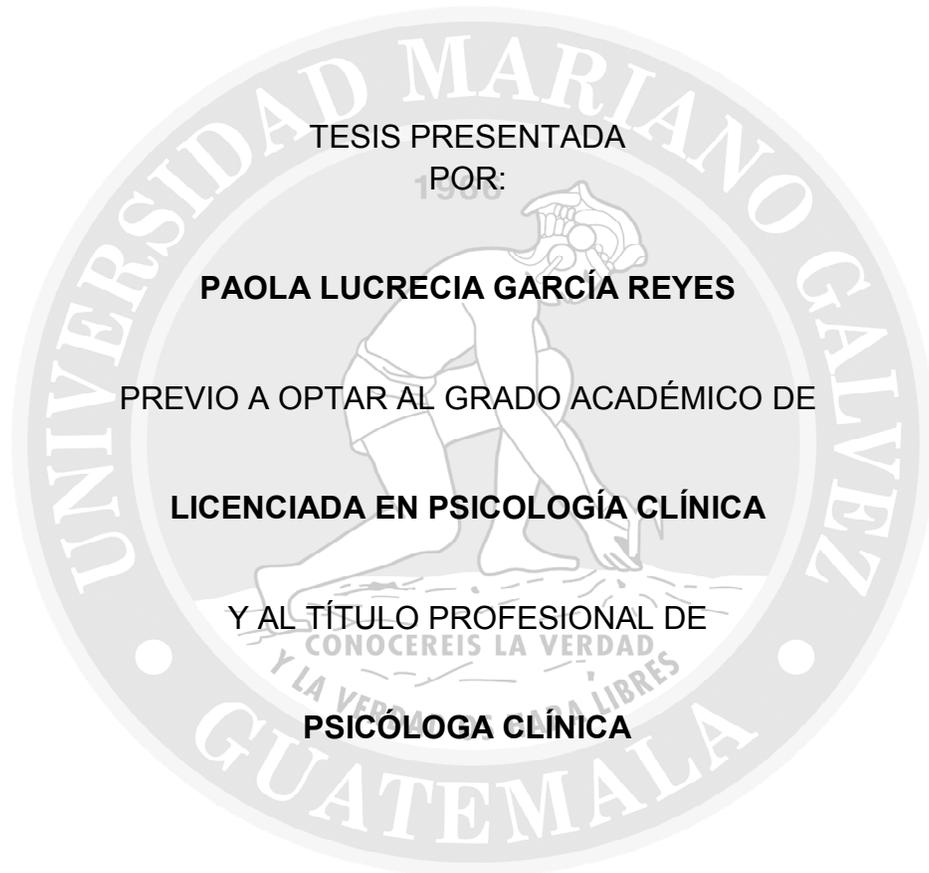


UNIVERSIDAD MARIANO GÁLVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**NIVEL DE IDEAS IRRACIONALES Y MIEDO AL PROCESO DE MORIR EN EL
ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO SEGÚN GÉNERO**



TESIS PRESENTADA
POR:

PAOLA LUCRECIA GARCÍA REYES

PREVIO A OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Y AL TÍTULO PROFESIONAL DE

PSICÓLOGA CLÍNICA

Guatemala, mayo 2,012.

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD
Y TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN DE TESIS**

DECANO DE LA FACULTAD:	Dr. Carlos Enrique Ramírez Monterrosa
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL EXAMINADOR:	Lic. Manuel A. Rodríguez Argüello
SECRETARIA:	Licda. Dora Mirtala Donado de Mancia
VOCAL:	Lic. Mario Roberto Ruíz Salabella

UNIVERSIDAD MARIANO GALVEZ DE GUATEMALA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA CLINICA

Guatemala, mayo 15 de 2012

FACULTAD DE: Psicología

CARRERA: Licenciatura en Psicología Clínica

Se autoriza la impresión del trabajo de Tesis Titulado:

NIVEL DE IDEAS IRRACIONALES Y MIEDO AL PROCESO DE MORIR EN EL ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADO SEGÚN GÉNERO

Presentado por el (la) estudiante: PAOLA LUCRECIA GARCÍA REYES

Quién para el efecto deberá cumplir con las disposiciones reglamentarias respectivas. Dése cuenta con el expediente a la Secretaría General de la Universidad, para la celebración del Acto de Investidura y Graduación Profesional correspondiente. Artículo 57 del Reglamento de Tesis.

Atentamente,



DR. CARLOS ENRIQUE RAMIREZ MONTERROSA
DECANO FACULTAD DE PSICOLOGIA

CERM/aa

REGLAMENTO DE TESIS

Artículo 8°: RESPONSABILIDAD

Solamente el autor es responsable de los conceptos expresados en el trabajo de tesis. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Universidad.

INDICE

	Página
RESUMEN	1
CAPÍTULO I	
MARCO CONCEPTUAL	3
1.1 Introducción	3
1.2 Antecedentes	4
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	10
2.1 Adulto mayor	10
2.1.1 Cambios en el adulto mayor	11
2.1.2 Patologías del adulto mayor	13
2.1.3 El adulto mayor en Guatemala	14
2.1.4 Adulto mayor institucionalizado	15
2.2 Ideas irracionales	16
2.2.1 Origen de las ideas irracionales	17
2.2.2 Ideas irracionales más frecuentes	18
2.2.3 Ideas irracionales en el adulto mayor	19
2.3 Miedo al proceso de morir	20
2.3.1 Miedo al proceso de morir en el adulto mayor	21
CAPÍTULO III	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
3.1 Justificación	23
3.2 Objetivos	24
3.3 Hipótesis	24
3.4 Variables	24
3.5 Definición conceptual de variables	25
3.6. Definición operacional de variables	25

3.7 Alcances y límites	26
3.8 Aportes	26
CAPÍTULO IV	
MÉTODO	28
4.1 Sujetos	28
4.2 Instrumentos	28
4.3 Procedimientos	29
4.4 Diseño de investigación	29
4.5 Metodología Estadística	30
CAPÍTULO V	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	31
CAPÍTULO VI	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	35
CAPÍTULO VII	
CONCLUSIONES	37
CAPÍTULO VIII	
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	44

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue determinar y comparar si existe diferencia en el nivel predominante de ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado según el género. Para tal efecto se entrevistó a 70 adultos mayores entre 65 a 85 años de edad.

La muestra está conformada por 35 adultos mayores de género masculino y 35 adultos mayores de género femenino institucionalizados del hogar Fray Rodrigo de La Cruz y Asociación Casa Geriátrica María del departamento de Sacatepéquez.

Los instrumentos aplicados fueron el Cuestionario de ideas irracionales (CII) para adultos mayores, su objetivo es medir ideas irracionales, con calificación bajo, medio, alto y muy alto; está formado por 67 reactivos, es de tipo dicotómico con opciones de respuesta de sí-no. También se aplicó la Escala de ansiedad ante la muerte para ancianos, la cual evalúa tres dimensiones siendo una de ellas miedo al proceso de morir, única dimensión que se utilizó para esta investigación.

El tipo de investigación es descriptiva comparativa. Se utilizó el método de análisis de Varianza (ANOVA), extrayendo los resultados de las pruebas psicométricas, que permitió tabularlas en tablas para su interpretación.

Los resultados del Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) mostraron que no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres adultos mayores en el nivel predominante de ideas irracionales. Así mismo se mostró con la Escala de Ansiedad ante la Muerte que se rechaza la hipótesis de investigación, aceptando la hipótesis nula (H_0), que expresa que no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en el nivel predominante de miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado.

Se determinó que tanto hombres como mujeres presentaron niveles bajos de ideas irracionales, así como niveles moderados en ambos grupos en el miedo al proceso de morir.

Se sugiere a estudiantes y profesionales de la Psicología, interesarse más sobre esta etapa y la salud mental de los adultos mayores.

CAPÍTULO I

MARCO CONCEPTUAL

1.1 Introducción

El envejecimiento es un proceso normal de la vida humana, que podría definirse como el conjunto de cambios que se originan en un organismo con el paso del tiempo y que llevan a pérdidas físicas, sociales, psicológicas, concluyendo con la muerte. Adulto mayor se refiere a personas de 60 años o más de cualquier sexo, color, raza, y religión.

En Guatemala el envejecimiento se origina en un contexto de mayor precariedad que cualquier otra etapa de la vida. La vejez no es vista en el país como un contenido que planteara la urgencia de su abordaje. Sin embargo es importante que los seres humanos conozcan acerca de cada etapa de su vida.

