



ASOCIACIÓN MEXICANA DE TANATOLOGÍA A.C.

**PERCEPCIÓN DE LA MUERTE
EN EL ADULTO MAYOR EN
GRUPO DE AYUDA MUTUA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

TANATOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE LOLITA BECERRIL LARA



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A.C.

México, D.F. a 21 de mayo de 2014

Dr. Felipe Martínez Arronte
Presidente de la Asociación
Mexicana de Tanatología, A.C.
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presenta:

María Guadalupe Lolita Becerril Lara

Integrante de la Generación 2013-2014
El nombre de la Tesina es:

**PERCEPCIÓN DE LA MUERTE EN EL ADULTO MAYOR EN AYUDA
MUTUA**

Atentamente

Mtro. en D.H. Oscar Tovar Z.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. PLANTEAMIENTO	6
1.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.2 JUSTIFICACIÓN	7
2. HIPÓTESIS	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS	9
3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	9
3.2 VARIABLE DE ESTUDIO	9
4. DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS	11
4.1 DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN	11
4.2 DEFINICIÓN DE MUERTE	12
4.3 LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD	13
4.4 ENVEJECIMIENTO	14
4.5 PERSONALIDAD	19
4.6 REACCIÓN PSICOLÓGICA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	21
4.7 SEXUALIDAD	23
4.8 MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ	24
4.9 ANTECEDENTES DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA	25
5. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN, CUESTIONARIO	28
6. RESULTADOS	31
7. GRAFICAS	34
8. CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	64

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento no comienza a los 60 años de edad aunque por acuerdo internacional la Organización de las Naciones Unidas en 1979 estableció que los países desarrollados se les considera como ancianos a los mayores de 65 años y en los países en desarrollo, como es el caso de México, a partir de los 60 años, sin embargo no debemos olvidar que en términos generales el envejecimiento biológico se inicia a partir de la cuarta década de la vida. Aunque dicho proceso es individualizado y es consecuencia de la herencia, el ambiente, el estilo de vida, los factores sociales y culturales.¹

La vejez es un estado caracterizado por la pérdida de capacidades de la persona para adaptarse a los factores que influyen en ellos.

El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y de cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Esos cambios son: bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales psicológicos y funcionales.

En los últimos 100 años la ancianidad se ha convertido en un problema social importante, ya que actualmente alcanzan una edad mas avanzada y por su número cada día mayor representan también un problema económico al no ser ya productivos.

Los ancianos no han creado el problema de la ancianidad, son parte de él. Asumir este hecho y poner las medidas para que los individuos consigan vivir una vida plena y satisfactoria a cualquier edad es tarea de todas las personas integrantes de un grupo determinado.

La mayoría de las personas ancianas han adquirido una madurez emocional a partir de sus experiencias vitales, lo que les permite responder a situaciones de pérdidas afectivas, sin

¹ Rev. Gerontología comunitaria, Edit. Sociedad Española, pp. 4,5,34,35

embargo, su estado de salud física y mental así como la calidez y honestidad del medio en que viven influirá en la expresión de su emotividad así como su percepción de la muerte. ²

² Rev. Gerusia, Vol. 6, 1998 pp.19,21,22

1. PLANTEAMIENTO

Al trabajar con el grupo de ayuda mutua del Centro de Salud T 1 “Santo Domingo Oriente”, se observan diferentes reacciones en los adultos mayores que los integran, al hablar sobre el tema de la muerte. Las más comunes son: negación tristeza, aceptación agresión y algunos lo ven como una solución a sus problemas.

Lo anterior me lleva a plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la percepción de la muerte que tiene el adulto mayor que asiste al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 “Santo Domingo Oriente”, en Coyoacán D.F.?

1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar la percepción de la muerte en el adulto mayor que asiste al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de salud T1 Santo Domingo Oriente, en Coyoacán.

Objetivo Específico:

Promover en el adulto mayor que asiste al Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, la expresión de sus sentimientos y temores a través del dialogo y la atención personalizada.

Favorecer en los adultos mayores que asisten a los Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, una autoevaluación de su vida para mejorar su actitud hacia ella.

Brindar apoyo tanatológico al adulto mayor que asiste al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, para superar sus pérdidas.

1.2. JUSTIFICACIÓN

En nuestra cultura no estamos acostumbrados a hablar acerca de la muerte como un proceso natural.

Para la gente la edad avanzada, la muerte es una realidad cotidiana, con la cual se tropiezan constantemente a causa de la pérdida de parientes y amigos, si bien las personas ancianas piensan en la muerte con mayor frecuencia, su nivel de angustia a este respecto es semejante el adulto joven. Muchas personas de edad avanzada pueden referirse al acto de morir con bastante tranquilidad.

Aprender a morir comprende el ser congruentes con nuestra naturaleza y con la realidad. Ello se logra mediante el reconocimiento de que somos seres humanos y que somos mortales, por lo tanto la muerte es un evento cotidiano, individual y que todos vamos a experimentar.

Debido a lo anterior, la idea de la muerte en el adulto mayor no es claramente identificada y por ello esta investigación pretende conocer la percepción de muerte en el adulto mayor, así como establecer una propuesta de atención tanatológica para los adultos mayores que integran el Grupo de Ayuda Mutua del centro de salud T1 Santo Domingo Oriente, Coyoacán.

2. HIPÓTESIS

Hipótesis del trabajo

Los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua que asisten al Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente perciben la muerte con temor, angustia y evaden el tema.

Hipótesis nula

Los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua que asiste al Centro de salud T1 Santo Domingo Oriente no perciben la muerte con temor y angustia y no evaden el tema.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Para llevar a cabo esta investigación se realizará un estudio con enfoques mixto, se entrevistara a 30 adultos mayores, de 60 años en adelante, los cuales son integrantes del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente de la Secretaria de Salud del Distrito Federal, del 14 al 26 de enero de 2014.

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio de la percepción de la muerte del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente es prospectivo porque toda la información recogerá de acuerdo a los criterios del investigador y para fines específicos de la investigación, es transversal de acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado se medirá una sola vez las variables, es descriptivo porque se cuenta solo con una población (Grupo de Ayuda Mutua, Adultos Mayores) y es observacional porque solo se pretende describir el fenómeno.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Unidad de observación.

Adultos mayores de 60 años que asisten al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente.

3.2 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de investigación son obtenidas por la fuente directa de la encuesta realizada a los adultos mayores integrantes del Grupo de Ayuda Mutua.

- Edad (años cumplidos del adulto mayor)
- Sexo
- Religión

- Escolaridad
- Jubilado, Pensionado, trabajador
- Cuál fue su trabajo
- Percepción de la muerte (que sentimientos le provoca el hablar de la muerte y su primera experiencia con la muerte de algún ser querido, agrado disposición o confianza para hablar sobre la muerte, actitud sobre la muerte, enfrentamiento con la muerte).
- Relación Familiar (con quien vive, como se siente viviendo con quien vive)
- Situación Económica (ingresos)
- Estado de salud actual (que enfermedades tiene, donde se atiende)
- Actividades que realiza.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, mayores de 60 años, ambos sexos, que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Adultos mayores que no son integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua y adultos menores de 60 años.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Integrantes de los Grupos de Ayuda Mutua que no proporcionen la información completa.

4 DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS

4.1 DEFINICIÓN DE PERCEPCIÓN

Es la acción y efecto de percibir, aprehensión de la realidad por medio de los datos recibidos por los sentidos, idea acto del entendimiento.

Fil. Casi todos los filósofos modernos que fueron sin duda quienes más se ocuparon de éste término coincidieron en situar la percepción entre las sensaciones y el pensamiento. Surgen sustanciales diferencias, sin embargo, al considerar la percepción con los dos conceptos colindantes, ésta en efecto, puede entenderse como ligada directamente a la sensación, (realismo) o como proceso intelectual (idealismo). También puede considerarse inmediata (realismo) o mediante (idealismo y fenomenología).³

Captación de impresiones recibidas por los sentidos en los centros nerviosos, es una captación directa y sensible de un objeto real o sea la conciencia de la presencia de un objeto, la psicología consideraba la percepción como una suma de sensaciones. Es un fenómeno complejo en cuya captación interviene de alguna manera. Psiquismo entero imprimiendo a la relación de la conciencia con su objeto.⁴

El autor del libro introducción a la psicología, J. O. Whittaker menciona:

“La percepción es un proceso continuo que comprende tanto nuestros hábitos, necesidades, imagen de nosotros mismos, propósito y valores como la imagen del objeto percibido. En resumen: la gente tiene maneras diferentes de percibir. El campo visual tiene límites pero el mundo perceptual no los tiene.

En el libro Procesos Psicológicos Básicos de Madigan se escribió:

“La experiencia. El mundo que cada uno de nosotros conoce está creado en gran parte a partir de nuestra experiencia en la manipulación del medio. Realidad y percepción no

³ Diccionario Enciclopédico Interactivo Océano p. 70

⁴ Diccionario enciclopédico Quillet Tomo VII p. 35

coinciden, sino que, antes bien, aquello que percibimos como realidad, es de hecho, una mezcla sutil del mundo externo, y de muchas lecciones de nuestra experiencia”.

4.2 DEFINICIÓN DE MUERTE

La **muerte** puede referirse a un estado o a un evento. La muerte como estado es el opuesto a la vida; la muerte como evento es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida de un organismo vivo, mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento. Sinónimos de muerte son **occiso y cadáver**.

Biológicamente la muerte puede ocurrir a *un todo*, a *parte de un todo* o a *ambos*. Por ejemplo, es posible para una célula individual e incluso para un órgano el morir, y aún así el organismo como un todo puede continuar viviendo. Las células de un organismo por lo usual viven por un tiempo corto, por lo que mueren y son reemplazadas por otras nuevas continuamente.⁵

En la tesina “La aceptación que tienen los pacientes de la 3ª edad para dialogar sobre la muerte” (p. 15) de Ma. Del Rosario Herrera Becerril encontramos que:

El concepto de muerte está predeterminado y cada vez que se hable de ella, hay que establecer si se está tratando de comunicar que se desea se comprenda.

En el sentido biológico estricto, es el cese de las funciones vitales del cuerpo humano.

La muerte puede ser vista como la muerte psíquica, social y espiritual.

El hombre es holístico (interactúa entre él y su medio ambiente).

También en su libro aprender a morir (pp. 66 y 67), el Dr. Federico Rebolledo Mota dice:

“El morir, es una función de nuestro organismo, un acto fisiológico, resultado de un mandato genético ordenado por la vida”.

⁵ www.wikipedia.org/wiki,

Nacer es comenzar a morir, dicen románticamente algunos. Cuando se te acaba el interés por la vida dicen otros. Cuando dejas de importarle a los demás, coinciden los demás si bien cualquiera o todas en conjunto, en tanto ausencia, pueden tomarse como ciertas, lo que habremos de reconocer es el proceso integral de la existencia dentro del contexto de la vida biológica, para poder saber, cuándo, cómo y dónde, empezamos a morir y cuándo es que realmente estamos muertos.

4.3 LA MUERTE EN NUESTRA SOCIEDAD

Los enfoques de la vida y la muerte se encuentran muy influidos por las creencias religiosas y la cultura. La integración de la idea de la muerte en el pensamiento de los hombres les permite organizar su existencia a partir de propuestas más conscientes, más meditadas. La muerte forma parte de la vida y, sin embargo, nunca se está preparado para ella, ni el interesado ni los familiares. Se dice que la mejor forma de prepararse es apreciando la vida, pero la muerte siempre irrumpe por sorpresa.

