



U. A. M. IZTAPALAPA BIBLIOTECA
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA.

CSH

**ACTITUD DE LOS ANCIANOS HACIA LA MUERTE Y SU NIVEL DE
AUTOESTIMA**

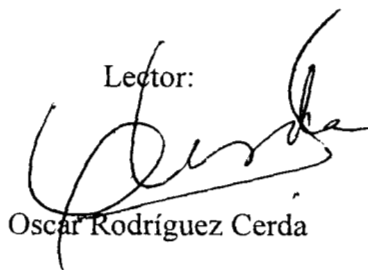
**Tesina que para obtener el título de Licenciado en Psicología social
Presentan:**

**TREJO ZÚÑIGA NANCY.
LÓPEZ RODAS KEILA ADID.**

Asesor:


Dra. Carmen Mier Y Terán

Lector:


Oscar Rodríguez Cerda

Septiembre 2001

**NIVEL DE AUTOESTIMA DEL ANCIANO Y SU
ACTITUD HACIA LA MUERTE.**

**LOPEZ RODAS KEILA ADID.
TREJO ZÚÑIGA NANCY.**

*UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
Av. Michoacán y La Purísima, Col. Vicentina. 09340, México, D.F.*

RESUMEN

Llegar a la vejez significa pasar por uno de los últimos procesos del desarrollo humano en el que también entran en juego diferentes aspectos fundamentales de la vida del individuo, entre ellos están el nivel de autoestima y la aceptación de la propia muerte como un suceso natural. En el presente trabajo se pudo comprobar que en una población de ancianos de asilo, se da una relación entre ambas dimensiones, lo que nos permite ver la importancia que tiene la autoestima en algunos aspectos de la vida sobre todo cuando ésta se aproxima a su fin. Tomando en cuenta estos factores se hacen algunas propuestas dirigidas a mejorar ambos aspectos.

PALABRAS CLAVES:

Autoestima, muerte, vejez, anciano.

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
1.- PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACION.	
1.1.- Descripción de la situación problema.....	4
1.2.- Justificación de la investigación.....	6
1.3.- Justificación del problema.....	7
2.- REVISION BIBLIOGRAFICA.	
2.1.- Actitudes.....	8
2.2.- Autoestima	
2.2.1.- Las bases de la autoestima.....	16
2.2.2.- Autoestima y baja autoestima.....	20
2.2.3.- Autoestima en la vejez.....	24
2.3.- Vejez	
2.3.1.- Envejecimiento y vejez.....	27
2.3.2.- Ajustes en la vejez.....	36
2.3.3.- Personalidad y patrones de envejecimiento.....	42
2.3.4.- Vejez exitosa.....	46
2.4.- El anciano y el asilo	49
2.5.- Muerte.	
2.5.1.-El concepto de muerte.....	53
2.5.2.-El diagnóstico de la muerte a través de la historia del hombre...	55
2.5.3.-Aspectos biológicos de la muerte.....	57
2.5.4.-Aspectos psicosociales de la muerte.....	62
2.5.5.- Vejez y muerte.....	65
3.- METODOLOGIA.	
3.1.- Tema.....	69
3.2.- Problema.....	69
3.3.- Objetivo general.....	69
3.4.-Hipótesis.....	69
3.5.- Indicadores.....	69
3.6.- Tipo de estudio.....	70
3.7.- Población.....	70
3.8.- Materiales y métodos.....	71
3.8.1.- Instrumentos.....	71
3.8.2.- Métodos o procedimiento.....	72
3.9.- Metodología a utilizar.....	73
4.- RESULTADOS	
4.1.-Gráficas.....	74
4.2.- Análisis de resultados.....	75
5.- CONCLUSION.....	77
6.- BIBLIIOGRAFIA.....	81

7.- ANEXOS

7.1.- Anexo 1.....	86
7.2.- Anexo 2.....	88
7.3.- Anexo 3.....	89
7.4.- Anexo 4.....	91

INTRODUCCION

En México, como en otros países especialmente los desarrollados, se esta presentando un fenómeno demográfico caracterizado por el rápido aumento en número de la población anciana, éste fenómeno "...se conoce como envejecimiento de la población, tan cargado de consecuencias que algunos lo han denominado la revolución vital del siglo XXI" (Etcheberry, Adriana. La senectud y la muerte, 1999)

Los informes del CONAPO (CONAPO 2000), indican que entre 1994 al 2000 la esperanza de vida de los mexicanos incrementó dos años, esto es, de 73.3 a 75.3 años; lo que implica un promedio de 73.1 para los hombres y 77.6 años para las mujeres. Se observa así que uno de los crecimientos más dinámicos durante el periodo, es de los adultos mayores (23.5%-3.92% anual, de 3.93 a 4.86 millones, hombres y mujeres respectivamente). Conforme a lo anterior, se tiene como expectativa para el 2010 una esperanza de vida de 78.1 años, 76.0 para hombres y 80.2 para las mujeres. Se espera que el envejecimiento sea en el futuro más pronunciado "a tal grado que hacia el año 2050, cuando la población del país alcance casi 132 millones, uno de cada cuatro habitantes formará parte de la tercera edad." (CONAPO, 2000)

Se corrobora así, que en la actualidad las personas tienen una vida más prolongada; esto es fácilmente comprensible cuando se reflexiona sobre la vejez en tiempos pasados, la cual abarcaba lo que en estos días es la adultez, por ejemplo "en el siglo XVIII, a los 40 años se consideraban ancianos a las personas, en nuestros tiempos la vejez inicia a partir de los 60 o 70 años" (Camdessus, Brigitte, et.al. Crisis familiares y ancianidad 1995.)

El incremento de la población senecta se debe en parte, a la mejora de salud y de las condiciones de vida durante la niñez y edad adulta, así como a los cuidados durante la vejez; es decir, se ha presentado un mejoramiento en la asistencia sanitaria en las distintas etapas de la vida. "Los adelantos científicos y la velocidad de evolución de la tecnología alcanzados en el siglo veinte, sobrepasa todo el desarrollo precedente de la humanidad; esto lleva también a la posibilidad de aumentar la esperanza de vida de los seres humanos..." (Costa, M. Alexis. 1999).

El conocimiento y especialización de la medicina preventiva y la disposición de una “tecnología biológica” en la medicina moderna, ha permitido el tratamiento de enfermedades degenerativas y padecimientos crónicos que en décadas pasadas anticipaban o aceleraban la morbilidad en las personas de edad avanzada. Por otro lado, P. Buil y J. Díez Espino (Anciano y familia. Una relación en evolución.) afirman que también ha intervenido, en el aumento de la esperanza de vida, el hecho de que las personas ya no entran al mundo laboral a edades tan jóvenes y cuentan, además, con un sistema de pensiones y jubilaciones, para cuando lleguen a la tercera edad.

Hacia 1950, el doctor J.A. Huet, iniciador de la gerontología en Francia, denominó como tercera edad *“la etapa en que se encontraban aquellos individuos jubilados o pensionados que, sin importar sus años, tenían como características baja productividad y poca o nula actividad laboral”*. Posteriormente este término se ha venido aplicando a personas de 60 años y más, quedando de cualquier forma el concepto de personas pasivas, con la connotación implícita de que son una carga social y económica, situación que de ninguna manera favorece ni representa a este grupo. Por tal razón, la organización Panamericana de la Salud, en 1994, decidió emplear el término adulto mayor para las personas de 60 y 65 años de edad.

Según Custodio y Guerrero (1999) muchos adultos mayores llegan a esta edad sintiéndose todavía plenos y con capacidad suficiente para la realización de su trabajo, sin embargo la sociedad por medio de la jubilación y otras cosas les dice que ya no son funcionales y que se debe prescindir de ellos, lo que los lleva a sentirse fuera de toda actividad e inútiles, lo cual se ve reflejado en su autoestima y en sus actitudes.

A éste respecto los mismos autores nos dicen que una de las principales necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, perteneciente a algo y a alguien, sentimientos en los que se basa la autoestima, que en pocas palabras consiste en sentirse útil, saberse capaz y considerarse digno.

Es de esperarse entonces, que un individuo que mantenga un buen nivel de autoestima también mantenga sus actitudes positivas, debido a que la autoestima consiste en las actitudes del individuo hacia sí mismo, por lo que cuando hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima, hablamos de actitudes positivas.

La autoestima esta relacionada con la mayoría de nuestra esferas, tanto emocionales, como físicas e intelectuales y por ello es de interés para el presente trabajo analizar como es que se relaciona la autoestima de anciano de asilo, con su actitud hacia la propia muerte, hecho que sin lugar a dudas todos debemos enfrentar, pero que socialmente es más aceptado para las personas adultas mayores.

La muerte es un hecho innegable en la vida de todo ser humano, es el final de cada individuo y es un hecho que puede parecer triste y lamentable. Sin embargo Víctor Frankl, nos dice que *“la muerte tiene sentido cuando la vida está llena de sentido”* (Citado por Custodio y Guerrero, 1999) y es por ello que en esta investigación se propone que un individuo que a través del tiempo a logrado mantener su autoestima a buen nivel dándole sentido a su vida, también tendrá una actitud positiva hacia su propia muerte, mientras que un individuo que ha llegado a ser un adulto mayor con una autoestima baja, tendrá una actitud negativa hacia su propia muerte.

1.- JUSTIFICACION.

1.1.- Descripción de la situación problema.

En una época en la que los diversos problemas económicos, sociales, médicos y laborales nos afectan a todos, se puede considerar indispensable observar cómo es que afectan en diferentes aspectos y de manera muy especial a las personas de edad avanzada. Se vuelve necesario observar principalmente, cómo es que su nivel de autoestima puede intervenir en sus actitudes permitiendo o no que tengan una mejor adaptación a esa etapa de la vida y a lo que de forma inevitable viene después de ella; la muerte.

Lo anterior es de interés para nosotros ya que según Lozano, Chávez y Pérez (1998) en 1993 se consideraba una población mundial de alrededor de 525 millones de personas de 60 años o más de edad, estimándose que para el 2000 esta población sería de 616 millones, esperándose que llegue a 1209 millones para el 2025.

En los países desarrollados, desde finales del siglo XVIII y principios del XIX, se está viviendo lo que se ha dado por llamar “transición demográfica”, la cual en Latinoamérica está iniciando a finales del siglo XX. Esta transición se caracteriza por una sostenida disminución de las tasas de mortalidad y fecundidad, y da como resultado una disminución en la natalidad. Como consecuencia de este proceso se observa un envejecimiento de la población, lo que se ve reflejado en la pirámide poblacional. (Lozano 1998).

Basados en los mismos autores, encontramos que en nuestro país desde la década de los treinta y hasta la de los sesenta se encuentra una disminución en la tasa de mortalidad sin que exista un descenso de la fecundidad, esto se refleja en un aumento global de la población, pero al disminuir la fecundidad se tiene una baja en la natalidad con un aumento de la población adulta mayor, lo que se traduce como una transición demográfica.

La transición demográfica va generando un envejecimiento de la población que no es muy marcada en números absolutos; sin embargo, el incremento real es alarmante si se toman en cuenta las demandas de servicios de protección social, salud, etc.

El envejecimiento tiene una repercusión importante en el funcionamiento y bienestar de la sociedad, pues se genera una mayor demanda de servicios aunado a una disminución de la capacidad económica por parte de los adultos mayores, ya que no todos participan en la vida productiva del país.

En este sentido, según Corina Espinoza (1994) los senectos al enfrentar esta etapa de su vida, se ven involucrados en una serie de cambios en diferentes ámbitos, en donde la mayoría de ellos no están preparados para resistir los problemas físicos, socioeconómicos y psicosociales que invariablemente lo afectan y menos para enfrentar algunas situaciones futuras como la muerte.

Sin embargo es importante reconocer que justamente por la presencia de estas modificaciones, el anciano puede tornar como un ser sumamente indefenso, susceptible de ser atacado por los obstáculos presentes en nuestra sociedad, que lo orillan a sufrir una alteración en su autoestima y en sus actitudes. Según Espinoza las conductas o reacciones a éste respecto pueden ir desde la agresión en contra de las personas que lo rodean, hasta el opuesto de concebirse como seres inferiores, que en consecuencia no son capaces al menos de intentar resolver sus problemas.

Por lo tanto se puede observar que las problemáticas que rodean al anciano crecen en igual magnitud que ellos mismos, y esto nos lleva a buscar alternativas para la solución de estas problemáticas con el objetivo de vivir de una manera más aceptable esta etapa de la vida y de obtener una mayor preparación para lo que se considera la última etapa del ciclo vital, es decir, la muerte.

1.2.- Justificación de la investigación.

Como se ha mencionado, el envejecimiento poblacional es una realidad que actualmente ya da muestras de la problemática que trae consigo. Pero más aún, cuando en los próximos años la proporción de senectos se incremente significativamente así como sus requerimientos, institucionalmente no habrá ayuda que sea suficiente.

Se podría esperar de la vejez, que sea una etapa en la que las personas encuentren una utilidad para aquello que han aprendido a través de los años, sin dejar atrás la idea de que pueden seguir creciendo y adaptándose a la sociedad si aprenden a ajustarse al cambio y a las pérdidas y a usar estos años de manera productiva, manteniendo así su autoestima a buen nivel, lo que podría llevarlos a tener una actitud más positiva incluso hacia la propia muerte.

Lo anterior es importante debido a que el ser humano es la única especie que tiene plena conciencia sobre la duración de su existencia, se da cuenta de que la certeza más evidente, real e inevitable es que todos en algún momento habremos de morir, "*...el ser humano es conciente de su vida y de su finitud*" (San Martín,1992), y debido a este conocimiento, el hombre puede desarrollar distintas formas de afrontar ésta verdad, ya sea sufriendo, con miedo, con un sentido de aceptación o incluso deseándola.

Con gran frecuencia, la muerte es contemplada como un suceso trágico; sin embargo, es también un evento natural, especialmente durante la vejez. Debe quedar claro que la muerte no es propia ni distintiva de los ancianos, pero sí resulta indudable que se ubican en la "penúltima etapa" desde el punto de vista del ciclo vital: nacer, crecer y desarrollarse, envejecer y morir. Hay cada vez, mayores probabilidades de llegar ser longevos; entonces, aumenta también el número de personas que se enfrentan al problema de la muerte durante la ancianidad.

Este hecho es enfrentado por los individuos de diferentes maneras, y existen diversos factores que intervienen en ello, uno de estos factores es el nivel de autoestima, se podría esperar que una persona con un buen nivel de autoestima tenga una actitud de aceptación hacia su propia muerte.

La autoestima es algo que vamos desarrollando a través del tiempo y que sufre de modificaciones durante su transcurso, el medio que nos rodea, la gente con la que nos relacionamos y las actividades que realizamos son algunas de las cosas que pueden determinar nuestro nivel de autoestima y son a su vez, algunos de los aspectos que más se ven afectados durante la vejez.

Al llegar a la que se consideraría la penúltima etapa de la vida, se sufren de modificaciones que pueden llegar a alterar el nivel de autoestima, se dan algunos cambios de manera radical (como el de la jubilación) y hay que adaptarse a ellos de una manera positiva si es que se desea mantener un estilo de vida y una autoestima a buen nivel.

De este modo, siendo la muerte y la autoestima dos aspectos trascendentales en la vida de todo ser humano se desea conocer cómo es que los ancianos consideran a la muerte (si es que así lo hacen) y cómo es que su nivel de autoestima afecta su actitud hacia la muerte.

1.3.- Justificación del problema:

El caso de estudiar la relación entre el nivel de autoestima y las actitudes hacia la muerte en la población anciana, corresponde a que se percibe que si el anciano tiene una autoestima a buen nivel, observará la muerte durante la vejez, no como un acontecimiento catastrófico, sino más bien una etapa natural que tiene lugar en la existencia de todo ser vivo; y debido a que en éste caso la muerte ocurre en la última etapa del hombre, se le conoce como una muerte “natural”.

Se considera entonces que si se tiene una autoestima a buen nivel y con anterioridad se ha pensado en la muerte y se ha intentado aceptarla, se reduciría la tensión que crea tan sólo la idea de morir y uno podría prepararse para ella, resolviendo pendientes y disfrutando así el tiempo de vida que queda; sobre todo cuando ya se ha cumplido con el así llamado ciclo vital.

2.- REVISION BIBLIOGRAFICA.

2.1.- ACTITUDES.

La población en general, toma a la vejez como una etapa de la vida muy negativa, debido a que ésta es considerada como la entrada a la no funcionalidad en el ámbito económico - laboral, es decir, la jubilación; además de una lista de pérdidas (estatus, capacidades físicas, mentales, etc.) que llevan a considerar al anciano como un estorbo. Esto se ve reflejado tanto en la autoestima del anciano como en sus actitudes mismas hacia factores importantes de su propia existencia.

Por lo tanto, para llevar a cabo el presente estudio, se tomará como base la teoría de actitudes y la autoestima, ya que a través de ellas podremos conocer un poco más el mundo que rodea a los ancianos, su medio ambiente e incluso algunos aspectos de su personalidad, sus opiniones y la forma como se adaptan a los cambios normales de esta etapa de la vida y a los sucesos que le están destinados de antemano.

Es necesario entonces que aunado a la teoría también se tomen en cuenta los Niveles de explicación que nos ayudarán a hacer un poco más clara nuestra investigación. De esta manera se hace el siguiente planteamiento, el cual indica el nivel de explicación que podría servir para dirigir la presente investigación, para lo que se propone:

1.- El nivel intraindividual: El anciano tiene una actitud, en este caso hacia la muerte basada en sus propias experiencias, en lo que aprendió en su juventud, en su manera de percibir las cosas que suceden a su alrededor y en la forma en como estos sucesos afecten a su autoestima, en la que dependiendo de cuál sea, será la actitud que posea.

2.- El nivel intergrupar: Es considerado porque las experiencias que viva el anciano y la autoestima que éste tenga, pueden depender de la relación que se mantenga con otras personas o con algún grupo de referencia (como las Instituciones de Senectud y los Asilos) lo que origina ciertas creencias que pueden modificar la autoestima y de esta forma manifestarse cierta actitud hacia la muerte.

Una vez descritos los niveles de análisis, se procederá a examinar las actitudes y los elementos que la conforman, usando como referencia algunos modelos de explicación que se enfocan en este tema.

Etimológicamente hablando, éste término se deriva del latín *aptus* cuyo primer significado es “actitud, disposición” y el segundo es “adaptabilidad”, lo que hace pensar que se trata de un estado mental que va dirigido a la acción.

Por otra parte, tenemos también que el estudio de las actitudes que se realizaba en psicología social entre los años de las guerras mundiales, se expresó en dos vertientes. La primera sólo hace referencia a los contenidos de las actitudes que las personas tienen hacia un objeto, no era una investigación rigurosa en cuanto a la cuantificación de los datos que se obtenían; mientras que en la segunda corriente, se hace presente el interés hacia la construcción de técnicas y métodos de medición, lo importante en este tipo de estudio es la cuantificación de los datos así como el control de técnicas estadísticas para realizar y llevar el control matemático de los resultados de la investigación.

Como es de esperarse, el estudio de las actitudes dentro de la Psicología Social siguió avanzando y de esta forma también fue evolucionando con el tiempo. Muchos autores se dieron a la tarea de estudiarlas y definir las, cada uno de ellos haciéndolo de forma distinta, aunque muchos modelos tenían algunos aspectos en común, también había cosas en las que se diferenciaban; por lo que tratar de definir una actitud puede ser un trabajo complicado en cierta manera.

Si partimos de la definición más antigua que se tienen de las actitudes podríamos decir que:

“Una actitud es un estado mental o neuronal de predisposición, organizado por la experiencia, ejerciendo una influencia directiva o dinámica sobre la respuesta individual hacia los objetos y situaciones con las cuales está relacionado” (Allport, 1935)

De esta cita se puede retomar que la actitud se refiere a la “experiencia interna” del sujeto; se puede decir entonces, que los ancianos tienen ciertas predisposiciones de evaluación de lo que en este caso sería la muerte, ya que se debe considerar que las actitudes son adquiridas por la experiencia personal que el individuo tiene con respecto al objeto en sí.

