



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Relación entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en
adultos mayores institucionalizados.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Narda Jimena Ogaz González

DIRECTOR: Dr. Edgar Landa Ramírez

REVISORA: Dra. Aime Edith Martínez Basurto

SINODALES:

Mtra. Guadalupe Celia Medina Hernández

Mtra. Karla Suarez Rodríguez

Dr. Juan José Sánchez Sosa



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UN PEQUEÑO DETALLE

Morirás.

UNA PEQUEÑA VERDAD

No llevo ni hoz ni guadaña.

Sólo cuando hace frío visto de un hábito negro con capucha.
Y no tengo esos rasgos faciales de calavera que tanto parece
que os gusta endilgarme, aunque a distancia. ¿Quieres saber
qué aspecto tengo en realidad? Te ayudaré. Ve a buscar un
espejo mientras sigo.

*Markus Zusak, La
ladrona de libros.*

A mis “ñeñes” del asilo, quienes me mostraron que tenía una vida
y a mi tío Toño, quién me enseñó cómo vivirla.

AGRADECIMIENTOS

Siempre estuve esperando el momento y tiempo justo para escribir esto, curiosamente son las 3:55 am y me doy cuenta que tengo mucho por que dar gracias y muchas personas a quienes agradecer. Así que empecemos...

MI CASA DE ESTUDIOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** que me abrió las puertas para cumplir uno de mis sueños durante todos estos años y por regalarme increíbles experiencias que me han hecho crecer de manera profesional.

A la **Facultad de Psicología**, mí facultad, por otorgarme grandes momentos de mi vida, permitirme la oportunidad de formarme como psicóloga y conocer grandes campos de investigación e intervención. Sobre todo, quiero darle las gracias por permitirme conocer grandes colegas, compañeros y amigos que enriquecieron mi formación hasta el último día.

“Por mi raza hablará el espíritu”

José Vasconcelos.

MI FAMILIA

Ustedes me dieron todo para poder cumplir este objetivo. Empezaré contigo **mamá**, me enseñaste tu empatía y ganas de ayudar a los demás. Tú, **daddy** me mostraste tu fuerza, determinación y perseverancia. **Hermana**, tú me regalaste tu valentía y los hechos de que los sueños sí se pueden cumplir. Agregaré a **Armando**, te convertiste poco a poco en un miembro más del equipo, me enseñaste el desapego (en buen sentido) a las cosas materiales, y refirmaste que siempre es bueno apoyar a otros. También quiero agradecerte a ti, a la personita que no esperaba que cambiaría mi vida, **Valecita**; a tu corta edad me enseñaste a confiar, levantarme de mis caídas, a ser más responsable y a divertirme en todo momento. **Pizza**, también te agradezco a ti pequeño gatito, por ser mi compañero nocturno durante este proceso. Si no fuera por ustedes, yo no sería la persona que soy ahora. Gracias. Los quiero.

MI SÍNODO

Quiero empezar agradeciendo a mi director, el **Dr. Edgar Landa Ramírez**, especialmente por el apoyo y confianza que depositó en mí en todo momento en este recorrido. Siempre me brindó su amabilidad, escucha, apoyo, tranquilidad y guía en “momentos de crisis”, acompañados de buena música. Gracias por regalarme ese pedacito de usted, su curiosidad y amor a la investigación (jamás creí que esta última me fuera a gustar tanto), también por hacerme notar que no sé nada, cosa que está bien porque aprendí a seguir explorando y a no quedarme con dudas. Finalmente, quiero agregar que todas estas enseñanzas generaron en mí una gran confianza, una que ni siquiera yo había notado.

A mi revisora, la **Dra. Aime Edith Martínez Basurto**, por apoyar este proyecto, por cada una de sus recomendaciones para la realización de esta tesis y por siempre recibirme con la mejor disposición y actitud en todo este proceso.

A mis sinodales, el **Dr. Juan José Sánchez Sosa** por todo el apoyo durante todo mi proceso de titulación, a la **Mtra. Karla Suárez Rodríguez** por su excelente actitud y sobre todo por su apoyo en todo este trabajo, y a la **Mtra. Guadalupe Medina Hernández** por su apoyo, por bríndame sus

conocimientos y amor sobre el trabajo con adultos mayores dentro y fuera de esta investigación. Gracias a los tres por sus aportaciones, ya que fueron esenciales para que este trabajo se llevara a cabo.

GRUPO AVANCE

Gracias a ustedes maestros **Jorge García (†)**, **Mariano Herrera** y principalmente **José Luis Flores**, por bríndame excelentes clases y darme todos sus conocimientos de metodología y estadística, siempre propiciando mi interés.

MIS AMIGOS

Brenda y Arturo, sobran palabras para decirles lo especiales que son en mi vida. Gracias por ser mis familiares adoptivos todo este tiempo, por estar en todos mis momentos especiales y haber caminado conmigo desde los 3 años. Los quiero.

Tavis, gracias por ser una casualidad en mi vida y por convertirte en uno de mis mejores amigos, también por brindarme una confianza formidable que ni siquiera yo sabía que era capaz de dar y que tú sin querer percibías. Y claro, gracias por apoyarme en todo el proceso de mi tesis desde acompañarme a buscar a un posible director, generar una apuesta que hasta este momento recordé que teníamos (perdí), hasta leer mis últimas correcciones. Te quiero.

Xitla, ¿qué te puedo decir?, no esperaba que la persona que conocí en la recepción de mi primer día en el SS se convirtiera en una increíble amiga. Agradezco la fortaleza que me ayudaste a desarrollar en todo momento, lo directa que eres para decirme las cosas y apoyarme, también por todas las notas de voz para “chismear” un rato o para ayudarme a no correr en círculos durante mi tesis. Gracias por este recorrido de casi 3 años. Te quiero.

Alejandro, eres el mejor lector y amigo nocturno. Fuiste quien me acompañó en todo momento a lo largo de este loco proceso, desde apoyarme en el asilo, ayudarme con algunas dudas, echarme porras, y darme las mejores críticas respecto a mi redacción. Muchas gracias. Te quiero.

Dianita, Chris y Mitsy, gracias por todos esas buenas salidas a los lugares más recónditos de la ciudad, por ser mis amigos, por escuchar cada chiste absurdo y por pasar buenos momentos en los lugares donde no sabía que se podían tener buenos momentos... un laboratorio. Los quiero guapos.

TCC BASADO EN EVIDENCIA

Carlitos, aunque llevamos poco tiempo conociéndonos, me alegra saber que te hayas convertido en un gran amigo. Gracias por confiar en mí, apoyarme y por esos momentos con los chistes random que solo nosotros entendemos. Te quiero.

Almita, gracias por todas las risas y toda esa energía que emerges de solo verte. Por todas esas pláticas que tuvimos, por tus palabras llenas de magia y por acompañarme en un gran proceso de adaptación y supervivencia. Te quiero mucho corazona.

Lorna, gracias por toda esa diversión y energía que cargas, esas ganas de comerse al mundo y de aprender. Me motivas mucho a seguir conociendo. **Katya**, gracias por compartir buenos momentos con nosotros.

INCan

Lugar donde aprendí el tema que me generaba tanta curiosidad. A todo el equipo de **Psicología Cuidados paliativos**, quienes me apoyaron en todo momento y confiaron en mí.

Jackie, Mariana, Dayhana y Arely que con su armonía, buena vibra y experiencia, me escucharon, resolvieron y generaron dudas para seguir avanzando.

Al trío de Alex (Alejandro Magno, Alejandro y Alex) quienes con sus conocimientos y su increíble curiosidad, me apoyaron y reforzaron el gusto por la investigación.

A **Diane** por toda tu confianza depositada en mí, el acompañarme en mis trámites de este loco proceso y sin duda, por tu gran amistad.

Finalmente quiero agradecer a la **Dra. Leticia Ascencio Huertas**, realmente tengo tanto que agradecerle. Empezando por recibirme en las prácticas que tanto deseaba tener, por su guía, apoyo y por la aclaración de todas las dudas tenía. Por enriquecerme de conocimiento de un tema que siempre me generó interés, la muerte. Gracias por apoyarme cada vez que creía que no podía hacer las cosas, por generarme curiosidad y sobre todo, muchas gracias por motivarme al cumplimiento de sueños y metas.

EL ASILO

Nancy, gracias por abrirme tu confianza, regalarme tu conocimiento y paciencia para aprender de un grupo de edad con el que no estaba relacionada, por enseñarme a ser multifuncional y divertirme en el intento, pero sobre todas las cosas quiero darte gracias por tu amistad.

Gloria y Montse, les agradezco su amistad, sus buenos momentos, todo ese conocimiento que me regalaron (aprendí mucho de ustedes), por toda esa energía y buena vibra que emanan, y su complicidad.

Les agradezco a **las madres del asilo** “Isabel la Católica” y a cada uno de los **adultos mayores** residentes de la institución, quienes me abrieron las puertas de su hogar no solo para hacer esta investigación, sino para formar parte de esta casa y de un pedacito de su corazón. Ustedes forman parte de un pedacito del mío.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

Finalmente quiero agradecer al señor **Armando (†)**, porque él fue quien generó mi idea sobre esta investigación. Gracias por enseñarme a que se puede volar en la obscuridad.

Haré una mención muy especial. Gracias **tío Toño (†)**, porque me enseñaste a cuidarme y a darme cuenta que puedo divertirme y disfrutar pláticas en los lugares más extraños. Me diste el mejor regalo de todos... tu esencia.

Ustedes fueron la inspiración de esta tesis. Gracias por enseñarme a saber cómo quiero contar mi historia, y sobre todo a vivir.

Hasta este momento, me doy cuenta que estoy formada por un poquito de todos ustedes. Me alegra saber que hayan cursado conmigo esta aventura que aún no termina.

¡GRACIAS!

ÍNDICE

RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA Y SALUD	11
CAPÍTULO 2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES.....	19
2.1 Situación del adulto mayor	19
2.2 Ansiedad ante la muerte y Satisfacción con la vida.....	22
MÉTODO	34
3.1 Justificación	34
3.2 Objetivos	35
3.3 Hipótesis	36
3.4 Participantes	36
3.5 Diseño de la investigación	39
3.6 Medición	39
3.7 Procedimiento	41
3.8 Escenario	42
3.9 Análisis Estadísticos	43
RESULTADOS	45
DISCUSIÓN	57
REFERENCIAS	66
ANEXOS	78

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar la relación entre las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores residentes de un asilo. Fue un estudio no experimental, correlacional y trasversal. El total de participantes fue de 90 adultos mayores entre 60 a 96 años ($M= 79.9$; Desviación estándar [DE]= 8.6), se realizó la evaluación en una sola sesión. Para la recolección de los datos se utilizó una ficha de datos sociodemográficos, la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (DAS) y la escala de satisfacción con la vida de Diener (SWLS). Se encontró que existe una relación positiva entre las variables de ansiedad ante la muerte e insatisfacción con la vida ($r= .255$, $p \leq 0.01$). Finalmente, no se encontraron diferencias significativas entre las variables sociodemográficas, la ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida, solamente, en las variables de salud/enfermedad como la polifarmacia enfermedad, y percepción de salud. También se encontraron diferencias significativas en la variable de satisfacción con la vida y el realizar o no alguna actividad en su tiempo libre, el número de enfermedades (multimorbilidad) y la polifarmacia.

Palabras clave: *Ansiedad ante la muerte, satisfacción con la vida, adultos mayores*

ABSTRACT

The purpose of the present study aims to investigate the relationship between Death anxiety and Life satisfaction in older adults who are institutionalized. Is an no experimental study, correlational and trasversal. The participants consist of 90 elders, the age range is 60 to 96 years ($M= 79.9$; Standard deviation [SD]= 8.6). Sociodemographic questionnaire, Templer's Death anxiety scale (DAS) and Diener's Life satisfaction scale (SWLS) were used to collect the data. The results showed a positive correlation between death anxiety and dissatisfaction with life ($r= .255$, $p \leq 0.01$). Finally, there is no significant difference in death anxiety and life satisfaction among sociodemographic variables, only in health / disease variables like polypharmacy, disease and health perception between death anxiety. And life satisfaction with to do or not to do an activity, number of diseases (multimorbidity) and polypharmacy.

Keywords: *Death anxiety, life satisfaction, older adults*

INTRODUCCIÓN

La población de adultos mayores están en una etapa de cambios, ya sean físicos, psicológicos o sociales, en el cual un aspecto influirá en los otros dos directamente. Es una etapa dónde se presentan pérdidas como el estatus social o el rechazo, llegando a vivir situaciones estresantes como ingresar a un asilo, aumentando el riesgo de padecer alguna enfermedad y acercarse a la muerte.

Paralelamente, si hacemos un recorrido de la salud, se han presentado cambios en las enfermedades, pasando de las enfermedades infecciosas a las crónico-degenerativas, las cuales son presentadas principalmente por los adultos mayores como multimorbilidad (varias enfermedades al mismo tiempo). Del mismo modo va en aumento la población y su esperanza de vida. Según la ONU, existen 962 millones de adultos mayores. Asimismo, esta organización en coincidencia con la OMS indica que el porcentaje de la población mundial de 60 años o más se duplicará para el 2050 y para el 2100 se triplicará (Organización mundial de la Salud, 2014; Organización de las Naciones Unidas, 2016).

Todos estos cambios se vuelven desafíos para la tercera edad, repercutiendo en aspectos psicológicos y emocionales como sentimientos de soledad o depresión, además de miedo y ansiedad ante la muerte por el envejecimiento y lo que conlleva. Al mismo tiempo, es una población poco abordada y que puede estar o no satisfecha con su vida, repercutiendo en los aspectos biopsicosociales.

Existe poca investigación en adultos mayores, y la investigación en ambientes institucionalizados es aún menor. Es por todo lo anterior que se vuelve necesario considerar a los adultos mayores, ya que se convierten en una población vulnerable.

Se ha encontrado que la satisfacción con la vida juega un papel importante en la ansiedad ante la muerte en esta población, sin embargo han sido variables que no se han investigado lo suficiente de manera conjunta. Por lo cual el objetivo de la siguiente investigación es identificar si existe una correlación entre la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida en adultos mayores residentes de un asilo.

La tesis que ahora voy a exponer consistirá en dos capítulos. En el primero se expondrá una breve recorrido en la historia sobre psicología y salud, abordando la importancia de utilizar un modelo psicosocial. Mientras que el segundo abordará los aspectos de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores, tomando en cuenta la situación del adulto mayor, y la interacción de las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida.

De igual manera, se expondrá la metodología en la que se basó esta investigación, se mostrarán los resultados obtenidos y se discutirán los principales hallazgos.

Es importante que no descuidemos el trabajo en adultos mayores, debido a que ya sea como profesionistas o como adultos mayores nos repercute. En nosotros esta construir ese futuro.

CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA Y SALUD

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) por medio de su acta constitutiva define la salud como: “un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, concepto de tipo interdisciplinario que entró en vigor en 1948, apoyado mediante la declaración de Alma-Ata de 1978, y el cual es actualmente vigente. De igual modo se remarca la relevancia política, social y económica de la salud a nivel mundial, marcándola como un derecho humano fundamental para los individuos, propiciando que éste se otorgue de manera equitativa. (WHO | Constitution of WHO, s. f.; OMS, 1978; OMS, 2004).

Para llegar a la actual definición de salud se recorrió un largo camino histórico, donde este concepto fue modificándose a lo largo del tiempo. La teoría de la transición epidemiológica, uno de los antecedentes, explica las modificaciones en los patrones de salud-enfermedad y las causas de muerte a través del tiempo, los cuales se van adaptando a las características de la población. Es el resultado de la interacción de varios factores de salud-enfermedad y sus determinantes demográficas, económicas y sociológicas. Omran en 1971 presenta cinco propuestas que explican estas modificaciones:

- Primera proposición: La mortalidad es un factor fundamental en la dinámica de la población. Esto quiere decir que la población incrementa o disminuye dependiendo de las causas de muerte. Por ejemplo, al inicio el índice de mortalidad era alto debido a la presencia de epidemias y al no control de natalidad, por lo cual la población no aumentaba, al controlar ambas problemáticas aumentó la esperanza de vida y disminuyó la mortalidad.
- Segunda proposición: Se produce un cambio a largo a plazo en la mortalidad además de cambios en patrones en las enfermedades, siendo las enfermedades infecciosas desplazadas por las enfermedades crónico-degenerativas. Se distinguen tres etapas:
 1. Era de las epidemias y peste: En esta era había un bajo y variable índice de esperanza de vida al nacer y a su vez, un alto número de muertes. Sus

principales causas eran epidemias, guerras y hambrunas, generando una expectativa de vida que iba de los 20 a los 40 años.

2. Era de las pandemias retraídas: En esta época disminuía progresivamente la frecuencia de enfermedades infecciosas y por lo tanto de epidemias, así que la mortalidad iba en declive y la esperanza de vida en aumento; quedando alrededor de los 30 a 50 años.
 3. Era de las enfermedades degenerativas o causadas por el hombre: En esta etapa la mortalidad continua en declive hasta llegar a estabilizarse a un nivel aproximadamente bajo, la esperanza de vida incrementa hasta superar los 50 años provocando un crecimiento demográfico. Asimismo, las enfermedades degenerativas poco a poco desplazan a las enfermedades infecciosas.
- Tercera proposición: Los cambios más significativos en los patrones de salud-enfermedad, se dieron a través de los niños (ambos sexos) y las mujeres (adolescentes y en edad reproductiva), probablemente debido a que eran los grupos más “vulnerables” y mayormente afectados (e.g infecciones).
 - Cuarta proposición: Los cambios de patrón salud-enfermedad están relacionados con la transición socioeconómica y demográfica. Al realizar mejoras socioeconómicas y/o implementar programas de salud para un determinado problema, repercute en otras instancias, por ejemplo, al disminuir las enfermedades infecciosas y por lo tanto la disminución de la mortalidad, propicio un incremento en la formación de enfermedades crónico-degenerativas.
 - Quinta proposición: Variaciones en el ritmo, patrón, determinantes y consecuencias del cambio de la población.
1. Modelo clásico u occidental: Describe la disminución gradual de la mortalidad y la fertilidad debido al desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las degenerativas principalmente en países de Europa Occidental, generando mejoras socioeconómicas.
 2. Modelo de transición acelerada: Por otro lado, este modelo explica la transición de la mortalidad de una manera acelerada, situación que ha sucedido

principalmente en Japón, causado por un proceso lento en la modernización y después determinado por avances médicos, sanitarios y mejoras sociales.

