



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**EMOCIÓN DE CULPA Y ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO  
EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD.**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A :  
GUADALUPE GABRIELA JIMÉNEZ BATRES**

**JURADO DE EXAMEN:**

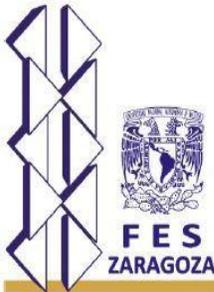
**TUTORA: DRA. RAQUEL DEL SOCORRO GUILLÉN RIEBELING**

**COMITÉ: LIC. FÉLIX RAMOS SALAMANCA**

**MTRA. ALMA LIDIA MARTÍNEZ OLIVERA**

**DRA. BLANCA INÉS VARGAS NÚÑEZ**

**MTRA. ANA LILIA MUÑOZ CORONA**



**MÉXICO, D.F.**

**JUNIO 2014**

Esta investigación forma parte del proyecto: Proclividad a las emociones de culpa y vergüenza, estrategias de enfrentamiento y su relación con la percepción del índice de masa corporal en mujeres y hombres, que pertenece al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT), proyecto IN302112, financiado por DGAPA, UNAM.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

*A Dios.*

Por la vida, mi familia y mis amigos.

*A mi Mamá y mi Papá*

Por ser un ejemplo de vida en donde con esfuerzo  
y constancia puedo lograr cualquier cosa.  
Además de la paciencia, amor y apoyo incondicional,  
por la confianza para dejarme decidir el camino de mi vida.

*A mi hermano.*

Por ser mi amigo y mi papá, por esas travesías,  
consejos, confianza y apoyo incondicional.

*A mi hermana.*

Por ser mi amiga y madre,  
nuestras peleas, risas y tus consejos.

*A mis amigos.*

Porque son especiales a su manera, con carácter difícil,  
raros, enérgicos, a veces muy simples, a veces muy dulces,  
sin embargo, son los mejores amigos que pude haber tenido.

*A mamás y abuelitas de mis amigos.*

Por abrirme las puertas de sus hogares, aconsejarme  
y alimentarme como si fuera una más de sus hijas.

*A mis tutores.*

Por demostrarme que siempre se puede mejorar.

*A la Universidad Nacional Autónoma de México.*

Por brindarme la oportunidad de conocer gente brillante,  
que ejerce su vocación con amor y dedicación.

*Al Proyecto PAPIT.*

Por el apoyo y confianza a los estudiantes para  
finalizar una etapa importante e iniciar una nueva.

*Gracias.*

## INDICE

R e s u m e n .....	5
Introducción.....	6
Capítulo I: Desarrollo humano. Etapas de la vida:.....	9
1.1 Infancia.....	9
1.2 Niñez.....	9
1.3 Adolescencia.....	10
1.4 Juventud.....	10
1.5 Adulthood.....	10
1.6 Vejez.....	11
Capítulo II: Tercera edad. Factores biológicos.....	14
2.1 Condiciones de salud.....	15
2.2 Cambios físicos.....	15
2.2.1 Enfermedades crónico-degenerativas.....	20
2.3 Mortalidad.....	21
2.5 Nutrición.....	22
2.5 Cambios psicológicos.....	23
2.6 Trastornos de conducta la alimentaria.....	26
2.7 Calidad de vida.....	27
Capítulo III: Situación de las personas durante la vejez.....	30
3.1 Atención a personas de la tercera edad.....	31
3.1.1 Positiva.....	31
3.1.2 Negativa.....	33

Capítulo IV: Emociones.....	37
4.1 Culpa.....	40
4.2 La emoción de culpa: sus expresiones.....	42
Capítulo V: Estrategias de enfrentamiento.....	44
Capítulo VI: Método.....	53
Pregunta de investigación:.....	53
Objetivo general.....	53
Objetivos específicos.....	53
Diseño.....	54
Muestreo.....	55
Instrumento.....	55
Procedimiento.....	55
Resultados.....	56
Discusión.....	63
Conclusiones.....	69
Referencias Bibliográficas.....	72

## **Resumen.**

En los últimos años, se ha invertido la pirámide poblacional en todo el mundo, por lo que cada vez habrá menos jóvenes y más ancianos, al aumentar el envejecimiento demográfico también se hace necesaria una adaptación a los diversos cambios sociales, biológicos y psicológicos que conllevan dicha etapa. Las emociones son necesarias para el bienestar de las personas pues les ayudan en la adaptación ante situaciones o problemas sociales que transcurren durante la vida. La culpa es una emoción útil moralmente pues produce un sentimiento de arrepentimiento y responsabilidad por los actos cometidos que dañan a otros, sin embargo, es necesario que disminuya y no quedarse con dicha emoción, pues de lo contrario sería inútil. El objetivo de esta investigación fue identificar las situaciones que provocan la emoción de culpa y las estrategias de enfrentamiento que utilizan ante dichas situaciones las personas de la tercera edad. La presente investigación se llevó a cabo con un total de 400 participantes (200 hombres y 200 mujeres), mayores de 60 años, quienes contestaron el cuestionario tipo encuesta PACUL-4 (Guillen-Riebeling, 2012), para saber ante qué situaciones sienten culpa y qué estrategias de enfrentamiento utilizan cuando sienten la emoción de culpa. Finalmente se muestra la importancia de aumentar las investigaciones en personas de la tercera edad para así intervenir adecuadamente en las problemáticas que surgen durante la vejez y mejorar su bienestar en el aspecto emocional.

**Palabras clave:** emoción, culpa, tercera edad, estrategias de enfrentamiento.

## Introducción.

En la actualidad, las investigaciones sobre niños, adolescentes y mujeres con relación a sus emociones tienen gran relevancia entre las temáticas a investigar, dejando de lado a una población a la que no se le ha brindado la atención necesaria y son las personas de la tercera edad\*, por lo que hay escasas investigaciones con respecto a la emoción de culpa y las estrategias de enfrentamiento o afrontamiento<sup>o</sup> para la diversidad de problemas que les acaecen durante esta etapa de la vida, en la cual se presentan una variedad de cambios tanto físicos como sociales que les afectan psicológicamente, ya que al envejecer hay una pérdida en varias de sus habilidades y capacidades, cambiando a su vez el estilo de vida en los ámbitos económicos, sociales, físicos y psicológicos, que los lleva a una pérdida de independencia, a sentirse, en la mayoría de los casos, inútiles, como si fuesen una carga y sin poseer las estrategias necesarias para saber cómo enfrentar estas situaciones.

En el mundo se observa un envejecimiento demográfico cada vez más notorio, donde hay menos nacimientos y una mayor cantidad de personas de la tercera edad, además de que los servicios de salud y las condiciones actuales han hecho que la esperanza de vida sea cada vez mayor. En la sociedad actual, es donde prevalecen los prejuicios en torno a las personas de la tercera edad, haciendo que muchas veces los mismos familiares sean quienes desprecien y no se preocupen por conocer las necesidades de sus mayores, llevándolos al olvido tanto en aspectos de salud, como emocionales y sociales. Por lo que se hace necesario que los profesionales de la salud y otras áreas afines, dirijan sus investigaciones a la intervención y el enfrentamiento de las problemáticas que surgen en esta etapa de la vida y así mejorar su calidad de vida en aspectos psicológicos, culturales y sociales.

---

\* Aunque existen diversas denominaciones para las personas mayores de 60 años, en la presente investigación se utilizará "personas de la tercera edad".

<sup>o</sup>En la literatura, existen diversas formas de traducción al término *coping*. Lazarus & Folkman (1991) utilizan afrontamiento, Díaz-Guerrero (1994), usa estilos de afrontamiento, en cambio, McConell (1988) y Guillén-Riebeling (2012) utilizan enfrentamiento (Reyes, 2001 en Zavala, 2007).

Aunque hay personas mayores de 60 años que viven y llevan una vida relativamente activa y buena, también se encuentran los que tienen una diversidad de problemas económicos, emocionales y sociales, especialmente cuando el envejecimiento es acompañado por la enfermedad, donde la situación afecta aún más en su vida cotidiana, pues al llegar a la vejez padeciendo un problema de salud se disminuye notoriamente su calidad de vida; entre las enfermedades que pueden adquirir se encuentran las enfermedades crónicas no transmisibles, que tienen un proceso lento y costoso además de que puede producir discapacidades, lo que a su vez, se verá reflejado en pensamientos negativos de autoreproche y culpa, sintiéndose objetos de actitudes hostiles o de desagrado hacia los demás, siendo dichas situaciones las que pueden producir posteriormente alteraciones psicoafectivas, depresión, trastornos de la alimentación, ansiedad, rechazo a su imagen corporal, entre otros (Naenen, 2001; Kaufer, 2010).

Lazarus & Folkman (1991), mencionan que las estrategias de enfrentamiento son habilidades que parten de la capacidad de comunicación y el actuar con otras personas, lo que facilita la resolución de problemas al interaccionar socialmente, posibilitando el desarrollo, la creación o modificación de nuevas estrategias adaptativas. En personas de la tercera edad, el uso de estrategias de enfrentamiento se verá reflejado de acuerdo a su funcionamiento social, por lo que mientras más y mejor adaptado se encuentre la persona, mejor funcionará socialmente y obtendrá por lo tanto, más recursos para sentirse mejor consigo mismo.

No existe suficiente información para mejorar las condiciones de vida, de salud, psicológicas, emocionales y sociales en personas de la tercera edad, siendo deber de los psicólogos la identificación y creación de estrategias, además de la implementación de programas que mejoren la salud mental y así lograr que lleven una vejez digna y en lo posible, saludable. En vista de todas estas situaciones, se consideró importante obtener información sobre qué situaciones provocan la emoción de culpa a las personas de la tercera edad y qué estrategias de

enfrentamiento son las que emplean para resolver, disminuir o dejar de sentir la emoción de culpa ante dichas situaciones.

La culpa, se presenta como un conflicto moral interno junto a un deseo de perdón que únicamente llegará una vez que se confiese (Kaufman, 1994), Freud (En Reidl & Jurado, 2007), afirmaba que la culpa es negativa para el individuo pues desata una necesidad de castigo, y una serie de mecanismos de defensa que desencadenan en múltiples síntomas y conductas desadaptativas que finalmente terminan en la presencia de patologías psíquicas.

El estilo de vida que se haya llevado durante etapas previas de la vida influirá durante el envejecimiento, pudiendo tener una vejez activa o inactiva, y dicha situación los puede llevar a generar emociones negativas pues tienen más probabilidades de padecer enfermedades que los lleva a perder su autonomía, que el cuerpo se deteriore, dependencia, entre otros (Vázquez, 2004). Dichas situaciones traen pensamientos del pasado de cosas que les aquejan, duelen o lastiman, además de depresiones, angustias y culpa, (Dionne, 2004), por lo que se hace necesaria una forma de adaptarse para resolver dichas situaciones mediante el uso de estrategias de enfrentamiento adecuadas a cada situación.

En el capítulo I se hace una reseña de las etapas de la vida de los individuos, desde la niñez hasta la vejez, describiendo brevemente su desarrollo humano. El capítulo II revisa las condiciones de salud, los cambios físicos, psicológicos y posibles trastornos a las que son proclives las personas de la tercera edad, además de cómo estos repercuten en su calidad de vida y la mortalidad. Durante el capítulo III se analizan los riesgos negativos a los que están expuestas las personas de la tercera edad y cómo también existen atenciones positivas. Las emociones y haciendo énfasis en la emoción de culpa se describen en el capítulo IV junto con las expresiones ante dicha emoción. Finalmente, en el capítulo V, se realiza una descripción de las estrategias de enfrentamiento desde la teoría de diversos autores, estrategias que pueden ser utilizadas por las personas de la tercera edad ante la diversidad de situaciones provocadoras de culpa.

## **Capítulo I: Desarrollo humano. Etapas de la vida.**

El desarrollo humano es el estudio científico que investiga cómo cambian las personas y cómo permanecen algunas de sus características con el tiempo, en el ser humano, los factores durante su desarrollo son principalmente el desarrollo físico, intelectual o cognoscitivo, el social y la personalidad (Papalia, 1997).

El desarrollo físico se refiere a los cambios corporales, cerebrales y las habilidades motrices y sensoriales que influyen en el intelecto y la personalidad; el desarrollo intelectual son los cambios en el aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y el lenguaje; los cambios sociales se refiere a los cambios experimentados en relación con los demás; y en cuanto a la personalidad con la que la persona se relaciona y expresa sus emociones (Papalia, 1997).

Winkler (2003 en Pinzón, 2006), menciona cinco etapas de la vida que son la infancia, adolescencia, joven adulto, adulto maduro y vejez. Y aunque existen diversos autores que han planteado diferentes etapas, no hay un acuerdo que determine cuantas, cuáles y cuánto tiempo duran pues hay diversos factores culturales, sociales e individuales que influyen durante el desarrollo.

### **1.1 Infancia.**

Es la etapa que abarca los primeros años desde el nacimiento hasta los seis o siete años de vida. El niño experimentará en su entorno para adaptarse, además de que durante esta etapa la adquisición del lenguaje comienza a aparecer (Pinzón, 2006).

### **1.2 Niñez.**

Etapa de seis a los doce años, se da un primer contacto con el mundo y la sociedad para enseñarle los conocimientos básicos para su formación personal; el niño ingresa a la escuela para comenzar a convivir con otros niños de su edad a socializar, aprender y desarrollar valores como el respeto, amor, amistad, entre otros (Pinzón, 2006)

### **1.3 Adolescencia.**

Se considera que inicia aproximadamente a los doce años en las mujeres y trece años en varones, presentan inquietud y rebeldía ante las reglas para cambiar el mundo a su manera; inicia la pubertad y se presentan cambios físicos entre los que se encuentran un aumento de estatura y peso, cambio de voz y aparición de senos, caderas y vello púbico en las mujeres; aumento de fuerza, músculos y ancho de espalda en hombres. También se presentan cambios en el pensamiento lógico volviéndose más objetivo y racional, además de ser una etapa donde van descubriendo y adoptando valores (Pinzón, 2006; Ramírez, 2008).

### **1.4 Juventud.**

Aunque se muestra más madurez que en la etapa de la adolescencia, todavía no se llega a la madurez de un adulto, dicha etapa está conformada entre los 18 a 25 años y es cuando los aspectos de su personalidad se integran. El joven desarrolla su personalidad alcanzando logros de estabilidad social y personal, razonando, meditando más, tiene ideas e iniciativas propias, sus metas se clarifican (Pinzón, 2006).

### **1.5 Adulthood.**

Comprendida entre los 25 a 60 años, como en las etapas anteriores su inicio y fin dependerán de factores ambientales y personales. Se alcanza una plenitud en el desarrollo psíquico y biológico con personalidad, carácter seguro y firmeza, además de controlar su vida emocional para enfrentar sus problemas mejor que en etapas anteriores. Es más adaptable a su vida social y cultural, forma su propia familia comportándose con eficacia y gran sentido de responsabilidad (Pinzón, 2006; Ramírez, 2008).

## 1.6 Vejez.

De manera genérica se denomina vejez a la etapa de desarrollo que se encuentra arriba de los 60 años, sin embargo, para referirse a estas personas pueden usarse términos como adulto mayor, anciano o de la tercera edad, siendo utilizado durante este estudio el término persona de la tercera edad. Es conveniente hacer distinción entre los conceptos: envejecimiento y vejez, dicha distinción se encuentra en relación al término “proceso”, la vejez es un estado de ser, mientras que el envejecimiento es un proceso en el que se dan cambios. Además de que, a la vejez se le considera como un cambio, y envejecer comprende todas las modificaciones morfológicas, fisiológicas, y psicológicas que aparecen como respuesta al transcurso del tiempo; es un fenómeno de deterioro orgánico global, al que se une la edad cronológica con el retroceso biológico (Amezcuca, 1995; Gonzales, 1994).

Así, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2003), una de las definiciones más aceptadas es la que conceptúa al envejecimiento como el “conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los organismos vivos”. Dichas modificaciones no se presentan de forma repentina y conjunta en una persona por el hecho de alcanzar una determinada edad, cambiar de situación laboral o padecer ciertas enfermedades, de hecho, aunque el envejecimiento es un proceso universal, ya que afecta inevitablemente a todos los seres vivos. Presenta una variación individual pues no todos envejecen al mismo tiempo, ni de la misma forma, las personas envejecen a ritmos diferentes y es influenciado por las circunstancias de la vida, el medio ambiente, la calidad de vida que lleva la persona, la alimentación y la exposición a factores estresantes, entre otros, por ello se dice que el envejecimiento comienza a partir de la concepción y termina con la muerte (Ramírez, 2008).

En otros casos para la descripción de la vejez, se toman en cuenta tres tipos de edad: la edad biológica, que ese refiere a la esperanza de vida; la edad

psicológica, que estudia en qué medida las personas mantienen conductas adaptativas; y la edad social, que se refiere a los roles desempeñados por un individuo con relación a las expectativas de su entorno social (Krassoievith, 1993).

