

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS."

TESIS DE GRADO

ROSARIO ELIZABETH VELÁSQUEZ CRESPO

CARNET 20718-08

LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE HUMANIDADES
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

"ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS."

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
HUMANIDADES

POR

ROSARIO ELIZABETH VELÁSQUEZ CRESPO

PREVIO A CONFERÍRSELE

EL TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA

LA ANTIGUA GUATEMALA, OCTUBRE DE 2015
SEDE REGIONAL DE LA ANTIGUA

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. EDUARDO VALDES BARRIA, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE HUMANIDADES

DECANA: MGTR. MARIA HILDA CABALLEROS ALVARADO DE MAZARIEGOS
VICEDECANO: MGTR. HOSY BENJAMER OROZCO
SECRETARIA: MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY
DIRECTORA DE CARRERA: MGTR. GEORGINA MARIA MARISCAL CASTILLO DE JURADO

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. ALDINA PATRICIA DEL POZO CANTORAL

REVISOR QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ROSEMARY ROESCH ANGUIANO

La Antigua Guatemala,
18 de Noviembre de 2014


Señores
Facultad de Humanidades
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR
Ciudad

Respetables Señores:

Tengo el agrado de dirigirme a Ustedes para someter a su consideración la tesis de la Señorita **ROSARIO ELICABETH VELÁSQUEZ CRESPO**, con el número de carné 2071808, titulada **"ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES GEREÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS."** previo a optar al grado académico de Licenciatura en Psicología Clínica.

Asimismo, por haber tenido la oportunidad de dar seguimiento a la investigación y revisar el informe final, me permito manifestarles que la misma reúne las condiciones exigidas por la Universidad Rafael Landívar y la Facultad de Humanidades para trabajos de esta naturaleza, por lo que me permito someterla a su consideración para que sea nombrado el revisor respectivo.

Atentamente,


Licda. Aldina Patricia del Pozo Cantoral de González
Colegiado No. 851
Asesora

Licda. Patricia Del Pozo
de González
Colegiado No. 851

Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado de la estudiante ROSARIO ELIZABETH VELÁSQUEZ CRESPO, Carnet 20718-08 en la carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, de la Sede de La Antigua, que consta en el Acta No. 05404-2015 de fecha 7 de octubre de 2015, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

"ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS."

Previo a conferírsele el título de PSICÓLOGA CLÍNICA en el grado académico de LICENCIADA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 14 días del mes de octubre del año 2015.

Irene Ruiz Godoy

MGTR. ROMELIA IRENE RUIZ GODOY, SECRETARIA
HUMANIDADES
Universidad Rafael Landívar

ÍNDICE

Resumen	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	30
2.1 Objetivos de la Investigación	31
2.1.1 Objetivo General	31
2.1.2 Objetivo Específico	31
2.3 Variables de Estudio	32
2.4 Definición de Variables de Estudio	32
2.4.1 Definición Conceptual	32
2.4.2 Definición Operacional	33
2.5 Alcances y Límites	33
2.6 Aportes	34
III. MÉTODO	36
3.1 Sujetos	36
3.2 Instrumento	37
3.3 Procedimiento	39
3.4 Tipo de Investigación y Metodología Estadística	40

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	42
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
VI. CONCLUSIONES	56
VII. RECOMENDACIONES	58
VIII. REFERENCIAS	61
ANEXOS	66

RESUMEN

La finalidad del presente estudio fue conocer cuáles son las actitudes que el adulto mayor institucionalizado tiene respecto a su propia muerte; para eso se contó con la participación de 10 sujetos 5 hombre y 5 mujeres, tanto de religión Católica como Evangélica, dichos pacientes se encuentran en la Asociación Casa Geriátrica María, de La Antigua Guatemala.

Para la investigación se utilizó el modelo descriptivo, utilizando como instrumento de medición el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R), compuesto de 32 ítems agrupados en 5 dimensiones específicas; aceptación hacia la muerte, miedo a la muerte, evitación de la muerte, aceptación de escape y aceptación neutral.

Entre los resultados más importantes resaltaron el hecho de percibir la muerte como un hecho natural del proceso de la vida y que dadas las circunstancias en las que se encuentran sería un alivio que es momento final llegara, es por eso que la actitud en la mayoría de los sujetos es de aliento y resignación ante este hecho. Muy pocos presentaron un cierto temor al saber que partirán a un lugar desconocido, pero la Fe en su creencia religiosa mitiga considerablemente esta angustia refiriendo que esperan y aceptan en todo momento la voluntad de Dios.

I. INTRODUCCIÓN

Guatemala es un país en proceso de desarrollo, orientado al avance educativo y a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Esto implica brindarle mejores condiciones de vida a grupos vulnerables, entre los que se encuentra el adulto mayor.

Actualmente se han desarrollado por parte del gobierno programas que protegen y benefician a las personas de la tercera edad; sumado a estos también existen instituciones formadas por personas de buena voluntad que se organizan para brindarles cuidados básicos a personas que lo necesitan (personas que no cuentan con los recursos económicos o no tienen a nadie que se responsabilice por ellos). Generalmente los cuidados que estos centros –públicos o privados- ofrecen a la población geriátrica son de tipo médico, rehabilitación y terapia ocupacional; pero se olvidan de una parte esencial y base del equilibrio para la salud, esto se refiere al apoyo de un psicólogo, como un acompañante en el proceso o camino de la tercera edad, la cual es una etapa caracterizada por un cúmulo de sentimientos, pensamientos y sensaciones que en ocasiones llenan de desesperanza al paciente geriátrico. Agregado a esta situación existe el hecho que estas personas se encuentren institucionalizadas en un Hogar lejos de su familia. Estas situaciones pueden influir en la manera como estas personas reciben o pretenden recibir la finalización de sus vidas, es decir, la forma como perciben la muerte.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, se realizó este estudio sobre la “actitud hacia la muerte en pacientes geriátricos institucionalizados”, para crear una base científica que pueda ser de ayuda en la creación de métodos y/o programas que ayuden al

acompañamiento psicológico de los pacientes geriátricos institucionalizados en la etapa final de sus vidas. En la carrera de psicología es necesario expandir el conocimiento, pues se estudia mucho sobre la psicología orientada al paciente infantil y al adulto, pero muy poco se conoce sobre el paciente geriátrico, siendo importante promover entre estas personas la salud mental.

Socialmente el tema de la tercera edad es un tema que ha alcanzado mucha importancia, pero realmente muy pocas personas se involucran en promover las condiciones que estos pacientes necesitan para llevar una vida digna, por lo que el estudio da a conocer a la sociedad información acerca de esta etapa de la vida y así poder ser agentes activos en mejorar las condiciones de vida de los ancianos. Dentro de la acción social, se encuentra el trabajo que realizan en la Asociación Casa Geriátrica María, Antigua Guatemala, institución a la que fue dirigido el trabajo de investigación, pensado en generar información valiosa que les ayude a crear y/o fortalecer los programas de atención que implementan en la población geriátrica que se encuentra institucionalizada en el centro. Ser el instrumento o medio que estos pacientes pueden utilizar para dar a conocer al resto de la población la manera en la que piensan o esperan culminar su vida, se considera también parte de un trabajo social, humano y profesional, donde se aprovechó todo el conocimiento aprendido a lo largo de la carrera para dar un aporte significativo que pueda ser de provecho en beneficio de un grupo vulnerable, siendo una oportunidad para seguir aprendiendo e incursionar en un terreno del que poco se conoce.

El paciente geriátrico atraviesa por una etapa más que por un proceso evolutivo y por eso se cree necesario tomarla en cuenta, analizarla y comprenderla.

Respecto a lo anterior, Leitón y Ordóñez (2003), señala que debe tomarse en cuenta que la etapa del envejecimiento es un proceso por el cual todo ser humano atraviesa y que, además, es progresivo e irreversible, con deterioro en varias funciones importantes y vitales, que no discrimina género, estatus social, condición económica o nivel de escolaridad, en el cual ocurren diversos cambios psicosociales, que se cree son consecuencia de factores genéticos, sociales, culturales, estilo de vida y la existencia de enfermedades. El conjunto de estos cambios forman parte significativa en la forma en la que las personas reciben, aceptan y viven su propia vejez.

A continuación se presenta una serie de investigaciones realizadas en Guatemala, que se relacionan con el presente estudio y que dejan evidencia de aspectos importantes que inciden en la manera como un paciente geriátrico, estando institucionalizado, percibe su muerte.

Álvarez (1999), realizó un estudio sobre “autoconcepto en el adulto mayor tomando en cuenta las diferencias existentes entre hombres y mujeres de 60 a 85 años”, tomando en cuenta 40 personas entre 60 a 85 años, de las cuales 26 eran hombres y 14 mujeres, de la Institución Casa María. Para lo que se analizaron los diferentes procesos que involucra el envejecimiento así como la opinión que los participantes tenían de la vejez. Para obtener esta información se administró el Cuestionario de Adaptación de Bell, en su escala de Estimación. Los resultados obtenidos del estudio fueron que sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre géneros de los adultos mayores de la institución antes mencionada. Además se comprobó que la diferencia en puntajes de autoconcepto entre hombres y mujeres es poca, clasificando a los adultos mayores en niveles de autoconcepto

diferentes, colocando a los hombres en un rango bueno mientras las mujeres se encuentran en un rango regular. La autora concluyó con que si existe una diferencia según el género en cuanto al autoconcepto, para lo que recomienda que se apoyen las campañas que van dirigidas en promover la atención, protección y derechos del Adulto Mayor para así dar a conocer una imagen y visión positiva del envejecer.

Mientras que Paz (2007), en su investigación expone que en muchas sociedades predominan ideologías que consideran la vejez una etapa de deterioro y decadencia física y mental, lo que coloca a los ancianos en una posición de discapacidad e inutilidad social. Esto ocasiona que su salud mental se deteriore al no existir un equilibrio entre el hombre y su entorno, generando un autoconcepto débil al sentirse poco productivo y con falta de afecto al verse abandonado en ocasiones por su familia. Con el objetivo de modificar esta situación se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos permitiendo identificar actitudes producidas por el abandono de la familia lo que les provoca poca motivación cuando realizan sus actividades diarias, prefiriendo dormir para evitar enfrentarse al hecho de no ser productivos para la sociedad, su familia o ellos mismos. Para lograr proporcionarles un acompañamiento y que pudieran canalizar sus emociones, a encontrarle valor y estar satisfechos con la vida, se realizaron terapias de grupo enfocadas en la corriente Gestáltica y Humanista, con el fin de respetar y regenerar la dignidad de estas personas, por medio de la satisfacción de sus necesidades, expresión de sus emociones, valorización de sus sentimientos y cuerpo. Para la realización del estudio se contó con la participación de personas mayores de 65 años de ambos géneros residentes de una casa geriátrica. Los resultados del estudio dieron a luz que existe un porcentaje elevado de depresión en los pacientes del centro, la cual se debe a los cambios en su vida luego de ingresar a la

institución (entre ellos, la limitación que tienen de no poder dar ni recibir cualquier tipo de afecto).

Por su parte Morales y Martínez (2006) llevaron a cabo una investigación en la que tenían como objetivo establecer las causas de depresión en adultos mayores institucionalizados. Para el estudio seleccionaron a 25 personas de una casa geriátrica que voluntariamente desearon trabajar en la investigación. Utilizaron como experimento la observación, anotándose todo tipo de actuaciones que los pacientes tenían durante el proceso de investigación, en momentos específicos; así también, se administró un cuestionario con preguntas dirigidas al adulto mayor. Esto se apoyó con la aplicación de la Escala de Auto Medición de la Depresión del Dr. William W.K. Zung, la cual mide cuantitativamente la depresión. Luego de obtenidos los resultados concluyeron que la poca atención especializada por el personal de la institución y el abandono de la familia provocan mayores desencadenantes de depresión, así como también la pérdida de trabajo o la jubilación; además está el hecho de sentirse solo por la pérdida de la pareja. Se estableció que las personas responsables de los pacientes deben ser entrenadas en cursos de salud y psicología; como recomendación a la Universidad de San Carlos, se sugiere entrenar a los estudiantes y la creación de programas de práctica en las instituciones como una fuente de ayuda para éstas, así como para las personas que viven en ellas.

