



**UNIVERSIDAD
INSURGENTES**

Plantel Hola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

**“EL MIEDO A LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

MARINA LIZBETH JIMÉNEZ PRECIADO
JESÚS ALEJANDRO DE LA BARRERA BRITO

ASESOR: MTRO. CÉSAR JAVIER ÁRAMBULA RÍOS

CIUDAD DE MÉXICO 2016



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.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1 Muerte	8
1.1. Concepto de muerte	8
1.2. La muerte desde diversos enfoques	8
1.2.1 Visión biológica de la muerte	9
1.2.2 Visión Psicológica	10
1.2.3 Visión Social en cuanto a la muerte	11
1.2.4 Visión Antropológica	12
1.2.5 Visión Religiosa	16
1.2.6 Visión Legal	19
1.3 El significado de la muerte para los mexicanos	21
1.3.1. México Prehispánico y su visión ante la muerte siglo XVI	21
1.3.2 México Actual ante la muerte	23
Capítulo 2 Adulto Mayor	26
2.1. Concepto de adulto mayor	26
2.2. El adulto mayor desde la teoría de personalidad de Erikson	28
2.3. El adulto mayor y las emociones	31
2.4. El adulto mayor institucionalizado	33
2.5. El adulto mayor y el enfrentamiento a la muerte	34
Capítulo 3. Investigación relacionada	38
3.1 Estudios realizados en Guadalajara	38
3.2 Estudios de América Latina	41
3.3 Estudios Europeos de Adultos de la tercera edad	43
3.4 Estudios de Uruguay sobre adultos de la Tercera Edad Mayores y Vulnerabilidad Social.	44
Capítulo 4 Método	48
4.1. Justificación	48
4.2. Planteamiento del problema	48
4.3. Objetivos	49
4.3.1 Objetivo general	49
4.3.2 Objetivos específicos	49
4.4 Variables	49
4.4.1 Variable Dependiente	49
4.4.2 Variable Independiente	50
4.5. Hipótesis	50
4.6. Tipo de estudio	50
4.7. Tipo de diseño	51

4.8. Escenario	51
4.9. Población	51
4.10. Muestra	51
4.11. Materiales y/o Instrumentos	51
4.12. Procedimiento	52
4.13. Análisis de datos	53
Capítulo 5 Análisis de Resultados	54
5.1 Estadística descriptiva	54
5.2 Estadística inferencial	58
Capítulo 6 Discusión	61
6.1 Comparaciones con otros trabajos de investigación	61
6.2 Enfoque Psicoanalítico	65
Capítulo 7 Conclusiones	69
7.1 En que medida se alcanzaron los objetivos	71
7.2 Limitaciones	71
7.3 Sugerencias	72
Referencias	73
Anexo 1	81
Anexo 2	82

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo investigar si existen diferencias en los puntajes de miedo a la muerte, entre una muestra de adultos de la tercera edad Institucionalizados y otra muestra de No Institucionalizados, para lo que se entrevistó a 56 personas. Los sujetos participantes de este estudio fueron adultos mayores de la ciudad de México, hombres y mujeres, de entre 65 y 100 años de edad. 28 de ellos están Institucionalizados en el asilo Carlos Mundet y la otra muestra de 28 personas No institucionalizadas, se encontró en la comunidad abierta y se localizaron en jardines públicos y en sus domicilios. Se aplicó la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lestter (1996), se llenó una cedula donde contiene información de cada persona, así como se hizo Rapport para conocer su historia de vida y se realizó un análisis demográfico. Los resultados obtenidos mediante la escala de Collett Lestter, fueron analizados con una prueba t de muestras independientes, llegando a la conclusión de que existen diferencias estadísticamente significativas entre el miedo a la muerte en las personas de la tercera edad No Institucionalizados y las Institucionalizadas, siendo de mayor magnitud la de los No institucionalizados. Se agregó a la discusión un análisis de los resultados desde el punto de vista psicoanalítico.

Palabras Clave: Adulto Mayor, Miedo a la Muerte, Institucionalizados, No Institucionalizados.

Introducción

En las últimas tres décadas, México se ha mostrado ante el mundo como un país joven en vísperas de crecimiento social, sin embargo el tiempo sigue pasando y las personas que eran adultas jóvenes hace 30 años, ahora forman parte de la tasa de adultos mayores, es evidente que el país no se preparó para hacerle frente a este cambio, ahora es tangible al realizar estudios que permitan conocer la vulnerabilidad y necesidad de este sector. La problemática del adulto mayor en México está caracterizada por la concurrencia de vejez, esto se da dentro de un contexto de escasa protección institucional y profundas desigualdades sociales, ya sea en cuidados de sus familiares o en asilos.

El adulto mayor llega a un punto de reducción drástica de la energía física que los va debilitando, los problemas de salud se hacen crónicos, prolongados y sus actividades se ven aún más limitadas. También presentan la problemática de la jubilación y la disminución de ingresos económicos, la muerte de amigos y familiares, el desplazamiento de los hijos, reducción de su ámbito social, convirtiéndose en época difícil, si no se tiene el disfrute por el hecho de haber logrado los objetivos o proyectos de vida planteados por cada persona a lo largo de su vida, que puede ser el sentirse libres de responsabilidades, tener una solvencia económica estable y disfrutar de la vejez sin preocupaciones, sin embargo tomando en cuenta lo anterior, hay un tema que no se ha investigado y es el tema de la muerte, el proceso de miedo para enfrentar el tema, la incertidumbre de partir sin saber de sus familiares o simplemente a dónde se irá después de morir y si es que se va a algún lugar.

Esta tesis realiza la investigación para medir el miedo a la muerte que se presenta en los adultos mayores, haciendo un análisis estadístico de los resultados del instrumento aplicado a los adultos mayores que se encuentran institucionalizados y los no institucionalizados, ya que se desconoce la magnitud de este miedo en ambos grupos. Se realizó un registro de 56 adultos mayores, 28 institucionalizados (14 hombres y 14 mujeres) y 28 no institucionalizados (14 hombres y 14 mujeres), entre 60 y 100 años de edad, y se encontró que presentaron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto miedo a la muerte.

Esta tesis aborda este tema del miedo a la muerte en adultos mayores Institucionalizados y no Institucionalizados en 7 capítulos, en los que se aborda el tema general de la muerte, el adulto Mayor y la institucionalización del mismo, los estudios de otros países que han realizado investigaciones sobre el adulto mayor, la metodología que se utilizó en esta tesis para saber el significado del miedo a la muerte en el adulto mayor que le otorga a su propia muerte, el análisis que se realizó a través de una Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lestter (1996), los resultados que arrojó esta escala y finalizando con las observaciones convenientes para saber si hubo una diferencia significativa en el miedo a la muerte de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados.

En el primer capítulo se aborda el tema en general de la muerte, los distintos enfoques que se han abordado con el paso del tiempo, así como en la cultura mexicana desde los tiempos prehispánicos hasta los tiempos actuales.

En el segundo capítulo abordamos el tema de adultos mayores, así como la situación demográfica, abarcamos desde adultos mayores que viven aún con familiares así como aquellos que se han institucionalizado.

En el tercer capítulo abordamos el tema de los trabajos efectuado en el medio cultural hispano, así como de otros países en cuanto al tema de adultos mayores y sus distintos puntos que aporten mejoras para este sector social, tanto a nivel nacional como a nivel mundial.

En el capítulo cuatro se explica la metodología que se empleó para medir el miedo a la muerte en el adulto mayor y saber si existe diferencia alguna en el caso de que el adulto mayor se encuentre institucionalizado y no institucionalizado.

En el capítulo cinco se realizó el análisis de los resultados que arrojó la escala de miedo a la muerte de Coller Lestter (1996), y observar en la estadística descriptiva e inferencial, las diferencias que existen de manera significativa.

En el capítulo seis se realiza un comparativo entre los resultados obtenidos con el tema del capítulo tres. También se plantean propuestas para realizar mejoras en temas relacionados con la población de la tercera edad en México.

En el capítulo siete se hacen las observaciones convenientes, de acuerdo a los resultados obtenidos en general, así como también se hacen temas de propuesta para aportar una mejoría en cuanto al tema que sea de interés para cualquier persona, sobre la población de la tercera edad en México.

Capítulo 1. Muerte

1.1. Concepto de muerte

Existen diferentes definiciones en cuanto a la muerte. Etimológicamente, la palabra proviene del latín *mors*, gen. *mortis* (it. *Mor-te*, fr. *mort*), que significa literalmente muerte y de raíz indoeuropea *mor-* / *mr-*, emparentado con el sánscrito *mrtih* “muerte”, el lituano *mirtis*, “hombre mortal”, el griego *ἄμβροτος* *ámbrotos*, “inmortal”, el irlandés antiguo *marb*, el galés *marw* y el germano *murthran*. También aparece el anglosajón *morþy* el godo *maurþr*, de donde deriva en inglés moderno *murder* y en alemán *Mord* (“asesinato”) (Real Academia de la Lengua Española, 2001, p. 701).

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2001) define a la muerte como: “1. f. Cesación o término de la vida. 2. f. En el pensamiento tradicional, separación del cuerpo y el alma. 3. f. muerte que se causa con violencia”.

Por su parte el Diccionario Larousse menciona como concepto de muerte: “a la acción o hecho de morir o dejar de vivir en los aspectos biológicos, sociales y psicológicos del ser humano” (El Pequeño Larousse, 2015).

1.2. La muerte desde diversos enfoques

La muerte ha sido un tema de gran interés y controversia que ha preocupado al género humano a lo largo de la historia, por ello, desde la más remota antigüedad, no ha dejado de reflexionar acerca de su origen, causas, significado, modalidades y consecuencias, intentando hallar respuestas a los misterios que ella encierra.

El interés por conocer el tema de la muerte se ha abordado desde diversos enfoques ya que se trata de un fenómeno biológico, psicológico y social de vital trascendencia en la vida del ser humano; un tema susceptible de ser considerado como fin de un proceso biológico, que promueve unas determinadas actitudes psíquicas y comportamentales, tanto a nivel individual como de grupo, y que en el transcurso del tiempo ha ido originando un universo de significaciones, encarnadas en ritos, prácticas y costumbres (Valdés, 1994).

1.2.1 Visión biológica de la muerte

La muerte tiene como significado la cesación completa y definitiva de la vida, es sencillamente el final de la función de todos los signos vitales, del organismo que se había creado a partir de un nacimiento. La muerte llega cuando culmina un organismo a causa de la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático.

Desde el punto de vista biológico, la muerte es la suspensión de las funciones vitales y orgánicas de cualquier organismo vivo, funciones que ya no pueden revitalizarse o resucitarse. La ciencia define a la muerte “como el cese absoluto y definitivo de todas las funciones biológicas, que incluye la interrupción total e irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria y el cese, también irreversible, de todas las funciones cerebrales” (Santamaría, 2008, p. 7).

La muerte se puede originar por diferentes causas: enfermedades, suicidio, homicidio o algún traumatismo contundente, estas últimas es lo que se conoce como muerte violenta. Aunado a esto, Pattison (1977) propone otras clasificaciones de muerte entre las cuales se encuentran:

- **Muerte natural:** se produce por una patología o enfermedad, sin ninguna causa externa, por ejemplo: una enfermedad infecciosa, tumoral, etcétera.
- **Muerte biológica:** es el momento en que el ser humano deja de funcionar como un todo (se identifica con la muerte cerebral).
- **Muerte cerebral:** se caracteriza por una pérdida definitiva de las funciones clínicas del cerebro, incluyendo tronco cerebral. Algunas enfermedades relacionadas con la muerte cerebral son: traumatismo encéfalo craneal, contusión cerebral, hemorragia subaracnoidea, entre otras.
- **Muerte fisiológica:** es el momento en que se interrumpe la función del sistema orgánico (se identifica con la ausencia de signos vitales).

- **Muerte sociológica:** entendida como la separación emocional definitiva que se efectúa entre el paciente y las figuras importantes de su vida, antes del deceso. Normalmente cuando un paciente se halla en la fase final de su enfermedad mortal, tanto los familiares y allegados como el personal médico tienden a retirarse de su lado, les hablan en tercera persona, los tratan como objetos; de este modo, se refieren al paciente con un lenguaje despersonalizado (*el de la cama 4, el de la trombosis...*) tratándolo como un número o una enfermedad siendo tratado prematuramente como si la muerte biológica se hubiese producido.
- **Muerte psicológica:** consiste en que toda la actividad psicológica del individuo (sentimientos, necesidades y pensamientos) se detiene aceptando en definitiva su muerte inminente. Santo Domingo (1976) cree en la posibilidad de que esta forma de actuación psicológica humana y técnicamente adecuada puede ayudar a cada individuo a integrar su propia muerte en su vida de la mejor manera posible. La ocurrencia normativa muestra que primero se da la muerte social y después la muerte psíquica.
- **Muerte súbita:** es la aparición repentina e inesperada de un paro cardíaco u otro evento fatal en una persona que aparentaba tener un buen estado de salud. La principal causa de la muerte súbita es la arritmia cardíaca, el corazón deja de latir, a los pocos segundos el individuo pierde el conocimiento y por último, pierde su capacidad de respirar.

1.2.2 Visión Psicológica

La muerte se considera como un proceso y no como un acto puntual (Kastenbaum y Costa, 1977). En este sentido, la muerte puede ser realidad, percepción, situación, acto, final, principio e incógnita (Blanco-Picabia, 1993).

Para la psicología, la muerte constituye una de las fuentes de angustia más importantes y significativas, ya que la muerte supone el momento final de la vida de una persona.

1.2.3 Visión Social en cuanto a la muerte

Desde un punto de vista social, se tiene la idea que todo ser vivo pasará por el ciclo de vida que es: nacer, crecer, reproducirse y morir. No existe conciencia o creencias alrededor de la propia muerte en el ser humano, sus actitudes y comportamientos ante la muerte son aprendidos culturalmente; dichas costumbres han variado de un tiempo a otro, a veces la muerte es vista como un hecho natural e inevitable, otras como un enemigo al que hay que conquistar. La cultura moldea nuestras experiencias de pérdida y los rituales que la rodean.

En las sepulturas encontradas en Europa pertenecientes al hombre de Neanderthal se hallaron utensilios, de ahí se supone su creencia en una supervivencia en la cual necesitaban alimentos y utensilios habituales, la actitud del hombre de esta época hacia sus muertos debió ser una mezcla de respeto y temor (Gómez, 1998).

Con el paso del tiempo, la muerte se convirtió en una experiencia meditativa de introspección, la vida debía ser la preparación para la eternidad y la muerte continuaba considerándose como una intervención deliberada personal de un llamado Dios, esta idea siguió así durante la Edad Media; dramatizada en el momento de la agonía, donde se alude a una lucha encontrada entre ángeles y demonios, que se disputan el alma del que va a morir. Por eso era importante morir de “buena muerte”, para acceder a la esperanza de ganar el reino de los cielos (Gómez, 1998).

Durante el Romanticismo, época en la que se exaltaban por igual pasiones violentas y emociones desbordadas, se tuvo una visión dramática de la muerte; aparecieron escenas de dolor frente a la muerte del otro o del ser amado. La muerte deja de estar asociada al mal, declina, aunque no desaparece la conexión entre ésta y el pecado.

Para el siglo XIX, la muerte es “el otro mundo”, el lugar de reunión entre aquellos que han sido separados por la muerte, la cual se comienza a dilucidar como algo demasiado horrendo como para tenerlo de manera constante en mente, comienza a ser un tema tabú. Sin embargo, O’Connor (2005) describe que a finales de este mismo siglo lo más común era que la gente muriese en el hogar donde habían habitado, dándose cuenta así de la proximidad de su muerte y teniendo con ello la oportunidad de terminar los asuntos emocionales de su vida en su ambiente familiar; permitiendo también a los miembros de la familia y amigos decir adiós al ser querido, contemplando a la muerte como algo natural.

Actualmente, la muerte se vive socialmente como un tabú, no se permite hablar de ella incluso a aquellos que saben que están cerca de morir; tal es el caso de los enfermos terminales, quienes acuden a los hospitales en un afán de luchar hasta lo último contra ella, sin importar lo adverso de las circunstancias.

1.2.4 Visión Antropológica

Desde un punto de vista antropológico, la relación entre hombres, dioses y espíritus fue entendida inicialmente desde el plano de lo sobrenatural, en la relación que existe entre el mundo en que vivimos y el que se encuentra más allá de las estrellas. De esta forma, entender qué es lo que el hombre hace en vida, es a la vez entender también el proceso de su muerte.

Observando desde la antropología, el estudio de la muerte puede situarse en tres grandes periodos. El primero de ellos comprende las percepciones y teorías evolucionistas de finales del siglo XIX e inicios del siglo XX, hasta antes de la expansión teórica del estructuralismo lévi-straussiano a mediados del siglo pasado. El segundo periodo se ubica desde el estructuralismo hasta el gran apogeo de la antropología simbólica encabezada por Clifford Geertz. Y finalmente, un tercer y último periodo, que se enmarca en los años 90’s y hasta la actualidad caracterizada por la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de las ciencias sociales y humanas, sobre la muerte como objeto de estudio, la modernidad como espacio de reflexión es lo que se puede concluir desde este punto.

Para los evolucionistas del siglo XIX, como E. B. Tylor, la muerte es un suceso más sobrenatural que real. Tylor (1979) sostiene que la muerte es un fenómeno que explica dos cuestiones muy importantes. Por una parte, nos permite entender cómo el ser humano ha ido construyendo la religión a través de la veneración de los muertos (pasando del politeísmo al monoteísmo); y por otra, ha generado la idea de que todo individuo posee un alma (animismo), para lo cual se hace referencia a comprender que cuando algo muere no necesariamente desaparece puesto que “aunque un hombre pueda morir y ser enterrado, su fantasma continúa presentándose a los vivos en visiones y sueños” (Tylor, 1979, p. 403) debido a que su espíritu permanece como elemento protector o castigador del grupo familiar y social.