Del concepto anterior de actitudes se debe observar que no se toma en cuenta lo que es la evaluación, por lo que se considera pertinente utilizar otra definición de las actitudes, como la que aporta Lickert, la cual dice:

“Una actitud es una tendencia hacia una respuesta determinada a una situación determinada” (Lickert, 1932)

Lickert resalta también, de las actitudes la tendencia a responder *“frente a disposiciones verbales”* (Lickert, 1932).

De lo anterior se puede decir que Lickert considera las disposiciones de los sujetos hacia el objeto o situación; encaminándolo a una determinación de acción manifiesta que es la expresión verbal.

Antes de elaborar la parte de la acción se debe tomar en cuenta que Lickert también contempló el “factor grupo” lo que hace que la definición se vaya ampliando de forma más clara, puesto que las actitudes no son solamente disposiciones hacia un objeto por parte de un individuo, sino que la actitud es un conjunto, es decir, que se agrupan en posibles “pautas” de acción de una comunidad o grupo específico.

Así podemos decir que las actitudes que los ancianos poseen se agrupan de acuerdo a las diferentes actitudes que tienen respecto a un objeto en particular (en este caso su propia muerte dependiendo de su nivel de autoestima). Pero se hace necesario plantear que la tendencia hacia la respuesta que tienen los ancianos se hace presente mediante tres disposiciones con las que las personas evalúan los objetos o las situaciones. Para esto es

conveniente plantear una definición más con la cual se podrán explicar las tres dimensiones que se consideran en las actitudes:

“Una actitud se considera como una asociación entre un objeto dado y una evaluación dada”(Fazio, 1989)

Como ya se mencionaba, las actitudes se dividen en tres dimensiones, la cuales se denominan como la dimensión afectiva, la cognitiva y la conductual, y antes de definir las se puede mencionar la definición de la actitud de (J.W.Vander Zander) en donde se maneja a la actitudes de la siguiente forma:

“Una actitud es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación. Constituye, pues, una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder algo de manera favorable o desfavorable. En tal sentido una actitud es un estado de ánimo”

De esta definición se obtienen tres elementos de las actitudes que permiten analizarlas de una manera más profunda, los elementos que son considerados en este modelo en particular son, el componente cognitivo, afectivo y conductual, los cuales se pueden definir de la siguiente manera:

1. COMPONENTE COGNITIVO: *“Modo en que se percibe un objeto, suceso o situación; los pensamientos, ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo, es una categoría que empleamos para pensar. Cuando el objeto de la actitud es un ser humano, el componente cognitivo es con frecuencia un estereotipo, es decir, una imagen o idea mental que nos forjamos de una persona”* (J.W.Vander Zander. p.p.199-200).

2. COMPONENTE AFECTIVO: *“Consiste en los sentimientos o emociones que suscitan en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación o su representación simbólica”* (Ibídem).

3. COMPONENTE CONDUCTUAL: *“Tendencia o disposición a actuar de determinadas maneras con referencias a algún objeto, suceso o situación. La definición pone el acento en la tendencia, no en la acción en sí”* (Ibídem).

Ahora bien, según el modelo de Pearlman, abordando aspectos como los de las evaluaciones, creencias y atribuciones, encontramos que:

“Las actitudes son lo que nos gusta y lo que nos disgusta. Son nuestras afinidades y aversiones hacia objetos, situaciones, personas, grupos y cualquier otro aspecto identificable de nuestro ambiente, incluso ideas abstractas y políticas sociales.” (Bem, 1970)

El aspecto interesante de este concepto es que, en él se plantea que las actitudes son evaluaciones y sentimientos que las personas tienen hacia los objetos en sí, pero se hace una diferenciación hacia las actitudes y las creencias, ya que las creencias son los aspectos cognitivos que las personas hacen mediante atribuciones hacia el objeto, mientras que las actitudes están limitadas a aspectos evaluativos de favorabilidad y desfavorabilidad.

Sin embargo, manejan una relación muy importante entre las actitudes y las creencias, ésta relación se da en que las primeras dependen de las creencias que el sujeto tenga de un objeto. Lo que nos exige introducir el concepto de creencia elaborado por Fishben y Ajzen:

“Mientras la actitud se refiere a una evaluación favorable o desfavorable de las personas hacia un objeto, las creencias representan la información que estas personas tienen del objeto” (Fishben y Ajzen 1975).

Por lo cual se puede entender que la actitud está dependiendo de la creencia; al igual que las “intenciones conductuales” dependen de las actitudes y la “conducta” depende de las intenciones conductuales.

Se encuentra en varios autores (Katz, Peralman, Triandis, Rajeki, Fieldman) la mención de diversas funciones, que hacen referencia a la satisfacción de las necesidades que tiene el individuo por lo que es difícil el cambio, dichas funciones son:

1) Función instrumental (Función de adaptación), se procura maximizar las recompensas y minimizar las penalidades.

2) Función de conocimiento, en la vida procuramos alcanzar cierto orden de claridad y estabilidad en nuestro marco personal de referencia; buscamos comprender los acontecimientos que se nos presentan y conferirles sentido. Las actitudes nos ayudan a suministrarnos patrones de evaluación (por ejemplo, los estereotipos brindan orden y claridad respecto de las complejas y desconcertantes cuestiones que obedecen a las diferencias humanas).

3) Admitir a sí mismos sus verdades básicas desfavorables (Función de defensa del yo), ciertas actitudes sirven para protegernos de reconocer verdades básicas sobre nosotros mismos o sobre la dura realidad de la vida. Actúan a manera de mecanismos de defensa evitándonos padecer un dolor interno. Uno de esos mecanismos es la proyección: atribuimos a los otros ciertos rasgos nuestros que consideramos inaceptables, y al hacerlo así nos disociamos de tales rasgos.

4) Función de expresar valores, si las actitudes defensivas del yo impiden que se nos revelen realidades displacenteras, otras actitudes nos ayudan a dar expresión positiva a nuestros valores centrales y el tipo de persona que nos imaginamos ser. Estas actitudes refuerzan nuestro sentimiento de autorrealización y de expresión del sí.

Lo interesante de todos los modelos teóricos presentados, es que explican las actitudes no como tres dimensiones (si acaso independientes), sino que vinculan las actitudes con atribuciones y creencias.

En el modelo de Pearlman se manejó la posición de las creencias como las que determinan las actitudes; pero considerando que las creencias son atribuciones que los sujetos les dan a los objetos, podemos retomar el modelo de Triandis quien enfoca en gran medida su atención en la conducta; Triandis a diferencia de Lickert, no lo limita a expresiones verbales, sino que su propósito es el de poder llegar a predecir la conducta.

Al comparar el modelo de Pearlman con lo que nos indica Lickert acerca de que las actitudes son disposiciones hacia la “acción manifiesta”, podemos observar que las actitudes tienen predisposiciones hacia conductas específicas. De acuerdo a lo anterior, se hace necesario y conveniente plantear el enfoque de Triandis partiendo de su definición de actitud:

“Una actitud es una idea cargada con afecto y predisposición a la acción. Esta definición incluye las creencias, afectos e intenciones conductuales hacia el objeto de actitud” (Triandis, 1982).

En este modelo actitudinal se observa que las tendencias son hacia los actos que las personas podrían o pueden realizar, es decir, la “acción manifiesta” que se mencionó antes. En el modelo de Triandis se debe de tomar en cuenta que se sigue una pauta actitudinal centrada en las atribuciones que hace el individuo sobre los objetos, en este caso en particular, la atribución que se hace de la muerte, de cómo debiera de ser y de la autoestima que las personas que están en esta etapa de la vida deberían tener. Por lo que no diferenciaría en mucho con el modelo de Pearlman, el cual también considera que las creencias, como serie de atribuciones que se les hacen a los objetos, median la actitud.

Para Triandis, la atribución media entre el comportamiento y la actitud, por lo cual se está tomando en cuenta un paso que tomo Pearlman, que son las “intenciones comportamentales”. Empero de hecho Triandis tomó un aspecto más que el de “Self-conceptions”, que es lo que inhibe o facilita el comportamiento y no sus intenciones, y es precisamente por lo ya descrito que se considera conveniente utilizar el modelo de Triandis para el desarrollo de la presente investigación.

Por lo que respecta a la actitud, solamente se le está manejando como mediador de la conducta y la atribución, lo que no se hacia anteriormente y con las limitantes de manejar las tres dimensiones actitudinales.

2.2.- LA AUTOESTIMA.

2.2.1.- Las bases de la autoestima.

Varios han sido los autores que se han dedicado a estudiar lo que es la autoestima y han tratado de definirla, entre estos autores se encuentra Mauro Rodríguez, quien ofrece un concepto de autoestima en su obra “Autoestima: la clave del éxito personal” la cual define como:

“la base y centro del desarrollo humano, o sea el conocimiento, concientización y práctica de todo su potencial ... es el marco de referencia desde el cual se proyecta”

(Rodríguez, 1993).

Para ampliar más su definición, Mauro Rodríguez propone lo que denomina “La escalera de la autoestima” que nos brinda una serie de pasos con la finalidad de aproximarnos al entendimiento y logro de la autoestima.

AUTOESTIMA

AUTORRESPECTO

AUTOACEPTACION

AUTOEVALUACION

AUTOCONCEPTO

AUTOCONOCIMIENTO

Con esta escalera Rodríguez da un conocimiento general de la autoestima, pero esto no es suficiente por lo que se hace necesario describir paso a paso los conceptos que Rodríguez utiliza en su escalera.

Comienza definiendo el **autoconocimiento** ya que él lo toma como el primer paso, éste consiste en conocer las partes que componen el yo, manifestaciones, necesidades, habilidades, conocer porqué y cómo actúa o siente. En la medida que el individuo conoce todas las partes que lo conforman y como se apoyan entre sí, logrará tener una personalidad fuerte y unificada, si una de las partes funciona de manera deficiente, las otras se verán afectadas y su personalidad será débil y dividida con sentimientos de deficiencia y desvalorización.

El **autoconcepto** son una serie de creencias que se tienen acerca de sí mismo, las personas pueden actuar como creen que son.

La **autoevaluación**, es la capacidad interna del individuo para evaluar las cosas como buenas o como malas de acuerdo al grado de satisfacción, interés o beneficio que le ofrece.

La **autoaceptación**, es la actitud del individuo y el precio de su propio valer, es admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como la forma de ser y de sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello.

El **autorrespeto** es atender y satisfacer necesidades y valores, expresar sentimientos y emociones sin hacerse daño ni culparse. Buscar y valorar todo aquello que haga sentirse al individuo orgulloso de sí mismo.

Rodríguez afirma también que el logro de la autoestima está dado por el conjunto de todos los pasos anteriores, esto es, cuando una persona se conoce y esta consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta y se respeta.

Con la descripción anterior nos podemos dar cuenta de que el ser humano se encuentra constantemente inestable entre los diversos pasos de la escalera de la autoestima. Esto se puede deber al contexto, las circunstancias y el ambiente en el que en un momento determinado se encuentra el individuo, lo cual implica que para permanecer en el eslabón superior de la escalera, es importante mantenerse en constante actividad y lucha para lograr este beneficio.

Se han descrito los primeros cinco aspectos de la escalera y ahora podemos decir que la **autoestima** son las ideas y pensamientos sobre la propia valía y que ésta se configura a lo largo de nuestra vida por medio de personas significativas; pues ellas nos dan a nosotros mismos cierto valor que percibimos y simultáneamente da un reflejo de la propia valía.

De lo anterior podemos obtener que un componente que es muy importante dentro de la propia estima es el valor que otros expresan y demuestran por uno, lo cual es mencionado por Satir cuando dice que:

“La autoestima son los sentimientos y las ideas que uno tiene sobre sí mismo, por lo que la persona que se autoestima tiene confianza en su propia competencia para tomar decisiones, aprecia su propio valor y está dispuesta a respetar el valor de los demás, aceptándose totalmente a sí misma como persona. Además, goza por sus habilidades y capacidades, pero también reconoce sus propias limitaciones y debilidades (Satir, 1991)”

Satir (1991) y Rosenberg (1979) coinciden en señalar que la autoestima es un sentimiento general de aprobación o desaprobación hacia sí mismo, lo cual se basa en la concepción de la propia valía. Esta valía, no solo está determinada por las percepciones que la persona tiene de sí mismo, sino que también por la retroalimentación recibida por parte de las personas significativas para ella. Considerando como personas significativas, aquellas que son importantes para “uno” y cuyas opiniones se desean, se evalúan y se respetan.

Por otro lado Daskal (1994) señala que *“la autoestima es ese conjunto de ideas, percepciones e imágenes que cada persona tiene de sí misma en términos valorativos; es la calificación que cada uno se da ya sea como persona en relación con algunos aspectos de sí misma”*.

Otra característica importante de la autoestima es la que menciona Puertas y se trata de un concepto con dos dimensiones: la primera es la confianza en sí mismo (por ejemplo: puedo hacer cualquier cosa) lo que podría devolver el sentimiento de utilidad a las personas de edad avanzada; y la segunda es la de autovalía (por ejemplo: soy amado) lo que indicaría que las personas mayores todavía tienen la capacidad de amar y de sentirse amados. (Citado por Corona 1999)

Es importante señalar también lo que García menciona sobre la autoestima, él dice que la autoestima se vincula directamente a la posibilidad de percibirse, conocerse y reconocerse de una manera diferenciada de los demás, la cual es una tarea permanente, que exige mantener un constante registro sobre uno mismo, tarea que a veces resulta difícil de lograr. (Citado por Corona 1999).

Corona también menciona que la autoestima se va aprendiendo en todos los ámbitos de la vida de la persona como son: la familia, la iglesia, los amigos, en el trabajo y en la sociedad en general. Este hecho (de aprendizaje) supone a su vez un proceso de enseñanza que, como tal, como proceso educativo, debe ser dinámico, permanente, abierto al diálogo e intencionado para que resulte significativo. Es decir, este proceso de enseñanza - aprendizaje debe estar antes que nada “centrado en la persona” para que sea “significativo”.

Ahora bien, es necesario aclarar que la autoestima es un estado mental, es la manera como uno se siente y lo que piensa respecto de sí mismo y de los demás, y se puede medir de acuerdo a la manera como se actúa. Por otro lado, se puede definir como un sistema interno de creencias y la manera como se experimenta externamente la vida. Lo que nos indica que cuando se tiene una “autoestima elevada” se tiene un sentido positivo y propio de lo que uno vale como persona, la autoestima entonces, como lo menciona Palladino (1992) está constituida por sentimientos aprendidos y pensamientos positivos que se reflejan en una actitud positiva de logro.

2.2.2.- Autoestima y baja autoestima.

Se dice que una persona que se autoestima posee la capacidad de confiar en su propia competencia para tomar decisiones, aprecia su propio valor y está dispuesta a respetar el valor de los demás, se acepta totalmente a sí misma como persona, como ser humano, gozando por sus habilidades y capacidades pero también reconoce sus propias limitaciones y debilidades (Satir, 1988). La integridad, la honestidad, la responsabilidad y el amor entre otros, son valores que surgen de la persona que se considera valiosa, aprecia su valor y está dispuesta a aceptar el valor de los demás, tiene confianza y esperanza, se acepta a sí mismo y acepta a los demás.

Pero existe también el otro lado de este aspecto, cuando una persona piensa que vale poco no espera nada bueno ni de los demás ni de él mismo, espera ser engañado, pisoteado y despreciado por los demás, por lo que en la mayoría de los casos al anticipar solo lo peor, generalmente eso es lo que les acontece y por ello se podrían explicar muchas de las actitudes de los ancianos cuando ya no esperan nada de la vida y creen que solo están destinados a la decadencia.

Según Daskal (1994), las personas que piensan que valen poco, para defenderse ponen un muro de desconfianza y viven aislados y solos, aunque también les es fácil pisotear y despreciar a los demás. Por esto la baja autoestima da lugar a sentimientos de inferioridad que llevan a las personas a presentar las siguientes conductas:

- Hipersensibilidad a la crítica.- La persona con baja autoestima cree que la crítica pone de manifiesto su inferioridad y esto aumenta su malestar.
- Sobrealardea.- La persona con baja autoestima cree que haciendo gala de grandeza y lucimiento, elimina sus sentimientos de inferioridad.
- Se manifiesta hipercrítico.- Critica lo que hacen los demás para que estos se ocupen de defenderse y no vean en lo que él falla.
- Tendencia a provocar culpa.- Se siente bien haciendo que los demás se sientan mal.

- Temor a la competencia.- Estas personas de antemano piensan que no van a ganar y mejor se rehusan a competir.
- Sentimiento de persecución.- Creen que los demás hacen las cosas para molestarlos o impedirles el éxito.
- Se ocultan.- Prefieren un sitio donde no sean tomados en cuenta.
- Se autorrecriminan.- Emplean este recurso para liberarse del esfuerzo y hacer que los demás no le exijan.

En cambio, la persona con una alta autoestima, conoce sus habilidades y capacidades, tiene confianza en sí misma para tomar decisiones, crea su propia escala de valores, se acepta y respeta como es, y así mismo acepta y respeta a los demás.

Las vertientes de la autoestima se pueden dividir en tres partes:

1.- Autoestima alta: Estado de bienestar o equilibrio, lograr el éxito, apreciar adecuadamente su propio valor, reconocer y aceptar las propias limitaciones y debilidades, así como habilidades y capacidades. Para Branden *“tener una autoestima alta, es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso.”*

2.- Autoestima baja: Es sentirse inepto para la vida, desacertado, no con respecto a esto o aquello, sino en específico, desacertado como persona.

3.- Autoestima término medio: Se fluctúa entre sentirse apto e inepto, acertado o desacertado como persona y estas incoherencias se manifiestan en la conducta, se actúa a veces con sensatez o a veces tontamente, reforzando con ello la inseguridad.

Rodríguez (1993) describe las características que diferencian a una persona de alta autoestima y una persona de baja autoestima, dichas características son:

Alta autoestima.

- Usa su percepción e intuición.

- Es libre, nadie le amenaza ni se siente amenazada.
- Dirige su vida donde cree conveniente desarrollando habilidades.
- Es consciente de su constante cambio, adapta y acepta valores nuevos.
- Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades presentes.
- Disminución de los motivos de poder, sexo, dinero, que cambia hacia la autorrealización.
- Acepta responsabilidad (cuidado, preocupación) por otra persona.
- Ejecuta su trabajo con satisfacción, lo hace bien y aprende a mejorar.
- Se gusta a sí misma y gusta de los demás.
- Se aprecia y respeta como a los demás.
- Tiene confianza en sí misma y en los demás.
- Se percibe como única y percibe a los demás como únicos.
- Conoce, respeta sus sentimientos y permite que lo hagan los demás.
- Toma sus propias decisiones y goza con el éxito.
- Acepta que comete errores y aprende de ellos.
- Conoce sus derechos, obligaciones y necesidades, los defiende y desarrolla.
- Asume sus responsabilidades y ello le hace crecer y sentirse pleno.
- Tiene la capacidad de autoevaluarse y no tiende a emitir juicios de otros.
- Controla y maneja sus instintos, tiene fe en que los otros lo hagan.
- Maneja su agresividad sin hostilidad y sin lastimar a los demás.

Baja autoestima.

- Usa sus prejuicios.
- Se siente acorralada, amenaza a los demás, se defiende constantemente.
- Dirige su vida hacia donde los demás quieren que vaya.
- Inconsciente de cambio, es rígida en sus valores.
- Se estanca, no acepta la evolución, no aprende.
- Su motivación se dirige hacia poder, sexo, dinero. Busca el sexo con fines egoístas.
- Tiende a establecer relaciones efímeras y destructivas.
- Ejecuta su trabajo sin satisfacción, no aprende a mejorar.

