvieron a lo largo de la vida, pero se hablará más adelante de ello.

3.2.3 Demencia senil

De acuerdo con Aréchiga y Cereijido (1999) la demencia senil es una de las causas más frecuentes de enfermedad y eventualmente de muerte, en el grupo de la tercera edad en los países de primer mundo. De la Serna (2003) menciona que la demencia es un síndrome causado por una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica y progresiva, en la que se produce un déficit de múltiples funciones cerebrales, sobre todo memoria, comprensión, juicio, lenguaje y conducta, pero es necesario resaltar que no es una enfermedad propia de la vejez, sino que puede surgir después de los 18 años, pero de manera diferente.

Sus manifestaciones repercuten en la sociabilidad, al afectar el comportamiento, los hábitos y las actividades cotidianas; también se acompaña de depresión, agitación psicomotriz, agresividad, insomnio, angustia, desinhibición, conductas o preguntas reiterativas e incontinencia de esfínteres. En casos avanzados, el afectado resulta incapaz de comer, beber, asearse o vestirse solo, se desconoce a él mismo y a sus familiares, se suele perder en ámbitos conocidos y llega a olvidar su nombre y dirección, y su característica inquietud y desorientación se incrementan por la tarde y noche. Pese a que existe diferencia según el tipo de demencia, cuando ésta se encuentra muy avanzada las manifestaciones resultan prácticamente idénticas.

Para su diagnóstico se han considerado cinco criterios de acuerdo con el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV TR) para la demencia senil:

A. Presencia de múltiples déficits cognitivos tales como:

1. Deterioro de la memoria (deterioro de la capacidad para aprender nueva información o recordar información aprendida previamente).
 2. Una o más de las siguientes alteraciones cognitivas:
 - Afasia (alteración del lenguaje).
 - Apraxia (deterioro de la capacidad para llevar a cabo actividades motoras).
 - Agnosia (fallo en el reconocimiento o identificación de objetos).
 - Alteración de la ejecución de actividades.
- B. Los déficits cognitivos en cada uno de los criterios A1 y A2 provocan un deterioro significativo de la actividad laboral o social.
- C. El curso se caracteriza por un inicio gradual y un deterioro cognitivo continuo.
- D. Los déficits no aparecen exclusivamente en el curso de un delirium.
- E. Los déficits cognitivos de los criterios A1 y A2 no se deben a ninguno de los siguientes factores: 1) Otras enfermedades del sistema nervioso central que provocan déficit de memoria y cognitivos. 2) Enfermedades sistémicas que pueden provocar demencia. 3) Enfermedades inducidas por medicamentos o drogas de adicción.
- F. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

El tipo de demencia más común en los ancianos es el conocido Alzheimer, aun se desconocen sus causas pero se define como una enfermedad progresiva, este padecimiento se caracteriza por afecciones en el lenguaje, deterioro de la capacidad para realizar actividades motoras, y dificultad en el reconocimiento de objetos, así como alteraciones en la ejecución, planificación y organización de tareas. En todos los casos afecta primero la memoria mediata y después los recuerdos más antiguos, desafortunadamente no existen tratamientos curativos. Se encuentra también la demencia de tipo Parkinson, que produce deterioros en las capacidades cognitivas, la memoria y el aprendizaje; se mantienen la memoria reciente y la de largo plazo, la habilidad intelectual y lingüística en general; en esta enfermedad aparecen básicamente temblores durante el descanso, así como

rigidez, cambios en la postura, dificultad de iniciar los movimientos y lentitud (Aréchiga y Cereijido, 1999).

3.2.4 Estilo de vida en adultos mayores

Probablemente el primer psicólogo que utilizó el término *estilo de vida* fue Carl Jung en 1912, él hablaba de que el estilo de vida era propio del individuo y ayudaba a moldear la personalidad; posteriormente es Alfred Adler quien desarrolla el término recalcando la unicidad del individuo, la unidad de su personalidad, su comportamiento y su intencionalidad como componentes del concepto de estilo de vida el cual definió como “la psique misma, la mente unificada, el significado que los individuos dan al mundo y a ellos mismos, sus metas, la dirección de sus esfuerzos, y las aproximaciones que hacen a los problemas de la vida” (Nawas 1971, p. 93). Ahora bien Nawas (1971) define el término como el “modo de comportamiento del individuo unificante y cohesionante relativamente único tendiente a una meta, es cognitivo, afectivo, motor e interpersonal” (p.94.). Así podemos entender el estilo de vida como un modo característico de actuar, pensar y sentir en los diferentes escenarios en los que la persona se desenvuelve y que repercute en el bienestar físico y psicológico.

En el caso particular de las personas de la tercera edad Belsky (2001) opina que el ejercicio físico, una dieta sana y el cuidado del cuerpo son la clave para ganarle la carrera a la enfermedad y a la muerte; menciona también que una vida sin excesos, buen descanso y el mantenerse activo socialmente aumentan la longevidad de las personas. De igual forma Papalia, Wendkos y Duskin (2005) afirman que la actividad física, la nutrición y el estilo de vida influyen en la salud y la enfermedad, ya que un programa permanente de ejercicio fortalece el corazón y los pulmones, disminuyendo el estrés; asimismo ayuda a mantener la velocidad, el vigor, la fortaleza y resistencia. También una buena nutrición a lo largo de la vida puede ayudar a mantener un estado de salud óptimo llegada la vejez, pues el

consumo de frutas, vegetales verdes, cítricos y jugos, disminuyen el riesgo de apoplejía.

3.3 Aspectos psicológicos

Durante la vejez se presentan cambios psicológicos por diferentes causas, Aréchiga y Cereijido (1999) explican que el individuo va perdiendo facultades y necesita hacer cambios para tratar de compensar esas pérdidas; también ve acercarse el final de sus días, las creencias religiosas de una vida en el más allá se ve colapsada; realiza un balance comparativo de lo que va siendo su vida y, se pregunta porqué al envejecer, la familia y la sociedad lo considera y trata de manera diferente. También pueden agregarse causas positivas, que cambian la perspectiva de la vejez, ya que el avance tecnológico y cultural permite prever y hasta eliminar padecimientos de la edad y llenar sus años maduros con actividades útiles y placenteras.

3.3.1 Alteraciones en la memoria

De la Serna (2003) refiere que la memoria es un proceso complejo en el que intervienen diferentes estructuras, circuitos y transmisores del sistema nervioso central, lo que lo hace especialmente vulnerable al paso de los años. Trápaga (en Asili, 2004) indica que es común que los adultos mayores reconozcan los cambios en las estructuras y funciones de los procesos cognitivos asociados por la edad; pero el tema del desarrollo cognitivo del anciano parte de una concepción pesimista y desesperanzadora. Según Kalish (1996), estas creencias generan que el miedo a perder la memoria sea grande, ya que se asocia con enfermedades degenerativas que amenazan con causar desorientación y confusión.

Hamilton (2002), indica que existen dos tipos de memoria, a corto plazo (MCP) y a largo plazo (MLP), la primera consiste en almacenar brevemente acontecimientos ó elementos percibidos en un lapso inmediato, ya sea segundos o

minutos; a diferencia de la memoria a largo plazo, la cual funciona como un almacén permanente de información. Dentro de la memoria a largo plazo, De la Serna (2003) sugiere que se puede subdividir en procedimental, que se encarga de habilidades y tareas motoras; y en declarativa, que se divide a su vez en episódica y semántica, la memoria episódica se refiere a los acontecimientos y experiencias personales, mientras que la semántica se relaciona con los conocimientos generales; cabe señalar que éstas, en general se afectan menos con la vejez. De la Serna (2003) señala que la memoria también se divide en sensorial y de trabajo; la primera permite mantener la información que llega a través de los sentidos, dura aproximadamente un segundo y no sufre mucho las consecuencias de la edad; en el caso de la memoria de trabajo, ésta se encarga de retener la información al tiempo que se trabaja con ella y se ve bastante comprometida en los ancianos.

La memoria así como otros procesos que ocurren en el ser humano, se ve afectada con el transcurso del tiempo, esto se puede deber a que las personas mayores tienen estrategias no funcionales de codificación o de recuperación. Sin embargo, los ancianos son altamente capaces de aprender nuevas ideas y técnicas (Aréchiga y Cereijido, 1999). Al respecto Kalish (1996) indica que algunos adultos mayores encuentran que sus capacidades de aprendizaje disminuyen con los años; otros, opinan que no existe una pérdida en la capacidad cognitiva o que el mínimo decremento puede solucionarse mediante estrategias como escribir en un diario o aumentar la concentración cuando nos presentan una nueva persona, este autor asegura que entre los temas más estudiados en relación con la memoria, se encuentran el olvido y el recuerdo; la investigación sugiere que el aprendizaje de técnicas de adquisición y recuperación de información son útiles aunque son más eficaces en personas jóvenes que en adultos mayores.

A pesar de que se dice que la memoria se ve afectada por la edad, los recuerdos de la vida son el tesoro de los ancianos. Cuando el futuro ya es muy reducido el anciano recuerda, los instantes pasados y recrea lo vivido (De la Serna, 2003).

3.3.2 Ansiedad

“La ansiedad es un estado emocional caracterizado por síntomas de malestar, aprensión y preocupación excesiva que se desencadena ante una alianza potencial, real o imaginaria, viéndose la persona incapaz de controlar este estado de inquietud. Suele ir acompañado de trastornos somáticos tales como taquicardias, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sensación de ahogo, fatiga, trastornos del sueño, digestivos, etc.” (Conde y Jarne, en Triadó y Villar, 2006, p. 342). Según Canto y Castro (2004) además de estos efectos somáticos, la ansiedad afecta el pensamiento, la percepción y el aprendizaje, explica que las personas ansiosas están predispuestas a responder de manera selectiva, buscando constantemente hechos que comprueben los pensamientos que les produce la ansiedad, generando así un círculo vicioso, en el que la distorsión de la percepción incrementa la ansiedad.

En la etapa de la vejez los múltiples cambios que se producen tanto en el organismo como en la participación social, ocasionan en los adultos mayores cierta inquietud que puede desencadenar en crisis de ansiedad. Desde el punto de vista psicodinámico, la ansiedad representa una señal de alarma provocada por un conflicto psíquico, posiblemente relacionado en el anciano con pérdidas significativas o la ausencia de apoyo, mientras que desde la visión cognitiva, la persona tendría una visión amenazante del mundo exterior con elementos anticipatorios y respuestas desajustadas.

Siguiendo al DSM-IV los criterios generales para el diagnóstico del trastorno de ansiedad son:

- A. Preocupación excesiva
- B. Dificultad para controlar el estado de constante preocupación
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas y algunos de ellos han persistido más de seis meses.

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño

D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. Estas alteraciones no aparecen en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico, o un trastorno generalizado del desarrollo.

Cabe señalar que de acuerdo a el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (DSM-V TR) los trastornos de ansiedad son subclasificados en: trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno por ansiedad debido a enfermedad medica, trastornos por ansiedad inducido por sustancias, trastorno de ansiedad no específico. Cada uno de ellos presenta características particulares para su diagnóstico.

En lo referente a su tratamiento es importante realizar primero una evaluación y, posteriormente el entrenamiento en relajación para reducir la ansiedad y la desensibilización sistemática, exponiendo a la persona a la situación que genera ansiedad de forma gradual. Asimismo, las terapias cognitivas pretenden identificar la conducta problema eliminándola progresivamente y favoreciendo aquellas que suponen un comportamiento más apropiado; se trata de cuestionar las creencias irracionales que provocan una inadecuada interpretación de la realidad, sustituyéndolos por pensamientos más adecuados. Otra forma de tratamiento es con fármacos, habitualmente las benzodiazepinas que reciben el nombre genérico de ansiolíticos, pero estos tienen ciertos efectos secundarios por lo que su manejo

debe ser supervisado y utilizado sólo después de una valoración completa del adulto mayor (Conde y Jarne, en Triadó y Villar, 2006).

3.3.3 Depresión

Los estados depresivos aparecen por un fallo en el tono neuropsíquico y varían en intensidad y duración. Para el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) la depresión es un golpe traumático en la persona que le hace perder seguridad y autoestima; es un proceso largo desde que se lleva a cabo la pérdida o trauma hasta que éste es aceptado y superado. Según Conde y Jarne (en Triadó y Villar, 2006) la depresión es un estado en el que se sufre una persistencia de estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés por todas las actividades, una disminución de la energía, etc. Por su parte Aréchiga y Cereijido (1999) explican que la depresión es una situación de reconocimiento de que nuestra capacidad está por debajo de lo que se requiere, y no necesariamente ocurre ante una derrota real sino puede ser producto de una evaluación anticipada.

Conde y Jarne (en Triadó y Villar, 2006) opinan que la depresión suele ir acompañada de síntomas somáticos tales como: fatiga, insomnio, alteraciones del apetito, entre otras; y cognitivos como baja autoestima, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pobreza y lentitud en el pensamiento y lenguaje, etc. En cuanto a los factores estructurales del cerebro, señalan que hay una disminución de los neurotransmisores tales como la noradrenalina, acetilcolina, dopamina y serotonina; respecto a los factores psicológicos, este padecimiento está relacionado con pérdidas significativas, la jubilación y la viudez.

El anciano que padece depresión experimenta sentimientos de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por sus actividades cotidianas, sobresalen más los síntomas de apatía y somáticos que los emocionales, los episodios depresivos son muy frecuentes y son el principal factor de riesgo para el suicidio en esta población.

Los criterios diagnósticos según el DSM-V TR para la depresión son cinco o más de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo:

- A. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- B. Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- C. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o bien aumento significativo, disminución o aumento del apetito casi todos los días.
- D. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- E. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.
- F. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- G. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
- H. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).
- I. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- J. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.
- K. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- L. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).
- M. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por

visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

El tratamiento psicológico para la depresión se puede dividir en tres áreas conductual, cognitivo y farmacológico, el más utilizado es la terapia cognitiva de Beck (1979 en Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) en la que se enseña al paciente a cuestionar los pensamientos negativos e irracionales y sustituirlos por pensamientos más racionales, ya que la causa principal de los síntomas del paciente deprimido son los pensamientos negativos e irracionales; los objetivos del tratamiento son: aprender a evaluar las situaciones relevantes de forma realista; atender a todos los datos existentes en esas situaciones; y a formular explicaciones racionales alternativas.