A su vez, Hernández (2004) quiso establecer las causas de la depresión en los adultos mayores del Hogar Mi Hermano, así como identificar cuantas personas presentan un cuadro de depresión aguda. Para este estudio se utilizó un enfoque descriptivo, recolectando información únicamente de la fuente primaria; los sujetos que participaron en el estudio

fueron adultos mayores que se encontraban internados en el “Hogar Mi Hermano”, estando la muestra constituida por 49 adultos mayores (20 mujeres y 29 hombres). El instrumento utilizado fue una lista de chequeo, técnicas de observación y entrevista. Los resultados obtenidos señalaron que el 35% padece de algún tipo de enfermedad mental como esquizofrenia y demencia senil, el 49% se siente querido a diferencia de un 51% que siente no ser querido en su familia, mientras que el 41% tiene el conocimiento de que su pareja falleció, lo que les provoca una sensación de soledad conyugal. Posteriormente se concluyó que la pérdida de pertenencia al grupo familiar era una causa crítica para la depresión en los adultos mayores.

Santos (2014), presenta su estudio sobre “percepción de la muerte en adultos que cuidan a su progenitor”; esta investigación tuvo como muestra 8 individuos en edad adulta intermedia, seleccionados a través de la técnica de muestreo no probabilístico tipo bola de nieve, en el que utilizó como instrumento una entrevista semiestructurada, constituida por una guía de 30 preguntas elaboradas a partir de los indicadores del elemento de estudio. Esta guía constaba de preguntas abiertas las cuales recababan información sobre 5 indicadores diferentes como: concepto de muerte, idealización de la muerte, angustia por forma de muerte, negación de posibilidad de la muerte y relación con personas con las que conviven. La investigación dio como resultado que los sujetos mencionaron que la mejor forma de morir sería por muerte natural y sin padecimiento alguno. Por otro lado se detectó preocupación por una muerte en la juventud, aduciendo que la aceptación de este proceso es mayor cuando se da una muerte en la vejez. De acuerdo a los resultados obtenidos la autora concluyó que los sujetos estudiados perciben la muerte como un cambio, culminación, un hecho por el que todo el ser humano debe pasar, proceso natural el cual relacionan con la

enfermedad y la vejez. Como recomendación a los sujetos de estudio y personas similares, se les sugiere considerar participar en un proceso psicoterapéutico en relación a la muerte, pues estos podrían, con el paso del tiempo y si no se les da una intervención adecuada, generar consecuencias negativas como depresión y sentimientos de culpa. También pensar en un plan de que puedan ejecutar antes del momento de la muerte del progenitor/a para estar fortalecidos emocional y económicamente ante esa situación.

Pezzarossi (2014), presenta una investigación en la cual tiene como objetivo conocer cuál es la percepción que tienen ante la viudez, los adultos mayores viudos de nivel socioeconómico medio. Para este estudio se tomó el diseño cualitativo; la muestra se constituyó de 8 sujetos adultos mayores, 4 hombres y 4 mujeres. Como instrumento fue utilizada una entrevista semi-estructurada que constaba de 12 preguntas abiertas, lo que le permitió al sujeto entrevistado hablar libremente del tema. Entre los resultados más relevantes de la investigación, se encontró que los adultos mayores perciben la viudez como un proceso en el cual se presentan cambios en su comportamiento, ocupación y también en las relaciones familiares y sociales; la espiritualidad juega un papel importante en la vida actual de los sujetos. Así mismo, se evidenciaron diferencias significativas en relación al sexo de los sujetos, pues las mujeres de la tercera edad perciben la viudez con mejor actitud que los hombres entrevistados. En base a los resultados el autor concluye diciendo que es importante que se mantengan las relaciones familiares en la población del adulto mayor, así como también integrarlos a grupos sociales donde puedan comunicarse, convivir con personas afines a ellos y que puedan ocupar su tiempo en actividades que consideren satisfactorias.

Según los estudios realizados en Guatemala, se obtuvo que el adulto mayor se encuentra en una desventaja física y social, pues la pérdida de muchas funciones los limitan, provocando quedarse inhabilitados porque se cree que ya no están capacitados para desempeñar las actividades que solían realizar; esta condición solo alimenta el sentimiento de los ancianos de no valer nada influyendo directamente en su estado de ánimo.

Por otra parte en México; Martínez, Villareal y Camacho (2008) realizaron un estudio con el objetivo de Identificar la percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte. Para su realización se entrevistaron a 121 sujetos adultos mayores de 60 años. Esta percepción fue medida por medio de ocho ítems (4 positivos y 4 negativos). Principalmente se concluyó que los sentimientos presentados frecuentemente fueron de paz y tristeza, mientras que el 43.8% de la población estudiada se concentró en la percepción negativa. El modelo que mejor explica la percepción es vivir solo, no platicar con nadie en relación a la muerte, no estar preparado para el momento de morir y morir en el hospital.

El adulto mayor no solo tiende a considerar el hecho de su propia muerte; al respecto en Cuba; Cárdenas y Román (2005) explican su investigación descriptivo retrospectiva, en la que analizaron cómo los adultos mayores afrontaron la viudez, si aparecieron síntomas de ansiedad o depresión, la percepción de la posición que ocupan en las familias que se insertan actualmente y la valoración que hacen de esa posición. Para cumplir este objetivo, entrevistaron a 80 personas que habían perdido a su pareja sexual después de haber vivido todas las etapas del ciclo vital familiar. Los resultados muestran que el 57% de los entrevistados tuvo un afrontamiento adecuado ante la pérdida del

cónyuge. El 62% de los hombres negó síntomas de ansiedad y/o depresión y pasados los 6 meses de la pérdida tuvo una actitud optimista ante la vida, teniendo la apreciación de que en sus familias continúan siendo activos, pueden expresarse sin temor, pues son escuchados por todos y se respetan sus espacios y pertenencias.

Nuevamente en México; Pérez y Velasco (2011), dirigieron su investigación a la actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM, en la cual utilizaron como muestra a los ancianos que se encontraban institucionalizados en el albergue de INAPAM de la ciudad de México D. F. , a los cuales se les administró el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R), con el objetivo de medir las tres dimensiones mencionadas a continuación: aceptación de acercamiento, aceptación de escape y miedo a la muerte. Los resultados de la investigación determinan que de la población encuestada la mayoría fueron del sexo femenino, solteros, con familiares, sin recursos económicos, de religión católica y con un rango de edad de 81 a 90 años. Luego de finalizado el estudio recomiendan promover el trato humano y digno al adulto mayor hasta sus últimos días, para favorecer que éste reciba la muerte con una mayor aceptación.

En la misma línea; Lara, Ruíz y Balcázar (2009) llevaron a cabo una investigación en México, cuyo objetivo fue comparar la ansiedad ante la muerte en personas adultas de población en general y personas que trabajan en el sector salud pública y privada, con el fin de establecer si existía algunas diferencias significativas entre grupos. El estudio contó con la participación de 400 personas (200 personas de población en general, mitad hombres y mitad mujeres, y 200 trabajadores del sector salud público y privado, mitad hombres y mitad mujeres). Las edades oscilaban entre los 18 y los 59 años. Como instrumento de

medición utilizaron la Escala de Ansiedad Revisada ante la Muerte, versión norteamericana creada por Thorson y Powell. La aplicación del instrumento fue de manera individual en los espacios laborales y entorno de los participantes. Una vez resueltos los instrumentos, fueron devueltos a los investigadores para su procesamiento. Con los resultados de la investigación se concluyó que existen diferencias estadísticamente significativas al comparar por grupos de edad y por ocupación, en tres de los cuatro factores de prueba, siendo la población que labora en el sector salud los que experimentan menor ansiedad en las situaciones relacionadas con la muerte en comparación con la otra población. Esto reafirma lo que en teoría se sabe, que a mayor contacto con la muerte se tiene, así será el grado de impacto que esta genere en las personas.

En otro estudio similar, Posada y Herazo (2009), realizaron una investigación con el objetivo de determinar las actitudes que el adulto mayor tiene hacia la muerte, para lo cual utilizaron una muestra de adultos mayores entre 60 y 75 años en fase terminal en diferentes centros geriátricos de la ciudad de Medellín; utilizaron la metodología cuantitativa y como instrumento de medición administraron el Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM_R), para obtener datos estadísticos y así confirmar o descartar las hipótesis planteadas. Como resultado obtuvieron que el miedo a la muerte surge como consecuencia de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte, lo que quiere decir que siempre se está cuestionando acerca de lo angustioso que pueden ser las pérdidas de sus seres queridos y de duelos no resueltos en su debido tiempo. Estos resultados traen como conclusión que se puede observar que las condiciones de género, condición socioeconómica y nivel educativo alcanzado por el adulto mayor, tienen una mínima influencia sobre la actitud que estas personas tomen ante la muerte. Para reducir los factores

que inciden en las actitudes que el adulto mayor pueda tener frente a la muerte recomiendan que estas personas cuenten con el soporte emocional de sus familiares, quienes juegan un papel fundamental en esta etapa de duelo donde se precisa de su comprensión y compañía, pues se encuentran en una institución totalmente diferente a su entorno familiar la mayor parte del tiempo.

Finalmente en México; Robles (2000), desarrolló una investigación teniendo como objetivo analizar cómo estaban constituidas las redes y el apoyo social de adultos mayores enfermos de escasos recursos en Guadalajara, mediante un modelo cualitativo a 40 adultos mayores (14 hombres y 26 mujeres con una edad promedio de 75 años), pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Civil de Guadalajara. El 47,5% eran viudos, 37,5% casados y 15% solteros. Las actividades de apoyo se clasificaron de la siguiente manera: económico, emocional e instrumental; además se calculó el número de fuentes de apoyo para cada adulto mayor, así como el número de actividades de apoyo que reciben del conjunto de la red. Se analizó estadísticamente con t-Student y análisis de varianza. Luego de realizado el estudio se pudo determinar que las redes sociales de los adultos mayores están compuestas por 7,5 integrantes en promedio, principalmente mujeres, siendo estas redes multi-generacionales; esto incluye a la familia extensa y, en su mayoría, proporcionan apoyo emocional. Las adultas mayores tienen redes más grandes y reciben más apoyo social en comparación a los adultos mayores hombres; los adultos mayores casados y viudos, a su vez, tiene redes más grandes y reciben más apoyo social que los solteros. No se encontró ninguna diferencia por la edad y con quién viven en las unidades domésticas.

Los estudios internacionales presentan una constante que es determinante en el bienestar del adulto mayor, nada más importante que el apoyo familiar, el afecto y cuidados para garantizarles a los ancianos una vida plena en esta última etapa del ciclo de la vida.

Respecto a lo anterior, se considera necesario revisar la información bibliográfica que a continuación se presenta en este estudio, mismo que da a conocer definiciones de la etapa del adulto mayor, percepción y datos adicional que ayudará a la comprensión de la investigación.

Partiendo del hecho que el adulto mayor en su parte más básica es un ser humano como todos, es necesario resaltar que como tal presenta necesidades que deben ser satisfechas.

Para Papalia, Olds y Feldman (2,005), Erich Fromm Psicoanalista germano estadounidense, fue célebre por aplicar la teoría psicoanalítica a problemas sociales y culturales. Fromm, uno de los líderes y principales exponentes del movimiento psicoanalítico de nuestro siglo, él sostenía que los tipos específicos de personalidad tienen que ver con pautas socioeconómicas concretas. Esto significaba romper con las teorías biológicas de la personalidad para considerar a los seres humanos más bien como frutos de su cultura. De aquí que su perspectiva terapéutica se orientara también en este sentido, proponiendo que se intentasen armonizar los impulsos del individuo y los de la sociedad donde vive. Entre sus publicaciones, habría que señalar: El miedo a la libertad (1941), El hombre para sí mismo (1947), El lenguaje olvidado (1951), La sociedad sana (1955), El arte de amar (1956), La misión de Sigmund Freud (1956), Más allá de las cadenas de la

ilusión (1962), ¿Tener o ser? (1976) o La anatomía de la destructividad humana (1973). La teoría de Fromm nos brinda herramientas de tipo social ya que nos dice que “La personalidad está establecida por pautas socioeconómicas” lo que involucra los problemas de tipo económico y social que atraviesa el adulto mayor, lo que nos permite establecer y reafirmar las raíces de los conflictos emocionales del adulto mayor”.

