



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL

MARICELA DÍAZ VILLA

CRUZ CRISTINA ZURITA ARBOLEDA

**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

PUERTO BERRÍO, ANTIOQUIA

2017

ADULTO MAYOR, DEPRESIÓN Y APOYO SOCIAL

MARICELA DÍAZ VILLA

CRUZ CRISTINA ZURITA ARBOLEDA

**TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER
EL TÍTULO DE PSICÓLOGAS**

ASESOR:

MARÍA HELENA RAMÍREZ PÉREZ

MG. CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

PUERTO BERRÍO, ANTIOQUIA

2017

RESUMEN

En esta investigación se dan a conocer los factores que influyen en la presencia de estados de ánimo bajo en los adultos mayores del Centro de Protección Social al Adulto Mayor- Casa de la Divina Providencia de Puerto Berrío, Antioquia. Se optó por la metodología cualitativa basada en el análisis de entrevistas semiestructuradas de las cuales los focos principales fueron; La familia, las actividades, el cuerpo, creencias religiosas y la muerte. Las entrevistas se realizaron a cuatro adultos mayores institucionalizados en el centro geriátrico, de los cuales dos son hombres y dos mujeres. En primera instancia se pretendía investigar si el apoyo social era determinante para la depresión, no obstante, en el transcurso de la investigación se pudo evidenciar que existen otros factores que intervienen en ella como lo es el deterioro del cuerpo y los afectos que ello produce.

Palabras clave: adulto mayor, depresión, cuerpo, muerte, familia, enfermedad, creencias.

ABSTRACT

In this research are given to the factors that influence the presence of moods low in older adults from the center of Social protection to the adult - home of the Divine Providence of Puerto Berrío, Antioquia. He opted for the qualitative methodology based on the analysis of semi-structured interviews with the main focuses were; The family, activities, body, religion and death. The interviews were conducted to four elderly institutionalized at the geriatric Centre, of which two are men and two women. In the first instance was intended to investigate whether social support was decisive for the depression, however, in the course of the investigation demonstrate that there are other factors involved in it as it is the deterioration of the body and the affects that this produces.

Key words: elderly, depression, body, death, family, illness, beliefs.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por el apoyo brindado, por la colaboración, entrega y motivación que me proporcionaron durante mi carrera, gracias por creer en mí.

A mis colegas, profesores y demás personas que contribuyeron a mi formación tanto profesional como personalmente, gracias

A mi asesora María Helena Ramírez por la orientación proporcionada durante el proceso de trabajo de grado, gracias.

Maricela Díaz Villa

Agradecimientos a mi Madre y Familia que han sido apoyo incondicional en mi proceso formativo;

a compañeros, colegas y amigos

que me ayudan a construir día a día desde su ser;

a mi asesora académica

por mostrarme cómo un profesional se posesiona desde la valorización de su conocimiento;

a los docentes

que con su academia forman en convicción profesionales desde la ética;

a la Universidad de Antioquia

por formar personas desde la investigación y pensamiento crítico;

al Centro de Protección Social al Adulto Mayor

por abrir las puertas de su institución a la academia;

a la academia que me ha permitido ver mi mundo desde otro ángulo;

a los que creen y no creen en mí, ¡muchas gracias!

Cruz Cristina Zurita Arboleda

1 8 0 3

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVOS	20
3.1 OBJETIVO GENERAL	20
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. ANTECEDENTES	21
5. MARCO TEÓRICO	26
5.1 ADULTO MAYOR	26
5.2 APOYO SOCIAL	30
5.3 DIFERENCIAS ENTRE DUELO, DEPRESIÓN Y TRISTEZA	36
5.3.1 DUELO	36
5.3.2 DEPRESIÓN	42
5.3.3 LA TRISTEZA	46
5.4 MUERTE	48
6. METODOLOGÍA	54
6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	54

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES	58
6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	60
6.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
6.4.1 INSTRUMENTO	60
6.4.1.1 ENTREVISTA	60
6.4.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN	62
6.4.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	62
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS	64
7.1 ASPECTOS ÉTICOS	64
8. RESULTADOS	65
8.1 ANÁLISIS DE RESULTADOS	65
8.1.1 CATEGORÍAS FAMILIA	65
8.1.2 CATEGORÍAS CUERPO Y ACTIVIDADES	67
8.1.3 CATEGORÍAS MUERTE Y CREENCIAS RELIGIOSAS	69
8.2 EL CUERPO	70
9. CONCLUSIONES	81
10. RECOMENDACIONES	83
11. REFERENCIAS	85
12. ANEXOS	92
12.1 TABLA DE ANEXOS	92
12.1.1 ENTREVISTA	93
12.1.2 EL DÍA QUE ME VOLVÍ INVISIBLE	95

INTRODUCCIÓN

La etapa del adulto mayor se sitúa como la última fase del ciclo vital del ser humano, en donde se experimentan múltiples cambios (viudez, jubilación, cambio de residencia, disminución en el contacto social y diferentes pérdidas que ocasionan tristeza, las cuales se encuentran relacionadas con la pérdida de seres queridos, el cuerpo y las funciones ejecutivas). La forma de reaccionar ante dichos cambios dependerá de la historia de vida, la aceptación o no de las pérdidas en el transcurrir de ella, la personalidad de cada individuo, así como de la cultura en la que se desarrollen y los roles que desempeñen en la sociedad. El pasar por estos cambios hace consciente el envejecimiento y el deterioro físico, motriz y cognitivo los cuales llevan al sujeto a modificar no sólo la percepción de sí mismo sino también la forma en la que se relaciona y expresa sus emociones. Así pues, el adulto mayor deberá ajustarse a estos cambios y dependiendo de cómo se desenvuelva en el proceso de adaptación determinará factores de riesgo o no para la depresión.

El interés en este tema surge debido al acercamiento con diferentes adultos mayores que aparentemente tenían depresión y se creía que esto estaba relacionado con la ausencia del apoyo social, por ende, surge la pregunta de investigación ¿Existe relación entre la depresión y el apoyo social en los adultos mayores institucionalizados en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor -Casa de la Divina Providencia de Puerto Berrío Antioquia?

Diferentes estudios argumentan que el contar con un tejido social significativo y que

además sea utilizado de manera efectiva contribuye en la adaptación del adulto mayor al medio, disminuyendo la aparición de depresión en dicha etapa, ya que, las redes de apoyo proporcionan sostenimiento vital al senescente para soportar los diversos cambios que presenta y de esta manera optimizar el estado de salud y bienestar otorgando reconocimiento como ser humano útil y productivo.

En primera instancia se pretendía investigar si el apoyo social era determinante para la depresión, no obstante, en el transcurso de la investigación se pudo evidenciar que existen otros factores que intervienen en ella como lo es el deterioro del cuerpo y los afectos que ello produce.

Lo anterior se pudo demostrar en la realización de cuatro entrevistas a adultos mayores institucionalizados en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor- Casa De La Divina Providencia con el fin de identificar si éstos tienen depresión y determinar si la ausencia o presencia de depresión se encuentra relacionada con el apoyo social, la percepción que tiene el adulto mayor de sí mismo y el rol que este cumple dentro de la sociedad. La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas que permitieron conocer la situación que viven algunos adultos mayores institucionalizados en el centro anteriormente mencionado.

Cabe resaltar que en el análisis de los datos se pudo precisar que los adultos mayores entrevistados no padecían depresión, pero si presentaban tristeza (diferencia que se presenta

más adelante en el marco teórico) la cual se encuentra relacionada con el deterioro del cuerpo y la pérdida de funciones ejecutivas que le impiden realizar diferentes actividades posibilitando el sentimiento de inutilidad e incapacidad. Aunque el mayor determinante de la tristeza de estos ancianos es el confinamiento del cuerpo también existen otros factores influyentes en el estado de ánimo como lo son la percepción que tienen de sí mismos y el poco apoyo social recibido.

Esta investigación permite conocer más sobre el adulto mayor de Puerto Berrío Antioquia, su historia de vida, preocupaciones, cambios que surgen en esta etapa, cómo vivencian dichos cambios y la percepción que tienen frente a la vida. Así pues, la investigación aporta a la sociedad, a las instituciones del adulto mayor, la academia y los profesionales interesados y/o involucrados directamente con ellos, en la medida que provee conocimiento acerca de la población y proporciona posibles alternativas para dicha problemática. En el siguiente apartado se plantea el problema de investigación.

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1 8 0 3

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la OMS La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión se describe en la página oficial de la OMS como una enfermedad que puede hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia.

Asimismo, Pérez & Arcia (2008, p.2) argumentan que los síntomas depresivos con una duración de 6 a 8 meses son más severos e incapacitantes que algunas enfermedades crónicas, tales como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, convirtiéndose así en la primera causa de discapacidad dentro de los trastornos mentales, de esta manera se prevé que para el año 2020 se convertirá en el segundo motivo de incapacidad y muerte por debajo de las enfermedades cardiovasculares.

“Esta enfermedad es probablemente la principal causa del sufrimiento del anciano y de

la considerable disminución de su calidad de vida” (Aguilar & Ávila, 2006, p.142). Ávila et al (2007, p.368) consideran que el padecimiento de esta enfermedad tiende a subestimarse y a verse como algo propio de esta etapa, situación que pronto se verá propagada de acuerdo con la proporción de personas mayores que está aumentando rápidamente en todo el mundo. Se calcula, que entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. Según Castro Et al (2006, p.132) el aumento demográfico de la población adulta mayor constituye un gran problema a nivel mundial, puesto que genera una mayor demanda de los servicios de salud, ya que en esta edad aumenta la probabilidad de presentar estados depresivos, debido a los cambios en el estilo de vida, como por ejemplo en la dependencia de las funciones cotidianas, el desarraigo de los bienes, el rol social y el trabajo (Cerquera, 2008, p273).

Algunas de las causas de la depresión en el adulto mayor son la disminución de serotonina y su unión con los receptores 5HT. La baja en estos neurotransmisores es propia de la etapa de adultez mayor y está implicada en la fisiopatología de la depresión (Aguilar & Ávila, 2006, p142) aunque Pérez y Arcia (2008, p.3) argumentan que es erróneo considerar la depresión en el adulto mayor como algo normal o característico de esta etapa, enfatizando en la importancia de diagnosticar e intervenir para evitar el sufrimiento del senescente y su familia, ya que cuando el adulto mayor vive la depresión se convierte en excesiva y generalizada.

Se resalta la importancia de mirar a los adultos mayores desde diferentes perspectivas

dado el aumento demográfico ocurrido en las últimas décadas como resultado de los avances médicos, el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasa de mortalidad en Colombia, según datos del ministerio de salud (2013, p.17).

Los aumentos tanto del volumen como del peso relativo de la población mayor han sido significativos en los últimos años. Esto se evidencia al comparar, por ejemplo, la población con 60 años y más del año 1985 con la de 2005, que pasó de 2.1 millones a 3.8 millones de personas respectivamente, lo cual equivale a un aumento del 78% de esta población.

Y debido a este incremento porcentual de adultos mayores se han convertido en objeto de investigación de muchas ciencias y disciplinas tales como la antropología, psicología medicina entre otras.

Uno de los temas en los que los adultos mayores se han convertido en objeto de estudio es en la concepción de la muerte, vista como punto final del proceso de envejecimiento y como suceso presente durante el mismo, manifestado en el fallecimiento de hijos, pareja, amigos, etc. Dándose un lugar más visible que en generaciones anteriores (Hernández, et al, 2011, p.65).

Este concepto se encuentra en los ancianos enmarcado en ciertos aspectos culturales

generadores de angustia o miedo. Sin embargo, y a pesar de que cada cultura tiene idiosincrasias y creencias diferentes de la muerte, hay un nexo entre culturas que define la actitud ante la muerte y es el conocerse como poseedor de recursos personales y experiencias que les permita afrontarla.

Son los seres humanos los únicos seres vivos con la capacidad de reconocer el tiempo y el espacio pudiendo entender así que algún día morirán. Este conocimiento se va obteniendo desde la niñez en el transcurso de los encuentros con la muerte y la connotación construida a partir de dichos encuentros, en visiones distintas del “morir”. Incluso durante el desarrollo del ciclo vital la significación de la muerte va a pasar por diferentes visiones, teniendo entre estas la asociación inevitable con la vejez (Hernández et al, 2011, p.66). En los siglos XVIII y XIX se puede ubicar el estereotipo del adulto mayor como ser senil y que va en constante deterioro, teniendo en cuenta el proceso de pérdida del cuerpo del adulto mayor que se vuelve crónico e irreversible, se toma incluso esta etapa como una enfermedad, la enfermedad de la vejez, de tal modo que es nombrada, la degeneración progresiva, como lo normal y esperable. (Klein, 2016, p157)

Al adulto mayor le empieza a preocupar la pérdida y la muerte. La pérdida de situaciones y beneficios sociales, afectivos, familiares, de capacidades y autonomía. Empiezan a aparecer las dificultades fisiológicas, autodesvalorización, baja autoestima y otros cuantos sobresaltos que lo aproximan al hecho de la muerte (Hernández et al, 2011, p.67). El senescente es ubicado bajo el nombramiento de un ser inútil e improductivo para

la sociedad, y pasa como lo dice Iacub (citado por Klein, 2016, p157) por dos muertes, la muerte para la sociedad y la muerte individual. El adulto mayor se aparta del vínculo social para sumergirse en el aislamiento de su propio mundo. (Klein, 2016, p157). El cuento de Silvia Castillejos (2009) narra dolorosamente el paso a la muerte social que vivencia el adulto mayor (todas las cosas antiguas se han ido desapareciendo, yo, yo también me fui borrando sin que nadie se diera cuenta. Anexo 12.1.2)

Es aquí donde entra la importancia de las representaciones sociales, el papel que ocupa el otro socialmente y el que la sociedad le reconoce. Cuando la muerte es vista desde el punto de la religiosidad, pierde angustia. “El miedo a morir disminuye con la creencia hacia alguna imagen religiosa dependiendo de la religión que profesen.” (Hernández et al, 2011, p.72). Siendo aún más angustiante la “muerte en vida” ante los seres queridos tal como lo encontraron Hernández et al. (2011, p.72) en su investigación con adultas mayores institucionalizadas.

La mayor pérdida para ellas es la muerte de miembros de su misma sangre, por ejemplo, hijos. Y no solamente la pérdida física (muerte), la distancia emocional también la consideran una pérdida; saber que sus hijos ya no desean visitarlas o no son bien recibidas en sus casas es algo que impacta fuertemente sobre su estado de ánimo pues el desprecio y discriminación por parte de ellos las obliga a caer en depresión.

Más que la muerte física, preocupa la “carga” en la que se pueden convertir para sus seres queridos y las implicaciones que esto trae consigo sobre el lugar que les dan las personas significativas. Cuando la persona llega a esta etapa de la vida se empieza a tornar desgastante para la familia. El deterioro propio, evidenciado por el paso de los años en las áreas cognitiva, motriz, y sensorial, hacen parecer al anciano como una carga, y no solo la familia lo percibe así, el senescente también lo siente. El cambio que sufre en el desempeño social, familiar, laboral, personal es notorio e impactante en el transcurso de la etapa, puesto que no puede desempeñarse como lo hacía anteriormente y empieza a ser una persona vulnerable y frágil frente a las exigencias del medio.