En el plano psicoanalítico, Freud (1937) percibió fijaciones en los adultos mayores, como efecto de la viscosidad de la libido que suscitaba adherencias libidinales a representaciones previas. Para él, estas fijaciones producían duelos patológicos cursados ante la pérdida de objetos o respecto al cuerpo propio, así como identificaciones anteriores como la pérdida de roles tanto en lo familiar, como en lo laboral y lo social. Los adultos mayores permanecían inmersos en el doloroso terreno de la añoranza, con la paralización temporal que esto supone en cuanto a la posibilidad de desarrollo de nuevos anhelos materializados en proyectos de vida.

Estas pérdidas podrían anticiparse como posibilidad en la crisis de la mitad de la vida o negarse en la fantasía de una “eterna juventud”, caso en el que el enfrentamiento con estas circunstancias se hace más difícil de sobrellevar y elaborar en una consciencia de muerte o un proceso de transferencia del espíritu.

Freud (1915/1979) también comprendió que la muerte no es un proceso de transferencia del espíritu, sino más bien que el proceso de comprensión de la muerte (o pulsión de muerte), es un punto central para entender por qué sólo pensamos en la muerte cuando se hace visible en primera persona, ésta toma de consciencia se da paulatinamente con el paso del tiempo y el envejecimiento, tanto propio como el de las personas significativas del entorno que envejecen y mueren.

Este hecho por cierto no suele pasar sin dejar una profunda marca en quien lo vive, personalizando la muerte vivenciada a través de la muerte de los seres allegados que ya sucumbieron, la muerte deja de ser una concepción medianamente abstracta, si esta vivencia de deceso se da en una etapa en la que no se ha vislumbrado el tema de la muerte, se da un cambio en relación al tema en sí mismo, volviéndose un problema más personal. Siendo la propia vivencia de mortalidad, la certeza de lo indefectible de la propia muerte, solo así se hace una consciencia de la comprensión del tema de la muerte.

Otras posturas ante la muerte parten de la Antropología. Uno de sus representantes distinguidos, Malinowski (1926), mencionaba que existe una triple perspectiva (normativa, parental y legal), la cual sitúa a la muerte como parte de un proceso funcional donde los actores sociales comparten roles para institucionalizar a la muerte como un ritual social. Por otra parte, Evans-Pritchard (1990) indicaba que a principios de los años 40^{os} existía la idea de que la muerte está acompañada por un status clasificatorio y por ciertas normas sociales que sitúan la importancia del individuo dentro del grupo. Para este autor, la muerte tiene un significado muy importante dentro de la vida social, organizativa y política de todo grupo. En lo que toca a la política de grupos, la religión se torna como eje central para comprender la importancia de los dioses dentro de la política y el parentesco, el temor a la muerte está acompañado por el temor a los dioses, quienes castigarán el buen o mal comportamiento de los hombres.

Sin embargo en los años 50^{os}, Lévi-Strauss (1988) subrayó que la muerte no es un hecho meramente natural, que esté ligado sólo al espíritu, a la función social de roles o al temor de los dioses, él insiste en que la muerte está ligada a la vida cultural y social de todos los individuos, de sus creencias sobre el cultivo, la familia, la religión, los mitos, etc., es por este motivo que todo proceso mortuorio es también un constante proceso de repensarse a sí mismo dentro del grupo al que uno pertenece. Sin embargo, no fue hasta las propuestas de Jack Goody (1998) que la conexión entre cómo los individuos enlazan sus creencias religiosas con las prácticas cotidianas, tienen como nexo principal las ceremonias funerarias. Para este autor, la conjugación entre los vivos y los muertos es esencial para

comprender cómo ciertos aspectos de la cultura se mantienen y se traspasan a las siguientes generaciones.

A la llegada de los años 70's, la búsqueda de Geertz (2003) sobre los significados ocultos dentro de la cultura en el tema de la muerte y sus estudios sobre la religión, hicieron una propuesta sobre las diferentes consideraciones simbólicas que la muerte tiene, cómo es que se representa de manera que lo que un pueblo valora, lo que teme y odia están pintados en una llamada cosmovisión, simbolizados en su religión y expresados en todo el estilo de vida en un lugar. De esta forma, la muerte no sólo es un ritual que hay que seguir como algo tradicional que se lleve a cabo, la muerte simboliza las acciones de los individuos, muertos o no, de cómo se convierte en un elemento de reconocimiento frente a los grandes dilemas de la vida social, de cómo los más mínimos detalles y sentimientos pueden traer consigo la valoración de los individuos frente a su grupo, de esta forma la muerte tiene más significado dentro de las relaciones sociales de los sujetos.

Durante los años 80's, Harris y Ross (1987) expusieron en sus obras dos posturas totalmente diferentes para entender qué es y qué conlleva la muerte. Estos autores sostienen que la muerte está muy ligada a la regulación demográfica que algunas sociedades establecen para regular y controlar los recursos y alimentos, mientras que Rosaldo (1989) destaca la importancia de considerar los sentimientos y las emociones ante la muerte de un familiar cercano.

Durante los años 90's, Scheper-Hughes (1997) sostuvo que al morir el hombre, muere también con él su espacio, su lugar, y a la inversa, de aquí que para esta autora al estudiar la muerte se debe considerar la historia, las condiciones sociales, productivas y los sujetos (poder) y su sistema simbólico (muerte).

Por último, las propuestas de Augé (1998) sobre la importancia de volver a los ritos como elementos constitutivos de la interpretación cultural, insisten en que la muerte (como ritual) es un estadio que configura la posición del otro, quiere decir que cuando un individuo muere, queda el recuerdo, no del individuo en sí, sino de lo que el "nosotros" establece para formular su recuerdo. Es importante considerar las reflexiones de Augé

puesto que aparecen dos nuevas categorías conceptuales: la memoria y el olvido. En este caso, la muerte implica configurar la historia personal de quien ha partido, de situarlo dentro de la memoria colectiva, o de que permanezca como sujeto anónimo, perdiéndose – como el mismo autor expresa– en el mar del olvido.

1.2.5 Visión Religiosa

El punto de vista desde lo religioso, habla sobre el fenómeno de la muerte y como ha propiciado, desde tempranas épocas los más complejos y elaborados sistemas de creencias y prácticas religiosas que le han servido a la humanidad para explicar, entender y manejar el hecho de la muerte, hablando sobre un rencuentro con un Dios “todo poderoso”, que le dará el descanso eterno según sus actos de pecados en vida. (Corbí, 2001).

De manera universal, la muerte se presenta para el hombre como un hecho que trasciende lo exclusivamente natural o fisiológico, considerándose desde dos dimensiones: una individual, en cuanto afecta al sujeto, y la otra social, ya que afecta a las personas que conviven o se relacionan con la persona que muere (Pérez y Velasco, 2011).

Como es de esperarse, cada persona adopta actitudes diferentes ante la muerte, pero estas manifestaciones se ven afectadas por la sociedad en que cada persona se halla inmersa.

Es importante tener en cuenta la diversidad creciente de cada cultura, así también como su envejecimiento, de manera que se pueda ayudar de mejor manera a cada paciente según su cultura y sensibilidad. Además existe una forma sustancial de afrontar la muerte entre el hombre y la mujer. No solo influye la raza, el género, el país donde viva, sino que también en muchas personas la religión que profesan es de vital importancia para entender las diferentes creencias que tienen unas personas de otras. Al respecto, Freud (citado en Santamaría. 2008) refería que la religión es un poder inmenso que dispone de las emociones más potentes de los seres humanos.

Para Santamaría (2008), la religión cumple con tres papeles importantes para el ser humano:

1. Satisfacer la curiosidad innata del hombre sobre el origen del mundo.
2. Calmar la angustia que el hombre siente ante las crueldades de la vida y el destino inevitable de la muerte.
3. Difundir consejos y sugerencias de cómo comportarse en esta vida.

El mayor poder de la religión según Freud (citado en Santamaría, 2008) es la de satisfacer la necesidad de protección, atenuar la angustia y el miedo que se siente ante la muerte. Todas las religiones buscan dar una respuesta al gran enigma de la muerte.

Santamaría (2008) también habla sobre las distintas religiones como son el hinduismo, budismo, cristianismo y el islamismo. En las última dos religiones mencionadas, se encuentra una visión de sociedad que puede apreciar el punto de vista sobre el destino y sobre la muerte, haciendo una diferencia según estas religiones en la cual divide en dos principales puntos de vista: la primera postula que cuando fallecemos nuestra alma o espíritu abandona nuestro cuerpo y retorna al lado de Dios, para ser juzgado por sus actos en la vida, premiándolo o castigándolo según como haya procedido. La segunda instancia, la corriente espiritual asegura que nuestra alma es una parte de un Dios que nos creó a todos dentro de un vehículo físico temporal, que se ve inmersa en un ciclo de vida-muerte-reencarnación, con el propósito de irnos perfeccionando con cada etapa hasta alcanzar el estado de iluminación y que le permita regresar a ese Ser que le creó y del cual forma parte, esto último entra en el grupo del hinduismo y el budismo.

En el budismo, el tema de la muerte contempla una transición, misma que comprende cuatro aspectos: la primera se refiere a la vida; la segunda se refiere a cuando el individuo se encuentra con las condiciones que propician su muerte y que termina cuando todos los factores constitutivos físicos y mentales de la persona colapsan; la tercera comienza cuando la mente se separa del cuerpo y la última se refiere al renacimiento.

Para el hinduismo, la muerte consiste en la unión del alma individual con el alma universal, se cree que la muerte pasa no a otra vida como la concebimos en la Tierra, sino a otra forma de existencia, que es esencialmente espiritual, una forma de existencia basada en la unión con el Poder Superior (Santamaría, 2008).

Para el catolicismo, la muerte forma parte de la vida. Los católicos creen que poseen un alma inmortal creada por un Dios que no muere con la muerte, sino que pervive en una vida eterna. Esto es, la muerte es vista de dos maneras: la muerte espiritual que figura la separación entre el alma y Dios como consecuencia del pecado original, y la muerte física, separación del cuerpo y alma, en el cual el cuerpo vive un proceso de descomposición y el alma pervive una vida eterna.

Para los cristianos el alma surge con la concepción y a partir de ese momento es eterna. Con la muerte, el alma se retira del cuerpo. Habrá una resurrección de los cuerpos, si bien estos serán espirituales o glorificados. Esto sucederá el último día, el del fin del mundo. La muerte sólo implica al cuerpo, el alma permanece por siempre.

Los cristianos deben tener presente la fugacidad de la vida y la inevitabilidad de la muerte para purificarse y gozar de Dios. La vida terrena es un tránsito hacia otra superior y eterna. No acaba sino que se transforma. La muerte es la entrada anhelada en el cielo para gozar de forma definitiva de Dios en plena unión. Tras la muerte tiene lugar un juicio en el que se valoran los méritos y deméritos del difunto. Así el alma se salva o se condena viviendo eternamente en la gloria de Dios o apartada de él. Además del cielo y el infierno, hay un plano denominado purgatorio, donde las almas deben permanecer un tiempo indeterminado hasta alcanzar la limpieza total y ganar la unión eterna en Dios. El purgatorio sería el estadio donde se eliminan las faltas (Murillo, 1999).

Para los Padres de la Iglesia habrá un juicio final y previamente a este se producirá la resurrección de los muertos. Nadie excepto Dios puede conocer el día y la hora del mismo. Según la iglesia cristiana, el cristiano debe prepararse durante su vida para una muerte que siempre es incierta, pero inevitable. No se acentúa tanto la necesidad de aprender a morir como la de prepararse para ganar los dones de la otra existencia y ser

merecedor de la vida eterna en el paraíso. Los cristianos entierran o incineran a sus muertos, si bien durante siglos lo común ha sido la inhumación, aunque en los últimos años va aumentando el número de cremaciones (Murillo, 1999).

Como se puede observar, el factor religioso es muy determinante para analizar la muerte, sobre todo lo referente a la vida y a la muerte lo decide Dios; esto tiene que ver, por un lado, con relación a la concepción de la muerte como una redención de los pecados y como una puerta de salvación si nos hemos portado bien, pues iremos directamente al cielo o al purgatorio para redimir nuestros pecados. Por otro lado, tiene que ver con la construcción cultural de la vida, ya que con la muerte de un miembro se espera el reencuentro más adelante entre todos los miembros de la familia en el supuesto paraíso.

Los musulmanes, igual que los judíos y cristianos, creen que después de la muerte serán juzgados por sus obras. Por sus acciones buenas o malas irán ya sea al cielo o al infierno (Santamaría, 2008).

En el ser humano siempre ha existido una necesidad psicológica por pensar que no todo se acaba con la muerte, sino que hay algo más después de la vida, hay una gran variedad de creencias con respecto a ello. Como se ha mencionado anteriormente, con cada postura de las religiones puntualizadas, no solo van a variar según cada una en cuanto su postura, sino también la importancia que le da cada persona a conceptualizar la muerte, tomando en cuenta que para hacer conciencia del tema de muerte hay factores como la edad, el nivel de desarrollo y las diferencias culturales, para poder comprender tanto la vida como la muerte.

1.2.6 Visión Legal

Desde un punto de vista legal la muerte es un acontecimiento natural que pasa a ser hecho jurídico cuando, a partir de ella, surgen derechos, facultades, deberes, obligaciones y responsabilidades para las personas.

Para iniciar, hay que decir que la ley es un sistema social creado por el hombre en un intento por regular racionalmente a la sociedad; todos los aspectos de la vida o de la muerte están afectados por la reglamentación legal (Sherr, 1992).

En México, de acuerdo con la Ley General de Salud, Título decimocuarto: Donación, trasplantes y pérdida de la vida. Capítulo IV, pérdida de la vida, artículo 343, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a. La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b. La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - d. El paro cardiaco irreversible.

Además, existe la muerte civil, considerada como la pérdida de los derechos civiles, ya que con la muerte civil desaparece la personalidad jurídica.

Como parte de la preparación para la muerte se encuentra la elaboración de un testamento, que jurídicamente se define como un acto mediante el cual una persona dispone de sus bienes y derechos para después de su muerte. Es un instrumento legal que expresa la voluntad del legítimo propietario, para que una o varias personas determinadas adquieran los derechos de su propiedad después de su fallecimiento; es decir, es un documento legal que expresa la voluntad del propietario o (testador), para legar o destinar su patrimonio a una persona determinada como legítimo heredero de su bien (Diario Oficial de la Federación, 2015).

La principal razón para hacer un testamento es hacer frente a la realidad de la vida y de la muerte; es un método útil y práctico para manejar el proyecto de la muerte, dando a las personas una sensación de control en un proceso inevitable e irreversible. Abre la

posibilidad a la discusión sobre las decisiones al final de la vida, de vivir la muerte como algo propio.

1.3 El significado de la muerte para los mexicanos

La muerte para los mexicanos es rito y celebración, pero también es una dualidad afectiva y psicológica. En cuanto a rito y celebración, la cultura mexicana manifiesta la muerte con homenajes, evocándose a los que no están de muchas maneras: con una foto, una veladora, una calavera de azúcar, versos en papel ironizando a la muerte, decorando la tumba con los motivos que más le agradaban al difunto y de jugar a la muerte (con disfraces) para llevar esta dualidad impostergable al lado amable de la vida (Pérez, 1993)

En relación a lo anterior se puede resumir que la muerte en México actual, representa el renacimiento y el reencuentro con esos seres queridos que ya no están, así como los rituales tradicionales han fungido como una ayuda para ir aceptando la muerte de un ser querido. El ritual (día de muertos) si se observa desde el punto de vista social, funciona porque hay un acercamiento a la muerte de una manera amable y reparadora, aunque es un acto de no dejar ir al fallecido. Finalmente, como sociedad, se puede tener miedo a la muerte, sin embargo, rara vez hay una preparación como tal para cuando llegue el momento final, salvo quizá en algunos casos el hacer testamentos, o pagar deudas. Sin embargo, es mejor ver a la muerte como una posibilidad real, aunque se hace todo por evitar pensar en ella por el miedo que causa.

1.3.1. México Prehispánico y su visión ante la muerte siglo XVI

Las civilizaciones antiguas de Mesoamérica se caracterizaban por ser culturas cosmológicas, las explicaciones que tenían con respecto a los fenómenos naturales estaban siempre relacionadas con el universo y se creía que los rituales que se realizaban eran esenciales para él. En el caso de la muerte, ésta se convertía en ayuda para el cosmos, es decir, había un equilibrio en el universo cuando alguien moría y se pensaba que la sangre servía para el mantenimiento del mundo, de hecho los símbolos que se utilizaban para representarla eran los mismo de la Tierra, los muertos llegaban a ella para servirle.

Tenían la ideología de que el sol era un Dios, el cual les permitía llegar al cosmos, a través de esta creencia de que el sol al llegar la noche se convertía en jaguar para bajar al inframundo, cuando morían el sol convertido en jaguar los ayudaba a cruzar, posterior al amanecer los llevaba al cosmos. Esta creencia tuvo gran fuerza en la ciudad de Chichen Itzá, la relevancia de la muerte se hacía presente en los juegos de pelota, cuando un jugador metía en los aros una pelota, este ya era un ganador, el cual tenía el honor de morir como premio, el jugador sin temor y con honor ponía una rodilla al suelo esperaba la decapitación con orgullo y valentía (Cabrero, 1995). En esta época el tema de la muerte no era vista con temor, sino todo lo contrario era un gran honor recibir la muerte para cumplir la deidad que tenían nuestros ancestros.

Como muchos pueblos del mundo, éstos también construyeron un cuerpo de creencias religiosas para explicar el origen y la estructura del cosmos, así como para justificar el papel que la humanidad juega en el mantenimiento del orden en esa realidad (Pérez, 1993). Su religión era politeísta y a diferencia de algunas civilizaciones de occidente, las culturas precolombinas creaban a la mayoría de sus Dioses en base a la misma naturaleza. Los Dioses de la muerte estaban representados por medio de calaveras, de hecho, la muerte para estas culturas era identificada por medio de la imagen de una calaca (Cabrero, 1995).