Por su parte Nelson (1993), señala que Karen Horney Psiquiatra nacida en Hamburgo y educada en las universidades de Friburgo y Berlín, donde fue profesora del Instituto de Psicoanálisis de 1920 a 1932, fecha en que emigró a los Estados Unidos. Tras ser directora asociada del Instituto de Psicoanálisis de Chicago durante dos años, enseñó en el de Nueva York de 1934 a 1941, convirtiéndose en decana del Instituto Estadounidense de Psicoanálisis (que había contribuido a fundar) en 1941 y, un año después, en profesora del Medical College de Nueva York. Horney fundó una escuela de psicoanálisis neofreudiana a partir de la hipótesis de que muchos tipos de neurosis son el resultado de conflictos emocionales que comienzan en la infancia y de problemas en las relaciones interpersonales. Horney creía que tales problemas estaban condicionados en gran medida por las pautas socialmente establecidas de comportamiento en el grupo social donde el individuo vive, más que por las pulsiones instintivas de las que hablaba Freud. Entre sus escritos destacan La personalidad neurótica de nuestro tiempo (1937).

Mientras Eric Erikson el psicólogo estadounidense de origen alemán entiende el desarrollo como un proceso psicosocial que continúa a lo largo de toda la vida.

El Adulto mayor

Posada y Herazo (2009), dice que hablar de vejez es remitirse a una larga enumeración de todo lo que se pierde o declina con la edad. Pérdida de energía, de funciones sensoriales, sumadas a la pérdida del rol social en la estructura productiva. Pareciera que el viejo no es más que una sombra descarnada de ese otro ser que fue. La pérdida del cuerpo joven es uno de los duelos que debe afrontar el adulto mayor. Se jaquea la estructura narcisista provocando muchas veces el horror frente a su propia imagen. Se toma conciencia de la finitud. El elemento más angustiante es la reducción de horizonte de futuro, ya no tiene todo el tiempo por delante. Es fundamental para un envejecimiento saludable poder sobrellevar la discordancia entre lo que se es y lo que se parece. Es decir poder aceptar que uno se siente joven, pero que el cuerpo envejece.

Según García (1997), etimológicamente la palabra adulto, de la voz latina adultos, significa crecer. El crecimiento de la especie humana a diferencia de las demás, se manifiesta de manera ininterrumpida y permanente desde el punto de vista psico-social y no biológico, que finaliza en un momento dado al alcanzar el máximo desarrollo de su fisiología y morfología orgánica. Se la podría definir como la plenitud vital al que arriban los seres vivos en un momento dado de su existencia, siendo variable según las especies biológicas. En muchas, este estado aparece temprano y, en otras, más tarde. El período de crecimiento y desarrollo se prolonga considerablemente en la especie humana y a diferencia de las demás, se desenvuelven en etapas sucesivas en forma prelativa hasta alcanzar progresivamente la adultez.

Papalia y Olds (1997), consideran que la edad del adulto se extiende a partir de los veinte años y establecen tres tipos de adultez: (1) Edad Adulta Temprana (entre los 20 y 40 años), (2) Edad Adulta Intermedia (de los 40 a los 65 años). y (3) Edad Adulta Tardía (después de los 65 años de edad), siendo ésta la última fase de la vida de la persona.

Al respecto, Papalia, Olds y Feldman (2005), clasifican a esta etapa como edad adulta tardía y consideran que la edad tradicional para entrar a ella son los 65 años; es la última etapa de la fase de la vida.

Staab (1998), considera al envejecimiento como un proceso complejo y dinámico, el cual posee componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos que no se pueden separar, pues están relacionados entre sí. Este proceso es normal, implica crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. Todas las personas tienen un ritmo diferente de envejecer. También agrega que el adulto mayor tiene múltiples necesidades y problemas, los cuales requieren comprensión y cuidados. Existen cambios considerables que además son naturales en las personas mayores, los cuales podrían ser en el ámbito social, como el retiro del trabajo, pierden a sus amigos por muerte o cambio de residencia, la disminución de posibilidades de encontrar un trabajo que les genere sustento económico, abandono del hogar de parte de los hijos, posibilidad de la muerte del cónyuge, etcétera; todas estas condiciones pueden considerarse como pérdidas.

En consecuencia, Fernández (1999), señala que la manera de envejecer está determinada por la acción conjunta de varias causas, pero fundamentalmente por factores socio-

psicológicos y ecológicos y solo una pequeña parte está determinada por factores biológicos. El envejecimiento se manifiesta de manera diferente en cada individuo.

Según Zarebski (2003), considera que este proceso es un trabajo de enlazar pasado, presente y futuro, de reescribir la propia historia, resinificándola a partir de un presente que fuera de menos trabajos -productivos y reproductivos- y de menor energía física para realizarlos, resulta favorecido en tanto es trabajo psíquico y cuyo producto es la renovación incesante del campo representacional.

Sánchez (2008), dice qué características tiene una persona que envejece sanamente y que dependen de dos situaciones: un deterioro biológico normal e inevitable y la calidad y estilo de vida en años previos. Estructuralmente hablando se da una alteración en la estructura y composición de las células musculares lo que provoca que pierdan tres centímetros de estatura. Y qué decir de los sentidos que progresivamente se van deteriorando como es el caso del oído, lo que causa que los ancianos semisordos se mantengan suspicaces y aislados.

En la línea de importancia de la familia para la estabilidad del adulto mayor Lefrancois (2001) comenta que durante la vida suelen ser importantes las relaciones familiares y lo siguen siendo durante el resto de la vida.

Lemme (2003), asegura que la familia constituye un aspecto importante en la vida. Día con día más individuos de mayor edad conforman la familia. Actualmente las familias de cuatro generaciones son más comunes, lo que genera una disminución de la cantidad

promedio de años que separan a las generaciones adyacentes. Así, los roles intergeneracionales se han vuelto más importantes pues comparten una historia, pueden ser ricas y arraigadas. Pero esto también puede generar estrés y tensión cuando el sistema familiar trata de responder a las necesidades de desarrollo de cada integrante, mismos que muchas veces son divergentes.

Donis y Monterroso (2007), señalan que muchas de las personas de la tercera edad gozan de buena salud y llevan una vida vigorosa, otros llevan un estilo de vida limitado con problemas físicos, y otros cuya salud es tan pobre, que necesitan ayuda para satisfacer sus necesidades de su vida diaria. Aunque esta variabilidad en la salud puede tener lugar en cualquier periodo hay una probabilidad mucho mayor de que éste presente en el adulto mayor. Aunque es posible gozar buena salud durante este periodo de la vida, no hay duda que el cuerpo muestra señales de debilitamiento en los últimos años “Los huesos se hacen más suaves y susceptibles a sufrir fracturas. Las arterias coronarias se estrechan reduciendo de esta forma la cantidad de sangre que entra al corazón y sale de él. La presión arterial aumenta, las funciones de los riñones y los pulmones disminuyen y el sistema digestivo es interrumpido por un deterioro gradual en las paredes del conducto intestinal”. Estos problemas físicos influyen también en cambios de comportamiento ya que al sentirse enfermos físicamente pueden empezar a sentir depresión o algún otro trastorno emocional o bien ser estos achaques o síntomas físicos indicadores de la presencia de un trastorno emocional. Estos cambios producen sus efectos. Las investigaciones efectuadas por La Asociación nacional de la tercera edad en Guatemala, señalan que la mitad de las personas de la tercera edad experimentan alguna limitación en sus actividades diarias. La salud se

convierte en un indicador especialmente importante en el desarrollo personal durante este periodo.

Salvarezza (1995), considera que la vejez puede ser analizada a la luz de la cultura que la produce como un " destino social", condicionado por las características de la sociedad. Dentro de estas múltiples modificaciones a nivel social, destaca la relativización cada vez mayor que la sociedad le asigna a la experiencia de vida, a la transmisión verbal de la historia y los conocimientos, lo cual implica una incidencia cada vez menor del anciano, de su rol familiar y social tradicional, y por lo tanto del lugar que ocupa. El tema de la vejez, debido a su complejidad, puede ser abordado desde perspectivas teóricas, metodológicas y disciplinarias diferentes y hasta aparentemente contradictorias entre sí. En este sentido el autor, sostiene que debido a lo complejo y relativamente nuevo del tema vejez como tal, "lo que se presenta ante nuestros ojos es una sociedad que va envejeciendo y que va planteando interrogantes para los cuales no existe todavía las respuestas, ni científicas ni sociales adecuadas. Esta falta de conocimientos lleva a que, al no poder contar con los elementos indispensables para hacernos un verdadero juicio sobre qué es la vejez, necesariamente nos manejamos con prejuicios. Precisamente esto es lo que ocurre en la mayoría de la sociedad en la cual, la suma de múltiples y variados prejuicios hacia los ancianos configura lo que llamamos "viejismo",

Respecto al aspecto íntimo Fishbein (1994) comenta que; la regresión narcisista a la que lleva el decaimiento energético, toma al cuerpo como objeto de preocupación por el mismo. Éste es objeto de la atención y de las miradas. Pero estas miradas tienen que ver con la enfermedad, no con el erotismo. Se constituye en un cuerpo de necesidades

impostergables antes que en la sede del deseo. El viejo está expuesto a perder su propio deseo, al no ser mirado, ni tocado, ni escuchado, salvo en lo que atañe a su enfermedad. Cuando este repliegue sobre sí mismo tenga características de reminiscencia, el resultado será conseguir la integridad del sujeto y por consiguiente se favorecerá un adecuado proceso de envejecimiento. El sujeto debe hacer un pasaje de sujeto portador-productor a sujeto que cede y trasmite. También puede adquirir una nueva posición en la parentalidad: la abuelidad. Aceptar la vejez requiere conservar la alianza con la generación pasada, a la vez que ceder a favor de la nueva.

Mientras que en el ámbito laboral en Guatemala los adultos mayores tienen que seguir laborando, pese a su edad, por la falta de beneficios económicos. El INE (2000) señala que al menos cuatro de cada diez personas arriba de los sesenta años son parte del mercado laboral. La mayoría son operarios, artesanos, agricultores o de la economía informal. El INE registra que el 45.5 por ciento de la población arriba de los sesenta años es pobre y de esta el 10 por ciento se encuentra en extrema pobreza. De este sector solo el 12.4 por ciento tiene una renta o jubilación. El 43.5 por ciento trabaja por su cuenta, el 26.2 por ciento es asalariado, el 14.2 por ciento es patrono y el 11.1 por ciento no tiene ninguna remuneración.

1.1 El adulto mayor y su espiritualidad

Según Seybold y Hill citados en Papalia et al. (2005), la espiritualidad constituye un papel de apoyo para muchos adultos mayores. Algunas de las posibles razones son el apoyo social, el origen en estilos de vida más saludables, la percepción de una forma de control sobre la vida a través de la oración, la promoción de estados emocionales positivos, la

reducción del estrés, la religiosidad y la fe en Dios como una forma de interpretar las desavenencias.

Por otra parte Papalia et al. (2005), la gente con el mayor o el menor compromiso religioso tiende a tener mayor la autoestima; los beneficios emocionales de la gente no religiosa deriva de un fuerte compromiso con valores seculares, similares a los beneficios que la gente religiosa obtiene de una sólida fe en Dios. También es probable que la autoestima de la gente sea más alta cuando su conducta es congruente con sus creencias, cualesquiera que éstas sean.

1.2 Percepción

Según Morris y Maisto (2005), la percepción “es el proceso de crear patrones significativos a partir de la información sensorial pura. También nos dicen que toda información que tenemos acerca del mundo proviene de nuestros sentidos y que cada sentido tiene sus propias características, pero existen ciertos principios básicos comunes a estos.

Moya (1994), afirma que dentro del análisis sociológico de la percepción se presta atención en primer lugar al proceso mediante el cual se captan los estímulos del ambiente. Precisamente en el aspecto social, estos estímulos se derivan de sucesos que ocurren en la sociedad, en personas y su conducta. La percepción respecto a personas y conducta distingue algunos rasgos que las diferencian de los objetos; como se presenta a continuación:

- Cuando se percibe las personas trae consigo una interacción dinámica, donde las expectativas, presencia y conducta de la persona que percibe pueden llegar a incidir la conducta de la persona percibida, generándose así una retroalimentación constante.
- El sujeto y el objeto del proceso de percepción son seres humanos, lo que llega a permitir al perceptor hacer una serie de inferencias acerca de lo que la persona percibida siente y actúa, en base a las propias experiencias.
- Cuando percibimos a las personas realizamos una tarea muy en comparación a la percepción de objetos, ya que existen diversidad de atributos no observables directamente. A diferencia de las personas los objetos son más estáticos, en cambio las personas cambian constantemente, por lo que es más difícil tener exactitud y comprobar dicha percepción.