No obstante, Rowe y Kahn plantean (citados por Klein, 2016, p.158) nuevas formas de inserción social y el concepto de envejecimiento exitoso. El cual incluye la optimización de la funcionalidad que compensen las pérdidas normativas y no normativas del envejecimiento social y biológico. Para que haya un envejecimiento exitoso conviene desarrollar relaciones interpersonales satisfactorias y mantener actividades productivas, (Klein, 2016, p.158) entendiéndose que más allá de la muerte orgánica, los adultos mayores que aún no pasan por el proceso de envejecimiento exitoso mueren socialmente cuando se adentra en esta etapa de la vida.

El apoyo social es muy importante en la incorporación del adulto mayor al nuevo estilo de vida que se le presenta con los años. Pérez & Arcia (2008, p.11) citando a Barrios Lazaeta y Sanz, plantean que “la falta de definición de un rol social en el anciano influye a

la hora de imprimir un sentido a la vida, y que parte de este se obtiene precisamente al cumplir el rol básico asignado por la sociedad. La ausencia de tareas específicas conlleva a la dificultad de no saber dónde concretar los esfuerzos y dónde volcarse para actualizar sus propias potencialidades”, pero, por medio de las redes de apoyo social, el anciano se vincula de una manera diferente -a la que estaba acostumbrado- a la sociedad, sintiéndose útil y productivo en otros aspectos y roles de la vida.

Debido a esta problemática, se suscitan interrogantes correlacionales frente a la depresión y el apoyo social, lo cual impulsa la decisión de realizar esta investigación en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor -Casa de la Divina Providencia- de Puerto Berrío. ¿Existe relación entre la depresión y el apoyo social en los adultos mayores del Centro de Protección Social al Adulto Mayor -Casa de la Divina Providencia? En el siguiente apartado se encontrarán los antecedentes relacionados al apoyo social, depresión, y factores que en investigaciones se identificaron influyentes en el estado de ánimo de los adultos mayores.

2. JUSTIFICACIÓN

Por lo encontrado referente al adulto mayor y a la notable influencia del apoyo social y sus redes, que han destacado los autores de las investigaciones mencionadas en el planteamiento del problema y que encontrarán en los antecedentes, se considera importante la realización de este trabajo, ya que, en el municipio de Puerto Berrío no se ha llevado a cabo un estudio de esta índole. Sería valioso determinar cómo influye o no las redes sociales de apoyo en la aparición de síntomas depresivos, y que acorde con ello, se puedan desarrollar propuestas interventivas que contribuyan con la reducción de la alta tasa de mortalidad que genera la depresión en los adultos mayores.

Los ancianos, sus familias, las Instituciones y los profesionales que en el desarrollo de su actividad tengan alguna relación con los adultos mayores; tales como los gerontólogos, trabajadores sociales, sociólogos, médicos, enfermeras y demás resultan beneficiados con estos resultados ya que, este trabajo genera un aporte académico importante en la medida que profundiza acerca del adulto mayor, sus relaciones y la influencia del apoyo social, la autopercepción y el rol que cumple en la sociedad en relación al estado de ánimo y la adaptación al medio en el que se desenvuelve.

Todos estos aspectos le dan relevancia a la realización de este estudio, que permitirá identificar la presencia y el tipo de relación de estos aspectos y consecuentemente ofrecer la información a los directivos del Centro de Protección Social , para que a futuro se

puedan formular posibles intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida del adulto mayor y la calidad de servicios que este tipo de organizaciones y profesionales relacionados les pueda ofrecer a ellos y a sus familias. Seguidamente se darán a conocer los objetivos de esta investigación.



3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar cómo el apoyo social incide o no en la presencia de síntomas depresivos de los adultos mayores institucionalizados en la “Casa de la divina providencia” de Puerto Berrío Antioquia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar la existencia de depresión en los adultos mayores del Centro de Protección Social al Adulto Mayor, “Casa de la divina providencia” de Puerto Berrío Antioquia.

3.2.2 Conocer el apoyo social y otros factores que se puedan considerar precipitantes o causantes de la depresión en los senescentes del Centro de Protección Social al Adulto Mayor, “Casa de la divina providencia” de Puerto Berrío Antioquia.

3.2.3 Identificar la percepción que tiene el adulto mayor de sí mismo en cuanto al rol que cumple dentro de la sociedad.

4. ANTECEDENTES

En este apartado se relacionarán investigaciones del apoyo social en el adulto mayor, sus implicaciones, consecuencias y repercusiones en la calidad de vida de los senescentes con el propósito de documentar el transcurso de esta investigación con hallazgos previos.

La tercera edad trae consigo diversos cambios, entre ellos se encuentran la viudez, jubilación, cambio de residencia, disminución en el contacto social, etc. y son las experiencias y el transcurso de la vida lo que hace sentir al adulto mayor, realizado o fracasado en esta etapa. Se ha posicionado la idea de envejecimiento exitoso, cuestión que está ligada a la capacidad de individuo de integrarse tanto social como familiarmente (Vivaldi & Barra, 2012, p.23).

La percepción y el rol social del adulto mayor está influenciado por la sociedad y sus características, pues de ahí se deriva la forma de integrar o desintegrar a los ancianos en el sistema social. Chawla (citado por Zavala, Vidal, Castro, Quiroga, y Klassen, 2006, p.54) afirma que “los ancianos no siempre son dependientes a causa de su decadencia física, sino que lo son frecuentemente debido a la forma cómo son categorizados socialmente y a las presiones que se ejercen sobre ellos”.

Según Zavala et al. (2006, p.54) son las carencias sociales, las que restan sentido y auto valencia a los ancianos, pues al no contar con actividades y roles específicos para dicha población, se sienten inútiles y sin reconocimiento social.

En Colombia se brindan pocas oportunidades de trabajo a los ancianos. Según el registro de la dinámica del empleo, desempleo y subempleo en el mercado laboral, el 29% de los ancianos entre 60 y 79 años de edad continúan activos, a partir de los 80 años esa participación se reduce a 5,8%, (Giraldo y Cardona, 2010, p.56). Lo cual denota la situación negativa que viven los adultos mayores en Colombia en el ámbito laboral y social, puesto que no tienen en cuenta lo que el anciano puede brindar en cuanto a la experiencia, sabiduría y conocimientos adquiridos a lo largo de los años, sino que los relegan para que dejen el trabajo a los jóvenes.

Es importante que los países busquen promover el envejecimiento activo implementando políticas que promuevan el bienestar biopsicosocial del adulto mayor. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada por Giraldo y Cardona (2010, p.56) se encuentra que Colombia no logra cubrir a cabalidad las necesidades de los ancianos.

Según el Departamento Nacional de Planeación, el Sistema General de Seguridad Social de Colombia logra hoy por hoy un cubrimiento en salud cercano al 50% de la población, y en pensiones no supera el 25% de la población, donde sólo el 17% son mayores de 60 años. (Giraldo y Cardona, 2010, p.55)

Contrario a lo que sucede en Cuba, puesto que, cuentan con el programa de Atención al Adulto Mayor, el cual busca promover la calidad de vida de los miembros de la población adulta, teniendo en cuenta actividades relacionadas con la ampliación e incrementación de presupuestos de los servicios de la seguridad social de los jubilados, servicios de salud gratuitos, actividad física, empleo de tiempo libre entre otros (Figueredo, Sotolongo, Raisa,

Madera y Díaz, 2003, p.1-2).

Cabe resaltar que el adulto mayor en Cuba no es marginado ni rechazado por la sociedad, puesto que tanto el estado como la familia propician un ambiente en el cual el senescente se sienta útil, acompañado y pueda potencializar sus capacidades.

En este sentido es necesario destacar que la percepción que el adulto mayor tiene de sí mismo influye de manera significativa en el funcionamiento social. Pues, en la investigación realizada por Zavala et al. (2006, p.60) se encuentra que los adultos mayores que puntuaron alto en autoestima se percibían mejor en su autoreporte de funcionamiento social. De igual manera sucede con la percepción del funcionamiento familiar, a mejor percepción en el funcionamiento familiar, mayor es el desempeño del funcionamiento social.

Anzola et al, (citado por Zavala et al, 2006, p.53) piensa que la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la principal fuente de apoyo, sino también la preferida por los ancianos y a la que acuden, generalmente, en primera instancia. En un estudio realizado por Espinoza, Méndez, Villarroel, Lara, Y Rivera (2009, p.70) se puede observar que los cuidadores de los ancianos en su mayoría son familiares, estos asumen el rol de colaborar en el cumplimiento de actividades de la vida diaria que el anciano no es capaz de desarrollar por sí mismo.

Aunque los cuidadores tengan toda la intención de ayudar a los adultos mayores, cabe apuntar que estos cumplen múltiples roles y no están preparados en el tema, lo cual lleva a

presentar signos y síntomas de sobrecarga, puesto que, en ocasiones se debe renunciar a las relaciones sociales, reducir las horas de descanso e incluso presentar sentimientos de culpa por realizar actividades que no tengan nada que ver con el adulto mayor (Espinoza et al., 2009, p.71).

En dicho estudio se encontró una relación significativa entre la sobrecarga del cuidador y sus propias características, tales como la presencia de hijos ($p < 0.01$), observándose lo mismo entre la realización de otra actividad laboral y la sobrecarga ($p < 0.05$). No obstante, no se encontraron relaciones significativas entre las características del adulto mayor y sobrecarga del cuidador. Lo cual indica que los cuidadores informales que tienen hijos y realizan otra actividad laboral aparte del cuidado del “viejo”, presentan más niveles de sobrecarga que los cuidadores que no tienen estas características. Sin embargo, en un estudio realizado por Acevedo, González, Trujillo y López, (2014, p.83) se afirma que los ancianos asistentes a los centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam) en la ciudad de Saltillo, entienden que sus familiares tengan otras obligaciones, de hecho, les agradecen por compartirles parte de su tiempo. Empero, “con base en su propio discurso, pudo observarse que esta situación determina su estado anímico, al grado de caer en la depresión ante sentimientos relacionados con la soledad y el abandono”. (Acevedo et al, 2014, p. 93).

De igual manera los ancianos aluden estar complacidos por haber cumplido con su familia, se siente bien con todos los integrantes de la familia y no se sienten viejos ni acabados, algunos quisieran tener años menos para poder servir de manera productiva en el club de tercera edad al que pertenece. (Acevedo et al., 2014, p.81) Se puede observar como

personas con actitud positiva frente a la vida y la etapa en la que se encuentran.

La ONU plantea que los componentes básicos de la calidad de vida se integran por la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos. “Para el anciano el padecer una difícil situación económica no es tan grave como la falta de la presencia y afecto familiares, representando el punto neurálgico de la calidad de vida”. (Acevedo et al, 2014, p. 94).

Se puede precisar que la autopercepción y la percepción que la sociedad tenga del adulto mayor influyen decisivamente en el papel que éste desempeñe en la sociedad, puesto que si la concepción es positiva y se valora la sabiduría y la experiencia del senescente este tendrá más campo de acción en el ámbito laboral y social, contrario a lo que puede ocurrir si se tiene una percepción negativa y denigrante. Así pues, la autopercepción del anciano se verá afectada por la visión global y los roles que desempeñen no solo en el ámbito laboral y social sino también en el círculo familiar, y esto será un factor determinante a la hora de imprimirle sentido a la vida.

5. MARCO TEÓRICO

En este apartado se encontrarán los conceptos fundamentales para la realización de esta investigación siendo estos, Adulto Mayor, Apoyo social, Depresión, Tristeza, Duelo y Muerte. La presentación de estas construcciones conceptuales permite comprender los significados desde los cuales se guía el transcurso de este estudio.

5.1 ADULTO MAYOR

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también pueden ser llamados de la tercera edad. “Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro” Ministerio de salud (sf).

Según Birren (1980) “el envejecimiento es un proceso natural que comienza con la concepción del ser, prosigue durante toda la vida y continúa con la muerte” (como se citó en Muñoz 2016). En esta etapa se alcanzan algunos rasgos representativos, en el ámbito biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Según la Organización Mundial de la salud (2015) el envejecimiento visto desde el factor biológico es la consecuencia de múltiples daños moleculares y celulares acumulados

a través del tiempo, esto acarrea deterioro de las capacidades físicas y cognitivas que conllevan a diferentes cambios en los adultos mayores, no obstante, dichos cambios varían de acuerdo a factores personales, la historia, y los hábitos de vida.

A continuación, se nombrarán los principales cambios que se presentan en esta etapa: Los órganos se van deteriorando por múltiples causas entre ellas se encuentran los accidentes, enfermedades y hábitos de vida. A esto se le suma el detrimento del cuerpo: deterioro de los sentidos, huesos, y los músculos provocando disminución de la fuerza, peso y resistencia. El cartílago de la espina dorsal se comprime y hace que la persona pierda tres centímetros de estatura. Se presenta una disminución del calcio provocando que los huesos se debiliten y que los ancianos sean más propensos a fracturas; las canas se van haciendo evidentes, la piel se reseca, se vuelve más delgada y pierde elasticidad. (Sánchez, 2008, p. 283).

Los cambios en el cuerpo con el transcurrir de los años se hacen cada vez más notorios generando el deterioro del organismo limitando a los adultos mayores para realizar actividades que impliquen mucha fuerza.

Por lo anterior, en la sociedad se tienen prejuicios frente a los senescentes, puesto que, se les considera enfermos, débiles, pobres y desempleados, no obstante Torres (2000) citado por Sánchez (2008, p. 284), argumenta que “no se puede negar que muchos ancianos (...) viven en condiciones de abandono y desventaja, en muchos otros casos son personas plenas felices y productivas”, así pues, se debe tener en cuenta el caso por caso, no todas las personas envejecen de la misma manera y bajo las mismas condiciones.

De acuerdo con lo anterior Burnside (1979) como se citó en Sánchez (2008, p. 284), argumenta que la vejez se debe analizar en relación con cuatro décadas:

Sexagenarios: En esta etapa se dan múltiples cambios como lo es la jubilación, la viudez y la falta de amigos, en donde el sujeto deberá asimilar dichos cambios y comenzar a adaptarse al nuevo ambiente en el que se desenvolverá. Según Havighurst citado por Sánchez (2008, p. 285), la sociedad disminuye las expectativas frente a los adultos mayores y cada vez se le exige menos, menos creatividad, dinamismo e independencia. Es de resaltar que la jubilación se puede presentar entre los 60 y 65 años, la decisión de retirarse dependerá del estado de salud, las exigencias del trabajo y condiciones económicas, puesto que, hay ancianos con buena solvencia económica, pero otros no, por ende, les toca trabajar para su sostenimiento cotidiano.

