



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGÍA

**Significado psicológico del suicidio y sus factores de riesgo en
adultos mayores**

T E S I S

Que para obtener el grado de:

Licenciada en psicología

P R E S E N T A:

Dafne Jocelin Pérez Páez

DIRECTORA DE TESIS

Mtra. Alejandra Luna García



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Ciudad de
México, noviembre, 2019.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres por el apoyo, los valores, la educación y lecciones de vida que han influido en la persona que ahora soy. Miguel te agradezco que compartas conmigo tu forma de ver la vida, que me hayas inculcado esa sed de éxito y cada día ser mejor, agradezco tu apoyo y tus lecciones, eres una persona admirable, exitosa, bondadosa, te amo papá.

Leticia siempre has estado conmigo en mis logros académicos, me has apoyado en mis decisiones, aunque no te parezcan lo mejor, has confiado en mí y me has motivado a que siga adelante. Gracias por tu amor, paciencia, comprensión, calidez y enseñanzas, te amo mamá.

Maira has sido una gran compañera de vida, gracias por escucharme, apoyarme y estar en esos momentos difíciles. Gracias por ayudarme a buscar soluciones, por las risas incontrolables y todas esas lecciones que me has dado con tu ejemplo, te amo hermana.

Dr. Manuel, Dr. César y Mtro. Omar gracias por el tiempo dedicado, por sus revisiones, sus comentarios y sugerencias. Afortunadamente tuve la dicha de tomar clases con ustedes, gracias por hacer que amara más la carrera y esta profesión. Cada uno de ustedes me brindó mucho conocimiento, gratas experiencias y ayudaron a que mi formación en la universidad fuera satisfactoria. Son grandes profesionistas y maravillosas personas.

Mtro. Edgar le agradezco su tiempo, su paciencia, su comprensión y honestidad al hacer sus revisiones. Agradezco que compartiera conmigo su conocimiento acerca del tema y sus comentarios que ayudaron a enriquecer más este trabajo.

Mtra. Ale gracias a usted conocí estas temáticas y pude darme cuenta de que me interesan. Le agradezco su paciencia, apoyo, comprensión, tiempo, compromiso y calidez no solo en este proceso de titulación, sino también en el aula. Gracias por esa pasión y entrega que tiene dentro del salón de clases, eso nos ayuda como alumnos a interesarnos por el tema y nos da el ejemplo de lo que es la vocación. Es una mujer admirable, le agradezco todo el aprendizaje que me ha brindado tanto académico como personal, el apoyo en el trabajo y emocionalmente, gracias por el ejemplo de nunca dejar nuestros sueños, las metas y disfrutar del proceso para llegar a ellos. Le admiro y le estoy muy agradecida. La quiero.

Mi querido Tony, te agradezco el apoyo, la motivación. Estuviste ahí cuando sentía que ya no podía más, siempre confiaste en mí, incluso cuando yo no lo hacía. Me demostraste que, si se podía y me apoyabas en mis decisiones, aunque creías que no eran las mejores. Gracias por tu tiempo que invertiste para que esto quedara así de bonito y gracias por las lecciones de programación.

Mis adorados amigos ustedes siempre han estado ahí echándome porras y al pendiente de cómo iba mi proceso. Xo, Nic, Xime, Mar y Dani gracias por el apoyo, por las asesorías, los debates, las risas y los buenos momentos.

Susanita, tú fuiste la primera persona con la que entablé conversación al entrar a la universidad y me siento muy afortunada de haberte conocido, gracias a ti mi estancia en la universidad siempre tuvo esa chispa de diversión. Gracias por tu hermosa amistad, gracias por siempre reír conmigo por los pasillos, por las loqueras, gracias por ser mi otra mitad de cerebro a fin de semestre.

Mary eres una persona muy especial en mi vida, me siento dichosa de que hayamos caminado un poco más por el mismo camino. Eres un ejemplo a seguir, me siento orgullosa de ti, de nuestra amistad. He aprendido mucho de ti y desde que te conocí he mejorado muchas cosas. ¡Benditas copias de CCH!

Caro has sido un gran apoyo para mí a lo largo de mi vida, hemos crecido juntos y cada uno, por su cuenta, sin embargo, nuestros caminos van uno a lado del otro. Mi querido amigo gracias por creer en mí, gracias por tu bondad, gracias por el apoyo y la motivación que me das.

Me siento orgullosa de haber concluido esta etapa de mi vida, se me complicó el proceso, sin embargo, lo logré. La universidad y mejor aún, la hermosa carrera que elegí me han dado herramientas que me han ayudado a crecer profesional y personalmente. Estoy satisfecha con el resultado y mejor aún con la nueva conciencia que tengo sobre la vejez.

INDICE

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	5
RESUMEN.....	6
CAPÍTULO 1 VEJEZ	7
1.1 Vejez a lo largo de la historia.....	7
1.2 ¿Qué es la vejez?.....	8
1.3 Cambios en la vejez.....	10
1.3.1 Cambios biológicos.....	10
1.3.2 Cambios psicológicos.....	12
1.3.3 Cambios sociales.....	15
1.4 Viejismo.....	18
1.4.1 Estereotipos, prejuicios y discriminación asociados a la vejez.....	21
1.5 Teorías que estudian el envejecimiento.....	23
1.5.1 Teorías biológicas.....	23
1.5.2 Teorías psicológicas.....	24
1.5.3 Teorías sociales.....	25
1.6 Envejecimiento demográfico.....	28
1.7 Políticas públicas del envejecimiento.....	30
1.7.1 Retos de las políticas públicas.....	31
CAPITULO 2. SUICIDIO.....	33
2.1 Interpretaciones teóricas del suicidio.....	34
2.1.1 Teorías sociales.....	34
2.1.2 Teorías psicológicas.....	35
2.1.3 Teorías biológicas.....	40
2.3. Factores protectores en viejos con relación al suicidio.....	47
2.5. Datos epidemiológicos del suicidio.....	50
CAPITULO 3. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO.....	53
3.1 Memoria.....	53
3.1.1 Memoria sensorial.....	54
3.1.2 Memoria a corto plazo.....	54
3.1.3 Memoria a largo plazo.....	54
3.2 Significado.....	57
3.3 Significado psicológico.....	58

3.4 Redes semánticas.....	59
ESTADO DE CONOCIMIENTO.....	61
Planteamiento del problema.....	64
Pregunta de investigación.....	64
Objetivo.....	64
Objetivos específicos.....	64
Variables.....	65
Tipo de investigación.....	65
Selección de muestra.....	66
Técnica de recolección de datos.....	66
Instrumento.....	67
Procedimiento.....	68
ANÁLISIS DE DATOS.....	68
RESULTADOS.....	71
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	77
REFERENCIAS.....	81
ANEXOS.....	90

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Concepciones de la vejez según Moragas (1991).

Tabla 2. Cambios en la vejez según Santrock (2006).

Tabla 3. Teorías que estudian el envejecimiento.

Tabla 4. Interpretaciones teóricas del suicidio.

Tabla 5. Factores de riesgo en viejos con relación al suicidio.

Tabla 6. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Para mí el suicidio es...”

Tabla 7. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “El suicidio es algo que debería de ser...”

Tabla 8. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...”

Tabla 9. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “La palabra suicidio me hace sentir...”

Tabla 10. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...”

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Cambios psicológicos en la vejez.

Figura 2. Cambios sociales en la vejez.

Figura 3. Factores que influyen en el vejezismo.

Figura 4. Factores protectores en viejos con relación al suicidio.

Figura 5. Sistemas de almacenamiento de la memoria.

Figura 6. Cualidades del significado.

Figura 7. Vaciado de datos con jerarquización.

Figura 8. Multiplicación de jerarquizaciones.

RESUMEN

En la vejez se producen gran cantidad de cambios repentinos y drásticos, que pueden llegar a ser factores de riesgo para desencadenar el suicidio. Sin embargo, muchos de estos se invisibilizan y naturalizan como condiciones del ser viejo. La presente investigación tuvo como objetivo: conocer el significado psicológico del suicidio y sus factores de riesgo en los adultos mayores, utilizando un método cuantitativo con diseño exploratorio y una selección de muestra por conveniencia; participaron 100 hombres y 100 mujeres. Se utilizó la técnica de redes semánticas naturales con frases estímulo relacionadas con el suicidio. Se concluyó que los factores de riesgo representados en los viejos fueron: soledad, depresión, dolor, enfermedad, desesperación, tristeza, falta de dinero, abandono, desesperanza, familia y maltrato. No se observaron diferencias importantes en los factores de riesgo entre hombres y mujeres. Finalmente se obtuvo que estos participantes tienen una idea y postura negativa ante el suicidio, lo que permite que no se lleve a cabo este acto.

ABSTRACT

In old age there are many sudden and drastic changes, which can become risk factors to trigger suicide. However, many of these become invisible and naturalize as conditions of the old being. The present investigation had as objective: to know the psychological meaning of suicide and its irrigation factors in the elderly, using a quantitative method with exploratory design and a sample selection for convenience; 100 men and 100 women participated. The technique of natural semantic networks with stimulus phrases related to suicide was used. It was concluded that the risk factors represented in older adults were loneliness, depression, pain, illness, despair, sadness, lack of money, abandonment, hopelessness, family and abuse. There were no significant differences in risk factors between men and women. Finally, it was obtained that these participants have a negative idea and attitude towards suicide, which allows this act not to be carried out.

CAPÍTULO 1 VEJEZ

Da Silva (2017) menciona que el envejecimiento es la última etapa del desarrollo en el ciclo de vida, es un proceso natural que pasan todos los seres vivos. Es una respuesta generada al tiempo, que produce cambios visibles, llevando en muchas ocasiones al adulto mayor a estados de tensión, ansiedad, estrés y vulnerabilidad, que son producidos principalmente por el concepto social que se tiene de este grupo etario y las enfermedades que padecen.

Actualmente este periodo es objeto de preocupación y estudio en diversas disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología, entre otras, ya que, desde finales del siglo pasado, la humanidad se enfrenta con un fenómeno de envejecimiento poblacional.

1.1 Vejez a lo largo de la historia.

El concepto de vejez y los viejos como tal han pasado por múltiples concepciones a lo largo de la historia. García (2003), argumenta que en el mundo antiguo, tanto en Egipto como en China, la vejez fue considerada parte importante de la comunidad, pues los viejos estaban ligados a la divinidad, la ética, la política, la familia y la sabiduría; de la misma forma los autores citados, mencionan que culturas más antiguas de Mesoamérica como los Mayas, los Aztecas y los Incas otorgaban a los viejos un papel importante relacionado con aspectos mitológicos, proféticos, religiosos y filosóficos, considerados sujetos de sabiduría y de experiencia.

González (2000) menciona que en China la administración se conformaba de gente que ganaba reputación y calificación a través de los años, siendo así que en los puestos más elevados se encontraban los más viejos. En la antigua Grecia, el papel de los viejos era el de consejeros del rey y en muchas ocasiones eran ellos los que impartían la justicia.

Sin embargo, García (2003) comenta que la percepción que se tenía de la vejez en la Antigua Grecia comenzó a cambiar, puesto que fue vista como algo indeseable. Para la mitología empezó a representar un episodio aberrante y doloroso para los seres humanos, es por ello que a los dioses se les atribuía la fuerza, el poder, la belleza y jovialidad, por lo que la juventud era algo deseado, mientras que la vejez era impensable y negativa para el humano. El mismo autor, afirma que es desde

estos textos que la representación de la vejez se gestó como una pérdida y un problema.

De acuerdo con Ramos, Meza, Maldonado, Ortega y Hernández (2009) en una parte del siglo XX, en el Occidente, los viejos quedan relegados al hospicio o depender de los hijos, con pocas oportunidades de desarrollo personal. Fue hasta el siglo XXI cuando los estudios sobre la vejez tomaron un mayor interés, sobre todo con la aparición de la Gerontología y con el interés de la Psicología del Desarrollo en el estudio del ciclo vital.

En definitiva, el viejo ha sido una figura fundamental en la historia de la humanidad, ya que en algunas culturas su papel fue determinante en los aspectos políticos, económicos y religiosos. Sin embargo, tras las guerras, las crisis, los cambios de sistemas económicos, migración y demás problemas con los que se enfrentó la humanidad, el papel del viejo en la sociedad comenzó a degradarse y decaer, adquiriendo un matiz negativo lleno de estereotipos, prejuicios y discriminación provocando la exclusión de este grupo etario.

1.2 ¿Qué es la vejez?

Hablar del concepto de vejez implica múltiples definiciones desde distintos puntos de vista, sin embargo, Ramos et al. (2009) mencionan que dicho concepto viene de la voz latina *vetus* que se deriva de la raíz griega *ettos* que significa “años”, “añejo”.

Por su parte, Moragas (1991) explica que hay tres concepciones de vejez:

- Vejez cronológica: se mide por el transcurso del tiempo, es decir una persona es considerada vieja cuando cumple 65 años. Pero esta concepción presenta un inconveniente, la edad es un dato importante, pero no determina la condición de la persona, ya que el impacto del tiempo difiere en cada individuo, según como haya sido su forma de vivir, su salud, su trabajo, etc.
- Vejez funcional: Desde esta concepción se ve a la vejez como sinónimo de incapacidad y limitación. Esto es debido a la reducción de capacidad funcional y física.
- Vejez como etapa del ciclo vital:
Esta concepción de la vejez resulta la más equilibrada y moderna y se basa en el reconocimiento de que el transcurso del tiempo produce

efectos en la persona, la cual entra en una etapa distinta a las vividas previamente. Esta etapa posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada únicamente por condiciones objetivas externas y por las subjetivas del propio individuo. La vejez constituye un período semejante al de otras etapas vitales... Posee ciertas limitaciones para el sujeto que con el paso del tiempo se van agudizando especialmente en los últimos años de la vida, pero tiene por otra parte unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida. (Moragas, 1991, pp.23-24).

Tabla 1. *Concepciones de la vejez según Moragas (1991).*

Vejez cronológica	Se basa en la edad, una persona es vieja cuando cumple 65 años.
Vejez funcional	Una persona es vieja cuando se reduce su capacidad funcional y física.
Vejez como etapa del ciclo vital	La vejez es una fase más de la vida con características particulares, ventajas y desventajas.

Elaboración propia basado en la información recabada.

Maurois (2015) menciona que actualmente se usa la edad cronológica para delimitar la población envejecida, a la cual se denomina adulta mayor y que fue la Organización de las Naciones Unidas (ONU) quien establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. Este criterio es el que se toma en cuenta en distintas organizaciones como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), la Secretaría de Salud, entre otras.

Se debe comprender que el proceso de envejecimiento es progresivo que empieza desde el nacimiento y es una etapa natural en todas las especies, en la cual se presentan una serie de cambios que influye en la vida del individuo, así como en su desarrollo.

1.3 Cambios en la vejez.

A lo largo del ciclo vital se pasa por una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales en cada etapa de este. Sin embargo, la vejez es en donde se prestan mayor número de estos.

1.3.1 Cambios biológicos.

El envejecimiento desde el punto de vista biológico se define como “una modificación de la actividad de todas las células del organismo, que las convierte en menos aptas para reaccionar de forma inmediata y eficaz a los estímulos”. (Renaud, 1987, citada en González, 2000, p. 26)

Por su parte, Andrade, Lozano, Rodríguez y Campos (2016) señala que la edad es un factor determinante en el pronóstico de la enfermedad, a mayor edad más complicaciones y mortalidad. Este mismo autor, sugiere que la edad es un factor que incrementa la probabilidad de que surja la comorbilidad.

Santrock (2006) menciona que al aumentar la edad el cuerpo va padeciendo cambios que provocan deficiencias en sus funciones. El autor mencionado, divide dichos cambios en dos grandes grupos: cambios en los sistemas sensoriales y cambios en los sistemas orgánicos.

- Cambios en los sistemas sensoriales: el ojo cambia anatómicamente por lo que disminuye la agudeza visual, así como la capacidad para discriminar colores. Con respecto a la audición, se presenta una menor captación de frecuencias altas (agudas) lo que deteriora capacidad para discriminar palabras. Debido al deterioro de las papilas gustativas se disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores. Así mismo, se presenta una pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. Finalmente se presenta una disminución en la producción de colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y masa muscular, lo que provoca aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad, etc.
- Cambios en los sistemas orgánicos: Se produce pérdida de fuerza, disminución de peso, las articulaciones se desgastan y se vuelven más rígidas, lo cual provoca que la estatura se reduzca y surge el encorvamiento; el corazón pierde eficacia, bombea menos sangre y aumenta de tamaño; los

vasos sanguíneos se estrechan y pierden elasticidad, lo que aumenta la presión arterial. Se presenta una dificultad en la masticación y deglución, menos salivación, así como enlentecimiento del proceso digestivo. Existe una reducción de eficacia de los sistemas endocrino (baja producción de hormonas), sistema nervioso (lentitud en respuestas de procesos cognitivos) y por último en el sistema inmunológico (susceptibilidad a contraer enfermedades infecciosas).

Tabla 2. *Cambios en la vejez según Santrock (2006)*

Cambios en sistemas sensoriales	Cambios en sistemas orgánicos
<ul style="list-style-type: none"> • Disminuye agudeza visual y capacidad para discriminar colores. • Menor captación de frecuencias altas, deterioro de capacidad para discriminar palabras. • Deterioro de papilas (problemas para discriminar sabores). • Pérdida de capacidad para discriminar olores. • Pérdida de grasa subcutánea y masa muscular. • Aparición de arrugas, manchas, flacidez y sequedad en la piel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de fuerza, disminución de peso, desgaste en articulaciones, reducción de estatura, aparición de encorvamiento. • Aumento de tamaño del corazón, reducción de bombeo de sangre. • Aumento de presión arterial por estrechamiento de vasos sanguíneos. • Menos salivación, lo que provoca dificultad en masticación y deglución. • Enlentecimiento del proceso digestivo. • Baja producción de hormonas, lentitud en respuestas de procesos cognitivos. • Susceptibilidad a contraer enfermedades infecciosas.

Elaboración propia basado en la información recabada.

Cabe resaltar que los cambios antes mencionados son los más importantes para Santrock, sin embargo, existen otros órganos y sistemas que también sufren modificación en la vejez. Por su parte, González (2000) resalta que al envejecer se presentan declives en la fuerza física, en la perspicacia sensorial, en la capacidad de aprendizaje, en la rapidez de la reacción y en la memoria.

Aunado a los cambios antes mencionados, los viejos son más propensos a padecer de alguna enfermedad crónico-degenerativa lo que puede llegar a afectar su calidad de vida, su autoconcepto, sus emociones e incluso sus capacidades para valerse por sí solos, lo que los pone en una situación de vulnerabilidad.

1.3.2 Cambios psicológicos.

Los procesos cognitivos y sensoriales, así como algunas habilidades mentales, también sufren deterioros con la edad, ya que tal como lo menciona Santrock (2006) durante el envejecimiento, se produce la ralentización del funcionamiento cerebral y de la medula espinal, lo cual afecta tanto a la coordinación física como al rendimiento intelectual y diversos procesos psicológicos. En seguida, se profundizará un poco más en algunos procesos psicológicos que se ven afectados.

Atención.

Sánchez y Pérez (2008) menciona que la atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica. Así mismo, afirman que dicha función se modifica con la edad, ya que surge un declive en la detección de señales, lo que provoca disminución en el grado de vigilancia en actividades que requieren de atención.

Aprendizaje.

De acuerdo con Moragas (1991) la asimilación de nuevos conocimientos, actitudes y hábitos pueden tener lugar a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación. Sin embargo, gracias a los estereotipos que se tienen sobre la vejez, se cree que en esta etapa ya no se puede aprender o que ya no es necesario invertir tiempo en ello, ya que se trata de una persona vieja.

Lo que requiere el adulto mayor para un aprendizaje efectivo, es mayor tiempo y estímulos motivantes adecuados y ambas cosas no se las facilita un medio ambiente obsesionado con el tiempo de asimilación y que no asigna un rol social significativo a los viejos. (Moragas, 1991, p.75)

Memoria.

Santrock (2006) menciona que debido a la disminución de los niveles de acetilcolina puede producir un descenso en el funcionamiento de la memoria y que una disminución mayor provoca pérdidas graves de esta, que se conocen como principios de Alzheimer o algunas demencias.

Percepción.