Goldstein (2005), menciona que la percepción es un proceso que se integra de una serie de pasos: el estímulo ambiental, el estímulo atendido, la transducción, el procesamiento neuronal, la percepción, el reconocimiento, la acción y los efectos del conocimiento. Ésta puede estar influida por cogniciones, las cuales pueden influir en la respuesta que brinde una persona. También agrega que uno de los propósitos de la percepción es informar acerca de las propiedades del ambiente que son importantes para la supervivencia. Otro propósito es ayudar a actuar en relación con el ambiente.

Por su parte Galimberti (2002), comenta que la percepción es el conocimiento directo, no conceptual de los objetos físicos. Los enfoques empiristas de la percepción consideran que es la suma de las sensaciones que se tienen de un objeto, pero niegan que el sujeto

juega un papel activo y que la influencia de elementos que no se encuentren en los estímulos (como los recuerdos del sujeto) también influyen en el proceso. Los enfoques racionalistas señalan, por el contrario, que la percepción exige algo más que la mera suma de los elementos y destacan la importancia de los elementos cognoscitivos superiores, en particular de índole intelectual, a la hora de interpretar los estímulos. La percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, el cual resulta de un proceso de selección, organización e interpretación de las sensaciones. Sus componentes son: las sensaciones, que son respuestas de los órganos sensoriales a los estímulos externos, y los estímulos internos que son características personales de cada individuo, las cuales cargan de distinto significado a los estímulos (Guardiola, s.f.). La percepción de una persona está constituida por tres características: es subjetiva porque todas las reacciones a un estímulo, varían de un individuo a otro, es selectiva, ya que la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo, selecciona su campo perceptual respecto a lo que desea percibir y, por último, es temporal, porque este fenómeno es a corto plazo. Este proceso de percepción va evolucionando y enriqueciéndose según las experiencias, necesidades y motivaciones de los individuos. Goldstein (2005).

1.3 Muerte

La muerte según Papalia et al (2005), es un elemento integral que forma parte del ciclo de la vida. Es inevitable, al cual se debe acercar con sabiduría para que se pueda vivir con plenitud hasta que llegue. De acuerdo cómo se comprenda el significado de la muerte, así será la experiencia psicológica del hecho biológico de la muerte. Si bien es cierto, la muerte es un hecho biológico; sin embargo, también abarca aspectos sociales, culturales,

históricos, religiosos, legales, psicológicos, de desarrollo, médicos y éticos, todos ellos generalmente enlazados estrechamente.

A su vez Gómez (2006), agrega que la muerte no es sólo un hecho biológico por lo menos para el hombre, quien busca siempre un significado. A las personas les causa temor hablar acerca de la enfermedad y la muerte, en lugar de verlos como las más reales posibilidades de la existencia. Este tipo de conversaciones se evaden haciendo como que no existen, lo cual es apoyado por las costumbres sociales contemporáneas.

Muchas de las personas poseen explicaciones, racionalizaciones y conocimientos acerca de la muerte, al respecto Sherr (1992), argumenta que el significado de algo para un individuo puede tener diferente implicación para otro. Muchas de las personas que asisten a otras pueden agobiarse por el miedo a la muerte o sentirse incapaces de ofrecer ayuda. Es importante entender que muchos de los aspectos que las personas temen son acerca de la agonía y la muerte por sí misma, es decir, para muchos el temor proviene del dolor.

De acuerdo con Hernández (2010), el tema de la muerte goza de muchos privilegios, pues la cultura le ha atribuido un carácter sagrado y le ha dado un carácter positivo y necesario, se desea como liberación o en ocasiones es manejada como amenaza, lo que, sin embargo, no se le despoja de sus privilegios.

Por su parte Morín (1994), menciona que la humanidad de la muerte se comprende solamente dentro de la especificidad de lo humano. Así es como se puede ver que la muerte afirma al individuo, lo prolonga en el tiempo como útil en un espacio. No es una idea, más

bien es una imagen. Se habla de ella como de un sueño, viaje, nacimiento, enfermedad, accidente, maleficio, entrada en la residencia de los antepasados, ya sea individualmente o todo a la vez. Existe así una conciencia real de la muerte, no de la esencia, ya que no es conocida, pero sí de la realidad de la muerte.

En otro orden de ideas, Bailey (1989) refiere que se necesita valor para afrontar la realidad de la muerte y para definir las creencias acerca del tema. La muerte es el único hecho que es posible predecir con absoluta seguridad, pero la mayoría de los seres humanos posee negación a considerarlo, hasta que es afrontado de modo inminente y personal. Existen diversas maneras de afrontar la muerte por las personas; algunas poseen sentimiento de autocompasión, preocupación por lo que dejan, por lo que termina en ellas, el hecho del abandono acumulado en la vida. Otras ven la muerte con osadía, porque no pueden hacer nada más.

Según Kübler (2010), expresa que existen varias razones que impiden afrontar la muerte con tranquilidad. Uno de los más importantes es que hoy en día, morir es más horrible tomando en cuenta que es algo solitario, mecánico y deshumanizado. El hombre se defiende psicológicamente de la muerte por medio de la negación de la realidad de su propia muerte, por lo que no puede percibir la propia y se cree en la inmortalidad. Así mismo, se puede concebir la muerte del vecino o las noticias de muerte, pero esto sólo refuerza la creencia del inconsciente, permitiendo alegrarse de que le haya ocurrido a otra persona.

Norris y Murrel, citado por Papalia, et al Olds y Feldman (2005), los familiares de una persona anciana tienen sus propios temores acerca de la muerte, los que combinados con el dolor psicológico de ver morir a un ser querido, los hacen distanciarse justo en el momento que el anciano necesita más consuelo y compasión.

Según Morris y Maisto (2001), el temor a la muerte rara vez es una gran preocupación en los ancianos. De hecho, dicho temor parece ser un problema mayor en la juventud o la madurez, cuando la conciencia de la mortalidad coincide con el mayor interés por vivir. Un estudio realizado sobre actitudes hacia la muerte encontró que el 19 por ciento de los adultos jóvenes temían a la muerte, en comparación con menos del 2 por ciento de las personas mayores de 65 años. Pero los ancianos tienen algunos temores importantes asociados con la muerte: temen al dolor, la falta de dignidad y a la despersonalización que puedan experimentar durante una enfermedad terminal, así como a la posibilidad de morir solos. También les preocupan los gastos de hospitalización y los cuidados que representen una carga para sus familiares.

Mantegazza (2006), afirma que en algunas sociedades el hecho de morir en la vejez constituía el momento de recapitulación de la propia vida, un momento de reflexión y balance final; así mismo, la demostración de la fragilidad del ser humano.

Por su parte, Rice (1997), indica que se pretende resolver el tema de la muerte ocultándola o negando su posibilidad, lo cual se refleja cuando se miente a las personas que agonizan acerca de su condición; a su vez, ellas tratan de convencerse que están mejorando. Cuando alguien fallece se pide que luzcan sanos y vivos, como si estuvieran durmiendo.

Sin embargo se ha visto que una de las críticas comunes dadas en la actualidad es acerca de la falta de atención hacia los viejos y agonizantes, lo cual lleva a una idea de muerte digna.

Así mismo, menciona que la actitud hacia la muerte va a depender de la actitud que se tenga hacia la vida, ya que dependiendo de cómo esta se desarrolla, tendrán una mirada positiva hacia la muerte. A la vez se menciona la incertidumbre que existe al desconocer el momento de la muerte, lo cual puede provocar estrés si las personas han sufrido lesiones graves, se encuentran en una situación crítica o si debe someterse a alguna cirugía, lo cual es un periodo de crisis aguda continua del paciente y familia.

La parte más difícil acerca de la incertidumbre de muerte es la espera, el temor que algo malo suceda, la esperanza de que se produzca una mejoría, esperar la llegada de otros familiares. El tiempo prolongado de espera puede resultar difícil; sin embargo, algunas personas aprenden a sobrellevarlos con felicidad y optimismo, tanto como les sea posible, tratando de no preocuparse demasiado por lo que pueda llegar a suceder.

1.4 Asilo

Para Beers y Mark (2002), entre los diferentes niveles de atención que se da a los adultos mayores están los asilos, también conocidos como albergues o casa hogar públicos y privados, que son lugares en donde el adulto mayor vivirá hasta el final de su existencia, si estos son oficiales, el anciano que pretende ingresar debe tener ciertas características como: ser solo, no tener vivienda, no contar con familia ni cuidadores o con familia en donde el paciente por su grado de dependencia genera problemas en la dinámica familiar. La función ideal de los asilos debería ser la conservación de las capacidades que resten a

cada adulto mayor y mantener los nexos familiares o comunitarios. Se dice que los asilos son un mal necesario, se requieren, pero no deberían existir, sin embargo estos son una opción ante la presencia de ancianos solos, algunos con familia pero que ya no los quieren con ellos; agregando a esto la influencia de la urbanización, los cambios de valores en la sociedad; en la vejez la vida cobra factura de lo que la persona hizo o dejó de hacer por sus seres queridos. Habitualmente los ancianos en estos sitios son abandonados en un medio que aún en el mejor de los casos no tiene nada de parecido al hogar, convirtiéndose en sitios de asistencia prolongada, en casas de ancianos abandonados, que son vistas como pre cementerios, ya que de ellas no se sale, se vive sin contacto de familiares y amigos, situación que favorece el deterioro físico y mental del adulto mayor. La mayoría de estas instituciones tienen normas de admisión que limitan el ingreso solo a individuos en estado funcional independiente y sin evidencia de deterioro cognitivo avanzado. Sin embargo, una tercera parte de los ancianos que ahí residen son altamente dependientes. Esto se explica en parte por el envejecimiento de la población previamente funcional dentro de la institución. Con el paso del tiempo, aumenta la probabilidad de que los ancianos presenten complicaciones que disminuyen sus capacidades mentales o físicas.

Fonnegra e Isa (1999), por su parte, mencionan que; la falta de prevención provoca que las instituciones que fueron creadas para ancianos independientes, se encuentren, al cabo de unos años, con una población dependiente, deteriorada, que requiere cuidados especializados con los que no se cuenta y para los que no se ha previsto una inversión apropiada. Aún las mejores instituciones no están dirigidas necesariamente hacia la atención de los ancianos más dependientes. Los ancianos que ocupan la mayoría de estas instituciones corresponden a un grupo que padece aislamiento social, recursos económicos

nulos o muy limitados y tiene, en general, un bajo nivel cultural. Sus necesidades asistenciales son complejas. Presentan diferentes enfermedades y una gran vulnerabilidad. Por desgracia, la ausencia de una supervisión adecuada para vigilar que se cumpla la normatividad, ha permitido que proliferen gran cantidad de asilos no calificados para brindar servicios adecuados.

Lo expuesto anteriormente da cuenta de la realidad que vive el adulto mayor tanto en Guatemala como en algunos países de Latinoamérica, mostrando una panorámica clara y real de cómo se manifiesta la etapa final de la vida en el ser humano en relación a cómo perciben la idea de su propia muerte, tomando en cuenta varios factores que en algún momento pueden influir en el comportamiento hacia este hecho, sin embargo la mayoría de autores comparten la premisa que existen factores determinantes en el adulto mayor para la aceptación de su propia muerte, estos son; la manera como han percibido su vida, el apoyo y amor incondicional de su círculo familiar.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ciclo de la vida es un proceso constante y dinámico, por el que el ser humano poco a poco avanza, hasta llegar al a edad adulta tardía o tercera edad como lo denominan algunos autores. Esta etapa citada anteriormente es la que en muchas ocasiones genera conflictos tanto en la persona que la vive como en familiares o cuidadores de la misma. Generalmente el adulto mayor se percibe y siente aislado, desplazado e inutilizado, como consecuencia de la pérdida de muchas funciones indispensables para la productividad. Agregado a esto la autoimagen se ve afectada debido a los múltiples cambios que se producen a nivel corporal, tomando en cuenta que este factor es una de las fuentes más importantes en cuestión de la aceptación. Para muchas personas adultas mayores su realidad se encuentran bajo los cuidados de hogares especiales, sin embargo, existe una falta de control estatal hacia estas instituciones y por otro lado, existen pocas organizaciones sociales que brinden o promuevan el cuidado y protección de este grupo minoritario. Esta situación causa otro problema en el adulto mayor, percibir y vivir la marginación social.

La situación de los adultos mayores en Guatemala, es un problema social que no ha sido tratado adecuadamente, la demanda aumenta día con día, el estilo de vida de las familias guatemaltecas ha cambiado, dejando sin cabida, en la mayoría de casos a estas personas.

