



Universidad Adventista de Centro América
Escuela de Psicología

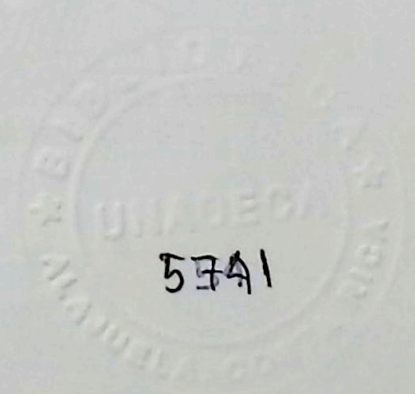
Trabajo de Investigación
Como requisito para optar al grado de
Licenciatura en Psicología.

Autoestima y Aceptación de la Muerte

por

Juana Francisca Vásquez Ferrufino

Noviembre, 2010
Alajuela, Costa Rica



**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTRO AMERICA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
PRESENTACIÓN DE TESIS**

ACTA No 11-2011

Los suscritos miembros del Comité Evaluador, hacemos constar que el día 22 de Noviembre de 2011 fue realizada la exposición y defensa de la tesis titulada:

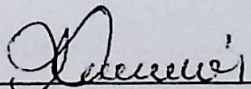
¿CÓMO AFECTAN LOS PENSAMIENTOS Y LAS CREENCIAS SOBRE LA MUERTE, A LA AUTOESTIMA DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR DE ANCIANOS SANTIAGO CRESPO, CALVO DE ALAJUELA, COSTA RICA, DURANTE ENERO A NOVIEMBRE DEL 2011?

Presentada como requisito de graduación para optar al grado de Licenciatura en Psicología por la candidata a graduación:

JUANA FRANSISCA VÁSQUEZ FERRUFINO

Este comité determinó aprobar dicha Tesina con una **nota de 89**. En virtud de lo cual confirmamos la presente Acta.

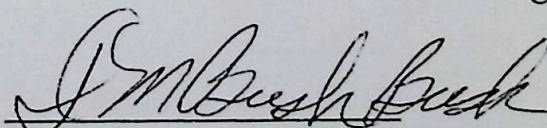
Dado en Alajuela, Costa Rica a los veintidós días del mes de noviembre del año dos mil once.



MSc. Ana Lorena Quirós Calvo
Cédula 3-302-933



Lic. Elizabeth Sánchez Artavia
Cédula 1-927-612



Dra. Ina Bush Bush
Cédula 800-300-195

Tabla de Contenido

Capítulo 1	1
Introducción.....	1
1.1 Formulación del problema.....	3
1.2 Objetivos.....	3
1.2.1 Objetivo general.....	3
1.2.2 Obejetivos específicos.....	3
1.3 Justificación.....	4
1.4 Factibilidad.....	4
1.5 Delimitaciones.....	5
1.6 Limitaciones.....	6
1.6.1 Limitaciones humanas.....	6
1.6.2 Limitaciones documentales	6
1.6.3 Limitaciones temporales	6
1.6.4 Limitantes teóricas.....	7
1.7 Definición de términos	7
Capítulo 2	14
Marco Teórico.....	14
2.1 Antecedentes.....	15
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	15

2.2 La vejez.....	16
2.3 Evolución Psicológica normal de la vejez.....	18
2.4 Perturbación en la vejez.....	20
2.5 Relaciones afectivas en la vejez.....	21
2.6 Temor a la enfermedad en la vejez.....	21
2.7 Estudio demográfico de adultos mayores en Costa Rica.....	25
2.8 Corrientes teóricas acerca de la muerte	27
2.9 Teoría de Freud	28
2.10 La teoría Psicosocial de Erickson	29
2.10.1 Generatividad versus estancamiento.....	29
2.11 Teoría de la actividad.....	31
2.12 Teoría de la desvinculación.....	31
2.13 Prácticas en la forma de morir	36
2.14 La opción en el hospicio.....	38
2.15 Definiciones Socioculturales de la muerte	40
2.15.1 Contextualización socio- cultural del fenómeno de la muerte y el morir....	40
2.16 ¿Por qué existe la muerte y porque tenemos que morir?.....	41
2.17 Influencia de la religión en el concepto de la muerte	41
2.18 Doctrinas religiosas sobre la muerte.....	43
2.19 Posibles factores que influyen a la no aceptación a la muerte.....	45
2.20 Suicidios por alcoholismo.....	46
2.21 Deportes Extremos.....	47
2.22 Muertes Silenciosas.....	48

2.23	La muerte.....	49
2.24	Afrontamiento de la muerte.....	50
2.25	Evaluación del miedo a la muerte.....	50
2.26	Actitud hacia la muerte en el anciano.....	50
2.27	Satisfacción personal y aceptación de muerte en la tercera edad.....	52
2.28	Factores que determinan un suceso sea estresante.....	52
2.29	Miedo a la muerte.....	53
2.30	La muerte vista desde el ciclo vital.....	56
2.31	Ansiedad ante la muerte	56
2.32	Negación a la muerte	57
2.33	Cómo enfrentar la ansiedad ante la muerte	59
2.34	Preparación del escenario final.....	60
2.35	Duelo en el anciano.....	62
2.36	Los pensamientos	70
2.36.1	¿Cómo se crean los pensamientos?.....	70
2.37	Las Creencias.....	72
2.38.1	Tipos de creencias.....	73
2.38.2	La formación de las creencias.....	73
2.38.3	Autoestima en la Tercera Edad.....	74
Capítulo 3	78
Marco Metodológico.....		78
3.1	Población.....	79
3.2	Muestra.....	79

3.3 Procedimiento Metodológico.....	79
3.4 Ética en la investigación.....	80
3.4.1 Respeto a los participantes.....	83
3.4.2 Información suficiente para fundamentar la muestra estudiada.....	83
3.4.3 Procedimiento Metodológico.....	84
3.4.4 Ética en la investigación.....	80
3.4.1 Respeto hacia los participantes.....	81
3.4.2 Información suficiente para fundamentar la muestra estudiada.....	81
3.4.3 Entender y evaluar las circunstancias.....	82
3.4.4 Libertad de la restricción social excesiva.....	82
3.4.5 Obtención del conocimiento.....	82
3.4.6 Mantenimiento de la confidencialidad.....	82
3.4.7 Minimización de los daños.....	83
3.4.8 Integridad personal y responsabilidad profesional.....	83
3.4.9 La evaluación ética de los estudios de investigación.....	84
Instrumento	84
3.5 Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte.....	84
3.5.1 Datos Psicométricos existentes sobre (EMMM).....	85
3.6 Test de autoestima.....	87
3.7 Entrevista.....	88
Baremo.....	88
3.8 Corrección para la Escala Multinacional de Miedo a la Muerte.	88
3.9 Test de autoestima.....	89

3.10 Entrevista	89
3.11 Unidades de Análisis.....	89
3.12 procedimiento de Estudio.....	91
Capítulo 4.....	94
4.1 Análisis de Datos.....	94
4.2 Comparaciones con mujeres profesionales y mujeres sin preparación académica del instrumento (EMMM).....	95
4.3 Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte, en hombres sin preparación académica y hombres profesionales.....	95
4.4 Test de autoestima de Coopersmith mujeres sin preparación académica y mujeres profesionales	97
4.5 Test de autoestima de Coopersmith hombres sin preparación académica y hombres profesionales	99
4.6 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en mujeres profesionales.....	100
4.7 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en mujeres sin preparación académica.....	102
4.8 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en hombres sin preparación académica.....	103
4.9 Datos para indagar si existen Pensamientos y creencias acerca de la muerte en hombres profesionales	104
Capítulo 5.....	106
.5.1 Recomendaciones.....	107

5.2 Recomendaciones a la familia.....	110
Referencias	112
Anexos	118
Anexo 1 Instrumento, Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM).....	119
Anexo 2 Instrumento de Coopersmith para medir la autoestima.....	122
Anexo 3 Instrumento para medir las Creencias y Pensamientos sobre la muerte.....	124
Anexo 4 Carta de Solicitud del hogar del Hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela, Costa Rica.....	127
Anexo5 Carta de aprobación del Hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica.....	128
Anexo 6 Carta de la tutora del trabajo de investigación.....	129
Anexo 7 Carta del filólogo del trabajo de investigación.....	130
Anexo 8 Seminario- taller: Vida muerte.....	131
Anexo 9 Seminario- taller: La ley de la vida.....	133
Anexo 10 Seminario- taller: La ley de la vida.....	135
Anexo 11 Motivar el adulto mayor desde la actividad física.....	137
Anexo 12 Existen diversas discapacidades; la única peligrosa es no tener corazón.....	139
Anexo 13 Tarde de entretenimiento.....	141
Anexo 14 Seminario sobre la separación y la pérdida.....	143
Anexo 15 Terapia de duelo convencional.....	146
Anexo 16 Charla sobre la atención integridad a la persona anciana, en conjunto con la familia y la Institución.....	147
Anexo 17 Conociendo mis emociones.....	149

Anexo 18 Terapia de grupo.....	151
Anexo 19 ¿Tengo ideas irracionales?.....	153

Dedicatoria

Este trabajo de investigación está dedicado a:

Dios quien es el único que me dio la oportunidad de lograr esta meta, dándome no solo la vida, inteligencia y sabiduría para actuar, sino porque me permitió ingresar a la Universidad Adventista de Centroamérica, para reír, llorar, soñar, trabajar, conversar, y sobre todo para estudiar y sentirme satisfecha de mi esfuerzo.

A mi madre Antonia Gladis Ferrufino Echeverría (que en paz descanse) por el esfuerzo y dedicación y apoyo incondicional hacia mí, por hacer de mí una mejor persona a través de sus consejos, enseñanza y amor. A mi padre Marcial Vásquez, por brindarme la confianza y el apoyo de siempre. A mis hermanos(as) por estar siempre presentes brindándome los recursos necesarios, apoyo y amor y atención hacia mí. A mis sobrinos por hacerme pasar momentos muy lindos el cual me ayudo a tener tranquilidad y seguridad.

Agradecimientos

Mi gratitud, principalmente está dirigida a Dios por haberme dado la existencia y permitido llegar al final de la carrera. Por haberme ayudado en los momentos más difíciles y por haber permitido desarrollar la fe por medio de las pruebas, ya que eso me ayudo a ser una persona más fuerte y a depender de Dios. Le agradezco a Dios ,porque él me ha dado las fuerzas necesarias para enfrentarme victoriosamente a cada reto, y estoy segura que lo seguirá haciendo en mi carrera como profesional ,ayudando a las personas, poniendo a Dios como centro de mi profesión.

A mi mamá que en paz descanse, porque me enseñó a depender de Dios, sobre todo del amor hacia las demás personas, gracias por ser una madre cariñosa, dulce, abnegada , por enseñarme el significado de la perseverancia y dedicación, y el amor hacia Dios sobre cada acto. Pero sobre todo gracias por sus consejos y educación brindada y por darme la oportunidad de llegar hasta este momento, por medio de sus incansables oraciones, esfuerzo y confianza hacia mi persona.

A mi papá por su apoyo y amor hacia mí, por enseñarme la importancia del estudio y responsabilidad, pero sobre todo por sus consejos; que han sido de bendición para, salir adelante.

A mis hermanos (as) Eulises, Gladis,Rina, Rosalina, Yesenia, quienes me han apoyado hasta este momento para poder finalizar mis estudios, ellas son uno de los mejores regalos que

Dios me ha dado para compartir los momentos alegres y difíciles de la vida. Gracias por su apoyo y porque sé que puedo contar con ustedes siempre.

A mis sobrinos David Alejandro y Daniel Eulises, ellos son mi inspiración, doy gracias a Dios por tenerlos, ya que ellos me hacen pasar momentos muy agradables y de mucha felicidad.

A mis profesores quienes compartieron su conocimiento conmigo y me instruyeron a lo largo de la carrera de Psicología. En especial a la profesora Elizabeth Sánchez quien para mí es un ejemplo a seguir por su manera de abordar las clases, y brindar su conocimiento, por su paciencia y amor a la hora de instruir de manera estricta y sutil, y enseñar a otros a través de la Psicología.

A la profesora Ana Lorena Quiroz, gracias por su cariño y amor incondicional hacia mí. Gracias por estar atenta en los momentos buenos y malos, gracias por sus oraciones y apoyo a lo largo de la carrera.

A mi tutora en esta investigación por ser no solamente mi profesora sino como una madre. Gracias por su apoyo, por brindarme sus consejos y dedicación, y por trabajar conmigo duro y con mucha paciencia para lograr alcanzar el éxito.

A mis amigos(as) Michel Cruz, Merary Pérez, Julia Patricia, Mauren Hidalgo, Sandy García, Sherly Méndez, Katy Méndez, Ana Elsy Aguilera, Dinora Galvez Avis Medina, Vasny Castro, Asrtrid Mérida, Oneyda Yanez Lisbeht Caballero, Lilian González, Adhemar Condarco, Jonathan Argumedo, Miguel Ramírez, Eduardo Zambrano, y Ever Samuel Díaz, por su linda amistad incondicional. Gracias por sus oraciones sé que me ayudaron de mucho para darme fuerzas y confianza para seguir adelante, con ellos pase momentos de alegría y diversión en la Universidad. Gracias amigos con ustedes pase momentos inolvidables, donde solo se vive

gracias a ustedes, lo cual ustedes formaron parte de mis alegrías, tristezas, pero sobre todo la compañía como una verdadera familia.

Al Dr. Velázquez gracias por brindar su granito de arena, doy gracias a Dios porque en los momentos más difíciles el sirvió como un ángel, gracias por enseñar en mí la perseverancia y luchar hasta terminar la meta.

A pastor Alfredo Argueta gracias por su ayuda incondicional, ya que gracias a Dios y a él logré terminar mi carrera, gracias por brindar su apoyo, y por confiar en mí, sin esperar nada a cambio, a él le tengo mucho cariño y aprecio.

A John Andrew Beldin gracias por su linda amistad y cariño hacia mí, Pero en especial a Casey Turner gracias por su regalo y su bondad, gracias a él logre tener el elemento necesario y fundamental para trabajar en mi investigación, y por hacer pasar momentos muy divertidos.

Al Sr. Carlos Martínez, y su esposa Perla Cardoza gracias por su linda amistad y sus buenos deseos y apoyo hacia mí, de igual manera gracias al pastor David Pacheco, por su apoyo y amistad.

¡ Muchas Gracias!

Capítulo 1

Introducción

La muerte no figuró en el plan original de Dios Creador y Providente, con lo cual confirma la resistencia del ser persona ante el suceso del final de la existencia.

El creador ha querido para el hombre una vida plena, física y espiritualmente indisoluble. Anclado en un punto preciso del espacio y del tiempo, en virtud de su dimensión, lo ha creado abierto a la eternidad y al infinito con toda la fuerza de su espíritu. Pero el pecado original de la humanidad, encabezado por Adán y Eva, y luego los pecados personales, lesionaron la integridad primaria del hombre sin destruirla del todo. Integridad que aseguraba el dominio de la razón sobre los impulsos sensibles, la prioridad de lo Universal sobre lo particular y de lo duradero sobre lo inmediato y pasajero.

Por el pecado entró la muerte al mundo, esto es de un doble sentido: primero, la humanidad se enfrentó a la muerte real al apartarse de Dios que es vida plena y auténtica. Después creyó que la muerte física, que no es otra cosa que un paso a otra vida, era muerte en el sentido de cese total de la existencia, que generó angustia y horror ante ella. El pecado está estrechamente ligado a la muerte porque ambos nos hacen ser diferentes de Dios, lo que nos reduce a una vida egocéntrica atenta a lo inmediato y sensible, aún cuando esté nostálgicamente orientado a la plenitud de la vida.

Es importante mencionar la cultura, ya que no se practican conversaciones de la muerte, y de ello surge una negación por el hecho que no todos los seres humanos estamos preparados

para afrontar la muerte, por lo tanto se trata de ignorar la muerte con el olvido. Vivimos en una cultura que niega la muerte y hace del hecho de morir un tabú. La muerte se ha tornado un tema prohibido.

Por una parte, no se nos educa para aceptar la muerte y tampoco se nos prepara con estrategias que permitan afrontar de la forma menos sufriente posible cuando este hecho se presenta en nuestras vidas. Las personas cada vez somos mentalmente más frágiles y vulnerables frente a la realidad de la muerte y estamos más indefensos frente a las experiencias de pérdida que la vida nos va poniendo en el recorrido que hacemos. Como así también, la idea que nos transmiten los medios de comunicación intenta ofrecer de la muerte, un suceso impersonal y violento en contraposición de su realidad natural e individual.

Desde muy temprano en la vida es necesario tener conciencia de que algún día se ha de morir. Al ser humano le angustia saber que eventualmente va a desaparecer del escenario de la vida y que esta seguirá su marcha sin su presencia. Saber que no sólo se dejará vacío el espacio físico que diariamente ocupa el cuerpo, saber que después de la muerte se irá lentamente muriendo en el recuerdo de las personas, en la memoria de los familiares y la memoria de la sociedad.

1.1 Formulación del problema

¿Cómo afectan los pensamientos y las creencias sobre la muerte, a la autoestima de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica, durante Enero a Septiembre del 2011?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Conocer el efecto que tienen las creencias, los pensamientos sobre la muerte a la autoestima de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo de Alajuela, Costa Rica, durante los meses de Enero a Noviembre y ofrecer estrategias que ayuden a la aceptación de la muerte.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar cómo afectan las creencias de la muerte a la autoestima de los residentes del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica.
- b) Indagar sobre los pensamientos que afectan a la aceptación de la muerte a la autoestima en los residentes del hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica.
- c) Recomendar estrategias para aumentar los niveles de autoestima y que ello ayude a tener una perspectiva diferente a la aceptación de la muerte en los residentes del hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica.

1.3 Justificación

Con el estudio de este tema se pretende lograr un conocimiento, de lo que afecta la aceptación de la muerte y ahondar cómo las creencias y pensamientos de la muerte afectan la autoestima del sujeto. Esta investigación es de suma importancia porque con los resultados del mismo se espera brindar un aporte al conocimiento de los efectos que tienen las creencias, los pensamientos y la aceptación de la muerte, y analizar su relación con la autoestima. Por medio

de instrumentos cualitativos, y seminario- taller, se investigará estos efectos, que ofrecerá otra perspectiva de la muerte y ello ayude a evitar una baja autoestima.

1.4 Factibilidad

Esta investigación fue posible debido a que se contó con acceso a literatura para formar un marco teórico. También se obtuvo acceso a la institución, Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela. La investigadora ha pasado tiempo con los residentes, así que ya ha establecido un alto nivel de rapport, es decir tener empatía con ellos. Otra razón porque resulta posible esta investigación, es que la administración de dicha institución está abierta al estudio de los residentes, y ha otorgado el permiso necesario para realizarlo. Así mismo es importante realizar dicha investigación porque la institución no cuenta con la asesoría de profesionales en Psicología.

1.5 Delimitaciones

Algunas delimitaciones de la investigación son:

Se describirán las variables de la investigación, en cuanto a las áreas de la autoestima, se puede decir que las áreas de la autoestima son muy extensas, por lo tanto se describirá que aspectos pueden afectar a los residentes a poseer una baja autoestima:

- a) Abandono de los familiares
- b) Falta de actividades físicas
- c) No cumplir con las metas establecidas
- d) Problemas de salud, o discapacidades físicas

En los aspectos a tomar en cuenta en lo que son los pensamientos, las creencias, sobre la aceptación de la muerte, se determinarán las dimensiones a tomar en cuenta en este estudio de investigación:

1. En los pensamientos: las emociones negativas, los deseos, y la Actitud
2. En las creencias: los acontecimientos pasados, los periodos críticos y la frustración
 - a) La investigación se realizó solamente con individuos de la tercera edad del Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela Costa Rica.
 - b) La población que se utilizó fue de cuarenta y seis residentes divididos equitativamente entre géneros.
 - c) La muestra presenta un nivel de cognición tal, que pueden responder a preguntas de entrevista y de encuesta.
 - d) La investigación analizó los efectos de las creencias, los pensamientos y la aceptación de la muerte sobre la autoestima.
 - e) Los resultados de la investigación son aplicables únicamente a la muestra.

1.6 Limitaciones

Algunas de las limitantes de esta investigación son:

1.6.1 Limitantes humanas

- a) La interpretación imprecisa de las preguntas del instrumento por parte de la muestra, lo cual le da un margen de error a los resultados de la investigación.



- b) Se considera que se llevará mucho tiempo a la hora de pasar los test, por la movilidad de los individuos por los problemas físicos y motores.
- c) La posible muerte repentina de los individuos durante la investigación.

1.6.2 Limitantes documentales

- a) Otra limitante es que la Universidad no cuenta con información actualizada sobre aceptación a la muerte que influye sobre la autoestima.

1.6.3 Limitantes temporales

- a) El lapso de tiempo para realizar esta investigación es de dos cuatrimestres del año 2011, por lo que impide ampliar la investigación hacia otras áreas que también puede influir a la no aceptación de la muerte en los individuos de la tercera edad.

1.6.4 Limitantes teóricas

1. Desconocimiento de la investigadora de todos los procedimientos de la investigación.
2. Los resultados obtenidos en esta investigación son aplicables únicamente a la población estudiada.

1.7 Definición de términos

Autoestima:

La autoestima es la opinión que tiene la persona de sí mismo.

Alta autoestima:

Las personas de gran autoestima han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida, se creen seres poderosos y en posesión de la verdad en todo momento.

Autoestima media:

A este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones este puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo.

Ansiedad:

El estado emocional que se experimenta una sensación de angustia y desesperación permanentes.

Actitud:

La postura que expresa un estado de ánimo o una intensión, de una forma más general, una visión del mundo.

Afrontamiento:

Desarrollar ciertas habilidades, a fin de que las pueda utilizar en futuras situaciones de ansiedad o productoras de estrés.

Autocontrol:

Controlar el comportamiento a partir del propio arsenal conductual del sujeto.

Aceptación de responsabilidades:

Es la responsabilidad de dar cuenta de todas nuestras acciones.

Búsqueda de apoyo social:

El acudir a otras personas para buscar ayuda información o comprensión y apoyo emocional.

Baja autoestima:

Son aquellas personas que tienen una baja autoestima suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya.

Bereavement:

Es la sensación de haber sido robado, de ser despojado de algo valioso. Equivale a quedarse abrazando un espacio vacío

Creencias:

El sentimiento, de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera.

Congruencia:

La congruencia se da cuando asumes plenamente un compromiso consciente e inconsciente con un objetivo o comportamiento determinado.

Cuidados paliativos:

Tiene como fin el control del dolor y de otros síntomas para que el paciente pueda permanecer lo más alerta y cómodo posible. El paciente típico de cuidados paliativos tiene un pronóstico de vida de 6 meses o menos. (Quade, 2001)

Definiciones cognitivas:

Todo lo relacionado con la capacidad de entender, razonamiento, aplicación del pensamiento, (memoria, sumisión de problemas) inteligencia.

Definiciones de carácter social:

Las actitudes de carácter social se reflejan a nivel individual de los valores sociales de su grupo.

Definiciones conductuales:

La actitud como un estilo particular de respuesta verbal en la cual no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores externos.

Deseos:

Son las maquinaciones del pensamiento, donde surge una emoción- sentimiento, de los logros o metas si las cumplieron o no. La existencia de patrones de comportamiento de experiencias pasadas sueños objetivos que no se pudieron cumplir.

Escape-evitación:

El empleo de pensamiento irreal improductivo o de estrategias ejemplo: cuando la persona está en el momento de morir y dice no me estoy meriendo, evade la realidad.

Estrés:

La rigidez o endurecimiento de los músculos y del tejido conjuntivo que excede del tono necesario para su funcionamiento normal.

Estado de ánimo:

Es el tono emocional sostenido, perceptible a lo largo de un espectro continuo que va desde la tristeza a la felicidad.

Emociones negativas:

Es recordar sucesos malos que acontecieron en el pasado, esto puede provocar agitación dentro de nosotros mismos, esto hace una reacción negativa.

Incongruencia:

La falta de acuerdo, relación o correspondencia de una cosa u otra, incongruencia de lo que predicas y prácticas.

Improntas:

Los acontecimientos pasados o significativos a partir del cual se forma una creencia o un conjunto de creencias.

Influencia:

La habilidad de ejercer poder (en cualquiera de sus formas) sobre alguien, de parte de una persona, un grupo o de un acontecimiento en particular.

Informal:

La interacción social con familiares, amistades y vecinos.