La percepción es la organización e interpretación de la información sensorial entrante para formar representaciones internas del mundo externo (Gross, 2004, p. 273). Conforme incrementa la edad, esta disminuye debido a la menor velocidad del sistema nervioso central en el procesamiento de los estímulos, se crea una fila de espera de estos, es decir se presenta una serie de estímulos que están en proceso de interpretación cuando ya hay otra cadena esperando a ser procesada. (Moragas, 1991).

Lenguaje.

Santiuste (2007), expone que los cambios que afectan al lenguaje son: la reducción del rendimiento motor y psicomotor, alteraciones anatómico-fisiológicas en la percepción y producción del discurso, debido a la pérdida de la agudeza visual y auditiva, así como el menor apoyo respiratorio para el habla y el cambio en el funcionamiento laríngeo. De la misma forma, se encuentran alteraciones en la comprensión y producción de enunciados.

Motivación.

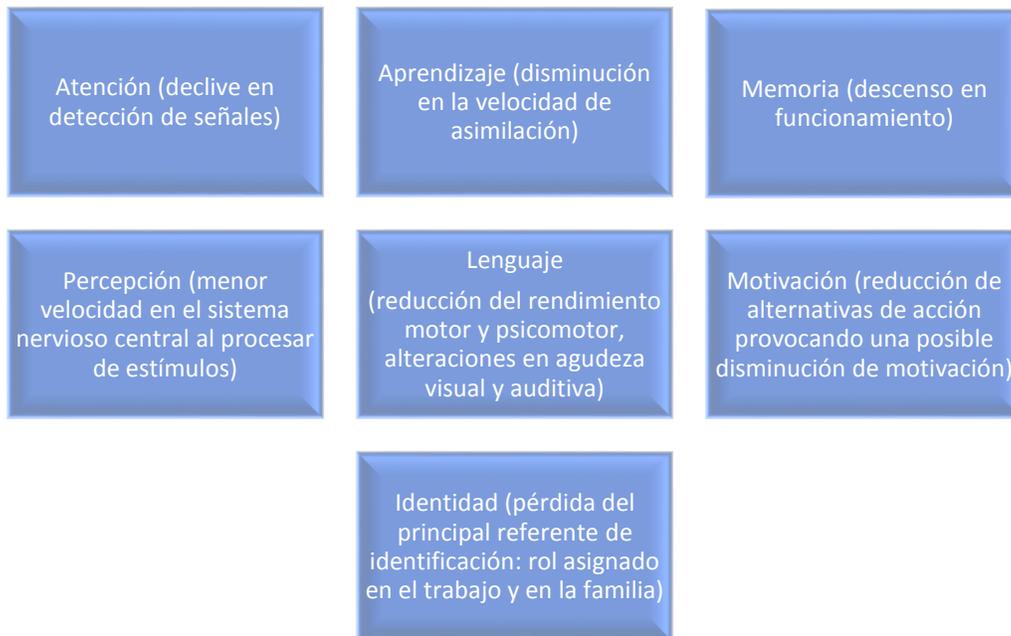
Moragas (1991) la describe como el impulso que mantiene en acción a los humanos. Afirma que la intensidad de las motivaciones está directamente relacionada con la posibilidad de conseguir los objetivos deseados. Este mismo autor explica que la motivación está relacionada con el tipo de personalidad que se tenga y que se mantiene relativamente estable conforme pasa la edad, sin embargo, si se limitan las posibilidades debido a la reducción de alternativas de acción, es probable que esta se reduzca proporcionalmente.

Identidad.

Zapata (2001) alude que sirve para organizar la interpretación de las experiencias asignándoles un significado subjetivo que puede ser modificado por la propia experiencia. Así mismo, argumenta que la consolidación de la identidad está asociada a la asunción de las tareas adultas, ya que favorece la definición de los límites (individuales y sociales), así como el sentido de pertenencia y la adjudicación de responsabilidades.

En el caso del viejo, la identidad se ve altamente afectada ya que se pierde el principal referente de identificación, que por lo general es el rol asignado en el trabajo y en la familia o las tareas que como adulto desempeñó y dicha pérdida es considerada como un factor de riesgo alto para conductas suicidas.

Figura 1. *Cambios psicológicos en la vejez.*



Elaboración propia basado en la información recabada.

Todos los cambios antes mencionados ya sean físicos, biológicos o incluso de los procesos psicológicos y cognitivos del adulto mayor, pueden provocar en este tensiones y ansiedad. Conde y Jarne (2006) mencionan que los síntomas de ansiedad son frecuentes en el viejo, acompañando a diversas patologías (depresión, delirium, trastornos psicóticos, entre otros), y es menos frecuente su diagnóstico como trastorno único, el cual puede ser resultado de diferentes sucesos estresantes de la vida diaria, como pueden ser dolores físicos, cambios de residencia, una operación, problemas familiares, etc.

Depresión.

El viejo deprimido posee una serie de síntomas y cambios psicofisiológicos que no se presentan en el resto de la población. Ferrucci y Studenski (2015) mencionan que los más importantes son: episodios más largos y resistentes al tratamiento

farmacológico, menos verbalización de sentimientos de inutilidad o de culpa, delirios y alucinaciones en la depresión mayor, enmascaramiento con síntomas psíquicos o corporales, mayor riesgo suicida, sobre todo en varones que viven solos; mayor irritabilidad, presencia importante de trastornos del sueño, somatizaciones ansiosas y disfunción cognitiva.

Ribot, Alfonso, Ramos y González (2012) aluden que para un viejo deprimido su rutina diaria carece de objetivo, se considera inútil y solo, dicho sentimiento se acentúa por las carencias sociales que pueda tener y las propias deficiencias de la edad, como las enfermedades que presente, si es el caso. Así mismo, estos autores enlistan la sintomatología del adulto mayor tendente al suicidio: desesperanza, insomnio, angustia, irritabilidad, incomunicación, pasividad, apatía, desinterés, estado de tensión y agitación constante.

Delirium.

Fernández (2010) argumenta que es un cuadro clínico que puede aparecer en cualquier edad, aunque los viejos son los más proclives a padecerlo por el propio deterioro cerebral, la frecuente enfermedad somática y la polifarmacia habitual en este grupo etario. Así mismo, enumera sus características principales: alteración del nivel de conciencia, dificultad para mantener la atención, trastornos cognitivos y perceptivos (ilusiones y alucinaciones) y alteraciones del sueño.

Trastornos Psíquicos.

Según Conde y Jarne (2006), estos son frecuentes y presentan una particularidad: tienen una forma menos pura y más semejantes entre sí, donde se mezclan aspectos de deterioro cognitivo y de trastornos afectivos como esquizofrenia y trastorno delirante paranoide.

1.3.3 Cambios sociales.

Con el tiempo se han elaborado diversos modelos del envejecimiento con el objetivo de entender la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo. Ortiz (2005, citado en González, 2010) plantea la “Teoría de la modernización”, donde habla acerca de la descalificación de los viejos en el ámbito social, pues las nuevas exigencias generan mayor competitividad generando luchas intergeneracionales.

Guadarrama, Veytia, Arzate, Hernández y Albiter, (2017) mencionan que, desde el punto de vista económico, se percibe que los viejos terminan su ciclo productivo de vida, generando una imagen con pocos rasgos positivos, siendo etiquetado como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva, alguien dependiente económicamente, creando un significado negativo sobre esta etapa del desarrollo.

Esta visión y concepción negativas que se tienen de los viejos, repercuten en menor o mayor medida en un aislamiento social, provocando cambios de esta índole. A continuación, se mencionarán algunos.

Trabajo.

Arronte, Téllez, Guzmán, Martínez, & Mendoza (2002) mencionan que el trabajo para el adulto mayor es más que una forma de obtener ingresos económicos, pues representa satisfacción personal y reconocimiento familiar; además de la repercusión que tiene en su autoestima. Así mismo, en el ámbito laboral, se encuentran vínculos y se crean relaciones con los compañeros de trabajo lo que favorece en el sentimiento de bienestar del adulto mayor, por lo que la pérdida de este causa un gran impacto.

Mientras más viejo se es, se tienen menos oportunidades de acción, ya que las empresas obligan en muchos de los casos a que los viejos se jubilen. Y se vuelve más complicado encontrar un trabajo con una buena remuneración económica que les ayude a cubrir sus necesidades.

Jubilación.

Puede verse como un proceso en el que la sociedad desecha gentilmente lo que ya no ayuda a satisfacer sus necesidades. Bazo (2009) explica que este proceso implica abandonar un rol que se había tenido por mucho tiempo, se pasa del trabajo constante al ocio, se adquiere una “nueva identidad social”, esto dependerá de la manera en cómo se llegó a la jubilación, si fue planeada o fue imprevista, ya que esto influirá directamente en el impacto que tendrá para el individuo.

Así mismo, González (2000) menciona que el proceso de jubilación es para la mayoría de las personas una pérdida de identidad, para muchos individuos es una etapa sumamente difícil. Al jubilarse el trabajador tiene todo el tiempo, pero como no ejerce en términos económicos una actividad con cierto nivel de resultados o de

productividad entonces no percibe el valor de su tiempo, instalándose el sentimiento de inutilidad en la persona, pues como no tiene un trabajo remunerado no sé es útil a la sociedad, razón por la cual está a su vez le confina y rechaza

Arronte et al. (2002) argumentan que es probable que la jubilación influya en que la vida se perciba como aburrida, lo que puede llevar al viejo a aislarse, a presentar sentimientos de inutilidad, al igual que vacíos existenciales.

Roles sociales.

Lozano-Poveda (2011) menciona que un rol social es el conjunto de funciones, normas, comportamientos y derechos definidos por la sociedad y la cultura. Con el paso de los años, esos roles van cambiando y al llegar al envejecimiento la sociedad obliga al individuo a abandonar algunos de sus roles que ha desempeñado gran parte de su vida, provocando en muchos de los casos pérdida y daño de la identidad personal.

Redes de apoyo.

Son fundamentales en los niveles de interacción social, ya que le dan sostén al individuo, con ellas se crean identidades individuales y sociales. González (2000) afirma que por medio del otro se enriquece, se logra sentirse identificado y parte de una sociedad.

De acuerdo con Arronte y Hernández (citadas en Mendoza, Martínez & Vargas, 2008) las redes de apoyo se dividen en formales e informales, las primeras se conforman por instituciones públicas y privadas, al igual que asociaciones civiles no gubernamentales; en México estas instituciones son IMSS, ISSSTE, PEMEX, Marina, Ejército, DIF, etc. Mientras que las redes informales son conformadas por la familia, amigos y vecinos, siendo estos microsistemas, el 80% del apoyo total que un viejo recibe.

La familia suele servir como apoyo y base emocional, sin embargo, en ocasiones, dentro del núcleo familiar surgen situaciones conflictivas y de exclusión hacia las personas de la tercera edad, excluyéndolos de su círculo primario. (Bazo, 2009)

De acuerdo con González (2000) las relaciones interpersonales cambian a lo largo del ciclo vital, ya que se llevan a cabo en contextos que se van modificando conforme se va creciendo y por ende repercute en las relaciones. Conforme se va

siendo viejo, desaparecen amigos, padres, cónyuge, por lo que puede aparecer un sentimiento de soledad.

Figura 2. *Cambios sociales en la vejez.*



Elaboración propia basado en la información recabada.

Como puede observarse, el adulto mayor pasa por múltiples cambios y declives biológicos y psicológicos naturales, sin embargo, la sociedad se ha encargado de adjudicarles un peso negativo, convirtiendo dichos cambios en un problema para el desarrollo social del viejo. La cultura de juventud, fortaleza y belleza de la que está impregnada nuestra sociedad, hace más difícil la aceptación de la vejez, ya que está representa todo lo contrario de las ideas actuales que se tienen, provocando la exclusión e incluso discriminación hacia este grupo etario, surgiendo el viejismo.

1.4 Viejismo.

Fue Butler, (citado en Toledo, 2010) quién dio nombre al conjunto de actitudes negativas hacia los viejos y el proceso de envejecimiento como viejismo. Lo describe como el conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez y el proceso de

envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad.

El contenido de estas actitudes surge del miedo y rechazo al envejecimiento, a la incapacidad de aceptar este proceso como una etapa más de la vida. Salvarezza, (citado en Toledo, 2010) explica que el viejísimo es una conducta compleja, determinada por la población para devaluar consciente e inconscientemente el estatus social de la vejez.

La imagen general o social hacia este grupo de edad, queda encasillada bajo la percepción de un ciclo de cambio negativo de pérdida de habilidades y capacidades, una etapa de soledad y dolor, de pobreza en muchas ocasiones y padecida de múltiples problemas orgánicos, médicos, psicológicos y físicos.

Así mismo, de acuerdo con Butler y Lewis (citados en Mendoza-Núñez, Martínez-Maldonado y Vargas-Guadarrama, 2008) existen cuatro factores (véase figura 3) que se relacionan con la construcción del fenómeno del viejísimo y a su vez estos factores se relacionan con la instauración del modelo capitalista y con todo lo que éste trae consigo. Los factores son:

- Temor a la muerte: En las sociedades industrializadas, la enfermedad y la muerte son consideradas como enemigos, por lo tanto, se buscan los medios científicos para luchar contra ellos. Una postura de negación y miedo a la muerte tiene repercusiones directas en la percepción de los viejos, ya que estos al encontrarse en el último estadio de la vida, se relaciona automáticamente con la muerte, por lo que se tiene miedo y rechazo hacia la vejez. El temor a la muerte se considera el primer gran factor que origina el viejísimo.
- Énfasis en una cultura de la juventud: en la cultura actual se ha tendido a sobrevalorar la juventud y la belleza física; esta sobrevaloración radica en querer prolongarla para retardar la llegada de la vejez. Es por ello que las personas quieren ocultar, disimular o negar su edad para así poder continuar desempeñando un papel en la sociedad, para ser aceptados, negándose a llegar a la vejez, provocando conductas viejistas dentro del grupo de los propios viejos.

- Énfasis en la productividad: este factor se relaciona con el modelo económico. Desde que se instauró el modelo capitalista, la eficiencia y la productividad son los principios básicos para lograr una correcta reproducción del sistema. En el caso de los viejos, la productividad se reconoce en tanto se mantenga el potencial económico. Al llegar a la jubilación el viejo se enfrenta con un periodo de ociosidad e inactividad laboral, por lo que no genera ingresos económicos y se le ve como un parásito para la sociedad.
- Enfoques en el estudio del envejecimiento: este factor es el que colabora con los anteriores para legitimarse, ya que algunos estudios científicos desarrollados sobre el envejecimiento, caracterizan a este de forma negativa.

Aunado a esto, Mendoza-Núñez et al. (2008) mencionan que el uso de un lenguaje excluyente ayuda a propiciar y a perpetuar actitudes viejistas, un ejemplo claro es la variada forma de denominar a los viejos, “tercera edad”, “adultos mayores” y “personas de edad”, esto marca una línea importante, ya que no hay diferentes maneras de llamar a los niños, adolescentes y adultos.

Los autores antes mencionados, argumentan que un aspecto importante para dejar de perpetuar el viejismo y evitar la invisibilización de esta población podría comenzar por llamar a la persona con el calificativo de la etapa en la que se encuentran, es decir, la vejez y llamarle viejo, dejando de lado otros utilizados ya que “estos adjetivos se han propuesto para no denominar por su nombre a la vejez y al envejecimiento aduciendo que era peyorativo o discriminatorio denominar a la vejez y a los viejos por su nombre”. (Mendoza-Núñez, 2008, pp. 56).

Figura 3. Factores que influyen en el viejismo.



Elaboración propia basado en la información recabada.

El viejismo, es un fenómeno que ha influido en la discriminación e invisibilización de los viejos. Se encuentra inmerso en todos los ámbitos de la sociedad, incluso en la misma población vieja, lo cual podría vulnerabilizar a este grupo etario, pudiéndose convertir en un factor de riesgo para el suicidio.

1.4.1 Estereotipos, prejuicios y discriminación asociados a la vejez.

Los estereotipos representan el componente cognoscitivo, o sea el conocimiento y las creencias relativas a los grupos, se puede concebir a prejuicio como el componente emotivo o afectivo de nuestros sentimientos hacia otros grupos. La discriminación, por su parte, es el componente o expresión conductual tanto verbal como no verbal de las actitudes prejuiciadas y estereotipadas. (Kimble, Hirt & Diaz-Loving, 2002, p. 548)

Es importante definir que los estereotipos son aquellas expectativas que se generan hacia un individuo basadas en la pertenencia a un grupo o alguna categoría (Zárate y Smith, 1990, citados en Kimble et al. ,2002), los estereotipos suelen ser inexactos pues se basa en opiniones, las cuales suelen ser sesgadas.

Lippmann (citado en Mendoza-Núñez, et al, 2008) describe a los estereotipos como imágenes que tenemos en la cabeza, que nos hablan del mundo antes de conocerlo. Los caracteriza como un tipo de pseudoambiente, que media entre nosotros y la realidad influyendo de forma directa en la percepción.

De acuerdo con Kimble et al. (2002) los estereotipos influyen en la vida aun antes de nacer, un ejemplo de esto es cuando se sabe que un bebe va a ser niña o niño, antes de que este nazca, ya se tienen expectativas por parte de la familia dependiendo el sexo del bebé. Estos mismos autores afirman que los estereotipos aparte de que generan expectativas, también atribuyen características e influyen en la manera en que las personas perciben e interactúan con otros.

Como puede apreciarse, el estereotipo es una forma de categorizar a las personas, encasillándolas y delimitándolas, dependiendo al grupo que pertenezca. Ahora, tomando en cuenta que en la sociedad mexicana predomina una imagen negativa de la vejez, entonces podría decirse que también predominan los estereotipos negativos que delimitan las esferas de acción de los viejos, pudiendo influir en el autoconcepto, la autoimagen que la persona tiene de sí misma y las expectativas que en general tienen de la vejez.

Por otra parte, Mendoza-Núñez et al, (2008), explica que el prejuicio es una actitud afectiva, casi siempre negativa, adquirida antes de toda prueba y experiencia adecuadas. El prejuicio es una predisposición categórica para aceptar o rechazar a las personas por sus características sociales reales o imaginarias.

Ningún prejuicio específico es innato, aun cuando todos los individuos posean la capacidad de formar prejuicios. Mendoza-Núñez et al. (2008) explican que los prejuicios son formas de simpatía o antipatía hacia individuos, grupos, etnias, nacionalidades, o idea. Estos mismos autores mencionan que las actitudes negativas hacia un grupo implican sentimientos o creencias de desvalorización hacia él mismo, expresando un desacuerdo evidente, e incluso desprecio, hacia condiciones o características del grupo.

Kimble et al. (2002) exponen que los prejuicios son reflejo de una actitud aprendida basada en la experiencia que las personas tienen a lo largo de la vida, tienen efectos negativos, pues al estar basados en información insuficiente o incompleta impiden el desarrollo de la sociedad. Éstos pueden existir o mantenerse a pesar del conocimiento teórico sobre la vejez y el envejecimiento.

En el ámbito cotidiano, los estereotipos y prejuicios de la vejez conducen a que los viejos sean, la mayoría de las veces, marginados y considerados poco útiles o inútiles en el medio familiar y social. Se tiene una percepción de ellos de que están desactualizados, que siguen en sus modas pasadas, que tienen pensamientos y costumbres antiguas, etc., además los medios de comunicación contribuyen a que esto prevalezca ya que los presentan como personas enfermas, cansadas e incapaces (Mendoza-Núñez, et al, 2008).

Algunos estudios sobre estereotipos e imágenes de la vejez concluyen que la percepción social sobre las personas mayores es básicamente negativa (Curtis, 1971, citado en Mendoza-Núñez, et al, 2008). En cada cultura se construye y se transmite una imagen de los viejos, junto con la asignación de un papel. En nuestra sociedad esta imagen es negativa: se centra en el déficit y en la incapacidad física y mental, limitando y empobreciendo la perspectiva de vida de este grupo. Esta imagen basada en las carencias es una de las causas de la marginación social y esto se expresa en una discriminación y rechazo social.

1.5 Teorías que estudian el envejecimiento.

Existen diversas teorías sobre el envejecimiento que han tratado de estudiarlo desde distintos puntos de vista. Algunas se han enfocado sobre los procesos biológicos, caracterizadas por la decadencia de las funciones, desgaste y deterioro corporal, otras lo abordan desde el enfoque psicológico y finalmente otras desde lo social.

1.5.1 Teorías biológicas.

Las teorías del envejecimiento desde el punto de vista biológico tratan de explicar las causas de por qué se muere, basándose en las alteraciones y depresiones que ocurren en nuestro organismo al pasar de los años, como resultado de nuestra carga genética e interacción con el ambiente. (González, 2010)

Teorías de la hipofuncionalidad orgánica.