3. Modelo contemporáneo o demorado: Es un modelo relativamente reciente, sucediendo principalmente en países en desarrollo en el cual la fecundidad es relativamente alta, mientras que el índice de mortalidad es bajo, derivados de programas que médicos modernos. Provocado el crecimiento de la población, así como desventajas económicas. (Omran, 2005).

Por su parte Armelagos, Brown, y Turner (2005) toman como base de la transición epidemiológica el periodo paleolítico donde las principales causas de muerte se debían al hambre y zoonosis, enfermedades contagiadas por los animales. Al volverse sedentarios y con el descubrimiento de la agricultura, la población empezó a crecer y con ella el riesgo a morir por enfermedades infectocontagiosas debido al asentamiento y al contacto con agentes patógenos en la comida, agua e incluso con propios desechos fecales. Al crecer la población y la llegada de la globalización y la urbanización, hubo un incremento en la contaminación del agua y comida, produciendo un cambio en las enfermedades y generando epidemias.

Uno de los descubrimientos más importantes dentro de la medicina fue el de la vacuna, atribuida a Edward Jenner, quien en 1796 donde la viruela era una de las enfermedades epidemiológicas del momento, tomó en cuenta las historias sobre las lecheras, de las cuales se comentaba que estaban protegidas naturalmente contra esta enfermedad después de haber padecido viruela vacuna. Jenner concluyó que la viruela vacuna no solo protegía contra la frecuente enfermedad, sino que podía transmitirse de una persona a otra como un mecanismo deliberado de protección. En otras palabras, descubrió que el uso de pequeñas cantidades de “veneno” podía servir para hacer que uno sea inmune a efectos tóxicos (en este caso el agente virulento de animales podría servir en humanos). A partir de este descubrimiento, además de utilizarse la vacuna como un agente protector de distintas enfermedades, fue la causa de la erradicación de la viruela (Riedel, 2005; Plotkin, 2014).

El haber logrado disminuir las enfermedades infecciosas y con ellas las epidemias, así como la erradicación de la viruela, generó cambios en el medio ambiente; la esperanza de vida comenzó a aumentar y la muerte en niños a disminuir, sin embargo, lo anterior influyó en que ahora tomaran un papel más relevante las enfermedades crónico-degenerativas (e.g. diabetes, cáncer), mismas que terminan coexistiendo con las enfermedades infecciosas.

Tomando en cuenta el contexto anterior, cobra sentido el surgimiento de la definición de salud como: “la ausencia de enfermedad”; definición que fue utilizada por muchos años y que era fundamentada dentro del modelo biomédico. El cual no solo era tomado como un modelo dentro del comunidad médica, sino como un dogma. Este modelo se enfocó a buscar “la cura” de la enfermedad, ignorando otros aspectos. Engel (1977) realizó distintas críticas a este modelo, mencionado que es reduccionista puesto que solo toma en cuenta la parte biológica del padecimiento descartando aspectos psicológicos y sociales, dualista debido a la separación de los aspectos biológicos de los psicológicos, y exclusionista ya que la enfermedad tenía que adecuarse al modelo.

Esto causó que el modelo biomédico ya no fuera suficiente, en especial por los cambios en las necesidades que enfrentaba la población, en consecuencia, Engel (1977) propone el modelo biopsicosocial que considera a la enfermedad con características multicausales, tomándose en cuenta procesos biológicos, psicológicos, culturales y sociales, no solo exponiendo a los padecimientos como un “estar enfermo o estar sano”. A esto se le unió la declaración de Alma-Ata, propuesta por la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1978) que como ya se mencionó, realizó una definición integradora de la salud.

A causa de esta reformulación en la definición de salud, fue necesario que se incorporaran otras disciplinas para poder intervenir directamente con los aspectos sociales y psicológicos, uno de ellos fue la psicología de la salud y la Medicina conductual. En 1977 se realizó una conferencia en Yale, en la cual se acepta a la Medicina del comportamiento, como un enfoque interdisciplinario de modelos biomédicos, sociales y del comportamiento para la prevención, diagnóstico, mantenimiento y rehabilitación de la salud. Propuesta por las facultades de psicología y de psiquiatría (Matarazzo, 1980 y Rodríguez-Ortega, 2010).

A partir de 1978, la Medicina Conductual creció rápidamente, reportando investigaciones sobre la aplicación de técnicas y procedimientos a enfermedades como hipertensión arterial, dolor crónico, asma, tabaquismo, obesidad y adicciones; las cuales habían sido efectivas para modificar el comportamiento. Asimismo, se reconocía la importancia del papel que jugaban los cambios en el comportamiento para el tratamiento y la prevención de las enfermedades (Rodríguez-Ortega, 2010).

Por otra parte, para poder dar una atención amplia y de calidad hacia la salud de la población se requiere de la vinculación de diferentes disciplinas (Morales, 2015). Matarazzo (1980) define a la psicología de la salud como el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como en la identificación de las correlaciones etiológicas, diagnóstico de salud, de enfermedad y la difusión relacionada.

Estos enfoques obtienen su importancia cuando la Asociación Americana de Psicología (APA) crea la división 38, la cual busca que la psicología contribuya en la comprensión de la enfermedad y la salud mediante la investigación básica y clínica, así como en la educación y actividades de servicio. De igual modo busca fomentar una integración sobre salud, del conocimiento psicológico y biomédico (Matarazzo, 1980).

Esto fue causado debido a que, desde el inicio, los miembros de la División 38 encabezados por Matarazzo, estaban preocupados con la práctica de la psicología de la salud como lo estaban con la investigación en psicología de la salud causando la organización matriz de la APA, la cual se ha mantenido hasta ahora (Wallston, 1996).

A partir de varios sucesos dentro de la Segunda Guerra Mundial, se hizo una alianza en servicios de clínica, enseñanza e investigación entre la psicología y la psiquiatría. Asimismo, organizaciones como la APA se fusionaron con otras organizaciones psicológicas, a partir de este momento la asociación se hizo más grande y su alcance incluía la práctica profesional, la promoción del bienestar humano y la práctica de la ciencia de la psicología, situación que perdura hasta la época actual (Matarazzo, 1980).

La salud conductual y la medicina de la salud han atraído a diferentes científicos, docentes y profesionales de diferentes áreas, los cuales han formado grupos afines, creando actividades interdisciplinarias en acción. Se clasifican en salud conductual o medicina del comportamiento dependiendo de si la actividad de centra en la prevención o en el remedio. (Matarazzo, 1980).

Es necesario remarcar que la psicología es considerada por muchos como la ciencia que estudia la salud mental y ahí la circunscribe, sin embargo, los alcances de la psicología son mucho más amplios y se ha ido demostrando que puede participar en una amplia gama de la salud. La psicología se ha ido diversificando, hasta alcanzar áreas que anteriormente no participaba (e. g ambiente hospitalario, psicología comunitaria) demostrando así, su importancia (Morales, 2015).

A pesar de la intención de aplicar un modelo biopsicosocial a la salud, y aunque ha sido aceptado por la comunidad científica, la aplicación del modelo puede ser complicado debido a que se necesita mayor tiempo invertido y conocimiento para tener mejores resultados, así como involucrar al médico en una relación médico-paciente, dónde se espera que éste tome en cuenta la esfera psicosocial en la que se encuentra el paciente, ya que abarcaría tiempo de entrenamiento. Por lo mismo, muchas veces se opta por seguir usando el modelo biomédico (Alonso, 2004).

Por el contrario, se ha encontrado que el trabajar un modelo integrador es útil para abordar y explicar adecuadamente la situación de enfermedad que viven los pacientes y que en la mayor parte del tiempo repercute en sus familiares, situación que se ha hecho notar gracias a la psicooncología, la cual es una rama de la psicología que abarca la atención de las personas con enfermedades oncológicas, la cual ha demostrado que es posible realizar un modelo biopsicosocial. El hecho de que exista un modelo integrador, propicia un mejor entendimiento, comprensión y abordaje del tratamiento de un paciente (Holland, 2002; Robert, Álvarez, & Valdivieso, 2013).

Tomando en cuenta el recorrido de la salud, en el cual se menciona que se han presentado cambios en las enfermedades, pasando de enfermedades infecciosas a enfermedades crónico-degenerativas, así como el aumento en la población y en la esperanza de vida. Aunado a la importancia de tomar en cuenta el modelo biopsicosocial ya

que se vuelve un modelo integrativo para abordar la salud. Es necesario considerar a los adultos mayores, ya que es una población vulnerable y en la cual se puede explicar y aplicar todo lo que se ha expuesto anteriormente.

El adulto mayor presenta repercusiones físicas, psicológicas y sociales donde un aspecto repercutirá en los otros dos directamente. En este grupo de edad aumenta el riesgo de padecer alguna enfermedad, en especial las enfermedades crónico-degenerativas, se llega a presentar la multimorbilidad (varias enfermedades al mismo tiempo) e incluso el riesgo de muerte también aumenta. Es una etapa de pérdidas sistemáticas como la jubilación o el estatus social, pueden presentar problemas sociales ya que suelen ser rechazados por la sociedad o en ocasiones por la familia. Tomando en cuenta lo anterior, muchas veces los adultos mayores pasan por cambios estresantes, como el entrar a una institución (asilo), en ocasiones alejados de redes de apoyo (Arbinaga, 2002).

También se presenta el deterioro cognitivo más notorio y muchas veces puede llegar a alguna clase de demencia. De igual modo aparecen problemas emocionales principalmente la depresión y la ansiedad (OMS, 2017; OMS, 2017b).

Debido a todos estos cambios en la tercera edad, se presenta miedo y ansiedad ante la muerte, generados por el envejecimiento, así que este grupo de edad se siente más cerca de la muerte (Alici, 2017; Chonody & Teater, 2015; Taghiabadi, Kavosi, Mirhafez, Keshvari, & Mehrabi, 2017).

El tema de la muerte es muy extenso, es un concepto que depende del grupo de edad, género, cultura, población o estilo de vida que se lleve y aunque es un concepto universal, es un tema que no ha sido central en la psicología (Alici, 2017; Sridevi, & Swathi, 2014; Vance, 2015).

Una variable que se ha encontrado muy relacionada con la ansiedad ante la muerte ha sido la satisfacción con la vida. Este es un proceso de juicio cognitivo que hacen las personas sobre sus propias vidas. En el adulto mayor, este tema es una evaluación de la vida pasada que busca entender qué es lo que hace una buena y deseable vida (Cachioni et al., 2017; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985; Kantún-Marín et al. 2013; Roshani, 2012).

Al relacionarse estas dos variables se busca entender que al estar satisfecho con tu vida (que esta haya sido deseable), se espera que disminuya la ansiedad ante la muerte, situación que puede complicarse en los adultos mayores debido a los diferentes componentes explicativos de la satisfacción con la vida como la percepción de salud o situaciones que limiten la capacidad de rendimiento (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (México) & Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Enadis), 2011; Given & Range, 1990; Román, Toffoletto, Sepúlveda, Salfate, & Grandón, 2017; Taghiabadi et al, 2017).

Esto se vuelve un tema de suma importancia, debido a que la población de adultos mayores ha comenzado a aumentar, según la OMS existen 962 millones pertenecientes a este grupo de edad, existe poca investigación en adultos mayores, y la investigación en alguna institución como un asilo, es aún menor. La muerte es un tema común y relevante en esta población en especial por el deterioro que ésta implica. Convirtiéndose en un problema de salud pública (OMS, 2015).

CAPÍTULO 2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y SATISFACCIÓN CON LA VIDA EN ADULTOS MAYORES

2.1 Situación del adulto mayor

Definir al adulto mayor es difícil, ya que puede relacionarse con diferentes perspectivas, especialmente por la implicación de los términos “envejecimiento” y “vejez”. El envejecimiento es un proceso que se presenta a lo largo del ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la muerte y está asociado a cambios biológicos (que conducen a disminución de capacidad física y mental) y transiciones vitales (e.g la muerte de un ser querido o la jubilación), (Alvarado & Salazar, 2014; OMS, 2018).

La vejez es una etapa de la vida, suele ser determinada por la sociedad, así como por el incremento de la esperanza de vida. En países desarrollados se consideran los 65 años como una definición de “anciano”. Asimismo, en México, así como en los países de desarrollo se acepta como inicio de la vejez los 60 años. Tanto la ONU como la OMS usan como punto de corte los 60 años para definir la vejez (Instituto Nacional de Geriatria, 2015; OMS, 2018; ONU, 2016).

La población de adultos mayores ha comenzado a aumentar. Según datos de la ONU existen 962 millones de adultos mayores. Asimismo, esta organización en coincidencia con la OMS indica que el porcentaje de la población mundial de 60 años o más se duplicará para el 2050 y para el 2100 se triplicará (OMS, 2014; ONU, 2016).

Respecto a las personas de más de 80 años, se espera que se triplique en 30 años y se estima que para el 2050 pase a 425 millones. Asimismo, crece más rápido en regiones menos desarrolladas que en las desarrolladas, (United Nations, 2015; ONU, 2016).

De igual modo, en México el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2015) en su último censo señala que la población de adultos mayores ha incrementado mientras que la de niños y adolescentes ha disminuido. Según el Consejo Nacional de Población (CONAPO, s.f), en México habitan casi 13 millones de personas de 60 y más años. Asimismo, se considera que hay una mayor esperanza de vida para el grupo de edad (73.3 años), mientras que la fecundidad cada vez es menor (2.21 hijos por mujer). En otras

palabras, la cantidad de adultos mayores va en aumento y poco a poco la pirámide poblacional se está invirtiendo.

A lo largo de la vida existe una pérdida progresiva de funciones corporales debido al daño paulatino molecular y celular. Asimismo, aumenta el riesgo de enfermedad y/o la muerte. Aunado a todo lo anterior, se producen cambios psicosociales que impactan en la vida del individuo, en especial en el adulto mayor (OMS, 2015). Por lo tanto, la tercera edad es una etapa caracterizada por cambios físicos, psicológicos y sociales más evidentes.

A nivel físico, los adultos mayores presentan cambios como el deterioro de la fuerza y función musculoesquelética (e.g. caídas, velocidad de marcha), en articulaciones y huesos (e.g. en casos graves, osteoporosis), disminución sensorial (e.g. pérdida audición, olfato, etc.), cambios orales y faríngeos (e.g. masticación, habla, pérdida unidad dental), cambios en la elasticidad y funciones de la piel (Abrams & Thompson, 2014; Homeier, 2014; OMS, 2015). También presentan cambios en actividades sexuales, incontinencia urinaria, problemas gastrointestinales y respiratorios (Dziechciaż y Filip, 2014; Homeier, 2014; Ni Lochlainn & Kenny, 2013; OMS, 2015). De igual forma incrementan problemas cardiovasculares y metabólicos (e.g. diabetes) (Halter et al., 2014; Zafari et al., 2017). En México, las enfermedades isquémicas del corazón y diabetes mellitus son las principales causas de muerte en este grupo de edad (INEGI, 2015). Asimismo, hay que tomar en cuenta que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, aunque sí es la etapa del ciclo vital que presenta cambios más notorios (Kantún-Marín, Moral de la Rubia, Gómez-Meza, & Salazar-González, 2013).

Debido a lo anterior, es común que en la tercera edad se presente la multimorbilidad (varias enfermedades crónicas al mismo tiempo), y con ello la fragilidad y la polifarmacia (uso de 5 o más medicamentos simultáneamente) (Homeier, 2014; OMS, 2015).

Los adultos mayores pueden llegar a ser rechazados por la sociedad, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (México) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (México), por medio de la encuesta Enadis (2011) mencionan que en México los adultos mayores ocupan el 4° lugar de personas discriminadas. En algunos casos pueden sufrir maltrato por parte de familiares u otras personas que muchas veces no

son detectados y no denunciados por los ancianos (Correa, 2005; Homeier, 2014). Algunas investigaciones han sugerido que el vejeísmo o discriminación por la edad puede relacionarse con la ansiedad ante la muerte o ansiedad por el envejecimiento, especialmente por el proceso de deterioro y cambio físico que se presenta (Bodner, Shrira, Bergman, Cohen-Fridel, & Grossman, 2015).

La tercera edad es una etapa de pérdidas sistemáticas como la muerte de un ser querido (e.g. cónyuge), la jubilación, el cambio de estatus social o el papel que juega en la familia y en algunos casos la pérdida de autonomía ya que se vuelven dependientes de otros (Letelier, 2005; Homeier, 2014; Momtaz, Haron, Ibrahim, y Hamid, 2016; OMS, 2017; Walsh, Scharf, y Keating, 2016). Asimismo, los adultos mayores pueden llegar a instituciones como asilos, ya sea por cuenta propia, debido a dificultades económicas en la familia, la necesidad de encontrar apoyo para el cuidado del anciano y en casos más severos por abandono (Guevara-Peña, 2016). Aunado a esto O'Connor (2007) refiere que más del 60% de las muertes ocurren en instituciones como hospitales o asilos, por lo tanto, los asilos pueden provocar sensación de soledad, rechazo y abandono en los adultos mayores (Sridevi & Swathi, 2014).

Este grupo de edad es propenso al deterioro cognitivo más notorio, afectando el proceso de memoria, atención, velocidad de procesamiento y lenguaje (Harada, Natelson Love, & Triebel, 2013; Salech, Jara, & Michea, 2012), en algunos casos puede desarrollarse algún tipo de demencia, principalmente de tipo Alzheimer o demencia vascular (OMS, 2017).

Todos estos cambios se vuelven desafíos para la tercera edad, produciendo sentimientos de soledad, ansiedad y como trastorno principal, depresión (Dow & Gaffy, 2015; OMS, 2017; Rivera & Montero, 2007). De igual modo también se presenta miedo y ansiedad ante la muerte generados por el envejecimiento y todo lo que conlleva (e.g. deterioro) por lo tanto este grupo de edad se siente más cerca de la muerte, (Alici, 2017; Chonody & Teater, 2015; Taghiabadi, Kavosi, Mirhafez, Keshvari, & Mehrabi, 2017).