El adulto mayor sufre cambios, en los cuales los procesos mentales no se quedan atrás, por lo que las ideas irracionales pueden surgir en esta etapa. Las ideas irracionales son todos aquellos sistemas de pensamiento que se alejan de la realidad, que son duras en su estructura, determinan el sistema general de pensamiento de un individuo y pueden causar sufrimiento innecesario. Estos pensamientos influyen en las emociones y comportamientos.

Así mismo el miedo al proceso de morir es un factor que tiene que enfrentar el adulto mayor, ya que puede predecir que la vida está aproximándose a su fin. Sin embargo aunque se crea que este está preparado para tal evento, una adaptación emocional a un diagnóstico terminal puede ser tan difícil de aceptar como lo sería para una persona joven. Muchos de los adultos mayores temen durante este

proceso el surgimiento de enfermedades crónicas, pérdida de las funciones cognitivas y el incremento de las necesidades de cuidado.

Esta investigación permite conocer el nivel predominante de ideas irracionales y el nivel de miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado y si existe diferencia significativa entre géneros, los resultados se detallan en los capítulos correspondientes.

1.2 Antecedentes

Respecto a la temática abordada se citan los siguientes estudios de tesis:

Silva (2010), estudió al adulto mayor abandonado por su familia en el hogar Fray Rodrigo de la Cruz diagnóstico y soluciones. Buscó analizar los diferentes factores o causas que influyen en el abandono de estos sujetos. Su fin fue determinar un sistema que contribuya a evitar el abandono del adulto mayor en dicho centro de atención. La población fue comprendida por 30 adultos mayores ingresados y 30 familiares de los ingresados. Se utilizaron dos cuestionarios de entrevista estructurada, de selección múltiple. El método de la investigación fue de tipo descriptivo. La interpretación de resultados se hizo a través de la metodología estadística, utilizando la estadística descriptiva y gráficas. Según los resultados de la investigación, existe contradicción e incoherencia entre la acertada idea que tienen los familiares, de la importancia de la visita y participación en actividades de acompañamiento, como medio para evitar el abandono, puesto que, aunque los familiares manifiestan conocer la importancia que tienen como familiares en la vida de sus ingresados no existe coherencia en el interés por participar en las actividades que podrían establecerse para atenderles y acompañarles. Se recomienda concientizar a la familia en este aspecto debido a que muchos mienten, dan excusas y no tienen interés en establecer comunicación constante con sus familiares adultos mayores ingresados.

Cajtic (2009), estudió las complicaciones más frecuentes del adulto mayor. El propósito fue identificar situaciones susceptibles de mejorar con acciones del personal de enfermería. La muestra la conformo 48 sujetos de estudio con dependencia grado I y II. Se utilizó el Perfil Pulses que evalúa el grado de dependencia, así mismo se aplicó la técnica de revisión de expedientes de la población de estudio. El estudio fue descriptivo transversal cuantitativo. Se utilizó la estadística descriptiva. Como resultado se tuvo que la mayoría presentó la dificultad para la marcha, complicaciones que repercute en la realización de las actividades de la vida diaria, de las personas en situaciones de dependencia, la cual es necesario identificar a tiempo, evitando con ello que se deteriore el estado físico de la persona, y con otras complicaciones que requieran de mayor tiempo en el cuidado de enfermería. Se recomienda realizar actividades de higiene mental al personal de enfermería que ayuden a liberar el estrés que muchas veces genera el cuidado de adultos mayores, además de dificultades del manejo de la enfermedad.

Ugarte (2009), estudió las relaciones entre estilos de vida y salud en el adulto mayor. Su objetivo fue explorar la relación entre el estilo de vida activo de personas que se encuentran en la etapa de la tercera edad y el nivel de salud percibida. La población objeto de estudio fue constituida por 100 adultos mayores, de sexo masculino, en situación de jubilación, pertenecientes a la Asociación de Jubilados del Banco de Guatemala, de la Superintendencia de Bancos y del Fondo de Regulación de Valores. Se Utilizó dos cuestionarios, uno con el objetivo de conocer el estilo de vida de personas con más de 65 años abarcando diferentes aspectos que giran alrededor de los siguientes ámbitos: laboral o económico, social, cultural, familiar, político, religioso y deportivo. El otro cuestionario tuvo como objetivo conocer el estado de salud de las personas pero independientemente de un diagnóstico médico completando un cuestionario sobre salud general a criterio de la personas entrevistadas. El tipo de investigación que se realizó fue de tipo Ex Post Factum. Se utilizó la estadística del programa

Minitab, ya que cubre una amplia gama de procedimientos estadísticos que permiten resumir datos, determinar diferencias significativas entre grupos y examina relaciones entre variables y resultados gráficos. En los resultados la mayoría de personas que pertenece al rango de Actividad Alta se auto-perciben con Buena Salud. Todo profesional involucrado en el tema de la salud debe influir sobre el significado atribuido a la vejez, la percepción de autoeficacia y de salud de los adultos mayores, a través de la capacitación.

Díaz (2008), estudió el bienestar psicológico en el adulto mayor de la Jornada vespertina del programa de desarrollo social de la municipalidad de Guatemala. Buscó establecer el bienestar psicológico de dicha población. La muestra se conformó por 104 personas que asisten al programa de Desarrollo Social de la Municipalidad de Guatemala durante la jornada vespertina. Se utilizó como instrumento la Escala de Bienestar Psicológico (EBP) de José Sánchez-Cánovas, que cuenta con cuatro subescalas que son: Bienestar psicológico subjetivo, relación con la pareja, bienestar material bienestar laboral, con una muestra de sesenta y siete sujetos y así mismo utilizó el enfoque cualitativo, escogió seis casos, con una muestra de casos típicos, utilizando una entrevista semiestructurada de cuarenta y tres preguntas abiertas, validadas por expertos en el área. Se hizo uso del enfoque cuantitativo – cualitativo. La estadística utilizada es descriptiva, utilizando la media, mediana, moda, percentil y desviación estándar. Concluyó que la mayoría de adultos mayores que asisten al programa de desarrollo social de la Municipalidad de Guatemala, durante la jornada vespertina, se encuentran en un rango promedio a promedio alto en el total de la escala de Bienestar Psicológico. Lo que indica que se encuentran satisfechos con su vida durante la etapa que están atravesando. En los datos cualitativos las personas de la muestra refieren que se sienten ilusionadas, acostumbran a ver el lado favorable de las cosas, buscan momentos de distracción y descanso, características de un Bienestar Psicológico alto. Recomienda que dentro de su práctica profesional que se incluya con más énfasis al adulto mayor, ya que son

parte importante de cualquier sociedad, organizar talleres y pláticas según las necesidades del grupo, como: Estrategias para mejorar la relación de pareja, convivir más fácilmente con otras personas, qué significa ser adulto mayor y otros. De esta manera podrán comprender mejor la etapa que están atravesando y su entorno.

Hernández (2008), estudió la importancia de la debida protección de los derechos humanos del adulto mayor en la sociedad guatemalteca. Buscó dar a conocer la importancia de los Derechos Humanos de dicha población en Guatemala. La existencia de políticas adecuadas de envejecimiento proporciona protección social al adulto mayor en Guatemala brindándole acceso a servicios de salud, entretenimiento, transporte y servicios que necesite, así como el debido respeto y garantía de sus requerimientos básicos. Concluye que en Guatemala los adultos mayores sufren de pobreza y de enfermedades crónicas y no tratadas, de falta de vivienda, de falta de educación, de no acceso al trabajo por una discriminación bien marcada, de poco o de ningún acceso a la justicia, de miedo y de aislamiento, todos estos factores con el mismo denominador común como lo es la discriminación y la desigualdad social que vivimos en nuestra sociedad. Es vital proteger a los adultos y adultas mayores en Guatemala, asegurando la protección de sus derechos humanos como lo son la igualdad, salud, trabajo, educación, desarrollo, participación social y política, ambiente sano y acceso a los medios de comunicación, para que los mismos cuenten con sus requerimientos básicos, y alcancen una vida digna. Recomienda concientizar al Congreso de la República de Guatemala para que se encargue de crear una figura jurídica en el Código Penal vigente sancionatoria de todo aquel agresor de los adultos mayores en Guatemala, para así brindarles la debida protección a sus derechos humanos.