El Dios de la muerte de los mayas recibía el nombre de *Yum Kimil* (el señor de la muerte) y era representado con la imagen de un cuerpo humano esquelético, o bien mostrando signos de putrefacción como vientre hinchado, emanación de aromas fétidos por la nariz o por el ano, puntos o partes oscurecidas que indican la descomposición de las carnes, collares o pulseras formados por cascabeles en forma de ojos con las cuencas vacías y un tatuaje parecido a nuestro signo de porcentaje (%) en el rostro o en el cuerpo (Pérez, 1993). Para los mayas por ejemplo, el inframundo era un trayecto seguido por el Sol durante la noche, además de ser el lugar por donde atraviesan los difuntos o en el que moran por siempre (De León Azcárate, 2000). Además del Sol, existían diferentes lugares a los que podían llegar las personas que fallecían, lo cual se encontraba en relación al tipo de muerte que habían experimentado (Cabrero, 1995). A diferencia de las creencias religiosas,

estas culturas no creían que existiera un destino desafortunado después de la muerte y que éste estuviera determinado por el comportamiento del sujeto durante su vida.

Para el pueblo mexicana, los que morían podían ir a uno de los tres lugares en los que creían dependiendo de las causas de su fallecimiento. Si la muerte era por enfermedad, ellos iban a un lugar sin luz y sin ventanas, sin oportunidad de salir de allí; si morían ahogados o por enfermedades contagiosas iban al paraíso terrenal, donde había mucha comida y diversiones; cuando morían en batallas o las mujeres morían durante el parto, iban al cielo donde vive el Sol (Cabrero, 1995).

Las culturas precolombinas creían en la inmortalidad del alma y en la vida de ultratumba al desprenderse del cuerpo. Para ellos la muerte no significaba el fin de la existencia, sino un cambio (De León Azcárate, 2000). Encontrando que este pensamiento mantiene una similitud con la ideología de las culturas de oriente.

Los mayas envolvían a sus muertos en una mortaja y llenaban su boca de alimento para que en la otra vida tuvieran que comer. Los cuerpos eran incinerados o enterrados en las partes de atrás de las casas o en fosas comunes. Los aztecas también incineraban o enterraban los cuerpos de sus difuntos, aunque las prácticas dependían también del estrato social al que pertenecían. Las personas eran enterradas con la ropa y las joyas que tenían, las cenizas de los que eran quemados se introducían en ollas y en ellas las joyas que eran de su propiedad. Otra tradición era la de hacer cantos, además de comer y beber durante el transcurso de la ceremonia (De León Azcárate, 2000).

1.3.2 México Actual ante la muerte

En un término general el miedo a la muerte lleva al ser humano a reflexionar acerca de su origen, causas, significado, modalidades y consecuencias, intentando hallar respuestas a los misterios que ella encierra.

Como sociedad mexicana se puede tener miedo a la muerte, la sociedad recurre a ideas de gran interés y controversia, es un tema que causa preocupación, el miedo a la

muerte ha trascendido a lo largo de nuestra historia como cultura, desde la más remota antigüedad hasta la actualidad.

Dixon (2000) mencionó que en las etapas de la vejez el tema de la muerte es latente, con las ideologías que estos sujetos puedan tener ante el tema de muerte, produce gradualmente modificaciones psíquicas y sociales, así como también se disminuye la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno. También mencionó sobre las diferentes etapas ante la muerte, como a continuación clasificó:

La idea que los niños tienen sobre la muerte y la forma de enfrentarla se modifica con la edad, de los 0 a 2 años: se desconocen el concepto de muerte, sin embargo perciben la ausencia de su padre o madre, son capaces de responder a cambios de rutina, de cuidadores y al caos familiar. Viven un duelo y lo manifiestan a través de conductas de protesta, desesperación y desapego.

De los 3 a los 5 años, Apoyados en su pensamiento mágico y egocéntrico ven a la muerte como temporal y reversible, lo conceptualizan a la similitud de dormir, perpetúan la relación a través de rezos, cartas y conversaciones con el fallecido, en este sentido, quien ha fallecido "está en el cielo" u otro lugar especial, donde no sufren, por lo tanto desean un contacto a través de escribir y visitarle en donde están sus restos.

De los 6 a los 8 años la muerte, se interpreta como un castigo, es como un "personaje" que te atrapa, logran identificar a la muerte como un hecho irreversible pero no universal, o sea no afecta a todos. Ante la muerte, es frecuente que se cuestionen que tan segura es la vida, y por lo tanto, suelen surgir preguntas a los adultos como "¿Tú también te vas a morir?".

De los 9 a los 12 años, se adquiere la concepción adu

alta de la muerte, distingue claramente que es final, irreversible y universal, pese a que comprenden el proceso biológico de la muerte, la viven como un hecho lejano para ellos y como un castigo por malos comportamientos. Destaca en esta edad la mayor dificultad para comenzar a hablar del tema y una alta dependencia hacia los padres.

La muerte en los jóvenes, se conceptualiza de forma que: de los 13 a los 18 años, perciben a la muerte como más cercana, enganchan con actividades de alto riesgo adoptando una actitud "inmortal". A esta edad se adquiere el interés "social" por la muerte y sus ritos.

Sin embargo en la etapa Adulta, los Mexicanos en promedio ven la muerte dependiendo de su religión, de su estatus socioeconómico y de su fortaleza del Yo. Si bien podemos hablar de que en general, el mexicano ve a la muerte como un pasaje del cuál no se puede escapar, también lo ve como un descanso espiritual y físico para el cuerpo del fallecido.

En México es tabú hablar de la muerte en su aspecto lógico y biológico, que al morir nos descomponemos y no queda nada de lo que solíamos ser, ni el pensamiento ni el cuerpo. El mexicano promedio entonces decide rendirle tributo a sus muertos, les habla, les reza, les construye lugares de descanso y de memoria como lo son las ofrendas para "nunca" olvidarlos. Aquí no se profundizará en por qué creen en lo que creen, simplemente se hace un comentario a lo que se ve en el México de hoy.

Como se mencionó en este capítulo, la muerte tiene diversos enfoques, pero causa miedo en cualquier persona, sin embargo el interés de este proyecto es saber el nivel de miedo a la muerte en adultos mayores de la tercera edad, que se encuentren institucionalizados y no institucionalizados, temas que corresponden al siguiente capítulo.

Capítulo 2. Adulto Mayor

2.1. Concepto de adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (2002) define al adulto mayor como la persona mayor de 65 años y a partir de 1982 introdujo el concepto de funcionalidad en este grupo etario, definiendo el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional.

El estado funcional es la capacidad que tiene el individuo para desempeñarse en las diferentes áreas, física, mental, social. Se basa en un abordaje integral, con el objetivo de detectar problemas físicos, cognitivos, psicosociales, y planear estrategias de cuidado. El compromiso del estado funcional en el adulto mayor está relacionado con mayor morbimortalidad. Dicho término fue una propuesta formulada en el contexto de las Naciones Unidas (1980) con el objetivo de realizar un cambio cultural, que fomente el valor y respeto hacia las personas que se encuentren en esta etapa de la vida. Va aunado al concepto de vejez.

Desde un criterio cronológico, la vejez es la etapa del ciclo de vida después de la adultez cuyo inicio lo establece la sociedad y es considerada la última etapa del ciclo vital. Por consenso internacional, la Organización Mundial de la Salud (2002) establece que para los países en desarrollo la vejez se inicia a partir de los 60 años y en los países desarrollados a partir de los 65 años.

En este contexto, desde un criterio socio-laboral, el cual es utilizado con gran frecuencia en la actualidad, se considera la jubilación como el comienzo de la vejez. Ahora bien, desde un criterio biológico, el cual está asociado al desgaste de órganos y tejidos, el inicio de la vejez se hace evidente cuando este deterioro comienza a percibirse, mientras que la óptica de un criterio funcional asocia la vejez con la pérdida de funciones, tanto físicas como psíquicas e intelectuales.

En este punto se observa que no existe ningún criterio que, por sí solo, defina o tipifique la vejez, ya que todos ellos se centran en un solo aspecto del individuo y no

consideran a la vejez de forma global, como una manifestación del fenómeno de envejecimiento del individuo en todo su conjunto. Dentro de las definiciones de vejez que contemplan este fenómeno desde una perspectiva globalizadora se puede destacar la de Yanguas, Leturia y Uriarte (1998), quienes la conciben como la etapa del desarrollo que señala un estado al cual se llega después de un largo proceso y que es el resultado de una compleja interacción de procesos biológicos, psicológicos y sociales.

Por tanto, la vejez es una etapa del ciclo vital en la que se producen gradualmente modificaciones morfológicas, funcionales, psíquicas y sociales, que disminuyen la capacidad de respuesta de la persona frente a los cambios del entorno. Se trata, por consiguiente, de un estado caracterizado principalmente por la pérdida de la capacidad del individuo para adaptarse al conjunto de transformaciones que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo. Es una evolución progresiva e irreversible que afecta a todos los seres vivos. Sin embargo, el proceso de envejecimiento humano es distinto en cada individuo y varía dependiendo de diversos factores ya sean intrínsecos o endógenos (debidos a la herencia, como el sexo o la raza) así como extrínsecos o exógenos (relacionados con el entorno como clima, estilo de vida o hábitos de autocuidado).

En este contexto, Rowe y Khan (1987) propusieron la posibilidad de concebir al proceso de envejecimiento de una manera distinta a la habitualmente ligada al deterioro progresivo e irreversible de las capacidades funcionales, introduciendo así la noción de un modelo individual de “envejecimiento exitoso” al que describen como una habilidad para mantenerse en bajo riesgo de enfermar, con un alto nivel de actividad física y mental, y decididamente comprometido con la vida por medio del mantenimiento de relaciones interpersonales y la participación en actividades significativas. Dicho paradigma propone, primero, que los temores de pérdidas funcionales son con frecuencia sobreestimados, segundo, que muchas de las pérdidas funcionales verificadas con el paso del tiempo pueden ser evitadas, y, tercero, que muchas pérdidas funcionales de los adultos mayores pueden ser recuperadas.

En este sentido, envejecer exitosamente dependería mayoritariamente de acciones en prevención y promoción de la salud, ya que la desdicha de la vejez asociada al deterioro

físico y mental estaría supuestamente bajo nuestro control. Las pérdidas, según este paradigma, están asociadas a factores tales como hábitos cotidianos, alimentación o práctica de ejercicios, todos ellos factibles de control y cambios. Por consiguiente, el envejecimiento exitoso, como afirman Rowe y Khan (1997) resulta ser una cuestión de opción individual.

2.2. El adulto mayor desde la teoría de personalidad de Erikson

Erik Erikson (2000), en su teoría de desarrollo de la personalidad definida por 8 etapas, la cual la última etapa tiene relevancia mencionar para esta tesis, ya que habla sobre la delicada adultez tardía o madurez, la llamada de forma más directa y menos suave edad de la vejez, empieza alrededor de la jubilación, después que los hijos se han ido, más o menos a los 65 años. Erikson establece que es bueno llegar a esta última etapa concebida como Integridad del Yo vs desesperación, y si no lo logramos es que existieron algunos problemas anteriores que retrasaron nuestro desarrollo.

La productividad puede disminuir de manera considerable en esta etapa, se contemplan los logros y si la persona considera que ha llevado una vida plena, logra desarrollar la integridad. La integridad personal implica en una integración emocional que permite la participación por consentimiento, así como la aceptación de la responsabilidad del liderazgo. Acepta el propio y único ciclo de vida como algo que debía ser y que, necesariamente, no permitía sustitución alguna.

El problema de esta etapa es el ver la vida como improductiva y sentir culpa por las acciones pasadas o considerar que no se alcanzaron las metas que cada persona se propone a lo largo de su vida, pues eso genera descontento, ahí es donde aparece la desesperación, que a menudo da lugar a depresión.

El miedo a la muerte y la falta de aceptación de la vejez como última etapa del ciclo vital, dan lugar a la “ausencia de integridad”. La desesperación lleva a la idea de que ahora el tiempo que queda es corto para intentar hacer otro estilo de vida o intentar otras opciones que conduzcan hacia la integridad.

Erikson (2000) también menciona que cuando los adultos entran en una etapa final de vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal y como la han vivido, o creer que lo que hicieron fue lo mejor posible en sus circunstancias, si tiene éxito esta tarea, habrán desarrollado la integridad del ego, que sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domina, la persona teme la muerte y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando volver a vivirla.

La tarea primordial aquí es lograr una integridad de la comprensión del miedo a la muerte de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, si lo observamos desde la visión *yoica*, con un mínimo de desesperanza, esta etapa parece ser la más difícil de todas, al menos desde un punto de vista juvenil. Primero ocurre un distanciamiento social, desde un sentimiento de inutilidad; todo esto evidentemente en el marco de nuestra sociedad. Algunos se jubilan de trabajos que han tenido durante muchos años; otros perciben que su tarea como padres ya ha finalizado y la mayoría creen que sus aportes ya no son necesarios.

Además existe un sentido de inutilidad biológica, debido a que el cuerpo ya no responde como antes. Las mujeres pasan por la menopausia, algunas de forma dramática, otras sin casi nada de sintomatologías, mientras que los hombres creen que ya “no dan la talla”, para ambos surgen enfermedades de la vejez como artritis, diabetes, problemas cardíacos, problemas relacionados con el pecho, en mujeres problemas de ovarios, en hombre cáncer de próstata. Empiezan los miedos a cuestiones que uno no había temido nunca, como por ejemplo a un proceso gripal o simplemente a rehacer su vida amorosa.

Junto a las enfermedades, aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren; los familiares también y la pareja muere. En cuanto a la pareja, la aceptación de la pérdida, lleva a un proceso de adaptación, la cual en la edad de los adultos mayores, presentan dificultades para hacer frente a los problemas adaptativos, como es: cómo hace su vida, con quién se asocia, cómo se comunica, la manera de tener que adaptarse a una nueva vida resta la posibilidad de pensar en un futuro, y no cabe la idea de rehacer su vida o saber con quién se empareja nuevamente.

Dado que esto es hipotético los autores Tooby & Cosmides (1992) indican que hay mecanismos mentales el cual para el proceso de adaptación, hay contenidos que transmiten para poder lograr adaptarse, en los adultos mayores no tienen contenido que transmitir, se deduce que todo lo concreto de lo que pensamos y sentimos procede del exterior, desde el mundo físico y social.

El mundo social a lo largo de su evolución y desarrollo, organiza e infunde significado en las mentes individuales, pero nuestra arquitectura psicológica humana universal no tiene estructuras distintivas que organicen el mundo social o le infundan significados característicos. De acuerdo con este punto de vista, los adultos mayores se conducirán a los estímulos exteriores, la adaptación se presenta con dificultad, sin embargo lograra por naturaleza una adaptación ante las pérdidas, sin dejar de ser consciente que pronto puede morir (Tooby & Cosmides, 1992).

Como respuesta a esta desesperanza, algunos adultos mayores se empiezan a preocupar y pensar acerca del pasado. Después de todo, allí las cosas eran mejores. Algunos se preocupan por sus fallos; esas malas decisiones que tomaron y se quejan de que no tienen ni el tiempo ni la energía para revertirlas, se vuelven desesperadas porque ya no ven tiempo para reaccionar y enmendar aquello con lo que no están de acuerdo (muy diferente a estadios anteriores). Como consecuencia algunos ancianos se deprimen, se vuelven resentidos, paranoides, hipocondríacos o desarrollan patrones comportamentales de senilidad con o sin explicación biológica.

La *integridad yoica* significa llegar a los términos de la vida, por tanto es llegar a los términos del final de la vida. Si somos capaces de mirar atrás y aceptar el curso de los eventos pasados, las decisiones tomadas, la vida tal y como se vivió, entonces no se necesitará temerle a la muerte. Aunque la mayoría no se encuentran en este punto de la vida, quizás podríamos identificarnos un poco si empezamos a cuestionarnos nuestra vida hasta el momento. Todas las personas cometen errores, alguno de ellos bastante graves; algunos sirven para ser lo que somos si no los hubiéramos cometido. En término general hemos sido muy afortunados, o si hemos jugado a la vida de forma segura y con pocos errores, nuestra vida no habría sido tan rica como lo es.

La tendencia mal adaptativa de la etapa ocho de Erikson es llamada *presunción*. Esto ocurre cuando la persona “presume” de una integridad *yoica* sin afrontar de hecho las dificultades de la vejez.

La tendencia maligna es la llamada *desdén*. Erikson (2000) la define como un desacato a la vida, tanto propia como la de los demás. La persona que afronta la muerte sin miedo tiene la virtud que Erikson (2000) llama *sabiduría*. Considera que éste es un regalo para los hijos, dado que “los niños sanos no temerán a la vida si sus mayores tienen la suficiente integridad para no temer a la muerte” (p. 78). El autor sugiere que una persona debe sentirse verdaderamente agraciada de ser sabia, entendiendo lo de “agraciada” en su sentido más amplio: puede haber personas muy poco agraciadas y enseñan grandes cosas, no por sus palabras sabias, sino por su simple y gentil acercamiento a la vida y a la muerte; por su “generosidad de espíritu”.

2.3. El adulto mayor y las emociones

Una emoción es un estado afectivo que experimentamos, una reacción subjetiva al ambiente que viene acompañada de cambios orgánicos (fisiológicos y endócrinos) de origen innato, influidos por la experiencia. Las emociones tienen una función adaptativa del organismo a lo que lo rodea.

En 1980, Zajonc propuso que los sistemas afectivos y cognitivos son en gran parte independientes, la emoción se presenta sin cognición y que el afecto es más potente ya que se presenta primero. Zajonc (1980) dijo al respecto: “Se concluye que el afecto y la cognición están bajo el control de sistemas separados y parcialmente independientes pueden influenciarse cada uno en una variedad de formas, y ambos constituyen recursos de efectos en procesar información” (p. 151). Tomando en cuenta lo mencionado, las emociones no son guiadas en primera instancia por el razonamiento, procesar la información que tenemos en nuestro entorno y saber cómo actuar correctamente con la intensidad correcta de emoción es algo que se logra con el paso del tiempo, desarrollando una inteligencia emocional.