Septuagenarios: en esta década se tiene un objetivo importante, mantener íntegra la personalidad instaurada en la década anterior, puesto que se dan diversos cambios pudiendo desajustar al individuo provocando movilización de la personalidad, dichos cambios varían desde la pérdida de amigos hasta la pérdida del rol social que venían desempeñando anteriormente, aledaño a esto disminuye la actividad sexual ocasionada en su mayoría por la pérdida de pareja. El adulto mayor deberá adaptarse a dichas pérdidas y dependiendo de esto tendrá o no un envejecimiento exitoso.

De modo análogo aparecen las enfermedades que van dando cuenta del deterioro del cuerpo, no obstante, gracias a los avances tecnológicos y de la medicina los adultos mayores pueden tener una vida más saludable o adherirse a tratamientos para sobrellevar la

enfermedad.

Octogenarios: en esta década se pasa de ser anciano joven a anciano viejo los deterioros se hacen más evidentes, los adultos mayores viven de los recuerdos y les cuesta adaptarse e interactuar con el medio, por ende, se hace necesario un ambiente acogedor, en el cual, se cuente con redes de apoyo, ya sea informal o formal, que le brinde al senescente sostenimiento, seguridad, privacidad y estimulación que contribuya a la adaptación del medio y al mantenimiento de los contactos sociales y culturales.

Nonagenarios: Para esta etapa se sigue presentando cambios paulatinos en el estilo de vida, ya la pareja y la mayoría de amigos han fallecido, el círculo social se vuelve más reducido y los problemas de salud se tornan más graves. Si las crisis anteriores se resolvieron adecuadamente, será una etapa satisfactoria, posibilitando el envejecimiento exitoso y la preparación para la muerte.

En conclusión, se debe tener en cuenta que los ancianos presentan características homogéneas en relación con el desgaste y deterioro del cuerpo, no obstante, son realmente heterogéneos, puesto que, cada uno vive de manera diferente la etapa de la vejez de acuerdo a la historia de vida, personalidad, grados de salud, independencia y bienestar.

5.2 APOYO SOCIAL

Es necesario argumentar que las redes de apoyo son un recurso importante para el sostenimiento del adulto mayor el cual le permite soportar los diversos cambios presentados en esta etapa y de esta manera optimizar el estado de salud y bienestar otorgando reconocimiento como ser humano útil y productivo. (Cardona, Estrada, Chavarriaga, Segura, Ordoñez & Osorio, 2010, p.415).

Las redes de apoyo social pueden ser formales e informales. Las informales están conformadas principalmente por la familia, luego los amigos, vecinos, excompañeros de trabajo, que prestan diferentes tipos de ayuda permitiéndoles “(...) la incorporación en la gestión colectiva, protagonismo, construcción de la sociedad civil, realización individual y mecanismos para el desarrollo humano”. (Cardona et al., 2010, p.416). El apoyo social formal corresponde a entidades privadas, gubernamentales o que están incluidas sociopolíticamente al estado. (Cardona et al., 2010, p.415).

Los adultos mayores de 75 años en adelante tiende a aumentar su dependencia, exponen Cardona et al. (2010, p.416) por lo que necesitan mayor apoyo derivando en algunos casos en institucionalización, tomando esta como solución a problemas de índole económico, abandono, marginación social y/o falta de apoyo. Las instituciones que brindan asilo a los adultos mayores suelen carecer de integralidad, lo que implica gran desafío para encontrar un equilibrio entre autocuidados, sistema de apoyo informal y cuidados profesionales.

En este sentido el Ministerio de Salud (sf) argumenta que los adultos mayores son

sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones”. Dando cuenta de la importancia de vincular a los senescente en el ámbito, social y familiar puesto que, aunque presenten ciertos deterioros no pierden sus derechos y facultades.

Cardona et al, sobresaltan la importancia de las redes sociales de apoyo en el envejecimiento físico y cognitivo, ya que estar integrado a la familia y la comunidad repercute en un sentimiento positivo con la vida. La satisfacción que genera el apoyo social formal e informal, el buen trato, acompañamiento etc. dentro de las instituciones dignifica la vida del adulto mayor. (2010, p.417).

Cuando las redes sociales de apoyo no generan el sostenimiento suficiente para el adulto mayor, suele desarrollarse en los senescentes sentimientos de tristeza presentados como sintomatología depresiva.

La depresión es uno de los trastornos mentales más complejos en la tercera edad, puesto que, la comorbilidad de las enfermedades somáticas, la disminución de la capacidad cognitiva y los sucesos adversos influyen de manera significativa en el sufrimiento emocional.

Es importante resaltar que los datos acerca del curso, tratamiento y evolución de la depresión en el adulto joven, no se deben utilizar para la depresión de los ancianos, por lo que, el diagnóstico queda subestimado. De igual manera la sintomatología típica de la depresión en ambas poblaciones acontece de manera diferente.

La depresión en los ancianos muchas veces se ve enmascarada por quejas somáticas, dolor o ansiedad, exhibiendo un perfil hipocondríaco. Por otro lado, Gottfries (citado por Alcalá et al, 2007, p.49) argumenta que el sentimiento de tristeza se vivencia en menor medida en la depresión del adulto, y que presentan en mayor medida, estados afectivos ansiosos.

Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibáñez (citados por Alcalá et al, 2007, p.49) piensan que los afectos cambian en relación con la edad y el sexo, por ende, es necesario implementar la utilización de escalas clínicas de la depresión de acuerdo con las diferentes edades.

En cuanto a los afectos propios de la depresión en el adulto mayor cabe resaltar que las emociones que se presentan son negativas, «Afectividad negativa», «Miedo», «Hostilidad», «Culpa», «Tristeza» y «Fatiga».

Los datos permiten establecer dos diferencias fundamentales de la depresión en la tercera edad frente a la depresión en el adulto: una menor intensidad de la afectividad negativa y una menor intensidad en los afectos de miedo, hostilidad y culpa. También se concluye que la tristeza no es un elemento diferenciador entre ambas poblaciones depresivas. (Alcalá et al, 2007, p.49)

Es necesario resaltar que las características de la depresión están descritas en el DSM IV-TR. No obstante, existen algunas variaciones en la depresión del adulto mayor, el

síntoma típico de la depresión se presenta en menor medida en los ancianos que en las personas jóvenes. Por otro lado, el adulto mayor experimenta la depresión de manera severa y con sentimientos más melancólicos, empero en las escalas que miden la percepción subjetiva de las personas acerca de la depresión se encuentra que los adultos mayores manifiestan en menor proporción los síntomas que los jóvenes. Tal vez puede ser porque los ancianos tienden a percibir los sentimientos de tristeza como “normales”. (Peña, Herazo & Calvo, 2009, p.348)

La presencia del trastorno depresivo en los adultos mayores constituye consecuencias no solo para quien lo padece sino también para los familiares, amigos y el estado. Puesto que, disminuye la calidad de vida de los ancianos, e incrementa la mala percepción de salud, de ahí que, presente quejas somáticas y visite al médico frecuentemente generando gastos a los servicios de salud al nivel mundial. Además, se debe reconocer que los que padecen depresión tienen un funcionamiento igual o peor a las enfermedades crónicas tales como artritis, enfermedad pulmonar o diabetes. (Peña et al., 2009, p.348)

Bastidas (2014, p.195) resalta la importancia de la diferenciación de los síntomas de una enfermedad médica y la depresión, ya que, la falta de profundización en esos temas conlleva a una errada impresión diagnóstica y no se otorga la atención especializada. La constante sobrediagnóstico médica minimiza la importancia de la depresión, aunque tampoco se trata de sobrediagnosticar depresión por encima de cuadros sindrómicos de enfermedades médicas.

En este sentido cabe apuntar que la depresión puede presentarse como parte de

enfermedades clínicas, tales como: episodio depresivo mayor, trastorno bipolar, distimia, ciclotimia, reacción de ajuste con ánimo depresivo o a manera de un trastorno orgánico depresivo (depresión secundaria).

De igual manera existen trastornos médicos asociados a la depresión, (las enfermedades neoplásicas, enfermedades cardiovasculares, trastornos endocrinos, trastornos neurológicos, enfermedades metabólicas y/o de la nutrición, infecciones, abuso de sustancias, efectos adversos de algunos fármacos como los antihipertensivos). Todo esto se debe tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico, puesto que, es necesario identificar cuál es la condición que prima para intervenir de manera adecuada y evitar diagnósticos mal formulados.

Las quejas somáticas son utilizadas en gran medida por los ancianos que experimentan depresión, sin embargo, estas quejas deben ser desproporcionadas ante una enfermedad y no deben ser mejor explicadas por la condición de hipocondría. Es necesario resaltar que las quejas somáticas se encuentran en un 65% de los casos en la depresión del adulto mayor. (Peña Et al, 2009, p.349).

Cuando hay pacientes que niegan experimentar tristeza en la depresión, es necesario indagar por otros síntomas como: desesperanza, ansiedad, quejas de memoria, anhedonia, descuido en el arreglo personal, falta de adherencia a los regímenes farmacológicos o dietarios y quejas hipocondríacas. (Peña et al., 2009, p.349).

Con respecto a la depresión como factor etiológico de enfermedades médicas se encontró que en ECV (enfermedades cardiovasculares) no es tanto un factor etiológico sino un factor de riesgo que a través de cambios fisiopatológicos y conductuales desencadenan en ACV (accidente cerebrovascular). (Bastidas, 2014, p.196-209)

Con respecto a la diabetes se ha enmarcado más la influencia etiológica, debido a, que fisiológicamente se activan mecanismos que hacen resistencia a la insulina cuando el adulto mayor tiene depresión. Se ha encontrado también que la depresión es un factor de riesgo para el desarrollo de patologías neurodegenerativas tales como el Alzheimer y el Parkinson, aunque aún carece de respaldo empírico para catalogarlo como factor etiológico (Bastidas, 2014, p.209).

En tanto en las enfermedades médicas anteriormente mencionadas sí se encuentra una relación directa etiológica con la aparición de síntomas depresivos, en consecuencia, de los deterioros funcionales y anatómicos de estructuras corticales y subcorticales, al igual que del sistema neuroendocrino inciden en permanentes cambios del estado de ánimo asociados a la depresión. En cuestión de la depresión como respuesta emocional al padecimiento de enfermedades médicas se enfatiza en enfermedades crónicas y se avala con la vasta evidencia empírica que se ha desarrollado, debido a las implicaciones de salud, sociales y funcionales que sobrepasan al individuo desencadenando así síntomas depresivos. Aunque cuando el Alzheimer se presenta en mayor severidad, debido a los daños cognitivos, impide detectar los cambios de ánimo y expresarlos. (Bastidas, 2014, p.210-211)

El padecimiento de síntomas depresivos en los adultos mayores también está influido por otros factores biopsicosociales, entre ellos se ha encontrado en diferentes estudios que las féminas tienen mayor probabilidad de presentar estos cuadros sindrómicos, al igual que la incidencia que se denota en la baja escolaridad y el déficit en el apoyo social. En el 77,8 % de los ancianos que presentaron depresión en el estudio realizado por Pérez & Arcia (2008, p.9) el apoyo social fluctuó de moderado a bajo. La edad avanzada de los sujetos que conformaron la muestra puede explicar la carencia del apoyo proveniente de las áreas: laboral, de pareja e índice de contacto social. Sin embargo, si bien todas las áreas mostraron una notoria afectación, la más sensible fue la exhibida por el área familiar, seguida por la afectación en el área de las relaciones sociales.

5.3 DIFERENCIACIÓN ENTRE LA DUELO, DEPRESIÓN Y TRISTEZA

5.3.1 DUELO

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida (Meza, García, Torres, Castillo, Sauri Suárez, Martínez y Silva, 2008, p. 28).

Por otro lado, Alba Payás argumenta que:

El duelo es la respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa, o valor

con los que se ha construido un vínculo afectivo, aunque suele ser más intenso tras el fallecimiento de un ser querido y como tal, se trata de un proceso natural y humano y no de una enfermedad que haya que evitar o de la que haya que curarse (como se citó en Pejenaute, Reyes y Grasa, 2013, p 204).

Se considera que el duelo se presenta cuando se ha muerto algún ser querido, no obstante, el duelo se extiende no solo a la muerte de un ser amado, sino también a la abstracción que ha ocupado su lugar, como, la patria, la libertad, el ideal, entre otros. De igual manera el duelo se puede presentar en todo tipo de situaciones vitales en la cual se experimenta alguna pérdida o ruptura de una persona u objeto que tenga significado para la o las personas que le pierden. Así pues, no toda muerte ni toda situación entraña un duelo, lo esencial del duelo es el cariño y la pérdida. No obstante, esto se evidencia en diferentes magnitudes de acuerdo el grado de afiliación y valor que se le atribuye al objeto o a la persona perdida (Meza et al., 2008, p. 28 - 29).

Es necesario resaltar que algunos estudios refieren que el 16% de las personas que pierden a un familiar sufren de depresión durante el año siguiente, empero esta cifra aumenta a un 85% en la población mayor de 60 años (Meza et al., 2008, p. 29). Lo cual denota que el duelo puede ser incapacitante para las personas que lo experimentan siendo contraproducente en diferentes esferas de su vida.

Así pues, el duelo se relaciona con la aparición de problemas de salud aumentando el índice de muerte por eventos cardíacos y suicidio, se incrementa el riesgo de depresión,

ansiedad, estrés, así como el abuso de alcohol y de psicofármacos (como se citó en Pejenaute et al 2013, p 205).

La prevalencia del duelo en la población es de 5% lo cual ocasiona que haya una mayor demanda y gastos en los servicios de la salud, en una investigación realizada por López 2001 se encontró que existe un aumento del 80% de consultas médicas en las personas que atraviesan por un duelo, de igual manera ocurre con las viudas las cuales tienen un ascenso de 63% de consultas médicas en los primeros 6 meses y 4 meses, y los viudos durante los primeros 20 meses (Pejenaute et al 2013, p 205).

A todo lo anterior se le suma que en los ancianos el duelo pasa por muchas dificultades puesto que en este momento atraviesan por múltiples pérdidas y cambios de vida (el deterioro físico, cognitivo, la jubilación, etc.) de los cuales es difícil adaptarse si no cuenta con los recursos suficientes para afrontar la pérdida, de igual manera en la ancianidad se tiende a somatizar las respuestas emocionales cubriendo el sufrimiento psicológico y disminuyendo hasta un 12% la esperanza de vida, ya que la salud es reemplazada por enfermedades y somatizaciones que conllevan al deterioro de la calidad de vida del senescente (Pejenaute et al 2013, p 204-205).

El ciclo vital del duelo pasa siempre por diversas etapas: el inicio o primera etapa, la etapa central y la etapa final. En lo que concierne a la primera etapa cabe mencionar que se caracteriza por un estado de choque donde hay una alteración en el afecto, el intelecto se

encuentra paralizado, se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor. La persona experimenta incredulidad o rechazo que puede llegar hasta la negación de la pérdida, ostentando un comportamiento intranquilo en donde el individuo se encuentra confundido y bloquea de manera inconsciente las facultades de la información como un sistema de defensa. Esta fase de corta duración se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres. (Meza et al., 2008, p. 29).