Delman (citado en Altarriba, 1992) explica que esta teoría hace referencia a la reducción de la funcionalidad en los órganos y sistemas más importantes dentro del organismo, como el sistema cardiovascular, donde existe desgaste progresivo de los vasos sanguíneos; las fallas en la glándula hipófisis que alteran el funcionamiento del sistema endócrino, por lo que producen problemas hormonales que son a su vez, causantes del envejecimiento; finalmente, la glándula tiroidea, disminuye el proceso metabólico celular y provoca síntomas relacionados al envejecimiento, algunos de estos son: la pérdida del cabello, lentitud en la movilidad y lentitud de los reflejos.

Teoría del estrés.

Seyle (citado en Altarriba, 1992) postula que el envejecimiento es el resultado de la acumulación de eventos estresantes a lo largo de la vida, es decir, la somatización de los efectos que la tensión produce en el organismo.

Teoría de la regulación fisiológica.

Altarriba (1992) menciona que esta teoría propone que el envejecimiento depende de los mecanismos que el organismo utiliza para mantener la homeostasis, como el funcionamiento del sistema endócrino, del sistema nervioso central y periférico, los cuales suelen ser cronodependientes, ya que su funcionamiento se vuelve deficiente con la edad y eso desencadena el envejecimiento.

1.5.2 Teorías psicológicas.

En cuanto al ámbito psicológico, se han elaborado algunas teorías, que intentan abordar las formas en las que los individuos van interiorizando cambios propios de la vejez.

De acuerdo con Bazo y Maiztegui (2006) Erickson entendió el desarrollo psicológico como un progreso continuo basado en la resolución de crisis normativas. Etapas o crisis del ego, diferentes en cada estadio, de las que se espera una resolución positiva y, por tanto, un avance en el crecimiento de la personalidad. Según este modelo, la solución de la crisis de un estadio afecta a otros posteriores.

En la vejez, Erikson veía un conflicto entre la integridad y la desesperación. Es decir, la aceptación de la vida individual opuesta a los sentimientos de desesperación y depresión derivados del rechazo de esta. En esta etapa la ausencia de integridad se deriva del miedo a la muerte y de la falta de aceptación de este periodo como la última etapa del ciclo vital.... Existen dos elementos importantes de este periodo: la aceptación del propio proceso vital y la capacidad de relación con las generaciones posteriores. (Bazo y Maiztegui, 2006, pp. 86-87)

Por otra parte, desde el Psicoanálisis, se puede entender el desarrollo psicológico de los seres humanos, y en este caso, las particularidades de cada proceso de envejecimiento por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias actuales que inciden, tanto factores biológicos como sociales, y pueden llegar a determinar cuándo se convertirán en traumáticos. Este enfoque individual logra explicar el presente adulto por la infancia pasada. (Di Giglio, 2002, citado en González, 2010, párr. 49)

1.5.3 Teorías sociales.

Existen teorías que estudian la participación de las personas mayores en la sociedad, así como el impacto demográfico y las múltiples repercusiones de los fenómenos o problemas sociales asociados al envejecimiento, además, explican la influencia de los aspectos culturales y sociales sobre el mismo:

De acuerdo con Bazo y Maiztegui (2006) las principales teorías sociológicas son las siguientes:

- Teoría de la desvinculación: de acuerdo con esta teoría, los viejos experimentan una separación gradual de la sociedad, comenzando por la jubilación. Explica que es necesario para la supervivencia de la sociedad que estos se desvinculen del ámbito laboral con el fin de permitir a los jóvenes la entrada al campo y así obtener mayor productividad.
- Teoría de la modernización: Expone los cambios en el estatus de los viejos a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las distintas sociedades. Se argumenta que el estatus de los viejos es inversamente proporcional al grado de

industrialización, ya que se le ve como algo antiguo, que no produce lo suficiente y no contribuye para cumplir los fines del sistema.

- Teoría de la actividad: argumenta que cuantas más actividades se realicen más posibilidades existen de estar satisfechos con la vida. Asume que el viejo debe sustituir las actividades laborales que desempeñaba por otras compensatorias, de forma que cuanto mayor sea el número de actividades mejor será su adaptación a esta etapa de la vida.
- Teoría de la continuidad: hace énfasis en que el último estadio de la vida prolonga los anteriores, pues a pesar de que las condiciones sociales presentan cierta discontinuidad, la adaptación y el estilo de vida serán determinados principalmente por las costumbres, hábitos y gustos adquiridos durante esta y en consecuencia la adaptación será determinada por nuestro pasado. (González, 2000, p. 19)
- Teoría de la competencia: explica la interdependencia entre las personas mayores y su mundo social como un movimiento circular que estimula la visión negativa que los viejos tienen de sí mismos por la imagen que les envían sus personas allegadas. Este círculo es difícil de romper puesto que las enfermedades y problemas propios de la edad incrementan esta mala imagen (Bazo & Maiztegui, 2006, p. 83)
- Teoría de la estratificación por edades: esta teoría examina los cambios de sucesivas cohortes a través del tiempo. Asume que la sociedad se compone de generaciones sucesivas de individuos que van envejeciendo de manera distinta y que, continuamente fuerzan a los más viejos a desempeñar o abandonar roles sociales. (Riley citado en Bazo y Maiztegui, 2006, p. 84)

A continuación, en la tabla 3 se resumen las teorías antes explicadas.

Tabla 3. *Teorías que estudian el envejecimiento.*

Teorías biológicas.	Hipofuncionalidad orgánica.	Reducción en funcionalidad de órganos y sistemas importantes provocando síntomas relacionados al envejecimiento
	Teoría del estrés.	Tras la acumulación de eventos estresantes a lo largo de la vida, se somatizan los efectos que la tensión produce, provocando el envejecimiento.
	Regulación fisiológica.	El envejecimiento depende de los mecanismos que el organismo utiliza para mantener la homeostasis, sin embargo, el funcionamiento de estos se vuelve deficiente con la edad y eso desencadena el envejecimiento
Teorías psicológicas.	Erickson.	Entendió el desarrollo psicológico como un progreso continuo basado en la resolución de crisis normativas, en la vejez se presenta el conflicto entre la integridad y la desesperación, al resolver esta crisis se tiene que llegar a la aceptación del propio proceso vital y la capacidad de relacionarse con las generaciones posteriores.
	Psicoanálisis.	Desde esta perspectiva se entiende el desarrollo psicológico por la estructura de la personalidad y por la acción de las vivencias, a partir de esto, se puede explicar el presente adulto por la infancia pasada.
Teorías sociales.	Teoría de la desvinculación.	Habla de una separación gradual de la sociedad con el viejo, comenzando por la jubilación, con el fin de permitir a los jóvenes la entrada al campo.
	Teoría de la modernización.	El estatus de los viejos es inversamente proporcional al grado de industrialización.
	Teoría de la actividad.	El viejo debe sustituir las actividades laborales que desempeñaba por otra, de forma que cuanto mayor sea el número de actividades mejor será su adaptación a esta etapa de la vida
	Teoría de la continuidad.	La adaptación y el estilo de vida serán determinados por las costumbres, hábitos, gustos y experiencias adquiridas durante la vida.
	Teoría de la competencia.	Habla de un movimiento circular que estimula la visión negativa que los viejos tienen de sí mismos la cual surge en su interacción con la sociedad, dicha visión es reafirmada con las enfermedades y problemas propios de la edad, lo cual incrementan esta mala imagen.
	Teoría de la estratificación por edades.	Hay generaciones sucesivas de individuos que van envejeciendo de manera distinta y que, continuamente fuerzan a los más viejos a desempeñar o abandonar roles sociales.

1.6 Envejecimiento demográfico.

En la sociedad moderna los progresos en el campo de la medicina, prevención y la salud han aumentado la esperanza de vida de la población. González (2010) afirma se ha disminuido los índices de la mortalidad y de natalidad, lo que ha repercutido en el incremento acelerado de viejos y por consecuencia, de sus necesidades sociales y de salud. Lo que se traduce en una mayor necesidad de atención al adulto mayor y de la comprensión del proceso de envejecimiento de forma que se le puedan brindar los mejores servicios que aseguren su calidad de vida. Los procesos de transición demográfica llevan irremediabilmente a un envejecimiento de las poblaciones.

Lo anterior, se refleja en las cifras brindadas por la OMS (2018):

- Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%.
- Para 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años.
- En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos.

Ahora, con respecto a México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2016) reporta que con base en la información del censo de población y vivienda 2010 se obtiene que la población total de México es de 112, 336, 538 personas, de las cuales 10, 055, 379 pertenece a la población de 60 años y más. Así mismo, esta dependencia reporta que los estados con mayor población adulta mayor son el Distrito Federal (ahora Ciudad de México) con 11.3%, Oaxaca con 10.7% y Veracruz con el 10.4%.

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2018) reporta, de acuerdo con una estimación de la población total realizada con base en la Encuesta Intercensal (EIC) 2015, que la población mexicana total consta de 119, 938, 473 habitantes de la cual el 10.5 % pertenece sector de edad de 60 años y más. Así mismo, el INEGI reporta que hay 38 viejos por cada 100 niños y jóvenes.

Por otro lado, el Consejo Estatal de Población (2010) refiere que en el Estado de México el 7.50% de su población es mayor de 60 años. En dicha entidad, en el año

1990 residían 450,921 viejos, para el año 2000 fueron 713, 704 y al año 2010 ascienden a un 1,137,647.

Como puede apreciarse en las cifras anteriores, la pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado; específicamente en nuestro país, las tasas de viejos están creciendo rápidamente, lo que provocará una inversión de la pirámide poblacional, es decir el grupo minoritario (viejos) en un momento dado, será el que predomine. Como ya se mencionó anteriormente, esto se debe al incremento de esperanza de vida, la cual de acuerdo con Da Silva (2017) se encuentra actualmente en los 80 años.

Otro proceso que influye en la futura inversión de la pirámide poblacional es la disminución de la tasa de natalidad. Cifras oficiales del INEGI (2018) reflejan una baja considerable en la natalidad de nuestro país ya que en 1994 se registraron 2,904,389 nacimientos y en 2017 se registraron 2,234,039. Da Silva (2017) afirma que la baja natalidad se debe a la crisis económica mundial y al cambio social del concepto de familia. En la actualidad las familias prefieren tener menos hijos y más libertad.

La modernidad ha provocado algunas diversificaciones en el concepto y la estructuración familiar. En la actualidad se aprecian nuevas concepciones de familia, un ejemplo es que actualmente existen muchas personas que prefieren tener animales (mascotas) en lugar de hijos, es decir, las mascotas reemplazan a la progenie. Otro ejemplo, son las familias compuestas por personas del mismo sexo, en donde la mayoría de ellas deciden no tener hijos o en caso de quererlo, prefieren adoptar.

Estos nuevos tipos de familias están conformadas por menos integrantes lo que influye y modifican las interacciones entre ellos. Esto lleva a diversos cuestionamientos ¿Qué papel tendrán los viejos en estas nuevas familias? ¿Será que en un futuro debido a las nuevas dinámicas familiares los viejos estarán más solos? ¿Con menos redes de apoyo informales? ¿Qué papel tendrían que desempeñar las redes de apoyo formales para contrarrestar la falta de las informales?

Como puede observarse, el desafío que presenta el gran incremento de las personas adultas mayores no sólo corresponde al ámbito social y político, sino que también corresponde en gran medida al sistema de salud.

De acuerdo con Da Silva (2017) desde la perspectiva social el aumento de viejos en, conjunto con una disminución de la natalidad, representa un aumento exponencial de la población económicamente no activa (no labora) y más cuando se trata de un envejecimiento más limitativo donde se necesita la intervención de un cuidador. Es por ello que se necesitan políticas públicas encaminadas a mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social, su seguridad y por ende su calidad de vida.

1.7 Políticas públicas del envejecimiento.

De acuerdo con Razo (2014) hasta antes de la década de los setenta México carecía de una política pública definida que tratara el problema de los viejos. Esta misma autora menciona que durante la época colonial, el México revolucionario y posrevolucionario, la vejez era concebida como una condición natural e individual de los seres humanos, cuya atención correspondía al ámbito privado familiar, donde las instituciones de asistencia, sobre todo religiosas, se involucraban sólo en aquellos casos de extrema vulnerabilidad, abandono y desamparo.

Sin embargo, “el tema de la vejez se convierte en problema público debido a la transición demográfica, que se refiere al pasaje de un régimen tradicional de equilibrio demográfico con mortalidad y fecundidad elevadas a uno moderno, de mortalidad y fecundidad reducidas”. (Muñoz, 2011, p. 39). Esta misma autora, menciona que otro factor que influyó en que el envejecimiento se trasladara del espacio privado al público, fue la situación de vulnerabilidad que presentan los viejos en México, ya que muchos de ellos se encuentran en pobreza, marginados y discriminados.

Se comenzó a pensar en las posibles consecuencias que traería el incremento de la población vieja para las sociedades y en las acciones de los gobiernos deberían de realizar, y fue así como la vejez formó parte de la agenda pública. Para finales de la década de los 70 pasó a ser parte de la Agenda de Gobierno en México, lo que impulsó la creación, de un Instituto Nacional Dedicado a la Atención a la Senectud (ahora INAPAM) y a la implementación de políticas públicas. (Razo, 2014)

Siguiendo a Aguilar (2012) las políticas públicas se caracterizan por tener como objetivo la resolución de problemas que se presentan en la sociedad, teniendo siempre en cuenta los recursos públicos que las acciones necesitan para que se lleven a cabo y alcanzar los resultados esperados.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1999) menciona que es importante que se tomen en cuenta ciertas características y necesidades de la población dependiendo el rango de edad (60-65, 66-70, 71-75, etc.) para la creación de las políticas públicas encaminadas hacia los viejos. Ya que menciona que pueden existir necesidades comunes independientemente del rango de edad; como: vivienda, salud, recreación, alimentación, consumo, costeo de servicios y bienes, sin embargo, afirma que las necesidades específicas van presentando diferencias notables conforme avanza la edad.

Lo anterior lleva a pensar en la necesidad de considerar políticas generales y políticas específicas para los viejos. La CONAPO (1999) argumenta que hay que reconocer cuáles son las áreas prioritarias de intervención en cada rango de edad y cuáles son los escenarios posibles para construir dichas políticas.

Una política social sobre el envejecimiento y la vejez no puede fincarse sobre una sumatoria de programas existentes y debe, más bien, basarse en una reflexión respecto a las necesidades presentes y sobre todo las futuras de este grupo, y readecuar las diversas iniciativas que se desarrollen en función de una definición política, con objetivos compartidos por todos los actores involucrados y con programas estables en el tiempo, tanto en el aparato estatal como en la sociedad civil. (CONAPO, 1999, p. 65)

1.7.1 Retos de las políticas públicas.

Se han desarrollado políticas en favor de los viejos que, si bien no constituyen lo óptimo, representan un significativo avance respecto de los rezagos observados por años en materia de apoyos y atención a las necesidades de este sector poblacional. (INAPAM, 2010). Esta misma institución menciona que aún hay retos por cumplir que son:

- Formular nuevas líneas de intervención/actuación, orientadas a lograr una mayor inserción de los viejos en la sociedad durante el mayor tiempo posible.
- Disminuir la desigualdad social y la pobreza que afecta a muchos viejos.
- Mejorar su calidad de vida; generar entornos propicios y favorables, así como promover sistemas participativos de este grupo etario.
- Garantizar ingresos mínimos adecuados a partir de la edad de 60 años.
- Impulsar opciones de apoyo a domicilio y soluciones alternativas a la institucionalización y hospitalización, a fin de mantener a las personas de edad avanzada en su entorno habitual y prevenir los riesgos de exclusión, que implican la separación brusca de su ambiente.
- Crear condiciones apropiadas para el ejercicio de derechos en la vejez.
- Fortalecer las redes de apoyo.
- Fomentar la solidaridad intergeneracional.
- Prevenir y erradicar las diversas formas de violencia, abuso y discriminación.
- Adecuar los programas habitacionales.
- Promover espacios urbanos amigables.
- Adecuar los sistemas de transporte público.

El incremento de la vejez ha traído múltiples problemáticas, las cuales se les intenta dar solución, sin embargo, parece ser que no se han erradicado del todo. Aunado a que las políticas públicas que se efectúan están desfasadas de las necesidades del grupo etario, esto se debe a que no se implementan en el momento en que se crean, ya que nuestro país no tiene la estructura ni la economía que lo permita.

Así mismo, puede observarse que el viejismo perpetúa la discriminación hacia este grupo etario provocando rechazo, y si se suman los cambios drásticos y numerosas pérdidas (físicas, materiales, de salud, de relaciones, de roles, etc..) el viejo se encuentra en un ambiente poco cordial. Lo anterior, puede repercutir en el autoconcepto del individuo y en su estabilidad emocional, provocando aislamiento, soledad, tristeza, depresión pudiendo llegar en el peor de los casos a un acto suicida.

CAPITULO 2. SUICIDIO.

El suicidio es objeto de muchas investigaciones, pues en los países más industrializados se considera como una de las diez primeras causas de muerte. La palabra “suicidio” se originó a partir de dos expresiones latinas antiguas: *sui* y *occidere*, en conjunto estas expresiones significan “matarse a sí mismo” y consta de tres etapas, que son el deseo suicida, la ideación y el acto suicidas (Nizama, 2011).

“El suicidio se considera como una forma de morir causada por la autoagresión del individuo mediante el uso de determinados métodos; es decir, constituye un acto por el cual, deliberadamente, la persona se quita la vida” (Ribot et al., 2012, p. 702). Dicho acto se encuentra cargado de creencias, actitudes y juicios de valor propios del contexto en donde se ejerza.

Hernández y Flores (2011) mencionan que el suicidio tiene una gran relevancia para la sociedad y la investigación, pues implica que el individuo que lo lleva a cabo ejerza contra sí mismo una forma de violencia extrema, que tiene profundas implicaciones sociales y que llegue a extremos existenciales que lo colocan como la única salida a su situación. Señalan que cuando hay un incremento en las tasas de suicidio, es muy probable que la sociedad en donde ocurre esté pasando por algún tipo de proceso que se manifiesta a través del acto.

De la misma forma, estos autores afirman que se pueden enlistar algunos cambios que se han producido en México desde el año 1950 y que pueden ser detonadores del aumento en el número de suicidios:

- Aumento de la migración y divorcios.
- Disminución de fecundidad y del tamaño de las familias.
- Envejecimiento demográfico y aumento de la gente que vive sola.
- Aumento de la edad a la primera unión.
- Acceso restringido a la educación o educación de poca calidad.
- Disminución del ingreso real y aumento de la desigualdad.
- Constantes crisis económicas.

Por su lado, Gutiérrez (2013) menciona que el suicidio es un fenómeno no atribuible a un suceso aislado o específico, por lo que se le considera multicausal ya que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales.

2.1 Interpretaciones teóricas del suicidio.

Las teorías que tratan de darle una explicación al suicidio se pueden dividir en: teorías socioculturales, que atribuyen a la sociedad la causalidad de este; teorías psicológicas que centran su interés en el individuo y en las fuerzas contradictorias inconscientes; y, por último, teorías biológicas, que intentan buscar causas bioquímicas específicas.

2.1.1 Teorías sociales.

Teoría sociocultural (Durkheim)

De acuerdo con Durkheim (1987) todos los hechos sociales deben ser estudiados como cosas, es decir, situaciones que son exteriores al individuo. Es por esta visión que el suicidio no puede ser explicado desde motivaciones personales, sino que representa una serie de situaciones que lleva al suicidio a una sociedad, es decir, no son los individuos los que se suicidan, sino la sociedad a través de ellos.

El suicidio resulta de distorsiones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello Durkheim (1987) establece cuatro formas de suicidio: egoísta, altruista, anómico y fatalista, lo cuales se describen a continuación:

- Suicidio egoísta: existe una excesiva individualidad, falta de interés y poca adherencia a las estructuras sociales, lo que provoca reducción de la inmunidad hacia el suicidio.
- Suicidio altruista: se caracteriza por una excesiva integración del sujeto en la sociedad, perdiendo su individualidad. El yo no sé pertenece a sí mismo, se confunde con las reglas y normas que profesa la sociedad. Existen tres variantes de suicidio altruista: *obligatorio*, es visto como un deber para mejorar la sociedad, principalmente se enfoca en viejos que ya no puedan ser funcionales y viudas que ya no tienen quien las proteja; *facultativo*, no existe apego a la vida, se le da una connotación positiva al acto suicida y el menor indicio lo provoca; finalmente el *agudo*, se presenta la impersonalidad al límite. Se tiene un desprecio total por la vida, se cree que lo que realmente

importa es lo que sigue después de esta, por lo que el suicidio se lleva a cabo para la búsqueda de la verdadera esencia

- Suicidio anómico: se da cuando hay un desequilibrio en la integración social, surgiendo la sensación de anomia (carencia de normas). La sociedad falla con sus métodos de control, el individuo carece de una guía a seguir. Este suicidio se da principalmente en las situaciones de crisis económicas, políticas y sociales.
- Suicidio fatalista: resulta de un exceso de reglamentación, lo cometen los sujetos cuya vida está extremadamente limitada por una disciplina opresiva.