Aquí habría que preguntarse, por qué el tema de la muerte causa un miedo que causa dificultad para poder ser inteligente emocionalmente, ¿será que las emociones dominan al razonamiento?, ante esta pregunta Lazarus (1982), sostiene que el pensamiento es una condición necesaria de la emoción, por lo tanto se opone a la postura adoptada por Zajonc, considerando que el trabajo de éste refleja dos malentendidos generalizados sobre lo que se entiende por procesos cognitivos en la emoción:

1. Una evaluación cognitiva de la importancia de un encuentro para un bienestar debe ocurrir en etapas fijas a través del procesamiento de la información de los estímulos desde el medio ambiente (inicialmente).
2. La evaluación es necesariamente intencional, racional y consciente.

Lazarus (1982) discutió las implicaciones filogenéticas y ontogenéticas de una teoría cognitiva de la emoción, concluyendo que las normas deben ser formuladas para explicar cómo se generan los procesos cognitivos, la influencia y la forma de la respuesta emocional en cada especie que reacciona emocionalmente, ya que tiene diferentes patrones en el sistema nervioso autónomo, esto último coincide con lo que propusieron James (1884) y Darwin (1872). Esa información se recuperó con la publicación del artículo *Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions* en la revista *Science* (Ekman, Levenson y Friesen, 1983), en el cual expone este estudio, donde se solicitaba a un grupo de actores que representaran expresiones faciales sin conocimiento directo de la emoción que representaban, mientras eran registrados con una serie de variables autónomas, como fueron: ritmo cardíaco o conductancia de la piel. En este artículo, Ekman, identifica que existen dos patrones de las emociones que son las universales y las biológicamente básicas. Existen también seis diferentes respuestas, las cuales son: sorpresa, asco, tristeza, ira, miedo y alegría/felicidad, convirtiéndose en la lista de emociones básicas con mayor aceptación, conocidas incluso como “Las seis grandes emociones” (*The Big Six*, Prinz, 2004). Se consideraron básicas en dos formas: psicológica y biológicamente debido a que se consideró que no contienen otras emociones y a que son innatas.

Ekman, Levenson y Friesen (1983) influyeron en la investigación subsecuente, en búsqueda de patrones de la emoción con diferentes respuestas en el sistema nervioso autónomo, que dieron soporte al punto de vista de las emociones básicas. Aunque estudios posteriores señalaron que el grado de especificidad del sistema nervioso autónomo puede ser dependiente del contexto, que lo representado en el laboratorio, el debate persiste hasta el grado de considerar la existencia de las emociones básicas (Barrett, 2006). En el mismo tenor los resultados obtenidos por un meta-análisis sugieren que las emociones negativas y positivas pueden ser diferenciadas en el sistema nerviosos autónomo, pero no necesariamente las emociones específicas (Cacioppo, Berntson, Larsen, Pohlmann e Ito, 2000; Friedman, 2010). En contraste, otro meta-análisis mostró una considerable especificidad autonómica del miedo frente a la ira (Stemmler, 2004).

2.4. El adulto mayor institucionalizado

La institucionalización es el término que se da a la acción llevada a cabo para internarse en un asilo para adultos mayores de acuerdo con lo que indica Pérez y Velasco (2011). En este sentido, existen institutos privados y gubernamentales. Los institutos privados son aquellos lugares que asisten a las personas que tienen un nivel económico alto y pueden pagar por sus servicios, dando una cuota mensual para continuar con su cuidado, no necesariamente es un cuidado de índole hospitalario, pero si de un cuidado que les permita una mejor calidad de vida. Estos centros privados cuentan con personal de enfermería y médicos capacitados disponibles las 24 horas del día, cuentan con instalaciones que brindan todas las comodidades posibles y también ofrecen otros servicios como fisioterapia, terapia del habla y ocupacional.

Sin embargo no todos los adultos mayores en la ciudad de México tienen las posibilidades para pagar por estos servicios, motivo por el cual se ven en la necesidad de institucionalizarse en los asilos gubernamentales, donde carecen de comodidades y servicios médicos, los asilos en ocasiones están en condiciones insalubres y la población sobrepasa el cupo establecido, por ello no existe el mismo cuidado y no ofrecen los mismos servicios. Cabe mencionar que en los asilos del gobierno existen fallas, sobre todo en el sistema organizacional para el cuidado óptimo de los adultos mayores, en la mayoría,

independientemente de que la muerte sea un proceso biológico, las actitudes relacionadas con este hecho y el significado que tienen para la persona serán un determinante importante que influye en su comportamiento cotidiano y la forma de enfrentar la vida y darle un peso más relevante al significado de su propia muerte.

Conforme lo hasta aquí mencionado, se puede decir que el adulto mayor tiene grandes posibilidades de morir en la soledad, ya sea que se le interne en un asilo o que viva solo en su casa, experimentando la sensación de abandono y mostrando en algunos casos desinterés por la existencia y la desesperación.

Por tanto, la institucionalización *per se* no parece ser el factor determinante de los comportamientos de los adultos mayores ante la muerte sino más bien el conjunto de variables relacionadas con esa forma de residencia, tales como el tipo de institución, la asistencia prestada al asilado y las características biográficas y vivenciales de los adultos mayores acogidos a la misma, principalmente (Picabia y Jurado, 1993).

2.5. El adulto mayor y el enfrentamiento a la muerte

Enfocando los aspectos fisiológicos, religiosos, culturales, biológicos, etc., la muerte como parte del ciclo de la vida debe entenderse como el cese de las funciones vitales. Pero también existe el propio significado que cada persona le da a la muerte, partiendo desde el punto de vista afectivo.

En este contexto, es muy cierto que la muerte es un tema difícil de abordar, difícil de comprender, por la razón que nadie quiere saberse muerto, ni mucho menos pensar en que nuestros seres amados dejen de existir físicamente. Parafraseando a Freud de su libro *De guerra y muerte* la experiencia psicoanalítica nos enseña que "nuestro inconsciente no cree en la muerte propia, se conduce como si fuera inmortal". Admite la muerte y al mismo tiempo la desmiente como irreal. No hay inscripción de la muerte propia, no hay simbolización de ella, no se sabe qué es" (Freud 1915/1979). Aunque si por un momento nos detenemos a pensar en el trayecto de nuestro existir, nos damos cuenta del avance que se ha recorrido desde nuestra infancia hasta la vida actual de nuestra existencia, esto nos hace regresar al presente y nos damos cuenta que tenemos una edad adulta cada día y que

pronto llegaremos a la etapa final, eso sí tenemos la fortuna de llegar, ya que cuántas de las personas que conocimos a lo largo de nuestra vidas ya han fallecido, teniendo la misma edad que nosotros o siendo tal vez más jóvenes.

El concepto de muerte en el adulto mayor cobra una preocupación real, todo se basa en el significado y sentido que le dan a su propia muerte las personas en esta etapa, por ello sería necesario conocer a fondo sus preocupaciones y miedos generados ante el significado otorgado. Se puede decir que cada individuo, crea su propio concepto basado en su experiencia de vida, creencias, conceptos y personalidad, esto los lleva en su mayoría a enfrentarse solos a este trance, la experiencia acerca de la muerte de sus allegados, es el concepto singular que tiene cada individuo en cuanto al tema de la muerte.

La muerte es parte del ciclo de la vida, una consecuencia natural, siendo el cese definitivo e irreversible de las funciones vitales autónomas, cerebrales, cardiorrespiratorias y de oxigenación viscerotisular. Esto último lo menciona Kübler-Ross (2003) en su trabajo sobre la muerte y los moribundos, que cuando volvemos la vista atrás y estudiamos las culturas de los pueblos antiguos, constatamos que la muerte siempre ha sido desagradable y probablemente siempre lo será, ahora bien si lo planteamos desde el punto del inconsciente, es inconcebible imaginar un final irreversible en nuestra vida aquí en la tierra, en términos más simples en nuestro inconsciente solo podemos ser muertos, nos es inconcebible morir por una causa natural o por vejez.

Cuando el adulto mayor se acerca a la muerte, está básicamente comunicando su necesidad de un cuidado asegurado, que comprende la satisfacción de sus necesidades psicosociales y emocionales. Si el contexto social (familia, profesionales de la salud física y psicológica, figuras y apoyo espiritual) cubre esta necesidad, aparece generalmente un comportamiento afectivo y responsable y un aumento de la capacidad para participar en decisiones referentes a sí mismo. De esta manera, el adulto mayor se encuentra en la posibilidad de transitar hacia la muerte con toda la dignidad que merece como ser humano (Kübler-Ross, 1994).

Laplanche y Pontalis (1996) mencionaron que, de acuerdo con la mitología griega, Eros se designa como la pulsión de vida, mientras que Tanátos representaba la pulsión de muerte. Tanátos tiene dos caminos que son la autodestrucción del individuo o de la comunidad, y la exteriorización como pulsión de destrucción, marcando un indicador de cómo puede ser la sociedad en el caso del individuo, realizando conceptualizaciones sobre la muerte con enfoque desconocido.

La muerte al tener un carácter desconocido y al no saber con certeza qué sucede después de ella, genera en la sociedad occidental diversos temores o miedos, orientados principalmente al más allá, al juicio de Dios, a dejar a sus seres queridos, pero sobre todo el miedo más marcado es afrontar una agonía o dolores que no puedan soportar (Viguera, 2005).

El segundo hecho que tenemos que tomar en cuenta es que en nuestro inconsciente, no podemos distinguir entre un deseo y un hecho. Todos sabemos que en algunos de nuestros sueños ilógicos pueden coexistir dos afirmaciones completamente opuestas una al lado de la otra, cosa muy aceptable en el sueño, pero impensable e ilógica en estado de vigilia.

En este punto termina la revisión de los aspectos relacionados con la adultez mayor, institucionalizada o no institucionalizada; sin embargo, el objetivo de este estudio es saber qué sector tiene mayor vulnerabilidad ante el miedo a la muerte y esa es la problemática que se presenta en el siguiente capítulo.

Capítulo 3. Investigación relacionada

En este capítulo se revisarán las investigaciones que han abordado el temor a la muerte entre los adultos mayores y se hará una revisión de los estudios nacionales y extranjeros sobre las políticas de atención a las personas mayores de 65 años.

La muerte como una liberación, el deseo de morir, parece darse de forma más acentuada en personas que residen en instituciones. Sin embargo, se ha puntualizado que en esa actitud la influencia de estar institucionalizados es sólo una variable más, que por sí sola no llevaría a estos resultados. Coinciden en el mismo sentido de esa actitud numerosas variables, tales como ausencia de familia o abandono de la misma, el deficiente nivel económico, cultural, circunstancias todas ellas que Vignot (1976), en su estudio sobre la vejez en instituciones, ha denominado la “pérdida de la personalidad social”, sin embargo, hay que resaltar las posibles modificaciones culturales que se pueden producir en la influencia que la institucionalización puede ejercer sobre la ansiedad ante la muerte.

Así, en su estudio Rubio Herrera (1981) encontró que quienes viven en asilos/residencias manifestaban menor temor a la muerte y actitudes más positivas ante la misma, teniendo un mayor grado de aceptación ante la muerte, mientras que entre los no institucionalizados no existe esta aceptación. Rubio en su investigación, narra sobre el caso de 6 mujeres que no estaban viviendo en un asilo, ante la muerte de sus maridos habían empobrecido su estimulación ambiental, viéndose afectadas por un rápido deterioro cognitivo, mientras que las mujeres asiladas podían enfrentar la muerte de sus maridos por el factor influyente de estilo de vida en un asilo, conviviendo con las personas del mismo asilo, así como el apoyo social que tenía el mismo.

La vida no puede ser una trayectoria al azar, sino un camino orientado a hacia una meta, teniendo en cuenta que más importante que alcanzar la meta es intentar llegar, porque lo negativo no es alcanzar la muerte, sino arribar sin haber intentado vivir. La meta es elaborar un proyecto de vida, que contemple las vivencias pasadas y las expectativas futuras dejando un margen para el aza, y con eso experimentar decididamente el presente, un proyecto revisable, modificable en función de esa realidad, inherente a la vida que es el

cambio el cual no es optativo, sino que está ahí, que cabe orientado y reorganizarlo, pero nunca detenerlo, porque el cambio es la vida misma. De ahí que el proyecto de vida debe tener una meta, a la vez debe ir haciendo camino, día a día modificable a tenor de los cambios biológicos, psicológicos y sociales (Rubio Herrera, 1996).

Por otra parte, en un trabajo efectuado en el medio cultural hispano (Antequera, 1993) en la que se compararon las actitudes ante la muerte de dos residencias de adultos mayores caracterizadas por políticas y recursos asistenciales bien diferenciados, no se obtuvieron diferencias que fueran estadísticamente significativas en lo que respecta a la ansiedad ante la muerte. No obstante, sí resaltan las diferentes relaciones encontradas en la ansiedad ante la muerte y otras variables como los niveles de depresión, el auto concepto o la religiosidad en función del tipo de institución considerada.

Antequera (1993) relata las posibles modificaciones culturales que se pueden producirá cerca de la ansiedad sobre el tema de la muerte, al abordar las actitudes ante la muerte de los integrantes de dos residencias de adultos mayores caracterizadas por políticas y recursos asistenciales bien diferenciados. Resaltando las diferentes relaciones encontradas entre la ansiedad ante la muerte y los niveles de depresión, el autoconcepto y la religiosidad en función del tipo de institución considerada. Se descubrió que las personas que están constantemente en contacto con el tema de la muerte, manifestaron menor ansiedad sobre el tema de la muerte, mientras que las personas que de residencias carentes de recursos asistenciales presentaban mayor ansiedad ante el tema de la muerte.

3.1 Estudios realizados en Guadalajara

En el trabajo *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor* (Flores Villavicencio et al, 2011), de la Universidad de Guadalajara, se menciona que la calidad de vida es un concepto amplio, subjetivo y multifactorial, influido por factores relacionados con la salud, el estado emocional y por aspectos sociales, económicos, culturales y espirituales. Aquellas personas que viven solos pero que tiene los aspectos resueltos para tener una calidad de vida, no manifestaron ansiedad por temor a la muerte. Sin embargo los adultos mayores que tiene problemas económico, emocionales, espirituales y otros, son

aquellos que presentaron angustias ante continuar en la vida, manifestando mayor ansiedad en el tema de la muerte.

Erikson (2000) cita que cuando los adultos entran en una etapa final de vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia. Necesitan aceptar su propia vida tal y como la han vivido y creer que lo que hicieron fue lo mejor posible en sus circunstancias, si tiene éxito esta tarea habrá desarrollado la integridad del ego que sólo puede obtenerse tras haber luchado contra la desesperación. Cuando ésta domine, la persona teme la muerte y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando volver a vivirla.

Los estudios sobre el miedo a la muerte abordan las reacciones de los adultos mayores hacia el fin de la vida, pero también es importante estudiar las acciones de los gobiernos nacionales y locales para mejorar las condiciones de vida del adulto mayor, ya que esto se traduce en una mayor oportunidad de alcanzar la vejez exitosa de la que escriben Rowe y Kahn (1997), por lo que a continuación se revisarán brevemente algunos hallazgos en ese sentido.

Antes de puntualizar los trabajos sobre atención a la adultez mayor realizados en Guadalajara, los países de la Unión Europea y el trabajo de Uruguay, cabe mencionar que la esperanza de vida general en el mundo (datos aportados por la ONU en 2005, es de 66 años, aunque existen grandes diferencias entre las distintas zonas del planeta. En Europa y América del Norte la media es de 73 años, en Oceanía es de 70 años, en Latinoamérica es de 69 años, en Asia es de 61 años y en África es de 55 años. Según el mencionado informe anual de la ONU, los Estados con menor expectativa son Zambia, con 37 años, la República Centroafricana con 39 años, Malawi con 39 años y Sierra Leona con 40 años. Y los de mayor expectativa son Japón, con 82 años, la región de Hong Kong, de la República Popular China con 81 años, Islandia con 80 años y Suiza, con 80 años.

Cuando se habla de la calidad de vida en el contexto de la enfermedad, se define con base en cómo se siente el paciente ante la enfermedad, así como en su percepción ante las limitaciones que la misma enfermedad le provoca; por lo tanto, cuando se habla de la

calidad de vida en relación con la condición de salud, se deben distinguir en la definición dos conceptos: el estado de salud y la capacidad funcional, como indicadores relevantes que permitan reconocer en el concepto la orientación de su definición hacia los estados de salud del individuo (Güell y Morante, 2007).

Goldberg (1996, citado en García, 1998), realizó un estudio en el cual partieron de un Cuestionario de Salud General (*General Health Questionnaire*), para elaborar un instrumento que le permitiera obtener información de la salud autopercebida de los individuos a los que les fue aplicado. En este cuestionario, el individuo hace una evaluación de su estado de bienestar general, especialmente en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales. Dicho cuestionario también permite evaluar niveles de salud mental.

Este cuestionario fue elaborado por Goldberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el auto reporte de sintomatología física auto percibido en individuos o grupos de riesgo y la efectividad de medidas de promoción de salud y protección de enfermedad (García, 1998). También se elaboró un instrumento para obtener la información sobre las condiciones de infraestructura y de salud de la vivienda; se tomaron como referentes para este instrumento los indicadores establecidos por el reglamento de construcción del Ayuntamiento, en Jalisco.

Otro de los temas que aborda la publicación ya mencionada de Guadalajara, es la mortalidad del adulto mayor en México, la cual indica que en las últimas décadas se ha podido apreciar en el país un descenso de la tasa de mortalidad. Así, la tasa ajustada de mortalidad se ha reducido en un mínimo porcentaje en los últimos 18 años aproximadamente, no obstante el aumento en el número de defunciones totales en el país, que ha pasado de 422,830 en 1990 a 539,530 en 2008, está relacionado con los cambios demográficos que ha tenido el país en los últimos años, considerando el incremento de la población adulta mayor en un riesgo de muerte es más elevado (Güell y Morante, 2007).

3.2 Estudios de América Latina

A pesar de este incremento proporcional reseñado, el peso que tienen los fallecimientos de adultos mayores en el total de defunciones en México es mucho menor que el observado en países desarrollados, donde rebasa 80%, o incluso en Chile, en donde representa las dos terceras partes del total de las defunciones, por lo que cabría esperar un marcado incremento de este porcentaje en México en el futuro próximo.