Respecto a la etapa central cabe apuntar que es el núcleo del duelo, convirtiéndose en la fase de mayor duración caracterizándose por sentimientos depresivos donde se recuerda y se añora de manera constante al objeto o persona perdida.

En esta etapa existe una depresión que se va instalando rápidamente después de la pérdida y tiende a durar “desde meses hasta años (en el caso de complicaciones en la elaboración del duelo). El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos” (Meza et al., 2008, p.29-30). Asociado a los sentimientos depresivos se encuentra un leve retraimiento en donde las personas implicadas se sienten solas al nivel social y emocional, por lo que añoran estar con la persona perdida.

En lo que concierne a la etapa final cabe señalar que es el período de restablecimiento. Empieza cuando el individuo se interesa por su futuro, se traza ideales, metas u objetivos para continuar con su diario vivir. En esta fase la persona se relaciona de manera adecuada

con los demás, y es capaz de sentir deseo y de expresarlo. Así pues, “el estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente por la capacidad de amar de nuevo” (Meza et al., 2008, p.30).

No obstante Pejenaute et al. Consideran el duelo como un proceso único e irrepetible variable según el momento, la familia, la cultura, la persona puesto que esto depende de diferentes factores entre los cuales se destacan los factores personales: la edad, recursos de afrontamiento ante eventos estresantes, problemas de salud física y/o mental previos (como ansiedad, depresión, etc.), escasez de intereses, duelos anteriores no resueltos, reacciones de rabia, amargura, culpabilidad muy intensas y falta de recursos para hacer frente a la situación. Por otro lado, se encuentran los factores relacionales, es decir de la relación que tenía el doliente con la persona que se estableció la ruptura. Por otra parte, están los factores circunstanciales como la pérdida súbita, incierta y/o múltiple, la no recuperación del cadáver, tener un recuerdo doloroso del fallecido o muerte estigmatizada (sida, por ejemplo). Por último, se encuentran los factores sociales como la ausencia de apoyo social/familiar y recursos económicos escasos. Todos estos factores inciden de manera decisiva en el duelo y hacen de este un proceso individual en el cual no hay pautas universales. (2013, p 205-206).

Según Worden, para elaborar el proceso de duelo normal, en primer lugar, se debe aceptar la pérdida de manera cognitiva y emocional. En segundo lugar, hay que expresar y

exteriorizar el dolor emocional. En tercer lugar, debe haber una adaptación al medio en el que el difunto no está y, por último, invertir la energía emotiva en otras personas o relaciones (citado por Pejenaute et al 2013, p 205).

La mayoría de las personas son capaces de afrontar la pérdida de manera efectiva con su capacidad de afrontamiento y resiliencia (duelo normal), no obstante, a veces las circunstancias, características personales, relaciones y otros aspectos más hacen que el proceso sea difícil constituyendo el duelo de riesgo que en ocasiones se sale de control dando lugar a un duelo complicado (Pejenaute et al 2013, p 205).

En el duelo complicado la persona no expresa el dolor que experimenta (duelo reprimido) y continúa expresando la pena con la misma intensidad durante un largo período de tiempo dando lugar al duelo crónico. De igual manera se evidencia una incapacidad para desvincularse del fallecido y adaptarse al ambiente en el cual no se encuentra la persona perdida. En algunas ocasiones puede expresar sentimientos de culpa y autorreproche por cosas que cree que debió hacer y no hizo (Pejenaute et al 2013, p 206).

Es necesario argumentar que del 10% al 20% de los dolientes pueden experimentar un duelo complicado. No obstante, los adultos mayores son más propensos a presentar este tipo de duelo debido a diversos factores como “la edad, múltiples pérdidas previas, no solo personales, sino también de salud, frecuente ausencia de apoyo familiar y disminución de poder económico, entre otros” (Pejenaute et al 2013, p 206).

Para que se diagnostique el duelo crónico es preciso que se presenten una serie de criterios descritos en el DSM-V y estas características deben tener una duración mínima de seis meses. Si en este transcurso se encuentra alguna alteración mental se debe indagar por la posible conexión con el duelo (Pejenaute et al 2013, p 206).

Como se mencionó anteriormente, para que se desarrolle un proceso de duelo es indispensable que la pérdida sea significativa, es decir, que la falta de ese objeto o persona se viva como una pérdida negativa. De la misma manera es de resaltar que no todo proceso de duelo conlleva al desarrollo de una depresión, es decir, el proceso de duelo es la forma más adecuada para afrontar la pérdida.

5.3.2 DEPRESIÓN

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. (Ministerio de Salud, 2013, p. 12)

Según las OMS la depresión es una enfermedad frecuente en el mundo calculando su afectación a más de 300 millones de personas convirtiéndose en un problema de salud serio, ya que, cuando se presenta en larga duración e intensidad moderada a grave causa alteraciones en los distintos ámbitos de la vida de la persona como las actividades laborales,

escolares y familiares.

El enfermo depresivo experimenta una tristeza profunda que lo abarca y afecta en su vida personal y laboral, así mismo puede tener dificultades para sentir satisfacciones por actividades que anteriormente eran gratificantes. Ya el trabajo, las relaciones interpersonales, los hobbies no generan placer, ya nada le interesa ni lo motiva (Corbella, 1994, p.85).

Según Klein esta sensación se correlaciona con la desorganización funcional de los centros cerebrales. Parece que cuando la depresión es más reactiva y se presenta en menor intensidad hay menos alteración de la capacidad de experimentar placer contrario a cuando la depresión es endógena, y se pierde totalmente dicha capacidad (Corbella, 1994, p.86).

La tristeza es algo característico de la depresión y se expresa por medio del llanto, algunas personas tienden a llorar con mucha intensidad y se quebrantan cuando hablan de la persona o el objeto perdido. “El llanto está presente de manera inapropiada y descontrolada, lo que desespera al interesado consiguiendo solamente incrementar más las ganas de llorar” (Corbella, 1994, p.86). No obstante, el hecho de llorar no alivia ni consuela al deprimido.

El depresivo llega a un estado de abulia o apatía en donde experimenta desinterés, falta de motivación, voluntad o energía para realizar una actividad. La expresión verbal se

empobrece de manera progresiva, la capacidad intelectual y la concentración disminuye provocando que el afectado sea incapaz de realizar cualquier tipo de tarea o actividad, puesto que le resulta imposible imprimir energía, esfuerzo y vitalidad a las actividades encomendadas. se debe reconocer que las personas depresivas tienden a ser muy autocríticas y ven todas las cosas que le afectan de manera negativa produciendo la pérdida de autoestima, la auto culpabilidad y la censura (Corbella, 1994, p.87).

El afectado experimenta frecuentes trastornos del sueño, insomnio y dificultad para dormir cuando existe una fuerte ansiedad también se presenta la pérdida del impulso sexual y el apetito, así pues, cerca de un setenta por ciento de depresivos pierden peso durante esta afectación (Corbella, 1994, p.87).

“El pasado es visto siempre desde una perspectiva nostálgica, el futuro es contemplado con absoluto pesimismo: el agujero negro de la depresión imposibilita toda esperanza” (Corbella, 1994, p.87). La persona depresiva tiene la certeza de un infortunio y no quiere hacer nada para cambiar la situación, prevé que todo lo que le va acontecer son hechos malos y no hay nada positivo.

Es necesario precisar que la sensación de desesperanza puede estar acompañada de la ideación suicida y el suicidio consumado, por lo que el individuo siente que no podrá salirse de su estado. En algunos casos persiste la ideación del suicidio, pero no lo llevan a cabo, en cambio hay algunas personas que pueden llegar a efectuarlo, como hay otros que realizan

conductas autodestructivas como alto consumo de alcohol, el tabaquismo, la negativa a comer, el rechazo de la medicación o de cualquier tipo de actividad terapéutica (Corbella, 1994, p.87).

La afectividad del depresivo es rígida, la persona ostenta una incapacidad para ser afectuoso, tiene dificultades para manifestar su agradecimiento hacia las personas que lo cuidan y en muchas ocasiones lo expresan por medio de sentimientos de culpa, es decir “hago sufrir a todo el mundo, por mi culpa no pueden hacer lo que más les gusta, estoy amargando a mi pareja” (Corbella, 1994, p.89). Todo esto hace que la relación con los familiares, personas cercanas y demás allegados sea complicada y se relacionen poco, no obstante, en depresiones con mayor intensidad el individuo se muestra con total incapacidad para relacionarse con personas que no sean muy cercanas.

La mayoría de los depresivos experimentan un fuerte y constante cansancio, puesto que pierden mucha energía y se fatigan muy fácilmente en todas las actividades que realizan, ya sea física, intelectual o relacional (conversar con la familia, mirar televisión, o pasear etc,) pocas veces son capaces de tener iniciativa para realizar actividades, ya que, la apatía, abulia, y la falta de motivación conlleva a la no realización de actividades y cuando están llevando a cabo alguna, el cansancio le interrumpe o le reduce al máximo (Corbella, 1994, p.89).

Cabe mencionar que el duelo y la depresión tienen algunos síntomas y conductas

similares como es el trastorno del sueño, trastorno del apetito e intensa tristeza, sin embargo, se diferencia en la forma de volcarse, es decir en la depresión la persona se siente pobre y vacía, mientras que en el duelo el mundo es el que está pobre y vacío. Estas diferencias del estilo cognitivo fueron establecidas por Beck en 1979 y por otros colaboradores los cuales postulan que en la depresión existe una percepción negativa del mundo, de sí mismo y del futuro, esta concepción se puede presentar en las personas que experimentan un duelo, no obstante, su naturaleza suele ser transitoria (Worden, 2004, p.50).

5.3.3 LA TRISTEZA

Según Corbella (1994, p34) la tristeza es, pues, un sentimiento, un estado de ánimo, completamente normal y necesario en toda la amplia gama de posibilidades que tenemos. La tristeza se manifiesta con una limitación de la actividad, un cierto abandono y la vivencia de un sentimiento de indiferencia respecto de las cosas. Quien está triste tiene la tentación de considerar que no merece la pena esforzarse por nada y siente un fatalismo que limita su respuesta. La tristeza puede instaurarse de manera progresiva; sin darse uno cuenta va siendo invadido por un estado de apatía y pena, que puede vincularse a un acontecimiento, aunque aparentemente no parezca agresor, una palabra, un reproche, una mirada de aparente displicencia, una sensación nacida de un comentario o una interpretación de unos hechos que se consideran o se sienten como agresivos.

Como se ha podido identificar en los ítems anteriores, la tristeza es un síntoma positivo principal de la manifestación de un proceso de duelo o de una depresión. El sentimiento de tristeza está necesariamente presente para poder catalogar una pérdida del interés por el mundo como un proceso doloso propio de una pérdida real o simbólica o para entender que la pérdida de interés por sí mismo, el mundo y el futuro responde a un cuadro clínico de depresión; aunque la tristeza por sí sola no enmarca una de estas situaciones.

Las emociones, sentimientos y estados de ánimo responden a situaciones y vivencias concretas; a su interpretación y a cómo afecta positiva o negativamente en el ser humano; al conocimiento de las implicaciones que atañen las diferentes situaciones vivenciadas por el sujeto. El humor deseable en ciertas circunstancias de la vida del ser humano podría ser la tristeza, una mala noticia no tendría como humor deseable un momento de emociones positivas.

La tristeza se sitúa dentro de las emociones necesarias para el desarrollo de una vida acorde a los acontecimientos, aunque al igual que la euforia y alegría no sería sano manifestarse o experimentarse de manera constante (Corbella, 2014), ya que un estado sostenido de euforia, por ejemplo, sería propio de un estado psicótico o como diría Paoustoski (citado por Corbella, 1994, p.33) “ si un hombre vive en permanente estado de alegría y gozo e ignora la tristeza, puede dudarse de su profundidad personal y de su inteligencia”

Las esperanzas de vida, la autovaloración, la valoración del mundo y del futuro y el

tiempo de manifestación de síntomas es lo que se precisa para diferenciar una tristeza normal, de una patológica. El tiempo es uno de las variables más influyentes, según los manuales psicopatológicos, para definir si una tristeza se ha convertido en un proceso de duelo o si el proceso de duelo se ha complicado hasta mutar a una depresión.

5.4 MUERTE

A lo largo de la historia no solo se han dado cambios en los pensamientos sobre la muerte sino todo lo que atañe a esta, es decir, los roles familiares, las concepciones sociales, el arte, la literatura, los lugares en los que acontece, sus rituales, las reacciones emocionales que la envuelven, las perspectivas desde la que se estudia e incluso la forma en que se industrializa. Cualquiera que sea el cambio o novedad frente a este tema, la particularidad se asienta sobre lo que pertenece a una época y resurge en otras o viceversa.

Cabe mencionar pues, que la muerte desde algunos siglos atrás no se concibe sólo como un acontecimiento físico sino también espiritual e individual, en otras palabras, la muerte abarca aspectos relacionados con creencias sobre la forma de partir del mundo real hacia uno celestial, en el que se llevará a cabo un juicio final para evaluar las acciones cometidas por el individuo además de su reacción frente a estas antes de ser emitido un veredicto que definirá de ahí en adelante el camino por el cual será enviado; pero ya en el pensamiento de las sociedades industriales en el siglo XX, rechazaban este tipo de creencias que se difunden mediante la reforma católica. También se estableció una relación cada vez más estrecha con la biografía individual, la cual hace referencia a que el moribundo podría

ver una especie de capítulo o resumen conclusivo de su vida antes de morir y que su actitud frente a esta daría un toque definitivo.

Además, en los rituales frente a la muerte se dan cambios dentro de los cuales se incluyen ritos apaciguadores y ritos colectivos, celebraciones y creación de fechas para hacer un culto a los muertos. Cada rito cumple una función distinta para la persona próxima a morir al igual que para sus familias; la relevancia de unos y otros personajes ha variado, desde ser el moribundo protagonista hasta llegar a dar mayor importancia a los afectados para quienes se mantiene una carga dramática. Asimismo, reflejan el cambio de las relaciones y/o roles entre el hombre y las personas que lo rodean, mostrando así cómo todos estos desempeñan un papel distinto. Respecto al moribundo se realizaban acciones individuales consideradas de orden literario como el testamento, para expresar de manera más formal sus voluntades y de igual forma asegurar legalmente que serían respetados sus derechos, así como los rituales funerarios en los que el moribundo era oculto y luego sustraído a las miradas, varían de época en época y también de un país a otro; otro de los aspectos que dan un giro al rol de los protagonistas de los rituales es que se da una confianza desde lo afectivo para con el moribundo, lo que permite a este entregarse sin reserva a sus familiares, la iglesia y a la divinidad.

Los rituales en el siglo XVIII solían hacerse de forma creacionista para conservar al vivo y en épocas posteriores hasta hoy con la intención de evitar el dolor que la ausencia del ser genera. Como se mencionó en líneas atrás, el sujeto aún en su lecho de muerte tenía

protagonismo en sus honras fúnebres, contrario a épocas contemporáneas en las que a este se le empieza a privar de su responsabilidad frente a la propia muerte. Es así como se evidencian las transformaciones de costumbres en el tiempo, lo que en unas épocas se oculta en otras es revelado.

