

Estrategias de afrontamiento ante la muerte y calidad de vida en adultos mayores mexicanos¹

*Coping towards death strategies and quality of life
in older adults Mexicans*

Ana Luisa González-Celis Rangel
Abril Viridiana Araujo Viveros

RESUMEN: El propósito de la investigación fue identificar y describir las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la muerte, y su relación con el nivel de calidad de vida, y el género. Los participantes fueron 215 adultos mayores, 62% fueron mujeres y 38% hombres a quienes se les aplicó mediante una entrevista, una ficha de datos socio-demográficos, el instrumento WHOQOL-Bref para evaluar calidad de vida, y la escala de afrontamiento ante la muerte (EAAM) con tres factores: Aceptación (8 reactivos), Evitación y Soporte Social (5 reactivos), e Inmortalidad (3 reactivos). Los resultados muestran una correlación significativa entre calidad de vida y la evitación y soporte social como estrategia de afrontamiento.

Palabras clave: Calidad de vida; Afrontamiento ante la muerte; Adultos mayores mexicanos; Género.

ABSTRACT: *The purpose of the research was identified and described the strategies that the old adults used for coping towards death, their relation with the quality of life level and the gender. The sample was 215 old adults, 62% were women and 38% were men; who was applied, a questionnaire with socio-demographic data, the WHOQOL-Bref for to measure quality of life, and the coping toward death scale (CTDS) with three factors: Acceptance (8 items), Avoidance and Social Support (5 items), and Immortality (3 items). The results show a significant correlation between Quality of Life, and Avoidance and Social Support as a coping strategy.*

Keywords: *Quality of life; Coping towards death; Older adults Mexicans; Gender.*

Introducción

La calidad de vida es un componente central del bienestar humano que está relacionado con aspectos del funcionamiento tales como salud, el desarrollo de habilidades sociales, de afrontamiento, y de autoeficacia entre otras variables psicológicas (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2002). La calidad de vida es un concepto subjetivo que cubre todos los aspectos de la vida según los experimenta el individuo. Puede definirse como la sensación de bienestar en relación con aspectos físicos, mentales, emocionales y económicos, y se refiere, por consiguiente, tanto a la satisfacción material de las necesidades como al desarrollo de la persona, a su autorrealización y al equilibrio del ecosistema en el que vive (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Lehman (2000) considera que el significado de calidad de vida abarca tres dimensiones: a) aquello que la persona es capaz de hacer, es decir el estado funcional, b) el acceso a los recursos y las oportunidades para utilizar estas habilidades con el fin de conseguir sus intereses, y c) la sensación de bienestar, relacionada con el nivel de satisfacción.

Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva y la última como calidad de vida subjetiva. Dentro de estas dimensiones globales se han identificado distintos dominios de vida, como la salud, la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la situación económica y el lugar de residencia (Lehman, A. F., 2000).

En México en las zonas urbanas, el envejecimiento de la población no se ve favorecido con las formas tradicionales del cuidado de los ancianos, es por ello relevante conocer la calidad de vida en general, la cual ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para la persona, como la salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación y derechos humanos, entre otros (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2004).

Para valorar la calidad de vida del anciano, es necesario comprender que el envejecimiento es un proceso que tiene como característica principal la manifestación de una compleja secuencia de deterioros a nivel psicológico, biológico y social (García, 2008).

Anteriormente la vejez era considerada como fuente de prestigio y sabiduría (Escobar, 2002), sin embargo en la actualidad es definida como una etapa de decremento en las habilidades, pasividad, deterioro, enfermedad e incluso de ineficiencia.

Tal vez el peso más grande que cae en el adulto mayor no es el proceso de envejecimiento, sino la serie de cambios sociales a los que se expone conforme avanza en edad y probablemente éstos se deban a los prejuicios sociales (Rivera, 2003).

Siendo el envejecimiento un proceso natural e inevitable, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra. Evidencia de ello lo brindan Treviño-Siller, Pelcastre-Villafuerte y Márquez-Serrano (2006) quienes encontraron que la experiencia de envejecimiento es diferente en condición de género, pues tan solo en México, los hombres son considerados como la fuerza, la autoridad, el poder y los proveedores del hogar y las mujeres cuidadoras de otros, madres y amas de casa. Para las mujeres la experiencia del envejecimiento es más positiva pues en esta etapa continúan cumpliendo con la expectativa social de ser cuidadoras de otros, por el contrario en los hombres, su papel se ve muy limitado pues son claras las restricciones físicas y los problemas de salud, lo cual dificultan que sigan siendo el sostén principal familiar.

Existen diferentes formas de concebir el envejecimiento, principalmente dos, una de éstas, es el enfoque tradicional que lo restringe a procesos degenerativos y de reducción de funciones, al declinar biológico, psicológico y social; mientras que la segunda, considera junto a este declinar, un despliegue positivo de funciones vitales y psicológicas, aquí el envejecer no es sinónimo exclusivo de pérdida o fracaso sino una etapa en la que se pueden aprender actividades, además de contar con mayor tiempo para conocer y disfrutar lo que no se ha podido realizar en etapas anteriores de la vida, es una nueva forma de concebir el desarrollo con una perspectiva positiva (González-Celis & Sánchez-Sosa, 2003).

Si bien es cierto que las características físicas, psicológicas y sociales de las personas mayores son más marcadas conforme avanza la edad, también es cierto que no hay acuerdos generales en cuestión de la edad, en algunos países europeos se toma como decreto los 65 años, en otros más desde los 60 años. Pero en el año 1982, la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento estableció que el inicio de la vejez empieza a los 60 años (Krassoievitch, 1993).

En la actualidad menciona Maldonado (2009), de acuerdo con los resultados del último recuento Censal en México, residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7 millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo rango de edad.

Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez son, en lo social, la pérdida del estatus laboral y económico, aislamiento social, todo esto por la menor capacidad y recursos de los que dispone el adulto mayor para adaptarse a las circunstancias; mientras que en lo biológico, mayor frecuencia de enfermedades físicas y de discapacidades; y en los aspectos psicológicos, la aparición de deterioro cognitivo, así como la aparición de síntomas depresivos, la poca capacidad para afrontar las pérdidas, que requieren el uso de recursos de afrontamiento de parte de quien envejece. Pérdidas todas ellas que impactan en la calidad de vida y en el funcionamiento de las personas adultas mayores (González-Celis & Padilla, 2006).

En general las preocupaciones del envejecer se relacionan con la adaptación a pérdidas vitales, resolución de la aflicción por la muerte de otros y la aproximación de la propia (González-Celis & Padilla, 2006).

Así Limonero (1996) refiere que la muerte es una de las fuentes de impacto emocional más significativo para el ser humano. El tema de la muerte y en particular, los sentimientos, emociones y actitudes que genera son de interés debido a que constituyen un elemento desencadenador de actitudes individuales y sociales (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2004), así como de emociones que pueden tener efectos positivos o negativos sobre la conducta humana al ayudar o interferir en los procesos que la regulan.

Por lo que ante las situaciones que generan estrés en los individuos existen diversos mecanismos que emplean para afrontar dichas demandas.

El afrontamiento o *coping*, fue definido por Lazarus y Folkman (1991: 164) como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”; mencionan que para que éste sea efectivo, debe haber concordancia entre las opciones de afrontamiento y variables como son los valores, objetivos, creencias y compromisos que condicionan la posición del individuo. Por otro lado, de acuerdo con Krzemien (2005), la mayoría de los teóricos del

afrontamiento concuerdan en clasificar tres modalidades del afrontamiento, según esté dirigido a:

- La valoración-*afrontamiento cognitivo*: intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- El problema-*afrontamiento conductual*: conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias.
- La emoción-*afrontamiento afectivo*: regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo.

Por lo anterior es de gran importancia que el individuo establezca estrategias eficaces de afrontamiento para luchar con los cambios físicos, psicológicos, familiares, sociales y laborales, ya que la forma en que los ancianos afronten la situación dependerá de los recursos de que dispongan.

Por lo tanto, algunas investigaciones como las que realizó Kübler-Ross (2003), quien describió las reacciones ante la muerte en los pacientes terminales y sus familias. En su primer libro *Sobre la muerte y los moribundos*, publicado en 1969 propuso modos de aproximación a las ansiedades de los pacientes terminales y describe cinco estadios psicológicos en el proceso que finaliza con la muerte, algunas veces no se presentan todos y el orden de su presencia puede diferir, *negación* (se niega la realidad, pensando que el médico está equivocado, que el diagnóstico y el pronóstico no pueden ser verdad), *cólera* (en otros términos ira-enojo; es un estadio egoísta puesto que el moribundo sólo está preocupado por sí mismo, expresa sentimientos de ira que se mezclan con envidia y resentimiento), *regateo* (o negociación; un intento de intercambio de beneficios a cambio de permanecer en vida un poco más de tiempo) y *aceptación* (en la cual se asume la muerte).

Limonero (1996) al realizar una revisión de diferentes autores que han hecho estudios y conocen del tema de las emociones relacionadas con la muerte, resalta la investigación hecha por Ramos en 1982, quien analizó la ansiedad ante la muerte en ancianos, estudiantes de diplomado y en estudiantes universitarios hallando que la aceptación de la muerte es mayor a medida que la persona va completando su ciclo vital. Además Rasmussen y Brems en 1996 encontraron también que a mayor edad menor ansiedad ante la muerte (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003; Elizalde, 2010).

El fenómeno más estudiado con respecto a la muerte ha sido la ansiedad ante ella, misma que se ha conceptualizado como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza, que puede ser provocada por estímulos ambientales, estímulos situacionales o estímulos internos como lo son los pensamientos o imágenes (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003; Elizalde & Flores, 2009).

Tomás-Sábado y Gómez-Benito, 2003 mencionan que varios investigadores han llevado a cabo investigaciones en las que encontraron que las mujeres manifiestan mayor ansiedad ante la muerte en comparación con los hombres

En México en los últimos años el número de población adulta mayor se ha visto incrementado de manera muy considerable a consecuencia de la disminución de la mortalidad, avances en la ciencia médica y decremento en la tasa de natalidad. El INEGI (2005) refleja numéricamente las proyecciones que se esperan para algunos años, así como el número de personas adultas mayores de la actualidad.

En términos generales, el aumento de las personas mayores de 60 años avanza tan rápido que sectores como la prevención, la investigación, el otorgamiento de servicios, no alcanzan a elaborar y estructurar de forma rápida y eficaz programas de servicios para mejorar la calidad de vida en este sector de la población.

De ahí que el propósito del estudio sea identificar y describir las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la muerte, someter a prueba su relación con el nivel de calidad de vida, y describir las diferencias de estas variables debidas al género.

Por lo que estudiar los procesos que regulan el afrontamiento ante la muerte para los adultos mayores surge como una pregunta de investigación, ya que plantea los mecanismos que utilizan los ancianos ante las pérdidas que ocurren en la vejez y el acercarse a su propia pérdida, su propia muerte.

La importancia de descubrir las estrategias de afrontamiento que emplean los adultos mayores ante la muerte contribuye en la adaptación y ajuste psicológico de los ancianos ante las pérdidas, con la finalidad de promover intervenciones que mejoren la calidad en la última etapa de la vida.

Método

Se realizó un estudio observacional, de campo, transversal, descriptivo con un diseño de encuesta descriptiva, no probabilística propositiva y con una muestra de sujetos voluntarios anidados (Clark-Carter, 2002; Hernández, Fernández & Baptista, 1991; Kerlinger & Lee, 2002; Méndez, Namihira, Moreno & Sosa, 1984).