Aunque la proporción de población adulta mayor en México no puede compararse aún con la proporción que la misma representa en los países desarrollados, ni con la de algunos países latinoamericanos, sin duda su magnitud en números absolutos y su posible crecimiento en las próximas décadas pone de manifiesto la necesidad de disponer de mayores recursos para la atención a este grupo poblacional, sin desatender a la numerosa población infantil y juvenil que coexistirá durante un largo periodo de tiempo con la población adulta mayor. A su vez, el franco predominio de la población femenina en este grupo, el cual se incrementa en la medida que aumenta la edad dada la sobremortalidad masculina existente, hace necesario el abordaje de los problemas relativos al adulto mayor desde una perspectiva de género (INEGI, 2005).

En el contexto del envejecimiento demográfico merecen atención algunos aspectos escasamente tratados en la literatura nacional y que se ponen de manifiesto al analizar el periodo comprendido entre 1990 y 2010. Son los casos de la disminución proporcional y su relativamente lento incremento absoluto de la población de 80 años y más respecto a la población adulta mayor; del estancamiento de la tasa de mortalidad en el grupo de 65 años y más (y el incremento de la tasa en las edades más avanzadas); del lento crecimiento de la esperanza de vida a la edad de 65 años; del dramático aumento de la mortalidad por diabetes mellitus en estas edades y de la relación entre marginación social y mortalidad por algunas enfermedades transmisibles en la población de 65 años y más.

Algunos de estos hechos están íntimamente relacionados entre sí: la esperanza de vida a los 65 años no se ha incrementado a un ritmo mayor porque no se ha reducido la mortalidad, sobre todo a partir de los 70 años, y la mortalidad no disminuye, entre otras

razones, por el incremento desmedido sobre todo comparándolo con el nivel internacional de la mortalidad de una de las enfermedades que ha ganado más terreno en la tasa de mortalidad y es la diabetes. La población de adultos mayores va en aumento, actualmente el número de personas está concentrado en la población de adultos jóvenes, que en un futuro no muy lejano son los que incrementarán a la población de adultos mayores de un rango de edad de 80 años y más.

En el ámbito internacional, diversos estudios reflejan la tendencia al descenso de la mortalidad en la población adulta mayor y al incremento de la esperanza de vida a los 65 años, así como al incremento de la población más longeva (80 y más) y la necesidad de mayores recursos para la atención que estos cambios suponen. Ir por decirlo de algún modo a contracorriente de estas tendencias debe implicar una reflexión a fondo de las condiciones de vida que rodean a la población adulta mayor en México, asumiendo la importancia no sólo de que estas personas vivan más, sino de que vivan mejor, en una sociedad más saludable y menos desigual desde una perspectiva social.

Se encontró en la población del adulto mayor diferencias entre los imaginarios manejados por la población institucionalizada y la no institucionalizada, como es el caso del estudio que realizó la Universidad de Guadalajara en el 2011 (ya antes mencionado), en el lugar llamado Unidad Deportiva de la Tercera Edad, donde se identificaron diversos aspectos que conforman ejes problemáticos dentro de la institución, que van desde lo administrativo, grupal e individual, hasta las concepciones que desde lo social se le atribuyen a esta población, objeto de este documento.

Desde lo administrativo, se considera la vejez como una etapa más de la vida y un espacio para la recreación, el ocio y el deporte. Desde lo grupal, se destaca la afiliación, que le permite al adulto pensar y vivir la vejez como oportunidad para compartir con el grupo de pares y establecer relaciones armoniosas.

Cambiando de contexto, en América Latina cada vez se viven más años, mientras que en Europa hay mayor población de adultos mayores de acuerdo con los datos de la ONU (2004); en ambas latitudes se está cambiando la forma, magnitud y modos de vivir el

envejecimiento, encausando nuevas interacciones sociales y económicas lo cual trae diversas consecuencias para los individuos, las familias y la sociedad. Lo que nos une frente al fenómeno del envejecimiento, el cual es dinámico y multidimensional, es el hecho de que ese es irreversible para los próximos cincuenta años y como cualquier fenómeno de naturaleza biosocial, es parte sustantiva de la vida humana y se traduce en una multiplicidad de contextos sociales, políticos, culturales y económicos a partir de los cuales ha operado. Conocerlos, estudiarlos, analizar los intereses en juego tanto en el seno de la familia como de la sociedad, contextualizarlos, considerando las diferencias sociales y de género y otras que se puede presentar, es importante para el proceso de las políticas públicas de atención a los adultos mayores.

3.3 Estudios Europeos de Adultos de la tercera edad

En el ámbito de la Unión Europea, en Alemania se realizó un proyecto para los adultos de la tercera edad, que reestructuraba el ámbito social (Moya & Faz, 2007). En Alemania se percibe al envejecimiento como un problema social, el debate empezó en los años 80 del siglo pasado y la discusión se tornó más fuerte en los años 90, en el año 1990 se tuvo una reforma a la ley de pensiones.

El factor demográfico contribuye a la percepción del envejecimiento como una cuestión para la intervención de políticas públicas en cualquier país, analizando este factor tendrán una afectación en cualquier país al no contar con las reformas necesarias, es importante que se implemente un factor demográfico con el que los políticos y mandatarios puedan reducir el cargo de la población activa para los gastos de las pensiones.

Por razones políticas en el caso de Alemania, para ganar las elecciones en el año 2005, se implementó un factor de sustentabilidad en el sistema de las pensiones, un mismo concepto de años anteriores, tomaron en cuenta el desarrollo de la población y la relación entre los activos y pasivos, cuando crece el número de pasivos y baja el número de activos disminuyen los importes de las pensiones. Este es un análisis para la mejora en Alemania sobre sus adultos mayores para brindarles un cierre de vida digno.

En el caso de España, existe una tasa de longevidad de 87 años en mujeres y 83 en hombres. A comienzos del siglo XX el número de personas que alcanzaban en España la edad de 65 años superaba cada mes ligeramente las 10.000, mientras que al inicio del siglo XXI esta cifra se ha multiplicado por tres, dentro de 20 años se situará en las 50.000 y en la década de 2040 alcanzará un máximo de 67.000 personas mensuales, lo cual supondrá más del 30% de la población y por encima de 16 millones de individuos, ante tal situación de esplendor aparecen otras no tan gratificantes (Moya y Faz, 2007).

Uno de los problemas que se encontró en el caso de España es la falta de conocimientos sociológicos sobre la ancianidad como para dar soluciones a este tipo de problemas. Para abordar la situación hay que tener conocimientos que permitan saber qué se ha entendido por ancianidad y qué características tiene. Con estos datos esenciales que la definen, se entenderá que este aumento progresivo del número de ancianos, da lugar a dos tipos de poblaciones bien diferenciadas, ancianos con problemas psíquicos diferentes desde el punto de vista clínico y etiopatogénico.

Por un lado, aumenta el número de ancianos con grave enfermedad psíquica, en especial con demencia, donde más de la mitad de estos casos es demencia tipo Alzheimer. Por otro lado, existe un aumento progresivo de ancianos en perfecto estado de salud, lo que obliga a alcanzar una organización social que permita a éstos la realización de una vida plena y con sentido, lo que exige que se vaya asimilando la idea de que la vejez no es ninguna enfermedad, siendo necesario separar la vejez de la vejez achacosa y que hay que vivirla con total dignidad y validez como cualquier otro tipo de período funcional de la vida (Moya y Faz, 2007).

3.4 Estudios de Uruguay sobre adultos de la Tercera Edad Mayores y Vulnerabilidad Social

Un caso interesante es el de Uruguay, ya que datos de la Organización de Naciones Unidas señalan que en el año 2000, un 10% de la población del mundo era mayor de 60 años (ONU, 2004). En ese contexto, Uruguay, con 3.399.438 habitantes, presenta casi un 18% (589.000 personas) de su población mayor de 60 años (INE, 2004). Esto lo sitúa como

el país de mayor edad de América, superando incluso a EEUU (16.5%) y Canadá (16.3%). Estos datos, por sí mismos nos enfrentan a que la investigación y la intervención de todas las disciplinas humanas en el campo del envejecimiento debería actualmente transformarse en una tarea fundamental, en particular en países como Uruguay, demográficamente envejecidos y en el cual se prevé un envejecimiento importante en los próximos años (Paredes et al, 2012).

A las singularidades poblacionales de nuestro país que mencionábamos al inicio de este trabajo, se debe agregar la ausencia de una política de estado unificadora, que lleva a que la mayoría de los actuales emprendimientos se caractericen por la descoordinación y superposición de recursos entre los diferentes subsistemas de salud y social (Pérez, 2004b). Esta ausencia de políticas gerontológicas de estado facilita el desarrollo de una concepción hegemónica de envejecimiento, caracterizada por los prejuicios sociales (Salvarezza, 1988) que termina siendo un verdadero motor de prácticas individuales y colectivas discriminatorias hacia los adultos mayores (Paredes et al, 2012), de las cuales muchos de los propios mayores son partícipes, al ubicarse desde esta concepción prejuiciosa del envejecer, nos lleva a ubicar a los viejos que viven en el medio urbano, en una zona de vulnerabilidad, definida ésta por condiciones de precariedad laboral, económica, vincular y afectiva que se amalgaman y potencian entre sí, en un complejo proceso que da como resultado una situación de inseguridad para la persona (Paredes et al, 2012), inseguridad que, en el caso de los mayores tiene determinadas características en su construcción.

Una de ellas parte de la percepción de los adultos mayores, de que el entorno espera de ellos cualidades altamente positivas, destacándose aspectos útiles y poco conflictivos para los demás y no cualidades que hagan a una riqueza propia del sujeto para sí mismo. Aparece como relevante el peso que la familia tiene en la conformación de esta percepción del medio social para los sujetos, hecho que colabora en una escasa participación social, que da lugar a una reducción de la red vincular.

Dicho de otro modo, “el lazo social en el que el adulto mayor se inscribe no da lugar a un posicionamiento activo en la participación, ubicándose más como objeto que como

sujeto de las instituciones, tomadas éstas en tanto orden simbólico y en cuanto a su expresión organizacional” (Paredes et al, 2012, pág. 47)

Teniendo en cuenta estas consideraciones, se comprende que la percepción de lo social aparezca tan mediatizada por la institución familiar. Ya ha sido ampliamente documentado cómo un empobrecimiento de la red social aumenta las probabilidades de enfermar y de morir, a la vez que reduce las posibilidades de rehabilitarse de enfermedades, existiendo una directa vinculación entre la calidad de la red social y la participación con la salud (Paredes et al, 2012).

Desde esta perspectiva, en el caso de los adultos mayores, la disponibilidad de mucho tiempo libre, el bajo nivel de actividades fuera de la casa, y la escasa participación en actividades colectivas no determinada por enfermedades limitantes, constituyen elementos de riesgo para la salud de los adultos mayores de Montevideo. Si bien otros estudios han establecido que la escasa participación es un fenómeno que va más allá de cualquier corte etario, en los adultos mayores, al producirse en el contexto de los otros aspectos señalados, configura una situación de muy escasa actividad en general (Paredes et al, 2012).

Esto último, junto a la relativamente baja posibilidad de los mayores de expresar los cambios ocurridos y por ocurrir, y fundamentalmente a la casi imposibilidad de prever cambios a futuro que los involucren directamente, indica una dificultad para elaborar estrategias que los afronten y refuerzan las posibilidades de exclusión social (Paredes et al, 2012).

Pérez (citado en Paredes et al, 2012) planteaba cómo ubicarse en una zona de vulnerabilidad, entre otras consecuencias, genera un vivir o sobrevivir en lo inmediato, dificultándose seriamente la elaboración y concreción de futuros proyectos vitales, con las nefastas consecuencias que esto tiene en la autoestima y en el psiquismo de la persona. Es así como esta zona de vulnerabilidad aparece como clave en los procesos de integración social, pues en sus fronteras se mueven las posibilidades de integración o exclusión, siendo

este último camino el más transitado en nuestras actuales sociedades. Exclusión que se puede dar de diversas maneras.

En el caso de los adultos mayores existen dos fenómenos que se potencian para facilitar la misma: los prejuicios sociales y la pobreza. En resumen, traen consigo una serie de desafíos para las sociedades, las familias y los individuos, sobre todo para los adultos mayores. En México como en otros países la situación social con los adultos mayores va en incremento, por lo tanto hace que estén en la mira para dar soluciones que permitan un cierre de vida digno.

Una vez abordado el tema de las investigaciones relacionadas con la muerte y las condiciones de vida de los adultos mayores, en el siguiente capítulo se abordará el método que guío la parte empírica de esta investigación.

Capítulo 4. Método

4.1. Justificación

Investigar sobre la intensidad del miedo a la muerte que presentan los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados es importante debido a que es una población vulnerable que frecuentemente carece de recursos que permitan una vejez digna. En cuanto al aspecto psicológico, saber cuáles son sus principales temores ante la muerte, como afecta sus pensamientos y emociones puede arrojar más información sobre su vida cotidiana, así como poder aprender sobre la manera en que puedan llevar esta etapa de forma íntegra, para tener una mejor convivencia, integración e interacción con la sociedad.

El envejecimiento es una parte decisiva e importante de la vida, es la vida en su última etapa y solo en la edad adulta y vista desde el final, es que se revela la completitud de la existencia.

4.2. Planteamiento del problema

Las diferencias que hay entre un adulto mayor institucionalizado y un adulto mayor no institucionalizado, se aprecian por su tipo de convivencia y condiciones de vida, son los puntos que marcan la diferencia entre los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados. Las personas que están en el asilo Carlos Mundet, se encuentran con el deceso constante de sus compañeros de cama, el temor que presentan de manera notoria no es el miedo a la muerte, sino de enfermarse y que eso provoque su muerte, tienen actividades que les permite una atención constante para valorar su situación tanto médica, psicológica y nutricional, así como también tienen actividades como prácticas religiosas, talleres de corte y confección y otros programas que les permite mantener una vida lo más tranquila posible. Los adultos mayores que se encuentran en casa, generalmente están con algún miembro de su familia, se adaptan a las actividades familiares y no tienen contacto con la muerte que tienen los adultos mayores asilados, estos adultos mayores siguen en su zona de confort y el temor a la muerte puede ser mayor debido a que no quieren pensar en el fin.

De las diferencias de vida entre ambas poblaciones es de donde surge el planteamiento de esta investigación: ¿Existirán diferencias en el grado de miedo a la muerte que tiene los adultos mayores institucionalizados y los no institucionalizados?

4.3. Objetivos

4.3.1 Objetivo general

Investigar si existen diferencias en los puntajes de Miedo a la Muerte entre Adultos Mayores Institucionalizados y No Institucionalizados.

4.3.2 Objetivos específicos

- Medir el miedo a muerte en una muestra de adultos mayores institucionalizados.
- Medir el miedo a muerte en una muestra de adultos mayores no institucionalizados.
- Comprobar si existen diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras.

4.4. Variables

4.4.1 Variable Dependiente

Miedo a la muerte

Definición conceptual.- El miedo a la muerte se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la muerte propia, al proceso de morir propio, a la muerte de otros y al proceso de morir de otros (Lester, 1996).

Definición operacional.- Se aplicó la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1996), este instrumento consta de cuatro factores y cada factor tiene siete ítems. Los factores medidos por la prueba son los siguientes: Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación a su propia muerte, Grado de preocupación o ansiedad que tiene en

relación a su propio proceso de morir, Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación a la muerte de otros y Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación al proceso de morir de otros.

4.4.2 Variable Independiente

Institucionalización

Definición conceptual.- Institucionalización es el término que se da a la acción llevada a cabo para internarse en un asilo para adultos mayores (Pérez y Velasco, 2011).

Definición operacional.- La variable se divide en dos categorías: Adultos mayores institucionalizados y adultos mayores no institucionalizados. Los sujetos fueron captados en un asilo de adultos mayores y en la comunidad abierta. El asilo Carlos Mundet, permitió el acceso para poder aplicar la escala de Collett Lester, el rango de edad de las personas que se aplicaron estas escalas fue de 60 a 100 años de edad, mientras que los no institucionalizados fueron invitados a participar en lugares abiertos y dos colonias de la Ciudad de México y contando con el mismo rango de edad que se tuvo con los institucionalizados.

4.5. Hipótesis

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de miedo a la muerte de una muestra de adultos mayores institucionalizados y una muestra de adultos mayores no institucionalizados.

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones de miedo a la muerte de una muestra de adultos mayores institucionalizados y una muestra de adultos mayores no institucionalizados.

4.6. Tipo de estudio

Estudio comparativo con un enfoque mixto (con una parte cuantitativa y otra cualitativa), debido que se analizaron estadísticamente las respuestas con la Escala de

Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1996) y se discutieron los resultados a través del método psicoanalítico.

4.7. Tipo de diseño

Se utilizó un diseño de investigación no experimental.

4.8. Escenario

El trabajo de campo se llevó a cabo en el asilo “Carlos Mundet” y en los espacios públicos en los cuales se captó a los sujetos no institucionalizados, como el parque Tolsá, el parque Revolución, la Colonia San Juan de Aragón y la Colonia las Águilas.

4.9. Población

Los sujetos participantes del estudio fueron adultos mayores de la Ciudad de México, entre 65 y 100 años de edad, que de manera voluntaria participaron en el grupo de los No Institucionalizados y los institucionalizados. En el caso de estos últimos se eligieron conforme al listado proporcionado en el asilo Carlos Mundet.

La muestra estuvo compuesta de un total de 56 adultos mayores de ambos sexos con edades entre 60 y 100 años, conformado por 14 hombre y 14 mujeres, el cual se hizo dos grupos de 28 adultos mayores institucionalizados del asilo “Carlos Mundet” y 28 adultos mayores no institucionalizados de población abierta.

4.10. Muestreo

No probabilístico de sujetos tipo para ambas muestras. En los dos casos la participación fue voluntaria.