- Se disgusta a sí misma.
- Se desprecia y humilla a los demás.
- No tiene confianza en sí misma y desconfía de los demás.
- Se percibe como copia de los demás y no acepta que los otros sean diferentes.
- Reprime o deforma sus sentimientos, no acepta la expresión de los demás.
- No toma decisiones, acepta las de los demás culpándolos si algo sale mal.
- No acepta que comete errores, o se culpa y no aprende de ellos.
- No conoce sus derechos, obligaciones ni necesidades, por lo tanto no los defiende ni desarrolla.
- Diluye sus responsabilidades, no enfrenta su crecimiento y vive una vida mediocre.
- No se autoevalúa, necesita de la aprobación o desaprobación de otros, se la pasa emitiendo juicios de otros.
- Se deja llevar por sus instintos, su control está en manos de los demás.
- Maneja su agresividad destructivamente, lastimándose y lastimando a los demás.

Ahora bien, es necesario aclarar que tal y como lo menciona Rodríguez (1993) la alta autoestima no significa un estado de éxito total y constante. La persona con esta autoestima sabe que todo ser humano tiene momentos de crisis, pero toma estos momentos como un reto que podrá superar y hace de ellos, una oportunidad para crecer.

Por otro lado, la baja autoestima puede destruir la capacidad de una persona para pensar, sentir o actuar en forma positiva. Esconderse detrás de una “máscara” puede llegar a convertirse en una manera común de cubrir los verdaderos sentimientos. El resultado de llevar esta máscara para engañar a los demás a menudo es una sensación de culpa, temor, enojo, vacío, soledad o depresión. (Palladino, 1992).

2.2.3.- La autoestima en la vejez.

Existen diferentes creencias en cuanto a lo que se vive durante la vejez y de como se debe vivir ésta, muchas personas llegan a pensar incluso que la autoestima de las personas deberá descender a medida que llegan sus últimos años de vida.

Sin embargo esa creencia que es del sentido común, no es del todo cierta, ya que la autoestima en las personas mayores no sólo se debe definir en función de las características que le rodean actualmente, sino también, a un aspecto mucho más individual que surge desde el origen de su propia vida.

La situación de autoestima que experimentan las personas mayores, dependerá en gran medida de la definición de su propia personalidad y las condiciones que en el momento actual de su vida poseen como viejos; lo cual reafirmará la idea de que la vejez no está dada solamente por el número de años que acumula una persona, sino por lo que hizo o dejó de hacer a lo largo de su vida y lo que o definió como individuo a partir de su ciclo vital, desde la niñez hasta la vejez.

Según Robert Peck, las personas de edad avanzada, necesitan encontrar nuevos intereses y nuevas fuentes de autoestima para tomar el lugar de sus anteriores roles de trabajo y para compensar pérdidas físicas. Un anciano que puede centrarse en las relaciones y en actividades absorbentes (como la pintura, la música, etc.) generalmente puede superar los malestares físicos. (Citado en Papalia, 1999).

Es necesario aclarar que los estados depresivos, o los sentimientos de minusvalía, inferioridad, dependencia, incapacidad o inutilidad, que experimentan algunas personas no corresponden exclusivamente a esta etapa como algo que la caracteriza, sino a su condición de ser humano, que se asocia y comúnmente se confunde con una serie de pérdidas, que lo afectan en este momento de su vida. (Satir. 1991).

Satir también dice que el ser humano puede crecer y cambiar toda su vida, sin embargo es un poco más difícil a medida que envejece y toma un poco más de tiempo. Pero saber que es posible cambiar y querer hacerlo, son los dos primeros pasos importantes.

También es necesario, según Lauro Estrada (1989) tener la habilidad suficiente para aceptar realísticamente las propias capacidades así como las limitaciones. Igualmente es importante poder cambiar de rol y aceptar la dependencia cuando esto sea necesario. (aceptar el rol de hijo nuevamente).

La autoestima que caracteriza en algún momento a una persona mayor, estará construida por todo lo que ha definido como ser humano a lo largo de su vida y no por encontrarse en esta etapa determinada.

El estrés y las pérdidas que tienen lugar con el aumento de la edad, la falta de consideración mostrada hacia la vejez, la disminución de las capacidades físicas y a veces de las capacidades cognitivas hacen parecer, que es solo cuestión de sentido común el creer que el autoconcepto de las personas debería descender, quizá drásticamente, a medida que llegan los últimos años de vida, pero esta conclusión no es producto de los datos de la investigación. (Kalish, 1983).

Kalish dice que la autoestima y la imagen corporal son dos componentes importantes del autoconcepto, los cuales están influenciados por el proceso de envejecimiento, ambos están afectados por los aspectos psicosociales del mismo.

El grado de actividad y la opinión de sí mismo están relacionados positivamente y proporcionalmente. “Si el esfuerzo por superar las dificultades y el esfuerzo por el éxito son básicos, se esperaría que estando en las mismas condiciones de estado de ánimo, su autoestima sería mayor cuando se está trabajando que cuando se está ocioso” (Ansbacher, citado por Corsini, 1970).

Lo anterior nos indica que una de las posibilidades que tiene el anciano de mantener su autoestima a un buen nivel es la de mantenerse ocupado, es decir, buscar actividades que le permitan sentirse útil y funcional.

Se puede decir entonces que una vida exitosa durante los últimos años, puede iniciarse con un proceso de cambio, en el que se puedan desarrollar las facultades necesarias para poder enfrentar la vida. Para que este proceso pueda tener lugar, es necesario que la autoestima de la persona tenga un buen nivel ya que esto repercutirá en la manera en como se concibe el anciano a sí mismo, lo que lo llevará actuar de una manera determinada.

Las personas que se sienten bien, que pueden mostrar su competencia y que tienen un control sobre su vida, probablemente tienen un sentido de sí mismas bastante fuerte para afrontar pérdidas como la muerte de los seres amados, el abandono de los roles del trabajo y la disminución de la fortaleza corporal y la agudeza de los sentidos (Papalia 1999).

Pyke (1992) menciona acertadamente que:

“Así como la gente que tiene 30 y 40 años escribe libros, maneja negocios, trabaja en las fábricas y en las oficinas..., así también la gente de edad avanzada puede dedicarse a una variedad de actividades igualmente amplia”.

Por lo descrito anteriormente, es importante que la autoestima en cualquier etapa de la vida, se trate de mantener a un buen nivel, para poder experimentar con optimismo cualquier momento que se esté viviendo y, sobre todo, llegar a experimentar satisfactoriamente lo que se considera como la última etapa de la vida: la vejez.

2.3- VEJEZ.

2.3.1.- Envejecimiento y vejez.

El envejecimiento es un proceso que ocupa la mayor parte de nuestra vida, y aunque la mayoría de las veces no se tome en consideración, éste proceso depende no sólo de factores biológicos sino también de todo aquello que nos rodea como el medio ambiente, y además de ello las características psicológicas individuales. Tomando esto en cuenta podríamos decir que en realidad no existe una edad concreta en la que uno llega a ser viejo, lo que sí es cierto, es que cuando una persona deja de ser activa, la entrada a la vejez con todo lo que ello signifique para la persona ha sido algo oficial.

En ser el humano, el envejecer no es sólo un proceso biológico, también es un proceso psicosocial, en el que están involucrados factores ambientales y socioeconómicos, “El envejecimiento del organismo plantea no sólo problemas médicos específicos sino también psicológicos y sociales que afectan tanto al individuo como a la familia y a la comunidad. A medida que envejece, el individuo se incapacita para la vida debido a 3 factores principales: invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento, fuera de cualquier relación con procesos patológicos; acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas que ya eran importantes en los periodos anteriores de la edad adulta; problemas psicológicos y sociales debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud.” (San Martín Hernán, 1992).

De acuerdo con Alexis Costa M. (1999.Internet), en el transcurso de las etapas, los seres al ir en aumento su edad se enfrentan a un proceso biológico inevitable a toda existencia, denominado envejecimiento. De este fenómeno, algunos han supuesto que “...es proceso degenerativo celular, otros creen que es una involución orgánica determinada por los azares de la vida y unos terceros sostienen que las atroñas de la senectud constituyen manifestaciones de disminución y cesación de capacidades. Cualquiera que sea la explicación, existe una relación bien clara entre la senescencia y los riesgos biológicos a que está expuesto el individuo”(San Martín, Hernán, 1992).

Para entender un poco más el concepto de envejecimiento se darán a conocer algunos enfoques del mismo en los que se describen algunos aspectos importantes:

1.- Enfoque fisiológico del envejecimiento: La vida es un continuo de la que se pueden destacar dos periodos básicamente:

1º) Crecimiento: Se caracteriza por el incremento de todos los aspectos humanos, tanto a nivel fisiológico como psicológico. Según Alexis Acosta M.(Sexualidad y tercera edad, 1999), la importancia de este periodo radica en el desenvolvimiento total del ser humano hasta lograr su maduración; pues el hombre al alcanzar su maduración desarrolla al máximo sus facultades físicas -como destreza, habilidad, fuerza- e intelectuales – conocimientos, aprendizajes.

2º) Envejecimiento o senescencia: Cuando el cuerpo llega a la plenitud de sus funciones, también empieza a sufrir un decline de muchas de ellas. “El envejecimiento es el deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie” (Fierro, Alfredo, 1994).

Según el autor anterior, los cambios que se dan con el proceso de envejecimiento suceden lentamente, y sólo nos percatamos de ellos cuando alguna de nuestras facultades empieza a estropearse, lo cual es más fácil de detectar en las facultades físicas que en las intelectuales; pues al querer realizar una actividad cotidiana ya no se ejecuta con la misma facilidad, mientras que la inteligencia no se pierde inesperadamente con la edad.

San Martín afirma que, aunque este periodo tiene su inicio entre los 25 y 30 años de edad, es a partir de los 40 años cuando se vuelve más tangible, pues en esta edad se manifiesta marcadamente el desgaste de los tejidos del organismo; como por ejemplo en la piel del rostro aparecen las primeras arrugas.

De esta manera, se pueden advertir tres etapas durante el proceso de envejecimiento al entrar a los 40 años de edad:

“Madurez avanzada: entre los 45 y 60 años.

Senectud (o vejez): entre los 65 y 70 años.

Senilidad: más allá de los 75 años.” (San Martín, 1992).

Las edades en que estos períodos ocurren no son algo fijo, ya que “esta división es relativa porque el envejecimiento se desarrolla en forma diferente de acuerdo con factores individuales y sociales” (San Martín, Hernán 1992); por lo tanto, la llegada a cada período es función de factores internos o externos de la persona, tales como las actividades físicas que el sujeto lleva a cabo, las condiciones socioeconómicas en las que vive, las preocupaciones que enfrenta, etc.

2.- Enfoque psiosocial del envejecimiento:

Neugarten, Erikson, Gould y otros (1992), explican que la vejez es “un período de cambio en el desarrollo del adulto marcado por los siguientes procesos: una interiorización creciente, un cambio y una complejidad cada vez más grande de las experiencias vividas, cambios en la perspectiva temporal, cambios en todo lo que concierne al dominio del entorno” (Gognalons-Nicolet,1992). Así, envejecer es también una etapa en la que el proceso de socialización surte sus efectos, pues se presenta una serie de sentimientos, hábitos y comportamientos sociales que la persona senecta interiorizará a través de las vivencias que tenga a partir de considerársele anciano.

En la actualidad aseguran Gognalons-Nicolet (1992), que la división social del trabajo es el elemento determinante en la “organización de las edades”, de tal forma que el término Tercera Edad es una disposición laboral mas que intelectual o física y se entiende como una clasificación que se hace de la última etapa que debe atravesar el ser humano; comúnmente es conocida como la época en que las personas se retiran de su trabajo (jubilación).

“A partir de ese periodo [la revolución Industrial], la sociedad tiene una inclinación hacia lo material en donde se privilegia la maquinaria sobre la mano del hombre y, después, la mano del hombre joven sobre la del anciano. Era de suma importancia la acumulación de

riquezas y la rapidez de la producción, de forma que se originaron grandes diferencias en los sectores más débiles, entre los que está el senil” (Martín P., Norma Angélica. La tercera edad. Rompan Filas, año 7 número 36.); esta claro entonces, que en las sociedades modernas las actividades están mediadas por las capacidades físicas y las expectativas económicas de las personas, la vejez es vista como una ausencia o disminución muy significativa de actividades físicas y económicamente remunerativas. De esta forma se favorece la asociación de vejez con prejuicios, tales como la invalidez, senilidad y el desinterés.

Por otro lado, el desarrollo humano es una sucesión colectiva de roles, los cuales están acordes a la edad en la cual se encuentra el sujeto; para los individuos de edad avanzada es necesario aprender nuevos roles y a sortear las nuevas expectativas sociales que generan los roles que se están adquiriendo: el rol de esposo, de padre, de abuelo, incluso el rol de hijo cuando la dependencia se hace necesaria, pues con frecuencia, las personas al alcanzar una “...cierta edad sufren el cambio de un estado de independencia a uno de completa dependencia para el que no se encuentran, generalmente, preparados”(Martín P., Norma Angélica. La tercera edad).

Al transcurrir el tiempo y conforme van cambiando los roles a los cuales estamos asignados, las actividades para cada etapa de la vida también van cambiando. La Dra. Verónica Montes de Oca (Conferencia “Calidad de vida y derechos humanos en las personas de edad avanzada en la ciudad de México”, mayo 2000) arguye que dos de los problemas más comunes para las personas senectas, tienen que ver directamente con la aceptación y distribución de sus nuevos roles. El primero se presenta cuando, el señor ya jubilado, pasa mayor tiempo en su casa “invadiendo los territorios” de su esposa y sin encontrar una actividad adecuada para él. Acorde a Montes de Oca, el segundo problema, se manifiesta cuando el sujeto no admite de forma relista sus capacidades y limitaciones, de modo que desea realizar actividades que no son adecuadas para su edad, negándose a recibir ayuda por no sentirse dependiente.

En este sentido, Hernán San Martín, se refiere a la dependencia como uno de los grandes temores de las personas de edad avanzada, tal fenómeno resulta inevitable debido al “...decaimiento paulatino de la capacidad física y mental por el envejecimiento (...) Comienza por depender en el aspecto económico de la familia o de la sociedad y puede llegar a requerir ayuda permanente para las necesidades cotidianas” (San Martín,1992)

Entretanto el anciano se mantenga saludable, puede desarrollar actividades acordes a su edad sin recurrir necesariamente a la ayuda de otras personas, es decir, puede continuar siendo autónomo en cuanto a cómo llevar su propia vida. Brigitte Camdessus, et.al (1995) nos dice que en el anciano el estado de dependencia o incapacidad para mantenerse económica o físicamente, comienza cuando la persona ha padecido de una enfermedad grave, de un infarto, alguna lesión o fractura, también cuando ha sufrido de privaciones tales como la vista o la audición; pero la pérdida que más afecta al viejo no sólo en el aspecto físico y económico, sino también en el emocional, es la muerte del cónyuge.

Las complicaciones nombradas, sólo producen para las personas mayores resultados negativos en su autoestima

En cuanto al desinterés que se mencionaba anteriormente, Hernán San Martín nos dice: “...lo que más influye en la desadaptación del anciano es el hecho de tomar conciencia de su nuevo estado (pérdida de la capacidad física para actuar, pérdida de la potencia sexual, cambio de actividad o inactividad, soledad familiar, abandono, pobreza)...” (San Martín, 1992). Por lo tanto, el desinterés o apatía por el mundo exterior, aparece cuando el anciano se sume en sus aflicciones, se ensimisma en sus recuerdos y comparaciones; creando de esta forma, barreras para entablar buenas relaciones con las personas que le rodean.

No obstante, las preocupaciones recurrentes que tiene la persona anciana, sin llegar a un estado obsesivo, permiten la autorreflexión, “comprender lo que pasa y lo que ha pasado a través de la experiencia” (Gognalons-Nicolet, 1992); a partir del conocimiento sobre sí mismo el senecto puede estar conciente de lo que en verdad necesita en dicha época de su vida.

227498

Buendía (1994) estudiando el proceso de envejecimiento, encontró que si a la vejez se le intenta definir como estado, se pueden encontrar distintos momentos posibles de inicio. Algunos de carácter biológico como una cierta acumulación de achaques, dolencias o enfermedades físicas. Otros son de naturaleza social, y se refieren a la consideración de que es objeto el anciano por parte de los demás.

Para Buendía (1994), el envejecimiento no constituye un proceso evolutivo o de desarrollo, sino por el contrario, de decadencia o deterioro vital que al menos incluye un tipo de decadencia vital (como la falta de memoria, agilidad, etc.). En relación con esto, se puede decir que hay dos modos de entender el curso del envejecimiento. Un enfoque lo restringe a los procesos degenerativos y de reducción en ciertas funciones: al declinar biológico y psicológico. El otro considera juntos este declinar y el despliegue positivo de funciones que acaso no declinan en ningún momento de la vida.

De los enfoques descritos anteriormente, conviene destacar que con los años, con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioros, sino también conjuntamente, se mantienen incluso ciertas funciones vitales y psicológicas.

Así pues, según Buendía (1994), cabe llamar envejecimiento sólo al declinar, o bien al conjunto de decadencia y despliegue. Handler (1960) define al envejecimiento como: *“El deterioro de un organismo maduro, deterioro resultante de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversibles, e intrínsecos a todos los miembros de la especie.”* (citado en Buendía, 1999).

Mientras que Birren y Renner (1977) definen al envejecimiento como: *“Los cambios regulares que ocurren en organismos maduros geriátricamente representativos y que viven bajo condiciones ambientales representativas, a medida que avanzan en edad cronológica.”* (citado en Buendía, 1999).

De acuerdo con el Dr. Arnhoff (1960):

“El envejecimiento es un proceso complejo, altamente individualizado, en el que las motivaciones de la persona anciana y los significados personales de las situaciones influyen poderosamente en su comportamiento, lo mismo que en otras etapas de la vida.” (citado en Hoch, 1960).

Se puede decir entonces que la forma en como el anciano viva esta etapa también tiene relación con la manera en que vivió en el pasado, de las actividades que realizó e incluso de las que aún puede realizar.

El envejecimiento entonces, es un proceso que tiene lugar a través de lo largo de nuestra vida y que se da desde el momento en que nacemos; mientras que la vejez es una etapa de la vida que tiene lugar en un momento específico.

Para analizar más detalladamente a la vejez, Quintanar retomó algunos estudios de Laforest (1991) quien analizó algunas definiciones que se le daban a la vejez desde distintos enfoques, como la biología, las ciencias sociales y el aspecto cronológico.

En su estudio Laforest encontró que por un lado, las definiciones de la vejez formuladas por la biología y las ciencias de la salud tienen en común el progresivo deterioro del organismo tanto a nivel estructural como funcional, lo que permite observar que en estos enfoques, hay una inclinación a relacionar la vejez con la decadencia. Por otra parte también encontró que en la mayoría de las ciencias sociales la vejez se define como consecuencia del declive biológico que lleva a la jubilación o exclusión de toda participación social, lo que indicaría la funcionalidad o no de un individuo. Por último, analizando el aspecto cronológico, descubrió que la vejez era definida con criterios de edad y crecimiento, cuya consecuencia es la disminución de la expectativa de vida.

Como podemos observar, las limitaciones de estas definiciones es evidente, ya que estos criterios no se pueden generalizar y aplicar a toda la población que se encuentra en la etapa de la vejez.

Para tratar de solucionar el problema de las limitaciones que se encontraban en las definiciones de la vejez, Quintanar propone su propia definición de la vejez en la que dice que:

“La vejez es la etapa de la vida previa a la muerte natural; etapa en la que se materializan los resultados de las condiciones individuales y sociales de un estilo de vida; época psichistóricamente determinada, caracterizada por la polaridad entre el deterioro y las limitaciones personales y la depuración de recursos, experiencias, habilidades que caracterizan a un individuo dentro de un margen de edad máxima, especificada por un grupo social” (Quintanar 1998).

La propuesta anterior incluye los elementos históricos que generalmente se diluían en los aspectos sociales de la vejez, y también considera los recursos con los que puede contar el anciano de sí mismo y de su comunidad. Después de todo, el anciano, por muy viejo que sea - y para algunos aun después de su muerte -, no dejará de ser humano.