Arranzola y Rosales (2007), estudiaron el fortalecimiento de la salud mental del adulto mayor institucionalizado a través de la terapia de grupo Gestalt. Su objetivo fue investigar si la terapia de grupo Gestalt fortalece la salud mental y modifica el

autoconcepto negativo que el adulto mayor institucionalizado tiene de sí mismo. La muestra fue de 75 adultos mayores de ambos géneros en el Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación Dr. Jorge Von Ahn de León. Para el procedimiento de investigación utilizaron las técnicas de observación, entrevista y cuestionario, y por último terapia de grupo Gestalt. El tipo de muestreo fue de carácter aleatorio. Se hizo uso de la estadística descriptiva, para realizar un análisis porcentual, con el fin de identificar las áreas de mayor conflicto, ante las necesidades afectivas que presentaron. Se concluyó que la participación de los adultos mayores, en las terapias grupales gestálticas, abrieron la oportunidad a que se crearan nuevas amistades dentro del grupo de trabajo, dejando a un lado las diferencias de género, fortaleciendo su salud mental y optimizando el valor individual que merecen como sujetos sociales. Se recomienda innovar las actividades diarias de los adultos mayores institucionalizados, ya que les permite el re-encuentro con algunas de sus capacidades, habilidades físicas y psíquicas que consideraban perdidas.

Álvarez (2006), estudió el autoconcepto en el adulto mayor, un estudio realizado sobre las diferencias existentes entre hombres y mujeres de 60 a 85 años. Su objetivo fue estudiar las diferencias entre el autoconcepto entre hombres y mujeres de la tercera edad y edad avanzada. La muestra fue de 40 personas entre 60 y 85 años, de los cuales 26 fueron mujeres y 14 hombres. Se utilizó el Cuestionario de Adaptación de Bell, en su escala de estimación. Su estudio fue tipo descriptiva. Aplicó la estadística descriptiva utilizando media, mediana y moda. Se concluyó que existe diferencia estadísticamente significativa entre géneros de los adultos mayores de Asociación Casa Geriátrica María. Recomienda Apoyar las campañas dirigidas a la protección, atención y derechos del adulto mayor y que a la vez promuevan una imagen y visión positiva del envejecer.

Molina (2006), estudió la Logoterapia en el tratamiento de los síntomas depresivos en el adulto mayor institucionalizado. Su propósito fue comprobar en qué medida la Logoterapia ayuda a disminuir la depresión en personas ancianas institucionalizadas, en el Hogar Fray Rodrigo de La Cruz en La Antigua Guatemala, por medio del Taller Vivencial de Logoterapia para Ancianos Institucionalizados. Se contó con una muestra conformada por 22 personas ancianas de las cuales 9 fueron mujeres y 13 hombres, comprendidos entre 65 a 89 años de edad, 12 personas conformaron el grupo experimental y 10 el grupo control. Se utilizó como instrumento la Escala de Depresión de Beck y el taller logoterapéutico, se aplicó en 12 sesiones. El tipo de investigación fue de diseño experimental pre-test y post-test con grupo control. La metodología estadística apropiada para esta investigación fue t de Student. El resultado obtenido fue que no existe diferencia estadísticamente significativa, a un nivel alfa de 0.05, entre el grado de depresión en las personas ancianas antes y después de participar en un taller de Logoterapia y tampoco entre el grado de depresión de los participantes en el taller y los que no participaron. Se recomendó dar pláticas sobre logoterapia a los médicos y asistentes sociales y cómo utilizarlo en sus vidas con el fin de ejercerlo en su área laboral.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Adulto mayor

Papalia (2004), lo define como nombre o expresión que recibe la población de personas mayores o ancianas que están jubiladas y comprenden la edad de 60 años o más. Sólo por haber alcanzado este rango de edad se hacen pertenecientes a la etapa de la vejez.

Guijarro (2001), expresa que existen diferentes denominaciones o sinónimos como senectud, ancianidad, vejez, envejecimiento, mayores, segunda juventud y tercera edad. En la actualidad los profesionales han dejado de utilizar estos términos, siendo el más frecuente en América Latina adulto mayor.

Las Naciones Unidas, han fijado como principio de la vejez, 60 años de edad. Debido a la baja tasa de natalidad y la mejora de la condición y esperanza de vida de muchos países se ha ido incrementado esta población. El adulto mayor se ve afectado, la etapa en que vive requiere una reestructuración de la personalidad causada por una serie de cambios a nivel fisiológico, psicológico, social y familiar que lo hacen vulnerable ante su nueva vida.

Según Girón (1982), el adulto mayor pasa por un proceso normal de la vida humana que puede vivirse en forma satisfactoria, aunque no sea esta la regla.

2.1.1 Cambios en el adulto mayor

– Cambios físicos

Feldman (2006), expresa si bien el envejecimiento es ineludible, la herencia y la forma de vida constituyen una función importante al definir el momento de inicio de este proceso. Los cambios se generan gradualmente por lo que la gente al principio no se percata de esos cambios, pero el deterioro a la larga es evidente.

Cavanaugh y Whitbourne (1990, 1998, citados por Morris, 2005), el envejecimiento acarrea cierto deterioro físico inevitable. A partir de la madurez y durante la vejez, cambian la apariencia y el funcionamiento de todos los órganos. El cabello adelgaza, se vuelve blanco o gris, la piel se arruga, los huesos pasan a ser más frágiles. Los músculos pierden fuerza y las articulaciones endurecen o se desgastan. La circulación enlentece, la presión sanguínea aumenta y debido a que los pulmones contienen menos oxígeno, el adulto mayor tiene menos energía. La forma corporal y la postura cambian, y se produce un atrofiamiento en los órganos reproductivos. Volviéndose comunes las dificultades para conciliar el sueño y permanecer dormido y haciéndose más lento el tiempo de reacción. La visión, la audición y el sentido del olfato pierden agudeza.

– Cambios psicosociales

Preciado (2011), describe que en la vejez ocurren cambios sociales progresivos. Frecuentemente la gente mayor se relaciona menos con las personas y ejerce menos roles sociales. La conducta recibe baja influencia de las reglas sociales y expectativas que antes. Gran parte de los adultos mayores analizan su vida y se dan cuenta de que hay un límite a la capacidad de participación social, pero aprenden a vivir con esas limitaciones. Generalmente la jubilación del empleo remunerado es un cambio importante que se experimenta en la vejez.

Atchley (1982, citado por Morris, 2005), la naturaleza y calidad de la vida en la jubilación depende en parte de la condición financiera. Si la jubilación significa un deterioro importante en el estándar de vida de una persona, esta se mostrara menos dispuesta a jubilarse y llevará una vida más limitada después de la jubilación. Otro factor en las actitudes de la gente hacia la jubilación son sus sentimientos acerca del trabajo. La gente que se siente satisfecha en su trabajo por lo regular esta menos interesada en jubilarse que las personas cuyos trabajos son poco gratificantes.

El hecho de ser obligado y no estar listo a la jubilación, en el adulto mayor genera un sentimiento de verdadero estrés. Las personas que se jubilan de forma involuntaria son más vulnerables a sufrir depresión, mala salud y desajuste psicológico que las personas que voluntariamente se jubilan.

Según Girón (1982), la vejez legal que es la edad de jubilación entre 60 y 65 años, está cuestionada y es motivo de revisión porque muchas personas son capaces de trabajar en forma eficiente hasta los 75 años y aún más allá de los 80.

– **Cambios cognoscitivos**

Morris (2005), define que las personas saludables que se mantienen intelectualmente activos permiten un alto nivel de funcionamiento mental en la vejez. Ciertamente la mente que envejece trabaja más lenta y es más difícil recuperar y almacenar cierta información y recuerdos, pero esos cambios normales no son un problema que interfiera con la habilidad para poseer una vida activa e independiente. Aún más los adultos mayores que permanecen mentalmente activos, en especial por medio de actividades vinculadas con el trabajo, comúnmente experimentan un daño cognoscitivo significativamente menor que los que no lo hacen.

Existen trastornos neurológicos graves como la enfermedad de Alzheimer que se presentan en la vejez, que no son relativamente cambios normales de esta etapa, son enfermedades que adquieren hereditariamente o bien por la calidad de vida que han tenido.

Storandt (1984, citado por Feldman, 2006), una razón posible de las diferencias en el desarrollo de la inteligencia fluida y la cristalizada con la vejez, es que la primera puede ser más sensible a los cambios del sistema nervioso que la segunda. Otro punto puede ser el nivel en el que los dos tipos de inteligencia son empleados a lo largo de la vida de una persona cualquiera que sea la razón, las personas equilibran las disminuciones. Todavía pueden aprender lo que ellas quieran; tal vez sólo les tome más tiempo.