Como un ejemplo para los casos donde el proceso de envejecimiento está enmarcado por la edad cronológica, es en el caso de México donde se reconocen como adultos mayores a las personas de 60 años en adelante, de acuerdo con el Instituto Nacional para los Adultos Mayores (INAPAM, 2012). Mientras que la OMS (2001), los clasifica por edad, de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejos o ancianos y las que sobrepasan de los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos.

La CONAPO (1999), los divide en cuatro grupos según características específicas de las personas de la tercera edad: de 60 a 64 años como el inicio de la vejez, donde aún se encuentran en buen estado físico y en condiciones productivas para continuar trabajando; de 65 a 74 años, conocidos como la tercera edad funcional, es población que aún se encuentra económicamente activa; de 75 a 84 años, es donde inicia el decrecimiento en las funciones, pudiendo ser una pérdida gradual o total de los sentidos de la vista, oído o gusto; cuando poseen más de 84 años, los cambios en el organismo son manifiestos, hay menor capacidad de adaptación, mayor riesgo inmunológico y menor capacidad defensiva.

La Organización Panamericana de la Salud (2001, en Gutiérrez, 2004), concibe el envejecimiento como un proceso de interacción entre el individuo y una realidad contextual que se encuentra en un proceso de permanente de cambio. Así, el individuo hace un esfuerzo constante por alcanzar el nivel adecuado de adaptación y equilibrio entre sus cambios biofisiológicos y los que ocurren en el medio socioeconómico y cultural de la persona. Desde la perspectiva funcional, el anciano sano es aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio a un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

En los últimos años se ha incrementado la expectativa de vida, esto junto al uso de anticonceptivos más eficaces, la educación sexual que se brinda desde edades

reproductivas a hombres y mujeres, entre otras situaciones, han producido una disminución de nacimientos que a su vez han contribuido al aumento en el número de personas que llegan a edades avanzadas. Los cambios sociales de status y rol que se tienen culturalmente, son expresados en la vida diaria de las personas, en el caso de las personas de la tercera edad se observan cambios negativos cuando son dejados de lado en ámbitos familiares, sociales y económicos, todo esto aunado a la disminución de sus capacidades físicas relacionadas con su incremento de edad, favorecen una identidad socialmente construida de una persona que será definida con características de “inutilidad, deterioro físico y dependencia” (Orozco, 1998: 304).

Para Mercado (1996), la experiencia del padecimiento es de naturaleza subjetiva e incluye la percepción y organización que hacen los individuos en torno a tres aspectos de su vida, siendo estos: los efectos sobre el cuerpo y los estados emocionales que conlleva dicha situación; los cambios provocados en las diversas situaciones de la vida del sujeto y que además involucran a sus redes sociales cercanas; la categorización y significado del padecimiento, dependerán de las circunstancias y contextos que viven las personas. Sin embargo, en la sociedad actual donde se desarrollan las personas de la tercera edad se cuentan en la mayoría de los casos con estereotipos negativos, y dichos pensamientos influirán inevitablemente en las actitudes y comportamientos de los ancianos.

## **Capítulo II: Tercera edad. Factores biológicos.**

Los avances de la ciencia médica, la nutrición y apoyo a poblaciones más desfavorecidas han hecho que la esperanza de vida en México se incremente de manera considerable: aumentó de 44.8 años entre 1970 y 2012, para ubicarse en la actualidad en un promedio de 75.4 años; en mujeres a 78 años y hombres a 73 años. En el año 2025, la población con edades mayores a 60 años en el país será del 13%, para el 2050, con una población de 132 millones, uno de cada cuatro habitantes será considerado de la tercera edad (INEGI, 2012).

El Boletín del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores (2012), presenta estadísticas donde muestran que la población de personas mayores de 60 años en América Latina era aproximadamente de 57.1 millones de personas, lo que equivaldría al 9.9% de la población total, de esa población, el 54.9% eran mujeres y el 45.1% hombres; calculándose que 3 de cada 10 mujeres mayores latinoamericanas tenían en el 2010, 75 años o más. Además, que con la información de 20 países se confirma que el 83% del total de las mujeres mayores vivían en zonas urbanas y el 17% vivía en zonas rurales. En México, al incrementarse la población adulta se observa una inversión de la pirámide poblacional donde cada vez habrá menos jóvenes y más ancianos.

La ENSANUT (2012), muestra que hay una predominación de personas de la tercera edad femeninas con una relación de 87.6 hombres por cada 100 mujeres; también resalta que la mayoría de la población tiene un nivel de escolaridad bajo, pues un 25% informó no tener estudios, el 53.7% completo la primaria y sólo un 20% tiene estudios de secundaria y más. La mayoría de las personas de la tercera edad tiene pareja o son casados en un 60.5% de los casos; y existe una predominación de mujeres viudas con un 37.6%.

## **2.1 Condiciones de salud.**

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), indica que en las personas de más de 65 años, el padecimiento crónico más frecuente es la hipertensión con un 35.6%, seguido de la diabetes con un 17.5%, y en tercer lugar las enfermedades del corazón con una frecuencia del 10%. Presentando una prevalencia mayor en las mujeres que en los hombres. Aun así, se estima que para el 2050 el 28% de la población estará conformada por personas de la tercera edad.

## **2.2 Cambios físicos.**

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento puede iniciar mucho antes, desde una época de la vida en la que todavía se pueden considerar adultos, sin embargo, se conserva el estereotipo de que el envejecimiento equivale a pérdidas. Por lo que Strehler (1962, en Belsky, 1996), sugiere utilizar diversos criterios para decidir si un cambio físico concreto puede considerarse como básico del envejecimiento, entre dichos criterios se menciona que el cambio deberá empeorar el funcionamiento; debe ser progresivo, volviéndose gradualmente más intenso a medida que transcurren los años; debe ser universal, afectando a todos los miembros de nuestra especie; y el hecho más importante de estos cambios está en su inevitabilidad, es decir, que no se puede erradicar a menos que se pudiera alterar el proceso biológico causante del envejecimiento.

Cuando los cambios físicos experimentados con la edad avanzada se producen de forma moderada, se denomina envejecimiento normal, pero cuando esos cambios son exagerados o extremos se denominan enfermedades crónicas y aunque un cambio fisiológico no se convierta en una enfermedad crónica concreta si llega a debilitar a la persona, haciéndola más susceptible a diversas enfermedades, por lo que aumentará la posibilidad de desarrollar enfermedades a medida que avanza la edad (Belsky, 1996).

Marín (2003), enumera de forma general estas modificaciones orgánicas que se producen durante el envejecimiento. Sin embargo, es importante recalcar que el

envejecimiento al ser un proceso de variabilidad individual, no aparecerán todas las características de forma conjunta en todos los individuos, pues no todos los órganos o sistemas envejecen al mismo ritmo:

*Apariencia física, postura y marcha.* Durante el envejecimiento se presenta una disminución en la masa muscular y el agua corporal. La distribución de grasa se modifica disminuyendo en la cara y el cuello, acumulándose en el abdomen y caderas. El peso alcanza su máximo a los 50 años, disminuyendo posteriormente un 20% aproximadamente. Estos cambios modifican la apariencia física y disminuyen la fuerza muscular y suponen una menor resistencia ante la deshidratación. La estatura disminuye debido a cambios que acontecen en la columna vertebral, disminuyendo aproximadamente de 5-6 cm para las mujeres y 3-5 cm para los hombres (Gac, 2000; Marín, 2003:29; Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009). Entre los 30 y los 80 años se pierde del 30 al 40% de la masa muscular, dicha pérdida va acelerándose con la edad, haciendo que la fuerza muscular disminuya con los años. La osteoporosis se hace presente y las uñas reducen su crecimiento, aumentan su grosor volviéndose opacas (Gac, 2000).

*Órganos de los sentidos.* Las modificaciones en los órganos de los sentidos suponen un riesgo de sufrir situaciones con poder invalidante (aislamiento social, confusión, caídas) (Marín, 2003:29).

*Vista.* Este es uno de los sentidos más afectados por el envejecimiento y es el que más puede influir en la pérdida de la autonomía de las personas de la tercera edad, pues la órbita pierde contenido graso y causa el efecto de ojos hundidos, se producen alteraciones a nivel de retina, humor vítreo y cristalino que determinan disminución de la agudeza visual, presbicia (vista cansada), alta frecuencia de cataratas y glaucoma, disminución de la capacidad de adaptación al deslumbramiento entre otras (Gac, 2000; Marín, 2003:29). La ENSANUT (2012), menciona que quienes padecen dichos problemas son el 11.5% de las personas de la tercera edad a nivel nacional.

*Oído.* Disminuye la función de las células sensoriales, apareciendo presbiacusia (disminución de la audición). Hacen aparición las alteraciones del equilibrio (Marín, 2003:29). En la ENSANUT (2012), se informa que el 9.5% de las personas de la tercera edad padece un deterioro auditivo que aumenta conforme se avanza en edad siendo un 3.5% en las personas de 60 a 64 años y un 25.7% de 80 años o más. Un 3.7% de las personas de la tercera edad padece problemas de visión y audición.

*Gusto, olfato y tacto.* Hay una disminución en el número y la funcionalidad de las papilas gustativas y células sensoriales olfatoria que junto a la producción de saliva disminuida, condicionan una menor satisfacción por la comida. Se presenta una disminución en la agudeza táctil y la sensibilidad a la temperatura (Marín, 2003:29).

*Sistema nervioso.* El peso cerebral disminuye con la edad y el flujo sanguíneo se reduce un 20%. Se produce una pérdida neuronal variable, se disminuye el riego sanguíneo cerebral, el número de conexiones interneuronales, los neurotransmisores, la velocidad de conducción nerviosa y los reflejos. Los mecanismos de control como el de la sed, la temperatura o la regulación autonómica, se deterioran, haciendo sentir a la persona susceptible a la confusión mental, lentitud en los movimientos y respuestas, incoordinación en la marcha, aparición de temblor senil. El sueño se altera, causando dificultad en la conciliación del sueño, causando una reducción en las horas de sueño y por lo tanto en el efecto benéfico de descansar (Gac, 2000; Marín, 2003:29).

*Sistema cardio-vascular.* A nivel cardíaco se presentan modificaciones que determinan una disminución de la reserva cardíaca que conlleva a una respuesta escasa en situaciones de estrés, tendencia a disminución de la frecuencia cardíaca y mayor frecuencia de arritmias; el gasto cardíaco es menor, disminuyendo también la sangre que se distribuye a los demás órganos. A nivel vascular se produce un engrosamiento y pérdida de elasticidad de la pared arterial, en la que se depositan calcio y grasa. La onda del pulso es más perceptible,

debido a la rigidez; aumentando de forma progresiva la presión arterial (Marín, 2003:30).

*Aparato respiratorio.* Se atrofian los músculos respiratorios, disminuye el flujo sanguíneo que llega a los pulmones, provocando una disminución de la capacidad vital que se manifiesta ante situaciones de estrés, con déficit de oxigenación (Marín, 2003:30).

*Aparato digestivo.* A nivel bucal, hay una disminución de producción salival, lo que junto a la pérdida de dientes contribuye a una masticación deficiente, se produce una disminución para percibir sabores dulces y salados. Se presenta un enlentecimiento del tránsito digestivo, facilitando la aparición de alteraciones como el estreñimiento y a nivel de esfínter anal, hay una disminución en la elasticidad de sus fibras, derivando en incontinencia fecal (Gac, 2000; Marín, 2003:30).

*Aparato génito-urinario.* Disminuye el peso y volumen de los riñones, junto al menor aporte de sangre en los riñones y las propias alteraciones vasculares intrarrenales, se presenta una pérdida en la capacidad funcional del riñón, esto es importante pues el papel de este órgano es la eliminación de sustancias y mantenimiento del equilibrio de numerosas sustancias claves. La capacidad de la vejiga urinaria disminuye, junto al tono de su musculatura y los esfínteres de salida. El aumento de tamaño de la próstata en los hombres y la debilidad muscular del periné en las mujeres, contribuye, a la aparición de alteraciones como la incontinencia, la retención urinaria o la aparición de infecciones. La disminución en la producción de hormonas sexuales condiciona modificaciones en los caracteres sexuales; en la mujer disminuye el vello púbico, aumenta la flaccidez de los senos, se estrecha y acorta la vagina, disminuyen el tamaño de la vulva y clítoris, la mucosa vaginal se atrofia. En el hombre disminuye el tamaño del pene y testículos, distendiéndose la bolsa escrotal (Marín, 2003:30; Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009).

*Sistema endocrino.* En general, se presenta una disminución en la producción de las hormonas y una menor respuesta de acción (Marín, 2003:30).

*Sistema inmunitario.* La respuesta frente a estímulos es enlentecida y disminuida en intensidad, aumentando así la susceptibilidad a padecer infecciones (Marín, 2003:30).

Como consecuencia de estos cambios físicos existe una menor capacidad para realizar actividades básicas generando dependencia en las personas de la tercera edad, entre estas capacidades destacan las más elementales como comer, ir al baño, vestirse, caminar o asearse que son actividades necesarias para el autocuidado. También pierden la capacidad de hacer actividades como usar el teléfono, cocinar, usar transporte público o ir a comprar objetos básicos, entre otras cosas. La ENSANUT (2012), registró que un 26% de las personas de la tercera edad presenta dificultad para realizar las tareas de autocuidado mientras que un 24.6% tiene problemas con las actividades complementarias, presentando un incremento en la prevalencia de dichos problemas conforme avanzan en edad trayendo consigo baja autoestima, maltrato y abandono.

Es importante destacar que no todas las personas de la tercera edad presentan todos los cambios mencionados, pues las personas que a través del tiempo han llevado un estilo de vida saludable sin hábitos nocivos y con apoyo social que los ayuda a mantener expectativas, metas y valores para el cuidado de su salud, permanecen en mejores condiciones físicas y activas, que las personas que no tuvieron los cuidados necesarios, por lo que no todos los cambios presentes durante el envejecimiento incapacitarán (Morales, 1997).

### **2.3 Enfermedades crónico-degenerativas.**

Las enfermedades como la diabetes y la hipertensión constituyen una de las principales preocupaciones para las autoridades de salud del mundo, pues debido al estilo de vida adoptado por la población en los años recientes, se ha visto un

aumento considerable en dichas enfermedades que presentan un gasto económico alto para los servicios de salud y por parte de las personas de la tercera edad a un estilo de vida de menor calidad (Kaufer, 2010).

Una de las enfermedades crónicas más comunes es la hipertensión arterial, especialmente en el Distrito Federal se estima que existen 1 671 388 personas con esta enfermedad, de las cuales aproximadamente el 6% no se encuentran controlados, repercutiendo en gastos económicos elevados para los servicios de salud, en la disminución de calidad de vida de personas de la tercera edad y en algunos casos hasta de los familiares del paciente (Barragán & Saint, 2011).

Diversos estudios realizados en la segunda mitad del siglo XX dejan claro que la hipertensión es una enfermedad genética en la cual interactúan factores ambientales. Aunque también incrementa la prevalencia con la edad, pues las arterias con el envejecimiento reducen su elasticidad, incrementando su rigidez, lo cual aumenta las resistencias periféricas. Los cambios renales que condicionan pérdida de masa renal, la reducción en la depuración de agua, retención de sodio y aumento del volumen circulante, son situaciones que favorecen la elevación de los valores de presión arterial (Rubio, 2005).

Otra de las enfermedades crónicas más comunes es la diabetes que en la actualidad, es considerada la nueva pandemia del siglo XXI, pues constituye la 4° causa de muerte en los países desarrollados. La ocurrencia de diabetes va en aumento, en parte, debido al envejecimiento de la población, al incremento de la esperanza de vida, a una mayor exposición a los factores de riesgo conocidos y al estilo de vida que se lleva. Especialmente en el Distrito Federal se estima que existen 511,036 personas que padecen diabetes, cuyo 17% de la población no se encuentran controlados, repercutiendo en los gastos económicos para el servicio de salud y la disminución de la calidad de vida en el paciente y en la familia (Barragán & Saint, 2011).

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica con diversos grados de predisposición hereditaria, que afectan al metabolismo intermedio y se asocia con

la deficiencia en la producción o acción de insulina, situación que trae como consecuencia la anormal elevación de la glucosa. La prevención de la diabetes y sus complicaciones implican un conjunto de acciones adoptadas para evitar su aparición o progresión, la prevención primaria tiene como objetivo evitar la enfermedad. (Rubio, 2005; Parra, 2006).

Según las cifras reportadas por la Federación Mexicana de Diabetes (2007), las mujeres son más proclives a padecerla, ya que constituyen un 65% en relación con el 35% de los hombres. También hay una tendencia de aumento del riesgo con la edad, debido a esto, el porcentaje de personas que la padecen mayores de 40 años representan el 10.3%, a los 50 años el porcentaje asciende al 12.6%.