Según Papalia (1999) las principales características que se pueden encontrar durante la vejez son las siguientes:

- La búsqueda del sentido de la vida adquiere gran importancia.
- Sufren algún deterioro la salud física, el vigor y la fuerza.
- La mayoría de las personas mantienen la mente despierta. No obstante que la memoria y la inteligencia se deterioran, la mayoría de las personas busca la manera de compensarlas.
- La lentitud de reacción afecta muchos aspectos del funcionamiento.
- Necesidad de afrontar pérdidas en muchas áreas, como pueden ser la pérdida de las propias facultades y la pérdida de los seres amados.
- La jubilación deja más tiempo libre, pero reduce los recursos económicos.

- Ante la inminencia de la muerte, se siente la necesidad de encontrarle su propósito a la vida.

Como se puede notar, durante este periodo existen diversos cambios a los que tienen que enfrentar los ancianos, éstos cambios afectan tanto a la persona como a su manera de relacionarse con los demás y esto hace que para que sea mejor entendida esta etapa del ciclo de la vida se tenga que analizar desde diferentes enfoques para darle una perspectiva más completa.

En conclusión, los ancianos deben hacer frente a una transformación de las exigencias sociales, a grandes incertidumbres, especialmente en el terreno profesional y familiar. Esto provoca que la vejez sea una época de constantes preocupaciones, tanto por las cosas que suceden a otras personas, en especial miembros cercanos de la familia, como lo que le sucede al anciano mismo; por ejemplo, sentimientos de ansiedad provocados por una amenaza de pérdida, que puede abarcar desde sus capacidades, la ausencia (afectiva) de un familiar, hasta la pérdida de su propia existencia, pues con gran frecuencia la vejez es percibida como una fase de preparación para el final de la vida.

2.3.2.- Ajustes en la vejez.

A lo largo del transcurso de su vida, el ser humano se enfrenta a distintos cambios que lo llevan a modificar sus actitudes para poder adaptarse a esta nueva etapa y si estos ajustes se deben dar en cualquier momento de la vida, la vejez no queda excluida de ello.

Pyke (1992) dice que cada etapa de la vida posee sus ventajas peculiares y proporciona sus propias recompensas, del mismo modo que tiene sus propias penas y problemas. Hasta ahora, lo que los conocimientos científicos modernos nos pueden otorgar es el señalamiento de algunas de las razones por las que esto sucede. La ciencia describe en qué consisten algunos de estos cambios, pero no puede dar especificaciones significativas sobre la composición química de una persona que se conserva activa, útil y feliz al pasar los años.

Durante la vejez, los cambios que se dan son diversos y afectan a la persona tanto en su aspecto individual como en su aspecto social. Pyke (1992) decía que las actividades que durante el periodo económicamente productivo de la vida se desarrollaban en los momentos en que no se trabajaba, ahora se convierten en los sucesos más importantes del día, lo que lo lleva a que sean éstos sucesos los que ocupen la mente de un hombre que hasta hace poco tiempo tal vez ocupaba un puesto importante en alguna empresa.

A su vez Pike (1992) también decía que no todos los ancianos pueden esperar gozar siempre de buena salud, como tampoco pueden esperarlo los que no son ancianos. Más allá de las enfermedades que pueden llegar a padecer, los ancianos también deben tomar en cuenta que quizá sufran incapacidades propias de su edad, que conforme se van haciendo más y más viejos, sobrepasarán los problemas que afligen más particularmente a los jóvenes.

Una persona anciana es más propensa a contraer males o enfermedades, ya que su cuerpo desgastado resulta más frágil "...ante los riesgos del ambiente y cae con facilidad en lo patológico frente a los problemas orgánicos y sociales." (San Martín)

Diana Hastings (1997), sugiere una serie de padecimientos que más aquejan a los

individuos de edad avanzada, no por que supongan un peligro inminente, sino por la incomodidad que implican para las personas que lo soportan:

1.- Vulnerabilidad a los accidentes: Los ancianos saben que sus huesos no son tan resistentes como antes y con cualquier caída se les pueden romper, por lo que se vuelven temerosos y van perdiendo la confianza al caminar.

2.- Falta de movilidad: En muchas ocasiones los ancianos permanecen en cama durante un tiempo prolongado, lo cual a la larga trae consecuencias negativas como la creciente rigidez en las articulaciones y en consecuencia, problemas para orinar o defecar.

3.- Problemas para oír y ver: Los sujetos añosos, van presentando un importante deterioro en el sentido del oído y de la vista; el oído se torna menos agudo y la vista deficiente.

4.- Hipotermia: El cuerpo de una persona anciana ya no mantiene tan eficazmente una temperatura normal, lo grave del asunto es que los ancianos pueden no darse cuenta del enfriamiento de su cuerpo; inclusive ya no titiritan, lo cual es un mecanismo defensivo del cuerpo que funge como “calentamiento” por el constante movimiento.

5.- Estreñimiento: Se debe a que la acción tanto de los intestinos como del metabolismo que se vuelven más lentos con la edad. En ocasiones, por la dificultad que representa para los viejos ir al inodoro, prefieren retener la orina y las heces, esto último se seca en el intestino y se endurece al ser el agua reabsorbida por las paredes intestinales, por lo que se vuelve más difícil evacuar.

6.- Incontinencia: Los individuos enfrentan dificultades para controlar las funciones de la vejiga; al realizar actos involuntarios con cierta fuerza como toser, estornudar y a veces al reír escurre una pequeña cantidad de orina. A menudo, es una consecuencia posterior del estreñimiento.

Se agrega a la lista, otros malestares mencionados por Costa M. Alexis (Sexualidad y

tercera edad, 1999):

7.- La piel se arruga, se vuelve flácida y se reseca con mayor facilidad.

8.- Los movimientos se vuelven lentos y planeados.

9.- Las personas presentan alteraciones sexuales, como la disminución del deseo sexual.

Hernán San Martín, propone una clasificación de los padecimientos que sufren las personas ancianas; a diferencia de los malestares mencionados anteriormente, la siguientes sí envuelven una considerable gravedad:

1.- Enfermedades cardiovasculares: enfermedad hipertensiva, arteriosclerosis, enfermedad cardíaca, anemias.

2.- Enfermedades del metabolismo: anemias, diabetes, trastornos de la tiroides, gota, insuficiencia renal, obesidad, climaterio.

3.- Artropías y reumatismo.

4.- Neoplasmas.

5.- Problemas relacionados con la esfera mental y con la convivencia: arteriosclerosis cerebral, atrofia senil (psicosis demencia senil), desadaptación social. (San Martín. 1992)

A este respecto Bard en 1974 (citado por Fuentes 1978) dice que los principales cambios fisiológicos que se registran en la vejez son:

1. Deseccación gradual de los tejidos.

2. Retardo gradual de la división celular y de la capacidad para crecer y para la cicatrización de los tejidos.

3. Disminución de la capacidad para producir anticuerpos inmunizantes en los casos de infección.

4. Decremento gradual de la velocidad de oxigenación de los tejidos.

5. Atrofia celular y aumento de la pigmentación celular.

6. Gradual disminución de la elasticidad de los tejidos y cambios degenerativos en el tejido conjuntivo.

7. Disminución de la velocidad locomotriz, fuerza y resistencia.

8. Degeneración progresiva y atrofia del sistema nervioso, disminución de la capacidad visual, auditiva, de la atención y memoria.

Bard (1974) también señaló que una de las características más constantes en el plano mental del hombre que envejece es la pérdida de la alegría. La tristeza de las personas de edad no es provocada por un acontecimiento o por circunstancias particulares; se confunde con el tedio que los domina, con el amargo sentimiento de inutilidad y de soledad en el seno de una sociedad que siente indiferencia por ellos.

Como se puede observar, los ajustes que se dan en la vejez tienen lugar en diferentes áreas del desarrollo de la persona, por ejemplo el funcional, el económico o también en el físico.

Papalia (1999) estudia los ajustes que se dan en la vejez, y para ello retoma a Robert Peck (1955) quien también toma en consideración el hecho de que las personas de edad avanzada enfrentan una necesidad de aceptar su vida, y de esta forma destaca tres principales adaptaciones necesarias en esta etapa. Estos cambios permiten a las personas de mayor edad moverse más allá del interés por el trabajo, el bienestar físico y la sola existencia, hacia una comprensión más amplia de sí mismo y del propósito de la vida, lo que podría ayudarlos a vivir esta etapa de una manera más positiva y más intensa, teniendo en cuenta que aún son personas que pueden aportar mucho a la sociedad.

Las tres adaptaciones que Peck destaca son:

1.- *Una autodefinición más amplia contra la preocupación por los roles del trabajo.*

Lo esencial de esta adaptación es el grado con el cual las personas se definen a sí mismas por su trabajo. Se da una necesidad de explorarse a sí mismas y encontrar otros intereses para que tomen el lugar del trabajo. (ya sea centrados en el mercado laboral o en el hogar) que había dado dirección y estructura a la vida. Las personas tienen la mayor probabilidad de permanecer con vitalidad si pueden estar orgullosas de sus

atributos personales más allá de su trabajo. Necesitan reconocer que su ego es más rico y más diverso que la suma de sus tareas laborales.

2.- *Trascendencia del cuerpo contra la preocupación por el cuerpo.* La disminución física crea la necesidad de una segunda adaptación: superar los intereses por la condición corporal y encontrar otras fuentes de satisfacción. A lo largo de la vida las personas necesitan cultivar facultades mentales y sociales que pueden crecer con la edad, junto con atributos como fortaleza y coordinación muscular, que tienen probabilidad de disminuir a través de los años.

3.- *Trascendencia del ego contra la preocupación por el ego.* Es probable que la adaptación más dura, y posiblemente la más crucial, para las personas de edad avanzada es ir más allá del interés por sí mismas y su vida actual y aceptar la certeza de la muerte.

Como se puede observar, en los ajustes que se acaban de mencionar se trataba de encontrar la manera adecuada para una aceptación positiva de esta etapa, de esta forma Peck intentaba señalar que cuando una persona logra adaptar a su vida éstos cambios propios de la edad, también podrá disfrutar más plenamente su vida.

A este respecto, Pyke (1992) dice que no está necesariamente justificada la idea de que el desastre y la decadencia están relacionados con la edad avanzada y que muchos de los estados más graves y melancólicos que afligen a los viejos afectan únicamente a una minoría, por lo tanto, es un error que la mayoría de las personas de edad avanzada se resignen a la inutilidad, al ocio y a la pobreza en la creencia de que, aunque pueden estar en buenas condiciones cuando eligen realizar una actividad significativa, están justificados si no la llevan a cabo porque el decaimiento y la incompetencia pueden ser inminentes.

A su vez, Pyke (1992) afirma que uno de los ajustes a los que deben hacer frente las personas de edad avanzada, y que los afecta tanto a nivel individual como a nivel social, es la

idea de que *“el trabajo interpretado como una contribución a la actividad económica de la comunidad termina por completo cuando la gente llega a una edad avanzada, pasando por una etapa preliminar de pasatiempos y actividades organizadas de suficiente complejidad como para representar un periodo casi intermedio entre el trabajo y el tiempo libre...”* lo que nos indica que se esperaría que una persona que llegue a una determinada edad ya no sea económicamente activo y que se limite sólo a utilizar su tiempo libre en algunos pasatiempos. Sin embargo, como el mismo Pyke afirma, aún existen algunos ancianos que están dispuestos a luchar y a continuar desempeñando su papel como trabajadores dentro de la comunidad.

Según Buendía (1994) en nuestra sociedad, los cambios principales en la vejez están dados por la jubilación y otras circunstancias derivadas de ella: disminución de la actividad y de las responsabilidades, pérdida del rol social asociado al trabajo; sin embargo, estos cambios pueden ser positivos si se enfrentan de la forma adecuada, por tanto, él dice que un elemento esencial del buen envejecer es el de la adaptación a las nuevas condiciones, biológicas y sociales que la mayor edad trae consigo. En la medida en que tales condiciones significan una amenaza para la persona, ésta debe enfrentarlas.

2.3.3.- Personalidad y patrones de envejecimiento.

La manera en como se adaptan las personas de edad avanzada a esta etapa de la vida, depende de su personalidad y del modo como se han adaptado a lo largo de la vida. Papalia (1999) describe un estudio realizado por Neugarten, Havighurst y Tobin en 1968, para analizar los estilos de envejecimiento, en el que se encontró que la mayoría de los sujetos que expresaron satisfacción con la vida eran bastante activos aunque a medida en que envejecían tendían a ser menos activos y desempeñaban menos roles sociales. En esta investigación también se encontraron cuatro tipos principales de personalidad, con patrones de envejecimiento asociados, los cuales son:

1.- Integrada: Las personas integradas funcionan bien, con una vida interior compleja, un ego competente, capacidades cognoscitivas intactas, y un nivel alto de satisfacción. Se clasificaban desde muy activas e involucradas con una amplia variedad de intereses.

2.- Protegida: Las personas protegidas estaban orientadas hacia el logro, se afanaban y estaban estrechamente controladas, tanto aquellos que permanecían bastante activos como aquellos que limitaban su gasto de energía.

3.- Pasiva-dependiente: Buscan comodidad provenientes de otros, algunas de estas personas, que dependían de otras, eran moderadamente ó muy activas; y moderadamente ó muy satisfechas.

4.- No integrada: Son desorganizadas, con grandes fallas en el funcionamiento psicológico, escaso control sobre sus emociones y con deteriorados procesos de pensamiento. Tienen poca actividad y poca satisfacción.

Lo anterior nos confirma que las personas tienen una manera muy distinta de enfrentar la vida y sobre todo de vivirla, y en este caso en específico de vivir lo que serían los últimos

años de su vida, y que en este modo de vivir, entran en juego diversos factores que afectarán dicho enfrentamiento.

A este respecto Reichard y colaboradores (Citado por Lowe 1974) distinguen algunos criterios de salud en la senectud y los describen de la siguientes manera:

1. CONSTRUCTIVO.- Alta autoestima, autoconsciente, responsable, sin grandes angustias en la vida, intereses amplios y desarrollados a partir de la vida previa.
2. DEPENDIENTE.- Pasivo, poco exigente consigo mismo, amante del confort, no neurótico, satisfecho con los propios criterios.
3. DEFENSIVO.- Excesivamente controlado, convencional, compulsivamente activo, rígidamente autosuficiente, con temor a la jubilación, sin capacidad introspectiva.
4. HOSTIL.- Cólera dirigida hacia el exterior, sin depresión, casi paranoide, trayectoria vital inestable envidiosos de los jóvenes, temeroso de la muerte.
5. AUTO ODIADO.- Crítico y despreciativo respecto a la propia vida, matrimonio infeliz, intereses restringidos, pesimista, considera la muerte como misericordiosa liberación.

Según esta clasificación, el criterio que sería mas conveniente lograr para una buena salud en la vejez es el constructivo y como ya se describió para que éste pueda ser una realidad es necesario trabajar en ello desde antes de que se llegue a la vejez.

Siguiendo esta misma línea y en apariencia de complemento para los criterios antes mencionados, Buendía (1994) dice que existen patrones diferenciales en el buen envejecer, algunos de esos patrones son sanos, funcionales, mientras que otros aparecen patológicos, disfuncionales o condenados al fracaso. Los tipos de enfrentamiento van a depender de la personalidad del individuo y se pueden clasificar en:

a) Constructivas.- Se trata de personas inteligentes, bien integradas, que gozan de la vida y que establecen relaciones cálidas y afectuosas. Son además, individuos con humor, tolerantes, flexibles, conscientes de sus logros, de sus fracasos y de sus proyectos, con una actitud vital positiva, optimista, orientada al futuro, con autonomía y autoestima alta, capaces

de disfrutar del buen comer y beber, del trabajo y del ocio, y de permanecer sexualmente activos.

b) Dependientes.- Son personas bien integradas pero que tienden a apoyarse en otros para obtener su propio bienestar material y su soporte emocional, no ambiciosas, contentas de haberse jubilado y de estar libres de responsabilidades y esfuerzos, pues se fatigan pronto y desean la intimidad del hogar. Sus relaciones con los demás constituyen una mezcla de tolerancia pasiva y de pocas ganas por establecer relaciones que perturben su seguridad y confort.

c) Defensivas.- Corresponde a un tipo de individuo “acorazado” que se comporta de un modo convencional, compulsivo, estereotipado, muy ligado a los hábitos y con gran control sobre las emociones. Estas personas temen una dependencia amenazadora y también temen a la relativa inactividad propia de la edad, tratando de agenciarse una agenda repleta de actividades que les distraiga del tedio de la jubilación. Aborrecen no tener nada que hacer y poseen un elevado afán de logro.

d) Hostiles.- Agresivos y quejosos, suspicaces y competitivos, aunque sin tendencias depresivas, sostienen opiniones en extremo simples, con prejuicios a otros grupos, sobre todo minoritarios, y con actitudes y valores inflexibles, rígidos, rutinarios. Su reacción defensiva es sumergirse en el trabajo activo y tratar de aplazar la jubilación o sus efectos, pero sin realizar ajustes realistas y constructivos para ello.

e) Odio a sí mismos.- Vuelven el odio y la hostilidad hacia ellos mismos, siendo críticos y despectivos respecto a la vida que han tenido, sin deseo alguno de vivir de nuevo su vida, son seres pasivos, más bien deprimidos y faltos de iniciativa, pesimistas, incapaces de hacer previsiones y de aceptar responsabilidades, con escasos hobbies, poco prácticos y con tendencia a exagerar sus problemas físicos o psicológicos, considerándose víctimas de las circunstancias y sin posibilidad de influir en el curso de su vida.

Según esta tipología, el primer patrón comportamental de envejecer es, evidentemente, el más sano y maduro, el mejor adaptado; y decrece el grado de buen envejecer a lo largo de los otros tipos siguientes, aunque no podemos clasificar a todos los ancianos en alguno de estos tipos.

Para que la clasificación anterior pueda tener lugar, es necesario que se tomen en cuenta, la personalidad y el patrón de envejecimiento de la personas, dichas características ya fueron explicadas con anterioridad.

2.3.4.- Vejez exitosa.

Existen diferentes modos de envejecer, algunos son preferibles a otros, mejores que otros, por lo que debe existir entonces, un buen envejecer que sería la forma ideal para todos de llegar a la vejez.

Buendía (1994) dice a este respecto que, mientras el desarrollo siempre es “bueno” en algún sentido, si por envejecimiento se entienden sólo los procesos de deterioro o de declinar, entonces, por definición, no puede haber un buen envejecer sino que todo envejecer es malo, indeseable, es un mal semejante tan solo a la muerte, a la que, por otro lado, la vejez encamina.

La posibilidad de una vejez apetecible, es algo que la mayoría de la gente desearía o esperaría, sin embargo, las características del buen envejecer según Buendía, difícilmente pueden extraerse o postularse a partir de los procesos mismos específicos de envejecimiento. Más bien han de derivarse del buen madurar o buen adquirir la plenitud humana.

“Como características de la plenitud humana, de la personalidad sana y madura en la edad adulta, pueden señalarse entre otras, la capacidad de comunicación, de amor, de goce, de trabajo, la disposición activa y creativa, y la elaboración de un sentido de la identidad. Todas ellas son propias también del buen envejecer” (Buendía, 1994).

Kalish (1982) propone un perfil de personalidad sana que contribuye al buen envejecer, en él desarrolla una triple línea cuyas principales bases son: comportarse de manera socialmente aceptable, desarrollar actividades y alcanzar satisfacciones con uno mismo y con los demás. (Citado en Buendía, 1994).

A su vez, Erikson (1968) dice que en esta última fase de la vida, la identidad personal se caracteriza por la “integridad”; es ahora cuando lo vivido, hecho y experimentado se recoge, y ello permite una vejez llena de sentido y también de sabiduría, con predominio de

las preocupaciones últimas, en medio de las cuales, de todas formas, la persona que envejece está dispuesta a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas exteriores. En este momento, la persona adquiere su propia identidad o en el mejor de los casos comienza a trascenderla. (Citado en Buendía, 1994).

