



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

**SUFRIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR:
CAUSAS Y SOLUCIONES. UN ANÁLISIS POR SEXO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN

VERÓNICA HERNÁNDEZ RAMÍREZ
No. Cta. 1022267

KAREN Jael INIESTRA ALCÁNTARA
No. Cta. 1022268

PERLA MARTÍNEZ ROMERO
No. Cta. 1022295

ASESOR

DR. JOSE LUIS VALDEZ MEDINA

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE DE 2015.

INDICE

| | |
|--|----|
| RESUMEN | 13 |
| PRESENTACIÓN ----- | 14 |
| INTRODUCCIÓN ----- | 15 |
| MARCO TEÓRICO ----- | 17 |
| CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO ----- | 17 |
| 1.1 ENVEJECIMIENTO----- | 18 |
| 1.2 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO----- | 21 |
| 1.2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS----- | 22 |
| 1.2.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS----- | 25 |
| 1.2.3 CAMBIOS SOCIALES----- | 26 |
| 1.3 DUELO EN EL ADULTO MAYOR----- | 29 |
| 1.3.1 DUELO----- | 29 |
| 1.3.2 PROCESO DEL DUELO EN EL ADULTO MAYOR----- | 30 |
| 1.4 DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO----- | 31 |
| 1.4.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA----- | 31 |
| 1.5 FAMILIA----- | 33 |
| 1.5.1 FUNCIONES DE LA FAMILIA----- | 34 |
| 1.5.2 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL ENVEJECIMIENTO----- | 35 |
| 1.6 CALIDAD DE VIDA----- | 38 |
| 1.7 MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ----- | 40 |
| 1.8 DISCIPLINAS PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR.----- | 42 |
| CAPÍTULO 2. DOLOR ----- | 45 |
| 2.1 DEFINICIÓN DE DOLOR----- | 46 |
| 2.2 TIPOS DE DOLOR----- | 48 |
| 2.3 SOLUCIONES AL DOLOR----- | 50 |
| CAPITULO 3. SUFRIMIENTO ----- | 52 |
| 3.1 DOCTRINAS QUE HABLAN DE SUFRIMIENTO----- | 53 |

| | |
|--|------------|
| 3.1.1 HEDONISMO ----- | 53 |
| 3.1.2 BUDISMO ----- | 54 |
| 3.1.3 CRISTIANISMO ----- | 55 |
| 3.2 SUFRIMIENTO ¿QUÉ ES? ----- | 56 |
| 3.3 CAUSAS DEL SUFRIMIENTO ----- | 58 |
| 3.3.1 CAUSAS DEL SUFRIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR ----- | 58 |
| 3.4 SENTIDO DEL SUFRIMIENTO ----- | 60 |
| 3.5 SUFRIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR ----- | 63 |
| 3.6 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL SUFRIMIENTO ----- | 64 |
| 3.6.1 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL SUFRIMIENTO DESDE LA PSICOTERAPIA ----- | 65 |
| CAPITULO 4. DIFERENCIA ENTRE DOLOR Y SUFRIMIENTO ----- | 70 |
| MÉTODO ----- | 72 |
| OBJETIVO DEL ESTUDIO ----- | 73 |
| TIPO DE ESTUDIO O INVESTIGACIÓN ----- | 73 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ----- | 73 |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES ----- | 73 |
| PARTICIPANTES ----- | 74 |
| INSTRUMENTO ----- | 74 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN ----- | 74 |
| PROCEDIMIENTO ----- | 75 |
| PRUEBA DE HIPÓTESIS ----- | 75 |
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS ----- | 76 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS ----- | 94 |
| CONCLUSIONES ----- | 99 |
| SUGERENCIAS ----- | 102 |
| BIBLIOGRAFIA ----- | 104 |
| APÉNDICES ----- | 115 |

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación consistió en describir el sufrimiento en el adulto mayor. Para ello, se trabajó con una muestra no probabilística intencional compuesta por 200 adultos mayores de la “Fundación el Pueblito de los Abuelos I.A.P.”, perteneciente al Estado de México, repartidos equitativamente por sexo. Se aplicó un cuestionario en forma de entrevista semiestructurada compuesto por seis preguntas, las aplicaciones se realizaron de forma individual con previa autorización de los participantes en un tiempo aproximado de 20 minutos. De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que el sufrimiento es una experiencia inevitable.

Los hombres mencionaron que el sufrimiento se debe a la falta de recursos, mientras que para las mujeres son los problemas emocionales, familiares y de enfermedades. Asimismo los varones indicaron que para evitar sufrir, debe haber prevención, en contraste con las mujeres quienes optaron por la tolerancia, el control y el apoyo. Ambos sexos consideran que para dejar de sufrir es importante la espiritualidad, el apoyo y el crecimiento personal. Partiendo de los hallazgos, se puede concluir que a pesar de que el sufrimiento es una experiencia inherente a los seres humanos, el sufrimiento varía y se interpreta a partir de la experiencia personal y la etapa de la vida en la que se encuentre.