En cuanto al área conductual se tiene como finalidad incrementar las actividades de la persona, especialmente las agradables, e intensificar las habilidades sociales, así como poner a prueba los pensamientos irracionales desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes de acuerdo con las alternativas racionales que se han generado. Las técnicas conductuales son principalmente empleadas en la primera fase del tratamiento a fin de acercarse al nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de la depresión. Conseguido esto, se van utilizando un mayor número de técnicas cognitivas para atender a los pensamientos negativos e irracionales del paciente. Entre las principales técnicas conductuales encontramos la programación de actividades y asignación de tareas graduales, la práctica cognitiva y el entrenamiento asertivo, mientras que entre las técnicas cognitivas están el entrenamiento en autoobservación y registro de cogniciones, la reestructuración cognitiva y la psicoeducación para mostrar al paciente la relación entre cognición, afecto y conducta, etc. No obstante, si se trata de una depresión mayor, se hace inevitable la administración de fármacos, valorando siempre los efectos secundarios de los mismos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).

Cabe señalar que la depresión surge como consecuencia de una serie de pérdidas y duelos acumulados a lo largo de la vida, ya sean pérdidas físicas, de sentido, de roles y funciones, económicas, laborales, pérdida de la autonomía, así como la pérdida de familiares y seres queridos, entre otras; por lo que es común que en el adulto mayor la depresión se presente.

3.3.4 Autoestima

Como consecuencia de las pérdidas acumuladas, la autoestima se ve amenazada trayendo serias repercusiones en la vida del adulto mayor. En psicología, la autoestima, también denominada amor propio o autoapreciación, se entiende como la percepción emocional profunda que las personas tienen de sí mismas. De acuerdo con Buendía y Riquelme (en Buendía, 1994) la autoestima es un elemento decisivo para determinar la imagen y la relación con los demás, tiene efectos en la forma de pensar, las emociones, los estados anímicos, los valores, los deseos y objetivos de cada persona. Por su parte Abud y Bojórquez (1997, en Canto y Castro, 2004) consideran a la autoestima como la capacidad para valorarse a sí mismo, describen tres componentes que se relacionan entre sí y constituyen la autoestima de la persona: a) componente cognitivo que se refiere a las ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de la información que captamos del ambiente; b) el componente afectivo, es la valoración de lo positivo y lo negativo en cada persona; y c) el componente conductual es la manifestación del comportamiento asociado a los dos componente previos.

Las diferentes pérdidas que sufre el adulto mayor, y de las cuales se hablará en el próximo capítulo, son el principal factor que repercute en su autoestima de forma negativa, sin embargo, ocurre lo contrario si estas pérdidas son asumidas. Por ejemplo, un hecho al que se tiene que enfrentar el adulto mayor es la pérdida de su trabajo laboral que se da con la llegada de la jubilación, lo que les hace tomar consciencia de su avanzada edad y generalmente adoptan los estereotipos negativos que la caracterizan, a pesar de que su estado de salud física y psicológica

estén en buen estado; de este modo la percepción de sí mismos se modifica y su autoestima se puede ver afectada.

Para Buendía y Riquelme (en Buendía, 1994), en el estudio del tema de autoestima existen constantes contradicciones, ya que algunos autores afirman que la autoestima aumenta con la edad, otros dicen que disminuye y otros más señalan que no hay cambios. En general, Kalish (1983 en Buendía y Riquelme, 1994) menciona que en el caso del anciano, la autoestima es mayor si las personas llevan más o menos, la misma forma de vida que solían llevar antes; mientras que para las personas, cuya situación de vida sufre cambios drásticos, como puede ser la pérdida de la salud o alguna discapacidad, entonces la autoestima es baja.

3.4 Aspectos sociales

Pinazo (en Triadó y Villar, 2006) manifiesta que un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación con los demás ya que a través de ella se llega a entender el propio rol social. En relación con lo anterior Thoits (1983, en Jeffrey 1994) asegura que el individuo se relaciona con los demás bajo ciertos patrones específicos de los diferentes roles sociales que puede adoptar, como el de cónyuge, padre o madre, empleado/a, amigo/a, alumno/a, vecino/a, socio/a, etc.; cada persona tiene un número, tipo e importancia de roles diferentes, asociados con la autoestima y el estado de ánimo. Se cree que el desempeñar un buen número de roles favorece la identidad personal, y disminuye el riesgo de padecer trastornos psicológicos, pero si los roles son excesivos pueden causar fatiga; ahora bien, los grupos sociales propensos a padecer trastornos psicológicos por desempeñar pocos roles son los solteros, amas de casa, personas que vivan solos, miembros de grupos minoritarios y por supuesto, jubilados y ancianos (Jeffrey, en Buendía 1994).

Al hablar del cambio en la actividad y las relaciones sociales en la vejez, Pinazo (en Triadó y Villar, 2006) hace referencia a dos teorías clásicas: la teoría de la actividad y la de desvinculación, ambas parten del supuesto de que “los cambios

asociados a la vejez, sus tareas evolutivas y los roles característicos parecen implicar una progresiva reducción de la actividad social como consecuencia de las pérdidas, entre las que destacan la jubilación, la viudedad, la independencia de los hijos, pérdida de autonomía, pérdida de la relación con los amigos, etc.” (p.254), pero cada teoría interpreta estos hechos de manera diferente. Así desde la *teoría de la desvinculación* se entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o la dependencia (Pinazo, en Triadó y Villar, 2006). En contraste, la *teoría de la actividad* (Havighurst, Neugarten y Tobin 1968, en Pinazo, 2006), manifiesta que el mejor y mayor ajuste de las personas a las circunstancias de la vejez se logra a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de años anteriores, así el envejecimiento exitoso se lograría a partir de los esfuerzos por continuar activo socialmente.

Laura Carstensen (1992a, en Pinazo, 2006) integró ambos puntos de vista en su *teoría de la selectividad socioemocional*, en ella se dice que conforme se envejece se produce una disminución altamente selectiva de contactos, es decir, se intentan mantener aquellos contactos más cercanos, que son los que ofrecen mayor satisfacción al adulto mayor y se pierden los superficiales. Jeffrey (en Buendía 1994) coincide con esto al afirmar que con la vejez aumenta la importancia de los amigos y familiares para la alta autoestima y la gratificación que resultan de los lazos interpersonales, así como para el apoyo a las necesidades instrumentales cotidianas.

De esta forma tanto familiares y amigos, como algunas instituciones conforman la red social de apoyo de los ancianos, en palabras de Albarracín y Goldestein (en Buendía 1994) una red social es el entramado de relaciones sociales en las que las personas están inmersas; brinda apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiera, lo que genera sentimientos de satisfacción (Díaz Veiga, 1987, en Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999).

3.4.1 Relaciones familiares

La Secretaría de Desarrollo Social (SDS, 1999) afirma que el envejecimiento de la población impacta directamente a la familia mexicana. Algunos autores mencionan que en nuestra cultura el anciano no tiene un papel definido dentro de la familia, ya que pueden llegar a adoptar roles ajenos, en tiempos y formas distintas por ejemplo, en algunos casos toman funciones parentales cuando hay un solo padre o ambos padres salen a trabajar (Rage, 2002; Neugarten, 1999).

Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO) el cuidado del adulto mayor en nuestro país recae principalmente en la familia, por lo que la composición del hogar podría ser determinante en el bienestar físico y emocional, es decir que la familia puede influir en que la vejez sea una etapa agradable o desagradable para el anciano. Por ejemplo, en algunas familias los adultos mayores son parte indispensable pues son quienes unen y sostienen a la familia; en otros casos se les da la responsabilidad de cuidar a los nietos; y a unos más se les considera fuente de sabiduría; aunque existen también familias en las que el papel del adulto mayor no es tan apreciado, pues son maltratados de manera física, verbal o psicológica llegando a aprovecharse de sus limitaciones; y en otras familias los adultos mayores son rechazados y enviados a asilos donde se sienten abandonados.

Al hablar de las relaciones que el adulto mayor establece dentro de la familia, el abandono del nido familiar por parte de los hijos elimina muchas tensiones de la relación conyugal y permite a la pareja un reencuentro, mayor dedicación de tiempo de uno para otro y más tiempo de ocio compartido; varios autores (Pinazo, en Triadó y Villar, 2006; Papalia, Wendkos y Duskin, 2005; Craig y Baucum, 2001) concuerdan en que el matrimonio es la forma de convivencia más extendida entre las personas mayores, los cónyuges constituyen la fuente principal de compañía, intimidad y bienestar.

Un hecho importante y altamente probable que se presente en esta etapa es la viudez, según Craig y Baucum (2001) cuando la pareja muere, la persona adquiere un nuevo estatus o rol de vida, el de viudo o viuda, ésta transición es difícil y supone cambios radicales en el estilo de vida, y además se puede generar aislamiento social; aunque también existe la posibilidad de que la persona asuma el control de su propia existencia, sobretodo en casos en los que se cuidó de una pareja enferma por muchos años. Aunado a esto, el hecho de quedar solos implica enfrentarse a diferentes realidades psicológicas y prácticas como el realizar compras, mantener el contacto social, encargarse de cuestiones financieras, entre otras; pues para algunas personas representa una oportunidad y para otros un gran problema debido a la falta de experiencia en ello. También, la viudez puede significar una oportunidad para tener el apoyo social, tanto de amigos, familia, compañeros de trabajo o ex colegas, así como los participantes de actividades recreativas, quienes en algunos casos pueden llegar a convertirse en nuevas parejas sentimentales. Para las viudas, mantener el contacto social resulta más fácil que para los hombres, ya que por tradición conservan más comunicación con familiares y amigos; mientras que en el caso de los viudos, es más probable que se aíslen del contacto social (Lopata, 1975 y Stevens, 1995, en Craig y Baucum, 2001). Otro suceso que cabe mencionarse, es el divorcio en la vejez, Papalia, Wendkos y Duskin (2005) señalan que aunque son pocos los casos, cuando ocurre es probable contraer nuevas nupcias, lo que trae consigo beneficios sociales, ya que al contar con otra pareja, disminuye la posibilidad de que necesiten ayuda de la comunidad, a diferencia de quienes viven solos.

En lo que refiere a la relación con los hijos se menciona que habitualmente, al llegar los padres a la tercera edad, los hijos apoyan ofreciendo atención y cuidados de la misma forma en que los padres lo hicieron años atrás con ellos, en una especie de mecanismo de compensación denominado norma de reciprocidad (Pinazo, en Triadó y Villar, 2006). La relación entre padres e hijos adultos debe estar basada en la solidaridad intergeneracional, respecto a ello Krassoievitch (2001), apunta que los hijos adultos se dan cuenta de que los padres envejecen y

se volverán dependientes de ellos, lo que es conocido como inversión del rol parental, aunque este autor asegura que la relación no debe ser así, sino que debe ser entendida como una relación adulto-adulto y que únicamente hay un cambio de rol, mas no su inversión. Cabe señalar que los ancianos no sólo reciben apoyo y cuidado de sus hijos sino que también lo brindan, Kinsella y Velkoff (2001, en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005) aseguran que en los países en desarrollo los adultos mayores contribuyen al bienestar de la familia a través de tareas domésticas y del cuidado de los nietos. Estas relaciones entre padres e hijos en la vejez varían en función del género, pero son las hijas las que generalmente se encargan del cuidado de los padres, mientras que los hijos varones se responsabilizan de la toma de decisiones y el aspecto económico (Pinazo, en Triadó y Villar, 2006; Secretaría de Desarrollo Social, 1999).

Ahora bien, entre las relaciones intergeneracionales, los vínculos que los abuelos establecen con sus nietos son de gran importancia para el adulto mayor, ello está siendo objeto de estudio por los investigadores sociales, pues se ha comprobado que la realización de actividades comunes fortalece la relación entre abuelos y nietos, ya que se convierten en un medio para la expresión de afecto y conocimiento mutuo, y de esta forma los mayores influyen en generaciones jóvenes favoreciéndose la transmisión de tradiciones familiares (Pinazo, en Triadó y Villar, 2006). Algunas de las actividades que pueden hacer juntos son ver la televisión, comer, charlar, pasear, leer libros, contar historias, jugar, cocinar, tareas domésticas, salir de compras, cuidarse mutuamente, actividades deportivas y viajes, por mencionar algunas. Otra relación que cobra importancia en esta edad es la de los hermanos, Craig y Baucum (2001) manifiestan que muchos ancianos muestran mayor interés y contacto con sus hermanos, ya que ofrecen consuelo y apoyo, y en la viudez ayudan a recobrase del duelo. Cabe destacar la importancia de esta red para las personas que viven solas o que no tienen hijos mayores, ya que brindan atención y cuidados.

3.4.2 Amigos

Pinazo (en Triadó y Villar, 2006) asegura que las amistades constituyen un apoyo social fundamental y una fuente de bienestar emocional para el adulto mayor, ya que se trata de relacionarse con personas con las que, se comparte además la edad, experiencia de vida parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares; es una relación elegida, libre y voluntaria a diferencia de las relaciones familiares, lo que facilita una interacción mutuamente satisfactoria y reafirma la identidad y estima de ambas partes. Hartup y Stevens (1999, en Papalia, Wendkos y Duskin, 2005) afirman que el significado de la amistad es una relación que implica concesiones mutuas y cambia poco a lo largo de la vida, siendo en la edad adulta donde la relación se centra en la compañía y el apoyo. No obstante, Clemente (2003) sostiene que durante la vejez, se tienen menos oportunidades sociales para hacer nuevas amistades, además de que se necesita mayor esfuerzo para mantenerse socialmente activo por las dificultades para movilizarse, lo que puede convertirse en disminución de las habilidades y del interés por expandir la red social.

Los vecinos son también una fuente especial de apoyo social para el adulto mayor, aunque pocas veces se ha estudiado la relación con los vecinos, en muchas ocasiones el adulto mayor tiene más contacto con estas personas que con familiares y amigos, además de que representan uno de los recursos de apoyo más importantes en situaciones de emergencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

3.4.3 Las instituciones de la tercera edad como redes sociales de apoyo

Las redes comunitarias tienen un impacto significativo en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor, ya que en algunos casos significan un encuentro afectivo y de compañía cuando la familia está ausente, además representan un espacio seguro o refugio con personas de las mismas generaciones,

con quienes se remontan, a partir de actividades como la música o el baile, a sus experiencias de juventud (Montes de Oca, 2006).