Teoría del cambio de estatus (Durkheim y Salisbury).

Un cambio repentino en la posición social de la persona tiene probabilidad de conducir al suicidio. La movilidad descendente es la que podría estar mayormente asociada al acto, puesto que crea frustración y falta de lazos sociales, lo que conlleva a una crisis personal no resuelta, pudiendo terminar en el suicidio (Rodríguez, González, Gracia y Montes de Oca.,1990).

2.1.2 Teorías psicológicas.

Teorías psicoanalíticas.

Jung

Jung (citado en Juárez, 2010) mencionaba que la muerte es algo irremediable, que tarde o temprano llegará, sin embargo, existen personas que buscan apresurar este momento. Este autor, explica que el yo (self) tiene un lado oscuro y uno brillante. Si llega a predominar el lado oscuro, la muerte parece ser la opción más atractiva. Jung plantea diferentes categorías del suicidio.

- Suicidio activo: la persona participa de manera directa en su autodestrucción.
- Suicidio pasivo: principalmente se da en personas que sufren de un padecimiento incurable y dejan de contrarrestarlo, para que la enfermedad los consuma.
- Suicidio sincero: se da cuando la persona que se suicida, lo hace de manera que nadie pueda salvarlo.

- Para llamar la atención: el acto suicida se lleva a cabo de tal manera que la persona pueda ser rescatada, y así llamar la atención de las personas que los rodean.
- Suicidio planeado: se prevén todos los aspectos relacionados con el acto, en dónde se llevará a cabo, cuándo, qué utilizará y cómo se despedirá de sus seres queridos.
- Suicidio impulsivo: “la persona tiene un ego de isla flotante, por lo que carece de una personalidad lo suficientemente fuerte y se deja llevar por la corriente, actuando por impulso (Juárez, 2010, p. 34).

Jung (citado en Rodríguez et al. 1990) postula que para que la vida tenga sentido, debe haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Y si esto no sucede es cuando se consuma el suicidio, se dice que el ego está muerto, ya que ha perdido contacto con el ser (self), perdiendo el significado de la vida del individuo.

Freud.

De acuerdo con Juárez (2010) la propuesta de Freud para explicar el suicidio se divide en dos etapas:

- Primera formulación: se ve al suicidio como una forma de autocastigo, el sí mismo se vuelve un objeto depositario de agresiones que desean ejercerse sobre un objeto externo.

El suicidio se entiende como una proyección a sí mismo de los sentimientos sadistas asesinos que se guardan contra el ser que los abandonó y lastimó; es decir que el suicida en un homicida en potencia que vuelve su acción contra sí mismo (Juárez, 2010, pp. 34-35).

- Segunda formulación: se basa en las ideas sobre el eros (instinto de vida) y el thanatos (instinto de muerte) que el hombre las tiene desde que nace. El suicidio se encuentra dentro del thanatos, por lo que se cree que todas las personas son suicidas en potencia. El suicidio se consuma cuando el instinto de muerte predomina y gobierna a la persona (Estruch & Cardus, 1982).

Menninger.

Este autor afirmó que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y éstas llegan a consumarse en suicidio cuando se combinan muchas

circunstancias y factores. Así mismo, atribuye el suicidio a causas como la locura, la enfermedad y la ruina económica. Menninger describe tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir (Rodríguez et al., 1990).

- Deseo de matar: cuando alguien se hace daño a sí mismo, en realidad está lastimando a alguien más, solo que no se es capaz por el miedo al castigo y es más fácil autolesionarse.
- Deseo de estar muerto: Tras tener el deseo de matar o de lastimar al otro, el individuo experimenta culpa, por lo que desea ser castigado de la misma manera.
- Deseo de morir: se produce cuando se tiene muchos conflictos o placeres con el medio, se desea el reposo y disminución de la ansiedad. (Estruch & Cardus, 1982).

Sullivan.

En su teoría impersonal psiquiátrica, este autor, considera que los factores más importantes en la conducta suicida son la envidia y la angustia. Esta última, ha sido señalada como el principal factor del funcionamiento defectuoso de la personalidad, ya que surge como resultado de personificaciones inadecuadas (Rodríguez et al., 1990).

Teorías cognitivo-conductuales.

Teoría cognitiva de Beck.

De acuerdo con Beck (citado en Juárez, 2010) los hombres crean categorías internas con sus experiencias y a partir de estas categorías la persona percibe, interpreta y estructura su realidad y a partir de esta es como actúa.

De acuerdo con Rodríguez et al. (1990) desde esta teoría, el suicidio es visto a la luz de la desesperanza y la depresión. El individuo presenta una visión pesimista y generalizada del futuro. Se concibe que la conducta suicida responde al hecho de querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables.

Beck (1983) postula un modelo cognitivo de la depresión que se basa en tres conceptos específicos: la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

Triada cognitiva.

- Visión negativa de sí mismo: se tiende a atribuir las experiencias desagradables a un defecto propio. Se subestima, se critica a sí mismo en base a los defectos percibidos. Se piensa que se carece de los atributos que se consideran esenciales para lograr la alegría y felicidad.
- Visión negativa del mundo: Percepción de que el mundo hace demandas exageradas y/o presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos. Se interpretan las interacciones con el entorno, en términos de relaciones de derrota o frustración
- Visión negativa del futuro: Se cree que las dificultades, frustraciones y/o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Cuando se piensa en realizar una actividad las expectativas son de fracaso.

Esquemas.

De acuerdo con Beck (1983) los esquemas empleados determinan el modo de cómo un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por estímulos ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad).

Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de

pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados (Beck, 1983, p. 21).

Distorsiones en el procesamiento de la información.

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, 1983, p. 22). De acuerdo con este mismo autor, las distorsiones en el procesamiento de la información son las siguientes:

- Inferencia arbitraria: el individuo hace predicciones en ausencia de la evidencia que la apoye, y en muchas ocasiones, la predicción es contraria a la evidencia.
- Abstracción selectiva: el sujeto hace conclusiones centrándose en detalles fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, conceptualiza toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva: el sujeto toma situaciones aisladas y sin gran conexión, para realizar conclusiones generales. Posterior a esto, tiende a explicar situaciones relacionadas o no con las conclusiones antes obtenidas.
- Maximización y minimización: el sujeto realiza evaluaciones erróneas de la importancia y magnitud de los eventos, por lo que responde de forma incoherente a las situaciones.
- Personalización: el individuo se atribuye a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista: el sujeto clasifica todas las experiencias según una o dos categorías opuestas, es decir, adopta una conducta de polarización. (Beck, 1983)

Juárez (2010) afirma que, desde el marco de esta teoría, se cree que los individuos suicidas tienen una estructura cognitiva especial, diferente a la de las personas que no presentan perturbaciones o de aquellos cuyas perturbaciones emocionales no contemplan el suicidio.

Teoría de los constructos de Kelly.

Habla del concepto de adaptación, la cual es una función del ser humano que depende del desarrollo cognitivo que cada uno tenga y la manera en que procesan

las experiencias a través de dicho desarrollo. El individuo interpretará su realidad, a partir de la forma de procesamiento de la información (Rodríguez et al., 1990).

La teoría de Kelly sobre el suicidio se fundamenta en la idea de que la realidad es independiente de la interpretación que cada sujeto haga de ella, siendo esta última la que orienta y condiciona la conducta. La idea subyacente de su teoría es que la realidad no se explica por sí misma, es el sujeto quien atribuye un significado y da un sentido a su existencia en función de su experiencia, por lo que cada hecho es interpretado desde la singularidad de nuestro pensamiento (Clemente y González, 1996, p. 35).

Para Kelly (citado en Juárez, 2010) el suicidio es un acto mediante el cual la persona trata de validar la vida, ya que esta pierde el significado y se le da por medio del acto, con base en esta idea, el autor afirma que el suicidio no tiene del todo un componente autodestructivo, sino que este busca prolongar y dar sentido a la vida.

Kelly define al suicidio como el acto por el cual el individuo trata de validar la vida mediante una salida falsa. Y al suicida como la persona cuyo sistema de construcción de la realidad está distorsionado lo que provoca un sin sentido. Con esto el autor introduce el concepto de sujetos psicológicamente muertos (Juárez, 2010, p. 39).

2.1.3 Teorías biológicas.

- Teorías genéticas: explica el suicidio como consecuencia de una herencia específica del suicidio o como herencia de la enfermedad mental que vulnera a la persona para consumar el acto.
- Teorías neuroquímicas: se explica el suicidio desde la deficiencia de producción de ciertas sustancias químicas en el cerebro que hacen más propensa a la persona a padecer depresión mayor (posible antesala del suicidio) y a cometer el acto (Rodríguez et al., 1990).

Tabla 4. *Interpretaciones teóricas del suicidio.*

Teorías socioculturales	
Teoría sociocultural Durkheim	El suicidio resulta de distorsiones en la relación entre el individuo y la sociedad, y en base a ello establece cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista.
Teoría del cambio de estatus Durkheim y Salisbury	Un cambio repentino en la posición social de la persona tiene probabilidad de conducir al suicidio. La movilidad descendente es la que podría estar mayormente asociada al acto, puesto que crea frustración y falta de lazos sociales, lo que conlleva a una crisis personal.
Teorías psicológicas	
Teorías psicoanalíticas Freud	Existe una ambivalencia entre el amor y odio que presente en la dinámica de todo suicida. En todo individuo existe un instinto o pulsión de muerte que al buscar constantemente un reposo eterno puede encontrar su expresión en el suicidio.
Teoría impersonal psiquiátrica. Sullivan	Considera que los factores más importantes en la conducta suicida son la envidia y la angustia. Esta última, ha sido señalada como el principal factor del funcionamiento defectuoso de la personalidad, ya que surge como resultado de personificaciones inadecuadas.
Menninger	Menciona que en el ser humano existen fuertes propensiones hacia la propia destrucción, atribuye el suicidio a causas como la locura, la enfermedad y la ruina económica. Este autor señala tres elementos esenciales en todo comportamiento suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado, y el deseo de morir.
Jung	Este autor postuló que para que la vida tenga sentido, debe haber un contacto mínimo entre el ego y el self. Y si esto no sucede es cuando la idea del suicidio parece ser la más viable, ya que no se le ve sentido a la vida.

Teorías cognitivo-conductuales.	Se habla del concepto de adaptación, la cual es una función del ser humano que depende del desarrollo cognitivo que cada uno tenga. El suicidio es una forma de indefensión ante la desadaptación.
Teoría de los constructos de Kelly	
Teoría cognitiva de Beck	El suicidio es visto a la luz de la desesperanza y la depresión. El individuo presenta una visión pesimista y generalizada del futuro. Se concibe que la conducta suicida responde al hecho de querer terminar con estados de angustia producidos por problemas o situaciones que se creen irresolubles e insoportables.

Teorías biológicas

Teorías genéticas	Explica el suicidio como consecuencia de una herencia específica del suicidio o como herencia de la enfermedad mental que vulnera a la persona para consumar el acto.
Teorías neuroquímicas	Se explica el suicidio desde la deficiencia de producción de ciertas sustancias químicas en el cerebro que hacen más propensa a la persona a padecer depresión mayor (posible antesala del suicidio) y a cometer el acto.

Elaboración propia basado en la información recabada.

2.2 Factores de riesgo en viejos con relación al suicidio.

De acuerdo con la OMS (2019) un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Pérez (2012) argumenta que los factores de riesgo hacen referencia a las características individuales y ambientales, que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida. Así mismo, menciona que algunos factores pueden tener más peso que otros, y sobre todo la combinación de varios factores de riesgo vuelven al individuo más vulnerable.

De acuerdo con Quintanar (2007) la jubilación es uno de los factores sociales más importantes que pueden llevar al adulto mayor a cometer suicidio, ya que

desencadena una serie de problemas económicos, disminución del poder adquisitivo, pérdida de roles sociales, pérdida de prestigio, del estatus social y cambios en la rutina del adulto mayor.

El mismo autor, menciona que la carencia de redes de apoyo ya sea por indiferencia de sus círculos más cercanos o por muerte de amigos, familiares o pareja, es un factor que podría provocar el suicidio. Así mismo, la percepción de rechazo y hostilidad social frente a la vejez podría ser algo que desencadene dicho acto, ya que permea a la sociedad en su conjunto, llegando hasta a los círculos más cercanos del adulto mayor, que en este caso es la familia.

La familia es considerada un factor de protección, de sustento emocional ante las diversas crisis de la vida, sin embargo, muchas de las veces el adulto mayor es percibido como una carga, por lo que la familia lo rechaza, lo aísla, incluso pueden llegar a maltratarlo o abandonarlo en un asilo, por lo que esta puede convertirse en un factor de riesgo.

Con respecto a esto último, Pávez, Santander, Carranza y Vera-Villarroel (2009) afirman que se ha estudiado la relación del funcionamiento familiar con el intento suicida y destacan los siguientes factores de riesgo: dificultades en las relaciones, poca comunicación o que esta sea conflictiva, niveles bajos de cercanía afectiva entre los miembros, estructura familiar inestable, maltrato y violencia, historia familiar con antecedentes de depresión o desórdenes psiquiátricos, abuso de sustancias, conflictos legales, entre otros.

Otro factor de riesgo mencionado en la literatura es el ser varón. Barroso (2019) menciona que la caracterización epidemiológica del suicidio a nivel mundial muestra que en casi en todos los países los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. Este autor, afirma que las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, sin embargo, los llevados a cabo por los hombres tienen una mayor letalidad.

Este autor menciona que las diferencias tan marcadas en las cifras de suicidio dependiendo el género puede deberse a los procesos de socialización diferenciada que han determinado las formas diferentes de vivir los roles y las expectativas sociales depositadas sobre ellos.

Por su parte, Iacub (2014) afirma que existe cierto grado de malestar en los varones viejos, ya que esta etapa vital pareciera entrar en contradicción con las demandas del rol de género. Este autor, menciona que se presenta una disrupción entre los relatos establecidos sobre la masculinidad y su posibilidad de continuidad en la vejez, debido principalmente a la pérdida de poder y reconocimiento social, la falta de un rol laboral, la fragilidad física y los cambios sexuales.

La dificultad de dar sentido a la propia vida ante una serie de cambios que alejan al sujeto de ideales masculinos hegemónicos tan potentes como la fortaleza, la capacidad de recuperación física y mental, independencia, eficacia, control afectivo y seguridad llevan a los varones viejos a vivencias de humillación y vergüenza de sí que pueden manifestarse en conductas dilatorias frente a la enfermedad y la mayor tendencia al suicidio. (Iacub, 2014, p. 360)

Por otro lado, referente a los aspectos biológicos que son considerados como factor de riesgo, Quintanar (2007) menciona las enfermedades incapacitantes o algunas demencias, ya que dicha situación trae como consecuencias el dolor, invalidez, pérdida de facultades físicas y mentales, mayor frecuencia de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, todo esto afecta a la calidad de vida del adulto mayor, así como, el deterioro de su autoconcepto, sumándole la deficiencia del sector salud que tenemos en México, en donde la atención es deplorable y muchas de las veces no se cubren las necesidades de la población.

Hernández y Flores (2011) dentro de los factores psicológicos ubican la desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional, poca capacidad de amar a otros y a sí mismo, necesidades psicológicas frustradas, desamparo, elevada agresividad, constricción de las emociones y del intelecto, opción suicida predominando sobre otras, ambivalencia y dolor psíquico.

El autoestima es un factor importante ya que el viejo puede llegar a adoptar un sentimiento de inferioridad, soledad e inutilidad, lo cual es reforzado por los estereotipos e ideas negativas que se tienen sobre esta etapa de la vida, todo esto puede repercutir en el autoconcepto y por ende en la autoestima del adulto mayor.

Así mismo, Quintanar (2007) puntúa los siguientes factores de riesgo para cometer suicidio en la población adulta mayor: sentimiento de soledad, provocado por el

aislamiento social que sufre; inactividad y aburrimiento, ya que pierde su trabajo y por ende deja de realizar actividades que llevó a cabo durante gran parte de su vida; sentimiento de inutilidad y fracaso existencial, debido a que disminuye la capacidad de aportar dinero, pierde fuerzas y habilidades, todo esto es reforzado por los estereotipos y rechazo de la sociedad hacia la vejez; ausencia de proyectos y expectativas del futuro, en esta etapa se encuentra más cercano a la muerte y al tener decesos de personas cercanas, esta idea se hace más presente, por lo que en muchos de los casos se cree que es lo único que les depara el destino, la muerte; tendencia melancólica a refugiarse en el pasado, se cree que en tiempos anteriores se fue más feliz y dichoso.

Es primordial que se aborde el tema de duelo, ya que este es otro aspecto de mayor importancia como factor de riesgo en la conducta suicida. A lo largo de la vida se experimentan diversas pérdidas, las cuales incrementan durante la vejez. Estas pueden ir desde el trabajo, cuando llega la jubilación, en algunas ocasiones se pierde la salud, así como ciertas capacidades y/o habilidades.

También se vive la pérdida de amigos, familiares y del cónyuge, ya sea por muerte o por distanciamiento. Incluso, se puede llegar a la pérdida de roles o identidad. Todo lo anterior puede generar un gran impacto en los viejos, y si no se manejan de manera adecuada las pérdidas, se puede llegar a tener un duelo insano, encaminándolos en mayor medida a la depresión, la cual a su vez puede orillarlos a que contemplen al suicidio como una opción.

Otro punto importante que puede orillar a los viejos a cometer suicidio son las actitudes negativas que tiene la sociedad hacia este grupo etario, mejor conocidas como viejismo. Entendiéndose este como el conjunto de actitudes negativas, socialmente estereotipadas, prejuicios mantenidos por la población en detrimento de la vejez y el proceso de envejecimiento como un ciclo de la vida asociado a enfermedad, padecimientos y soledad (Toledo, 2010). Este autor menciona que el contenido de estas actitudes subyace a un miedo y rechazo al envejecimiento, a la incapacidad de aceptar este proceso como una etapa más de la vida.

Tabla 5. Factores de riesgo en viejos con relación al suicidio.

Sociales	Jubilación.	Desencadena problemas económicos, pérdida de roles sociales, pérdida de prestigio, del estatus social y cambios en la rutina.
	Carencia de redes de apoyo.	Percepción de rechazo y hostilidad social frente a la vejez. Pérdida de amigos, familiares y pareja, ya sea por distanciamiento o muerte.
	Familia.	Rechaza a viejo, lo aísla, incluso pueden llegar a maltratarlo o abandonarlo en un asilo.
	Viejismo.	Actitudes negativas y de discriminación que violentan al viejo.
Biológicos	Enfermedades incapacitantes o algunas demencias.	Trae como consecuencias el dolor, invalidez, pérdida de facultades físicas y mentales, afectando la calidad de vida.
Psicológicos	Desesperanza, baja autoestima, pobre control de impulsos, pobre control emocional	Provocan un sentimiento de inferioridad, soledad e inutilidad, fracaso existencial, lo cual es reforzado por los estereotipos e ideas negativas que se tienen de la vejez. Hay una ausencia de proyectos y expectativas del futuro, tendencia melancólica a refugiarse en el pasado.
	Duelo	Los cambios y pérdidas que presenta esta etapa pueden generar un gran impacto en los viejos, y si no se manejan de manera adecuada se puede llegar a tener un duelo insano, encaminándolos a la depresión.

Elaboración propia basado en la información recabada.

Hernández y Flores (2011) expresan que existe un futuro oscuro para los viejos ante las condiciones actuales del país, por lo que se puede suponer que las tasas de suicidio se mantendrán o incluso seguirán incrementando.

2.3. Factores protectores en viejos con relación al suicidio.

Maroto y Castillo (2017) los definen como conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos producto de la interacción entre la persona y su medio, los cuales pueden disminuir la probabilidad de ocurrencia del suicidio. Así mismo, Pávez et al. (2009) mencionan que los factores protectores hacen referencia a las características individuales o ambientales, que disminuyen la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida.