Según Lozano, Chávez y Pérez (1998) en las declaraciones del Parlamento Latinoamericano, las políticas para un envejecimiento saludable se deben basar en los siguientes principios:

- El envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todas las personas, familias y sociedades.
- El envejecimiento es parte del curso de la vida, por lo cual requiere un enfoque integracional orientado a la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital.
- El envejecimiento es un proceso dinámico, inevitable e irreversible, las condiciones de incapacidad crónica que le acompañan a menudo se pueden prevenir o demorar. La previsión se hace por la intervención médica, social, económica y ambiental.
- El envejecimiento es un fenómeno del desarrollo. La integración social y económica de los adultos mayores son esenciales para el progreso de las poblaciones en transición. La vejez productiva se convierte en recurso humano.
- El adulto mayor participa en la prosperidad de comunidades y municipios saludables.

Papalia (1999) analiza los enfoques que hay en cuanto al buen envejecer y confirma la idea de que hay más de una manera de envejecer bien, y que los patrones que siguen las personas varían con las circunstancias de la vida y con la personalidad, también desarrolla dos patrones contrastantes de vejez exitosa: la teoría del retiro y la teoría de la actividad, en las que se examinan los hallazgos sobre la manera en como envejecen las personas.

1-. Teoría del retiro: Considera el envejecimiento como un proceso de alejamiento mutuo. Considera como normal, universal y necesario para la vejez exitosa, un patrón por medio del cual las personas de edad avanzada voluntariamente corten sus actividades y compromisos, aunque la sociedad fomenta esto al presionar a las personas para que se retiren.

Una mayor preocupación por sí mismo y una menor inversión emocional en los demás se consideran también normales.

2.- Teoría de la actividad: Sostiene que cuanto más activas permanezcan las personas de edad avanzada, mejor envejecen. En este patrón, los individuos que envejecen con éxito actúan como personas de edad intermedia, manteniendo tantas actividades como sea posible y encontrando sustitutos para las actividades perdidas debido a la jubilación o a la muerte del cónyuge o de amigos. Según este enfoque, los roles de una persona (trabajador, cónyuge, padre, etc.) son la principal fuente de satisfacción en la vida; cuanto mayor sea la pérdida de roles a causa de la jubilación, viudez, distancia de los hijos, enfermedad, u otras, menos satisfecha estará la persona.

Hasta aquí, no se puede decir que alguno de estos patrones sea más preciso que otro, ya que por un lado, según Papalia (1999) tenemos que la actividad puede tener poca relación con la satisfacción por la vida o viceversa, ya que esto también va a depender del tipo de actividad que la persona realice; y por otro lado, el retiro no es algo inevitable, universal, ni buscado constantemente por los ancianos. El retiro parece estar más relacionado con la edad que con factores asociados al envejecimiento, como escasa salud, viudez, jubilación y pobreza. El retiro puede ser más común en aquellas personas que están próximas a morir.

A este respecto, en un estudio realizado por Ryff en 1989 (citado en Papalia, 1999), se encuentran diferencias cualitativas en la manera como las personas enfocan éstos últimos años de la vida. El describe que las personas que participaron en su estudio, definieron la “vejez exitosa” desde el punto de vista de las relaciones con las demás personas, al contrario de las definiciones teóricas, que resaltan los factores auto orientados como confianza, autoconocimiento y autoaceptación.

Según lo descrito anteriormente, se puede llegar a pensar que las personas de edad avanzada parecen considerar los atributos relacionados consigo mismas como menos importantes que preocuparse por los demás y llevarse bien con ellos, lo que confirma la idea

de que a la persona de edad avanzada le agrada mantener contacto con las personas que le rodean y seguir manteniendo comunicación con lo demás.

Finalmente después de analizar dicha investigación, se puede decir que los individuos envejecen mejor si pueden iniciar cambios en sí mismos; pero pueden aceptar los movimientos y vueltas de la vida, en la medida en que tenga buenas relaciones con los demás.

2.4. El anciano y el asilo.

Papalia (1999) dice que una de las necesidades básicas de los ancianos es la de tener compañía, alguien con quien puedan compartir sus emociones, sentimientos y saberes, alguien que al mismo tiempo comparta con ellos algo de su tiempo y de su cariño. Algunos medios a través de los cuales el anciano puede llegar a satisfacer este tipo de necesidad, son la familia, amigos, o su pareja; desafortunadamente no todos pueden contar con ello por lo que en algunos casos los ancianos se sienten olvidados y relegados.

En estos casos también existen otros recursos con los que se pueden contar o por lo menos con los que se esperaría contar, nos referimos tanto a los asilos como a los lugares que sirven como centros.

Alrededor de este tipo de lugares se han creado una serie de opiniones y creencias, en las que sobresalían las ideas de que los ancianos que llegaban allí, estaban en ese lugar porque habían sido olvidados por sus familiares y/o porque eran de escasos recursos socioeconómicos. En muchos de los casos estas ideas no están muy lejos de la realidad, pero hoy en día se podría decir que la estancia en estos sitios por parte de muchos ancianos no se debe precisamente a estas situaciones solamente, ya que muchos de ellos también pueden tener familia y dinero. (Canals y cls. 1993).

Papalia (1999) menciona que existen ideas acerca de los residentes de estos lugares, como personas dependientes y que no razonan bien, lo que provoca que se les trate como niños o como personas invalidas. En este tipo de trato, la familia forma una parte importante, ya que ellos también llegan a creer que los ancianos son personas a las que no se les puede hacer demasiado caso pues no saben bien que es lo que quieren o necesitan, que son celosos, que demandan atención constante, que protestan por no ser atendidos inmediatamente, que les gusta que les expresen cariño a través de caricias, etc.

Pero no todos los residentes son iguales y por lo mismo las reacciones de cada uno al estar dentro del lugar son diferentes. Para poder entender un poco más estas diferencias, Papalia ha hecho una serie de clasificaciones basadas en diferentes dimensiones, las cuales se pueden resumir en:

- **CAPACIDAD O DETERIORO COGNITIVO.-** En esta clasificación se encuentran aquellas personas que tienen conocimiento, los que tienen capacidad. En esta dimensión se clasifican a las personas en función de sus problemas físicos, mentales o psiquiátricos.
- **CAPACIDAD RELACIONAL.-** Permite situar a un residente según su aislamiento o su integración con los demás.
- **SATISFACCION RESIDENCIAL.-** Permite ubicarlos de acuerdo a su estado de ánimo, según estén contentos o descontentos.

Tomando en cuenta la clasificación anterior se cree que los residentes contentos son aquellos que se conforman y se adaptan, o sea, los que no aspiran a más, los que se mentalizan, los que hacen lo que les mandan o los que quieren sentirse bien. Mientras que por otra parte, los residentes no contentos, son vistos como los que por carácter no están a gusto en ningún sitio porque no están acostumbrados a adaptarse, y fundamentalmente, los que han tenido que ingresar a la fuerza.

Papalia considera que una de las razones por la cual los residentes que ingresan a la fuerza, están allí, es porque no tienen otra alternativa y por ende, el permanecer en un asilo tiene que asumirse como un hecho inevitable si se quieren adaptar, esto lo llevaría a aceptar la situación y asimismo adoptar una actitud positiva ante la misma. Si se presentara el caso en el que vivir en un asilo fuera evitable, la satisfacción ante dicho suceso sería un poco más difícil.

El terminar de residente en un albergue no es la única opción que pueda esperar una persona mayor, existen más alternativas, entre las cuales la más aceptada socialmente es que el anciano viva con su familia; cuando esto no es así, termina viéndose como un abandono por parte de los familiares hacia el anciano.

Se aprecia entonces, que el ingreso de una persona mayor a un asilo, es valorado en función de las posibilidades que tiene la persona de disponer de otra alternativa, o sea, si se trata de un hecho voluntario, evitable o no; pues es de suponer que si se puede elegir, normalmente se decide no ingresar. En ocasiones, la gente mayor no cuenta con otra opción y tampoco tiene la alternativa de vivir con su familia, por lo que su ingreso es inevitable. Se puede decir que el ingresar casi siempre podría ser evitado si la familia “no quisiera abandonar” a la persona mayor.

De esta forma el ingreso es inevitable pudiendo ser evitado, y esta es la idea que dificulta que este hecho sea asumido como una situación natural, tanto por parte de los residentes como del personal.

El ingreso a estos sitios, puede ser de forma no voluntaria y de forma voluntaria. Las personas que no cuentan con nadie – hijos, pareja, etc, - o que no poseen recursos socioeconómicos suficientes ingresarían de forma voluntaria. Mientras tanto, ingresarían de forma involuntaria aquellos que sí cuentan con ellos recursos económicos y familiares o amigos.

Por otra parte Papalia (1999) también distingue a aquellos que ingresan de una manera voluntaria y racional, en donde la voluntariedad del ingreso se relaciona con la forma en como el anciano ha enfrentado el proceso de envejecimiento y con el deseo de no ser una carga para los demás, en especial para sus hijos ya que esto provocaría que los ancianos se sintieran menos útiles y que la familia en un momento determinado se sintiera cansada de atenderlo, lo anterior conduciría al anciano a sentirse como un estorbo.

Se cree que el motivo de ingreso que tiene más peso, es la dificultad que tiene el anciano para obtener cuidados a partir de un momento determinado, también se alude repetidamente a que los familiares no quieren cuidar a la persona mayor, o a cuando llega el momento que ésta ya no puede ayudar en diversos quehaceres. (Canals 1993).

En resumen, se puede decir que los motivos por los que ingresa una persona mayor en un establecimiento son los siguientes:

- La actitud y respuesta de la familia ante los problemas que puede comportar una persona mayor: el grado de tolerancia, la capacidad de adaptación, de renuncia, etc.
- El cambio de valores sociales y familiares que priman la tecnificación de los cuidados y el bienestar general de los demás miembros de la familia. Este hecho se relaciona con el aumento de los años de vida y, por lo tanto, con la mayor incidencia de las enfermedades asociadas a él.
- La circunstancia de que la persona mayor se quede sola y/o que necesite cuidados profesionales. (Papalia 1999)

Como consecuencia de lo expuesto hasta ahora, el ingreso es valorado en muchos casos en función de lo justo-injusto que se considera, en términos de agradecimiento o compensación a la que se cree que se tiene derecho en la vejez y que se evidencia a través de los cuidados o el abandono familiar que finalmente se recibe.

2.5. MUERTE.

2.5.1. Concepto de muerte.

La muerte es un término que implica un acontecimiento penoso; sin embargo también supone un suceso tan natural y cotidiano como respirar; así lo testifica Thomas (1991): “La muerte es cotidiana, natural, aleatoria, universal [...] Todo lo que vive, todo lo que es, está destinado a perecer o a desaparecer...”

Se ha llegado a afirmar que no es necesario cumplir con el requisito de “vida” para poder sufrir las consecuencias del deterioro, basta con estar sujeto a la temporalidad para tener a la muerte como destino, ya que ésta “...no es propia sólo del hombre y de los seres vivos. Afecta a todo lo que tiene dimensión temporal: las sociedades se desmoronan, los sistemas culturales y las etnias entran en decadencia, los objetos se desgastan convirtiéndose en residuos y ruinas, y las estrellas perecen de dos maneras: transformándose en enanas blancas o, por explosión...” (Thomas, 1991).

La muerte, en tal caso, está presente en todo lo que tiene un ciclo definido. La característica de los hombres, es que son los únicos seres que practican ritos funerarios tan complejos y elaborados; pues cuentan con la capacidad de reflexionar sobre ella y sobre su situación limitada en este mundo. A pesar de lo anterior, el tema es abordado seriamente hasta que resulta irrefutable su aparición; en consecuencia, nos toma por sorpresa, sin que uno este preparado para ella “...La muerte es natural. No obstante, se presenta como una agresión: se vive o se percibe como un accidente arbitrario y brutal que nos toma desprevenidos [...] La muerte, nunca prevista, siempre de más, procede de lo aleatorio, de lo imprevisible...” (Thomas, 1991).

De cualquier forma, las ideas de vivir y morir sólo adquiere sentido para el hombre, debido al conocimiento que tiene de la muerte y por la aflicción que causa en él tal comprensión. Así, desde un punto de vista concretamente humano, la importancia de la muerte se localiza en el organismo, en la “muerte somática, de la palabra griega *somátikos*, que significa corpóreo o perteneciente al cuerpo.” (<http://www.oya-es.net/reportajes/muerte.htm>).

Cada cultura posee su propio entendimiento y creencias con respecto a la muerte; como individuos pertenecientes a una sociedad en específico, tenemos de ella y de lo que implica, un significado acorde a nuestra familia, convicciones religiosas, costumbres y tradiciones, etc.

Sin embargo, su definición técnica y universal, no se basa por aspectos filosóficos, religiosos o culturales, sino que está construida a partir de conveniencias legales y sobretodo médicas. Se asume, que algunas definiciones de muerte son:

a) Culminación de la vida sin ninguna posibilidad de emplear métodos de resucitación. (Blakiston, 1996).

b) Cese de las funciones vitales, el término de la vida, o el estado o condición carente de vida, animación o actividad (<http://www.oja-es.net/reportajes/muerte.htm>)

c) Pérdida definitiva de la vida; lo cual no sucede instantáneamente. Proceso que se debe a una falla específica en algún órgano del cuerpo. Es en el sistema celular donde se origina el fallo o fracaso del órgano. Al fallar un órgano, se desata toda una secuencia de acontecimientos que provoca la muerte. El ser vivo está formado por sistemas celulares interconectados de tal forma que, ante el fracaso irreparable de alguno de los sistemas, conlleva al aniquilamiento de todo el organismo. (Medicina legal.2000.Internet)

d) Fenómeno que ocurre cuando un ser vivo sufre un ataque de agentes internos o externos (enfermedades, armas, golpes), lo que debilita progresivamente las funciones vitales, rompen delicados equilibrios del cuerpo y conducen al fin. [La muerte] es un hecho natural que ocurre en un periodo de tiempo variable, dependiendo de lo agresivo del agente que lo provoca. En el ser humano se dice que ha ocurrido cuando cesan las funciones cerebrales, lo que conduce a la desaparición de las facultades instintivas e intelectuales, así como de la sensibilidad y de la

motricidad. (Eduardo Bustos Farias. En búsqueda del sentido original de la muerte, 1998. Internet).

2.5.2. El diagnóstico de la muerte a través de la historia del hombre.

En los tiempos primitivos, cuando el hombre no contaba con ningún método eficiente para decretar la muerte de uno de sus acompañantes, pasaba algún tiempo “conviviendo” con el cuerpo. Hasta que horas después, a veces días, lograba percatarse que aquel cuerpo sin movimiento progresivamente se iba enfriando y desprendía “mal olor” comprendía entonces, que ese sujeto ya no sería como él [ser vivo]. (Internet)

San Martín (1992), alega que al surgir las civilizaciones que no se conformaban con esperar a que los cuerpos se enfriaran y segregaran la inconfundible pestilencia cadavérica, comienza también la creación de los sistemas y técnicas para determinar la defunción de una persona. Los primeros métodos estuvieron basados en el proceso respiratorio, se acercaba un espejo o una pluma delante de la boca y nariz para comprobar si el afectado continuaba respirando; otra prueba era la de resistencia al dolor, provocando al cuerpo lesiones como picaduras de agujas en la plantas de los pies. En caso de no registrar ninguna exhalación, ni muestras de sufrimiento ante los estímulos sensoriales, se daba por hecho que la persona había fallecido.

El tiempo paso y se implantó una nueva forma de dictaminar la muerte; pues al demostrarse que en ciertas enfermedades se llegaba a tal grado de inconsciencia, el método de resistencia al dolor resultó insuficiente; igual suerte corrió la técnica del espejo, invalidada por la creación de métodos de respiración artificial. Esto traslado el sitio orgánico de la muerte hacia el corazón, justo cuando éste dejaba de latir, cuando todo el proceso cardiovascular se paralizaba el sujeto expiraba.

Los avances médicos permitieron desarrollar métodos de reanimación del corazón, por lo que su parálisis también fue ineficaz al momento de notificar la defunción de una

persona. El órgano donde ocurría la muerte volvió a trasladarse, en esta ocasión hacia el cerebro. De modo que un individuo era declarado muerto cuando, en mínimo ocho horas continuas, el electroencefalograma – instrumento eléctrico que permite detectar la energía del cerebro - mostraba a través de un trazo nulo la desaparición total de actividad cerebral.

El día de hoy, el diagnóstico es un completo análisis en el que se comprueba mediante oscultación cardíaca, rayos X y electrocardiograma, la ausencia total de los signos vitales, los cuales no presenten ninguna posibilidad de recuperación. (Medicina legal- medicina forense. Internet).

Los avances médicos-tecnológicos ceden un valor distinto a la muerte, en el presente, diagnosticarla no resulta una tarea sencilla, tampoco depende ya de una sola prueba; es necesario dictaminar una serie de métodos acumulativos que se corroboren entre sí. “Antes se consideraba suficiente comprobar la detención del pulso y del corazón, la cesación de la respiración [...], la falta de receptividad y de reacciones a los estímulos sensoriales, la pérdida de la conciencia, la midriasis fija bilateral, la atonía y la arreflexia. En la actualidad no sólo se evalúan esos indicios con métodos apropiados [...] también se ha incorporado la certidumbre del trazado encefalográfico nulo [...] persistente e ininterrumpido; y a condición de que el sujeto no haya utilizado ninguna droga depresora en dosis anestésica o terapéutica y no haya entrado en estado de hipotermia accidental o provocada (de 30 a 32,2° C)” (Thomas, Vincent. 1991)

Se desprenden complicaciones pues ahora se ve la posibilidad de mantener una *vida vegetativa* cuando uno de los sistemas falla pero los demás sistemas pueden mantenerse funcionando con ayuda de medios artificiales. Se ve la necesidad de distinguir entre la *muerte total* y definitiva – que muestre todos los síntomas acumulativos mencionados anteriormente – y una *muerte aparente*, a la que se conoce como estado de coma.

2.5.3. Aspectos biológicos de la muerte.

Científicamente, la muerte se suscita en cuanto el proceso se inicia y por más esfuerzos que se realicen (técnicas de reanimación) es irreversible; se ha encontrado, (según Medicina legal - medicina forense) que en el humano, son tres los principales órganos en los que aparece la causa de muerte: el aparato respiratorio, circulatorio (cardiorrespiratorio) y el nervioso (muerte cerebral).

I. “ Sistema Nervioso: núcleo fundamental del sistema nervioso son los núcleos vegetativos y su falta de funcionamiento puede provocar la muerte.

II. Sistema Respiratorio: En las asfixias y enfermedades pulmonares hay un fracaso en la captación del oxígeno por parte de los pulmones.

III. Sistema Cardiocirculatorio: El fracaso del corazón para actuar como una bomba de impulsión de la sangre para distribuirla por todo el organismo” (Medicina legal –medicina forense, 2000. Internet)

De acuerdo a este autor, los signos evidentes que presenta un organismo en proceso de muerte se distinguen en dos rubros: el cese de las funciones vitales y la presencia de los fenómenos cadavéricos.

Thomas Vincente (1991), también reconoce la manifestación de fenómenos cadavéricos en el proceso de muerte y les da el título de *signos evolutivos*, pues afirma que siguen un orden progresivo casi inalterable.

1) Cese de las funciones vitales del organismo.

a) Respiración: La falta de oxígeno no sólo provoca asfixia, su ausencia en la sangre después de media hora, repercute al sistema nervioso (muerte-cerebral).

b) Circulación: caracterizada por las palpitations del corazón. Cuando se interrumpe la respiración, el corazón deja de latir, tras de media hora la muerte es innegable.

c) Nervioso: ausencia de la circulación sanguínea en el cerebro, lo que puede producir después de 5 minutos descortización; por un tiempo de 15 minutos sin oxígeno en el cerebelo provoca descerebración; cuando transcurre un tiempo de 30 minutos los daños llegan al bulbo raquídeo y se produce la muerte cerebral.

2) *Establecimiento de los fenómenos cadavéricos. Signos evolutivos.*

a) Enfriamiento: El hombre tiende a mantener una temperatura corporal normal, con independencia de la temperatura exterior (organismo homeotérmico).