#### **2.4 Mortalidad.**

El Consejo Nacional de Población (CONAPO), en su informe “Principales causas de mortalidad en México. 1980-2007” (2010), muestra que las defunciones en personas de la tercera edad incrementaron en un 24.6%, de manera que en 2007 aportaron más de la mitad (56.4%) de las defunciones totales. A principios de la década de los ochenta, una de cada dos personas que fallecían contaban con 45 años o más (48.7%); en 2007 esta proporción creció a más de tres de cada cuatro (76.7 %). Así, mientras que en 1980 la tasa de mortalidad en hombres era de 58.3 defunciones por cada mil personas; en 2007 descendió a 52.6 por cada mil. De la misma manera, la población femenina registró un descenso de 50.8 a 44.1 defunciones por cada mil mujeres.

La primer causa de muerte en hombres son las enfermedades cardiovasculares, que ocasionaron alrededor de 32.1% de las muertes de personas de la tercera edad en 2007. Como segunda causa de muerte en hombres se encuentran los tumores malignos, con un 14.6% de las muertes de mexicanos de 65 años o más. La tercera causa es la diabetes mellitus, la cual ocasionó un 14.3% de las muertes de personas de la tercera edad. La cuarta y quinta causa de muerte de los hombres son las enfermedades respiratorias crónicas y las digestivas, que

aumentaron su proporción, a poco más de 9%, cada una. Las mujeres de 65 años o más tienen como principal causa de muerte las enfermedades cardiovasculares con un 35.2%, seguida de la diabetes mellitus, que duplicó su porcentaje de 7.1% a 17.9%. Los tumores malignos ocasionaron el 12.3% de las muertes en 2007. Y las enfermedades respiratorias crónicas y digestivas representan 7.6% y 8.2% de las muertes de mujeres mayores, respectivamente (Principales causas de mortalidad en México: 1980 -2007. 2010: 42-46).

Es importante destacar entre las causas de muerte los homicidios, suicidios y accidentes, ya que en el 2010 representaron un 3.1% de la mortalidad general, encontrándose entre las tasas más altas los accidentes y suicidios por parte de las personas de la tercera edad, principalmente en hombres con más de 75 años (ENDIREH, 2011).

## **2.6 Nutrición.**

Durante el envejecimiento se producen cambios fisiológicos que cambian la necesidad de nutrientes y vitaminas en el organismo, siendo importante recalcar que existen diferencias importantes en los nutrientes necesarios para el individuo dependiendo su edad, así variaran en los 60, 70, 80 o 90 años haciendo necesaria una dieta para cada grupo de edad lo que dificulta que las personas de la tercera edad posean una adecuada evaluación nutricional. Y es muy importante pues una nutrición adecuada en personas de la tercera edad ayuda a suplir energías que ya no poseen y otros nutrientes esenciales que su organismo ya no crea, además de que son necesarias para el tratamiento de enfermedades crónicas, donde deben consumir moderadamente algunos alimentos y medicamentos, aunado al consumo de vitaminas acorde a su edad, enfermedades, alimentación, entre otros (Albala, 2000). En este aspecto, hay que resaltar que debido a su ingreso económico menor, las personas de la tercera edad están obligadas a llevar dietas más baratas y en la mayoría de los casos, a no llevar un control médico y nutricional con profesionales capacitados para que su nutrición sea la adecuada.

El estado nutricional de los ancianos está determinado por los requerimientos y la ingesta; ellos a su vez serán influenciados por otros factores, como la actividad física, los estilos de vida, la existencia de redes sociales y familiares, la actividad mental y psicológica, el estado de salud o enfermedad y las restricciones socioeconómicas. Cualquier evaluación del estado nutricional, por lo tanto, debe incluir información sobre estos factores, con el objetivo de entender la causa de posibles deficiencias, diseñar las intervenciones correctivas y evaluar su eficacia (Canales, Carpio, Flores & Pacheco, 2000).

Las personas de la tercera edad también son propensas a seguir dietas restrictivas que son incapaces de mantener sin el apoyo psicoterapéutico y pueden tener consecuencias psicopatológicas, entre las que se pueden destacar, el aumento de depresión, ansiedad e irritabilidad, pues los pacientes se sienten avergonzados, criticados por su fracaso y culpables con sus familiares, compañeros, sus médicos y con ellos mismos (Vázquez, 2004; Maya, 2010).

## **2.5 Cambios psicológicos.**

Durante la vejez, las personas de la tercera edad presentan pérdidas significativas con su entorno social entre las que se encuentran la pérdida de responsabilidades y estatus social lo que le dificulta las oportunidades para continuar activo en el ámbito laboral dejándoles muy pocas o nulas oportunidades de laborar; en cuanto a su relación familiar comienza a ser tratado como una persona que no puede decidir por sí mismo, que no puede realizar determinadas actividades; al tener tantas referencias negativas de las personas de la tercera edad, se hacen propensos a creer que la vejez es un problema real que conlleva a que se sientan inútiles, con depresiones, emociones negativas, entre otros (Varela, 1997; González, 2004).

A nivel cognitivo, suele haber una disminución de la actividad psicomotriz, disminuye la velocidad de procesamiento de información, existe dificultad para solucionar problemas abstractos o complejos y disminuye la memoria, percepción e inteligencia, hay pérdida de autoestima, disminución de la sensación de

bienestar de uno mismo, disminución en el manejo de decisiones y menor control sobre su vida, entre otros. Además, las capacidades sensorio-perceptivas disminuyen y se hacen menos agudas mientras se van perdiendo células nerviosas, hay menor capacidad de recibir y procesar información concerniente al entorno (Ramírez, 2008).

Según Beauvoir (1983), las enfermedades mentales son más frecuentes en las personas de la tercera edad que en cualquier otro grupo de edad. Entre los rasgos psicopatológicos figuran las llamadas patologías sociales (soledad, aislamiento, disminución de la autoestima); las perturbaciones afectivas, como la depresión y el duelo, la propensión al suicidio, las reacciones paranoides o de angustia, ciertas psicosis y una variedad de perturbaciones orgánico-cerebrales.

Entre los problemas mentales que acarrea la vejez se encuentra la demencia, que es definida como un síndrome clínico de deterioro cognitivo que determina una disminución de la capacidad intelectual que interfiere en el desempeño social y funcional del individuo y por lo tanto en su calidad de vida. Alrededor del 5-8% de los ancianos presentan deterioros cognitivos propios de la demencia (Hoyl, 2000).

El psiquiatra Barry Gurland (1985. En Belsky, 1996), considera que las pérdidas mentales que se producen a medida que la demencia progresa, pueden compararse como cuando se pela una cebolla, pues hay un desprendimiento de capas cognitivas inverso a cuando se desarrolló. Así, la demencia es un padecimiento crónico y progresivo, que ocasiona una alteración en la estructura y el funcionamiento celular, donde se pierden primero las habilidades mentales entre las que se encuentra el pensamiento abstracto complejo, adquirido durante la adolescencia; después los conocimientos aprendidos en la primaria como sumar o restar y la capacidad de la lectura. Finalmente se pierden los aprendizajes de la identidad y la capacidad de hablar y andar, el individuo tiene dificultades para recordar lo que ocurrió en el curso de los últimos días, horas o minutos ocasionando discapacidad y dependencia. La ENSANUT (2012), encontró que existe una prevalencia de demencia de un 7.9% y se presenta con mayor

frecuencia en las mujeres, personas con menor nivel escolar y en gente que vive en el área rural.

Esta etapa de la vida, al estar llena de pérdidas importantes como el trabajo, la aparición de limitaciones físicas y emocionales, duelo, entre otros, traen como consecuencia problemas emocionales como la depresión, el cual es otro problema frecuente en los ancianos, y es de destacar que tienen menos probabilidad de ser diagnosticados, pues los médicos atribuyen los síntomas a enfermedades físicas o al envejecimiento. Entre las diversas causas de la depresión, está el que son genéticamente predispuestos por un desequilibrio biológico, el no mantener un estilo de vida saludable, junto con la falta de ejercicio adecuado también puede predisponerlos; o puede ser un efecto colateral del consumo de ciertos medicamentos, situaciones psicosociales como la pérdida de su vida laboral, muerte de amigos y familiares, los hijos se van o aparecen otro tipo de enfermedades y discapacidades, sumado a su condición de vida que puede ser de encierro o abandono total, maltrato por parte de la familia que no les muestra respeto ni los toma en cuenta, entre otras situaciones, los hace proclives a la depresión (Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009).

La enfermedad de Parkinson es un trastorno neurológico que progresa lentamente, se caracteriza por temblor, rigidez, movimientos lentos y postura inestable, los pacientes que la padecen también experimentan dificultades en las funciones cognitivas y de memoria, además de que muchos sufren depresión o demencia; el deterioro cognitivo se hace más probable en las personas con una salud física deficiente, y en aquellos que han padecido apoplejías o diabetes (Riley, 1999. En: Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009).

La enfermedad del Alzheimer, es el deterioro neurológico más prevalente en la vejez, destruye las neuronas del cerebro, atrofiándolo y haciendo que entre las neuronas exista un número menor de interconexiones; y causando que las neuronas sanas, literalmente se desgasten, es la principal causa de la demencia. Es una enfermedad casi exclusiva de gente de la tercera edad y es más frecuente

después de los 80 años, mostrando una prevalencia del 4% a los de 75 a 80 años, del 16% entre los 80 y 85 años y de 30% a 40% a los de 85 años o más. Entre las posibles causas del Alzheimer, se encuentran, la herencia, edad avanzada, bajo nivel educacional, un funcionamiento deficiente del sistema inmune o un virus. Las mujeres tienen una probabilidad mayor a desarrollar Alzheimer que los hombres pues hay más mujeres que lo padecen, sin embargo también podrían ser debido a que más mujeres llegan a edades más avanzadas (Belsky, 1996; Hoyl, 2000).

## **2.6 Trastornos de la conducta alimentaria.**

Cuando se habla de trastornos de la conducta alimentaria, los adolescentes son los primeros que se vienen a la mente, sin embargo, la presencia de dichos trastornos en personas de la tercera edad existe y aún se desconoce el porcentaje de la población que lo padece pues hay pocas descripciones detalladas de los trastornos que padecen o las situaciones que los desencadenan.

La hiporexia, es una disminución del apetito que conlleva a una reducción en la ingesta de alimentos y se presenta como síntoma de otras enfermedades, ya sean agudas o crónicas, favorece el desarrollo de la desnutrición, y por lo tanto bajas defensas que conllevan a otros problemas de la salud. A diferencia de la anorexia que es ausencia total de apetito, la hiporexia es la disminución del apetito y afecta a un 90% de las personas de la tercera edad mayores de 80 años (Burgos, 2013).

Ruiz (2011), menciona que existen casos de bulimia y anorexia nerviosa como trastornos de la conducta alimentaria en personas de la tercera edad, sin embargo, aún se desconoce el porcentaje de la población que lo padece, los factores que los hace propensos y una descripción detallada del trastorno en esta población. Además destaca que una persona de la tercera edad que padece depresión, al sentirse abandonado por familiares e hijos puede favorecer el desarrollo de un trastorno alimentario pues dejará de comer voluntariamente para hacer un llamado de atención. Hay que destacar que la identificación de un trastorno alimentario en personas de la tercera edad es difícil de identificar pues los síntomas pueden ser confundidos con otros que se presentan durante esta etapa de vida.

En Cuernavaca, se realizó un estudio para describir el estado de salud y nutrición de las personas de la tercera edad, donde obtuvieron como resultados que un 2% de los entrevistados padece desnutrición, la anemia afecta más a las mujeres (32.8%) que a los hombres (17%) y más del 60% sufre sobrepeso y obesidad; dichos resultados muestran que el estado de salud y nutrición de las personas de la tercera edad es en la mayoría de los casos inadecuado (Shamah, Cuevas, Mundo, Morales, Cervantes & Villalpando, 2008)

## **2.7 Calidad de vida.**

La calidad de vida es un concepto que describe la resultante del conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, y la forma en que se ajustan a situaciones donde el comportamiento tiene lugar y a los resultados o efectos que dicho comportamiento tiene sobre el entorno y el propio individuo. (Canales, Carpio, Flores & Pacheco, 2000). Dependerá del desarrollo económico que tiene el país y de cuanto destina al apoyo dado a este aspecto, como el mejoramiento de educación, servicios de salud, nutrición, lugares de esparcimiento, viviendas adecuadas, seguridad social, entre otros aspectos, tomando en cuenta que estos apoyos no les llegan a todas las personas equitativamente.

Los cambios en los estilos de vida y los avances médicos han incrementado además de la mortalidad, la calidad de vida de las personas de la tercera edad, así, en México los hombres aumentaron su expectativa de vida de 64.0 a 73.1 años entre 1980 y 2010, mientras que las mujeres la aumentaron de 70.0 a 77.8 años en el mismo periodo. El grupo de las personas de la tercera edad registra un crecimiento notable, pues en estos años su población casi se duplicó en 6.4 millones de personas y su presencia relativa pasó de 4.3% a 5.9% (Ham, 2011).

La calidad de vida es estudiada desde diversas ramas, en la rama medica centran su atención en el individuo como organismo, procurando condiciones necesarias para la preservación de su salud, pues debido a las enfermedades crónicas y

discapacidades motrices o mentales, generan dependencia al requerirse nuevos cuidados, atención médica, medicamentos, tratamientos para que lo que les resta de vida sea de calidad. Sin embargo, esto se traduce en cargas económicas y emocionales tanto para los que envejecen como para sus familias, así como para la sociedad. En épocas pasadas, esta situación no era tan problemática pues las personas de la tercera edad vivían poco, además de que no eran problema económico para la sociedad pues no representaban una mayoría en la población (Robles, 2001).

La inmovilidad es otra causa de disminución en su calidad de vida, puede suceder a causa de alguna caída, accidente o deterioro progresivo; puede ser inmovilidad total y parcial también consecuencia de una enfermedad crónica, falta de fuerza, dolor o alteraciones en el equilibrio. El simple hecho de no contar con una buena alimentación, no tener las instalaciones adecuadas para moverse o carecer de apoyo para salir por temor a alguna caída que pueda provocar inmovilidad. La ansiedad, la depresión o el obtener alguna ganancia secundaria, también generan inmovilidad, la cual puede empeorar la posible depresión y producir temores a caídas futuras, además, producen pérdidas de empleo, disminución en sus relaciones sociales perdiendo su independencia y su capacidad de autocuidado, siendo menor por lo tanto, su calidad de vida. Por lo menos un 20% de las personas de la tercera edad tienen dificultades para desplazarse y la mitad se encuentran en un estado total de postración (Gac, 2000).

Las caídas son muy frecuentes en las personas de la tercera edad y suelen ser por diversos factores ambientales, neurológicos, por enfermedades o medicamentos que pueden conducirlos a internarse en un hospital y a limitar su independencia para sus actividades diarias. La ENSANUT (2012), muestra que una de cada tres de las personas de la tercera edad sufrió una caída en los últimos 12 meses, siendo las mujeres las que con mayor frecuencia cayeron con un 38.1% mientras los hombres un 31.2%, cayendo en promedio 2.5 veces al año.

### **Capítulo III: Situación de las personas de la tercera edad.**

En nuestros días podemos apreciar un aumento en el número de personas de la tercera edad, particularmente de las mayores de 80 años, dicho aumento es debido a que ha aumentado la esperanza de vida, y a la mejora de las condiciones sanitarias y socioeconómicas en general.

Sin embargo, las personas de la tercera edad se enfrentan a un problema de ajuste y adaptación a una sociedad completamente diferente de la que estuvieron acostumbrados en sus tiempos de juventud, por lo que este aumento de personas de la tercera edad debería traducirse en un cambio de conducta y comportamientos sociales que modifiquen la actitud de comprensión y ayuda de la sociedad en general hacia dicha población, sin embargo, se observa todo lo contrario, con situaciones sociales que no les favorecen; pues en nuestra sociedad lo joven y productivo es a lo que se le da más valor, y en las personas de la tercera edad este rol de persona activa desaparece con la jubilación, que en la mayoría de las veces es brusca, haciendo que la persona se convierta en alguien improductivo, a la vez que pierden su independencia, poder económico y las relaciones sociales que mantenía en el ámbito laboral (Marín, 2003).

En el ámbito familiar, por ejemplo, en las familias nucleares compuestas por padres e hijos donde todos trabajan, cuando el abuelo se incorpora a la familia aparece como intruso, en un papel de dependencia que no encaja con el rol de la demás familia, haciendo que su función sea la de educar a sus nietos, esperando a requerir el cuidado necesario una vez que su fragilidad se haga presente. En algunos estudios (Belsky, 1996; Robles, 2001), se enfatiza que la mayor parte de los cuidados son delegados a terceras personas o instituciones pero principalmente recaen en la mayoría de los casos en la hija, la esposa o en la nuera, además de que no son cuidadoras jóvenes, sino que están en un rango de edad de 45 a 59 años.