Formal:

Es la conformación o comportamiento se ajusta a las normas establecidas

Frustración:

Se produce cuando las expectativas del individuo no coinciden con los hechos reales. Lo que frustra no es tanto la adversidad como el hecho de que los acontecimientos no se produzcan como uno esperaba.

Gerontología:

La gerontología, etimológicamente proviene de geron que significa viejo y logos que significa estudio o tratado.

Grief:

Se refiere a la experiencia personal de la pérdida, que implica las emociones de dolor y tristeza.

Jubilación:

La referencia a la acción y efecto de jubilar o jubilarse, pensión que recibe quien se ha jubilado.

Rapport:

Es el contacto afectivo entre dos personas, y especialmente entre terapeuta y paciente, y que posibilita en este último caso el tratamiento.

Miedo al proceso de morir:

La sensación de alerta y angustia por la presencia de un peligro o mal, sea real o imaginario, miedo a morir o miedo al fracaso.

Miedo a los muertos:

Es un trastorno de salud emocional que se caracteriza por un miedo intenso y desproporcionado ante objetos o situaciones concretas.

Miedo a ser destrozado:

Es una sensación humana, de conocimiento consciente de deshonor, desgracia, o condenación.

Miedo a otras personas significativas:

La dependencia emocional es "un patrón de necesidades emocionales insatisfechas desde la niñez, ahora de mayores buscamos satisfacer, mediante la búsqueda de relaciones interpersonales muy estrechas".

Miedo a lo desconocido:

Es algo completamente natural, no sabes cómo va a reaccionar tu cuerpo ante cualquier situación nueva.

Miedo a una muerte consciente:

Estar consciente cuando suceda un accidente donde se pierda la vida, mientras la persona lucha por vivir.

Miedo por el cuerpo después de la muerte:

Se caracteriza por un miedo a que las demás personas, vean el cuerpo deforme y sin lucidez.

Miedo a una muerte prematura:

Es aquella que ocurre antes de la edad a la que cualquier persona podría haber esperado vivir como miembro de una población estandarizada, con una expectativa de vida igual a la supervivencia más alta.

Mourning:

Es utilizado en inglés para nombrar el proceso que se produce después de una pérdida de un ser querido

Periodos críticos:

La pérdida de sus roles sociales y funcionalidad, al ingresar en alguna residencia, disminución en frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultado de este, un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión del futuro.

Capítulo 2

Marco Teórico

De acuerdo a Sabino, C. (1996), "El punto de partida para construir un marco de referencia lo constituye nuestro conocimiento previo de los fenómenos que abordamos, así como las enseñanzas que extraigamos del trabajo de revisión, que obligatoriamente tendremos que hacer". El marco teórico responde a la pregunta: ¿Qué antecedentes existen? Por ende, tiene como objeto dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos, proposiciones y postulados, que permita obtener una visión completa del sistema teórico y del conocimiento científico que se tiene acerca del tema.

La revisión de la literatura consiste en detectar, obtener y consultar, otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos del estudio, así como en extraer y recopilar la información relevante y necesaria que atañe al problema de investigación (disponible en distintos tipos de documentos). Así mismo consiste en destacar, obtener y consultar y otros materiales que pueden ser útiles para los propósitos de estudio, de donde se debe extraer y recopilar la información relevante sobre cómo las personas de la tercera edad pueden ser afectados emocionalmente, es por eso, que se investigará sobre las emociones, percepciones y pensamientos, y la no aceptación a la muerte, y como resultado se puede obtener una baja autoestima, ello puede ocasionar insatisfacción en esta etapa de la tercera edad. Es necesaria que atañe a nuestro problema de investigación. Después se debe adoptar de una teoría o desarrollo de una perspectiva teórica.

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

En España un estudio realizado por Méndez et al.(2003) administraron el Inventario de Miedos (Siracusa, 1993) que evalúa el grado de miedo experimentado por niños y adolescentes ante una amplia gama de objetos y actividades a una muestra de más de 3000 sujetos de entre siete y 18 años. Entre sus resultados se destacan que los miedos son relativamente frecuentes y que un porcentaje importante de la muestras presentaba mucho miedo en 11 ítems relativos a eventos relacionados con la muerte, a situaciones donde los niños están solos y a la adaptación con personas de autoridad.

Al estudiar los 11 miedos más comunes observaron que siete de ellos (de estos, cuatro son los más comunes) pertenecen a la dimensión de miedo a la muerte. Así mas el 85% de la muestra puntuó con el máximo valor el ítem que se puedan morir mis padres, el 76% que se pueda morir alguno de mis amigos o mis hermanos y el 74% me da miedo morirme. El miedo a la muerte y su relación con la comprensión de la idea de muerte. La muerte se reconoce como concepto que puede llevar a un impacto emocional substancial a través de la vida útil, aunque más que la muerte en sí, es el proceso de morir lo que genera más temor (Bayly., 1999).

Otro estudio se llevó a cabo a partir de un grupo de 91 personas, habitantes de la Isla Prince Edward (Canadá) que habían asistido en la Universidad Prince Edward a un programa para jubilados. Se aplicó el Índice de Satisfacción Personal (Neymeyer, 1961) a 69 mujeres con una media de edad de 69 años y a 22 hombres con una media de edad de 67 años. También se les aplicó una escala de aceptación de la muerte especialmente diseñada para este resultado.

La escala de aceptación de la muerte fue diseñada combinando cuestiones de la Escala de Aceptación de la Muerte (Caceres, 1977) y cuestiones de la Escala de Preocupación ante la Muerte (Danilo, 1972) junto con una pregunta adicional desarrollada por los investigadores.

La versión final de la escala fue diseñada para medir la realidad de la muerte y la capacidad del individuo para aceptar esa realidad. No se incluyeron cuestiones relacionadas con los sentimientos de temor ante la muerte. La escala de cuatro puntos, con respuestas que podían oscilar entre el pleno acuerdo y el total desacuerdo, fue diseñada para evaluar el nivel de aceptación de la muerte por el propio individuo. Puntuaciones altas indican una gran aceptación de la muerte.

2.2 La vejez

Scope.A, (2005) menciona que envejecer es la creciente incapacidad del cuerpo de una persona de mantenerse por sí solo y realizar las cosas que hacía antes. El resultado es que con el paso del tiempo aumenta la probabilidad de fallecimiento. Aunque esta definición describe el proceso biológico, no explica el porqué envejecen las personas. Las teorías del envejecimiento se refieren al proceso de envejecimiento primario, que implica los cambios graduales e inevitables relacionados con la edad que aparecen en todos los miembros de una especie. Este tipo de envejecimiento es normal y sucede a pesar de la salud, el estilo de vida activo y el carecer de enfermedades.

En el proceso de envejecer ocurren cambios progresivos en las células, en los tejidos, en los órganos y en el organismo total. Es la ley de la naturaleza que todas las cosas vivan cambian con el tiempo, tanto en estructura como en función. El envejecimiento empieza con la concepción y termina con la muerte. La gerontología se interesa principalmente en los cambios

que ocurren entre el logro de la madurez y la muerte del individuo, así como en los factores que influyen en estos cambios progresivos.

Se hace extremadamente difícil señalar cuándo comienza la vejez. Esto se debe a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. No solamente hay variaciones entre individuos, sino también entre distintos sistemas de órganos. Orgánicamente hablando, el individuo en cualquier edad es el resultado de los procesos de acumulación y destrucción de células, que ocurren simultáneamente.

El envejecimiento comienza bien temprano en la vida. Distintas partes de la anatomía envejecen a ritmos diferentes. Específicamente, se ha señalado el caso del *arcus senilis* (arco senil o círculo del envejecimiento), que es la parte coloreada de los ojos de las personas. Generalmente, tal cambio puede observarse por primera vez alrededor de los 80 años, pero en otras personas puede notarse a los 50 años.

Lo prevaleciente es la noción que la vejez es resultado inevitable del deterioro orgánico y mental. Tal deterioro se hace visible a mediados de la vida. De ahí en adelante, progresa a un ritmo acelerado. En lo referente a los factores biológicos, se ha apuntado certeramente que los cambios que ocurren en el proceso de envejecer son los mismos en todas partes del mundo. En este sentido parece inevitable que el organismo humano pasa a lo largo de un ciclo que comprende la concepción, el nacimiento, el desarrollo durante la niñez y adolescencia, la plenitud, la declinación y la muerte.

Envejecer como proceso biológico tiene extensas consecuencias sociales por ejemplo psicológicas. Hasta este momento, la atención de la sociedad se ha orientado mayormente hacia la provisión de ciertos auxilios a los ancianos en sus necesidades biológicas: alimentación, salud

física y albergue. La vejez es un proceso multifacético de maduración y declinación, pese al hecho de que en todo instante hay lugar para el crecimiento. Las investigaciones señalan que se empieza a envejecer antes de los 65 años. Ya para fines de la cuarta década, hay declinación en la energía física.

Aumenta la susceptibilidad a las enfermedades e incapacidades. Se va haciendo cada vez más difícil, mantener la integración personal, así como la orientación en la sociedad. Finalmente, de una manera inexorable, unos antes y otros después, viene la declinación general. El individuo acaba retrayéndose de las actividades. Depende mucho de los que le rodean. Si las relaciones con otros son tirantes, el anciano busca el aislamiento y la soledad. El temperamento puede tornarse agrio. Surge en muchos casos la mala salud física.

2.3 Evolución psicológica normal de la vejez.

Semino, E,(2010). Determina las causas del envejecimiento mental normal se deben a la intervención de cuatro factores: el deterioro progresivo de las propias funciones físicas, a) El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales, b) La transformación del medio familiar y de la vida profesional., c) Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores d) . Los tres primeros factores ejercen sobre el psiquismo humano efectos directos procedentes del deterioro o de las transformaciones sufridas, y efectos indirectos sobre el comportamiento (así la presbicia comporta la disminución de la agudeza visual de cerca, pero también crea la costumbre de mirar las cosas de lejos). El último factor provoca diversas reacciones tanto en el plano de las actitudes expresadas como en el de la vida interior.

Finalmente, estos diferentes factores y sus efectos evolucionan progresivamente, pero en formas de etapas sucesivas. Se comprende en estas condiciones la complejidad del problema y la

dificultad de exponer claramente la evolución psicológica de las personas de edad. Para muchas personas la vejez es un proceso continuo de crecimiento intelectual, emocional y psicológico. Se hace un resumen de lo que se ha vivido hasta el momento, y se logra felicitarse por la vida que ha conseguido, aún reconociendo ciertos fracasos y errores. Es un período en el que se goza de los logros personales, y se contemplan los frutos del trabajo personal útiles para las generaciones venideras.

La vejez constituye la aceptación del ciclo vital único y exclusivo de uno mismo y de las personas que han llegado a ser importantes en este proceso. Supone una nueva aceptación del hecho que uno es responsable de la propia vida. Comienza a los 65 años aproximadamente y se caracteriza por un declive gradual del funcionamiento de todos los sistemas corporales. Por lo general se debe al envejecimiento natural y gradual de las células del cuerpo. A diferencia de lo que muchos creen, la mayoría de las personas de la tercera edad conservan un grado importante de sus capacidades cognitivas y psíquicas. Es la etapa en la que se adquiere un nuevo rol: el de ser abuelo.

El nieto compensa la exogamia del hijo. La partida del hijo y la llegada del nieto son dos caras de la misma moneda. El nuevo rol de abuelo conlleva la idea de perpetuidad. Los abuelos cumplen una función de continuidad y transmisión de tradiciones familiares. A través de los nietos se transmite el pasado, la historia familiar.

2.4 Perturbación en la vejez

En la vida afectiva: El retiro hace pasar al ser humano del estadio de la vida profesional durante el cual el trabajo se concibe y se exalta como la virtud cardinal, al estadio del descanso obligatorio libremente consentido o impuesto. Ello produce una perturbación del equilibrio mental y fisiológico. En la organización de la jornada: Repentinamente, los horarios de trabajo, de descanso, de sueño, entre otros, que había llegado a un alto grado de automatismo después de años de vida idénticos a sí mismos, resultan inadaptados, no corresponden ya a la situación objetiva; de donde una perturbación del equilibrio físico y fisiológico con repercusión sobre la salud y sobre el carácter.

En las condiciones de la vida social: Se produce a la vez una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fábrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce a quince horas de vida en común, a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos). En las condiciones de vida financiera: La pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del equilibrio general del presupuesto y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas. En la vida cultural y el ocio: El retirado va a pasar de una situación, con poco tiempo que dedicar a las distracciones, a una situación con mucho más tiempo libre, de donde una nueva perturbación del equilibrio del individuo.

2.5 Relaciones afectivas en la vejez

La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales. Ante todo es probable que sea multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora pero también crea presiones especiales.

La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a los ancianos, estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino. Por otra parte, muchos ancianos aún están resolviendo asuntos inconclusos de la niñez o de la edad adulta temprana, por ejemplo muchos eventos de la vida son especialmente típicos de la familia de edad avanzada (aunque no se limitan a ellas): volverse abuelo o bisabuelo, retirarse del trabajo y perder al cónyuge. Las relaciones personales, especialmente con los miembros de la familia, continúan siendo importantes.

2.6 Temor a la enfermedad en la vejez

La actual cultura occidental, consumista y elitista, ha colocado a la juventud en un lugar privilegiado frente a las demás etapas de la vida. Sin embargo, la felicidad, el bienestar, la productividad, entre otros, se puede desarrollar a lo largo de toda la existencia. El mito de que la vejez es una etapa de restricciones, privaciones y sufrimientos debe ser desterrado, y así permitir

que los viejos (y en el futuro nosotros mismos) podamos gozar de bienestar y salud hasta el fin de la vida.

Se puede llegar a viejo sin problemas de salud físicos, ni mentales, todo depende del estado que mantenga previamente una persona. Si bien es cierto que del proceso de envejecimiento no está libre de problemas, la enfermedad no es exclusiva de la vejez como no lo es la salud de la juventud. En efecto, la enfermedad puede aparecer en cualquier etapa de la vida, no hay una edad fija. Mientras personas jóvenes y aún niños padecen variadas enfermedades muchos viejos son saludables. El hecho de que aparezcan ciertas limitaciones no quiere decir que no se goce de una buena salud. Existe un estado ideal, un bienestar propio de cada etapa de la vida.

Y si estas etapas se viven al máximo de cuidado y prevención, se pueden conservar una gran proporción del organismo en forma saludable en la última etapa de la vida. El envejecimiento afecta a las funciones perceptivas, sensoriales, y la memoria. Las funciones sensorio-perceptivas disminuyen con la edad: en el plano sensorial ante todo, se manifiestan en alteraciones de la agudeza visual y de la agudeza auditiva, pero también en una disminución de la adaptación a la oscuridad, lenta desde los 30 a los 60 años, y luego acelerada a partir de los 60 años. El olfato se debilita.

Por el contrario, el gusto, en lugar de disminuir con la edad, más bien aumenta y concretamente se hace más sensible a los alimentos azucarados. La pérdida del oído favorece la desconfianza, los celos, el egocentrismo; el presbitero no puede ya leer y se aburre. Por lo que el cuadro de apatía, de inactividad y de desinterés general que puede observarse en el anciano se debe tanto a la disminución de la sensorio-receptividad como a la de la actividad cerebral: la

vigilancia, la capacidad de atención, incluso el nivel de conciencia están efectivamente en razón directa con el número de estímulos recibidos.

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocupan exclusivamente el espacio de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud y la mente misma acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal. La "salud" significa un estado del organismo que no está enfermo; "enfermedad" se relaciona con alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento normal. Para una buena salud mental y un comportamiento saludable es importante: La actividad física regular, prácticas nutricionales adecuadas, comportamientos de seguridad, reducir el consumo de drogas, prácticas adecuadas de higiene, desarrollo de un estilo de vida (minimizador del estrés), desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, desarrollo de comportamientos adecuados para el manejo de situaciones, cumplimiento y seguimiento de las prescripciones de salud.

Según Freud (1939) La mente consciente es todo aquello de lo que nos damos cuenta en un momento particular: las percepciones presentes, memorias, pensamientos, fantasías y sentimientos. Cuando trabajamos muy centrados en estos apartados es lo que Freud llamó preconscious, algo que hoy llamaríamos "memoria disponible": se refiere a todo aquello que somos capaces de recordar; aquellos recuerdos que no están disponibles en el momento, pero que somos capaces de traer a la conciencia. Actualmente, nadie tiene problemas con estas dos capas de la mente, aunque Freud sugirió que las mismas constituían solo pequeñas partes de la misma.

La parte más grande estaba formada por el inconsciente e incluía todas aquellas cosas que no son accesibles a nuestra consciencia, incluyendo muchas que se habían originado allí, tales como nuestros impulsos o instintos, así como otras que no podíamos tolerar en nuestra mente consciente, tales como las emociones asociadas a los traumas. De acuerdo con Freud, el inconsciente es la fuente de nuestras motivaciones, ya sean simples deseos de comida o sexo, compulsiones neuróticas o los motivos de un artista o científico. Además, tenemos una tendencia a negar o resistir estas motivaciones de su percepción consciente, de manera que solo son observables de forma disfrazada.

Sabino (1990) dice:

Hay una multitud de problemas de índole social y psicológica que cae sobre el anciano y sus familiares, la situación no es fácil para el adulto mayor ni para sus relacionados. El anciano no quiere construir un estorbo. Para los familiares, el hecho de tener la responsabilidad de personas mayores constituye un serio impedimento en el disfrute de sus afanes de vida y en la realización de sus proyectos y aspiraciones. En la vejez es muy difícil separar las incapacidades de índole física de los efectos desintegrantes de conflictos que, por ser prolongados y arduos, dejan una huella psíquica profunda en el individuo. El proceso de envejecer abarca toda la personalidad. El deterioro en la vejez no es sólo en la estructura, sino también en la función y, por tanto, un resultado de las tensiones emocionales.

Una vez más se reconoce que la personalidad humana es una integración, una totalidad indivisible. Todos reconocemos que una persona sufrida, en el aspecto emocional, envejece físicamente de la noche a la mañana. Se reconoce desde un principio que, al encarar la personalidad humana, estamos afrontando un conjunto de fuerzas intrapsíquicas en interacción con la cultura y la biosfera, es decir, el ambiente total en que se desenvuelve la vida del hombre. La lucha del ser humano, en todo momento de su vida, dentro de un ambiente físico, social y cultural. No se puede negar que a lo largo de la vida se van reduciendo los recursos de adaptación del ser humano. En muchos sentidos, envejecer no es otra cosa que la pérdida de esta capacidad de adaptación.

Quien se estanca, ha envejecido. Esto no significa que se pase por alto el hecho irrefutable de los años. Se envejece porque transcurre el tiempo por encima de cada persona. Pero también se envejece porque se permite que el tiempo corra por encima de cada una sin aprovecharlo como se debe. Y el tiempo siempre debe aprovecharse de una manera o de otra. Hay quien se sienta a esperar la muerte sentado en un sillón o acostado en una cama, sin haber razón alguna para tales poses fatalistas. En casi todas las etapas de la vida, incluyendo la vejez, se podría dar más de lo que se ha dado.

2.7 Estudio demográfico de adultos mayores en Costa Rica

De acuerdo con las proyecciones de los especialistas en población dentro de 40 años el rango que más va a crecer dentro de la estructura de la población costarricense es el de las personas de 65 años y más; para entonces el 20% de la población nacional estará conformado por adultos mayores. Rosero del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la Universidad de Costa Rica, explicó el comportamiento de la pirámide de población de Costa Rica hasta el año

2060 en el Foro Equidad intergeneracional, desafíos de la política económica frente al envejecimiento de la población, organizado por el CCP y el Observatorio del Desarrollo (OdD), como parte de las actividades de celebración del 35º aniversario de la Vicerrectoría de Investigación.

El crecimiento de la población de 60 años y más en Costa Rica es muchos más visible al comparar este segmento en total de la población, se nota que en 1970 alrededor de 100.000 superaban los 60 años (5.7 por ciento), cifra que casi se triplica para el año 2000 (7.6 por ciento), y se vuelve a duplicar siete años más tarde, dejando en evidencia el ritmo acelerado de crecimiento de este sector poblacional. Para el año 2050 se proyecta que poco más de una cuarta parte de la población formará parte de la tercera edad, porcentaje que casi cuadruplica el peso relativo de las personas de edad alrededor del 2,000. El mayor dinamismo del envejecimiento de la población empezara a manifestarse a partir del 2015, año para el cual la población adulta mayor se habrá duplicado con relación a la actual y su importancia relativa comenzara a incrementarse más aceleradamente. Una tercera parte de la población tendrá 60 años o más alrededor del 2080, situación que indudablemente alterará la relación entre grupos de edades y los programas sociales.

La población de 60 años y más envejece internamente producto de una mayor sobrevivencia allende de 80 años. Las personas de edad entre los 60 y 79 años representan una mayoría absoluta, pero posterior a la década comprendida entre 2020 y 2030 su relevancia empieza a decaer. En la actualidad hay alrededor de seis personas de edad entre 60 y 79 años por cada persona adulta mayor de 80 años y más, relación que se mantiene hasta del 2025. A partir de este año decae esa relación hasta alcanzar el valor de dos en el año 2075. De manera que la cantidad absoluta de ancianos crece aceleradamente, pero con énfasis en el grupo de edades más

elevadas. Esto implica necesariamente la modificación de una serie de aspectos en la sociedad y particularmente en la familia; considerando que son las personas de este grupo de edad que demandan mayor atención de parte de sus hogares y de los sistemas de salud.

Este índice muestra consecuentemente un acelerado crecimiento, en el 2000 había 24 personas de edad por cada cien niños, pero esta cifra se duplicará en quince años y transcurridos otros quince años se vuelve a duplicar. Incluso ya después del 2035 se proyecta que las personas de edad superaran a los niños implicando la no renovación de la población, pues mantiene su estructura.

El cambio drástico en la relación de dependencia prevista exige a la sociedad en general, a la comunidad y a las familias, prever y prepararse para estos cambios que enfrentaran las actuales cohortes jóvenes cuando superen los 60 años. A asegurar calidad de vida a la población de edad hace necesario preparar a la población para que, por un lado, brinde servicios adecuados acorde a las necesidades de las personas adultas mayores y, por otro lado desarrollen acciones para una adecuada preparación para el momento de que incorporen a ese grupo poblacional

2.8 Corrientes teóricas acerca de la muerte

Teoría contextual del proceso de la muerte

Matteis, E, (2007) citado por Kail.R. Menciona que las causas de los problemas es que no hay una sola forma de morir, aunque sí hay formas mejores o peores de enfrentamiento. Un enfoque que lo reconozca abordará el tema desde la perspectiva de moribundo o de las situaciones o tareas que ha de encarar. Bayly (1974) descubrió dimensiones de las tareas: Necesidades corporales, seguridad psicológica, apegos interpersonales, energía y esperanza espiritual. Este enfoque holístico admite las diferencias individuales y rechaza las

generalizaciones. También reconoce la importancia de los esfuerzos de enfrentamiento por parte de los parientes, los amigos, los cuidadores y el moribundo

2.9 Teoría de Freud

Freud (1939), declara las pulsiones de vida no explicaban toda la historia. La libido es una cosa viviente; el principio de placer nos mantiene en constante movimiento. Y la finalidad de todo este movimiento es lograr la quietud, estar satisfecho, estar en paz, no tener más necesidades. Se podría decir que la meta de la vida, bajo este supuesto, es la muerte. Freud empezó a considerar que “debajo” o “a un lado” de las pulsiones de vida había una pulsión de muerte. Empezó a defender la idea que cada persona tiene una necesidad inconsciente de morir. Parece una idea extraña en principio, y desde luego fue rechazada por muchos de sus estudiantes, pero creemos que tiene cierta base en la experiencia: la vida puede ser un proceso bastante doloroso y agotador. Para la gran mayoría de las personas existe más dolor que placer, algo, por cierto, que nos cuesta trabajo admitir. La muerte promete la liberación del conflicto.

En la teoría psicoanalítica, **Tánatos** es la pulsión de muerte, que se opone a **Eros**, la pulsión de vida. La «pulsión de muerte» identificada por Sigmund Freud señala un deseo de abandonar la lucha de la vida y volver a la quiescencia y la tumba. Freud se refirió a esto como el principio de Nirvana. Nirvana es una idea budista usualmente traducida como “Cielo”, aunque su significado literal es “soplido que agota”, como cuando la llama de una vela se apaga suavemente por un soplo. Se refiere a la no-existencia, a la nada, al vacío; lo que constituye la meta de toda vida en la filosofía budista. La evidencia cotidiana de la pulsión de muerte y su principio de nirvana está en nuestro deseo de paz, de escapar a la estimulación, en nuestra atracción por el alcohol y los narcóticos, en nuestra propensión a actividades de aislamiento,

como cuando nos perdemos en un libro o una película y en nuestra apetencia por el descanso y el sueño. Scope, A,(2005).