En el estudio participaron 215 adultos mayores de ambos sexos ($n_1 = 131$ mujeres, $n_2 = 84$ hombres), con un rango de edad de 60 a 90 años (Media = 68.49, $DE = 6.44$), en cuanto al nivel de escolaridad los datos muestran que el 5% de los hombres no tienen ningún estudio, mientras el 9% de las mujeres no cuentan con estudios, asimismo más hombres realizaron estudios a nivel primaria y secundaria (51%) que las mujeres (39%), sin embargo hubo mayor proporción de mujeres en el nivel técnico/bachillerato con el 32% que los hombres (15%), casi el doble que los hombres. A nivel profesional la participación de las mujeres fue mínima con el 19% en comparación con los hombres que tuvieron 29%.

Referente al grupo de los varones ($n_2 = 84$ hombres), en cuanto al estado civil, un porcentaje alto de ellos 76% ($n=64$) reportó estar casado y el 11% ($n=9$) con pareja. Una pequeña minoría de los hombres 5% ($n=4$) eran divorciados o separados, el 2% ($n=2$) viudos y el 6% ($n=5$) solteros. Esto fue consistente con el hecho de que la gran mayoría 94% ($n=79$) viven con alguien, de los cuales 81% ($n=68$) con su pareja, 8% ($n=7$) con sus hijos y el 5% ($n=4$) con un familiar. Y únicamente el 6% ($n=5$) vivían solos.

En tanto, en el grupo de mujeres ($n_1 = 131$ mujeres), el 40% ($n=53$) reportaron estar casadas, porcentaje notablemente inferior al masculino. El 3% ($n=4$) se confesó con pareja. Fue notable, aunque esperable, que el 37% ($n=49$) fuesen viudas, en comparación con el 2% ($n=2$) de los hombres; ésto es consistente con el hecho de que los hombres suelen fallecer primero que la mujeres, además que los viudos tienden en mayor proporción a volverse a casar, mientras que las viudas permanecen en ese estado (INEGI, 1992; 2001). El 10% ($n=13$) estaban separadas o divorciadas, y el 9% ($n=12$) eran solteras. Por otro lado, al igual que los hombres la gran mayoría de las mujeres el 87% ($n=114$) vive con alguien, de las cuales, 36% ($n=47$) con su pareja, 45% ($n=59$) con sus hijos y el 6% ($n=8$) con un familiar u otro. Mientras el 13% ($n=7$) viven solas.

En cuanto a la religión el 84% (n=181) de la muestra pertenecen a la religión católica, 12% (n=26) se adscribieron a otras religiones que se categorizaron como no católicas pues presentaron bajos porcentajes de representabilidad en la muestra, y el 4% (n=8) no pertenecían a ninguna religión.

Todos los participantes estaban adscritos a una clínica de salud del Sistema de Seguridad Social, perteneciente al Municipio de Tlalnepantla de Baz, Estado de México, quienes asistían a consulta médica o al departamento de gerontología.

Como criterios de inclusión los participantes debían tener cumplidos 60 o más años de edad, otorgar su consentimiento informado para participar en la investigación y no importaba su género, nivel de escolaridad o religión.

Se excluyeron aquellos participantes que no cumplieran con la edad mínima requerida, que no quisieran participar o que de manera voluntaria se retiraran del proyecto sin terminar de contestar los instrumentos.

Instrumentos

Ficha de Datos Sociodemográficos. Constó de 31 ítems, entre algunos de los datos examinados estuvieron género, edad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel máximo de estudios, actividades que realizan en su vida diaria, religión, presencia de alguna enfermedad, entre otros.

Calidad de Vida (WHOQoL-Bref), preparado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), traducido y adaptado por Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), el cual mide cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Consta de 26 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtuvieron cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100; donde entre mas alta la calificación, mejor calidad de vida reportaban percibir los individuos.

Escala de Afrontamiento ante la Muerte (EAAM) (Elizalde, 2010). Este instrumento se conforma por 16 reactivos, con cinco opciones de respuesta cuyos valores van de cinco a uno en una escala tipo Likert. Donde cada ítem es considerado como una estrategia de

afrontamiento, y éstas se agrupan en tres estrategias que explican el 60.37% de la varianza total con un valor Alfa de Cronbach de 0.79; las estrategias fueron: Aceptación con 8 reactivos, Evitación y Soporte Social con 5 reactivos, e Inmortalidad con 3 reactivos. Para este instrumento, la mayor puntuación en proporción de las tres estrategias, indicaba la estrategia que una persona emplea con mayor frecuencia para afrontar los estímulos asociados con la muerte.

Procedimiento

Se gestionó la autorización de la clínica de salud para la aplicación de los instrumentos, la cual se administró a sus usuarios. Previo a la aplicación de los instrumentos, se expuso el contenido de la batería al personal de la clínica con la intención de informarle sobre el trabajo que se realizó y con ello pudieran aclarar las posibles preguntas que les hicieran los asistentes a consulta.

Una vez obtenido el permiso de las autoridades de la clínica, se invitó de manera personal e individual a los adultos mayores usuarios de consulta externa y gerontología a participar en las sesiones de evaluación, mismas que se llevaron a cabo en las instalaciones de la clínica.

Se les explicó en qué consistía la evaluación así como el desarrollo y duración de la sesión. A quienes aceptaron participar, se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado con lo que se dio inicio a completar la batería de los tres instrumentos.

Primero se llenó su hoja de datos personales y enseguida se aplicaron los instrumentos en sesiones individuales en modalidad de entrevista. El tiempo fue libre en el sentido de no utilizar ensayos discretos, pero controlado con un máximo de 60 minutos cada sesión.

En caso de que el participante no terminara de responder las escalas, se acordaba una nueva cita con él. Asimismo, mientras que la entrevista que se llevó a cabo a los adultos mayores tuvo el propósito de evaluar cada una de las variables a medir, calidad de vida y estrategias de afrontamiento así como obtener algunos datos socio-demográficos de

los participantes; sin embargo en algunos de ellos la aplicación de los instrumentos generó emociones que debieron ser contenidas por los psicólogos que aplicaron, a tal punto que fue necesario suspender la entrevista y valorar la necesidad de remitir al adulto mayor a un servicio de apoyo psicológico. Al término de la aplicación se agradeció la colaboración de cada adulto mayor.