La población del adulto mayor por sus características personales y en el contexto social en dónde se encuentra es una población vulnerable a presiones familiares, incluso abandono familiar, abusos, violencia intrafamiliar así como a enfermedades de la edad, además de estar sometidos a presiones económicas, no encontrar un trabajo por no llenar las

condiciones laborales permiten que las personas desarrollen problemas psicológicos, como depresiones o ansiedad ante la vida.

Es bien conocido que en culturas ajenas a la nuestra la muerte es recibida con alegría pues según sus ideologías es la trascendencia a una vida de luz. Mientras que en el contexto guatemalteco la cultura de muerte, existe como un hecho al que se percibe como el final de la vida, un proceso doloroso y triste que acaba por completo con las ilusiones, esperanzas y sueños de las personas. En el caso del adulto mayor, la muerte de los mismos es concebida como la conclusión de toda una vida, como un ciclo que se debe terminar, aunque esto no deja de ser difícil de asimilar.

En relación a todo lo anterior se consideró necesario despejar la interrogante respecto a, ¿cuál es la actitud hacia la muerte entre pacientes geriátricos institucionalizados hombres y mujeres?

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Establecer la actitud hacia la muerte entre pacientes geriátricos institucionalizados hombres y mujeres.

2.1.2 Objetivos Específicos

- Conocer si existe miedo a la muerte.
- Determinar si existe evitación hacia la evitación ante la muerte.
- Verificar si la aceptación neutral está presente en estos pacientes.
- Conocer cómo perciben la aceptación de acercamiento.
- Verificar si existe una aceptación de escape respecto a la muerte.

2.3. Variables de Estudio

Para la realización del presente trabajo de investigación se tomaron como variables de estudio a:

- Pacientes geriátrico institucionalizados.
- Actitud hacia la muerte.

2.4 Definición de Variables

2.4.1 Definición Conceptual

Paciente geriátrico institucionalizado: En la vida del ser humano se resumen las experiencias y vivencias, las cuales encuentran su plenitud en la vejez y esta a su vez tiene como morada un centro de retiro u hogar como son llamados comúnmente. Para Martínez y Villareal (2008), es un proceso dinámico, gradual, progresivo e irreversible que influye en su calidad de vida, su estabilidad emocional y trae consigo la conciencia de saber que la muerte está cada vez más cerca y a concebirla como algo inminente, lo cual es resultado de haber vivido y enfrentado numerosas pérdidas físicas, sociales y psicológicas durante su ciclo vital.

Actitud hacia la muerte: La muerte puede ser percibida de muchas maneras, esto dependerá de muchos factores como el nivel sociocultural, las creencias religiosas, así como las condiciones propias de los cuidados que el paciente esté experimentando. De acuerdo con lo anterior, Sánchez (2009), menciona que es posible decir que la construcción del concepto de muerte en el adulto mayor está mediado por

diversos factores, entre ellos el presenciar muertes cercanas, las enfermedades, el distanciamiento de los hijos, las separaciones, la jubilación, las pérdidas vividas y la elaboración de duelos correspondientes, todo esto dentro del contexto cultural y social en el que se vive.

2.4.2 Definición Operacional

Paciente geriátrico Institucionalizado: Persona que se encuentra entre el rango de 65 años de edad en adelante institucionalizadas en la Asociación Casa Geriátrica María, San Felipe de Jesús de la Antigua Guatemala.

Actitud hacia la muerte: Es la forma en que los adultos mayores perciben la muerte, en cuanto a las acciones y la manera que ellos se manifiestan en esta fase final de la vida, esta variable fue medida a través del test “Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte (PAM-R)”. Dicho test mide las siguientes áreas:

- El miedo a la muerte
- La evitación ante la muerte
- La aceptación neutral
- La aceptación de acercamiento
- La aceptación de escape

2.5. Alcances y Límites

Este estudio fue realizado en la Asociación Casa Geriátrica María San Felipe de Jesús, La Antigua Guatemala, con una muestra de 10 pacientes geriátricos institucionalizados en la misma, el 50% de la muestra eran mujeres y el otro 50% eran hombres, del grupo de

estudio se tomaron tres criterios de inclusión, las edades oscilaron entre 65 a 80 años. No se tomaron en cuenta pacientes que presenta algún tipo de deterioro cognitivo, enfermedad terminal o padezcan de algún tipo de demencia, porque esto sesgaría los resultados.

Los resultados obtenidos son aplicables a los pacientes que estén internados en esta institución.

2.6. Aporte

Los resultados obtenidos en este estudio serán de utilidad para un mejor conocimiento de la vida del paciente geriátrico y así de esta manera brindarle un acompañamiento digno en la última etapa de su vida, porque no hay mejor manera de empatizar respecto a la finalización del ciclo de la vida que conocer qué piensa una persona que está viviendo dicha etapa. El conocer estos resultados podría ser de ayuda para la creación de métodos o medidas que optimicen los servicios y buenos tratos hacia el adulto mayor en las instituciones públicas y privadas como hospitales y hogares de retiro a nivel nacional, también para que la sociedad se involucre más en brindarle el respeto y cuidado a las personas ancianas que se encuentre cerca. En el caso de las personas institucionalizadas en la Asociación Casa Geriátrica María, luego de mostrados los resultados podrán gozar de mejores atenciones por parte del personal, integrándolos a situaciones o actividades que les garanticen una estadía digna en la institución y así dejar de verlos como personas no productivas y que lo único que puede hacerse con ellos es deshabilitarlos. Para la Universidad Rafael Landívar, estudiantes y profesionales de la misma, es una información novedosa, que aporta conocimientos obtenidos directamente desde el punto de vista del anciano; así también podría servir a futuros profesionales como fuente de inspiración para seguir creando estudios que cada vez vayan ampliando el conocimiento sobre esta etapa tan

bella de la vida como es la vejez. El aporte brindado a la institución que presta los servicios de cuidados a la población estudiada, es un informe de los resultados obtenidos en el estudio, para que en base a ellos las personas responsables de dicha asociación, puedan considerar los resultados para la implementación de talleres o programas que mejoren las condiciones de los pacientes.

III. MÉTODO

3.1. Sujetos

En la realización de la presente investigación se trabajó con los siguientes participantes:

SUJETOS	EDADES (AÑOS)	GÉNERO	CAUSA DE INSTITUCIONALIZACIÓN
1	67	FEMENINO	ABANDONO
2	70	FEMENINO	ABANDONO
3	74	FEMENINO	ABANDONO
4	77	FEMENINO	ABANDONO
5	79	FEMENINO	ABANDONO
6	66	MASCULINO	ABANDONO
7	68	MASCULINO	ABANDONO
8	70	MASCULINO	ABANDONO
9	75	MASCULINO	ABANDONO
10	78	MASCULINO	ABANDONO

Diez pacientes geriátricos institucionalizados en la Asociación Casa Geriátrica María, ubicada en la aldea San Felipe de Jesús, de La Antigua Guatemala. En el estudio los sujetos fueron adultos mayores hombres y mujeres que comprenden las edades de 65 a 80, que no presentan deterioro cognitivo de la edad, problemas de sordera, enfermedad visual, enfermedad terminal o demencia, así también se tomaron en cuenta dos denominaciones religiosas que profesen los sujetos del estudio; la católica y evangélica.

3.2. Instrumento

Para la realización de la investigación se utilizó el perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R)

Autores Wong y Reker, (1988)

Administración: Individual o colectiva

Aplicación: Adultos

El perfil revisado de actitudes hacia la muerte (PAM-R) (Gesser, Wong y Reker, 1988), cuenta con 32 ítems, el cual mide las siguientes dimensiones.

- **El miedo a la muerte:** se refiere específicamente a la respuesta consciente que tiene el ser humano ante la muerte, en donde las variables mediadoras se relacionan con el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al más allá de la muerte, al dolor y al sufrimiento, el bienestar de los miembros supervivientes de la familia. El miedo surge como resultado de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte.
- **La evitación ante la muerte:** se relaciona con la actitud de rechazo ante el tema de la muerte y toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con la misma.
- **La aceptación neutral:** definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada en un temor normal ante la muerte, pero también en

su aceptación ante su posible llegada, en donde la acepta como un hecho innegable en la vida y se intenta aprovechar en lo máximo la vida que se tiene.

- **La aceptación de acercamiento:** se relaciona con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte.
- **La aceptación de escape:** se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaz para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa definitiva a la situación de dolor.

La escala evaluó cinco dimensiones siendo estas.

Dimensión	Ítem
Aceptación hacia la muerte	4,8,13,15,16,22,25,27,28,31
Miedo a la muerte	1,2,7,18,20,21,32
Evitación de la muerte	3,10,12,19,26
Aceptación de escape	5,9,11,23,29
Aceptación neutral	6,14,17,24,30

Confiabilidad y Validez:

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por el método de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.893, así mismo las dimensiones del test calculan su validez y confiabilidad de la siguiente manera.

Aceptación de acercamiento 33.3% de la varianza, Miedo a la muerte 13.4% de la varianza, evitación de la muerte 7.7% de la varianza, aceptación de escape 6.0% de la varianza y aceptación neutral 5.7% de la varianza. Los cinco componentes representan el 66.2% de varianza. (Gesser et al., 1988).

Calificación e interpretación

Los 32 ítems puntuados en una escala de formato tipo Likert, en el cual los participantes indicaron el grado de conformidad con el ítem, siendo los puntajes mayores indicadores de mayor aceptación hacia la muerte.

3.3. Procedimiento

El estudio se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó autorización del centro, que permitió la implementación de la investigación. Para dicho estudio se recopiló información para sustentar la exploración mediante la fundamentación teórica, que permitió la elección del instrumento que sirvió de apoyo a la investigación descriptiva.
- Luego de lo anterior, fue delimitada la muestra en un lapso de dos visitas en las cuales se solicitó al personal competente de la institución referencia de los pacientes que llenen con los criterios necesarios para participar en el estudio, por consiguiente fueron elegidos 10 pacientes geriátricos institucionalizados en la Asociación Casa Geriátrica María, ubicada en la aldea San Felipe de Jesús, de La Antigua Guatemala, a los cuales se realizó una única aplicación del instrumento de medición “Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte (PAM-R) (Gesser, Wong y

Reker, 1988)” herramienta que sirvió para medir y determinar las actitudes que tienen hacia la muerte los ancianos a estudiados.

- Los resultados fueron tabulados luego de evaluados, obteniendo la información que sustenta las conclusiones del estudio.
- Finalmente se hizo entrega de la investigación a Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar.

3.4. Tipo de Investigación y Metodología Estadística

Atendiendo a las expectativas fijadas en los objetivos y a la delimitación del objeto de estudio desde sus alcances, la presente investigación se enmarca en un estudio descriptivo ya que se recolectaron, midieron y analizaron los datos de manera independiente, sin hacer relaciones causales; se hizo una descripción y se definió lo que se quería investigar. Además no se buscó hacer predicciones a partir de lo que se encontraba, aunque se pensó que sirva para futuros proyectos de intervención con este tipo de población.

Para Hernández, Fernández y Baptista (2006), este modelo de investigación es definido como una descripción de situaciones y eventos, puntualizando cómo son y de qué manera se manifiesta determinado fenómeno. Se evalúan varios aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Esto es en un estudio descriptivo mediante el cual se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas para así describir lo que se investiga. También argumentan que la investigación se caracteriza en medir variables específicas del problema que se investiga.

La metodología estadística utilizada para el análisis de los resultados de la investigación fueron las medidas de tendencia central, que para Hernández, Fernández y Baptista (2006), este tipo de medición es una vía que permite presentar los resultados mediante porcentajes, media y desviación estándar. En este caso el análisis de los resultados y datos pueden presentar a través de gráficas. Se contó con el apoyo de programas de Internet y Excel.

IV. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación, dichos resultados fueron recolectados luego de la aplicación del *Perfil Revisado De Las Actitudes Hacia La Muerte* (PAM-R), con el cual se midió la actitud que el paciente geriátrico institucionalizado en la Asociación Casa Geriátrica María, Antigua, tiene hacia su propia muerte.