Aunque el tema de la muerte ha sido de sumo interés para la humanidad, debido a la incertidumbre y miedo que genera, parece ser que ha sido un tema reservado para la

filosofía u ontología, ya que dentro de la psicología no ha sido un tema central, especialmente en la psicoterapia (Vance, 2015).

2.2 Ansiedad ante la muerte y Satisfacción con la vida

El concepto de muerte varía dependiendo del grupo de edad, género, cultura, sistema de creencia, nivel educativo, estado civil, profesión, estilo de vida en que se encuentren, entre otros, por lo tanto, la ansiedad ante la muerte tiene relación con la actitud que tenga una persona hacia la muerte (Alici, 2017; Azaiza, Ron, Shoham, & Gigini, 2010; Sridevi & Swathi, 2014). En los adultos mayores, la enfermedad crónica, la dependencia de otras personas, el ser soltero y el estar internados en alguna institución pueden repercutir negativamente en ellos y predisponer la ansiedad ante la muerte (Alici, 2017; Sridevi & Swathi, 2014).

Templer (1970) buscaba desarrollar una prueba que reflejara una gama amplia sobre las experiencias de vida relacionadas con el miedo a la muerte ya que anteriormente existían pocas pruebas que la evaluaran. Se fue considerando la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de una amenaza a la vida propia, ya sea real o imaginario debida a estímulos internos o externos. (Miaja, 2012; Templer, Ruff, & Simpson. 1974; Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005).

Existen factores que afectan de manera positiva en la ansiedad ante la muerte como la satisfacción con la vida y la espiritualidad. La satisfacción con la vida es un proceso de juicio cognitivo que hacen las personas sobre sus propias vidas (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). Asimismo, es la parte cognitiva de un concepto más grande, llamado bienestar subjetivo (Diener, Suh, & Oishi, 1997; López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco, 2016). En la vejez, la satisfacción con la vida es un tema de evaluación individual de la vida pasada, que busca entender qué es lo que hace una vida buena y deseable (Cachioni et al., 2017; Roshani, 2012; Kantún-Marín et al., 2013).

Se ha encontrado como exponente explicativo de la satisfacción con la vida en adultos mayores, la autopercepción de la salud, los cambios en la forma y función de los órganos y el cuerpo, situaciones que limitan la capacidad de rendimiento y la capacidad de hacer frente al medio ambiente (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

(México) y el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (México) Enadis, 2011; Román, Toffoletto, Sepúlveda, Salfate, & Grandón, 2017; Taghiabadi et. al, 2017).

La investigación sobre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida es escasa, sin embargo, se han realizado varias investigaciones en diferentes partes del mundo, en especial en Estados Unidos, España y Medio Oriente (tabla 1), por ejemplo, Trent, Glass Jr y McGee (1981) realizaron una investigación con 207 voluntarios entre 35-70 años de edad, de los cuales sólo utilizaron 204 para el análisis. Querían investigar cómo era el impacto de la aplicación de un taller sobre la muerte y el proceso de morir en la ansiedad ante la muerte, satisfacción con la vida y locus control. Para ello se utilizó un grupo control de 111 personas y 93 para el grupo experimental, se aplicaron escalas para evaluar ansiedad ante la muerte, satisfacción con la vida y locus control, y se hizo un pre-test y un post-test. Para el grupo experimental se aplicó el taller de 6 sesiones con duración de dos horas y en el grupo control sólo se aplicaron las pruebas. Se encontró que había una disminución pequeña, pero significativa en la ansiedad ante la muerte entre el grupo control y el experimental. También se observó que, aunque no era significativo, había cambios positivos en el locus control y la satisfacción con la vida. Asimismo, hallaron que había una relación entre la satisfacción con la vida y la salud de los participantes con la ansiedad ante la muerte. Entre mayor satisfacción con la vida reportaban, disminuía la ansiedad ante la muerte (véase tabla 1).

Hickson, Housley y Boyle (1988) realizaron una investigación que tuvo como objetivo determinar el nivel de cambio de ansiedad ante la muerte, satisfacción con la vida y locus control en personas que participaban en tu taller sobre la muerte y el proceso de morir. La investigación se realizó con 122 personas entre 61 a 80 años, utilizando las escalas de Locus control I-E de Rotter, la escala moral del centro geriátrico de Filadelfia, y la escala de ansiedad ante la muerte de Templer, examinaron el locus control interno-externo, la edad y el sexo en relación con la satisfacción con la vida y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores. Encontraron que había relación negativa débil ($r=-0.30$, $p=0.0001$) entre satisfacción con la vida y la ansiedad ante la muerte independientemente del locus control de los participantes. Asimismo, encontraron que en las mujeres había una menor satisfacción con la vida y mayor ansiedad ante la muerte. Finalmente encontraron que en edades de 61-65 años, la fuerza de correlación aumentaba ($r=- 0.53$, $p=0.017$). No

se explica cual estadístico se utilizó para realizar la correlación, asimismo indican haber utilizado tablas de contingencia y análisis de varianza.

De igual modo en 1990 Given y Range compararon la satisfacción con la vida y la ansiedad ante la muerte en 30 adultos mayores residentes de un complejo de apartamentos de vivienda pública y 20 adultos mayores habitantes de una “Nursing home” (asilo). Fue un diseño descriptivo-correlacional; participaron 50 adultos de 48-90 años, y encontraron que, a mayor nivel de ansiedad ante la muerte, hay menor puntaje en la satisfacción con la vida ($r = -.54$, $p = <.01$). También se encontró que los residentes del asilo vivían más tiempo que aquellos que viven en sus apartamentos. En ambos grupos no se encuentran diferencias significativas respecto a puntaje en ansiedad ante la muerte, por lo tanto, el lugar de residencia tampoco es significativo. Finalmente, otro descubrimiento fue que los residentes de los apartamentos reportaron que, en 5 años, ellos se encontrarían haciendo lo mismo, mientras que los habitantes del asilo indicaban que probablemente estuvieran muertos. Esto se atribuyó a que los residentes del asilo están más en contacto con la muerte en su entorno.

En el 2002, Arbinaga quiso valorar el estado de ánimo (si presentan o no depresión), la satisfacción con la vida y la ansiedad ante la muerte en 71 mujeres mayores de 60 años de Huelva, habitantes de residencias (institucionalizadas) y usuarias de Centros de día (no institucionalizadas), utilizando un estudio descriptivo-correlacional. Encontró que las mujeres internas presentan mayor depresión y menor satisfacción con la vida a diferencia de las no institucionalizadas. No hubo diferencias en la presencia de ansiedad ante la muerte en ambos grupos. Asimismo, halló que la satisfacción con la vida disminuye conforme aumenta la edad y aumenta si se está casada o si tiene mayor nivel de estudios. No encontró alguna relación significativa entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en ninguno de los dos grupos, pero sí una correlación negativa entre depresión y satisfacción con la vida. Sin embargo, la muestra del estudio es pequeña, solo se realizó en mujeres, no se evaluó si las mujeres en asilos realizaban actividades, o aspectos económicos. Asimismo, no se evaluó la multimorbilidad en ninguno de los dos grupos

Igualmente, Arbinaga (2003) realizó un trabajo en la provincia en Huelva, España donde evaluó depresión, satisfacción con la vida y ansiedad ante la muerte en 125 adultos mayores de 60 años, institucionalizados y no institucionalizados. Se realizó un diseño

descriptivo-correlacional y encontró que, aunque no es significativa la relación de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida, sí indica una tendencia a aumentar la ansiedad ante la muerte cuando hay menor satisfacción con la vida. No hay diferencias significativas en la presencia de ansiedad ante la muerte en ambos grupos. También encontraron que las mujeres presentan mayores niveles de depresión, así como el grupo de personas institucionalizadas y aumentaba conforme al estado civil (soltero, casado, viudo) y con aquellos que no tuvieran una red de apoyo (familia o amigos íntimos). La satisfacción con la vida disminuye en el grupo de personas institucionalizadas, menor nivel de estudios y menor percepción de salud. Se utilizó la Chi cuadrada para el análisis de los datos, sin embargo, se pudo utilizar algún otro estadístico para la correlación ya que la Chi cuadrada solo asocia.

Roshani (2012) realizó un estudio descriptivo-correlacional con 120 adultos mayores en la India que tuvo como objetivo determinar la relación entre satisfacción con la vida, ansiedad ante la muerte y creencias religiosas, en el cual reporta que al tener fuertes creencias religiosas disminuían la ansiedad ante la muerte hay una correlación negativa. Asimismo, se encontró que existe una correlación negativa entre la satisfacción vital y la ansiedad ante la muerte en adultos mayores ($r=.262$, $p=.004$). Como limitaciones se encuentra que es una investigación de alcance correlacional, solo se abordó la correlación y se omitieron otros datos sociodemográficos que podrían estar afectando como el sexo, los aspectos económicos, el tipo de religión que se profesa, entre otros.

Saeed (2016) llevaron a cabo una investigación correlacional, con 111 adultos jubilados de entre 56-70 años para comprobar si las diferencias de género y la satisfacción con la vida se relacionaban con la ansiedad ante la muerte, encontraron una correlación negativa débil y significativa entre Ansiedad ante la muerte y Satisfacción con la vida ($r = -.344^{**}$, $p=0.000$). De igual modo reportan que las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte a diferencia de los hombres. Finalmente encontraron que recibir una pensión, la edad y la religión mantienen una correlación positiva con la satisfacción con la vida. Sin embargo, la población es únicamente de jubilados, solo se enfoca en la diferencia de género, no se abordan aspectos de salud o redes de apoyo, asimismo es de estudio de alcance correlacional por lo cual no se puede hablar de causalidad.

De igual modo Taghiabadi et al. (2017) realizaron un estudio para examinar la asociación entre la ansiedad ante la muerte, experiencias espirituales y satisfacción con la vida en 250 adultos mayores de Irán, de los cuales seleccionaron 190 que no tuvieran algún trastorno físico o mental, así como alguna experiencia estresante reciente. Hallaron que había un alto nivel de experiencias espirituales entre los participantes, así como una relación entre las tres variables de interés. Asimismo, encontraron que entre mayor satisfacción con la vida y mayor experiencia espiritual habrá menor ansiedad ante muerte ($r=-.2$, $p=.002$). Como limitación del estudio, está que es de alcance correlacional, no se abordan algunos datos sociodemográficos como el tipo de religión, y no se especifica en cuantos hospitales se realizó la investigación.

Finalmente, Lukman, Sihombing y Meilianingsih (2018) realizaron un estudio correlacional-trasversal en Indonesia con 98 adultos mayores pertenecientes a la tribu Batak que vivían en Bandung, el cual tenía como objetivo analizar los factores asociados con la ansiedad ante la muerte, calidad de vida, satisfacción con la vida y la cultura. Utilizaron la escala de Ansiedad ante la muerte de Templer, satisfacción con la vida de Diener, el cuestionario de calidad de vida y cuestionario de cultura Batak. Se encontró que había una correlación negativa entre la satisfacción con la vida ($p < .001$, $OR = .122$) y la cultura ($p < .001$, $OR = .088$) con la ansiedad ante la muerte. De igual modo, no muestra alguna relación significativa entre ansiedad ante la muerte y calidad de vida. La muestra es muy específica, pequeña y de alcance correlacional, por lo cual los datos no pueden ser generalizables. Asimismo, se pudo haber utilizado alguna otra prueba para correlacionar los resultados, en vez de la Chi cuadrada.

Existen algunos factores asociados con la satisfacción con la vida y la ansiedad ante la muerte. Ramírez Pérez y Lee Maturana, (2012) encontraron en una investigación que tenía el propósito de correlacionar factores relacionados con la satisfacción con la vida en Perú, que la mayoría de los adultos mayores estaban satisfechos con sus vidas, pero que se solían sentir débiles, con dolor y enfermos. De igual modo encontró que las redes de apoyo (en especial la familia) eran la principal fuente de apoyo para el anciano.

Aunado a esto Noriega, Quiñones, y Guedea, (2005) en una investigación en Sonora, México hallaron que los adultos mayores estaban altamente satisfechos con su

vida, principalmente por la familia, amistades, autonomía personal, recursos económicos y religión.

En una investigación realizada por Bektaş, Körükcü y Kabukcuoğlu, (2017) con 106 adultos mayores de tres asilos en Turquía con el propósito de conocer la incidencia de depresión y ansiedad ante la muerte y su relación con variables sociodemográficas, encontraron que la depresión y la ansiedad ante la muerte se presentaban en los ancianos que estaban en el asilo de 1 a 3 años y aquellos que no recibían visitas, los cuales eran la mayoría. De igual modo Alonso, Castedo y López, (2017) reportan como causa principal de la ansiedad ante la muerte, el miedo al dolor o una enfermedad en un estudio con adultos mayores ourensanos (España). Por último, Jong et al., (2017), realizando una revisión sistemática, encontraron una relación entre la ansiedad ante la muerte y la religión.

Tabla 1. Antecedentes a nivel mundial sobre Ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores.

Autor y País	Objetivo	Población y Diseño	Instrumentos	Resultados	Limitaciones
Trent, C., Glass Jr, J. C., y McGee, A. Y. (1981). EUA	Determinar el nivel de cambio en la ansiedad ante la muerte, la satisfacción con la vida y el locus control, al participar en un taller de 12 horas sobre la muerte y el proceso de morir.	Descriptivo-correlacional 204 adultos de 35-70 años (111 grupo control y 93 grupo experimental)	Adaptación de la escala de Ansiedad ante la muerte de Templer, Escala de Satisfacción con la vida de Naugarten, Havighurst y Tobin, y Escala I-E de Rotter	Entre mayor satisfacción con la vida se reportaba, disminuía la ansiedad ante la muerte. No hubo una disminución pequeña y significativa en la ansiedad ante la muerte en el grupo experimental después de aplicar el taller.	Muestra no enfocada a adultos mayores, es de alcance correlacional así que no se puede hablar de causalidad, debido a ser de participación voluntaria, no se emparejaron el grupo experimental con el grupo control
Hickson, J., Housley, W. F., y Boyle, C. (1988). EUA	Explorar la relación de edad, sexo y locus control de una persona mayor, con respecto a ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida.	Estudio Descriptivo, participaron 122 adultos mayores de 61-80 años	Escala de Locus control I-E de Rotter, Escala moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale) y la escala de Ansiedad ante la muerte de Templer.	Relación negativa débil entre satisfacción con la vida y ansiedad ante la muerte independientemente del locus control de los participantes. En mujeres hay mayor satisfacción con la vida.	Solo llega a un alcance correlacional, no se puede hablar de causalidad. Se pudo haber utilizado otro estadístico para la correlación.

Given, J. E., y Range, L. M. (1990). EUA	Examinar las diferencias entre los asilos (nursing home) y residentes de apartamentos en términos de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida.	Descriptivo-correlacional 50 adultos mayores (30 no institucionalizados y 20 institucionalizados) de 48-90 años	Escala moral del Centro Geriátrico de Filadelfia (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale), la escala de Ansiedad ante la muerte de Templer y entrevista estructurada	A mayor nivel de ansiedad ante la muerte, hay menor puntaje en la satisfacción con la vida. El lugar de residencia no es significativo, pero los residentes del asilo vivían más tiempo además indicaban que en 5 años estarían muertos a diferencia de los residentes de apartamentos debido a que están más en contacto con la muerte.	Muestra no representativa, alcance correlacional, no se evaluaron factores como el tiempo de estancia en el asilo, o el vivir solo o no, muestra con edades variadas.
Arbinaga, F., (2002). España	Valorar el estado del ánimo (ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida) en mujeres mayores de 60	Descriptivo-correlacional 71 mujeres mayores de 60 años institucionalizadas y no	Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, Escala criba geriátrica para la depresión de Yesavage e Inventario de	No hay relación significativa entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en ninguno de los dos grupos, pero sí una	Muestra realizada solo en mujeres, no se evaluó si las mujeres en asilos realizaban actividades, aspectos

	años, internas y externas de un asilo.	institucionalizadas	Satisfacción con la vida de Bigot.	correlación negativa entre depresión y satisfacción con la vida. Las mujeres internas presentan mayor depresión y menor satisfacción con la vida. La satisfacción con la vida disminuye conforme aumenta la edad y aumenta si se está casada o tiene mayor nivel de estudios.	económicos, multimorbilidad, polifarmacia en ninguno de los dos grupos.
Arbinaga, F., (2003). España	Valorar el estado del ánimo (ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida) en mujeres mayores de 60 años, internas y externas de un asilo, y otras variables relacionadas con su	Descriptivo-correlacional 125 adultos mayores de 60 años institucionalizados y no institucionalizados	Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, Escala criba geriàtrica para la depresión de Yesavage e Inventario de Satisfacción con la vida de Bigot	Aunque no es significativa la relación de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida, si indica una tendencia a aumentar la ansiedad ante la muerte cuando hay menor satisfacción con la vida.	Se pudo utilizar otra prueba de correlación ya que la Chi cuadrada solo asocia, no correlaciona. No se evaluó si las personas en asilos realizaban actividades, aspectos económicos, tiempo dentro del asilo, no

situación social.

se evaluó la multimorbilidad y polifarmacia en ninguno de los dos grupos. No explica causalidad.

