

320825

9
2ej



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA
ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.

Actitud ante el Concepto de Muerte en Ancianos
Indigentes y su Relación con Algunos
Padecimientos Somáticos

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
ALEJANDRO JAVIER VILLASANA LEDESMA

Director de Tesis;
DR. HECTOR A. ORTEGA SOTO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO. D. F.

1991



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	03
CAPITULO I "Concepto de Vejez y Muerte en Diferentes Epocas y Culturas"	06
CAPITULO II "Vivir y Envejecer"	20
CAPITULO III "Diferentes Actitudes ante el Concepto de Muerte".....	38
CAPITULO IV "Aspectos Metodológicos Generales"....	45
Problema	
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
Hipótesis	
Definición de Términos	
Características de la población	
Tamaño de la muestra	
Criterios de exclusión	
Definición de Instrumentos	
Diseño de Investigación	
Variables Dependientes, Independientes, Atributivas.	
Condiciones Experimentales o Ambientales	
Procedimiento	
CAPITULO V "Resultados".....	57
CAPITULO VI "Discusión".....	62
BIBLIOGRAFIA	68
ANEXOS	73

I N T R O D U C C I O N

A lo largo del desarrollo de la personalidad del hombre se estructuran un sin fin de conceptos que varían durante el desarrollo mismo. Así encontramos que la concepción de muerte en jóvenes, adultos y ancianos varía de acuerdo a la edad y a las expectativas vitales que en cada etapa de la vida se tienen.

Así, observamos en el joven una actitud de desafío, pues cree que este momento está aún muy lejano y, por tanto no deposita en él ninguna carga afectiva.

Por otro lado, el adulto vive pensando en la muerte, en la forma de retardarla, de suavizarla y de que ésta cause el menor estrago posible en las personas y seres queridos que le rodean; para esto comienza a ahorrar con el fin de asegurar un futuro, adquieren criptas fúnebres y tratan, entre muchas otras cosas, de cumplir promesas no realizadas en la juventud. El panorama cambia cuando toca al viejo enfrentarse a este hecho, algunos pueden mostrarse evasivos, otros agresivos y otros más, satisfechos; su actitud hacia la muerte estará fundamentada en el desarrollo que el sujeto haya tenido y en las expectativas de vida y desarrollo que esté manejando. Sobre estas ideas se abunda en los capítulos I, II y III.

Es un hecho que todos moriremos tarde o temprano y, debido a nuestra cultura, nadie está preparado para morir, nadie nos enseña qué es la muerte. Además, ésta puede llegar en cualquier momento, aunque en general pensamos que la muerte está lejana, que viviremos muchos años; sin embargo, los ancianos están cerca de la muerte, después de haber vivido, productiva o improductivamente, han llegado casi al final... ¿Qué piensan estas personas que enfrentan la realidad de la cercanía de su muerte? Tal vez la enfrenten, tal vez la evadan.

En las Casas de Protección Social para hombres y mujeres donde radican ancianos que carecen de hogar, de familiares; con nivel socioeconómico bajo, con diferente vida y experiencias, con diversas patologías, tanto físicas como mentales, hemos observado cómo se comportan algunos ancianos ante su inevitable final. Algunos siguen viviendo como si nada sucediera, como si aún la muerte estuviera muy lejana; otros se descuidan, se abandonan y están sentados solos, pensando, recordando, esperando el momento de partir.

A través de la convivencia diaria con esta población detectamos una característica específica de los ancianos que padecen patologías irreversibles, en contraste con aquellos que no las padecen: la presencia de un proceso de abandono de toda actividad, de su autocuidado, de la interacción social, del interés por algo. Durante este periodo, el estado de salud del anciano se agrava y, en aquellos que no

presentaban alguna patología aparecen complicaciones que llevan al anciano a la muerte. Es por esto que surge la inquietud de estudiar a esta población ya que, a la fecha, se desconocen las conductas y el porqué de ellas.

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar el tipo de actitud que tienen los ancianos indigentes hacia la muerte, y si éstas están influidas por algunas características tales como el sexo y ciertas enfermedades.

La población de ancianos indigentes estudiada se encuentra albergada en las "Casas de Protección Social" dependientes del Departamento del Distrito Federal. La función de dichas casas es la de proporcionar los elementos básicos necesarios para la subsistencia de aquellos ciudadanos que tienen como características fundamentales, el deambular y vivir en la vía pública, carecer de empleo y ser rechazados por sus familiares. (ya sea por su estado de salud y/o su edad).

Las casas cuentan con equipos interdisciplinarios de trabajo, constituidos por psicólogos, trabajadores sociales y médicos, cuya misión primordial es el atender, en primera instancia, las necesidades apremiantes de cada nuevo beneficiario (nombre que se aplica a los sujetos que conforman las poblaciones de estas instituciones), para posteriormente iniciar y aplicar las medidas de salud (médicas y psicológicas), así como los estudios sociales que

permitan la reintegración del beneficiario tanto al medio familiar como al laboral.

El estudio de esta población se fundamenta en la necesidad que tienen dichas instituciones de conocer aspectos fundamentales del desarrollo y actitudes que manifiestan los ancianos, ya que en la actualidad únicamente se tiene el conocimiento adquirido a través de la convivencia con ellos, pero no existe ningún estudio que trate de explicar estas situaciones.

CAPITULO I

CONCEPTO DE VEJEZ Y MUERTE EN DIFERENTES EPOCAS Y CULTURAS

Dentro de cada sociedad, existe un consenso en cuanto a las características que debe reunir un individuo para ser considerado viejo: estas permiten diferenciarlo de los demás adultos y desde luego, de los jóvenes y de los niños. Es evidente que dado que la vejez es una concepción relativa, al intentar la aplicación de la categoría a alguna persona en particular, se pueden presentar desacuerdos, sin embargo, siempre es posible reconstruir teóricamente el estereotipo cultural del viejo registrando las actitudes sociales.

Los estereotipos, al igual que el resto de los conceptos culturales, sufren modificaciones a lo largo del tiempo. El aumento del nivel de vida o el grado de penetración de otras culturas cuyos valores son distintos, afectan el estereotipo correspondiente al status del viejo en una cultura dada; no obstante, esta transformación nunca ocurre en forma total y repentina, su misma complejidad y la posibilidad de que algunos elementos claves se conserven, permiten ajustes y le dan flexibilidad.

La vejez y la muerte son temas que encontramos en escritos, leyendas y mitos de diferentes sociedades de todos los tiempos; Por lo que se consideró conveniente mencionar algunos fragmentos de extractos realizados en diversos documentos, en los cuales se muestra claramente que el

estereotipo del viejo está influenciado terminantemente por las diferentes culturas y épocas. Tratando de realizar en forma cronológica estas concepciones; así pues, en la antigua Grecia, honor y vejez se unieron en una misma idea, Gera y Gerón, palabras que designan la edad avanzada, también significaban el privilegio de una edad y el derecho de ancianidad. (GIRON, M., 1982) El rey o jefe de la ciudad era asistido por un "Consejo de Ancianos". Consideraban como las ventajas de la ancianidad a la prudencia, la discreción, la sabiduría, y la madurez de juicio, La vejez era pues, en muchas ciudades, una condición positiva. Así, Homero alude frecuentemente a la capacidad propia de la ancianidad y a la disposición de los más jóvenes por someterse al "Consejo de Ancianos". Para el poeta griego, Píndaro, (518-438 A.C.) la edad avanzada era una fuente de tranquilas satisfacciones y agradecía a los dioses que hubiesen acordado su gloria y su fortuna.

Por su parte, aunque Sófocles (496-406 A.C.) llegó a decir que cuando se es viejo, la razón se apaga, la acción resulta inútil y se tienen vanas preocupaciones, escribió a los 89 años "Edipo en Colona". Este libro, una de las siete obras trágicas que se conservan hasta hoy en día, en donde acogió una postura de máximo respeto hacia la ancianidad, consideró que las vivencias de esta época de la vida están determinadas por la manera en que transcurrieron la juventud y la adultez; para los griegos, las concepciones

que se tenían de la vejez, se desprendían de la filosofía y de la metafísica religiosa, fue a partir de Hipócrates, médico griego fundador de la medicina científica cuando se empieza a construir gradualmente la ciencia con base en la experiencia, el razonamiento y la sistematización. Hipócrates fue el primero en comparar las edades del hombre con las estaciones del año, asociando a la vejez con el invierno, la última estación de la vida. (GIRON, M, 1982)

La historia romana muestra la existencia de una estrecha relación entre la condición del anciano y la estabilidad social. La situación notable del anciano se observaba sobre todo en la familia, siendo su poder casi ilimitado, tenía los mismos derechos sobre las personas que sobre las cosas, terminando este poder con la muerte.

En ocasiones, quienes han llegado a la senectud defienden y enaltecen sus virtudes, entre éstos podemos citar a Cicerón (106-43 A.C.). (GIRON, M, 1982) El cual decía que "son cuatro los motivos que influyen negativamente sobre el proceso de envejecimiento:

- a) La negación de una actividad remuneradora quedando condenado a la pasividad.
- b) El debilitamiento corporal, las molestias y los achaques físicos.

c) El verse despojado de los placeres, la renuncia o el sentirse excluido de las experiencias agradables y de las alegrías de la vida.

d) La conciencia de la cercanía de la muerte.

Galeno, y después Marco Aurelio en el siglo II (GIRON, M, 1982), se empeñaron en entender a la vejez, por lo que llevaron a cabo estudios de anatomía, fisiología y terapéutica. El primero comprobó que la vejez, aunque no está libre de achaques, no es una enfermedad, puesto que ésta última va siempre "contra la naturaleza", cosa que no sucede en la vejez.

En el siglo XIII, los héroes de las canciones de gesta (FONSECA, H, 1982) son hombres jóvenes, el envejecimiento no existe, los héroes gozan de una extraordinaria longevidad y se comportan como si tuvieran la fuerza de la juventud. En "La muerte de Arturo" el rey tiene cien años.