En México, de acuerdo con García Rendón (2006) para brindar atención a la vejez, se cuenta con la instancia del Desarrollo Integral de la Familia (DIF) a la que se puede acudir en casos de maltrato y abuso físico, psicológico o de abandono, para recibir apoyo jurídico y social. Existe también, el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (INAPAM), encargado de coordinar, promover, fomentar, vigilar y evaluar los programas dirigidos a este sector de la población.

En la década de los ochenta, derivada de las políticas económicas imperantes, comenzó a predominar una consideración distinta de las obligaciones del Estado con respecto a los adultos mayores, bajo la premisa de que debían sostenerse con sus propios recursos, resultado de los ahorros que lograron acumular durante su etapa laboral activa para ese momento de su vida, así como del apoyo de sus familias. El Estado solamente protegería a los más pobres y excluidos lo que trajo como consecuencia la fragmentación de algunos programas y el intento por reducir y reorientar los gastos del aparato gubernamental; con esta disposición el INAPAM quedó sustentado en un instrumento jurídico bajo un enfoque de política social que incorpora los principios de autonomía y realización, participación, equidad, corresponsabilidad y atención preferente, pero alejado del presupuesto, lo que lo deja sin recursos específicos para ampliar su cobertura y cumplir con las atribuciones que la propia ley marca (González, 2007; CONAPO, 1999).

Respecto a los propósitos de las instituciones de la tercera edad, González (2007) refiere que en México el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) tiene por objetivo “proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana, así como estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas” (p. 349). De igual forma García Rendón (2006) menciona que la Ley sobre Derechos de los Ancianos, que entró en vigor el 25 de Julio de 2006, obliga al Estado a realizar acciones que mejoren las condiciones de vida y de trabajo de personas con sesenta

años o más, poniendo en práctica programas y planes que fortalezcan la independencia, la capacidad de decisión y el desarrollo personal y comunitario del adulto mayor; y asimismo se garantice el acceso a servicios de salud, educación, tener opciones que les permitan un ingreso propio, así como el desempeñarse productivamente el tiempo que deseen.

Por lo mismo, en los últimos años se reorganizó la estructura del modelo de atención del INAPAM en 4 ejes que incluyen: “ la atención médica relacionada con el proceso fisiológico de la vejez como etapa de la vida; orientación psicológica y acciones de prevención y educación para la salud considerando también otras generaciones; la organización de actividades culturales deportivas y recreativas, que promuevan su desarrollo social y humano; así como elementos de naturaleza socioeconómica, como el fortalecimiento de redes sociales, enmarcado en acciones de desarrollo comunitario, apoyo a la economía y promoción de una cultura a favor de la vejez. Sin embargo, es importante reconocer que la ampliación práctica de sus servicios tiene en ocasiones una limitada cobertura de atención, más por escasez de recursos que por deficiencia de sus programas de intervención” (González, 2007, p. 351).

Actualmente las acciones del INAPAM se fundamentan en dos enfoques, el primero de ellos aún concibe a la vejez como una etapa de carencias económicas, físicas y sociales, por lo que se actúa brindando cuidados paliativos para atenuar dichas carencias. Y por otro lado el enfoque de derechos, que no concibe a la vejez como una etapa de carencias, sino que se centra en la calidad de vida, promoviendo la participación social de los adultos mayores a partir de la generación de espacios y condiciones necesarias para ello, en coparticipación con el Estado, sin embargo esto requiere la participación de toda la sociedad, lo cual en los hechos reales ocurre poco (González 2007).

Sin embargo, a pesar de la falta de participación, los Clubes INAPAM se presentan como espacios comunitarios donde se reúnen personas mayores de 60

años, en los que se les ofrecen alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social; con la finalidad de promover la participación de las personas adultas mayores, propiciando así su permanencia en la comunidad. Y para el óptimo funcionamiento de estos clubes, se cuenta con un reglamento que hace que los integrantes formen grupos capaces de tomar decisiones y que participen activamente en su comunidad a favor del beneficio colectivo y siempre bajo la orientación y asesoría de la institución (INAPAM, 2011).

3.5 Aspectos religiosos y espirituales en la ancianidad

Ante las diferentes pérdidas físicas, emocionales y sociales que sufre el anciano, el aspecto religioso y espiritual cobra gran relevancia por el impacto que tiene sobre el adulto mayor respecto a la forma en que continuará con su vida, la concepción que tendrá de sí mismo actualmente, del sentido que dará a su vida y experiencias pasadas, así como también en la manera de concebir la propia muerte, pero todo esto se abordará más adelante.

Para el Instituto Mexicano de Tanatología (2008), la religión es un conjunto de creencias o dogmas sobre la divinidad, de veneración o temor hacia ella, con prácticas rituales que van desde la oración hasta el sacrificio para dar culto, lo que repercute en una conducta moral. La palabra religión proviene del latín *relegere*, que significa recoger, reagrupar, es un conjunto de ritos que constituyen la esencia sagrada del hombre y la sociedad; proviene también del latín *religare*, que significa reunir, conjunto de ritos que buscan la unión del hombre con Dios. Mientras que para Behar (2003) la religión está relacionada con el anhelo de trascender. En el mundo existen diversas religiones, y cada una de ellas es un sistema de creencias diferentes entre sí, aunque no por eso una es mejor que otra. A continuación se abordarán algunas de las características de ellas de acuerdo al Instituto Mexicano de Tanatología (2008).

Comenzaremos con el Judaísmo, reconocido como la primera religión monoteísta, éste permite realizar oraciones especiales en casos de enfermedad o cuando se acerca la muerte sin la necesidad de que alguien especial las dirija. El judaísmo considera a la vida fundamentalmente buena, estimula el desarrollo espiritual y fomenta la preocupación por los semejantes, su libro sagrado es la Torá.

En el caso del Cristianismo, es primordial seguir las enseñanzas bíblicas, quienes las practican en los últimos momentos de vida requieren la presencia de un sacerdote para realizar alguna confesión y recibir la absolución. En esta religión no hay inconvenientes para realizar la autopsia o donar órganos, aunque algunos individuos tienen motivos personales para no hacerlo.

En el caso de la India, su religión oficial es el Hinduismo, para ellos la higiene y el pudor son aspectos relevantes así como el respeto hacia los practicantes de la medicina tradicional hindú, llamados ayurvedas. Esta es la religión más antigua que se profesa en la actualidad, y su principal creencia es el ciclo infinito de nacimiento, para ellos cada persona reencarnará en un nivel determinado por su existencia anterior; en el caso de los enfermos terminales en agonía los familiares les leen algún libro sagrado.

Cualquiera que sea la religión que se profese, la vida religiosa y/o espiritual toma una relevancia especial para la mayoría de los ancianos, ya que comienzan a regir su vida, e incluso su muerte propia, bajo las creencias de su religión, la cual según Rivera y López (2007) conlleva un sistema de creencias éticas más que teológicas para este grupo. Fericgla (2002) sugiere que los adultos mayores tienen prácticas íntimas de preparación tanática improvisada, contrarias a la orientación católica que está más implicada en actos sociales y formalismos que en la auténtica preparación vivencial.

Aréchiga y Cereijido (1999), consideran que a diferencia de las antiguas culturas en las que el sentido de la vida lo daban sus grandes religiones, en

nuestros días la mayoría de las prácticas religiosas se llevan a cabo por tradición y no por convicción, por lo que los modelos religiosos han perdido eficacia para enfrentar la angustia a la muerte. Sin embargo, Rivera y López (2007) mencionan que una de las estrategias que utiliza el adulto mayor es el afrontamiento religioso, el cual es un fenómeno multidimensional diseñado para ayudar a las personas en la búsqueda de sentido, significado y propósito, confort emocional, control personal, intimidad con otros, salud física y/o espiritual. Algunos de los métodos dentro de esta estrategia son el perdón, la purificación, y la confesión, el apoyo espiritual, la apreciación religiosa, la conversión y las aproximaciones religiosas al control.

Generalmente las personas practican alguna religión, sin embargo, hay personas que no tienen religión alguna, pero esto no significa que carezcan de creencias espirituales. El término *espiritual* alude a las últimas consecuencias y a la búsqueda de sentido (Instituto Mexicano de Tanatología, 2008), según el diccionario de la lengua española se define espiritualidad como el grado de adaptación de una persona o grupo de personas sobre el conjunto de creencias, pensamientos, conceptos, ideas, ritos y actitudes de naturaleza más o menos mística (Diccionario de la lengua española, vigésima segunda edición).

Cabe destacar que la espiritualidad es uno de los campos que está siendo estudiado muy recientemente de manera científica, ya que se ha encontrado evidencia empírica de la influencia positiva que tiene en el bienestar del ser humano. La psicología positiva es la que ha puesto especial interés en este tema, una de sus líneas de investigación está centrada en las fortalezas y virtudes que favorecen el crecimiento humano, entre ellas se encuentra la espiritualidad, entendida desde este marco de referencia como un conjunto de sentimientos, creencias y acciones que suponen una búsqueda de lo trascendente, sagrado o divino que contribuyen a dar un sentido y propósito a la vida; asimismo orienta la conducta de las personas, sus relaciones interpersonales y su forma de sentir y de pensar, tanto a la realidad como a sí mismos (Peterson y Seligman, 2004 en Petersen, 2007).

Para Rivera y López (2007), la vida espiritual juega un papel importante en el afrontamiento del estrés y la conservación de la salud en el adulto mayor ya que ha mostrado ser útil en reducir la mortalidad en los casos crónicos; se relaciona con la longevidad, baja ansiedad, mayor autoestima, disminución en las tasas de suicidio, menor abuso de sustancias e incremento en la satisfacción vital.

Benito, Barbero y Payás (2008) exponen que toda persona tiene necesidades espirituales, que si son elaboradas ayudarán a dar significado a la vida, mantener la esperanza y aceptar la muerte, refieren también que estas necesidades son: a) de ser reconocido como persona; b) de volver a leer su vida; c) de encontrar sentido a la existencia y el devenir; d) de liberarse de la culpabilidad, y de perdonarse; e) de reconciliación y de sentirse perdonado; f) de establecer su vida más allá de sí mismo; g) de continuidad, de un más allá; h) necesidad de auténtica esperanza, no de ilusiones falsas; i) necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosos; j) necesidad de amar y ser amado. Y es importante señalar que todas estas necesidades espirituales pueden expresarse en cualquier contexto, ya sea religioso o no; y serán expresadas de manera diferente por cada persona tomando en cuenta su edad y circunstancias de la vida. Es preciso indicar también, que la espiritualidad estará en relación con la cultura a la que se pertenezca; por lo que según los autores “viene a ser la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Se asocia también al desarrollo de unas cualidades y valores que fomenten el amor y la paz” (p. 59). En el caso de los adultos mayores resulta de suma importancia tomar en cuenta sus necesidades espirituales, debido a que éstas intervienen en la manera en que el anciano hará un recuento de su vida, así como también en la manera que dará un nuevo sentido y significado a su situación actual, y a la forma en la que actuará cuando se encuentre de cara a la muerte, es decir, en el momento en que tenga que aceptar su proximidad.

A partir de esto se puede sostener que todo profesional que trabaja con adultos mayores, debe considerar los referentes espirituales de la persona para enriquecer el proceso terapéutico y que se encuentra asociada al envejecimiento exitoso, del cual se hablará a continuación.

3.6 Envejecimiento exitoso

Sarabia (2009) menciona que la vejez es considerada una fase en la que la persona pasa de la plenitud física, social y mental a un estado de decrepitud; sin embargo, afirma que esta imagen negativa del adulto mayor ha ido desapareciendo gracias a las estrategias que procuran fijar el envejecimiento exitoso como una meta; refiere también, que se basa en el concepto de bienestar subjetivo, entendido como el grado de satisfacción experimentado tras hacer una valoración global de la vida.

De acuerdo con Fernández-Ballesteros (1998, en Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999) existen diferentes tipos de envejecimiento, la clasificación más relevante hasta ahora es la que establece tres tipos de envejecimiento: normal, patológico y exitoso. La vejez normal es la que se vive sin patologías físicas o psicológicas inhabilitantes; la patológica, se caracteriza por la presencia de enfermedad y discapacidad; y finalmente la vejez con éxito, que es aquella en la que hay poca probabilidad de enfermedad o discapacidad física funcional y compromiso con la vida.

Desde la psicología positiva se plantea que, paralelo al deterioro biológico del adulto mayor se da la evolución y desarrollo de otros aspectos que se mantienen a pesar de los decrementos, esto se conoce como envejecimiento exitoso, competente, positivo, saludable, funcional, satisfactoria, buen envejecer, etc. Un envejecimiento exitoso ocurriría cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida, en este sentido, se pone de manifiesto que en la vejez destacan los individuos que funcionan cerca de sus

límites y maximizan las cualidades de apoyo de su entorno, con lo que envejecen mucho mejor y parecen ser más competentes que otros (Petersen, 2007). Por su parte Schulz y Heckhausen (1996, en Craig y Baucum, 2001) señalan que el envejecimiento exitoso consiste en no interrumpir las actividades que realizamos bien y en compensar de forma activa cualquier deterioro físico o mental.

Para un envejecimiento exitoso Baltes y Baltes (1990, en Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999) proponen el modelo de Selección, Optimización y Compensación (SOC), al que Fernández-Ballesteros (1998) agrega la Normalización, según la cual el individuo puede seguir realizando actividades de la edad, dentro de sus contextos habituales. De acuerdo con lo anterior, se trata que la persona pueda conseguir y mantener niveles de competencia y actividad a lo largo de la vejez.

Ahora bien, Papalia, Wendkos y Duskin (2005) señalan que algunos investigadores definen y miden el envejecimiento exitoso u óptimo, centrándose en criterios como el funcionamiento cardiovascular, el desempeño cognitivo y la salud mental; otros consideran la longevidad, la cual puede ser una señal de salud física y mental; y unos la productividad. Otra propuesta sugiere examinar la experiencia subjetiva: qué tan bien alcanzan los individuos sus metas y qué tan satisfechos están con sus vidas (Schulz y Heckhausen, 1996, en Craig y Baucum, 2001).