2.10 La teoría psicosocial de Erikson.

La teoría Psicosocial de Erickson, describe ocho etapas del ciclo vital o estadios psicosociales (crisis o conflictos en el desarrollo de la vida, a las cuales han de enfrentarse las personas: a) Confianza vs. Desconfianza, b) Autonomía vs. Vergüenza y Duda, c) Iniciativa v. Culpa, d) Laboriosidad vs. Inferioridad, e) Búsqueda de Identidad vs. Difusión de Identidad, f) Intimidad frente a aislamiento, g) Generatividad frente a estancamiento, h) Integridad frente a desesperación, la cual se tomará en cuenta la teoría Generatividad frente a estancamiento que se mencionará a continuación.

2.10.1 Generatividad versus estancamiento

La Generatividad versus estancamiento séptima etapa de desarrollo psicosocial de Erickson, en la cual los adultos de edad madura desarrollan una preocupación por encaminar, orientar e influir en la siguiente generación o experimentan estancamiento (un sentido de inactividad o inutilidad). Generatividad es la preocupación de los adultos maduros por encaminar, orientar e influir en la siguiente generación. Y el estancamiento se refiere a es la “auto-absorción”; cuidar de nadie, las personas tratan de ser tan productivas que llega un momento en que no se pueden permitir nada de tiempo para sí mismos, para relajarse y descansar. Al final, estas personas tampoco logran contribuir algo a la sociedad. Esta es la etapa de la “crisis de la mediana edad” se pregunta “¿Qué estoy haciendo aquí?”.

Erickson, (1985) consideraba que la vejez es un viraje al exterior. Consideraba que en los años alrededor de los 40 es la época en que la gente ingresa en la séptima etapa normativa de la de la Generatividad frente a estancamiento. La gente que no encuentra una salida a la Generatividad puede presentar conductas como ensimismada, indulgente consigo misma o estancada (inactiva o sin vigor). La virtud de este periodo es el cuidado, un compromiso amplio con el cuidado de las personas, los productos y las ideas, en las que uno ha aprendido a interesarse. Erickson citado por (Papalia, 1997) afirma, que “cuando los adultos entran en una etapa final de la vida, su tarea consiste en contemplar su vida en conjunto y con coherencia”.

Cuando en esta etapa, la persona teme la muerte, y aunque pueda expresar desprecio por la vida, continúa anhelando la posibilidad de volver a vivirla. Cuando impera la integridad, la persona posee la fuerza propia de su edad, que es la sabiduría. Con la sabiduría el adulto sabe aceptar las limitaciones. El adulto sabio sabe cuándo aceptar el cambio y cuándo oponerse al mismo, cuándo sentarse en silencio y cuándo luchar.

De acuerdo a lo mencionado por Erickson (1990) “después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que les creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento”. Las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque son ellos los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social. Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales.

Erickson citado por (Papalia, 1990) aclara:

Declara la integridad del yo v/s desesperación: Constituye la culminación de la resolución triunfante de las siete crisis previas, en el desarrollo a lo largo de la vida, lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta. Implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedoras de nuestro amor, aún cuando no fueron perfectas. La aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia de la vida. Quien ha fallado al tratar de resolver la crisis teme desesperadamente a la muerte, expresado en el sentimiento de que el tiempo es ahora corto para volver a comenzar otra vida y buscar caminos alternativos hacia la integridad.

Erickson citado por (Morin, E, 2007) declara la principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer frente a los cambios personales o pérdidas. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y adaptarse a su propia muerte. A medida que tratan con estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan distintas teorías:

2.11 Teoría de la actividad

Según Pech y Rena (2004) menciona:

Cuanto más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá, y los papeles que constituyen principalmente su satisfacción son: trabajo, cónyuge, padre, madre y la máxima pérdida en los papeles debido a viudez, enfermedad

constituyen el punto más bajo. También existen tres tipos de actividad del adulto mayor: actividad informal, actividad formal, y actividad solitaria.

2.12 Teoría de la desvinculación

Se caracteriza por una mutua separación, por parte de la persona mayor, la cual voluntariamente disminuye sus actividades y compromisos, que ayudaría las personas mayores a mantener su equilibrio siendo beneficioso tanto para la persona como para la sociedad.

La idea estéril de que realmente no hay vida que valga la pena cuando se ha dejado el trabajo ha sido refutada muchas veces. Cada vez más, los estudios acerca de los años de jubilación revelan una diversidad de "vidas futuras". No todos los jubilados permanecen retirados muchos continúan activos en campos relacionados con inclinaciones que han tenido toda su vida, otros cultivan nuevas aficiones o vuelven a algunas que antes no pudieron realizar.

Es probable que valores tales como el aprendizaje, el descubrimiento de sí mismos y la ayuda a otras personas sean considerados con tanto respeto, en el futuro, como trabajar y producir. Ya hay indicios de que utilizar el tiempo para recreo y satisfacción personal está menos acompañada del sentimiento de culpa que en el pasado. Las actividades no laborales no serán consideradas como simples indicadores de un período para los "demasiado jóvenes" y los "demasiado viejos".

Son muchas las personas que pasan largos años de su vida soñando con el momento en que cumplan la edad reglamentaria para la jubilación. Año tras año vienen acariciando el día en que dirán adiós a su trabajo. No más relojes despertadores, no más horas regulares para entrar y salir de las labores diarias. A dormir todo lo que uno quiera. Se hará lo que se desee cuando uno

lo desee. Por fin el individuo será dueño de su destino. No son pocas las personas que sueñan con el retiro como si éste fuese un paraíso.

En el asunto del retiro, se encuentran también, muchas diferencias individuales.

Probablemente haya personas que se retiran a la vida descansada, sin albergar propósitos ni perspectivas adicionales, a disfrutar tranquila y sosegadamente de los años postreros de la vida, sin que les perturben ansiedades y zozobras. Pero también hay personas que habiendo forjado grandes ilusiones, se dan cuenta que al entrar el retiro, no existe aquello de lo que habían soñado. Es hondo el abismo entre la ilusión y la realidad. También hay otros individuos que, al entrar a los años de la jubilación, encuentran que tienen por delante muchas otras cosas que hacer, en las cuales ellos no habían pensado.

La vida no tiene que ser fácil para ser maravillosa. De hecho, la vida fácil es el camino más corto hacia la monotonía. Hay que pensar en un retiro dinámico, disparado hacia el porvenir. El trabajo debe concebirse en todo momento como un medio de realización personal, aun en los años de vejez. La persona retirada debe conservar siempre el derecho a ser útil y a serlo con dignidad. Cada individuo debe descubrir a tiempo sus capacidades y limitaciones.

El planeamiento para el retiro no debe circunscribirse a la mera consideración de las actividades que uno vaya a realizar al dejar las tareas que han exigido lo más y mejores años de la vida. Es decir, no deber ser únicamente un plan en el nivel de la actividad. Muy fundamental también es planear desde el punto de vista psicológico. En la planificación para la vejez uno no debe quedarse en el nivel de la mera actividad. El retiro exige, como una condición esencial, la preparación psicológica anticipada. La vida activa en la vejez será posible siempre y cuando la persona haya planeado su retiro desde el punto de vista financiero, a fin de que no le sorprendan

las estrecheces económicas. Condición esencial además es que se disfrute de una razonable salud física y mental.

Las muertes rápidas después del retiro son frecuentes, pero hay pruebas de que la mala salud precede el retiro y no lo sigue. Hay individuos que se retiran a una edad temprana, tan pronto sus ingresos lo permitan, para así abandonar el trabajo como dominio principal de ocupación personal y poder dedicarse a actividades que les resultan más satisfactorias. La higiene mental es clara y precisa en su recomendación de la vida activa. La actividad es un atributo de la persona mentalmente saludable. Para que la vida tenga propósito, dirección y sentido, requiérase que el individuo defina un plan de acción que tienda a conseguir ciertos objetivos convenientes para él y aceptables para el grupo social del cual es miembro. Este plan deber ser de tal naturaleza que absorba el interés y la atención de las persona.

La vida saludable ineludiblemente exige actividades que repercutan en sentimientos de satisfacción. La pasividad estanca y deteriora. Los propósitos que lleven a la persona a concentrarse en la tarea de realizarlos tienden a impedir su desintegración, evitando que surjan preocupaciones enfermizas. El retiro, tal como indica la situación actual, constituye un problema psicológico y social para muchas personas. Probablemente, ante la presión de las nuevas generaciones, la sociedad ha descuidado la planificación de los años de la vejez.

En el momento de retirarse, con frecuencia la persona encuentra que ya sus hijos se han independizado. En numerosos casos existe una condición de viudez. Si la persona ha sido obligada a retirarse a una edad en que todavía tiene suficientes recursos físicos y mentales para desempeñar adecuadamente tareas significativas desde el punto de vista social, y si no ha sabido

planear debidamente su jubilación, lo más probable es que ella se encuentra abocada a tremendas crisis psicológicas. Un retiro inesperado, como a veces ocurre, puede provocar un colapso total.

El ser humano necesita vivir en sociedad. La soledad engendra inseguridad. Depresión y deterioro. Es en las labores diarias, dedicadas a ganar el pan, donde establecemos con frecuencia las mejores formas de convivencia. Los efectos psicológicos de tal quiebra en las relaciones humanas no pueden exagerarse. La necesidad de afiliación es una de las más potentes en la criatura humana. A lo que se llama felicidad es en gran parte el producto de las relaciones con los demás. Si se observa que esta vida de relación se deteriora, es de esperar que un acoso de sentimientos de soledad e incertidumbre.

Todo individuo normal necesita mantener un mínimo de intercambio con su ambiente social. No hay duda de que hay personas que aceptan el retiro como una liberación de las exigencias sociales. Por otra parte, hay otras que rehúyen tenazmente tal situación, dado que el retiro constituye para ellas una admisión de derrota, de dejar de ser, de cesar en sus funciones como miembro útil del cuerpo social. El retiro positivo y exitoso empieza con un estado mental, con el reconocimiento de que es una oportunidad para comenzar una nueva vida en muchos sentidos. Por eso se reitera una y otra vez la necesidad que tiene todo individuo de planear anticipadamente en qué va ocuparse cuando le llegue el turno de la jubilación. Jamás este plan debe posponerse para la última hora.

A medida que el anciano se ve a sí mismo es retrospectiva y califica su vida por lo que le causó felicidad, como esto lo califica su vida por lo que le causó felicidad o desdicha, y cómo esto lo pone ante la vida, puede decirse que su preparación para la muerte ha comenzado. La diferencia entre una buena y mala aceptación de la muerte es la apertura que se tenga hacia ella

como un natural e inevitable viéndola y esperándola con serenidad, procurando una buena preparación, haciendo un análisis de la vida que se llevó, aferrándose a los recuerdos que permitieron seguir adelante, y de vislumbrando los motivos por los que se ha llegado al momento de morir.

Se ha demostrado, aunque es imposible generalizar, que los ancianos que viven en los asilos manifiestan una tendencia elevada y significativa a presentar una sintomatología ansiosa. Muchos de los síntomas ansiosos son consecuencias de los deseos de estar con familiares, de querer salir y caminar, pero no poder hacerlo debido a sus debilidades físicas, o sencillamente por no querer hacerlo debido a sus debilidades física, o sencillamente por no querer permanecer en un mismo lugar sin hacer algo. Hay que recordar que siempre es recomendable “toda programación de actividades agradables, ocupaciones y labores que les ayuden a encontrarse con nuevas situaciones, que faciliten la adaptación y afrontamiento de problemas, así como un mejor control de su entorno” (Vallejo, 2006).

En definitiva, este estudio ha tratado de reflexionar acerca de las consideraciones y el valor del anciano en el medio social con el propósito de que, tal como señala (Yoffe, L, 1997), “el efecto por los padres y los abuelos sea necesariamente reforzado y enseñado por las instituciones de la sociedad” (p. 146). Dicha reflexión comienza con las paraciones entre dos medios donde al adulto mayor se le confina, relega o asila.

2.13 Prácticas en la forma de morir

La vulnerabilidad, la amenaza, el malestar, la invalidez, la soledad y la anomalía son elementos que pueden hacerse en el mismo momento de la toma de conciencia de la propia muerte, cuando existe esa certeza, aunque la importancia de cada uno de ellos dependerá de la

biografía y del marco sociocultural de cada persona (Vera, 2007,). El miedo a morir, a sufrir, a envejecer, el deterioro físico está cada vez más presente en nuestra sociedad y, así, mandamos a nuestros enfermos a morir al hospital, olvidamos a nuestros ancianos en residencias y hospitales o tal vez en alguna habitación de casa, eliminamos arrugas y redondeces en quirófanos rejuvenecedores, en un intento de crear una ilusión, es más que una denegación, un engaño para seguir sintiéndonos jóvenes.

Esto ha llevado aunque con bastante dificultad y esfuerzo, a conseguir de forma real que uno de los objetivos de la medicina y de las ciencias de la salud en general sea,- además de luchar contra las enfermedades,- conseguir que las personas podamos morir dignamente, independientemente de cuáles sean las circunstancias en que se produzca nuestra muerte y la enfermedad o no que nos lleve a ella (Siracusa,C,2008). En nuestras sociedades occidentales es frecuente que se produzca la muerte social del individuo antes de que se produzca la muerte biológica, siendo la soledad y el miedo, causas que generan gran sufrimiento en las personas que padecen una enfermedad terminal.

El desarrollo de los cuidados paliativos es un indicativo de cómo empieza a tomar forma este interés en nuestro país. Ayudando al individuo a mejorar su calidad de vida, controlando el dolor, paliando el sufrimiento del enfermo y familia, constituye la vertiente asistencial clínica, de respuesta a este proceso, sin duda imprescindible, pero no la única posible. Ahora bien ¿se puede realizar una labor preventiva antes de que las personas estén ya en el proceso terminal? ¿Se puede contrarrestar esta dimensión trágica que la cultura de nuestro tiempo, transmite respecto al hecho de morir? ¿Se puede preparar a las personas con antelación con recursos para que el hecho del morir no constituya un sufrimiento por ocultamiento, negación y solo como respuesta este el miedo y la angustia ante la incertidumbre?

Considerar que seguimos muriendo porque aun no se conoce lo suficiente es una versión más de la negación y de la no aceptación. La muerte no es un fracaso del conocimiento, sin embargo, el desconocimiento de la muerte, del morir, genera un enorme sufrimiento que no entendemos, en el que no nos interesamos, y es en esto en lo que fracasamos (Gail,A,Gayton, 2007).

2.14 La opción del Hospicio

A todo ser humano le gustaría morir en casa entre parientes y amigos. Un obstáculo para ello es la existencia de un sistema de apoyo para los enfermos terminales. En este la mayoría cree que no les queda otro remedio que ser internados en un hospital o en un asilo. Ahora existe otra opción. El hospicio es una forma de ayudar a los enfermos terminales que se centra en el manejo de dolor o atención paliativa y en la muerte con dignidad. (Molina, I,2009). La calidad de vida es la preocupación principal. Este enfoque nació de la distinción importante entre prolongar la vida y prolongar la muerte.

Los hospicios tienen como objetivo brindar al paciente la mayor comodidad y tranquilidad posibles, no posponer una muerte inevitable. Aunque se presta atención médica, su finalidad primordial es controlar el dolor y restablecer el funcionamiento normal. Este enfoque coloca al hospicio entre los hospitales y el hogar dentro de los contextos de morir.

Los hospicios modernos se basan en el St.Christopher's Hospice de Inglaterra, fundado en 1967 por Saunders. Se acude a ellos desear de que el paciente o el médico piensen que ni el tratamiento ni la curación son posibles, lo cual distingue el programa del hospital y la atención hospitalaria o domiciliaria. Las diferencias se evidencian sobre el principio sobre los que descansa la atención en los hospitales: al cliente y a sus familiares se les considera una unidad, el

cliente no debe sufrir dolor, el deterioro emocional y social deben ser mínimos, al cliente debe estimularse para que no pierda sus competencias, se ayuda a resolver los conflictos y a cumplir los deseos realistas, los clientes tendrán la libertad de iniciar una relación, y de terminarla el personal está obligado a aliviar el dolor y los miedos.(Molina,et al, 2009).

Hay dos tipos de hospicios: de pacientes internos y de pacientes externos. El primero ofrece todos los cuidados; el segundo, servicios a los clientes que viven en su domicilio. Los investigadores han descubierto importantes diferencias entre los hospicios de pacientes internos y los hospitales. En los hospicios los clientes se mueven más, sienten menos ansiedad y depresión los cónyuges los visitan más a menudo e intervienen más en sus cuidados; el personal es más accesible. Además (Corles I,Barbara,B,2002) demostraron que los clientes que estaban hospitalizados antes de ser trasladados a un hospicio preferían decididamente este tipo de atención. Se ha comprobado que la calidad de vida aumenta tras ser internado en un hospicio.

El hospicio representa una importante opción de final de la vida para muchos enfermos terminales y sus familias. Además, muchos amigos utilizan los servicios de consuelo que ofrecen. Más importante aun es que el éxito de esta opción ha influido mucho en la atención médica tradicional. Por ejemplo, en 1999 se discutió ampliamente en la American Medical Association conceder mayor importancia al manejo del dolor.

Pese a la importancia del hospital en las decisiones concernientes al final de la vida, los adultos, mayores con enfermedad terminal no se verán beneficiados ni se derriban las barreras, la renuencia de la familia a encarar la realidad de la enfermedad terminal y a participar en el proceso de la toma de decisiones; la renuncia del médico aprobar la atención del hospicio para el

paciente, hasta ya muy avanzado el proceso terminal, privándolos así de los beneficios que podrían haber recibido.

2.15 Definiciones socioculturales de la muerte

La muerte para la ciencia y la cultura Occidental y Judeocristiana fue considerada como muerte física del cuerpo, ya que el alma y el espíritu humano formaban parte del terreno de la religión y la filosofía. El área de los cuidados paliativos en los últimos años brindó aportes valiosos para el cuidado y preparación para la muerte de los fenómenos terminales y de los ancianos, buscando un buen morir de ellos. La Psicología Social Transcultural ha investigado en las distintas culturas occidentales y orientales las diferentes existentes en torno a las creencias y prácticas religiosas y espirituales acerca de la muerte, la expresión o supresión de los sentimientos en los duelos en las distintas culturas, y la función beneficiosa del apoyo social para las personas de cuidados paliativos.

2.15.1 Contextualización socio-cultural del fenómeno de la muerte y el morir.

Las actitudes ante la muerte, van a estar estrechamente relacionadas con el proceso de socialización en el marco de una determinada cultura. Como mencionamos anteriormente, la muerte, además de ser individual, es un hecho social que va indisolublemente ligado y condicionado por la sociedad en la que se vive (Rodríguez, M, 2009). Así mismo con el avance de la medicina se sabe cómo aliviar en muchos casos el proceso de morir, se prolonga la vida, pero en la sociedad actual la muerte se ha convertido en un acto clandestino, como lo señala Scope, A, (2005). Se cree que a escondidas se fomentan actitudes de rechazo, negación, repulsión, miedo. Hablar de la muerte y del morir sigue siendo para muchos un tema tabú. ¿Esto siempre ha sido así?

Morín, E, (2007) declara que los recursos antropológicos pueden resultar de gran utilidad si deseamos reconstruir el significado de la muerte, los rituales que la envuelven y las reacciones humanas ante ella. La representación y las actitudes ante la muerte se han visto modificadas en el tiempo y en las sociedades.

2.16 ¿Por qué existe la muerte y por qué tenemos que morir?

Así pues, por medio de un solo hombre entró el pecado en el mundo, y con el pecado la muerte, y la muerte pasó a todos porque todos pecaron." (Romanos 5, 12).

"El pago que da el pecado es la muerte; pero el don que da Dios es vida eterna en unión con Cristo Jesús, nuestro Señor. La muerte existe en el mundo como consecuencia del pecado. Como nosotros también somos pecadores, un día moriremos. Desde la fe vemos que en la muerte unida a Cristo también resucitaremos con él.

2.17 Influencia de la religión en el concepto de la muerte

La naturaleza del hombre y el estado de los muertos según la Iglesia Adventista del séptimo día. El hombre fue creado por la mano de Dios como un alma viviente. Por la desobediencia el hombre fue separado de la fuente de la vida. Por lo tanto, el hombre es mortal por naturaleza; pero el hombre puede obtener inmortalidad a través de Cristo: en promesa, inmediatamente; y en forma real en su segundo advenimiento. Génesis 2:7; 3:22-24; Job 4:17; 1 Juan 2:25; Juan 11:25, 26; Romanos 2:7; 2 Timoteo 1:10; 1 Corintios 15:53, 54. Cuando el hombre muere, sea este bueno o malvado, entra en un "sueño," un estado de inconsciencia, silencio, e inactividad. Los muertos permanecen en el sepulcro hasta la resurrección del justo y del injusto. Los injustos no están en un lugar de tormento, pero "se reservan para el día del juicio

en el que se los castigará. “Y los justos no están en el cielo, sino permanecen en el sepulcro hasta la resurrección, cuando Cristo vuelva por segunda vez. (1 Tesalonicenses 4: 15, 17)

Los adventistas creen que la muerte es como lo declara Eclesiastés 9.5 «los muertos nada saben». Esta ideología sostiene que una persona no tiene forma consciente de existencia hasta su resurrección, que, será en la ocasión de la segunda venida de Jesús (en el caso de los justos) o luego del milenio de Apocalipsis 20 (en el caso de los impíos). Esto significa que el infierno no existe en nuestros tiempos presentes, ni existirá después de la segunda venida de Cristo, sino que los impíos serán destruidos para siempre luego del milenio descrito en Apocalipsis 20.

(Esa es la muerte segunda de la que habla el texto del Apocalipsis, la verdadera muerte). Infierno viene del griego *infer* (‘debajo’), por lo tanto el infierno sería lo mismo que el Hades griego, o simplemente, el sepulcro.

Cuando muere una persona que queremos, nuestro amor hacia ella permanece intacto y, aunque pasen los años, el amor no muere nunca. Si hemos amado a Jesús con toda nuestra vida y con todo nuestro corazón, podemos decir con el apóstol san Pablo: porque para mí el vivir es Cristo, y el morir ganancia, mas el vivir en la carne resulta para mí en beneficio de la obra, no se entonces que escoger, porque de ambas cosas estoy puesto en estrecho, teniendo deseo de partir y estar con Cristo, lo cual es muchísimo mejor, pero quedar e la carne es más necesario por causa de vosotros (Filipenses 1, 21-24).

2.18 Doctrinas religiosas sobre la muerte

El día dos de noviembre de cada año los católicos celebran el día de los fieles difuntos. La realidad de la muerte está presente en nuestra vida cada día, cada momento. Para los católicos, la muerte forma parte de la vida; no es una ruptura especialmente importante. Ellos confían en Jesús que dio su vida por nosotros para que nosotros tengamos vida eterna. Así mismo Jesús resucitó y también nosotros resucitaremos. Los católicos creen que una persona cuando muere queda sometida a un juicio inmediato del Señor, que decidirá definitivamente su suerte. Creemos que tenemos un alma inmortal creada por Dios que no muere con la muerte sino que pervive en una vida eterna.

No es que seamos dos cosas distintas. El ser humano es una unidad. Yo soy alma y cuerpo a la vez. Mi cuerpo muere, pero mi "yo" pervive eternamente. En la vida eterna, una vez muertos, los católicos creemos que hay tres posibilidades para el ser humano. Tu "yo personal", lo que llamamos "el alma", pasará a una de estas tres opciones:

1. El cielo, contemplando a Dios.
2. El purgatorio, purificándose para poder entrar en comunión con Dios.
3. El infierno, quedará definitivamente separada de Dios.

Cada persona, al morir, recibe en su alma inmortal la "herencia" según en su vida haya aceptado a Jesús como su salvador y su vida haya sido coherente con el mensaje de su salvador.

Después de la segunda venida de Cristo habrá un periodo de mil años, el cual es llamado milenio. Durante éste tiempo, los justos están en el cielo con Cristo, y los perdidos yacen en el polvo de la desolada tierra. Mientras la tierra permanece desolada, los salvados juzgarán a los

perdidos. (Bravo, M, 2011). Al final del milenio los perdidos resucitan para ser destruidos por el fuego.