2.1.2 Patologías del adulto mayor

Girón (1982), existen enfermedades crónicas que se desarrollan en el envejecimiento. Las enfermedades que son las principales causas de mortalidad y otras sobresalientes por su morbilidad en personas mayores de 60 años son: En lo que a mortalidad refiere, se encuentran las enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y diabetes, y en lo que a morbilidad refiere se verá la prevención en sus diversos niveles de artritis, deficiencias de la vista y del oído, así como de la dentadura.

En esta etapa final de la vida es más frecuente la presencia de alguna enfermedad, siendo peculiar encontrar algún adulto mayor que esté libre de un proceso mórbido de tipo crónico.

A continuación se citaran algunas enfermedades más comunes del adulto mayor: Arterioesclerosis de las extremidades, artrosis, artritis, alzheimer, párkinson, hipertrofia benigna de próstata, gripe, malnutrición, mareos, sordera, presión

arterial alta, claudicación intermitente, demencia senil, osteoporosis, accidente cerebro vascular.

2.1.3 El Adulto mayor en Guatemala

Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (2005), expresa que la adultez mayor en Guatemala se origina en un contexto de mayor precariedad que cualquier otra etapa de la vida. El adulto mayor no es visto en el país como un contenido que planteara la urgencia de su abordaje. Sin embargo a lo largo del tiempo se ha ido conociendo más sobre esta población, que ha permanecido ignorada, evidenciando las condiciones de pobreza y exclusión de los adultos mayores.

El adulto mayor cuando queda en situación de dependencia, su familia es su único sostén, y se encarga de apoyarlo en el área emocional, económica, social y en la salud. Sin embargo generalmente en Guatemala esto no ocurre, pues la mayoría de los adultos mayores siguen siendo jefes del hogar y continúan contribuyendo económicamente y apoyando a su familia.

Estrada (2001), manifiesta que Guatemala no está suficientemente preparada para responder al aumento en la demanda de la salud, seguridad social y otros servicios fundamentales, que necesita la población de adultos mayores, así también como la demanda de los jubilados quienes exigen mejores pensiones que les posibiliten una calidad de vida digna en su vejez.

Uno de los factores principales que ha afectado de forma directa en la percepción y respuestas sociales a la problemática del adulto mayor en Guatemala, es la falta de una clara definición de su rol en la sociedad. Mientras que las otras etapas de la vida se le asignan un papel definido en la sociedad, el adulto mayor permanece

indefinido, y de ahí surge la exclusión, sufriendo la marginación familiar, social y en algunos casos maltrato físico, psicológico e institucional.

2.1.4 Adulto mayor institucionalizado

Castañeda (2008), los adultos mayores institucionalizados son personas abandonadas por sus familiares y la sociedad que no les brinda oportunidades, y se llega a este lugar cuando no existe otra posibilidad, la enfermedad aparece y el abandono es total. Las instituciones suelen ser su última morada, viviendo la etapa de su vejez. Allí recuperan lo perdido o comienzan el proceso hacia el final.

La mayoría de adultos mayores pretenden quedarse en sus propias viviendas, sin embargo el número de ingresos de estas personas a instituciones de cuidado incrementan cada año.

Aguilar (2010), expresa que pocos adultos mayores internos reciben visitas frecuentemente, la mayoría tiene hijos, pero no los ven, no saben de ellos o en algunos casos huyeron de ellos. Muchas personas mayores llegan a estas instituciones por falta de recursos económicos, no pueden autosostenerse y si sufren de enfermedad les es difícil pagar médicos, y no cuentan con una familia que los apoye.

Los ancianos sobreviven en centros de asistencia en todo el país. Y por lo general, el camino previo al ingreso está precedido de marginación, discriminación y violencia. Ellos sienten que no sirven y que son un estorbo.

Gutiérrez (2005), el abandono o desplazamiento de los padres o abuelos a estas instituciones, es cuando la persona ya no es productiva en términos económicos,

transformándose en una carga potencial de gastos para la familia a la que pertenece y por ello son entregados al cuidado de un asilo.

En la actualidad la mayoría de las familias necesitan trabajar y aun cuando tienen el deseo de hacerse cargo de un adulto mayor, no cuentan con el tiempo para ocuparse de sus cuidados y cubrir necesidades, recurriendo en algunos casos a la institucionalización. Al ingresar a una institución, el adulto mayor experimenta una sensación de pérdida en su seguridad emocional, motivada por la separación física de los familiares y pérdida de su rol productivo. Su capacidad de adaptación dependerá de las experiencias y necesidades que ha puesto en práctica para enfrentar las distintas crisis que le ha tocado vivir, del apoyo familiar y el ambiente que le rodea.

2.2 Ideas irracionales

Martínez (2011), define que los pensamientos que producen las emociones perturbadoras, generalmente, son automáticos. Se presentan de forma inesperada y un momento después se siente el efecto que ocasionan. Las ideas irracionales son los sistemas de pensamiento que alejan de la realidad, que son duras en su estructura, que determinan el sistema general de pensamiento de un individuo y pueden causar sufrimiento innecesario. Estos pensamientos influyen en las emociones y comportamientos.

Las ideas irracionales forman pensamientos o creencias erróneas, que las personas tienen de los acontecimientos reales. Existe una relación entre la manera de apreciar un evento determinado y la emoción que este produce, las ideas que se forman sobre un acontecimiento son las responsables del tipo de emoción que surge.

Dentro del grupo de las ideas irracionales pueden presentarse como pensamientos, ideas y creencias que pueden surgir en un grupo o en un individuo, se clasifican por su contenido y veracidad pueden ser razonables o irracionales.

Según Luna (2002), son puntos de vista o creencias rígidas que tienen las personas acerca del mundo. Estas ideas son de carácter absolutista, demandante y condenatorio, dando la idea de que las cosas tienen que ser de una forma establecida y concreta. Por lo general incluyen palabras tales como: siempre o nunca, tendría, debería, etc. Hay sufrimientos innecesarios que se busca cuando se parte de pensamientos irracionales e ilógicos, gran parte de las ideas irracionales contienen un debería o no debería o necesidad.

2.2.1 Origen de las ideas irracionales

Ellis (1977, citado por Gracia, 2009), las ideas irracionales se originan bajo el argumento que las emociones y conductas de las personas están influenciadas por la percepción de los eventos. El evento no es el que determina lo que una persona siente, sino la forma de interpretación del evento, por lo tanto la manera que se sienten las personas está asociada a la forma de analizar y pensar sobre una situación.

El hecho por sí solo no determina directamente como se sienten las personas, su respuesta emocional esta medida por su percepción respecto al mismo y lo que las personas creen y perciben sobre sí mismas. Las personas que frecuentemente tienen ideas irracionales crean su propio mundo y para ellas el futuro es relevante e importante y estas dos tienen efecto directo en cómo se sienten y actúan.

Las ideas irracionales se basan en las siguientes hipótesis básicas:

- Las personas no son únicamente receptores de los impulsos ambientales, sino que fabrican activamente su realidad.
- Los pensamientos son mediadores entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- Las personas pueden acceder a sus contenidos de pensamientos.
- La alteración del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas) es central en el proceso de cambio.

2.2.2 Ideas irracionales más frecuentes

Carranza (2003), dentro de las ideas irracionales más comunes que existen en una sociedad y dentro de cada individuo, se encuentran las siguientes:

- Falta de autovaloración: Es común que, mucha gente en esta sociedad, crezca con la idea de que está mal amarse a sí mismo, que eso es egoísmo.
- Falta de aceptación del cuerpo: El que no está conforme con la estructura física de su propio cuerpo, es aquella persona que no se acepta así mismo como humano.
- Seguridad: Seguridad física elimina la excitación, la emoción y el crecimiento, según lo afirma Amado Martínez (2006) Hay una seguridad que si vale la pena buscar y es la seguridad interior que brinda el tener confianza y la capacidad de solucionar cualquier problema que se le presente.
- Dependencia psicológica: Depender de alguien psicológicamente, significa que esa relación no implica una elección, sino que es un vínculo en el cual se sienten obligados a hacer o ser algo que no quieren ser.
- Vivir en pasado o futuro: Único tiempo que existe es el presente el pasado ya paso y el futuro aún no ha venido.