Como se ha puntualizado en este capítulo, los cambios ocurridos en la etapa de la vejez son multifactoriales, van de lo biológico, pasando por lo social y repercutiendo de manera significativa en lo psicológico. Ante este panorama, muchos han sido los profesionales que han aportado conocimiento para enfrentar el hecho eficazmente y que resulte beneficioso y satisfactorio para el adulto mayor y la sociedad en general. En el siguiente capítulo, se abordará el tema de las pérdidas y el proceso para su afrontamiento, incluyendo la muerte de seres queridos y la propia, así como de la actitud y percepción que tiene el adulto mayor mexicano ante este hecho.

CAPÍTULO 4

ACTITUD ANTE LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR

*“Así como una jornada bien empleada
produce un dulce sueño,
así una vida bien usada
causa una dulce muerte”.*

Leonardo Da Vinci

4.1 Definición de actitud en psicología

Una *actitud*, “es un fenómeno psicológico complejo, que se va formando y desarrollando a lo largo de la vida, que muestra carácter de tendencia o disposición y que influye en las respuestas conductuales del sujeto” (Ministerio de Educación Mined 1974, en Grau, Llantá, Massip, Chacón, Reyes, Infante, Romero, Barroso y Morales, 2008, p. 41).

Gordon W. Allport (en Mueller, 2011) define *actitud* como “una disposición mental y nerviosa organizada por la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos y todas las situaciones que se relacionan con él” (pag. 510). Por su parte Dawes (1975) opina que la actitud se refiere a un afecto o disponibilidad para responder de cierta manera frente a un objeto o fenómeno social. Así pues, podemos definir actitud como la disposición que se tiene con respecto a un objeto o situación cualquiera.

Algunos autores mencionan que las actitudes tienen tres componentes básicos: cognitivo, afectivo y de acción; el primero se refiere a las creencias y opiniones, el segundo a los sentimientos positivos o negativos; y el tercero a la predisposición o tendencia a actuar de determinada manera (Katz, 1960 y Triando, 1964, en Orsi 1988; Mined 1974, en Grau, et. al. 2008). Dado que las actitudes tienen un componente cognitivo, Grau, et. al. (2008) afirman que si las creencias

que se tienen son estereotipadas, se tendrán actitudes prejuiciadas. Entre estas podríamos encontrar la actitud que se tiene ante la muerte, de la cual se hablará en este capítulo.

4.2 Definición de muerte

El análisis de la muerte se puede realizar desde muchas perspectivas, cada una de ellas aporta información valiosa para la reflexión de cuestiones como el sentido de la vida, la filosofía de la vida, el estilo de vida, las actitudes ante la vida y la muerte propia y ajena, los modelos sociales de comportamientos actuales, el envejecimiento saludable y satisfactorio, la prevención y atención sociosanitaria, etc., (Menéndez, en Triadó y Villar 2006).

Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) la palabra muerte se deriva del latín *mors*, *mortis*, que significa cesación definitiva de la vida; para Núñez, Cabrera, Vázquez, Gil y Escalona (2009) la muerte es considerada un hecho natural y universal que afecta a todos los seres vivos y generalmente, es ignorada y no deseada. Al hablar de muerte nos encontramos con un fenómeno multidimensional, ya que se aborda desde diferentes campos de estudio como se mencionó con anterioridad. Una de las propuestas es la Folta y Deck (1973, en Menéndez, 2006) que diferencian a la muerte: como proceso, el morir; como acto, el acontecimiento final de la vida; como hecho que conlleva las creencias de lo que puede ocurrir más allá de la muerte. Según Menéndez (en Triadó y Villar, 2006), otro punto de vista es el que concibe al ser humano como ser biopsicosocial: muerte física (celular, cerebral, clínica), muerte psíquica (pérdida de la conciencia como ser independiente y racional) y muerte social (pérdida de la identidad, función y reconocimiento social).

Por su parte De la Serna (2003) menciona que la muerte es el cese total de las funciones vitales: de la actividad cerebral, cardiovascular y respiratoria espontánea, produce cambios irreversibles en el organismo que ocasionan la destrucción de las células y los tejidos. La muerte puede ser esperada en personas

de edad o que padezcan enfermedad grave, o inesperada si le acontece a un joven o cuando se produce de manera brusca; puede ser también intencional o involuntaria y a veces puede ser subintencional como es el caso de consumo de sustancias tóxicas y la práctica de conductas de riesgo. Por otro lado, Behar (2003) refiere que la muerte no es un estado sino un proceso, asimismo hace la distinción entre cuatro tipos de muerte: la *aparente o relativa* que consiste en la desaparición del tono muscular, paro respiratorio o baja actividad cardíaca y circulatoria, sin embargo la persona podría volver a la vida y recobrar la conciencia; en la muerte *clínica* cesa la actividad cardíaca y respiratoria, desaparecen los reflejos, pero subsisten reacciones metabólicas y podría haber un retorno a la vida, salvo cuando la anoxia rebasa los 8 minutos; en el caso de la *absoluta*, hay muerte cerebral y vida vegetativa asistida; mientras que en la *total* ya no existen células vivas. También de acuerdo con Kastembaum y Aisenberg (1972 citados por Ortíz 1989, en Krassoievitch 2001) existen tres formas de conceptualizar la muerte: de manera *impersonal*, en la cual hay distanciamiento emocional con la noticia de la muerte de alguien lejano en tiempo y espacio; la *interpersonal*, que tiene que ver con la muerte de un ser cercano o querido; y la *intrapersonal*, esta última nos confronta con la muerte propia, cuyo significado estará en función de lo aprendido y de las experiencias.

La teoría más sobresaliente en el tema de la muerte es la de Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra que desempeñó una importante labor en el acompañamiento de pacientes terminales en el proceso de morir y en apoyo en el duelo. Su propuesta diferencia cinco fases por las que pasaría el paciente con enfermedad terminal cada fase implica un sentimiento o actitud dominante: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación (Menéndez, en Triadó y Villar 2006).

Como se puede notar, es difícil encontrar una única definición del término muerte dado que se aborda desde diferentes perspectivas y consideran diversos factores que se relacionan con ella; ahora bien, para los adultos mayores es un

tema crucial dado que por cronología, la muerte es el paso siguiente, Mantegazza (2006) afirma que en algunas sociedades tradicionales morir en la vejez permitía recapitular la propia vida y reflexionar sobre ello, a diferencia de lo que sucede actualmente donde el anciano muere solo, y en lugar de entender la muerte como cumplimiento o algo natural, simplemente la espera como liberación de su estado de abandono. En el caso de los adultos mayores, la concepción que tienen de la muerte depende de diversos factores como las experiencias de muertes cercanas, enfermedades, distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes (Viguera 2005, en Uribe, Valderrama y López, 2007).

En el apartado siguiente abordaremos algunas de las pérdidas más significativas que experimentan los ancianos y cómo es el proceso de duelo que realizan.

4.3 Pérdidas y duelo en la vejez

Al igual que en las etapas anteriores del ciclo vital, durante la vejez se presentan diferentes tipos de pérdidas, las cuales tienen un impacto significativo en el adulto mayor, y que inevitablemente lleva a la elaboración del proceso de duelo. A continuación se presentarán algunas de las pérdidas más significativas.

En la etapa de la vejez, algo que destaca son las pérdidas de diversa índole así como la presencia de procesos de duelo correspondientes a dichas pérdidas. De acuerdo con Belsky (1996), entre las diferentes pérdidas se encuentran las ocasionadas por la muerte, los ancianos se han enfrentado personalmente con la muerte de otros individuos, en diferentes ocasiones y en esta etapa de la vida la muerte propia se aproxima.

Vilches (s.f., en Uribe, Valderrama y López, 2007) opina que la llegada a la vejez pone a la persona ante un sinnúmero de cambios y pérdidas que repercuten

en su calidad de vida y estabilidad emocional, trayendo consciencia de que la muerte está cada vez más cerca. Castro (2008) a su vez expresa que el adulto mayor experimenta un sinnúmero de pérdidas, pero una de ellas es que los propios familiares les quiten sus pertenencias y recuerdos por considerar que ya no les sirven para nada, y en ocasiones también se les niega la oportunidad de seguir compartiendo con sus seres queridos al abandonarlos en instituciones de descanso o en asilos.

Krassoievitch (2001) asegura que estas pérdidas pueden provocar duelos normales o patológicos, dependiendo de la capacidad que se tenga para elaborar las pérdidas; asimismo indica que la edad es un factor que interviene en la intensidad y duración del duelo; en el caso del adulto mayor, por tener más contacto con la muerte pueden sobrellevarlo mejor que las personas jóvenes, de igual forma menciona que existen diferencias entre género, ya que las mujeres se adaptan mejor que los hombres ante cualquier pérdida. Chapot y Mingorance (2008) coinciden con Krassoievitch (2001), al considerar que en situaciones de pérdida la persona experimenta estados de pena y tristeza; sin embargo, resaltan que para las personas mayores la experiencia acumulada a lo largo de la vida les facilita afrontar las pérdidas que surgen durante el envejecimiento.

Respecto a las pérdidas, el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) sugiere que hay pérdidas naturales a la edad, entre ellas podemos encontrar: *pérdidas físicas* como dolencias y mayor fatigabilidad; las *pérdidas psicológicas*, como disminución en la atención, memoria; *pérdidas afectivas*, manifestadas como vacío existencial, pérdida de seres queridos, de actividad sexual, de autoestima y autonomía; y finalmente *pérdidas sociales*, como la jubilación, la pérdida de roles y estatus, disminución en la decisión económica y familiar, así como la pérdida de juventud muy señalada por la sociedad. A continuación se describirán algunas de las pérdidas más significativas que se presentan durante la vejez, como son la jubilación, la marcha del hogar de los hijos, la muerte del cónyuge y la muerte de un hijo.

Fericgla (2002) indica que la *jubilación* en lugar de ser apreciada como una oportunidad para retomar la vida fuera de lo laboral, es entendida como el inicio de la muerte social. Por su parte Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999) mencionan que tras una vida de trabajo, la jubilación se presenta como un cambio de vida y de roles sociales, lo que la persona puede experimentar de diversas formas, algunos no saben qué hacer porque sus actividades cotidianas han desaparecido y este cambio puede afectar sus relaciones con la familia, los compañeros y los amigos; en el caso de las personas para quienes el trabajo representa todo, es común que se presenten sentimientos de inutilidad que pueden llevar a un estado depresivo. No obstante, los autores refieren que hay otras personas para quienes la jubilación representa una etapa más de la vida, en la que pueden recuperar su tiempo libre y dedicarlo a actividades que les permitan integrarse a nuevas relaciones y obtener nuevos roles sociales. Pero claro está que la manera en que se perciba la jubilación dependerá de factores personales, económicos, el estado de salud, y la situación familiar; ya que una persona que cuente con buena salud y disfrute de una economía estable podrá afrontar su retiro laboral con mayor éxito de adaptación a su nueva situación sociofamiliar, a diferencia de una persona que se ha centrado tanto en el trabajo que cuenta con escasas relaciones sociales, además de una mala salud y dificultades económicas, por lo que la jubilación será entendida como un castigo difícil de afrontar (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999)

Carmona, Cely, Nemeguen y Sanabria (2008) indican que al momento de la jubilación el adulto mayor tiene dos opciones para aceptar su proceso: la primera consiste en mostrar disposición al cambio, encontrando en la jubilación una etapa más de la vida; aunque también puede presentarse otra alternativa que se refiere a la negación total de desprenderse de la estabilidad social y económica que proporciona su lugar de trabajo. Los autores refieren que la primera opción lleva a una sana adaptación, mientras que la segunda significará una pérdida y un malestar para la persona.

Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999) opinan que algunas personas mayores tras la *marcha del hogar de los hijos*, experimentan una sensación de soledad y que puede llevarles a un estado depresivo, aunque aseguran que el fenómeno llamado “nido vacío” afecta diferencialmente más a la mujer que al hombre. Sin embargo, cabe señalar que el hecho de que los hijos abandonen el hogar, puede generar que la relación con la pareja mejore (Craig y Baucum, 2001).

En el caso de *la muerte de la pareja* con quien se ha convivido gran parte de la vida es una de las pérdidas más significativas por las que atraviesa el adulto mayor, al respecto Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999) consideran que la viudedad no tiene el mismo efecto en ambos sexos, y que es una condición esencialmente femenina por las siguientes razones: las mujeres viven más años que los hombres; además de que por lo general se casan con hombres algo mayores que ellas; aparte de que los hombres contraen nuevas nupcias después de quedarse viudos con más frecuencia que las mujeres. Parkes y cols. (1969, en Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999) reportan que la viudedad es una de las situaciones más traumáticas que acontecen a lo largo de la vida, tanto que en hombres, las tasas de mortalidad incrementan en un 40% durante los seis meses siguientes a la muerte de la pareja.

Craig y Baucum (2001) mencionan que la viudez, además de la pérdida de la pareja puede significar la pérdida de estatus y de roles. En cuanto al impacto que este evento provoca Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (1999) afirman que en el caso de los hombres tienen más problemas de adaptación, dificultades para establecer nuevas relaciones, además de que les resulta complicado realizar adecuadamente las tareas del hogar por sí solos; referente a las mujeres esta situación tiene menor impacto que en el hombre, porque presentan mayor facilidad para establecer nuevas relaciones y cuentan con más redes de apoyo; también influye el que las mujeres saben que es probable que pierdan a su

pareja, por lo que puede existir lo que Kalish (1983, en Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999) denominó “ensayo de viudedad” con el que la mujer puede llegar a anticipar problemas emocionales y encontrar soluciones para su futura adaptación. A pesar de que la pérdida del cónyuge es un gran desafío emocional, Papalia, Wendkos y Duskin (2005) mencionan que es común que después de cierto tiempo los sobrevivientes reconstruyan su vida sentimental junto a alguien más.