Como ya se mencionó anteriormente, el viejo puede presentar muchos factores de riesgo para cometer un acto suicida, sin embargo, también cuenta con muchos protectores, los cuales se describirán a continuación.

Buena salud.

De acuerdo con Santrock (2006) el viejo que llega a esta etapa de la vida con una buena salud tiene menos padecimientos, dolencias y se sienten más vigorosos, más útiles e independientes, todo esto repercutiendo en el fortalecimiento de un autoconcepto positivo.

Envejecimiento activo.

Es el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (Ramos, Yordi & Miranda; 2016). Estos autores mencionan que es importante permanecer activo en las tres áreas: física, social y mental, a través de la participación en actividades recreativas y de ocio, el voluntariado o actividades remuneradas, actividades culturales, políticas y sociales de su preferencia, actividades educativas y de formación, compromiso con la comunidad y en la propia familia.

Buena dinámica familiar y comunicación.

Bazo (2009) menciona que la familia suele servir como apoyo y base emocional de un individuo, ya que es el núcleo primario. En el caso de los viejos, muchas de las veces es el único vínculo que tienen con la sociedad, al sentirse parte de dicho grupo, tener un rol definido dentro de este y participar en las actividades y deberes, le ayudan a sentirse útil, querido y con redes de apoyo.

Por otra parte, Santrock (2006) señala que, con el incremento de la esperanza de vida, los viejos comienzan a adquirir un nuevo rol “cuidador de los nietos”, manteniéndolos ocupados y les da satisfacción, siempre y cuando esta actividad no sea percibida como una carga, ya que como lo mencionan Vera, Sotelo y Domínguez (2005) la participación en actividades se asocia con el sentido de identidad, salud física y mental, así como buenas relaciones sociales y familiares respaldan el autoconcepto y mantienen el bienestar subjetivo en los viejos.

Creencias del suicidio.

De acuerdo con Amador (2015) el concepto de suicidio ha seguido una línea de percepción social negativa a lo largo de la historia, desde la Grecia Antigua hasta la actualidad. Se ve al sujeto que lo lleva a cabo como una persona cobarde y débil. Por otra parte, se cree que el cometer suicidio es atentar contra el que nos dio la vida “dios”. Lo que lleva a los individuos al rechazo de dicho acto.

Personalidad.

La personalidad es un rasgo estable a lo largo de la vida y va a influir en el proceso de envejecimiento, Contreras et al. (2006) mencionan que una personalidad positiva va a favorecer el estado de ánimo y el bienestar subjetivo del adulto mayor, ya que va a proteger la salud psicológica y la capacidad de adaptarse a los cambios propios de la edad. Estos mismos autores mencionan que junto a la personalidad, existen otros factores que determinan y van a afectar en el estado psicológico del adulto mayor:

- El estado de salud general y ausencia de psicopatologías asociadas.
- El nivel cultural.
- Actividad física y mental.
- Estímulos ambientales (presencia de intereses y motivaciones).

- Las relaciones personales (redes de apoyo).

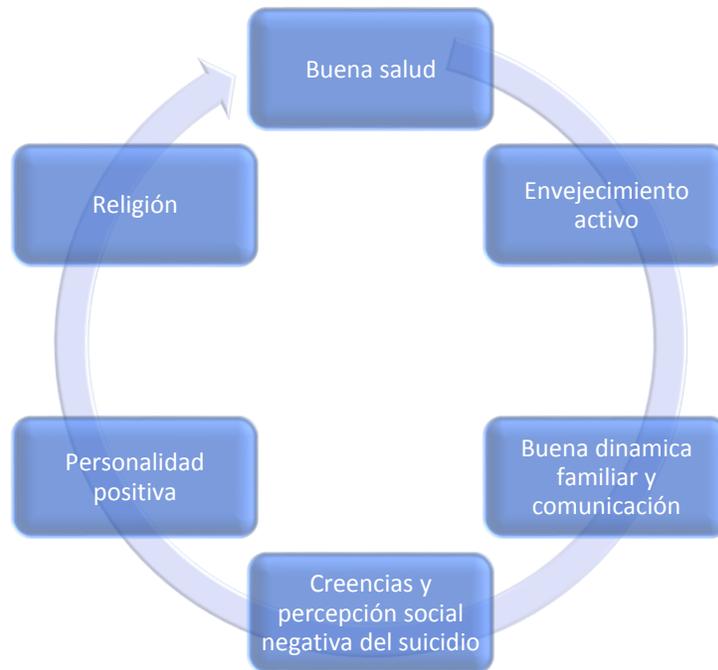
Religión.

Castellanos y López (2012) afirman que la religión es una dimensión importante en la vida de las personas mayores, ya que las creencias y prácticas religiosas ayudan a afrontar de mejor manera las situaciones de estrés que lleva consigo el envejecimiento. Estos mismos autores afirman que la mayoría de los viejos practicantes de alguna religión presentan mejor salud física y mental y que viven más que las personas no practicantes.

Así mismo, Santrock (2006) señala que la religión puede constituir una importante ayuda psicológica para los viejos, ya que les permite hacer frente a la muerte cada vez más cercana, encontrar y mantener la sensación de que sus vidas tienen sentido y significado, y aceptar las pérdidas que de manera inevitable se producen en la vejez.

Por su parte, Maroto y Castillo (2017) mencionan que creer en un ser superior puede dar sentido a la vida y las personas rigen su comportamiento bajo las leyes o reglas que imponga este. Tomando en cuenta lo anterior, se puede ver a la religión como un factor protector ya que la mayoría de las religiones condenan al suicidio. El suicida es visto como un pecador, desafiante del ser superior y se cree que, al cometer el acto, el alma de dicha persona se somete a un castigo eterno “penar sin descanso”, debido a lo anterior, las personas evitan ejecutar dicho acto por el miedo al castigo del ser superior.

Figura 4. Factores protectores en viejos con relación al suicidio.



Elaboración propia basado en la información recabada.

2.5. Datos epidemiológicos del suicidio.

Cifras oficiales del INEGI (2017) registraron 6285 suicidios, esto representa una tasa de 5.2 fallecidos por cada 100 mil habitantes. Referente al sexo, la tasa de suicidio es de 8.5 por cada 100 mil hombres y de 2.0 por cada 100 mil mujeres. Con respecto a las muertes por lesiones autoinfligidas se reporta que son más comunes en hombres que en mujeres, del total de los fallecidos por esta causa, 80.1% eran hombres y 19.9% mujeres.

También reportó que 3 de cada 10 fallecidos por lesiones autoinfligidas (30.6%) no contaban con trabajo, situación que varía entre hombres y mujeres, ya que la mayoría de ellas no trabajaba (69.2%), y la mayor parte de los hombres sí lo hacía (73.4 por ciento). Hablando de las características del acto suicida se encontró que ocho de cada 10 se cometieron en la vivienda particular (76.2%), y el principal método empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (79.3 %). Finalmente, se menciona que con respecto a la población mayor de 65 años la tasa de suicidios por sexo presenta diferencias significativas, en los varones la tasa es de 10.5 suicidios por cada 100.000 hombres en tanto que para las mujeres de este grupo de edad la tasa es menor a un suicidio 0.7 por cada 100.000 mujeres.

En contraste, esta misma organización mencionó que de acuerdo con el total de suicidios ocurridos y registrados en el 2013 en México (5754 casos), las personas mayores de 60 años se ubican en el quinto lugar de incidencia de suicidios con un total de 619 personas de las cuales 544 son hombres y 74 son mujeres.

De acuerdo con Olivares y Pinal (2009), los estudios epidemiológicos que se han realizado en España sobre el suicidio permiten establecer la existencia de una serie de factores que representan un mayor riesgo de cometerlo: ser varón, mayor de 60 años, con historia de un intento previo, con antecedentes familiares de suicidio o trastornos del estado del ánimo, con pérdida de pareja reciente (separación, divorcio o fallecimiento), el transcurso de fechas señaladas con gran carga afectiva, sufrir aislamiento social, dificultades económicas, desempleo, sentimientos de incompreensión reales o imaginarios hacia el entorno y humillaciones sociales recientes.

Ribot et al. (2012) mencionan que de los más de 1.1 millones de suicidios que se llevan a cabo cada año en Cuba, la mayoría son cometidos por adultos de más de 60 años. Los mismos autores argumenta que el origen del suicidio en el adulto mayor debe hallarse en la conjunción de síntomas psicológicos, físicos y sociales, siendo el cuadro de depresión el más común en el diagnóstico de estos casos.

Por su parte Zarragoitia (2010) menciona que la depresión se reconoce como la patología que con mayor frecuencia se asocia a la conducta suicida. La gravedad de esta relación estriba no sólo en el poder incapacitante de la depresión, sino también en lo poco que se diagnostica en los viejos.

El mismo autor menciona que algunos datos epidemiológicos recabados en Cuba revelan que los trastornos depresivos en la vejez afectan a:

- 10% de los que viven en la comunidad.
- 15-35% de los que viven en residencias.
- 10-20% de los hospitalizados.
- 40% de los que padecen trastornos somáticos y llevan tratamiento por ello.

Dentro de los diferentes trastornos depresivos, el riesgo de suicidio aumenta de manera particularmente alarmante en presencia de depresión mayor. De acuerdo con Conde y Jarne (2006) diversas investigaciones señalan que aumenta hasta en

veinte veces el riesgo de cometer suicidio y que aproximadamente 15% de los pacientes diagnosticados con depresión mayor, se suicidan. En viejos, esto se ve agravado por la existencia de otros factores que favorecen el suicidio como las comorbilidades clínicas y el aislamiento social.

Maldonado (2015) comenta que el abandono, la falta de recursos económicos, así como las enfermedades crónico-degenerativas, todos ellos ligados o como desencadenantes de depresión, son las principales razones por las que casi dos de cada 10 suicidios en México son cometidos por viejos e indica que:

- 27.4% no son derechohabientes de ninguna instancia de salud, incluido el Seguro Popular.
- 37.4% de los que trabajan se desenvuelven en el sector informal.
- 20.7% padece alguna incapacidad (de éstas, 70% tiene que ver con la dificultad para caminar o moverse).
- 26% no saben leer ni escribir.
- 40% se encuentran sin pareja (solteros, viudos o divorciados).

De esta forma, el suicidio como un fenómeno psicosocial complejo, involucra diversos factores y puede observarse en cualquier sector de la población, sin embargo, en los viejos ha ido incrementando y no se le ha dado la importancia e intervención que se necesita. Se deben considerar los factores de riesgo que lleven a esta población a cometer suicidio para así tener más líneas de intervención/prevención. Así mismo, es importante conocer el significado psicológico que tenga este grupo etario sobre el suicidio, ya que a partir de este se le puede dar sentido a las actitudes y comportamientos que se tomen frente a dicho fenómeno.

CAPITULO 3. SIGNIFICADO PSICOLÓGICO.

Vera, Pimentel y Batista de Albuquerque (2005) afirman que las personas desarrollan estructuras psicológicas de conocimiento (estructuras cognitivas), como creencias, opiniones, hipótesis, teorías, esquemas, etc., que usan para interpretar los estímulos de manera selectiva, de la misma forma, estos autores afirman que las reacciones están mediadas por estas interpretaciones. Así mismo, Álvaro y Garrido (2007) mencionan que los psicólogos sociales cognitivos, explican la conducta como una reacción al significado psicológico de la situación, mediada por el funcionamiento cognitivo del individuo, proceso por el cual, se da sentido al mundo de los estímulos.

Desde el punto de vista del enfoque sociocultural, los procesos psicológicos son concebidos como el resultado de la interacción entre el individuo y la cultura (Martínez, 1999). Desde el nacimiento hasta la muerte, el sujeto se encuentra inmerso en dicha interacción, en la cual se construyen significados que son atribuidos a los objetos, a las palabras, a las situaciones, a las acciones propias y de los demás.

Este proceso de llegar a conocer el significado de las cosas se genera en las relaciones que se establecen con los otros y empieza desde los primeros meses de vida a través del lenguaje. El lenguaje es un aspecto clave de la interacción social, el individuo se torna social a través de su adquisición y uso, facilitando la difusión del conocimiento de generación en generación.

Para Santrock (2006) el lenguaje es una forma de comunicación, ya sea hablado, escrito o por señas que está basado en un sistema de símbolos. El lenguaje está formado por las palabras usadas por una comunidad y las reglas para combinarlas y cambiarlas, permitiendo dar sentido y significado a la realidad. Para poder construir dicho significado, se necesita de ciertos procesos cognitivos, como la memoria, la cual juega un papel importante en este proceso.

3.1 Memoria.

De acuerdo con De Montes y Montes (2002) la memoria es el proceso por medio del cual se almacena, retiene y se recuerda la información que ha sido adquirida en un momento determinado de la vida. Atkinson y Shiffrin (1968, citados en Mestre y

Palmero, 2004) afirman que hay tres tipos de sistema de almacenamiento de memoria: la memoria sensorial, la memoria a corto plazo y la memoria a largo plazo (ver figura 5).

3.1.1 Memoria sensorial.

Es el primer sistema de almacenamiento. Retiene la información por periodos muy breves de tiempo. Se asume que cada modalidad sensorial (visual, auditiva, táctil, olfativa y gustativa) tendría su propio sistema de registro. (Mestre & Palmero, 2004)

Santiago, Tornay y Gómez (2006) señalan que la función general de la memoria sensorial es la de dar al cerebro un poco más de tiempo para realizar el análisis de los estímulos. Mencionan que la capacidad de esta memoria es ilimitada, ya que todo aquello que se percibe por medio de los sentidos se mantiene allí brevemente, es decir, nunca se llena.

3.1.2 Memoria a corto plazo.

Mestre y Palmero (2004) definen a la memoria a corto plazo (MCP) como una estructura unitaria de capacidad limitada. Estos autores mencionan que la información se retiene durante un breve periodo de tiempo antes de poder ser almacenada en la memoria a largo plazo, señalan que la duración de un recuerdo en el almacén a corto plazo es de unos 15 a 20 segundos nunca más de 30. Durante este tiempo, la información es interpretada y organizada para producir una experiencia más significativa.

Por su parte, Santiago et al, (2006) mencionan que la información con la que se esté trabajando, se mantiene en la MCP mientras se le preste atención y se esté utilizando. En el momento en que el sujeto pierda interés en dicha información, esta decaerá rápidamente.

De Montes y Montes (2002) afirman que, si la información no se maneja en forma consciente o inconsciente, no causa un estímulo sensorial o no es relevante, esta solo durará una breve fracción de tiempo en la mente y luego se olvidará.

3.1.3 Memoria a largo plazo.

La memoria a largo plazo (MLP) es el depósito permanente de la información que se acumula a lo largo de la vida. Se hallan almacenados en ella recuerdos que

permiten reconocer a las personas, objetos familiares y saber cómo hacer las cosas de la vida cotidiana. (Mestre y Palmero, 2004).

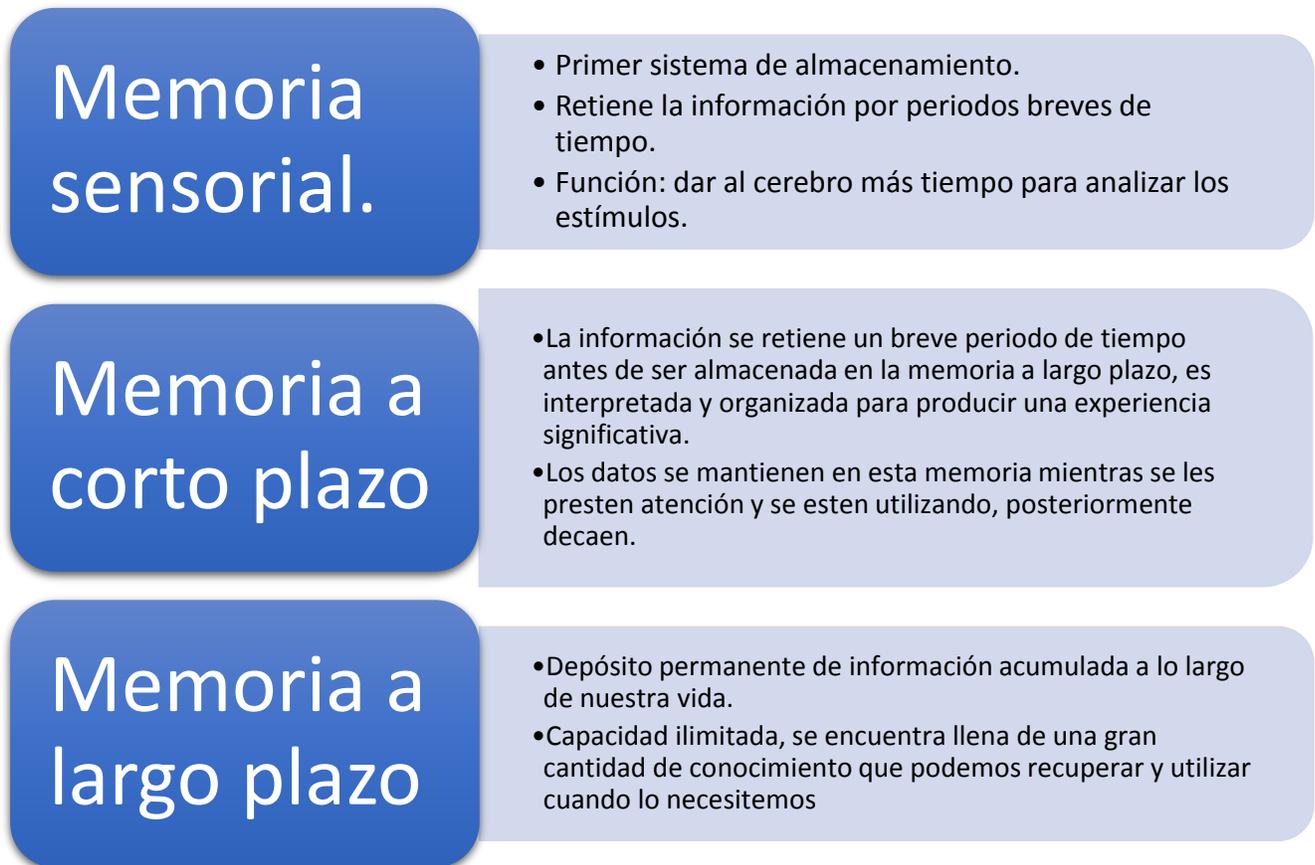
Valdez (2002) señala que la MLP contiene todo lo que se conoce y que actualmente no se encuentra en la memoria activa. Este mismo autor menciona que la información almacenada es de tres tipos:

- Conocimiento sensorial: conformado por la información sensorial, se utiliza para clasificar patrones sensoriales y almacenar recuerdos de sensaciones.
- Conocimiento procesal motor: es el conocimiento que se tiene acerca de cómo hacer algo, desde las habilidades motoras hasta las intelectuales.
- Conocimiento prosocial: incluye creencias acerca de sí mismo y del mundo, conocimiento de los conceptos y significados de las palabras, de hechos generales, de objetos específicos, eventos y episodios.

Santiago et al, (2006) mencionan que la MLP es de capacidad ilimitada, ya que se encuentra llena de una gran cantidad de conocimiento que se puede recuperar y utilizar cuando se necesite. En esos momentos, esa información se activa y se le da atención, en otras palabras, se encontraría por unos momentos dentro de la memoria a corto plazo.

Cabe mencionar que Mestre y Palmero (2004) señalan que en la memoria a largo plazo se ubica la memoria semántica, la cual es importante exponer debido a la técnica empleada en este estudio (redes semánticas).

Figura 5. *Sistemas de almacenamiento de la memoria.*



Creación propia con base en la información recabada.

Memoria semántica.

De acuerdo con Morales (1994, citado en Vera, et al ,2005) la memoria semántica es construida por representaciones de conceptos y conocimientos generales. Esta es necesaria para el uso del lenguaje, organiza el conocimiento que las personas poseen de las palabras y otros símbolos verbales, sus significados y referentes acerca de las relaciones entre ellos y de las reglas, fórmulas y algoritmos para la manipulación de los símbolos, conceptos y relaciones.

Vera, et al, (2005) mencionan que la información almacenada en esta memoria está organizada en forma de redes, en las cuales las palabras, eventos o representaciones, forman relaciones que en conjunto producen significado. Martínez (1999) señala que esos significados no permanecen estáticos, son dinámicos, susceptibles al cambio, pudiendo ser modificados por procesos de

identidad y aculturación, que le permiten al individuo, un ajuste diferencial al nuevo grupo de pertenencia o al mismo grupo con nuevos referentes sociales.