Todos tenemos dentro de una cultura determinada, cuyas creencias vamos incorporando a medida que crecemos en la familia, en la escuela y en las distintas instrucciones de la sociedad a la cual pertenecemos. No nacemos con conciencia de la propia muerte ni con la representación de lo que está significa en el proceso de la vida de uno mismo y de los demás. Pero a medida que vamos creciendo lo que la muerte significa, y nuestro conocimiento se ve condicionado por las creencias culturales que nuestros padres, la sociedad y el grupo sociocultural el cual pertenecemos nos transmiten. Ya en la infancia jugamos a aparecer y desaparecer y este juego nos va dando una idea de lo que es “no estar”.

La dificultad de aceptar la muerte de un ser querido pasa por no comprender ni tolerar que ese ser amado ya no estará más junto a nosotros en el mundo de los mortales, y ese “no estar más” tendrá la calidad de ser un hecho irreversible y para siempre. Benedict, O.(2011) .Según la “teoría del apego” (Bolwby, 1980), la relación de apego es característica tanto en animales como en seres humanos, y es necesaria para el crecimiento del ser que, al nacer indefenso, mantiene un contacto con su cuidador para evitar posible daños. Dicho cuidador es visto y vivido por el nuevo ser como una fuente de satisfacción alimentaria, psicológica y social. Si el ser humano o el animal se sintieran amenazados por la posibilidad de perder a su cuidador, surgirían en las fuertes reacciones emocionales, que se expresarían a través de conductas de ansiedad, angustia, o estrés.

Esto también podría llevar a una disminución o alteración del funcionamiento del sistema inmunológico y al de desarrollo de distintos tipos de enfermedades.

De adultos tenemos una representación de los que significa la muerte, pero no es hasta el momento en que perdemos a un ser querido que el sentimiento y el dolor verdadero por la pérdida se hacen realidad.

En general las creencias sirven para vivir en el mundo con un sentimiento de mayor confianza y seguridad. En cambio, en países como América Central como en El Salvador o Nicaragua y otros de Sudamérica como Colombia, Brasil, Chile, Argentina, Uruguay, etc. Donde a partir de la década del setenta hubo procesos políticos de dictaduras militares, las personas no sentían que tenían posibilidades de autodefensa ni de seguridad frente a los ataques a la violencia social ejercida desde el poder político. Las pérdidas de seres queridos se agravaron por la vivencia y vulnerabilidad y de exposición al daño, de infección frente a estímulos tan poderosos como los sufridos por las víctimas de la violencia social y por los familiares de los que sufrieron desaparición forzada, secuestro, tortura, asesinatos, atentados terroristas y matanzas masivas. Los procesos de represión social vividos en varios países latinoamericanos causaron inmensos traumas en la población, lo que provocó un gran aumento de enfermedades inmunológicas, cardiovasculares y cáncer. (Spiro, McCrea, & Wandel, 1996).

2.19 Posibles factores que influyen a la no aceptación a la muerte

Desde el punto de vista médico legal los accidentes de tránsito en Costa Rica contribuyen significativamente con la tercera causa de muerte en el país en los últimos años: las causas externas, por ello resulta importante conocer el panorama más reciente de las fatalidades causadas por estos eventos. Para ello se revisaron todas las autopsias efectuadas (un total de 3003) en el Departamento de Medicina Legal de Costa Rica para ese año. Se obtuvo que una

cuarta parte de las mismas se originaron en accidentes de tránsito, lo cual generó una tasa de mortalidad de 16,58 por 10,000 habitantes, considerada alta a nivel mundial.

El perfil predominante de las víctimas fue: ser de género masculino, en edad económicamente productiva, con accidentes fatales de predominio en la noche, los fines de semana, en las provincias costeras, con fallecimiento en el sitio del hecho por trauma cráneo cervical en ocupantes de automotores o peatones, de los cuales un porcentaje significativo estaba bajo los efectos del alcohol y muy pocos bajo los efectos de otras drogas de abuso. Otra causa importante que se puede mencionar es el descuido por parte del conductor cuando no centra toda su atención en la calle o se encuentra haciendo otras actividades, que impiden una buena conducción del automóvil. (Lazarus y Folkan, 1984).

2.20 Suicidios por alcoholismo

Existen varios enigmas grandiosos de la vida humana, el suicidio es uno de ellos. Nadie conoce realmente por qué un ser humano se quita la vida y en ocasiones la persona que comete el suicidio conoce poco sus propios y complicados motivos para la autodestrucción. Entre los enigmas más enrevesados está el de por qué los seres humanos, que se hallan orientados hacia la vida, se entregan a comportamientos autodestructivos, amenazantes para ella, hostiles o abiertamente suicidas.

Cualquiera que afirma que existen respuestas sencillas a estas complicadas decisiones humanas, es que simplemente no comprende la naturaleza del hombre. Todos y cada uno de estos casos de autodestrucción implican la presión de una angustia sentida como insostenible. Desde este punto de vista se comprende mejor el suicidio como un escape más que un ir hacia

algo. Además de los elementos intrapsíquicos e interpersonales de las crisis suicidas, existen componentes biológicos y fisiológicos relacionados, como por ejemplo: la ingestión de bebidas alcohólicas o el ciclo menstrual.

El papel crítico de los factores genéticos, en este punto consideran que el suicidio no se hereda, se distribuye por familias, pero es innegable que una historia familiar de suicidio puede ensombrecer la vida de una persona y llegar a ser un factor que deba tenerse en cuenta en su propia tendencia al suicidio, situación que también se comporta de forma similar en familias con historias de alcoholismo. Por otra parte, a lo largo de su Carrera Alcohólica, los enfermos van acumulando: soledad, sentimientos de culpa y pérdidas múltiples e inclusive recaídas, que facilitan un anclaje en una postura depresiva que puede llevar al IS; aparte la propia autodestructibilidad implícita en el abuso sostenido de alcohol. (Cazau, P .2000)

2.21 Deportes extremos

Carballo, R. (2001) informa que:

Uno de los fenómenos de nuestra sociedad norteamericana en la década de los noventa es la fascinación por los deportes y las actividades recreativas. En los últimos diez años han evolucionado nuevos “deportes”: actividades peligrosas llamadas “deportes extremos o de alto riesgo.” (Tan populares se han vuelto estas temerarias hazañas que hoy existe una Olimpiada anual para los deportes extremos, y se conoce como Los Juegos X.) Tales deportes incluyen la escalada en roca, el trineo de calle, las piruetas acuáticas sobre tabla de surf, el patinaje sobre nieve, el montañismo, el patinaje náutico a vela, por mencionar unos cuantos. La noción del riesgo en el deporte no es nuevo, ciertamente.

Los equilibristas han existido desde hace siglos. En tiempos recientes, el puentismo se ha vuelto popular, así como el ala delta y otras actividades que constituyen un peligro a la vida y a las extremidades. El fenómeno de los noventa, sin embargo, es la explosión en la popularidad de tales deportes.

2.22 Muertes silenciosas

Se puede definir una enfermedad como silenciosa cuando se inicia y evoluciona sin que la persona se dé cuenta (o quiera darse cuenta), porque no provoca síntomas. Sin embargo, veremos que en muchos casos no son tan silenciosas como parece y que a menudo ofrecen síntomas que simplemente no queremos reconocer, que son como gritos que silenciamos y no nos dignamos escuchar. Ver más allá de esas «operaciones de despiste» de las enfermedades silenciosas más comunes es el objetivo del diagnóstico precoz. Las revisiones de salud en los centros de trabajo, los análisis de sangre o las exploraciones de control sirven para detectar estas enfermedades o su posible desarrollo en el futuro, de modo que se puedan prevenir o empezar a tratar cuando aún se está a tiempo.

Dentro de las enfermedades silenciosas se pueden incluir las llamadas «silenciadas» u «ocultadas», que sí presentan síntomas pero que pocas personas admitirían públicamente padecer porque se consideran vergonzosas. Entre ellas se encuentran las de transmisión sexual, como el sida o la sífilis, cáncer pero también otras como la hipertensión, tronbolismo, la tuberculosis, la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica.

¿Y qué decir de aquellos padecimientos que no escuchamos, a los que no hacemos caso, por repetitivos y aparentemente obvios? En este apartado se encuentran muchos trastornos mentales, que intentan taparse al considerarlos de menor entidad, aunque a la larga pueden ir

evolucionando hasta suponer un problema de salud de primer orden. En este sentido enfermedades como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica se confunden o se quieren equiparar a la gandería o a la depresión simple. (Cosiales, B, 2009).

2.23 La muerte

El hombre es el único ser viviente que tiene conciencia de la muerte y, por tanto, la teme. Se nace sin conciencia de que algún día se debe que morir, pero pronto se advierte de manera creciente de que la vida tiene un ciclo: nacer, crecer, declinar y morir. Si se ha llevado una vida de provecho, si se han dejado huellas decorosas en el mundo, si se ha vivido digna y eficazmente, si a la hora de hacer el balance pesan más los créditos que los débitos, si se experimenta la satisfacción de haber vivido plenamente, habiéndose realizado en forma adecuada y ayuda a los semejantes, si la conducta estuvo razonablemente regida por elevados valores éticos, entonces la muerte no será la experiencia difícil y angustiosa que es para aquellos que no han sabido dar un significado noble a su vida.

A pesar de que hay grandes diferencias individuales en lo que se refiere al encaramiento con la muerte, desde el individuo que la afronta con serenidad hasta aquel que experimenta una tremenda angustia, casi todos los seres humanos temen a la terminación de su existencia. Desde muy temprano en la vida se debe tener conciencia de que algún día se ha de morir. Al hombre le angustia saber que eventualmente va a desaparecer del escenario de la vida y que ésta seguirá su marcha sin su presencia.

Saber que no sólo se dejará vacío el espacio físico que diariamente ocupa el cuerpo, sino también el espacio psicológico que llena la conducta, saber que después de la muerte se irá lentamente muriendo en el recuerdo de la gente, en la memoria de los familiares y de la sociedad,

ese ir desapareciendo gradualmente en todos los particulares, he aquí uno de los orígenes de la angustia y el terror de la muerte.

2.24 Afrontamiento de la muerte

La muerte de un ser querido a la proximidad de la propia muerte, puede suponer para la persona un duro golpe emocional o en algunos casos considerarse un alivio. Sabemos que ante un mismo suceso.

Así fue como el concepto de estrés, más fisiológico y universal, dio paso a una perspectiva más psicológica e idiosincrásica, según la cual un suceso es estresante en la medida en que el sujeto lo percibe o lo valora como tal, sean cuales fueren las características físicas objetivas del suceso (Degomoumois.B, 2009)

2.25 Evaluación del miedo a la muerte

Las metodologías empleadas en el estudio del miedo a la muerte ante la muerte han sido muy diversas, desde métodos indirectos a través de pruebas proyectivas, asociación de palabras y registros Psicofisiológicos a métodos directos basados tanto en entrevistas, administración de auto informes, etc. De todas, el auto informe, tipo escala Likert, es la más utilizada (Limonero, 1994).

2.26 Actitud hacia la muerte en el anciano

Zuleta y Gómez, (2009) menciona que a cualquier edad es posible morir. La diferencia estriba en que la mayoría de las pérdidas se acumulan en las últimas décadas de la vida. Como regla general, el miedo a la muerte es menos agudo entre los viejos que entre los adultos de edad

media. Sin embargo, el anciano piensa más en la muerte que el individuo de edad mediana, dado que aquél está más próximo a ella. Aunque con el avance de los años el individuo va resignándose al hecho de que cada día se acerca más a la tumba, por la misma razón el tema de la muerte está más presente en el pensamiento del anciano como algo que se espera, como algo inminente.

Zuluga (1995) Habla sobre "actitudes frente a la muerte en personas de la tercera edad", pretende dar cuenta, la actitud que tienen las personas de la tercera edad frente a la muerte, dado que se asume "que a esa edad hay más cercanía a la muerte". En muchos casos cuando muere un anciano se escuchan expresiones como: "ya era hora", "había vivido muchos años", "se fue a descansar". Es importante lograr hacer un balance y elaborar la proximidad a la muerte. En la tercera edad se torna relevante el pensamiento reflexivo con el que se contempla y revisa el pasado vivido. Aquel posee integridad se hallará dispuesto a defender la dignidad de su propio estilo de vida contra todo género de amenazas físicas y económicas. Quien no pueda aceptar su finitud ante la muerte o se sienta frustrado o arrepentido del curso que ha tomado su vida, será invadido por la desesperación que expresa el sentimiento de que el tiempo es breve, demasiado breve para intentar comenzar otra vida y buscar otras vías hacia la integridad.

El duelo es uno de las tareas principales de esta etapa, dado que la mayoría debe enfrentarse con un sinnúmero de pérdidas (amigos, familiares, colegas). Además deben superar el cambio de status laboral y la norma de la salud física y de las habilidades. Una vejez plena de sentido es aquella en la que predomina una actitud contemplativa y reflexiva, reconciliándose con sus logros y fracasos, y con sus defectos. Se debe lograr la aceptación de uno mismo y aprender a disfrutar de los placeres que esta etapa brinda. Entonces, es importante recalcar que

574
554

V 335

T 378.242

las personas deben prepararse activamente para envejecer, para poder enfrentar la muerte sin temor, como algo natural, como parte del ciclo vital.

2.27 Satisfacción personal y la aceptación de la muerte en la tercera edad

Erikson sugirió que la integridad del ego durante los últimos años de vida aporta significado a la existencia del individuo. La falta de integridad del ego se considera que está relacionada con el miedo y la preocupación ante la idea de una muerte próxima. La sensación de entereza, por tanto, debería ayudar al individuo a analizar su propia vida desde el punto de vista de la satisfacción y la aceptación, (1963). De ser así, debería existir una relación significativa entre la satisfacción personal y la aceptación de la propia muerte en las personas mayores. En un estudio realizado en la *Universidad de Maine* por Flint y Gayton () se procuró demostrar que aquellos individuos que en la edad adulta muestran una mayor satisfacción con sus vidas aceptan con más facilidad la idea de la muerte que aquellos individuos cuya satisfacción personal es menor.

2.28 Factores que determinan un suceso estresante

Lazarus y Folkman (1986) plantean el individuo realiza una serie de valoraciones. Y es ante esta valoración sucesiva, de consecuencias, recursos y capacidades de afrontamiento existente en la persona que se suscitan como exceden los recursos del individuo”.

En este marco se ha desarrollado la investigación sobre las estrategias de afrontamiento o “coping” los últimos veinte años, donde el estudio del afrontamiento es contaminante a la importancia del papel de este constructo en la comprensión de la adaptación a las situaciones de crisis o estrés, como puede ser la muerte.

La mayoría de los expertos en el tema acuerdan en clarificar la existencia de tres tipos generales de las estrategias de afrontamiento, según estén dirigidas a:

- a) La valoración (afrontamiento cognitivo): un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de tal forma que resulte menos desagradable.
- b) El problema (afrontamiento conductual) es la conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- c) La emoción (afrontamiento emocional) es la regulación de los aspectos emocionales y el intento de mantener el equilibrio afectivo.

Asumiendo la validez de dicha clasificación, estudios recientes han puesto de manifiesto la existencia de una mayor variedad en los modos de afrontamiento (Robles y Peralta, 2006), las cuales se mencionan: La confrontación, el distanciamiento, el autocontrol, la aceptación de las responsabilidades, el escape-evitación, la re-evaluación positiva, y la búsqueda de apoyo social.

2.29 Miedo a la muerte

El miedo es, sin duda, uno de los signos de la humanidad, uno de los elementos fundamentales en la organización o desorganización tanto del proceso de formación de la personalidad de un individuo como el de las estructuras sociales, y es esencial para comprender el comportamiento de unos y otros. Se define como una de las emociones que están al servicio de la supervivencia. En este sentido, como todas las emociones, cumple una función protectora para las personas (Quintana, 2007). A diferencia de la ansiedad, el miedo tiene un estímulo específico o fuerte que le da origen. Para Kastenbaum y Aisenberg (1972) la muerte es estímulo inversivo que produce una respuesta emocional de miedo, siendo esta la respuesta más frecuente

que se manifiesta de la muerte. Agüero ,(2007), por su parte, definió el miedo a la muerte como: una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación o anticipación de cualquiera de las facetas relacionadas con la muerte.

El miedo a la muerte no es una sola emoción sino que conforma un sistema complejo. Muestra de esto podríamos citar a una serie de estudiosos que así lo han considerado. La primera distinción la observamos en Collet y Lester (1969) quienes proponen diferenciar entre el miedo a la muerte y miedo al proceso de morir, así como tales miedos hacen referencia a uno mismo (muerte propia) o a otros (muerte ajena).

No es lo mismo hablar de miedo a la muerte que hablar de miedo a morir (Quintana, 2007).Lo que produce temor a la mayoría de las personas no es el hecho de la muerte en sí, si no los predecibles acontecimientos que a veces pueden precederla. Aunque Cáceres, R (2002) específica y dice que los miedos suscitados por proceso de morir tienen que ver con su carácter desconocido y el no saber con certeza lo que sucederá después de ella, incluso el miedo más marcado, es afrontar una misma distinción.

Garzón, D. (2008) en su conocida obra “Antropología de la Muerte” describe los diversos tipos de miedo que la muerte suscita: Miedo a morir que incluye a dejar asuntos pendientes o por acabar; miedo a la muerte dolorosa y miedo a la agonía psicológica: Soledad, vacío. Miedo a lo que acontece después de la muerte que incluye miedo a la podredumbre, miedo al más allá, miedo a ser olvidado por la familia, miedo a la nada y preocupaciones por el funeral y el entierro. El ser humano teme a la muerte, pero este temor adopta características particulares entre los sujetos por diversas razones. Partiendo de la idea de la naturaleza multidimensional del miedo a la muerte existen una serie de estudios donde han sido analizados

una serie de variables relacionadas al mismo como con los significados personales, el género, la edad la religión, percepción de ayuda social o del estado físico de salud (Cicirelli,1998; 2006; Fry,2000;2003). Otros estudios muestran diferencias entre países y culturas con respecto al miedo ante la muerte (Guerrish, K, Lacey, A.2008).

Kastenbaum (2007) sugiere:

Que la gente no necesita de una teoría especial de la ansiedad y el temor a la muerte. En lugar de ello, propone hacer uso del conjunto de la investigación en el campo del desarrollo psicológico. El miedo a la muerte puede en el ser físico de las personas, pero es mediante las experiencias personales y los encuentros sociales, que aprendemos lo que nos puede dañar y, consecuentemente, a lo que debemos temer. Estos miedos, también, siguen los trazos de las circunstancias socio históricas. Por ejemplo, el miedo a la muerte era sobresaliente en muchas sociedades pre-literarias, mientras que el temor a ser enterrado vivo se esparció en Europa y América durante el Siglo XIX. En la actualidad, mucha gente expresa su temor que quedarse en un estado vegetativo entre la vida y la muerte. Así, los miedos relacionados con la muerte, se desarrollan dentro de contextos sociales particulares y bajo las experiencias particulares de las personas. Creencias sobre la causa.

Puedes tener creencias acerca de lo que causa algo. ¿Cuál es la causa de que no consiga aceptar que tendré que morir? ¿Cuál es la causa de que siempre se mueran las personas que amo? La tía Ana se murió porque ella era mayor, solo se mueren las personas mayores. La respuesta primera es la primera creencia. Por ej. Todos tenemos que morir en cualquier

momento "Porque al morir las personas se olvidan de quienes fuimos". La palabra "porque" (explícita o implícita) suele indicar una creencia sobre la causa.

2.30 La muerte vista desde ciclo vital

Según cosiales, B. (2009) citado por Papalia, dice que los adultos jóvenes tienen ideas más intensas respecto a la muerte, a desarrollar su carrera profesional y a conseguir sus metas personales. La reacción de los jóvenes de la fotografía que asisten a un funeral sería intensa al preguntarles lo que piensan de la muerte. Afirmarían con vehemencia que los que mueren a esta edad han visto truncado su futuro injustamente.

Según (Danilo, S .2009) El enfoque de la teoría del apego explica muy bien cómo los adultos jóvenes afrontan la muerte: las reacciones del individuo son consecuencia natural de establecer apegos y perderlos después. En la edad madura la mayoría de la gente que ve morir a sus padres. Hasta ese momento, no pensaba mucho en su propia muerte, el hecho de que sus padres todavía Vivian los apartaba de la realidad. Después de todo, normalmente, nuestros padres mueren antes que nosotros.

2.31 Ansiedad ante la muerte

La concepción de la muerte cambia con la edad. Es difícil identificarla, pues es la naturaleza imprecisa de la muerte y no algo particular, que nos produce tanta incomodidad. no podemos precisar algo concreto y decir qué es la causa. De ahí la necesidad de buscar manifestaciones conductuales indirectas para demostrar su existencia. Los resultados indican que es un constructo complejo y multidimensional. Basándose en diversos estudios que usan muchas otras medidas, se ha llegado a la conclusión de que la ansiedad consta de varios componentes. Se describen fácilmente con términos similares a los casos de temor, pero que no pueden con

algo concreto. Las primeras investigaciones revelaron que incluye lo siguiente: dolor, disfunción corporal, humillación, rechazo, no ser, castigo, suspensión de metas e impacto negativo en los supervivientes.

2.32 Negación a la muerte

Actualmente, en las sociedades industrializadas, sometidas al patrón urbano y consumista, prima el absurdo comportamiento de rechazar de forma radical justo lo único que es absolutamente sustancial con la vida, esto es, los hechos, no siempre consecuentes, de envejecer y morir.

Instalados en la frágil atalaya que nos ha permitido construir la prepotencia de creernos la especie elegida y superior, y la tendencia de percibirnos cercanos a la omnipotencia gracias a la nueva idealización de un desarrollo científico sin fin, conceptualizamos la muerte como algo disonante, como una incoherencia o un absurdo, como un error inadmisibles y fuera de lugar que debería remediarse cuanto antes de una vez por todas. De ahí que a menudo calificamos la muerte de nuestros allegados como “injusta”, “mala suerte”, “desgracia”, “increíble”, etc., pero aunque podamos percibir una muerte bajo cualquiera de esas etiquetas, la extinción no tiene nada que ver con ellas. Vida y muerte son dos caras inseparables de la misma moneda.

Todos cultivamos con vehemencia el mito del “todavía no era su hora”, pero no puede haber un mejor o peor momento para morir, se muere y punto, con independencia de que uno mismo o los demás estén o no preparados para asumir las consecuencias de cada pérdida. En la sociedad actual se ha debilitado en gran medida la capacidad individual para saber afrontar el hecho de la muerte, que se niega con obstinación (rebajándonos con ello a una conducta

tremendamente inmadura) y, cuando aflora, suele sumir en el desconcierto y la ansiedad a quienes toca de cerca.

La revolución industrial y los drásticos cambios que impuso en la organización social y su ruptura con lo natural, anuló progresivamente el universo de relaciones simbólicas y rituales que habíamos construido durante siglos a fin de poder encararnos con la muerte y, en consecuencia, nos ha dejado con escasos recursos emocionales para afrontar el proceso natural de la extinción. Hoy, una persona muerta es un estorbo que el propio sistema social impele a hacer desaparecer lo antes posible; su proceso final suele transcurrir en un hospital y un tanatorio, en medio de una tediosa y fría asepsia, pulcritud y burocracia; el fallecido viene a ser una especie de fracaso y su muerte no es un hecho a socializar, a compartir, a trascender, sino un mero trámite legal realizado casi siempre con demasiada frialdad emocional, salvo en lo que afecta a los deudos más directos, claro está. Conforme hemos ido degradando (desde la perspectiva de las necesidades emocionales humanas) la manera de vivir, en igual medida ha ido empeorando la forma de enfrentarse al hecho de morir. Y viceversa, dado que la actitud ante la vida y la muerte se influyen una a la otra dentro de un círculo de interacciones sin fin.

Pretender seguir con la vida obviando el hecho de la muerte, manteniendo la ficción del “no pasa nada”, obliga a integrarse en la farsa social de una cultura de consumo que solamente potencia el ver, admirar y desear aquello que es joven, saludable y exitoso en cualquiera de sus facetas posibles... por lo que quienes no tienen alguno o todos estos atributos acaban condenados a pagar un elevado precio en forma de marginación más o menos directa. Envejecer o recibir el anuncio de una enfermedad terminal conlleva comenzar a caminar hacia una marginación social más o menos sutil, hacia un dejar de ser y de estar y, a menudo, también, hacia un dejar de significar.