Otra de las pérdidas más difíciles de afrontar, es *la muerte de un hijo* ya que es considerado un acto antinatural que no debería ocurrir, asimismo puede significar un fracaso para los padres; respecto a la forma de afrontar el duelo, algunos se refugian en el trabajo, las relaciones interpersonales y otros más, se unen a grupos de apoyo para disminuir su dolor, aunque en ocasiones la pérdida de un hijo puede apresurar la muerte de un padre por el estrés generado (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Al darse la *pérdida del poder económico*, las personas de esta edad cuentan con escasas posibilidades de obtener mayores ingresos económicos ya que el periodo de mayor productividad en su vida ha pasado (Rage, 2002).

Todas las pérdidas anteriormente descritas implican necesariamente atravesar por un proceso de duelo que ayude al adulto mayor a generar una resignificación. Etimológicamente la palabra duelo, proviene de los vocablos *duellum*, que significa combate, y de *dolus* que significa dolor. El término duelo ha sido utilizado ampliamente dentro del psicoanálisis y del mundo clínico desde que se tradujo la obra de Freud *La aflicción y la melancolía* (1917, en Sosa, 1994) y a partir de entonces el término ha ido cambiando de significado. En su sentido más restrictivo se utiliza para hacer referencia a lo establecido por el propio Freud, quien afirmaba que el duelo era un conjunto de procesos que se ponen en marcha después de una situación de pérdida y que tienen la finalidad de que el deudo consiga apartar toda esperanza y recuerdos del fallecido. En su sentido más

general, el término se utiliza fuera de los círculos psicoanalíticos para hacer referencia al conjunto de reacciones que se producen en un ser humano cuando se enfrenta a una situación de pérdida por muerte de algún ser querido. Así, Behar (2003) explica que podemos definir el duelo como la reacción frente a toda pérdida sufrida. Igualmente Ortiz y Filidoro (2004) sostienen que el duelo, es la reacción psicológica que se experimenta tras una pérdida significativa. De modo complementario, de acuerdo con O'Connor (1990, en Instituto Mexicano de Tanatología, 2008) el duelo se define como "los sentimientos, reacciones y cambios que ocurren durante el proceso de cicatrización de una herida (psicológica) por la pérdida de algún ser querido" (p.16). Por su parte Harvey (1998, en Limiñana y Corbalán, 2004) define el duelo como todo proceso en el que existe un daño en los recursos personales, materiales y simbólicos con los que se ha establecido un vínculo emocional. Mientras que para Arechiaga y Cerejido (1999), el duelo es la labor psíquica de desprendimiento de los seres y situaciones amadas que han desaparecido.

Las manifestaciones psicológicas del duelo son: síntomas depresivos, tristeza y amargura; soledad; idealización de la persona perdida; sentimientos de que esa persona aun está presente; revivir obsesivamente las últimas horas, días o semanas pasadas con la persona fallecida; y en ocasiones en las que ha habido un largo periodo de dolor por enfermedad y cuidados intensos por parte del deudo, se experimenta cierto alivio, así como sentimientos de culpabilidad y remordimiento. La intensidad del proceso de duelo depende factores como las circunstancias que han rodeado a la muerte, la cantidad y calidad de apoyo social del deudo, y la edad de la persona fallecida (Menéndez, en Triadó y Villar, 2006).

Uno de los autores obligados en este tema es John Bowlby (1980 en Sosa, 1994) para quien la conducta de duelo, en tanto que significa una situación de pérdida afectiva, ha sido objeto de estudio central para el desarrollo de su teoría del apego, el autor señala que si bien es cierto que existen importantes diferencias en la intensidad y duración del duelo, parece existir un patrón secuencial general del

curso del duelo a lo largo de semanas y meses, y puede dividirse en una serie de fases sucesivas:

Fase de embotamiento. Esta primera fase comienza con la pérdida física del ser querido y suele prolongarse durante varios días. Predomina un cierto aturdimiento e incapacidad de aceptar la realidad, existe una aparente calma acompañada de episodios de emoción intensa como enojo, pánico, euforia, entre otros.

Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida: cólera. La persona percibe que la pérdida que ha sufrido es una realidad, lo que produce sensaciones de intenso anhelo, congoja y llanto. Casi simultáneamente aparecen manifestaciones de inquietud intensa, insomnio y pensamientos de tipo obsesivo con respecto a la persona perdida. Se presenta el reconocimiento de la inutilidad de la búsqueda, lo que provocaría las reacciones de ira y cólera.

Fase de desesperanza y fase de reorganización. Para que el proceso de duelo tenga un resultado favorable, el individuo tiene que ser capaz de soportar el anhelo, la búsqueda y el análisis incansable de cómo y por qué se produjo la pérdida, llegando de forma gradual a reconocer y aceptar que la pérdida es permanente, al aceptar esto el deudo siente que nada podrá salvarse, lo que produce depresión y apatía, pero significa renunciar a toda esperanza de recuperar a la persona perdida y la ilusión de restablecer la situación previa. La redefinición no implica una liberación de afecto sino un acto cognitivo. Un proceso de remodelación de los modelos representacionales internos para adaptarlos a los cambios ocurridos.

Limiñana y Corbalán (2004) refieren que el trabajo de duelo, es un proceso lleno de elecciones y posibilidades, de una activa reconstrucción de significados cuyo desarrollo dependerá de factores personales, temporales, interpersonales, familiares y socioculturales, entre otros. Actualmente el proceso ha quedado

establecido en seis etapas que intentan expresar todas las posibles respuestas a la pérdida, este modelo es propuesto por Parkes en 1998, y se conforma por las siguientes etapas: fase de shock; angustia y dolor; negación y búsqueda; culpabilización; depresión y desconsuelo; y por último reorganización. Ahora bien, cabe señalar que el duelo conlleva un tiempo de resolución, y que a partir de éste puede ser categorizado en duelo normal o patológico:

El ***duelo normal***, es un proceso de cambios secuencializados en el tiempo, que permite el ajuste y acomodación progresiva al impacto que supone una pérdida; la mayoría de los autores que han trabajado el tema coinciden en que el duelo se produce a través de una serie de fases o períodos (Sosa, en Buendía, 1994).

Sin embargo sí el proceso de duelo normal no se da o suele complicarse se presenta lo que se conoce como ***duelo patológico***, entre los factores de riesgo de un duelo patológico se encuentran una pérdida inesperada, presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida, aislamiento social, sentimientos de responsabilidad por la muerte, historias de muertes traumáticas e intensa dependencia al individuo que falleció. El duelo patológico se divide a su vez, en complicado o no resuelto y en psiquiátrico (Menéndez, en Triadó y Villar 2006).

En el caso del ***duelo complicado o no resuelto***, se presentan alteraciones en el curso de la intensidad del duelo ya sea por exceso o ausencias de manifestaciones, de acuerdo con Bourgeois (1996, en Triadó y Villar, 2006), se distinguen diferentes modalidades de duelo complicado: *ausente o retardado*, la negación de la pérdida, que genera un intenso cuadro de ansiedad; el *duelo inhibido*, se caracteriza por la imposibilidad de expresar los sentimientos que se experimentan; en el *duelo no resuelto*, el paciente queda fijado en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte; *duelo intensificado*, se produce una reacción emocional intensa; y *duelo enmascarado*, se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos (Menéndez, en Triadó y Villar 2006).

Mientras que el **duelo psiquiátrico**: aparece un trastorno psiquiátrico bien definido que puede manifestarse como: *histérico*, el paciente se identifica con el difunto, incluso trata de parecerse a él; *obsesivo*, se hace muy intenso el sentimiento de culpa que suele acabar en una depresión grave y prolongada; *maniaco*, el dolor se considera inútil al considerar que la muerte no tiene ninguna importancia para evolucionar hasta un cuadro depresivo mayor; *melancólico*, la depresión es más intensa destacando la pérdida del autoestima y la ideación suicida; y *delirante*, el paciente está convencido de que el difunto sigue estando vivo y se comporta de acuerdo con esta idea (Menéndez, en Triadó y Villar 2006).

Los factores de riesgo para el duelo complicado son: el sexo de quien sufre la pérdida, el estado de salud y movilidad física, el apoyo social recibido, el nivel de sintomatología antes e inmediatamente después de la pérdida, el tipo de circunstancias de la muerte del ser querido y el nivel de ajuste marital anterior a la pérdida (Sosa, en Buendía, 1994).

Ahora bien, de acuerdo con Menéndez (en Triadó y Villar, 2006) para elaborar el duelo se requiere desempeñar ciertas tareas que son: aceptar la realidad de la pérdida, dar expresión a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos, adaptarse a una nueva vida sin la persona desaparecida y ser capaz de implicarse emocionalmente de nuevo. Limiñana y Corbalán (2004) refieren que el trabajo de duelo, es un proceso lleno de elecciones y posibilidades, de una activa reconstrucción de significados cuyo desarrollo dependerá de factores personales, temporales, interpersonales, familiares y socioculturales, entre otros.

4.4 Percepción y actitud ante la muerte en el adulto mayor

Según el Instituto Mexicano de Tanatología (2008) en México, la concepción, el significado y los rituales relacionados con la muerte se han modificado con el paso de los años, y actualmente no son los mismos que se practicaban en la época prehispánica, ni se entienden de la misma manera que durante la colonia; sin

embargo, el pueblo mexicano conserva sus tradiciones y las ejerce, por lo que entender y festejar a la muerte es parte de nuestra identidad. Es preciso señalar, que la forma de celebrar depende de cada región de nuestro país, dando lugar a distintas manifestaciones de arte. Se dice que la actitud del mexicano hacia la muerte es tratarla de “tú”, de desafiarla, festejarla pero a pesar de ello, también se le muestra temor y respeto. De modo similar Villavicencio (2000, en Lara, Ruíz y Balcázar, 2009) opina que el mexicano expresa su miedo ante la muerte mediante burlas y juegos con la finalidad de evadir la realidad, y asegura que en México la perspectiva que se tiene de la muerte es muy diferente a la de otras culturas, ya que ésta puede ubicarse en un marco que integra su sentido cultural, social y religioso.

En la vejez, la concepción de la muerte depende en gran medida del estado de salud y del grado de satisfacción de lo vivido y las expectativas, otra circunstancia que influye en la actitud de las personas mayores ante la muerte, es la pérdida de la pareja, para aquellas que la han perdido la propia muerte suele ser contemplada como algo mucho más presente, real y próximo. Así en función de diversas circunstancias las actitudes de las personas mayores ante su propia muerte pueden incluirse en algunas de las siguientes categorías según Martín (1976, en Menéndez 2006): actitud de indiferencia, de temor, de descanso, y de serenidad.

Para Uribe, Valderrama y López (2007) las actitudes ante la muerte que adopte el adulto mayor van a repercutir en sus relaciones familiares, su estilo y calidad de vida, lo cual ha llevado a realizar investigación sobre el tema; para la obtención de datos Gala, et. al. (2002) mencionan que las actitudes hacia la muerte pueden medirse mediante entrevistas semiestructuradas, técnicas proyectivas y escalas o cuestionarios. Al respecto Álvarez y Flórez (2008) opinan que el tema ha sido estudiado en diferentes poblaciones, aunque es entre los adultos mayores en quienes se presenta más temor respecto a la muerte, esta información coincide con los datos presentados por Martínez, Alonso y Calvo (2001) quienes realizaron un estudio comparativo de ansiedad ante la muerte entre adultos jóvenes y mayores,

encontrando que ésta es superior en adultos mayores que en los jóvenes. Contrariamente a ésta idea, Luce y Sauders (2001, en Núñez, Cabrera, Vázquez, Gil y Escalona, 2009) sostienen que la mayoría de las personas mayores no tienen miedo a su muerte, sino al proceso de dolor y abandono. De modo similar Morales (2004) realizó una investigación en la que comparó la actitud ante la muerte en grupos de jóvenes, adultos jóvenes y adultos mayores, encontrando que las personas jóvenes tienen mayor ansiedad y una actitud negativa ante la muerte a diferencia del grupo de personas mayores; la autora afirma que éstos últimos consideran la muerte como algo natural y lo relacionan con la religión al decir que es un acto de la voluntad divina de Dios, y es por esa razón que no la temen ni les preocupa morir, aunque esto no indique precisamente que deseen morir, sino que durante la vejez se ha llegado a una etapa en la que la muerte es vista como un proceso natural.

Por otro lado, un estudio realizado por Cameron, Stewart y Biber (1973, en Belsky 1996) se encontró que la frecuencia con que se piensa en la muerte no es mayor en la edad adulta en comparación con otros grupos de edad, por su parte Kogan y Wallach (1961, en Belsky, 1996), exploraron las percepciones ante la muerte y en contraste, en este estudio sí se encontraron diferencias significativas relacionadas con la edad, aunque todos valoraron la muerte como algo negativo, los ancianos lo valoraron menos negativamente. Así pues, se puede concluir que el hecho de envejecer podría modificar nuestra percepción ante la muerte de modo que a medida que envejecemos la idea de la muerte puede ser menos temible y más aceptable. Los estudios unánimemente coinciden en que los ancianos mencionan menos miedo a la muerte, y por su parte D'Hyver y Kraus (2006) afirman que los ancianos suelen estar menos ansiosos que los jóvenes respecto a la muerte. Asimismo en una investigación realizada por Rivera y Mancinas en el 2007 en la que se estudió la percepción de la muerte a partir el discurso de los adultos mayores, se encontró que existen diferencias de la percepción que están determinadas por la clase social, el género y la religión. Con estos autores coincide Vázquez (1999), quien considera que el tema no sólo debe ser abordado de manera

científica, sino también a través del estudio de lo expresado en la cotidianidad por parte de los principalmente implicados, sus costumbres y sus creencias; en este sentido concuerda Villamizar (2001) quien menciona que el tema de la muerte en el adulto mayor es un reto que exige penetrar en el interior del anciano y desarrollar una empatía que nos permita asumir las necesidades presentes en esta situación y acompañar, satisfacer, escuchar y guiar.

En el caso particular de los ancianos con enfermedad terminal, se ha encontrado que en su mayoría los adultos mayores ven en la muerte un alivio al dolor, por lo que desean morir, y se ve más afectado por la muerte de los demás que por la propia, sin embargo, presentaron depresión, ansiedad, miedo y dependencia, por su parte, sus familiares manifestaron sobreprotección y permisividad ante los adultos mayores (Torregrosa, Núñez, Morales y Sablón, 2005).