4.11. Materiales y/o Instrumentos

La Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1996), en la versión adaptada al español, conformada por 4 sub-escalas que proporcionan información multidimensional sobre el “Miedo a la muerte propia”, el “Miedo al proceso de morir propio”, “Miedo a la

muerte de otros” y el “Miedo al proceso de morir de otros”. Contiene un total de 28 ítems, agrupados en 4 sub-escalas con siete ítems cada uno.

Las opciones de respuesta son tipo Likert de 1(nada) a 5(mucho), se obtuvo un puntaje total y por cada subdimensión, promediando las respuestas respectivamente.

Se utilizó también una cédula de datos para recabar información personal y recuperar los datos demográficos de las personas adultas mayores. Para su aplicación se buscó lograr un Rapport con los encuestados antes del llenado de dicha cédula, para generar una apertura de dialogo que permitió saber más sobre la historia de cada adulto mayor a quien se le aplicó el instrumento de medición.

4.12. Procedimiento

Para el grupo de los Adultos Mayores Institucionalizados, se consiguió el permiso para poder acudir al asilo Arturo Mundet, que está ubicado en Avenida Revolución #1445 en la ciudad de México. La dirección del asilo asignó a los adultos mayores que consideraban que por sus condiciones de salud física y mental fueran aptos para responder las preguntas.

El segundo grupo que se captó, fue de manera aleatoria y voluntaria, en los espacios de parques públicos como de algunas colonias específicas como fueron colonia San Juan de Aragón VI y en la Unidad Habitacional Independencia IMSS de la Ciudad de México.

En ambos lugares se aplicó a los Adultos Mayores, la Escala de Miedo a la Muerte de Collett-Lester (1996), no sin antes realizar una apertura de dialogo, para generar confianza y así conocer más de la historia de cada persona, al tener la escala de Miedo a la Muerte nos permitió conocer el nivel de miedo a la muerte que cada adulto mayor presentó, con la finalidad de hacer los comparativos correspondientes entre cada grupo.

Los datos fueron recabados a través de la apertura de diálogo para conocer su historia de vida, así fue como se llenaron y obtuvieron las tablas presentadas en este

trabajo. Los resultados obtenidos permitieron diferenciar las magnitudes de miedo a la muerte que presentaron ambas muestras.

4.13. Análisis de datos

Se realizó la elaboración de un análisis descriptivo de los datos y un análisis de estadística inferencial aplicando una prueba t de muestras independientes. Posteriormente se analizaron los resultados de ambos procedimientos y se elaboraron las conclusiones, dando paso a una serie de reflexiones de carácter psicoanalítico para enriquecer los hallazgos.

Capítulo 5. Análisis de resultados

5.1 Estadística descriptiva

Como puede observarse en la Tabla 1, Estadísticos de ambas muestras de miedo a la muerte, se encontró que la edad de los institucionalizados (80.46) es menor a la de los no institucionalizados (77.93) por casi 3 años. La mediana presenta una comparación similar, ya que presenta una diferencia de 1.50 y nos encontramos con que la moda de edad es de 83 en los institucionalizados y de 86 en los no institucionalizados.

Las desviaciones estándar de igual manera son similares, con una diferencia de sólo 0.146, en tanto el rango de edades varía en 7 puntos, siendo mayor el de los institucionalizados.

Estadísticos

		Edad Institucionalizados	Edad No institucionalizados
N	Válido	28	28
	Perdidos	0	0
Media		77.93	80.46
Mediana		80.00	81.50
Moda		83	86
Desviación estándar		9.611	9.465
Varianza		92.365	89.591
Rango		44	37
Mínimo		56	60
Máximo		100	97
Suma		2182	2253

Tabla 1. Estadísticos de ambas muestras de miedo a la muerte

En cuanto al Estado civil de los sujetos, en la Figura 1, Estado Civil Institucionalizados, se encontró que el universo de institucionalizados tiene sólo 3 rubros; soltero, viudo y divorciado, siendo los solteros los que tienen una mayoría con un 67.86%

de la población. Le siguen los viudos con un 21.43% y al final con un 10.71% los divorciados. Entre los no institucionalizados sigue habiendo una mayoría de solteros, con un porcentaje de 35.71%. También aquí hay un rubro que no se encontró en los institucionalizados y es el de casado, el cuál mostró un porcentaje de 32.14%. Los viudos tienen un porcentaje mayor aquí con un 25% y los divorciados bajaron en el porcentaje en relación a los institucionalizados con un 7.14%.

Figura 1. Estado Civil Institucionalizados

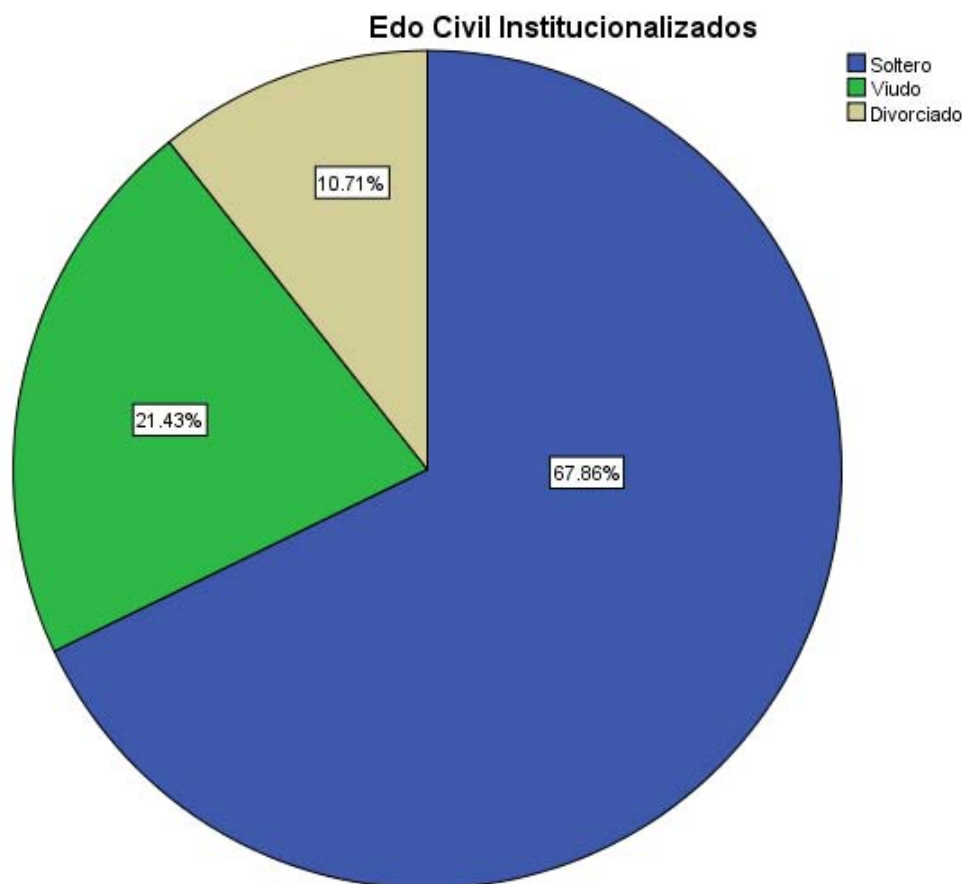
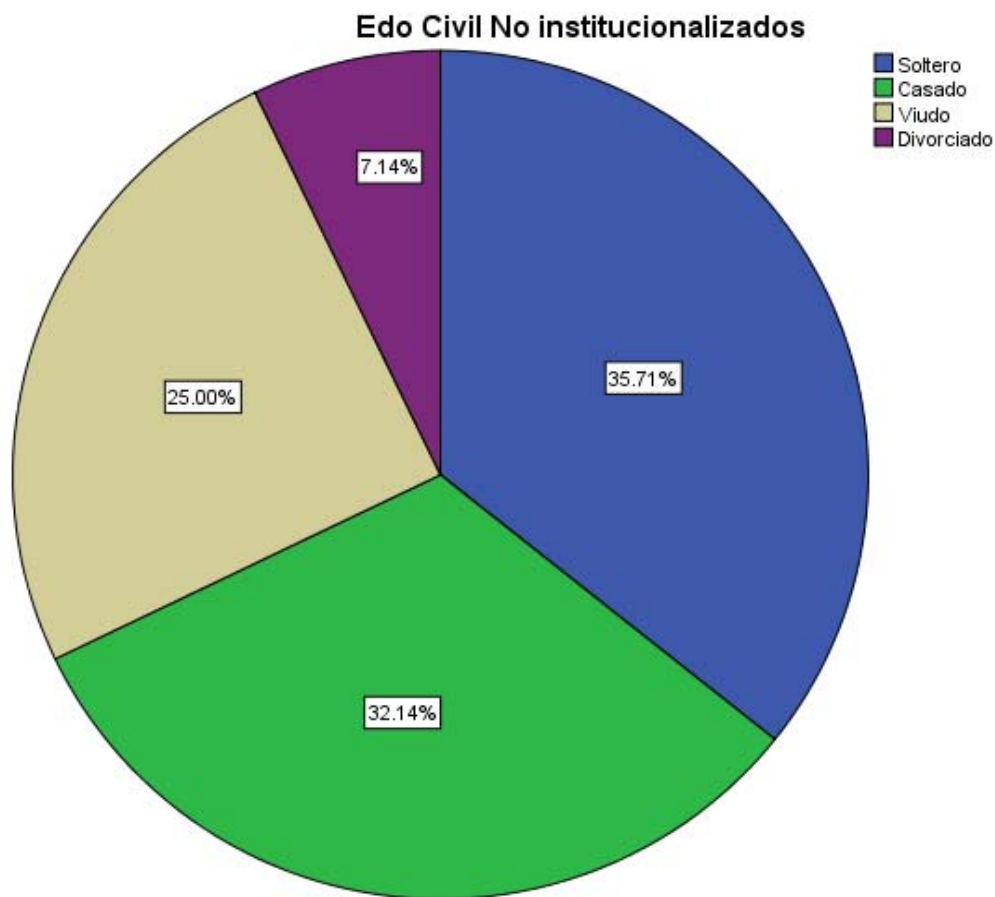


Figura 2. Estado Civil No Institucionalizados



Por otro lado, en la Tabla 2. Estadísticos de Miedo a la Muerte, se encontró que la media de miedo a la muerte en los institucionalizados arroja 70 puntos, mientras que los no institucionalizados obtuvieron 115, refiriendo que los entrevistados no institucionalizados tienen más miedo a la muerte que los institucionalizados.

Tabla 2. Estadísticos de Miedo a la Muerte

		Estadísticos	
		Miedo muerte Institucionalizados	Miedo muerte No institucionalizados
N	Válido	28	28
	Perdidos	0	0
Media		70.00	115.00
Mediana		67.50	116.00
Moda		42 ^a	106
Desviación estándar		23.150	14.639
Varianza		535.926	214.296
Rango		76	58
Mínimo		37	77
Máximo		113	135
Suma		1960	3220

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

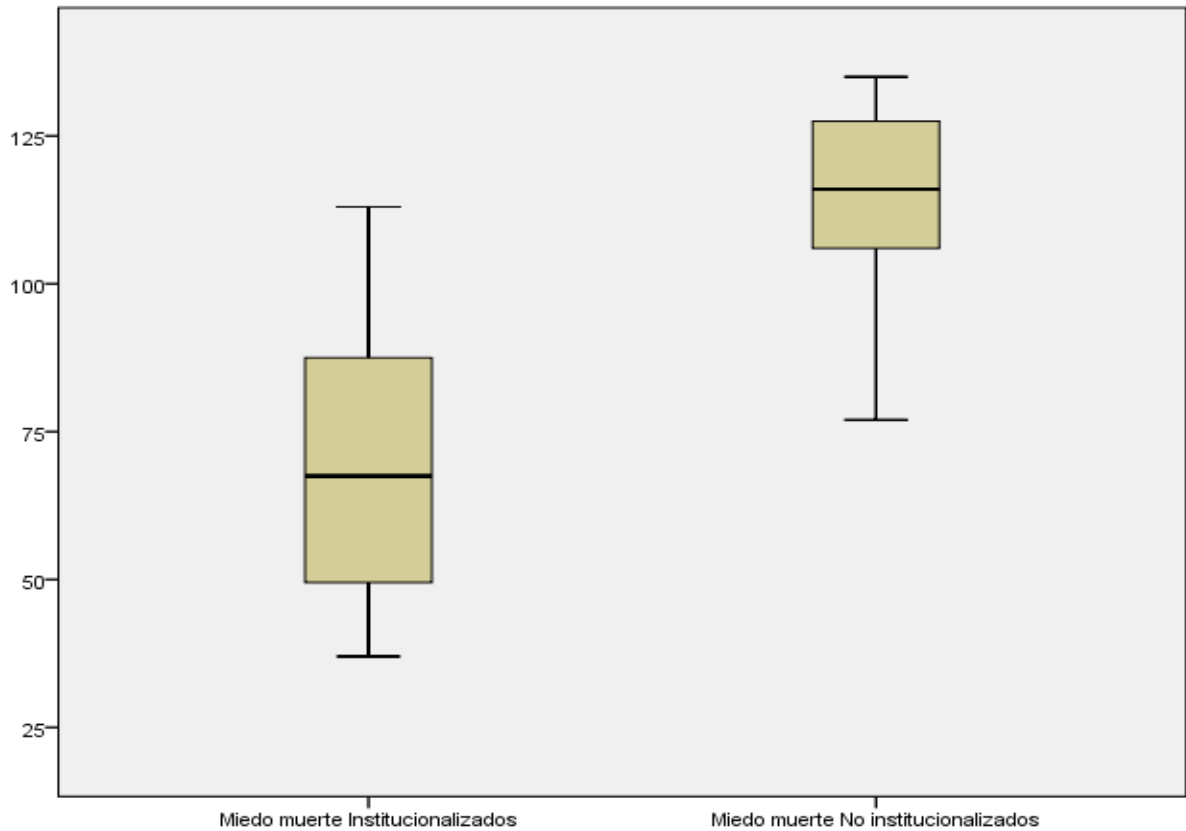
Los resultados con los que nos encontramos referente al percentil 50 de la Escala de Miedo a la Muerte, que fue de 84 puntos, fueron que las personas institucionalizadas (70 puntos) están 14 puntos por debajo del percentil 50, mientras que los no institucionalizados los encontramos por arriba del percentil, teniendo una media de 115. Estos datos señalan que la intensidad de miedo a la muerte es considerablemente mayor en los no institucionalizados, aunque no se cuenta con un cuadro normativo que confirme la relevancia diagnóstica de esta diferencia.

Con una varianza de 214.296 para los no institucionalizados y una de 535.926 de los institucionalizados se puede concluir que existe una mayor variación en el miedo de los no institucionalizados.

En cuanto al rango de las puntuaciones, los institucionalizados presentaron 76 puntos, mientras que el de los no institucionalizados fue de 58. Esto parece indicar una mayor uniformidad en el temor entre los sujetos no institucionalizados.

La Figura 3, Diagrama de caja y bigotes de la variable Miedo a la muerte, ayuda a ver de mejor manera cómo es que se aglomeraron los resultados. Mucho más compactos son los números de los no institucionalizados y mayores de los no institucionalizados, que se encuentran en un nivel menor y más dispersos.

Figura 3: Diagrama de caja y bigotes de la variable Miedo a la muerte



5.2 Estadística inferencial

En la Tabla 3, Estadísticos de ambas muestras sobre Miedo a la muerte, estadísticos de ambas muestras sobre miedo a la muerte, se muestra la diferencia que hay entre el primer grupo, los institucionalizados (70 de media) y los no institucionalizados (115 de media), la cual es de 45 puntos.

Tabla 3: Estadísticos de ambas muestras sobre Miedo a la muerte

Estadísticas de grupo					
	combi	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Sumatoria	1	28	70.00	23.150	4.375
	2	28	115.00	14.639	2.766

En la Tabla 4 se muestran los resultados de la prueba t, los cuales arrojan una t calculada de -8.694 y un nivel de significancia de .000, con lo que puede afirmarse que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de miedo a la muerte de ambas muestras.

Tabla 4. Resultados de la prueba t de Muestras Independientes de ambas muestras

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Sumatoria	Se asumen varianzas iguales	6.907	.011	-8.694	54	.000	-45.000	5.176	-55.378	-34.622
	No se asumen varianzas iguales			-8.694	45.616	.000	-45.000	5.176	-55.422	-34.578

En lo que toca a la estructura del instrumento de Miedo a la muerte, cabe mencionar que consta de 4 factores, a saber, **Factor 1.-** Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación a su propia muerte; **Factor 2.-** Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación a su propio proceso de morir; **Factor 3.-** Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación a la muerte de otros; **Factor 4.-** Grado de preocupación o ansiedad que tiene en relación al proceso de morir de otros. En la Tabla 5 se puede observar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los cuatro factores, siendo la diferencia en el Factor 4 la más acentuada.

Tabla 5. Resultados de prueba t de los cuatro factores de la Escala de Miedo a la muerte

		Prueba de Levene de calidad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Factor 1	Se asumen varianzas iguales	.459	.501	-5.592	54	.000	-10.143	1.814	-13.779	-6.506
	No se asumen varianzas iguales			-5.592	52.745	.000	-10.143	1.814	-13.781	-6.504
Factor 2	Se asumen varianzas iguales	13.984	.000	-6.674	54	.000	-11.393	1.707	-14.815	-7.971
	No se asumen varianzas iguales			-6.674	42.930	.000	-11.393	1.707	-14.835	-7.950
Factor 3	Se asumen varianzas iguales	5.814	.019	-6.650	54	.000	-12.179	1.831	-15.850	-8.507
	No se asumen varianzas iguales			-6.650	46.298	.000	-12.179	1.831	-15.864	-8.493
Factor 4	Se asumen varianzas iguales	27.460	.000	-11.135	54	.000	-51.357	4.612	-60.604	-42.110
	No se asumen varianzas iguales			-11.135	32.944	.000	-51.357	4.612	-60.741	-41.973

Hemos de concluir entonces, debido a los resultados arrojados por este estudio, que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de miedo a la muerte de los adultos mayores que no están institucionalizados y los institucionalizados, con lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la de investigación.