Análisis de datos

Se elaboró una base de datos con el programa SPSS versión 17.0 en la que se capturó toda la información de los instrumentos de evaluación psicológica.

El tipo de análisis fue cuantitativo. Se realizaron diversos análisis utilizando las pruebas estadísticas: cálculo de coeficiente de correlación “r” de Pearson, la prueba “t” de Student, y el Análisis de Factores.

También se presentan algunas experiencias de vida como ejemplos de las estrategias que emplean los ancianos ante la muerte, a través de las frases que emplearon los ancianos en las que se identificaron las tres diferentes estrategias de afrontamiento que utilizan los ancianos mexicanos.

Resultados

A continuación se presentan los resultados descriptivos y de diferencias a partir de los objetivos planteados.

Al correlacionar calidad de vida con las tres estrategias de afrontamiento, sólo se encontró una correlación significativa entre la Calidad de Vida y la estrategia de Evitación y Soporte Social ($r = .241, p < .001$), ya que no hubo suficiente evidencia estadística para aseverar la existencia de una posible asociación significativa entre calidad de vida con las estrategias de Aceptación ($r = .078, p > .05$) o de Inmortalidad ($r = .082, p > .05$).

En la Tabla 1, se observa que la Estrategia de Afrontamiento ante la Muerte más utilizada por los Adultos Mayores es la de Aceptación, seguida de Evitación y Soporte

Social, encontrándose que existen diferencias significativas entre ambas ($t = 1.989$, $gl = 195$, $p < .048$), asimismo se encontraron diferencias significativas en el uso de la estrategia de Inmortalidad en contraste con el empleo de la estrategia de Aceptación ($t = 12.36$, $gl = 196$, $p < .0001$); y de Inmortalidad versus Evitación y Soporte Social ($t = 12.92$, $gl = 198$, $p < .0001$).

Tabla 1. Estrategias de afrontamiento empleadas en los adultos mayores

Estrategias	N	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Media	Desviación Estándar	Alfa de Cronbach
Aceptación	200	1	5	3.81	1.051	0.92
Evitación y Soporte Social	203	1	5	3.62	0.848	0.69
Inmortalidad	206	1	5	2.47	1.023	0.68

La descripción de resultados se presentan en la Tabla 2 con algunas variables sociodemográficas género, con quien vive, escolaridad, estar enfermo y religión, y los niveles de calidad de vida los cuales se agruparon en tres categorías a partir de las puntuaciones totales, donde los puntos de corte se establecieron a través de los percentiles.

Así para el nivel de calidad de vida baja se consideró el rango desde la puntuación más baja hasta 86 con un percentil menor a 25, para el nivel de calidad de vida moderada el intervalo fue entre 87 y 99 con un percentil de 25 a 75, mientras que para el nivel de calidad de vida alta, se incluyeron los valores por arriba de 100 con un percentil mayor a 75. Donde se puede apreciar que la distribución del porcentaje de participantes en general es mayor en el nivel de calidad de vida moderado. Al realizar la comparación entre género con base en estos resultados se puede observar que tanto para hombres como para mujeres el mayor porcentaje también se presentó en el nivel de calidad de vida moderado.

Al comparar las puntuaciones en calidad de vida, tanto en hombres como en mujeres, se encontró que no existe evidencia estadística para afirmar que la calidad de vida es diferente entre ambos sexos ($t = 0.755$, $gl = 179$, $p > .451$), asimismo al realizar un análisis de ji cuadrada entre ambas variables, se encontró que los niveles de calidad de vida fueron independientes del género ($\chi^2 = 2.177$, $gl = 2$, $p > .337$).

En cuanto a si viven solos o acompañados, se resalta que un mayor número de adultos mayores que viven con alguien tienen un nivel de calidad de vida moderado. Encontrándose que el vivir solos o acompañados los adultos mayores, no produce diferencias significativas en el nivel de calidad de vida ($t = 0.736$, $gl = 116$, $p > .463$), además al realizar un análisis de ji cuadrada entre ambas variables, se encontró que los niveles de calidad de vida fueron independientes de vivir solos o acompañados ($\chi^2 = 5.428$, $gl = 8$, $p > .711$).

En cuanto a la escolaridad se aprecia que los participantes con ninguna escolaridad obtuvieron los porcentajes más altos en calidad de vida en contraste con quienes tienen primaria, secundaria, bachillerato/técnico y profesional recordando que para éstos el nivel de calidad de vida fue moderada. Sin embargo el nivel de escolaridad no produce diferencias significativas en el nivel de calidad de vida ($t = 0.639$, $gl = 66$, $p > .525$), de igual forma al realizar un análisis de ji cuadrada entre ambas variables, se encontró que los niveles de calidad de vida fueron independientes del nivel de escolaridad ($\chi^2 = 11.375$, $gl = 10$, $p > .329$).

En cuanto a la variable enfermedad los que reportaron estar enfermos, el mayor porcentaje (52.1%) fue de aquellos con una calidad de vida moderada; mientras que aquellos quienes respondieron no estar enfermos la distribución fue igual para cada nivel de calidad de vida, esto es, la condición de no estar enfermo, no produce diferencias en el porcentaje de personas que percibieron su calidad de vida baja (36.4%), moderada (33.3%) o alta (30.3%).

Por otro lado, el estar enfermo o no, no produce diferencias significativas en el puntaje de calidad de vida ($t = 0.179$ $gl = 171$, $p > .858$), y al realizar un análisis de ji cuadrada entre ambas variables, se encontró que los niveles de calidad de vida fueron independientes de estar enfermos o no estar enfermos ($\chi^2 = 3.821$, $gl = 2$, $p > .148$).