Además de lo anterior Rage (2002) indica que la actitud ante la muerte puede ser de tranquilidad cuando se tiene una religión que propone la existencia de algo más allá de la vida. Igualmente Vilches (2000) señala en una de sus investigaciones, que la actitud ante la muerte del adulto mayor estará determinada por dos líneas, una de ellas la religiosa, en la que la muerte es concebida como algo de naturaleza espiritual en la que se tiene la creencia de reencarnación, la del camino hacia otra vida; a diferencia de la segunda línea, donde la concepción que se tiene es encontrar la muerte como el fin de la vida sin algún sentido religioso. Álvarez y Flórez (2008) afirman que la religión, los vínculos sociales, el estado de salud y el apoyo familiar influyen en la actitud ante la muerte que se asumirá, en relación a esto Uribe, Valderrama, Durán, Galeano y Gamboa (2008) sugieren que es posible que esta actitud ante la muerte en adultos mayores se deba a que el tema ha estado presente en las diferentes etapas de su vida.

Por otra parte cabe mencionar que Kruse (1988, en Lehr y Thomae 2003) descubrió en los grupos de pacientes examinados cinco formas de confrontación a la muerte:

1. La aceptación de que se vaya apagando la vida y de la muerte, y al mismo tiempo que se buscan las posibilidades que la vida ofrece todavía.
2. Creciente resignación y amargura que hacen que la vida se experimente como una carga
3. Superación o reducción del miedo a la muerte, porque se ha adquirido un nuevo sentido de lo que es la vida.
4. Esforzarse para que la amenaza que pesa sobre la propia existencia no se convierta en el centro de las experiencias.
5. Superación de una profunda depresión con la ayuda de parientes y amigos, y sometimiento a lo que finalmente resulta inevitable.

En relación a lo anterior ha de resaltarse que las actitudes que se adopten ante la experiencia de la muerte se asocian a diversos factores tales como la educación, el contexto cultural, la visión que se tiene del mundo, y las experiencias pasadas que se tienen en relación con la muerte, la esperanza de vida y las creencias sobre lo que es un ser humano (Aries, 2000 en Lara, Ruíz y Balcázar, 2009). De acuerdo a Neimeyer (1994 en Lara, Ruíz y Balcázar, 2009) entre las principales actitudes ante la muerte se pueden mencionar: ansiedad, temor, preocupación y aceptación; por lo que el cómo experimentemos la situación de la muerte ajena servirá para prepararnos y tomar conciencia de nuestra muerte propia y aceptar esa posibilidad y por ende, a partir de esto, la actitud.

Como se ha observado la evidencia empírica acerca de la investigación de la actitud ante la muerte en la tercera edad se halla polarizada, es decir, mientras en algunos estudios se encuentra que la edad no influye en la actitud ante la muerte otros afirman lo contrario, no obstante, la importancia de la investigación científica sobre este tema radica en identificar los factores que influyen en la actitud ante la

muerte para poder generar en la medida de lo posible las condiciones que ayuden a tener una actitud positiva ante la muerte, y por tanto encontrar un sentido a la vida en la última etapa de la misma. No obstante, es posible identificar que la manera en que el adulto mayor asumió y construyó su percepción de vida, podrá relacionarse con el modo en que ahora podrá afrontar su muerte y en qué condiciones vive dependiendo de su estado físico, personal, emocional, social y espiritual, lo que podría generar una mayor satisfacción cuando llegue el momento de hacer una revisión de su vida.

METODOLOGÍA

Participantes

Participaron 400 adultos mayores con un rango de edad entre 60 y 93 años, de los cuales 200 acudían a algún club de la tercera edad del Municipio de Cuautitlán Izcalli y 200 no acudían. En el caso del grupo de los que acudían a los clubes 70.5% eran de sexo femenino y 29.5% masculino. El 97% reportó tener alguna ocupación, mientras que el 3% dijo no tenerla; el nivel de escolaridad reportado osciló desde los que mencionaron no tener estudios hasta los que dijeron haber estudiado un posgrado, cabe destacar que haber concluido la primaria fue el porcentaje más sobresaliente (33.5%) de los niveles educativos. Con respecto a la religión 83% dijeron profesar la religión católica y 17% practicaban otra religión (mormón, cristianos, etc.) o ninguna.

En cuanto al grupo de los que no asisten a los clubes de la tercera edad el 62% eran de sexo femenino y el 38% de sexo masculino. El 95% de los y las participantes señalaron tener una ocupación y el otro 5% dijo no tenerla, de igual forma que en el otro grupo el nivel de estudios sobresaliente fue la primaria concluida con un 55.5%, así como el rango de escolaridad fluctuó entre sin estudios hasta estudios de posgrado. Referente a la religión el 82.5% reportó ser católico y el 17.5% practicaban otra religión (mormón, cristianos, etc.) o ninguna.

Diseño de investigación

Es una investigación transversal descriptiva comparativa.

Instrumento

Se utilizó el formato de la escala de actitud ante la muerte, propuesto por Morales (2004). La cual está integrada por 20 ítems, 9 positivos y 11 negativos, en

un formato Likert con 4 opciones de respuesta: Me describe totalmente=1, Me describe bastante=2, Me describe poco=3 y No me describe=4. Los ítems están agrupados en tres categorías dirigidas a evaluar: percepción de la propia muerte, considerada como pensamientos que causan la anticipación del estado en que uno está muerto; percepción de la muerte de los demás, considerada como pensamientos relacionados con la anticipación de la muerte de personas significativas; y religión, considerada como las creencias o interpretaciones de una forma de existencia continuada o vida después de la muerte, que permite a los sujetos construir a la muerte como una realidad personal no amenazante.

En la forma de evaluación, un puntaje de 20 a 50 significa una actitud negativa ante la muerte, mientras que de 51 a 80 se considera como una actitud positiva ante la muerte (ver anexo).

El instrumento fue diseñado para evaluar a poblaciones de adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores, sin embargo dos de los reactivos están dirigidos hacia la población joven, por lo que se modificó el sentido de éstos respetando la idea central.

3. ____ No me importaba pensar en morir joven.
19. ____ Me asusta no haber experimentado todo lo que quiero.

La escala de actitud ante la muerte (Morales, 2004) fue seleccionada de entre diversas escalas ya que incluye las categorías de percepción ante la muerte y percepción ante la muerte propia, las cuales son fundamentales para la evaluación de actitud ante la muerte. Asimismo el formato de respuesta que propone es sencillo, lo que facilita su solución. Además de que fue diseñada y validada para la población mexicana.

Procedimiento

Para seleccionar la muestra se empleó un muestreo no probabilístico de cuotas, ya que cualquier persona que presentara la edad de 60 años en adelante y que acudieran o no a un club de la tercera edad podía ser seleccionado.

Las investigadoras pedían a los y las participantes que contestaran individualmente la escala de actitud ante la muerte (Morales, 2004), y una vez que hubieran concluido se agradecía su participación. En caso de que los y las participantes tuvieran alguna duda y/o impedimento físico para resolver la escala, las investigadoras les apoyaron de la manera que fuera necesaria.

La aplicación de la escala se llevó a cabo dentro de las instalaciones de los clubes de la tercera edad y en espacios públicos del Municipio Cuautitlán Izcalli como parques, iglesias, calles, y afuera de clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

RESULTADOS

En este apartado se presentan los datos obtenidos en la presente investigación en el siguiente orden: primero se hablará de la muestra en general, posteriormente se expondrán las comparaciones dentro de cada muestra y finalmente las comparaciones entre grupos.

Referente al total de la muestra (los que acudían y los que no acudían) se encontró que el 35% de los y las participantes presentaban una actitud positiva ante la muerte mientras que el 65% refiere una actitud negativa como se muestra en la Figura 2.

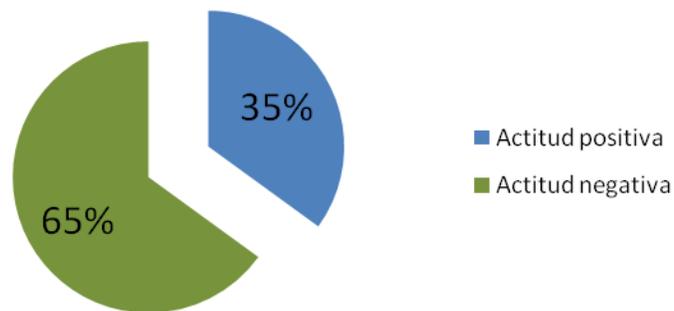


Figura 2. Porcentaje de actitud ante la muerte de la muestra total

A pesar de que para el total de la muestra se encontró una actitud negativa, en la Figura 3 se observa que en el grupo de los que acudían a los clubes de la tercera edad, el número de personas con actitud positiva es mayor que en el grupo de los que no acudían.

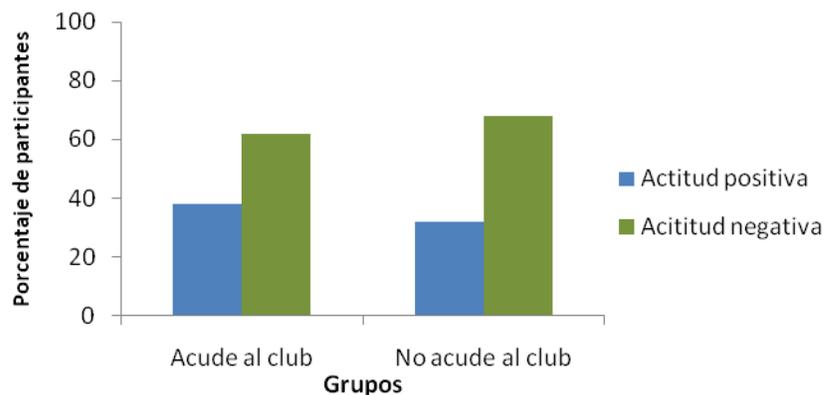


Figura 3. Porcentaje de adultos mayores con una actitud positiva o negativa ante la muerte.

Al comparar la actitud ante la muerte en las tres diferentes categorías que evalúa la escala de actitud ante la muerte se aprecia que la percepción de la muerte propia es más positiva en el grupo de las personas que acudían al club de la tercera edad; por el contrario la percepción de la muerte de los demás es más aceptada en los adultos mayores que no acudían a los clubes; mientras que en el caso de la religión, esta es igualmente importante en la vida de los ancianos, como se muestra en la Figura 4.

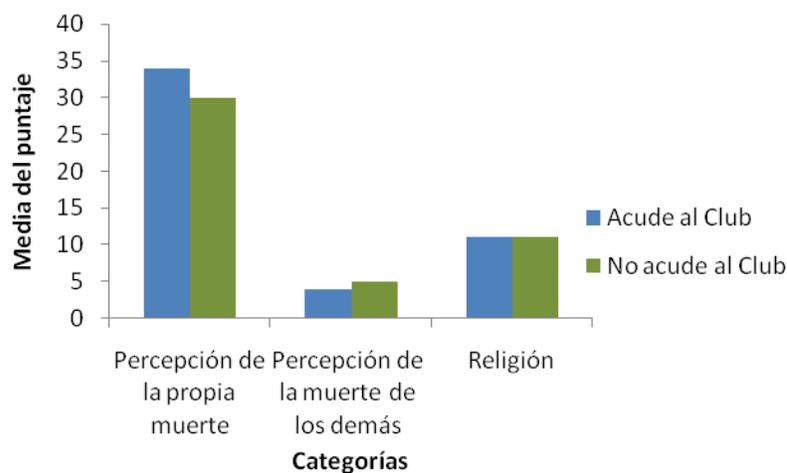


Figura 4. Media del puntaje por categoría de la escala

En el grupo de los que acudían a los clubes de la tercera edad se obtuvieron los siguientes resultados:

Se comparó el puntaje total de la escala de actitud ante la muerte entre hombres y mujeres con una prueba “t” de Student encontrándose diferencias estadísticamente significativas a favor de las mujeres ($t = -2.17$ g.l.= 198 $p = .00$), es decir, las mujeres tienen una actitud más positiva ante la muerte que los hombres.

Posteriormente se realizó un análisis de varianza para evaluar la actitud ante la muerte con respecto al nivel de estudios, el cual mostró que existen diferencias significativas $F(4, 195) = 5.88$; $p = .00$, al realizar comparaciones a *posteriori* mediante Scheffe se identificó que las diferencias se presentan entre las categorías

de primaria y secundaria con respecto a nivel superior, lo que sugiere que a mayor nivel de escolaridad mejor actitud ante la muerte.

Ahora bien al comparar la actitud ante la muerte en función de la ocupación no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas que se mantienen ocupadas actualmente y las que no ($t = -1.20$, $g.l. = 198$, $p = .89$).

En el caso de la religión se identificó que las personas que profesan la religión católica tienen una actitud más positiva a diferencia de quienes practican otra religión o ninguna ($t = 1.22$, $g.l. = 198$, $p = .00$).

En el grupo de los que no acuden a los clubes de la tercera edad se obtuvieron los siguientes resultados:

Se comparó el puntaje total de la escala de actitud ante la muerte entre hombres y mujeres con una prueba “t” de Student, y en contraste con el grupo anterior no se encontraron diferencias significativas ($t = -1.80$ $g.l. = 198$ $p = .47$).

Enseguida se realizó un análisis de varianza para evaluar la actitud ante la muerte con respecto a la escolaridad sin que las diferencias fueran estadísticamente significativas $F(4,195) = 2.09$, $p = .08$.

Al contrastar la actitud ante la muerte en relación con la ocupación y la religión no se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($t = -1.54$, $g.l. = 198$, $p = .66$), ($t = -1.26$ $g.l. = 198$, $p = .44$) respectivamente

Al hacer la comparación de diferentes variables y la actitud hacia la muerte entre los adultos mayores que acudían y no acudían a un club de la tercera edad, se encontró que para la variable género las diferencias fueron significativas ($t = -2.52$, $g.l. = 398$, $p = .01$) a favor de las mujeres; en cuanto a la variable religión, al hacer el contraste con la prueba “t” de Student para grupos independientes se obtuvo que los católicos tienen una actitud más positiva que los que profesan otra religión o no

profesan ($t = 1.71$ $g.l. = 398$ $p = .03$), en lo referente al nivel escolar, las diferencias son significativas, $F = (4, 395) = 9.28$, $p = .00$, los resultados de la prueba post hoc (Scheffe) indican que las diferencias se dan a favor de las personas con mayor nivel de estudios.