- Necesidad de aprobación: El ser humano frecuentemente necesita de aprobación. Aprobación no es un mal en sí misma, se convierte en patológica cuando es una necesidad en lugar de deseo.
- Perfeccionismo: Hacer las cosas a la perfección es una idea irracional, ya que la perfección no es un atributo de la naturaleza humana.
- Culpabilidad: Emoción más inútil es la culpabilidad por lo que se ha hecho y la preocupación por lo que se podría haber hecho.
- Preocupación: Por mucho que se preocupen por el futuro no cambiarán nada.
- Depresión: Si se sienten deprimidos cuando llueve, no es a causa de la lluvia, sino porque se está diciendo cosas negativas con respecto a la lluvia.
- Suerte: Creer en la suerte o el destino, es sentarse a esperar que las cosas pasen sin hacer nada para lograrlo, sin luchas por lo que se quiere.

2.2.3 Ideas irracionales en el adulto mayor

Chertok (2006), asevera que el adulto mayor no posee ni menos ni más ideas irracionales que las otras etapas de la vida, ya que estas distorsiones cognitivas surgen como persona individual, dado que cada persona adquiere sus propias creencias y en base a ellas construye una ideología particular y única de cómo percibe el mundo y a sí mismo.

El adulto mayor como todo humano es un ser racional e irracional al mismo tiempo, por lo que pueden surgir en él, sistemas de pensamientos que le alejen de lo real y generen sufrimientos innecesarios en su vida.

González (2000), manifiesta que el adulto mayor tiene tendencia a centrarse y atender más los aspectos negativos de su entorno que los positivos. Probablemente no se trata de una distorsión cognitiva, sino que son aspectos negativos reales a los que prestan más atención y por ello son más vulnerables

para procesarlos, ciertamente todo lo contrario de lo que sucede con los aspectos positivos de su vida. Esta expectativa podría dar a entender ante los otros, que estas personas son más propensas a generar ideas irracionales, sin embargo en algunas ocasiones por la experiencia y maduras en el proceso de los años vividos lograr identificar esas distorsiones y logran subsistir aceptando la realidad de su vida.

2.3 Miedo al proceso de morir

Bohannon (2005), expresa que el acto de morir es un proceso normal que le ocurre a todos los seres vivos. Es una experiencia única de cada individuo, que representa el final del proceso global de la vejez. Para algunas personas, el proceso de la muerte ocurre de una forma rápida, sólo en un período de unas cuantas horas o días. Sin embargo, para otras personas el proceso que conduce a la muerte resulta un proceso lento y de deterioro, que se puede prolongar durante meses y posiblemente, años. La muerte es el fin inevitable de la vida y, sin embargo, algo que todos deben afrontar. Sobre todo, un derecho fundamental del ser humano es tener una muerte que esté de acuerdo con sus valores individuales

La muerte ha sido siempre inherente al pensamiento humano desde la antigüedad no importando edad, raza, sexo, ni religión, creando dudas y miedo aun ante las expectativas de cada ser humano con respecto a ella.

Limonero (1996, citado por González, 2009), es evidente que todo ser humano tiene miedo a dejar de existir, a lo desconocido, a la incertidumbre. Nadie está cómodo delante de una persona que se está muriendo, ni delante de una persona que tiene una enfermedad grave e incurable, quizá porque hace pensar en la propia muerte; afloran propios miedos y se tiende a alejarse de estas situaciones.

Tarquis (2000), existe un punto en que la vejez y la muerte borran su límite. La preocupación por la muerte habita en todo ser humano. En último análisis toda angustia se reduce a la angustia de la muerte.

El acto de morir es una experiencia individual. Cada quien debe afrontarla sola. La relación con otras personas que estén sanas puede ayudar a que se disipe el miedo ante el hecho de morir. Aunque también hace recordar todo lo que se deja atrás. Algunas personas desean relacionarse con los demás para olvidar sus temores, mientras que otras lo evitan para reducir la angustia. Una vez más, cada persona adopta una actitud individual ante la muerte.

2.3.1 Miedo al proceso de morir en el adulto mayor

Bohannon (2005), expresa que los adultos mayores de la sociedad pertenecen de alguna manera a un grupo religioso y afrontan el proceso de morir con una fuerte confianza en su fé religiosa. En ocasiones este fuerte sentimiento religioso da la paz y la firmeza necesarias para afrontar proceso de la muerte. Pero otras ocasiones, esta fe sólo aviva los sentimientos de culpabilidad en relación a experiencias del pasado, y no crea sino miedo y ansiedad.

El miedo al proceso de morir es un factor que tiene que enfrentar el adulto mayor, ya que puede predecir que la vida está aproximándose a su fin. Sin embargo aunque se crea que este está preparado para este evento, una adaptación emocional a un diagnóstico terminal puede ser tan difícil de aceptar como lo sería para una persona joven. Muchos de los adultos mayores temen durante este proceso el surgimiento de enfermedades crónicas, pérdida de las funciones cognitivas y el incremento de las necesidades de cuidado.

Los adultos mayores suelen mostrar menos preocupación ante la muerte en comparación con los jóvenes, hay causas de angustia significativas para ellos. Las

principales son la pérdida de seres queridos, experimentar dolor y sufrimiento, la incógnita de la existencia de otra vida, la pérdida del control personal y de sus acciones.

Esberger (1980, citado por Bohannan, 2005), los adultos mayores están más familiarizadas con la muerte, con los funerales y con los comentarios que las personas jóvenes. También es posible que hayan realizado preparativos con respecto a su propia muerte. Puede que incluso deseen la muerte si sus vidas adolecen de la falta de afecto y de interrelación personal. Además, los mayores se aferran con más fuerza a la tradición religiosa, y es más posible que crean en la vida después de la muerte.

Los ancianos que están en próximos a morir pueden pasar muchas de sus últimas horas recordando el pasado. La mayoría de los adultos mayores experimentan miedo al dolor, miedo a la soledad y miedo al sin sentido, como parte de la trayectoria previa a la muerte.

Buter (1974, citado por Bohannan, 2005), señaló que esta revisión de la vida responde a un deseo de reconciliar el pasado con el presente, de modo que la vida pueda seguir evolucionando y cambiando hasta el final. Indicó que este proceso mental permite al anciano adaptarse a las nuevas circunstancias de la fase final de la vida. Para la persona a punto de morir, esta revisión de la vida la ayuda a reconciliarse con los conflictos y fracasos del pasado y le otorga un sentido a su vida. Además, recordar el pasado puede proporcionar simplemente una sensación placentera. Un recuerdo agradable puede servir de tranquilizante y, a su vez, aliviar la tensión y la angustia.

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe diferencia en el nivel predominante de ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado, según el género?

3.1 Justificación

La visión que se tiene del adulto mayor está influenciada por estereotipos e ideas negativas y son discriminados hasta en el campo de la investigación. Ya que no se ve como un tema que aporte gran importancia en la sociedad. Por tal motivo es necesario enriquecer a la población guatemalteca con información científica acerca de esta problemática y tome conciencia del valor de conocer acerca de cada etapa de su vida.

La forma cómo los adultos mayores evalúan los cambios y los eventos en su vida son causas de gran importancia. Una de las partes principales en este proceso de cambios es la evaluación de los pensamientos, sentimientos, creencias, cogniciones o las ideas que al ser irracionales, los llevan a vivir esta etapa con desagrado e infelicidad en la mayoría de los casos. Las ideas irracionales son generadas por todas las personas en algún momento de su vida. La adaptación del adulto mayor a la muerte se considera un aspecto crucial del envejecimiento, ya que morir es la ley de la vida. Sin embargo, no para todos tiene el mismo significado y por eso la muerte suscita diversas actitudes y sentimientos. Es importante el conocer qué nivel de ideas irracionales y miedo al proceso de morir poseen los adultos mayores institucionalizados, ya que dichas variables son de importancia para el psicólogo clínico puesto que forman parte de la salud mental de los sujetos.

3.2 Objetivos

Objetivo general

- Determinar si existe diferencia entre géneros en el nivel predominante de ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado.

Objetivos específicos

- Identificar el nivel predominante de ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado, según el género.
- Comparar según género el nivel de ideas irracionales y miedo al proceso de morir en la muestra estudiada.

3.3 Hipótesis

Hipótesis general (Hi)

Existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el nivel predominante de ideas irracionales y el miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado según género.

Hipótesis nula (Ho)

No existe una diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el nivel predominante de ideas irracionales y el miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado según género.

3.4 Variables

3.4.1 Variables Independientes

- Adulto mayor de género femenino

- Adulto mayor de género masculino

3.4.2 Variables Dependientes

- Ideas Irracionales
- Miedo al proceso de muerte

3.5 Definición conceptual de variables

- Adulto mayor

Personas mayores jubiladas hombres o mujeres que comprenden la edad de 60 años o más.

- Género

Clasificación social de masculino y femenino.