Tanto en la Edad Media como en la antigüedad, se soñó con una victoria sobre la vejez. La idea de una fuente de la juventud, que rejuvenece a los que se sumergen en ella, se encuentra en los mitos populares, la literatura y el arte de muchas culturas.

En el siglo XV, Dante compara la línea de la vida con un arco que sube de la tierra al cielo hasta un punto culminante desde el cual vuelve a bajar. El cenit lo sitúa a los 35 años, después el hombre declina lentamente, de los

45 a los 70 años es el tiempo de la vejez. Posteriormente se presenta la vejez extrema, aunque este fin es apacible si se sabe ser sabio y prudente en el declive de la vida, (FONSECA, N, 1982)

Para el siglo XIX se produce en todos los países europeos un aumento demográfico considerable, esto, unido a los progresos de la ciencia, conduce a un mayor conocimiento de la vejez, permitiendo a la medicina avanzar en el cuidado y curación de los ancianos. (FONSECA, N, 1982)

En las sociedades primitivas (RAMÍREZ, A, 1975) los ancianos subsisten con más facilidad en ambientes acaudalados que en los estratos pobres, así como en las comunidades sedentarias comparadas con las nómadas. En las sedentarias el problema es el mantenimiento, en las nómadas, el transporte, ya que la gente de edad avanzada no las puede seguir y, generalmente es abandonada.

En sociedades donde la magia está cerca de la hechicería, el anciano inspira temor y a la vez respeto, esto permite a los hombres tener altos puestos; pero la posición no es la misma cuando se trata de un anciano que de una persona madura. (RAMÍREZ, A, 1975)

En algunas culturas el poder aumenta junto con los años. En ciertas sociedades avanzadas la influencia del anciano no disminuye, su prestigio se basa en su aportación cultural. Cuando la sociedad está armoniosamente equilibrada

garantiza a los ancianos un lugar decoroso, confiándoles trabajos que son congruentes con sus fuerzas físicas pero no les concede privilegios. Para las mujeres de estas culturas, la vejez representa una ventaja ya que, después de la menopausia, la mujer al perder su status sexual escapa a ciertos tabúes alimenticios, y puede entonces, fumar, participar en danzas y sentarse junto a los hombres. (SCPIA, M., 1980)

En cuanto a las culturas mexicanas prehispánicas, el anciano era reconocido y jugaba un papel sobresaliente en las bodas junto a los gobernantes; incluso, eran venerados a través del Dios viejo Huehuéteotl. (RAMIREZ, A., 1975)

Aún cuando no se conocen las leyes con las que se regían las diversas tribus establecidas en la República Mexicana, se piensa que principalmente se fundamentaba en las costumbres. El anciano tenía dentro de la organización social un lugar preferente y era objeto de respeto y cariño por parte de todos los integrantes de la tribu. (RAMIREZ, A., 1975) Acevedo y Mullin⁽¹⁹⁸¹⁾ dicen que en la familia, el anciano siempre conservaba la autoridad y el derecho de participar en la educación de los demás miembros de la misma y era reconocido como cabeza de la familia hasta la muerte.

Entre los Mixes, la anciana se distingue de las demás mujeres porque todas las restricciones sociales se rompen

para ella y en esta etapa de su vida puede hablar con cualquiera sin ocultar su cara. Entre los Cochimi y los Quilihua, el gobierno es ejercido por el varón mas anciano del grupo, a quien todos los demás consideran sabio, además, tiene habilidades de músico y, en especial, de "tocador de flauta" en las fiestas, de ejecutor de bailes y de curador de enfermedades. Entre los Huicholes, los Seris y los Yaquis, por ejemplo, los cantos de los viejos tienen el valor de conjuros mágicos: provocan lluvias o el buen tiempo y pueden curar enfermedades. En todos los grupos, el anciano es el encargado de criar y socializar a los nietos porque los padres tienen que trabajar, tal función se observaba también en la cultura mixteca. (ACEVEDO, C. Y MULLINARI, S, 1981)

En cuanto a la concepción de muerte en diferentes culturas se puede empezar diciendo que la aprehensión a la muerte es un miedo básico y, probablemente, el más profundo y grave de los miedos del hombre. Proviene del temor a la destrucción física, a la desaparición del cuerpo, ya que el cuerpo, según se piensa en nuestra cultura es la única manera de estar vivo. Acevedo y Mullinari (1981) consideran que la muerte es el tabú principal de nuestros tiempos. Mágicamente queremos dar a la muerte apariencia de vida preparándo a los cadáveres para enmascarar la realidad de la muerte, dándoles la ilusión agradable de vida. Los niños son educados con su completa ignorancia; los adultos mencionan y explican el sexo. pero son incapaces de introducir al niño

en la comprensión, sin temores, de la muerte; ya que el adulto trata de evitar todo daño proveniente de la muerte; al respecto Freud (1913), señala que el tabú se manifiesta en las consecuencias que tiene el contacto con los muertos y en el trato otorgado a las personas afines al difunto, es decir el adulto intenta eludir los posibles daños provenientes de los muertos, brindando entre otros un sin número de atenciones a los familiares del difunto; es sabido que existe una gran cantidad de costumbres y conductas hacia la muerte y también lo es el respeto y/o temor que cada cultura le manifiesta.

Las ceremonias fúnebres tienen en general dos objetivos: desprender y separar las almas del cuerpo. Las ofrendas de substancias alimenticias, colocadas dentro o encima de las tumbas, suponíanse en un principio que servían para satisfacer las necesidades del espíritu. Por esta razón a una mujer debía proveerse de utensilios domésticos y a un guerrero de sus armas, mientras que se sacrificaban esclavos ante la tumba de un personaje para que le sirviesen y mujeres para que le atendiesen a su placer, destruíanse a menudo objetos, pues en la tierra de los espíritus sólo eran necesarios objetos espirituales. (RIVAPALACIO, V., 1962)

Las civilizaciones más antiguas entendían la muerte como un pasaje a otra vida, como romper la continuidad de la existencia en su forma conocida y dar entrada a una nueva forma de continuar la vida. por lo que a través del

conocimiento más profundo de estas, algunos autores se inclinan por la concepción de que los hombres primitivos no sentían temor ante la muerte, ya que sus actitudes ante ella principalmente estaban matizadas de respeto y ansiedad ante algo nuevo y desconocido. (CITADO EN: SILVA, V.M., 1984)

Kastembaum y Costa (CITADO EN PETERSON, M., 1977), al hacer una revisión histórica sobre la concientización de la muerte, señalan que es difícil encontrar un tema más antiguo, y que en la Epica de Gilgamesh, conocida 3,000 A.C. y tal vez con orígenes anteriores, se expresa el intenso deseo de triunfo sobre la muerte, así como la duda acerca de que la magia, la virtud o la fuerza, pudiesen lograr este propósito.

En Mesoamérica se han encontrado arreglos funerarios de 1,500 A.C. (GOMEZ, I., 1982) donde los esqueletos están en posición fetal o con las piernas extendidas hacia el oeste, acompañados de ofrendas, regalos o amuletos. En la primitiva concepción hebrea la muerte era la terminación real de la existencia. Los romanos manifestaban una gran veneración a sus ancestros, creían en una vida futura, pero muy triste. El funeral romano era asunto de gran solemnidad, el cuerpo se exponía a la vista en un féretro, en el cual se llevaba a la pira donde sería quemado, luego las cenizas se recogían en una urna para conservarlas en la tumba familiar.

Los antiguos egipcios tenían fantásticas creencias acerca de la muerte, creían en una vida futura pero no había vida futura para el alma a menos que el cuerpo se conservase. Por esto, quienes tenían la posibilidad de hacerlo, reyes y nobles, construían una tumba que pudiese proteger el cuerpo muerto; a ésta llevaban objetos valiosos de los que habían gozado en vida; sin embargo y a pesar que a través del tiempo los estereotipos de la concepción de la muerte van cambiando, existen elementos que se conservan como por ejemplo: En el siglo XIII las expresiones de duelo se tornan más ritualizadas. Las grandes gesticulaciones de la Edad Media eran simuladas por profesionales del duelo. En documentos de los siglos XVI y XVII se encuentra que las procesiones de los funerales se componían de duelistas substitutos, monjes, pobres, huérfanos, todos vestidos para la ocasión con túnicas negras proporcionadas por la familia del difunto. En el siglo XIX continuó la misma costumbre, pero el período de reclusión era más voluntario que obligatorio, ya no se prohibía a los familiares cercanos del difunto participar en el servicio funerario; estos cambios en la actualidad al igual que en el pasado el duelo sigue considerándose como la última expresión del dolor. (SILVA, V.M., 1984)

En tiempos actuales, la investigación de las actitudes hacia la muerte hacen posible la comprensión y el entendimiento de los procesos utilizados por el ser humano

para adaptarse al dolor psicológico, a las crisis emocionales y a la tensión mental; ayudan a comprender también cómo este fenómeno afecta al individuo y a la sociedad. El siglo XX se ha caracterizado por una curiosa renuncia a la discusión de la definición y del enfrentamiento a la muerte. Así como en la época victoriana el sexo fue tabú, en la actualidad la muerte ha tomado su lugar como tema prohibido. En Estados Unidos la sociedad ha estado negando la muerte, al negar el proceso de envejecimiento, la gente se rehusa a revelar su edad, se gastan fortunas para esconder las arrugas, se prefiere mandar a la gente anciana a hogares o instituciones especiales, en contraparte los chinos, son una sociedad que no niega la muerte, no solamente son muy prácticos sino también bastante fatalistas, piensan que la muerte es una de las certezas de la vida; cuando hay vida como un principio, hay muerte al final. Externan llanto y lamentos en el momento del funeral, creen en la inmortalidad del alma y por tanto manifiestan gran respeto a la muerte, así también, según la tradición japonesa, el "Shintoísmo" es el culto de las fuerzas naturales, sobre todo el culto a los ancestros quienes, en espíritu, continúan habitando cerca de los vivos y participando invisiblemente de su existencia, habiendo adquirido poderes sobrenaturales por su pasaje a ultratumba, los utilizan con bondad si se les honra pero malamente si se les olvida. (ACEVEDO, C. Y MULLINAWI, S., 1981)

Investigaciones hechas por el Instituto Nacional Indigenista (GOMEZ, F., 1982) , indican que, la raza negra considera a la familia constituida no sólo por los parientes vivos sino también por los difuntos que, para el africano, siguen estando vivos.