Asimismo al realizar una comparación de la actitud ante la muerte entre los que acudían y no acudían a los clubes de la tercera edad se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de las personas que acudían a un club ($t = 3.74$ $g.l. = 398$ $p = .00$) lo que nos lleva a derivar que el asistir a estos centros es otro factor que puede favorecer a que el adulto mayor tenga una actitud positiva ante la muerte.

CONCLUSIONES

Como se ha mencionado, el envejecimiento en México es un fenómeno que se debe atender a la brevedad posible por las repercusiones que puede generar tanto en la sociedad en general como en los propios adultos mayores. Por lo que, para su atención deben ser considerados los factores biológicos, sociales y psicológicos dado que los cambios ocurridos en esta etapa impactan en tales esferas de la vida del adulto mayor. Uno de los acontecimientos que cobran relevancia en este grupo de personas es el encontrarse cada vez más cerca de su muerte, lo que los lleva a hacer un balance de su vida pasada y presente, y a partir del mismo, adoptar una actitud ante la muerte, ya sea positiva o negativa.

En el presente estudio al evaluar la actitud ante la muerte en adultos mayores que acuden o no a un club de la tercera edad, se encontró que ésta es negativa, pese a ello las personas que asisten a dichos centros tienen una actitud más positiva ante la muerte a diferencia de quienes no asisten. Esto podría explicarse porque se ha demostrado que las instituciones de la tercera edad tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del adulto mayor a partir de proteger y atender sus necesidades (González, 2007; Montes de Oca, 2003) tales como el sentido de pertenencia; mantener su vida social activa, gracias a que en estos centros se forman nuevas amistades o parejas sentimentales; mejorar su estado de salud mediante ejercicios como yoga, tai chi, danza prehispánica, baile de salón, así como servicio médico a precios accesibles, y un comedor donde se cuida su nutrición; desarrollar habilidades como tejido, pintura, bisutería, cerámica, entre otros que les permite obtener un ingreso a partir de la venta de sus productos; entrega de la credencial del INAPAM que les otorga beneficios como descuentos en transporte, tiendas de autoservicio, farmacias y actividades culturales. No obstante el instituto reconoce que existen adultos mayores con ciertas limitaciones físicas que les impiden integrarse en algunas actividades por lo que además de los beneficios anteriormente descritos, también brinda cuidados paliativos (González 2007)

En el caso de quienes no acuden a los centros, claro es, que encontramos personas que se mostraban agradecidos con la vida por continuar disfrutando de ella, pero también hubo casos donde mencionaban que ya sólo esperan la muerte y se mostraban tristes al expresar sus experiencias de pérdidas y duelo, haciendo evidente que esto aún era demasiado imponente para ellos quizá por no elaborar los duelos, y en algunos casos más ellos mismos mencionaban que creían que no podían superar sus pérdidas, lo cual se reflejó en una actitud negativa a la muerte.

Es por ello que creemos que los clubes de la tercera edad son espacios que posibilitan el desarrollo personal y espiritual del adulto mayor; que generan las condiciones necesarias para que a partir de la convivencia, la recreación, las actividades, la intimidad y confianza que se crean dentro de los grupos puedan desplegar las habilidades que les permitan aprender a aceptar y mejorar su vida, y como consecuencia de ello puedan aceptar, preparar y tomar las decisiones necesarias para tener también un buen morir. Así pues los clubes de la tercera edad del INAPAM han cobrado gran relevancia para el bienestar psicológico de los adultos mayores.

Otro hallazgo dentro de esta investigación sugiere que los aspectos de género, religión y escolaridad influyen en la actitud ante la muerte; con respecto al género las mujeres presentan una actitud más positiva, posiblemente porque les resulta más fácil mantener y fortalecer sus redes sociales de apoyo (Lopata, 1975 y Stevens, 1995, en Craig y Baucum, 2001, Rivera y Mancinas, 2007), así como también porque la esperanza de vida es mayor a la de los hombres (Fernández-Ballesteros, et al., 1999). Por su parte, se encontró que la religión y la espiritualidad también intervienen en el tipo de actitud que se tenga ante la muerte, pues en esta etapa este aspecto cobra gran importancia en la vida de las personas, ya que a partir de estas creencias resignifican su existencia encontrando así un sentido a su vida y a su muerte, es por ello que este tema ha sido abordado por autores como Rivera y López (2007), Benito, Barbera y Payás (2008), Fericlga (2002), el Instituto Mexicano de Tanatología (2007), Peterson y Seligman (2004 en Petersen, 2007),

Rage (2002) y Rivera y Mancinas (2007). Finalmente, el aspecto de la escolaridad, indica que mientras ésta sea mayor la actitud será más positiva, tal como lo señala Aries (2000, en Lara, Ruíz y Balcazar, 2009).

En contraste, a pesar de que para algunos la jubilación representa un descanso después de toda una vida de trabajo y la oportunidad de hacer actividades diferentes; para otros, significa la muerte social, por lo que este aspecto no resultó ser influyente en la actitud ante la muerte en este estudio.

Han sido muchos los estudios que se han realizado respecto a la actitud ante la muerte en diferentes grupos poblacionales, en esta tesis al igual que en otras investigaciones se encontró en general que los adultos mayores tienen una actitud negativa ante la muerte (Álvarez y Flórez, 2008; Alonso y Calvo, 2001). Sin embargo, otros autores no coinciden con esto y mencionan que en los adultos mayores es más positiva que en cualquier otro grupo de edad (Morales, 2009; Wallach, 1961 en Belsky, 1996). Estas diferencias pueden deberse a que los factores que influyen en la actitud ante la muerte son muy diversos y no siempre pueden ser controlados en las investigaciones, entre las que se puede decir que la edad no es el único factor que interviene, sino que también aspectos como el estilo y calidad de vida que se haya tenido y que se tenga actualmente, cobran gran importancia; así como el estado físico y emocional; las relaciones interpersonales; el estado de salud; la historia de pérdidas y la elaboración de duelos y su resolución o no; además de las creencias espirituales, y el apoyo familiar y social.

En conclusión los datos demuestran que el pertenecer y participar en las actividades que ofrecen los clubes de la tercera edad del INAPAM del Municipio de Cuautitlán Izcalli favorece en general al bienestar del adulto mayor, lo que propicia que haya mejor aceptación ante el hecho natural e inevitable que es la muerte, dado que su vida está en plenitud y por tanto la actitud ante la muerte de los demás y la propia, será más positiva, porque a medida que existe un buen vivir se puede tener un buen morir. Por ello la importancia de promover la asistencia a este tipo de

centros en las comunidades donde ya existen, o bien generarlos en otros lugares de la República Mexicana.

La creación de este tipo de centros ha sido una medida del Estado para hacer frente a las condiciones demográficas que se están viviendo en México, han sido muchos los estudios que han demostrado su eficacia, sin embargo, a pesar de los esfuerzos y el trabajo que se está realizando, aun existen muchas limitaciones u obstáculos que impiden que se cumplan en su totalidad los objetivos de estas instituciones; como puede ser la falta de difusión y expansión de estos espacios, la falta de presupuesto para mejorar las condiciones y el servicio que se brinda, la burocracia, aunado al mal trato de algunos servidores públicos que no tienen el tacto necesario para atender las demandas de los usuarios y/o de las personas que se acercan a solicitar el servicio. Así, con el trabajo conjunto entre Estado, instituciones, el personal e incluso los mismos usuarios, podría eliminar las limitaciones y favorecer el impacto positivo que han demostrado tener estas instancias en la calidad de vida del adulto mayor.

Al realizar esta investigación comprendimos lo complejo y amplio que es el tema de la vejez, por ello la importancia de su estudio multidisciplinario cuyo objetivo es generar planes de acción que den respuesta a las demandas de los adultos mayores las cuales van desde sus necesidades físicas propias de la edad por el deterioro estructural y funcional de su organismo hasta el impacto psicológico que estos y otros cambios traen consigo. Es por ello que la atención al adulto mayor compete a médicos especialistas, a psicólogos, a familiares y amigos y por su puesto al Estado.

Como profesionales de la salud, los psicólogos tenemos el compromiso social de mejorar el bienestar de los adultos mayores, el interés de la psicología por el estudio de la vejez es comprender la forma en que el ser humano se desarrolla y cambia a lo largo de su vida y así mejorar las condiciones que permitan al adulto mayor adaptarse de manera favorable a dichos cambios, lo cual potencializará su

grado de satisfacción vital, pese al declive físico inevitable presente en esta etapa, y por ende gozarán de salud y experimentarán un envejecimiento exitoso. Por ello al abordar el tema de actitud ante la muerte con esta población, el trabajo debería estar enfocado a modificar los pensamientos, creencias y conductas que esto implica, mediante terapia grupal o individual en la que se pongan en práctica las técnicas terapéuticas que permitan reestructurar los pensamientos negativos que se tengan en relación a la muerte y modificarlos por pensamientos positivos que les permitan aceptar la muerte como un hecho natural, esto traería consigo que el adulto mayor comience a prepararse para morir aprendiendo a vivir mejor pues si se eliminan las ideas que evocan sentimientos de miedo e inseguridad podrá afrontar sus dudas y temores, y expresar las emociones que el tema de la muerte genera, teniendo la oportunidad de perdonar y ser perdonados; de expresar sus deseos y decisiones acerca de su cuerpo, sus pertenencias, o el tipo de ritos luctuosos que les gustaría se practicaran en su honor.

Es por ello que la labor del psicólogo dentro de instituciones como los clubes del INAPAM implica grandes responsabilidades, ya que su hacer tendrá un impacto significativo en el desarrollo del adulto mayor y dependiendo en gran medida de las herramientas y habilidades con las que cuente el psicólogo, tales como una sólida formación; amplio conocimiento de la vejez, sus cambios, pérdidas y necesidades; tacto y sensibilidad para abordar susceptibilidades, asimismo la labor del psicólogo no se centra únicamente en el adulto mayor, sino también en el trabajo con sus familias orientándolos en el trato y cuidado hacia ellos con respecto a su salud, nutrición y trámites necesarios como la pensión, la AFORE, el testamento y los seguros médicos y de vida por mencionar algunos, y con esto poder brindar un servicio profesional y eficiente que ayude al adulto mayor a encontrar sentido a su vida y a su muerte.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarracín, D. & Goldstein, M. (1994). Redes de apoyo social y envejecimiento humano. En: Buendía, J. (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 373-398). España: Siglo XXI Editores.
- Alcántara, L. (2009, 24 de septiembre). La crisis agudiza los despojos a ancianos. *El Universal*, 1-3 pp.
- Álvarez, L. Y. & Flórez, Z. (2008). Actitudes hacia la muerte en un grupo de adultos intermedios y mayores con enfermedad crónica (hipertensión, diabetes y cáncer) en la ciudad de Bucaramanga. *Revista Colombiana de Psicología*, 1 (17), 75-82.
- American Psychiatric Association (2003). *DSM-IV-TR: Breviario: Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Aréchiga, H. & Cereijido, M. (1999). Psicología del envejecimiento. En: H. Aréchiga, & M. Cereijido (Eds.) *El envejecimiento, sus desafíos y esperanzas*. (pp. 41-65). México: Siglo XXI Editores.
- Asili, N. (2004). Personalidad y vida afectiva en la vejez. En: N. Asili (comp.) *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 166-187). México: Editorial Pax.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bee, H. & Mitchell, S. (1987). *El desarrollo de la persona en todas las etapas de su vida*. México: Harla

- Behar, D. (2003). *Un buen morir. Encontrando sentido al proceso de la muerte*. México: Editorial Pax.
- Belando, M. (2001). *Vejez física y psicológica. Una perspectiva para la educación permanente*. España: Cáceres.
- Belsky, J. (1996). El final de la vida. En: J. Belsky (Ed.) *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones* (pp. 389-415). España: Masson.
- Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Benito, E., Barbero, J. & Payás Alba. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. Madrid: Arán Ediciones.
- Botella, L. y Herrero, O. (2000) Constructivismo y psicoterapia en la vejez. *Revista Española de Geriátría y Gerontología* 35 (4), 227-236
- Buendía, J. (comp.) (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. España: Siglo XXI Editores.
- Buendia, J. & Riquelme, A. (1994). Envejecimiento y depresión. En: J. Buendía, (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 203-218). España: Siglo XXI Editores.
- Cabralles, J. (2009). Marcos teóricos en psicología. [En red]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/marcos-teoricos-sicologia/marco-teorico-psicologia.pdf>.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. [En red]. Disponible en: <http://www.diproredinter.com.ar/articulos/pdf/acbcognitivo.pdf>

- Canto, H. & Castro E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología*, 9, (2), 257-270.
- Carmona, C., Cely, J., Nemeguen, R. & Sanabria, W. (2008). Características del proceso de duelo por pérdida de actividad laboral que se presenta en población en proceso de pre-jubilación del DANE. *Umbral científico*, 2 (12), 101-116.
- Castro, M. (2008). *Tanatología: la familia ante la enfermedad y la muerte*. México: Trillas.
- Chadwick, C. B. (2001). La psicología de aprendizaje del enfoque constructivista. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 31, (4), 111-126.
- Chapot, S. & Mingorance, D. (2008) Duelo normal y duelo patológico. Su abordaje clínico en el envejecimiento. En: S. Chapot, P. Guido, M. López, D. Mingorance & D., Szulik. *Temas de psicogerontología, investigación, clínica y recursos terapéuticos* (pp. 1-11). Buenos Aires: Editorial Akadia.
- Clemente, M. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria Revista de Psicología y ciencias afines*, 20, (1), pp. 31-60.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (1999). Los Derechos Humanos en la Tercera Edad. México: CNDH.
- Conde, J. & Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la vejez. En: C. Triadó, & F. Villar, (coords.) *Psicología de la vejez* (pp. 341-364). Madrid: Alianza Editorial.