Con frecuencia oigo hablar de la dictadura de la muerte, pero la única dictadura evidente, hasta la fecha, es la que nos impone la vida. Mejor dicho, la que se deriva de la forma que tiene cada cual de vivirla. De hecho, la tiranía bajo la que mantenemos nuestras propias vidas suele cerrar los puentes y puertas que posibilitarían poder vivir la vida y la muerte de quienes nos importan tal como deberíamos. Tal como, tras su desaparición, pensamos que debimos hacer y no hicimos.

2.33 Cómo enfrentar la ansiedad ante la muerte

Aunque un poco de ansiedad es útil, no debe permitirse que interfiera con las rutinas de la vida. Hay varias formas que podemos evitarlo. Quizás la más común consiste en vivir una vida plena. Según Danilo, et, al (2009) sostiene que: quienes lo hacen disfrutan lo que tienen, se arrepienten de poco aunque siguen temiendo a la muerte y se sienten engañados. Los adolescentes tienden a hacerlo, la investigación revela que, sobre todo los varones, realizan actividades riesgosas como el alpinismo, como en la fotografía correlacionadas con poca ansiedad.(Cotter, 2001).

Koestenbaum (1976), propone que varios ejercicios y preguntas que nos hace más conscientes de la muerte: escribir el obituario y planear los servicios fúnebres, tal como lo hizo el lector en el ejercicio de reflexión. Puede preguntarse: ¿Qué circunstancias contribuirán a hacer más aceptable la muerte algo que podría ocurrirme en este momento? Las preguntas anteriores constituyen el fundamento de una forma cada vez más general de atenuar la ansiedad: enseñar a morir. Estos programas combinan información objetiva sobre la muerte con cuestiones tendientes a aminorar la ansiedad para ser más cesibles ante los sentimientos ajenos. Su orientación es muy variable, abarca temas como filosofía, ética, psicología, teatro, medicina,

religión, arte y muchos otros. Además pueden centrarse en la muerte, en el proceso de morir, en el duelo y el luto o en una combinación de ellos. Por lo regular, sirven ante todo para hacernos más conscientes de las emociones tan complejas que sienten y expresan los moribundos y sus familias.

La investigación revela que el participar en talleres experienciales dedicados a la muerte reduce considerablemente la ansiedad a los adultos jóvenes, los de edad madura y los adultos mayores. Las primeras investigaciones realizadas sobre el estrés, cuya figura principal fue Selye (1954), parten del supuesto de la existencia de estresores universales, es decir, situaciones comunes a todas las personas que saturan la resistencia de los mismos. Pronto se observó que había diferencias muy significativas en la manera de afrontar un mismo suceso.

2.34 Preparación del escenario final

Cuando se les brinda la oportunidad, a muchos adultos les gustaría tratar varios temas, llamados en conjunto cuestiones referentes al final de la vida, disposiciones para el cadáver, honras fúnebres y repartición de los bienes. (Kastenbaum, 1976). La gente quiere manejar la última parte de su vida, analizando las opciones entre la atención tradicional (como la de los hospitales y asilos) y alternativas los (hospicios). Preparan las disposiciones finales (poder legal y testamento en vida, por ejemplo), ponen fin a las relaciones personales más importantes y quizás prefieren poner fin a su vida en forma prematura.

Para casi todos es muy importante lo que suceda con su cadáver y cómo se les recuerde. ¿Prefieren un entierro tradicional o que los incineren? ¿Un funeral tradicional, o de otro tipo? tales opciones se basan a menudo en la fe religiosa y en el deseo de preservar la privación de la familia después del fallecimiento. Muchas veces se cercioran de que los bienes y los efectos

personales sean entregados a la persona o personas apropiadas. El testamento es una garantía de que los deseos del difunto se cumplirán. Se evitan disputas entre los parientes cuando los efectos personales se distribuyen en modo informal.

Sin importar si todo esto se trata de modo formal e informal, es necesario tener la oportunidad de hacerlo. Muchas veces, los parientes no quieren discutir esos asuntos con el moribundo porque la muerte le casusa ansiedad. El escenario final consiste en dar a conocer estas decisiones sobre como uno quiere o no acabar su vida.

En casi todos los casos, una de las partes centrales del escenario es el proceso de desvincularse de parientes y amigos. (Kastenbaum, at,al, 1976). Los últimos días, semanas o meses de vida brindan la oportunidad de reafirmar el amor, de resolver conflictos y dar paz al moribundo. Cuando ese proceso no se completa, los dolientes pensarán que la relación no culminó apropiadamente y esto puede provocarles amargura contra el finado.

Los profesionales de la salud saben que es importante darles a los pacientes terminales la oportunidad de preparar un último escenario que cada uno es un caso especial. Todos los escenarios reflejan el pasado personal, combinación especial de los factores del desarrollo a lo largo de la existencia. La atención se centra en cómo las vivencias lo han preparado para enfrentar los últimos días de su vida. El último escenario prepara a la familia y a los amigos a interpretar la muerte. Se controla la propia muerte cuando se alienta a las personas a que decidan cómo terminará su vida (Vera, 2001). En este caso el control es una tendencia que se observa e inclusive en países como Japón, donde se acostumbra aceptar la opinión de los médicos (Hayashi et al., 2000).

2.35 Duelo en el anciano

Según Worden (1997) menciona que la pérdida de un ser amado es psicológicamente traumática como herirse o quemarse gravemente lo es en el plano fisiológico, el duelo representa una desviación del estado de salud y bienestar, e que es necesario curarse en la esfera de lo fisiológico para devolver al cuerpo su equilibrio homeostático, asimismo es necesario un periodo de tiempo para que las personas en duelo vuelva a un estado de equilibrio similar. Por esta razón, el proceso de duelo similar al proceso de curación, del mismo modo que los términos sano y enfermo se aplican a los cursos en el proceso de curación fisiológica, también se pueden aplicar al curso que toma el proceso de duelo.

Siguiendo a Worden, quien toma ideas de Freud acerca de los duelos, podemos ver que “el duelo es un proceso y no un estado”, e implica tareas de elaboración de la pérdida que “requieren esfuerzo”. Según Worden (1997) el término **mourning** es utilizado en inglés para nombrar el proceso que se produce después de una pérdida de un ser querido. La palabra **Grief**, en cambio, se refiere a la experiencia personal de la pérdida, que implica las emociones de dolor y tristeza. En castellano, ambos términos están sintetizados en la palabra duelo.

Carazu, P. (2000), pionera de la teratología en Colombia y en América latina, distingue los términos mourning y grief en inglés, sintetizados en castellano en la palabra duelo.

Bereavement: es la sensación de haber sido robado, de ser despojado de algo valioso. Equivale a quedarse abrazando un espacio vacío. **Grief**: es la reacción de aflicción ante la pérdida. Incluye una amalgama de respuestas con componentes físicos, emocionales y espirituales. **Mourning**: se refiere específicamente a la acción o tarea, al trabajo psicológico de la elaboración del duelo. Incluye los procesos mediante los cuales el doliente deshace los lazos o

desata los vínculos que lo ligaban a alguien que ya no está. En español, el término duelo abarca estos tres.

Para la mayoría de los autores es investigadores de esta temática todo duelo remite a una pérdida de un ser amado. Según Robert Weiss (1999) “el término se refiere a un proceso que produce una inaccesibilidad a esa figura emocionalmente importante y cuando esa pérdida es vista como permanente hay dolor y desorientación”.

Existen distintos tipos de pérdidas, como la muerte de un hijo, un dolor que ha sido conceptualizado como uno de los más profundos y difíciles de resolver en el tiempo, debido a las fuertes reacciones emocionales que dicho suceso despierta y provoca en los progenitores. Si la pérdida es súbita e inesperada, como cuando es producto de una enfermedad terminal en el niño, el tránsito del duelo es más difícil.

Tanto la pérdida de seres queridos que han sido víctimas de homicidio, suicidio o accidentes como aquella que incluye la muerte de varias personas de la misma familia implican un tipo de duelo más complejo. Del mismo modo, los casos en los que los familiares no tuvieron oportunidad de tomar contacto con el cuerpo del ser amado porque este fue víctima de una desaparición forzada o porque sufrió alguna mutilación o desfiguración por accidente, suicidio u homicidio, son considerados como pérdidas ocurridas en circunstancias traumáticas, las cuales tornan más complicado y doloroso el duelo que el familiar debe hacer frente a ellas.

Se considera dentro de la categoría de trauma a aquellos duelos donde la muerte y la desaparición de la persona querida ha sido súbita, inesperada o donde pudo haber habido violencia, mutilación, destrucción del cuerpo físico o desaparición del mismo. En los casos en los que el familiar no ha podido tener ni ver el cuerpo del ser amado fallecido o desaparecido, ni

ha podido enterrarlo, suele resultar más difícil la aceptación de la muerte como una realidad. El trabajo de duelo, así como la despedida que el familiar deberá hacer encuentran mayores dificultades emocionales y mentales, lo cual puede complicar el duelo tornándolo patológico o crónico. Todos estos aspectos hacen que la muerte traumática vuelva más doloroso del duelo para los seres queridos del fallecido, tornando más complicada la tarea del duelo no solo por la imposibilidad de anticipar la muerte del ser amado, sino por el stress post- traumático que sufre quien debe afrontar una muerte inesperada.

Kubler, especialista en ayudar a un “ buen morir” a enfermos terminales, habla en su primer libro. Sobre la muerte y los moribundos (1969), acerca de las distintas atapas y las emociones por las que atraviesa el moribundos frente al proceso de su propia muerte próxima. A diferencia de esta autora, que los estudiosos que se han especializado en la temática de los duelos, tales como Bolwlby (1960) y Sanders (1979), han hablado de distintas fases y no de etapas en el proceso de duelo. Casi todos los investigadores sobre los procesos del duelo tienen la visión de que existen “ tareas” y “fases” de un duelo como común denominador. Más allá de las diferencias entre dichos autores, podemos encontrar una serie de fases, y etapas sucesivas en un duelo normal.

En general existen acuerdos sobre la existencia de tres o cuatro fases en el proceso de duelo. La primera fase, según Worden (1997), ha sido conceptualizada como de shock, “insensibilidad o anestesia emocional”.

La segunda fase ha sido conceptualizada por Bolwby (1980/81) como de “ protesta o rabia de la pérdida”, presenta tanto en seres humanos como en animales de distintas especies. Se

la ha llamado también fase de anhelo (Quintana 2007), ya que en ella se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida.

La tercera fase, de desesperación o desorganización, surge al enfrentar la ausencia irreversible del ser amado, considerada en general como fase aguda del duelo por el tipo de reacciones emocionales que despierta. Esta antecede a la cuarta fase, de reorganización de la conducta, que sucede luego de un periodo largo de adaptación y recuperación frente a la pérdida del ser amado.

La primera fase, de anestesia o insensibilización de los sentimientos, llamada, debido a ello, fase, de shock, implica una negación de la realidad de la muerte, lo que suele suceder en mayor medida cuando la muerte es inesperada e imprevista. La persona no siente, está como congelada por dentro, actúa, como un robot, en forma automática. Sufre de anestesia emocional, que es una forma de negación, un mecanismo de defensa que cumple el propósito de suspender o anular lo que ocurre, por demasiado doloroso, que cancela temporalmente el evento para poder seguir viviendo.

Algunos autores que trabajan con asesoramiento psicológico en terapias de elaboración de duelos Jamarillo, (2001)postulan que el ver a la persona muerta, así como el hecho de asistir a los funerales como ritual de despedida del fallecido, el oír hablar de cómo ocurrió la muerte del ser amado y la posibilidad de dialogar con otros sobre ello, el compartir con los seres queridos que están vivos aquellos momentos particulares de la relación con el fallecido, de su enfermedad y de su muerte son todos factores que ayudan a salir del estado de shock inicial de la primera fase del duelo.

Para Jaramillo “reforzar la anestesia emocional con tranquilizantes o antidepresivos bloquea la sana y natural capacidad para reaccionar, o ascender la verdad a la persona definitivamente no ayudan para nada”.

Desde el punto de vista de Worden, la primera fase del duelo corresponde a un periodo de en sensibilidad que se produce en los momentos cercanos a la pérdida luego la persona pasa a la fase de anhelo en la que se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida. La rabia, según Neymeyer, R. (1997) forma un importante papel en esta fase.

El esfuerzo está dedicado a negar la pérdida, aunque haya conciencia de que eso es imposible. En esta fase el individuo está agitado y con miedo, oprimido con intenso dolor y sujeto a una ansiedad que puede llegar al pánico, el dolor y el pánico se ven aumentados por el aumento de la consciencia de que la búsqueda es en vano. Este fenómeno puede ser comprendido como resultado de un surgimiento masivo de sentimientos y conductas de apego, resultantes en una compulsión de búsqueda del objeto perdido.

En dicha fase existe una búsqueda del objeto perdido que se torna frustrante, debido a la sensación que va en aumento día a día de que la búsqueda es en vano que la persona que falleció no está más como presencia cotidiana. Por ello, la compulsión de búsqueda se transforma en una convicción emocional de que el objeto perdido no podrá ser encontrado en la realidad externa. Con el paso del tiempo, el familiar irá reconociendo que el objeto perdido solo podrá ser hallado en el interior de sí mismo, en aquellas representaciones construidas en el vínculo que existió entre él y el ser querido fallecido. Por ello, la fase depresiva de dolor y de la retirada del mundo

(Bolwlby, 1980) sigue a la de anhelo de retorno y búsqueda del ser amado ante la irreparable pérdida del mismo.

La fase final en la que coinciden casi todos los autores es la de adaptación o reorganización, donde el individuo tiene a su disposición mayor energía para establecer un nuevo modo de vida y nuevas relaciones, donde siente mayores sensaciones de placer y esta en proceso de búsqueda de nuevos objetivos en su vida. Esta fase se establece una vez que el dolor más intenso por la pérdida del ser querido se transformó en una nueva calidad de energía que el sujeto tiene a su disposición.

En 2008, Weiss menciona:

Tres procesos en el movimiento de recuperación de duelo que implican una aceptación cognitiva, una aceptación emocional y un cambio en la identidad a partir del trabajo del duelo. La aceptación cognitiva es aquella en la cual los individuos que están en camino de una buena recuperación aparecen desarrollando una comprensión satisfacción de causas de la pérdida. La validez objetiva del suceso es menos importante que la validez subjetiva. Parece que hay individuos en quienes las formulas de la religión tales como las de la frase: fue una forma del misterio divino, surgen para dar cuenta de la pérdida; aunque esto se da en menor medida que las situaciones en que el apoyo de amigos y familiares es lo que cuenta para aceptar las explicaciones.

La aceptación emocional requiere que el que está de duelo logre neutralizar los recuerdos y asociaciones para que estos no lo paralicen en su funcionamiento. Este proceso de neutralización requiere un monto variable de tiempo y suele reactualizarse en los momentos de aniversarios, cumpleaños, vacaciones, fiestas familiares, fiestas de navidad u de fin de año,

oportunidades en las que se constata que el dolor por la pérdida del ser querido no han terminado del todo.

Para Worden, (1997) menciona:

Las fases implican una cierta pasividad que la persona que está en duelo atraviesa. Las tareas, por otra parte, son más acordes con el concepto de Freud del trabajo de duelo e implican que la persona ha de ser activa y puede hacer algo. Además, este enfoque contempla las influencias en el duelo que provienen de intervenciones del exterior. En otras palabras, el concepto de fases es como cierta sensación de fuerza y la esperanza de que pueda hacer algo de forma activa. Elaborar un duelo es algo que lleva tiempo; la frase de que el tiempo lo cura es cierta. También es cierto que el duelo crea tareas que se deben cumplir y aunque esto sea desbordante para la persona en la agonía del duelo agudo también puede, con la ayuda de un ascensor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final: un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que experimentan las personas en duelo.

Ante los duelos, es importante considerar los mecanismos de afrontamiento con los que cuenta quien ha sido sufrido una pérdida, a fin de evitar cualquier tipo de desarrollo de duelo complicado o patológico. Si el duelo se reprime o se oculta tras una fachada de fortaleza, bajo patrones de adicción de trabajo, al consumo de drogas o al de alcohol se estaría adormeciendo de esta manera las sensaciones de dolor, de sufrimiento y de vacío por la pérdida del ser querido. A corto o largo plazo esto suele generar síntomas físicos, enfermedades psicosomáticas, trastornos de la conducta depresión o duelo crónico.

El duelo no resuelto oculta la falta de elaboración de la pérdida del ser querido y las emociones que dicha pérdida ha provocado. Un duelo patológico o no resuelto está determinado por la cronicidad en el tiempo y por compartimentalización del mismo. Este proceso consume mucha energía psíquica y corporal, ya que la misma es usada para negar tanto la existencia de la pérdida del ser querido como la de los sentimientos dolorosos subyacentes. Para Weiss, el dolor y la pérdida son imposibles de evitar, pero si se puede evitar un daño permanente.

Desde el punto de vista de la psicología de la salud es importante tener en cuenta que todo duelo bien elaborado debe llegar a su fin y las heridas mentales y emocionales deben cicatrizar. Según Jaramillo:

La reorganización es el resultado de reacomodación de adaptación, e implica poder recordar a la persona amada como ausente, pudiéndola evocar sin tanto dolor y sin emociones poderosas, sino con cariño y nostalgia; sin que el recuerdo sea tan fuerte como para desequilibrar al individuo por la intensidad de sus sentimientos y pensamientos en torno al ser querido fallecido. Un duelo normal consiste para el doliente en poder aceptar la pérdida del ser amado, atravesar la crisis vital en la que dicha pérdida lo puso, salir revitalizado de la misma y asumir una identidad personal con aspectos nuevos y renovados de sí mismo. Las conductas de afrontamiento posibilitan atravesar el duelo de manera positiva y deben ser tenidas en cuenta, ya que le permiten al familiar que sufrió la pérdida no desarrollar síntomas ni enfermedades que pueden llevarlo a la muerte, al suicidio, a un accidente o a algún tipo de adicción.

El cambio en la identidad personal implica que la persona que está de duelo sea capaz de desarrollar una nueva imagen de sí mismo, en la cual la conexión con la figura de apego fallecida sea vista como algo del pasado, y ya no del presente. El poder afrontar la pérdida y atravesarla

de manera positiva genera mayor confianza en el doliente, en sus posibilidades reales para salir adelante frente al dolor, desarrollando aspectos y mecanismos nuevos en sí mismos y creando lazos sociales o recreando antiguos. La búsqueda y encuentro de actividades nuevas a realizar con otros le permitirán vivir de manera diferente, sintiendo de nuevo que cuenta con mayor energía, vitalidad y sensaciones placenteras.

2.36 Los Pensamientos

El término pensamiento es comúnmente utilizado como forma genérica que define todos los productos que la mente puede generar incluyendo las actividades racionales del intelecto o las abstracciones de la imaginación; todo aquello que sea de naturaleza mental es considerado pensamiento, bien sean estos abstractos, racionales, creativos, artísticos, etc.

2.36.1 ¿Cómo se crean los Pensamientos?

Degomoumois (2009) menciona:

Es la magia que crea los pensamientos, las certezas interiores y los deseos es, en realidad, una secuencia de confrontaciones de energías entre ellas. La construcción del cerebro exige una fluidez entre las diversas zonas para sostener la vida, su desarrollo y la interacción que permitirá suscitar los ímpetus o los retrocesos, las reflexiones o las acciones. Todo está centrado en torno a las memorias que están disponibles o no y que abren las puertas de la comunicación de las neuronas y de las reacciones a los influjos nerviosos. La construcción del cerebro exige una fluidez entre las diversas zonas para sostener la vida, su desarrollo y la interacción que permitirá suscitar los ímpetus o los retrocesos, las reflexiones o las acciones. Todo está centrado en torno a las memorias que

están disponibles o no y que abren las puertas de la comunicación de las neuronas y de las reacciones a los influjos nerviosos.

Los impulsos son sugeridos por parte de la glándula pineal, permanentemente, pues están destinados a avanzar el proceso de evolución. Estos impulsos se tropiezan con debilidades del sistema de comunicación o del sistema nervioso y la información se pierde por falta de reacción. Si, al contrario, el camino está libre y sin obstáculos, las ondas se multiplican hasta el momento en que se materializan en un gesto, una acción, una reacción o una construcción mental.

Durante este proceso, el movimiento ha provocado una reacción en cadena destinada a controlar el origen de la información y sus características y eventualmente a encaminarla hasta las zonas de distribución de la energía destinada a concretizar el impulso. Si hay una barrera, un bloqueo, una debilidad o una imposibilidad, la onda sigue chocándose, pero de manera incompleta. De esta manera, ella se debilita y se carga de elementos que no le pertenecen y que se convierten en la negatividad, el impedimento, y los pesos tanto psíquicos, emocionales como físicos. Progresivamente, las informaciones «exóticas» trazan una vía de acceso a la conciencia que, un día o una noche, las acepta y las pone a disposición de la persona.

En este momento, una luz nueva se ilumina en «la casa» Ella tendrá necesidad de sentirse útil para aclarar la vida y las acciones de la persona. Si no, esperará que los eventos o las ocasiones le permitan prestar el servicio en una vida activa y controlada por el mental. Las múltiples memorias reaccionan a cada onda de choque, con el fin de acompañar positivamente o de frenar el avance de ésta. Progresivamente, ellas se amplifican con estos nuevos datos y al centésimo choque, los aceptan mejor, y cada vez mejor. Asistimos a una mutación permanente

de la estructura psíquica que tiene en cuenta elementos innumerables para construir su red de comunicación y de transmisión.

2.37 Las Creencias

Según Degomoumois (2009) Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera. Las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean.

Muchas personas tienden a pensar que sus creencias son universalmente ciertas y esperan que los demás las compartan. No se dan cuenta que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferente del de los demás. Nosotros no vivimos la realidad en sí, sino una elaboración mental de la misma. Lo que hace que la vida sea un constante manantial de esperanza y ricas alternativas o una inevitable fuente de sufrimiento. Lo que vivimos tal como lo vivimos, depende más de la representación y elaboración de nuestro mapa mental, que del territorio "real" en sí. Por lo tanto el mapa no es el territorio.

A través de nuestro sistema de creencias y valores damos significado y coherencia a nuestro modelo del mundo, al que estamos profundamente vinculados. Cuestionar una de nuestras creencias puede desestabilizar todo el sistema al afectar a aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ella. Las creencias se forman a partir de ideas que confirmamos o creemos confirmar a través de nuestras experiencias personales.

Cuando una creencia se instala en nosotros de forma sólida y consistente, nuestra mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no casan con ella. Las creencias son una fuerza

muy poderosa dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar. Todos tenemos creencias que nos sirven como recursos y también creencias que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.

Son ideas que en un momento determinado llegaron a nosotros y porque si creímos, como el que cree que mañana sale el sol. Las creencias se han ido formando, ocupando un espacio, una energía, se han ido materializando dentro de nuestros conceptos más arraigados. Vienen a partir de lo que nos han dicho, de lo que hemos vivido, son maneras que nosotros creemos tener y ser, y que vienen más de otras personas, educadores, padres, experiencias de nuestros padres, por los medios de comunicación o en el momento que algo nos ha sucedido muy fuerte y se ha producido una impregnación en nuestro consciente o en nuestro inconsciente. Creencias a veces escondidas en nuestro inconsciente, y que están teniendo una repercusión extraordinaria en nuestras vida, y es difícil acceder a ellas. Degomoumois (2009).

2.40.1 Tipos de creencias

- a) Creencias globales
- b) Creencias sobre el significado
- c) Creencias de identidad u origen
- d) La Verbalización
- e) La congruencia
- f) Incongruencia

2.42 La Formación de las Creencias

La creencia tiene que ver con la educación, y la primera infancia, donde nos enamoramos de nuestros padres, y hemos creído prácticamente todo lo que ellos nos han dicho. Que yo era buena o mala, que es difícil comunicarse con los demás, que los hombres no lloran, que la enfermedad es sufrimiento y culpa. No sólo lo que hemos oído, sino de lo que hemos visto. Cuando yo veo materializada la idea, por ejemplo de que el mundo es un lugar peligroso o de que cuesta mucho ganar dinero, porque mi padre llega tarde a casa, porque le veo sufrir, le veo preocupado, porque vivo la escasez económica, que al final es escasez energética, porque veo materializado aquello que se dijo en un momento determinado, inmediatamente voy a llevarlo a mi vida, voy a convertirlo en creencia, y como consecuencia voy a materializarlo.