De nuestra cultura sabemos que tenemos un rico pasado histórico que ofrece importantes oportunidades para realizar investigaciones referentes a la muerte, a sus mitos y las creencias religiosas y mágicas que hacen posible la comprensión de este evento. La muerte ha sido concebida como requisito para la prolongación de la vida, esto es fácilmente observado a través de los restos y escritos de nuestra cultura prehispánica, por ejemplo: En Palenque se encuentra el templo de las Inscripciones en donde existe "La Cripta Funeraria" uno de los principales monumentos de la muerte; ahí fue encontrado el cuerpo de una persona distinguida enterrada aproximadamente 1,000 años A.C. La posición del cuerpo da la impresión que ha regresado a la tierra de la misma forma que se nace. Nada en la tumba sugiere la resignación de la muerte, por el contrario, los esfuerzos fueron hechos para proveerle de todo lo necesario para la continuación de la vida: agua, aire, comida.

En Itzmal decían que la vida futura se dividía en buena y mala, en penosa y llena de descansos. La pena de la mala vida era ir a un lugar más bajo que cualquier otro en el cual serían atormentados por el diablo. Pero Mictlán reino

de los difuntos, a donde van los que mueren de una muerte normal, es un sitio diferente al infierno cristiano, es un lugar de paz, de descanso y en el cual conservaban las posesiones y status social.

Para los aztecas habia dos fiestas dedicadas a los muertos, una en el mes de agosto y otra en septiembre. Todos los muertos eran incinerados, excepto aquéllos que iban a entrar en el reino del Dios de la lluvia, éstos eran enterrados. Para los mayas, el lugar de inframundo a donde se iba después de la muerte, dependia de lo que se hubiese hecho en vida; considerando la opción entre muerte y vida no era tan absoluta como para nosotros. La vida se prolongaba en la muerte y a la inversa. La muerte no era el fin natural de la vida sino una fase de un ciclo infinito. Vida, muerte y resurrección eran estadios de un proceso cósmico, que se repetía incansablemente. La vida no tenía función más alta que desembocar en la muerte, su contrario y complemento; y la muerte, a su vez, no era un fin en si, el hombre alimentaba con su muerte la voracidad de la vida, siempre insatisfecha. El sacrificio poseía un doble objeto: por una parte, el hombre accedía al proceso creador (pagando a los dioses, simultáneamente, la deuda contraída por la especie); por la otra, alimentaba la vida cósmica y la social, que se nutría de la primera. Del mismo modo que su vida no les pertenecía, su muerte carecia de todo propósito personal. (RIVAPALACIO, V., 1962)

A partir de la Conquista, encontramos una concepción distinta: con la nueva religión, El Cristianismo, y su infierno con sus horrores deviene, irremediablemente, el temor a la muerte. Muchos autores afirman que el mexicano le canta al símbolo de la muerte, lo desafía, se burla y lo festeja, sin embargo, por un muerto manifiesta abierto respeto, como una forma de rendirle tributo a su alma. Esto se hace comprensible al estudiar la ruta histórica, su pensamiento mágico - religioso, así como la composición de nuevos patrones culturales, conformando de esta manera su filosofía de la muerte y su forma tan peculiar de afrontarla. Sin embargo, el mexicano, no obstante, su idiosincrasia, y sobre todo el mexicano moderno, carece como cualquier ser humano, del profundo significado de la muerte, la explicación tal vez sea que la muerte; nos recuerda nuestra vulnerabilidad humana ya que a pesar de nuestros avances tecnológicos, podemos ser capaces de retrasarla pero jamás de evitarla, y por tanto debemos prepararnos y enseñar a generaciones predecesoras su significado, teniendo cuidado de no dejar de lado el respeto hacia ella.

CAPITULO II

Vivir y Envejecer

Vivir y envejecer son conceptos paralelos y, por ello, sólo puede efectuarse la clasificación de los periodos de edad según predominen los procesos corporales constructivos o los destructivos. Los primeros predominan hasta el momento que llamamos comienzo de la edad adulta, y que se caracteriza por la terminación del crecimiento corporal. Después sigue una fase más larga, durante el curso de la cual se mantiene un equilibrio entre la construcción y la destrucción, éste termina con la edad de la decadencia. Sin embargo, tal clasificación es muy general y por tanto en cada etapa se presentan amplias variaciones en uno u otro sentido. (BARD, P., 1967)

Woltereck⁽¹⁹⁶²⁾ hace una clasificación de las etapas del desarrollo y las divide en: recién nacido, lactancia, infancia, niñez, pubertad, adultez y, por último, vejez y estadio de completa vejez. Stieglitz⁽¹⁹⁶⁴⁾ sugiere dividir el ciclo vital una vez traspuestos los 40 años de edad, en tres etapas:

- Madurez avanzada (40 a 60 años)
- Senectud (61 a 75 años)
- Senilidad (más allá de los 76 años)

Desde un punto de vista biológico^(BARD, P., 1967), sabemos que el cerebro alcanza su peso máximo a los 18 años, a partir de esta edad la pérdida de agua en el tejido

encefálico aumenta dramáticamente. La deshidratación tisular progresiva se inicia desde la vida intrauterina, de tal manera que la cantidad de agua cerebral en el feto de 3 meses es del 91%, del 77% a los 21 años y del 70% a los 67 años. Igualmente, la agudeza visual disminuye progresivamente a partir de los 10 años debido a que el cristalino pierde gradualmente su elasticidad. Asimismo, el anciano sufre una reducción en su capacidad pulmonar, una descalcificación ósea y otras muchas deficiencias en su funcionamiento corporal.

En realidad, es imposible hablar de una sola edad biológica general debido a que nuestro organismo no envejece uniformemente. Cada organismo tiene su propio ritmo de envejecimiento, interviniendo en ello un sinfín de factores dentro de los cuales se consideran de primordial importancia, la herencia genética, la alimentación y la historia clínica del paciente.

La gente habla de vejez cuando percibe arrugas en el cutis y el pelo cano pero esto puede no ser un signo fidedigno, las personas pueden presentar estos rasgos prematuramente. Además, muchas veces la apariencia física no concuerda con la edad cronológica, esto es patente en la enfermedad llamada "Progeria" que se manifiesta por un envejecer prematuro de todos los órganos de los pacientes que la padecen. (FRIEDMAN, M. HAROLD, X.; SADOV, B., 1983)

Definición de Vejez

Para afrontar los problemas de la vejez, se ha creado una disciplina, la Gerontología, que centra su interés en la explicación de los procesos naturales, y también de los procesos anormales del envejecimiento, así como de los factores biológicos, fisiológicos y bioquímicos que influyen en él. En armonía con las investigaciones de los gerontólogos, se desenvuelve la labor de los geriatras, que tienen como función proporcionar el cuidado médico durante la vejez, tratando de combatir sus síntomas y enfermedades, tanto con medidas preventivas como con medidas paliativas y curativas. El tiempo cronológico necesario para el envejecimiento del ser humano varía, según Alamilla⁽¹⁹⁸¹⁾

- de un individuo a otro
- de un órgano o función a otro, en el mismo individuo,
- de un nivel a otro (biológico, psicológico, social) en un mismo individuo.

Generalmente se acepta como inicio de la vejez los 60 años de edad. Una de las definiciones más aceptadas acerca de la vejez la ofrece Lasing^(1976. Pág. 74) gerontólogo americano: el envejecimiento es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio, originalmente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye, invariablemente con la muerte.

Hace 50 años, envejecer no era más que un problema psicológico, personal y familiar en la mayoría de los casos; pero hoy es también un problema social. En nuestra sociedad las personas ancianas ya no ocupan el lugar que en ella ocupaban hace no mucho tiempo y sin embargo son cada vez más; en nuestro siglo, la expectativa de vida del hombre ha aumentado en tal medida, que no existe comparación con ninguna época pasada de la historia. Desde los días de nuestros abuelos, la expectativa media de vida casi se ha duplicado, de modo que llegar a edades avanzadas no constituye como antes, la excepción, sino la regla. Los adelantos médicos de los últimos decenios han logrado prolongar la vida más allá de los 80 años, esto significa que la ancianidad adquiere cada día más importancia, aun cuando a veces se considera a la ancianidad como una extensión inútil de la vida adulta, y a la vejez una enfermedad. Está claro que la vejez, al ser decadencia biológica, trae consigo propensión a sufrir enfermedades, pero no es lo mismo que admitir que la vejez sea en si misma una enfermedad. En las naciones modernas, el aumento de la duración media de vida debe atribuirse sin duda, al progreso de la ciencia y no a la civilización propiamente dicha, ya que como es sabido, ésta trae consigo enfermedades singulares y daños de toda índole. En una investigación efectuada en 1976 por el Instituto del Seguro Social del Estado de México y Municipios, se concluyó que el anciano se caracteriza por trastornos físicos, psicológicos y sociales,

que involucran toda su personalidad: intereses, actitudes, rendimiento intelectual y afectividad. El cambio existencial se resume de la siguiente manera: "El anciano se siente desconfiado, nervioso, hipocondriaco, desarrolla la tendencia a controlar su ambiente a través de mecanismos obsesivo-compulsivos, se presenta un deterioro en la progresión del lenguaje, y se puede manifestar una regresión importante, regresión tanto en el pensamiento como en los actos, llegando incluso a adoptar comportamientos francamente infantiles". Los cambios psicológicos de la vejez no siempre son tomados en cuenta cuando se considera este problema. (CORONA, C., 1981)

Según Fuentes L. (1978, Pág. 42-50) tales cambios son: sentimientos de soledad, de inutilidad y de falta de afecto, aislamiento social, inactividad, temor a la muerte, depresión, así también señala que los cambios psicológicos están relacionados con alteraciones profundas en la salud mental de la persona de edad avanzada, con la consiguiente repercusión sobre el medio familiar o institucional en que vive, creando un círculo de malestar. Fisiológicamente el envejecimiento se produce en un engranaje continuo entre construcción y destrucción, crecimiento y desorganización, daños y compensación; así, el hombre puede seguir siendo una entidad, una armonía corporal y espiritual en todas las etapas de su vida. Es evidente que el mantenimiento de esta

armonía y de su complicado sistema de ordenación, no es posible que sea ilimitado. (BARD, P., 1967)

La ley de la irreversibilidad de los procesos de envejecimiento determina que en la edad avanzada sea cada vez más débil el equilibrio entre los procesos de distribución y las medidas de compensación del organismo. Por último, llegará un momento en que no será posible compensar la fatiga mas pequeña y el sistema viviente se desmoronará porque ha llegado al límite de la duración de su vida. (DUARTELLA, R., 1983)

Tratar de detener totalmente los procesos de envejecimiento es una condición inherente al ser, pero esto parece no ser posible, hasta ahora sólo se ha logrado acelerar o retrasar relativamente. Por eso es importante preparara al hombre, para que lo acepte digna y decorosamente, bien provisto y protegido para incorporarse consciente y racionalmente a la senectud, sin dejar de ser útil dentro de sus limitaciones.