Según Myers & Diener, (1995, en Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009), las personas que tienden a ser más saludables, tanto física, como mentalmente, tienden a vivir más, si tienen relaciones cercanas satisfactorias. Sin embargo, en la actualidad vemos como las relaciones amorosas, amistosas o sexuales, difícilmente se pueden mantener en la vejez, sumándole que los avances tecnológicos hacen que las personas se aíslen, produciendo un aumento en la soledad y depresión.

### **3.1 Atención a personas de la tercera edad.**

La calidad de vida también puede abordarse desde un aspecto cultural donde se buscan condiciones de vida propicias para la preservación de los ambientes donde se reúnen los individuos, ya sea creando legislaciones de protección del ambiente, derechos humanos, condiciones laborales, entre otros, pues para el bienestar social en su calidad de vida es necesaria la relación social. En Latinoamérica, concretamente en México se han implementado varios programas para mejorarla, sin embargo, también existen casos donde dicha calidad de vida se ve deteriorada debido a la pobreza, discriminación y maltratos a los que son vulnerables.

#### **3.1.1 Positiva.**

Al hablar de las personas de la tercera edad, siempre existirán una serie de estereotipos tanto positivos como negativos, entre los positivos destacan su experiencia, sabiduría y buenos consejeros, dependiendo de la cultura en la que crezcan serán más respetados que en otras.

Por lo que al pensar en la población de personas de la tercera edad y su crecimiento, surge la necesidad de espacios para que ellos puedan realizar actividades, tengan donde esparcirse y convivir, pues al haber más personas mayores habrá menos oportunidades de que haya espacios de este tipo para todos, además de que en dichos lugares se puede mantener un rol social satisfactorio y pleno, proporcionando también lugares donde realizar ejercicio

físico, establecer relaciones sociales que sean beneficiosas y donde lo motiven a cuidar de sí mismos (Dionne, 2004).

El ejercicio físico es necesario para mejorar la salud en la vejez, pues se necesita contrarrestar al sedentarismo y facilitar programas de ejercicio físico adecuados para las necesidades de las personas mayores para generar hábitos estables (Belsky, 1996), por lo que para crear espacios adecuados para las personas de la tercera edad hay que tomar en cuenta todos los cambios físicos que se llevan a cabo durante el envejecimiento.

Kaufer (2010), menciona que aunque la elección de alimentación saludable con vida activa es una decisión individual, tomando en cuenta sus posibilidades, las personas no viven de forma aislada y existe una marcada diferencia cuando el ambiente le facilita los recursos para vivir una vida saludable, en este caso, haciendo programas de promoción de la salud y educación para que la gente trabaje en grupos y así entre todos se apoyen para la implementación de dietas dadas por profesionales capacitados y así llevar una vida activa.

Entre las leyes creadas para la protección de personas de la tercera edad, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (2012), público desde el 2002 la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, donde se menciona, entre otras cosas, que son personas útiles y capaces de llevar una vida plena e independiente, además de que debe vivir con su familia, siendo un asilo la última opción para su vivienda. También se destaca que tienen derecho a una vida con calidad, no discriminación, respeto de su integridad física, psicoemocional, sexual, vivir sin violencia, protección contra explotación, recibir protección de su familia, sociedad e instituciones, recibir orientación y capacitación en nutrición, salud e higiene, entre otros.

Un ejemplo, de dichas instituciones se encuentra en el Boletín Número 3 del Programa Iberoamericano de Cooperación sobre las personas de la tercera edad (2012), donde se muestra como por parte del ISSSTE se han creado módulos con

personal capacitado y equipos de rehabilitación para brindar sesiones de terapia y preservar la funcionalidad física de las personas de la tercera edad. Además de que todos los profesionales están capacitados en el ámbito de la gerontología para brindar mejores cuidados, dando un apoyo multidisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos, psicólogos y activadores físicos) además de promover el autocuidado para los pacientes y sus familiares.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2012), promueve en México este desarrollo integral a las personas de la tercera edad, les brinda empleo, ocupación, asistencia y oportunidades para tener un buen nivel de bienestar y buena calidad de vida digna, además de reducir la desigualdad y la inequidad de género. También proporciona beneficios en cuanto a descuentos proporcionados para la alimentación, salud, recreación, clubes de la tercera edad, albergues y apoyos en cuanto al transporte.

La Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátrica A.C. (2012), menciona en su página web que tienen como misión “Ofrecer un servicio de enseñanza, capacitación y difusión para la atención integral al adulto mayor, a fin de preservar y mejorar su funcionalidad física, mental, emocional y social de la calidad de vida”. Promueven un envejecimiento activo y saludable desde edades tempranas para desarrollar una cultura de envejecimiento activo con profesionales y personal capacitado aptamente.

El DIF (Desarrollo Integral de la Familia, 2012), en su página web, menciona la ubicación y propósito de Casas Hogar para las personas de la tercera edad donde brindan servicios médicos, odontológicos, recreativos y culturales.

### **3.1.2 Negativa.**

Sin embargo, y a pesar de que existan diversas legislaciones para la protección de las personas de la tercera edad, hoy día se puede observar como las personas mayores se siguen manteniendo en segundo plano, en comparación con los niños, adolescentes y mujeres, pero deben tomarse en cuenta debido a que esta

población sufre varias dificultades que les hace necesitar de una atención integral especializada, pues aún hay situaciones en las que no se denuncian varios casos de maltrato (Giraldo, 2011). Entre los estereotipos negativos que vienen con la vejez son de dependencia, deterioro, debilidad, improductividad, carga social entre otros, que son los que propicia una cultura que no los toma en cuenta y donde son tratados como una carga.

Borjón (2003), define la violencia hacia personas de la tercera edad como el daño físico, emocional, sexual o patrimonial que puede ser ejercido ya sea por un familiar o por quién es responsable del cuidado y bienestar de la persona. Dicha conducta puede ser de acción o de omisión, intencional o no, siendo por lo general una conducta reiterada y sistemática que se agrava con el tiempo. El maltrato surge cuando las personas de la tercera edad son tratados como un estorbo, una carga y son abandonados o enviados a otros lugares. En cambio, Marín, P. (2000:1) define maltrato como una “situación no accidental, en la cual una persona sufre un trauma físico, de privación de necesidades físicas básicas o injuria mental, como resultado de acto u omisión por un cuidador”.

El daño, ya sea físico (golpes, heridas, abuso sexual, entre otros), verbal (insultos, amenazas, entre otros), o psicológico (humillación, chantajes, intimidación, entre otros), además de chantajes financieros o de abandono, suele ser causado por familiares, personas conocidas o por los mismos cuidadores; afectándoles sin importar su grupo socioeconómico. En México, se estima que entre un 8.1% y 18.6% son víctimas de violencia o maltratos, sin embargo, las estadísticas no son del todo claras debido a que no se reportan todos los casos, principalmente por amenazas, ignorancia o no contar con los recursos para asistir a lugares para reportar dichos casos (Giraldo, 2011).

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH, 2011), muestra que un 17.8% de las mujeres con 60 años o más ha sufrido al menos un tipo de violencia en el último año por parte de su pareja. Mientras que sólo en el Estado de México un 18.2% de mujeres mayores de 60

años reportaron haber sufrido un tipo de violencia por parte de las personas con las que viven, excluyendo a su esposo o pareja. Entre los tipos de violencia reportados, se encuentran que la persona con quien viven les deje de hablar, los gritos, insultos u ofensas (37.9%), que no les den dinero (24%), las abandonan (20.9%); o presentan amenazas, golpes, discriminación y falta de atención (32.2%).

Entre otros casos comunes, se encuentra el no respetar las decisiones y autonomía de las personas de la tercera edad, ya que en muchos casos es tratado como un niño que no tiene derecho a tener opiniones propias, elegir o realizar acciones según sus creencias y valores. En el caso de cuando requieren de un profesional, tanto los profesionales que brindan la información a otro familiar en lugar del paciente de la tercera edad, en donde el familiar toma dicha decisión sin consultar al paciente no respetan dicha autonomía (Moya, 2004). No debería confundirse el que la persona mayor no puede entender tan rápido la información o no escucharla bien con una incapacidad para tomar decisiones

La poca distribución de recursos, además de la accesibilidad a ellos de forma inequitativa en especial para las personas de la tercera edad, es algo que concierne a los políticos y encargados de esta área, sin embargo, esto está muy alejado de la realidad, pues el aumento de personas de la tercera edad se ha presentado en tiempos donde existe una alta incidencia de pobreza, corrupción, desigualdad, baja calidad de los sistemas de protección social y baja cobertura a dichos sistemas, haciendo que los tratamientos sean para los mejor informados o gente que protesta y no para los más necesitados, siendo por lo tanto ineficaces y no equitativos (Moya, 2004).

Además del creciente problema de la discriminación que requiere que se pongan en práctica acciones para que la sociedad deje de excluirlos, existe una carencia de valoración, consideración y respeto para personas de la tercera edad que cada vez se deteriora más, pues no los consideran como personas en las que se deba invertir pues no son “rentables” (Salvarezza, 1998).

En especial a las mujeres, en México, donde prepondera una sociedad patriarcal con situaciones desventajosas para las mujeres notándose una discriminación marcada, pues aun siendo mayores y teniendo los mismos deterioros que sus cónyuges se les delega el cuidado de nietos y de la pareja; ingresos de jubilación menores o nulos por haberse dedicado al hogar o trabajar menos y por lo tanto a menores prestaciones en el ámbito de salud (ENDIREH, 2011).

Los efectos de estos maltratos se ven reflejados en enfermedades, la depresión y baja de defensas, su estilo de vida bajo, su independencia y por lo tanto, menor calidad de vida, lo que hace que durante su vejez existan deseos de que está termine pronto, pues padecerán un sentimiento de inutilidad en aspectos físicos, sentirse un estorbo o que a nadie le importa. Por lo que no pueden expresarse o defenderse pues esto sólo ocasionará que se sientan más rechazados (OPS, 1990).

## Capítulo IV: Emociones

Las emociones son muy importantes para el bienestar de las personas; Palmero, Fernández, Martínez & Choliz (2002), mencionan que las emociones positivas, como la felicidad, el placer y el amor, se encargan de mantener y recuperar el equilibrio en el organismo, preservando su salud. Mientras que las emociones negativas como la tristeza, el temor, la culpa o la ira, afectan desfavorablemente, actuando como desencadenantes para algunas enfermedades o al agravamiento de las mismas.

Reeve (1994), describe las emociones como estados afectivos subjetivos, biológicos y con reacciones fisiológicas cuya finalidad es preparar al cuerpo para una acción adaptativa. Así las emociones activan otros procesos como la percepción, la atención, movilizan cambios fisiológicos, intervienen durante la planificación de las acciones, la ejecución en la comunicación tanto verbal como no verbal, entre otros (Palmero, Fernández, Martínez & Choliz, 2002). Es por ello que el estudio de las emociones se ha hecho tan amplio, intentando identificar y analizar las diversas emociones de las personas. Goleman (1993), establece que las emociones básicas son el placer, dolor, amor, tristeza, odio, miedo, ira y culpa.

En cambio, Ortony, Clore & Collins (1988), consideran que las emociones incluyen sentimientos, experiencia, fisiología, conducta, cogniciones y conceptualizaciones; dichos autores están interesados en averiguar cómo la cognición contribuye para que se dé la emoción, partiendo del supuesto de que las emociones surgen como resultado de la forma en que las situaciones que las originan son elaboradas por el que las experimenta. Una emoción es una reacción que actúa en conjunto con acontecimientos, agentes y objetos. Los acontecimientos son cogniciones de los sujetos acerca de las cosas que suceden, sin importar si las causas son reales o imaginarias, o si son posibles o no lo son; los agentes pueden ser personas, seres inanimados o abstracciones que son elaborados como causalmente eficaces en un contexto en particular; cuando se hace énfasis en los objetos, la importancia recae en las propiedades que se les atribuyen.

Matsumoto & Juang (2008, en Reyes, 2011), consideran que las emociones son más que sentimientos, son respuestas transitorias y neurofisiológicas a estímulos, que originan un sistema coordinado de componentes que informan acerca de las relaciones entre estímulos y preparan al organismo para enfrentarlos. El sistema de componentes de las emociones incluye experiencias subjetivas (sentimientos); comportamiento expresivo (la expresión facial, tono de voz, entre otros); reacciones fisiológicas (incremento de pulso, sudoración, sonrojos, entre otros); acciones (correr, quedar paralizado, entre otros); y cogniciones (modelos de pensamiento).

Para Lazarus & Lazarus (1994, en Ruiz, 2006), la emoción es una obra personal que tiene relación con el destino de los objetivos de las personas en un episodio particular, sus creencias sobre sí mismos y el mundo donde viven surgiendo una valoración del significado o alcance personal. Son reacciones complejas donde se encuentran mezcladas actividades mentales y corporales que comprenden un estado mental subjetivo, un impulso a actuar y respuestas corporales.

Las emociones son rápidas, de duración de pocos segundos o minutos, son funcionales y preparan al organismo para la acción además de poseer significados sociales importantes. Por lo que las emociones ayudan a coordinar problemas sociales que ocurren en el transcurso de la vida social de las personas (Matsumoto & Juang, 2008, en Reyes, 2011). Al tener una duración breve e intensa, la emoción provocada por un objeto específico, prepara, mantiene y orienta el comportamiento fisiológico, expresivo, conductual y afectivo, por lo que al variar su intensidad y duración se diferencia del estado de ánimo y los sentimientos (Ortony, Clore & Collins, 1988).

Los estados de ánimo son duraderos y siempre están presentes, sin embargo no están asociados a expresiones faciales distintivas, tal como ocurre en las emociones, ni son causados por eventos fácilmente reconocibles, se reflejan en la experiencia subjetiva y surgen de eventos que ocurren a largo plazo. Los sentimientos pueden ser considerados emociones a largo plazo, mientras estos

ocurren, la persona experimenta la misma emoción porque hay una situación de estimulación continua (Kemper, 1978, en Reyes, 2011)

Lo más característico de la emoción es que afecta el estado general de la activación de un individuo, lo que lleva a la emergencia expresado en tendencias de acción específicas, las cuales pueden aunque no deberían, producir una conducta concreta específica. El desarrollo específico de un proceso emocional y la conducta específica que finalmente produce, depende de los procesos de regulación que podría repercutir en todos los componentes del proceso (Frijda, 1986).

Nabi (1999, en Reyes, 2011) menciona cuatro principios de las emociones: primero, tienen funciones adaptativas; segundo, están basadas en eventos que son relevantes para cada persona; tercero, son definidas (por ejemplo cuando una motivación se representa en una acción para conseguir dicha meta); y finalmente son organizadoras o motivadoras de conductas.

Según Palmero, Fernández, Martínez & Choliz (2002), las emociones pueden dividirse en emociones básicas y emociones sociales, entre las emociones básicas se encuentran el miedo, alegría, sorpresa, ira y tristeza. En cuanto a las emociones sociales a menudo también designadas como “secundarias”, “derivadas” o “complejas” debido a que parecen derivarse de otras más básicas requiriendo del desarrollo previo de ciertas habilidades cognitivas (Fischer & Tangney, 1995, en Palmero, Fernández, Martínez & Choliz, 2002).

Palmero, Fernández, Martínez & Choliz (2002), clasifican entre las emociones sociales al enamoramiento, celos, envidia, vergüenza y culpa. Y aunque ha habido gran discusión acerca si estas emociones surgen de habilidades cognitivas o no, se trata de experiencias que surgen de un contexto social determinado que les confiere significado por lo que necesitan del análisis de otros para poder entenderse apropiadamente (Choliz & Gómez, 2002).

## 4.1 Culpa.

Según Kaufman (1994), la culpa refleja un amplio espectro de estado afectivo, la culpa puede ser debido a la vergüenza o por alguna aflicción moral, donde el yo está atormentado de remordimiento. La culpa, entonces, es una emoción que produce un sentimiento doloroso de arrepentimiento y responsabilidad por los actos de uno mismo, y en la mayoría de los casos debido a los actos o pensamientos que dañan a otros. Castilla (1981) describe la vivencia de la culpa como una experiencia personal, donde no interesa de qué se culpa el individuo, sino cómo se culpa, y cómo esta culpa se da y expresa en la conciencia. Además de que sólo puede decirse que está presente cuando la persona es consciente de que presenta dicha vivencia de culpa.

Lewis (2000, en Reidl & Jurado, 2007), menciona que la culpa al principio posee una intensidad negativa menor, siendo por lo tanto menos autodestructiva y debido a que es causante de medidas correctoras, es una emoción más útil que la vergüenza. De igual forma distingue que la culpa puede llevar a la vergüenza, pero no se puede ir de la vergüenza a la culpa, pues la culpa es una emoción más privada, que surge de la propia desaprobación y no requiere de observadores externos. Diversos estudios muestran que la culpa tiende a asociarse con la empatía, dicha relación es consistente con los planteamientos de Hoffman (1982, en Palmero, Fernández, Martínez & Choliz, 2002), que sostiene que la culpa surge del conjunto de una reacción empática ante el sufrimiento ajeno y de la conciencia de ser el agente causante de dicho sufrimiento.