De otro lado, se encuentran las reacciones emocionales que devienen con la muerte, puesto que sacude a las personas de su lugar en la sociedad. En siglos anteriores se realizaban rituales que permitieran una noción reflexiva de la muerte, se comprendía el duelo como una expresión necesaria y válida; ya en otros momentos se generan cambios represivos en torno a lo emocional en función de proteger a los vivos de la dificultad para sobrellevar el vacío que deja la pérdida del ser. Se pone de manifiesto un rechazo por el luto abriendo paso a efectos traumáticos, tal y como lo señala Gorer “de manera impactante la muerte ha reemplazado al sexo como tema tabú”. (Ariés, 2000)

En relación con lo anterior, se dan cambios en la concepción social, antiguamente se contaba con una posición comprensiva del fenómeno, mientras que en la modernidad se propende al rechazo por la expresión del dolor en público unido a preservar la dignidad del moribundo a través del ocultamiento de su situación de enfermedad, dejando en un segundo plano su individualidad. Hay una negación frente a la posibilidad de hablar sobre la muerte y se forja una indiferencia frente al dolor del conmovido, al mismo tiempo este último tendrá que sumergirse en las actividades que cotidianamente desempeña. Se han ido creando métodos que corten toda forma de eventualidad con el muerto, que desaparezcan

cada vez más las consignas que fueron consideradas en algún momento como correspondientes al momento de luto, conllevando al afectado a conservar la máscara que solo en privado podrá quitarse para seguir honrando al muerto.

Hay que mencionar, además, los lugares en los que puede contemplarse la muerte: los cementerios, los hospitales y las habitaciones de los moribundos. En primer lugar, los hospitales fueron considerados en algunos períodos como lugares hostiles para quienes pudieran encontrarse allí, pero para los tiempos actuales se han ido convirtiendo en una forma de “muerte moderna”, de que sea más apacible o de prolongar la posibilidad de que el moribundo, ya no enfermo, permanezca vivo tal y como se le intenta hacer sentir. En segundo lugar, los cementerios permitieron esbozar fenómenos que precedieron a la salud pública, conllevando a que fueran construidos en las afueras de las ciudades por el abandono de estos en ciertos momentos, permitiendo al paso que se generara interés por el estudio de los cuerpos en descomposición o putrefacción, pero de manera opuesta se crea otra práctica moderna que impide precisamente el culto a los cementerios que en otros tiempos fueron exaltados como lugares colectivos de preservación de la memoria de los muertos. En último lugar puede retomarse la habitación del moribundo como forma de respetar la individualidad además de funcionar como rito apaciguador de las diferencias con el resto de individuos que formaban parte del círculo social y familiar del moribundo.

A su vez, el arte y la literatura funcionaron como medio de ilustración de las escenas de la muerte, seguidamente de los cadáveres, máscaras tomadas del rostro del difunto

(realismo), luego los cadáveres en descomposición que, a su vez, se convierten en objeto de estudio por parte de la ciencia que de forma obsesiva buscaba conservar los cuerpos. A este tipo de iconografía se le denominó artes moriendi, apareció en el siglo XII con tintes reflexivos, era el momento del juicio final; la muerte en el siglo XV adquiere una carga dramática que llega a su declive en el siglo XVIII, luego de haberse instaurado con una sensibilidad erótica mediante imágenes de la muerte física pero que no generaban terror; ya a principios del siglo XIX la muerte empieza a adquirir un mirada distinta, pierde representación y se intensifican los miedos por la aparición de la misma, en palabras del autor “el miedo a la muerte aparente fue la primera forma confesada y aceptable del miedo a la muerte” (Ariés, 2000, pág. 151).

En lo que respecta a la literatura, se debe decir que se basaba en una descripción de todo lo ya mencionado en relación con la muerte, se convirtió en una forma de expresar las emociones que surgen frente a la muerte propia y la del otro, así como una forma para argumentar las historias de vida de los sujetos, pero específicamente de las situaciones en las que la muerte acechaba o se consumaba. En la actualidad, se mantiene junto a áreas como la filosofía que se ha interesado por indagar sobre este fenómeno.

Finalmente, es necesario señalar la transformación o industrialización de las honras fúnebres, de lo que se puede sintetizar, que la muerte, se ha convertido en “objeto de consumo” a lo cual se añade las prácticas modernas de hacerla más apacible y al mismo tiempo negarla en la realidad como hecho doloroso, se busca a toda costa olvidar al muerto

y mantener una ilusión de que permanece vivo, esto último se encuentra ligado al culto de la apariencia corporal que además varía en cada cultura a lo largo del tiempo, a esto se suma los cambios en los rituales, los lugares en los que se vivencia la muerte y la forma de enfrentar las emociones que suscitan frente a esta.

De modo que, la muerte se ha ido convirtiendo entonces en el foco de estudios interdisciplinarios ya sea sociológicos, antropológicos, filosóficos entre otros, que vuelven a descubrir aspectos enmarcados en la historia, haciendo énfasis en las actitudes que se engendran junto a ella en cada época para la afirmación o descarte de hipótesis de acuerdo con las necesidades que el investigador plantee.

6. METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque cualitativo de la investigación descubre y afina las preguntas de investigación en la medida que se recolectan los datos sin necesidad de medición numérica; la investigación cualitativa se fundamenta en un proceso inductivo, yendo de lo particular a lo general, es decir, analiza las entrevistas para comprender, caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general. En la investigación cualitativa no se prueban hipótesis, en cambio se van generando a partir de la recolección de los datos y se refinan en el resultado del estudio. Este enfoque se basa en métodos de recolección de datos no estandarizados, por lo cual su análisis no es estadístico, teniendo como objetivo principal la recolección de datos, desde la perspectiva y puntos de vista de los participantes. Teniendo como tarea el investigador, de ahondar en los datos que sean manifestados de una u otra manera y que sean relevantes para el estudio.

El investigador cualitativo se sustenta en técnicas no estructuradas como las entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusiones de grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, etc. El proceso de recolección de la información es flexible, es decir, no está sujeto a una serie de pasos a llevar a cabo, pero se encuentran siempre bajo la interpretación y la significación que los participantes tienen de los eventos donde se tiene como propósito la reconstrucción de la realidad evaluada desde el desarrollo natural de los sucesos, es decir, sin ejercer manipulación y entendiendo la realidad como la

interpretación de los participantes frente a sus propias realidades, teniendo en cuenta que en la investigación están propuestas las realidades de los participantes, del investigador y las que se construyen en la interacción de los actores. Por esto, el investigador se introduce en las experiencias individuales de los participantes y construyen el conocimiento, siendo conocedor de que es parte del fenómeno estudiado.

Las investigaciones cualitativas no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más extensas, ni obtener muestras necesariamente representativas, ni réplicas.

La investigación cualitativa es naturalista e interpretativa porque estudia a los seres vivos y objetos en su contexto y ambiente natural e intenta otorgar sentido a los fenómenos en relación de los significados que las personas le atribuyen. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 8-9)

Según Jiménez-Domínguez (2000) (citado por Salgado 2007, p.71) los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos. De ahí que la intersubjetividad sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. La realidad social así vista está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva. El objetivo y lo objetivo es el sentido intersubjetivo que se atribuye a una acción. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus

características o conducta.

El presente estudio se realizó desde el enfoque cualitativo, debido a que permite la recopilación de la información de carácter subjetivo y conocer la posible presencia de depresión y la relación que guarda con el apoyo social y el cuerpo en el adulto mayor, teniendo en cuenta que los estudios al respecto, muestran una amplia relación entre ellos, que se fortalece con la percepción que los investigados tienen con el apoyo social.

La metodología que se utilizó es la fenomenológica ya que permite describir las experiencias de los participantes sin acudir a explicaciones causales, puesto que esta se basa en la experiencia vivida, posibilitando una mejor comprensión y análisis de la realidad humana, tomando como eje central la postura subjetiva y las vivencias de los participantes del proceso.

Es fundamental desde la fenomenología interpretar, analizar, descubrir y describir la realidad de los participantes, desde su historia de vida, creencias y discurso, para ello se debe tener en cuenta los cuatro existenciales propuestos por Mannen: “el espacio vivido (espacialidad), el cuerpo vivido (corporeidad), el tiempo vivido (temporalidad) y relaciones humanas vividas (relacionabilidad o comunalidad)” (como se citó en Sandoval, 1997).

Para acceder a la esencia del conjunto de existencias mencionadas anteriormente Spielberg propone siete pasos:

Intuición: implica el desarrollo de los niveles de conciencia a través del ver y el escuchar.

Análisis: identifica la estructura del fenómeno a través de la conversación y el diálogo entre el actor y el investigador.

Descripción del fenómeno: en este caso el investigador, (quien escucha) explora la experiencia del fenómeno y realiza un esclarecimiento de la interpretación de los hechos efectuando una descripción del mismo.

Observación: de los modos de aparición de los fenómenos.

Exploración del fenómeno en la conciencia: el investigador deberá hacer un análisis acerca de las relaciones que se presentan en el fenómeno observado, así pues, tratará de identificar bajo qué condiciones se experimenta y cuál es su naturaleza.

Suspensión de creencias: se realiza una suspensión temporal de juicio.

Interpretación de los significados ocultos o encubiertos: se utiliza para dar una descripción completa de la experiencia vivida.

Así pues, la fenomenología permite proponer un tipo de diseño de acción que consiste en que la realidad es construida por las personas involucradas en la situación y da cuenta de la experiencia vivida de cada uno de los participantes, permitiendo al investigador interpretar y analizar desde la historia de vida y creencias de los investigados.

Finalmente es de resaltar que interesa analizar las particularidades de los sujetos a fin de conocer la realidad única de los adultos mayores institucionalizados en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor de Puerto Berrío (Antioquia) donde permita comprender a profundidad el fenómeno que se pretende estudiar y no únicamente a la producción de generalizaciones de tipo cualitativo. Por tanto, el proceso del presente estudio se da de manera inductiva, en el que se desarrollan focos a partir de la información suministrada por los participantes.

6.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

La población participante se conforma por 4 adultos mayores institucionalizados en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor “Casa de la Divina providencia” de los cuales dos son mujeres y dos hombres, con características diferenciales de estado civil, apoyo social, enfermedades, etc. quienes participaron libremente y se les realizó un consentimiento informado verbal donde diera cuenta del objetivo de la investigación y el uso y reserva de los datos que ellos otorgaron. Una vez realizado este procedimiento se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas.

LOS ADULTOS MAYORES SE IDENTIFICARÁN CON LAS LETRAS A, B, C Y D. EN LA SIGUIENTE TABLA SE ENCONTRARÁN LAS CARACTERÍSTICAS PARTICULARES DE LOS SENESCENTES.

CARACTERÍSTICAS	A	B	C	D
EDAD	96	76	84	85
SEXO	MASCULINO	MASCULINO	FEMENINO	FEMENINO
ESTADO CIVIL	SOLTERO	SEPARADO	SOLTERA	VIUDA
NÚMERO DE HIJOS	0- CERO	2- DOS	3- TRES	0-CERO
ESTUDIOS REALIZADOS	NINGUNO	NINGUNO	CUARTO DE PRIMARIO	NINGUNO
FAMILIA	SIN INFORMACIÓN DESDE LOS 17 AÑOS DE EDAD	UN HERMANO CON LA ESPOSA Y LOS HIJOS	DOS HIJOS HOMBRES, UNA MUJER Y UNA HERMANA CON LA QUE NO TIENE COMUNICACIÓN	HERMANAS Y SOBRINOS CON LOS QUE MANTIENE POCA COMUNICACIÓN
ENFERMEDADES MÉDICAS	HIPERTENSIÓN, SECUELAS DE ACV	DIABETES MELLITUS, ARTROSIS E HIPERTENSIÓN	DISMINUCIÓN DE AGUDEZA VISUAL, DOLORES DE CABEZA CONSTANTES	GLAUCOMA.

6.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
Adultos mayores de 65 años institucionalizados en el CPSAM	Detección de deterioro cognitivo severo
Un adulto mayor masculino y una femenina con hijos	Falta coherencia en el discurso
Un adulto mayor masculino y una femenina sin hijos	Dificultad de ubicación espaciotemporal
Disposición e interés por hacer parte de la investigación	Falta de deseo y disposición para participar en la investigación

6.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.4.1 INSTRUMENTO

6.4.1.1 ENTREVISTAS

La entrevista cualitativa permite una relación íntima, flexible y abierta con los participantes, esta permite intercambiar información entre el entrevistado y el entrevistador dentro de un ambiente empático y abierto a la emergencia de la información. La entrevista se fundamenta en preguntas y respuestas, las cuales logran una construcción de significados respecto al fenómeno que se esté estudiando, se deben evitar las preguntas que conllevan a respuestas cerradas, ya que, estas impiden el diálogo fluido y tiende a convertirse en la presentación de

un cuestionario. Las entrevistas pueden ser estructuradas, semiestructuradas o no estructuradas, en este caso la recolección de los datos se dará a partir del diseño de entrevista semiestructurada, la cual se basa en tópicos generales con posibilidad de ahondar en temas más específicos de acuerdo con la necesidad y relevancia en la investigación, realizando preguntas adicionales que permitan obtener mayor comprensión de la percepción de los adultos mayores institucionalizados en el Centro de Protección Social al Adulto Mayor. (Hernández, Fernández, Baptista, 2006, p. 597)

Es fundamental para esta investigación la utilización de las entrevistas semiestructuradas, ya que, permite comprender a profundidad la historia de vida, creencias, estilo de vida, aspectos importantes de cada adulto mayor participante; iniciando el recorrido de recolección de la información desde tópicos generales que permitan identificar cuáles son las experiencias y significaciones que generan en ellos mayor impacto y propician sentimientos de tristeza, así pues este instrumento permite al investigador tener una visión más amplia del fenómeno que se pretende estudiar.

Por tanto, los tópicos que se van a tener en cuenta en las entrevistas son: las creencias religiosas, el cuerpo, la muerte, familia y actividades.

6.4.2 SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Las entrevistas se realizaron de manera individual a cada participante y con previo consentimiento informado, el cual se realizó de manera verbal debido a que los adultos mayores no saben leer ni escribir. Las entrevistas semiestructuradas se realizaron en el ambiente natural y con una duración aproximada, por cada participante, de 50 minutos. Las entrevistas fueron grabadas en audio y posteriormente transcritas, teniendo en cuenta la información más relevante para la investigación y para el participante. Por medio de las transcripciones se logró la categorización de los datos el cual es el primer paso para la sistematización de la información obtenida en las entrevistas.

La codificación de los datos se realizó de manera selectiva a partir de los focos que fundamentaron la investigación, en el transcurso de la transcripción se lograron identificar otros focos que incidían de manera significativa en el discurso de los participantes, logrando dilucidar impacto directo en el estado de ánimo de los adultos mayores.