-Ideas Irracionales

Pensamientos que influyen en las emociones y comportamientos que se alejan de la realidad.

- Miedo al proceso de morir

Temor a la serie de cambios sociales, físicos y psicológicos que cursan hasta llegar a la muerte.

3.6 Definición operacional de variables

- Género y adulto mayor

Se midieron estos datos por medio de boleta de datos que se aplicó a la muestra estudiada.

Las variables se midieron por medio de las siguientes pruebas:

- Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) para Adultos Mayores

Cuestionario de tipo dicotómico con opciones de respuesta de sí-no, su aplicación es individual en forma de entrevista, evalúa el nivel de ideas irracionales en el adulto mayor.

- Escala de Ansiedad ante la muerte para ancianos (EAMA)

El miedo al proceso de morir fue evaluado a través de la Escala de Ansiedad ante la muerte para ancianos que cuenta con una dimensión que lo mide, calificando los niveles como bajo, moderado y alto.

3.7 Alcances y límites

Ámbito geográfico: Sacatepéquez

Ámbito institucional: Hogar Fray Rodrigo de la Cruz y Asociación Casa Geriátrica María

Ámbito temático: Ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado, según el género

Ámbito personal: Adultos mayores de ambos géneros

Ámbito temporal: Adultos mayores entre 65 a 85 años de edad

3.8 Aportes

Esta investigación es de utilidad para ayudar a estudiantes y profesionales de la Psicología y público en general a interesarse más en los temas relacionados con el adulto mayor y no dejarlos como temas que no son importantes para su abordaje.

Así mismo, se observó durante el proceso de la investigación, que no existen suficientes estudios acerca de este tema, por lo tanto este estudio es útil para próximas investigaciones.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Sujetos

Este trabajo de investigación se realizó en dos instituciones para adultos mayores, en Hogar Fray Rodrigo de La Cruz y Casa Geriátrica María localizados en el departamento de Sacatepéquez, teniendo como muestra a 35 adultos mayores de género femenino y 35 de género masculino, siendo un total de 70 adultos mayores institucionalizados.

4.2 Instrumento

Se utilizaron las siguientes pruebas psicométricas para medir las variables:

Cuestionario de Ideas Irracionales (CII) para Adultos Mayores. Vergara-Lope (2008), del libro de evaluación en Psicogerontología de la Dra. González - Célis Rangel, Ana Luisa de la Editorial Manual Moderno. Su objetivo es medir ideas irracionales a adultos mayores de 60 años en adelante, con cualquier escolaridad. Los niveles se califican como bajo, medio, alto y muy alto. Está formado por 67 reactivos. Es de tipo dicotómico con opciones de respuesta de sí-no. Su aplicación es individual en forma de entrevista.

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos (EAMA), Collet y Lester (1997; 2003), que fue adaptado por García C. y Flores A. del libro de evaluación en Psicogerontología de la Dra. González - Célis Rangel, Ana Luisa del Editorial Manual Moderno. Evalúa tres dimensiones miedo al proceso de morir, miedo a la propia muerte y miedo a la muerte de otros. Utilizando únicamente la dimensión miedo al proceso de morir. Califica los niveles como bajo, moderado y alto.

4.3 Procedimientos

- Selección de tema
- Solicitud de aprobación al Sr. Decano Dr. Carlos Ramírez
- Elaboración del prediseño de la investigación
- Recolección de información
- Elaboración de Proyectos de investigación
- Presentación y revisión final del proyecto de investigación
- Corrección y aprobación del proyecto de investigación
- Validación de instrumentos para recopilación de información
- Preparación de recursos para aplicación de técnicas e instrumentos
- Trabajo de campo
- Vaciado y tabulación de datos
- Interpretación y análisis de información
- Elaboración de informa final
- Revisión y corrección de informe final
- Presentación de informe final

4.4 Diseño de investigación

- Descriptiva - Comparativa

La presente investigación es tipo descriptiva comparativa la cual consiste en recolectar en dos o más muestras con el propósito de observar el comportamiento de una variable, tratando de controlar estadísticamente otras variables que se considera pueden afectar la variable estudiada (variable dependiente). Relaciona grupos a partir de las diferencias que con respecto a una variable podrían presentar. Se busca conocer si existen diferencias significativas en cuanto a un concepto, categoría o variable en un contexto en particular. La investigación comparativa tiene, en alguna medida, un valor explicativo ya que el hecho de

saber que dos grupos presentan algún nivel de similitud o diferencia aporta información que explica.

4.5 Metodología Estadística

El análisis estadístico utilizado en este estudio, para expresar los resultados obtenidos a través de las pruebas administradas a la muestra, fue la estadística de distribución de probabilidad, análisis de varianza. El análisis de varianza (ANOVA) es una técnica estadística diseñada para comparar la varianza de dos poblaciones a partir del análisis de las varianzas de las muestras respectivas.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados ya tabulados estadísticamente del nivel de ideas irracionales y nivel del miedo al proceso de morir en adultos mayores institucionalizados realizando una comparación según su género.

Tabla No. 1

Nivel predominante de ideas irracionales entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados

Género	N	Promedio	Varianza	F	F crítica	Aceptación H
Hombres	35	28.9142857	47.0806723			Ho
Mujeres	35	27.7428571	74.0201681			
				0.1902	6.59	

Fuente: Cuestionario de Ideas Irracionales (CII), 2012.

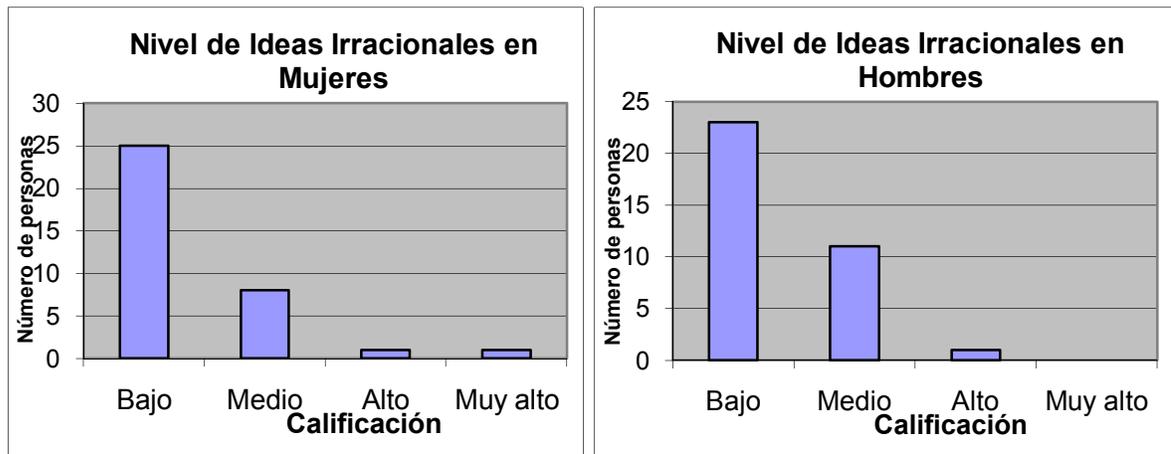
Interpretación

Dado que la F obtenida (0.1902). no es igual ni mayor que la **F crítica (6.59)** se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula (Ho) que expresa:

No existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el nivel predominante de ideas irracionales en el adulto mayor institucionalizado según género.

Gráfica No. 1

Nivel predominante de Ideas Irracionales en hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados.



Fuente: Cuestionario de Ideas Irracionales (CII), 2012.

Según la gráfica, se observa que el nivel predominante de ideas irracionales en ambos géneros de adultos mayores institucionalizados entrevistados, predominó el nivel de calificación baja.

Tabla No. 2

Nivel predominante de miedo al proceso de morir entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados

Género	N	Promedio	Varianza	F	F crítica	aceptación H
Hombres	35	15.42857	4.07563			Ho
Mujeres	35	15.42857	6.487395			
				-1.76	9.55	

Fuente: Escala de ansiedad ante la muerte en ancianos, 2012.