Aspectos Demográficos de la Vejez

A partir de la Segunda Guerra Mundial, las sociedades han experimentado cambios bruscos en su modo de vida, como resultado de los diferentes movimientos sociales y de los avances tecnológicos y científicos.

Fonseca⁽¹⁹⁸²⁾ cita algunos de tales cambios:

- El incremento poblacional de personas seniles en la sociedad.
- La necesidad de favorecer la participación de la mujer en los medios de producción en aquellas actividades que eran sólo para hombres.
- La jubilación de las personas en las sociedades industrializadas a los 60 años, debido a que necesitan un descanso, y además por su falta de rendimiento, lo que provoca un estado marginal.

Actualmente la población mundial es de aproximadamente 6,000 millones de personas, de éstas, un poco más de 350 millones tienen más de 60 años. La diferencia en la cantidad de ancianos entre diversos países es muy grande pero en todo caso, la población anciana crece más que la población mundial, ésta aumenta alrededor del 2% anual, en tanto que la población anciana se eleva a ritmos más rápidos en algunos países, especialmente en los de Occidente, o denominados desarrollados, en contraparte con los países

subdesarrollados, el número relativo de ancianos no muestra un incremento significativo debido a la alta tasa de mortalidad que enmascara el aumento, en números absolutos de los viejos. La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), calcula que para el año 2,000 habrá aproximadamente 600 millones de ancianos en el mundo, encontrándose muchos de ellos en una situación de desamparo económico y social; es necesario, por lo tanto, adoptar medidas de estudio y asistencia social al anciano que prevean esta difícil etapa. (DE LA TORRE, C., 1982)

Lehr (1980, Pág. 65-90) menciona que no existe un factor único que determine la longevidad, sino que más bien es una constelación de factores biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos la que posiblemente ejerce una influencia significativa sobre la esperanza de vida; además parece que tales factores se afectan mutuamente y se interfieren mediante complicadas acciones recíprocas.

Cambios Fisiológicos e Intelectuales en la Vejez

Los cambios fisiológicos que se registran en la vejez

son: (BARD, P., 1967; BEHAVIOR, S., 1980)

- 1.- Deseccación gradual de los tejidos.
- 2.- Retardo gradual de la división celular y de la capacidad para crecer y para la cicatrización de los tejidos.
- 3.- Disminución de la capacidad para producir anticuerpos.
- 4.- Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.
- 5.- Atrofia y aumento de la pigmentación celular.
- 6.- Disminución gradual de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.
- 7.- Disminución de la velocidad locomotriz, de la fuerza y de la resistencia.
- 8.- Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso. Disminución de la capacidad visual, auditiva, de la atención y memoria.

En la vejez, los mensajes sensoriales son transmitidos con menor rapidez y deformados por la mala calidad de los

receptores. El funcionamiento del cerebro es menos flexible; se ha visto que el consumo de oxígeno se reduce, y la suboxigenación de la sangre produce una disminución del metabolismo cerebral.

La memoria disminuye con la vejez, pero esta disminución es menor en los ancianos que desempeñan una labor intelectual y mayor en los trabajadores manuales; también la capacidad de memoria es menor en las gentes que siguen trabajando que en los jubilados. (CITADO EN: SWENSON, W.M., 1976)

Las reacciones motrices a los 25 años son rápidas y precisas, su velocidad y exactitud disminuyen a partir de los 35 años y aún más después de los 45. En cuanto a la rapidez de las operaciones mentales, hay un progreso hasta los 15 años, una estabilización ente los 15 y los 35, y una disminución después. El sujeto de más de 60 años tiene un desempeño deficiente en las pruebas de inteligencia cuando se mide el tiempo; si, por el contrario, no se le limita, su desempeño es adecuado. Las personas de edad avanzada tienen dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, pero reorganizan fácilmente las cosas conocidas. Son esclavos de sus hábitos adquiridos anteriormente, es decir, carecen de flexibilidad (GOMEZ, P., 1982; SZEKELY, B., 1966)

Las posibilidades de aprendizaje de los ancianos se reducen considerablemente. Toda facultad que implica una

adaptación declina a partir de los 35 años, sobre todo si no se le practica; el cálculo mental, la organización espacial, así como el razonamiento lógico fallan. En cuanto al vocabulario, en las gentes incultas se empobrece a partir de los 60 años, en tanto que se mantiene e incluso, a veces se enriquece en sujetos de un nivel intelectual elevado. En conjunto, los conocimientos bien asimilados, el vocabulario, la memoria inmediata o retardada de las palabras, y las cifras, no se alteran. En cuanto más elevado sea el nivel intelectual del sujeto, más débil y lenta será la disminución de sus facultades. Si continúa ejercitando su memoria y su inteligencia, puede conservarlas intactas. (SORIA, M., 1980 Pp.33-44)

La ancianidad tiene menos prestigio en las sociedades modernas por varias razones: los conocimientos de la gente anciana son anticuados, cuando los cambios sociales son rápidos; su memoria no es tan necesaria cuando las tradiciones culturales están escritas; la educación y la preparación hace que sus destrezas sean fácilmente reemplazables; el crecimiento en su número hace a la misma ancianidad menos única y venerada. (DE LATOURNE, C., 1982)

La mujer vive, en promedio, un tiempo mayor que el hombre. En nuestra época, la situación de la mujer ha tenido una variación con relación a las épocas pasadas en el aspecto social, jurídico y también biológico. Existen diferencias en la esperanza de vida entre el sexo masculino

y el femenino, esta diferencia existe, aunque con gran variedad de grados, en todas las razas y pueblos de la tierra, independientemente de su situación geográfica, del clima o de la civilización. De hecho, parece tratarse de una ley de la naturaleza, puesto que en todas partes el índice de mortalidad del sexo masculino, siempre y en todas las edades, es superior al sexo femenino. (DESOREN, J.M. 1974)

Concepto de Muerte

Que el destino de cualquier ser viviente es la muerte, es una verdad absoluta que no podemos negar. Desde la instrucción elemental se nos ha enseñado que las características de los organismos vivos son: nacer, crecer, reproducirse y morir, y aunque por años, echando mano de los mecanismos de defensa, tratamos de olvidar dicho principio, en la vejez se van derrumbando. La mayoría de las personas experimentan temor cuando comprenden que van a morir, aunque algunas personas lo manejan de manera distinta. Para algunos la muerte es la compañera de la vida y lo expresan de la siguiente manera: "El equilibrio de la vida total implica la muerte inexorable de cada parte; es indispensable que viva la muerte par sostener la vida de la totalidad: la muerte es la compañera inseparable de la vida". (CHAUCHARD, P. 1977. Pag. 92)

Los niños pequeños señalan de manera persistente, la ausencia de las funciones que poseen los vivos para definir lo que está muerto: "no se puede mover, no puede respirar", son las expresiones comunes como respuesta a la pregunta ¿Qué significa estar muerto?. A medida que se va elaborando el concepto, los niños establecen una conexión entre la muerte y la ausencia o la separación, los muertos se han ido, están en el cielo, en el cementerio, o en algún lugar especial, pero no regresan. También los niños pequeños asocian el concepto de muerte con el disparar un arma,

apuñalar, bombardear, accidentes automovilísticos, etc. (CITADO EN: MONDRAGON, F., 1983)

La muerte natural es un proceso lento, desde que nace el individuo comienza a envejecer, cada día que pasa su cuerpo crece y cambia, por ello el término, muerte natural, sólo es aplicable en la etapa de senilidad. Toda muerte, cualquiera que sea su causa, y que se presente fuera de la etapa de senilidad, interrumpe el ciclo de la vida e impide su trayectoria hacia la vejez. La muerte que se presenta antes de que el periodo de productividad del individuo se haya terminado, antes de que haya logrado sus metas o las haya abandonado no debe considerarse muerte natural. Desde que la humanidad apareció sobre la tierra ha encarado a la muerte. Desde entonces dos ideas opuestas se han manifestado. Una supone que para el hombre todo termina al desaparecer el cuerpo, la otra afirma que con la muerte corporal principia una vida espiritual, indestructible y eterna. La Biblia considera a la muerte en general, como un castigo inflingido por Dios a causa del pecado y la desobediencia cometido por la primera pareja humana. Sin el pecado el paso del tiempo a la eternidad se hubiera realizado suavemente, sin angustia y sin agonía; la muerte se traduce en una cesación de la conciencia, de la actividad cardiaca, respiratoria y cerebral. La muerte de los seres humanos no ocurre en un instante específico, ciertas estructuras corporales, el timo, por ejemplo, se deteriora

antes de que la persona esté totalmente madura. De hecho, antes de que el individuo nazca, las células están constantemente muriendo y siendo reemplazadas. Conforme el individuo envejece, la tasa de destrucción empieza a exceder a la tasa de crecimiento. La definición tradicional de muerte como el cese de los latidos del corazón y la actividad cerebral, ha sido un tópico de discusión popular. (GALICIA, F. 1982)