La muerte provoca estupor, incredulidad. Existe una ilusión por la inmortalidad que se muestra en la persistencia de estilos destructivos o de ignorar las pautas de vida saludables. El saber de la muerte en el hombre siempre resulta exterior, aprendido y por eso nunca se está preparado. Se piensa en ello sólo en estados avanzados, cuando las medidas a aplicar serían útiles únicamente si se realizaran en una etapa precoz. Se debate a menudo acerca de una supuesta muerte digna. Cabría afirmar que no existen muertes dignas o indignas pues todas son las dos cosas. La creencia en una muerte digna consiste en un intento de la sociedad de enfrentarse a una realidad dura y dolorosa. Supone la culminación de una serie de procesos, que por su propia naturaleza, llevan a la destrucción y desintegración del ser que muere y a veces, no resulta fácil la dignidad cuando el cuerpo falla. De ahí la necesidad de desmitificar la muerte y aceptarla con su componente de deterioro físico.

Se vive como si no se produjese; existe negación del proceso como si no se fuese a tocar. Se trata de aislarla con funerarias y hospitales modernos. Antes cuando la gente moría en su casa, se integraba en la vida. Cuando muere un ser querido también lo hace algo propio esencial para nosotros, por eso, la expectativa de su muerte o la propia, resulta insoportable;

la idea del fin, a pesar de formar parte de la vida, se mantiene apartada y siempre toma por sorpresa.

Las diferencias culturales repercuten en el enfoque que se hace de la muerte. Las personas sencillas, menos sofisticadas, presentan menos problemas y les resulta fácil hablar de ello. La cultura que ensalza la juventud no quiere saber de la muerte. En la medicina moderna, se ve la defunción como la gran enemiga; se ocupa de la curación del cuerpo y de la prolongación de la vida, y capitula ante un fallecimiento.

Un óbito produce demasiadas emociones: ira, tristeza, piedad, desesperación, resignación, desafío, resentimiento y uno de los más frecuentes, temor; produce temor porque se asocia a dolor separación, soledad, castigo destrucción o caos.

Cuando se puede garantizar un buen cuidado el hogar constituye el mejor entorno, con el enfermo rodeado de familiares, afectos paz y dignidad. Dejando hablar de la muerte al enfermo incurable, de sus temores, le damos tiempo para aclarar sus dudas y para despedirse como pedía el protagonista de *Martes con mi viejo profesor* (Albom, 2000), que agradecía tener tiempo para despedirse y poder acostumbrarse a la idea de su marcha.

En las sociedades tradicionales en que conviven tres generaciones: hijos, padres y abuelos, se está más familiarizado con la muerte y se ve con menos ansiedad que en las circunstancias actuales, individuales y cambiantes.

La mayoría de la gente desea morir en paz, durante el sueño. Parece que unos abandonan la vida fácilmente y otros llenos de tristeza y temor⁶

4.4 ENVEJECIMIENTO

Proceso dinámico, individual, gradual, natural e inevitable, en el que se dan cambios a nivel biológico, psicológico y social.

⁶ La Vejez desconocida, De la Serna Pedro Inmaculada, Edit. Díaz Santos, pp 95, 98,99,100,104,115,116

El envejecimiento es un fenómeno que afecta a todos los órganos y sistemas del individuo. No obstante, estos cambios se presentan de manera individualizada, por lo que no todos los órganos, sistemas y personas envejecen igual ni al mismo ritmo, de ahí que se señale que el envejecimiento es asincrónico (no se ajusta proporcionalmente al tiempo).

Los cambios morfológicos y funcionales normales de los órganos y sistemas que caracterizan el envejecimiento fisiológico, también denominado envejecimiento normal o saludable y el envejecimiento patológico o envejecimiento acelerado, asociado generalmente con enfermedades crónicas y un estilo de vida pro-oxidante (tabaquismo, alcoholismo, alimentación inadecuada, inactividad física, exposición a contaminantes, horas de sueño insuficientes, etc.).

Los cambios que ocurren en órganos y sistemas durante el envejecimiento son consecuencia, en cierta medida, de las modificaciones en la posición corporal que caracterizan el envejecimiento biológico, de ahí la importancia de tener conocimientos básicos al respecto.

Composición corporal. El cuerpo está constituido por células que a su vez forman los tejidos, éstos conforman los órganos y finalmente un conjunto de órganos integran los aparatos y sistemas. Así mismo, el agua es otro de los componentes fundamentales del organismo, cuyas modificaciones en volumen o calidad afectan el funcionamiento del organismo.

Cambios durante el envejecimiento se presenta una disminución de hasta un 30% de la masa celular (número de células) y de hasta un 50% del agua corporal, acompañados de un aumento de la grasa corporal de hasta el 30%, propiciando una pérdida progresiva de la función global del organismo de hasta 1% promedio anual a partir de los 30 años.

La tercera década es la de máxima vitalidad (capacidad del individuo para hacer frente a los requerimientos biológicos del organismo), la cual disminuye gradualmente hasta hacerlo vulnerable para los padecimientos crónico-degenerativos.

Manifestaciones. Los músculos disminuyen de tamaño, el funcionamiento de los órganos en general se reducen proporcionalmente comparado con el de los adultos, la piel es seca y menos turgente por la deshidratación y la producción de saliva es menor. De los 60 a 70

años en general se observa un incremento de la grasa corporal, para disminuir gradualmente a partir de los 70 años, de ahí que después de los 80 años es más común observar ancianos con peso normal o bajo.

Cuidados. Estos cambios pueden ser modificados o compensados con ejercicio físico periódico y una alimentación restringida en grasas, rica en antioxidantes y fibra, además de la ingesta de agua.

Los órganos, sistemas y funciones que presentan más cambios durante el envejecimiento son los siguientes:

- Boca y dientes
- Sistema digestivo
- Sistema cardiovascular
- Sistema respiratorio
- Sistema nervioso
- Sistema renal
- Sistema genitourinario
- Sistema músculo esquelético
- Sistema endocrino
- Sistema inmunológico
- Piel y tegumentos
- Audición y equilibrio
- Olfato, gusto y fonación

Alteraciones en la Funciones Cognitivas

En las personas mayores, produce un enlentecimiento general de las funciones cognoscitivas, pero la afectación difiere según las tareas analizadas.

Inteligencia

La inteligencia se puede definir como la facultad que permite resolver problemas prácticos de manera flexible y creativa. El punto más alto de la inteligencia se alcanza en la madurez y

después declina. Cuando se diferencia entre inteligencia cristalizada (más permanente y estable) e inteligencia fluida (relacionada con el manejo de la información y la identificación de las relaciones entre modelos y objetos) se detecta que ésta última es la más afectada por la edad. Los procesos mentales se lentifican con los años y la agilidad intelectual se reduce.

Memoria y Aprendizaje

La memoria es un proceso complejo en el que intervienen diferentes estructuras, circuitos y transmisores del sistema nervioso central, lo que la hace especialmente vulnerable al paso de los años. Resulta difícil diferenciar entre una pérdida de memoria propia de la edad y el límite patológico excepto en los casos muy manifiestos. A partir de los 50 años se produce un declinar que no es homogéneo en todas las áreas.

La memoria sensorial permite mantener la información que llega a través de los sentidos, dura aproximadamente un segundo y no sufre mucho las consecuencias de la edad.

La memoria de trabajo (operativa) es la capacidad de retener la información al tiempo que se trabaja con ella y se ve bastante comprometida en los ancianos.

La memoria a corto plazo; en donde se mantiene la información nueva, no se ve muy perjudicada por la vejez, salvo que interfieran varios mensajes simultáneos.

En la memoria a largo plazo; se distingue la memoria remota de contenido casi estable en la edad avanzada, y la memoria reciente que si sufre el efecto del envejecimiento, reflejándose su fallo en olvidos de hechos ocurridos últimamente y de las actividades a desarrollar en el futuro. La memoria remota, aunque aparentemente bien conservada, no lo es de manera fiel, a pesar de la impresión general en contrario, distorsionándose el recuerdo por la carga afectiva del mismo.

Dentro de la memoria a largo plazo, también se puede distinguir entre la memoria procedimental (de las habilidades aprendidas, de las tareas motoras), bien conservada en los ancianos, y la declarativa; ésta última se divide en episódicas (acontecimientos específicos, experiencias personales concretas) que sí se ve afectada por la edad, y

semántica (conocimientos generales o enciclopédicos) que en general se afecta menos en la vejez.

Padecen más problemas que los jóvenes en codificar o procesar nueva información, y en el aprendizaje necesitan más tiempo para asimilar las innovaciones, pero una vez incorporadas, las mantiene bastante bien.

Los ancianos suelen mostrar una actitud más pasiva que los adultos jóvenes ante las tareas de aprendizaje, que le dificulta la retención, ya que la codificación y recuperación activa requiere desplegar evidentes esfuerzos y energías.

La información verbal se conserva bastante bien; en las tareas verbales se refleja la experiencia acumulada de las personas y el conocimiento, y en este aspecto, el declinar por la edad es pequeño o ausente. En las tareas no verbales, en las que se realizan un proceso y además se requiere incorporar información nueva, la respuesta empieza a disminuir a partir de los 50 años y claramente en la vejez.

La capacidad de comunicación por el lenguaje resulta satisfactoria a lo largo de la vida, pero la comprensión de mensajes largos y complejos y la producción y retención de nombres o términos específicos se hacen más difíciles en la edad avanzada. La capacidad verbal, información (conocimientos generales) y vocabularios (definición de palabras) no se ve muy afectada, pero recordar palabras concretas o nombres genera más problemas en los viejos que en los jóvenes. El discurso del anciano se muestra a menudo más prolijo y repetitivo que el del adulto lo que puede reflejar la disminución de la capacidad inhibitoria o problemas con la memoria a corto plazo; también a veces la reducción de oportunidades para conservar. Los problemas de comunicación pueden proceder de fallos en visión o audición.

Atención

Resulta una función cognitiva importante para otras tareas, pues a través de ellas se dirigen y orientan las energías mentales. Las atenciones permiten seleccionar entre información principal y accesoria en una situación determinada y cambiar el foco hacia otra tarea o mensajes de forma flexible.

Las personas mayores tienen buena capacidad para dirigir y mantener la atención sobre un tema aislado, lo hacen peor cuando hay que dividirla en varias tareas, cambiar rápidamente de una a otra, o filtrar información. La atención se ve afectada sobre todo si se producen varios estímulos simultáneamente; se deteriora en funciones complejas y en la organización y planificación de tareas. Parte de los déficits en el procedimiento de la información resulta de su incapacidad para inhibir lo irrelevante.

Razonamiento y Capacidades Constructivas

Los ancianos presentan mayor dificultad en las tareas de razonamiento, sobre todo si requieren análisis lógico y organizado de material abstracto. Cuando se piden soluciones problemas comunes, concretos o cotidianos, sus respuestas son excelentes.

Las funciones constructivas incluyen la capacidad para planear, ejecutar y evaluar secuencias complejas de conducta, que se ven afectadas por la edad, pero menos cuanto mayor sea el nivel de educación. Se realizan peor las tareas que requieren rapidez, que afectan a procesos preceptuales, cognitivos, así como funciones motoras.

En las personas de edad, se mantienen algunas de las funciones viso espaciales, como reconocimiento de caras y lugares familiares o la reducción e identificación de formas geométricas comunes, presentan mayor dificultad otras tareas como las topográficas de leer mapas y el reconocimiento y reproducción de figuras complejas o poco conocidas.

4.5 PERSONALIDAD

A lo largo de la vida del individuo, la personalidad refleja de manera regular y consistente su forma de comportarse, con unos rasgos que se mantienen relativamente estables y que le diferencian del resto de la gente. Estos niveles mediables de atributos duraderos o procesos dinámicos manifiestan patrones cognitivos, motivacionales o emocionales.

La personalidad y las emociones en la edad avanzada no se han estudiado tanto como las funciones cognitivas. Además las observaciones realizadas en una determinada generación pueden no ser adecuadas para ser aplicadas en la siguiente o en otro medio cultural, pues las condiciones de la vida cambian. Rasgos de personalidad atribuidas a la edad pueden ser

resultado de factores sociales, como se observa en ancianos de nuestro país que vivieron la pos guerra, achacando a edad o personalidad lo que es simple reflejo de una etapa difícil de su existencia.