3.2 Significado.

Los significados son construcciones del sujeto que comprenden lo aprehendido del mundo externo y lo existente en el mundo interno. De acuerdo con Bruner, Gergen y Vygotsky (citados en Unzueta, 2018) los significados conectan al individuo con su entorno, con su cultura, que, mediado por la experiencia, es capaz de construirlos, deconstruirlos y coconstruirlos constantemente.

Por su parte, Jacobo (2005) describe al significado como la realidad ya interpretada e interiorizada, que se va construyendo en la comunicación e interacción con el ambiente, por medio de la escritura, la lectura, el discurso, la argumentación, las narraciones, las historias, los relatos, el lenguaje no verbal y las interacciones.

Martínez (1999) menciona que el significado se adquiere a través de los otros y que es una herramienta indispensable para poder desarrollarse dentro del contexto. Este mismo autor enlista algunas cualidades del significado:

- a) Es un significado lingüístico.
- b) Es una construcción, se va armando a medida que transcurre el discurso e interacción con otras personas.
- c) Es relativo, solamente significa algo dependiendo del contexto en el que se encuentre.
- d) Están mediados por símbolos. El lenguaje es un sistema de símbolos que se utiliza para construir significados, los símbolos en principio están vacíos como tales no son el significado.

Véase figura 6.

Figura 6. *Cualidades del significado.*



Elaboración propia basado en la información recabada.

3.3 Significado psicológico.

En psicología, el significado ha sido definido como la unidad fundamental de organización cognoscitiva que está compuesta de elementos afectivos y de conocimientos que crean un código subjetivo de reacción ante la sociedad. Este código refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene una persona. (Szalay & Bryson, 1974)

Por su parte, Figueroa (1981) menciona que el significado psicológico es un proceso dinámico, cuya estructura semántica adquiere un carácter particular, dependiendo del contexto sociocultural. Es algo que se constituye en forma convencional, casi siempre por un consenso grupal. De la misma forma, el autor antes mencionado explica que el significado psicológico está determinado en primer lugar por la experiencia adquirida por el sujeto a través de su historia personal en las relaciones que establece con otros y en segundo lugar por una serie de elementos que conforman su entorno cultural.

Aguilar y Santos (2013) aluden que la cultura moldea el significado de manera diferente en distintas sociedades, es decir, el significado psicológico que un individuo le dé a algo o alguien depende de su cognición social. Los psicólogos

sociales estudian la cognición social, qué de acuerdo con Feldman (2006) es la forma en que las personas entienden y dan sentido a los demás y así mismos por medio de estructuras cognitivas (esquemas).

De acuerdo con Smith (1998, citado en Álvaro y Garrido, 2007) explican que los esquemas son conjuntos de cogniciones sobre las personas y las experiencias sociales que organizan la información almacenada en la memoria, representan en la mente la operación del mundo social y dan un marco de referencia para reconocer categorizar y recordar la información que se relaciona con estímulos sociales.

Estos mismos autores mencionan que estas estructuras cognitivas cumplen con cuatro tipos de funciones:

- Determinan el tipo de información a la que la persona presta atención y la forma en que dicha información es codificada y organizada.
- Tienen una función selectiva en la retención, recuperación y organización de la información en la memoria
- Proporcionan a la persona un marco interpretativo, desde el cual se da significado y se construye el conocimiento sobre la realidad.
- Influyen en las evaluaciones, los juicios, las predicciones, las inferencias y también en el comportamiento.

Toda la información que se recibe del mundo, contenida en los esquemas antes descritos, es almacenada en la memoria, esta interviene en todos los procesos mentales, se piensa, se hacen juicios, se resuelven problemas y se dan opiniones gracias a la memoria.

La técnica de redes semánticas es una buena alternativa para evaluar el significado de un constructo, debido a que su resultado es una serie de conceptos vinculados entre sí que hacen evidentes la presencia de sentimientos, creencias, actitudes, emociones y cogniciones, lo cual se traduce en el significado psicológico.

3.4 Redes semánticas.

De acuerdo con Vera, et al, (2005) las redes semánticas o redes de significados son las concepciones que las personas hacen de cualquier objeto o constructo dentro de su contexto. Mediante ellas se vuelve factible conocer la gama de significados expresados a través del lenguaje cotidiano que tiene todo objeto social conocido

Así mismo, los autores antes mencionados afirman que la técnica de redes semánticas ofrece un medio empírico de acceso a la organización cognitiva del conocimiento, por tanto, puede proporcionar datos referentes a la organización e interpretación interna de los significantes. “También indica como la información, fue percibida individualmente en el curso de la composición del aprendizaje social y provee indicios fundamentales, a cerca de la tendencia a actuar basándose en ese “universo cognitivo” (Vera, et al, 2005, p.442)

Por otra parte, Reyes (1993) define a la red semántica como el grupo de nociones seleccionadas por la memoria a través de un proceso reconstructivo que permite la evaluación subjetiva de temas o estímulos y que resulta en el significado psicológico. Esta técnica se basa en la premisa de que existe una organización interna de la información en la memoria, en forma de red donde las palabras forman relaciones que en conjunto proporcionan el significado psicológico.

Valdez (2002) explica que el procedimiento para la obtención de redes semántica naturales consiste en pedirles a los sujetos que formen una lista de palabras definidoras de un concepto o frase estímulo en específico, posteriormente que jerarquicen cada una de las palabras en orden de importancia.

A partir de un concepto central (nodo) se obtiene una lista de definidoras, a cada una de las cuales se le asigna un peso (valor semántico o jerarquía) con base a la importancia que los sujetos le atribuyen a cada una de las palabras que dieron como definidoras. Con base en esta lista y en los valores asignados a las definidoras (jerarquía), se logra obtener una red representativa de la organización y la distancia que tiene la información obtenida a nivel de la memoria semántica y con ello el significado de un concepto (Valdez, 2002, p.61).

A partir de las redes semánticas se puede conocer el significado psicológico de algún tema de interés, ya que la semántica esta empapada y mediada por la cultura, el contexto e incluso se podría decir que por la etapa de vida en la que se encuentre una persona. Al conocer el significado psicológico del suicidio en una población vulnerable como lo son los viejos, permitiría obtener nuevas y mejores líneas de acción, y posteriormente de intervención para prevenirlo.

ESTADO DE CONOCIMIENTO.

El suicidio es un acontecimiento trágico que conlleva a un desenlace fatal, ocupando un lugar importante dentro de la categorización de muertes violentas, despertando gran preocupación frente al número de víctimas que cobra anualmente. El INEGI (2017) lo describe como una de las principales causas de muerte en el mundo, esta misma fuente refiere que el suicidio en los viejos ha ido aumentando, por lo que es importante la prevención de este fenómeno, ya que la población adulta mayor está incrementando y en unos años será la que predomine.

En Cuba, Valiente, Junco, Padrón, Ramos, & Rodríguez (2018) señalan que hubo un aumento en la tasa de suicidio en la población vieja, siendo la edad promedio entre 73 y 89 años. Así mismo, reportan que el suicidio fue más frecuente en viejos con nivel de escolaridad primaria, sin vínculo laboral, ni conyugal y con problemas notables en la estructura y funcionamiento familiar. Estos autores, observaron mortalidad prematura en el 52,9 % de los casos, ya que la mayoría de los viejos no tenía intento suicida anterior, ni adicción conocida.

De la misma forma, Vargas, Vega, Montero & Hernández (2017) hacen gran énfasis en que la conducta suicida en el adulto mayor tiene mucha más probabilidad de ser mortal en comparación con cualquier otro grupo etario, ya que estos utilizan métodos más letales, dan menos señales de su intención suicida y tienen más determinación de morir. Esta investigación concluye que el tener relaciones sociales con interacciones positivas, que le brinden al adulto mayor la sensación de ser cuidado sin ser una carga, se convierte en un fuerte factor protector contra el suicidio. Así mismo, la espiritualidad y religión son puntuados como factores protectores contra dicho fenómeno.

Andrade et al. (2016) tras hacer una amplia revisión de la situación actual y el papel que juegan los adultos mayores en Colombia, así como los factores de riesgo que propician un suicidio, concluyen que esta población es altamente vulnerable a conductas suicidógenas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional que trae consigo el envejecer en un entorno de exclusión afectiva y social constante. En el mismo artículo se menciona que el adulto mayor que intenta suicidarse presenta el siguiente perfil: salud deteriorada, viudez, aislamiento, con escaso soporte social, y síntomas depresivos.

Así mismo, Zapata, Delgado y Cardona (2015) en su artículo titulado “Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011” mencionan que la soledad es un aspecto que lleva a esta población a sentirse desamparados y vulnerables. Resaltan que, a pesar de encontrarse satisfechos por el apoyo de la familia, algunos viejos manifiestan sentirse maltratados. Los autores concluyen que los anteriores aspectos junto con la falta de actividad deben ser tenidos en cuenta para plantear estrategias de intervención efectiva en redes de apoyo y usarlo como una medida preventiva a conductas suicidas.

Fachola, Lucero, Porto, Díaz y París (2015) en su artículo “Suicide attempts and suicide ideation among the elderly in Uruguay” reportan que, el hablar del intento suicida cometido generaba en los viejos vergüenza, ya que trataban de negar la acción y durante la entrevista se notaba la necesidad de racionalizar el acto, se identificaron juicios negativos de valor en torno a este y sobre sí mismo por cometerlo. Algo interesante fue que la vergüenza también se sentía por ser viejo, estar enfermo y no tener dinero, dicha imagen negativa de la vejez es adjudicada por los autores a la cultura neoliberal del contexto.

Con respecto a los factores de riesgo del suicidio, Caceda (2014) en su artículo “Suicidal behavior: Risk and protective factors” les adjudica un fuerte peso a factores biológicos (disminución de ciertos neurotransmisores y trastornos psiquiátricos) como uno de los principales factores de riesgo para consumar el acto suicida. Sin embargo, también habla de factores cognitivos y psicológicos como desesperanza, dolor psicológico o mental, impulsividad, pobre habilidad para solucionar problemas y pobre autoestima. Así como factores ambientales: antecedentes de trauma infantil, apoyo social deficiente, frecuentes hospitalizaciones y disponibilidad de medios letales. Finalmente, en dicha investigación se concluye que algunos de los factores que podrían ayudar a prevenir el suicidio son el acceso y utilización de servicios de salud, conexión significativa con familia y la comunidad, las creencias religiosas y culturales que se opongan al suicidio.

Pozo (2015) en su artículo “Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú” argumenta que es necesario conocer los factores de riesgo que pueden ser

potencialmente modificables, para que de este modo se puedan establecer medidas preventivas necesarias para evitar el suicidio.

De la misma forma, Westefeld et al. (2015) tras hacer una revisión sobre algunos factores de riesgo en su artículo "Suicide and Older Adults: Risk Factors and Recommendations" afirman que los profesionales de la salud deben familiarizarse con los factores de riesgo, su relación con la población adulta mayor y la relación resultante con el suicidio, ya que al obtener una mayor comprensión de estos factores, se podría intervenir de tal forma que genere un impacto en esta situación y potencialmente salvar una vida.

Winterrowda, Canettob y Benoitc (2017) en su artículo "Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide: a suicide enabling script?" afirman que las creencias y actitudes son importantes en la vulnerabilidad al suicidio. El principal hallazgo en esta investigación con respecto a las creencias fue que el suicidio de viejos se suponía con mayor frecuencia como una respuesta a problemas de salud (es decir, enfermedad grave, enfermedad terminal o necesidad de asistencia en el hogar).

Otro importante descubrimiento, concierne a la actitud, ya que los participantes que percibieron que el suicidio de un adulto mayor estaba precipitado por problemas de salud, lo vieron más positivamente (racional, valiente y admisible) que los que percibieron que el acto había sido consecuencia de otros factores estresantes (problemas financieros o la muerte de un cónyuge). Así mismo, se registraron actitudes más positivas hacia el acto entre las personas que eran mayores, tenían más educación, no se identificaban con una religión e informaban antecedentes de suicidio. También se encontró que los viejos tienden a percibir el suicidio de estos como más valientes que los adultos más jóvenes.

Finalmente, se obtuvo que los protectores de suicidio percibidos incluían la religiosidad y las relaciones de apoyo entre los adultos más jóvenes. Los autores antes mencionados concluyen que la creencia de que el suicidio de viejos se desencadena por problemas de salud, junto con actitudes favorables sobre el suicidio de estos, sugieren características e incluso un perfil del adulto mayor en donde es aceptable el acto.

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.

A través del tiempo, la sociedad mexicana ha ido desvalorizando y descuidando la figura del viejo, por lo que las crisis propias de la edad se han ido agravando, incrementando las situaciones y condiciones que ponen a este grupo etario en posición de vulnerabilidad, lo que probablemente pueda incrementar el riesgo de suicidio. En las diferentes investigaciones revisadas (Valiente et al., 2018; Vargas et al., 2017; Andrade et al., 2016; Zapata et al., 2015 & Lucero et al. 2015) se plantea que esta población es altamente vulnerable a conductas suicidógenas debido al deterioro físico, cognitivo y emocional que trae consigo el envejecer en un entorno de exclusión afectiva y social constante, con actitudes y creencias negativas que los hace sentirse desamparados y crean una imagen negativa de la vejez dentro de este grupo etario.

Últimamente se ha visto un alza en las tasas de suicidio en viejos, convirtiéndose en un problema de salud pública ya que las situaciones que los vulneran son normalizadas, invisibilizadas y vistas como condiciones pertenecientes a la edad, sin darles la importancia que tienen sobre el fenómeno en cuestión. Hasta ahora, no se le ha dado gran importancia a dicha problemática ya que aparentemente son pocos los casos de suicidio dentro de esta población, pero en un futuro este grupo etario predominará debido a la inversión de la pirámide poblacional y los factores de riesgo seguirán presentes y latentes.

Pregunta de investigación.

¿Cuál es el significado psicológico del suicidio y sus factores de riesgo en los adultos mayores?

Objetivo.

Conocer el significado psicológico del suicidio y sus factores de riesgo en los adultos mayores.

Objetivos específicos.

- Identificar los factores de riesgo que percibe este grupo etario.
- Conocer si hay diferencia entre los factores de riesgo en función del género.

Variables.

Significado psicológico.

Definición conceptual: Unidad fundamental de organización cognoscitiva que está compuesta de elementos afectivos y de conocimientos que crean un código subjetivo de reacción ante la sociedad. Este código refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene una persona. (Szalay & Bryson, 1974).

Definición operacional: las respuestas obtenidas en las preguntas 1 “Para mí el suicidio es...”, 2 “El suicidio es algo que debería ser...”, 3 “Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...”, 4 “La palabra suicidio me hace sentir...” y 5 “Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...”, ya que se ira reflejando el significado a partir de lo cognitivo, afectivo y conductual.

Factores de riesgo.

Definición conceptual: Son las características individuales y ambientales, que aumentan la probabilidad de que una persona pueda cometer un acto suicida (Pérez, 2012).

Definición operacional: las respuestas obtenidas de las preguntas 3 “Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...” y 5 “Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...”.

Suicidio.

Definición conceptual: El suicidio se considera como una forma de morir causada por la autoagresión del individuo mediante el uso de determinados métodos; es decir, constituye un acto por el cual, deliberadamente, la persona se quita la vida. (Ribot et al., 2012, p. 702). Dicho acto se encuentra cargado de creencias, actitudes y juicios de valor propios del contexto en donde se ejerza.

Definición operacional: Las respuestas obtenidas en la pregunta 1 “Para mí el suicidio es...”.

Tipo de investigación.

El tipo de investigación en el presente trabajo es cuantitativo. Con un diseño exploratorio, ya que se busca identificar variables significativas en la situación de campo y/o descubrir relaciones entre variables. (Kerlinger, 2002)

Muestra.

La muestra se obtuvo por medio de las redes de apoyo cercanas, es decir con vecinos, familiares, profesores de la universidad y familiares o conocidos de compañeros de clases. Se conformó por 100 mujeres y 100 hombres, con un total de 200 participantes de 60 años en adelante.

Selección de muestra

La selección de la muestra fue por conveniencia, Otzen y Manterola (2017) definen este tipo de muestreo como selección intencionada, muestreo accidental o muestreo por oportunidad. La muestra se compone de aquellos que sean más convenientes, se selecciona a los individuos más cercanos para participar y se repite el proceso hasta que se obtenga el tamaño de la muestra deseado.

De acuerdo con estos autores, este tipo de muestreo presenta algunas ventajas como: un menor costo, no requiere de mucho tiempo, es fácil de administrar, tiende a asegurar una alta tasa de participación y existe una posible generalización a sujetos similares.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Que sean mayores de 60 años.
- Que estén dispuestos a participar.

Exclusión

- Que padezcan de sus facultades mentales.
- Que no sepan leer ni escribir.
- Que presenten deterioro cognitivo.

Técnica de recolección de datos.

La técnica para utilizar es la de redes semánticas, la cual de acuerdo con Hinojosa (2008) es una herramienta útil para el estudio de los significados que tienen ciertas palabras o expresiones en un grupo social determinado. Así mismo, este autor afirma que tienen por objetivo aproximarse al estudio del significado de manera

natural, es decir, directamente con los individuos evitando la utilización de taxonomías artificiales creadas por los investigadores.

Por su parte, Reyes (1993) señala que el conjunto de conceptos elegidos por la memoria mediante un proceso de reconstrucción es la red semántica de un concepto y que esta estructura y organización deben permitir un plan de acción, al igual que la evaluación subjetiva de los eventos, acciones y objetos.

Valdez (2002), menciona que, desde la teoría de redes semánticas naturales, el significado psicológico se refiere a una organización cognoscitiva en forma de red asociativa en torno al núcleo de una representación-palabra. El significado está compuesto de información muy diversa desde referencia a objetos concretos, eventos, afectos y conocimientos a relaciones lógicas y temporales.

Así mismo, el autor antes mencionado puntea que todos estos elementos crean un código subjetivo de reacción. De este modo, la red semántica permite tener una idea clara sobre la información en la memoria, y da acceso al significado que se tiene de un concepto específico, así el significado psicológico refleja la imagen del universo y la cultura subjetiva que tiene el individuo, la cual juega un papel importante en la producción de la conducta. Las ventajas de esta técnica son que su aplicación es fácil y se pueden aplicar varios al mismo tiempo.

Instrumento.

Se elaboró un cuadernillo que contenía lo siguiente: carta de consentimiento informado, apartado de datos sociodemográficos (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, delegación, religión, con quién vive, si padece alguna enfermedad y finalmente si contaba con algún servicio de seguridad social). El cuadernillo también contenía las instrucciones para responder, un ejemplo de la forma en que se debía llenar el cuestionario. Las frases estímulo presentadas fueron las siguientes:

- 1.- Para mí el suicidio es...
- 2.- El suicidio es algo que debería ser...
- 3.- Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...
- 4.- La palabra suicidio me hace sentir...

5.- Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...

Procedimiento.

Se identificó a los participantes por medio de las redes de apoyo, se comprobó que cumplieran con los criterios de inclusión, y se les invitó a participar en la investigación; una vez que aceptaron, se les solicitó leer y firmar el consentimiento informado, se les preguntó si tenían dudas o comentarios y posteriormente se les invitó a seguir las siguientes indicaciones:

1. Llenar el apartado de datos sociodemográficos.
2. Se leyeron las instrucciones y se realizó el ejemplo de estímulo.
3. Se les pidió con base en el ejemplo que escribieran un mínimo de 5 palabras y un máximo de 10 que se relacionarán con cada frase estímulo.
4. Hecho lo anterior, se les solicitó por escrito que ordenaran cada palabra, asignándole el número 1 a la palabra que mejor definía su cercanía con el enunciado, el número 2 a la siguiente palabra más importante y así sucesivamente hasta acabar con todas las palabras.

ANÁLISIS DE DATOS.

Para el análisis de datos de cada frase estímulo se capturaron las definidoras en una tabla de Excel poniéndolas en una columna, en la siguiente columna se pusieron las jerarquizaciones (del 1 al 10) con el fin de escribir cuantas veces se mencionó la definidora en una jerarquización determinada, tal y como se muestra en la figura 7.