En nuestro país la tasa de mortalidad perinatal es aproximadamente de 80 defunciones por 1,000 nacidos vivos, descendiendo esta tasa a 7 a los 5 años de edad para ambos sexos; a los 10 años este índice de mortalidad tienen su valor más bajo con una tasa de 4, y a partir de esa edad empieza a aumentar, siendo la mortalidad general de 15 defunciones por 100 habitantes. De los 60 en adelante, la tasa de mortalidad general empieza a aumentar bruscamente, siendo de 40 defunciones por 100 habitantes de los 60 a los 75 años; la tasa de mortalidad por 1,000 habitantes es ligeramente inferior en las mujeres, y, a partir de los 80 años es mayor que la de los hombres; las principales causas de muerte en las personas mayores de 60 años son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la influenza, la neumonía, los accidentes automovilísticos, los traumatismos, el envenenamiento, la diabetes, la tuberculosis y la cirrosis hepática. (S.P.P., 1986)

Aun en las mejores condiciones de existencia, la vida del hombre no se prolonga más allá de cierto período, cuyo límite no se conoce con precisión. La muerte natural ocurre en muy pocos casos, es más común la muerte por causas accidentales, considerando que las enfermedades son meros accidentes para la biología. Muchos hombres dirán que no sienten miedo a la muerte, sino miedo a morir, se le teme a la enfermedad, a la agonía, a quedar incapacitado y no poder valerse por sí mismo, a constituir una carga para los demás. Si la propia existencia humana obedeciese a las órdenes de la lógica racional, podría suponerse que quienes viven con mayor intensidad y aman la vida más apasionadamente, son los que deberían de temer más a la muerte; y los cansados y disgustados de la vida, los que la sienten como pesado lastre, deberían aguardarla con impaciencia, puesto que, al parecer, los liberaría de sus miserias. Sin embargo, se ha comprobado que aquellos que llevan una vida plena, y participan ávidamente en las alegrías y placeres de la existencia, son quienes enfrentan sin angustia aparente el envejecimiento y el término de la existencia. Al hombre que emplea bien su vida la muerte le parece, con toda espontaneidad y sin ningún artificio racionalizante, no la destrucción, sino el cumplimiento de la vida. El miedo a la muerte es perfectamente natural. Deja de serlo, sin embargo, cuando en lugar de servir y proteger a la vida, impide vivir. (GOODY, E., 1981)

Según la escuela Psicoanalítica, en el fondo nadie cree en su propia muerte o, en otras palabras, estamos inconscientemente convencidos de nuestra inmortalidad. Actualmente utilizamos eufemismos, hacemos que el muerto tenga aspecto de dormido, alejamos a los niños para protegerlos de la inquietud y agitación de la casa, si el paciente muere en ella, no permitimos que los niños vean a sus padres moribundos en los hospitales, tenemos largas polémicas y discusiones sobre si hay que decir o no la verdad a los pacientes cuando van a morir. Quizás la guerra no sea más que una necesidad de enfrentarse a la muerte, de conquistarla y dominarla, de salir de ella con vida, una forma peculiar de negar nuestra propia mortalidad. La angustia que el hombre siente hacia la muerte está causada principalmente por la angustia de lo desconocido, esta angustia comprende dos instancias: (GARNICA, E. 1982 Pág. 65-70)

- 1) Antes de morir, el hombre la siente durante la vida por su presencia permanente en ella; por lo tanto, esta angustia se equipara al vivir como estar muriendo.
- 2) Durante la muerte, la angustia se relaciona con la idea de un tránsito peligroso o doloroso que se tiene durante el proceso de muerte.

En el proceso de maduración biológica que conduce eventualmente a la muerte del ser humano, éste pasa por

diferentes fases que son: la infancia, la juventud, la edad madura y la ancianidad. En cada una de estas etapas, la actitud de un sujeto frente a la muerte se modifica; verá a la muerte desde una perspectiva de alejamiento en la infancia y en la juventud, tiempo de promesas y esperanzas, hasta convertirse en algo familiar en la tercera edad. La actitud hacia la muerte representa un problema para las personas en general, los sentimientos de temor y de impotencia frente a la muerte pueden presentarse de muchas formas, dependiendo de la fuerza y personalidad del individuo. La actitud que una persona presenta ante la muerte revela sus características de personalidad y el tipo de vida llevado. Los que han experimentado una vida difícil y perdido la voluntad para seguir luchando, abrazan la muerte como una solución a sus problemas.

(GARNICA, E., 1982) (GOODY, E., 1981)

Para algunos, sin embargo, más que una solución la muerte representa un evento exclusivamente tensionante, un conflicto y un temor a ser una carga para los demás. Despojados ya de muchas de sus facultades, tanto físicas como mentales, y con la tendencia a seguir perdiendo otras capacidades, los ancianos están condenados a la pérdida de su seguridad y su equilibrio emocional, a la degeneración y a la muerte de los tejidos, al deterioro de todas sus resistencias, de su lucidez y de su energía, para encaminarse a su final, la extinción. Cuando el anciano se siente relajado, marginado y olvidado, es más sensible a la

angustia de la muerte próxima, y adquiere conciencia de su finitud. El recordar no sólo tiene por objeto una función adaptativa e integradora, sino que también sirve para que el anciano evada la perspectiva de su muerte. Si se puede reemplazar el presente y el futuro con reminiscencias seleccionadas del pasado, entonces no se deja sitio para la conciencia de la muerte futura y de las actividades asociadas con ella. En ambos grupos, masculino y femenino, la elección de la enfermedad o de la situación para morir está claramente determinado por la necesidad de evitar el sufrimiento: morir en el sueño, de síncope cardiaco, no morir de cáncer o afecciones crónicas, son respuestas de alta frecuencia. La presencia de la muerte, como resultado inevitable de la vida, va a influir enormemente en el hombre, así como la creencia en algún tipo de existencia después de la muerte. Para la última etapa del hombre, el futuro ya no es hacer proyectos, ya no son aspiraciones; el futuro es esa tremenda incógnita que nos plantea la muerte. El anciano siente que sus familiares, sus amigos, etc. uno a uno se van, el mundo se va, es un ser sólo junto a la muerte. (GADGE, E., 1981) (GALICIA, F. 1982) (GARNICA, E., 1982)

C A P I T U L O I I I

Diferentes Actitudes ante el Concepto de Muerte

La actitud ante los conceptos acerca de la muerte y de sus procesos cambian a menudo a lo largo de la vida; al pasar de los años, las generaciones empiezan a cambiar y los jóvenes adoptan nuevas actitudes y nuevos conceptos como resultado de los encuentros con la vida. Estas actitudes diferentes pueden atribuirse a la exposición a diferentes rituales, ceremonias religiosas y culturales, a los cambios continuos de las sociedades o bien a la exposición de tradiciones a través de medios orales o escritos, sin embargo, parece haber etapas de la vida en las cuales el tema de la muerte es más preocupante, estas etapas varían en longitud e intensidad, dependiendo de los procesos psicológicos, del medio socio-cultural y la edad del sujeto.

Un número reducido de investigadores se ha interesado en estudiar las actitudes ante el concepto de muerte en los ancianos. El psicólogo holandés J.M. Desdren, en 1976, estudió una muestra de 100 ancianos holandeses (de 70 años en adelante) y encontró una variedad de orientaciones hacia la muerte. Contrariamente a lo esperado solo una pequeña porción de ancianos (7%) tenía miedo del final, la orientación observada con mayor frecuencia fue la de aceptación (40%). En otras palabras, aproximadamente la mitad de los ancianos habían llegado a aceptar su muerte. Fue el anciano psicológicamente maduro el que aceptó la

muerte de manera positiva. Los conceptos negativos tendían a estar asociados con una personalidad inmadura.

Desdren(1976, Pág.96) considera que la orientación hacia la cesación de la propia existencia es un tema central en las fases tempranas de la ancianidad. De hecho, sugiere que "debemos caracterizar a la ancianidad como un adiós anticipatorio".

Los hallazgos de Desdren en ancianos holandeses son similares a los obtenidos por Swenson en 1974(1976), quien también encontró una preponderancia de la actitud de aceptación hacia la muerte. Esta aceptación parecía estar relacionada con la soledad. Sólo un 10% de los ancianos admitieron temer a la muerte; la edad y el sexo no dieron lugar a diferencia alguna en la orientación hacia la muerte en esta muestra.

Weisman y Kastenbaum (1976) realizaron un estudio con ancianos enfermos de un hospital geriátrico norteamericano. Encontraron que el rechazo o la aprehensión era menos observada que la aceptación. Al entrar en la fase preterminal de la vida el rechazo no fue la principal orientación de los pacientes, algunos aceptaban su destino tranquilamente y gradualmente reducían sus esferas de funcionamiento. Este "desentendimiento" preterminal era iniciado por los mismos pacientes y les permitía poner sus asuntos en orden y preparar un control psicológico sobre un

espacio vital más limitado. Otros también reconocían su muerte, pero optaban por permanecer involucrados en las actividades diarias de la vida, sería inapropiado describirlos como esencialmente contrafóbicos. Estaban, simplemente, continuando su vida como hasta entonces lo habían hecho.

Bascue y Lawrence⁽¹⁹⁷⁷⁾, realizaron un estudio con ancianos invidentes para encontrar la relación entre la ansiedad por la muerte y la orientación hacia el futuro. La muestra fue de 80 mujeres mayores de 62 años que vivían en dos asilos. Se les proporcionaron varios cuestionarios, uno de ellos medía el rechazo a la muerte. Los resultados apoyan la tesis de que para los ancianos, existe una íntima relación entre muerte y tiempo.