Freud afirmaba que la culpa es muy negativa para el individuo, pues debido a su naturaleza inhibitoria, desata además de una necesidad de castigo, numerosos mecanismos de defensa que acaban dando lugar a múltiples síntomas y conductas desadaptativas mostrando su presencia en patologías psíquicas (Reidl & Jurado, 2007).

La conducta que causa la culpa es específica en cada persona por lo que no repercute en la experiencia del otro, sino que más bien se presenta como un

conflicto moral interno que suscita un deseo de perdón que sólo llegará una vez se confiese para obtener un perdón (Kaufman, 1994). Sin embargo, desde un punto de vista fenomenológico las personas que sienten culpa experimentan un dolor ante el objeto al que le han hecho daño o las causas de la acción realizada, por lo que se buscará corregir dicho daño reconsiderando su forma de actuar y poniendo en acción conductas que reparen su acto negativo (Palmero, Fernández, Martínez & Choliz, 2002).

Galimberti (2009), propuso tres clases de expresión de la culpa: la culpa moral que es cuando se tiene la conciencia de haber violado alguna norma esencial en situaciones comunes; la culpa religiosa, que se presenta cuando se tiene conciencia de no haber respetado normas relacionadas con sus creencias; y la culpa existencial que es cuando el vivir es fuente de culpa. Por ello, se puntualiza la importancia de la culpa pues a través de la internalización de las normas sociales y morales apropiadas se considera el éxito en el proceso de la socialización, pues se considera importante mantener el orden y control social. Cuando la socialización es efectiva, el individuo estará motivado a comportarse de acuerdo a los valores y normas de la sociedad (Abell Gecas, 1997 en Reidl & Jurado, 2007)

Castilla (1981), menciona que para que exista la emoción de culpa se necesita de un sujeto culpable; el objeto de la culpa; la expresión de la emoción y por ultimo las consecuencias sobre el sujeto de su propia acción culpable; finalmente, el que una acción haga aparecer la emoción de culpa no dependerá de la acción misma sino del valor que a ella conferimos.

Además, Valdés (1985), destaca que la culpa intensa o patológica se encuentra relacionada con problemas psicológicos o de salud mental como la depresión, ansiedad, mayor probabilidad de intentos suicidas, angustia personal y mayor tendencia a problemas de alimentación. Por lo que alguien que viva bajo situaciones de culpa incrementará probablemente conductas de riesgo además de reducir conductas saludables.

## **4.2 La emoción de culpa: sus expresiones.**

La culpa, podría describirse como una emoción existencial, pues las amenazas en las que se basa tienen que ver con significados e ideas sobre quiénes somos, nuestro lugar en el mundo, la vida, la muerte, y la calidad de nuestra existencia, dichos significados son construidos por cada persona, basados en su experiencia vital y los valores de la cultura en la que vive, la culpa refiriéndose a las infracciones morales (Lazarus & Lazarus, 2000). La persona culpable, vive en el pasado, ni siquiera le preocupa lo que puede hacer en el presente, sino lo que hubiera podido hacer si hubiera hecho lo debido en el pasado, siendo así la conciencia o la pesadumbre de la culpa las que se ocupan del primer lugar durante su vivencia, auto reprochándose las consecuencias que de dichas acciones se derivan (Castilla, 1981).

Por lo que el estilo de vida escogido influirá en el proceso del envejecimiento, dando así la posibilidad de vivir una vejez saludable o una llena de enfermedades. El haber llevado una vida con costumbres no saludables como falta de ejercicio, mala alimentación, las horas insuficientes de sueño, la ingesta excesiva de drogas y alcohol, entre otras situaciones, puede generar emociones de culpa durante la vejez pues tienen más probabilidades de padecer enfermedades que los lleva a perder su autonomía, que el cuerpo se deteriore más y hasta a perder buenas relaciones con los demás; generando inseguridad y culpa. Además de que en esta sociedad los estigmas sociales hacia la condición corporal de las personas atenta contra las cualidades emocionales de la persona sin importar su edad (Vázquez, 2004).

La vejez supone un conjunto de modificaciones físicas, psicológicas, afectivas y sociales sujetas al tiempo vivido, por lo que se atraviesa por una crisis con necesidad de adaptación, generando un cambio conflictivo que les plantea nuevas exigencias y cuya resolución exige el uso de recursos de enfrentamiento (Mochietti & Krzemien, 2003), pues durante esta etapa las personas tienden a mirar en retrospectiva y hacen una revisión de su vida, recordando eventos de su vida

pasada para así interpretarla y evaluarla; donde al poseer, en la mayoría de los casos bastante tiempo de sobra, es tiempo que usan para pensar en situaciones del pasado, las cosas pérdidas, en lo que no tienen, lo que les aqueja, duele o lastima, estos pensamientos también traen consigo angustias, desesperación, depresiones y culpa (Dionne, 2004). La culpa, como emoción es útil moralmente, para responsabilizarnos de nuestros actos empáticamente, sin embargo, es necesario que disminuya y no quedarnos con dicha emoción, de lo contrario sería inútil y trae consigo una diversidad de problemas en la salud física y psicológica.

## **Capitulo V. Estrategias de enfrentamiento.**

La vejez al ser una etapa donde se presentan una serie de cambios físicos, sociales y psicológicos trae consigo preocupaciones, sentimientos de impotencia o pérdidas, emociones negativas y desafíos, por lo que se requiere el uso de estrategias de enfrentamiento para que logren adaptarse a dichos cambios y alcancen una calidad de vida satisfactoria y digna (Monchietti, Krzemien & Urquijo, 2003). Cuando ocurre alguna situación, ésta es evaluada emocionalmente, proceso por el cual las personas valoran las situaciones que ocurren al enfrentarse con las emociones que provocan dichos eventos (Matsumoto & Juang, 2008, en Reyes, 2011).

En individuos de edad avanzada las preocupaciones en general están relacionadas con la adaptación ante las cosas que los rodean, lo económico, enfermedad, jubilación, duelo, pero sobre todo la inactividad y soledad (Rodríguez, Isidro & Martínez, 2004), por lo que deben saber reconocer y utilizar las estrategias de enfrentamiento según las circunstancias, pues estas dependerán de los recursos que dispongan, de la educación recibida, de su entorno social, la situación, el contexto, entre otras cosas.

El termino enfrentar significa, hacer frente o cara a una cosa, estar enfrente; en cambio, el término afrontar, significa poner una cosa enfrente de otra, hacer frente a una situación, problema o peligro, es la acción de afrontar dos personas o cosas. Afrontar tiene como sinónimos: enfrentar, desafiar, encararse, oponer, atreverse; en cambio, entre los sinónimos de enfrentar se encuentran: oponerse, encararse, afrontar, desafiar, competir. (Zavala, 2007). Por lo tanto, se pueden considerar sinónimos los conceptos de afrontamiento y enfrentamiento, haciendo uso del concepto enfrentamiento durante esta investigación.

La función del enfrentamiento tendrá que ver con el objetivo de cada estrategia y el resultado será determinado por el efecto de cada estrategia. Aunque las funciones no se definen dependiendo de los resultados, sí se espera que determinada función tenga un resultado en particular (Sánchez, 2010). Y aun así,

una estrategia válida para una persona puede no ser válida para otra en una situación similar, ni para la misma persona cuando se encuentra en una situación parecida. Para Lazarus & Folkman (1991), el enfrentamiento tiene una función dirigida a manipular o alterar el problema, basadas en la definición del problema y en la búsqueda de soluciones; y el enfrentamiento dirigido a regular la respuesta emocional al cual el problema da lugar, constituida por los procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional.

Para enfrentar las emociones se necesita minimizar la frecuencia, intensidad, duración y ocurrencia situacional de los estados emocionales internos, por lo que Lazarus & Folkman (1991:164), definen enfrentamiento como “los esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales constantemente cambiantes que están dirigidos a manejar demandas internas y ambientales que ponen a prueba los recursos o excedentes de la persona” y, para que sea efectivo, tiene que haber concordancia entre las opciones de enfrentamiento y las variables que son los valores, los objetivos, las creencias y los compromisos que condicionan la posición del individuo.

Billings & Moss (1981, en Aduna, 1998), definen enfrentamiento como los intentos realizados por las personas para emplear recursos personales o sociales con el fin de manejar el estrés y así realizar acciones concretas que les permita modificar las situaciones problemáticas.

Las estrategias de enfrentamiento pueden estar dirigidas a la valoración o enfrentamiento cognitivo al intentar encontrar significado al suceso y valorarlo de la manera que resulte menos desagradable; al problema o enfrentamiento conductual donde la conducta está dirigida a confrontar la realidad, manejando las consecuencias; y la emoción o enfrentamiento afectivo que es la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo. Para manejar la situación que produce conflicto, se pueden utilizar las estrategias: pasivas-avoidativas donde hay ausencia de enfrentamiento; o las conductas de evitación y

negación, según el nivel de adaptabilidad y sus dominios (Monchietti, Krzemien & Urquijo, 2003; Celis & Padilla, 2006).

El enfrentamiento es un proceso cambiante que facilita que la persona pueda analizar la situación, para así, utilizar estrategias defensivas en momentos determinados y en otros aquellas que sirvan para resolver un problema, dependiendo de cómo cambie la relación con su entorno; el enfrentamiento es considerado como una actuación efectiva para la solución de problemas y el mejor enfrentamiento es el que modifica la relación individuo-entorno para mejoría, por lo que en lugar de ser un proceso estático, es un proceso que cambia constantemente, dependiendo de los resultados obtenidos anteriormente y junto a la adquisición de nueva información. Dicho cambio en la relación individuo-entorno dará lugar a una reevaluación de la situación, su importancia y qué puede hacerse al respecto, por lo que las estrategias se hacen una pauta cambiante que responde ante la situación ocurrida. Sus funciones son regular la emoción, facilitar la toma de decisiones y acciones directas para eliminar los estresores (Lazarus & Folkman, 1991; Aduna, 1998).

Los recursos de enfrentamiento son las características o conductas individuales que manejan eficazmente las situaciones causantes de malestar. Se pueden observar, por ejemplo, en el tiempo que tarda una persona para recuperarse de la situación y están constituidas por facetas de la personalidad. (Lazarus & Folkman, 1984, en Sotelo & Maupome, 1999). La forma en que una persona enfrenta una situación, dependerá principalmente de los recursos que dispone y de las limitaciones que dificulten el uso de dichos recursos en el contexto que se encuentre.

Los recursos se obtienen de uno mismo y existe una gran variedad de recursos de enfrentamiento, además, el que una persona posea muchos recursos no significa que tiene habilidad para aplicarlos ante la diversidad de demandas en su entorno, por lo que no existirá una estrategia que sea mejor que otra, sino que todo estará

determinado en función de los efectos que se tengan en alguna situación determinada.

Lazarus & Folkman (1991), destacan el uso de recursos propios del individuo como las creencias de la persona pues pueden favorecer el enfrentamiento, por ejemplo la esperanza ayudará al individuo a no rendirse en situaciones adversas; otro recurso son las habilidades sociales que se refieren a la capacidad que posee el individuo para comunicarse con los demás y así facilitar su forma de enfrentar por medio de la cooperación y el apoyo de los demás. Los recursos ambientales como el apoyo social, que se basa en tener a alguien con quien tener apoyo emocional, intelectual y que le ayude a resolver su conflicto. Los recursos materiales, harán referencia al dinero y bienes que aumentan la posibilidad de obtener éxito en la solución. Por lo que los recursos del individuo pueden ir del aspecto emocional, las funciones sociales, las creencias y valores, y los recursos materiales a los que tenga acceso (Sánchez, 2010).

Terry (1991, en Sotelo & Maupome, 1999), menciona los recursos personales del enfrentamiento, donde se encuentran las condiciones con que el sujeto cuenta, abarca las físicas donde se engloba la salud y la energía como facilitadores del enfrentamiento, pues es más fácil afrontar una situaciones cuando uno se encuentra bien físicamente. Y los recursos personales psicológicos de la persona se refieren a las creencias positivas y las condiciones personales.

También existen los factores sociales, donde se puede mencionar la resolución al problema, que incluye la habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternas y elegir un plan de acción apropiado. Destaca de igual forma, el uso de las habilidades sociales para comunicarse y actuar con los demás de una forma socialmente adecuada y efectiva, pues se facilita la resolución de problemas en coordinación con otras personas. Entre los recursos ambientales se encuentra el grado de amenaza, cuyo grado será mínimo si se presenta una escasa sensación de estrés, pero al máximo si se llega a

emociones negativas intensas como el miedo o la culpa (Terry, 1991, en Sotelo & Maupome, 1999).

Fernández-Abascal (1999), distingue entre estrategias y estilos de enfrentamiento. Las estrategias de enfrentamiento se dan en un contexto específico y ante una situación particular, pueden cambiar en función de los estímulos que actúen en cada momento. En cambio, cuando la forma de enfrentamiento es una característica usual en una persona para enfrentar los problemas, en forma de patrón, con una forma de respuesta más estable, una estrategia inmediata y efímera entonces se habla de un estilo, se definen como formas de tipo personal, en relación con las situaciones y la frecuencia de su uso para abordar las situaciones, siendo difícil su modificación (Zavala, 2007).

Para Lazarus & Lazarus (2000), las estrategias de enfrentamiento son adaptativas, donde no existe una estrategia de enfrentamiento apropiada, pues cada situación es diferente, por lo tanto requiere de una solución diferente, además destaca que principalmente se hace uso de dos estrategias: la resolución de problemas donde se maneja la fuente de la situación conflictiva, la persona considera que puede hacerse algo eficaz y realizará una acción para cambiar dicha situación; y el centrado en la emoción, que se desarrolla para controlar la angustia que puede generarse cuando hay poco o nada que se pueda hacer para resolver la situación, se hace una valoración acerca de la situación para pasar de una valoración negativa a una más positiva.

Las estrategias centradas en la emoción son privadas y controlan la angustia o disfunción que pueda generarse cuando hay nada o poco que se pueda hacer. Dentro de las estrategias centradas en la emoción, hay tres tipos: el estilo evasivo donde se procura no pensar en aquello que preocupa al sujeto o realizar cualquier actividad que evite enfrentarse al problema; el emocional negativo, donde la persona expresa una emoción que no le lleva directamente a la solución del problema, por lo que la situación continuara afectando emocional y físicamente; el tercer estilo es el revalorativo, donde la persona le da un sentido positivo al

problema y trata de aprender de la situación mejorando su percepción, se realiza un proceso interno de reevaluación del significado del problema que implica cambiar el significado personal de lo ocurrido (Lazarus & Lazarus, 1994 en Ruiz, 2006).

Lazarus & Folkman (1991), describen enfrentamiento centrado en el problema cuando las condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio, están dirigidas a la definición del problema, la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo-beneficio, elección-aplicación. Implica un proceso analítico dirigido principalmente al entorno y al interior del sujeto. Y el enfrentamiento centrado a la emoción, la cual es más probable de aparecer cuando se ha hecho una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones de su entorno. Incluyen estrategias de evitación, minimización, distanciamiento, entre otros.

Como proceso, el enfrentamiento consta de tres aspectos: uno donde se hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace, poniéndolo en contraposición con lo que generalmente hace o haría en determinadas situaciones; segundo donde lo que se piensa o hace es analizado dentro de un contexto específico y tercero donde este proceso de enfrentamiento, al no ser estable y poco duradero en comparación con los estilos, siempre implicarán un cambio en los pensamientos y actos, a medida que la interacción va desarrollándose, dependiendo de la personalidad y del contexto que viven las personas (Zavala, 2007).

Además, describen ocho estrategias de enfrentamiento (Lazarus & Folkman, 1991, en Guillén-Riebeling, 2012, en prensa):

- *Confrontación*: que son acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
- *Distanciamiento*: hay esfuerzos para alejarse de la situación.

- *Autocontrol*: son esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
- *Búsqueda de apoyo social*: son acciones dirigidas para buscar comprensión, consejo o información.
- *Aceptación de la responsabilidad*: hay un reconocimiento por parte de la persona de su responsabilidad en el problema.
- *Huida-evitación*: huida de la situación.
- *Planificación*: hay esfuerzos para alterar la situación analizándola.
- *Reevaluación positiva*: se crea un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.

En cambio, Guillen-Riebeling (2012, en prensa), describe ocho estrategias de enfrentamiento:

- *Apoyo emocional*: son las acciones que se hacen para obtener apoyo de las personas, ya sean familiares, amigos o alguna fuerza superior.
- *Ataque agresivo*: a través de acciones agresivas (físicas o verbales) que pueden ser dirigidas a otros o hacia sí mismo, la emoción es regulada.
- *Enfrentamiento instrumental o constructivo*: el individuo realiza una acción para mejorar la situación problemática en la que se encuentra.
- *Expresión de desahogo emocional*: se atrae la atención de otras personas para obtener ayuda y descargar la tensión a través de una expresión emocional.
- *Evitación o distracción*: se comprometen a actividades solitarias y emplea estímulos distractores para evitar y no pensar en la situación que provoca la emoción.