Figura 7. Vaciado de datos con jerarquización.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	Si el suicidio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	ahorcarse	7	6	11	3	1					
3	pastillas	8	4	8	1	4					
4	Pistola	3	3	9	7	4	1				
5	envenenarse	8	3	4	6		3	1			
6	Aventarme	1	7	1	1	7	1	1			
7	medicina	4	4		5	1					
8	Metro	2	4	4	1	2					
9	gas	3	4	2		3					
10	accidente	1	1	1	5	4	1				
11	sobredosis	4	4								
12	Eutanasia	1	3	1	2		2				
13	ropellamiento		1	2		3	4				
14	colgarse		2	5							
15	Cuchillo		1	1	2	2		1			
16	Inyecciones	2	1	1	1						
17	Venas	1		1	3						
18	Ahogamiento	1			4						
19	Puente		1	1	2		1				
20	asfixia		3	1	1						
21	Descuidos	1	1	1	1						
22	estrangulan		1	1	2						
23	inapotencia	1	1	1							

Elaboración propia basado en el procedimiento realizado.

Posterior a esto, se agregó otra fila entre cada fila de las jerarquizaciones, con el fin de poner el valor 10 a la jerarquización 1, el 9 a la 2, el 8 a la 3 y así sucesivamente hasta llegar a la jerarquización número 10. Se multiplico cada valor por el número correspondiente, tal y como se muestra en la figura 8.

Figura 8. Multiplicación de jerarquizaciones.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	Si el suicidio	1	x10	2	x9	3	x8	4	x7	5	x6	6	x5	7	x4	8
2	ahorcarse	7	70	6	54	11	88	3	21	1	6	0	0	0	0	0
3	pastillas	8	80	4	36	8	64	1	7	4	24	0	0	0	0	0
4	Pistola	3	30	3	27	9	72	7	49	4	24	1	5			
5	envenenarse	8	80	3	27	4	32	6	42		0	3	15	1	4	
6	Aventarme	1	10	7	63	1	8	1	7	7	42	1	5	1	4	
7	medicina	4	40	4	36		0	5	35	1	6		0		0	0
8	Metro	2	20	4	36	4	32	1	7	2	12		0		0	0
9	gas	3	30	4	36	2	16		0	3	18		0		0	0
10	accidente	1	10	1	9	1	8	5	35	4	24	1	5		0	0
11	sobredosis	4	40	4	36		0		0		0		0		0	0
12	Eutanasia	1	10	3	27	1	8	2	14		0	2	10		0	0
13	ropellamiento	0	0	1	9	2	16		0	3	18	4	20		0	0
14	colgarse	0	0	2	18	5	40		0		0		0		0	0
15	Cuchillo	0	0	1	9	1	8	2	14	2	12		0	1	4	
16	Inyecciones	2	20	1	9	1	8	1	7		0		0		0	0
17	Venas	1	10		0	1	8	3	21		0		0		0	0
18	Ahogamiento	1	10		0		0	4	28		0		0		0	0
19	Puente	0	0	1	9	1	8	2	14		0	1	5		0	0
20	asfixia	0	0	3	27		0	1	7		0		0		0	0
21	Descuidos	1	10	1	9	1	8	1	7		0		0		0	0
22	estrangulan		0	1	9	1	8	2	14		0		0		0	0
23	inapotencia	1	0	1	9	1	8		0		0		0		0	0

Elaboración propia basado en la información recabada.

Tras realizar las operaciones anteriores, se llevaron a cabo los procedimientos específicos para obtener:

- Tamaño de la red (TR) es el número total de definidoras obtenidas. En este se refleja el tamaño de la red semántica, obteniéndolo por medio del conteo de palabras.
- Peso semántico (PS) se obtuvo a través de la suma de la multiplicación de la frecuencia por la jerarquización asignada por los sujetos, en donde los unos son multiplicados por 10, los 2 por nueve, los 3 por ocho y así hasta llegar al ordenamiento 10 que es multiplicado por uno.
- Núcleo de la red (NR), está constituido por las definidoras con pesos semánticos más altos, de acuerdo con Reyes (1993) se delimitan a través del punto de quiebre (scree test), se necesitan graficar los pesos semánticos en forma descendente y hacer el corte cuando la pendiente de la curva adquiera carácter asintótico en relación con el eje de las X.
- Distancia Semántica (DS), para obtener este valor, solo se utilizaron las definidoras obtenidas en el núcleo de la red. Se le asignó a la definidora con mayor peso semántico el 100% y los valores de las demás palabras se obtuvieron por medio de una regla de tres. “La distancia semántica cuantitativa es útil para comparaciones entre los subgrupos, muestrales ya sea por sexo, edad, escolaridad, ocupación, etc.” (Vera et al., 2005, p. 448).

RESULTADOS.

Tras un análisis descriptivo en el programa SPSS se obtuvo el perfil y caracterización de la muestra, la cual estuvo constituida por 100 mujeres (50%) y 100 hombres (50%). El rango de edad de los participantes fue de 60 a 88 años obteniendo una media de edad de 66.5, con una desviación estándar de 6.55. El 67% de la muestra refiere estar casado, 15% viudo, 9% divorciados, 6% solteros y 3% en unión libre o no especificaron. La mayoría de la muestra residía en el Edo de México zona Nor-Oriente (35%), el 32% en Iztapalapa, el 9% en Iztacalco y por último un 24% en otras (Coyoacán, Benito Juárez, etc.). El 77% de la muestra pertenecía a la religión católica, 7% cristiana, 7% mencionó ser creyentes, el 5% reportó no profesar ninguna religión, y el 4% se engloba en otros (ateos y testigos de Jehová). Se reportó que un 87% vive con su esposa e/o hijas(os), 6% con otros familiares y un 7% mencionó que vivían solos. En cuanto a las enfermedades que reportan, el 31% mencionó padecer diabetes, 15% hipertensión, el 19% otras (artritis, osteoporosis, etc.) y el 35% no reportó ninguna enfermedad. En cuanto a la seguridad social se reporta que el 37% tenía IMSS, 24% ISSSTE, 21% Seguro Popular, 6% otros (ISSEMYM, INFAM, MEDIOS MAYORES, PARTICULAR) y 12% no tenía ningún tipo de seguridad social. Con respecto a la escolaridad, el 62% de la muestra se encontraba en el nivel básico, 9% con media superior, 26% con superior, mientras que el 3% no reportó algún nivel de estudios. Finalmente, el 52% de la población refirió estar empleado, el 17% retirado o jubilado, el 25% se autodefinió como ama de casa y el 6% señaló tener otro tipo de actividades.

Con respecto al instrumento aplicado, con base en el análisis de datos realizado en EXCEL de las frases estímulo pertenecientes a este, se obtuvo lo siguiente.

Para la frase estímulo 1: “*Para mí el suicidio es...*” se obtuvo un tamaño de la red de 353 palabras. En cuanto a la diferencia entre sexos, el TR fue de 236 para los varones y de 232 para las mujeres, el Núcleo de la red es la palabra *Malo* y *Triste* respectivamente. El peso semántico (PS) y la distancia semántica cuantificada (DSC) se puede comprobar en la tabla 6.

Tabla 6. *Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Para mí el suicidio es...”*

<i>Para mí el suicidio es...</i>								
General			Hombres			Mujeres		
Tamaño de la red: 353			Tamaño de la red: 236			Tamaño de la red: 232		
Núcleo de la red: Triste			Núcleo de la red: Malo			Núcleo de la red: Triste		
Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS
Triste	472	100	Malo	152	100	Triste	321	100
Malo	451	84.93408663	Triste	151	99.342105263	Malo	308	95.95015576
Depresión	300	56.49717514	Mortal	150	98.684210526	Muerte	189	58.87850467
Cobardía	292	54.9905838	Cobarde	144	94.736842105	Soledad	162	50.46728972
Soledad	256	48.21092279	Depresión	142	93.421052632	Depresión	158	49.2211838
Enfermedad	236	44.44444444	Enfermedad	106	69.73684211	Cobardía	148	46.105919
Problemas	210	39.5480226	Salida	101	66.44736842	Desesperación	143	44.5482866
Salida	207	38.98305085	Soledad	94	61.84210526	Enfermedad	130	40.49844237
Desesperación	198	36.91148776	Dolor	86	56.57894737	Problemas	118	36.76012461
Dolor	196	37.28813559	Problemas	80	52.63157895	Feo	112	34.89096573
Muerte	189	35.59322034	Locura	74	48.68421053	Dolor	110	34.26791277
Mortal	163	30.69679849	Negativa	66	43.42105263	Salida	106	33.02180685
Feo	138	25.98870056	Abandonar	58	38.15789474	Pecado	79	24.6105919
Negativo	112	21.09227872	Escapar	57	37.5	Miedo	73	22.74143302
Pecado	107	20.15065913	Desesperación	55	36.18421053	Tonto	62	19.31464174

Para la frase 2. “El suicidio es algo que debería ser...”, se encontró que la TR fue de 355 palabras, el NR de las palabras definidoras fue de 15, en el caso de las mujeres el TR fue de 208 y para los varones fue de 276 y el NR de la red en ambos casos fue la palabra *Evitado*. El PS y la DS se pueden apreciar en la tabla 7.

Tabla 7. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “El suicidio es algo que debería ser...”

<i>El suicidio es algo que debería ser...</i>								
General			Hombres			Mujeres		
Tamaño de la red: 355			Tamaño de la red: 276			Tamaño de la red: 208		
Núcleo de la red: Evitado			Núcleo de la red: Evitado			Núcleo de la red: Evitado		
Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS
Evitado	504	100	Evitado	252	100	Evitado	252	100
Castigado	257	50.99206349	Prevenido	130	51.58730159	Castigado	160	63.49206349
Prohibido	251	49.8015873	Estudiado	109	43.25396825	Prohibido	150	59.52380952
Prevenido	247	49.00793651	Tratado	105	41.66666667	Prevenido	117	46.42857143
Tratado	238	47.22222222	Prohibido	101	40.07936508	Malo	107	42.46031746
Malo	178	35.31746032	Castigado	97	38.49206349	Tratado	107	42.46031746
Estudiado	167	33.13492063	Triste	94	37.3015873	No	103	40.87301587
Inexistente	149	29.56349206	Enfermedad	85	33.73015873	Ayudado	102	40.47619048
Triste	132	26.19047619	Malo	71	28.17460317	Inexistente	95	37.6984127
Ayudado	130	25.79365079	Analizado	62	24.6031746	Hablado	82	32.53968254
Enfermedad	130	25.79365079	Penado	57	22.61904762	Negado	66	26.19047619
No	127	25.1984127	Inexistente	54	21.42857143	Analizado	61	24.20634921
Analizado	123	24.4047619	Negativo	47	18.65079365	Intolerable	61	24.20634921
Hablado	104	20.63492063	Soledad	47	18.65079365	Estudiado	58	23.01587302
Investigado	90	17.85714286	Abandono	43	17.06349206	Investigado	57	22.61904762

Para la frase 3. “Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...”, se encontró que el tamaño de la red es de 278 palabras. El TR de los hombres fue de 210 y de las mujeres 172 palabras; en ambos casos el NR fue Soledad, el PS y la DS se pueden apreciar en la tabla 8.

Tabla 8. Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es ...”

Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores es...								
General			Hombres			Mujeres		
Tamaño de la red: 278			Tamaño de la red: 210			Tamaño de la red: 172		
Núcleo de la red: Soledad			Núcleo de la red: Soledad			Núcleo de la red: Soledad		
Definidora	PS	DS	Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS
Soledad	907	100	Soledad	469	100	Soledad	538	100
Enfermedad	799	88.09261301	Enfermedad	308	65.671642	Enfermedad	491	91.26394052
Abandono	557	61.41124587	Triste	250	53.304904	Abandono	322	59.85130112
Triste	538	59.31642778	Abandonado	235	50.10661	Tristeza	281	52.23048327
Depresión	418	46.08599779	Depresión	204	43.496802	Depresión	214	39.77695167
Desesperación	221	24.3660419	Desesperación	106	22.601279	Desesperación	115	21.37546468
Dolor	203	22.3814774	Dolor	97	20.682303	Dolor	106	19.70260223
Problemas	162	17.86108049	Economía	93	19.829424	Dinero	104	19.33085502
Dinero	151	16.64829107	Problema	81	17.270789	Familia	93	17.28624535
Familia	149	16.4277839	Desesperanza	76	16.204691	Cansancio	90	16.72862454
Economía	144	15.87651599	Angustia	56	11.940299	Problemas	81	15.05576208
Angustia	134	14.77398015	Familia	56	11.940299	Angustia	78	14.49814126
Cansancio	118	13.00992282	Edad	55	11.727079	Maltrato	68	12.6394052
Desesperanza	110	12.12789416	Miedo	55	11.727079	Enojo	64	11.89591078
Maltrato	106	11.68687982	Sufrimiento	51	10.8742	Pobreza	59	10.96654275

Para la frase 4. “*La palabra suicidio me hace sentir...*”, se encontró que el TR fue de 270 palabras, la NR de las palabras definidoras fue de 15, en cuanto a la diferencia entre varones y mujeres, la TR fue de 202 y 163 palabras respectivamente. Coincide la palabra *Tristeza* como núcleo en ambas redes, el PS y la DS se pueden apreciar en la tabla 9.

Tabla 9. *Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “La palabra suicidio me hace sentir ...”*

<i>La palabra suicidio me hace sentir...</i>								
General			Hombres			Mujeres		
Tamaño de la red: 270			Tamaño de la red: 202			Tamaño de la red: 163		
Núcleo de la red: Triste			Núcleo de la red: Tristeza			Núcleo de la red: Tristeza		
Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS
Triste	1152	100	Tristeza	430	100	Tristeza	722	100
Angustiado	464	40.27777778	Miedo	158	36.744186	Angustiado	398	55.12465374
Miedo	403	34.98263889	Mal	136	31.627907	Miedo	245	33.93351801
Impotente	322	27.95138889	Depresión	111	25.813953	Impotente	227	31.44044321
Malestar	299	25.95486111	Soledad	101	23.488372	Enojo	169	23.40720222
Enojo	264	22.91666667	Enojado	95	22.093023	Malestar	134	18.55955679
Deprimida	234	20.3125	Impotencia	95	22.093023	Dolor	131	18.14404432
Dolor	217	18.83680556	Dolor	86	20	Desesperanza	128	17.72853186
Preocupada	182	15.79861111	Reflexión	76	17.674419	Deprimida	123	17.03601108
Soledad	174	15.10416667	Coraje	75	17.44186	Preocupada	114	15.78947368
Coraje	173	15.01736111	Preocupación	68	15.813953	Coraje	98	13.5734072
Desesperanza	146	12.67361111	Angustia	66	15.348837	Negativa	82	11.35734072
Temor	124	10.76388889	Desesperación	65	15.116279	Sola	67	9.279778393

Para la frase 5. “*Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...*”, se obtuvo que el TR de los resultados generales es de 292 palabras, el NR de las palabras definidoras fue de 15; para los hombres el TR fue de 192 palabras mientras que para las mujeres fue de 183, el NR fue *Enfermos* y *Solos* respectivamente, el PS y la DS se pueden apreciar en la tabla 10.

Tabla 10. *Principales definidoras y descripciones de la red pertenecientes a la frase estímulo “Pienso que los adultos mayores que se suicidan son ...”*

Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...								
General			Hombres			Mujeres		
Tamaño de la red: 292			Tamaño de la red: 192			Tamaño de la red: 183		
Núcleo de la red: Enfermos			Núcleo de la red: Enfermos			Núcleo de la red: Solos		
Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS	Definidoras	PS	DS
Enfermos	579	100	Enfermos	277	100	Solos	310	100
Solos	535	92.40069085	Soledad	225	81.227437	Enfermos	285	91.93548387
Abandonados	413	71.3298791	Cobardes	207	74.729242	Abandonados	230	74.19354839
Cobardes	409	70.63903282	Abandonado	183	66.064982	Tristeza	220	70.96774194
Triste	366	63.21243523	Depresivos	167	60.288809	Cobardes	202	65.16129032
Depresivos	300	51.8134715	Triste	146	52.707581	Deprimidos	133	42.90322581
Olvidados	249	43.00518135	Olvidados	123	44.404332	Valientes	130	41.93548387
Incomprendidos	212	36.6148532	Tontos	102	36.823105	Olvidados	126	40.64516129
Valientes	197	34.02417962	Desesperados	91	32.851986	Incomprendidos	123	39.67741935
Desesperados	181	31.26079447	Incomprendidos	89	32.129964	Desesperados	90	29.03225806
Tontos	179	30.91537133	Débiles	86	31.046931	Miedosos	88	28.38709677
Débiles	162	27.97927461	Ignorados	69	24.909747	Tontos	77	24.83870968
Cansados	118	20.37996546	Valientes	67	24.187726	Débiles	76	24.51612903
Miedosos	109	18.82556131	Loco	61	22.021661	Cansados	69	22.25806452
Orillados	97	16.75302245	Incapaces	53	19.133574	Orillados	68	21.93548387

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El suicidio es un fenómeno multicausal, ya que se comprometen aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Muchos de los estudios que abordan este fenómeno lo han estudiado con población joven, ya que el número de suicidios es mayor en esta población que en viejos, sin embargo, es importante tomar en cuenta que actualmente la población joven es la que predomina, por ello el mayor número de suicidios. Ahora bien, si se toma en cuenta el tamaño de la población adulta mayor y la cantidad de suicidios dentro de esta, se aprecia que el número de suicidios es igual de alarmante que el de los jóvenes, proporcionalmente hablando, aunado a que en unos años la población vieja sea la que predomine. Así mismo, el suicidio, se ha estudiado desde el aspecto individual, sin embargo, es importante considerar un entramado más social.

Los prejuicios existentes en nuestra sociedad sobre las personas mayores y el proceso de envejecimiento, son un obstáculo ante la posibilidad de que las personas lleven a cabo una vejez digna y de calidad, ya que tal como lo mencionan Guadarrama, Veytia, Arzate, Hernández y Albitier, (2017) la imagen del adulto mayor es percibida con muy pocos rasgos positivos, siendo etiquetado como un miembro disfuncional de la vida activa y productiva creando un significado negativo sobre esta etapa del desarrollo.

Esto afecta día a día la vida de los viejos, repercutiendo directamente en las generaciones más jóvenes propiciando el viejismo, fomentando la aparición y perpetuación de factores de riesgo. Dentro de la presente investigación, se encontró que los principales factores de riesgo percibidos por los participantes son *soledad, depresión, desesperación, tristeza, falta de dinero, familia, maltrato, abandono, desesperanza, problemas, cansancio, incomprensión, dolor*, principalmente el que es causado por alguna *enfermedad*, esta última es vista también como un factor de riesgo importante.

Esto último, concuerda con lo que menciona Quintanar (2007) algunos de los factores que podría provocar el suicidio son: la carencia de redes de apoyo ya sea por indiferencia de sus círculos más cercanos o por pérdidas debido a muerte (amigos, familiares o pareja); la percepción de rechazo y hostilidad social frente a la

vejez, lo cual permea hasta a los círculos más cercanos del viejo, que en este caso es la familia; las enfermedades incapacitantes o algunas demencias, ya que dicha situación trae como consecuencias el dolor, invalidez, pérdida de facultades físicas y mentales, mayor frecuencia de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, todo esto afecta a la calidad de vida del adulto mayor, así como, el deterioro de su autoconcepto; el sentimiento de soledad, debido al aislamiento social que sufre y el sentimiento de inutilidad y fracaso existencial, ya que disminuye la capacidad de aportar dinero.

Así mismo, se puede observar que en esta población el conocimiento compartido del suicidio es percibido como algo negativo, pues lo definen con palabras como: *triste, malo, depresión, cobardía, soledad, enfermedad, problemas, salida, dolor, desesperación, muerte, feo, negativo y pecado*. Sin embargo, es interesante apreciar cómo los viejos, a pesar de catalogar al suicidio como indeseable, bajo ciertas condiciones y con la presencia de ciertos estímulos (factores de riesgo) lo consideran acertado y se vuelve una opción, como cuando se tiene una *enfermedad* crónico degenerativa, ya que se sufre y se percibe así mismo como una carga para los demás; otras dos situaciones aceptables son la *soledad* y el *abandono* que en muchos casos refirieron que el estar solos genera depresión y no se ve otra salida.

Ahora, si se juntan estos tres factores, la enfermedad se vuelve un elemento más detonante, ya que la falta de una red de apoyo provoca que los viejos se sientan solos, abandonados y olvidados. De esta manera, al no tener quien los procure y proteja, los viejos suelen ver el suicidio como una opción viable. Esto se puede apreciar en Maldonado (2015), quien asegura que el abandono, la falta de recursos económicos y enfermedades graves son las razones principales por las que el 20% de suicidios en México son cometidos por viejos.