Otro estudio referente a las actitudes ante el concepto de muerte entre los ancianos, fue realizado en Nueva York por Samuel D. Shrut⁽¹⁹⁷⁸⁾. Sus sujetos fueron 60 mujeres seniles solteras. Se les aplicaron cuestionarios para obtener datos acerca de su salud, de su lugar de residencia y de sus actividades así como el T.A.T. Un grupo de psicólogos calificó las respuestas de las pruebas proyectivas en términos de actitud hacia el concepto de muerte sobre una escala de cinco puntos: desde preocupación por la muerte hasta aceptación. En la interpretación de los resultados, Shrut enfatiza las diferencias obtenidas en las actitudes entre los sujetos que vivían en departamentos y

aquéllos que habitaban en la Residencia Central para ancianos judíos de Nueva York; las mujeres que vivían en una atmósfera institucional, mostraron más miedo o preocupación por la muerte, que las que vivían en sus departamentos, éstas últimas disfrutaban de mejor estado emocional y se preocupaban más por "planear para continuar viviendo". Además también parecían más alertas socialmente y menos suspicaces; sin embargo, debe aclararse que ninguno de los grupos obtuvo una calificación alta en cuanto al miedo a la muerte. Ambos se encontraron cerca de la mitad de la escala, en un punto descrito como ansiedad moderada (entre ansiedad evidente y actitud de indiferencia).

Swenson⁽¹⁹⁷⁶⁾ reporta que los ancianos que viven en asilos muestran un concepto más positivo y de aceptación hacia la muerte, que aquéllos que viven en sus propias casas.

Myska y Pasewark⁽¹⁹⁷⁸⁾ estudiaron 80 ancianos a quienes se les aplicó el cuestionario de Middleton y la escala de ansiedad de Templer, sus resultados indican que no existen diferencias significativas entre los ancianos asilados y los que viven solos.

La evidencia disponible sugiere que la actitud de rechazo a la muerte en los ancianos no es intensa. Esta conclusión tentativa se deriva en gran parte de estudios transversales en los que se utilizan cuestionarios, pruebas

proyektivas, entrevistas y en los cuales se ha corroborado la aceptación que de la muerte tienen los ancianos.

CAPITULO IV

Aspectos Metodológicos Generales

I. PROBLEMA

¿Cuál es la actitud ante el concepto de muerte que tienen los ancianos que se encuentran en las Casas de Protección Social y qué influencia tiene en ésta el padecer ceguera o crisis convulsivas?

II. OBJETIVO GENERAL

Determinar si existen diferencias en la actitud hacia el concepto de muerte entre ancianos indigentes que padecen ceguera o crisis convulsivas y aquellos que no las padecen, así como la influencia del sexo de los sujetos en tales diferencias.

Objetivos Específicos

- 1.- Determinar si existen diferencias en la actitud ante el concepto de muerte entre hombres y mujeres ancianos.
- 2.- Determinar si existen diferencias en la actitud ante el concepto de muerte entre ancianos invidentes, ancianos con crisis convulsivas y ancianos sin patología aparente.

III. HIPOTESIS

Ho 1.No existen diferencias en la actitud hacia el concepto de muerte entre hombres y mujeres ancianos.

Hi Existen diferencias en la actitud ante el concepto de muerte entre hombres y mujeres ancianos.

Ho 2.No existen diferencias en la actitud ante el concepto de muerte en ancianos invidentes, ancianos con crisis convulsivas y ancianos sin patologia aparente.

Hi No existen diferencias en la actitud ante el concepto de muerte en ancianos invidentes, ancianos con crisis convulsivas y ancianos sin patologia aparente.

Definición de Términos

Definiciones Operacionales

ACTITUD HACIA EL CONCEPTO DE MUERTE: Puntaje que se obtenga a través de la aplicación de la escala de actitudes.

ANCIANO: Sujeto que dice tener entre 65 y 90 años de edad.

INDIGENTE: Persona que vive en la vía pública, que carece de empleo, y de la aceptación de los familiares.

EDAD: Medida de tiempo que lleva un organismo viviendo y desarrollándose.

INVIDENTE: Sujeto cuyo expediente clínico de las Casas de Protección Social específica que padece de ceguera total.

SUJETO CON CRISIS CONVULSIVAS: Sujeto cuyo expediente clínico de las Casas de Protección Social específica que padece epilepsia tipo gran mal.

CLINICAMENTE SANO: Sujeto cuyo expediente clínico de las Casas de Protección Social específica que se encuentra clínicamente sano.

CAPITULO IV

Definición Conceptual (DEL CAMPO, S., 1975)

ACTITUD . . .

Postura de una persona, en especial cuando expresa algo con eficacia. Disposición de ánimo.

CONCEPTO . . .

Proviene del latín conceptum, supino: de concipere: concebir. Expresión de un pensamiento por medio de la palabra. Símbolos verbales característicos que han sido conferidos a las ideas generalizadas, abstraídas de la concepción científica de la sociedad. Los conceptos son elementos básicos del método científico como la hipótesis, es más, éstas no podrían existir sin aquellas. Los conceptos son símbolos verbales de los fenómenos o aspectos de los fenómenos por los cuales estamos interesados. El proceso de conceptualizar consiste en abstraer y generalizar a través de impresiones sensibles.

ANCIANO . . .

La ancianidad comprende el periodo de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico. Es muy arriesgado establecer un tope cronológico para la vejez pero, en términos generales puede decirse que

es un proceso vinculado, en cierto modo, con las condiciones previas del organismo.

EDAD . . .

Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un organismo hasta un momento dado de su desarrollo.

CLINICAMENTE SANO . . .

Salud en cuanto desenvolvimiento normal de las funciones psicológicas y fisiológicas humanas.

INDIGENTE . . .

Que carece de los recursos materiales para proveerse de vivienda, vestido, alimentación, etc.

CEGUERA . . .

Privación total del sentido de la vista.

CRISIS CONVULSIVA . . .

Contracción repentina, violenta e involuntaria de los músculos estriados.

Características de la Población

La presente investigación fue realizada en las Casas de Protección Social 1 y 2 (mujeres y hombres respectivamente) para adultos indigentes, dependientes del Departamento del Distrito Federal.

Estas instituciones tienen como misión fundamental el de proporcionar alimento, ropa, atención médica y psicológica a todos los ciudadanos denominados indigentes, es decir, personas que carecen de los recursos indispensables para poder satisfacer sus necesidades básicas.

La población que acude a estas casas se caracteriza por pernoctar y deambular en la vía pública, por el rechazo y/o pérdida total de los familiares, por una alta tasa de alcoholismo y por la falta de empleo. Los sujetos son evaluados por un equipo interdisciplinario compuesto por médicos, psicólogos y trabajadores sociales; quienes determinan la situación psicológica, social y de salud que presenta cada individuo, iniciando las medidas inmediatas para intentar superarlas.

La población existente en cada Casa de Protección Social en el momento de la presente investigación fue la siguiente:

Casa de Protección Social No. 1 (mujeres) 380 personas

Casa de Protección Social No. 2 (varones) 330 personas

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo al número total de personas invidentes, que presentaban crisis convulsivas y catalogados como clínicamente sanos, para esto se utilizó la aleatorización^(KERLINGER, F. 1962). Así como los siguientes:

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Presencia de hemiplejía, paraplejía, demencia, alteraciones mentales, sordera, epilepsia, secuelas de accidente vascular cerebral, cirrosis hepática alcoholo-nutricional, etc., o algún otro síndrome diferente de los señalados anteriormente. (conforme a los expedientes de la Institución).

Así, la muestra quedó conformada por 55 sujetos que se distribuyeron de la siguiente forma: 8 hombres invidentes, 8 mujeres invidentes; 8 hombres con crisis convulsivas, 8 mujeres con crisis convulsivas; 10 hombres clínicamente sanos y 10 mujeres clínicamente sanas.

DEFINICION DEL INSTRUMENTO

Para la realización del presente trabajo se utilizó una escala de actitud hacia la muerte^(SILVA, V. 1984).

El instrumento es una escala de clasificación tipo Likert, que consiste en un conjunto de preguntas sobre actitudes que tienen, de manera aproximada, el mismo valor actitudinal y en la que los sujetos responden en grados diversos. La finalidad es situar al individuo en cierto lugar de un continuo de concordancia.

La escala consta de 18 reactivos separados en tres áreas:

- Información sobre estado de salud. reactivo 1
- Información sobre agrado-desagrado de la vejez, reactivos 2, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17.
- Información sobre aceptación-rechazo de la muerte. reactivos 4, 6, 8, 10, 13, 15, 18.

Las alternativas posibles de selección fueron:

- 1) de acuerdo, 2) indeciso y 3) en desacuerdo,

Para las preguntas 1, 13 y 15. Los valores asignados son: bueno 3 puntos, regular 2 puntos y mala 1 punto.

Los valores asignados a los reactivos 3, 5, 8, 9, 10, 12, 13 y 18 son: a) 1 punto, b) 2 puntos y c) 3 puntos.

El criterio adoptado para la asignación de valores numéricos es a medida que el valor escalar es menor, la actitud hacia la muerte es de rechazo, y a medida que el

valor escalar es mayor, la actitud hacia la muerte es de aceptación.

Confiabilidad y Validez del Instrumento

CONFIABILIDAD

El cuestionario de actitud hacia la muerte (38) fue sometido a dos estudios piloto, utilizando para ello el 20% de la población total de cada asilo, la cual estuvo formada por 170 sujetos ancianos, posteriormente para conocer el coeficiente de confiabilidad se utilizó el alpha de Cronbach, que resultó de 0.496

VALIDEZ

El problema de la determinación de la validez de un test radica principalmente en el establecimiento de criterios de suficiente objetividad, es conveniente señalar que ningún criterio puede cumplir con las condiciones que aseguren la obtención de resultados totalmente satisfactorios. Cronbach⁽¹⁹⁶⁹⁾ presenta una lista de los criterios empleados con mayor frecuencia en el proceso de validación de nuevos test, entre los que destaca el uso de test ya establecidos como instrumentos válidos.

En el caso del presente cuestionario que fue validado por Silva, V.⁽¹⁹⁸⁴⁾ se utilizó como criterio el de validez de contenido, utilizando como jueces a los miembros de los departamentos de Psicología de cada institución.