Roshani, K. (2012). Irán	Investigar si hay o no una relación entre creencias religiosas y satisfacción con la vida con la ansiedad ante la muerte en la vejez.	Descriptivo-correlacional 120 adultos mayores de 65 a más años.	Cuestionario de religiosidad de Arian, Escala de satisfacción con la vida de Diener y Escala de miedo a la muerte de Collet-Lester	Hay una correlación negativa entre las creencias religiosas y la ansiedad ante la muerte. También existe una correlación negativa entre satisfacción con la vida y ansiedad ante la muerte en adultos mayores	Solo es de alcance correlacional, no se abordaron algunos otros datos como el sexo, aspectos económicos, tipo de religión que se profesa.
Saeed, F. (2016). Pakistán	Explorar si la satisfacción con la vida se relaciona con la ansiedad ante la muerte en jubilados y saber si hay diferencias de género en niveles de ansiedad ante la muerte y	Investigación correlacional se utilizó la estrategia de bola de nieve para la muestra. 111 jubilados de 56-70 años.	Escala de ansiedad ante la muerte de Templer y Escala de satisfacción con la vida de Diener	Hay una correlación negativa débil y significativa entre Ansiedad ante la muerte y Satisfacción con la vida. Las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte.	Población únicamente de jubilados, solo se enfoca en las diferencias de género, no se abordan aspectos de salud o redes de apoyo, estudio de alcance

	satisfacción con la vida.				correlacional.
Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, R., Keshvari, M., y Mehrabi, T. (2017). Irán	Examinar la asociación entre experiencias espirituales y satisfacción con la vida con ansiedad ante la muerte en adultos mayores.	Descriptivo-correlacional 120 adultos mayores de 65 a más años.	Índice de satisfacción con la vida de Wood y Shifor, Escala de ansiedad ante la muerte, de Aminpour y DSES Daily spiritual experiences scale	Entre mayor satisfacción con la vida y mayor experiencia espiritual habrá menor ansiedad ante muerte.	Estudio de alcance correlacional, no se abordan algunos datos sociodemográficos como el tipo de religión, y no se especifica en cuantos hospitales se realizó la investigación.
Lukman, M., Sihombing, F., y Meilianingsih, L. (2018). Indonesia	Analizar los factores asociados a ansiedad ante la muerte en adultos mayores de la tribu Batak, quienes viven en Bandung, incluyendo calidad de vida, satisfacción con la vida y cultura.	Correlacional-trasversal y descriptivo 98 ancianos pertenecientes a la tribu Batak y habitantes en Bandug (Indonesia).	Escala de ansiedad ante la muerte de Templer, Cuestionario de cultura Batak, Cuestionario de calidad de vida y Escala de satisfacción con la vida de Diener.	Existe una correlación negativa entre la satisfacción con la vida y la cultura con la ansiedad ante la muerte. No hay relación significativa entre ansiedad ante la muerte y calidad de vida.	Población pequeña, investigación de alcance correlacional, así como la muestra es específica por lo cual los resultados no pueden ser generalizables. Se pudo haber utilizado alguna otra prueba de correlación.

Debido a lo anterior, la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida son variables que no se han investigado juntas con profundidad, sin embargo, existen reportes de correlación entre ambas. De igual manera, existe una escasa información sobre estas variables en adultos mayores y aún más limitada en adultos mayores dentro de un asilo. Por último, no se han tomado en cuenta otras variables que pueden estar interviniendo (e.g tiempo en el asilo, visita de familiares), por lo cual es importante estudiarlas.

MÉTODO

3.1 Justificación

En años recientes ha aumentado la población de adultos mayores, y este aumento de edad, viene acompañados de una serie de cambios tanto físicos, psicológicos y sociales, aspectos que están relacionados con la satisfacción de vida del adulto mayor. Existe poca investigación en adultos mayores, y la investigación en ambientes institucionalizados es aún menor. Se ha encontrado que la satisfacción con la vida juega un papel importante en la ansiedad ante la muerte en este grupo de edad, pero han sido variables que no se han investigado lo suficiente de manera conjunta. Dado lo anterior, es importante continuar aportando evidencia para entender estas relaciones que nos podrían sugerir si el estar satisfecho o no con lo que se ha realizado en la vida, tiene alguna influencia en la manera en que se acepta o no la muerte.

En relación a lo anterior, la muerte es un tema relevante, que es consciente dentro de la población anciana, el cual, les causa inquietud principalmente por el dolor o deterioro que esta genera, en especial en mujeres, pero considerado tema tabú que no se ha abordado lo suficiente. Existen otras variables que, aunque impactan en cualquier edad, se presentan con mayor frecuencia en adultos mayores como: la institucionalización, la comorbilidad, las pérdidas, la religión, las redes de apoyo y la economía, las cuales influyen tanto en la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida. Por este motivo es importante abordar esta problemática dirigida principalmente hacia la ansiedad ante la muerte y más hacia adultos mayores ya que serán la población mayoritaria en algunos años.

Además de la justificación social, vale la pena resaltar que existe evidencia empírica que sugiere que la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida podrían estar relacionadas, a pesar de la importancia de dichos datos, la mayoría de los estudios fueron realizados en contextos culturales que no comparten la idiosincrasia de la cultura en México, las creencias religiosas, la cuestión económica y la estructura con la cual se cuida al paciente geriátrico en México. El que no exista investigación apegada a los criterios culturales previamente descritos, representa una limitante para la caracterización del fenómeno y limita la posible aplicación del conocimiento en el área.

A pesar de lo anterior, al realizar una búsqueda en diversas bases de datos como Cochrane, Pubmed, PsycINFO, CINAHL, Redalyc y Scielo., donde para la búsqueda de “ansiedad ante la muerte” se utilizó “Death” como término MESH, y “death anxiety”, “fear of death”, “fear of dying”, “thanatophobia” y “thoughts of death” como Text Words. Para “satisfacción con la vida” como termino MESH se utilizó “Health” y las Text Words fueron “life satisfaction”, “satisfaction with life” y “subjective well being”, excluyendo “happiness” y “quality of life”. Finalmente para “adultos mayores” se utilizó como término MESH “frail elderly” y como Text Words “older adults”, “older people”, “elderly”, “old age”, “geriatric”, “elderly people”, “elderly adults” y “ageing”; no se encontraron suficientes estudios que abordaran estas dos variables juntas, y en México no se ha llevado a cabo alguna investigación que relacionara la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida en ningún grupo de edad incluyendo adultos mayores, por lo cual es importante abordar este tema. En consecuencia, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados en México?

3.2 Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este estudio es identificar la correlación entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados.

Objetivos específicos

- Examinar la relación entre las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, realizar alguna actividad, religión, redes de apoyo, apoyo económico, enfermedad, polifarmacia,) y ansiedad ante la muerte.
- Determinar la relación de las variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad, realizar alguna actividad, religión, redes de apoyo, apoyo económico, enfermedad, polifarmacia) con satisfacción con la vida.

3.3 Hipótesis

H₀: No existe relación entre la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida en adultos mayores residentes de una institución.

H₁: Existe relación entre la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida en adultos mayores residentes de una institución.

3.4 Participantes

Participaron de manera voluntaria adultos mayores, del asilo “Isabel la Católica” en la Ciudad de México (institución privada), en el periodo del 10 de julio del 2018 al 11 de agosto del 2018.

Criterios de inclusión

1. Personas que tengan 60 años o más.
2. Personas de cualquier género, nivel educativo, nivel socioeconómico o religión.
3. Usuarios del asilo

Criterios de exclusión

1. Personas que tuvieran menos de 60 años.
2. Personas que presentan algún tipo de demencia, deterioro cognitivo severo o que no puedan responder (mediante las evaluaciones del asilo, previamente realizadas).
3. Aquellas personas que de manera voluntaria se retiren del proyecto.
4. Personas que presenten algún otro problema que dificulte la aplicación de los cuestionarios (e.g presentar hipoacusia severa y no saber leer al mismo tiempo).

Criterios de eliminación

1. Personas que no contesten al menos el 80% de los instrumentos.
2. Personas que durante la aplicación decidan abandonar la evaluación.
3. Personas que durante el proceso del cuestionario se detecté algún tipo de deterioro.

Durante las evaluaciones se identificaron cuatro participantes con deterioro cognitivo severo, los cuales no fueron incluidos en el análisis de los resultados. Es así que

el estudio quedó formado por 90 participantes 38 (42.2%) hombres y 52 (57.8%) mujeres, con un rango de edad de 60 a 96 años ($M= 79.9$; Desviación estándar $[DE]= 8.6$), de los cuales el 46.7% fueron solteros y el 31.1% viudos. El 16.7% concluyeron una carrera técnica o comercial y el 15.6% la primaria. En su mayoría fueron católicos (91.1%) y han vivido en el asilo en un rango de 1 a 5 años (53.3%). Los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística por conveniencia (ver tabla 2).

Tabla 2.

Datos sociodemográficos de los participantes.

	Adultos Mayores Total (N= 90)
	N (%)
Sexo	
Hombres	38 (42.2%)
Mujeres	52 (57.8%)
Edad	
60 a 69 años	13 (14.4%)
70 a 79 años	25 (27.8%)
80 a 89 años	40 (44.4%)
90 a 99 años	12 (13.3%)
Media	79.9
D.E	8.6
Estado civil	
Soltero (a)	42 (46.7%)
Casado (a)	7 (7.8%)
Viudo (a)	28 (31.1%)
Divorciado (a)	7 (7.8%)
Unión Libre	2 (2.2%)
Separado	4 (4.4%)
Escolaridad	
Sin institución	6 (6.7%)
Primaria	28 (31.1%)
Secundaria	11 (12.2%)
Carrera técnica o comercial	16 (17.8%)
Bachillerato o preparatoria	10 (11.1%)
Licenciatura	16 (17.8%)
Posgrado	3 (3.3%)
Años de escolaridad	
Media	9.4

D.E	5.5
Tiempo en el asilo	
Menos de 1 año	13 (14.4%)
1 a 5	48 (53.3%)
6 a 10	18 (20.0%)
11 años o más	11 (12.2%)
Actividades en el tiempo libre	
Sí	66 (73.3%)
No	24 (26.7%)
Redes de apoyo	
Sí	62 (68.9%)
No	28 (31.1%)
Religión	
Sí	82 (91.1%)
No	8 (8.9%)
Importancia de la religión	
Sin importancia	6 (6.7%)
Medianamente importante	10 (11.1%)
Muy importante	74 (82.2%)
Enfermedad	
Sí	75 (83.3%)
No	15 (16.7%)
Número de enfermedades	
0 a 1 enfermedad	39 (43.3%)
2 a 3 enfermedades	37 (41.1%)
4 a 6 enfermedades	14 (15.6%)
Polifarmacia	
0-4 medicamentos	63 (70%)
5-9 medicamentos	20 (22.2%)
10-16 medicamentos	7 (7.8%)
Dolor	
Sí	37 (41.1%)
No	53 (58.9%)
Caídas	
Sí	32 (35%)
No	58 (64.4)
Prótesis	

Sí	87 (96.7%)
No	3 (3.3%)

Percepción de salud

Muy buena	10 (11.1%)
Buena	30 (33.3%)
Regular	40 (44.4%)
Mala	8 (8.9%)
Muy mala	1 (1.1%)

Nota= DE, Desviación estándar

3.5 Diseño de la investigación

El diseño de este estudio es no experimental, correlacional y transversal. Se considera un diseño no experimental debido a que no habrá manipulación del contexto, de la población ni de las variables. Del mismo modo, ya que solo se busca identificar la relación entre dos variables (ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida) se considera de alcance correlacional. Finalmente será trasversal ya que se va a recolectar la información en un momento específico (Hernández-Sampieri, Fernández, & Baptista, 2014).

3.6 Medición

Definición conceptual:

Ansiedad ante la muerte: Se considera a la ansiedad ante la muerte como una reacción emocional producida por la percepción de una amenaza a la vida propia, ya sea real o imaginario debida a estímulos internos o externos (Miaja, 2012; Templer, Ruff, & Simpson, 1974; Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005).

Satisfacción con la vida: Es un proceso de juicio cognitivo que hacen las personas sobre sus propias vidas, el cual es la parte cognitiva de un concepto más grande, llamado bienestar subjetivo (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985; Diener, Suh, & Oishi, 1997; López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco, 2016).

Definición operacional:

Los datos sociodemográficos fueron recuperados a través de un cuestionario creado de manera “ex profesa” para este estudio. Además, se utilizaron los siguientes instrumentos

psicométricos para medir las variables de Ansiedad ante la muerte y Satisfacción con la vida:

1.- *Escala de ansiedad ante la muerte de Templer (Templer's death anxiety scale, DAS):*

Fue desarrollada para reflejar una gama más amplia relacionada con las experiencias de vida que repercuten en el miedo a la muerte. Fue inspirada de la Escala de Miedo a la Muerte de Boyar (FODS), validada por Boyar, en 1964 (Templer, 1970), que en ese momento era el mejor instrumento para evaluar la ansiedad ante la muerte. El DAS, incluye factores que miden el miedo al acto de morir, la finalidad de la muerte, los cadáveres y su entierro. Consiste en una escala breve y auto-aplicable de 15 reactivos con respuestas de verdadero y falso, nueve de ellas se puntúan en verdadero y los seis restantes en falso, por lo tanto, el puntaje más bajo para determinar ansiedad ante la muerte es cero y el más alto es 15, (Templer, 1970). Esta escala ha sido adaptada en diferentes idiomas y en diferentes culturas. En México, la escala fue validada por Rivera-Ledesma y Montero-López (2010) la cual tiene propiedades psicométricas para uso en adultos mayores. En esta versión se muestran tres principales factores: Miedo a la muerte, miedo a la agonía o a la enfermedad y miedo a que la vida llegue a su fin. Respectivamente, los valores referidos mantienen una consistencia interna de .83, .69 y .65. Asimismo, la escala tiene una consistencia interna general de .86. Son 15 preguntas, con respuestas tipo Likert (1= Nunca o Casi nunca, 2= Algunas veces, 3= La mayor parte del tiempo y 4= Todo el tiempo) modificada de la versión original para aumentar su consistencia interna. El puntaje mínimo es de 15 (mínima ansiedad) y el máximo 60 (máxima ansiedad) y no hay puntos de corte (anexo 3).

2.- *Escala de Satisfacción con la vida de Diener (Satisfaction with life scale, SWLS):*

Esta escala evalúa la satisfacción con la vida a través del juicio global y cognitivo que hacen las personas sobre sus propias vidas (Diener, 1985). Consiste en una escala de cinco reactivos y siete opciones de respuesta tipo Likert. Se ha encontrado que este instrumento ha dado buenas propiedades psicométricas y que los valores oscilan entre .89 y .79 (Padrós, Gutiérrez, & Medina, 2015). En México se validó esta escala en población Michoacana dónde se comparó a un grupo de universitarios con población general, se encontró que el valor de alfa de Cronbach del total de la escala en población en general

resultó de $\alpha = .832$, dando buenas propiedades psicométricas. Para esta investigación se utilizó la traducción al castellano de Atienza, Pons, Balaguer y García Merita, (2000), ya que se llevó a cabo la reducción de las opciones de respuesta del instrumento, quedando 5 reactivos, dónde 1=Muy en desacuerdo y 5= Muy de acuerdo, la puntuación total va de 5 (baja satisfacción) a 25 (alta satisfacción). Asimismo, López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco (2016) realizaron la validación del instrumento en adultos mayores, como parte de una investigación más grande de la “Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México”, realizaron una reducción de los reactivos de las opciones de respuesta, terminando con tres opciones (1=De acuerdo, 2=Ni de acuerdo y en desacuerdo y 3= En desacuerdo), a menor puntaje existirá mayor satisfacción con la vida. El puntaje va de 5 (mayor satisfacción) a 15 (menor satisfacción). Es una escala unifactorial con un Alfa de Cronbach de .79, no hay puntos de corte. Ésta última se utilizó para la presente investigación, leyéndose como a mayores puntajes existe una mayor insatisfacción con la vida y a menores puntajes hay una menor insatisfacción con la vida (anexo 4).

3.7 Procedimiento

Se envió una carta a la casa hogar “Isabel la Católica” en la Ciudad de México, explicando el propósito, las actividades y la duración de la investigación, al ser aceptada, se acudió a la casa hogar de lunes a viernes en un horario de 8:00 am a 5:00 pm.

Por medio de una lista de todos los residentes de la casa, otorgada por el asilo, dieron la indicación de que sólo se podía trabajar con 111 personas. Se buscó individualmente a los adultos mayores, se les explicó que se estaba realizando una investigación y en caso de aceptar se agendó un horario para la aplicación (describe quién aplicó el cuestionario y sus habilidades al respecto) del cuestionario (ya sea ese mismo día u otro). La localización de los participantes y la aplicación de los cuestionarios se hacían en horarios en los que no interfirieran con sus actividades, principalmente las horas de comida o misa. Al momento de buscar al adulto mayor y si este no podía responder por deterioro cognitivo severo, por no querer participar en la investigación o por alguna otra causa (como presentar hipoacusia severa y no saber leer), se descartaba de la investigación, por lo cual se realizó la aplicación a 94 participantes.

La aplicación del cuestionario se hizo de forma individual, en diferentes espacios del asilo exceptuando habitaciones, y tuvo una duración de 30-60 minutos. El día de la cita, en caso de que fuera requerido se les preguntaba a los participantes con cual oído escuchaban mejor y se les hablaba con un tono de voz más fuerte para facilitar la aplicación de los instrumentos. Posteriormente les explicaba el motivo de la investigación, su duración y la confidencialidad de esta. Asimismo, se leía un “consentimiento informado” que rectificaba la información. Al terminar de leerlo y aclarar dudas se les preguntó si deseaban participar, de igual modo se recalcó que si lo deseaban, podían dejar de contestar el cuestionario sin que hubiera repercusión alguna. En caso de que aceptaran, se les pedía firmar o poner su huella digital (en caso de no saber leer o escribir) en el consentimiento informado, igualmente firmaba el aplicador y testigos. Posteriormente se realizó oralmente la aplicación de la hoja de datos sociodemográficos y los instrumentos mencionados anteriormente. En el caso de los participantes del área de enfermería, la aplicación se realizó en su área. De igual modo con los participantes con hipoacusia y ceguera, respectivamente, se realizó la aplicación adaptándose a ellos. Al finalizar las aplicaciones por día se avisaba a la psicóloga del asilo, cuáles adultos mayores se habían evaluado, así como rectificar algunos datos sociodemográficos de los participantes. Finalmente, debido a que había sospecha de deterioro cognitivo en algunos participantes al finalizar la aplicación del cuestionario, se rectificó la información con la psicóloga del asilo y se eliminaron aquellos que presentaban deterioro cognitivo severo, por lo cual solo se utilizaron 90 participantes para el análisis estadístico.