Por último al relacionar la variable religión con calidad de vida se encontró que las personas que son católicas y no católicas presentaron una calidad de vida moderada mientras que las personas que no profesan ninguna religión presentaron una calidad de vida alta. Encontrándose que la religión, no produce diferencias significativas en el nivel de calidad de vida ($t = 0.493$, $gl = 160$, $p > .623$), asimismo al realizar un análisis de ji cuadrada

entre ambas variables, se encontró que los niveles de calidad de vida fueron independientes de la religión ($\chi^2 = 13.866$, $gl = 8$, $p > .085$).

Tabla 2. Distribución del porcentaje de participantes según el nivel de calidad de vida, para cada una de las variables sociodemográficas (N=215)

	Calidad de vida		
	Baja	Moderada	Alta
Género			
Masculino	33.3%	42.7%	24.0%
Femenino	24.5%	52.9%	22.6%
Con quien vive			
Con alguien	30.8%	55.0%	14.2%
Solo	23.5%	41.2%	35.3%
Escolaridad			
Ninguna	38.5%	61.5%	0%
Primaria	32.7%	49.1%	18.2%
Secundaria	33.3%	45.8%	20.9%
Bachillerato/Técnico	24.7%	50.7%	24.6%
Profesional	25.6%	39.5%	34.9%
Esta enfermo			
Si	27.1%	52.1%	20.8%
No	36.4%	33.3%	30.3%
Religión			
Católica	26.1%	51.0%	22.9%
No católica	40.7%	44.5%	14.8%
Ninguna	28.6%	28.6%	42.8%

Nota: Está marcado en negritas el porcentaje más alto para cada renglón

Al relacionar las estrategias de afrontamiento con la variable sexo, se encontró una diferencia significativa en la estrategia de inmortalidad, la cual es más empleada por los

hombres que por las mujeres, pero no fue así para las estrategias de aceptación y evitación y soporte social (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la Prueba t Student para comparar el uso de las estrategias de afrontamiento entre hombre y mujeres.

Estrategia de afrontamiento ante la muerte	Grupo	Media	Desviación Estándar	Valor t	g.l.	Sig. p
Aceptación	Hombres	3.78	0.953	t = 0.277	198	p > .782 n.s.
	Mujeres	3.83	1.115			
Evitación y Soporte Social	Hombres	3.63	0.694	t = 0.105	201	p > .912 n.s.
	Mujeres	3.62	0.941			
Inmortalidad	Hombres	2.71	0.887	t = 2.678	204	p < .008*
	Mujeres	2.32	1.079			

* $p \leq .05$

n.s. no significativo

En la Tabla 4 se presentan las puntuaciones en las estrategias de afrontamiento de acuerdo al nivel de escolaridad. Encontrándose que no hubo diferencias significativas en el empleo de la estrategia de Aceptación para los diferentes niveles de escolaridad. Sin embargo, para el uso de las estrategias de Evitación y Soporte Social, así como la de Inmortalidad, si hubo diferencias estadísticas significativas. Observándose que para la estrategia de afrontamiento ante la muerte de “Evitación y Soporte Social”, su uso fue más alto en proporción para los ancianos con un nivel de escolaridad nulo, primaria o secundaria. Mientras que el uso de la estrategia de afrontamiento de “Inmortalidad” fue más

alto en proporción para los ancianos con un nivel de escolaridad de bachillerato o profesional.

Tabla 4. Puntuaciones en las tres estrategias de afrontamiento para cada nivel de escolaridad y valores F de acuerdo al ANOVA.

Estrategia	Media	Desviación	Valor	gl	Sig.
Escolaridad		Estándar			
Aceptación			F= 0.543	(5,194)	p>.743
Ninguna	3.82	1.126			n.s.
Primaria	3.88	0.969			
Secundaria	3.63	1.167			
Nivel técnico	3.89	1.053			
Bachillerato	3.40	1.309			
Profesional	3.80	1.046			
Evitación y Soporte Social			F= 2.523	(5,197)	p<.031*
Ninguna	3.19	1.029			
Primaria	3.49	0.863			
Secundaria	3.52	0.968			
Nivel técnico	3.86	0.727			
Bachillerato	3.46	0.778			
Profesional	3.83	0.737			
Inmortalidad			F= 4.412	(5, 200)	p<.001*
Ninguna	2.49	0.853			
Primaria	2.42	0.866			
Secundaria	2.69	1.212			
Nivel técnico	1.98	0.949			
Bachillerato	3.23	1.007			
Profesional	2.74	1.056			

* $p \leq .05$

n.s. no significativo

Por otro lado, existe diferencia significativa en la variable con quien vive para el empleo de la estrategia de afrontamiento de Inmortalidad, pero no así para las estrategias de Aceptación y Evitación y Soporte Social (Véase Tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la Prueba del Anova para las estrategias de afrontamiento y con quien vive.

Estrategia	Media	Desviación	Valor	gl.	Sig.
Con quien vive		Estándar			
Aceptación			F= 1.448	(3,196)	p > .230
Solo	4.09	0.961			n.s.
Con su pareja o conyugue	3.78	1.015			
Con sus hijos	3.84	1.099			
Con un familiar	3.19	1.271			
Evitación y Soporte Social			F= 0.957	(3,199)	p > .414
Solo	3.90	0.657			n.s.
Con su pareja o conyugue	3.62	0.777			
Con sus hijos	3.53	1.027			
Con un familiar	3.64	0.498			
Inmortalidad			F= 4.400	(3,202)	p < .005*
Solo	2.54	1.209			
Con su pareja o conyugue	2.49	0.984			
Con sus hijos	2.28	0.948			
Con un familiar	3.56	1.027			

* $p \leq 0.05$

n.s. no significativo

Por último en cuanto a la estrategia que más emplean los adultos mayores para afrontar la muerte, fue la de Aceptación, comparada con las estrategias de Evitación y Soporte Social e Inmortalidad.