6.4.3 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Los focos más representativos en las entrevistas y que otorgaron mayor información con respecto a las inquietudes y factores importantes de la vida de los adultos mayores con relación a los aspectos que motivaron esta investigación fueron:

- Familia
- Cuerpo
- Creencias religiosas
- Actividades
- Muerte.

En el apartado siguiente se abordarán las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta para la realización de este estudio.



7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

7.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta investigación se ciñe a las consideraciones éticas y principios establecidos en la ley 1090 de 2006 y en el código deontológico del psicólogo, por lo cual las investigadoras se rigen a los siguientes principios universales: Responsabilidad, haciéndose responsables de sus actos y procurando el mejor desempeño en sus acciones; Competencia, manteniendo los altos estándares de competencias como profesional en psicología y reconociendo los límites de sus técnicas; Estándares morales y legales, evitando conductas que pongan en entredicho el quehacer del psicólogo o reduzcan la confianza pública en la psicología; Confidencialidad, informando a los sujetos participantes acerca de la confidencialidad que se llevará con lo que éste manifieste durante el proceso investigativo, dejando claridad de que sólo podrá ser levantado el derecho a la confidencialidad en caso que esté en peligro su integridad o la de un tercero; bienestar del usuario, entendiéndose como la búsqueda del bienestar y la tranquilidad del usuario haciéndolo participe de la finalidad y funcionalidad del trabajo realizado y dándole a conocer la libertad de hacer parte de la investigación; evaluación de técnicas, promoviendo el bienestar de los implicados y manteniéndolos informados de los resultados hallados a través de la investigación al igual que, salvaguardando la información dentro de los límites de los mandatos legales e investigación con participantes humanos, donde se procurará la mejor técnica para abordar a los sujetos teniendo como principal objetivo la investigación en pro de la búsqueda del conocimiento y bajo los más altos niveles de competencia sin dejar de lado, en ningún momento, el

bienestar y la integridad de los mismos.

8. RESULTADOS

8.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación, se relacionarán las principales categorías que fueron abordadas en las entrevistas semiestructuradas realizadas a los adultos mayores que hicieron parte de esta investigación. Para proteger la identidad de los participantes se van a nombrar con las letras A, B, C, D anteriormente mencionadas en el apartado “caracterización de los participantes”.

Este análisis de resultados se da a conocer a partir de las categorías Familia, cuerpo, creencias religiosas, Actividades y muerte.

8.1.1 FAMILIA

La categoría de la familia se enmarca en el apoyo social, se decidió definirlo como familia ya que, a los adultos mayores, el apoyo social más significativo y al que más se refieren en su discurso es al otorgado por la familia. Esta es la primera categoría y aquí encontramos gran aporte a lo indagado en los antecedentes y marco teórico, para los adultos mayores es realmente importante las relaciones que sostienen con las personas que poseen vínculos consanguíneos.

Es un ejemplo el sujeto B quien argumenta que lo visita un hermano, sobrinos, la cuñada, y dos amigos y alude que “La relación con todos ellos es muy buena, yo me siento

bien cuando vienen a visitarme, es algo que me pone contento, que no me traigan nada pero que por lo menos se acuerden de mi”. Por esta misma línea se encuentra la participante C “mis hijos me visitan cada que pueden porque ellos están trabajando, me gusta que me visiten porque eso es un consuelo para uno”. Tal como se referenció en los antecedentes citados en la recolección bibliográfica de la investigación “Anzola et al, (citado por Zavala et al, 2006, p.53) piensa que la familia sigue siendo la principal fuente de sostén para los adultos de edad avanzada, y no sólo la principal fuente de apoyo, sino también la preferida por los ancianos y a la que acuden, generalmente, en primera instancia”. No obstante, en los sujetos A y D se encontró que no son visitados por lo que en el caso de “A” perdió contacto con la familia “me siento solo en cuanto que no tengo la familia hace muchos años” y “D” argumenta que “los familiares venían y me visitaban, toda la vida era de aquí, un primo segundo venía y conversábamos y se consiguió una muchacha como que muy joven y ella como con desconfianza y él no volvió”. Según la investigación realizada por (Cerquera, 2008, p.275) se encontró relevancia en el factor de apoyo social con respecto a la depresión, debido al análisis que hizo la autora acerca de once adultas mayores que no tenían visitas, presentaron un patrón de conducta de aislamiento, que las lleva a experimentar sentimientos de soledad, tristeza y abandono, sin embargo, en esta investigación se encontró que el participante “A” no era visitado, hace aproximadamente 70 años no tenía conocimiento de su familia y pese a esto, no presentaba conductas de aislamiento, al contrario se integra con los demás adultos mayores y se muestra divertido y proactivo dándose a conocer que la presencia o ausencia de familia o visitas en la institución, no es determinante en la actitud que se tome frente a la vida, sino que existen otras variables que pueden incidir en este aspecto como lo son la historia de vida y la personalidad.

A continuación, se abordarán las categorías de Cuerpo y Actividades.

8.1.2 CUERPO Y ACTIVIDADES

Según Vivaldi & Barra, 2012, p.23 el adulto mayor experimenta múltiples cambios, estos cambios afectan directamente el transcurrir de la vida del adulto mayor e incluso se pueden presentar como situaciones que modifican por completo la percepción que tiene el senescente de la vida. Uno de los cambios más representativos y de mayor cabida en el discurso de los adultos mayores entrevistados fue el cuerpo y las implicaciones que este tiene para poder desempeñar labores que generan sentimientos de utilidad.

El cuerpo y las actividades son precisamente los dos aspectos que se van a relacionar como categorías siguientes. Aunque se nombran de manera individual es propicio entenderlas como el llamado frente a los cambios que genera el deterioro del cuerpo en las actividades que cotidianamente desarrollaban los adultos mayores.

En este sentido, es necesario resaltar que el deterioro del cuerpo incide de manera significativa en cómo se percibe el adulto mayor, puesto que “la historia se escribe también en el cuerpo y en el análisis el cuerpo se hace biografía y narración”. (Fernández, 2004, p.170).

El participante “A” describe cómo ha vivenciado el deterioro de su cuerpo, “cuando uno va llegando a la vejez comienzan las enfermedades a atacar. Me atacó la próstata y me

ayudaron a hacer las vueltas para la operación, gracias a Dios me fue muy bien. después de los ojos, comencé a tener cataratas de este ojo (mostrando ojo derecho) y me operaron también. Ahora últimamente me está molestando es la presión. (...) me llevaron donde el médico y me dijo que tenía que tomar droga de por vida”. así pues, se denota la percepción del adulto mayor como una suma de afecciones del cuerpo, llevando esto a la reconsideración de la percepción de sí mismo y ubicándose desde lo incapacitado e inútil que el cuerpo lo pone frente a la vida, tal como lo refiere el sujeto “A” cuando habla de las actividades que podría o quisiera realizar “¿Qué voy a hacer yo en los tiempos libres?, yo he ensayado. A mí en los tiempos libres me gusta trabajar, pero un día cogí una escoba y me puse a barrer y me fue dando un mareo y un calor en la cara y me sentía maluco. Yo quisiera hacer cositas para uno desaburrirse, nada más ayer estuve sembrando un poco de yuca por allí, nos sembramos casi 50 matas de yuca y hoy amanecí todo “mayugao”, amanecí maltratado, yo quisiera, pero uno ya no puede”.

Del mismo modo el participante “B” da cuenta de las limitaciones que trae el deterioro del cuerpo y cómo se ve afectada la autovalía, éste manifiesta “me preocupa la enfermedad, que no puedo trabajar para irme, si pudiera trabajar me iría. A veces que pasan conocidos, con los cuales trabajé y me dicen, lástima vos estar tan enfermito o si no nos íbamos, creo que sí iría serviría para estorbar. Asimismo, el sujeto “C” refiere sus limitaciones: “no realizo ninguna actividad porque estoy ciega, no voy a misa porque estoy ciega, yo iría a misa si tuviera a una persona que me lleve y me traiga”. El participante “D” intenta llevar a cabo las actividades que le gusta hacer, aunque refiriendo que su deterioro de salud se lo hace un poco difícil “yo voy a misa, pero casi no salgo por lo enferma que me mantengo, yo salgo al salón a las funciones que hacen allá, pero me siento mal, con desaliento”.

En los sujetos se logra identificar el impacto psicológico que ejerce el cuerpo y cómo el autoconcepto va cambiando a medida que los sujetos se encuentran más impedidos para realizar las tareas que usualmente llevaban a cabo y que aún quisieran ejecutar dando cuenta de lo incapacitante que puede convertirse el deterioro del cuerpo y la dependencia que genera en el adulto mayor respecto a las personas que se encuentran a su alrededor. El senescente es ubicado y se ubica bajo el nombramiento de un ser inútil e improductivo para la sociedad, y pasa como lo dice Iacub (citado por Klein, 2016, p157) por dos muertes, la muerte para la sociedad y la muerte individual. El adulto mayor se aparta del vínculo social para sumergirse en el aislamiento de su propio mundo. (Klein, 2016, p157).

Dado el hallazgo relacionado con el cuerpo en el numeral 8.2 se encuentra un apartado dirigido a ampliar la información con referencia al cuerpo en el adulto mayor.

Con esto se da paso a la categoría de la muerte y las creencias religiosas donde el futuro y las expectativas que los adultos mayores tienen frente a la vida y la percepción que tienen de la muerte está enmarcado desde la mirada religiosa.

8.1.3 MUERTE Y CREENCIAS RELIGIOSAS

El cuerpo a través del tiempo se va evidenciando de maneras diferentes, en la juventud la vida parece eterna, en cambio en el envejecimiento se toma conciencia de la dimensión del tiempo, este es acotado y parece que tuviera fin. Así pues, el cuerpo no es estático en el tiempo, sino que se encuentra asociado a la decadencia.” La conciencia de la decadencia del

cuerpo despierta la idea de la muerte” (Bover, 2009, p.31). Aunque el deterioro en el cuerpo se muestra cómo la cercanía inevitable de la muerte, la visión e interpretación que se tiene frente a esta disminuye en gran medida la angustia que podría generar. Para los adultos mayores la muerte es un tema para tratar, pero es algo que, aunque saben que pasará no piensan en ello o como manifiesta “A”, “yo no pienso en la muerte casi, porque la muerte es una cosa natural que nos toca a todo mundo” o “B”, “todos tenemos que pasar por la muerte, tarde o temprano nos llega”. Los senescentes que hicieron parte de esta investigación reconocen la muerte como un hecho inevitable pero que no los perturba, la mirada religiosa les permite situarse en una posición completamente tranquila y desresponsabilizada, porque como dicen “C”, “yo quiero vivir lo que mi Dios quiera” o “B” “yo ya le pido a Dios que me deje llegar a la edad que murió mi mamita, a los 112 años” o “D” “que Dios me perdone, que hasta el día que él me quiera tener, que me perdone”. La muerte orgánica no indispone tanto al adulto mayor como lo hace la muerte social, tal como se mencionó en páginas anteriores, al adulto mayor la muerte social, laboral, y las implicaciones que traen el deterioro del cuerpo frente a su independencia generan más implicaciones en su estado de ánimo y calidad de vida que incluso la ausencia de familiares que representen apoyo social.

A continuación, se encontrará la categoría del cuerpo.

8.2 EL CUERPO

En el transcurso de la investigación se encontró que el cuerpo es uno de los factores influyentes en el estado de ánimo y visión de la vida de los adultos mayores por lo cual se

decidió adjuntar una categoría donde se amplía este concepto.

El cuerpo incide de manera significativa en cómo se percibe el adulto mayor, puesto que “la historia se escribe también en el cuerpo y en el análisis el cuerpo se hace biografía y narración”. (Fernández, 2004, p.170). El envejecimiento se va instalando en la vida de modo casi imperceptible dejando huellas no solo en nuestro cuerpo sino también en la mente y en el estado de ánimo por lo que en esta etapa se hacen visibles las heridas (crisis de la mitad de la vida, el alejamiento de los hijos, el retiro del trabajo, la muerte de pares, etc.) que marcan la historia de vida incidiendo en la percepción del sí mismo y la constitución del yo.

Para el psicoanálisis de Freud el cuerpo es imaginario y se constituye a través de las representaciones que tiene la persona del yo y de sus identificaciones, “Jacques Lacan, nos dice que el orden simbólico estructura el orden de lo real: el sujeto se estructura a partir del discurso, el niño recibe un “baño de lenguaje” que modelará su psiquismo” (Bover, 2009, p.26), es decir, el cuerpo simbólico se conforma a través de lo imaginario, de la percepción que tiene el sujeto de su imagen corporal y esta a su vez está influida por lo que dicen los demás de su cuerpo.

De esta manera se puede decir que existe un cuerpo simbólico que está constituido por significantes y el cuerpo organismo que es el que permite la objetivación de los aspectos subjetivos de los significantes. Así pues, existe una interacción continua entre ambos

cuerpos puesto que si no hay palabras el cuerpo objetivo no estructura el simbolismo ni los significantes que le dan sentido al cuerpo simbólico. Del mismo modo, si no hay un organismo objetivo no se puede constituir los significantes (Bover, 2009, p.26).

El cuerpo físico y el cuerpo como organismo se inscribe en lo que Schilder denominó esquema corporal, esta es una imagen tridimensional de sí, que tiene en cuenta la experiencia inmediata del cuerpo, está relacionada con la realidad neurálgica y se encuentra influida por la imagen corporal que es la representación mental que tiene el sujeto de su cuerpo. De este modo “el cuerpo no es producto de sensaciones, sino que se haya coordinado con las sensaciones, las cuales adquieren su significado final sólo gracias a esta unidad, que es una de las unidades fundamentales de nuestra experiencia” (Bover, 2009, p.27).

Así pues, “la imagen corporal puede ser vista como la relación entre el cuerpo de una persona y los procesos cognitivos como creencias, valores y actitudes” Volkwein & McConatha, 1997 (como se citó en Becker, 1999, p 1)

Es necesario resaltar que la imagen corporal es una unidad variable y el esquema corporal es el intérprete de la imagen del cuerpo, (la síntesis de las experiencias emocionales, interhumanas vivenciadas por las sensaciones erógenas) (Bover, 2009, p.28).

Ambas dimensiones se relacionan entre sí configurando la percepción que el sujeto tiene de sí mismo. De esta manera el cuerpo es un factor fundamental en las diferentes etapas del ser

humano, puesto que de este depende en gran medida no solo del autoconcepto sino también la forma en cómo se relaciona el individuo con el medio. De esta manera, las personas aprenden a evaluar la autoimagen la cual se desarrolla y se valora continuamente durante la vida entera (Becker, 1999, p1).