Cuando ha empezado el mecanismo de muerte, el cuerpo ya no puede continuar con ese funcionamiento, se para la producción de calor y por tanto se inicia la pérdida del mismo para igualarse con la temperatura ambiente, luego tiende lentamente a enfriarse. “El enfriamiento del cuerpo, que a menudo comienza durante la agonía, se percibe sobre todo 2 o 3 horas después del deceso. Afecta en primer término al rostro y la extremidad de los miembros; continúa (aunque en esto influyen la masa corporal, la protección de la vestimenta y la temperatura ambiental) a razón de 1° C por hora aproximadamente, por lo menos en los climas templados. Pero el proceso se vuelve progresivamente más lento [...] Transcurrido de 15 a 30 horas el cadáver se encuentra en equilibrio térmico con el medio...” (Thomas Vincent, 1991)

b) Rigidez cadavérica: En cuanto una persona muere su cuerpo queda en un estado de flaccidez; después de unas horas (alrededor de tres o cuatro), el cuerpo se enfrenta a un estado de inmovilización manteniendo una posición fija, “...afecta primero el rostro, en especial los músculos masticadores, y luego se extiende a la nuca, el tronco y los miembros [...] La rigidez confiere al cadáver sus conocidas características: mandíbulas apretadas, masticadores rígidos, semiflexión de los miembros superiores, extensión de los inferiores, hiperextensión de la cabeza sobre el tronco, miosis pupilar (retracción) que reemplaza a la midriasis (dilatación), carne de gallina, contracción rectal y uterina con rechazo del contenido” (íbidem)

c) Deshidratación: El cadáver presenta una pérdida considerable de agua, lo que produce una disminución de peso de aproximadamente un kilogramo por día. La disminución de agua en el cuerpo se manifiesta principalmente por signos oftalmológicos.

d) Livideces cadavéricas: Se refiere a las manchas que se forman transcurridas cinco horas después del fallecimiento, los líquidos como el agua y la sangre al no circular por el cuerpo “... se concentran en las partes más bajas del cadáver, en relación con la posición de éste. (Thomas, Vincent; 1991)

e) Fenómeno de Putrefacción: Destrucción de materia orgánica por acción de bacterias del propio cuerpo que se alimentan de él, una vez roto el equilibrio, lo agreden. (Medicina legal-forense) Descomposición de los tejidos del cuerpo

Envejecimiento y muerte de un organismo. Explicación a nivel celular.

Fanny y Marcelino Cereijido describen a la vejez y la muerte como los cambios más radicales que puede sufrir un cuerpo. En el intento por explicar dichos cambios, Butschli en 1882, planteó su teoría *Lebenferment*, la cual hace referencia a la existencia de “una línea germinal, eterna y vital, que va diluyendo su fermento con el crecimiento normal y el reemplazo de células a lo largo de la vida hasta que al agotarse, ocasiona vejez y muerte” (citado en Cereijido, 1992).

Cereijido y Cereijido, mencionan que se han realizado algunos estudios para tratar de explicar por qué acontece la decadencia y posteriormente la muerte; por ejemplo se han cultivado en laboratorio células de organismos superiores -estos son los que se componen de una gran cantidad de células tales como el humano- cada célula ejecuta un procedimiento llamado duplicación o mitosis, consiste en la división en dos partes perfectas e independientes de la célula. En estos estudios se ha podido observar que la facultad de fragmentarse es limitada y después de ciertas divisiones, las células dejan de reproducirse. Se desprende así una teoría: “la muerte de los organismos superiores sobreviene cuando a los distintos tejidos del organismo ya no les quedan células troncales [*capaces de reproducirse*] que puedan generar células para continuar reemplazando a las que se van muriendo” (*ibidem*).

Otro punto importante, destacado por la pareja Cereijido, tiene que ver con las declaraciones de algunos investigadores, quienes han supuesto que el envejecimiento y la muerte atañen a causas genéticas, a la información que contienen las células. Se fundamentan en sus observaciones con respecto al tiempo límite de vida que cada especie parece tener como propia; de tal modo que mientras una mosca sólo vive unos cuantos días, una tortuga puede llegar a los 500 años e incluso siglos; la vida promedio de un perro alcanza los 15 o 20 años, entretanto el humano puede durar 80, 90 o hasta 100 años de vida.

El organismo humano, cuenta con virtuosos sistemas para eliminar las células desgastadas, pero cuando se trata de un organismo anciano, el daño no puede remediarse tan fácilmente, debido en parte a que el sistema inmunológico ya viejo se vuelve ineficaz, a una edad avanzada "...es mayor el número de células germinales (crecen sin control, el mecanismo regulador no puede eliminarlas) que pueden disparar su multiplicación cuando nadie las necesita o sufrir una falla en el proceso de diferenciación y no paran de multiplicarse; ya que además la capacidad de nuestro organismo de resolver esta situación es mucho menor, y de ahí podría dispararse un cáncer (...) No se muere por vejez, pero sí por las fallas del organismo que se dan más fácilmente a mayor edad. Con la edad, falla el sistema inmunitario (respuestas inmunológicas), el respiratorio, el urinario, el muscular y todos los órganos de los sentidos van deteriorándose a partir de la madurez en adelante" (Cereijido y Cereijido, 1992).

Por eso, el individuo de edad avanzada tiene mayor riesgo de contagiarse de alguna enfermedad pues su cansado organismo es más débil "...ante los riesgos del ambiente y cae con facilidad en lo patológico frente a los problemas orgánicos y sociales." (San Martín, Hernán. 1992)

Se concluye entonces, que la muerte en el organismo viejo es irremediable, y de acuerdo a Fanny y Marcelino Cereijido, se suscitara por cualquiera de los siguientes motivos:

1) La presencia de una falla en cualquier parte específica del organismo, debido al tiempo límite de la producción celular.

2) En las personas de edad avanzada, el sistema inmunológico esta deteriorado y resulta ineficiente al momento de desechar las células dañadas y sustituirlas por nuevas, lo que también provoca fallas en su organismo.

3) La persona anciana, no cuenta ya con un mecanismo regulador para enviar la información adecuada a las células y que estas dejen de duplicarse, de esta forma puede llegar a producirse cáncer, la cual es una de las principales enfermedades que atacan al anciano y que, según Papalia (1997), es la segunda causa de muerte en los viejos, especialmente el cáncer de pulmón.

227498

2.5.4 Aspectos psicosociales de la muerte.

Actitudes frente a la muerte en las distintas etapas de la vida.

De acuerdo a Kastenbaum y Aisenber, existen tres formas en que el hombre conceptualiza la muerte:

- 1) *Impersonalmente. Se refiere al distanciamiento emocional con que recibimos a noticia de la muerte de seres lejanos en el tiempo y en el espacio.*
- 2) *Interpersonalmente. Tiene que ver con la muerte de un ser cercano que conocemos o queremos.*
- 3) *Intrapersonalmente. Es la confrontación individual que se tiene con la muerte de uno: la propia. (Kastenbaum y Aisenber, 1972. Citado en Ortiz Quesada. 1987).*

En las etapas del ciclo vital anteriores a la vejez, el concepto intrapersonal de la muerte, tiene un significado predominante cuando se padece de una enfermedad terminal o se ha sufrido un grave accidente, en estos casos la muerte se considera anticipada e injusta, pues se interrumpe “el curso normal de la vida”. De cualquier modo, se puede observar que la actitud del hombre hacia la muerte y hacia su propia muerte, difiere de acuerdo a la etapa en la que se encuentra.

Meyer (1975) -citado en Cereijido y Cereijido 1992- nos asegura que la conciencia de muerte comienza aproximadamente a los 2 años. En los 3 primeros años de vida, más que temerle a la muerte se le teme a los muertos; pues no se piensa en la muerte propia sino en la de los otros, quienes se han ido por algún tiempo pero regresarán. Meyer también nos dice que para un niño, la muerte no es un acontecimiento natural de la vida, sino más bien, un suceso accidental e inesperado. Entre los 5 y 9 años, el niño intuye que una persona de su edad, incluso él, también puede morir; sin embargo continúa viendo a la muerte como un acontecimiento reversible, por ello es frecuente que sienta temor ante el regreso de los fantasmas o espíritus. A los 10 años, el niño sabe que al morir ya no se regresa, adquiere la conciencia del fenómeno muerte como un suceso definitivo.

En la adolescencia, los sujetos enfrentan a una etapa de transición, se sumen constantemente en reflexiones sobre el pasado y en la vida que vendrá. Se llega a concebir con

indiferencia a la muerte pues se le ve como un evento distante y ajeno; es frecuente que los adolescentes busquen experiencias de riesgo, al dudar que la muerte pueda suceder a una edad tan temprana. “En sus intentos por descubrir y expresar su identidad, están interesados en *cómo* vivirán y no en *cuánto* vivirán [...] Consideran que pueden tomar casi cualquier tipo de riesgo sin exponerse al peligro...” (Papalia, 1997)

Durante la juventud, las “dudas existenciales” de la adolescencia se relegan por compromisos como metas y objetivos más fijos de una vida adulta; así que usualmente se deja a un lado el pensamiento de la muerte, no por que se dude de ella, sino porque se prefiere apartarla de los proyectos que se han planeado. Kastenbaum (1977; citado en Papalia 1997) expresa: “El pensamiento acerca de ella, en muchas personas en esta etapa de la vida, es evasivo: no quieren pensar acerca de la posibilidad de su propia muerte” en parte por el temor de ver interrumpidos sus sueños; por otro lado, porque la preocupación de la muerte radica en la pérdida de sus padres, pues todavía a esta edad la muerte es principalmente la del otro.

En la edad adulta, a partir de los 35 y 40 años, las personas se dan perfecta cuenta de la inevitable finitud pues seguramente para ese entonces habrán enfrentado o estarán sobrellevando el fallecimiento de sus padres. Tal experiencia, aunada con el hecho de convertirse en la generación más vieja, permiten la visión de la temporalidad de su propia vida. Otro acontecimiento que tienen que afrontar los individuos ubicados en esta etapa, es a lo que se conoce como *crisis de la edad media o crisis de los 40*, las personas se cuestionan sobre los logros y fracasos de su vida; la muerte entonces, se vuelve de “una idea abstracta en un problema personal” (Jacques, 1965, citado en Cerejido 1992) del que se tiene que prevenir adquiriendo, por ejemplo, un seguro de vida para dejar protegidos a los seres queridos en caso de faltar, o bien, nace el interés por planear el testamento. La propia muerte en este periodo de la vida se ve más como un peligro para los seres queridos que dependen todavía de uno.

Cuando una persona no cuenta con una buena autoestima, la crisis de los 40 conlleva a un estado de incomodidad o depresión al ver que su vida avanza hacia la vejez y por ende hacia la muerte. “En la adultez, se admite y se asume la existencia de limitaciones personales

y también la finitud de la vida propia y la de los seres queridos. [...] la patología más frecuente en relación con el choque con tales limitantes es la depresión (conciencia de que el lapso por vivir se acorta, sentimiento subjetivo de que el tiempo transcurre deprisa); pero el miedo a la muerte aparece bajo la forma de temor a las enfermedades y a la vejez.” (Cereijido, 1992)

En la vejez, las personas saben que se acercan a la etapa final, lo han visto en el transcurso de su existencia, en sus experiencias con la defunción de sus padres o abuelos, conocen a la perfección la secuencia: nacer, crecer, desarrollarse, envejecer y morir; incluso les habrá tocado presenciar el fallecimiento de algún hijo o nieto, de cualquier forma están plenamente conscientes sobre la finitud de la vida especialmente la propia. “A través de los años, cuando se pierden amigos y parientes, las personas reorganizan en forma gradual sus pensamientos y sentimientos para aceptar su propia mortalidad.” (Papalia, 1997)

De hecho, las noticias de defunciones de amigos, cónyuge o cualquier coetáneo, le anuncia su propia muerte, pues la percibe como un evento próximo “Así como para el niño la muerte es siempre la muerte del otro, para el adulto maduro la muerte del otro siempre refiere a la propia” (Cereijido, 1992).

Se puede apreciar que, en general, la noción interpersonal de la muerte tiene mayor importancia para los niños, adolescentes, jóvenes y en la edad adulta aunque aquí comienza a cobrar relevancia la conceptualización intrapersonal, la cual durante la vejez resulta casi imposible de evadir.

2.5.6 Vejez, vida y muerte

Se debe tomar en cuenta que envejecer y morir son parte de nuestra naturaleza, son la consecuencias o el pago irremediable que debemos de consumir al contar con el privilegio de estar vivos “El envejecimiento del organismo vivo y la muerte están insertos en el ciclo de la vida en la Tierra como procesos ecológicos adaptativos que permiten la sobrevivencia y la evolución de las especies [...] El ‘envejecimiento’ del organismo individual (estructural y funcional) es un proceso inherente a la naturaleza de la misma del sistema orgánico-ecológico que somos”. (San Martín, 1992).

Vejez y muerte

Encontramos con frecuencia que el rechazo y desprecio hacia la vejez está estrechamente relacionada con el miedo que despierta la idea de morir, pues entre ellas hay una conexión implícita; ya que la vejez suele verse como una etapa de preparación para el final de la vida.

La decadencia física, dice Víctor Alba, en esencia indica la terminación de su sentimiento de utilidad, y el acercamiento a la muerte refuerza un sentimiento común en los viejos, el de ser una carga para los demás (citado en Cuadros, Toledo, 1992). El sentimiento de inutilidad alimenta más la idea de una anticipación de la muerte, ésta última resulta para el viejo, una realidad personal, auténtica y decisiva.

Es habitual encontrar que los ancianos muestran sentimientos de gran temor a la inactividad - dependencia, a la soledad y sobretodo a la muerte. “La vejez mata la vez por desgaste y mal funcionamiento de los órganos principales, pero también por un incremento de la fragilidad: un a fractura en el fémur o una bronquitis que degenera, o también un cambio obligado de alojamiento, o la desaparición de una persona significativa (...) Peor aún, la vejez es (ya) la muerte. Muerte social y socioeconómica para los que han perdido su prestigio y su capacidad productiva, y también para los más carentes, abandonados en asilos; muerte psicológica para los dementes seniles semivegetativos” (Thomas, Louis-Vincent, 1991).

En consecuencia, las personas tienen un punto de vista negativo hacia la vejez, pues la contemplan como una muerte prematura por los achaques, las alteraciones sociales y fisiológicas a las que se tiene que enfrentar, la decrepitud de los órganos y de su mal funcionamiento y en general de la fragilidad del cuerpo. “Entre las enfermedades que afectan al adulto anciano, las crónicas son las más frecuentes. Esto es lógico porque los factores negativos acumulados por muchos años actúan ahora sobre un organismo en regresión. Por tanto, los sistemas de mayor claridad orgánica son los más afectados: el aparato circulatorio, el metabolismo, el aparato locomotor y el cerebro” (San Martín, 1992).

En realidad, las causas de muerte y el momento en que sucede son inciertas; pero en una persona anciana la expectativa de vida es menor que en cualquier otra etapa del ciclo vital; y es de suponerse que por el agotamiento de su organismo, tiene una probabilidad mayor de morir. Es innegable que el hombre tarde o temprano tendrá un desenlace; así morir durante la vejez puede simbolizar la muerte más natural y deseable, pues se ha cumplido con cada una de las etapas de la vida, se ha llegado al final del camino al cual el hombre está destinado. Fco. Lucas Mateo Seco expresa: “La ancianidad es un tiempo de despedidas (...) La ancianidad es antesala natural de la muerte...” (1999. Internet).

Ello no implica que la pérdida de un ser añoso no sea lamentable, pero es menos penosa que cuando se fallece joven, cuando se interrumpe drásticamente el lapso natural de la vida. Lo anterior se ejemplifica mejor de la siguiente forma: “La muerte de Keats, a los 24 años, se considera generalmente una tragedia; pero no la de Tolstoi, a la de 82 años. Aunque ambos murieron, la muerte privó a Keats de muchos años de vida, que le fueron concedidos a Tolstoi. Por ello evidentemente fue mayor la pérdida de Keats (...) esto no demuestra que la muerte de Tolstoi fuera insignificante. Quizá sólo se objeta a los males que gratuitamente se añaden a lo inevitable; el hecho de que es peor morir a los 24 años que a los 82, no implica que no sea terrible morir a los 82 o aun a los 806 años. La cuestión es si podemos considerar una desdicha a cualquier limitación, como la mortalidad, que es normal en las especies” (Nagel, Thomas, 1981).

Muerte y Creencias religiosas.

Cuando se habla de muerte y religión, se pone en juego la aceptación o el temor de las personas hacia la muerte, pues como lo manifiesta Gloria Acosta (1995): “En los estudios sobre religión y muerte, se presenta un debate entre en que si las creencias religiosas y filiaciones a las mismas, aumentan o disminuyen el miedo hacia la muerte”.

Feifel H. (citado en Pérez, León. 1965) intentó resolver la cuestión si la religión favorecía a disminuir los temores hacia la muerte, o bien si los aumentaba. Realizó su estudio comparativo entre grupos religiosos y no religiosos, concluyó que los sujetos religiosos se mostraban más temeroso ante la muerte que los que no tenían filiaciones religiosas, por la creencia cielo-infierno.

Otros estudios han revelado información contraria a la conclusión de Feifel; por ejemplo la investigación de María Nagy, quien asegura que la religiosidad disminuye el miedo por la muerte, independientemente de cómo se defina religiosidad: autodeclararse religioso, religiosidad intrínseca, creencia en Dios, importancia de la religión en la vida diaria o creencia en la vida después de la muerte. (citado en Acosta, Gloria. 1995). Estudios posteriores, expusieron que “existe un menor miedo a la muerte entre aquellas personas que están más unidas de cerca de las religiones tradicionales y las que han abdicado por completo, que las personas intermedias y las indecisas” (íbidem).

Se puede asegurar que la religión mantiene una postura negativa hacia la muerte al considerarla como un castigo divino: “Por medio de un solo hombre [Adán] el pecado entró en el mundo, y la muerte mediante el pecado, y así la muerte se extendió a todos los hombres” (Romanos 5:12; Job 14:4). Además ideas como la existencia de un infierno y un juicio personal, puede ser motivo de angustia ante la muerte. Por otro lado, muchas personas gracias a la fe, encuentran significado a la muerte y les resulta más fácil aceptarla a partir de sus convicciones religiosas; pues encuentran consuelo entregarse a la misericordia de Dios, así como a la idea de una vida después de la muerte, el creer que ésta es un paso o una puerta hacia una existencia más pura y tranquila; o bien dar crédito a la suposición que después de la

muerte nuestra alma o espíritu habitará en regresará en otro ser.

La parte favorable de la religión hacia la muerte, se han visto favorecidas por un acontecimiento conocido como *experiencias cercanas a la muerte* (ECM), experimentados por individuos que han estado en peligro de muerte o que han sido declaradas clínicamente muertas y que “han regresado a la vida” después de algunos minutos de permanecer en esa condición. El término de *experiencias cercanas a la muerte* fue empleado por primera vez en 1975 por Raymond Moody, quien al querer aclarar lo que pasaba cuando uno moría, se encontró con una serie de relatos que manifestaban “una sensación de bienestar, una nueva claridad de pensamiento, un sentimiento de hallarse fuera del propio cuerpo y visiones de luces brillantes” (Papalia, 1995). El presunto estudio de Moody no logró su objetivo que era explicar científicamente lo que sucede después de la muerte; sólo obtuvo una amplia colección de narraciones, pero que ha servido para aumentar la fe en un ser supremo y una vida, o por lo menos la manifestación de sensaciones, después de la muerte.

3.- METODOLOGIA.

3.1.- Tema:

“Nivel de autoestima y actitud hacia la muerte en los ancianos”

3.2.- Problema:

¿ La actitud de los ancianos de asilo hacia su propia muerte depende de su nivel de autoestima?

3.3.- Objetivo general:

1.- Conocer la posible relación entre el nivel de autoestima y la actitud hacia su propia muerte por parte de los ancianos que viven en un asilo.

3.4.- Hipótesis:

1.- La actitud de aceptar su propia muerte como un suceso natural se manifiesta por una autoestima alta en los ancianos.