Las investigaciones descriptivas sugieren que los rasgos de personalidad básicos como introversión- extroversión, asertividad y hostilidad, se forma tempranamente y se mantiene estable a lo largo de la vida. En edades avanzadas, sin embargo, se puede acentuar los rasgos previos y los ancianos llegan a convertirse en ciertas caricaturas de sí mismo. Porque para ellos el futuro resulta menos atractivo, pesan más los recuerdos que los proyectos, las relaciones se hacen más egocéntricas, la inseguridad conduce a la dependencia y a reaccionar con irritación y oposicionismo.

Los rasgos nucleares de la personalidad se estabilizan a lo largo de la edad adulta. Si existen cambios espectaculares pueden ser motivados por patologías subyacentes, pero no se debe medir las reacciones de los ancianos por los patrones de los adultos y siempre hay que valorar sus sistema de creencias, que pueden ser determinantes en el afrontamiento de una situación.

Se suele considerar que los cambios de personalidad de la edad son solo negativos y, sin embargo, no siempre es así ya que existen rasgos neuróticos que se acentúan con los años.

Los trastornos de personalidad pierden relevancia con la edad, las escalas que se aplican para su análisis tampoco son las ideales para este grupo erario. No obstante, su estudio resulta interesante, ya que actúan como factores en muchas manifestaciones de la conducta.

Bromley refiere, no existe una personalidad característica de la edad, sin que esta esté condicionada por sus rasgos previos en la vida adulta. En la ancianidad existe una gran diferencia entre unos individuos y otros, como en cualquier otra época de la vida, y hay que eludir las generalizaciones. Los ancianos no se van haciendo más semejantes por la edad, aunque algunas reacciones pueden considerarse comunes entre ellos.

Pueden acontecer cambios que terminen por desbaratar biografías que han sido armónicas y equilibradas hasta ese momento o por el contrario, redimirse al final de una vida poco ejemplar.

Se han descrito cuatro formas de adaptarse a la vejez según los rasgos de la personalidad:

1. *La personalidad integrada* se caracteriza por madurez psicológica, satisfacción vital, apertura ante nuevas experiencias y confianza en sí mismo, independientemente de que se siga trabajando o no.
2. *La personalidad a la defensiva* trata de negar su edad, a base de desarrollar una exagerada actividad.
3. *La persona dependiente y pasiva* trata de apoyarse siempre en otro.
4. *La personalidad desintegrada*, con importantes alteraciones mentales y que solo con dificultades es capaz de enfrentarse a los problemas exteriores.

En un estudio realizado en ancianos entre los 70 y 79 años, Neugarten (1971) encontraba que, de los cuatro tipos de personalidad; integrado, defensivo, pasivo-dependiente y desintegrado, la mayoría pertenecía al integrado. Llevaban una vida satisfactoria, con apertura a nuevas experiencias, buenas habilidades cognitivas y una visión de sí mismos positiva y competente. *El síndrome de Diógenes (abandono personal grave) en general solo se observa en algunas psicosis y demencias.*

4.6 REACCIONES PSICOLÓGICAS Y ESTRATÉGICAS DE AFRONTAMIENTO

Ante los conflictos, los ancianos más equilibrados reaccionan de manera firme y constructiva; otras veces acentúan su dependencia y tienden a la pasividad; o bien desarrollan actitudes neuróticas que rememoran cuadros defensivos de su juventud; o se muestran en conflicto por temor a su dependencia, descubriéndose hostiles o negativos hacia los que les rodean, y complicando la convivencia.

Cuando una persona ha tenido mucho poder y lo pierde, se adapta mal a su nueva situación. Las mujeres que han sido hermosas o dominantes, acostumbradas a ser el centro de atención, ante su pérdida de protagonismo pueden exhibir actitudes, somatizaciones o depresiones puede incrementar su dependencia y pasividad; las que solo han desarrollado

un papel de madres, cuando los hijos crecen y se ausentan del hogar, se sienten vacías de contenido y pueden tener la tentación de intervenir en exceso en la vida de los hijos, marido y mujer pueden quedarse cara a cara sin mucho que decirse y entonces aflorar conflictos ocultos. Las personas narcisistas toleran peor el proceso de envejecimiento y viven con frustración su pérdida de revelación social.

En las etapas avanzadas de la vida existen diferencias en cuanto al apego de los roles, sensación de control de las situaciones, expectativas de futuro, estrategias de afrontamiento, motivación, estilos en la consecución de los objetivos y en la expresión de emociones. La percepción de la sensación de control es un proceso cognitivo que va a repercutir mucho en el bienestar mental, físico y emocional de las personas mayores.

Folkman y ls., menciona que el afrontamiento es un modelo cognitivo que afecta a la forma de responder ante los acontecimientos estresantes y ante el medio. Dentro de las posibilidades estratégicas de afrontamiento (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de personalidades o revelación positiva), los mayores confrontan menos y utilizan más que los jóvenes la reevaluación positiva, la evitación, el distanciamiento y la aceptación de la propia responsabilidad.

Los ancianos se enfrentan al estrés de forma más emocional; las respuestas emocionales son más pasivas que confrontativas, más individuales que interpersonales, y más orientadas hacia el control de los sentimientos angustiantes que a la modificación de las situaciones estresantes. Los mayores tienden a considerar su situación menos modificable que los jóvenes, por lo que sus actitudes son más adaptativas; aceptan mejor las situaciones cuando creen que su salud depende de la acción de otros por eso se acomodan mejor a un internamiento. En cuanto a las emociones, moderación, regulación e integración de experiencias resultan superiores que en los jóvenes.

En la vejez se tiende a ser menos flexible y a utilizar mecanismos de defensa rígidos como la negación, no queriendo ver los problemas, o como la proyección, culpando a los otros de lo que les ocurre, o como la regresión adoptando actitudes pueriles o infantiles.

La motivación generalmente disminuye con la edad; los ancianos son menos entusiastas y precisan de incentivos más poderosos. Ciertos rasgos personales como el carácter positivo,

contractivo, integrado tolerante y flexible colaboran en el ajuste que se precisa con la edad. Cuando el mayor esta razonablemente satisfecho de sus logros, es capaz de expresar sus sentimientos de manera adecuada, no agresiva; muestra una actitud constructiva hacia el futuro, con capacidad para disfrutar de las cosas y ser tolerante y establece buenas relaciones interpersonales y con buena autoestima. A esta edad, se encuentra ausente el afán competitivo, se pone en el lugar de otro con facilidad y no se siente tanta necesidad de demostrar. En cambio, el anciano dependiente tiende a la pasividad, y el súper defensivo rechaza cualquier ayuda y no le gusta su edad, la autoconciencia de sí mismo no varía.

Algunos estudios psicológicos realizados en diversas culturas apuntan que, a mayor edad, los hombres se vuelven pasivos, tranquilos y meditativos, mientras que las mujeres evolucionarían en dirección opuesta y se harían más activas. Se ha comprobado en culturas tan diferentes como las de la India, América Latina, Japón, Bali o Birmania, lo que se asocia vagamente con la visión universal de la vieja bruja. Las mujeres cuando llegan a ancianas, pueden desarrollar progresivamente tal poder en los temas domésticos, que este llegue a verse como algo potencialmente amenazador. Por el contrario, los hombres no se asientan en la esfera domestica hasta los últimos años y, al tener menor experiencia en este campo, se hacen menos dominantes. El hombre en la vejez recuperaría así su parte femenina, y la mujer la enérgica y masculina.

4.7 SEXUALIDAD

No se suele dar mucha atención a la sexualidad de los mayores y sin embargo se mantienen activos hasta edad muy avanzada; a veces, si no es así, es más por falta de oportunidades que deseo.

Uno de los mitos más extendidos estriban en considerar a los ancianos como asexuados, algo que es radicalmente falso. A menudo, se ridiculiza este aspecto o se procura ocultarlo. Los jóvenes encuentran inapropiado que los viejos tengan relaciones sexuales. Existen muchos prejuicios al respecto. Yeats dice: "piensas que es horrible que el deseo y la vehemencia no me abandonen jamás en la vejez...". La lascivia supuesta de los ancianos se

refleja en el pasaje de la Biblia sobre Susana y los viejos, y se ha representado repetidamente en las artes, sobre todo en la pintura.

En las ancianas la valoración resulta aún peor, pues la sexualidad se contempla como repulsiva o ridícula, como se muestra en novelas, películas y obras de teatro. Porque el impulso sexual disminuye con la edad, pero no desaparece del todo. Es significativo, no obstante, que en los estudios de Kinsey sobre sexualidad casi no se preguntan a los mayores; no interesa.

Apenas se ha escrito acerca de la sexualidad de los homosexuales ancianos, sean hombres o mujeres, y tampoco se sabe mucho acerca de la influencia de la enfermedad física en las relaciones sexuales.⁷

4.8 MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ

Con frecuencia la sociedad y el adulto mayor tienen percepciones erróneas respecto al envejecimiento, generando actitudes y conductas negativas que favorecen la aparición de padecimientos crónicos incapacitantes, depresión e insatisfacción ante la vida durante la vejez.

A continuación se listaran los mitos que con mayor frecuencia se mencionan en nuestra cultura:

Mito:

Los ancianos ya trabajaron mucho ahora les toca descansar.

Realidad:

Los adultos mayores se deben mantener activos física y mentalmente el mayor tiempo posible, ya que la inmovilidad y la disminución del ejercicio mental favorecen la aparición de padecimientos físicos y mentales que con frecuencia llegan a afectar la motivación por la vida.

⁷ Biología del envejecimiento

Mito:

El envejecimiento hace que las personas se comporten como niños.

Realidad:

No existe ninguna justificación física, psicología o social para que los ancianos se comporten o se les trate como niños, ya que la niñez y la vejez son etapas de ciclo vital humano totalmente distintas.

Mito:

Los ancianos ya no aprenden.

Realidad:

Los adultos mayores tienen la capacidad para aprender cosas nuevas, aunque requieren más tiempo que los jóvenes para lograrlo.

Mito:

En general los ancianos son enfermizos.

Realidad:

El envejecimiento no es una enfermedad, aunque en dicho proceso ocurren cambios en la salud de los adultos mayores.⁸

4.9 ANTECEDENTES DE GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Los grupos de ayuda mutua se definen como un movimiento caracterizado por funciones de soporte, educacional, y con una orientación al cambio personal. Dichas metas están dirigidas a la solución de un problema de la vida diaria o a una condición compartida por todos sus miembros.

⁸ Jesús Rivera Navarro, Carmen Gallardo Pino, Grupo de ayuda mutua y asociaciones Relacionadas con la salud, p. 30

Kurzt, refiere que en este contexto aparecen los GAM, cuya existencia se basa en el problema común que sufren sus miembros (en este caso cuestiones relacionadas con la salud) y en las relaciones asimétricas que se establecen entre los afectos (o pacientes) y los profesionales de la salud en el itinerario terapéutico. Por lo tanto, los GAM vienen a ser una solución sincrética que recoge elementos de diferentes tipos.