Por eso es tan importante que tengamos conciencia de los pensamientos que nos abordan, y del lugar que esos pensamientos están ocupando en nuestra psique, en nuestro inconsciente. Si yo tengo dentro de mí una creencia de "La vida es dura", de alguna forma yo estoy materializando o buscando en la vida dureza. Yo voy a convertir mi vida en algo difícil, porque debajo hay una creencia. Si tú crees que la vida es dura, tu vida es dura. No te vas a encontrar gente con esta creencia y que su vida sea fácil. Uno va llevando a la práctica lo que cree. Degomoumois (2009).

2.43 Autoestima en la Tercera Edad

Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo

durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no. Los millares de impresiones, evaluaciones y experiencias así reunidos se juntan en un sentimiento positivo hacia nosotros mismos o, por el contrario, en un incómodo sentimiento de no ser lo que esperábamos.

Morin, E. (2007) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor (p.16). Describen así mismo tres componentes importantes que se relacionan entres sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

1. Componente cognitivo:

Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de ítemesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye el autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima.

2. Componente afectivo:

Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable desagradable.

3. Componente conductual:

Tensión, intensión y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.

En diversas investigaciones se ha demostrado que el periodo previo al ingreso del anciano a las instituciones se presenta de forma crítica, durante este tiempo se le presenta un episodio intenso de estrés e incertidumbre debido al miedo y expectativas hacia las condiciones y

situaciones del lugar, ocasionando así tensiones internas en el adulto mayor. (López, 1998). Se ha comprobado que el ser humano en todas las edades, al poseer una buena relación familiar y fuentes de apoyo significativos, se conserva en óptimas condiciones psicológicas y, de esta manera, supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad; por el contrario, según López (1998), los adultos mayores con ausencia o mala calidad de estos lazos afectivos se ven afectados, cediendo así ante la enfermedad, por lo cual el apoyo social marca una notable diferencia entre los deseos de continuar viviendo o no.

Al perder sus vínculos efectivos por encontrarse en una institución, el anciano pierde así mismo los roles sociales que durante su vida o algún tiempo llevó a cabo, lo que influye en su autoestima, en la concepción de su vida futura y en la manera en la que debe socializar con su entorno. El adulto mayor puede verse afectado por diferentes maneras, una de las cuales es el deterioro del amor propio ya que se valora negativamente a sí mismo; puede presentarse una adaptación deficiente debido a la pérdida de sus roles sociales y funcionalidad al ingresar en alguna residencia. La disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultando de este un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro (López 1998).

Según López (1998) Para algunas personas mayores la jubilación es el momento de disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otros es un momento de estrés, el retiro supone una pérdida de poder adquisitivo o un descenso en la autoestima. Si ha sido incapaz de delegar poder y tareas, así como de cuidar y guiar a los más jóvenes; entonces no sería extraño que le resulte difícil transitar esta etapa y llegar a elaborar la proximidad de la muerte. Estas personas se muestran desesperadas y temerosas ante la muerte, y esto se manifiesta, sobre todo en la incapacidad por reconocer el paso del tiempo. No lograron

renunciar a su posición de autoridad y a cerrar el ciclo de productividad haciendo un balance positivo de la vida transcurrida.

Capítulo 3

Marco Metodológico

En la sección del marco metodológico, se describe el diseño de la investigación, “teóricamente, esta sección contiene suficiente información para permitir que otros investigadores rebaten el estudio”McMillan, Schumacher. S, (2005). El diseño de la investigación consiste en describir el tipo de investigación que se utilizó, de igual forma se describe el tipo de instrumento que se utilizará para la investigación. En esta sección se toma en cuenta la descripción de la población de la investigación, para tener mejor conocimiento sobre el campo de investigación.

Esta investigación es de tipo descriptiva porque describe situaciones, eventos o hechos y de acuerdo a Barrantes (2009) generalmente cuando la investigación pretende recolectar información sobre cada una de las situaciones y de esta manera describir el fenómeno que se investiga,(Hernández, 2006).

Barrantes, (2009) Este estudio tiene un enfoque etnográfico resulta apropiado porque se aprende el modo de vida de una unidad social concreta. Se persigue la construcción o reconstrucción analítica del carácter interpretativo de la cultura, formas de vida y estructura social del grupo de investigado. Es un producto del proceso de investigación o retrato del modo de vida de una unidad social.

Según Barrantes, (2009) La preocupación fundamental del etnógrafo es el estudio de la cultura en sí misma. Intentar construir un esquema teórico que recoja y responda lo más fielmente a las percepciones, acciones y normas de juicio de esa unidad social.

3.1 Población

Para efectos de esta investigación y lo que la misma pretende identificar, la población cumple con las siguientes características.

1. Estar en el rango de edad de 40 a 70 años.
2. Que puedan gozar de buena salud cognitiva.
3. Ser miembros del hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo, de Alajuela Costa Rica.
4. Se estudiaría hombres y mujeres.

3.2 Muestra

‘La muestra es el proceso cualitativo, es un grupo de personas, eventos, sucesos y comunidades, sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o la población que se estudia’ (Hernández et al.2006).La muestra utilizada en esta investigación es de tipo por conveniencia, consiste en seleccionar las unidades muestrales más convenientes para el estudio, o en permitir que la participación de la muestra sea totalmente voluntaria. La muestra de esta investigación consta de 60 sujetos hombre y mujer entre las edades de 40 a 70 años, por conveniencia.

3.3 Procedimiento Metodológico

Se aplicaron tres instrumentos para realizar las respectivas investigaciones se aplicó el Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte, (EMMM,) con el objetivo de

identificar si los individuos del hogar de ancianos presentan miedo a la muerte, lo cual ello puede influir a la baja autoestima, así también para poder indagar sobre la autoestima se utilizó un test de autoestima de Coopersmith (para adultos). De igual forma se aplicó la entrevista semi-estructura y cerrada, para indagar si existen Creencias y pensamientos, porque se considera que la autoestima proviene de las ideas, pensamientos, percepciones, y la no aceptación a la muerte.

Para acceder a la muestra primero se solicitó por escrito la autorización del Gerente de la Institución y a la encargada de recreación, así mismo se pidió información a la trabajadora social. Se hará un horario para pasar los test, así mismo los test se pasarán con la ayuda de la investigadora, por las dificultades motoras que presenta los individuos. Luego se harán los análisis según los resultados obtenidos de los test que se aplicaron en la institución que es el hogar de ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela.

3.4 Ética en la investigación

Esta investigación es de suma importancia, por lo tanto hay que tomar en cuenta algunas éticas para realizar esta investigación, para Gerrish y Lacey, (2008). Afirmar que los aspectos éticos requieren atención cuando se proyectan y conducen investigaciones, incluyen la importancia de respetar a los participantes, responder a las necesidades de los individuos y grupos vulnerables, obtener consentimiento y mantener la confidencialidad.

La investigadora tomó en cuenta estas pautas para introducir las cuestiones básicas que deben considerar los investigadores en el diseño de sus estudios. Se indica que, así como

resulta esencial tener firmemente presente el principio fundamental de respeto hacia los individuos, también, es necesario, en la mayoría de los casos, prestar atención al equilibrio entre las desventajas potenciales de participar en un estudio de investigación a los posibles beneficios para los participantes. Este espacio se compone de dos partes principales: asuntos que requieren la atención del investigador, y estrategias que pueden utilizarse para tratar estos puntos de manera conveniente y ética.

3.4.1 Respeto hacia los participantes

Este principio clave se fundamenta en la creencia de que cada individuo es importante y tiene derecho a ser tratado con respeto. Los adultos, en su mayoría, son autónomos (aunque pueden combinarse varios factores que limiten esta autonomía), por lo que poseen la habilidad mental de deliberar sobre asuntos que les afectan o tomar decisiones por sí mismos, ya sean sensatas, absurdas o caprichosas. Respetar al individuo implica respetar sus decisiones.

3.4.2 Información suficiente para fundamentar la muestra estudiada

Muchas de las decisiones que se toman en la vida serían erróneas si no se dispusiera de los elementos vitales relacionados con la información pertinente. Es por eso que la investigadora de esta investigación se eligió a los candidatos y se les dio explicaciones claras sobre los aspectos, ya que la muerte es un tema que les puede causar ciertas reacciones emocionales negativas, causándoles incomodidad o angustia al hablar del tema de la muerte, eso por eso que se considera importante tomar en cuenta esta pauta, para evitar algún grado de afectación.

3.4.3 Entender y evaluar las circunstancias

Si bien es verdad que la mayoría de los adultos (e incluso los niños) son capaces de entender la información o los detalles con la suficiente profundidad para permitirles una toma de decisiones racionales, en algunos casos es posible que esta capacidad se haya perdido de manera temporal o permanente debido a una afección, un trauma o procesos degenerativos atribuidos al envejecimiento o a una enfermedad.

3.4.4 Libertad de la restricción social excesiva

Además de que la capacidad del individuo para tomar decisiones puede verse modificada por una discapacidad intelectual grave, por ejemplo por demencia o traumatismo craneoencefálico, también puede estar limitada por la merma del estado social inherente a la estereotipación y la estigmatización de algunas enfermedades o discapacidades (Johnson 1997).

3.4.5 Obtención del consentimiento

Las personas capaces de advertir lo que implica la participación también deberían ser capaces de decidir si toman parte en un estudio, por lo que la investigadora tomó en cuenta este aspecto como la libertad y su consentimiento para recibir la información que se deseaba obtener:

3.4.6 Mantenimiento de la confidencialidad

La estrategia principal de la investigación es recalcar que se están tomando en cuenta estos aspectos porque el estudio es etnográfico que se toma en cuenta el comportamiento de las personas y sus reacciones emocionales. A menudo estos datos contienen información personal,

biográfica y demográfica que, si bien resulta esencial para el análisis, normalmente debe utilizarse solo para este propósito.

3.4.8 Beneficios potenciales de la participación en investigación

Antes de llevar a cabo cualquier proyecto de investigación, deben aclararse los posibles beneficios a todos los involucrados. La investigadora les explicó la importancia de contestar los instrumentos y con los resultados se relazaría un seminario- taller para ayudar a los posibles problemas, y así ayudar a prevenir y dar soluciones o estrategias para minimizar sus conflictos internos.

3.4.7 Minimización de los daños

Otros riesgos resultan menos obvios, por ejemplo, la posibilidad de ofender a las personas en investigación sobre temas sensibles, o de manera involuntaria, estimular o revelar la causa de conflicto entre participantes. Por eso resulta importante ser claro sobre los daños y molestias, y tratarlos de manera abierta con los participantes en la investigación.

3.4.8 Integridad personal y responsabilidad profesional

Deben mantenerse las promesas de conservar los datos con seguridad, y los métodos de investigación se han de llevar a cabo de manera rigurosa. Los procesos de aprobación de la investigación siguen cada vez más un procedimiento de notificación breve pero, lamentablemente, no es suficiente para asegurar la calidad y el seguimiento adecuado de los altos estándares del proceder en investigación.

3.4.9 La evaluación ética de los estudios de investigación

Matthews y Venables (1998) ofrecen áreas o criterios que pueden utilizarse con tal propósito, como el grado en que la participación debe ser voluntaria, si se obtuvo el consentimiento informado y la relación entre riesgo y beneficio.

Instrumento

3.5 Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte

En respuesta Hoelter publicó en 1979 una escala de 42 ítems diseñada para medir el miedo a la muerte, definido como una reacción emocional que implica sentimientos subjetivos de desagrado y preocupación basados en la contemplación o identificación de cualquiera de las diferentes facetas relacionadas con la muerte (1979). A diferencia de los instrumentos medidas más populares que existían sobre las actitudes hacia la muerte, el de Hoelter era multidimensional, y comprendía ocho subescalas, cada una de las cuales media un aspecto conceptualmente distinto del miedo a la muerte.

El uso inicial de instrumentos de evaluación del miedo a la muerte idiosincrásicos, con validez aparente y unidimensionales, dieron lugar a medidas más estandarizadas, sólidas a nivel psicométrico y más exhaustivas. La escala propuesta por Hoelter (1979) era multidimensional y comprendía ocho sub-escalas, cada una de las cuales media un aspecto conceptualmente distinto del miedo a la muerte, a saber: 1) Miedo al proceso de morir; 2) Miedo a los muertos; 3) Miedo a ser destrozado; 4) Miedo por otras personas significativas; 5) Miedo a lo desconocido; 6) Miedo a la muerte consciente; 7) Miedo por el cuerpo después de la muerte y 8) Miedo a una muerte prematura.

A medida que se ha desarrollado la investigación sobre las actitudes hacia la muerte también lo ha hecho la calidad de los métodos utilizados. El uso inicial de instrumentos de evaluación del miedo a la muerte idiosincráticos, con validez aparente y unidimensional, ha dado paso gradualmente a que se confíe en medidas estandarizadas, sólidas a nivel psicométrico y más exhaustivas. Vista en este contexto, la Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM), confeccionado por Hoelter(1979), representa una adquisición importante como recursos metodológico para aquellos quienes investigan acerca de la muerte.

En el estudio inicial que dio como resultado la Escala Multidimensional del miedo a la Muerte (EMMM), Hoelter(1979), administró un cuestionario que contenía varios ítems tipo Likert puestos a prueba previamente. A través de un análisis factorial identificó ocho factores distintos.

3.5.1 Datos Psicométricos existentes sobre la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte

En el estudio inicial que dio como resultado el test Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM), Hoelter (1979) administró un cuestionario que contenía varios ítems tipo Likert puestos previamente con una muestra de 143 hombres y 232 mujeres universitarios no licenciados. Sometió los resultados a un análisis de factores común con rotación varimax e identificó ocho factores distintos que etiquetó como sigue:

F1: Miedo al proceso de morir (incluyendo muertes dolorosas y violentas)

F2: Miedo a los muertos (incluyendo evitación de restos humanos y animales)

F3: Miedo a ser destrozado (incluyendo la disensión y cremación del cuerpo)

F4: Miedo por otras personas significativas (incluyendo aprensión respecto al impacto de la muerte del sujeto en otras personas significativas y de las muertes de dichas personas en el sujeto).

F5: Miedo a lo desconocido (incluyendo miedo a la inexistencia).

F6: Miedo a la muerte consciente (incluyendo ansiedad respecto a ser declarado muerto falsamente).

F7: Miedo al cuerpo después de la muerte (incluyendo preocupación por la decadencia y el aislamiento del cuerpo).

F8: Miedo a una muerte prematura (incluyendo preocupación por el hecho de que la muerte puede impedir que se cumplan metas importantes en la vida o tener experiencias significativas).

De las conductas de un sujeto o de sus respuestas en un autoinforme, no existe un criterio simple con el que comparar un instrumento para establecer su validez. Debido al miedo a la muerte no se puede observar directamente sino que se ha de inferir a partir de la conducta de un sujeto o de sus respuestas en un autoinforme, no existe un criterio simple con el que comparar un instrumento para establecer su validez.

Finalmente, se exploró la relación entre la EMMM y la información demográfica básica de los sujetos, incluyendo su sexo y edad. La revisión de la bibliografía general sobre ansiedad ante la muerte demuestra que las mujeres dan cuenta con bastante consistencia de mayor miedo a la muerte que los hombres. (Neimeyer, 1988), un descubrimiento que parece persistir incluso cuando se controla las diferencias de género en auto revelación y deseabilidad social, como demostró la investigación que las mujeres tienen más miedo a la muerte que los hombres con el

factor general de la EMMM. Así, la investigación que se realizó usando la EMMM con una muestra de adultos amplia y diversos replica el descubrimiento general de la elevada preocupación por la muerte de las mujeres, y añade detalles sobre los aspectos de la muerte que las mujeres encuentran más preocupantes. Sin embargo es interesante, ver que una de las diferencias de género fuertes mostro la tendencia contraria: las mujeres mostraron significativamente menos aprensión respecto a lo que hay después de la muerte que los hombres. Debido a que este factor estaba influido por las convicciones religiosas que se tienen sobre la naturaleza de una vida después de la muerte, se cree que estaría justificado un estudio adicional sobre la relación entre religiosidad y preocupación por la muerte.

3.6 Test de autoestima

El inventario de autoestima de Coopersmith (para adultos) se utilizó para medir el nivel de autoestima de los ancianos en México, la validación y confiabilización de este instrumento fue realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortez (cfr. Gonzales y Villabueva, 1995). La muestra para ello estuvo confirmada por 411 sujetos, 211 mujeres y 200 hombres de la ciudad de México. La confiabilidad obtenida fue de 0.81 mediante la alfa de Cronbach.

Se trabajó con una población por conveniencia, siendo la muestra por conveniencia y no aleatoria, en un estudio de corte transversal. La población por conveniencia está definida por los adultos de la tercera edad de la zona centro de la ciudad de Merid, exclusivamente los más cercanos del centro de Desarrollo Comunitario de la Universidad del Mayab. La muestra accidental está referida a que fueron varios los sujetos convocados de manera personal y cordial a contestar, pero al no acceder todos de manera personal y cordial a contestar, pero al no acceder todos los asistentes, participaron entonces libremente y no de manera impuesta.

Específicamente, se visitaron dos asilos y dos estancias de dicha zona. La muestra total de 62 personas, 32 de las estancias y 30 de los asilos. La edad para la entrevista correspondió a la edad mínima considerada para pertenecer al grupo de la tercera edad según los autores mencionados en el apartado teórico: 65 años. Para este estudio ya dado accidental de la muestra, no se consideró el sexo de los participantes.

3.7 Entrevista

Se realizó una entrevista semi-estructurada y cerrada, consiste de tres puntos, en la unidad de análisis lo que son los pensamientos, en la dimensión de: las emociones negativas, los deseos, y las actitudes, en la unidad de análisis lo que son las creencias, tomando en cuenta las dimensiones de: los acontecimientos pasados, los periodos críticos y la frustración, con el motivo de indagar si existen creencias y pensamientos acerca de la muerte, y que ello éste afectando a la no aceptación a la muerte.

BAREMO

3.8 Corrección para la Escala Multidimensional de Miedo a la Muerte

Para obtener las puntuaciones de las subescalas de los siguientes factores, se sumaron las puntuaciones del sujeto en los ítems relevantes. Las puntuaciones más bajas en cada subescala reflejan más miedo a la muerte. Observa que los ítems que van acompañados de un asterisco se puntúan invertidos para reducir los sesgos de respuesta de tal manera que las respuestas se deberían invertir antes del análisis (1=5,2=4,4=2 y 5=1). Además para mitigar la formación de grupos de respuestas, los ítems de las distintas escalas se han entremezclados, de manera que los

números de los ítems no corresponden a los listados en los informes de Hoelter (1979) o Walkey(1982)

Estas dimensiones se encuentran conformadas por 42 ítems, cada uno de los cuales se valoró a través de una escala tipo Likert que va del 1= totalmente de acuerdo al 5= totalmente en desacuerdo. Para obtener las puntuaciones de las subescalas de los siguientes factores se suma las puntuaciones del sujeto en los ítems más relevantes. Las puntuaciones más bajas en cada subescala reflejan más miedo a la muerte.

3.9 Test de autoestima

Consta de 25 reactivos de respuesta dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima (mínimo 0, máximo 100 puntos). Debido al tipo de respuesta, es una prueba que cae dentro de la clasificación de presencia-ausencia. Las normas de calificación son, a saber: baja autoestima, de 1, a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 49, y alta autoestima, de 50 y más.

3.10 Entrevista

La entrevista semi- estructurada y cerrada, consta de 18 ítems, donde presenta la unidad de análisis concerniente a los pensamientos, y creencias. Las dimensiones a analizar son: las emociones negativas, los deseos, y las actitudes. La unidad de análisis de creencias con las dimensiones de los acontecimientos pasados, los periodos críticos, y la frustración.

3.11 Unidades de Análisis

Debido a que esta investigación tiene un enfoque etnográfico se manejan unidades de análisis que de acuerdo a Barrantes (2010) la etnografía es un término que se deriva de la

antropología, puede considerarse también como un método de trabajo de ésta; se traduce etimológicamente como estudio de las etnias y significa el análisis del modo de vida de una raza o grupo de individuos, mediante la observación y descripción de lo que la gente hace, cómo se comportan y cómo interactúan entre sí, para describir sus creencias, valores, motivaciones, perspectivas y cómo éstos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias; podríamos decir que describe las múltiples formas de vida de los seres humanos.

Para esta investigación se utilizaron tres instrumentos según la recomendación de (Barrantes, 2010) para la validez es necesario utilizar la triangulación él recomienda dos o más instrumentos, por lo tanto se espera recopilar los datos prescritos anteriormente. Los instrumentos a utilizar son:

- a) La Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM)
- b) El Inventario de autoestima de Coopermith (para adultos)
- c) La Entrevista semi- estructurada y cerrada, para medir las creencias y pensamientos acerca de la muerte.

• El test de Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM), se encuentra la unidad de análisis: Aceptación de la muerte, que contiene la dimensión de miedo al proceso de morir, miedo a los muertos, miedo al ser destrozado, miedo a otras personas significativas, miedo a lo desconocido, miedo a una muerte consciente, miedo por el cuerpo después de la muerte, miedo a una muerte prematura. Con este test se quiere saber si la muestra que se estudia presenta miedo a la muerte.

El test de autoestima, presenta la unidad de análisis: Autoestima, en las dimensiones se mide autoestima alta, autoestima media y autoestima baja, con ello se pretende saber si la muestra a estudiar, presenta una baja autoestima.

La entrevista se presenta la unidad de análisis de los pensamientos, en la dimensión que consta de tres preguntas que cubre las emociones negativas, los deseos, y las actitudes.

Seguidamente con la unidad de análisis: Creencias, con las dimensiones de acontecimientos pasados, los periodos críticos, y la frustración. Con ello se pretende indagar si las personas del Hogar de ancianos presentan Creencias y pensamientos acerca de la muerte.

3.12 Procedimiento de Estudio

Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte

Unidad de Análisis	Dimensiones	Ítems
Aceptación de la Muerte La persona comprende de manera positiva, y es capaz de racionalizar positivamente dejar el pasado atrás, y pensar en el futuro.	Miedo al proceso de morir	1,13,22,27,31,42
	Miedo a los muertos	2,14,23,26,32,39
	Miedo a ser destrozado	3,15,24,33
	Miedo a otras personas significativas.	4,16,17,25,34,37
	Miedo a lo desconocido	5,9,18,30,36
	Miedo a una muerte consciente.	6,10,19,29,38
	Miedo por el cuerpo después de la muerte.	7,11,20,28,35,40
	Miedo a una muerte prematura	8,12,21,41

Test de autoestima de Coopersmith (para adultos)

Unidad de Análisis	Dimensión	Ítems
<p>Autoestima</p> <p>Autoestima es la opinión que tiene la persona de mí mismo.</p>	<p>Autoestima alta</p> <p>Las personas de gran autoestima han nacido para triunfar en todos los aspectos de su vida. Se creen seres poderosos y en posesión de la verdad en todo momento.</p>	<p>1,5,14,6,8,9,17,19,20,25</p>
	<p>Autoestima Media</p> <p>Este tipo de personas tienen una buena confianza en sí mismas, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo.</p>	<p>5,6,8,9,10,17,19,20,25,13,4,14</p>
	<p>Autoestima baja</p> <p>Aquellas personas que tienen una baja autoestima suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya</p>	<p>12,15,16,18,21,24</p>

Entrevista semi-estructurada y cerrada para indagar que si existen
 Creencias y Pensamientos sobre la muerte.

Unidad de análisis	Dimensiones		
	Acontecimientos	Periodos Críticos	Frustración
Creencias	<p>Pasados</p> <p>La existencia de patrones de comportamiento de experiencias pasadas sueños ojetivos que no se pudieron cumplir.</p>	<p>Pérdida de sus roles sociales y funcionalidad, al ingresar en alguna residencia, disminución en la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, la frecuencia de los contactos sociales y actividad en general, resultando de este un evidente deterioro senil de la personalidad y una posible visión limitada del futuro.</p>	<p>La frustración se produce cuando las expectativas del individuo no coinciden con los hechos reales. Lo que frustra no es tanto la adversidad como el hecho de que los acontecimientos no se produzcan como uno esperaba.</p>

Unidad de análisis	Dimensiones		
	Emociones negativa	Deseos	Actitud
Pensamientos	<p>Recordar sucesos malos que acontecieron en el pasado, esto puede provocar agitación dentro de nosotros mismos, esto hace una reacción negativa.</p>	<p>Son maquinaciones del pensamiento, donde surge una emoción – sentimiento, de los logros o metas si las cumplieron o no.</p>	<p>Una postura que expresa un estado de ánimo o una intensión, de una forma más general, una visión del mundo</p>

Capítulo 4

4.1 Análisis de Datos

Se presenta en esta parte de la investigación algunos datos generales de la muestra, y mostrar porcentajes y aspectos relevantes que faciliten observar los diferentes resultados para su respectivo análisis. Con respecto al grupo de personas encuestadas, se presenta la siguiente distribución según las edades.