2.- La actitud de rechazar su propia muerte como un suceso natural se manifiesta por una autoestima baja en los ancianos.

3.5.-Indicadores:

■ Actitud hacia la muerte.

■ Nivel de autoestima.

3.6.- Tipo de estudio.

El estudio es exploratorio correlacional debido a que el tema a investigar ha sido poco estudiado y a que se pretende medir el grado de relación que puede existir entre el nivel de autoestima y la actitud hacia la propia muerte.

Se inicia como exploratorio porque durante la revisión bibliográfica se encontraron ideas guías, no investigadas, sobre la actitud hacia la propia muerte en ancianos en un contexto en particular, en este caso que vivan en un asilo; además se postula la relación entre el nivel de autoestima del anciano y la actitud hacia su propia muerte, de lo cual tampoco se encontraron trabajos de investigación como antecedentes. Por lo tanto, el presente estudio finalizará como correlacional, ya que se pretende ver si las dos variables mencionadas están relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación [se mide en cada uno de los ancianos su autoestima y su actitud hacia la muerte, después se analizará: 1) si los ancianos con una buen nivel de autoestima son los que tienen una actitud de aceptación hacia su propia muerte; 2) los ancianos con baja autoestima tienen una actitud de rechazo hacia su propia muerte].

3.7.- Población:

La población que se pretende consultar para esta investigación esta compuesta por ancianos que viven en un asilo y que por lo mismo cubren con las características esperadas para el estudio.

Los sujetos que se tienen contemplados son personas que tienen de 60 años en adelante, tanto hombres como mujeres, que residen en el asilo ubicado en la Colonia Portales Oriente y que no padecen alguna enfermedad mental.

La población total del asilo es de 28 ancianos y nuestra muestra esta contemplada con 20 sujetos de dicho asilo los cuales son los residentes que no padecen ningún tipo de deficiencia y que por lo mismo sí nos pudieron contestar, la elección entonces fue necesaria ya que no se utilizó a toda la población.

3.8.- Materiales y métodos.

3.8.1.- Instrumentos:

Para la realización de esta investigación, se utilizaron al principio, la escala de autoestima de Reidl que nos permite conocer el nivel de autoestima de los ancianos y una entrevista semiestructurada que nos ayudaba a conocer las actitudes hacia la propia muerte. De ésta entrevista se obtuvo una escala también de tipo binomial conformada por 21 reactivos, lo que hacía más accesible el instrumento para la población. (Ver anexo 1).

Una vez obtenidas ambas escalas se procedió a eliminar reactivos para conformar un solo instrumento que nos permitiera medir tanto la autoestima como la actitud hacia la propia muerte por parte de los ancianos. (Ver anexo 2).

La escala de autoestima que se utilizó fue elaborada por Reild en 1981, la cual fue aplicada por la autora a una muestra de 418 mujeres de 15 a 35 años de edad, casadas y con hijos del sur del Distrito Federal. Las 20 afirmaciones de las que se compone esta escala se refieren a cualidades y defectos personales, seguridad al enfrentarse a otros, opiniones de otras personas acerca del sujeto, de dependencia - independencia y sentimientos generales hacia sí mismo. Originalmente la escala es de tipo Lickert, de tres opciones de respuestas, en las que se le da un peso de tres a la opción que manifiesta una alta autoestima, y el de uno a la opción que manifiesta una autoestima mas baja, sin embargo para los fines de nuestra investigación y tomando en cuenta las características de la población, se dejó la escala solo con dos opciones de respuestas de acuerdo o desacuerdo.

3.8.2.- Métodos o procedimiento:

Con el propósito de conocer la actitud hacia la propia muerte, y tomando en cuenta la dificultad de abordar el tema, se empleó una entrevista semiestructurada. Se eligió este procedimiento, pues durante la fase exploratoria del estudio, se realizaba una sola pregunta a los sujetos ancianos: ¿Qué piensa sobre la muerte?, las personas interrogadas lloraron. Por consiguiente, y con la finalidad de ir desarrollando un rapport positivo, se comenzó el encuentro con preguntas generales concernientes a su vida – sin pretender una historia de vida -, esto también tenía como objeto el de retomar un asunto menos penoso para el final de la entrevista.

A partir de palabras claves, se realizó un análisis de contenido a las preguntas que abordaban directamente el tema de muerte: ¿Qué ha pensado sobre la muerte?, ¿Qué cree que ocurra después de que uno muere?, ¿Cómo se ha imaginado su muerte o cómo le gustaría que fuera?. De las inferencias obtenidas se elaboraron 21 reactivos referentes a la actitud hacia la propia muerte. (Ver anexo 3).

Tanto la escala de autoestima como la de muerte fueron aplicados a 12 sujetos habitantes de un asilo en la colonia Granjas México. Se prosiguió a tabular los datos con valores de 0 para los reactivos desfavorables y 1 para los favorables. Se obtuvo de cada uno de los instrumentos, su promedio, desviación estándar y varianza y basándonos en esta última medida se discriminaron los reactivos que mostraban mayor incongruencia en sus resultados. (Ver anexo 4).

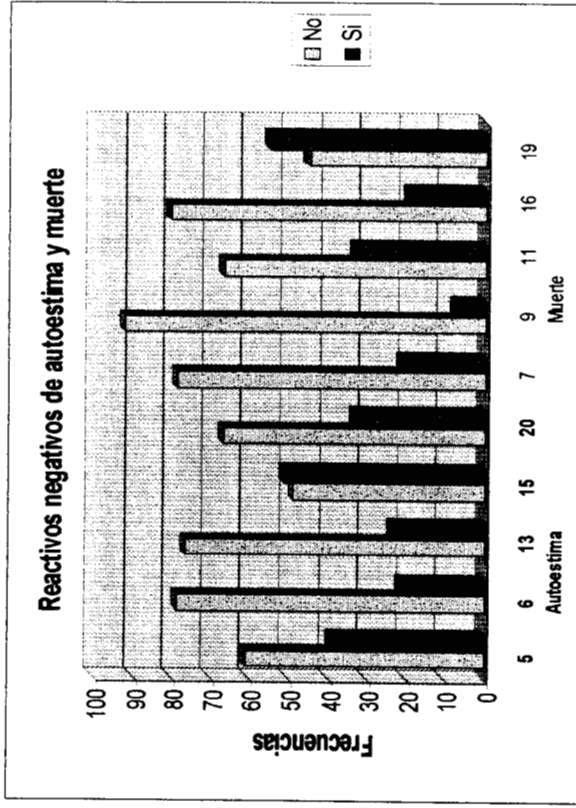
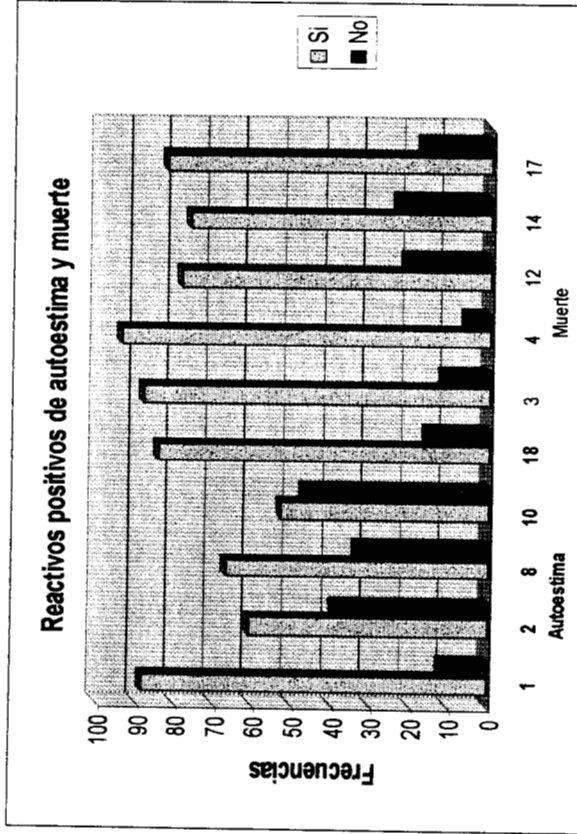
3.10.- Metodología a utilizar:

El instrumento final fue aplicado a la población y se midió su nivel de autoestima y la actitud de aceptación o rechazo hacia su propia muerte, lo cual se consiguió con las frecuencias de las respuestas.

Una vez obtenidos los datos se aplicó una X^2 y correlaciones, con el objetivo de hacer una comparación entre las dos dimensiones: nivel de autoestima y actitud hacia la propia muerte; se tiene como finalidad ver la fuerza de asociación y dependencia entre ambas dimensiones.

4.- RESULTADOS.

4.1. Gráficas



Prácticamente la mayoría de los ancianos mantienen una buena autoestima y una alta aceptación de la muerte como un suceso natural. En la gráfica 1 se observa que todos los reactivos el porcentaje más alto está ubicado en la respuesta sí (100%) que era lo que se esperaba, mientras en la gráfica número 2 en la que se esperaba que la mayoría de respuestas cayeran en No se obtuvo un 80% de ellas. Llamo la atención observar que hay 2 reactivos donde el si es el que sobresale, lo que indica que aunque hay un buen nivel de autoestima y una buena aceptación de la muerte, aún hay unos factores negativos (20%) que los sujetos entrevistados no pudieron rechazar.

4.2. Análisis de resultados.

Tabla de X^2

actitud hacia propia muerte autoestima	aceptación	rechazo	
alta	35	2	37
baja	10	4	14
	45	6	51

Ho: Independencia

Ha: Dependencia

fe (casilla a) = 32,64705882	$(f_o - f_e)^2 / f_e = 0,169581346$
fe (casilla b) = 4,352941176	$(f_o - f_e)^2 / f_e = 1,271860095$
fe (casilla c) = 12,35294118	$(f_o - f_e)^2 / f_e = 0,448179272$
fe (casilla d) = 1,647058824	$(f_o - f_e)^2 / f_e = 3,361344538$

grados de libertad = 1
 significación = 0.05
 $X^2 = \sum (f_o - f_e)^2 / f_e = 5,25$

Decisión = Si X^2 calculada mayor o igual que X^2 tabla, rechazar Ho.

X^2 calculada es igual a 5,25096

X^2 tabla es igual a 3.841

X^2 calculada (5,25) es mayor que X^2 tabla (3.841), se rechaza Ho.

Se rechaza Ho, las variables están relacionadas.

La actitud de los ancianos hacia su propia muerte tiene relación con su nivel de autoestima.

Correlación de reactivos positivos de autoestima (a) y muerte (b).

	Autoestima (a)	Muerte (b)	Total (t)
Media	3,529411765	4,196078431	7,725490196
Varianza	1,654117647	1,240784314	3,803137255
Desviest.	1,286125051	1,113904984	1,950163392

$$r_{at.} = 0,840552574$$

$$r_{bt.} = 0,780235013$$

$$r_{ab} = 0,316983776$$

Considerando el criterio: Entre más se acerca a 1 el valor de la correlación, mayor relación habrá entre las variables, podemos concluir que en los reactivos positivos de autoestima y muerte existe una relación entre el buen nivel de autoestima y la aceptación hacia la propia muerte.

Correlación de reactivos negativos de autoestima (a) y muerte (b).

	Autoestima (a)	Muerte (b)	Total (t)
Media	3,31372549	3,68627451	7
Varianza	2,299607843	1,299607843	4,68
Desviest.	1,516445793	1,14000344	2,163330765

$$r_{at.} = 0,865702203$$

$$r_{bt.} = 0,746085732$$

$$r_{ab} = 0,312590651$$

Considerando el criterio: Entre más se acerca a 1 el valor de la correlación mayor relación habrá entre las variables, podemos concluir que en los reactivos negativos de autoestima y muerte existe una relación entre la baja autoestima y el rechazo hacia la propia muerte.

5. CONCLUSION.

Tanto la muerte como la autoestima son elementos integrales de la vida de todo ser humano, ambos juegan un papel importante en su formación y en la manera en que cada persona enfrenta la vida y la etapa que esta pasando en ese momento. En el presente trabajo se planteo la idea de que estos dos aspectos tienen una relación importante durante la vejez, es decir, se planteo la idea de que a buen nivel de autoestima del anciano mayor aceptación tendrá de su propia muerte y que por el contrario a un nivel bajo de autoestima, menor aceptación de la propia muerte.

Encontramos, de acuerdo a los resultados, que ambos factores mantienen una relación mínima; por lo tanto el tener una mayor autoestima no implica necesariamente que se tenga una mejor aceptación hacia su muerte. Del mismo modo, el tener un bajo nivel de autoestima no involucra de manera absoluta una actitud de rechazo hacia su muerte, sin embargo existe una proporción (aunque mínima) de que el nivel de autoestima sí afecte la actitud hacia la propia muerte.

Ahora bien, por un lado tenemos que la autoestima es una especie de evaluación que cada individuo hace de sí mismo en diferentes áreas, y que puede ir cambiando a lo largo de las distintas etapas de la vida y, durante la vejez, ésta sigue siendo muy importante y fundamental, en ella también pueden haber cambios significativos que se basen en las actitudes del individuo al enfrentar la vida. (Custodio y Guerrero, 1999).

Según los mismos autores, muchos adultos mayores llegan a la edad de la jubilación y se sienten todavía en plenitud para la realización de sus trabajos, sin embargo, la sociedad se encarga de hacerles ver por medio de la jubilación y de otras maneras que ya deben retirarse, lo que de alguna manera afecta su autoestima ya que comienzan a sentirse inútiles y fuera de lugar. Esto les afecta de manera significativa ya que una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, perteneciente a alguien y a algo, la autoestima entonces, consiste en saberse capaz, sentirse útil y considerarse digno.

Los factores ya descritos nos permiten observar entonces que, si es difícil mantener la autoestima a buen nivel en cualquier etapa de la vida, durante la vejez existen otros factores que hacen que la autoestima de los ancianos se vea afectada, sin embargo, al entrevistar a los ancianos de asilo, nos pudimos dar cuenta de que a pesar de lo que han vivido y de lo que están viviendo, una mayoría de ellos han aprendido a integrar en su vida nuevos aspectos y valores que les permitan salir adelante y mantener su autoestima a buen nivel.

Por otro lado, tenemos que la muerte es un aspecto clave en la vida del ser humano que se hace más presente durante la vejez y que, según un estudio realizado por Ramón Canals Casas y cols. en 1993, los ancianos pueden adoptar dos posturas frente a ella:

*Unos que no piensan en ella o la tienen muy asumida.

*Otros que tienen miedo debido, principalmente, a que se mueren solos, sin la compañía de sus familias.

Sin embargo, pudimos observar según las respuestas que daban los ancianos que algunos de ellos manifestaban que para vivir de la manera en que lo están haciendo preferirían morir y se sienten engañados o decepcionados por lo inesperada e injusta que consideran su situación actual, con ello nos podemos dar cuenta de que el deseo de vivir siendo viejo tiene mucho que ver con la percepción que tiene la persona de lo justa o injusta que es su situación actual.

Ruíz (Prometeo, 1998) dice que con la vejez se va haciendo más fácil el acceso a la certeza de la cercanía de la propia muerte como realidad que nos toca en lo personal, pero que sin embargo no todas las personas, al llegar a esta etapa de la vida han podido encontrarle sentido a la vida y que para quienes han podido dar con él, la muerte es una salida oportuna y positiva, pero para quienes no lo han descubierto, la muerte es un fenómeno ante el cual hay que rebelarse hasta el último momento.

Como podemos ver entonces, la manera en como los ancianos enfrentan la vida en base a su autoestima va a determinar de alguna manera como es que perciben su propia muerte. A este respecto Papalia (1999) dice que los seres humanos enfrentan situaciones diversas en la vida a las que reaccionan de diferentes formas y que a mayor capacidad de las personas para comprender y acercarse a este hecho inevitable, mayor será su capacidad para vivirlo cuando le corresponda.

Podemos decir entonces que la muerte tiene significado cuando la vida esta llena de sentido el cual esta íntimamente relacionado con la autoestima, ésta es inseparable del valor que se le da a la vida y la muerte debe dar sentido y valor a cada minuto de la vida. La muerte nos debería llevar a organizar bien nuestra escala de valores diferenciando bien entre lo que debiéramos hacer y lo que no, entre lo que es importante para la vida y lo que es secundario y cuando se está en la etapa de la vejez esto es muy importante ya que en ella ya se tiene un conocimiento y una experiencia con la que no se cuenta en las otras etapas lo que influye en las decisiones que se realicen. (Custodio y Guerrero 1999).

La conciencia de morir basada en el nivel de autoestima del anciano es pues una clave para el desarrollo del potencial humano hasta el último día de existencia:

“La negación de la muerte es parcialmente responsable de que la vida de la gente sea vacía, sin propósitos... solamente cuando entendamos el significado real de la muerte para la existencia humana, tendremos el coraje de llegar a ser lo que estamos destinados a ser”. (Kübler-Ross 1975, citado en Palia 1999).

Finalmente consideramos que el miedo a la muerte es fuente de muchos problemas; suponemos que al tener un buen nivel de autoestima, las personas podrían tener una mayor aceptación de su realidad y del tiempo aprovechable que les queda, adoptando así un verdadero sentido de la vida. Esto incluye una mejor calidad de vida y una muerte digna, pues al tener tiempo y los conocimientos suficientes para pensar en su propia muerte sin un temor exagerado, se puede planear cómo se desea vivir y cómo se desea morir.

Lo anterior, nos lleva a considerar importante sugerir algunas propuestas que podrían ayudar a mejorar la autoestima de los ancianos y su visión que tienen sobre la muerte; de tal forma que al desarrollar la primera puedan tener bases que les permitan enfrentar a la segunda:

- Creación e impartición de talleres de autoestima y muerte donde se brinde a los ancianos una información adecuada sobre ambos aspectos con la finalidad de ayudarles a mejorar su autoestima y su actitud hacia su propia muerte.
- Promover actividades en las que los ancianos pongan en práctica los conocimientos y experiencias adquiridas a través del tiempo, proporcionando así un sentimiento de utilidad y valoración.
- Motivar a los ancianos a que platicuen sobre los aspectos positivos y negativos de la muerte; así como del miedo que ésta les produce, pues se ha observado que el sentimiento predominante al referirse a la muerte es el miedo, enfrentarse a él se da plenitud a la vida y mejora su calidad.
- Orientar a las personas ancianas a reconocer que se encuentran en una de las últimas etapas de la vida, la cual se caracteriza por un sentimiento de constantes pérdidas. Por lo que se sugiere dar a conocer el proceso de duelo que acompaña a cualquier sentimiento de pérdida significativa y especialmente a la muerte.
- Por último, hacemos una sugerencia dirigida al personal que atiende a los ancianos, promoviendo un mejor trato hacia estas personas, pues observamos que en lugar de ayudar a elevar su nivel de autoestima y perder el miedo a la muerte, generan un sentimiento de inutilidad y así mismo aumentan el temor a la muerte.

6. BIBLIOGRAFIA

Acosta Álvarez Gloria. “Miedo a la muerte y el morir en el mexicano. Aspectos tanatológicos”
Tesina, diplomado en Tanatología. Universidad Iberoamericana. México, 1995.

Alba S. y cols. “Tratado de geriatría y asistencia geriátrica”. Edit. Salvat. España. 1986.

Alvarez B. y Barrientos G. “Estudio transcultural de patrones de autoconcepto en grupos normales y delincuentes”. Instituto Interamericano de Estudios Psicológicos y Sociales S.C. Universidad de Texas, El Paso. 1969.

Aranda Aguilar. “Estudio correlacional entre autoconcepto y rendimiento escolar en alumnos de nivel licenciatura de UPIICSA.” Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. 1987.

Blakiston. “Diccionario Breve de Medicina”. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana. 2a reimpresión. México. 1996.

Blank-Cerejido, Fanny ; Cerejido, Marcelino. “La vida, el tiempo y la muerte”. Edit FCE. México. 1992.

Branden N. “Cómo mejorar su autoestima”. Edit. Paidós 6ª Edición. México 1992.

Buendía J. “Envejecimiento psicología de la salud”. Edit. Siglo XXI. Madrid, España. 1994.