Así, se observó en las entrevistas con los participantes los mecanismos que les ayudan a mejor adaptarse a las pérdidas, son las estrategias de Aceptación. Mientras que las estrategias que se asociaron con una mejor calidad de vida fueron las estrategias de Evitación por un lado, y por el otro el Soporte Social.

En cuanto a la estrategia de Aceptación, que fue la que más emplean los adultos mayores mexicanos, frases que se retoman de las entrevistas son: *“La muerte es parte natural del ciclo de la vida y no hay motivo para temerle”*. *“Siempre veré lo positivo de toda muerte, inclusive de la mía”*. *“Estoy convencido que aceptar la muerte como parte de la vida, ayuda a perderle el miedo”*. *“La muerte es un tema del que puedo hablar abiertamente”*. *“Estoy listo para morir en paz cuando esto ocurra”*. *“Soy capaz de hacer frente a futuros fallecimientos”*. *“Me mantengo tranquilo cuando pienso en la muerte y el proceso de morir”* y *“Considero que estoy preparado para enfrentar mi proceso de morir”*.

A diferencia de las estrategias de Evitación y Soporte Social, e Inmortalidad, las cuales fueron menos empleadas por los ancianos. Así para el caso de la estrategia de Evitación, cuyas frases que la describen fueron: *“Evito hablar o pensar sobre la muerte y el proceso de morir”*. *“En la medida de lo posible, evito asistir a velorios y entierros”*. *“Oculto mis temores relacionados con la muerte”*; mientras que frases como: *“Necesito que me ayuden a disminuir mi ansiedad cuando el tema es la muerte y el proceso de morir”*, y *“Cada que muere una persona, acudo a alguien para que me tranquilice”*, describen la estrategia de Apoyo Social ante la muerte. Sin embargo, dichas estrategias, tanto de Evitación, como de Soporte Social, fueron las que se asociaron con una mejor Calidad de Vida.

Y para el caso de la estrategia de Inmortalidad, cuyas frases que la describieron fueron: *“Pensar en que hay vida después de la muerte me tranquiliza”*. *“Pensar en que veré nuevamente a las personas que quiero cuando muera, me da tranquilidad”*, y *“Creo que al morir, las personas cuidan de sus seres queridos desde el más allá”*; también se emplearon con menor frecuencia.

Discusión

El propósito del presente estudio fue identificar y describir las estrategias que emplean los adultos mayores para afrontar la muerte, someter a prueba su relación con el nivel de calidad de vida, y describir las diferencias de estas variables debida al género.

En esta investigación se encontró que la estrategia de afrontamiento más utilizada por los adultos mayores es la Aceptación; probablemente ésto se deba a lo que mencionan Wong, Rever y Gesser en 1994, quienes afirmaron que la actitud positiva hacia la muerte y el morir en los ancianos y su confirmada mayor aceptación de la propia muerte se deba a su mayor religiosidad (Tomás-Sábado & Gómez Benito, 2003). Y a que perciben a la muerte como algo natural, como obra de una voluntad divina y, por tanto, ni le temen ni les preocupa morir; ésto no significa de ninguna manera la idea de un deseo de morir o de que ya nada se tenga que hacer, sino más bien a que han llegado a una etapa en que se percibe a la muerte como un proceso natural (Hernández, 2000).

Asimismo en esta investigación se encontró que tanto para los hombres como para las mujeres la Calidad de Vida es Moderada, a diferencia de lo que la OPS (2001) menciona, en donde se cree comúnmente que las personas mayores deben ser cuidadas, y sus opiniones no se toman en cuenta, esto en el caso de las mujeres mayores, donde la combinación de género y edad puede tener efectos perjudiciales en su calidad de vida. Sin embargo ésto no es así para esta muestra donde por el contrario las mujeres presentan una moderada calidad de vida como los hombres.

Autores como Sánchez-Sosa y González-Celis (2002) señalan que los adultos mayores de hoy tienen más recursos educativos, ocupacionales, económicos y sociales que pueden emplear para aminorar las pérdidas asociadas con la edad, sin embargo Warner y Sherry (2003) afirman que no ocurre lo mismo con los recursos biológicos y sensoriomotores (agudeza visual, auditiva, equilibrio y la marcha) por lo que la probabilidad de enfermedad aumenta de forma drástica después de los 65 años.

Aunado a lo anterior en esta investigación se encontró que el 76% de los participantes contaba con una enfermedad en el momento de la evaluación, el 20% no tenía

y el 4% restante no contestó. Lo que confirma lo dicho por Warner y Sherry (2003) de que en la tercera edad las probabilidades de padecer alguna enfermedad aumenta.

Por otro lado se encontraron diferencias significativas entre género y la estrategia de Inmortalidad en donde se muestra que los hombres la emplean más que las mujeres para afrontar la muerte. A diferencia de lo encontrado por Rodríguez, Valderrama y López (2007) quienes mencionan que son las mujeres quienes presentan más actitudes de aceptación, evitación y miedo hacia el tema de la muerte, relacionado con el hecho de que generalmente son ellas quienes más se aferran a la vida, por los lazos más fuertes de dependencia hacia la familia y sus preocupaciones en torno al futuro de la misma.

Por otra parte en un estudio que realizaron González-Celis y Padilla (2006) encontraron que los adultos mayores cuando se trata de resolver situaciones relacionadas con la salud, tienden a utilizar más las estrategias de afrontamiento orientadas al problema, las cuales se refieren a las conductas dirigidas a confrontar la realidad y el tener una reapreciación positiva, manejando sus consecuencias; mientras que para resolver las situaciones familiares utilizan las estrategias orientadas a la valoración, que son un intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de manera que resulte menos desagradable; así como estrategias orientadas a la emoción que hacen referencia a la regulación de los aspectos emocionales e intentos de mantener el equilibrio afectivo.