En cuanto a las definidoras mencionadas, se encontró poca variación de un sexo a otro, ya que la mayoría de las definidoras utilizadas son las mismas, solo cambia el orden de importancia adjudicado, sin embargo, se detectó que las mujeres tienden a darle mayor importancia a factores emocionales como tristeza, soledad, depresión, desesperación y los hombres a definidoras que tienen que ver más con el dolor físico, enfermedad y economía.

Se concluye que los viejos pueden llegar a percibir “el suicidio” como una posible forma de salida frente a los problemas, tensiones y desequilibrios que se dan dentro de su vida personal, éste grupo etario tiene muy marcados sus esquemas, que debido a sus actitudes, valores y creencias que se encuentran muy arraigadas, provocan que los viejos tengan una percepción negativa del suicidio, para estos participantes no es aceptable dicho acto por sus creencias, a pesar de que algunos de los factores que lo pueden desencadenar se encuentran presentes y persistentes dentro de su vida cotidiana.

Actualmente, existen políticas públicas que le apuestan a un envejecimiento activo y al autocuidado para proporcionar una mejor calidad de vida del adulto mayor, sin embargo, estas políticas se proyectan a futuro enfocándose principalmente en población joven que va encaminada hacia dicha etapa. También se busca la inclusión del viejo, no obstante, se siguen invisibilizando y naturalizando las condiciones de vida que los vulneran como una característica de ser viejo, potencializando la ideación y conductas suicidas.

En una sociedad como la nuestra en donde hay pocas condiciones que hagan que los viejos se sientan integrados a la sociedad y que le permitan tener una proyección digna a futuro, es importante no solo conocer el significado psicológico y la importancia de definidoras que se asocian con factores de riesgo de un fenómeno tan complejo y polémico como lo es el suicidio, sino también saber cómo se construyen que significado a partir de las experiencias se les dan, cuáles pueden detonar dicho comportamiento y encontrar nuevas formas y perspectivas de intervenir y prevenir.

Para convertir los factores de riesgo en protectores se propone que se implementen programas y políticas públicas encaminadas en las siguientes líneas de acción: *autocuidado* por medio de una alfabetización de la salud para prevenir padecimiento de nuevas enfermedades, ya que de acuerdo con Mávita-Corral (2018) una pobre educación en salud vulnerabiliza al individuo, ya que carece de habilidades para reconocer síntomas de enfermedad, medidas preventivas, uso correcto de medicamentos y la posibilidad de construir una adecuada relación médico-paciente; *empoderamiento del adulto mayor* con el uso de pláticas y orientación sobre sus derechos humanos y posibilidades de trabajo; *desarrollo de*

habilidades para resolución de problemas con talleres que se enfoquen en la comunicación, la asertividad, la resiliencia y fortalecimiento de autoestima; *cultura del envejecimiento* modificando la visión negativa y estereotipada que se tiene de la vejez, utilizando los medios de comunicación para transmitir una imagen más positiva de esta.

Finalmente, se recomienda que para próximas investigaciones se utilice una muestra más representativa de este sector de población, que se haga uso de entrevistas y grupos focales para profundizar, significar y concretar los factores de riesgo y así poder obtener líneas de acción más concretas.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. & Santos, M. (2013) *Significado psicológico del amor a través de las etapas del desarrollo*. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. Facultad de medicina, división de estudios profesionales, UNAM, México.
- Aguilar, L. F. (2012) Introducción. En L., Aguilar (Ed.), *Política pública* (pp. 17-60). México: Siglo XXI. Recuperado de http://data.evalua.cdmx.gob.mx/docs/estudios/i_pp_eap.pdf
- Altarriba, F. X. (1992). Áreas de interés en biopsicogerontología. En F. Altarriba (Ed.), *Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer* (pp.47-57). España: Boixareu Universitaria.
- Álvaro, J. L. & Garrido, A. (2007). La psicología social actual. En J., Álvaro & A., Garrido (Eds.), *Psicología social perspectivas psicológicas y sociológicas*, (pp.327-400). España: Mc Graw Hill.
- Amador, G. (2015). Suicidio: consideraciones históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmplp/v21n2/v21n2_a12.pdf
- Andrade, J., Lozano, L., Rodríguez, A. & Campos, J. (2016). Vulnerabilidad biopsicosocial y suicidio en adultos mayores colombianos. *Cultura del cuidado*, 13(1), 70-89.
- Arronte, A., Téllez, A., Guzmán, M., Martínez, M. & Mendoza, V. (2002) Evaluación del estado afectivo y cognitivo en dos poblaciones de adultos mayores: urbana y rural. *Archivo Geriátrico*, 5, 99-102.
- Barroso, A. (2019) Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 39 (135), 51-66.
- Bazo, M. T. & Maiztegui, C (2006) Sociología de la vejez. En M., Bazo & B., García (Eds.), *Envejecimiento y Sociedad: una perspectiva internacional*, (pp. 73-139) España: Médica Panamericana.
- Bazo, M. T. (2009). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En R., Fernández (Ed.), *Gerontología Social*, (pp. 241-250). España: Ediciones Pirámide.

- Beck, A. T. (1983) Visión General. El problema de la depression. En A., Beck; A., Rush; B., Shaw & G., Emery (Eds.), *Terapia cognitiva de la depresión*, (pp.11-50) España: Desclee de Broouwer.
- Caceda, R. (2014) Suicidal behavior: Risk and protective factor. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77 (1), 3-18. Recuperado de <https://www.redalyc.org/html/3720/372033985002/>
- Castellanos, F. & López, A. (2012) Prácticas religiosas en un grupo de personas mayores en situación de discapacidad y pobreza. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 14 (2), 51-61.
- Clemente, M. & González, A (1996) Teorías explicativas del suicidio. En M., Clemente & A., González (Eds.) *Suicidio. Una alternativa social*, (pp.35-68). España: Biblioteca nueva.
- Conde, J. L. & Jarne, A. (2006). Trastornos mentales en la Vejez. En C., Triadó & F., Villar (Eds.), *Psicología de la Vejez*, (341-364). España: Alianza Editorial.
- Consejo Estatal de Población (2010) Adultos mayores. *Gobierno del estado de México*. Recuperado de http://coespo.edomex.gob.mx/adultos_mayores
- Consejo Nacional de Población (1999) Envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas: por una sociedad para todas las edades. México: CONAPO.
- Contreras, D., Moreno, M., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P., & Vera- Villarroel, P. (2006) Efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre variables emocionales en adultos mayores. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (1), 45-58.
- Da Silva, C. Y. (2017) Envejecimiento. En C., Da Silva (Eds.), *Envejecimiento. Evaluación e intervención psicológica* (pp.1-24). México: Manual Moderno.
- De Montes, Z. & Montes, L. (2002) Memoria y mapas mentales. En Z., De Montes & L., Montes (Eds.), *Mapas mentales: paso a paso*. (pp.93-104). México: Alfaomega.
- Durkheim, É. (1987). *El suicidio. Un estudio de sociología*. Epublibre.
- Estruch, J. & Cardus, S. (1982) Parte primera: la cuestión de los suicidios. En Estruch, J. & Cardus, S. (Eds.) *Los suicidios*, (pp. 21-75). Barcelona: Herder.

- Fachola, M., Lucero, R., Porto, V., Díaz, E. & París, M. (2015). Suicide attempts and suicide ideation among the elderly in Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/en_1413-8123-csc-20-06-1693.pdf
- Fernández, A. (2010). La ansiedad. En E., Fernández-Abascal; B., García; M., Jiménez; M., Martín & F., Domínguez (Eds.), *Psicología de la emoción* (pp. 340-360) España: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Ferrucci, L. & Studenski, S. (2015). Problemas clínicos en el envejecimiento. En D., Kasper; A., Fauci; S., Hauser; D., Longo; J., Jameson & J., Loscalzo (Eds.) *Harrison: principios de Medicina Interna* (pp. 70-85) México: Mc Graw Hill.
- Figueroa, J., González, E. & Solis, V. (1981) Una aproximación al problema del significado: las redes semánticas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 13, 447-458.
- García, J. C. (2003) De la genealogía de la ancianidad a la gerontología. En J. García (Ed.). *La vejez: El grito de los olvidados*. (pp.33-90). México: Plaza y Valdés. Recuperado de https://books.google.com.mx/books?id=kCbWpH55qz8C&printsec=frontcover&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- González, J. (2010) Teorías del envejecimiento. *Tribuna del investigador*. 11 (1-2) Recuperado de <https://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
- González, M. (2000) Cuando la tercera edad nos alcanza. Crisis o retos. México: Trillas.
- Gross, R. (2004) Percepción: procesos y teorías. En R., Gross (Eds.), *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. (pp. 273-295). México: Manual moderno.
- Guadarrama, R., Veytia, M., Arzate, G., Hernández, J. & Albitier, J. (2017) Actitud hacia la vejez: estudio comparativo en mujeres mexiquenses. *Psicología Iberoamericana*, 25 (2). 44-52. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133957572006.pdf>
- Gutiérrez, J. (2013). El suicidio: etiología, factores de riesgo y de protección. *Revista Entorno*, 54, 6-11. Recuperado de <https://www.lamjol.info/index.php/entorno/article/view/6290/6010>

- Hernández, H. & Flores, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de población*. (68), 69-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v17n68/v17n68a4.pdf>
- Hinojosa, G. (2008) El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*. 18 (1). 133- 154. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/654/65411190007.pdf>
- Iacub, R. (2014) Masculinidades en la vejez. En R. Iacub (Eds.) *Seminario Diversidad Cultural y Envejecimiento: la familia y la comunidad* (pp.356-365). Argentina: Biblioteca nacional.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017) “*Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio: datos nacionales*”. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018) *Población*. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/>
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2010) Por una cultura del envejecimiento. *Gobierno de México*. Recuperado de http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2016) Estadísticas sobre adultos mayores en México. *Gobierno de México*. Recuperado de <https://www.gob.mx/inapam/galerias/estadisticas-sobre-adultos-mayores-en-mexico>
- Jacobo, A. (2005) *Significado psicológico de infidelidad en hombres y mujeres*. Tesis que para obtener el título de licenciada en psicología. Facultad de psicología UNAM, México.
- Juárez, S., J. (2010) Definiciones y teorías explicativas del suicidio. En L., Eguiluz; M., Córdova & J., Rosales (Eds.), *Ante el suicidio. Su comprensión y tratamiento* (pp.23-46). México: Editorial Pax México.
- Kerlinger, F. N. & Lee, H. B. (2002) Muestreo y aleatoriedad. En F., Kerlinger & H., Lee (Eds.), *Investigación del comportamiento*, (pp.). México: McGraw Hill.

- Kimble, C., Hirt, E & Diaz-Loving, R (2002) Los estereotipos, el prejuicio y la discriminación. En C., Kimble; E., Hirt & R., Diaz-Loving (Eds.), *Psicología Social de las Américas*. (pp. 409-434). México: Pearson.
- Lozano-Poveda, D. (2011) Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 13(2). 83-100.
- Maldonado, M. (2015). Bienestar Subjetivo y Depresión en Mujeres y Hombres Adultos Mayores Viviendo en Pobreza. *Acta de Investigación Psicológica*, 5 (1) Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/aip/v5n1/2007-4719-aip-5-01-01815.pdf>
- Maroto, A. & Castillo, C. (2017) El suicidio desde un enfoque psicosocial y de salud comunitaria: los resultados del diagnóstico en santa maría de dota, costa rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*. 43. 447-472. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/152/15253710016.pdf>
- Martínez, M. (1999) El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 1(1), 16-37. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/155/15501102.pdf>
- Maurois, A. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México: el arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza*. Secretaria de la Salud Pública. 40. Recuperado de: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf
- Mávita-Corral, C. (2018). Alfabetización en salud de una comunidad universitaria del noroeste de México en el año 2016. *Investigación en educación médica*, 7(25), 36-45. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/iem/v7n25/2007-5057-iem-7-25-36.pdf>
- Mendoza, V., Martínez, M. & Vargas, L. (2008). *Gerontología comunitaria*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, México: UNAM.
- Mendoza-Núñez, V., Martínez-Maldonado, M & Vargas-Guadarrama, L. (2008) *Viejismo: prejuicios y estereotipos de la vejez*. México: UNAM, Facultad de estudios Superiores Zaragoza.

- Mestre, J. & Palmero, F. (2004) Memoria. En J., Mestre & F., Palmero (Eds.), *Procesos psicológicos básicos: una guía académica para los estudios en psicopedagogía, psicología y pedagogía*, (pp. 103-136). México. McGraw-Hill.
- Moragas, R. (1991) Psicología. En R., Moragas (Ed.), *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*, (pp. 69-100). España: Herder.
- Muñoz, R. (2011) Las políticas públicas de la vejez en México 2010. *Revista de ciencias sociales y humanidades*, (71), 35-60.
- Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de epidemiología*, 15(2), 81-85. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Olivares, M. & Pinal, B. (2009). Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas. En T., Palomo & M., Jiménez (Eds.), *Manual de psiquiatría* (pp. 661-672) Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/11/manual-de-psiquiatria.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018) Envejecimiento y salud: *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- Organización Mundial de la Salud (2019) Temas de salud: Factores de riesgo. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Otzen, T. & Manterola, C. (2017) Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pávez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*. 137, 226-233. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v137n2/art06.pdf>
- Pérez, S. (2012) Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciencia & Salud Colectiva*. 17 (8).2011-2016. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/csc/2012.v17n8/2011-2016/en/>

- Pozo, M. (2015) Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 15 (1), 35 - 43
- Quintanar, F. (2007). Perfiles y tendencias del suicidio. En F., Quintanar (Ed.), *Comportamiento suicida: perfil psicológico y posibilidades de tratamiento*, (pp.113-148). México: Editorial Pax México.
- Ramos, A.; Yordi, M. & Miranda, M. (2016) El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. *Revista Archivo Medico de Camagüey*. 20 (3). 330-337. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2016/amc163n.pdf>
- Ramos, J., Meza, A., Maldonado, I., Ortega, M. & Hernández, M. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de educación y desarrollo*. 11. 47-56. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/11/011_Ramos.pdf
- Razo, A. (2014) La política pública de vejez en México: de la asistencia pública al enfoque de derechos. *Revista CONAMED*, 19 (2). Recuperado de <http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/7/70>
- Reyes, L. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de psicología social y personalidad*, 9(1), 81-97.
- Ribot, B., Alfonso, M., Ramos, M. & González, A. (2012) Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 11 (5). 699-708. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v11s5/rhcm17512.pdf>
- Rodríguez, F., González, J., Gracia, R. & Montes de Oca, D. (1990) El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11, 374-380.
- Sánchez, I. & Pérez V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24 (2), 102-112. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011.

- Santiago, J., Tornay, F. & Gómez, E. (2006) La memoria del trabajo. En J., Santiago; F., Tornay & E., Gómez (Eds.), *Procesos psicológicos básicos* (pp.73-99). España: McGraw-Hill.
- Santiuste, V. (2007). El Lenguaje en la Vejez Eugenésica. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2). 57-66. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832315004.pdf>
- Santrock, J. W. (2006) Vejez. En J., Santrock (Ed.), *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*, (pp. 610-660). México: McGraw-Hill.
- Szalay, L., & Bryson, J. (1974). Psychological meaning: Comparative analyses and theoretical implications. *Journal of personality and social psychology*, 30(6), 860-880.
- Toledo, A. (2010). Viejismo (AGEISM). Percepciones de la Población Acerca de la Tercera Edad: Estereotipos, Actitudes e Implicaciones Sociales. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 19. Recuperado de: <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/101/75>
- Unzueta, X. (2018) Significados sobre el suicidio en un grupo de psicoterapeutas psicoanalíticos. *Pensamiento psicológico* 16 (1), 69-81. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v16n1/v16n1a06.pdf>
- Valdez, J. (2002) Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Valiente, W., Junco, B., Padrón, Y., Ramos, Y. & Rodríguez, A. (2018). Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. *Revista Finlay*, 8(2), 111-121. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v8n2/rf06208.pdf>
- Vargas, M., Vega, J., Montero, G. & Hernández, G. (2017). Suicidio en adultos mayores en Costa Rica durante el período 2010-2014. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 2-25. Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v34n1/1409-0015-mlcr-34-01-00002.pdf>
- Vera, J., Pimentel, C. & Batista de Albuquerque (2005) Redes semánticas: aspectos teóricos, técnicos, metodológicos y analíticos. *Ra Ximhai*, 1 (3), 439-451. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46110301>

- Vera, J., Sotelo, T. & Domínguez, M. (2005) Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7 (2), 57-78. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/802/80270205.pdf>.
- Westefeld, J., Casper, D., Galligan, P., Gibbons, S., Lustgarten, S., Rice, A., Rowe-Johnson, M. & Yeates, K. (2015) Suicide and Older Adults: Risk Factors and Recommendations. *Journal of Loss and Trauma*, 20 (6), 491-508, DOI: 10.1080/15325024.2014.949154
- Winterrowda, E., Canettob, S. & Benoitc, K. (2017) Permissive beliefs and attitudes about older adult suicide: a suicide enabling script? *Aging & Mental Health*, 21 (2), 173-181. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1099609>
- Zapata, B., Delgado, N. & Cardona, D. (2015) Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Rev. Salud Pública*, 17 (6), 848-860.
- Zapata, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e Identidad. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(1), 189-197.
- Zarragoitía, I. (2010). Relaciones específicas de la depresión. En I., Zarragoitía (Ed.), *Depresión. Generalidades y particularidades.*, (pp. 91-102). Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DEL SUICIDIO Y SUS FACTORES DE RIESGO EN ADULTOS
MAYORES

Consentimiento informado

Yo _____ en pleno uso de mis facultades mentales declaro en forma libre y voluntaria la participación a la presente investigación con fines académicos.

Se me informa que:

- A) Esta investigación es de carácter anónimo, por lo tanto toda la información recabada será tratada de forma confidencial.
- B) Los investigadores tienen la tarea de facilitar la explicación del procedimiento; en caso de que las indicaciones no queden claras, solicite que las repitan quedando manifiesta la actividad que se debe realizar.
- C) Mi colaboración en la presente investigación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento.

Acepto y doy constancia de haber comprendido la información para la realización de la presente investigación.

Firma

Este cuestionario es parte de una investigación que realiza la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, con el objetivo de conocer el significado psicológico del suicidio y sus factores de riesgo en adultos mayores, por ello solicitamos su colaboración y le pedimos que responda el cuestionario con honestidad.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

EDAD: _____

SEXO: _____

ESCOLARIDAD: _____

OCUPACIÓN: _____

ESTADO CIVIL: _____

DELEGACIÓN: _____

RELIGIÓN: _____

¿CON QUIEN VIVE?: _____

¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

DIABETES [] HIPERTENSIÓN [] CÁNCER [] ARTRITIS []

INSUFICIENCIA RENAL [] OTRA ¿CUAL?: _____

¿TIENE ALGÚN SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL?: IMSS [] ISSSTE []

ISSEMYM [] OTRO: _____

Instrucciones:

Describa los conceptos que a continuación se presentan, empleando un mínimo de cinco palabras sueltas y un máximo de diez, sin utilizar artículos (El, la, los, las) o preposiciones (A, ante, de, desde, cabe, contra, etc). Enseguida, ordene cada palabra de la siguiente manera: ponga el número 1 a la palabra que considere tenga una mayor relación con el concepto, el número 2 a la palabra que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta ordenarlas todas.

Ejemplo:

Manzana

<u> </u> Roja	<u> </u> <u>1</u>
<u> </u> Redonda	<u> </u> <u>9</u>
<u> </u> Fruta	<u> </u> <u>2</u>
<u> </u> Saludable	<u> </u> <u>3</u>
<u> </u> Rica	<u> </u> <u>7</u>
<u> </u> Ensalada	<u> </u> <u>10</u>
<u> </u> Fresca	<u> </u> <u>6</u>
<u> </u> Jugosa	<u> </u> <u>4</u>
<u> </u> Amarilla	<u> </u> <u>8</u>
<u> </u> Dulce	<u> </u> <u>5</u>

Con base en el ejemplo de la manzana, por favor responda los siguientes enunciados.

1. Para mí el suicidio es...

<hr/>	<hr/>

2. El suicidio es algo que debería ser....

3. Lo que impulsa a cometer suicidio a los adultos mayores

es...

<hr/>	<hr/>

5. Pienso que los adultos mayores que se suicidan son...

<hr/>	<hr/>

¡Gracias por su participación!