El cuerpo a través del tiempo se va evidenciando de maneras diferentes, en la juventud la vida parece eterna, en cambio en el envejecimiento se toma conciencia de la dimensión del tiempo, este es acotado y parece que tuviera fin. Así pues, el cuerpo no es estático en el tiempo, sino que se encuentra asociado a la decadencia.” La conciencia de la decadencia del cuerpo despierta la idea de la muerte” (Bover, 2009, p.31). Y la idea de la muerte está asociada con la vejez debido a que en esta etapa se experimentan diversos deterioros al nivel cognitivo, psicológico y físico que hacen vulnerable al adulto mayor frente a las exigencias del medio.

Al envejecer, las modificaciones corporales pueden implicar una rotunda lesión narcisista: lo que refleja el espejo puede tener un carácter crecientemente decepcionante. Ese cuerpo decepciona al sujeto en la medida que supone la desilusión del otro. Las miradas se desvían de los cuerpos viejos, la gracia los ha abandonado. Se evita mirar del mismo modo en que se evita tocar el cuerpo enfermo, en una especie de temor al contagio (Bover, 2009, p.32).

Todo lo anterior ocurre porque la sociedad actual está ligada a pensamientos narcisistas y hedonistas, en donde se tiene un modelo de belleza en la cual una parte de la sociedad se lanza a la búsqueda de la apariencia física idealizada. La exposición de modelos hermosas constituye la belleza estándar y esto causa implicaciones en las percepciones de los individuos sobre todo en las mujeres, porque tratan de conseguir los estándares de belleza estableciendo un aumento en los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia (Becker, 1999, p1).

Wichstrom (1995) argumenta que este proceso tiene un impacto negativo sobre la autoimagen de las mujeres que se sienten obligadas a tener un cuerpo delgado, atractivo, en forma y joven. Y una imagen corporal negativa puede determinar la aparición de una baja autoestima y depresión, o sea, sufrimiento (como se citó en Becker, 1999, p 1).

En una investigación realizada por Escalona en donde analiza el autoconcepto físico durante el ciclo vital, los participantes (1.259) estaban divididos en cuatro tramos de edad: adolescencia (12-18 años), juventud (19-30 años), edad adulta (31-49 años) y personas mayores de 55 años. En esta investigación se acepta el modelo cuatridimensional del autoconcepto físico de Fox estos autores proponen la autoestima como dimensión evaluativa del autoconcepto, la cual permite realizar una autoevaluación física en relación de los dominios del individuo en cuanto a la competencia en el deporte, el atractivo del cuerpo, la fuerza física y la condición física las cuales permiten la configuración de la autoestima global de las personas.

En dicha investigación se compararon los diferentes grupos de edades y géneros (mujeres - hombres) en ambos grupos comparativos se encontró diferencias en los ámbitos de habilidad física y condición física, en donde se denota una descendencia en estos aspectos, es decir los que puntuaron mejor en estas categorías eran los adolescentes y los que tenían peor puntuación eran los adultos mayores de 55 años. En las escalas de atractivo físico y autoconcepto físico general, se da un “desarrollo”, es decir, a mayor edad las percepciones van mejorando. Las mujeres y hombres mayores de 55 años se perciben más atractivos(as) y tienen un mejor autoconcepto físico general que las(os) jóvenes. No obstante, se encuentra diferencias en cuanto a la percepción de la fuerza, puesto que las mujeres adultas se perciben más fuertes que las jóvenes, mientras que los hombres mayores de 55 años se perciben con menos fuerza que los jóvenes. Esto se puede deber a las exigencias y presión del medio, por lo que la adolescencia busca mujeres delgadas y femeninas y hombres con fuerza y buen atractivo, lo cual influye de manera significativa en los estándares de belleza de la juventud y la percepción de estos (Esnaola, 2008, p.5-6).

Todo lo anterior evidencia que las personas más jóvenes consideran tener mejor habilidad física y condición física que los adultos mayores esto se ajusta al deterioro físico, cognitivo y motriz que se va produciendo a lo largo de la vida. Por otro lado, en las escalas de atractivo físico, autoconcepto físico general y autoconcepto general la población que mejor puntuó en estas características fueron los adultos mayores de 55 años, “esto parece indicar que en estas edades se acepta mejor el aspecto físico personal. Se sabe que durante los años de la adolescencia y juventud sobre todo, existe una gran presión social hacia el atractivo físico” de Gracia et al., 1999; Gervilla, 2002; McCabe y Ricciardelli, 2004;

Schwartz, Phares, Tantleff-Dunn y Thompson, 1999 (como se citó en Esnaola, 2008, p.6), lo cual hace que los jóvenes se preocupen por tener unos estándares de belleza y al sentir que no los cumplen en totalidad se sienten menos atractivos, contrario a lo que ocurre en los adultos mayores, puesto que, ya no tienen las exigencias del medio y por ende no se preocupan por alcanzar una belleza ideal, sino que se aceptan como son y esto contribuye a un mejor autoconcepto y autoestima.

No obstante, se debe señalar que este es un estudio transversal de única aplicación en la cual no se puede concluir que los resultados obtenidos se deban al desarrollo, por ende los resultados obtenidos deben tomarse con prudencia y realizar estudios longitudinales del autoconcepto físico para tener más conocimientos en esta área (Esnaola, 2008, p.6).

Debido a lo expuesto anteriormente no se deben generalizar los resultados, ya que, desde el sentido común y de la observación natural se ha encontrado adultos mayores de 55 años que no tienen un autoconcepto físico adecuado de sí mismo, por el contrario, se percibe como una carga para su familia y la sociedad, por lo que consideran que no tiene las capacidades físicas pertinentes para desenvolverse en el medio.

Por todo lo expuesto anteriormente la mayoría de personas tienen miedo a envejecer, ser apartadas, excluidas, no ser ideal al yo. O por lo contrario la persona se queda ligada al ideal del yo y al narcisismo (Bover, 2009, p.33).

De esta manera algunos aspectos de la imagen pueden convertirse en amenazantes y por lo tanto el cuerpo se convierte en una fuente de malestar, angustia e insatisfacción donde se percibe al cuerpo como algo extraño, ajeno o desafiante (Bover, 2009, p.33).

Así pues, la teoría sostenida por Cummings, E. Y Henry W., USA, en 1961 (como se citó en Fernández, 2004, p.171) argumenta que “el envejecimiento del cuerpo lleva a un aislamiento cuyo destino lógico sería el confinamiento del viejo”. En este sentido Fernández argumenta que hay muchos factores de pérdida que puede provocar una depresión (cuerpo, psique y lo social). En cuanto a los cambios que acontecen en el propio cuerpo se establece la disminución de las capacidades, el deterioro, las enfermedades crónicas etc. Respecto a los que se presentan en el ámbito psíquico se encuentra el enlentecimiento para adquisiciones intelectuales, la dificultad de adquirir nuevas destrezas para desenvolverse en la sociedad, también se vivencian cambios en cuanto a la realización de las actividades y la efectividad con que se ejecutan, de igual manera se encuentran las repercusiones de la muerte de un ser querido y las repercusiones psíquicas de una enfermedad crónica etc. En cuanto a los cambios en el ámbito social está la pérdida de vínculos, los referentes laborales, problemas interpersonales, entre otros. Todos estos cambios vivenciados como pérdidas hacen que el adulto mayor comience a experimentar sentimientos de tristeza y sufrimiento que puede ocasionar la depresión.

Se han realizado investigaciones las cuales evidencian que existe una relación entre la depresión y la imagen corporal. Para ejemplificar pongo por caso un estudio que se les

realizó a 11.315 adolescentes de Noruega, con el Test de Actitudes de Alimentación el cual permitió verificar que los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) estaban influidos por factores como la adopción de ídolos con cuerpo perfecto, insatisfacción corporal, falta de apoyo familiar, depresión y ansiedad. Por otro lado, Koenig & Wasserman (1995) hicieron una investigación con 234 universitarios (155 mujeres y 79 hombres) examinando la relación entre la depresión y los problemas de alimentación, verificó que la depresión era alta entre los sujetos que tenían imagen corporal negativa y que atribuían una gran importancia a la apariencia física. Para éstos, no controlar la dieta era el principal factor determinante de culpa y depresión (Becker,1999, p1).

No se puede desconocer que la edad es una variable importante para la forma como el ser humano se percibe a sí mismo y como es percibido. Actualmente se asocia la vejez con deficiencia en la salud y en la productividad, no obstante, hay adultos mayores que tienen buena salud y actividad física. “Una capacidad física endeble hace que el sujeto se perciba más viejo y es percibido de esta manera por los demás” (Becker, 1999, p.2).

En un estudio de revisión de antecedentes realizado por López, Delgado, Amor, Barranco y Barranco (2016) acerca de la relación entre la imagen corporal y depresión en personas mayores de 50 años, se encontró que la edad tiene una correlación positiva significativa con los síntomas depresivos. De igual manera se halló que las personas que sufren de párkinson tienen un autoconcepto significativamente menor ($p < 0,001$), en comparación con las personas que no presentaban esta enfermedad y la presencia de

sintomatología de depresión fue significativamente mayor ($p= 0,002$) en los enfermos de párkinson, Gamarra et al, (2009) (como se citó en López et al. (2016).

En otro estudio realizado por Pahwa et al (2005) se encontró que la asociación entre los cambios corporales producidos como consecuencia de la fase terminal de la enfermedad y la depresión resultó ser significativa ($p< 0,05$). Los datos también revelan que un gran número de los participantes estaban severamente deprimidos (33,33%) o extremadamente deprimidos (20%).

Contrario a esto, en otro estudio realizado por Crisp et al (1976) se encontró que las personas que padecen sobrepeso experimentaban menor depresión frente a las que tenían un peso normal ($p< 0,05$).

En otro estudio realizado por Bath-Hextall et al, (2013) se obtuvieron datos acerca que las mujeres sometidas a mastectomía contralateral profiláctica experimentan procesos psicológicos similares a aquellas mujeres que no se sometieron a dicha intervención, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos ($p> 0,05$).

Esta revisión narrativa permite visualizar que hay pocos estudios acerca de la relación entre imagen corporal y la depresión en los adultos mayores de 50 años. Los estudios existentes en este ámbito son pocos y no permiten concluir que exista una relación causal entre dichas variables.

En enfermedades importantes como son el cáncer de mama y ginecológico, la obesidad, la enfermedad de Parkinson o cualquier otra enfermedad de carácter terminal en las que la imagen corporal se ve afectada, ya sea por una intervención quirúrgica o por el propio desarrollo de la enfermedad, puede aparecer sintomatología depresiva, ansiedad o estrés emocional, si bien no hay suficiente evidencia de que se relacione con la percepción de imagen corporal, y podría estar asociado más bien a la propia enfermedad (López et al, 2016, p.31).

Todo lo anterior pone de manifiesto la necesidad de generar más información con una mejor calidad metodológica que permita obtener resultados concluyentes sobre la relación entre la imagen corporal y la depresión en adultos mayores de 50 años (López et al, 2016, p.31).

9. CONCLUSIONES

- En primera instancia se pretendía investigar si el apoyo social era determinante para la depresión, no obstante, en el transcurso de la investigación se pudo evidenciar que existen otros factores más significativos que intervienen en ella como lo es el deterioro del cuerpo y los afectos que ello produce, pero el deterioro del cuerpo visto desde lo funcional y la posibilidad de ser independiente y realizar diversas actividades, no desde lo estético.
- El apoyo social incide en los cambios del estado de ánimo de los adultos mayores, pero no a tal magnitud para denominarse síntomas de depresión, ni tampoco es el aspecto que más movilice emociones negativas en los senescentes.
- El adulto mayor a partir del rol que cumple dentro de la sociedad y lo funcional que se encuentra empieza a modificar sus autoesquemas, nombrándose a partir del deterioro del cuerpo y lo imposibilitado que se siente frente a las exigencias propias de la vida y el medio, como un ser inútil e improductivo.
- Aunque los adultos mayores tenían diferentes historias de vida, personalidad, vínculos afectivos, estado civil, edades, constitución familiar; concordaron discursivamente en que la situación que viven más problemáticamente es la necesidad de sentirse útil y lograr desarrollar actividades a pesar de sus limitaciones físicas y de salud.

- Con referencia a la muerte, a pesar de ser un evento que se supone más cercano y esperable en los adultos mayores, es un tema que poca importancia cobra dentro de los senescentes ya que, su discurso esta direccionado desde una espera pasiva a la decisión de un ser supremo. La muerte que si angustia al adulto mayor es a la que se refiere Iacub (citado por Klein, 2016, p157) cuando habla de la muerte social e individual que está directamente relacionada con la funcionalidad para sí mismo y para el mundo.
- Vale la pena continuar con este estudio debido a, los factores influyentes encontrados como riesgo para el desarrollo de estados de ánimo bajo y posible desencadenamiento de depresión, el interés les compete, no solo a las áreas de la salud, como medicina y enfermería, sino también a las ciencias sociales como antropología, psicología, sociología, trabajo social y todas aquellas que desde su quehacer puede impactar en el mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

10. RECOMENDACIONES

- En este estudio no se encontró relación entre el adulto mayor y depresión, ni enfermedad, lo cual va muy ligado a lo que argumentan Pérez y Arcia (2008, p.3), es erróneo considerar la depresión en el adulto mayor como algo normal o característico de esta etapa, enfatizando en la importancia de diagnosticar e intervenir para evitar el sufrimiento del senescente y su familia.
- Por todo lo mencionado anteriormente es necesario implementar políticas públicas encaminadas a mejorar las condiciones del Adulto Mayor, la familia, el entorno social y laboral que le proporcione actividades, roles sociales, teniendo en cuenta las limitaciones y habilidades de los ancianos posibilitando una autopercepción de utilidad y producción, ya que, según Klein, (2016) el hecho de contar con actividades productivas y relaciones interpersonales satisfactorias posibilita el envejecimiento exitoso.
- Por otro lado, se recomienda continuar investigando acerca de la incidencia que tiene el deterioro del cuerpo no desde lo estético sino desde la funcionalidad o disfuncionalidad que puede otorgar y como esto incide en la percepción del adulto mayor desde el ámbito social, económico y personal. Ya que, no se ahondó mucho en este apartado por no encontrarse dentro de los focos de la investigación, sino que fue algo que se evidenció a raíz del análisis de los resultados,

- De igual manera se sugiere que se continúe la investigación de la depresión en el adulto mayor, ya que dicha población está en crecimiento y genera problemas no solo en el área de la salud, como medicina y enfermería, sino que también atañe a las ciencias sociales como antropología, psicología, sociología y trabajo social.



11. REFERENCIAS

Acevedo, J., González, J., Trujillo, M., López, M., (2014). El adulto mayor usuario de centros del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam): percepciones sobre su calidad de vida en Saltillo, Coahuila, México. En *revista perspectivas Sociales*, 16(1), 73-97.

Aguilar, S. Ávila, J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. En *Revista Gaceta Médica de México*, 141-148.

Alcalá, v. Camacho, M. Giner, J. (2007). Afectos y depresión en la tercera edad. En revista *Psicothema*. 19(1). 49-56

Ariés, P. (2000). *Historia de la Muerte en Occidente*. Barcelona: Acantilado.