- *Ninguna acción o pasividad*: es una estrategia de enfrentamiento instrumental que usan más los niños en edad escolar y las personas de la tercera edad.
- *Otra*: sonrojos, sudoración o palpitaciones.
- *Reestructuración cognoscitiva*: el individuo analiza la situación que provocó la emoción pero desde una perspectiva positiva.

Acerca de los determinantes para enfrentamiento, existe evidencia de que hay factores situacionales, personales, diferencias individuales, compromisos, creencias, personalidad, ambiente social y la cultura como factores relevantes que afectan el uso o desuso de dichas estrategias (Monchietti, Krzemien & Urquijo, 2003). Mientras que para Lazarus & Folkman (1991), estas habilidades son parte de la capacidad de comunicarse y actuar con otras personas, facilitando así la resolución de los problemas con interacción social y posibilitando el desarrollo de una capacidad para crear o modificar nuevas estrategias adaptativas.

Por lo que las estrategias de enfrentamiento en personas de la tercera edad se verán reflejadas de acuerdo a su funcionamiento social, pues mientras más y mejor adaptado se encuentre mejor funcionará socialmente, tendrá más recursos para valerse por sí mismo y rendirá mejor intelectualmente. En general todas las habilidades de enfrentamiento son importantes ya que constituyen una importante forma de controlar el estrés y malestar tanto físico como emocional, situaciones que van aunadas a la pérdida en la calidad de vida de las personas (Celis & Padilla, 2006). Además de que para Lazarus & Lazarus, (1994, en Ruiz, 2006) el reevaluar las respuestas emocionales que produce la ansiedad, la culpa, la vergüenza o la depresión, puede ser altamente efectiva, siempre y cuando se logren eliminar las opiniones negativas o inadecuadas.

Aunque no hay investigaciones donde se relacione el uso de estrategias de enfrentamiento con emociones como la culpa, existe una diversidad de investigaciones que incluye el uso de estrategias de enfrentamiento entre las que

se encuentran las enfocadas principalmente a los jóvenes y el estrés académico, (Pérez, 2005; Gutiérrez, G., 2007; Meza-Lendech, 2004; Sotelo & Maupome, 1999); a las personas que cuidan o padecen alguna enfermedad o adicción, (Cabrera, 2005; Zavala, 2007; Ruiz, 2006; Nova, 2011; Hernández, 2006); relaciones intrafamiliares y violencia en adolescentes y mujeres, (Santiago, 2012; Sánchez, 2010; González, 2007); en la emoción del miedo (Reyes, 2011); durante el proceso de duelo (Vázquez, 2010;); y en personas de la tercera edad, están enfocadas principalmente al aprendizaje social durante el proceso del envejecimiento y las redes sociales (Monchietti, Krzemien & Urquijo, 2004; Martínez & Solís, 2001).

Es importante resaltar que en dichos estudios, se enfatiza el uso de las habilidades sociales como un recurso determinante debido al papel de la actividad social en la adaptación humana y como un proceso activo para construir conocimiento a partir de la experiencia, la información y la interacción social para así, crear nuevas respuestas estratégicas, más adaptativas, esto de acuerdo con los autores mencionados anteriormente (Lazarus & Folkman, 1991; Sánchez, 2010; Terry, 1991, en Sotelo & Maupome, 1999).

## **Método.**

### **Planteamiento del problema:**

¿Ante qué situaciones presentan la emoción de culpa las personas de la tercera edad y qué tipo de estrategias de enfrentamiento utilizan?

El propósito de la investigación fue la exploración de situaciones que provocan la emoción de culpa en personas mayores de 60 años. El principal interés es saber qué situaciones les producen la emoción de culpa y qué estrategias de enfrentamiento utilizan para disminuir o dejar de sentir la emoción de culpa.

### **Pregunta de investigación:**

- ¿Cómo manifiestan la emoción de culpa las personas de la tercera edad?
- ¿Qué estrategias de enfrentamiento utilizan las personas de la tercera edad frente a las situaciones que les provocan la emoción de culpa?

### **Objetivo general:**

- Identificar las situaciones que producen la emoción de culpa en personas de la tercera edad mayores de 60 años y las estrategias de enfrentamiento que emplean.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar las situaciones que generan la emoción de culpa en las personas de la tercera edad.
- Encontrar estrategias de enfrentamiento que emplean mujeres y hombres de la tercera edad para resolver, disminuir o dejar de sentir la emoción de culpa.

## **Categorías de análisis.**

- **Estrategias de enfrentamiento:** Lazarus & Folkman (1991:164), las definen como los “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”
- **Culpa:** Se refiere a la emoción de arrepentimiento y responsabilidad por los actos de uno. Se halla mediada por normas acerca de lo que está bien y lo que está mal. Provoca un deseo de confesar, pedir perdón, reparar el daño y actuar de otro modo en el futuro. Es una emoción displacentera que surge de acciones morales o antisociales reales o imaginarias (Williams & Bybee, 1994, en Reidl & Jurado, 2007)

## **Diseño:**

El diseño es exposfacto, tipo exploratorio (pues se obtuvieron datos en una sola ocasión y existe poca información acerca del tema), cuya finalidad es dar una idea clara de la situación. Se realizó un estudio cualitativo con la aplicación de un cuestionario tipo encuesta PACUL-4 (Guillen-Riebeling, 2012, en prensa) de dos preguntas abiertas donde los sujetos escribieron y expresaron de alguna manera sus supuestos. Se realizó un análisis de contenido, dicha técnica permite obtener información abundante de las respuestas que los sujetos proporcionaron y así crear una clasificación con categorías establecidas de acuerdo al investigador, con el fin de identificar las categorías de manera sistemática y objetiva dentro del mensaje de los sujetos (Reyes-Lagunes, 1993). El análisis consistió en: transcribir las respuestas que dieron las personas para las preguntas: ¿Qué te hace sentir culpa?, ¿Qué haces cuando sientes culpa? Se observaron las frecuencias con que aparecían las palabras que los sujetos utilizaban para responder a cada una de las preguntas y, con base en las frecuencias, se crearon categorías para cada pregunta.

### **Muestreo:**

No probabilístico e intencional por cuota. La muestra quedó compuesta por 400 sujetos, 200 mujeres y 200 hombres voluntarios que accedieron a participar en el estudio, asistentes de las “Casas del adulto mayor” (se reservan los datos de localización para guardar su anonimato) y habitantes de la zona metropolitana de la Ciudad de México. Fueron personas mayores de 60 años. Los datos sociodemográficos requeridos fueron edad, sexo, nivel socioeconómico y escolaridad. Participaron en el estudio de forma voluntaria.

### **Instrumento:**

- Se utilizó el cuestionario PACUL-4 tipo encuesta elaborado por Guillén-Riebeling (2012, en prensa), para identificar las situaciones que provocan culpa y las estrategias que desarrollan para hacer frente a esas situaciones; dicho cuestionario consta de dos preguntas abiertas con diez espacios de respuesta: ¿Qué te hace sentir culpa?, ¿Qué haces cuando sientes culpa?
- Las variables demográficas fueron: escolaridad, sexo y edad.

### **Procedimiento:**

Se eligió en la ciudad de México instituciones de cuidado a personas de la tercera edad, denominadas “Casa del adulto mayor”. Se solicitó autorización a las autoridades y el permiso de las personas de la tercera edad para aplicar el instrumento. Una vez obtenido, se procedió a la aplicación durante el turno matutino, en un espacio asignado por la institución. Se agradeció la participación, y se procedió a la recopilación de los resultados en un archivo de Excel. A partir de las respuestas se elaboraron categorías, organizando de menor a mayor la frecuencia de conceptos proporcionados, posteriormente, se analizó la información obtenida.

## Resultados:

### *Datos sociodemográficos.*

A partir de los resultados, se puede observar una desviación estándar de  $70.68 \pm 8.472$ , con edades mínimas de 60 años y la máxima de 93. Además del nivel de escolaridad  $2.14 \pm 1.459$ , ocupación  $4.53 \pm 1.907$ , tipo de I.M.C.  $3.59 \pm 1.309$  y sexo  $1.50 \pm 0.501$ .

De las personas que participaron en la investigación, un 71% de las mujeres se dedican al hogar y un 44% de los hombres no tienen una ocupación. En la figura 1 se resalta que sólo un 5% de las mujeres y 6% de los hombres son profesionistas; y que la mayoría de los hombres aún se mantiene activo laboralmente ya sea como empleado (11%), comerciante (16%) o en algún oficio (23%) en comparación con los porcentajes de las mujeres (5%, 10% y 5%, respectivamente).

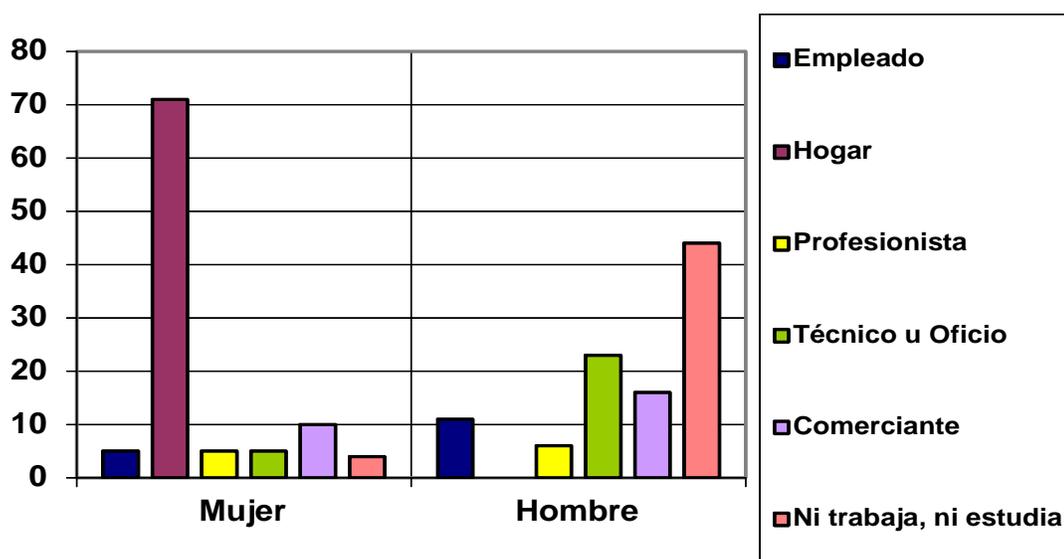


Figura 1. Ocupación de las personas de la tercera edad en relación con el sexo.

## Datos del cuestionario tipo encuesta PACUL-4.

### ***Pregunta 1: Situaciones provocadoras de culpa.***

En total, de las personas de la tercera edad se obtuvieron 469 situaciones que les provocaban la emoción de culpa. Para la elaboración de categorías se unieron las situaciones mencionadas por los participantes que contenían un mismo significado. Por ejemplo, en el caso de “pedir perdón”, las personas de la tercera edad reportaron tener “arrepentimiento”, “remordimientos”, “pedir disculpas”, entre otros, dichas situaciones se agruparon. Por ser sinónimas de “pedir perdón” y así, formar una sola categoría en base a las diferentes respuestas proporcionadas. Del total de información obtenida sólo se consideraron las categorías o elementos cuya frecuencia fue mayor o igual a 25, por lo que fueron nombradas por lo menos por el 10% de los participantes, siguiendo el procedimiento elaborado por Reyes-Pérez (2011). En la tabla 1 se muestran las categorías que cumplieron dicho requisito

	*Frecuencia.		
	*Categorías creadas a partir de las situaciones.	Hombres	Mujeres
Mentir, robar, engañar.	37	32	69
Desatender familia, hijos.	30	31	61
Incapacidad.	18	31	49
Remordimiento.	29	19	48
Regañar, pegar, ofender.	18	28	46
No hacer, no responder.	12	32	44
Otras.	15	26	41
Características de personalidad.	11	27	38
Emociones.	12	21	33
Salud, duelo.	11	14	25
Hábitos alimenticios.	8	7	15
*Total	201	268	469

Tabla 1. Frecuencia de las categorías provocadoras de culpa en personas de la tercera edad.

Las categorías finales fueron 10, escogidas de acuerdo a la opinión de tres expertos en el tema con una validez por jueces (académicos de la UNAM, FES Zaragoza). Para escoger las categorías de situaciones que provocan la emoción de culpa finales se agruparon las situaciones similares para formar nuevas categorías (por ejemplo “Salud” e “Incapacidad”, al ser ambas situaciones de salud, forman una sola) y se agregaron dos más quedando finalmente las categorías: “Mentir, robar”, “Adicciones, comer, cometer errores”, “Emociones”, “Pegar, dañar, regañar”, “Indecisión, abandono”, “Faltar, incumplir”, “Salud, incapacidad”, “Familia, pareja”, “Formación, pasado”, “Personalidad”.

***Pregunta 2: Estrategias de enfrentamiento empleadas ante las situaciones provocadoras de la emoción de culpa.***

En la segunda parte del instrumento, se capturaron las respuestas de estrategias de enfrentamiento; de las cuales en total, se obtuvieron 387 respuestas. Para asignar a cada respuesta de las categorías una estrategia, se utilizó la definición de estrategias de enfrentamiento de Guillén-Riebeling (2012), así, por ejemplo, para la estrategia de “Expresión emocional” se tomaron en cuenta respuestas de quienes respondieron el cuestionario tipo encuesta PACUL-4, y cuya respuesta encajaba mejor en la definición de dicha estrategia, cómo: “Remordimientos”, “sentirme mal”, “arrepentirme”, “estresarme”, “sentir tristeza y dolor”, “temor de todo”, “me altero”, “llorar siempre”, “sentir miedo al futuro”, entre otras; para la estrategia de “Enfrentamiento instrumental o cognoscitivo” respuestas que encajaran en la definición de dicha estrategia cómo “Intentar corregir el daño”, “pido disculpas”, “hacer las paces”, “intentar solucionarlo”, “analizarlo y disculparme”, “tratar de remediarlo”, “pedir perdón”, entre otras.

La frecuencia de las estrategias de enfrentamiento utilizadas ante las diferentes situaciones provocadoras de culpa se obtuvo mediante un análisis de contenido, se recopilaron los resultados en un archivo de Excel y a partir de las respuestas dadas se clasificaron las respuestas en la estrategia que correspondiera (Tabla 2).

<b>Estrategias</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Frecuencia</b>
<b>Expresión emocional</b>	Se atrae la atención de otras personas para obtener ayuda y descargar la tensión a través de una expresión emocional.	Tristeza, sentir remordimiento, llorar siempre, temor al futuro, dolor, estar triste todo el tiempo, sentirme mal, arrepentirme, estresarme, sentir tristeza y dolor, temor de todo, me altero.	139
<b>Enfrentamiento instrumental o constructivo</b>	El individuo realiza una acción para mejorar la situación problemática en la que se encuentra.	Pedir perdón, tratar de corregir el daño causado, hacer las paces, disculparme, hablarlo con ellos, intentar solucionarlo, analizarlo y disculparme, tratar de remediarlo.	86
<b>Ninguna acción, pasividad</b>	Es una estrategia de enfrentamiento instrumental que usan más los niños en edad escolar y las personas de la tercera edad.	No hacer ninguna acción, resignarse, conformarse, esperar a que se solucionen las cosas, nada, guardar silencio.	56
<b>Distracción, evitación</b>	Se comprometen a actividades solitarias y emplea estímulos distractores para evitar y no pensar en la situación que provoca la emoción.	Trabajar en exceso a pesar de la salud, rezar, tratar de no molestar, cambiar el tema, buscar algo más que hacer, cocinar.	29
<b>Reestructuración cognoscitiva.</b>	El individuo analiza la situación que provocó la emoción pero desde una perspectiva positiva.	Reflexionando, tratando de cambiar, pensando en cómo solucionarlo, analizando la situación, reaccionando.	24
<b>Apoyo emocional.</b>	Son las acciones que se hacen para obtener apoyo de las personas, ya sean familiares, amigos o alguna fuerza superior.	Platicarlo con alguien, encomendarme a Dios, ir a un grupo de apoyo, buscar ayuda con gente de su edad.	12
<b>Ataque agresivo</b>	Acciones físicas o verbales que pueden ser dirigidas a otros o hacia sí mismo.	Soy grosera, me altero, me castigo.	4
<b>Otra</b>	Sonrojos, sudoración o palpitaciones.	Me sonrojo.	2

**Tabla 2. Frecuencias de estrategias de enfrentamiento utilizadas por personas de la tercera edad.**

Finalmente, la comparación de las estrategias de enfrentamiento con las categorías creadas a partir de las situaciones de culpa en hombres y mujeres se muestra en la tabla 3.