3.8 Escenario

La aplicación se llevó a cabo en la casa hogar “Isabel la Católica” en la Ciudad de México. Es un asilo católico, consta de cuatro áreas, dos semanerías (adultos mayores que pueden valerse por sí mismos) uno para hombres y otra para mujeres, y dos enfermerías (personas que necesitan algún tipo de apoyo).

3.9 Análisis Estadísticos

Análisis descriptivo

Se realizaron análisis de frecuencias para describir los datos sociodemográficos de la muestra. Asimismo, se sacó la mediana, la desviación estándar, los valores máximos y mínimos y se realizó un diagrama de caja para para identificar la presencia de ansiedad ante la muerte (Hernández-Sampieri, et.al., 2014; Rivera-Ledesma y Montero-López Lena, 2010).

Prueba de normalidad

Para seleccionar los tipos de prueba que se utilizarían, se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov ($\alpha = .001$) debido a que la muestra del presente estudio era ≥ 31 individuos, para corroborar que los datos se distribuyeran normalmente. Al tener un nivel de significancia $\leq .05$, se puede decir que los datos no provienen de una distribución normal. Debido a esto, se optó por utilizar pruebas no paramétricas para el análisis de la presente investigación (Marsaglia, Tsang, & Wang, 2003; Nahm, 2016; Saldaña, 2016).

Análisis correlacional

Para poder cumplir con el objetivo de la investigación de identificar la relación que existe entre la ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida, se aplicó el coeficiente de correlación tau de Kendall (t). Se optó por esta prueba debido a la estructura tipo Likert de ambas escalas, las cuales se decidieron tratar como nivel ordinal. Además, la estructura de las respuestas de la población no se distribuía de manera normal. Por último, los datos contienen rangos empatados. Para la correlación, se tomó como dato estadísticamente significativo cuando la probabilidad asociada fuera $\leq .05$. Se consideró una correlación “positiva” aquellos que estén representados por el símbolo + y correlación “negativa” por el símbolo -. La fuerza de correlación se considerará perfecta si se aproxima al coeficiente ± 1 , los que están alrededor de .20 se considerarán “pequeños”, “medianos” aquellos que estén alrededor de .50 y “fuertes” los cuales estén arriba de .80, respecto a su fuerza de correlación (Durlak, 2009; Hernández-Sampieri et al., 2014; Mukaka, 2012).

Análisis de diferencias de medias

U de Mann Whitney

Se utilizó la prueba de U de Mann Whitney para identificar la influencia de las variables sociodemográficas de valores nominales (e.g. sexo, realizan o no alguna actividad) sobre las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción la vida. Se tomó como dato estadísticamente significativo cuando la probabilidad asociada fuera $\leq .05$. (Hernández-Sampieri et al., 2014; Nahm, 2016; Rivas-Ruiz, Moreno-Palacios, & Talavera, 2013).

Kruskall Wallis

Las variables de edad, tiempo de vivir en el asilo, estado civil, escolaridad, el número de enfermedades presentadas, número de medicamentos consumidos y la percepción de salud se pasaron a nivel ordinal por medio de la creación de grupos para realizar el análisis, por lo cual para identificar si había diferencia entre alguno de los grupos sobre las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida, se utilizó la prueba de Kruskal Wallis. Se tomó como dato estadísticamente significativo cuando la probabilidad asociada fuera $\leq .05$ (Hecke, 2012; Hernández-Sampieri et al., 2014; Nahm, 2016).

Datos cualitativos

Mediante algunos comentarios otorgados por los adultos mayores y preguntas que surgieron al momento de realizar los cuestionarios, se pudo identificar información cualitativa para completar lo realizado anteriormente.

RESULTADOS

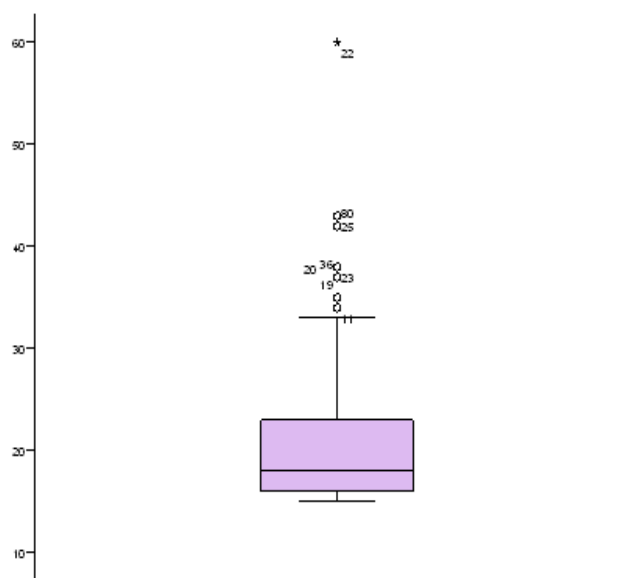
Análisis descriptivo

Tabla 4. Análisis descriptivo de Ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida.

	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Desviación estándar
Total Ansiedad ante la muerte	15	60	21.16	18.00	7.712
Total Satisfacción con la vida	5	15	7.07	6.00	2.552

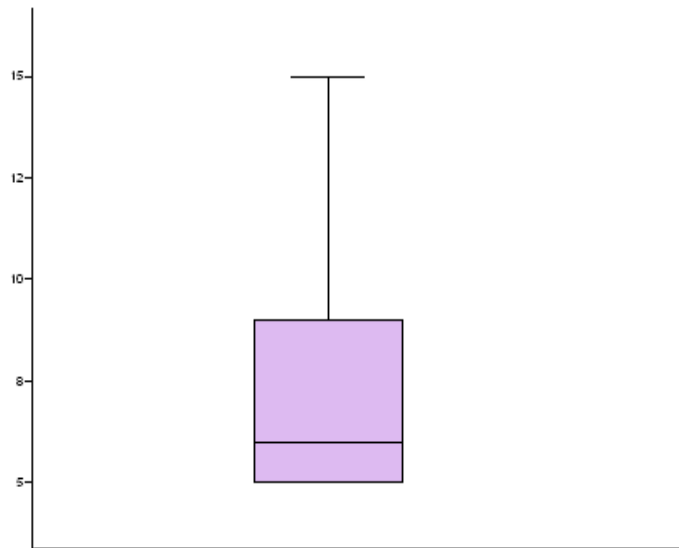
La distribución es asimétrica, se presentan datos atípicos. La mediana se encuentra más cercana a las puntuaciones bajas de ansiedad ante la muerte. Asimismo, los puntajes de ansiedad ante la muerte son parecidos entre ellos (figura 1).

Figura 1. Diagrama de caja del total de ansiedad ante la muerte



La mediana se encuentra más cercana a las puntuaciones mínimas de satisfacción por la vida, por lo cual se puede decir que hay menor insatisfacción con la vida (figura 2).

Figura 2. Diagrama de caja del total de satisfacción con la vida.



Frecuencias

Se encontró que el 73.3% de los adultos mayores indican realizar alguna actividad, principalmente leer, ver televisión o usar la computadora (22.7%), seguido de actividades recreativas como tejer o bordar (17.8%), continuando con ayuda en actividades dentro de la casa hogar (e.g. cocina, enfermería, alimentar a compañeros del área de enfermería) (16.7%), luego actividades físicas (e.g. fisioterapia) (7.8%), después atender el bazar de la casa hogar (5.6%) y por último realizar actividades fuera de la casa (e.g. visitar a su familia). Sin embargo, el 26.7% de los participantes, reportar no hacer ninguna actividad.

Respecto al tiempo de estancia en el asilo, el 53.3% de los ancianos reportan vivir en la casa de 1 a 5 años, el 20.0% dice vivir de 6 a 10 años, el 14.4% llevan menos de un año viviendo en la casa hogar, y el 12.2% indica vivir de 11 a más años en el asilo.

El 80% de los adultos mayores indican tener amigos ya sea dentro o fuera del asilo, el 53.3% menciona tener hijos y el 87.8% reporta tener parientes como hermanos o sobrinos. Respecto a las visitas se reporta que el 52.2% de los participantes reciben visitas, de los cuales el 31.1% además de recibir visitas, reciben llamadas o ellos visitan a otras

personas. El 36.7% no recibe visitas, sin embargo, comentan que reciben llamadas o son ellos quienes visitan. Finalmente, el 11.1% no recibe visitas o llamadas.

Del mismo modo, el 68.9% de los adultos mayores, reportan recibir algún tipo de apoyo ya sea de hijos, amigos u otros parientes, de los cuales el 20% reporta recibir “todo tipo de apoyo por parte de ellos” (apoyo material, económico y emocional) (17.8%), continuando del apoyo solamente económico (12.20%), siguiendo del apoyo solamente emocional (8.90%), luego el apoyo económico y material (6.70%), después el apoyo emocional y material (3.30%) y finalmente apoyo solamente material (3.30%). Sin embargo, el 27.8% de los ancianos, reportan no recibir ningún tipo de apoyo.

Aunado a lo anterior el 83.3% reportan recibir un ingreso económico, principalmente pensión como Alimentaria, SEDESOL, IMSS o ISSSTE. El 15.7% indica no tener algún ingreso, principalmente por estar en trámite, aún no cumplir con la edad establecida o no recuerdan. El 96.7% indican contar con algún tipo de servicio médico, principalmente IMSS (41.1%), Seguro popular (18.9%), ISSSTE (12.2%), médico del asilo (10%), alguna otra institución de salud (7.8%), médico familiar o médico privado (6.6%), finalmente 3.3% no saben o no tienen.

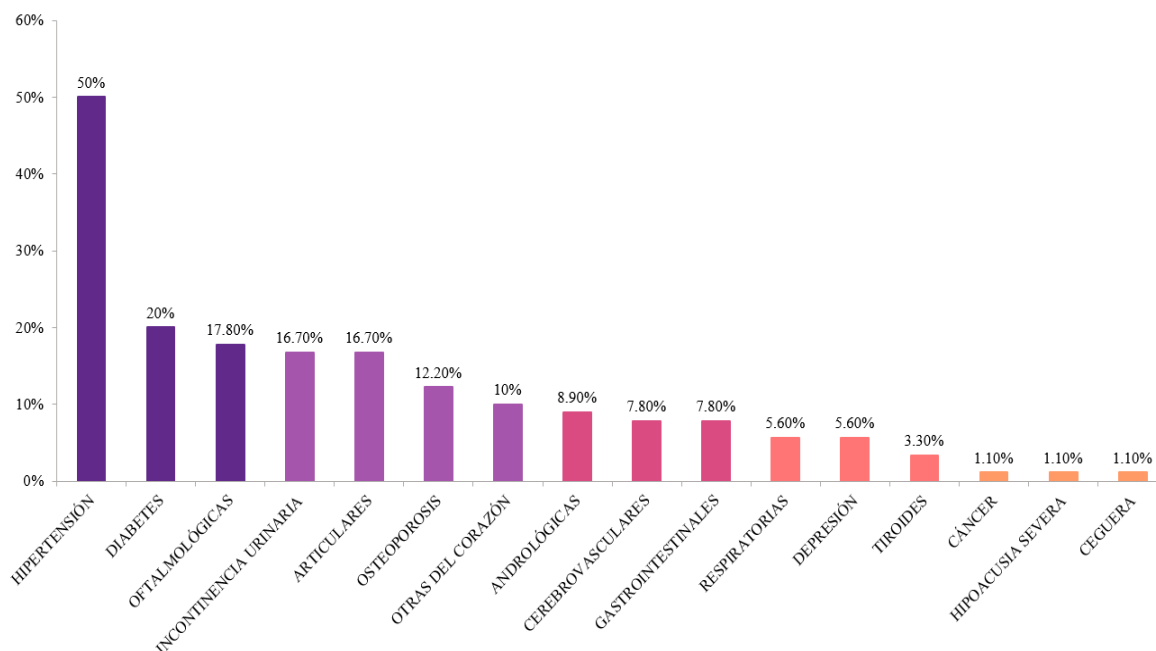
El 31.1% de los adultos mayores se dedicaron a oficios, 13.3% fueron vendedores, 11.1% fueron profesionistas, 10.0% fueron trabajadoras domésticas, compartiendo el 6.7% los adultos mayores reportaron haber sido comerciantes, secretarias o auxiliares técnicos, con un 3.3% reportaron ser ya sea maestros o las amas de casa, el 2.2% fueron empresarios y el 5.6% tuvieron otros trabajos.

La religión con mayor prevalencia entre los adultos mayores del asilo es la católica (91%), sin embargo, el 3.3% indican ser creyentes, el 2.2% mencionan ser cristianos y 1.1% reporta ser testigo de Jehová y solo el 2% no profesa ninguna religión. El 51.1% indican asistir diario a misa y al rosario, el 24.4% mencionan solo asistir a misa diario, le sigue asistir una vez o más a la semana y solo el domingo (7.8%), continuando con el 6.7% quienes indican nunca ir a misa, finalizando con aquellos que mencionan asistir a misa de vez en cuando y asistir a misa diario fuera del asilo (1.1%). De igual modo, el 82.2% los participantes reportan que es “muy importante” para ellos asistir a esas prácticas religiosas

(e.g misa, rosario, leer la biblia), el 11.1% mencionan que es “medianamente importante” y por último el 6.7% indican que asistir a prácticas religiosas no es importante para ellos. Nadie reportó que asistir a estas prácticas fuera “poco importante”.

El 83% de los adultos mayores, reportan presentar alguna enfermedad. Se tomaron en cuenta solamente las enfermedades crónico-degenerativas para el análisis. El 56.7% de los ancianos, reportan presentar de 2 a 6 enfermedades crónico-degenerativas al mismo tiempo, presentándose como principal enfermedad la hipertensión (50%), seguida por la diabetes (20%), las enfermedades oftalmológicas (17.8%) especialmente el glaucoma, la incontinencia urinaria (16.7%), los trastornos articulares (16.7%), entre otras (ver en la figura 3).

Figura 3. *Enfermedades crónico-degenerativas más frecuentes presentadas ente los adultos mayores.*



El 92.2% de los ancianos reportan tomar algún tipo de medicamento para tratar sus enfermedades, el 70% indica tomar de cero a cuatro medicamentos, el 22.2% menciona tomar de cinco a nueve medicamentos y el 7.8% comentan tomar de 10 a 16 medicamentos, por lo cual el 30% de los participantes reportan polifarmacia.

El 41.1% de los ancianos indican presentar dolor físico a menudo. Aunado a lo anterior, el 35.6% de los participantes reportan haber presentado alguna caída en el último

año, sin embargo, solo el 12.2% indican que necesitaron tratamiento médico. El 96.7% necesita algún tipo de prótesis y/o ayudas técnicas, siendo los anteojos los más utilizados (78.9%), seguidos de la dentadura o piezas dentales (65.6%), luego bastón (32.2%), andadera (17.8%), aparato para el oído (17.8%), el 7.8% reportaron usar silla de ruedas y el 2.2% zapatos ortopédicos. De los cuales el 41.1% reportó usar 2 prótesis, el 25.6% usar solo una prótesis, el 20.0% reportó usar tres prótesis, el 12.2% reportó usar cuatro prótesis y el 1.1% reportó usar 5 prótesis.

Finalmente, respecto a la percepción de su salud, la mayoría de los adultos mayores la calificarían como “regular” (45%), seguida de “buena” (34%), continuando con “muy buena” (11%), prosiguiendo con “mala” (9%) y finalmente el 1% consideró su salud como “muy mala”.

Análisis correlacional

Se observó una correlación positiva entre la ansiedad ante la muerte y el nivel de insatisfacción con la vida ($t = .255$; $IC = -.015$ a $.49$; $p \leq 0.01$), del mismo modo se observa que al incrementar el nivel de insatisfacción con la vida, el miedo a la muerte ($t = .317$; $IC = .053$ a $.54$; $p \leq 0.01$), el miedo a la agonía y a la enfermedad ($t = .222$; $IC = -.05$ a $.463$; $p \leq 0.01$) y el miedo a que la vida llegue a su fin ($t = .203$; $IC = -.004$ a $.393$; $p \leq 0.05$) también se intensifican. Las correlaciones son débiles, sin embargo, muestran ser significativas (ver tabla 3).

Tabla 3. *Correlación entre las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida con los factores del instrumento de ansiedad ante la muerte.*

	Miedo a la muerte	Miedo a la agonía y a la enfermedad	Miedo a que la vida llegue a su fin	Satisfacción con la vida
Ansiedad ante la muerte	-	-	-	.255**
Satisfacción con la vida	.317**	.222**	.203*	-

* $p \leq .05$ y ** $\leq .01$

Análisis de medias

U de Mann Whitney

El nivel de ansiedad ante la muerte en los hombres y mujeres es similar por lo cual no hay diferencias significativas en las respuestas entre ambos grupos ($U= 928.0, p > .05$). Lo anterior sugiere que tanto hombres como mujeres perciben el mismo nivel de ansiedad ante la muerte. Respecto a los factores de ansiedad ante la muerte, miedo a la muerte ($U=882.0, p >.05$), miedo a la agonía y a la enfermedad ($U=931.0, p >.05$), y miedo a que la vida llegue a su fin ($U=856.0, p > .05$), tampoco hubo diferencias significativas. Asimismo, se aplicó la prueba U de Mann Whitney para conocer el nivel de satisfacción en hombres y mujeres, de igual modo no hubo diferencias relevantes ($U= 900.5, p > .05$).

También se utilizó esta prueba para averiguar si existían diferencias significativas en cuanto a los indicadores de satisfacción con la vida y ansiedad ante la muerte en adultos mayores que realizan alguna actividad en su tiempo libre y aquellos que no realizan algún tipo de actividad, se encontró que ($U= 583.0, p= .046$) en el indicador de satisfacción con la vida; por lo tanto, existen diferencias significativas en el nivel de satisfacción con la vida en función de realizar o no realizar alguna actividad, presentando mayor insatisfacción con la vida aquellos no realizan algún tipo de actividad. Con respecto a ansiedad ante la muerte o alguno de sus factores, no se encontraron diferencias.