TABLA No. 1

ACTITUD HACIA LA MUERTE, SEGUN GÉNERO

Género	PUNTUACIONES						
	TD	D	MD	I	MA	A	TA
HOMBRES	45.09	28.12	0	0	5.21	0	0
MUJERES	48.66	23.96	0	1.56	0	0	0
Total general	93.75	52.08	0	1.56	5.21	0	0

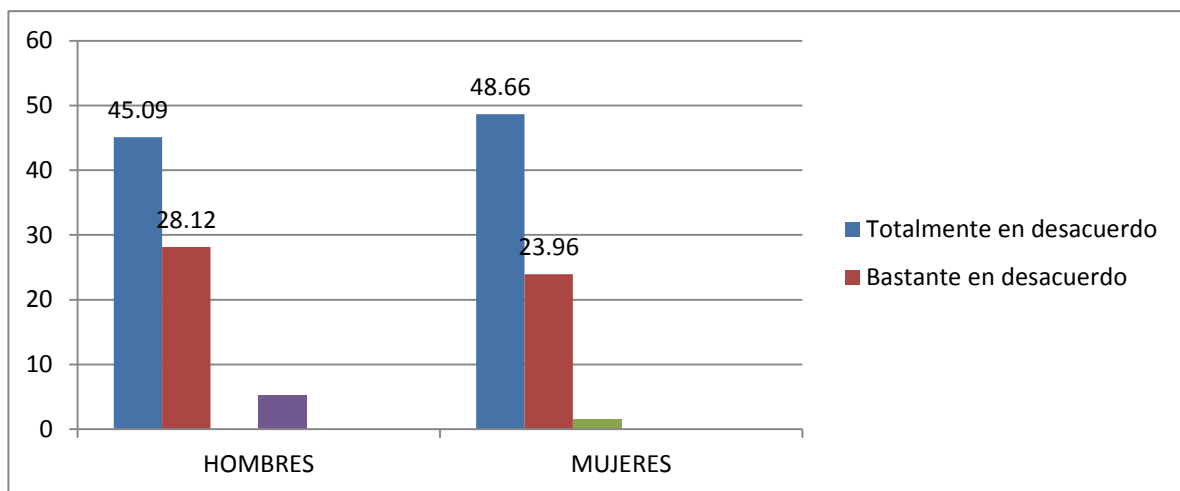
TD=totalmente en desacuerdo D=bastante en desacuerdo MD= algo en desacuerdo
I= Indeciso MA= algo de acuerdo A= Bastante de acuerdo TA= totalmente de acuerdo

La tabla muestra la actitud que los pacientes geriátricos tienen respecto a la propia muerte, esto en relación al género, donde la escala TD (totalmente en desacuerdo), predomina en dicha nómina respecto a las otras, obteniendo las mujeres una puntuación levemente superior a la representada por los hombres, dando cuenta que; las mujeres tienen

una perspectiva de aceptación mayor en cuanto a este proceso, argumentando que esta etapa es parte de la vida.

GRÁFICA No. 1

ACTITUD HACIA LA MUERTE, SEGUN GÉNERO



La gráfica muestra las respuestas de los pacientes hombres con un 45.09% y a las mujeres con un 48.66% respecto a la actitud que presentan ante la muerte, siendo predominante en ambos géneros el estar totalmente en desacuerdo que el proceso de la muerte sea un hecho desagradable y doloroso, por el contrario lo consideran un acto natural que forma parte del ciclo de la vida.

TABLA No. 2

ACTITUD HACIA LA MUERTE, SEGUN DENOMINACIÓN RELIGIOSA

Religión	PUNTUACIONES						
	TD	D	MD	I	MA	A	TA
CATOLICA	45.98	28.12	0	0	3.13	0	0
EVANGELICA	43.75	29.17	1.88	0	3.13	0	0
Total general	89.73	57.29	1.88	0	6.26	0	0

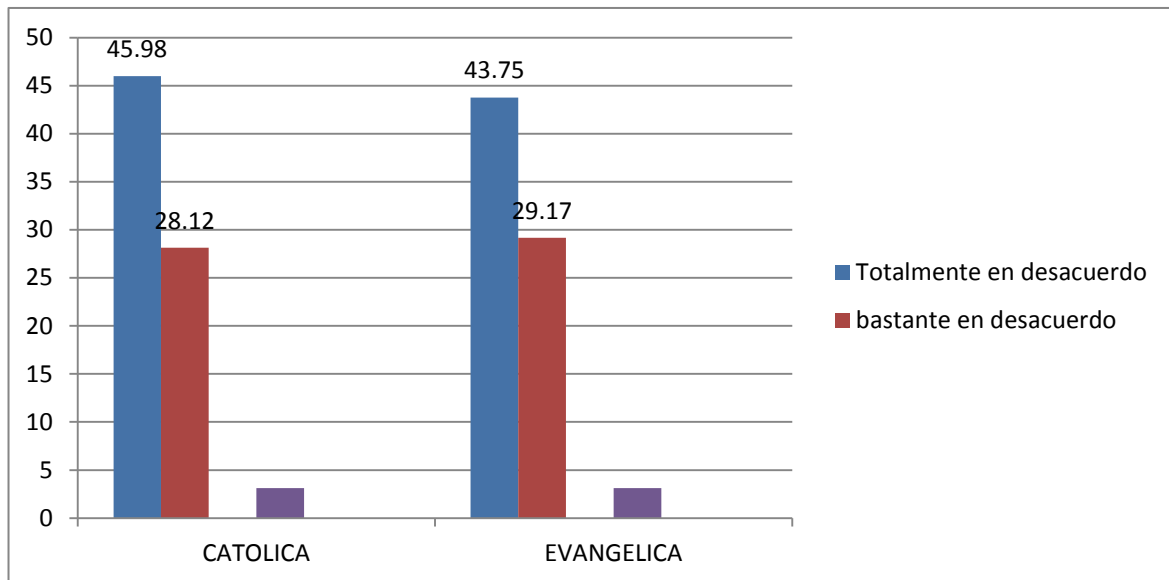
TD=totalmente en desacuerdo D=bastante en desacuerdo MD= algo en desacuerdo

I= Indeciso MA= algo de acuerdo A= Bastante de acuerdo TA= totalmente de acuerdo

La tabla muestra la actitud que los pacientes geriátricos tienen respecto a la propia muerte, esto en relación a la denominación religiosa que profesan, donde la escala TD (totalmente en desacuerdo) predomina en dicha nómina respecto a las otras, esto representa que los creyentes de la religión católica obtuvieron un 45.98% y la religión evangélica 43.75% , evidenciando que existe una leve diferencia entre las creencias religiosas, donde los creyentes católicos presentan una actitud mas positiva respecto a su propia muerte.

GRÁFICA No. 2

ACTITUDES HACIA LA MUERTE, SEGUN DENOMINACIÓN RELIGIOSA



La gráfica muestra las respuestas de los pacientes desde el punto de vista de su creencia religiosa, mostrando que los creyentes de la religión católica obtuvieron un 45.98% y la religión evangélica 43.75%. Esto sugiere que los creyentes católicos tienen una mejor actitud ante su propia muerte. Fundamentando así que una base religiosa favorece a tener una actitud de aceptación ante la propia muerte, dejando de lado la idea que la muerte es un castigo o un evento negativo.

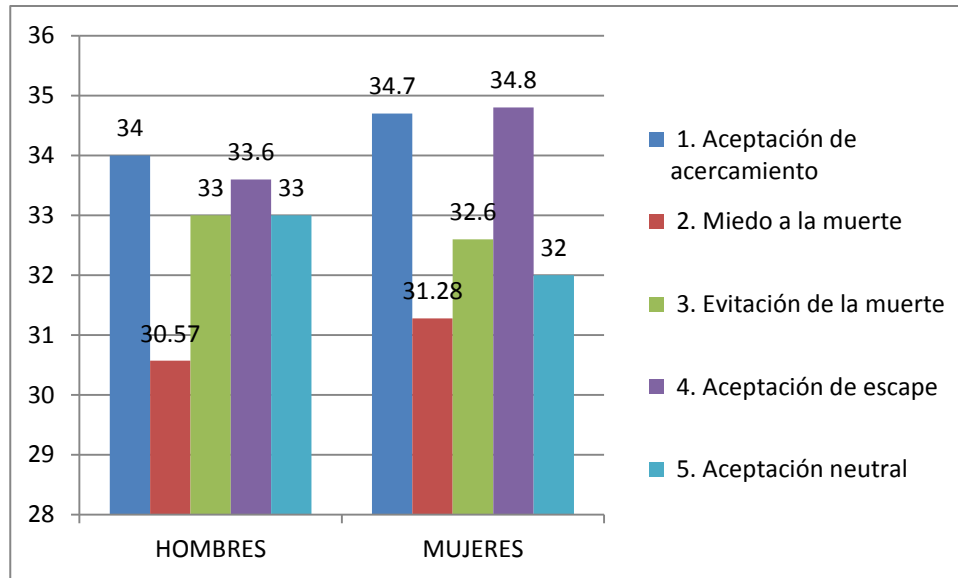
TABLA No. 3**ACTITUD HACIA LA MUERTE, SEGUN DIMENSIONES**

GENERO	PUNTUACIONES				
	1. Aceptación de acercamiento	2. Miedo a la muerte	3. Evitación de la muerte	4. Aceptación de escape	5. Aceptación neutral
HOMBRES	34	30.57	33	33.6	33
MUJERES	34.7	31.28	32.6	34.8	32
Total general	68.7	61.85	65.6	68.4	65

La tabla muestra los resultado respecto a las dimensiones en las cuales se divide la prueba aplicada, observando punteo similares respecto a cada una de éstas dimensiones, evidenciando que; los pacientes en general tienen una actitud de aceptación plena respecto a la etapa final de su propia vida.

GRÁFICA No. 3

ACTITUD HACIA LA MUERTE, SEGUN DIMENSIONES



La gráfica representa las actitudes que el paciente geriátrico tiene de su propia muerte, en relación a cada una de las dimensiones de las cuales se componen la prueba aplicada, donde se puede observar que tienen una aceptación de acercamiento alta; esto se ve relacionado con a sus creencias religiosas, las cuales les permiten tener visión de una vida feliz después de la muerte. Respecto a la aceptación de escape; las puntuaciones son altas con una leve diferencia entre género, indicando que ven la muerte como una alternativa para terminar con el dolor que padecen. Sin embargo en los resultado del miedo a la muerte los indicadores son menores en relación a las otras dimensiones refiriendo que; los pacientes están conscientes de este paso en sus vidas, dejando de lado la incertidumbre de lo que pueda pasar llegado este momento. En cuanto a la evitación de la muerte se

observa que, los puntajes obtenidos son similares tanto en hombres como en mujeres indicando que no existe diferencia de género al momento de evadir el tema relacionado como la propia muerte. Y por último, en relación a la aceptación neutral; expresan de igual manera hombre y mujeres que este es un hecho inminente en sus vidas del cual no pueden librarse y prefieren disfrutar de su existencia pues no saben cuándo esta llegará a su fin.

Tabla No. 4

**RESULTADOS ESTADÍSTICOS DE LAS ACTITUD HACIA LA MUERTE EN
PACINETES GERIÁTRICOS INSTITUCIONALIZADOS, HOMBRES Y
MUJERES**

	Hombres		Mujeres
Promedio	45.09%	Promedio	48.66%
Media	32.83	Media	33.08
Mediana	33.00	Mediana	32.60
Moda	33.00	Moda	32
Desviación estándar	1.33	Desviación estándar	1.60
Mínimo	30.57	Mínimo	31.28
Máximo	34.00	Máximo	34.80

En la tabla anterior se observa de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba, la frecuencia del nivel de actitud hacia la muerte, mostrando en hombres una media de 32.83 respecto al máximo de la escala, por su parte con una diferencia mínima en los resultados, las mujeres presentan una media de 33.08, dejando en evidencia que la población femenina tienen una actitud de aceptación mayor respecto a su muerte en relación a los hombres.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

La percepción ante la propia muerte, podría tener reacciones distintas según nivel socioeconómico, edad, estado de salud física y mental, creencias religiosas e incluso el nivel de escolaridad, esto se podría pensar en el caso de personas que cuentan con un círculo familiar estable en donde puedan recibir apoyo ante dicho proceso. En el caso de los pacientes geriátricos que se encuentran institucionalizados, esta percepción se ve influida por otros factores que se presentaran más adelante.

En la presente investigación los resultados informan cómo perciben la muerte pacientes geriátricos hombres y mujeres que se encuentran institucionalizados.