*Categorías creadas a partir de situaciones.	*Estrategias.								
	Expresión emocional	Enfrentamiento instrumental o constructivo	Ninguna acción/ Pasividad	Evitación/ Distracción	Reestructuración cognoscitiva	Apoyo emocional	Otra	Ataque agresivo	Total
Familia, pareja	27	17	8	5	2	1	0	1	61
Mentir, robar, engañar	28	8	5	2	5	2	0	0	50
Emociones	17	13	6	3	4	1	0	0	44
Faltar, incumplir	12	16	7	4	2	2	0	0	43
Salud, incapacidad	16	3	10	2	3	1	2	1	38
Formación, pasado	8	11	7	3	2	1	2	0	34
Indecisión, abandono	13	8	4	2	0	2	0	0	29
Personalidad	10	3	7	2	3	2	0	0	27
Adicciones, comer, cometer errores	8	7	2	6	3	1	0	0	27
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>86</b>	<b>56</b>	<b>29</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>352</b>

Tabla 3. Estrategias de enfrentamiento y categorías de las situaciones provocadoras de culpa.

De las respuestas otorgadas, se observa que entre las situaciones que generan la emoción de culpa en personas de la tercera edad, se encuentran con mayor frecuencia situaciones del aspecto social con la “Familia, pareja” con un total de 61 situaciones provocadoras de culpa obtenidas; la segunda en frecuencia se encuentran las situaciones de culpa ante actos propios al “Mentir, robar, engañar” con 50 situaciones obtenidas; las terceras más mencionadas son las situaciones de “Emociones” con 44 situaciones obtenidas; seguida nuevamente de situaciones sociales como “Faltar, incumplir” con 43 situaciones provocadoras de culpa; en la quinta más mencionada se encuentran situaciones relacionadas con su salud en la categoría “Salud, incapacidad” con 38 situaciones similares; ante situaciones relacionadas con su pasado se encuentra la categoría “Formación, pasado” con 34 respuestas provocadoras de culpa.

Entre las que menos se mencionaron situaciones provocadoras de culpa se encuentran las que tienen que ver con su condición actual como las categorías “Indecisión, abandono” con 29 respuestas provocadoras de culpa, “Personalidad” con 27 situaciones provocadoras de culpa, y “Adicciones, comer, cometer errores” con 27 situaciones similares provocadoras de culpa.

En base a los resultados, se observa como solamente una minoría de la población analizada utiliza alguna estrategia de enfrentamiento ante alguna situación e intentar reparar la situación que le provoca la emoción de culpa, pues de los 200 hombres participantes de la tercera edad sólo un 49% usaba alguna estrategia de enfrentamiento ante la situación provocadora de culpa que se le presentase, en cambio de las 200 mujeres un 51% de ellas usaba alguna estrategia de enfrentamiento ante la situación provocadora de culpa.

Entre las estrategias más empleadas frente a las situaciones que les provocan la emoción de culpa se encontraron, estrategias de “Expresión emocional” con una frecuencia de 139, con respuestas como: “tristeza”, “remordimiento”, “llorar”, “temor al futuro”, “dolor”, “remordimientos”. El uso de estrategias de “Enfrentamiento instrumental o constructivo” con una frecuencia de 86, con

respuestas de: “pedir perdón”, “tratar de corregir el daño”, “hacer las paces”, “hablarlo con ellos”. En la estrategia de “Ninguna acción/pasividad” con frecuencia de 56, se registraron respuestas, entre otras, “no hacer ninguna acción”, “resignarse”, “conformarse” o “guardar silencio”.

Las estrategias de “Distracción/evitación”, tuvieron una frecuencia de 29 con respuestas de: “trabajar en exceso a pesar de la salud”, “rezar”, “tratar de no molestar”, “cambiar el tema”, entre otros. Con una frecuencia de 24, las estrategias de “Reestructuración cognoscitiva”, con respuestas: “reflexionando”, “tratando de cambiar”, “pensando en cómo solucionarlo”, “reaccionando”.

Entre las estrategias que obtuvieron menor frecuencia se encuentra la de “Apoyo emocional”, con 12 y respuestas: “platicarlo con alguien”, “encomendarme a Dios”, “ir a un grupo de apoyo”, “buscar ayuda con gente de su edad”. Finalmente, la estrategia de “Ataque agresivo” con una frecuencia de 2, obtuvo respuestas como: “soy grosera”, “me altero”, “me castigo”.

En total, de las personas de la tercera edad se obtuvieron 469 situaciones para culpa y 387 para las estrategias de enfrentamiento.

## **Discusión.**

Entre las características del envejecimiento se considera que es un proceso universal, inevitable e irreversible que produce una pérdida de adaptación, especialmente cuando viene acompañado de alguna limitación o enfermedad pues se crea una disminución en la autonomía de la persona, todo esto sumado a los términos sociales negativos que son adoptados por las personas de la tercera edad como son fragilidad, inutilidad, pobreza, entre otros (Gonzales, 1994; Amezcua, 1995; Ramírez, 2008; Naenen, 2001; Kaufer, 2010; Vázquez, 2004; Orozco, 1998; Mercado, 1996; Varela, 1997).

Diversos autores (Kaufman, 1994; Vázquez, 2004; Orozco, 1998; Mercado, 1996), mencionan que las personas de la tercera edad presentan entre otras, emociones como la culpa, que producen aflicción moral, remordimientos, arrepentimiento y la necesidad de tomar la responsabilidad por los actos cometidos por sí mismos; y es a través de la investigación presente que se puede confirmar esto, pues entre las situaciones que los hacen proclives a sentir la emoción de culpa se encuentran principalmente situaciones sociales donde se incluye a un tercero: “Familia, pareja” (61), “Mentir, robar, engañar” (50), “Emociones” (44), “Faltar, incumplir” (43), “Salud, incapacidad” (38), “Formación, pasado” (34), “Indecisión, abandono” (29), “Personalidad” (27), y “Adicciones, comer, cometer errores” (27).

Aunado a esto, los cambios físicos que conllevan a la dependencia en personas de la tercera edad también generan situaciones que facilitan la aparición de emociones como la culpa pues les facilita el sentirse una carga y en muchos casos a terminar en situaciones de maltrato o abandono (Orozco, 1998; Belsky, 1996; ENSANUT, 2012; Naenen, 2001; Kaufer, 2010), y en el caso de hombres y mujeres de la tercera edad todas estas causas se vieron reflejadas en sus respuestas de situaciones de “Indecisión, abandono”, “Salud, incapacidad”, “Familia, pareja”.

Además, el estilo de vida llevado en el pasado influirá positiva o negativamente en su presente, ayudándoles a generar emociones de culpa al padecer alguna

enfermedad o la pérdida de independencia, y si dicha emoción permanece más del tiempo necesario, se torna muy negativa para la persona pues desata una necesidad de castigo acompañado de mecanismos de defensa que dará lugar a síntomas y conductas desadaptativas (Reidl & Jurado, 2007; Morales, 1997; Castilla, 1981; Valdés, 1985; Dionne, 2004; Vázquez, 2004), aunado a esto, al ser una etapa de modificaciones tanto en aspectos biológicos como psicológicos, necesitan adaptarse a las nuevas exigencias que se les presentan mediante el uso de estrategias de enfrentamiento para así lograr una calidad de vida más favorable y digna (Mochietti & Krzemien, 2003; Rodríguez, Isidro & Martínez, 2004; Celis & Padilla, 2006).

Sin embargo en base a los resultados, se observa como una minoría de la población estudiada sabe emplear las estrategias para enfrentar alguna situación e intentar reparar el acto cometido, pues de los 200 hombres participantes de la tercera edad sólo un 49% usaba alguna estrategia enfrentamiento ante la situación provocadora de culpa que se le presentase, en cambio de las 200 mujeres un 51% de ellas usaba alguna estrategia de enfrentamiento ante la situación provocadora de culpa.

De las estrategias más empleadas frente a las situaciones que les provocan la emoción de culpa se encontraron, en orden de mayor a menor, las estrategias de “Expresión emocional” (139), “Enfrentamiento” (86), “Ninguna acción/pasividad” (56), “Distracción/evitación” (29), “Reestructuración cognoscitiva” (24), “Apoyo emocional” (12), “Otra” (4) y “Ataque agresivo” (2).

Entre las principales preocupaciones de las personas de la tercera edad se encuentran situaciones de adaptación, economía, enfermedades, jubilación, inactividad y la soledad (Naenen, 2001; Kaufer, 2010; Rodríguez, Isidro & Martínez, 2004; Vázquez, 2004), situaciones que se ven reflejadas en los resultados de las estrategias de enfrentamiento ante las situaciones provocadoras de culpa pues se destacan las estrategias de “Expresión emocional”, con respuestas registrados de: “tristeza”, “remordimiento”, “llorar”, “temor al futuro”, “dolor”, “remordimientos”,

entre otras respuestas dadas por las personas de la tercera edad, todo esto para según Guillen-Riebeling (2010) descargar la tensión.

La emoción de culpa también genera el sentir de un dolor ante el objeto o persona al que causaron algún daño por alguna acción realizada, intentando corregir el daño al reconsiderar su forma de actuar y realizar conductas intentando reparar el acto (Palmero, Fernández, Martínez & Cholí, 2002; Kaufman, 1994; Castilla, 1981). Y esto lo podemos notar en la segunda estrategia más empleada que es el “Enfrentamiento constructivo o instrumental”, donde se destacan respuestas de “pedir perdón”, “tratar de corregir el daño”, “hacer las paces”, “hablarlo con ellos”, entre otros, todo esto para intentar mejorar su situación problemática (Guillén-Riebeling, 2010).

Entre los estereotipos negativos que acompañan a las personas de la tercera edad se encuentran el de inutilidad y lentitud pues a nivel cognitivo, el procesamiento de información es menor (Gac, 2000; Marín, 2003; Hoyl, 2000; Orozco, 1998), disminuyendo su toma de decisiones y aumentando el control de su vida sobre los demás (Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009; Moya, 2004; Salvarezza, 2004), por lo que generan estrategias de “Pasividad/Ninguna acción”, que se muestran en las respuestas registradas de: “no hacer ninguna acción”, “resignarse”, “conformarse” o “guardar silencio” ante las situaciones provocadoras de culpa.

El problema de la discriminación que se ve en la actualidad, se basa en excluir a las personas de la tercera edad pues no se valoran ni respetan como en épocas pasadas se hacía por no ser productivos como lo fueron en su juventud (Salvarezza, 1998), al ya no respetar sus decisiones ni autonomía son tratados como si no pudiera tener opiniones o elecciones propias (Moya, 2004; Camp, Feldman, Sterns & Papalia, 2009), por lo que utilizan las estrategias de “Distracción y evitación” para no pensar en las situaciones que les quitan su independencia, siendo en la mayoría actividades solitarias (Guillén-Riebeling, 2012), estas son manifiestas en las respuestas dadas como: “trabajar en exceso a pesar de la salud”, “rezar”, “tratar de no molestar”, “cambiar el tema”, entre otros.

Es destacable que aunque las personas de la tercera edad se enfrentan a problemas de re-adaptación social, estereotipos negativos y una gran variedad de situaciones desfavorables, perdiendo el contacto social y otras fuentes de apoyo, entre todas las situaciones negativas ya mencionadas (Giraldo, 2011; ENDIREH, 2011; Marín, 2003), hay personas que utilizan estrategias que les permite analizar la situación de forma positiva, en respuestas como: “reflexionando”, “tratando de cambiar”, “pensando en cómo solucionarlo”, “reaccionando”, entre otros, a través de la estrategia de “Reestructuración cognoscitiva” (Guillén-Riebeling, 2010).

Entre las estrategias menos usadas se encuentra la de “Apoyo emocional” que son acciones dirigidas a obtener apoyo de familiares, amigos o alguna fuerza superior (Guillén-Riebeling, 2010), con respuestas como: “platicarlo con alguien”, “encomendarme a Dios”, “ir a un grupo de apoyo”, “buscar ayuda con gente de su edad”, entre otros; en dichas respuestas se refleja la soledad que padecen las personas de la tercera edad y la escasez de lugares apropiados para obtener este apoyo que necesitan.

Aunque en menor proporción, las estrategias de “Ataque agresivo” se hacen presentes, se mencionó anteriormente que las personas de la tercera edad son propensas al maltrato o abuso, ya sea causado por su familia, parientes, o cuidadores, y que aunque en el cuestionario sólo unos pocos contestaron emplear estrategias de este tipo muchas personas no reportan estos casos de maltrato por ignorancia o amenazas (Borjon, 2003; Giraldo, 2011; ENDIREH, 2011), dichos ataques agresivos pueden ser dirigidas hacia sí mismo o hacia otros (Guillén-Riebeling, 2012), y se manifestó con respuestas como: “soy grosera”, “me altero”, “me castigo”, entre otros.

Entre otros datos que destacan, se encuentra el que la mayoría de los hombres se mantiene laboralmente activos aun siendo mayores de edad y que en las mujeres de la tercera edad, la mayoría se dedica al hogar siendo que en la escolaridad una cantidad mayor de mujeres reportó tener estudios de licenciatura en comparación con los hombres, sobre esta situación, la ENDIREH (2011), registro que las

mujeres de la tercera edad poseen menores ingresos de jubilación o nulos al dedicarse a trabajar en el hogar o son delegadas al cuidado de sus cónyuges a pesar de poseer los mismos deterioros de la vejez. Dichas situaciones son desventajosas para las mujeres pues dicha discriminación puede favorecer las situaciones de maltrato (Moya, 2004; Salvarezza, 1998; OPS, 1990).

Finalmente, las habilidades de enfrentamiento se desarrollan mejor cuando existe una interacción social, pues facilita la capacidad de resolución de problemas y la creación o modificación de estrategias adaptativas nuevas. Por lo tanto mientras la persona esté mejor adaptada socialmente, poseerá mayores y mejores recursos para valerse por sí misma (Lazarus & Folkman, 1991; Aduna, 1998; Lazarus & Lazarus, 2000; Monchiatti, Krzemien & Urquijo, 2003; Celis & Padilla, 2006, Sánchez, 2010, Terry, 1991, en Sotelo & Maupome, 1999), por lo que para mejorar el estilo de vida de las personas de la tercera edad hay que crear dichos espacios que les ayuden a tener ese apoyo emocional que les hace falta, donde no sólo cuenten con un médico y enfermeras para tratar sus malestares físicos, sino que cuenten con todo un equipo de trabajo con psicólogos, activadores físicos y nutriólogos capacitados, para un apoyo de calidad donde les enseñen a cuidarse a sí mismos y convivir con los demás.

Con respecto al instrumento utilizado, se puede desarrollar, uno que muestre mayor eficacia en la detección de factores de riesgo e intervenir en la adaptación, creación o desarrollo en el uso de estrategias de enfrentamiento y así, disminuir los efectos de la culpa y su impacto negativo en las personas de la tercera edad. Es importante recalcar que el enfrentamiento es un proceso que cambia constantemente (Lazarus & Folkman, 1991; Aduna, 1998; Lazarus & Lazarus, 2000; Valdés, 1985), según los resultados obtenidos anteriormente y de la adquisición de nueva información; por lo que para disminuir dicha culpa y sus efectos contraproducentes se pueden implementar cursos, entrenamiento de habilidades, solución de conflictos, entre otros, para que cambien y adapten las estrategias utilizadas, y así mejorar la calidad de vida de las personas en general.

Desafortunadamente, no hay estudios que nos permitan confirmar o refutar los resultados anteriores en las personas de la tercera edad, por lo que hay que recalcar que se necesita profundizar el uso de las estrategias de enfrentamiento para el manejo de las emociones pues permiten regular la emoción, facilitar la toma de decisiones y actuar con acciones directas a eliminar las situaciones problemáticas. Además, debido a la variabilidad de las estrategias, pueden adaptarse a las características personales de las personas para reaccionar ante determinadas situaciones según sus actitudes, creencias, sentimientos y personalidad (Lazarus & Folkman, 1991; Matsumoto & Juang, 2008, en Reyes, 2011; Lazarus & Lazarus, 2000; Celis & Padilla, 2006).

## **Conclusiones.**

Las principales situaciones generadoras de culpa en personas de la tercera edad son “Familia, pareja”, “Mentir, robar, engañar”, “Emociones”, “Faltar, incumplir”, “Salud, incapacidad”, “Formación, pasado”, “Indecisión, abandono”, “Personalidad”, y “Adicciones, comer, cometer errores”. Mientras que las principales estrategias utilizadas ante dichas situaciones generadoras de culpa son de “Expresión emocional”, “Enfrentamiento”, “Ninguna acción/pasividad”, “Distracción/evitación”, “Reestructuración cognoscitiva”, “Apoyo emocional”, “Otra” y “Ataque agresivo”.