1. Intenta reconstruir funciones que la dispersión de las relaciones amplias de parentesco y la fragmentación social han dejado sin estructuras de soporte. En este sentido, su actividad tiene un carácter de recuperación de aspectos tradicionales perdidos.
2. Las organizaciones a las que los GAM se vinculan presentan rasgos muy propios de los movimientos asociativos típicos de las desarrolladas sociedades industrializadas, como la incorporación de conocimientos técnicos especializados, la voluntad de presión sobre el entorno social y las administraciones públicas.
3. Los GAM destacan por su voluntad de ser organizaciones igualitarias, condición imprescindible para ser posible la reciprocidad horizontal, requisitos necesarios para poder hablar de ayuda mutua.
4. Messemer, Mancuso, Battaglia, Zagami, Mohn mencionan que los GAM, en nuestra sociedad, emergen frecuentemente en situaciones que aparecen como "marginales". Algunos de los GAM en cuestión se dedican a problemáticas incluidas dentro de los campos "clásicos" de la marginación social (drogas, alcoholismo, SIDA) pero la mayoría se vinculan a formas más sutiles y ocultas de marginación. En realidad, los problemas tratados por los GAM tienen en común, en su gran mayoría, la incapacidad asociada a un aspecto físico poco acorde con los modelos ideales socialmente más aceptados (Alzheimer, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, ataxias, etc.). Sontag refiere que en ciertos casos, se trata de enfermedades que conllevan alguna forma de estigma social, como el cáncer o la lepra. Y no faltan los ejemplos en que los protagonistas se sitúan al margen de los criterios morales más comúnmente aceptados o acarrear connotaciones de peligrosidad social (las categorías más tópicamente marginadas y más citadas son los adictos al juego los gays y las lesbianas, etc.).

En el Centro de Salud "Santo Domingo Oriente" T I existe un Grupo de Ayuda Mutua el cual tiene fecha de inicio en 1999. La finalidad de la formación del grupo fue reunir personas con problemas de salud similares como hipertensión arterial y diabetes mellitus, teniendo como objetivo el control de sus padecimientos mediante la educación para la salud.

Durante la formación y a través del trabajo diario se ha observado que la mayoría de los integrantes del grupo son adultos mayores con problemas similares no solo de salud sino familiares, económicos, sociales y de carencia afectiva, destacando entre ellos la depresión.

Dentro del grupo se alienta el sentimiento de pertenencia, se integran a ellos formando nuevos lazos afectivos por ende se conforma como Grupo de Ayuda Mutua.

Actualmente el grupo está integrado de un total de 80 integrantes.

Durante las reuniones del grupo se ha observado que cuando el tema se basa en la muerte, el dialogo se torna difícil y por ello es importante el identificar la percepción que sobre ella tiene el adulto mayor para brindar un mejor apoyo.

5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN, CUESTIONARIO

CÉDULA DE APLICACIÓN

Instrucciones: Marque con una X la respuesta más cercana a su realidad.

Objetivo: es identificar la percepción de la muerte de los adultos mayores del Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente.

1. ¿Cuál es su edad? _____
2. ¿Cuál es su sexo? 1) femenino 2) masculino
3. ¿Cuál es su religión? _____
4. ¿Qué grado de estudio tiene?
1) primaria 2) secundaria 3) preparatoria 4) licenciatura 5) ninguno
5. ¿Cuál es tu actividad laboral actual?
1) Trabajador 2) jubilado 3) pensionado 4) hogar
6. ¿Cuál fue su trabajo, antes de su actividad actual?
1) Obrero 2) empleado 3) profesionalista 4) oficio 5) empleada doméstica 6) hogar 7) otro
7. ¿Actualmente con quién vive?
1) esposa 2) hijos 3) nietos 4) otros familiares 5) solo (a) 6) otro
8. ¿Cómo se siente de vivir con quien vive?
1) Muy feliz 2) feliz 3) infeliz 4) infeliz
9. ¿a cuánto ascienden sus ingresos? _____
10. ¿Qué enfermedades padece?
11. ¿Dónde se atiende para cuidar su salud?
1) Secretaria de salud 2) I.M.S.S 3) I.S.S.S.T.E. 4) medico particular
5) otros
12. ¿Qué actividades recreativas realiza?
1) Ejercicio al aire libre 2) baile de salón 3) televisión 4) juegos de mesa
5) otros

13. ¿le agrada hablar sobre la muerte?
1) Si 2) no
14. ¿Con quién tiene la confianza de hablar sobre la muerte?
1) Familia 2) amigos 3) personal de salud
15. ¿Tiene temor de hablar sobre la muerte?
1) Si 2) No
16. ¿A sufrido la muerte de un ser querido?
1) Si 2) No
17. ¿Cómo fue la pérdida de ese ser querido?
1) Traumática 2) no traumática 3) indiferente.
18. ¿Qué relación tenía con el ser que falleció?
1) Hijo 2) Hermano 3) amigo 4) padre 5) madre 5) otros
19. ¿Ha pensado en su propia muerte?
1) Si 2) No
20. ¿Qué sentimiento le genera la idea de morir?
1) Paz 2) miedo 3) angustia
21. ¿Ha contratado algún servicio funerario para el momento de su muerte?
1) Si 2) No
22. Si ya contrato un servicio funerario ¿Qué le gustaría?
1) Ser inhumado 2) ser cremado 3) trasladado a otro lugar
23. ¿Cómo le gustaría morir?
1) infarto 2) enfermedad 3) por accidente 4) dormido
24. ¿Le gustaría que alguien en especial estuviera con usted? _____
¿Quién?
1) Hijos 2) hermanos 3) sacerdote 4) amigos 5) otros familiares
25. ¿Ha realizado su testamento?
1) Si 2) No
26. ¿Se siente satisfecho con su actual forma de vida?
1) Si 2) No
27. ¿Piensa que le falta algo por hacer antes de morir?
1) Si 2) No
28. ¿Qué le gustaría hacer antes de morir?
1) Visitar algún Lugar 2) Ver algún Familiar en especial 3) resolver algún problema

29. ¿Está preparado de alguna manera para el momento de su muerte?

- 1) Si 2) No

6 RESULTADOS

Análisis de los resultados obtenidos de la cedula aplicada a los Grupos de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, Coyoacán, D.F.

1. Se pudo observar que las 30 cedulas aplicadas al Grupo de Ayuda Mutua que dan 100%, el 43% son personas de entre 60 y 65 años de edad, el 27% lo cubren de entre 66 y 70 años, el 7% personas de 71 a 75 años, de 76 a 80 años ocupan el 17%, personas de 81 a 85 años el 3% y el mismo porcentaje personas de 86 a 90 años. Por lo anterior podemos decir que las personas de 60 a 65 años son las que en mayor número recurren a los Grupos de Ayuda Mutua.
2. En cuanto al sexo, se encontró que el 96% son de sexo femenino y 4% masculino, lo cual nos permitió deducir que este Grupo de Ayuda Mutua es integrado casi en su totalidad por mujeres.
3. Respecto a la religión se apreció que el 93% son personas católicas, el 3.5 son Cristianos al igual que Testigos de Jehová.
4. En relación a la escolaridad es importante mencionar que la mayoría cursaron la educación primaria con un 67%, el 30% no tiene ningún grado escolar y solo el 3% curso la educación secundaria. Por lo que se deduce que la mayor parte de la población cuenta con un grado mínimo de estudios, sin embargo, de acuerdo a su edad consideramos un nivel alto para la época que ellos vivieron.
5. A través de esta cedula me pude dar cuenta que el 80% son amas de casa y quizá a eso podemos atribuir que acudan más mujeres que hombres al Grupo de Ayuda Mutua. El 20% restante son personas que actualmente laboran en una actividad remunerativa pero se dan tiempo para las actividades de grupo.
6. Pude darme cuenta que tuvieron actividades laborales anteriormente y en un 43% fueron empleadas domésticas que por alguna razón dejaron de ejercer, el 20% permaneció siempre en su hogar, el 10% fueron empleados, el 7% laboraron como obreros y el 20% restante se dedicó a otras actividades.
7. Del total de la población encuestada encontré que el 43% vive con su pareja, mientras que el 30% vive con sus hijos y el 27% viven solos.
8. Con respecto al sentimiento de felicidad pude encontrar que el 10% de los adultos mayores encuestados se sienten muy felices viviendo con quien vive, y el 3%

manifiesta sentirse muy infelices, destacando con 68% los que dicen sentirse felices.

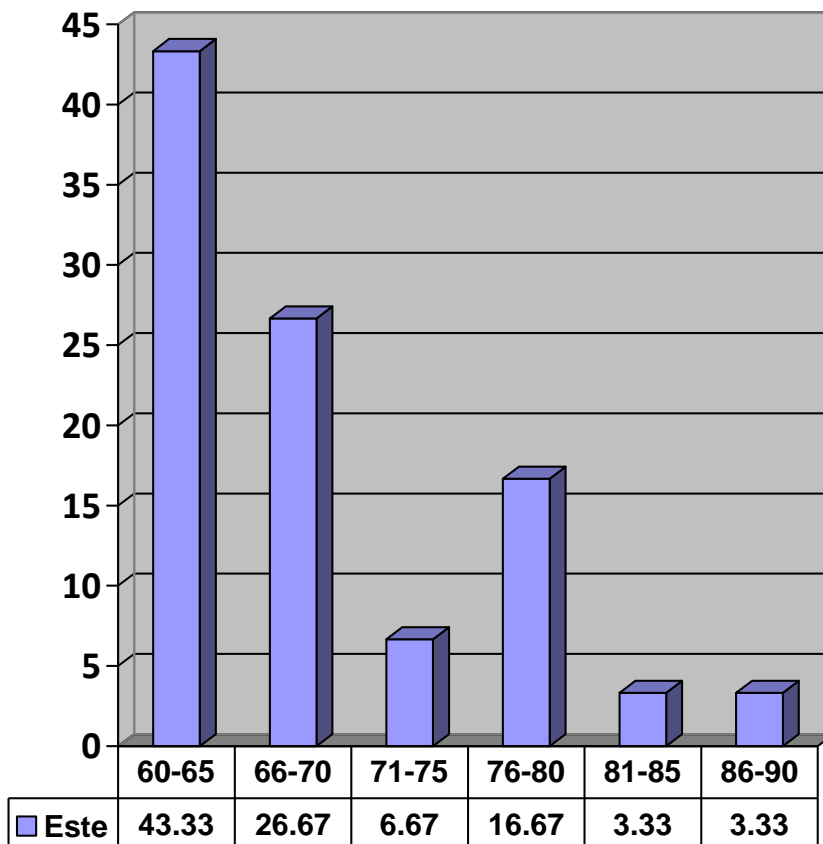
9. Los ingresos que perciben los adultos mayores son en un 63% de entre \$600.00 a \$1,500.00, siendo parte estos ingresos del Programa Apoyo Alimenticio al Adulto Mayor y existe un 10% que no percibe ningún ingreso.
10. En cuanto a la salud de los encuestados, el 47% padece hipertensión arterial, el 37% son diabéticos, el 3% ha padecido alguna cardiopatía el 6% tiene arterosclerosis, y el 6% restante manifiesta estar sano, manifestando también que 5 personas menciona padecer más de una enfermedad.
11. En relación a la atención médica encontré que un 37% de la población encuestada asiste al Centro de Salud, al Seguro Social un 33%, al ISSSTE un 16% y al médico particular y otros en igual porcentaje de 7%.
12. Respecto a la actividad recreativa que realizan, el 100% de las personas que acuden a los Grupos de Ayuda Mutua realiza ejercicio con el grupo, y el 53% además realiza ejercicio al aire libre, un 43% realiza actividades no específicas y solo el 4% ve televisión.
13. Se observa que al 57% de los encuestados no les agrada hablar sobre la muerte, y al resto, un 43%, no les causa desagrado.
14. Se encuentra que un 67% siente confianza de hablar sobre la muerte con su familia, el 20% prefiere al personal de salud para ello y solo el 13% hacerlo con amigos.
15. Al realizar la pregunta sobre si siente temor al hablar de la muerte se observa que el 70% no siente temor, al 30% restante le cuesta trabajo hacerlo sobre todo con su familia.
16. Respecto a si han sufrido la muerte de un ser querido, el 93% contestó afirmativamente y solo un 7% manifiesta que no ha sufrido tal pérdida.
17. La experiencia previa ante la muerte de un ser querido ha sido traumática para un 67% de la población encuestada y para el 33% restante no lo ha sido.
18. La relación con el ser querido que falleció indica que el 43% ha sido su pareja, un 23% el padre, y en porcentajes similares han sido un hermano(a), un hijo o la madre.
19. Al cuestionar si han pensado en su propia muerte, el 76% lo han pensado contra un 24% que no lo ha hecho.