De igual modo se utilizó la prueba U de Mann Whitney para identificar si había diferencias entre recibir apoyo por parte de amigos, hijos o familiares y no recibir dicho apoyo, respecto a los factores de ansiedad ante la muerte ($U= 848.0, p >.05$) y satisfacción con la vida ($U= 798.5, p >.05$). No se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dos factores.

En cuanto a los factores de ansiedad ante la muerte y presentar alguna enfermedad, solo en el factor de miedo a la muerte se encontraron diferencias ($U=357.5, p= .022$), por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en la variable de satisfacción con la vida y enfermedad ($U= 414.0, p >.05$).

Finalmente, no hubo diferencias significativas en la presencia de dolor ($U = 826.0$, $p > .05$) y haber presentado alguna caída en el último año ($U = 868.0$, $p > .05$) respecto a ansiedad ante la muerte o alguno de sus factores. Igualmente, no se encontraron diferencias entre las variables dolor ($U = 962.5$, $p > .05$) y caída en el último año ($U = 897.0$, $p > .05$) y la variable satisfacción con la vida.

Kruskal-Wallis

Para comprobar si la edad y el tiempo de residencia en el asilo influyen en la percepción de los adultos mayores sobre estar satisfechos o no con su vida, así como presentar ansiedad ante la muerte (incluyendo los factores), se aplicó la prueba de Kruskal-Wallis. Al clasificar a los participantes por grupos de edad (60 a 69; 70 a 79; 80 a 89 y de 90 a 99), no se encontraron diferencias significativas entre las medias de ansiedad ante la muerte ($\chi^2 = 4.10$, $p > .05$), factores asociados y satisfacción con la vida ($\chi^2 = 1.66$, $p > .05$). Asimismo, tampoco se hallaron diferencias significativas entre medias con relación a satisfacción con la vida ($\chi^2 = 4.71$, $p > .05$), ansiedad ante la muerte ($\chi^2 = 1.09$, $p > .05$) y factores relacionados, en el tiempo de residencia en el asilo (Menos de un año; 1 a 5 años; 6 a 10 años y 11 o más años).

Respecto al estado civil no se encontraron diferencias significativas entre medias en ansiedad ante la muerte ($\chi^2 = 1.72$, $p > .05$), los factores de ansiedad ante muerte y satisfacción con la vida ($\chi^2 = 1.35$, $p > .05$). De igual modo, tampoco se encontraron diferencias en la escolaridad en ansiedad ante la muerte ($\chi^2 = 7.60$, $p > .05$), los factores de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida ($\chi^2 = 9.58$, $p > .05$).

De acuerdo con el número de enfermedades crónico-degenerativas (0 a 1; 2 a 3 y 4 a 6), la ansiedad ante la muerte ($\chi^2 = 2.43$, $p > .05$) y los factores de ansiedad ante la muerte, no se encontraron diferencias entre las medias, en cambio, sí hubo diferencias entre el número de enfermedades y la satisfacción con la vida ($\chi^2 = 11.95$, $p = .003$).

Por otra parte, sí se encontraron diferencias entre la satisfacción con la vida ($\chi^2 = 6.41$, $p = .041$) y el número de medicamentos consumidos (0 a 4; 5 a 9 y 10 a 16); de la misma manera, se encontraron diferencias en los factores miedo a la agonía y a la enfermedad ($\chi^2 = 6.11$, $p = .047$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($\chi^2 = 8.24$, $p = .016$). A

pesar de estos resultados, no se encontró relación entre el número de medicamentos consumidos con el miedo a la muerte ($\chi^2=4.61$, $p >.05$) y la ansiedad ante la muerte ($\chi^2=5.82$, $p >.05$).

En último lugar, se hallaron diferencias en función a la percepción de la salud y la presencia de ansiedad ante la muerte ($\chi^2= 14.70$, $gl= 4$, $p=.005$), también se encontraron diferencias en los factores miedo a la muerte ($\chi^2= 10.00$, $gl= 4$, $p=.040$), miedo a la agonía y a la enfermedad ($\chi^2= 10.60$, $gl= 4$, $p=.031$) y miedo a que la vida llegue a su fin ($\chi^2= 20.12$, $gl= 4$, $p=.000$), no obstante, no hubo diferencias con la satisfacción con la vida ($\chi^2= 9.22$, $gl= 4$, $p >.05$).

Datos cualitativos

La mayoría de los adultos mayores reportan no tener miedo a la muerte, algunos de ellos indican “incluso la deseo”. También reportan que la muerte para ellos es “algo natural”, “parte del ciclo de vida” y la “voluntad de Dios”. Asocian la muerte con “el fin del sufrimiento”, “el principio de la tranquilidad”, “libertad” o “un despertar de la vida”. Sin embargo, una menor cantidad de participantes reportan que para ellos “no hay nada después de la muerte” o “recibimos lo que sembramos”, así como “no es tanto el miedo a morir, sino miedo a lo desconocido (e.g. si hay infierno o gloria después de la muerte)”.

De la misma manera, los participantes mencionan que no es tener “miedo a morir” o que “duela”, sino a que sea “una muerte larga” indicando no querer “ser un estorbo” o “dar lata”. De la misma forma dicen no tener miedo a presentar alguna enfermedad como el cáncer ya que “si no lo tuve más joven, ahora no creo que me dé”; igualmente, tampoco presentan miedo a sufrir un ataque al corazón diciendo que “sería lo ideal” atribuyéndolo a que sería una muerte “rápida”. Sin embargo, alguna enfermedad como el alzheimer si les causa miedo, debido a que no quieren perder la “lucidez”, puesto que “pierdes lo que has vivido” o “pierdes lo que eres”, además “dejas de tener metas y no puedes generar otros ciclos” reportando que “es como morir en vida”. Algunos participantes del área de semanería describen estas respuestas comparándose con el área de enfermería, ya que ciertos ancianos pertenecientes a estas áreas (enfermería), llegan a presentar esta “pérdida de lucidez”.

Por otra parte, los participantes reportan estar satisfechos con su vida ya que “realizaron lo que querían hacer”, sin embargo, no están felices por estar en un asilo, ya que la presencia de enfermedades es más frecuente y aunque tienen sus tarjetas de pensión, no tienen “dinero propio” (debido a que lo utilizan para el asilo, artículos de higiene o medicamentos). Asimismo, indican que si pudieran cambiar algo o qué les faltaría para poder decir “estoy satisfecho con mi vida” sería: “haber estudiado” ya que “no los habrían hecho tan tontos” (relacionado a tener un sustento económico), “buscar a mi familia (e.g. hijos, hermanos)”, “cambiar a mis amistades”, y principalmente “administrar mí dinero”. Determinados participantes extranjeros mencionan que les gustaría poder regresar a su país. Por su parte, ciertos participantes reportan que lo único que les queda por hacer es “resignarse” ya que “no hay nada que puedan hacer” dentro del asilo.

La mayoría de los ancianos, dicen que las prácticas religiosas (ir a misa), es “vital”, “reconfortante” y que los “anima”, ya que es una forma de “desahogo” y “de estar con Dios”, por lo cual indican que es importante para ellos asistir a misa, haciéndolo todos los días. Aquellos que no les gusta asistir, reportan que sólo van “porque las madres se los piden”.

Finalmente, en la temporada en la que se realizó el cuestionario se presentaron tres situaciones, la primera fue la muerte de una de las religiosas del asilo, por lo cual algunos de los participantes estaban tristes por la situación, aun así, comentan no tener miedo a morir y estar tranquilos por la forma “bonita” y “tranquila” en la que murió, además de que “ahora está con Dios”, por otro lado, reportaron “¿por qué se muere alguien que sí es útil?”. La segunda situación fue que murió un compañero del área de enfermería, el cual no todos conocían, sin embargo, algunos de ellos lo visitaron cuando fue velado. Asimismo, en esta temporada cerraron el bazar en donde 5 de los adultos mayores realizaban actividades, situación que los mantuvo tristes y preocupados. Por último, durante las aplicaciones del asilo, los ancianos llegaron a comentar la aplicación del cuestionario enfatizando en el tema de ansiedad ante la muerte entre ellos, por lo cual algunos venían predispuestos a lo que se abordaría en el cuestionario.

Información adicional (propuesta)

Análisis factorial

Además de los resultados anteriores, la presente investigación arrojó otros datos relevantes. Debido a que esta población de adultos mayores presentó respuestas similares al momento de responder los cuestionarios, así como comentarios parecidos (narrados en la parte cualitativa), se optó por realizar un análisis factorial con rotación Varimax para los instrumentos de Ansiedad ante la muerte de Templer (Templer, 1970) y Satisfacción con la vida de Diener (Diener, et al., 1985) para observar si esa regularidad en las respuestas era un patrón o eran casos aislados., así como para saber si se replicaban los factores de los instrumentos previos. El punto de corte para incluir cada reactivo en un factor fue de $\geq .40$. (Azaiza, Ron, Shoham, y Gigini, 2010; Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014; Lloret-Segura, Ferreres-Traver, Hernández-Baeza, y Tomás-Marco, 2014).

Para el instrumento de Ansiedad ante la muerte de Templer, del que se obtuvieron 3 factores. El punto de corte para incluir cada reactivo en un factor fue de $\geq .40$; las cargas factoriales oscilaron entre .684 y .813 y explican una varianza de 42.51%, 10.80% y 9.38 respectivamente (ver tabla 5). El primer factor agrupa reactivos asociados con el miedo a la agonía y al como morir, el segundo incluye reactivos sobre la incertidumbre, y el tercero, factores de miedo a la muerte en sí.

Tabla 5. *Análisis factorial del instrumento Ansiedad ante la muerte de Templer.*

Reactivos	Factores			Total
	1	2	3	
4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme	0.747			
5. Tengo miedo de morir	0.796			
10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida	0.772			
13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial	0.636			

8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo			0.687	
12. Pienso que la vida es muy corta			0.801	
15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro			0.767	
1. Tengo mucho miedo de morirme			0.772	
2. Pienso en la muerte			0.726	
3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte			0.598	
14. Me horroriza ver un cadáver			0.579	
Número de reactivos	4	3	4	11
Alpha	.813	.748	.684	
Varianza explicada	42.515	10.807	9.382	62.704
Varianza acumulada	43.515	53.322	62.704	

Finalmente, para el instrumento de Satisfacción con la vida de Diener, no se encontraron diferencias, ya que es un instrumento unifactorial.

Como se puede observar en los resultados, los factores que pueden estar relacionados con la enfermedad (reactivos 6, 7, 9 y 11), no son representativos para esta muestra. Esto puede explicarse mediante lo reportado por los adultos mayores de forma cualitativo, ya que indican que no les genera miedo tener alguna enfermedad como el cáncer ya que lo ven “poco probable” o un infarto debido a que es una muerte “rápida”, así como “una muerte dolorosa”. Sus preocupaciones están orientadas padecer una enfermedad como la demencia (Alzheimer) y a una muerte “larga” ya que implicaría “ser un estorbo” y “ser dependientes”.

Se realizó un análisis de correlación de Kendall para comparar si había diferencias entre ambos instrumentos de ansiedad ante la muerte de Templer. Encontrándose que también se encuentra una correlación positiva débil entre ansiedad ante la muerte e insatisfacción con la vida.

Tabla 6. *Correlación entre las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida con los factores de los resultados del análisis factorial.*

	Miedo a la agonía y forma de morir	Incertidumbre	Miedo a la muerte en sí	Satisfacción con la vida
Ansiedad ante la muerte	-	-	-	.257**
Satisfacción con la vida	.169	.203*	.254**	-

* $p \leq .05$ y ** $\leq .01$

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue identificar la relación entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados. Tomando en cuenta los resultados de la investigación, se puede decir que sí existe una relación entre dichas variables. Esta relación es positiva, entre menor sea la ansiedad ante la muerte, menor será la insatisfacción con la vida. A pesar de presentar una débil correlación, esta fue significativa. Los hallazgos coinciden con lo reportado en la literatura, la cual indica que estas variables suelen relacionarse de forma negativa (entre mayor sea la satisfacción con la vida, menor será la ansiedad ante la muerte), débil y significativa (Given, 1990; Hickson, 1988; Lukman, 2018; Roshani, 2012; Saeed, 2016; Taghabidi, 2017).

Aunado a lo anterior, se encontraron datos cualitativos relevantes que brindaron información para completar los resultados. Los participantes no reportan niveles altos de ansiedad ante la muerte, mencionando que no les da miedo morir, incluso algunos la desean. Además reportaron ideas parecidas entre sí al momento de responder el cuestionario, las cuales al realizar el análisis factorial fueron reactivos relacionados con la enfermedad que no eran relevantes para ellos, como son “miedo a sufrir un ataque al corazón”, “miedo a tener cáncer” y “miedo a tener una muerte dolorosa”.

No obstante aunque los reactivos de salud/enfermedad de los datos sociodemográficos (polifarmacia, presentar alguna enfermedad, número de enfermedades y percepción de salud) fueron significativos se determinó por medio de los comentarios realizados por los ancianos y por el análisis factorial previamente mencionado, que el temor no era dirigido hacia los factores del cuestionario, sino a padecer demencia. En la literatura se ha reportado como causa principal de la ansiedad ante la muerte, el miedo al dolor o alguna enfermedad, sin embargo parece ser que en esta población, les genera mayor ansiedad el padecer alguna enfermedad como la demencia, a comparación de algún otro padecimiento crónico-degenerativo como un ataque al corazón o el cáncer, diferente a lo reportado por pacientes que han presentado infartos al miocardio o cáncer, ya que se encuentra que son aquellos que han presentado un infarto los que tienen mayores niveles de ansiedad ante la muerte (Alonso, Castedo, y López, 2017; Chokkanathan & Mohanty, 2017).

De la misma manera, los adultos mayores comentan que les genera mayor miedo una muerte “larga o lenta” ya que implicaría “ser un estorbo” o “darían lata a las madres”, además de que la demencia para ellos es “perder quien eres” y vivir una vida “que no es vida”. Por otro lado, también es una población que presenta diferentes pérdidas, entre ellas la pérdida de autonomía variable que suele estar asociada con depresión y autoestima en este grupo de edad (Orosco, 2015; Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Garzón, M. 2015; Walsh, Scharf, Keating, 2016).

Los resultados anteriormente presentados, guardan relación con lo reportado por Awang, Mansor, Nai Peng, & Nik Osman, (2018) mencionan que aunque los infartos o el cáncer generan mayor miedo a la muerte en personas de 40-60 años, el Alzheimer produce mayor miedo a sentirse una carga para la familia más que el miedo a la propia muerte, la duración de la enfermedad y la pérdida de independencia. Lo que nos lleva a decir que tienen miedo a una muerte con enfermedad, ya que implicaría la pérdida de autonomía y sentimientos de inutilidad.

Por otra parte, a pesar de que los ancianos presentan mayor satisfacción con la vida el no realizar alguna actividad y algunos aspectos de salud como la multimorbilidad y la polifarmacia, repercuten en esta variable propiciando una percepción de menor satisfacción con la vida. De igual modo, aunque no se muestran diferencias significativas entre las demás variables sociodemográficas, los adultos mayores dicen “no ser felices”, al mismo tiempo quienes reportan “haber realizado lo que ellos querían hacer”, presentan redes de apoyo, pensión y seguro social, indicando estar principalmente satisfechos con la vida que vivieron en el pasado. Lo anterior se deduce de lo extraído en los datos cualitativos, ya que para los adultos mayores el aspecto económico y el solo hecho de encontrarse en el asilo hace que no se sientan del todo satisfechos con sus vidas porque no consideran tener “dinero propio”, así como el pensamiento de que no estuvieran viviendo esa situación si “hubieran administrado su dinero” o “hubieran estudiado” ya que “no serían tan tontos”, por lo cual han optado en “resignarse” (Orosco, 2015; Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Garzón, M. 2015; Walsh, Scharf, Keating, 2016).

De la misma manera se identificaron variables sociodemográficas que están repercutiendo en la relación de las variables ansiedad ante la muerte y satisfacción con la

vida. Con relación al sexo, se encontró que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres, diferente a lo encontrado por Hickson (1988) y Saeed (2016), quienes indican que las mujeres presentan mayor ansiedad ante la muerte. Así como, Hickson (1988) y Arbinaga (2002) que indican las mujeres son quienes presentan menor satisfacción con la vida.

Respecto a la edad, hay diferentes perspectivas, por un lado Arbinaga (2002) indica que la satisfacción con la vida disminuye conforme aumenta la edad, por otro lado, Cachioni et al. (2017) y Saeed (2016) reportan que a mayor edad incrementa la satisfacción con la vida. En el presente trabajo no se encontraron diferencias significativas. Esto se puede deber a que los ancianos toman la muerte como parte del ciclo de vida, así como la característica religiosa propia del asilo en la cual, la muerte llegará debido “a la voluntad de Dios”. Asimismo, puede deberse a que la mayoría de la población dentro del asilo rebasa la esperanza de vida de un adulto mayor promedio (CONAPO, s.f).

En cuanto al nivel de estudios, Arbinaga (2003) encontró que, a menor nivel de estudios entre los adultos mayores, había menor satisfacción con la vida. A pesar que en la presente investigación no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de estudios, los ancianos aluden el deseo de “haber estudiado” indicando que al haberlo hecho, no habrían sido “tan tontos” y podrían haber tenido un mejor sustento económico en la actualidad. Por lo tanto, esto puede estar más relacionado con un sustento económico, que el propio nivel de estudios.

Con relación al tiempo en el asilo, Bektaş et.al. (2017) en una investigación con adultos mayores de Turquía, identificaron que había mayor ansiedad ante la muerte en aquellos residentes que estaban viviendo en el asilo de 1 a 3 años, a diferencia de esta investigación, en la cual no se encontraron diferencias. Aunado a lo anterior, tampoco se encuentran diferencias significativas con respecto a las redes de apoyo. Por lo consiguiente, una posible causa de estos resultados, es el ambiente de apoyo y la dinámica que propicia el asilo, ya que se enfoca a trabajar con adultos mayores, reciben el cuidado y el apoyo de las religiosas y la participación de practicantes de diferentes áreas (e.g. psicología, medicina, fisioterapia). De igual modo, los residentes del asilo platican entre ellos, la mayoría indica recibir apoyo de amigos y/o familiares, algunos reciben llamadas y/o visitas, así como la

posibilidad de salir del asilo ya sea por cortos o largos periodos de tiempo. Es así que la literatura indica que el apoyo social, en especial por parte de familia y amistades, es importante para el adulto mayor (López-Ortega, Torres-Castro, & Rosas-Carrasco, 2016; Noriega, Quiñones, & Guedea, 2005; Ramírez Pérez & Lee Maturana, 2012).