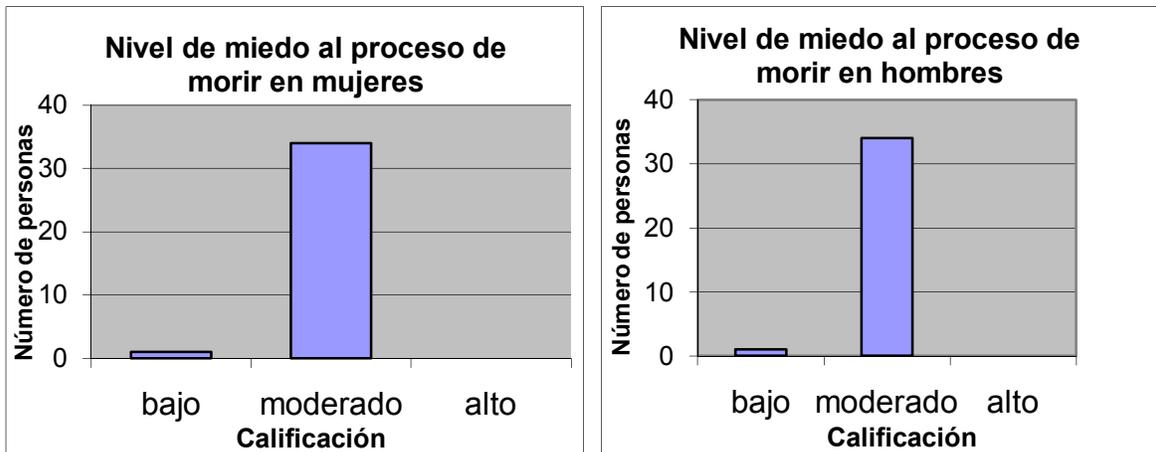
Interpretación

Dado que la F obtenida (-1.76). no es igual ni mayor que la **F crítica (9.55)** se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula (Ho) que expresa:

No existe diferencia estadísticamente significativa al 0.05% en el nivel de miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado según género.

Gráfica No. 2

Nivel predominante de miedo al proceso de morir en hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados.



Fuente: Escala de ansiedad ante la muerte en ancianos, 2012.

Según la gráfica, se observa que el nivel predominante de miedo al proceso de morir en ambos géneros de adultos mayores institucionalizados entrevistados, predominó el nivel de calificación moderado.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los adultos mayores institucionalizados de ambos géneros entrevistados del Hogar Fray Rodrigo de La Cruz y Asociación Casa Geriátrica María ubicados en el departamento de Sacatepéquez, no presentaron diferencia estadísticamente significativa en el nivel predominante de ideas irracionales y en el nivel predominante de miedo al proceso de morir, observadas en los hombres comparados con las mujeres, según el análisis de varianza por el método ANOVA.

Se interpreta según los resultados obtenidos en el cuestionario de ideas irracionales una F (0.1902), que no es igual ni mayor que la F crítica (6.59) por lo tanto, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula (H_0). No existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05% entre hombre y mujeres adultos mayores en el nivel predominante de ideas irracionales. De igual forma en el nivel de miedo al proceso de morir se rechaza la hipótesis de investigación dado que la F obtenido (-1.76), no es igual ni mayor que la F crítica (9.55), aceptando la hipótesis nula (H_0), que expresa que no existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05% entre hombres y mujeres en el nivel predominante de miedo al proceso de morir en el adulto mayor institucionalizado.

Los estudios sobre ideas irracionales y miedo al proceso de morir son escasos, existen varios estudios sobre el adulto mayor institucionalizado con otros factores de interés, como el realizado por Díaz (2008), en su estudio “Bienestar psicológico en el adulto mayor de la Jornada vespertina del programa de desarrollo social de la municipalidad de Guatemala”, busco establecer el bienestar psicológico del adulto mayor. Concluyó que la mayoría de adultos mayores que asisten a este

programa, se encuentran en un rango promedio a promedio alto en el total de la escala de Bienestar Psicológico, lo que indica que se encuentran satisfechos con su vida durante la etapa que están atravesando. En los datos cualitativos las personas de la muestra refieren que se sienten ilusionadas, acostumbran a ver el lado favorable de las cosas, buscan momentos de distracción y descanso, características de un Bienestar Psicológico alto. Estos resultados aunque no se centran en las ideas irracionales, concuerdan en la forma en que ven la vida y piensan los sujetos en estudio y evidencian la calificación baja que se ha obtenido.

Álvarez (2006), estudió el autoconcepto en el adulto mayor, su objetivo fue estudiar las diferencias entre el autoconcepto entre hombres y mujeres de la tercera edad y edad avanzada. Se concluyó que existe diferencia estadísticamente significativa entre géneros de los adultos mayores de Asociación Casa Geriátrica María. Estos resultados en comparación a los obtenidos en este estudio difieren, ya que la estadística aplicada ha mostrado que no existe diferencia significativa entre géneros. Aunque no se centran en ideas irracionales y miedo al proceso de morir en el adulto mayor, pero coinciden en una de las instituciones en las que se ha tenido sujetos en estudio, igualmente comparando entre géneros.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

- 7.1.** No existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0,05% entre en nivel de ideas irracionales predominante entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados, ya que la F obtenida (0.1902), no es igual ni mayor que la F crítica (6.59), por lo tanto se rechaza la hipótesis de la investigación y se acepta la hipótesis nula (H_0).
- 7.2.** En ideas irracionales ambos grupos puntuaron bajo por lo que no representa ningún problema en la población de estudio.
- 7.3.** Se rechaza la hipótesis de la investigación y se acepta la hipótesis nula (H_0), No existe diferencia estadísticamente significativa al nivel de 0.05% entre el nivel de miedo al proceso de morir entre hombres y mujeres adultos mayores institucionalizados.
- 7.4.** En cuanto al miedo al proceso de morir, la población puntuó un nivel moderado, por lo que no presentan mayor problema significativo.

CAPÍTULO VIII

RECOMENDACIONES

- 8.1.** A todos los estudiantes y profesionales de la Psicología, interesarse más sobre la etapa de la vejez, y de salud mental de los adultos mayores.
- 8.2.** Elaborar programas para aumentar en la población conocimientos sobre el adulto mayor.
- 8.3.** Las instituciones que prestan atención al adulto mayor, se preocupen por el área psicoafectiva, incluyendo en sus programas de trabajo métodos y técnicas que estimulen esa área.
- 8.4.** Realizar programas con actividades dirigidas a los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

1. Carranza, E. (2003). Sistemas de psicoterapia.(1ra. Edición). Guatemala.
2. Chertok, A. (2006). Las causas de nuestra conducta. (8va. Edición). Uruguay: Edición digital.
3. Feldman, R. (2006). Psicología con aplicaciones en países de habla hispana. (6ta. Edición). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
4. González, A. (2009). Evaluación en psicogerontología. (1ra. Edición). México: Manual Moderno
5. Girón, M. (1982). Gerontología y Geriatría Social. Guatemala: Editorial José de Pineda Ibarra.
6. Luna, J. (2002). Soledad y depresión. (1ra. Edición). Colombia: Sociedad de San Pablo.
7. Morris, Ch. (2005). Psicología. (10ma. Edición). México: Editorial Pearson educación.
8. Myers, D. (2005). Psicología social. (8va. edición). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
9. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala (2005) Adulto Mayor y Condiciones de Exclusión en Guatemala.Guatemala: Editorial MISEROR.

10. Papalia, D. (2004). Desarrollo humano. (9na. Edición). México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
11. Peciado, S. (2011). Modelo de Atención para el cuidado de adultos mayores institucionalizados. Estados Unidos: Editorial Palibrio.
12. Piloña, G. (2011). Guía Práctica sobre Métodos y Técnicas de investigación Documental y de Campo. (9na. Edición). Guatemala: GP Editores.
13. Salmurri, F. (2004). Estrategias Para Educar Las Emociones. (1ra. Edición). España: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
14. Sarason, I & Sarason, B. (1996). Psicología Anormal. (7ma. Edición). México: Editorial Prentice Hall.
15. Tarquis, P. (2000). Bioética y Religiones: El final de la vida. (1ra. Edición). Madrid, España: Editorial Javier Gafo.

Tesis:

16. Álvarez, G. (2006). El autoconcepto en el adulto mayor, un estudio realizado sobre las diferencias existentes entre hombres y mujeres de 60 a 85 años. Tesis Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
17. Arranzola, S. y Rosales, G. (2007). Fortalecimiento de la salud mental del adulto mayor institucionalizado a través de la terapia de grupo Gestalt. Tesis Universidad San Carlos de Guatemala.