20. El sentimiento que les genera la idea de morir es al 36% le genera paz, al 33% temor o miedo y al 23% angustia. También hay quien manifiesta indiferencia o ninguna de las anteriores a un 3%.
21. En cuanto a la contratación de un servicio funerario el 77% no lo ha realizado y solo el 23% contestó afirmativamente.
22. El 40% de los encuestados indican que le gustaría ser inhumado, un 33% cremado, al 10% le gustaría ser trasladado a otro lugar y el 16% no contesto.
23. A la pregunta de ¿cómo le gustaría morir? , a un 67% indica que sería dormido, el 17% por un infarto, el 16% por enfermedad y a ninguno por accidente.
24. En relación con el acompañamiento en el momento de morir, un 73% indica que le gustaría que estuvieran sus hijos con ellos, y por un sacerdote y otros familiares el 13% respectivamente.
25. En cuanto al trámite de su testamento, el 50% manifiesta que ya lo realizo y el resto no lo ha hecho.
26. La satisfacción manifestada con su actual forma de vida fue de 87% afirmativamente y 13% negativa.
27. El 67% de los encuestados indican que les falta hacer algo antes de morir y el 33% que no.
28. El 40% de la población indico que le gustaría resolver algún problema con alguien antes de morir, el 23% desearía visitar algún lugar y el 20% el ver algún familiar en especial.
29. Al preguntar a los encuestados, expresan y manifiestan en un 66% el no estar preparados para el momento de su muerte.

7 GRAFICAS

GRÁFICA 1

EDADES DE LOS INTEGRANTES DE GRUPO



GRAFICA 2

SEXO DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO

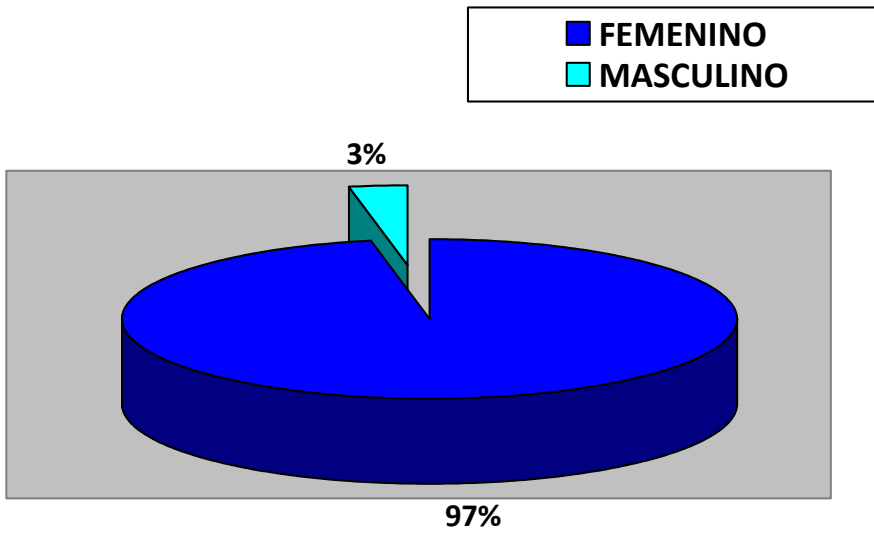
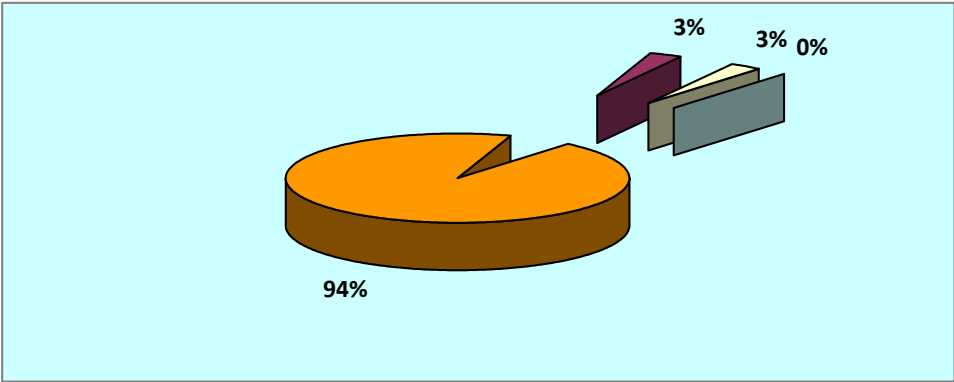


GRÁFICO 3

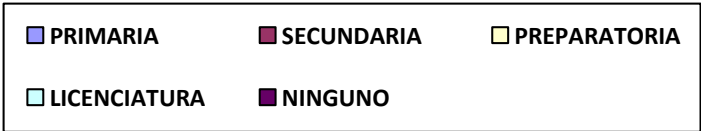
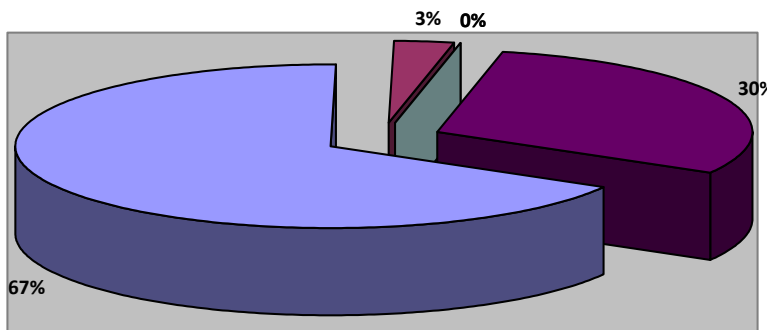
RELIGIÓN



■ CATOLICA ■ CRISTIANA ■ TEST. JEOVAOTRA ■ OTRAS

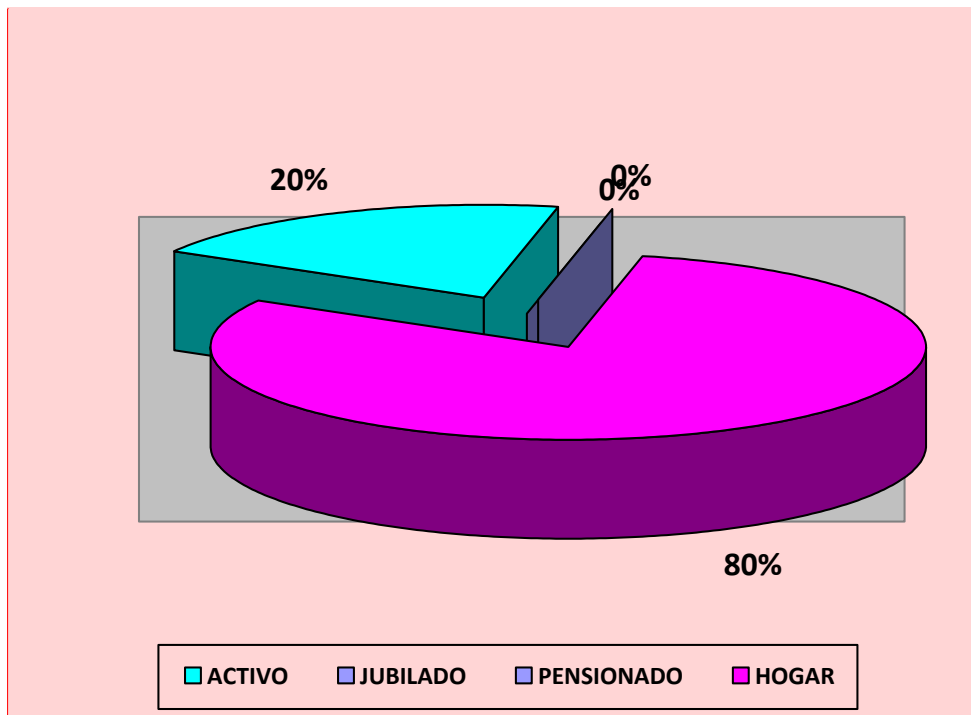
GRÁFICO 4

ESCOLARIDAD



GRÁFICA 5

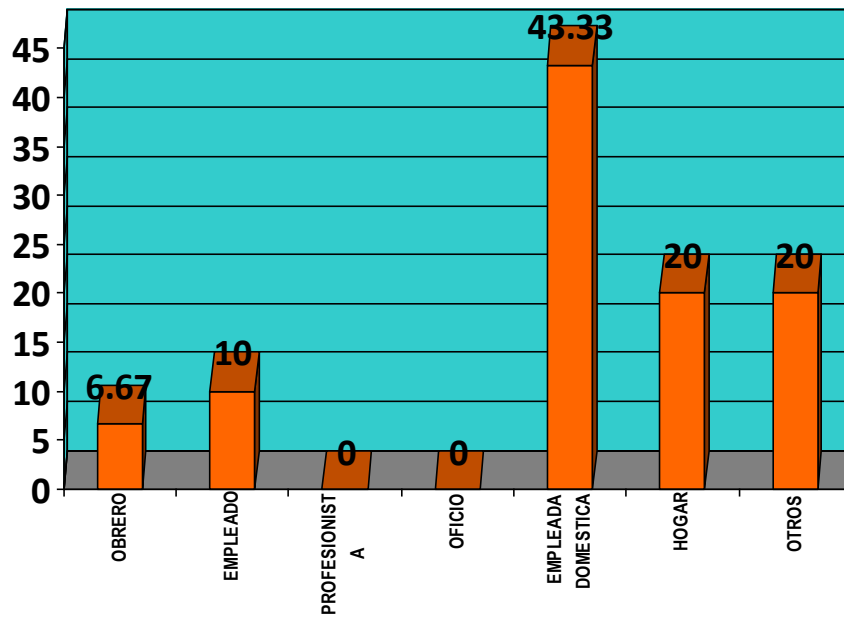
ACTIVIDAD LABORAL ACTUAL



Comentario [H1]:

GRÁFICA 6

TRABAJO ANTERIOR



GRÁFICA 7

CONVIVENCIA

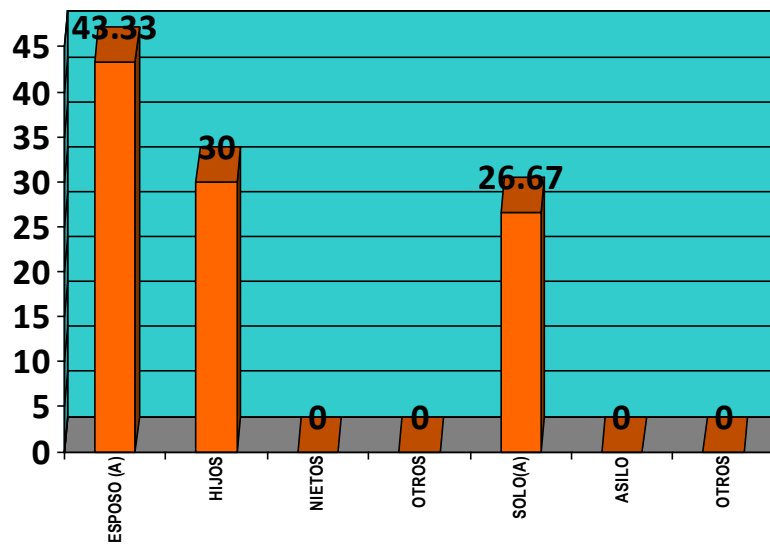


GRÁFICO 8

¿CON QUIÉN VIVE, USTED SE SIENTE?