Quedan aspectos que deben ser investigados y que han sido reportados en la literatura como la espiritualidad (e.g. trascendencia, sentido de vida) y la religión como estrategia de afrontamiento, debido a que la mayoría de los adultos mayores en esta investigación son católicos, parece ser, que las prácticas religiosas en especial la misa, les sirven como apoyo generándoles confort y menor ansiedad ante la muerte; asociando a la muerte como “la voluntad de Dios”, “parte del ciclo de vida”, “dejar de sufrir”, “el comienzo de la tranquilidad” o “el despertar de la vida”, por el contrario, reportan situaciones inconclusas (e.g. buscar hijos) y aspectos relacionados con la trascendencia (e.g. después de la vida “no hay nada”). En la literatura se ha encontrado que la espiritualidad es un componente que repercute en los adultos mayores cuando hay crisis o enfermedad, percibiendo la espiritualidad como un recurso para un envejecimiento satisfactorio, también sugieren que la satisfacción con la vida y la aceptación con la propia vida preparan a las personas mayores para enfrentar su muerte. Por otro lado, se ha encontrado que existe una relación entre ansiedad ante la muerte y la religión (Barreto, Fombuena, Galiana, Oliver y Benito, 2013; Edlund, 2014; Jong et al., 2017; Rivera-Ledesma & Montero-López 2007; Taghiabadi et al. 2017).

Como ya se había abordado anteriormente, en los factores de salud y enfermedad se encontraron diferencias significativas en ambas variables. En primer lugar, en esta investigación se indica que las personas que presentan alguna enfermedad están más insatisfechos con sus vidas, semejante a lo reportado por Ramírez y Lee (2002), los cuales encontraron que aunque los adultos mayores están satisfechos con sus vidas, reportan sentirse enfermos. No obstante difieren en los resultados sobre el dolor, ya que indican que los adultos mayores también presentan dolor y debilidad, mientras que en esta población no se encontraron diferencias significativas en esta variable.

En segundo lugar se está la percepción de salud, en la cual se encuentran diferencias significativas respecto a la ansiedad ante la muerte. Por su parte, Arbinaga (2003) encontró

que la percepción de la salud está relacionada con la satisfacción con la vida, sin embargo si encuentra una relación con la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y la ansiedad ante la muerte, similar a lo encontrado en esta investigación, la cual indica diferencias significativas entre la presencia de alguna enfermedad y la ansiedad ante la muerte.

Finalmente, se encontraron diferencias significativas en la polifarmacia y los factores de miedo ante la muerte (miedo a la agonía y enfermedad, y miedo a que la vida llegue a su fin) así como en la satisfacción con la vida. Igualmente, se encontraron diferencias entre el número de enfermedades y la satisfacción con la vida. Esto puede ser debido a que la polifarmacia está asociada con un empeoramiento de la salud en general. Wang et al., (2015) y Midão et al., (2018) reportaron que la polifarmacia se produce por un aumento de morbilidad. De la misma forma Lai et al., (2010) localizaron una correlación entre la polifarmacia y el riesgo de fracturas. Por último, Leelakanok, Holcombe, Lund, Gu y Schweizer, (2017) realizaron una revisión sistemática con metaanálisis encontrando que hay una relación entre la polifarmacia y un mayor riesgo de mortalidad. La ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida parecen estar más relacionados con la salud en esta población, debido a que se encontraron diferencias significativas en los datos de percepción de salud, polifarmacia y las enfermedades. Debido a todo lo anterior, se cumple el objetivo de examinar si existe una relación entre las variables sociodemográficas con satisfacción con la vida y ansiedad ante la muerte.

Hemos visto hasta aquí que los adultos mayores de esta población no presentan miedo a morir (incluso lo desean), también se encuentran satisfechos con sus vidas (enfocada a las metas realizadas) y dicen no ser felices con su condición actual, mencionando que lo único que pueden hacer es “resignarse”, además, en su mayoría reportan realizar actividades sedentarias como leer, ver la televisión o usar la computadora, seguido de adultos mayores que no realizan actividades, situación que podría hablar de no generar metas a corto y largo plazo, así como propiciar el sedentarismo. Además relacionan la muerte como “un fin del ciclo de vida” o “fin del sufrimiento”. Lo que nos lleva a decir que puede que los ancianos estén estereotipando la vejez, como una etapa que significa fin

del ciclo de vida, “esperando la muerte” (Wullems, Verschueren, Degens, Morse, & Onambélé, 2016).

Existe escasa información que aborde la relación de las variables de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida. Además, la investigación de adultos mayores es escasa debido al difícil control de la población (e.g deterioro cognitivo, aspectos físicos, barreras sociales) y se reduce aún más en investigaciones dentro de un asilo. De la misma manera, sería recomendable realizar la investigación en otras poblaciones, en otros asilos o en adultos mayores no institucionalizados, puesto que esta muestra fue elegida por conveniencia, además tenía características particulares como ser un asilo católico y armado para adultos mayores (Hernández-Sampieri et. al, 2014; İlgili, Arda, & Munir, 2014).

En México el estudio en relación con temas de la muerte y el trabajo con adultos mayores es un campo joven y poco trabajado; temas que son relevantes, en especial por la inversión de la pirámide poblacional, junto a los factores biopsicosociales que enfrentan día a día los adultos mayores, los cuales se pudieron observar en el presente trabajo, por lo cual es necesario seguir con investigaciones en estas áreas. Debido a lo anterior, aunado a los cambios que presentan los adultos mayores, es necesario no solo validar pruebas que aborden estos temas, sino es necesario crear pruebas para la población de adultos mayores en particular (González-Celis, 2009).

Igualmente, puede deberse a que los términos de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida son de características subjetivas, por lo cual se abre una gran gama de variables que también podrían estar influyendo (López-Ortega, et. al, 2016; Rivera-Ledesma & Montero-López 2010).

Para finalizar, las pruebas psicométricas que se utilizaron en este estudio podrían ser otro factor que puede estar repercutiendo en los resultados. Empezando con la escala de ansiedad ante la muerte de Templer (1970), la cual mide frecuencia y no intensidad de ansiedad ante la muerte, ya que algunos adultos mayores mencionaron que no piensan todo el tiempo en la muerte, sin embargo cuando piensan en ella se “angustian” o “preocupan”; de la misma forma, el instrumento de satisfacción con la vida de Diener (1985) es de carácter unifactorial, siendo pocas preguntas para evaluar una variable amplia y subjetiva.

Esto podría explicar que la correlación haya sido de fuerza débil (González-Celis, 2009; López-Ortega, et. al, 2016; Rivera-Ledesma & Montero-López 2010).

Limitaciones

Como en toda investigación, la presente también cuenta con limitaciones como la cantidad de la muestra, ya que, aunque es una muestra considerable, es pequeña a comparación de la cantidad de adultos mayores que habitan en el país, además es una muestra elegida por conveniencia y cautiva por lo cual los resultados no pueden ser generalizables a toda la población de adultos mayores, sólo se pueden hacer inferencias, a diferencia de utilizar una muestra probabilística en la cual los participantes puedan ser elegidos al azar (tener la misma posibilidad de ser elegidos), se pueda medir el tamaño del error (error estándar) y calcular el tamaño de la muestra para que sea representativa (Banerjee & Chaudhury, 2010; Hernández-Sampieri, et. al, 2014). De igual modo, las características del asilo son particulares. Además de ser un asilo católico, la congregación de religiosas se enfoca al cuidado de los adultos mayores, también está construido y equipado con ese objetivo (eg. Elevadores, jardines, área de fisioterapia, practicantes de diferentes áreas) generando una población cautiva por lo cual los resultados no podrían ser generalizables. De igual modo el alcance de la investigación es correlacional, sólo se enfoca en la explicación parcial de esta problemática, debido a que sólo busca identificar si las variables se relacionan, por lo cual no llega a explicar causalidad (la satisfacción con la vida cause la ansiedad ante la muerte), mientras que en una correlación puede haber otras variables que puedan estar influyendo en la ansiedad ante la muerte y no solamente la satisfacción con la vida (Bewick, Cheek & Ball, 2003; Hernández-Sampieri et al., 2014).

Por otro lado, las investigaciones de adultos mayores son difícil de controlar (e.g la multimorbilidad, la polifarmacia), en especial por el deterioro cognitivo por lo cual algunos datos (en especial los sociodemográficos), se pueden ver alterados (İlgili et al., 2014).

Los instrumentos utilizados, también fueron una limitante. La prueba de Ansiedad ante la muerte de Templer, sólo mide frecuencia y no intensidad, había participantes que comentaban que no pensaban frecuentemente en la muerte, sin embargo, cuando pensaban en ella, se preocupaban, además hay reactivos que no fueron efectivos en esta población, como “me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón” o “siento miedo de la

posibilidad de tener cáncer” ya que la mayoría de los participantes comentaron que el cáncer no es una enfermedad que les dé miedo ya que “si no la tuvieron en su juventud, no creen que la presenten” y “un ataque al corazón es lo ideal ya que es rápida” de igual modo en el análisis factorial fueron reactivos no significativos para esta población, sin embargo, si presentaban miedo a otras enfermedades como el alzheimer.

Con respecto al instrumento de satisfacción con la vida de Diener, son pocas preguntas para evaluar un constructo más complejo ya que puede estar relacionado con más variables, aunque debido a la subjetividad de éste, puede ser que haya dificultades para ampliar el número de preguntas, ya que podría confundirse con otras variables como calidad de vida, felicidad o bienestar subjetivo. Asimismo, existe información limitada que relacione ambas variables. (González-Celis, 2009).

Finalmente, otras variables extrañas que pudieron repercutir en la presente investigación son la muerte de una de las madres del asilo y el cierre del bazar, en el periodo de la aplicación de los cuestionarios, ya que puede que hayan alterado la respuesta de los participantes.

A pesar de las limitaciones este estudio tiene las siguientes bondades, aunque se habían realizado investigaciones de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida, al momento de realizar la búsqueda de literatura, la información sobre dichas variables en México, es reducida. De igual manera, no se había realizado alguna investigación previa en el país en la cual se relacionaran estas variables. De igual modo, la investigación en adultos mayores es escasa debido a que es una población difícil de controlar, y al momento de realizar la búsqueda de literatura en asilos, la información fue aún más limitada.

Se había encontrado que había una correlación entre ansiedad ante la muerte y la satisfacción con la vida, sin embargo, no se habían abordado posibles repercusiones de esta relación como los pensamientos de “resignación” (considerándose un estereotipo de la vejez) impidiendo la realización de metas a corto o largo plazo.

De los estudios que se habían realizado sobre ansiedad ante la muerte utilizando la escala de Templer (1970), no se había tomado en cuenta que reactivos como “miedo a padecer cáncer” o “miedo a sufrir un ataque al corazón” no parecen repercutir en el adulto mayor (bajo estas condiciones) ya que no ven el cáncer como algo cercano, y un ataque al

corazón como una forma rápida de morir sin sufrimiento. Aunado a lo anterior, también se encontró que el miedo de los adultos mayores está principalmente enfocado a padecer alguna demencia, ya que implica ser una muerte más larga, “pierdes quien eres” y ser dependientes de alguien, problemáticas que no se habían tomado en cuenta.

Conviene señalar la importancia de no sólo validar instrumentos abarcando estas variables, sino, la creación de nuevos instrumentos específicos para esta población.

Además, se puede observar que el aspecto religioso es importante en el adulto mayor (bajo estas condiciones), generándoles tranquilidad. Cabe destacar que un asilo equipado y enfocado en el cuidado de los adultos mayores, propicia una mayor satisfacción con la vida, así como el incremento de la esperanza de vida.

Finalmente, con base en los datos obtenidos en este estudio es factible aseverar que sí existe una relación entre ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados, sin embargo, esta relación podría estar generando “resignación” entre la población debido a estar dentro de un asilo, además se propicia el miedo no a enfermedades crónico-degenerativas como un infarto o el cáncer, sino, a una demencia ya que conlleva a no tener independencia, como lo encontrado en el análisis factorial. No obstante, las propiedades de un asilo enfocado al cuidado de adultos mayores, así como la religión, juegan un papel importante que puede estar repercutiendo en que haya niveles bajos de ansiedad ante la muerte y altos en la satisfacción con la vida. Por último, cabe señalar la importancia de la creación de instrumentos que trabajen con estas variables, considerando la salud y enfermedad, y agregando reactivos de demencia. Remarcando la importancia de realizar más investigaciones en esta área.

REFERENCIAS

- Abrams, A. P., & Thompson, L. A. (2014). Physiology of Aging of Older Adults. *Dental Clinics of North America*, 58(4), 729-738. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2014.06.002>
- Alici, C. B. (2017). Death anxiety in old individuals and factors affecting depression level related with death. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*, 4(2), 284-291. <https://doi.org/10.18844/prosoc.v4i2.2759>
- Alonso, J. D., Castedo, A. L., & López, A. B. (2017). Evaluación de la ansiedad ante la muerte en adultos mayores ourensanos. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 0(14), 087-090. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2471>
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 239-244. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00146-0)
- Alvarado, A. & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- APA, (s.f). History and Archives: American Psychological Association. Recuperado el 3 de septiembre de 2018, de <http://www.apa.org/about/apa/archives/apa-history.aspx>
- APA, (s.f). Society for Health Psychology (Division 38): American Psychological Association. Recuperado 3 de septiembre de 2018, de <http://www.apa.org/about/division/div38.aspx>
- Arbinaga, F, I., (2002). La mujer mayor institucionalizada vs. no institucionalizada: aproximaci3n al estado de ánimo, la ansiedad ante la muerte y su satisfacci3n con la vida. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, (64), 26-33.

- Arbinaga, F. I., (2003). Personas mayores institucionalizadas versus no institucionalizadas: aspectos diferenciales en ansiedad ante la muerte, depresión y satisfacción con la vida. *MAPFRE MEDICINA*, 14(4), 258-264.
- Armelaños, G. J., Brown, P. J., & Turner, B. (2005). Evolutionary, historical and political economic perspectives on health and disease. *Social Science & Medicine (1982)*, 61(4), 755-765. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.066>
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I. & García-Merita, M (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psychotema*, 12, 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>, el 11 de Junio del 2018.
- Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and Dying Anxiety Among Elderly Arab Muslims in Israel. *Death Studies*, 34(4), 351-364. <https://doi.org/10.1080/07481181003613941>
- Barreto, P., Fombuena, M., Diego, R., Galiana, L., Oliver, A., & Benito, E. (2015). Bienestar emocional y espiritualidad al final de la vida. *Medicina Paliativa*, 22(1), 25-32. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.002>
- Bektaş, H., Körükcü, Ö., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Undercover fear of elderly people in nursing homes: Death anxiety and depression. *Journal of Human Sciences*, 14(1), 587-597.
- Banerjee, A., & Chaudhury, S. (2010). Statistics without tears: Populations and samples. *Industrial Psychiatry Journal*, 19(1), 60-65. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.77642>
- Bewick, V., Cheek, L., & Ball, J. (2003). Statistics review 7: Correlation and regression. *Critical care (London, England)*, 7(6), 451-9. doi: [10.1186/cc2401](https://doi.org/10.1186/cc2401)
- Bodner, E., Shrira, A., Bergman, Y., Cohen-Fridel, S., & Grossman, E. (2015). The interaction between aging and death anxieties predicts ageism. *Personality and Individual Differences*, 86, 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.05.022>

- Cachioni, M., Delfino, L., Yassuda, S., Batistoni, T., Melo, C. & Domingues, C. (2017). Subjective and psychological well-being among elderly participants of a University of the Third Age. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(3), 340-351. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160179>
- Chokkanathan, S., & Mohanty, J. (2017). Health, family strains, dependency, and life satisfaction of older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 71, 129-135. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.04.001>
- Chonody, M., & Teater, B. (2015). Why do I dread looking old?: A test of social identity theory, terror management theory, and the double standard of aging. *Journal of Women & Aging*, 28, 112-126. <https://doi.org/10.1080/08952841.2014.950533>
- CONAPO, (s.f.). Indicadores demográficos de México 1990-2050: Consejo Nacional de Población. Recuperado de 11 de mayo de 2018, a partir de http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Mapa_Ind_Dem/index_2.html
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (México), & Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (México), (2011). *Encuesta nacional sobre discriminación en México: Enadis 2010. Resultados sobre personas adultas mayores*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R.J, & Griffin,S. (1985): The Satisfaction With Life Scale, *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Suh, E., & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 24(1), 25-41.