Género	Estado Civil	Femenino	Masculino	Total
	Solteros	11	8	
	Viudos	8	8	
	Divorciados	2	4	
	Casado	2	3	46
Grado de formación académica	Ningún grado	17	18	
	Técnicos	2	2	
	Niveles superiores	3	3	
Total				46
Ocupación	Profesionales	5	3	
	No profesionales	17	18	
	Técnicos	1	2	
Tiempo de residencia		De 1 sem. a 6 años	1 sem. a 5 años	
Total de la muestra	46			Hombres 23 Mujeres 23

4.2. Resultados del test Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM) en mujeres sin preparación académica y mujeres profesionales.

Sub escala	Escolaridad	Porcentaje
Miedo al proceso de morir	Mujeres sin profesión	28.3%
	Mujeres profesionales	10.9%
Total	23	50%

En la sub escala Miedo a la muerte en mujeres sin preparación académica 28.3% manifiestan si tener miedo a la muerte, esto quizás sea porque, para el ser humano es algo desconocido. Otra factor puede ser que las mujeres sin preparación académica presentan frustración probablemente porque no lograron las metas establecidas en su juventud, otro factor muy importante es que estas mujeres, se mantenían activas dentro de un mismo lugar, y quizás sea un factor influyente, ya que no veían remuneración económica. El 10.9% equivalente a las mujeres profesionales presentan mido a la muerte, esto quizás sea porque ellas lograron las metas establecidas en su juventud, hicieron dinero, por lo tanto tienen mucho que perder, así mismo otro factor que puede estar afectando a la muestra, es el abandono de parte de sus familiares o enfermedades que les obstaculizan realizar sus actividades, estos pueden ser factores influyentes para que la muestra de mujeres no presente aceptación a la muerte.

4.3 Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte, en hombres sin preparación académica y hombres profesionales.

Sub escala	Escolaridad	Porcentaje
Miedo al proceso de morir	Hombres sin preparación académica	30.43%
	Hombres profesionales	10.87%
Total	23	50%

En la sub escala miedo a la muerte en hombres sin preparación académica 30.43% manifiestan tener miedo al proceso de la muerte, esto quizás sea, porque no quieren dejar de disfrutar de lo que hicieron en su juventud, ya que la muerte es un suceso que no se puede evitar, de igual forma ellos presentan miedo a la muerte. Es evidente en los dos grupos de las personas presentan miedo a la muerte, pero la muestra de hombres sin preparación académica presentan más miedo a la muerte con un porcentaje más alto. Quizas sea porque no lograron autorrealizarse, según la escalera de Abraham Maslow, en las necesidades del adulto mayor existe la necesidad de la obtención de metas, dirección, realización y satisfacción, sin embargo en la muestra representada por hombres sin profesión el 30.43% esta incluye a hombres que realizaban actividades como tractoristas, ebanista, a estas personas este tipo de trabajo las mantenía activas y probablemente recibían buenos ingresos, y por lo tanto quizás lograron obtener sus metas. En la Teoria de la actividad según Lemon, Bengston y Peterson, menciona que entre más activa permanezca una persona mayor, más satisfactoriamente envejecerá; así mismo los papeles que

contribuyen principalmente a su satisfacción con el trabajo, y la máxima pérdida en los papeles debido a la viudez, este puede ser un factor influyente.

4.4 Test de autoestima de Coopersmith mujeres sin preparación académica y mujeres profesionales

Escolaridad	Nivel	Porcentaje
Mujeres sin preparación académica	Autoestima alta	2.17%
	Autoestima media	28.26%
	Autoestima baja	8.69%
Mujeres profesionales	Autoestima alta	4.34%
	Autoestima media	4.34%
	Autoestima baja	2.17%
Total de la muestra	23	50%

En los resultados del test de autoestima las mujeres sin preparación académica, muestran que 2.17%, tiene su autoestima en nivel alta, este sujeto permanece activa, ya que goza de buena salud, por lo tanto ayuda a las cuidadoras a hacer las labores de la Institución. Ella menciona: “trabajé toda mi vida, me siento feliz, sí Dios me quiere llevar, estoy preparada” (Cárdenas. M. Comunicación personal, Mayo, 2011). Su religión puede ser un elemento influyente para aceptar la muerte. Este sujeto de la muestra no presenta miedo a la muerte, por lo tanto no le afecta en su autoestima.

Las mujeres sin preparación académica presentan autoestima media 28.26%, quizás sea porque no lograron autorrealizarse o quizás tienen problemas de abondo de parte de sus familiares o sufren de enfermedades físicas, por lo tanto estas mujeres presentan miedo a la

muerte y ello les influye a su autoestima. El restante 8.69%, de la muestra presentan un nivel bajo de autoestima esto quizás se deba a que ellas no lograron las metas establecidas y no sienten el apoyo de parte de sus familiares, o sufren de enfermedades, por lo tanto no están activas ese puede ser un factor para que ellas presenten autoestima baja, y esto les crea la no aceptación a la muerte.

Las mujeres profesionales presentan autoestima alta 4.34%, probablemente sea porque esta muestra de mujeres profesionales, lograron realizarse en su juventud, hicieron dinero y quizás existe comprensión y cariño de parte de sus familiares, por lo tanto estas mujeres no presentan miedo a la muerte. Con la otra muestra presentada con autoestima media 4,34%, estas mujeres lograron autorrealizarse, pero quizás hay otros factores que les están afectando, como enfermedades, o la falta de cariño y comprensión de sus familiares. Así mismo la muestra de mujeres profesionales que presenta autoestima baja 2.17%, esto quizás sea porque esta muestra presenta problemas, como enfermedades y han sufrido abandono de parte de su familia, así que estos problemas están influyendo a que presenten autoestima baja y por ende surge la no aceptación a la muerte.

4.5 Test de autoestima de Coopersmith hombres sin preparación académica y hombres profesionales

Escolaridad	Nivel	Porcentaje
Hombres sin preparación académica	Autoestima alta	26.1%
	Autoestima media	6.52%
	Autoestima baja	6.52%
Hombres profesionales	Autoestima alta	0.00
	Autoestima media	6.52%
	Autoestima baja	4.34%
Total de la muestra	23	50%

En el test de autoestima de Coopersmith, 26.1% de los hombres sin preparación académica tienen su autoestima el nivel alto, quizás sea porque mantienen buenas relaciones interpersonales con las trabajadoras, amigos en la Institución o con sus familiares que los llegan a visitar muy a menudo. Así mismo estos sujetos gozan de buena salud, mantienen actividades de trabajo y recreación, puede ser que esto les ayude a mantener un equilibrio. El nivel medio de autoestima esta presente en 6.52% de esta muestra, estos hombres se mantenían activos antes de tomar residencia en la institución, realizaban trabajos de campo, por lo tanto el estar inactivos ahora ,se frustran. Posiblemente existe aislamiento o malas relaciones interpersonales, estos pueden ser factores que se conjugan para reflejarse estos resultados. La autoestima baja del 4.34% de esta muestra, quizás sea porque estos sujetos están enfermos, les falta apoyo de su familia y no estan satisfechos con lo que han logrado en la vida. Es notable que estas personas presenten miedo a la muerte, y esto influye en su autoestima.

En cuanto a los hombres profesionales no hay presencia de autoestima alta, esto es muy importante ya que se cree que estas son personas logran autorrealizarse, pero quizás hay factores que les están afectando, quizás sea el hecho que ellos se mantenían activos, por ser profesionales mantenían un cuidado personal, y eran importantes dentro de la sociedad, y ahora que se encuentran en la Institución y no pueden valerse por sí mismos esto les afecta en gran medida a que no exista autoestima alta. La otra parte de la muestra de hombres profesionales presenta autoestima media 6.52%, esto quizás sea porque estas personas llegan a caer en estado de inactividad, enfermedades o falta de apoyo de su familia, por lo tanto no están supliendo todos los factores como emocionales, físicos y sociales. Autoestima baja esta presenta con 4.34%, posiblemente estas personas presentan enfermedades, y siente que se les ha truncado la vida, o quizás factores como el abandono de su familia o cosas que querían realizar y no lograron, estas personas están presentan miedo a la muerte y eso les afecta en su autoestima.

4.6 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en mujeres profesionales.

Unidad de análisis	Dimensión	Escolaridad	Porcentaje
Pensamientos	Emociones negativas	Mujeres profesionales	6.52%
	Deseos no cumplidos		12.17%
	Actitudes negativas		4.34%
Creencias	Acontecimientos pasados	Mujeres profesionales	4.34%
	Periodos críticos		4.34%
	Frustración		2.17%
Total de la muestra 5			50%

En la unidad de análisis de pensamientos y creencias, en la muestra representada por mujeres profesionales, apunta que 6.52% tienen emociones negativas, acerca de la muerte. Probablemente vivieron procesos o experiencias negativas acerca de la muerte y esto les está afectando, por lo tanto hace que reaccionen de manera negativa a diferentes situaciones, de igual forma ellas presentan los efectos de los deseos no cumplidos en un nivel de 12.17% , porque no pudieron cumplir con las cosas establecidas en su juventud. De igual forma se ven reflejadas en las actitudes negativas de 4.34%,. Llevando a la conclusión que a ellas están afectadas por las cosas que no pudieron resolver o sucesos del pasado que marcaron su vida hasta este momento, esto tiene un relación con la no aceptación de la muerte, porque no han logrado resolver las cosas del pasado.

En la unidad de análisis de creencias, se ven reflejadas que los acontecimientos pasados en 4.34% de esta muestra todavía tienen influencia en sus vidas, probablemente estas mujeres profesionales tienen asuntos inconclusos en su vida social, profesional o personal. De igual forma 4.34%, de la muestra quizás sea porque estas personas antes se mantenían activas y al ver que ahora ya no pueden mantenerse en movimiento eso les hace a que presenten periodos críticos, ya que quizás existe cierta frustración por no poder realizar algunas cosas, de igual forma se ve reflejada la frustración en 2.17% de ellas, esto quizás sea el mismo hecho que no se sienten útiles como antes y al no poder resolver los problemas surge frustración, se considera que estos pensamientos y creencias pueden estar afectando a la no aceptación de la muerte, porque son factores que influyen en su estado emocional, por lo tanto esto les conlleva a una insatisfacción personal porque estos pensamientos y creencias son parte de su vida.

4.7 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en mujeres sin preparación académica.

Unidad de análisis	Dimensión	Escolaridad	Porcentaje
Pensamientos	Emociones negativas	Mujeres sin preparación académica	15.21%
	Deseos no cumplidos		10.86%
	Actitudes negativas		10.86%
Creencias	Acontecimientos pasados		13.03%
	Periodos críticos		12.72%
	Frustración		10.86%
Total de la muestra 17			

En la unidad de análisis en las mujeres sin preparación académica en sus pensamientos y creencias existen las emociones negativas en un nivel de 15.21%, así mismo el 10.86%, en deseos y actitudes negativas 10.86%. En la dimensión de creencias en acontecimientos pasados 13.03%, periodos críticos 12.72% y frustración 10.86%, esto puede indicar que la muestra de mujeres no profesionales se ven más marcados en los pensamientos y creencias, esto quizás sea porque estas mujeres no han logrado cumplir con las metas no se sienten realizadas por lo tanto surgen en ellas las emociones negativas, porque quizás se sienten incapaces de resolver lo que han dejado inconcluso, presentan creencias por sucesos que les ha ocurrido en el pasado, y por lo tanto al no poder resolver la crisis surgen un desequilibrio emocional lo cual conlleva a los periodos críticos, y al no resolver las situaciones surge frustración, porque se sienten incapaces de arreglar las cosas del pasado, y el hecho actualmente de no recibir el cariño y apoyo de parte

de sus familiares, Estos factores pueden afectar a la aceptación de la muerte y en consecuencia su autoestima pues van esto estrechamente ligados con la autorrealización que siente no haber logrado totalmente

4.8 Agrupaciones de la entrevista para medir la posible existencia de Creencias y Pensamientos acerca de la muerte, en hombres sin preparación académica y hombres profesionales.

Unidad de análisis	Dimensión	Escolaridad	Porcentaje
Pensamientos	Emociones negativas	Hombres sin preparación académica	4.34%
	Deseos no cumplidos		4.34%
	Actitudes negativas		8.69%
Creencias	Acontecimientos pasados	Hombres sin preparación académica	13.03%
	Periodos críticos		12.72%
	Frustración		4.34%
Total de la muestra 18			

En la unidad de análisis que son los pensamientos, en la dimensión de emociones negativas 4.34% presenta emociones negativas, deseos 4.34%, actitudes 8.60%, esto quizás sea porque estas personas tienen cosas del pasado que no han podido resolver hasta este momento, o quizás presentan malas relaciones con sus familiares, esto les conlleva a una mala actitud a la

hora de resolver los conflictos, se cree que estas características están afectando a que presenten miedo a la muerte y esto afecta en su autoestima.

En la unidad de análisis de las creencias, en la dimensión de acontecimientos pasados se observa que en 13.03% esos acontecimientos les afecta todavía y periodos los críticos que pasaron en sus vidas tienen un efecto en 12.72% de ellos y 4.34% se sienten frustrados. Esta muestra de hombres sin preparación académica afirman que no están preparados para aceptar la muerte ya que de acontecimientos pasados, los periodos críticos en sus vidas causado la no aceptación a la muerte y su estima baja produciendo en ellos frustración y por ende su autoestima.

4.9 Datos para indagar si existen Pensamientos y creencias acerca de la muerte en hombres profesionales

Unidad de análisis	Dimensión	Escolaridad	Porcentaje
Pensamientos	Emociones negativas	Hombres profesionales	6.52%
	Deseos no cumplidos		2.17%
	Actitudes negativas		6.51%
Creencias	Acontecimientos pasados	Hombres profesionales	8.69%
	Periodos críticos		10.86%
	Frustración		8.69%
Total de la muestra 5			

En la unidad de análisis de pensamientos, en la dimensión de emociones negativas notamos que 6.52%, tienen emociones negativas, De este mismo grupo observamos que los deseos no cumplidos afectan en 2.17% de ellos y, en las actitudes negativas 8.69% tienen un efecto sobre sus pensamientos

. En la unidad de análisis de creencias, en la dimensión de acontecimientos pasados en 8.69% de las personas en esta muestra todavía esos acontecimientos están activos y vivos en sus mentes. Los periodos críticos que han pasado ha afectado los pensamientos de 10.86%, de ellos. Así mismos estas personas eran activas en el pasado y eran, reconocidas por la sociedad y al verse en un estado de inactividad, dentro de la institución, surge en 8.60% de ellos la frustración, observando notablemente el efecto adverso de la autoestima baja en ellos.

Capítulo 5

Conclusiones y Recomendaciones

Después de hacer el análisis de los resultados de cada instrumento aplicado a la muestra concluimos que:

Según el instrumento Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte, 80.5% de los sujetos presentan miedo al proceso de morir, de manera general. Existen factores como los estudiados en las sub-escalas, que pueden influir en ese miedo como : miedo a los muertos, miedo a ser destrozados, miedo a otras personas significativas, miedo a lo desconocido, miedo a una muerte consciente, miedo por el cuerpo después de la muerte, y miedo a una muerte prematura.

El test de Coopersmith para medir el nivel de autoestima, arroja los siguientes datos: 21.72% de los sujetos demuestran un nivel de autoestima baja. Mientras que 52.68% están en un nivel medio de autoestima, y solamente 25% presentan autoestima alta. Se suma a esto, sus pensamientos negativos, sus creencias y el efecto de los acontecimientos negativos en su vida , produciendo ciertos niveles de frustración en ellos, y por ende su no aceptación de la muerte y su autoestima baja,.

En cuanto a los resultados de las entrevistas para llegar a conocer los pensamientos que tienen los sujetos, notamos que 85.81 % tienen pensamientos negativos acerca de la muerte, y 58.33% están afectados por creencias de los acontecimiento pasados, los efectos de los periodos críticos y la frustraciones. Según la escalera que promulga

Maslow toda persona necesita la obtención de metas de identidad, dirección, realización y satisfacción es decir estar en paz con uno mismo y con los demás, por lo tanto si él no cumple con estas expectativas puede con llevar a experimentar emociones negativas..

5.1 Recomendaciones

A la institución

Para ayudar a los residentes del hogar de ancianos a aceptar el hecho de realidad de la muerte la institución puede:

1. Establecer seminario- taller, sobre la muerte y cómo afrontarla para ayudar al anciano a prepararse para esta etapa de su vida., tales como: realizar actividades donde participen activamente, utilizando estrategias, como dinámicas sencillas que sean fáciles comprender. -Vea anexo # 1
2. Realizar actividades donde se explica los cambios fisiológicos y cómo el cuerpo se va degenerado, para que sepan afrontar los cambios de una forma más realista, así como: realizar actividades sencillas, ejemplo: el proceso de las plantas nacen y luego se marchitan. (Ver Anexo # 2
3. Facilitar el servicio de un Psicólogo, para cuando llegue una persona a internarse en la institución se le haga una entrevista y así tratar de ayudarlo en el área emocional y psicológica. (ver Anexo # 3)
4. Brindar ayuda psicoterapéutica, para ayudar en el proceso de envejecimiento y así ayudar a la persona que entra en la vejez a liberarse de emociones reprimidas, recuerdos

dolorosos y perdonarse a sí misma. De esta forma, la persona gana tranquilidad y una perspectiva más amplia de la vida que le permite afrontar mejor la ancianidad.

5. Crear programas que estimulen la creatividad y participación de los ancianos, tales como: actividades en donde puedan interactuar dinámicas de grupo y actividades de ocio.(ver Anexo # 4)
6. Así mismo que la institución realice actividades en donde involucren a las personas con alguna discapacidad y así cada actividad que sea acorde a su discapacidad, así como las personas que están en cillas de ruedas o que no se pueden movilizar y que están bien cognitivamente: Estas personas pueden realizar actividades tales como: manualidades, juegos de mesa, e investigar en que área de los jugos les gusta para que así, eso sea una motivación y así que se mantengan ocupados.(ver Anexo # 5)
7. Dar charlas sobre la ley de la vida, y así que ellos comprendan que la muerte es algo normal del ser humano.
8. Dar charlas con ilustraciones sencillas, sobre qué pasa cuando las personas mueren.
9. Poner videos educativos que hablen acerca de la muerte, y como afrontarla.(ver Anexo # 6)
10. Dar seminarios sobre la separación y la pérdida ya que en ellos surge un desequilibrio emocional porque dejan casa, inmuebles, amigos y familia.(ver en Anexo # 7)
11. Preparar terapia de duelo, para que puedan asumir lo mejor posible, las pérdidas más significativas, como de amigos o familiares.(ver Anexo # 8)

12. Dar charlas sobre la atención integral a la persona anciana y la responsabilidad de la familia así mismo de la institución. (ver Anexo # 9)
13. Hacer actividades en donde puedan conocer de las emociones; hacer ejercicios de respiración para que cuando se encuentren en momentos de desesperación, puedan tener un control sobre ellos mismos y así ellos puedan aceptar y conocer los cambios en las emociones. (ver Anexo # 10)
14. Ayudarles a desarrollar su creatividad, y realizar actividades deportivas apropiados para su edad y estado físico.
15. Estimularlos en sus hábitos de lectura, donde estén al tanto de lo que sucede en el mundo y aprender de asuntos de su interés.
16. Formar grupos de apreciación musicales y shows de talentos, y así aprovechan a revivir sus recuerdos.
17. Brindar ayuda psicológica para las personas que presentan problemas de autoestima.
18. Realizar grupos de apoyo, en donde toquen los puntos como experiencias vividas con la muerte, en donde puedan ayudarse con las experiencias de los demás, y así pueda haber una retroalimentación entre ellos, y así trabajar con la autoestima.(ver Anexo # 11)
19. Tratar las ideas irracionales por medio de la TREC : realizar un cuadro en donde se colocan los acontecimientos o experiencias activadores desagradables (A), que les bloquea y les hace sentirse fracasados, en contra de las metas y deseos, buscar las consecuencias (C) , luego buscar las creencias absolutista e imperativas que la gente tiene

sobre A, buscar las consecuencias (B) sobre A, por lo general, optaran por determinadas creencias Racionales (RB), lo cual llevara a reaccionar con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos ante C. (ver Anexo # 12)

5.2 Recomendaciones a la familia:

Reconociendo la importancia que tiene para estos ancianos de la conexión con la familia, recomendamos a los familiares los siguientes puntos.

1. Compartir con sus padres calidad de tiempo y no sólo cantidad.
2. Involucrarlos a los padres, en las metas realizadas o en los planes de negocios para que ellos se sientan tomados en cuenta.
3. Brindarles cariño y afecto cada vez que lleguen a visitarlos, y así ellos se puedan sentir queridos por sus hijos.
4. Explicarles porque los internan en la institución, y hacerles sentir que no es porque ya no los quieren tener en su casa, si no por una mejor atención y comodidad.
5. Si existe una mala relación entre padre e hijo, resolver el problema ya que eso les puede afectar emocionalmente.
6. Cuando los llegan a visitar preguntarles que desean comer y consentirlos, así mismo tratar de llevarlos a su casa un fin de semana.
7. Hablar con los padres el tema de la muerte e investigar con especialistas como hacer para explicarle sobre el tema.

8. Hacerles saber a los padres, que ellos se sienten orgullosos de ser sus hijos, para que se sientan bien y así tratar de disminuir la frustración o culpabilidad, si han fallado en sus metas propuestas.
9. Hablarles sobre la compañía y la sociabilidad, y hacerles saber que es bueno que compartan con sus amigos, para que la convivencia les ayude a mantenerse armonía y que pasen buenos momentos con las demás personas.
10. Hacerles sentir útiles, no decirles que en esa etapa no pueden realizar ninguna actividad física.

Referencias

- Aprender de la pérdida: Una guía para afrontar el duelo. México: Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Bayly, J. (1974). Cuando me golpeo la Muerte. Madrid España: Editorial Caribe.
- Betancour, O. (2011). Intento Suicida y su relación con el uso del alcohol. Recuperado de URL:
http://bvs.sld.cu/revistas/abr/v39_2_00/abr03200.htm
- Bolwby, (1980). Psicología del Desarrollo. Recuperado de URL:
<http://www.apsique.com/book/export/html/161>
- Bravo, M.(2002). Psicoterapia Corporal en biosíntesis. Recuperado de URL:
http://www.tendencias21.net/El-duelo-por-la-muerte-de-un-ser-querido-puede-volverse-adictivo_a2380.html
- Cáceres, R.,(2002). Estado de Salud Físico y mental de los adultos Mayores del área rural de Costa Rica. Tesis de Licenciatura no publicada, Costa Rica: Universidad de Costa Rica: Editorial EUNED.
- Carballo, R. (2001). Enfoque teórico de Bvygostsky. Recuperado de URL:
- Cazau, P. (2000). Vocabulario de Psicología. Recuperado de URL: www.galeon.com/pcazau
- Cicirelli .1998). El riesgo mortal. Recuperado de URL: <http://www.cmri.org/span-07-extremesports.html>

Collety y Lester, (1969). El arte de envejecer. Wuirzburg, Alemania: Editorial Sal Tarrae.

Cosiales, B. (2009). Anciano y familia. Una relación en evolución. Recuperado de

URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

Daniel H. (2002). Construcción de escalas para medir las actitudes. Recuperado de URL:

Danilo, S. (2009). Psicoterapia por internet: Todo por internet. Recuperado de URL:

<http://www.todoesmente.com/estrategias-de-afrontamiento.html>

Degomoumois, (2009). American Psychological Association (2009). Publication Manual of the American Association (6th. Edition) Washington, DC: American Psychological Association.

Degomoumois, D. (2009). Como se crean los Pensamientos. Recuperado de

URL:<http://fuerzadevida.lacoctelera.net/>

Fuentes Electrónicas

Garzón, D. (2008). La muerte Psicología y conciencia de la Muerte. Barcelona, España: Editorial Unilit.

Guerrish, K, Lacey, A. (2008). Investigación de Enfermería. Madrid, España: Editorial Printed in Spain.