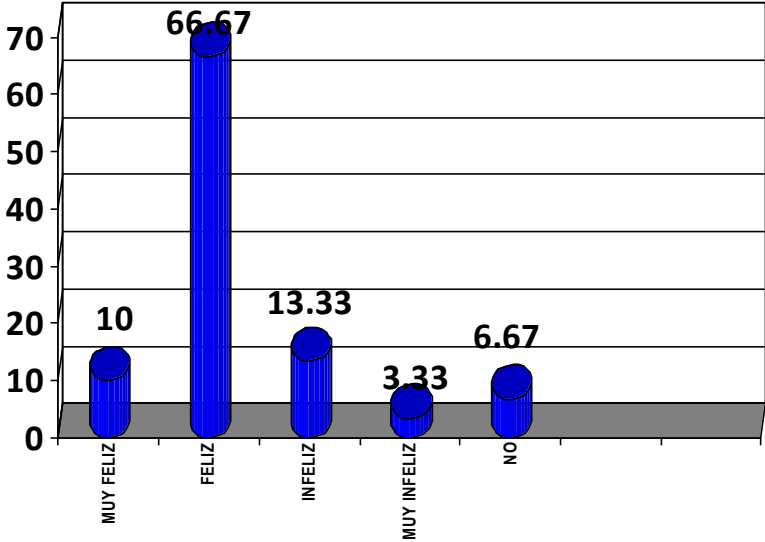


GRÁFICO 9

INGRESOS MENSUALES DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO

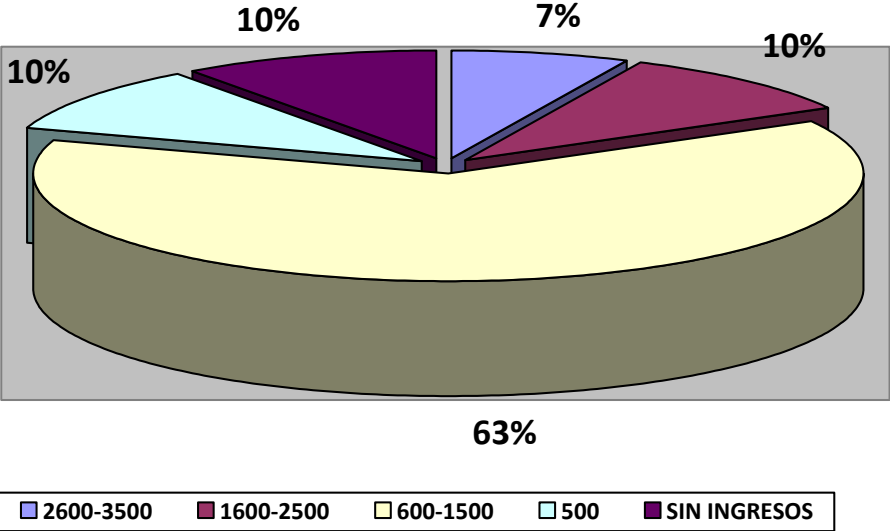
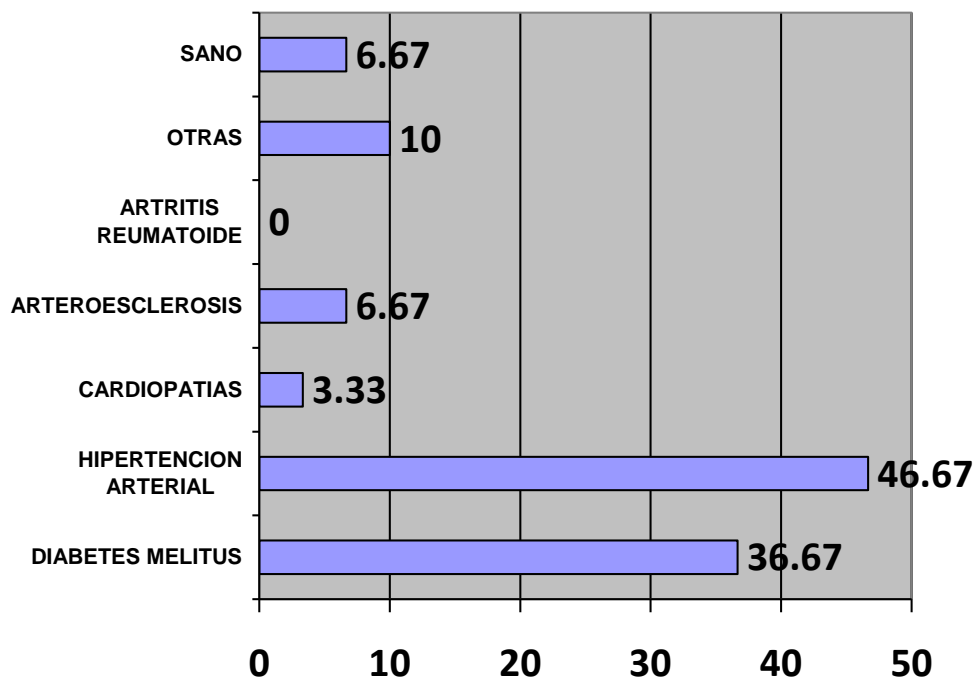


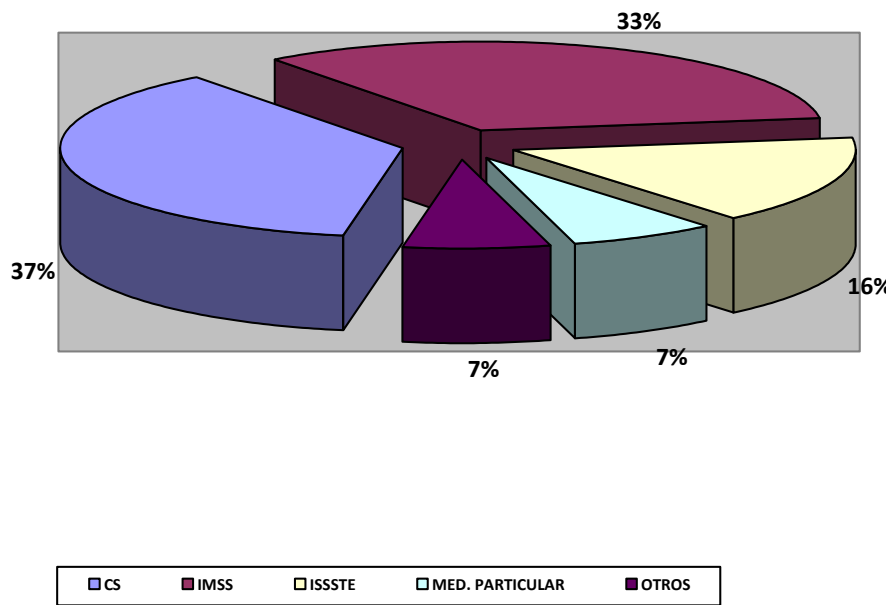
GRÁFICO 10

ENFERMEDADES QUE PADECEN LOS DEL GRUPO



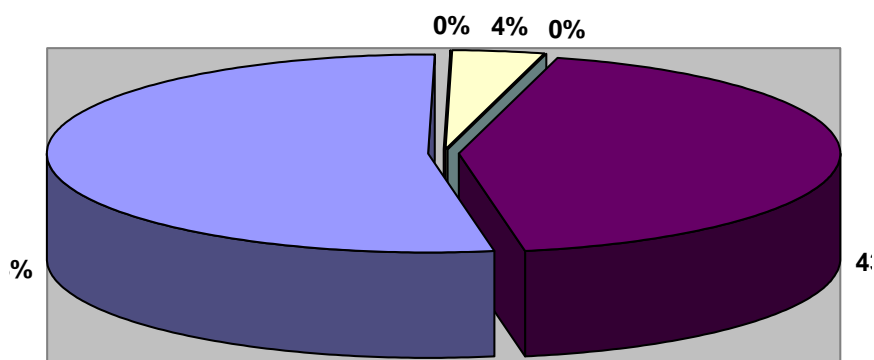
GRAFICA 11

ENFERMEDADES QUE PADECEN LOS DEL GRUPO



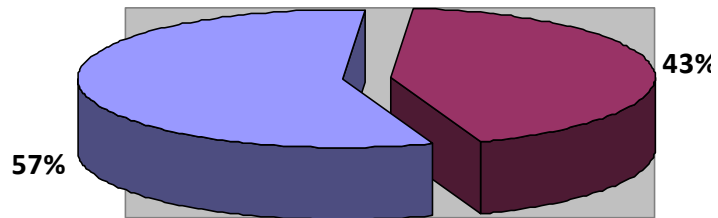
GRÁFICA 12

ACTIVIDADES RECREATIVAS DE LOS INTEGRANTES DEL GRUPO



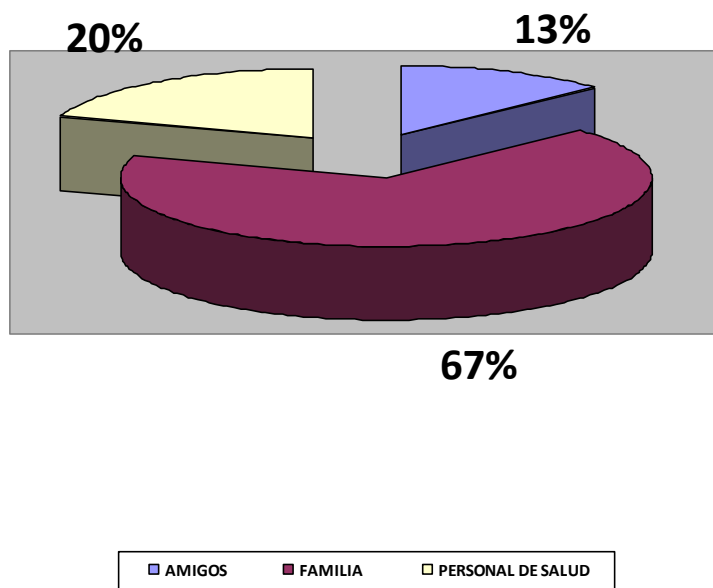
GRÁFICA 13

¿LES AGRADA HABLAR SOBRE LA MUERTE?



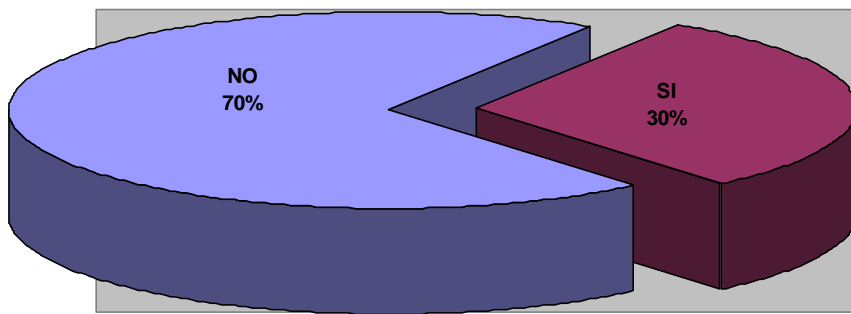
GRÁFICA 14

¿CON QUIÉN PLÁTICA SOBRE LA MUERTE?