Método de Investigación

Se trata de un estudio ex-post facto^(KERLINGER, F., 1982)
cuyo paradigma es:

(X) Y

Este tipo de investigación es una búsqueda empírica sistemática en la que el investigador no tiene un control directo sobre las variables independientes debido a que éstas ya acontecieron o por ser intrínsecamente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre ellas, sin una intervención directa, a partir de la variación concomitante de las variables independientes y dependientes. En este tipo de investigación podemos escoger los sujetos al azar, sin embargo, no es posible asignar aleatoriamente los sujetos a los grupos.

VARIABLES INDEPENDIENTES Y DEPENDIENTES

V.D.....ACTITUD ANTE EL CONCEPTO DE MUERTE

V.I. ANCIANOS (VARIABLE CATEGORICA)

EDAD (65-90) ATRIBUTIVA

ESTADO DE SALUD (ATRIBUTIVA)

CONDICIONES EXPERIMENTALES

La aplicación del instrumento, se llevó a cabo en las Casas de Protección Social No. 1 y 2, las cuales se ubican en Av. de la Quebrada No. 45 y la calle de Sur 65-A,

colonias Vista Hermosa y Viaducto Piedad, respectivamente. La aplicación se realizó en un cubículo de 9 metros cuadrados, iluminado por luz artificial y que contenía un escritorio, sillón ejecutivo y dos sillas apilables, el ruido fue controlado mediante la aplicación del instrumento dentro del horario (9 a 12 horas) en el cual el resto de la población se encuentra trabajando en de los diferentes grupos de terapia ocupacional.

PROCEDIMIENTO

En función de las características de la población a estudiar se decidió que la aplicación del instrumento fuera individual y que cada pregunta así como sus opciones de respuesta, fueran leídas a los sujetos. El reactivo y sus opciones podían repetirse solamente una vez, es importante mencionar que la población no tuvo contacto directo con el instrumento y materiales de trabajo.

Las instrucciones fueron proporcionadas a todos y cada uno de los sujetos en forma individual utilizándose el mismo lenguaje en todos los casos. Las instrucciones fueron las siguientes:

"Don (Doña) . . . aquí sobre el escritorio enfrente de mí tengo un cuestionario que consta de dieciocho preguntas, las cuales me gustaria que usted contestara con toda sinceridad, Le hago la aclaración de que cada pregunta tiene las mismas tres posibilidades de respuesta. Lo que usted

hará es decirme cuál respuesta siente que es la que más se parece a su forma de ser o pensar. Las posibilidades de respuesta son: de acuerdo, indeciso y en desacuerdo. ¿Quedó claro Don (Doña)...? Usted tiene que decirme después de que yo le lea la pregunta, si está de acuerdo, indeciso o en desacuerdo según su forma de ser o de pensar. Por último, es importante que ninguna pregunta me la deje de contestar y si no entiende la pregunta se la puedo repetir solamente una vez más, muy bien vamos a comenzar."

Material y Método

En la presente investigación se utilizaron los siguientes materiales:

- a) Inventario de medición de actitudes, el cual consta de dieciocho reactivos conformados por una escala bipolar de tipo Likert, las opciones de respuesta fueron "de acuerdo, indeciso y en desacuerdo.
- b) Hoja de vaciado de datos la cual constó de cinco apartados (No. de sujeto, edad, sexo, grupo, No. de reactivo), en esta hoja se vaciaron los datos de toda la muestra.
- c) Para el manejo y análisis de la información obtenida se utilizó una microcomputadora "Olivetti".

d) Para la realización del análisis estadístico (análisis de varianza, pruebas T, promedios y desviaciones estándar) se utilizó el programa "Tadpole" (Biosoft).

f) La población estudiada fue dividida de la siguiente forma:

G1 = Indigentes Invidentes

G2 = Indigentes Clínicamente Sanos

G3 = Indigentes con Crisis Convulsivas

Los sexos se catalogaron de la siguiente forma:

S1 = sexo masculino

S2 = sexo femenino

Estrategia de Análisis Estadístico

Para contrastar las medias de las distintas variables entre los grupos se utilizó un análisis de varianza de dos factores, el primer factor fue el grupo diagnóstico y el segundo el sexo. Como prueba para comparaciones múltiples se utilizó la prueba "T" para muestras independientes, corriendo los valores críticos para significancia por el método de Bonferroni.

CAPITULO V

Resultados

Análisis Estadístico

El análisis realizado entre los grupos por sexo no mostró diferencias significativas, de igual forma como se puede observar en la tabla 1, no existieron diferencias significativas entre los grupos con respecto a la edad. ($F < 1$).

En la misma tabla se muestran los promedios y las desviaciones estándar de los puntajes por reactivo y totales en cada grupo según el sexo.

El análisis de varianza de dos factores indicó que solamente en los reactivos 7, 8 y 9, existió un efecto significativo del grupo diagnóstico.

$$R7 = F(2,49) = 4.262 \quad p = 0.0193$$

$$R8 = F(2,49) = 5.268 \quad p = 0.0447$$

$$R9 = F(2,49) = 4.056 \quad p = 0.0447$$

El efecto del sexo en todos los casos fue pobre ($F < 1$) al igual que la interacción entre los dos factores.

Para la prueba "T" la corrección de Bonferroni exigió una $p < 0.005$ para mantener $\alpha = 0.05$.

Las diferencias significativas que se encontraron fueron:

$$- \text{ Reactivo 8 G1 vs. G3 } T(34) = 3.149 \quad p = 0.0034$$

En donde x del G1 = 1.375 y en donde x del G3 = 2.150

- Reactivo 9 G1S1 vs. G2S1 $T(16) = 3.451$ $p=0.0013$

En donde x del G1S1 = 2.625 y en donde x del G2S1 = 1.600

- Reactivo 9 G2S1 vs. G3S2 $T(18) = 4.093$ $p=0.0007$

En donde x del G2S1 = 1.600 y en donde x del G3S2 = 2.700

C A P I T U L O V I

Discusión

El análisis estadístico realizado indica que no existieron diferencias significativas en la actitud hacia el concepto de muerte entre los grupos estudiados, sin embargo se evidenciaron diferencias en algunos reactivos que se discutirán a continuación.

Estas diferencias se encontraron entre otros, en el reactivo No. 8, el cual a la letra dice: "le tengo miedo a la muerte". En este reactivo el grupo 1 (invidentes), obtuvo puntajes inferiores a los del grupo 3 (crisis convulsivas). Dichas diferencias pueden tener su origen en que el sujeto invidente es una persona con un padecimiento que se puede considerar estable, lo que le ha permitido concientizar y adaptarse a un estilo dentro del cual sus expectativas de vida y desarrollo pueden alcanzar niveles que le permitan un desenvolvimiento adecuado dentro de un grupo social. En contraste a esto, el anciano con crisis convulsivas no ha podido establecer un ritmo de vida que le permita una mayor interrelación social y expectativas de vida, ya que después de cada crisis es un volver a empezar, un tratar de ajustarse y adaptarse nuevamente. El anciano con este padecimiento ha visto en sí mismo y en otros, como crisis tras crisis su deterioro físico y mental es mayor y sus habilidades van disminuyendo a un paso más acelerado que

el deterioro llamado "normal". Posiblemente este proceso acelerado provoque la ansiedad y el deseo de finitud.

El reactivo No. 9, dice "Ser anciano significa ser inútil para el trabajo". En este, el grupo de hombres invidentes obtuvo puntuaciones significativamente mayores que el grupo diagnóstico de hombres, ésta diferencia de puntuación se podría ubicar dentro de un contexto social, toda vez que dentro de ámbito clínico, la única y sí, gran diferencia es la percepción de estímulos visuales, sin embargo; todos los demás elementos del engranaje fisiológico se encuentran en igualdad de circunstancias.

Retomando el fundamento de este trabajo, sabemos que nuestra sociedad es permisiva y tolerante, en relación a la conducta y desarrollo de un hombre, más sin embargo, esta permisibilidad no es concedida a aquellos elementos que no tengan o carezcan de algo (sentido de la vista), volviéndose hacia ellos sobreprotectora y en algunos casos represiva, impidiendo de esta forma, que este individuo pueda explotar en un alto grado sus potencialidades físicas y psicológicas que le permitan tener mayores expectativas de desarrollo ya que estas oportunidades llegan tarde, toda vez que el invidente productivo no lo es desde temprana edad, sino que aprende y empieza su desarrollo, en el mejor de los casos, cuando logra desligarse en cierto grado del núcleo social en el que se ha desarrollado y el cual por circunstancias ya mencionadas, no le habían permitido o facilitado el

aprendizaje de alguna actividad que le favorezca en su integración al mundo productivo; buen número de estos ancianos invidentes no han logrado el aprendizaje y/o la liberación del medio, ya que también en estos aspectos las Casas de Protección Social son sobreprotectoras. Tal vez esto sea causa de que el invidente se sienta inútil, desconfiado, trate de controlar su entorno a través de procesos obsesivo-compulsivos y conductas francamente infantiles.

Así también encontramos en el reactivo No. 9 el grupo 3 sexo 2, (mujeres con crisis convulsivas) obtuvo puntuaciones significativas en relación al grupo diagnóstico de hombres. Es sabido que a través de la evolución de nuestra sociedad, la mujer ha desempeñado un rol que aún hoy día conserva aunque con ciertos cambios, matices y/o atavismos los cuales entran su desarrollo en el cuidado de los hijos, del hogar, de la atención y prevención de las necesidades del hombre, es la mujer quien dentro de su núcleo social asiste y brinda cuidados a enfermos, desvalidos y trabaja para la obtención de las necesidades de su comunidad, logrando con esto sentimientos de satisfacción y bienestar; sin embargo, estas mujeres dentro de las Casas de Protección Social adoptan, o posiblemente le son asignadas actividades que las transforman en seres dependientes, ya que en el mejor de los casos se dedican a actividades y labores simples y rutinarias. Si a este rompimiento de rol social aunamos en

deterioro normal debido a la edad, el deterioro secundario a su padecimiento y la sobreprotección que se les está brindando (sobreprotección que provoca pasividad, conformismo y atrofia de habilidades), esto probablemente genere que la percepción de si misma con respecto al trabajo sea de una total inutilidad; en contraste a esto el anciano clinicamente sano con base en las habilidades que pudo aprender y desarrollar a lo largo de su vida, tiene posibilidad de plantearse expectativas laborales que le permitan una constante interacción con su medio.