<http://www.cuerpomente.es/titular.jsp?TEMA=27414&a=2&numatra=27365#>

<http://www.educacioninicial.com/ei/contenidos/00/0400/439.ASP>

<http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>

Jamarillo, (2001). Pastoral de acompañamiento: Personas enfermas terminales. Recuperado de

URL: <http://www.iglesiapresbiterianalevittown.org/articulos/91-pastoral-de-acompanamiento-a-personas-enfermas-terminales.html>

Johnson, (1997). Fundamentos teóricos de la autoestima. Recuperado de URL:

<http://www.monografias.com/trabajos27/constructivismo-pedagogico/constructivismo-pedagogico.shtml>.

Kastenbaum y Aissenberg (1972). *Agonía Muerte y Duelo*. Colombia: Editorial El Manual Moderno.

· (2007). *El Rol del psicólogo en el Gabinete Psicopedagógico: Entre Salud y Educación*.

Recuperado de URL:

<http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=242>

(1976) *Papeles del Psicólogo*. Recuperado de URL:

<http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1280>

Lazarus y Folkman (1986). *La Gerontología*. Recuperado de URL:

http://mdgeronto.com/info/definicion_gerontologia.pdf

López (1998). *Ensayo sobre la muerte*. Génova Italia: Asociación Publicadora Interamericana.

Molina, I. (2009). *Percepción de la Muerte a lo largo de la vida*. Recuperado de URL:

<http://www.monografias.com/trabajos5/permu/permu2.shtml>

- Mora, C.V. (2009). Gerencia, influencia, autoridad y poder. Recuperado de URL:
<http://autoayuda-dinamica.lacoctelera.net/categoria/tecnicas-crecimiento>
- Neymeyer, R. (1997). Métodos de evaluación de la ansiedad ante la muerte. España: Editorial Ediciones Praidós Ibérica, S.A.
- (2007). Una guía para afrontar el duelo. Washington, Estados Unidos: Editorial Americana.
- Olivia, V.C. (2009). La ansiedad. Recuperado de URL:
<http://www.psicopedagogia.com/definicion/ansiedad>
- Quade, G. (2001). Cuidados paliativos. Recuperado de URL: <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/600086.html>
- Quintana, (2007). Manejo del proceso del duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario. Tesis de Licenciatura no publicada, Costa Rica: Universidad de Costa Rica: Editorial EUNED.
- Quintana. (2007). Centro del bosque, comunidad de terapia psiquiátrica. Recuperado de URL:
<http://healthclub.fortunecity.com/hockey/91/estres.html>
Recuperado de // <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29290204>
- Robert Weiss (1999). Relación entre la satisfacción personal y la aceptación de la muerte en la tercera edad. Recuperado de URL: <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mayor/mayor3.htm>

Robles y Peralta, (2006). La actitud. Recuperado de URL:

<http://pisaal.blogia.com/2010/050101-definicion-del-afrontamiento-del-estres.php>

Rodríguez, M. (2009). Departamento de psicología de la facultad de medicina. Recuperado de

URL: <http://www.psicothema.com/pdf/1148.pdf>

Sabino, C. (1990). El proceso de Investigación. Recuperado de URL:

<http://www.monografias.com/trabajos27/constructivismo-pedagogico/constructivismo-pedagogico.shtml>.

Scope. A. (2005). Educación médica continúa. Recuperado de URL:

http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p16.htm

Semino, E. (2010). Saber envejecer es la obra maestra de la Sabiduría. Recuperado de URL:

http://www.odd.ucr.ac.cr/index.php?option=com_content&view=article&id=76&Itemid=8&lang=en

Siracusa, C (2008). Adaptación al Español de una escala de evaluación del miedo a la Muerte. R

recuperado de URL: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4858/1/18616252.pdf>

Vallejo, R. (2006) Introducción a la psicopatología y la Psiquiatría. Recuperado de URL:

Weiss. (2008). El Hombre y la Muerte. Barcelona Kairos: Asociación Publicadora interamericana.

Willians Worden (1997). Estrategias de afrontamiento que emplean personas adultas mayores ante la separación por muerte de su pareja. Miami Florida, Estados Unidos: Asociación Publicadora Interamericana.

Worden, (1997). Duelo en el anciano. Recuperado de URL:

<http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtml>

WordReference.com. Recuperado de URL:

<http://www.wordreference.com/definicion/miedo>

Yoffe, L. (2000). Creencias Culturales y Espirituales. Recuperado de URL:

<http://www.escuelatranspersonal.com/tesis/duelo-y-muerte/la-muerte-en-diferentes-culturas.pdf>

Zuleta. Z. Gómez. Y. (1995). Duelo por la Muerte de un ser querido. Recuperado de

URL: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>

(2009). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo.

(Tesis de Licenciatura, Universidad Venacruzana Xalapa, México).

(2009). Factores Psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez. Recuperado de URL:

<http://www.monografias.com/trabajos14/psicolvejez/psicolvejez.shtm>

Anexos

Anexo 1

Instrumento: Escala Multidimensional del Miedo
a la Muerte (EMMAM)

Anexo 1

**Instrumento, Escala Multidimensional del Miedo
a la Muerte, (EMMM)**

Universidad adventista de Centroamérica
 Escuela de Psicología
 Escala Multidimensional del Miedo a la Muerte (EMMM)
 Diseñada por Hoelter, la publicó en 1979 una escala de 42 ítems.

Género _____ Edad _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____
 Ocupación anterior _____ Tiempo de residir en la Institución _____

Instrucciones: Aquí aparece una lista de acontecimientos y circunstancias relacionadas con la muerte que a muchas personas les evocan miedo. Indica hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación poniendo un círculo por cada ítem. No te saltes ningún ítem.

- 1= Totalmente de acuerdo
- 2= Algo de acuerdo
- 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4= Algo en desacuerdo
- 5= Totalmente en desacuerdo

1	2	3	4	5	1. Tengo miedo de morir muy lentamente
1	2	3	4	5	2. Me aterra visitar un tanatorio
1	2	3	4	5	3. Me gustaría donar mi cuerpo a la ciencia *
1	2	3	4	5	4. Tengo miedo de que muera alguien de mi familia
1	2	3	4	5	5. Me asusta que no haya vida después de la muerte
1	2	3	4	5	6. Probablemente hay personas declaradas muertas que aún está viva.
1	2	3	4	5	7. Me asusta que se desfigure mi cuerpo cuando muera.
1	2	3	4	5	8. Me asusta no cumplir mis metas antes de morir.
1	2	3	4	5	9. Me asusta encontrar a mi creador.*
1	2	3	4	5	10. Tengo miedo de que me quemem vivo.
1	2	3	4	5	11. Me aterra el pensamiento de que embalsamen mi cuerpo algún día.
1	2	3	4	5	12. Me asusta no vivir el tiempo suficiente para disfrutar mi jubilación.
1	2	3	4	5	13. Me asusta morir en un incendio.
1	2	3	4	5	14. No me pondría nervioso tocar un cadáver. *
1	2	3	4	5	15. No quiero que los estudiantes de medicina usen mi cuerpo para hacer prácticas cuando yo muera.
1	2	3	4	5	16. Si las personas próximas a mí murieran de repente, sufriría durante mucho tiempo.
1	2	3	4	5	17. Si me muriera mañana mi familia estaría triste durante mucho tiempo.
1	2	3	4	5	18. Me asusta que la muerte sea el final de la existencia.
1	2	3	4	5	19. Se debería hacer autopsias a la gente para asegurarse de que están muertos.
1	2	3	4	5	20. El pensamiento de que se encuentre mi cuerpo cuando yo muera me asusta.
1	2	3	4	5	21. Me asusta no tener tiempo de experimentar todo lo que quiero.
1	2	3	4	5	22. Me asusta experimentar mucho dolor cuando muera.

1	2	3	4	5	23. Descubrir un cuerpo muerto sería una experiencia horrible.
1	2	3	4	5	24. No me gusta la idea de que me quemem.
1	2	3	4	5	25. Puesto que todo el mundo se muere, no estaré demasiado triste, cuando mis amigos mueran.*
1	2	3	4	5	26. Me asustaría caminar por un cementerio solo, de noche.
1	2	3	4	5	27. Me asusta morir de cáncer
1	2	3	4	5	28. No importa si me entierran en una caja de madera o en una tumba de acero.*
1	2	3	4	5	29. Me asusta pensar que puedo estar consciente mientras yazco en el depósito de cadáveres.
1	2	3	4	5	30. Tengo miedo de que no exista un ser supremo
1	2	3	4	5	31. Tengo miedo de asfixiarme o ahogarme.
1	2	3	4	5	32. No me preocuparía quitar a un animal muerto de la carretera.
1	2	3	4	5	33. No quiero donar mis ojos después de morir.
1	2	3	4	5	34. A veces me entristezco cuando mueren conocidos
1	2	3	4	5	35. Me asusta la idea de que me encierren en un ataúd cuando muera
1	2	3	4	5	36. Nadie puede decir con seguridad que ocurrirá después de la muerte.
1	2	3	4	5	37. Si muero mis amigos estarán triste durante mucho tiempo.
1	2	3	4	5	38. Espero que me vea más de un médico antes de que me declaren muerto.
1	2	3	4	5	39. Tengo miedo de las cosas que han muerto.
1	2	3	4	5	40. Me asusta el pensamiento de que mi cuerpo se pudra después de mi muerte.
1	2	3	4	5	41. Tengo miedo de no poder ver crecer mis hijos.
1	2	3	4	5	42. Tengo miedo a morir violentamente.

Anexo 2

**Instrumento de Coopersmith para medir la
autoestima**

Universidad adventista de Centroamérica
 Escuela de Psicología

Inventario de autoestima de Coopersmith (para adultos)
 Realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortez (cfr. Gonzales y Villanueva, 1995).

Género _____ Edad _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____
 Ocupación anterior _____ Tiempo de residir en la Institución _____

Responde las preguntas de forma intuitiva, es importante que la respuesta sea lo más sincera posible.

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco	SI	NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público	SI	NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí	SI	NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente	SI	NO
5. Soy una persona simpática	SI	NO
6. En mi habitación me enojo fácilmente	SI	NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo	SI	NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad	SI	NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos	SI	NO
10. Me doy por vencido muy fácilmente	SI	NO
11. Mi familia espera demasiado de mí	SI	NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptar como soy	SI	NO
13. Mi vida es muy complicada	SI	NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas	SI	NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo	SI	NO
16. Muchas veces me gustaría irme de este lugar	SI	NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo	SI	NO
18. Soy menos guapo/a (o bonita) que la mayoría de las personas	SI	NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo	SI	NO
20. Mi familia me comprende	SI	NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo	SI	NO
22. Siento que mi familia me presiona	SI	NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago	SI	NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona	SI	NO
25. Se puede confiar muy poco en mí	SI	NO

Anexo 3

**Instrumento para medir las Creencias y
pensamientos sobre la muerte.**

Universidad adventista de Centroamérica
 Escuela de Psicología

Inventario de autoestima de Coopersmith (para adultos)
 Realizado por Lara, Verduzco, Acevedo y Cortez (cfr. Gonzales y Villanueva, 1995).

Género _____ Edad _____ Estado Civil _____ Escolaridad _____
 Ocupación anterior _____ Tiempo de residir en la Institución _____

Responde las preguntas de forma intuitiva, es importante que la respuesta sea lo más sincera posible

Instrumento

1.	¿Consideras que hay cosas que no realizaste en el pasado, que te están afectando en este momento?	SI	NO
2.	¿Crees que si no lograste los objetivos tienes el derecho de disfrutar la vida, a pesar de las cosas negativas que hayan ocurrido	SI	NO
3.	Cuando las personas mueren ¿crees que hay predicciones, como sueños que avisan que van a morir?	SI	NO
4.	Cuando te miras al espejo ¿te ves como el mismo individuo a pesar de que han pasados los años?	SI	NO
5.	¿Eres feliz en este momento de tu vida?	SI	NO
6.	¿Hay momentos que quisieras salir de este lugar?	SI	NO
7.	Si hoy tuvieras la oportunidad de realizar lo que no cumpliste en tu juventud ¿lo harías en este momento?	SI	NO
8.	¿Si pasaras por un cementerio de noche te asustarías?	SI	NO
9.	¿Sientes que hasta aquí culminó tu vida?	SI	NO
10.	¿Sientes que hay algunas cosas del pasado que necesitas poner en orden antes de morir?	SI	NO
11.	¿Te gusta estar en este lugar a pesar que no estás con tu familia?	SI	NO
12.	¿Te gustaría que las personas te vean en un estado terminal o deformación de tu cuerpo?	SI	NO
13.	¿Te sientes mal, porque ya no puedes desenvolverte en las actividades laborales?	SI	NO
14.	¿Te sientes satisfecho contigo mismo	SI	NO
15.	¿Te sientes útil en este lugar?	SI	NO
16.	¿Tienes alguna experiencia del pasado acerca de la muerte, que consideres que te haya marcado hasta este momento	SI	NO
17.	Cuando estás en momentos de desesperación, que no has visto a un ser querido o crees que no pudiste lograr los objetivos de tu vida, ¿te frustras?	SI	NO
18.	¿Consideras que lograste realizar todas tus metas establecidas en tu juventud?	SI	NO

Anexo 4

**Carta de solicitud del hogar de Ancianos
Santiago Crespo Calvo de Alajuela,
Costa Rica.**

Alajuela, 30 de Mayo del 2011

Departamento de Recursos Humanos

Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo

Queremos hacer de su conocimiento que la estudiante Juna Francisca Vásquez Ferrufino, está realizando su trabajo de investigación para concluir su carrera de Psicología y ha escogido el tema: ¿Cómo afectan los pensamientos y las creencias sobre la muerte, a la autoestima de los residentes del Hogar de Anciano Santiago Crespo Calvo de Alajuela, Costa Rica, durante Enero a Noviembre del 2011?

Por lo tanto necesita pasar algunas encuestas en la institución. Le solicitamos que por favor le conceda el permiso para realizar el trabajo.

De ante mano agradecemos la atención prestada a la misma. Con aprecio cristiano.

Ina Pryce, Ph.D

Tutora de Trabajos de investigación

Licda. Ana Lorena

Directora de la Escuela de psicología

Anexo 5

Carta de aprobación del hogar de ancianos

Santiago Crespo Calvo, de Alajuela

Costa Rica.



30 de mayo del 2011

Departamento Académico

Universidad Adventista de Centroamérica

Por medio de la presente hago constar que ha sido aceptada la solicitud de la estudiante Juana Francisca Vásquez Ferrufino para realizar su trabajo de investigación "COMO AFECTAN LOS PENSAMIENTOS, CREENCIAS, Y PERCEPCIONES DE LA MUERTE EN LA AUTOESTIMA DE LOS RESIDENTES" dicho sin remuneración alguna ya que la institución es sin fines de lucro, este se llevara a cabo en nuestra institución Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo.

Sin más se despide,

AREA DE RECURSOS
HUMANOS
Hogar de Ancianos
Santiago Crespo Calvo
Alajuela, Costa Rica

MARIANELA BATRES V.

Marianela Batres Vargas
Asistente Administrativo
Recursos Humanos

Anexo 6

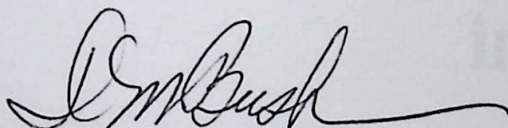
**Carta de la tutora del trabajo de
investigación.**

Noviembre 15, 2011

A QUIEN CONCIERNE

Yo, I. M. Bush, tutora del Trabajo de Investigación de Juana Francisca Vásquez Ferrufino con número de Carnet 05-0028, para optar por el título de Licenciatura en Psicología- afirmo que el documento de investigación está listo para la tarea de defensa.

Juana Francisca Vásquez Ferrufino ha cumplido con todos los requisitos del trabajo de investigación.



Ina M. Bush

Tutora de Trabajo de Investigación

Anexo 7

**Carta del filólogo del trabajo de
investigación.**

27 de noviembre de 2011

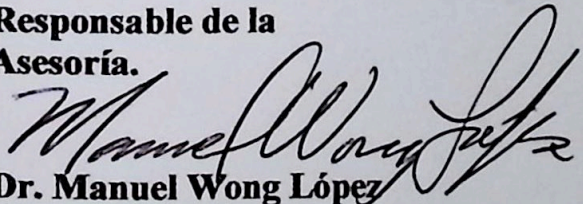
**Informe de Revisión
Y Asesoría Profesional**

A petición de la estudiante: Juana Francisca Vásquez Ferrufino, carné 05-0028; pasaporte 003667630. Hemos leído el trabajo escrito titulado:

“¿Cómo afectan los pensamientos y las creencias sobre la muerte, a la autoestima de los residentes del Hogar de Ancianos Santiago Crespo Calvo de Alajuela, Costa Rica, durante enero a septiembre del 2011?”

La revisión de la ortografía y redacción del texto hizo posible verificar que el trabajo cumple satisfactoriamente, en forma general, con los requisitos del uso del lenguaje que prescribe la gramática normativa académica.

**Responsable de la
Asesoría.**


Dr. Manuel Wong López

Aceptado por:

**Juana Francisca Vásquez
Ferrufino**

Anexo # 8

Seminario- taller

Vida y muerte

Vida y muerte

Actividades a realizar:

Bienvenida

Dinámica de grupo (rompe hielo, decir sus nombres representado con las emociones, alegre, triste, enojado, llorando)

Introducción del tema de la muerte

Actividades

Enseñarles una hoja de árbol, verde y una hoja seca, como símbolo de la vida, que nacemos y luego tenemos que morir.

Ponerles a hacer un dibujo, y si no pueden terminarlo, darles el valor o la importancia que lo que hicieron tiene mucho valor, porque lo intentaron.

Hacerles sentir que son personas valiosas y queridas por las demás personas, intercambiando una flor entre sus amigos.

Explicarles de manera sencilla que la vida es como el día, y la muerte como la noche, inculcarles que todas las energías y actividades de todo el trabajo tenemos que descansar en la noche, es como un símbolo; el día toda la vida, y la muerte la noche.

Anexo 9

Seminario – Taller

La ley de la vida

Anexo # 9

Seminario- taller

La ley de la vida

Puntos a tratar

El deterioro progresivo de las propias funciones físicas.

El declinar progresivo de las facultades y de las funciones mentales.

La transformación del medio familiar y de la vida profesional.

Las reacciones del sujeto ante estos diversos factores.

Actividades

El proceso de las plantas

La amistad "no hay sinceridad y comunicación la amistad desaparece.

Amor, si no se alimenta con detalles, respeto y dirección de Dios, el amor se desvanece.

Anexo # 10

Terapia

Individual

Anexo # 10

Facilitar ayuda Psicológica para pacientes al momento de ingresar a la institución

Ayudarles a minimizar el proceso de separación de casa, objetos, familia y amigos.

Ayudarles en el área emocional y psicológica y hacerles sentir bienvenidos en la Institución, ahondar si llegan por cuenta propia, o porque su familia los lleva a la institución.

Anexo # 11

Motivar al adulto mayor desde
la actividad física

Objetivo: Motivar al adulto mayor desde la actividad física

Campo de acción: juegos físicos- recreativos para mejorar la motivación de los adultos mayores.

Actividades

1. Hacer ejercicios de aeróbicos
2. Implementar concursos de baile, ya que eso es una terapia.
3. Hacer equipos de futbol con las personas que pueden moverse.
4. Realizar un sondeo de los juegos preferidos, y según resultados, implementar los juegos.
5. Para los sujetos que presentan problemas físicos, que no pueden moverse, ponerles actividades como de recorte, o de pegar figuras.
6. Implementar sesiones de movimientos de pie de brazos, si no lo realizan incrementar más el número de veces por cada actividad, esto con el objetivo que todos participen en los ejercicios.

Anexo #12

Existen diversas
discapacidades; la única
peligrosa es no tener corazón.

Objetivo:

Hacerles sentir útiles a pesar de sus posibles problemas de discapacidad.

Actividades:

- a) Realizar manualidades
- b) Resolver jugos como rompecabezas, juegos de memoria
- c) Concurso de lectura
- d) Concurso de dibujos
- e) Concurso de canto
- f) Escuchar música

Anexo #13

Tarde de entretenimiento

Actividad:

- a) Poner videos educativos de la muerte y cómo afrontarla
- b) Realizar una sesión de preguntas
- c) Retroalimentación

Anexo #14

Seminario sobre la separación y
la pérdida

Seminario sobre la separación y la pérdida

Explicarles de la forma más sencilla:

Al contrario de lo que pudiera parecer los lazos son estrechos y existe lo que se llama "intimidad a distancia".

Al igual que los individuos pasan por un proceso de desde el feto hasta el anciano. la familia, pasa por una serie de etapas con una funciones y unos problemas inherentes a cada una de estas y que se superponen al ciclo vital individual, es lo que conocemos como ciclo vital familiar. Según el modelo de la OMS que lo distribuye en 6 etapas:

1. formación (matrimonio)
2. extensión (desde el nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo)
3. extensión completa (desde que nace el último hijo hasta que el primer hijo se va de casa)
4. contracción (desde que el primer hijo abandona el hogar hasta que lo hace el último)
5. contracción completa (desde que el último hijo abandona el hogar hasta la muerte de un cónyuge)
6. disolución

Con estas pautas se pretende desarrollar los ítems de manera dinámica, y así aliviar la separación y la pérdida ya que en ellos surge un desequilibrio emocional porque dejan casa, inmuebles, amigos y familia.

Anexo #15

Terapia de duelo convencional

Terapia de duelo convencional

Se trabajará intentando animar a la persona que sufre el duelo a que exprese sus sentimientos de pérdida y los sentimientos hacia la persona fallecida. Es muy importante que se le proporcione apoyo emocional a la persona, tanto de parte del terapeuta como de la familia extensa y amigos.

Terapia grupal permitirá:

1. Disminuir la ansiedad, la depresión y el dolor físico
2. Mejorar la adaptación al medio
3. Aumentar la autoestima
4. Estimular la esperanza
5. Aumentar la autoeficacia
6. Una visión diferente y positiva de la realidad
7. Descubrir nuevos recursos para enfrentarse a este problema
8. Enfrentar el duelo, pero en compañía de otros, de los cuales se recibirá el apoyo.
9. Identificar con otras personas que atraviesan por problemas similares.
10. Estar acompañado y no sentir soledad
11. Reforzar la capacidad de manejo y resolución de los problemas.

Anexo # 16

Charla sobre la atención integral

a la persona anciana, en

conjunto con la familia y la

Institución

Charla sobre la atención integral a la persona anciana, en conjunto con la familia y la Institución.

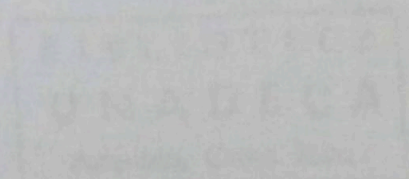
Anexo # 17

Actividades:

1. Comunión con Dios
2. La importancia del respeto a ellos mismos
3. El cuidado de la salud
4. Higiene personal
5. Integridad
6. Cariño, comprensión.

Anexo # 17

Conociendo mis emociones



Conociendo mis emociones

Anexo # 18

Actividades:

1. Ponerles que presenten una emoción, y que entre ellos identifiquen el papel representativo de esa emoción.
2. Enseñarles a identificar las emociones
3. Retroalimentación que interactúen entre ellos, que tipo de emoción les causo más impresión a su vida.
4. Darles las figuras de las emociones y que las identifiquen.
5. Enseñarles ejercicios para tranquilizarse cuando presentan una emoción negativa
6. Ejercicios de respiración
7. Dinámica de la tortuga: Cuando sienten que no pueden controlarse, imaginarse que tienen un caparazón, se encorvan, simulan se agachan y piensan porque están reaccionando de esa manera.
8. Adinámica del semáforo: con los colores rojo, amarillo. Verde, cada uno de ellos tiene un papel muy importante.

Anexo # 18

Terapia de grupo

Terapia de grupo

Actividades:

Oración

Dinámica rompe hielo

Cantos

Puntos a tratar:

Experiencias vividas con la muerte

Interactuar opiniones o ideas

Retroalimentación

Tocar temas como la autoestima y la muerte

Anexo # 19

¿Tengo ideas irracionales?

Actividad: ¿Tengo ideas irracionales?

- 1 Realizar un tipo de entrevista donde se encuentren desarrolladas los puntos de la TREC.
- 2 (A) Que ellos mencionen los acontecimientos pasados o experiencias desagradables.
- 3 (C) Buscar las consecuencias
- 4 Buscar las creencias absolutistas e imperativas que la gente tiene sobre (A), buscar las consecuencias (B) sobre (A), y que opten por determinadas creencias Racionales (RB), lo cual llevara a reaccionar con conductas y sentimientos disfuncionales y destructivos ante (C)