En este capítulo presentamos la diferencia que existe entre el miedo a la Muerte en adultos mayores Institucionalizados como los No Institucionalizados, observando de acuerdo a los resultados obtenidos que si se presenta una clara diferencia entre ambos grupos. En este punto, el estudio amerita la discusión de puntos relevantes que despejen dudas sobre las diferencias que existen en el miedo a la muerte en Adultos de la tercera edad. Tales puntos son los que presentaremos en el próximo capítulo.

Capítulo 6. Discusión

6.1 Comparaciones con otros trabajos de investigación

En relación a las semejanzas y diferencias encontradas con otros estudios similares, Rubio Herrera (1981) concluyó que los adultos mayores institucionalizados presentaban actitudes más positivas y menor temor a la muerte, teniendo un mayor grado de aceptación ante ella, mientras que entre los no institucionalizados no existían ni buenas actitudes ni aceptación de la muerte. Hay que recordar que el autor relata el deterioro cognitivo de seis mujeres viudas que no vivían en asilos o residencias, en comparación con el menor deterioro de las mujeres asiladas, que podían enfrentar mejor la muerte de sus parejas por el factor de la convivencia con otras personas del mismo asilo, así como por el apoyo social que obtenían. Para Rubio Herrera, la meta en la adultez mayor es elaborar un proyecto de vida que contemple las vivencias pasadas y las expectativas a futuro, que sirva para vivir el presente con decisión, objetivo que los adultos mayores de su muestra parecían lograr en mayor medida en la vida institucional.

Los hallazgos de Rubio Herrera coinciden con los obtenidos en la investigación llevada a cabo en el Asilo Mundet y la comunidad abierta, por lo que el apoyo que brinda la institución a los adultos mayores parece mejorar las condiciones de la población asilada, por lo menos en parte.

En contraste con la investigación de Rubio Herrera y los hallazgos de la presente investigación, Antequera (1993) no encontró diferencias que fueran estadísticamente significativas en lo que respecta a la ansiedad ante la muerte entre dos residencias de adultos mayores caracterizadas por políticas y recursos asistenciales distintos. Sin embargo, aparecieron diferencias en cuanto a la ansiedad ante la muerte, los niveles de depresión, el auto concepto y la religiosidad dependiendo de la institución. Estos resultados son opuestos a lo encontrado en el asilo mexicano, por lo que abren un espacio para una nueva reflexión sobre el tema.

Finalmente, Rivera y Mancinas (2007) hacen la observación de las diferencias en la percepción de la muerte en los adultos de la tercera edad, las cuales son determinadas por

variables como la clase social y el hábitat, mientras que el género se presenta en menor medida pero es relevante.

En este estudio, realizado en Tamaulipas, las diferencias encontradas en la percepción de muerte entre las clases sociales se debían, según el autor, por una mayor permeabilidad en la clase media-alta de procesos no asumidos por la cultura católica. Como ejemplo, refieren el tema de la eutanasia, práctica que está condenada por la Iglesia, así como en otras religiones está mal vista la cremación.

Otro aspecto que mencionaban Rivera y Mancinas en su estudio es la absorción de creencias recogidas de nuevos movimientos sociales como la Nueva Era, estos movimientos dan como indicadores destacables el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la tasa de fecundidad y el descenso progresivo en la tasa de mortalidad, dando paso a ser un fenómeno que es producto fundamentalmente de una serie de variaciones en los aspectos demográficos.

En cuanto al hábitat (que es el lugar donde se vive), en la sociedad mexicana tiene una connotación cargada de significado, refiriendo los autores antes mencionados que aquella persona que viva en una institución permanente es estigmatizada, así como su familia, y ello imprime a las personas que viven en estos lugares una percepción de la muerte muy negativa y resignada. Cabe mencionar en este punto las diferencias con el presente trabajo, debido probablemente a que el modo y estilo de vida que tienen en el norte del país no es el mismo que en el centro de mismo, en la Ciudad de México las personas institucionalizadas mostraron mayor aceptación del tema de la muerte que las personas no institucionalizadas.

Por último, Rivera y Mancinas mencionan que hay un fenómeno ideológico ante el tema de la muerte que se hace presente en la vejez con mayor intensidad cuando se da el fallecimiento de seres queridos, el cual influye en la magnitud del miedo a la muerte, teniendo además angustias que influyen en los factores culturales, ya que tiene una implicación en la gestación de este concepto en los ancianos.

Finalmente, en relación a la construcción social de la muerte según un enfoque de género, tan sólo se han detectado diferencias en la forma de afrontar las muertes de familiares cercanos, con todos estos aspectos y fenómenos ya mencionados.

En lo que toca a los tres trabajos de investigación referidos a las condiciones de vida y las políticas de salud dirigidas a los adultos mayores que se mencionaron anteriormente, como son el de Guadalajara, los países europeos y Uruguay, todos son afines en cuanto a los objetivos de proporcionar mejoras a la atención de los adultos mayores. Hay que admitir, sin embargo, que en México ya se están realizando proyectos de mejora como lo es el de Guadalajara, donde se exponen claramente las necesidades que tiene nuestro sector de adultos mayores y se abordan los aspectos que pueden mejorar la calidad de vida en este sector.

En lo que toca a los estudios sobre condiciones de vida y políticas de salud hacia los adultos mayores se puede concluir que el trabajo que tiene mayor afinidad con nuestro proyecto es el que se realizó en Guadalajara, por las siguientes razones:

Como fue elaborado en México expone claramente las necesidades que presentan los adultos mayores de nuestro país, es decir, que está sin una atención adecuada, y expone las inquietudes de este sector ante temas como el miedo a la muerte.

Las personas que se encuentran institucionalizadas adapta este miedo para confrontarlo como una realidad de vida, mientras que los adultos mayores no institucionalizados prefieren evadir y transferir el miedo a la muerte hacia terceras personas dentro de su núcleo familiar (Flores Villavicencio et al, 2011).

De esta manera, los adultos mayores no institucionalizados parecen tener experiencias de vida, ideas y expectativas muy diferentes a los institucionalizados pues tienen contacto con otras personas, situaciones, e incluso, están más atentos al entorno local y nacional.

En contraste, es probable que los institucionalizados tengan las mismas ideas que los no institucionalizados, sin embargo, reprimen sus sentimientos relacionados con la muerte pues, desde su punto de vista, no hay otras opciones (Flores Villavicencio et al, 2011).

La capacidad de adaptación de cada persona es lo que conlleva a tolerar ciertos factores, la mortalidad en las personas de la tercera edad institucionalizadas es más común y latente ya que la observan y comprenden de forma cotidiana, mientras que para la gente de la tercera edad no institucionalizada, no es algo de lo que estén día a día al pendiente, ya que la vulnerabilidad socialmente hablando está más presente en términos de la proliferación de la delincuencia y los asesinatos, de tal manera que es posible que prefieran evadir el tema de la muerte por miedo a hacerse conscientes del grado de violencia que se ejerce en esos casos dramáticos, social y políticamente hablando.

En México, como en otros países, la problemática de atención de los adultos mayores va en aumento, por lo tanto es necesario esforzarse para brindarles soluciones que les permitan un cierre de vida digno. En este sentido, es necesario realizar cambios que beneficien a los adultos mayores, sean institucionalizados o no institucionalizados, para tener una vejez digna.

Con base en esto concluimos que es necesario realizar proyectos no sólo de apoyo económico, también tienen que abarcar cuidados personales o un estudio para determinar en qué tipo de hogar viven los ancianos.

Conocer los miedos de los adultos mayores puede servir para mejorar su calidad de vida, con el objetivo de que desarrollen una psique sana y aceptando el tema de la muerte como el término de la vida, sin agonía.

Hay que hablar ahora sobre los estudios realizados en Latinoamérica. En los países como Colombia, Uruguay y Argentina, se han realizado evaluaciones acerca de la importancia de los estudios sociodemográficos que consideramos relevantes, pues con base en ellos se han presentado propuestas para mejorar la vida de los adultos mayores en los países latinoamericanos. En México no existe un estudio de este tipo. Se necesita analizar

la fuerza de cambio que tiene la dinámica demográfica y la situación económica de los últimos diez años, además de presentar propuestas conceptuales, metodológicas y técnicas que permitan distinguir los apoyos sociales para la población con 60 años y más, independientemente del hogar en donde reside o si está institucionalizado.

Investigaciones realizadas en Europa también dan relevancia a los programas de mejora para los adultos mayores. Estudios realizados en Alemania y España, por ejemplo, revelan que la población de más de 60 años se incrementó en los últimos 20 años, pues incluso, hoy en día, hay más adultos mayores que jóvenes y niños (Moya & Faz, 2007). Ante esta situación, en estos países europeos se han implementado programas de apoyo y pensiones que permiten una sustentabilidad para tener una vida tranquila, así como servicios de salud donde reciben tratamientos adecuados. Y no sólo eso. Realizan investigaciones sobre la demencia y el Alzheimer, para tener un mayor control sobre este tipo de enfermedades comunes entre la tercera edad.

En México se puede presentar el mismo escenario que en Alemania y España. A pesar de que no se tenía contemplado este aumento en el número de habitantes mayores de 60 años, el país destacaba por tener una población predominantemente joven y se han aplicado programas de apoyo para poder contrarrestar las carencias que se han presentado. Uno de ellos es el programa Red Ángel, que autorizó el Gobierno del Distrito Federal en 2012. Da prioridad a la prevención y diagnóstico temprano de enfermedades, así como la adopción de estilos de vida más saludables. Además, otorga una pensión alimentaria mensual a la población que compruebe que vive en la ciudad de México y que sea mayor de 68 años.

6.2 Enfoque Psicoanalítico

Tomando en cuenta los resultados ya expuestos, y realizando un análisis desde un punto de vista psicoanalítico, empezaremos mencionando el inconsciente según Freud en el Yo y el Ello y otras obras mencionan que la concepción dinámica del proceso represivo, fuerza a dar a lo inconsciente un sentido sistemático, de suerte que se lo equipara a lo reprimido (Freud, 1923/1986).

Así pues, tenemos que Sigmund Freud planteó la hipótesis de que las personas que expresan un miedo a la muerte, portan un disfraz para una fuente más profunda de preocupación (Freud, 1915). No era en realidad la muerte a lo que las personas le tenían miedo, Freud decía que nadie cree en su propia muerte, ya que el inconsciente no trata con el paso del tiempo o con negaciones, no calcula la cantidad de tiempo que queda en la propia vida, de tal manera lo que causa el miedo no puede ser la muerte misma, porque nunca se ha muerto.

Las personas que expresan los temores relacionados con la muerte, en realidad están tratando de hacer frente a los conflictos de la infancia no resueltos, a los cuales no pueden llegar a un acuerdo y no pueden expresar emociones hacía ellos (Langs, 2004a). El nombre Tanatofobia se hace de la figura griega de la muerte conocido como Thanatos, sin embargo, en este estudio, se muestra que las personas no institucionalizadas si presentan miedo a la muerte, las institucionalizadas en menor medida, pero también la presentan.

Las personas institucionalizadas parecieran que comparten menor temor a la muerte, que las personas no institucionalizadas teniendo relevancia al temor de la muerte. Al respecto, Melanie Klein sostiene la visión de que el „temor a la muerte“ es la fuente primaria de ansiedad y que su posición se opone explícitamente a la de Freud (Langs, 2004b). Esto reflejaría nuestro resultado obtenido, al ver en los ancianos institucionalizados un menor temor a la muerte, ya que, parafraseando frases que se repetían en las encuestas es que la muerte propia no los acongoja y la muerte de los otros no la pueden controlar.

El psicólogo del desarrollo, Erik Erikson (1959), formuló la teoría psicosocial que explica que las personas progresan a través de una serie de crisis a medida que envejecen. La teoría envuelve el concepto de que una vez que una persona llega a las últimas etapas de la vida, se tendría que alcanzar el nivel que tituló como la integridad del ego. La integridad del ego es cuando uno llega a una etapa de su vida como adulto mayor, y se está conforme con las decisiones y con los resultados que se ha tenido en la vida. Lo que le permite al sujeto no acongojarse por acciones pasadas, o por actos que nunca realizó.

Entonces, como plantea Erikson, es posible que los no institucionalizados aun no hayan llegado a la integridad del ego. Están aún en búsqueda de completarse, en búsqueda de llenar más su curriculum de la vida. Esto posiblemente sea la causa por la cual se explicaría el por qué los institucionalizados están más conformes, o tranquilos, en referencia a la muerte, porque al estar “encerrados” ya no es posible soñar despierto. Pero refiriéndose a los procesos inconscientes, aún hay algunas cosas por explicar.

Consideramos que los ancianos “niegan su miedo a la muerte” para reprimir el constante pensar en ello. Y es que si tomamos en cuenta que viven en un asilo donde todos hablan constantemente de morir, no tienen muchas opciones de lugares a donde ir para escapar del tema.

Citando a Pitágoras, “El hombre es mortal por sus temores, e inmortal por sus deseos” (citado por Alenda, 1903/1989), basándonos en eso, la mortalidad aparece cuando se le hace consciente. Por lo cual, como se comentaba antes, la represión es un mecanismo de defensa útil para alguien que sufre de miedo al pensar en muerte. En las instituciones como los asilos, encontramos que el tema de la muerte rara vez se toca a fondo. El pensar en ello pareciera volver a lo consciente algo que el inconsciente no entiende. De esa manera los que no están en instituciones, o reclusos en un asilo las 24 horas del día están expuestas al tema de la muerte, y no solo ello, sino a la suya.

Entonces los institucionalizados tienen menos miedo a la muerte que los no institucionalizados, esto puede ser por la combinación de dos factores: la represión y la exposición al tema de la muerte. Del miedo a la muerte y al estar rodeado del mismo todo el día, todos los días se vuelve necesario para el aparato psíquico reprimir ciertos temas para no colapsar sobre sí mismo. La segunda, la exposición al mismo provoca angustia. Si bien no sabemos a ciencia cierta qué fin nos depara, sabemos al menos que nuestra vida actual cambiará y como se dice, los cambios dan miedo. Así que alguien que sufre por muertes de amigos y familiares, así como todo lo que se ve en los medios es más fácil de afectar, de tener miedo a la muerte.

Hablando del inconsciente y su formación atemporal e ilógica, Freud planteó la existencia de la pulsión de muerte para situar esa fuerza que trabaja silenciosamente, para unos fines que se sitúan más allá del principio del placer, y que subvierten la relación del sujeto con su bienestar. La pulsión de muerte fue definida en *Más allá del principio de placer* como una pulsión inherente a todas las formas de vida orgánica "de restablecer un estado anterior".

El sujeto institucionalizado viéndose desde este punto, parece estar más en contacto con su pulsión de muerte, aunque a veces se confunde el término con buscar la muerte misma, no siempre es así de burda la explicación, de hecho, tratándose del inconsciente nunca lo es. En su texto *De la historia de una neurosis infantil. Caso del «Hombre de los lobos»*, Freud (1919/1986) describe que hay un conflicto entre la exigencia del instinto y la prohibición por parte de la realidad. El sujeto institucionalizado está en contacto con su pulsión de muerte, inmerso en una escena que se repite una y otra vez a su alrededor y consigo mismo, su deterioro mental, físico y la eventual muerte. El institucionalizado entonces, está intentando según Freud, de regresar a un estado anterior, por cualquier método posible. En este caso es la muerte sí, pero todo de modo inconsciente.

Los sujetos institucionalizados adaptan este miedo para confrontarlo como una realidad de vida, mientras que los adultos mayores no institucionalizados prefieren evadir y transferir el miedo a la muerte hacia terceras personas dentro de su núcleo familiar.

Como conclusión, la diferencia apreciable entre los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados puede ser la manera como operan sus mecanismos de defensa. Es decir, en los institucionalizados parecen funcionar estos mecanismos, mientras que los no institucionalizados no utilizan los mismos mecanismos, o bien, los expresan de maneras distintas.

Capítulo 7. Conclusiones

En cuanto a las conclusiones del trabajo, se planteó un análisis y una serie de observaciones con relación a la metodología planteada.

El objetivo general de la presente tesis fue determinar cómo perciben el miedo a la muerte dos muestras de adultos mayores: institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de México. Con base en los resultados obtenidos, podemos afirmar que sí existe diferencia entre ambas poblaciones.

El miedo a la muerte es menor entre los adultos mayores institucionalizados en comparación con los no institucionalizados. Este resultado fue arrojado con las siguientes medidas de miedo a la muerte, se muestra la diferencia que hay entre el primer grupo que son los institucionalizados con una medida de 70, mientras que los no institucionalizados tiene una medida de 115, dando una diferencia significativa de 45 puntos.

Se identificó que en la percepción de una población mexicana de adultos mayores tanto institucionalizados como no institucionalizados, la diferencia en el miedo a la propia muerte entre ambas poblaciones fue clara, al presentar los No Institucionalizados un nivel de miedo a la muerte superior que los Institucionalizados.

Por lo tanto, de acuerdo con los resultados que se obtuvieron en este trabajo, es posible afirmar que los adultos mayores no institucionalizados presentan un mayor miedo a la muerte, el cual también desplazan hacia terceros, es decir, parecen usar un mecanismo de defensa inconsciente en que la mente redirige algunas emociones de un objeto y/o representación psíquica que se percibe como peligroso o inaceptable, a uno aceptable teniendo mayor conflicto en la aceptación como un hecho natural de la vida (Freud 1923/1986).

En cambio, los adultos de la tercera edad institucionalizados no presentan índices alarmantes de miedo a la muerte. Esto probablemente se debe a que día con día estas personas conviven con el tema de la muerte, familiarizándose con ella.

Al estar expuestos a más personas, más situaciones y al estar constantemente atento a lo que sucede en el país y el mundo, los no institucionalizados parecen tener experiencias, ideas y expectativas muy diferentes a los institucionalizados.

La diferencia observada en los valores del factor 4 de los sujetos institucionalizados es significativamente superior en los adultos no institucionalizados, por lo tanto merece un análisis aparte. Después de analizar datos e intercambiar ideas se propuso la siguiente alternativa para explicarlo.