Con base en lo anterior, se puede decir que los ancianos que se encuentran en las Casas de Protección Social, son sujetos cuyas expectativas de vida nunca han sido planeadas, viviendo día con día como si este fuera el último, mostrando pasividad, e indiferencia ante circunstancias propias y del medio, las cuales le afectan directa o indirectamente sobre su existencia. Es pues, deber de éstas instituciones proveer de los medios y condiciones que permitan al anciano plantearse expectativas de vida reforzando éstas a través de programas terapéuticos su autoestima y su conciencia social con lo que podría llegarse a que aceptara su condición de indigente y que ésta no sea una carga o estigma que ocasione la pasividad, indiferencia y abandono, sino que por el contrario, tenga un panorama suficiente dentro del cual pueda aprender y alcanzar metas durante el tiempo que le quede de vida,

logrando con esto un sentimiento de bienestar y sobre todo una aceptación de sí mismo.

La inquietud que propició el estudio de estas poblaciones nace del desconocimiento tal que estas Casas de Protección Social tienen de los ancianos, de sus conductas y el porqué de éstas; si bien es cierto que se cuenta con el conocimiento adquirido a través de la convivencia diaria con ellos, también es cierto que el conocimiento científico y fundamentado no se tiene.

Entre toda una gama de problemas a los que se enfrentan estas Instituciones sobresale uno por su gran relevancia y trascendencia y que es el momento en el cual el anciano se abandona y pierde el interés en sí mismo y el mundo que lo rodea, en este momento, el anciano se priva de alimentos, abandona su autocuidado, somatiza trastornos que no tienen un antecedente fisiológico llegando este momento a la gravedad de su estado de salud culminando todo con la muerte, es aquí en donde surge la necesidad apremiante de estudiar y conocer la dinámica tan especial del anciano indigente, de conocer poco a poco puntos relevantes de su personalidad y concepción de sí y del mundo que le rodea.

El presente estudio considero cumplió sus dos grandes objetivos, por un lado iniciar el estudio del anciano indigente y por el otro conocer su actitud ante un hecho trascendente e irremediable que es la muerte.

Durante el desarrollo de esta investigación se enfrentaron un sin fin de limitantes considerando la de mayor significancia la de el tamaño reducido de la muestra; pero encontrar ancianos indigentes, con crisis convulsivas, clinicamente sanos, que no presentaran ningún síndrome anexo y además con la condición de indigente no es una tarea fácil, ya que en el Distrito Federal y muy probablemente en toda la República Mexicana no existen otras Instituciones que se dediquen a la atención del anciano indigente.

Es pues menester continuar y profundizar en la investigación de estos indigentes y colaborar para que estas Instituciones puedan cumplir con sus objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACEVEDO, C. Y MULLINARI, S. (1981) "El Anciano Indígena" Primer Simposium sobre Problemas de la Vejez México Unión de Instituciones de Asistencia Privada, México.
- 2.- ALAMILLA, P. (1981) "Envejecimiento y Vejez" Un punto de vista psiquiátrico México G.E.M.A.C. Cap. 1,4 y 6, México.
- 3.- BARD, P. (1967) "Fisiología Médica" La Prensa Médica Mexicana. México.
- 4.- BASCUE Y LAWRENCE (1977) "A study of subjective time and anxiety in the elderly" Omega Vol. 8 Págs. 62-68. Michigan.
- 5.- BEAVIOR, S. (1980) "La vejez" Hermes, México.
- 6.- CHAUCHARD, P. (1977) "La Muerte" Paidós, Buenos Aires.
- 7.- CORONA, C. (1981) "El Problema de la Muerte en la Tercera Edad Desde la Perspectiva Psicológica" Revista de Psicología General. México.
- 8.- CRONBACH, L. J. (1949) "Essentials of Psychological Testing" Harper and Brothers. New York.
- 9.- DE LA TORRE, C. (1982) "La importancia del arte de envejecer" III Congreso Nacional G.E.M.A.C. México.

-
- 10.- DEL CAMPO, S. (1975) "Diccionario de Ciencias Sociales"
Instituto de Estudios. Madrid.
 - 11.- DESDREN, J.M. (1976) "Age and Finiture" New York, N.Y."
 - 12.- DUACOSTELA, R. (1983) "Informes Sobre la Tercera Edad"
De Bolsillo. Barcelona.
 - 13.- FONSECA, H. (1982) "Actitud Hacia la Muerte en Dos Grupos de Ancianos" U.I.A. Tesis Profesional, México.
 - 14.- FREUD, S. (1913) "Totem y Tabú" en obras completas
Biblioteca Nueva Madrid, Tomo 2, Madrid.
 - 15.- FRIEDMAN, M., HAROLD, K., SADOCK, B. (1983) "Compendio de Psiquiatria" Salvat. Barcelona.
 - 16.- FUENTES, L. Y FUENTES, R. (1978) "Salud y Vejez" El
Caballito. México
 - 17.- GALICIA, F. (1982) "Anciano y Sociedad" III Congreso
Nacional G.E.M.A.C. México.
 - 18.- GARNICA, E. (1982) "Actitud hacia la muerte en 4 grupos de edades diferentes de ambos sexos" U.I.A. Tesis Profesional, México.
 - 19.- GIRON, M. M. (1982) "Gerontología y Geriatria Social"
Ed. José Pineda Ibarra, Madrid.
 - 20.- GODOY, E. (1981) "Antes del Alba el Atardecer" Jus.
México,

- 21.- GOMEZ, F. (1982) "Actitud Hacia la Muerte en Dos Grupos de Ancianos de Nivel Socioeconómico Bajo y Alto" U.N.A.M. Tesis Profesional. México.
- 22.- GOMEZ, L. (1981) "Revista de Psicología General" Vol (3), Págs. 19-26. México.
- 23.- KERLINGER, F.N. (1982) "Investigación del Comportamiento, Técnicas y Metodología" Interamericana, México.
- 24.- LEHR, V. (1980) "Psicología de la Senectud" Herder. Barcelona,
- 25.- MYSKA Y PASEWARK (1978) "Death concept of residential a non residential rural aged ferions" Psychology reports Vol. 43. Págs. 202-211. New York.
- 26.- PETERSON, M.S. (1977) Retrospectiva sobre la Muerte y el Anciano "Anual Review of Psychology" Vol. 28 Págs. 114-120. New York.
- 27.- RAMIREZ, A. 1975 "Las Culturas Prehispánicas en la Religiosidad Popular en México" Quinta Semana de Estudios Teológicos, Paulina, S. A., México.
- 28.- Citado en: RIVAPALACIO, V. (1962) "México a Través de los Siglos" Tomo I Editorial Cumbre. México.
- 29.- SHRUT, S. D. (1978) "Concept toward old age and death" Mental Hygiene Vol.42. Págs. 122-130. New York.

-
- 10.- SILVA, V. M. (1984) "Religión y Actitud hacia la muerte en un grupo de ancianos" Tesis U.N.A.M. México.
- 11.- SORIA, M. (1980) "Estudio Preliminar Sobre el Proceso de Envejecimiento" U.I.A. Tesis Profesional, México.
- 12.- STEIGLITZ, E. (1964) "Geriatric Medicine" Philadelphia J. B. Lippicote Co., Michigan.
- 13.- SWENSON, W.M. (1976) "Concept Toward Death in Ancian Age Population" Journal Gerontology Vol. 16 Págs. 74-82. Philadelphia.
- 14.- SZEKELY, B. (1966) "Los Test Manual de Técnicas de Exploración" Psicología. Szekely, B. Kapelusz. Tomo I Buenos Aires.
- 15.- WEISSMAN Y KASTEMBAUM (1976) "Autopsy a study of terminal phase of life" Citado en Kastembaum, R., New York.
- 16.- WOLTERECK, H. (1962) "La vejez segunda etapa de la vida del ser humano" Fondo de cultura económica México,
- 17.- ----- (1976) "La Ancianidad, Recuperación de la Vida Preparación para la Muerte" Primer Congreso Nacional de Geriatria G.E.M.A.C. Catalogo, Mexico.

NOMBRE: _____

Edu. CIVIL: _____

EDAD: _____

DIAGNOSTICO MEDICO: _____

SEXO: _____

- 1.- En general, mi salud es:
- a) Buena () b) Regular () c) Mala ()
- 2.- Me gusta esta etapa de mi vida:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 3.- La vida es más tranquila en la vejez:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 4.- Los ancianos pensamos más en la muerte que los jóvenes:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 5.- Si tuviera la oportunidad, haría lo imposible por rejuvenecer:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 6.- Considero que todas las personas debemos prepararnos para morir:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 7.- La época que vivo es la mejor de mi vida:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 8.- Le tengo miedo a la muerte:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 9.- Ser anciano significa ser inútil para el trabajo:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 10.- Me da lo mismo morir que seguir viviendo:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 11.- Me adapto fácilmente a la vida moderna:
- a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 12.- La jubilación es un descanso:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 13.- Cuando pienso en la muerte trato de distraerme:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 14.- Pienso que todas las personas deberíamos tener una ocupación en la vejez:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 15.- Considero que la muerte es un tema que se debe tratar:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 16.- Me siento orgulloso de mi edad:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 17.- Por los cambios que ha tenido mi cuerpo, me siento desagradable ante los demás:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()
- 18.- No temo a la muerte porque es una liberación:
a) De acuerdo () b) Indeciso () c) En desacuerdo ()

A N E X O 2

VACIADO DE LOS DATOS DE LA CALIFICACION DEL INSTRUMENTO
DE MEDICION DE ACTITUDES

No.	EDAD	SEXO	GRUPO	P E A C T I V O S														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15