Ávila, J. Melano-Carranza, E. Payette, H. & Amieva, H. (2007). Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. En revista *Salud pública de México*, 367 – 375

Bastidas, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. En *Revista de psicología*. 32(2):191-218

Becker, B. (1999). El cuerpo y su implicancia en el área emocional. En *Revista Lecturas Educación Física y Deportes*, 4(13): 1-5

Bover, J. (2009). El cuerpo una travesía. En *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal* 30(117):23-45

Cardona, D., Estrada, A., Chavarriaga, L., Segura, A., Ordoñez, J. & Osorio, J. (2010). Apoyo social dignificante del adulto mayor Institucionalizado. En *Revista de Salud Pública*, 45(1): 21-28

Castillejos, S. (2009). *El día que me volví invisible*. primera ed.). México: Plaza y Valdez Editores.

Castro Lizárraga, M., & al., e. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. En *Revista de Neurología, Neurocirugía y psiquiatría*. 39 (4), 132-137.

Cerquera, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión

de las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. En *Revista Universitas psicológica*, VII (1), 271-281.

Corbella, J. (1994) *Tristezas y Depresión*. Barcelona: Ediciones Folio.

Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo vital. En *Revista Anales de psicología*, 24(1):1-8

Espinoza, E., Méndez, V., Lara, R., Y Rivera, P., (2009). factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “José Durán Trujillo”, san Carlos, chile. En *Revista Theoria*, 18(1), 69-79.

Fernández, A. (2004). Psicoanálisis en la vejez: Cuando el cuerpo se hace biografía y narración. En *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 99, 169 – 182.

Figueredo, N. Sotolongo, I. Raisa M. Díaz, G. (2003). Caracterización del adulto mayor en la comunidad. En *Revista Cubana De Enfermería*, 19(3), 1-6.

Giraldo,C., y Cardona,D., (2010).Ser viejo en Colombia tiene su costo laboral. En *Revista Investigaciones andina*, 12(21), 50-59.

Hernández-Eloisa, M. A., Oñate-Ramírez, D., Rodríguez- Ramírez, D. J., Sánchez-León, L., Bezanilla, J. M., & Campos, J.E. (2011). El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México. En *Revista de Psicología GEPU*, 2 (1), 64 - 78.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación* (cuarta ed.). México: McGraw-Hill.

Klein, A. (2016). De la ancianidad al adulto posmayor. En *Revista Desacatos*. 50, 156-169.

Llamas-Velasco, S., Llorente Ayuso, L., Contador, I., Bermejo-Pareja, F. (2015). Versiones en español del Minimental State Examination (MMSE). Cuestiones para su uso en la práctica clínica. En *Revista Neurol.* 61, 363-371.

López, R. (2016). Concepciones y Actitudes ante la Muerte: Teorías Implícitas, Determinantes Socioculturales y aspectos Psicológicos relacionados. Universidad de Huelva: Departamento de Psicología Clínica, Experimental y Social. Recuperado de <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/in%3Asent+hija/15d824c89a57845e?projector=1>

Martínez, J., Martínez, V., Esquivel, C. & Rodríguez, V. (2007). Prevalencia de depresión y Factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. En *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 45(1): 21-28.

Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., Martínez, S. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. En *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 13, (1): 28-31.

Ministerio de la salud y protección social. (Abril de 2013). Envejecimiento demografico colombia.

Ministerio de salud y proteccion social. Obtenido de Ministerio de salud y proteccion social:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (sf). Envejecimiento y Vejez. Obtenido de

Envejecimiento y Vejez:

<https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjoy5KIj6DXAhWDOyYKHSMB94QFghjMAs&url=https%3A%2F%2Fwww.minsalud.gov.co%2Fproteccion-social%2Fpromocion-social%2FPaginas%2Fenvejecimiento-vejez.aspx&usg=AOvVaw3S4>

Muñoz, J. (2016). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones pirámide

Oquendo, M. & Soublet, O. (2003) ¿Es la depresión un problema de salud en un hogar del adulto mayor? En *Revista cubana de enfermería*. 19(2).1-6

Organización Mundial de la Salud. (septiembre de 2015). *Envejecimiento y salud*.

Obtenido de Envejecimiento y salud:

https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjPhZTrk6DXAhXiI8AKHVaaDnQQFg0MAM&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs404%2Fes%2F&usg=AOvVaw3oXng7VrjgFom_Ff2Yk_nX

Pejenaute, M. Reyes, M. y Grasa, R. (2013). El duelo en el anciano. En *Revista Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 20(4):204-208.

Peña, D. Herazo, M. Calvo, J. (2009). Actualización depresión en ancianos. En *Revista de la Facultad de Medicina* 57(4). 347 - 355

Pérez, V. & Arcia, N. (14 de enero de 2008). Comportamiento de los factores sociales en la depresión el adulto mayor. En *Revista cubana de medicina general integral*, 24 (3). 1- 20

Sánchez, A. Delgado Rubio, R. Amor Loscertales, A. Barranco Obis, P. Barranco Obis M.(2016) Imagen corporal y depresión en personas mayores de 50 años. En *Metas Enfermería*; 19(7): 28-32.

Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. España: Manual Moderno

Sandoval, C. (1997). *Investigación cualitativa*. Madrid: Corcas Editores Ltda.

Tello, T., Alarcon, R. & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y de sueño. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 33(2): 342-350

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. En *Revista Terapia psicológica*. 30(2): 23-29.

Worden, W. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. España: Editorial Paidós.

Zavala, M., Vidal, D., Castro, M., Quiroga, P., & Klassen, G. (2006). Funcionamiento social del adulto mayor. En *Revista Ciencia y Enfermería*. 12(2), 53-6.

12. ANEXOS

12.1 TABLA DE ANEXOS

12.1.1 ENTREVISTA

12.1.2 EI DÍA QUE ME VOLVÍ INVISIBLE



12.1.1 ENTREVISTA

Aspectos socio demográficos

Edad

Estado civil

Género

Nivel de educación

Historia médica

Enfermedades médicas

Medicamentos que consume actualmente

Tratamientos

Hospitalizaciones previas

Apariencia del paciente (observación)

¿Parece afligido o triste?

¿Está bien vestido y limpio?

¿Cómo es su postura?

¿Cómo es su verbalización?

¿Responde fácilmente a las preguntas?

¿Hay algo de lo que dice que refleja la depresión?

Historia de vida

¿Cómo fue su vida cuando era joven?

¿Qué actividades realizaba antes de ingresar al asilo?

¿Qué trabajos ha tenido?

¿En que se desempeñaba anteriormente? ¿Por qué lo dejo de hacer?

Estado emocional del entrevistado

¿Cómo es su estado de ánimo habitual?

Apoyo social

¿Cómo ha sido su relación con las personas más cercanas?

¿Con quién le gusta compartir su tiempo libre?

¿Recibe visitas de amigos, familiares, etc.?

¿Tiene amigos o conocidos por fuera del asilo?

¿Cómo se relaciona usted con las personas y/o compañeros?

¿Con cuál de sus compañeros se siente mejor? ¿Por qué?

¿Cuándo vienen personas externas al asilo para realizar actividades usted asiste? ¿Por qué?

Percepción de sí mismo

¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?

¿Qué actividades le gustaría realizar?

¿Prefiere quedarse en su habitación en vez de realizar otras actividades?

Muerte

¿Qué piensa de la muerte?

¿Tiene ganas de vivir?

¿En ocasiones piensa que es mejor morirse?

12.1.2 EL DÍA QUE ME VOLVÍ INVISIBLE

Silvia Castillejos Peral, 2009

En esta casa no hay calendarios, y en mi memoria los recuerdos, están hechos una maraña.

Me acuerdo de aquellos calendarios grandes, unos primores, ilustrados con imágenes de santos que colgábamos al lado del tocador, pero, ya no hay nada de eso, todas las cosas antiguas se han ido desapareciendo, yo, yo también me fui borrando sin que nadie se diera cuenta. Primero me cambiaron de alcoba porque la familia creció, después, me pasaron a otra más pequeña aún acompañada de mis bisnietas, ahora ocupo el desván, el que está en el patio de atrás, prometieron cambiarle el vidrio roto de la ventana, pero, se les ha olvidado y todas las noches por allí se cuele un airecito helado que aumenta mis dolores reumáticos.

Desde hace mucho tiempo tenía intenciones de escribir, pero me pasaba semanas buscando un lápiz y cuando al fin lo encontraba, yo misma volvía a olvidar dónde lo había puesto, ¡ah! a mis años las cosas se pierden fácilmente.

La otra tarde caí en cuenta de que mi voz también había desaparecido, cuando le hablo a mis nietos o a mis hijos no me contestan, todos platican sin mirarme, como si yo no

estuviera con ellos, escuchando atenta lo que dicen; a veces intervengo en la plática, segura de lo que voy a decirles no se le ha ocurrido a ninguno, y que les van a servir de mucho mis consejos.

Pero no me oyen, no me miran, no me responden, entonces, llena de tristeza me retiro a mi cuarto antes de terminar de tomar la taza de café, lo hago así, de pronto para que comprendan que estoy enojada, para que se den cuenta que me han ofendido y vengan a buscarme y me pidan perdón. Pero nadie viene, el otro día les dije que cuando me muriera entonces sí que me iban a extrañar, y, ¡el nieto más pequeñito dijo... ah! ¿y a poco estás viva abuela? les cayó tan en gracia que no paraban de reír, tres días estuve llorando en mi cuarto hasta que una mañana entró uno de los muchachos a sacar unas llantas viejas y ni los buenos días me dio, fue entonces cuando me convencí de que soy invisible.

Me paro en medio de la sala para ver si, aunque sea estorbo, me miran, pero mi hija sigue barriendo sin tocarme, los niños corren a mi alrededor de un lado a otro sin tropezar conmigo.

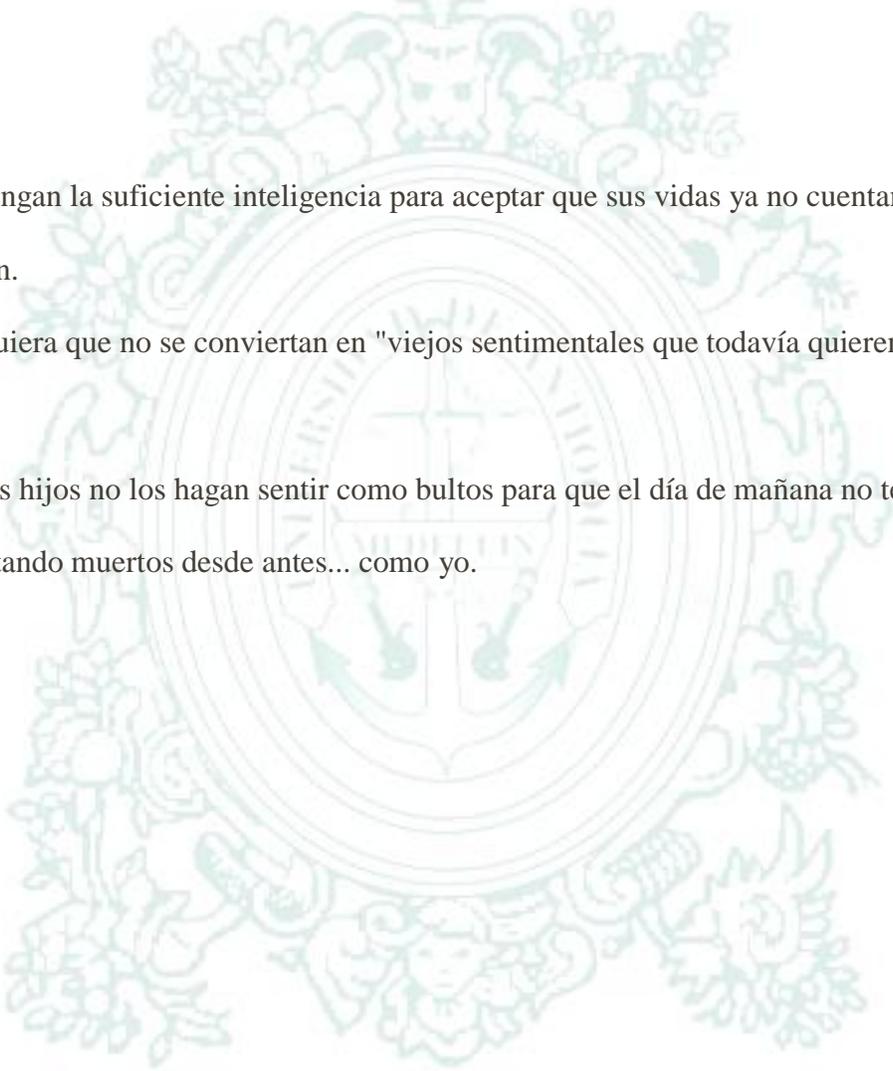
Cuando mi yerno se enfermó, tuve la oportunidad de serle útil, le llevé un té especial que yo misma preparé, se lo puse en la mesita y me senté a esperar que se lo tomara, sólo que estaba viendo televisión y ni un parpadeo me indicó que se daba cuenta de mi presencia, el té, poco a poco se fue enfriando y mi corazón, también.

Un viernes se alborotaron los niños y me vinieron a decir que al día siguiente nos iríamos todos de día de campo, y me puse muy contenta, hacía tanto tiempo que no salía y menos al campo. El sábado fui la primera en levantarme, quise arreglar las cosas con calma. Los viejos nos tardamos muchos en hacer cualquier cosa, así que me tomé mi tiempo para no retrasarlos, al rato entraban y salían de la casa corriendo y echaban las bolsas y juguetes al carro, yo, ya estaba lista y muy alegre esperándolos en la puerta. Cuando arrancaron y el auto desapareció envuelto en bullicio, comprendí que yo no estaba invitada, tal vez porque no cabía en el auto o porque mis pasos tan lentos impedirían que todos los demás correataran a su gusto por el bosque, sentí clarito, clarito, como mi corazón se encogió, la barbilla me temblaba como cuando uno no aguanta las ganas de llorar.

Antes, hasta besuqueaba a los chiquitos, era un gusto enorme el que me daba tenerlos en mis brazos como si fueran míos, sentía su piel tiernita y su respiración dulzona, muy cerca de mí, la vida nueva se me metía como un soplo y hasta me daba por cantar canciones de cuna que nunca creí recordar, pero un día, mi nieta Lucy que acaba de tener un bebé, dijo que no era bueno que los ancianos besaran a los niños por cuestiones de higiene, ya no me acerqué más, no fuera ser que les pasara algo malo por mis imprudencias, tengo tanto miedo de contrariarlos!

Ojalá que el día de mañana, cuando ellos lleguen a viejos, sigan teniendo esa unión entre ellos para que no sientan el frío ni los desaires.

- Que tengan la suficiente inteligencia para aceptar que sus vidas ya no cuentan, como me lo piden.
- Y Dios quiera que no se conviertan en "viejos sentimentales que todavía quieren llamar la atención".
- Y Que sus hijos no los hagan sentir como bultos para que el día de mañana no tengan que morirse estando muertos desde antes... como yo.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1 8 0 3