18. Cajtic, N. (2009). Complicaciones más frecuentes del adulto mayor. Tesis Universidad Mariano Gálvez de Guatemala.
19. Díaz, T. (2008). Bienestar psicológico en el adulto mayor de la Jornada vespertina del programa de desarrollo social de la municipalidad de Guatemala. Tesis Universidad Rafael Landívar de Guatemala. Guatemala.
20. Hernández, Y. (2008). Importancia de la debida protección de los derechos humanos del adulto mayor en la sociedad guatemalteca. Tesis Universidad San Carlos de Guatemala.
21. Molina, A. (2006). La Logoterapia en el tratamiento de los síntomas depresivos en el adulto mayor institucionalizado. Tesis Universidad Rafael Landívar de Guatemala.
22. Silva, B. (2010). Adulto mayor abandonado por su familia en el hogar Fray Rodrigo de la Cruz diagnóstico y soluciones. Tesis Universidad Rafael Landívar de Guatemala.
23. Ugarte, G. (2009). Relaciones entre estilos de vida y salud en el adulto mayor. Tesis Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

E-grafía

24. Aguilar, P. (2010). Abandono a los de la tercera edad; Una realidad consciente en la sociedad. Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://espanol.upiu.com/view/post/1271807218587/>

25. Bohannan, P. (2005). *La muerte: El final del proceso de envejecimiento.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/366710.ancianos-viven-abandono-de-familiares.html>
26. Castañeda, T. (2008). *Ancianos viven abandono de familiares.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/366710.ancianos-viven-abandono-de-familiares.html>
27. Castro, M. (2010). *Adultos Mayores Institucionalizados.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.margin.org/suscri/margen59/cast.pdf>
28. Estrada, G. (2001). *Exclusión social y envejecimiento.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://desarrollohumano.org.gt/content/exclusion-social-y-envejecimiento>
29. González, M. (2000). *Programa psicoterapéutico de enfrentamiento de habilidades sociales.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de http://www.vitalzheimer.com/entramiento_habilidades_sociales.html
30. Gracia, W. (2009). *Nuestras Ideas Irracionales.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://lavothispanact.com/secciones/la-voz-de-la-conciencia/1202-nuestra>
31. Guijarro, A. (2001). *Tercera edad.* Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://es.wikipedia.org/wiki/Terceraedad>

32. Gutiérrez, G. (2005). Abandono de la tercera edad en la familia. Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.monografias.com/trabajos25/abandono-tercera-edad/abandono-tercera-edad.shtml>
33. Martínez, L. (2011). Los pensamientos irracionales, distorsión de la realidad. Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.terapiagestaltsi.com>
34. Morales, A. (2008). Solidaridad con el adulto mayor. Recuperado 23 de octubre de 2011, de <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mayor.htm>
35. Procuraduría de los derechos humanos. (2010). Información defensoría del adulto mayor. Recuperado 23 de octubre de 2011, de http://www.pdh.org.gt/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=18&Itemid

ANEXOS

ANEXO 1

**El instrumento final completo:
Cuestionario de Ideas Irracionales para adultos
mayores (CII)**

Lea con mucho cuidado cada una de las siguientes afirmaciones y responda la opción de respuesta *Sí*, si se encuentra

de acuerdo o creé lo que dice esa afirmación, o la opción de respuesta *NO*, si no está de acuerdo o no creé lo que dice tal afirmación.

Marque la opción deseada con una X, como se indica en el siguiente **ejemplo**:

	SÍ	NO
Todas las manzanas son rojas		X

Ahora lea con cuidado y responda la opción deseada para cada afirmación. Recuerde que no se puede modificar la pregunta, sólo límitese a responder si está de acuerdo o no con la afirmación que se encuentra escrita en el papel.

	SÍ	NO
1. Cuando me va mal en la vida es porque Dios así lo quiere		
2. Me siento muy mal cuando no se castiga a los que se lo merecen		
3. Es terrible tener que pedir ayuda		
4. Me importa mucho que mi familia apruebe todo lo que hago		
5. El gobierno tiene la culpa de los problemas de la gente		
6. La gente que comete errores merece lo que le pasa		
7. Yo tengo que poder con todo		
8. Es horrible cuando alguien me critica		
9. Debo ser el/la mejor en todo lo que hago		
10. Los demás me han impedido salir adelante		
11. Soy una persona con muy mala suerte		
12. Evito hacer cosas en las que soy malo(a)		
13. Los demás tienen la culpa de que yo me sienta mal		
14. Rara vez logro ser lo suficientemente bueno(a) en lo que hago		
15. La vida me ha tratado mal		
16. Me molesta que las personas se equivoquen		
17. Está bien depender de alguien más fuerte que uno		
18. Yo tengo la culpa de que a mis hijos les vaya mal		
19. Lo desconocido me causa mucho temor		
20. Odio que las cosas me salgan mal		
21. Rara vez exagero los problemas		
22. Las cosas son buenas o malas, sin puntos medios		
23. Yo sé cuando le caigo mal a alguien		
24. Las personas que no creen en Dios están perdidas		
25. La vida es injusta con algunas personas		
26. Es muy difícil que las cosas cambien		
27. Las cosas se hacen bien o mejor se dejan de hacer		
28. La suerte determina la vida de las personas		
29. Cuando tengo un logro en mi vida necesito que los demás me lo reconozcan		
30. He tenido una vida muy difícil que me ha impedido salir adelante		
31. Me importa poco lo que los demás piensan de mí		
32. Cuando estoy ausente todo se viene abajo		
33. Para qué preguntar si ya sabes lo que te van a contestar		
34. Antes de tomar una decisión le pido consejo a alguien cercano		
35. El que nace para maceta no pasa del corredor		
36. Odio fracasar en algo		

	SÍ	NO
37. Siempre se necesita contar con alguien más grande que nos ayude		
38. Es casi imposible vencer las influencias del pasado		
39. Regularmente me preocupo mucho por cosas que aún no suceden		
40. Las personas fuertes rara vez piden ayuda		
41. Sería muy feliz si no tuviera que trabajar		
42. Le doy a los problemas sólo la importancia que tienen		
43. Soy más feliz cuando tengo poco que hacer		
44. Cuando la gente se equivoca es porque es tonta		
45. A veces pienso que ya nada tiene solución		
46. Llegada cierta edad es casi imposible cambiar mi forma de ser		
47. Cuando tengo un problema prefiero hacer de cuenta que no existe		
48. Yo sé lo que es mejor para mi familia		
49. Creo que la vida es más sencilla si le damos vuelta a los problemas		
50. Las personas inmorales deben ser castigadas		
51. Quiero que todos me estimen		
52. Palo dado ni Dios lo quita		
53. Es difícil que yo salga adelante solo(a), sin la ayuda de alguien		
54. Es mejor malo conocido que bueno por conocer		
55. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro		
56. Yo sé cuando algo me va a salir mal desde antes de hacerlo		
57. Rara vez pido ayuda		
58. Me doy cuenta cuando las personas están hablando mal de mí		
59. Me siento muy mal cuando le caigo mal a alguien		
60. La gente sobrevalora la influencia del pasado		
61. Es horrible desconocer lo que va a pasar en el futuro		
62. Tengo que hacer las cosas yo mismo(a) para que salgan bien		
63. Antes todo era mejor		
64. Si mi familia hiciera caso de mis consejos, serían mejores personas		
65. Presiento cuando algo muy malo va a suceder		
66. A veces creo que las personas están en contra mía		
67. Hay personas que me tienen mala fe		

ANEXO 2

Escala de Ansiedad ante la Muerte para Ancianos

Instrucciones: A continuación le leeré algunas oraciones. Le pido que me indique su nivel de acuerdo en el que estas afirmaciones le inquietan y le ponen ansioso(a). Señale la opción que represente su nivel de acuerdo. Sea sincero(a) al contestar y recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

Afirmaciones	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Tengo miedo a morir				
2. Temo tener que soportar la muerte de alguien cercano				
3. Me entristecería ver el cadáver de alguien cercano a mí				
4. Tengo miedo de no saber en qué momento moriré				
5. Preferiría morir antes que sufrir una agonía larga y dolorosa				
6. Evitaría ver a una persona agonizante				
7. La posibilidad de perder a una persona cercana a mí me inquieta				
8. Me desagrada pensar que perderé todo cuando muera				
9. Me inquieta el deterioro físico que implica una muerte lenta				
10. Tengo un miedo intenso a la muerte				
11. Me asustaría ver el deterioro físico de una persona cercana que estuviera muriendo				
12. Pensar que cuando las personas mueran desaparecerán y las perderé para siempre me aterra				
13. Algo que me preocupa es pensar que mis capacidades físicas se verán limitadas durante mi proceso de muerte				
14. Sería un tormento ver el deterioro mental de una persona cercana que estuviese muriendo				
15. Me preocupa la idea de no volver a hablar con una persona cuando ésta muera				
16. Asistir al funeral de un ser querido resultaría angustiante para mí				