- Consejo Nacional de Población (1999). *El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas*. México: Consejo Nacional de Población.
- Corbera, M. (2004). Tercera edad y familia: el anciano desde una perspectiva sistémica. Trabajo de tercer curso. Zaragoza. [En red]. Disponible en: <http://www.avntfntf.com/imagenes/biblioteca/Corbera%20M.%203%C2%BA%20ZA%2003-04.pdf>.
- Craig, G. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Pearson.
- D'Hyver, C. & Kraus, A. (2006). Geriatria. En: C. D'Hyver, & L. Gutierrez-Robledo, (comps.), *Tanatología* (pp. 615-626). México: Editorial Manual Moderno.
- Dawes, R. (1975). *Fundamento y técnicas de medición de actitudes*. México: Limusa.
- De la Serna, I. (2003). *La vejez desconocida. Una mirada desde la biología a la cultura*. Madrid: Díaz de Santos.
- Delgado, G. (1998). *Construcción de actitudes y creencias sobre la muerte, en pacientes terminales*. Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Dulcey-Ruíz, E. & Uribe, C. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34, (1 y 2), 17-27.
- Fericgla, J. (2002). *Envejecer, una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Editorial Herder.
- Fernández, E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.

- Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez & Zamarrón (1999). *¿Qué es la psicología de la vejez?*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R. (s/f). *La psicología de la vejez*. [En red]. Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2667/16704046.pdf>
- Fierro, A. (1994). Propositiones y propuestas del buen envejecer. En: J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud*. (pp. 3-30). España: Siglo XXI Editores.
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M. & Alba, I. (2002) Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión Conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 2 (30), 39-50.
- García-Martín, M. (2003). Aspectos psicosociales del envejecimiento. *Revista Diagnóstico*, 42, (2), 1-10.
- García-Ramírez, J. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados*. México: Plaza y Valdés Editores.
- García-Rendón, O. L. (2006). Ponencia: *La problemática social de la atención a la vejez en México*. Congreso de la Federación Nacional de Estudiantes y Egresados de Trabajo Social. (1-28 p.) Mazatlán Sinaloa
- González, J. C. (2007). Evaluación de las acciones del INAPAM; avances y retos. *Salud Pública de México*, 4 (49), 349-352.
- González, M. P. & Fernández, M. P. (2000). Los mayores. En: E. González (coord.), *Psicología del ciclo vital* (pp. 407-433). Madrid: Editorial CCS.

- Grau, J., Llantá, M.C., Massip, C., Chacón, M., Reyes, M.C., Infante, O., Romero, T., Barroso, I. & Morales, D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. *Pensamiento psicológico*, 4 (10), 27-58.
- Ham, R. (1996). El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud en México. *Salud Pública de México*, 38 (6), 409-418.
- Ham, R. (1999). El envejecimiento en México: de los conceptos a las necesidades. *Papeles de Población, Universidad Autónoma del Estado de México*, 1 (19), 7-21.
- Hamilton, S. (2002). *Psicología del envejecimiento*. España: Morata.
- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México: Manual Moderno.
- Hayflick, L. (1999). *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.
- Hernández-Raquena, S. (2008). El modelo constructivista con las nuevas tecnologías: aplicado en el proceso de aprendizaje. *Revista de Universidad y sociedad del conocimiento*, 5 (2), 26-35.
- Hernández-Rojas, G. (1997). Caracterización del paradigma constructivista. Módulo Fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa. [En red]. Disponible en: http://comenio.files.wordpress.com/2007/10/paradigma_psicogenetico.pdf.
- Hernández-Zamora, Z. (2005). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 2 (7), 79-100.
- Instituto Mexicano de Tanatología (2008). *¿Cómo enfrentar la muerte?: Tanatología*. México: Trillas.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). México: *Censo de población y vivienda 2010, Estadísticas demográficas*, cuadernos 3 y 4, y *La tercera edad en México*.

Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (2011). Clubes INAPAM. [En red]. Disponible en: <http://www.inapam.gob.mx/index/index.php?sec=24>.

Jeffrey, M. (1994). Aspectos sociales de la depresión en los ancianos. En: J. Buendía, (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 235-246). España: Siglo XXI Editores.

Kalish, R. (1996). *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Kastenbaum, R. (1980). *Vejez: Años de plenitud*. México: Harper & Row Latinoamericana.

Kazdin, A. E. (1989). La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En: A. E. Kazdin (comp.), *Historia de la modificación de conducta*. (pp. 251-275). España: Descleé de Brower.

Kendall, P. & Norton-Ford, J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitivo-conductual. En: *Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. (pp. 557-602). México: Limusa.

Krassoievitch, M. (2001). *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laforest, J. (1991). *Introducción a la gerontología*. Barcelona: Herder.

- Lara, K. P., Ruíz, N. V. & Balcázar, P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista científica electrónica de psicología*, 2 (8), 83-106.
- Lehr, U. & Thomae, H. (2003). *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder Editorial.
- Limiñana, R.M. & Corbalán, F.J. (2004) Intervención en un caso de duelo y adaptación a la pérdida. En: J. P. Espada, J. O. Olivares & F. X. Méndez, (coord.) *Terapia psicológica: casos prácticos* (pp. 233-249). España: Ediciones Pirámide.
- López, H. (2002). Sentimientos de abandono e un grupo de ancianos que asisten a un club del INAPAM (antes INAPLEN). Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México.
- Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara. Experiencia del morir y educación para la despedida*. Barcelona: Herder.
- Martínez-Arronte, F. (2004). Salud y autocuidado. En: N. Asili (comp.), *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 141-149). México: Editorial Pax.
- Martínez-Pascual, B., Alonso, J. M. y Calvo, F. (2001) Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y de jóvenes. *Psiquis*, 22 (5), 176-182.
- Menéndez, C. (2006). Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos. En: C. Triadó & F. Villar (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 311-340). Madrid: Alianza Editorial.
- Mietzel, G. (2005). *Claves de la psicología evolutiva*. Barcelona: Herder.

Montalvo, J. (2009) *Terapia familiar breve*. México: Trillas.

Montañés, J. (2004). La gerontología y la sociedad envejecida. En: J. Montañés (Ed.), *Psicología de la vejez: estereotipos juveniles sobre el envejecimiento*. (pp. 369-377). España: Ediciones de la Universidad de Castilla.

Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. El significado de las redes comunitarias en la calidad de vida de hombres y mujeres adultos mayores en la ciudad de México. [En Red]. Disponible en: <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/LibroRedes.pdf>

Montoria, I. e Izal, M. (2001). La eficacia de la gerontología conductual. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36 (4), 183-186

Morales, L. M. (2004). *Actitud ante la muerte en jóvenes, adultos y adultos mayores*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Mueller, F. (2010). *Historia de la psicología: De la antigüedad a nuestros días*. México: Fondo de cultura económica.

Nawas, M. (1971). El estilo de vida. *Revista latinoamericana de psicología*, 3 (1), 91-107.

Neugarten, B. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.

Núñez, L. M., Cabrera, M., Vázquez, R., Gil, Y., & Escalona, M. (2009). Actitud que tiene ante la muerte el adulto mayor con enfermedad en fase terminal. [En red]. Disponible en:

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1505/Actitud-que-tiene-ante-la-muerte-el-adulto-mayor-con-enfermedad-en-fase-terminal.html>

Orsi, A. (1988). *Actitudes y conducta. Algo más que psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Ortíz, R. & Filidoro, O. (2004). Pérdidas y duelos en la vejez. En: N. Asili (comp.) *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario* (pp.224-245). México: Editorial Pax.

Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005). *Desarrollo humano*. México: Mc. GrawHill.

Perinat, A. (2003). Estudio del desarrollo humano. En: *Psicología del desarrollo*. (pp. 42-46) Barcelona: UOC.

Petersen, C. (2007). Psicología, cultura y sociedad. *Psicodebate*. [En Red]. Disponible en: <http://palermo.edu/cienciassociales/.../8Psico%2001.pdf> – Argentina Similares.

Phares, E. & Trull, T. (1999). Psicoterapia: Perspectiva psicodinámica. En *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. (pp. 327-349). México: Editorial Manual Moderno.

Phares, E. & Trull, T. (1999). Psicoterapia: Perspectivas fenomenológica y humanista-existencial. En *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. (pp. 351-377) México: Editorial Manual Moderno.

Phares, E. & Trull, T. (1999). Terapia conductual y perspectivas cognoscitivo-conductuales. En *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. (pp. 379-408) México: Editorial Manual Moderno.

- Pinazo, S. (2006). Relaciones sociales. En: Triadó, C. & Villar, F. (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 253-286). Madrid: Alianza Editorial.
- Rage, E. (2002). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdés Editores.
- Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española (22nd. ed.). España: Autor.
- Reyes, F. & Suárez, A. (2008). *El proceso de video-reflexión en la terapia familiar con enfoque sistémico*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rivera, A. & López, M. M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y Espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental*, 30 (1), 39-47.
- Rivera, J. & Mancinas, S. E. (2007). El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el noreste de México. *Estudios Sociológicos*, 25 (2), 341-387.
- Romero, M. (2004). Demografía de la vejez. En: N. Asili (comp.) *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 166-187). México: Editorial Pax.
- Sarabia, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *SciELO (Scientific Electronic Library Online) Revista de la sociedad española de enfermería geriátrica y gerontológica y del grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas*. 20 (4), 172-174.
- Secretaría de Desarrollo Social (1999). El adulto(a) mayor en el D.F.: Por una sociedad integral en el siglo XXI. (pp. 143-173). México: Edición del Gobierno del D.F.

- Secretaría de Gobernación. (2007). Comunicado de prensa 31 / 07, Día Internacional del adulto mayor., 2p.
- Solano, N. & Gallagher-Thompson, D. (2001). Intervenciones cognitivo-conductuales para la depresión en personas mayores. La eficacia de la terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la depresión en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 36 (4), 189-194.
- Sosa, D. (1994). Duelo, soledad y depresión en la vejez. En: J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. (pp. 203-218). España: Siglo XXI Editores.
- Torregrosa, L., Núñez, L.M., Morales, L. & Sablón, Y. (2005). Enfrentamiento de la muerte por el adulto mayor con enfermedad terminal. *Archivo Médico de Camagüey*, 9 (1), 1-12.
- Trápaga, M. (2004). Procesos cognoscitivos y envejecimiento: un aporte de las neurociencias. En: N. Asili (comp.), *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 2-18). México: Editorial Pax.
- Triadó, C. (2006). Cambios físicos en el envejecimiento. En: Triadó, C. & Villar, F. (coords.), *Psicología de la vejez* (pp. 65-85). Madrid: Alianza Editorial
- Turner, C. (2007). Una aproximación humanista y transpersonal de la vejez. En: Asili, N. (comp.) *Vida plena en la vejez. Un enfoque multidisciplinario*. (pp. 341-350). México: Editorial Pax.
- Uribe, A.F., Valderrama, L. & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3 (8), 109-120.

- Uribe, A.F., Valderrama, L., Durán, D.M., Galeano, C. & Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta colombiana de psicología*, 11 (1), 119-126.
- Vázquez, F. (1999). Hacia una cultura de la ancianidad y de la muerte en México. *Papeles de población*, 1 (19), 65-75.
- Vergara-Lope, S. & González-Celis, A. L. M. (2009). Psicoterapia cognitivo conductual de grupo manualizada como una alternativa de intervención con adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 11 (2), 155-189.
- Vergara-Lope, S. y González-Celis, A. L. M. (2011). Terapia cognitivo-conductual de grupo en la atención del adulto mayor. Guía práctica para terapeutas. México: FES Iztacala.
- Vilches, L. (2000). Concepciones, creencias y sentimientos acerca de la muerte en adultos mayores de nivel educacional superior. *Revista de Psicología*, 4 (9), 1-15.
- Villamizar, E. (2001). El morir y la muerte en la sociedad contemporánea. Problemas médicos y bioéticos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1 (2), 66-80.
- Villanueva, M. (2009). Abordaje histórico de la psicología de la vejez. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8 (3), 1-11.
- Zuluaga, B. (2007). Una mirada de la familia desde la perspectiva sistémica. [En red]. Disponible en: <http://beatrizzuluaga.wordpress.com/>

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES.****CAMPUS IZTACALA.**

El objetivo del presente cuestionario es conocer tu opinión acerca de la muerte. Los datos que generen tus respuestas serán manejados de forma confidencial y serán utilizados sólo con fines estadísticos. Por tu colaboración **GRACIAS**.

INSTRUCCIONES: contesta todas las preguntas colocando el número que describa mejor tu opinión de acuerdo al código de respuestas que se te presenta a continuación; si tienes dudas por favor pregunta ahora.

(1) Me describe totalmente. (2) Me describe bastante. (3) Me describe poco. (4) No me describe.

1. ____ Al pensar en una muerte con dolor siento miedo.
2. ____ Me angustia el pensamiento de que mi cuerpo se descomponga en la tumba.
3. ____ No me importaba pensar en morir joven.
4. ____ Me hace sentir triste pensar en lo que perderé después de morir.
5. ____ Acepto la muerte de los otros como fin de su vida en la tierra.
6. ____ Me pone triste la idea de morir antes de cumplir mis metas.
7. ____ Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia.
8. ____ No debo ponerme muy triste cuando mis amigos mueran.
9. ____ Me es desagradable platicar del tema de la muerte.

(1) Me describe totalmente. (2) Me describe bastante. (3) Me describe poco. (4) No me describe.

10. ____ Me aterroriza la idea de ser enterrado vivo.
11. ____ Tengo miedo de que no exista un ser supremo.
12. ____ Con la muerte encontraré la paz.
13. ____ La muerte es un acontecimiento natural, por lo tanto no se debe temer.
14. ____ Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.
15. ____ Me agrada la idea de que al morir me reuniré con mis seres queridos.
16. ____ Me disgusta hablar de mi muerte.
17. ____ Me agrada la idea de que existe vida después de la muerte.
18. ____ Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.
19. ____ Me asusta no haber experimentado todo lo que quiero.
20. ____ Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto.

Edad ____ **Género** _____ **Escolaridad** _____ **Religión** _____

Pertenece a un club de la tercera edad _____ **Ocupación** _____