En un sentido general de percepción hacia la muerte tanto los pacientes hombres como mujeres manifestaron estar conscientes que es un proceso natural de la vida y que todos en algún momento tienen que pasar por esta etapa, aunque en menor medida expresaron que en ocasiones evitan pensar en este momento que innegablemente llegará a sus vidas. Al respecto Papalia (2005), describe a la muerte como un elemento integral que forma parte del ciclo de la vida. Es algo inevitable, al cual se debe acercar con sabiduría para que se pueda vivir con plenitud hasta que llegue. De acuerdo cómo se comprenda el significado de la muerte, así será la experiencia psicológica del hecho biológico de la muerte.

Estos resultados van de la mano con la investigación que realizó Leitón y Ordóñez (2003), donde señala que debe tomarse en cuenta que la etapa del envejecimiento es un proceso por el cual todo ser humano atraviesa y que, además, es progresivo e irreversible, con deterioro en varias funciones importantes y vitales, que no discrimina género, estatus

social, condición económica o nivel de escolaridad, en el cual ocurren diversos cambios psicosociales, que se cree son consecuencia de factores genéticos, sociales, culturales, estilo de vida y la existencia de enfermedades. El conjunto de estos cambios forman parte significativa en la forma en la que las personas reciben, aceptan y viven su propia vejez, siendo ésta fundamental para la preparación al proceso de muerte.

Aspectos importantes que se pudieron evidenciar en el presente estudio fueron aquellos relacionados en la autoimagen, donde los pacientes mencionaban que su aspecto físico ya se encontraba deteriorado por lo que ellos consideraban que su funcionamiento y rendimiento físico se ha visto afectado por esta razón, misma que influye en el hecho de que sus familiares y responsables no mantengan contacto con ellos. Según menciona Staab (1998), considera al envejecimiento como un proceso complejo y dinámico, el cual posee componentes fisiológicos, psicológicos y sociológicos que no se pueden separar, pues están relacionados entre sí. Este proceso es norma, implica crecimiento, desarrollo y adaptación continua hasta la muerte.

En relación a lo anterior Álvarez (1999), en su estudio sobre “autoconcepto en el adulto mayor tomando en cuenta las diferencias existentes entre hombres y mujeres de 60 a 85 años”, encontró que en los resultados obtenidos sí existe una diferencia estadísticamente significativa entre géneros de los adultos mayores. Además se comprobó que la diferencia en puntajes de autoconcepto entre hombres y mujeres es poca, colocando a los hombres en un rango bueno mientras las mujeres se encuentran en un rango regular. La autora concluyó con que si existe una diferencia según el género en cuanto al autoconcepto, para lo que recomienda que se apoyen las campañas que van dirigidas en promover la atención,

protección y derechos del adulto mayor para así dar a conocer una imagen y visión positiva del envejecer.

En relación al género, los resultados obtenidos son bastante equilibrados, mostrando a los hombre con una media de 32.83 y las mujeres 33.08, esto manifiesta que ambos géneros tienen una percepción de aceptación hacia muerte como un hecho natural de su propia vida, dejando de lado la idea o creencia que existe uno de los dos géneros con mayor aceptación de este proceso. Contrario a este resultado están los obtenidos en el estudio de Pezzarossi (2014), quien en su investigación “la percepción que tienen ante la viudez, los adultos mayores viudos de nivel socioeconómico medio”. Evidenció que si existen diferencias significativas en relación al sexo de los sujetos, pues las mujeres de la tercera edad perciben la viudez con mejor actitud que los hombres entrevistados. En base a los resultados el autor concluye diciendo que es importante que se mantengan las relaciones familiares en la población del adulto mayor, así como también integrarlos a grupos sociales donde puedan comunicarse, convivir con personas afines a ellos y que puedan ocupar su tiempo en actividades que consideren satisfactorias.

Por otro lado existe también la idea que la percepción de la propia muerte puede variar según la creencia religiosa, presentándose en este estudio el siguiente resultado con una media de 45.98 de aceptación para la religión católica y un 43.75 religión evangélica, mostrando que en realidad no existe una diferencia estadísticamente significativa entre dichas creencias. Relacionado a estos resultados está el estudio realizado en México, por Pérez y Velasco (2011), dirigieron su investigación a la actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM, de religión católica. Los resultados de la

investigación determinan que sin bien tienen una aceptación al proceso de morir, recomiendan promover el trato humano y digno al adulto mayor hasta sus últimos días, para favorecer que éste reciba la muerte con una mayor aceptación.

Esto indica que la percepción en la aceptación de la muerte es indiferente a la creencia religiosa, más bien influye la calidad de vida y el trato humano con el que son atendidos, es por eso que antes de formular un juicio respecto al tema, es importante y necesario tomar en cuenta y reconocer aspectos como lo social, psicológico, cultural y económico en relación al entorno del adulto mayor, pues todo esto influye directamente en la actitud que este pueda tener hacia la muerte.

En relación a lo anterior Posada y Herazo (2009), al realizar su investigación para determinar las actitudes que el adulto mayor tiene hacia la muerte, obtuvieron como resultado que el miedo a la muerte surge como consecuencia de la falta de significado de la propia vida y de la propia muerte, lo que quiere decir que siempre se está cuestionando acerca de lo angustiante que pueden ser las pérdidas de sus seres queridos y de duelos no resueltos en su debido tiempo. Estos resultados traen como conclusión que se puede observar que las condiciones de género, condición socioeconómica y nivel educativo alcanzado por el adulto mayor, tienen una mínima influencia sobre la actitud que estas personas tomen ante la muerte.

Tomando en cuenta los resultados de este estudio y los resultados de las otras investigaciones también mencionadas, se puede asumir entonces que la percepción que el adulto mayor pueda tener de su propia muerte, no depende tanto de la religión que profese,

el género, nivel académico o socioeconómico, sino va depender en gran medida de la calidad de vida y el trato humano que el paciente reciba tanto de sus familiares como de sus cuidadores, brindándoles una vida plena que los prepara dignamente para el proceso de muerte.

La fase terminal de la vejez y la muerte siempre han sido temas complejos esto debido a que existe poca información revelada sobre ellos, si bien se conoce que es parte del proceso de la vida aún existe resistencia para darle este significado. De la misma manera es delicado de abordar este tema en la población geriátrica aunque se ha visto actualmente mayor aceptación de este tema por parte de ellos.

Se observó en el proceso de investigación que; la vejez es una etapa donde se da un nuevo sentido a las experiencias ya vividas, es una fase donde se recapitula lo aprendido para entender al presente. La salud psicológica o no del adulto mayor va depender de la forma como se lleve a cabo esta perspectiva.

Tomando en cuenta los antecedente hallados en otras investigaciones, las ideas encontradas en el marco teórico y la información obtenida de este estudio realizado con los pacientes geriátricos; se ha encontrado que hay un nivel elevado de aceptación y acercamiento hacia la muerte, esto nos dice que la idea que se maneja comúnmente acerca del tema puede variar ligeramente respecto al género y religión. Sabiendo que se vive en un país considerablemente violento, la idea de una muerte natural podría verse como un privilegio.

Fue bastante común encontrar en las entrevistas realizadas a los pacientes, sus quejas por el abandono de sus seres más cercanos, ausencia de comunicación, y visita esporádica, haciéndolos sentir descuidados por sus familiares en cuanto a su salud física y emocional, esto hace que se sientan excluidos y marginados respecto del núcleo familiar. La familia en este caso no toma conciencia del momento que vive el adulto mayor dejando de lado una parte esencial y vital para el ser humano en la etapa final de su existencia, siendo esta el acompañamiento, cuidados y amor de su círculo familiar.

VI. CONCLUSIONES

Luego de la realización de este proceso investigativo se ha llegado a varias conclusiones:

- Respecto a la aceptación de acercamiento de su propia muerte los hombres obtuvieron una puntuación media de 34 mientras que las mujeres presentaron una media de 34.7 dando cuenta de que en realidad no existe diferencia significativa entre un género y otro respecto a esta dimensión, lo que da cuenta de su religiosidad, la cual les brinda una tranquilidad en esta etapa esperando encontrar una vida plena después de la muerte.
- En relación al miedo a la muerte; los hombres obtuvieron una media de 30.57 y las mujeres 31.28 indicando que no existe una diferencia estadísticamente significativa, mostrando así que ambos géneros presentan una aceptación a su propia muerte, estando consientes que es un proceso inevitable, dejando de lado el miedo ante este hecho lo que les genera menos angustia al partir a un mundo desconocido.
- La evitación de la muerte; es un factor que todo ser humano manifiesta en algún momento, en el caso particular de los sujetos de la investigación; los hombres presentaron una media de 33 y las mujeres 32.6 indicando nuevamente una leve diferencia entre ambos géneros respecto a esta dimensión y dando cuenta que, en ocasiones evitan el pensar en el proceso

de su propia muerte como una manera de evitar la angustia que en algún momento esto les pueda causar.

- En la aceptación de escape se ve representada la falta de habilidades de afrontamiento de la propia muerte. Los resultados de este estudio en relación a esta dimensión muestran una media en hombres de 33.6 y en mujeres 34.8 manteniendo la igualdad de resultados entre ambos, dando a conocer que; poseen fortaleza para afrontar el proceso de morir, esto tiene estrecha relación con la situación que los pacientes viven día con día pues la muerte es un hecho cotidiano dentro del hogar.
- En la aceptación neutral se encuentra el miedo que genera la muerte al saber que se partirá a un lugar desconocido, al mismo tiempo está la aceptación al saber que es un hecho inevitable al que todos ser humano tiene que llegar. En relación a esto se obtuvo una media de 33 en hombre y en mujeres 32, lo que representa que existe igualdad de los resultados en ambos géneros indicando que tanto hombres como mujeres presentan cierto temor al morir aunque al mismo tiempo consideran que tienen que pasar por ese proceso. Esta manera de pensar y percibir este paso innegable los prepara para tener una muerte digna.

VII. RECOMENDACIONES

Concluido el estudio y valorando la situación y necesidades emocionales por la que atraviesa el paciente geriátrico que se encuentra institucionalizado se hacen las siguientes recomendaciones:

- Tomando en cuenta que los pacientes se encuentran institucionalizados se recomienda a la institución que, en esta etapa se apoye al paciente geriátrico con espacios y tiempos de alegría y recreación, pues ellos manifiestan sentirse inútiles, de manera que estas actividades puedan generarles satisfacción para lograr una autovaloración en ellos.
- Se considera vital fomentar el compromiso de atención en las personas que tiene a su cargo a los pacientes, tomando en cuenta que los cuidados y servicios a esta población por su condición requiere de personas con verdadero sentido de servicio hacia su labor, para que los acompañen y cuiden durante todo el proceso; personas que acepten incondicionalmente al anciano que tienen bajo su custodia. De la misma manera, los cuidadores deben saber empatizar con la situación que esta población vive en el día a día y a reconocer el potencial que se esconde en ella, puesto que siempre existirá una posibilidad de crecimiento a nivel inter-intra-transpersonal, de la cual se beneficiará tanto el paciente como la persona que lo asiste.
- Indiscutiblemente el adulto mayor es un ser que necesita el soporte emocional de sus familiares, jugando estos un papel fundamental en esta etapa, pues ellos

necesitan de su comprensión y compañía, ya que se encuentran en una institución ajena a su entorno la mayor parte del tiempo.

- El adulto mayor respecto a su espiritualidad, cuenta con una serie de experiencias a lo largo de su vida que deben ser contempladas para poder abordar las crisis por las que pasa en esta etapa final. Es por eso que el cuidado que se les brinde debe contener apoyos espirituales indistintamente de la religión, debido a las diferentes creencias que puedan tener los pacientes. Si se pone en práctica lo anterior, se estará ofreciendo una gran ayuda para que el anciano recupere su esperanza y sentido de vida.
- Por otra parte es un deber moral y social el proporcionarle al adulto mayor condiciones funcionales y sociales que le garanticen una calidad de vida, sintiéndose útil y satisfecho con su existencia, es importante para que de esta manera se permita entender culturalmente que la verdadera juventud es en realidad más un estado de espíritu que un atributo físico o cronológico, de allí se deriva la importancia de brindar un poco de tiempo hacia esta población para darles un soporte emocional y contribuir a que puedan encontrar un sentido a su vida.
- Considerando el hecho de pertenecer a un centro geriátrico alejados de sus familiares o círculo social, y para lograr una atención integral hacia el adulto mayor deben desarrollarse programas diseñados para el abordaje de aspectos críticos como el tema de su propia muerte, aceptación y acompañamiento de este ciclo final de la vida.

- Por último se recomienda a otros profesionales de la salud y entidades que actualmente trabajan en centros geriátricos que creen estrategias de prevención y promoción de la salud, así como asesoramiento individual y a nivel grupal, para de esta forma lograr un clima de comprensión y aceptación de la etapa final de la vida.