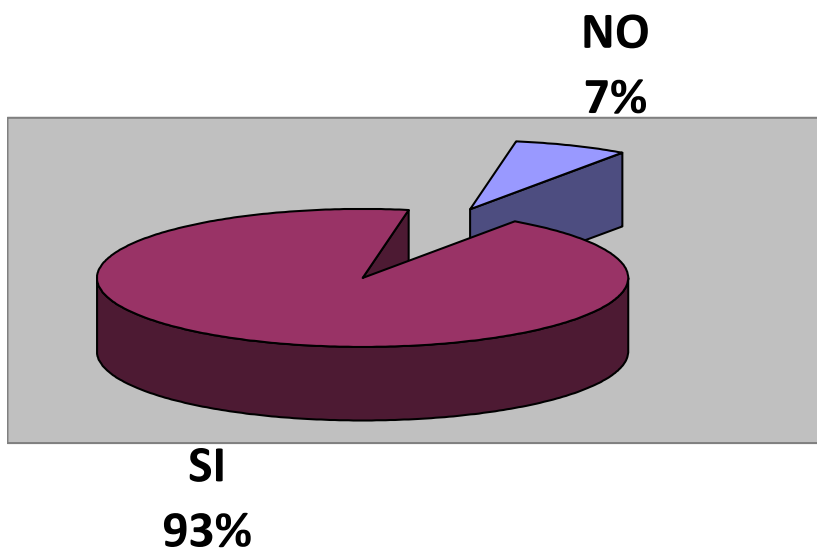
GRÁFICA 15

TEMOR DE HABLAR SOBRE LA MUERTE



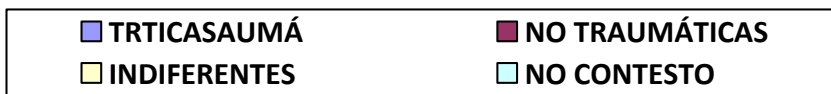
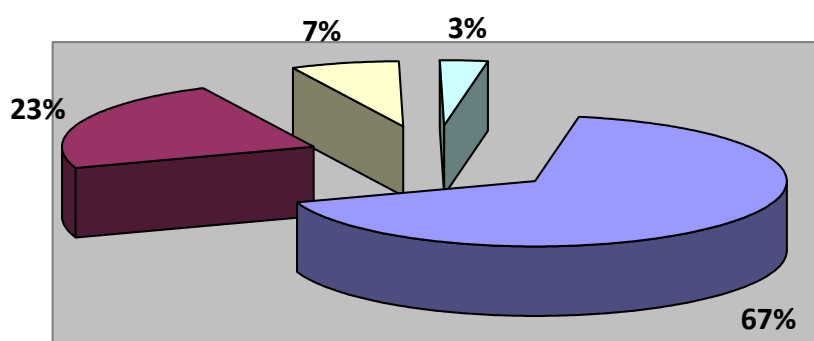
GRÁFICA 16

¿HA PÉRDIDO ALGUN SER QUERIDO?



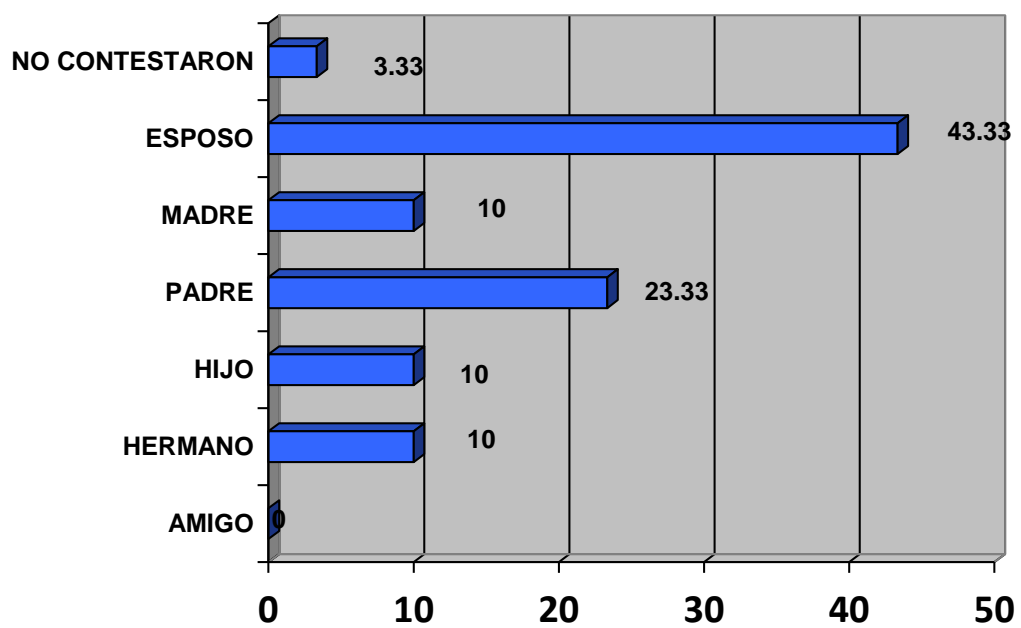
GRÁFICA 17

¿CÓMO FUE LA PÉRDIDA DEL SER QUERIDO?



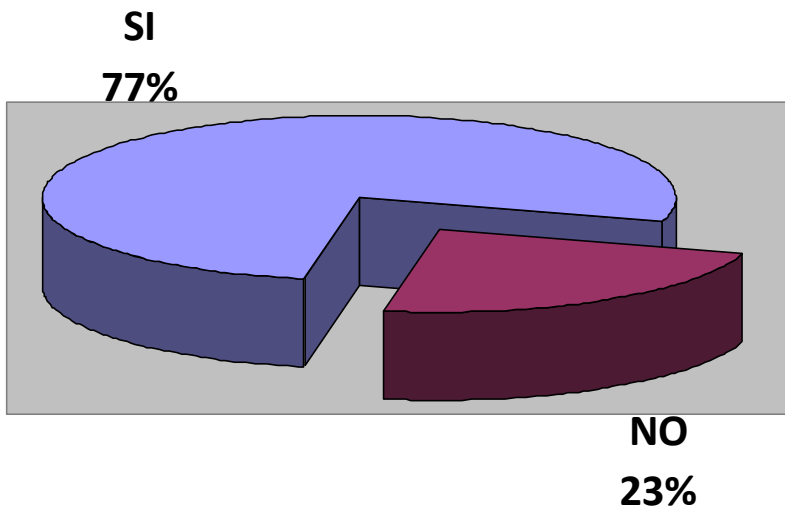
GRÁFICA 18

RELACIÓN CON EL SER QUERIDO (FALLECIO)



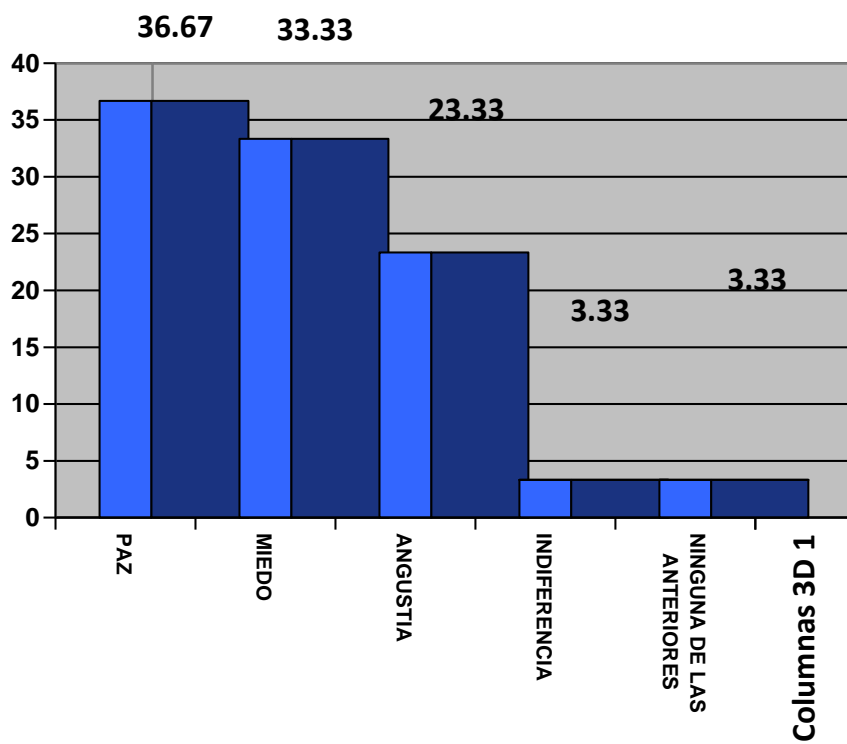
GRÁFICA 19

¿HA PENSADO EN SU M UERTE?