La vejez al ser un proceso generador de pérdidas progresivas de capacidades adaptativas y de enfrentamiento, generan inseguridad ante situaciones que antes no hubieran provocado mayores complicaciones, lo que los lleva a la utilización de las mismas estrategias de enfrentamiento que los llevará a su vez a repetir errores pasados y no probar nuevas estrategias que estén más acordes al contexto y la situación en el que viven. Por lo que hay que ayudar a esta población a evaluar su vida desde una perspectiva que los haga sentir satisfechos y así durante sus últimos años gocen de una mejoría en su estilo de vida sin experimentar tan frecuentemente emociones de culpa, además de ayudarles a obtener recursos y estrategias para adaptarse a los cambios sociales, familiares, psicológicos y económicos que los rodean en su entorno.

A través de la presente investigación, se resaltó como un recurso determinante el uso del apoyo y las habilidades sociales debido al papel de la actividad social en la adaptación humana y como proceso activo para construir conocimiento a partir de la experiencia, la información y la interacción social para así, crear nuevas respuestas estratégicas, más adaptativas. Por lo que se hace necesaria la creación de espacios donde se les ayude a comprender la complejidad de los problemas psicosociales que vienen acompañados con su edad. Se debe ayudar a las personas de la tercera edad a consolidar su rol social, redescubrir sus capacidades y habilidades enriqueciendo su autoestima al impulsarlos a tener un envejecimiento participativo, productivo y activo. Hay que crear programas para que las personas de la tercera edad aprendan a revalorizar su cuerpo a medida

que envejecen, manteniendo una vida activa que les llene de experiencias fortalecedoras y les proporcione una imagen positiva de la vejez para facilitar la aceptación del cambio. Entre las dificultades para la creación dichos espacios se encuentra la pobreza, baja calidad de los sistemas, poca cobertura de estos espacios, además de la difícil accesibilidad por el costo elevado, haciendo que, lamentablemente, dichos tratamientos no están al alcance de todas las personas de la tercera edad, sino que sólo una pequeña minoría tiene al alcance esta posibilidad.

Sin embargo, dichas condiciones son necesarias pues pronto las personas de la tercera edad conformaran la mayoría de la población, y deben generarse las condiciones culturales, económicas y sociales para que dicha población mejore su estilo de vida, además de que las investigaciones poco a poco deben prestar atención a esta población tan desatendida e incomprendida; para no olvidar que aunque ellos desean descansar, a la vez también desean sentirse útiles y permanecer activos sintiéndose bien con lo que hacen, y así ir generando cambios para ofrecer servicios de calidad a las próximas generaciones de personas de la tercera edad.

Los resultados obtenidos en la investigación, aportan pequeños avances al estudio de la vejez y estrategias de enfrentamiento, pues genera interés y reflexión por conocer cómo las personas de la tercera edad se ajustan a las demandas del ambiente social y las pérdidas que padecen durante esta etapa, sin embargo debe profundizarse la investigación en estos temas. Es importante investigar qué tan efectivas son para las personas de la tercera edad el uso de las estrategias de enfrentamiento que utilizan ante la culpa y así buscar como apoyarlos para desarrollar nuevas estrategias, para evitar enfermedades, mejorar la calidad de vida en aspectos psicológicos y emocionales, gozando de una vejez digna y feliz.

### **Alcances y limitaciones.**

- En futuros estudios se sugiere tomar en cuenta otras variables y datos sociodemográficos más profundos como religión, estado civil, con quien vive y cómo se mantiene económicamente, para obtener mayor información y realizar análisis más profundos.
- Identificar diferencias de datos sociodemográficos como nivel académico y empleo para compararlas con el uso de estrategias de enfrentamiento.
- Aplicar un cuestionario de Modos de enfrentamiento para complemento e identificación del uso consiente de dichas técnicas.
- En base a las respuestas se puede crear un instrumento que identifique la emoción de culpa en las personas de la tercera edad.

## Referencias Bibliográficas:

- Aduna, M. (1998). Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios. Estudio Experimental. Tesis de Maestría. *Facultad de Psicología. UNAM.*
- Albala, C. (2000). Evaluación del estado nutricional en el adulto mayor. *Programa de Geriátría. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2.* Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/evaluacion-estado-nutricional>.
- Amezcuca, J. (1995). Depresión en la vejez: Diferencias entre ancianos urbanos y rurales. Tesis inédita de Maestría. *UDLA-P. Cholula, México.*
- Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátría A.C.* (2012). Disponible en: [www.amgg.com.mx](http://www.amgg.com.mx). México.
- Beauvoir, S. (1986). *La vejez.* Traducido del francés. Buenos Aires. EDHASA.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones.* España. Masson.
- Borjón, I. (2003). Maltrato hacia las personas de edad. *Comisión Nacional de los derechos humanos.* México.
- Burgos, R., (2013). Manejo terapéutico de la hiporexia. *Unidad de soporte nutricional. Congreso SEEN.* Disponible en: <http://www.seen.es/docs/congresosSEEN/55%20Congreso%20SEEN/rosa-burgos.pdf>. Acceso a internet el 11 de septiembre de 2013.
- Cabrera, W., (2005). Apoyo social y su relación con las formas de afrontamiento hacia la enfermedad. *Facultad de estudios superiores Zaragoza. UNAM.* México.
- Camp, C., Feldman, R., Sterns, H., Papalia, D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez.* México. McGraw Hill.
- Canales, C., Carpio, C., Flores, C., Pacheco, V. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica. *Revista Sonorense de Psicología. 14, 1-2, 3-15.*
- Castilla, C. (1981). *La culpa.* México. Editorial Alianza.

- Celis, A., Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universidad Psicología Bogotá*. 5, 3, 501-509.
- Consejo Nacional de Población (1999). El envejecimiento demográfico de México: retos y perspectivas. Disponible en: [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx). México. Acceso a internet el 21 de julio de 2013.
- Consejo Nacional de Población (2010). Principales causas de mortalidad en México. 1980 -2007. Consejo Nacional de Población, México. Disponible en: [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx). México. Acceso a internet el 21 de julio de 2013.
- Delgado, P. (2010). Ejercicio y obesidad. En Guillen, R. (Comp.) *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplina*. México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Desarrollo Integral de la Familia (2012). Disponible en: [www.dif.gob.mx](http://www.dif.gob.mx). México. Acceso a internet el 29 de junio de 2013.
- Dionne, M. (2004). Centro de Recreación para Adultos Mayores. Tesis Licenciatura. Arquitectura. *Departamento de Arquitectura, Escuela de Artes y Humanidades, Universidad de las Américas*. Puebla.
- ENDIREH (2011). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. Disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx). México. Acceso a internet el 25 de junio de 2013.
- ENSANUT (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Disponible en: [www.insp.mx](http://www.insp.mx). México. Acceso a internet el 20 de julio de 2013.
- Federación Internacional de Diabetes (FID) Diabetes Atlas 2003: [www.idf.org/atlas](http://www.idf.org/atlas). México. Acceso a internet 25 de junio de 2013.
- Fernández, R. (2001). Psicología y envejecimiento: retos internacionales en el siglo XXI. *Psychosocial Intervention*. 10, 3, 227-284. Madrid, España.
- Flores, M. (2007). La importancia de la inteligencia emocional sobre el afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención. *Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM*. México.
- Gac, Homero (2000). Algunos cambios asociados al envejecimiento. *Programa de Geriatría y Gerontología*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2.

Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/cambios-asociados-envejecimiento>.

Gac, Homero (2000). Caídas en el adulto mayor. *Programa de Geriátria y Gerontología*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/caidas>.

Gac, Homero (2000). Inmovilidad en el adulto mayor. *Programa de Geriátria y Gerontología*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/inmovilidad>.

Galimberti, U. (2009) *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI. Pp. 377-378.

Giraldo, L. (2011). Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores en México: resultados para la generación de políticas públicas. *Foro envejecimiento y salud. Investigación para un plan de acción*. Instituto Nacional de Geriátria. Hoja Informativa.

Giraldo, L. (2010). El maltrato de personas adultas mayores: una mirada desde la perspectiva de género. *Revista Debate Feminista*. 21, 42, 151-165.

Goleman, D. (1993). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Paidós.

Gonzales, A. (1994). *Manual de autocuidado y salud en el envejecimiento*. México. Industrial Editorial Res.

González, G. (2007). Inteligencia Emocional y Afrontamiento de Estrés en Estudiantes que Practican Alguna Actividad Física y que no la Practican. Tesis Licenciatura. Psicología. Departamento de Psicología, *Universidad de las Américas Puebla*.

González, P. R. (2004). *Relaciones familiares y sociales en la vejez. Vida plena en la vejez*. México. Pax.

González, T. (2010). Afrontamiento de estrés en mujeres víctimas de violencia doméstica. Tesis Licenciatura. *Universidad de las Américas Puebla*. México.

Guillen-Riebeling, R.S. (2012). *Lo sociocultural de la condición corporal y las emociones de culpa y vergüenza*. Panamá. Psychology Investigation.

Guillen-Riebeling, R.S. (2012). *Cuestionario PACUL 2012*. México, (en prensa).

Guillén Riebeling, R.S. & Reidl Martínez, L.M. (2010). Importancia del estudio y tratamiento de la obesidad. En Guillen, R. (Comp.). *Psicología de la*

- obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria*. México. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Gutiérrez, A. (2004). Autoconcepto y Revisión de Vida en la Vejez. Tesis Licenciatura. Psicología. *Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales*, Universidad de las Américas Puebla. Mayo.
- Hernández, U. (2006). Estilos de enfrentamiento en padres de adolescentes que consumen alcohol y otras drogas. *Facultad de Psicología. UNAM*. México.
- Hoyl, María. (2000). Demencia. *Programa de Geriátria*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/demencia>.
- INEGI (2012), *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx). México. Acceso a internet el 15 de agosto de 2013.
- INAPAM (2012) *Instituto Nacional de las personas adultas mayores*. Disponible en: [www.inapam.gob.mx](http://www.inapam.gob.mx). México. Acceso a internet el 15 de agosto de 2013.
- Ham, C. (2011). *Diagnostico sociodemográfico del envejecimiento en México*. CONAPO. México.
- Kaufer, M. (2010). Estrategias de prevención de obesidad infantil: Una mirada a vuelo de pájaro. En Guillen, R. (Comp.). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. México.
- Kaufman, G. (1994). *Psicología de la vergüenza*. Barcelona. Herder.
- Krassoievith, M. (1993). *Psicoterapia geriátrica*. México. Salvat.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona. Martínez Roca.
- Lazarus, S., & Lazarus, B. (1991). *Pasión y razón. La comprensión de nuestras emociones*. España. Editorial Paidós.
- Marín, J. (2003). Envejecimiento. *Sociedad Española de Geriátria y Gerontología*. Salud Pública Educ. Salud 2003. 3, 1, 28-33.
- Marín, P. (2000). Abuso o maltrato en el adulto mayor. *Programa Geriátria y Gerontología*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 29, 1-2. Disponible en: <http://medicina.uc.cl/vision-geriatria/abuso-adulto-mayor>.

- Martínez, K. & Solís, L. (2001). Comparación entre indicadores de salud: afrontamiento y redes sociales en dos poblaciones diferentes de la tercera edad en el distrito federal. Tesis Licenciatura. *Facultad de Psicología. UNAM. México.*
- Maya, L. (2010). La familia del obeso. En Guillen, R. (Comp.). *Psicología de la obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplina.* México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Meza-Lendech, G. (2004). Relación entre bienestar psicológico y modos de afrontamiento al estrés. Tesis Licenciatura. Psicología. *Universidad de las Américas.* Puebla.
- Nova, M., (2011). Importancia del apoyo social para mejorar el afrontamiento a la enfermedad crónica y la calidad de vida. *Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. K*
- Monchietti & Krzemien (2003). *Trauma psicosocial y afrontamiento en la última etapa de la vida.* Simposium efectuado en el congreso virtual de psiquiatría. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com>. Acceso a internet el 23 de junio de 2013.
- Monchietti, A., Krzemien D., & Urquijo, S. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema 16, 3, 350-356.* Argentina.
- Morales, F. (1997) *Introducción al estudio de la psicología de la salud.* México. Unison.
- Moya, A. (2006). Trabajar con personas mayores: Reflexiones desde la Bioética. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, Núm. 55. Lecciones de Gerontología. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>. Acceso a internet el 27 de julio de 2013
- Mujeres mayores en Iberoamérica. Organización Iberoamericana de Seguridad Social.* (2012). Programa Iberoamericano de Cooperación sobre Adultos Mayores Boletín Número 3 Chile: 1-30.

- Naenen, K. (2001). Aspectos psicológicos en la obesidad. En García-Camba (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y obesidad*. 347-364. Barcelona.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *¿Por qué es importante el envejecimiento?* En: [www.who.int/hpr/globalmovement/background\\_es.htm](http://www.who.int/hpr/globalmovement/background_es.htm). Acceso a internet el 18 de junio de 2013.
- Organización Panamericana de la Salud (1990). Programa de promoción de la Salud de los ancianos para Latinoamérica y el Caribe, basado en la investigación. Washington.
- Ortony, Clore & Collins (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge University Press. Traducción (1996). *La teoría cognitiva de las emociones*. México. Siglo XXI Editores.
- Palmero, F.; Fernández, E.; Martínez, E. & Cholí, M. (2002). *Psicología de la motivación y la emoción*. McGraw-Hill. España.
- Papalia, D. & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo humano*. México. Mc GrawHill.
- Parra, O. (2006). *El arte de vivir con diabetes*. México. Trillas
- Pérez, L. (2005). Manejo del estrés en estudiantes universitarios para reducir la ansiedad en exámenes. Tesis. *Universidad de las Américas Puebla*.
- Pinzón, M. (2006). Analogías. Tesis Licenciatura. *Departamento de Artes, Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades, Universidad de las Américas Puebla*.
- Ramírez, M. (2008). Calidad de vida en la tercera edad ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno? Tesina Licenciatura. *Facultad de ciencias políticas y sociales*. Universidad Nacional de Cuyo. Argentina.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid, España: McGraw-Hill/interamericana.
- Reidl, M. & Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza. Caracterización psicológica y social*. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Reyes-Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales: su conceptualización y utilización en la construcción de instrumentos. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 9, 81-99

- Reyes, N. (2001). Estilos de enfrentamiento como precursores de la cercanía en la pareja en mujeres mastectomizadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. *Facultad de Psicología. UNAM. México.*
- Reyes, V. (2011). Miedo, estrategias de enfrentamiento, tipo de apego y relaciones intrafamiliares en niños y adolescentes. *Facultad de psicología. UNAM. México.*
- Robles, S (2001). "El fenómeno de las cuidadoras: un efecto invisible en el envejecimiento". *Estudios Demográficos y Urbanos 48. 16. 3. 561-584. México.*
- Rodríguez, C., Isidro, R. & Martínez, J. (2004). Problemas relacionados con la edad: un caso clínico. *Revista Electrónica de Psicología, 7, 2.* Disponible en: [www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin](http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin). Acceso a internet el 21 de junio de 2013.
- Rubio, F., (2005). *Hipertensión arterial*. Colombia. Manual moderno.
- Ruiz, A., (2006). Estilos de enfrentamiento, ansiedad y manejo del enojo en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Facultad de Psicología. UNAM. México.*
- Ruiz, I., (2011). Trastornos de la conducta alimentaria. *Instituto de Ciencias de la Conducta, SCP. 14, 1611-1623.*
- Saint, F; Barragán, A. (2011) *Antropología física. Diversidad biosocial contemporánea*. México. Eón.
- Salvarezza, L. (1998). La capacitación en gerontología. En Salvarezza, L. (Editor). *La vejez. Una mirada gerontológica actual*. 147-166. Buenos Aires. Paidós.
- Sánchez, K. (2007) Estrategias de enfrentamiento y poder en la relación de pareja. *Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM. México.*
- Santiago, B. (2012). Tipos de familias y su relación con las estrategias de afrontamiento en la adolescencia. *UNAM. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México.*
- Shamah, T., Cuevas, L., Mundo, V., Morales, C., Cervantes, L., Villalpando, S. (2008). Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México:

resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud pública de México*. 50, 5. Cuernavaca.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (2012). *Ley de los derechos de las personas adultos mayores*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación de Junio del 2002. Última reforma publicada DOF 25-04-2012. Disponible en: <http://diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>. Acceso a internet el 26 de agosto de 2013.

Sotelo, C & Maupome, V. (1999). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. *Facultad de Psicología. UNAM*. México.

Valdés, M. (1985). *Psicología del estrés*. Barcelona. Editorial Martínez Roca.

Varela, J. (1997). Ancianidad y desarrollo: ¿Antítesis? *Revista Mexicana de Psicología*. 14,1, 41-54.

Vázquez, A. (2010). Significado de pérdida, proceso de duelo y estrategias de afrontamiento. Tesis de licenciatura. *Facultad de Psicología. UNAM*. México.

Vázquez, V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? *Revista de Endocrinología y Nutrición*. 12, 4, 3. 136-142.

Zavala, L., (2007). Estrés y estrategias de enfrentamiento como posibles factores asociados a la cardiopatía isquémica. *Facultad de Medicina. UNAM*. México.