VIII. REFERENCIAS

- Álvarez, A. (1999). *Adulto Mayor y Depresión. Criterios a través de grupos focales*.
Revista Archivo Médico de Camagüey. Hospital Psiquiátrico Provincial.
México. Recuperado de:
<http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/3684/1952>
- Bailey, A. (1989). *Una gran aventura: La muerte*. España: Sirio.
- Beers H, y Mark MD. (2002). *Manual Merck de Geriatria*. 2da. edición. Madrid.
- Cárdenas, C. y Román, N. (2005). *La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar*. Revista Cubana de Medicina General Integral. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba.
- Donis J. y Monterroso K. (2007) *Consecuencias psicológicas del cambio de vida productiva en el adulto mayor* (tesis inédita de licenciatura). Universidad San Carlos de Guatemala. Campus Central. Recuperado de
http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2432.pdf.
- Echeverri V. y Herazo M. (2009). *Actitudes hacia la muerte en una muestra de adultos mayores entre 60 a 75 años en fase terminal en diferentes centros geriátricos de la ciudad de Medellín* (Tesis de Licenciatura). Recuperada de http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/jspui/bitstream/10819/245/1/Actitudes_Muerte_Muestra_Posada_2009.pdf.
- Fernández., B, Rocío; Moya Fresneda, Rosa et al. (1999). *Qué es la Psicología de la Vejez*. 1ra. edición. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid, España.
- Fishbein., M. (1994) “*Applying the Theory of Reasoned Action to AIDS Research: A Meta-Analysis*”. Conferencia en el XXIII Congreso Mundial de Psicología Aplicada. Madrid, 22 de Julio.

- Fonnegra., J, y Isa. (1999). *De cara a la muerte: Cómo afrontar el dolor, las penas y la muerte para vivir plenamente*. Intermedio Editores. Círculo de Lectores. Bogotá.
- Galimberti, U. (2007). *Diccionario de psicología*. México: Siglo XXI.
- García, C. (1997). *Educación de Adultos*. Editorial Ariel. Barcelona, España.
- Goldstein, B. (2005). *Sensación y percepción* (6ta. ed.). México: Thomson.
- Gómez, M. (2006). *El hombre y el médico ante la muerte*. España: Arán Ediciones.
- Hernández, E. (2004). *Causas de depresión de los adultos mayores internados en el hogar Mi Hermano de Esquipulas, Guatemala*. Tesis inédita, Universidad Mariano Gálvez. Guatemala.
- Hernández, J. (2010). *La experiencia trágica de la muerte*. España: Universidad de Murcia.
- Hernández, S. Fernández, C. Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta. ed.). México: McGraw-Hill.
- Kübler, E. (2010). *Sobre la muerte y los moribundos: alivio del sufrimiento psicológico*. España: Liberduplex, SLU.
- Lara, K. P., Ruiz, N. V. y Balcázar, P. (2009). Ansiedad ante la muerte en adultos de población general y personal que trabaja en el sector salud. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/rubrique.php3?id_rubrique=8
- Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. México: Thomson.
- Lemme, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México: El Manual Moderno.

- Leitón, Z. y Ordóñez, Y. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor*. Perú: MIMDES.
- Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara: experiencia del morir y educación para la despedida*. España: Herder.
- Martínez, L., Villareal, E. y Camacho, N. (2008). *Percepción del adulto mayor acerca del proceso de muerte*. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim081g.pdf>.
- Martínez, L., Villarreal-Ríos, E. y Camacho-Calderón, N. (2008). *Percepción del Adulto mayor acerca del proceso de muerte*. Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social, 16 (1), 31-36.
- Morales, D., y Martínez, F. (2006). *La depresión y sus consecuencias en pacientes mayores de 65 años, de ambos sexos, recluidos en casa geriátrica María de Antigua Guatemala*. Tesis inédita, Universidad de San Carlos, Guatemala.
- Morín, E. (1994). *El hombre y la muerte*. España: Kairós.
- Morris, C., y Maisto, A. (2001). *Introducción a la Psicología*. (10ma ed.). Madrid: Mc Graw – Hill.
- Moya, F. (2007). *Ansiedad ante la muerte en el sujeto anciano*. Tesis de Doctorado inédita, Universidad Católica de Murcia. España. Recuperado de: <http://repositorio.ucam.edu/jspui/bitstream/10952/65/1/TESIS.pdf>
- Nelson, C. (1993). *Desarrollo Personal*. Segunda edición, Pág. 183.
- Papalia, D. y Olds, S. (1997). *Desarrollo Humano*. McGraw-Hill. México.
- Papalia, D., Olds, S. y Feldman, R. (2005). *Desarrollo humano*. McGraw-Hill. México.

- Paz, S. (2007). *Fortalecimiento de la salud mental del adulto mayor institucionalizado a través de la terapia de grupo Gestalt*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad San Carlos. Guatemala. Recuperado de: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_2462.pdf
- Pérez, R. y Velasco, J. (2011). *Actitud ante la muerte en ancianos que se encuentran en asilos del INAPAM*. Tesis de diplomado inédita, Asociación Mexicana de educación continua y a distancia, A.C. México, D.F.
- Pezzarossi, J. (2014). *Percepción de la propia viudez de adultos mayores de nivel socioeconómico medio*. Tesis de licenciatura inédita. Universidad Rafael Landívar. Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Pezzarossi-Juan.pdf>
- Posada, V. y Herazo, M. (2009). *Actitudes hacia la muerte en una muestra de adultos mayores entre 60 a 75 años en fase terminal en diferentes centros geriátricos de la ciudad de Medellín*. Tesis de licenciatura inédita, Universidad de San Buenaventura Facultad de Psicología, Medellín.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Salvarezza., L. (1995) *El Fantasma de la Vejez*. Bs. As.: Tekné.
- Sánchez, P. (2008). *Psicología clínica*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez, P. (2009). *Viudedad y Vejez* (10ª.ed.). Valencia: Culturals Valencianes, S.A.
- Santos, A. (2014). *Percepción de la muerte en adultos que cuidan a su progenitor*. Tesis de Licenciatura inédita, Universidad Rafael Landívar, Guatemala. Recuperado de: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Santos-Aura.pdf>

Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: El Manual Moderno.

Staab, A. (1998). *Enfermería gerontológica: adaptación al proceso de envejecimiento*.
México: MacGraw-Hill.

Zarebski., G. (2003). *Hacia un buen envejecer*. Ed. Universidad Maimónides. Argentina.

ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento le informa sobre un estudio de investigación que será realizado por una estudiante de último año de Psicología Clínica, en el que se requiere su valiosa colaboración.

1. Información General:

El estudio será realizado por la estudiante Rosario Elizabeth Velásquez Crespo, alumna del último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica de la Facultad de Humanidades de la Universidad Rafael Landívar, sede regional La Antigua Guatemala.

El mismo requiere la aplicación de un instrumento para evaluar Las actitudes que el paciente geriátrico institucionalizado tiene hacia la muerte del Hogar Casa María, San Felipe de Jesús de La Antigua Guatemala, habiendo sido aprobado por las autoridades correspondientes.

2. Uso y Confidencialidad de los Datos:

Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con propósitos de investigación académica y presentados en la tesis por medio de gráficas estadísticas, mientras los datos personales serán confidenciales y empleados exclusivamente para devolver un informe cualitativo a cada participante en el estudio.

3. Declaración de Consentimiento:

Yo, _____, paciente interno del Hogar Casa María, San Felipe de Jesús, identificado con el registro No. _____, he leído y comprendido el presente documento.

Por tal razón, CONSIENTO en participar en el referido estudio y que los resultados y datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos propuestos por el mismo.

La Antigua Guatemala, _____ de _____ de 2014.

Firma del estudiante que realiza
la investigación

Firma de la persona que participa
en la investigación

ANEXO 2

FICHA TECNICA

Nombre: Perfil revisado de actitudes hacia la muerte.

Autores: Wong, Reker y Gesser.

Año: 1988.

Administración: individual y colectiva.

Duración: 25 a 30 minutos.

Aplicación: a partir de los 60 años.

Significación: este test nos permite tener la apreciación de las siguientes áreas.

- El miedo a la muerte
- La evitación ante la muerte
- La aceptación neutral
- La aceptación de acercamiento
- La aceptación de escape

Forma de aplicación: su aplicación es a personas que tengan la capacidad de responder a los ítems, mientras no presenten un deterioro cognitivo, que pueda sesgar los resultados.

No. De ítems: 32

Materiales: papel y lápiz.

ANEXO 3

REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE (WONG, REKER, GESSER, 1988)

NOMBRE: _____ ALBERGUE: _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ EDO. CIVIL: _____ RELIGIÓN _____

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada afirmación cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo.

Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades

TA= totalmente de acuerdo A= bastante de acuerdo MA= algo de acuerdo I= indeciso

MD= algo en desacuerdo D= bastante en desacuerdo TD= totalmente en desacuerdo

Si estas indeciso pon un círculo en **I**, sin embargo, intenta usar la categoría de indeciso lo menos posible.

Es importante que leas y contestes todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1-La muerte es, sin duda, una experiencia horrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
2-La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
3-Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
4-Creo que iré al cielo cuando muera.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
5-La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
6-La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
7-Me trastorna la finalidad de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
8-La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
9-La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
10-Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
11-La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
12-Siempre intento no pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
13-Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
14-La muerte es un aspecto natural de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
15-La muerte es la unión con Dios y la gloria eterna.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
16-La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
17-No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
18-Tengo un miedo intenso a la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
19-Evito totalmente pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
20-El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
21-Me asusta el hecho de que la muerte signifique el final de todo tal como lo conozco.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
22-Tengo ganas de reunirme con mis seres queridos después de morir.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
23-Veo la muerte como un alivio de sufrimiento terrenal.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
24-La muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
25-Veo la muerte como el pasaje a un lugar eterno y bendito.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
26-Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
27-La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
28-Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
29-Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
30-La muerte no es buena ni mala.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
31-Me ilusiona pensar en una vida después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
32-Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

ANEXO 4



**Universidad
Rafael Landívar**
Tradición Jesuita en Guatemala

Sede Regional de La Antigua Guatemala
Pasaje Rubio No. 1 Carretera a San Bartolomé Becerra
Antigua Guatemala, Sacatepéquez
PBX 7931-4300

Antigua Guatemala 5 de octubre del 2014

Sra. Ana Lidia Alvarado.
Asociación Casa Geriátrica María, Antigua.
Presente.

Respetable Señora

Reciba un cordial saludo de parte de la Universidad Rafael Landívar, Sede Regional de Antigua, deseando que sus actividades se lleve a cabo con éxito.

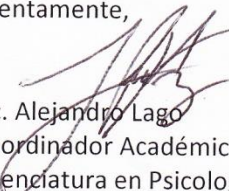
Nos dirigimos a usted con el objeto de manifestarle que al finalizar la carrera de Licenciatura en Psicología, el estudiante elabora el proyecto de Tesis durante el primer semestre, y en el segundo semestre aplican los cuestionarios, entrevistas o test.

Por ello solicitamos su AUTORIZACIÓN para que la alumna o el alumno ROSARIO EL ZABETH VELÁSQUEZ CRESPO que se identifica con el carné 20718-08 lleve a cabo el trabajo de investigación con el título ACTITUD HACIA LA MUERTE EN PACIENTE GERIATRICO INSTITUCIONALIZADO pueda realizar la misma en sus instalaciones.

El trabajo consistirá en aplicarles un test, a un número seleccionado de pacientes geriátricos que se encuentra dentro de su institución, con el que se obtendrán datos de suma importancia para la investigación, siendo estos totalmente confidenciales ya que no se mencionan los datos personales de las personas evaluadas. Para lo cual se realizarán dos visitas, siendo estos los días domingo 5 y 12 del mes de octubre del presente año, en horario de 10:00am a 12:00pm

Conociendo su espíritu de servicio y el apoyo que ustedes brindan a la educación, agradecemos la atención a la presente y nos suscribimos.

Atentamente,


Lic. Alejandro Lago
Coordinador Académico
Licenciatura en Psicología Clínica


**Universidad
Rafael Landívar**
Tradición Jesuita en Guatemala
Coordinación Académica
**Departamento de
Psicología Clínica**
Facultad de Humanidades
Sede Regional de La Antigua


Dr. Jorge Mario Carranza
Coordinador Sectorial Académico