Buil, P.; Díaz Espino, J. (1999). “Anciano y familia. Una relación en evolución” [www document] URL [http:// www.cinavarra.es/salud/anales](http://www.cinavarra.es/salud/anales)

Bustos Farias, Eduardo. (1998) “En búsqueda del sentido original de la muerte: ¿Le teme a la muerte?” [www document] URL <http://www.clam.mx/periodico/noviembre.html>

Canals Casas Ramón y cols. “Evaluación de la calidad de los establecimientos de atención a la gente mayor” Barcelona, España. 1993.

Consejo Nacional de Población. (2000) Situación demográfica [www document] URL <http://www.conapo.gob.mx/sit2000/002.htm>

Corona G. V. “Autoestima y necesidad de pertenencia, factores que motivan al tabaquismo en el adolescente” Tesis Licenciatura. Universidad Iberoamericana. México 1999.

Cuadro Toledo, Ana M. “Creación de un servicio de orientación y apoyo familiar para disminuir el ingreso a los albergues del INSEN” Ensayo para diplomado en Gerontología. Universidad Iberoamericana. 1992

Corsini R. “Current personality theoris” F.E. Peacock Publishers. Itasca, Illinios. 1977.

Daskal A.M. “Permiso para quererme:Reflexiones sobre la autoestima femenina” Edit. Paidós. Buenos Aires. 1994.

Diane E. P; Sally W.O. “Desarrollo humano” Sexta Edición Edit. Mc Graw Hill. 1999.

Estrada I.L. “El ciclo vital de la familia” Edit. Posada. México D.F. 1989.

Fuentes Aguilar R. “Salud y vejez” Edit. El Caballito S.A. México D.F. 1978.

Gómez A. de. “La revolución de las canas” Cuadernos mujer salud/4. Red de salud de las mujeres latinoamericanas y del caribe. 1999.

Harless E. y Mc Connel F. “Effects of hearing aid use on self concept in older persons.” Journal of Speech and Hearing Disorders. 1982.

- Hastings, Diana. "Guía para el cuidado del enfermo en el hogar" Edit. Diana. México. 1997.
- Healey G.W. y Deblasse R. "Comparidion of negro anglo and spanish-american adolescents of self concepts. Addolescence. 1974.
- Hernandez Sampieri, Roberto, et.al "Metodologia de la investigación". Edit. Mc Graw Hill. México, 1996.
- Hoch, P.H.; Zubin Joseph. "Psicopatología de la vejez" Ediciones Morata. Madrid. 1960.
- Kalish R. "La vejez, perspectivas sobre el desarrollo humano". Edit. Pirámide. España. 1983.
- Küng, Hans; Jens, Walter. "Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad" Madrid, España 1997.
- Likert R. A. "Technique for the measurement of attitudes" Archives of Psicology. 1932.
- Lowe R. G. "El desarrollo de la personalidad: De la infancia a la senectud. Alianza Editorial. Madrid 1974.
- Magaña Compean "Autoconcepto Adolescencia y Familia." Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. 1988.
- Martín P., Norma Angélica. (1997) "La tercera edad". [www document] URL <http://www.unam.mx/rompan/36/rf36rep.html>
- Mateo Seco, Fco. Lucas (1999). "El encanto de la vejez". [www document] URL <http://www.familiaintern/ancianos>

Morales F.J. “Psicología Social” Edit. Mac Graw Hill. Madrid, España.. 1994. Nagel, Thomas. “La muerte en cuestión. Ensayos sobre la vida humana”. Edit. FCE. México. 1981

Ortiz Quesada F. “El acto de morir. Sobre la muerte de Ivan Ilich de Leon Tolstoi” 2ª ed. Edit. Némesis. México. 1987.

Palladino C. “Cómo desarrollar la autoestima. Guía para lograr el éxito profesional” Edit. Iberoamericana. México.

Pérez, León. “Muerte y neurosis” Edit. Piados. Argentina. 1965.

Prometeo “Fuego para el propio conocimiento” Revista Mexicana de Psicología Humanista y Desarrollo Humano. UIA Santa Fe. Num. 21. Invierno 1978.

Pyke. M. “Como disfrutar una larga vida. Expectativas para la vejez” Edit. Fondo de Cultura Económica. México. 1992.

Rodríguez M. y cols. “Autoestima clave del éxito personal” 2ª Edición. Manual Moderno. México 1991.

Rodríguez, Mauro. “La nueva tanasia: Libertad y dignidad” Ediciones Botas. México. 1989

Rosenberg M. “La autoimagen en el adolescente y en la sociedad” Edit. paidós. Buenos Aires. 1973.

San Martín, Hernán. “Tratado General de la Salud en las sociedades humanas”. Tomo 3. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A de C.V. México. 1992.

Satir V. “Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar” Edit. Pax. México. 1991.

Thomas L. “Antropología de la muerte” Edit. FCE. México. 1993

Thomas L. “La muerte” Ediciones Piados. España. 1991.

Triandis H.C. “Actitudes y cambios de actitudes” Edit. Toray S.A. Barcelona. 1974.

Trimakas K. y Nicolay R: “Self concept and altruism in old age.” Journal of Gerontology. 1974.

Vazquez Bralia. “Estudio comparativo de autoconcepto entre dos grupos de adolescentes con padres alcohólicos y no alcohólicos” Tesis Universidad Nacional Autónoma de México. 1988.

Wilye R. “The self concept” A review of methodological considerations and measuring instruments U.S.A: University of Nebraska Press. 1961.

ANEXO 1

ESCALA DE AUTOESTIMA DE REIDL .

Instrucciones: Este cuestionario tiene varias afirmaciones relacionadas con la autoestima. Lea cuidadosamente las afirmaciones siguientes y luego indique hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo con lo que ellas indican. Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones sin omitir ninguna. La escala que deberá seguir es la que se presenta a continuación:

A = Acuerdo

D = Desacuerdo

Afirmaciones:

1.- Soy una persona con muchas cualidades.	A	D
2.- Por lo general si tengo algo que decir lo digo.	A	D
3.- Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo.	A	D
4.- Casi siempre me siento seguro de lo que pienso.	A	D
5.- En realidad no me gusto a mi mismo.	A	D
6.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.	A	D
7.- Creo que la gente tiene buena opinión de mí.	A	D
8.- Soy bastante feliz.	A	D
9.- Me siento orgulloso de lo que hago.	A	D
10.- Poca gente me hace caso.	A	D
11.- Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera.	A	D
12.- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente.	A	D
13.- Casi nunca estoy triste	A	D
14.- Es muy difícil ser uno mismo.	A	D
15.- Es muy fácil que yo le caiga bien a la gente.	A	D
16.- A veces desearía ser más joven.	A	D
17.- Por lo general la gente me hace caso cuando le aconsejo	A	D
18.- Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer.	A	D
19.- Con frecuencia desearía ser otra persona.	A	D
20.- Me siento bastante seguro de mi mismo.	A	D

Entrevista semiestructurada

El testimonio que se obtenga de la siguiente entrevista será registrada de forma confidencial y sólo para fines educativos. Por favor conteste lo más sinceramente posible.

1. ¿Cómo le gusta que le llamen?
2. ¿Cuál es el mejor recuerdo de su vida?
3. ¿Está satisfecho con su vida?
4. ¿Cómo se había imaginado su vida a partir de los 60 años?
5. ¿Está contento de haber llegado a esta edad?

6. *¿Ha llegado a pensar alguna vez en la muerte?*
7. *¿Qué ha pensado sobre ella?*
8. *¿Cómo se ha imaginado su muerte o cómo le gustaría que fuera?*
9. *Si pudiera dejar un mensaje antes de morir ¿Cuál sería?*

10. ¿Qué otras experiencias le gustaría vivir?
11. ¿Qué mensaje le gustaría dejar en este momento?

ESCALA DE MUERTE

Reactivos

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Tengo cosas pendientes, por eso no me quiero morir. | A | D |
| 2. Quisiera estar sólo cuando mi muerte suceda. | A | D |
| 3. Duermo poco pues temo morir mientras duermo. | A | D |
| 4. Me gustaría que mi muerte fuera rápida. | A | D |
| 5. No quisiera morir en soledad. | A | D |
| 6. He cumplido mis metas, por eso no me inquieta mi muerte. | A | D |
| 7. Pienso constantemente en la muerte. | A | D |
| 8. Me da lo mismo estar acompañado o solo cuando muera. | A | D |
| 9. No me gustaría que la muerte me tome por sorpresa. | A | D |
| 10. Veo en la muerte un descanso y eso me brinda tranquilidad. | A | D |
| 11. La vejez es la etapa más adecuada para morir. | A | D |
| 12. Me gustaría que mi muerte ocurra mientras estoy dormido. | A | D |
| 13. Me cuesta trabajo aceptar que moriré. | A | D |
| 14. Espero estar en mi hogar cuando muera. | A | D |
| 15. A veces pienso en la muerte. | A | D |
| 16. Trato de no pensar como será mi muerte. | A | D |
| 17. Reconozco sin problemas que algún día moriré. | A | D |
| 18. Mi muerte es un suceso natural que tengo que enfrentar. | A | D |
| 19. Creo que la muerte no debería de existir. | A | D |
| 20. Me siento preparado para recibir la muerte. | A | D |
| 21. Morir es inevitable y no me preocupa. | A | D |

ANEXO 2

ESCALA AUTOESTIMA Y MUERTE.

Instrucciones: Este cuestionario tiene varias afirmaciones relacionadas con la autoestima. Lea cuidadosamente las afirmaciones siguientes y luego indique hasta que punto está de acuerdo o en desacuerdo con lo que ellas indican. Es importante que lea y conteste todas las afirmaciones sin omitir ninguna. La escala que deberá seguir es la que se presenta a continuación:

A = Acuerdo

D = Desacuerdo

Afirmaciones:

1.- Por lo general si tengo algo que decir lo digo.	A	D
2.- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho.	A	D
3.- Reconozco sin problemas que algún día moriré.	A	D
4.- Mi muerte es un suceso natural que tengo que enfrentar	A	D
5.- Es muy difícil ser uno mismo.	A	D
6.- Con frecuencia desearía ser otra persona.	A	D
7.- Me cuesta trabajo aceptar que moriré.	A	D
8.- Casi siempre me siento seguro de lo que pienso.	A	D
9.- Duermo poco pues temo morir mientras duermo.	A	D
10.- Soy bastante feliz.	A	D
11.- Tengo cosas pendientes, por eso no me quiero morir.	A	D
12.- Morir es inevitable y no me preocupa.	A	D
13.- Con frecuencia me avergüenzo de mi mismo.	A	D
14.- He cumplido mis metas, por eso no me inquieta mi muerte.	A	D
15.- Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiera.	A	D
16.- Pienso constantemente en la muerte.	A	D
17.- Me siento preparado para recibir la muerte	A	D
18.- Me siento bastante seguro de mi mismo.	A	D
19.- Trato de no pensar como será mi muerte.	A	D
20.- Me siento orgulloso de lo que hago.	A	D

ANEXO 3
ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA ENTREVISTA MUERTE
¿Qué ha pensado sobre la muerte?

¿Qué dice?	Palabras frases clave	Inferencia
E1. ¡Ay! Pues, me da miedo, este... pues no se porque, como estoy sola, será por eso. ¿No le gustaría morir sola? No porque les digo a mis hijas que ni cuenta se van a dar. Les digo "Si hablan por teléfono y luego no contesto, siquiera vengán a verme si estoy muerta ¿o qué?". Si, sí, quien sabe, soy muy miedosa. Si, duermo con fo..., la luz prendida porque soy muy miedosa... No sé, porque te digo que soy muy miedosa, y como estoy sola, yo creo; y luego duermo poquito con el foco prendido....	me da miedo porque estoy sola duermo poquito	- miedo a morir en soledad - Insomnio (temor a morir mientras duerme)
E2. Pues que, me tengo que ir...y... pues te pido a Dios que me ayude, nada más.	Me tengo que ir pido a dios que me ayude que sea rápida, sin sufrir no hacer sufrir a mi familia	- Resignación a la idea de morir - Encomendarse a dios - Deseos de que su muerte sea repentina y sin dolor. - No ocasionar sufrimientos a la familia
E3. Bueno yo he pensado en que la muerte... sea rápida sin sufrir y ni hacer sufrir a mi familia	Miedo a que llegara antes de tiempo estoy dispuesta a que en el momento que... creo que he cumplido, creo haber cumplido, me siento tranquila.	- Existe un tiempo adecuado para morir - La vejez es la etapa más adecuada para morir - Sentimiento de tranquilidad al pensar en la muerte cuando se cree que han cumplido sus metas
E4. Pues al principio... antes pensaba, este pues con miedo que llegara antes de tiempo por mi, por mi familia, por mis hijos; ahorita no, ahorita ya ..este pues no estoy como para entregarme a morir ¡verdad! Pero sí estoy dispuesta a que en el momento que...creo que he cumplido, me siento tranquila.	no quiero morir todavía cuando así sea, me siento tranquila Paso inevitable	- Aceptación de la muerte durante su vejez - Sentimiento de tranquilidad
E5. Antes me daba pavor, ahora pienso diferente, no me quiero morir todavía, pero cuando así sea me siento muy tranquila	Es ineludible no se puede evitar	- Aceptación de la muerte - Deseos de vivir más tiempo.
E6. ...es un paso inevitable...¡pero que no sea ahora!	Algo que debo enfrentar dios sabe cuando me va a recoger	- Aceptación de la muerte como suceso inevitable de la vida - Aceptación de su muerte como un acontecimiento que tendrá que enfrentar - Tranquilidad al encomendarse a dios
E7. Que es algo ineludible que no se puede evitar.		
E8. Que me da miedo pero que es algo que debo enfrentar y me conforta saber que dios sabe cuando me va a recoger y eso me proporciona un poco de alivio.		

¿Qué cree que ocurra después de que uno muera?

¿Qué dice?	Palabras clave	Inferencia
E2. Pues...este...pues...descansar...descanso	Descansar	- Se ve en la muerte un descanso.
E3. Pues yo pienso que ya es descanso, es un descanso, ya no sabe uno nada de la vida, ya se... no sé ¡ni idea!	Descanso ya no sabe uno nada de la vida, ya se... no sé no sabe uno nada de la vida, ya se... no sé	- La muerte implica descansar de la vida - Se considera a la muerte como el fin del proceso de la vida
E5. Es la transición, tengo mis creencias y espero que sea un paso.	Transición	- La muerte es un cambio, un paso a una nueva vida

¿Cómo se ha imaginado su muerte o cómo le gustaría que fuera?

¿Qué dice?	Palabras clave	Inferencia
E1... No...pues nomás que me quedo dormida, si, ojalá, ojalá fuera así ¡verdad!; dormida, si, pues sí....	me quedo dormida	- Que la muerte ocurra mientras duermo.
E2. Nunca me la he imaginado ¡no!	nunca la he imaginado	- No piensa en cómo sucederá su muerte
E3. Dormir, nada más quedar dormidita.	Dormir	- Morir mientras se duerme
E4. Me gustaría que fuera...en mi casa, en mi cama, este y rápida eso sí que fuera rápida.	Que fuera en mi casa Rápida	- Que la muerte sea repentina y en el hogar.
E6. En mi cama, de enfermedad no de accidente, porque ha de ser muy feo morir así de un accidente, yo no quiero, no me gustaría.	En mi cama de enfermedad, no de accidente	- Deseos de morir en un lugar familiar: su casa y en su cama. - La enfermedad sirve como preparación para la muerte. - La muerte por un accidente es repentina y no deseable.
E7. Me gustaría que fuera de un paro cardíaco o de algo que me dejara tranquilo sin dolor.	Paro cardíaco algo que me dejara tranquilo sin dolor	- Que la muerte sea repentina. - Que la muerte no se deba a una enfermedad prolongada
E8. Como en un sueño, sin dolor, sin nada, que al dormirme no despierte, sin dar lata ni nada.	Que al dormirme no despierte sin dar lata.	- Morir mientras se duerme para evitar sufrimientos o dolor. - Si ocurre la muerte mientras se está dormido no se da molestias a otros

ANEXO 4
TABULACIÓN DE DATOS (VALIDEZ DEL INSTRUMENTO)

REACTIVO SUJETOS	AUTOESTIMA																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
2	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1
3	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0
4	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1
5	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
7	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
8	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1
9	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
10	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
11	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1
promedio	0,273	0,73	0,18	0,727	0,455	0,818	0,818	0,545	0,727	0,818	0,455	0,818	0,273	0,636	0,091	0,455	0,545	0,455	0,364	0,364
Varpobl.	0,198	0,2	0,15	0,198	0,248	0,149	0,248	0,198	0,149	0,248	0,149	0,198	0,231	0,083	0,248	0,248	0,248	0,231	0,231	0,198
Var muestr.	0,218	0,22	0,16	0,218	0,273	0,164	0,273	0,218	0,164	0,273	0,164	0,218	0,255	0,091	0,273	0,273	0,273	0,255	0,255	0,218
desviestandard	0,467	0,47	0,4	0,467	0,522	0,405	0,522	0,467	0,405	0,522	0,405	0,467	0,505	0,302	0,522	0,522	0,522	0,505	0,505	0,467

Siguiendo el criterio: *A mayor varianza, mayor dispersión; por lo tanto incoherencia; se eliminan los reactivos 5, 7, 10, 13, 15, 16, 17, 18 y 19,* ya que la varianza entre estos reactivos es más grande, es decir, hay mayor dispersión entre sus datos y por lo tanto resultan incoherentes.

Para la conveniencia de este estudio, se busca que el instrumento esté integrado por la mitad de reactivos favorables y mitad desfavorables, por lo que se decidió eliminar los ítem 1 y 6 que eran los que causaban confusión al contestar; se incluyó el ítem 19 que tenía un valor negativo y hacia falta para completar la escala, tenía menos varianza y ayuda más a nuestra investigación.

La sección de autoestima en el instrumento final estará integrado por los reactivos: 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12, 14, 19 y 20. De los cuales, son favorables (autoestima alta) 2, 4, 8, 9 y 20; los desfavorables (autoestima baja) son los números 3, 11, 12, 14 y 19.

		MUERTE																				
REACTIVOS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
SUJETOS	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1
	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0
	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
	4	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1
	5	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	6	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1
	7	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
	8	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
	9	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	10	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1
	11	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1
promedio		0,273	0,909	0,91	0,545	0,364	1	0,818	0,727	0,364	0,545	0,364	0,818	0,455	0,364	0,273	0,727	0,909	0,636	0,727	0,818	
varpod.		0,198	0,083	0,08	0,248	0,231	0	0,149	0,198	0,231	0,248	0,231	0,149	0,248	0,231	0,198	0,198	0,083	0,231	0,198	0,149	
varmues.		0,218	0,091	0,09	0,273	0,255	0	0,164	0,218	0,255	0,273	0,255	0,164	0,273	0,255	0,218	0,218	0,091	0,255	0,218	0,164	
desvestand		0,467	0,302	0,3	0,522	0,505	0	0,405	0,467	0,505	0,522	0,505	0,405	0,522	0,505	0,467	0,467	0,302	0,505	0,467	0,405	

Siguiendo el criterio: *A mayor varianza, mayor dispersión; por lo tanto incoherencia.* Se eliminan los reactivos 4, 5, 9, 10, 11, 12, 14, 15, y 19. La varianza en estos reactivos es más grande, es decir, hay mayor dispersión entre sus datos y por lo tanto resultan incoherentes.

Para la conveniencia de este estudio, se busca que el instrumento esté integrado por la mitad de reactivos favorables y mitad desfavorables, en consecuencia se decidió eliminar los ítem 2 y 8, pues no resultan de vital importancia para medir la aceptación o rechazo hacia la propia muerte.

La sección de muerte en el instrumento final estará integrado por los reactivos: 1, 3, 6, 7, 13, 16, 17, 18, 20 y 21. De los cuales, son favorables (aceptación de la muerte) 6, 17, 18, 20 y 21; los desfavorables (rechazo a la muerte) son los reactivos 1, 3, 7, 13 y 16.