El resultado arrojado en el factor 4, se observó que el temor a la muerte es superior cuando se trata de la muerte de terceros, denotando un menor miedo a la propia muerte. Tal vez esto sea un posible mecanismo de defensa, el mayor temor que resalta en los adultos mayores no institucionalizados, es el temor a la muerte de terceros, el cual podría ser por dos posibles causas: el uso de la negación como mecanismo de defensa, la cual le funciona al sujeto de tal manera en que su Yo no se ve en conflicto por manejar los pensamientos y resultados que conlleva la muerte, la otra posible causa sea que le permite hurgar en los dilemas del tema a través del otro.

Hay que destacar que el cuerpo de la vejez es el lugar privilegiado de decepción narcisista. Ofrecido a la decadencia y a la muerte y siendo el escenario privilegiado de “la enfermedad”, exhorta al sujeto a atreverse a continuar vivo. Aunque el narcisismo no se presente como una defensa contra la pulsión de muerte, aparece como la ilusión con la que se dominan ciertas adversidades de la vida. Y es que solamente renunciando a la plenitud ilusoria que está atado a la concepción de vida eterna y del saber sobre la muerte que el deseo encuentra su posibilidad de movimiento (CEI, 2016).

Con todos estos cambios del proceso de temor para enfrentar el tema de la muerte, en adultos mayores de entre 60 a 100 años, entender, asimilar y aceptar que inevitablemente el fin de su ciclo se encuentra cercano, no debería ser motivo de emociones negativas, lo importante es llegar a este proceso con una mejor actitud ante la vida y llegar a sentirse cómodo emocionalmente ante la inevitable muerte.

7.1 Alcance de los objetivos

Los objetivos se alcanzaron de manera favorable, ya que se observó que la vulnerabilidad en cuanto al miedo a la muerte en la gente de la tercera edad, está en la parte de los adultos mayores no institucionalizados. Siendo que el sector de los institucionalizados tiene mayor tolerancia y aceptación ante el tema de miedo a la muerte, por las condiciones que viven día a día ya que la vida de una persona institucionalizada en la ciudad de México no es fácil. Se vio pues una diferencia clara entre los dos grupos, y uno de ellos, el de los no institucionalizados tiene un nivel superior al de los institucionalizados en con respecto al miedo que sienten hacia la muerte.

7.2 Limitaciones

Entre las limitaciones que se tuvieron durante el proceso, las personas de la tercera edad institucionalizados en el asilo Carlos Mundet no siempre contaban con las facultades cognitivas idóneas para poder responder o realizar el cuestionario de Lester Coller, ya que a algunos de los adultos mayores que participaron, debíamos leerles las preguntas y respuestas para que pudieran realizar el cuestionario, así como algunos se mostraban apáticos para poder convivir.

En el sector de los adultos mayores no institucionalizados, una de las limitaciones fue el tema de Miedo a la muerte, ya que no todos tenían la disponibilidad ser abordados sin causar conflicto y hablar del tema. Algunos se mostraban interesados pero no contaban con el tiempo disponible, otros se reusaban a tocar el tema pero si querían hacer uso de la palabra para que pudieran ser escuchados. Otra situación era que la incomodidad de uno de los lugares no nos permitía realizar las encuestas por más de 30 minutos, estos lugares eran los parques públicos, no todos los Adultos Mayores podían estar más de 30 minutos sentados en una banca de cemento o fierro.

7.3 Sugerencias

De acuerdo con el trabajo realizado en esta tesis, se puede sugerir para aportar a futuros trabajos de interés común, realizar investigaciones a sectores privados como son los asilos de paga.

Aumentar el muestreo utilizando sectores tanto privados como de gobierno.

Reconocer el cambio demográfico que está atravesando nuestro país, estudiar analizar y sistematizar la información demográfica, social y política en las últimas décadas del país, para diagnosticar los diferentes niveles de vulnerabilidad psicológica, en su estado de salud y entorno familiar, para brindar programas de apoyo a los adultos de la tercera edad.

Otra propuesta de mejora podría ser ubicar qué factores individuales, familiares y contextuales se asocian con la condición de recibir un apoyo institucional, entendiendo éste como la atención a la salud y pensión monetaria, extendiendo programas de apoyo como el de Red Ángel que tenga mayor cobertura a nivel nacional, ya que el sector de adultos mayores no radica solamente en la Ciudad de México.

Si existiera la posibilidad de trabajar con alguno de los dos grupos que se estudiaron en esta tesis, tomando en cuenta la investigación que se realizó de Miedo a la Muerte en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados, se trabajaría con los no Institucionalizados para realizar una investigación más profunda, abordar la problemática para estructurar un tratamiento o soluciones que les brinden equilibrio idóneo de la conceptualización del miedo a su propia muerte, reforzando en calidad de vida para una vejez digna

Referencias

- Acosta-Álvarez, G. (1995). *Miedo a la muerte y al morir en el mexicano*. Tesina. Universidad Iberoamericana. México.
- Alenda, J. (1903/1989). *Los Versos de Oro: Los Versos Áureos de Pitágoras. Biografía (Textos Filosóficos n° 1)*. España: Torre de Babel Ediciones. Versión en línea.
- Antequera, R. (1993). *Actitudes de los ancianos ante la muerte: influencia de la institucionalización*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.
- Augé, M. (1998). *Las formas del olvido*. Barcelona: Gedisa.
- Barrett, L.F. (2006). Are emotions natural kinds *Perspectives on Psychological Science*, 1, 28-58.
- Biblia de las Américas*. (1569,1986). Versión en línea. Biblia Paralela. Recuperado de <http://bibliaparalela.com/hebrews/9-27.htm>
- Blanco-Picabia, A. (1993). Hablando de la muerte. (Pero, ¿de qué muerte?) (pp.230-247). En: V. Pelechano. (Comp.). *Psicología, mito psicología y postpsicología*. Valencia: Promolibro.
- Cabrero, M. (1995). *La muerte en el occidente del México prehispánico*. México: UNAM
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Larsen, J. T., Pohlmann, K. M. & Ito, T. A. (2000). The psychophysiology of emotion (pp. 173-191). En M. Lewis & J. M. Havilland-Jones (Eds.). *Handbook of emotions* (2da.ed.). New York: Guilford Press.
- Calle, R.A. (1996). *Aprender a vivir, aprender a morir*. Madrid: Sansores.
- Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI) (2016). *Unidad de prácticas profesionales / adultos mayores*. Universidad Nacional de Rosario, Argentina. Recuperado de http://www.psicoanalisisciencia.unr.edu.ar/?page_id=57

- Consejo Nacional de Población. (2006). *La situación demográfica de México 2006*. México: CONAPO.
- Corbí, M. (2001). *Acerca de la muerte*. Barcelona: Biblioteca Agrupación.
- Darwin, C. A. (1872). *The expression of the emotions in man and animals*. London: John Murray.
- De León-Azcárate, J. L. (2000). *La muerte y su imaginario en la historia de las religiones*. España: Universidad de Deusto-Bilbao.
- Diario Oficial de la Federación (2015). *Ley General de Salud*. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/158/402.htm?s>.
- Ekman, P., Levenson, R.W. & Friesen, W.V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, 221, 1208-1210.
- Ellis, A. (1992). *Razón y emoción en psicoterapia*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- El pequeño Larousse ilustrado*(9.^a ed.). (2003). Bogotá: SPES.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Evans-Pritchard, E. (1990). *Ensayos de antropología social* (3.^a ed.). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Flores-Villavicencio, M. E., Vega-López, M. G. & González-Pérez, G. J. (2011). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Fonnegra de Jaramillo, I. (2001). *De cara a la muerte*. Barcelona: Andrés-Bello.
- Frankl, V. (1999). *El hombre en busca del sentido*. México: Paidós.
- Friedman, B. H. (2010). Feelings and the body: The Jamesian perspective on autonomic specificity of emotion. *Biological Psychology*, (84), 383-393.

- Freud, S. (1893-1985/1978). Estudios sobre la histeria. En: S. Freud. *Obras completas*, Volumen II (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914-1916/1979). Trabajos sobre metapsicología, y otras obras “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”. De guerra y muerte. Temas de actualidad. En: S. Freud. *Obras completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917-1919/1986). De la historia de una neurosis infantil (Caso del “Hombre de los Lobos”) y otras obras. En: S. Freud. *Obras completas*, vol. XVII (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1920-1922/1986). Más allá del principio del placer, Psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. En: S. Freud. *Obras completas*, Volumen XVIII (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1923-1925/1986). El yo y el ello y otras obras. En: S. Freud. *Obras completas*, Volumen XIX (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1937/1986). *Sobre psicoterapia*. Volumen VII O. C. T. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, V. (1998). *Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. La Habana, Cuba. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi10199.htm;
- Geertz, C. (2003). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- Gómez, S. (1998). *Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid: Aran.
- Goody, J. (1998). *El hombre, la escritura y la muerte. Conversación con Pierre-Emmanuel Dauzat*. Barcelona: Península.
- Güell, R. & Morante, V. F. (2007). Conceptos generales. En *Manual Separ de procedimientos* (pp. 5-8). Barcelona: Publicaciones Pemanyer.

- Harris, M. & Ross, E. (1987). *Muerte, sexo y fecundidad. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2014). *Censo de Población y Vivienda 2010. Perfil sociodemográfico de adultos mayores*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE] (2004). Sitio web oficial: <http://www.ine.gub.uy/>
- James, W. (1884). Whatisan emotion & *Mind*, 9, 188-205. Recuperado de <http://philpapers.org/rec/JAMWIA-2>.
- Kastenbaum, R. & Costa, P.T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology*, 28, 225-249.
- Klarsfeld, A. & Revah, F. (2002). *Biología de la muerte*. Madrid: Complutense.
- Kübler-Ross, E. (1994). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
- Kübler-Ross, E. (2000). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. (2003). *La rueda de la vida*. Barcelona: Ediciones B.
- Langs, R. (2004a). Death anxiety and the emotion-processing mind. *Psychoanalytic Psychology*, 21 (1), 31-53.
- Langs, R. (2004b) *Fundamentals of Adaptive Psychotherapy and Counseling*. London: Palgrave-Macmillan
- Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37, 1019-1024.
- Leader, D. & Groves, J. (2008). *Lacan para principiantes*. Buenos Aires, Argentina. Editorial Era Naciente

- Lester, D. (1996). Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester. En R.A. Niemeyer (Ed.). *Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte* (pp. 57-72). Barcelona: Paidós.
- Levi-Strauss, C. (1988). *Tristes Trópicos*. Barcelona: Paidós.
- Malinowski, B. (1926). *Crime and custom in savage society*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Moya y Faz, F.J. (2007). *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. Universidad Católica de Murcia, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Ciencias de la salud.
- Murillo, J. I. (1999). *El valor revelador de la muerte: estudio desde santo Tomás de Aquino*. Barcelona: Luciérnaga.
- Organización de las Naciones Unidas. (1980). *Resolución 35/129, Problemas de las personas de edad y de los ancianos*. Asamblea General, 92ª sesión plenaria, 11 de diciembre.
- O'Connor, J. (2005). *Déjalos ir con amor*. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud, Asociación Mundial de Psiquiatría (2002). Declaraciones de Consenso de la OMS y WPA sobre Psiquiatría Geriátrica. *Revista Psicogeriatría*, 2(6), 21.
- Organización de las Naciones Unidas. (2004). *World Population Prospects: The 2002 Revision and World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. Recuperado de <http://esa.un.org/unpp>.
- ONU (2005) Population Division. *Demographic Previsions World. The 2006 Revision*. Department of Economic and Social Affairs.
- Pattison, E.M. (1977). *The experience of dying*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

- Paredes, M., Berriel, F., Lladó, M. & Carbajal, M, (2012). *La sociedad Uruguaya frente al Envejecimiento de su Población*. Montevideo: Universidad de la República.
- Pérez, R. & Velasco, J. (2011). *Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM*. México: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia (AMECYD).
- Pérez, R (2004b). Prólogo. En: S. Nisizaki y R. Pérez. (2004). *Gerontología en Uruguay. Una propuesta hacia la interdisciplina*. Montevideo: Psicolibros.
- Pérez, T. (1993). Los Dioses. *Revista Arqueológica Mexicana. Online*, 15(88). Recuperado de <http://www.arqueomex.com/s8n2versioneslinea.html>.
- Picabia, A. & Jurado, R. (1993). *La muerte y el morir en el anciano*. Recuperado de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/Necesidades%20psicosociales%20en%20el%20terminalidad/LA-MUERTE-Y-EL-MORIR-EN-EL-ANCIANO18%20Blanco.pdf>
- Prinz, J.J. (2004). *Gut reactions: a perceptual theory of emotion*. New York: Oxford University Press.
- Real Academia de la Lengua Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.^a ed.). Recuperado de: <http://www.rae.es/rae.html>.
- Rivera, J. & Mancinas, S. (2007). El anciano ante la muerte: análisis del discurso en el noreste de México. *Estudios Sociológicos*, 25(74), 341-367. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/598/59825203.pdf>
- Rosaldo, R. (1989). *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. México: Grijalbo.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1987). Human aging, usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.

- Rubio-Herrera, R. (1981): El problema de la muerte en la tercera edad desde la perspectiva psicológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 36(4), 719-727.
- Rubio-Herrera, R. (1996): Influencia de la edad y de la cohorte generacional a través del ciclo vital. *Forum. Revista D'Informació i Investigació Social*, 4-10.
- Salvarezza, L. (1988). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Barcelona: Paidós.
- Santamaría, L. (2008). *La muerte en el anciano*. Madrid: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).
- Santo-Domingo-Carrasco, J. (1976). *Psicosociología de la muerte*. Madrid: Castellote.
- Scheper-Hughes, N. (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Suzanne. D. (2000). *Encounters with Children. Pediatric Behavior and development*. Amsterdam: Mosby/Elsevier.
- Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.
- Stemmler, G. (2004). Physiological processes during emotion. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.). *The regulation of emotion* (pp. 33-70). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture. In J. Barkow, L. Cosmides & J. Tooby (Eds.). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 19-136). Oxford: Oxford University Press.
- Tylor, E. (1979). *Antropología*. Madrid: Ayuso.
- Uribe Rodríguez, A.F., Valderrama Orbegozo, L. & López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120
- Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Sevilla: UNE (Unión de Editoriales Universitarias Españolas).

Vignot, J. P. (1976). *Handbook of aging and the social sciences*. Nueva York: Van Nostrand.

Viguera, V. (2005). *Los miedos en los adultos mayores*. Recuperado de [http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%](http://www.isalud.org/htm/pdf/pdfLazos/212LOS%20MIEDOS%20EN%20LOS%20)

Yanguas, J. J., Leturia, F. J., Leturia, M. & Uriarte, A. (1998). *Intervención psicosocial en Gerontología: Manual Práctico*. Madrid: Cáritas Española.

Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.

Anexo 1. Escala de miedo a la muerte de Collett-Lester (1996)

¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIA MUERTE en?	Mucho	Moderado			Nada
1. El morir solo.	5	4	3	2	1
2. La vida breve.	5	4	3	2	1
3. Todas las cosas que perderás al morir	5	4	3	2	1
4. Morir joven	5	4	3	2	1
5. Cómo será el estar muerto/a	5	4	3	2	1
6. No poder pensar ni experimentar nada nunca más	5	4	3	2	1
7. La desintegración del cuerpo después de morir	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación a TU PROPIO PROCESO DE MORIR en	Mucho	Moderado			Nada
1. La degeneración física que supone el proceso de morir	5	4	3	2	1
2. El dolor que comporta el proceso de morir	5	4	3	2	1
3. La degeneración mental del envejecimiento	5	4	3	2	1
4. La pérdida de facultades durante el proceso de morir	5	4	3	2	1
5. La incertidumbre sobre la valentía con que afrontarás el proceso de morir	5	4	3	2	1
6. Tu falta de control sobre el proceso de morir	5	4	3	2	1
7. La posibilidad de morir en un hospital lejos de amigos y familiares	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación A LA MUERTE DE OTROS en	Mucho	Moderado			Nada
1. La pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
2. Tener que ver su cadáver	5	4	3	2	1
3. No poder comunicarte nunca más con ella	5	4	3	2	1
4. Lamentar no haberte llevado mejor con ella cuando aún estaba viva	5	4	3	2	1
5. Envejecer solo/a, sin la persona querida	5	4	3	2	1
6. Sentirse culpable por el alivio provocado por su muerte	5	4	3	2	1
7. Sentirse solo/a sin ella	5	4	3	2	1
¿Qué grado de preocupación o ansiedad tienes en relación al PROCESO DE MORIR DE OTROS en.....	Mucho	Moderado			Nada
1. Tener que estar con alguien que se está muriendo	5	4	3	2	1
2. Tener que estar con alguien que quiere hablar de la muerte contigo	5	4	3	2	1
3. Ver cómo sufre dolor	5	4	3	2	1
4. Observar la degeneración física de su cuerpo	5	4	3	2	1
5. No saber cómo gestionar tu dolor ante la pérdida de una persona querida	5	4	3	2	1
6. Asistir al deterioro de sus facultades mentales	5	4	3	2	1
7. Ser consciente de que algún día también vivirás esta experiencia	5	4	3	2	1



Fichas de datos, para la tesis "EL MIEDO A LA MUERTE EN ADULTOS MAYORES

INSTITUCIONALIZADOS Y NO INSTITUCIONALIZADOS", llevado a cabo la muestra en Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica Arturo Mundet. Aplicado por los pasantes Marina L. Jiménez Preciado y J. Alejandro de la Barrera Brito.

CLAVE DE ID	
SEXO/ EDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
LUGAR DE ORIGEN	
ESTADO CIVIL / RELIGION	
CUENTA CON FAMILIARES	
OCUPACION PREDOMINANTE	
SUB CAMPO	
ACUDIO A LA ESCUELA	
CUENTA CON ALGUN APOYO ECONOMICO Y DE QUIÉN	
ULTIMA COLONIA DE VIVIENDA	