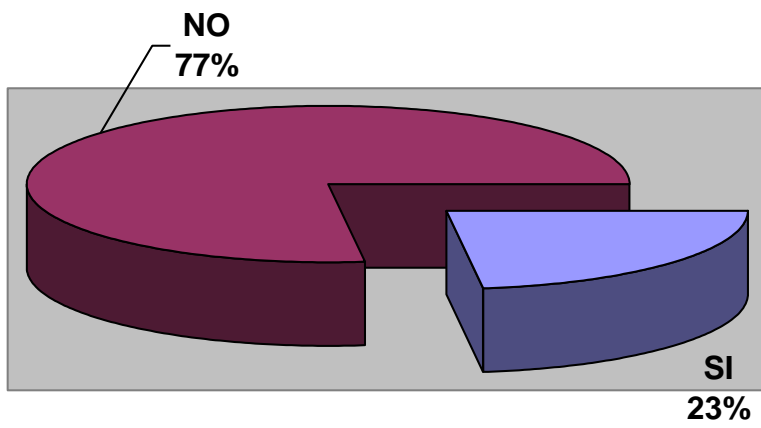
GRÁFICA 20

SENTIMIENTOS QUE GENERA LA IDEA DE MORIR



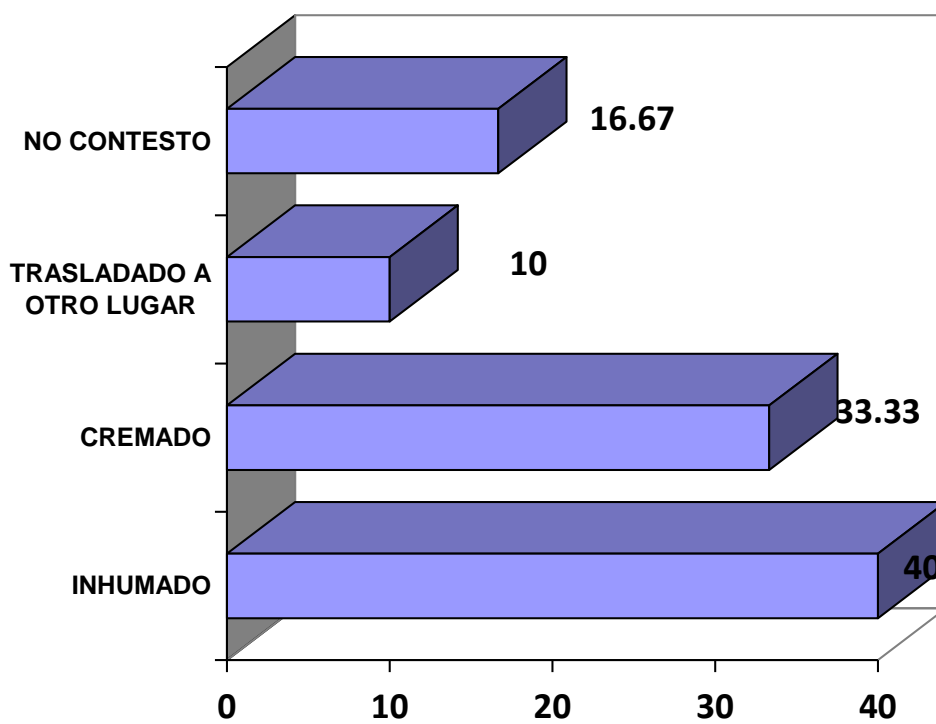
GRÁFICA 21

CONTATACIÓN DEL SERVICIO FUNERARIO



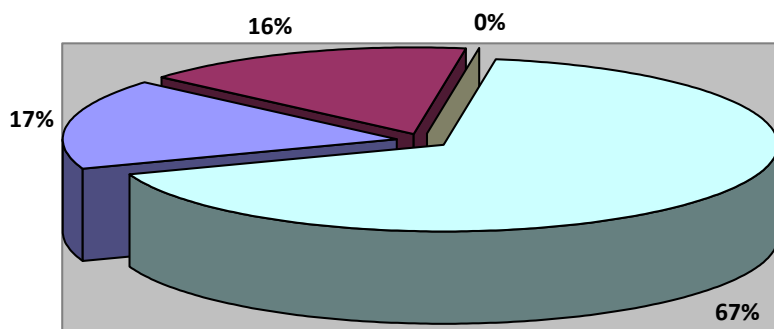
GRÁFICA 22

SERVICIOS FUNERARIOS QUE DESEA



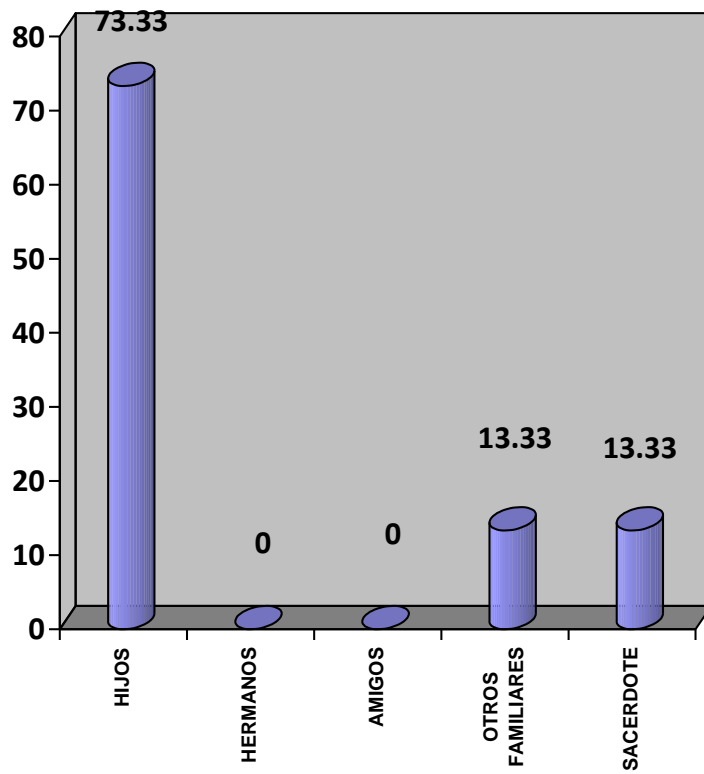
GRÁFICA 23

FORMA EN LA QUE LE GUSTARÍA MORIR



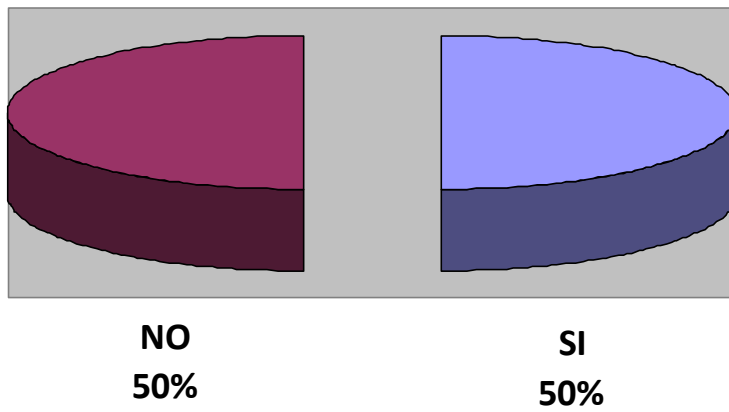
GRÁFICA 24

LE GUSTARÍA QUE ALGUIEN EN ESPECIAL ESTUVIERA CON USTED



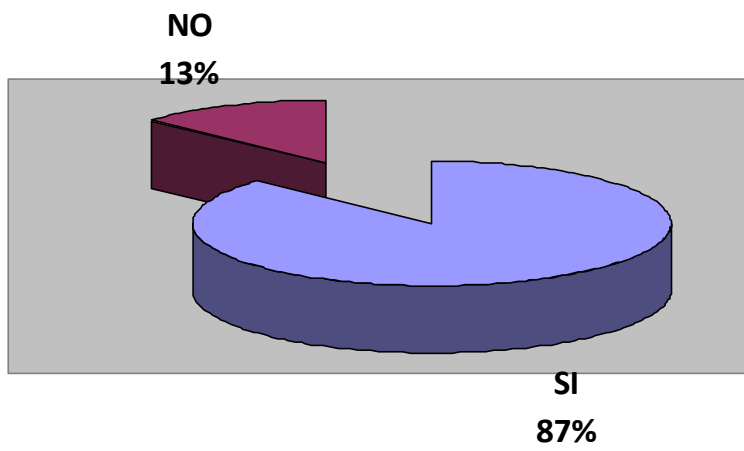
GRÁFICA 25

¿HA TRAMITADO SU TESTAMENTO?



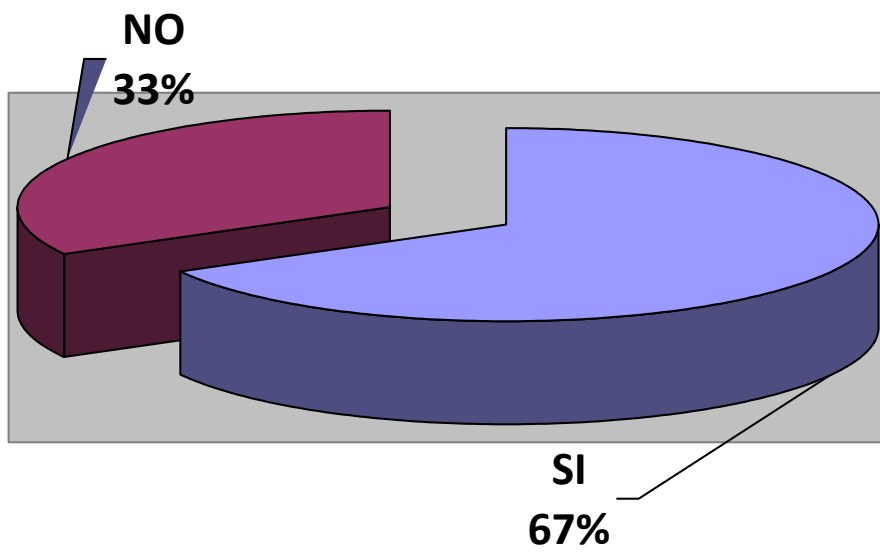
GRÁFICA 26

¿ESTA SATISFECHO (A) CON SU VIDA ACTUAL?



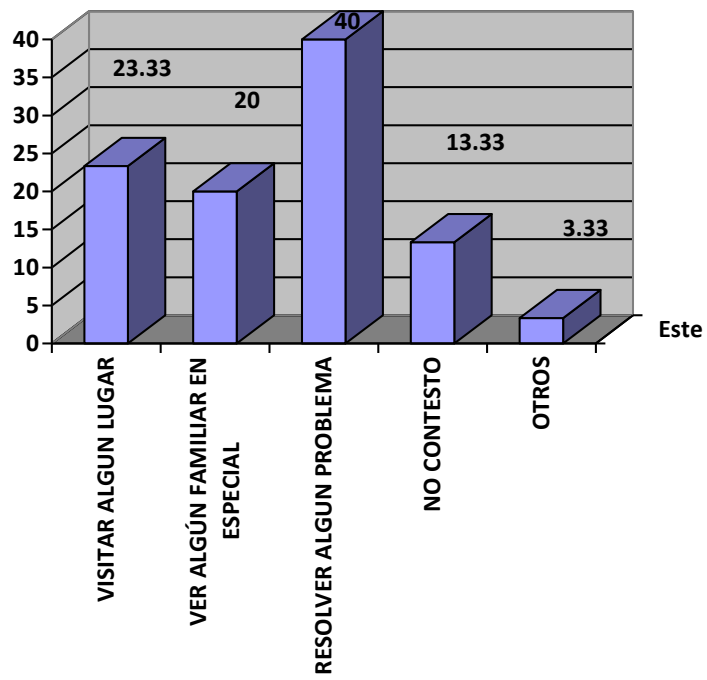
GRÁFICA 27

¿LE FALTA ALGO POR HACER, ANTES DE MORIR?



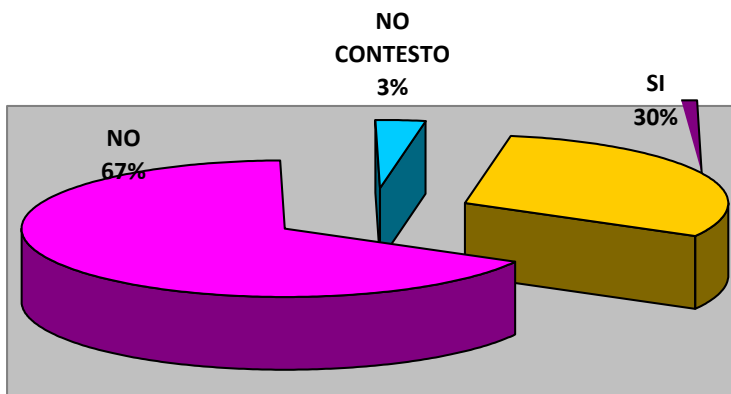
GRÁFICA 28

¿QUÉ LES GUSTARÍA HACER ANTES DE MORIR?



GRÁFICA 29

¿ESTA PREPARADO PARA MORIR



CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos de la cedula aplicada al Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud T1 Santo Domingo Oriente, Coyoacán, D.F., me permitió concluir que la percepción de la muerte en un 66% de esta población es de miedo y angustia, y que solo un 34% considera un sentimiento de paz, por lo que se comprobó la hipótesis planteada (los adultos mayores perciben la muerte con temor y angustia y evaden el tema).

La gran mayoría de los encuestados se sienten satisfechos con su actual forma de vida y casi el mismo porcentaje ha pensado en su propia muerte aun cuando no les es grato hablar sobre ella, sin embargo si lo hacen, prefieren hacerlo con su familia.

El 80% de los encuestados no están preparados para el momento de su muerte, el 73% no ha contratado ningún servicio funerario, al 40%le gustaría se inhumado, a un alto porcentaje le gustaría morir mientras duerme y acompañado por sus hijos. El 67% considera que le hace falta hacer algo antes de morir y la mayoría coinciden en resolver algún problema con alguien.

Propuesta tanatológica

Que se implemente un programa de apoyo tanatológico para los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua del centro de salud T1 Santo Domingo Oriente, que incluya los siguientes temas: muerte, temores, apegos, pérdidas y duelos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arronte Rosales, A.; Casillas Cuervo, L.; y Castro Reyes, S. *Biología del envejecimiento*, pp. 74, 75, y 83 - 92
2. Diccionario Enciclopédico interactivo Océano, p. 70
3. Diccionario Enciclopédico Quillet Tomo VII p. 35
4. Rivera Navarro, Jesús y Gallardo Pino, Carmen () Grupo de Ayuda Mutua y Asociaciones relacionadas con la salud, p.30
5. De la Serna Pedro, Inmaculada. () *La Vejez Desconocida*. Edit. Diaz Santos, pp 95, 98, 99, 100, 104, 115, 116
6. Rev. Gerontología comunitaria, edit. Sociedad Española, pp. 4, 5, 34 y 35.
7. Rev. Gerusia, Vol. 6, 1998 pp. 19, 21 y 22.
8. www.wikipedia.org/wiki,
9. http://www.iaam.df.gob.mx/pdf/Manual_cuidados.pdf
10. Herrera Bacerril, Ma. Del R. () “*La aceptación que tienen los pacientes de la 3ª edad para dialogar sobre la muerte*” (p.15) Tesina del Hospital 20 Noviembre
11. Whittaker, J. O. (1984) *Introducción a la psicología*. Edt. Interamericana.
12. Madigan, (1969) *Procesos Psicológicos Básicos*
13. Rebolledo Mota, F. (2003) *Aprender a morir*. pp. 66 y 67. Distribuidora y Editorial Mexicana.
14. Albom, M. (2000) *Martes con mi viejo profesor*. Edt. Oceano Express.