Asimismo no existe evidencia que soporte los resultados encontrados en la investigación en cuanto a la estrategia de afrontamiento y el nivel de escolaridad; donde los ancianos con niveles bajos de escolaridad, la estrategia de afrontamiento ante la muerte más empleada fue la aceptación así como la de evitación y soporte social; mientras que para aquellos ancianos con mayor escolaridad la estrategia de afrontamiento fue la de inmortalidad. Así la lectura de estos datos se interpretan a partir del perfil socio-demográfico de los ancianos que pertenecen a la cultura mexicana, donde el apoyo social y la aceptación como forma de afrontamiento, es característico de sociedades colectivistas como la de México (Triandis, 1990) mientras que el individualismo es característico de sociedades donde no es importante para los individuos contar con el apoyo social.

Por otro lado se encontraron diferencias significativas entre la estrategia de Inmortalidad con la variable con quien vive. Encontrándose que los adultos mayores que viven con algún miembro de su familia utilizan como estrategia de afrontamiento a la

Inmortalidad, ésto se podría explicar probablemente a que la vida de la mayoría de los adultos mayores se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos, seguir ligado a su familia los fortalece emocional y afectivamente.

Se puede concluir en términos generales, que la Aceptación a la muerte es la Estrategia de Afrontamiento más empleada por los Adultos Mayores quienes a su vez presentaron una Moderada Calidad de Vida.

Finalmente se encontró una relación significativa entre la variable Calidad de Vida y Evitación y Soporte Social como Estrategia de Afrontamiento ante la Muerte, esto se puede deber a que entre más evitan la muerte los Adultos Mayores, más obligados están a hacer algo ante la muerte; probablemente esto haga que existan actividades para el cuidado de la salud, asimismo es fundamental que se abran centros recreativos que ayuden a mejorar la calidad de vida en los adultos mayores.

Por otro lado, es común aceptar para las diversas sociedades, con mayor facilidad la muerte de los ancianos, debido a que se considera que de acuerdo a la Ley de la Vida, el grupo que más preparado se encuentra para esperar la muerte es el de los adultos mayores, quienes ya vivieron un periodo razonable, por lo que los ancianos deberían de aceptar más su propia muerte.

Sin embargo, para el adulto mayor la muerte no es concebida en términos de la pérdida de algún ser querido, “la muerte del otro” se transforma en “la propia muerte”, Así la vejez es el período dedicado a morir (Miranda, 1997). El hacerse viejo y morir es un proceso en el cual las personas se dedican a pensar y reflexionar sobre lo que han realizado o dejado de hacer, frente a lo que les depara en la última etapa de la vida y la manera en que se adaptan para afrontar la última tarea que deberán llevar a cabo, es decir cómo afrontar su propia muerte.

Si bien es cierto que entre la población anciana se suele pensar que se encuentran mejor preparadas las personas para afrontar su propia muerte y mostrar menores niveles de ansiedad ante la muerte, en comparación con los jóvenes (González-Celis & Martínez-Camarena, 2009); también es prudente considerar que en los ancianos existan fuentes de angustia, entre las que se destacan la pérdida de seres amados, experimentar dolor y sufrimiento, no haber alcanzado los logros y metas propuestos durante la vida, la

posibilidad de existencia de otra vida, así como la pérdida del control personal y de sus actos (Abdel-Khalek, 2002).

Estudios recientes han proporcionado evidencia de que los adultos mayores estabilizan su ansiedad ante la muerte durante las décadas finales de su vida, piensan y hablan más sobre ella y, en comparación con personas más jóvenes, le temen menos (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2003).

En cuanto al significado que le atribuyen a la muerte, Cicirelli (2001) lo comparó entre adultos jóvenes y adultos mayores y lo relacionó con edad y género. Entre sus hallazgos describió que los ancianos obtuvieron puntajes más altos que los jóvenes en dimensiones tales como: “vida después de la vida”, continuar con otra vida, y “trascendencia”, hacer en vida algo que sea reconocido por las futuras generaciones; mientras que para las dimensiones como “extinción”, final de toda existencia, y “muerte como motivador”, ímpetu para realizar en vida, puntuaron más bajo los ancianos que los jóvenes. Y en las diferencias de género encontró que las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas en la dimensión de “muerte como extinción” que los hombres ancianos.

Para futuras investigaciones sería importante procurar que las muestras sean proporcionadas en cuanto al número de hombres y mujeres para lograr establecer diferencias oportunas en cuestiones de género, así como también resultaría interesante ahondar más en las variables sociodemográficas (escolaridad, religión, ocupación y situación laboral) con relación al sexo.

En vista del escenario que se avecina para el caso de México, los adultos mayores de las próximas décadas requerirán de servicios que los sectores de Salud y Educación deberán proporcionar para satisfacer las necesidades que demandarán. Por lo que un aspecto que deberá cuidarse hoy por hoy es la comprensión de los mecanismos que emplean los ancianos para afrontar la diversas pérdidas, así como el acercamiento a la propia muerte, y cómo afecta el equilibrio y adaptación psicológica en esta etapa de la vida.

Por último a la luz del panorama que le espera a países latinoamericanos como México, en donde la esperanza de vida está aumentando y la proporción de adultos mayores en relación a la población de otros grupos de edad, también crece. Es necesario replantearse ¿cuál es el futuro que se espera para los adultos mayores y qué medidas deben tomarse para mejorar la calidad de vida de los ancianos?

La naturaleza de las intervenciones psicológicas deberá enfocarse en mejorar las habilidades de afrontamiento ante la muerte, en términos que dichas estrategias que utilizan los ancianos sean adaptativas que les permitan ser funcionales.

Asimismo establecer las dificultades que presentan las personas de la tercera edad para afrontar las pérdidas y específicamente para afrontar la muerte; así como el desarrollo y la implementación de estrategias de afrontamiento adaptativas que reduzcan el estrés psicológico.