- Dow, B., & Gaffy, E. (2015). Mental health and well-being in older people: Mental health and well-being. *Australasian Journal on Ageing*, 34(4), 220-223. <https://doi.org/10.1111/ajag.12291>
- Durlak, J. A. (2009). How to Select, Calculate, and Interpret Effect Sizes. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(9), 917-928 doi: 10.1093/jpepsy/jsp004
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835-838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>.
- Edlund, B. J. (2014). Revisiting Spirituality in Aging. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(7), 4-5. <https://doi.org/10.3928/00989134-20140618-01>
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science, New Series*, 196(4286), 129-136.
- Ferrando, P. J & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 18-33.
- Given, J. E., & Range, L. M. (1990). Life Satisfaction and Death Anxiety in Elderly Nursing Home and Public Housing Residents. *Journal of Applied Gerontology*, 9, 224-229. <https://doi.org/10.1177/073346489000900208>
- González-Celis, A. (2009). Evaluación en psicogerontología, México: Manual moderno.
- Guevara-Peña, L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *Entramado*, 12(1), 138-151. <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>
- Halter, J. B., Musi, N., McFarland Horne, F., Crandall, J. P., Goldberg, A., Harkless, L & High, K. P. (2014). Diabetes and Cardiovascular Disease in Older Adults: Current Status and Future Directions. *Diabetes*, 63(8), 2578-2589. <https://doi.org/10.2337/db14-0020>

- Harada, N., Natelson Love, C., & Triebel, K. L. (2013). Normal Cognitive Aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(4), 737-752. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>
- Hecke, T. V. (2012). Power study of anova versus Kruskal-Wallis test. *Journal of Statistics and Management Systems*, 15(2-3), 241-247. <https://doi.org/10.1080/09720510.2012.10701623>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P., (2014). Metodología de la investigación (6ta.ed). Trascrición., D.F, México: McGraw Hill
- Hickson, J., Housley, W. F., & Boyle, C. (1988). The Relationship of Locus of Control, Age, and Sex to Life Satisfaction and Death Anxiety in Older Persons. *The International Journal of Aging and Human Development*, 26(3), 191-199. <https://doi.org/10.2190/E5CK-THBM-QVQG-C3DN>
- Holland, J. C. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming Attitudinal and Conceptual Barriers: *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221. <https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00004>
- Homeier, D. (2014). Aging: Physiology, Disease and Abuse. *Clin Geriatr Med*. 30(4), 671-86. doi: 10.1016/j.cger.2014.08.001.
- İlgili, Ö., Arda, B., & Munir, K. (2014). ETHICS IN GERIATRIC MEDICINE RESEARCH. *Turk geriatrici dergisi*, 17(2), 188-195.
- INEGI, (2015). Estadística a propósito del día internacional de las personas de edad: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
- INGER, (2015). Envejecimiento: Instituto Nacional de Geriatria. http://www.geriatria_2014.salud.gob.mx/contenidos/menu5/envejecimiento.html

- Jong, J., Ross, R., Philip, T., Chang, S.-H., Simons, N., & Halberstadt, J. (2017). The religious correlates of death anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Religion, Brain & Behavior*, 8(1), 4-20. <https://doi.org/10.1080/2153599X.2016.1238844>
- Kantún-Marín, Moral de la Rubia, J., Gómez-Meza, M. V., & Salazar-González, B. C. (2013). Validación del índice de satisfacción con la vida en la tercera edad. *Aquichan*, 13(2). Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=74128688007>
- Lai, S.W., Liao, K.-F., Liao, C.C., Muo, C.H., Liu, C.S., & Sung, F.C. (2010). Polypharmacy correlates with increased risk for hip fracture in the elderly: a population-based study. *Medicine*, 89(5), 295-299. <https://doi.org/10.1097/MD.0b013e3181f15efc>
- Leelakanok, N., Holcombe, A. L., Lund, B. C., Gu, X., & Schweizer, M. L. (2017). Association between polypharmacy and death: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*, 57(6), 729-738.e10.
- Letelier, A. (2005). Maltrato en la Vejez. *Revista de Psicología*, 25(1), 99-112. <https://doi.org/10.1016/j.japh.2017.06.002>
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3). <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., & Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and Quality of Life Outcomes*. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>
- Lukman, M., Sihombing, F., & Meilianingsih, L. (2018). Factors Associated With Death Anxiety In Elderly Batak Tribe Who Live In Bandung. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 6(2). <https://doi.org/10.24198/jkp.v6i2.694>

- Marsaglia, G., Tsang, W. W., & Wang, J. (2003). Evaluating Kolmogorov's Distribution. *Journal of Statistical Software*, 8(1), 1-4. <https://doi.org/10.18637/jss.v008.i18>
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Miaja, M. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad ante la muerte en personas con VIH y población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(2), 107. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.2.2012.11208>
- Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 213-220. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018>
- Momtaz, Y. A., Haron, S. A., Ibrahim, R., & Hamid, T. A. (2015). Spousal Death Anxiety in Old Age: Gender Perspective. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 72(1), 69-80. <https://doi.org/10.1177/0030222815574702>
- Morales, C.F., (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros, y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1). <https://doi.org/10.5872/psiencia.v7i1.156>
- Mukaka, M. (2012). A guide to appropriate use of Correlation coefficient in medical research. *Malawi Medical Journal : The Journal of Medical Association of Malawi*, 24(3), 69-71.
- Nahm, F. S. (2016). Nonparametric statistical tests for the continuous data: the basic concept and the practical use. *Korean Journal of Anesthesiology*, 69(1), 8-14. <https://doi.org/10.4097/kjae.2016.69.1.8>

- Ni Lochlainn, M., & Kenny, R. A. (2013). Sexual Activity and Aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 565-572. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.01.022>
- Noriega, J. Á. V., Quiñones, T. I. S., & Guedea, M. T. D. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores, 23.
- O' Connor, N. (Ed.), (2007). Déjalos ir con amor. Ciudad de México, México: Trillas
- OMS, (2004). Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. *Development*, 47(2), 159-161. <https://doi.org/10.1057/palgrave.development.1100047>
- OMS, (2014). Datos Interesantes acerca del envejecimiento: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- OMS, (2015). Informe mundial sobre envejecimiento y salud: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- ONU, (2016). Envejecimiento: Naciones Unidas. Recuperado el 27 de abril de 2018 a partir de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- OMS, (2017). La salud mental y los adultos mayores: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- OMS, (2017b). Demencia: Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- OMS, (2018). Envejecimiento y salud. Recuperado 27 de abril de 2018, a partir de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- OMS, (2018). Maltrato de las personas mayores: Organización Mundial de la Salud. Recuperado 4 de septiembre de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>

- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Quarterly. A Multidisciplinary Journal of Population health and health policy*, 49(4), 509-538.
- Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*, 0(018), 91.
<https://doi.org/10.26439/persona2015.n018.500>
- Padrós, F. F., Gutiérrez, C. Y., & Medina, M. A., (2015). Propiedades Psicométricas de la escala de satisfacción con la vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 223-232.
<https://doi.org/10.12804/apl33.02.2015.04>
- Page, K. S., Hayslip, B., Wadsworth, D., & Allen, P. A. (2018). Development of a Multidimensional Measure to Examine Fear of Dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 009141501878473.
<https://doi.org/10.1177/0091415018784737>
- Plotkin, S. (2014). History of vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(34), 12283-12287.
<https://doi.org/10.1073/pnas.1400472111>
- Ramírez Pérez, M., & Lee Maturana, S.-L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis (Santiago)*, 11(33), 407-428. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682012000300020>
- Riedel, S. (2005). Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination. *Proceedings (Baylor University. Medical Center)*, 18(1), 21-25.
- Rivas-Ruiz, R., Moreno-Palacios, J., & Talavera, J. O. (2013.). Diferencias de medianas con la U de Mann-Whitney. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 51(4), 414-9.

- Rivera-Ledesma, A., & Montero-López, M. (2007). Medidas de afrontamiento religioso y espiritualidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental, 30*(1), 39-47.
- Robert, M. V., Catalina, Álvarez, O. C., & Valdivieso, F. B. (2013). Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes, 24*(4), 677-684.
[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70207-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70207-4)
- Rodriguez-Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine, 5*-12. <https://doi.org/10.5461/rlmc.v1.n1.02>
- Román, S., Toffoletto, M. C., Sepúlveda, O., Salfate, S. V., & Grandón, R. (2017). Factors Associates to Subjective Wellbeing in Older Adults. *Texto & Contexto - Enfermagem, 26*(2).
<https://doi.org/10.1590/0104-07072017005460015>
- Roshani, K. (2012). Relationship between religious beliefs and life satisfaction with death anxiety in the elderly. *Scholars Research library, 3*(9), 4400-4405
- Rubio, D.Y., Rivera, L., Borges, L. & González, F., (2015). “Calidad de vida en el adulto mayor”. *VARONA, 61*(8), 1-7.
- Saeed, F. (2016). Gender Differences, Life Satisfaction, its Correlate and Death Anxiety in Retirement. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry, 5*(2).
- Şahan, E., Eroğlu, M. Z., Karataş, M. B., Mutluer, B., Uğurpala, C., & Berkol, T. D. (2018). Death anxiety in patients with myocardial infarction or cancer. *The Egyptian Heart Journal, 70*(3), 143-147. <https://doi.org/10.1016/j.ehj.2018.04.003>
- Saldaña, M. R. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo, 6*(3), 114.

- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Segura, A., Cardona, D., Segura, A. y Garzón, M. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Antioquia, Colombia. *Salud pública*, 17(2), 184-195. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n2.41295>
- Sridevi, G., & Swathi, P. (2014). Death Anxiety, Death Depression, Geriatric Depression and Suicidal Ideation among Institutionalized and Non-Institutionalized Elders, *International Journal of Scientific and Research Publications* 4(10), 2250-3153.
- Taghiabadi, M., Kavosi, A., Mirhafez, R., Keshvari, M., & Mehrabi, T. (2017). The association between death anxiety with spiritual experiences and life satisfaction in elderly people. *Electronic Physician*, 9(3), 3980-3985. <https://doi.org/10.19082/3980>
- Templer, D. I. (1970). The Construction and Validation of a Death Anxiety Scale. *The Journal of General Psychology*, 82(2), 165-177. <https://doi.org/10.1080/00221309.1970.9920634>
- Templer, D. I., Ruff, C. F., & Simpson, M. (1974). Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression. *Psychological Reports*, 35,216. doi:10.2466/pr0.1974.35.1.216
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and Validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 108-114. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.108>
- Trent, C., Glass Jr, J. C., & McGee, A. Y. (1981). The impact of a workshop on death and dying on death anxiety, life satisfaction, and locus of control among middle-aged and older adults. *Death Education*, 5(2), 157-173. <https://doi.org/10.1080/07481188108252089>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015).

World Population Prospects: The 2015 Revision. New York: United Nations.

Uribe Rodríguez, A. F., Valderrama Orbegozo, L., & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8). Recuperado de <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80130809>

Vance, L. M. (2015). Death Anxiety and the Relational. *Journal of Humanistic Psychology*, 54(4) 414– 433 doi: 10.1177/0022167813507631

Wallston, K. A. (1996). *Healthy, Wealthy, and Weiss: A History of Division 38 (Health Psychology): (588462012-001)* [Data set]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/e588462012-001>

Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2016). Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81-98. <https://doi.org/10.1007/s10433-016-0398-8>

Wang, R., Chen, L., Fan, L., Gao, D., Liang, Z., He, J., y Gao, L. (2015). Incidence and Effects of Polypharmacy on Clinical Outcome among Patients Aged 80+: A Five-Year Follow-Up Study. *PLoS ONE*, 10(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142123>

Wullems, J. A., Verschueren, S. M. P., Degens, H., Morse, C. I., & Onambélé, G. L. (2016). A review of the assessment and prevalence of sedentarism in older adults, its physiology/health impact and non-exercise mobility counter-measures. *Biogerontology*, 17(3), 547-565. <https://doi.org/10.1007/s10522-016-9640-1>

Zafari, N., Asgari, S., Lotfaliany, M., Hadaegh, A., Azizi, F., & Hadaegh, F. (2017). Impact Of Hypertension versus Diabetes on Cardiovascular and All-cause Mortality in Iranian Older Adults: Results of 14 Years of Follow-up. *Scientific Reports*, 7. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-14631-2>

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Con motivo del proyecto de tesis titulado: “Relación de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados” por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se está recopilando información con la finalidad de identificar factores positivos y negativos de la ansiedad ante la muerte y su relación con la satisfacción con la vida, así como, identificar cómo estas variables repercuten en los adultos mayores.

En caso de aceptar la aplicación se realizará de forma individual, la cual consistirá en responder dos cuestionarios (Satisfacción con la vida y Ansiedad ante la muerte) y una ficha de datos sociodemográficos, lo que tomará en promedio 20-30 minutos. Hay probabilidad mínima de que los instrumentos generen algún malestar emocional, sin embargo, si esto llegará a suceder, la psicóloga que los aplica está capacitada para brindar apoyo emocional en el momento, de igual modo, en caso de ser necesario se brindará la atención psicológica pertinente.

Los resultados obtenidos de sus respuestas serán usados con fines de investigación y podrán ser publicados, REMARCANDO que sus respuestas serán analizadas en conjunto con las de otras personas, por lo tanto, se mantendrán en la más estricta confidencialidad y anonimato, garantizando que no será revelada su identidad.

La participación en este estudio es voluntaria, su honestidad al responder permitirá información confiable. Si en algún momento cambia de opinión, puede retirarse del estudio sin que esto repercuta en la atención que se le brinda en la casa hogar.

Por último, se comenta que, al finalizar el análisis de los datos, se hará entrega de una copia de la Tesis junto a un informe sobre los resultados globales de la investigación a la institución, guardando la confidencialidad de los participantes.

Con fecha _____ habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, ACEPTO participar en la investigación titulada “Relación de ansiedad ante la muerte y satisfacción con la vida en adultos mayores institucionalizados”.

Nombre y firma del participante.

Nombre y firma del aplicador.

Nombre y firma del testigo.

Nombre y firma del testigo.

ANEXO 2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



Folio:
Fecha de aplicación:

Nombre:	
1. Fecha de nacimiento:	Edad:
2. Lugar de Nacimiento:	3. Fecha de ingreso al asilo:

4. Sexo: H M 5. Estado civil: Soltero (a) Casado (a) Viudo (a)
 Divorciado Unión libre Otro: _____
6. Escolaridad: Primaria Secundaria Carrera técnica o comercial Bachillerato o preparatoria
 Licenciatura Sabe leer y escribir Sin institución Otro: _____

Número de años de escolaridad: _____

7. ¿Cuál fue su ocupación anterior?			
8. ¿Realiza alguna actividad en su tiempo libre?	Sí	No	¿Cuáles?:
Redes de apoyo:			
9. ¿Tiene hijos (as)?	Sí	No	
10. ¿Tiene amigos (as)?	Sí	No	
11. ¿Tiene parientes?	Sí	No	
12. ¿Recibe algún tipo de apoyo por parte de ellos?	Sí	No	
13. ¿Recibe visitas por parte de ellos?	Sí	No	

Religión:				
14. ¿Cuál es su religión?				
15. ¿Asiste usted a servicios religiosos?	Sí	No		
16. ¿Con qué frecuencia asiste a estos servicios religiosos?	1. Nunca	2. De vez en cuando	3. Una vez o más a la semana	
17. ¿Qué tan importante es para usted asistir a estas prácticas religiosas?	1. Sin importancia	2. Poco importante	3. Medianamente importante	4. Muy importante

Apoyo socioeconómico:					
17. ¿Recibe algún ingreso económico?	Sí	No	¿Cuál?		
18. ¿Usted cuenta con servicio médico?	1. IMSS	2. ISSSTE	3. Seguro Popular	4. Seguro Médico Privado	5. Otro:
Enfermedad:					
19. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente diagnosticada por algún médico?	Sí	No	En caso de responder "sí", seleccione de la siguiente lista cuáles enfermedades presenta actualmente especificando tiempo de diagnóstico:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus: _____		<input type="checkbox"/> Trastornos articulares: _____			
<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial: _____		<input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria: _____			
<input type="checkbox"/> Osteoporosis: _____		<input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular: _____			
<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria: _____		<input type="checkbox"/> Otra: _____			
20. ¿Está tomando algún (os) medicamentos para tratar la (as) enfermedad (es)?	Sí	No	¿Cuál (es)? _____		

Dosis: _____		¿Cuántos? _____			
20. ¿Sufre de dolor físico a menudo?	Sí	No			
21. ¿Ha presentado alguna caída en el último año?	Sí	No			
22. ¿Se lastimó en la caída al grado que necesitó tratamiento médico?	Sí	No			
23. ¿Necesita algún tipo de prótesis o ayudas técnicas? (marcar cuáles):	Sí	No	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Aparato para el oído <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Dentadura <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Otro: _____		
24. ¿Cómo calificaría su salud?	Muy buena	Buena	Regular	Mala	Muy mala

ANEXO 3

ESCALA DE ANSIEDAD ANTE LA MUERTE DE TEMPLER

INSTRUCCIONES: A continuación, voy a leer una serie de afirmaciones que describen diversas emociones y pensamientos. Escuche cuidadosamente cada oración e indique la frecuencia con la que experimenta estas emociones y/o pensamientos. Por favor, sea sincero (a) y espontáneo (a) al responder y señale la opción de respuesta que elija para cada una de las afirmaciones que se le presentan. No deje ninguna sin contestar.

	AFIRMACIÓN	Nunca o casi nunca (1)	Algunas veces (2)	La mayor parte del tiempo (3)	Todo el tiempo (4)
	1. Tengo mucho miedo de morirme.				
	2. Pienso en la muerte.				
	3. Me pone nervioso que la gente hable de la muerte.				
	4. Me asusta mucho pensar que tuvieran que operarme.				
	5. Tengo miedo de morir.				
	6. Siento miedo de la posibilidad de tener cáncer.				
	7. Me molestan ciertos pensamientos sobre la muerte.				
	8. A menudo me preocupa lo rápido que pasa el tiempo.				
	9. Me da miedo tener una muerte dolorosa.				
	10. Me preocupa mucho el tema de la otra vida.				
	11. Me asusta la posibilidad de sufrir un ataque al corazón.				
	12. Pienso que la vida es muy corta.				
	13. Me asusta oír hablar a la gente de una tercera guerra mundial.				
	14. Me horroriza ver un cadáver.				
	15. Pienso que tengo motivos para temer el futuro.				

ANEXO 4

ESCALA DE SATISFACCIÓN CON LA VIDA DE DIENER

INSTRUCCIONES: A continuación, voy a leer cinco afirmaciones con las que usted puede estar o no de acuerdo. Por favor dígame lo que piensa en cada caso. Responda abierta y sinceramente.

REACTIVOS	DE ACUERDO (1)	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO (2)	EN DESACUERDO (3)
1. En la mayoría de las cosas, mi vida está cerca de mi ideal.			
2. Las condiciones de mi vida son excelentes.			
3. Estoy satisfecho con mi vida.			
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas que para mí son importantes en la vida.			
5. Si volviese a nacer, no cambiaría casi nada de mi vida.			