Con todo ello, se espera que los adultos mayores mantengan un sentido de control de su vida, expresen y manejen la ira, la resolución de la culpa y el desarrollo de nuevas redes de apoyo social, con lo cual se busca ofrecer una vida de calidad.

Bibliografía

Abdel-Khalek, A. (2002). Why do we fear death? The construction and validation of the reasons for Death Fear Scale. *Death Studies*, 26(8): 669-80.

Cicirelli, V. G. (2001). Personal meanings of death in older adults and young adults in relation to their fears of death. *Death Studies*, 25(8): 663-83.

Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología*. México: Oxford.

Elizalde, G. & Flores, G. (2009). Escala de ansiedad ante la muerte para ancianos mexicanos. En: González-Celis, R. A. L. (coord.). *Evaluación en psicogerontología*. México: Manual Moderno: 155-67.

Elizalde, G. (2010). *Aprendiendo a morir: modificación de las estrategias de los ancianos para afrontar la muerte*. Tesis de doctorado. México: UNAM. Facultad de Psicología. (En preparación).

Escobar, V. (2002). *Efectos del apoyo social y socialización sobre la independencia de los ancianos*. Tesis de licenciatura. México: UNAM. Iztacala.

González-Celis, R. (2003). ¿Cómo mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo de los ancianos? En: Salinas, B. & Garduño, L. (coord.). *Calidad de vida y bienestar subjetivo en México*. México: Universidad de las Américas-Puebla, Plaza y Valdez.

González-Celis, R. A. L. & Martínez-Camarena, R. L. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1): 98-110.

González-Celis, R. A. L. & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3): 501-10.

- González-Celis, R. A. L. & Sánchez-Sosa, J. (2003). Efectos de un programa cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(1): 43-58.
- Hernández, Z. (2000). El concepto de muerte en el adulto mayor. *Revista de Psicología y Salud*, 10(2): 249-56.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.
- Inegi (2005). Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, *II Censo de Población y Vivienda*, México. Recuperado em 31 agosto, 2009, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/conteos/conteo2005/default.asp?c=6224>.
- Kerlinger, F. & Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en Ciencias Sociales*. México: McGraw Hill.
- Krassoievitch, M., (1993). *Psicoterapia Geriátrica*. México: Fondo de cultura económica.
- Krzemien, D.; Monchietti, A. & Urquijo, S. (2005). Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la Ciudad de Mar de Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción. *Interdisciplinaria: Revista de psicología y ciencias afines = Journal of Psychology and Related Sciences*, 22(2): 183-210 Recuperado em 23/06/2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18022204>.
- Kübler-Ross (2003). *Aprender a morir - Aprender a vivir*. España: Sirpus.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Martínez Roca
- Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir la Calidad de Vida en los Trastornos Mentales. En. H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (coord.). *Calidad de Vida en los Trastornos Mentales* (77-92). España: Masson, S. C.
- Limonero, G. J. T. (1996). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49(2): 249-65.
- Maldonado, G. & Mendiola, S. (2009). Autopercepción de la calidad de vida en adultos mayores. Recuperado em 30 julho, 2009, de <http://www.eumed.net/rev/cccss/04/mgmi.htm>.
- Méndez, R., I.; Namihira G., D.; Moreno A.L. & Sosa de M., C. (1984). *El protocolo de investigación. Lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Miranda, V., L. F. (1997). Las fantasías de muerte en el anciano. *Psicología Iberoamericana*, 5(2): 33-8.
- Ops (2001). Organización Panamericana de la Salud. Género y envejecimiento. Hoja informativa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Recuperado em 30 julho, 2009, de <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/genderageingsp.PDF>.
- Rivera, A. (2003). *Espiritualidad y salud mental es adultos mayores*. Tesis de maestría en psicología clínica, no publicada. México: UNAM. Facultad de Psicología.
- Rodríguez, U.; Valderrama, O. & López, S. (2007). Actitud y Miedo ante la Muerte en Adultos Mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8): 109-20.

Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, R. A. L. (2002). La calidad de vida en ancianos. En: Reynoso, Leonardo E. (coord.). *Psicología y salud*: 191-218. México: UNAM.

Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, R. A. L. (2006). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo (Dir.). *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos: Trastornos de la Edad Adulta e Informes Psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide: 473-92.

Tomás-Sábado, J. & Gómez Benito, J. (2003). Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(3): 257-79.

Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. (2004). Ansiedad, depresión y obsesión ante la muerte. Aproximación conceptual e instrumentos de evaluación. *Psicología Conductual*, 12(1): 79-100.

Treviño-Siller, S.; Pelcastre-Villafuerte, B. & Márquez-Serrano, M. (2006). Experiencias de envejecimiento en el México rural. *Salud Pública de México*, 48(1): 30-8.

Triandis, H.C. (1990). Hacia estudios transculturales del individualismo y del colectivismo en América Latina. *Revista Interamericana de Psicología*, 24(2): 199-210.

Warner, S. & Sherry, L. (2003). Desarrollo biológico: El cuerpo envejece. En: *psicología de la edad adulta y la vejez*. España: Pearson: 407-50.

Recebido em 21/05/2010

Aceito em 22/06/2010

Ana Luisa González-Celis Rangel- Licenciada en Psicología y Maestra en Investigación de Servicios de Salud, por la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala UNAM, Doctora en Psicología por la UNAM, Profesora Titular B, definitiva tiempo completo de la carrera de Psicología, Posgrado e Investigación en la FES Iztacala UNAM. Responsable de la línea de investigación "Calidad de vida, salud y envejecimiento".

E-mail: algcr10@hotmail.com

Abril Viridiana Araujo Viveros- Egresada de la Carrera de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala.

E-mail: abrilarau_19@hotmail.com

¹ El presente estudio forma parte del trabajo como opción de Titulación de la Licenciatura en Psicología del segundo autor bajo la dirección del primero de la FES Iztacala, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Parcialmente financiado por el Proyecto PAPCA 2009-2010, n.º 13.