PRESENTACIÓN

La presente investigación representa el interés, la preocupación y el esfuerzo de profesionales en el área de psicología que valoran la importancia en la indagación de estudios sobre el adulto mayor, que aporta información para la transformación de la sociedad.

El trabajo aporta la diferencia entre dolor y sufrimiento, la percepción del adulto mayor en cuanto a qué es el sufrimiento, las causas que lo conllevan, así como alternativas de solución ante el sufrimiento que ellos mismos proponen y que a su vez aconsejan.

Éste se encuentra estructurado por dos capítulos: envejecimiento y sufrimiento; en el primero se aborda la definición de envejecimiento, el proceso por el se atraviesa (cambios biológicos, psicológicos y sociales), la demografía del envejecimiento, la calidad de vida, y los mitos y realidades de la vejez; en el segundo capítulo se encuentra la diferencia entre los términos de dolor y sufrimiento así como la definición del mismo sufrimiento en el adulto mayor. También se indican la metodología, los resultados obtenidos, el análisis de los resultados, las conclusiones, las sugerencias, la bibliografía y los anexos.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano es vulnerable, y por ello, a lo largo de su vida puede experimentar en más de una ocasión el sufrimiento.

De acuerdo con Cassell (1995), el sufrimiento es un malestar generado por la amenaza inminente a la integridad o continuidad existencial de la persona, una experiencia subjetiva causada por factores físicos, psicológicos, socioculturales y existenciales.

Chapman y Gavrin (1993), caracterizan al sufrimiento como un sentimiento de impotencia para hacer frente a una amenaza y por el agotamiento de los recursos personales que permitan enfrentarla.

Al respecto, Kissane, Clarke y Street (2001) han descrito al sufrimiento como un síndrome en el cual existe pérdida de la autonomía, baja autoestima, desesperanza, pérdida de la dignidad, de la autoimagen, aislamiento social, falta de acceso a recursos, apoyo, culpa, poca espiritualidad y pérdida de sentido (Blinderman y Cherny, 2005).

Sin embargo, el sufrimiento suele ser relacionado con el dolor, con un malestar o un padecimiento, los cuales no son necesariamente lo mismo, pero sí componentes de este.

Es así que el dolor, de acuerdo con Ferrándiz (2008), se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable. En este sentido, Guerrero (2014), agrega que esta experiencia se asocia con una lesión en los tejidos de manera real debido a que el cuerpo está lleno de nervios con terminaciones sensibles al dolor que pueden ser estimuladas por muy diversas causas (una rozadura, un corte, golpes, etc.), de tal manera que cuando se produce la irritación de estas terminaciones nerviosas, se genera la sensación de dolor.

A partir de ello, se considera que el dolor se atribuye al aspecto físico, mientras que el sufrimiento hace referencia al aspecto mental. Sin embargo, ambos van de la mano,

puesto que lo físico se interpreta en lo psicológico generando malestar, así como lo psicológico puede hacerse manifiesto en lo físico mostrándose como somatización, enfermedad o incluso dolor (Sivik y Shoenfeld, 2001; Torres, 2013; Valdez Medina, Torres y Aguilar, 2015). Es así que el sufrimiento consiste en interpretar y expresar lo que se sufre, tanto a nivel físico como a nivel mental (Valdez Medina, Torres y Aguilar, 2015). En otras palabras, la señal de que hay malestar físico o mental, es precisamente la expresión de estos, es decir, el sufrimiento.

Ahora bien, con base en algunos reportes geriátricos (Sandoval y Varela, 1998), se ha encontrado que la mayor parte de malestares físicos o mentales que la persona llega a tener se presentan en la etapa de vida o de desarrollo denominada vejez.

En este periodo de vida, el sufrimiento se ve acentuado debido que se sufren pérdidas biológicas y psicosocioculturales, como el desgaste físico, el dolor, la enfermedad, la no resolución de duelos, el sentirse inútiles, falta de solvencia económica, la soledad obligada, el rechazo, el abandono, entre otras (Sandoval y Varela, 1998; Varela, Ocampo, Ramírez, Restrepo, López y Cañaveral, 2006).

Estas condiciones de tensión y conflicto en las que tienden a verse inmersas las personas ancianas pueden generar en ellos un desgaste importante (Valdez Medina, 2009).

Tal situación es preocupante debido a que de acuerdo con las estadísticas, se ha registrado que a nivel mundial la población está envejeciendo. Los datos indican que las personas con edades de 60 años o más, han pasado de 42 millones en el 2000 a 100 millones en el 2025. En México se calcula que el grupo que ahora representa 13% de la población ascenderá a 16% en el 2025 (Sandoval y Verela, 1998; Arechiga y Cereijido, 1999).

De esta manera resulta importante estudiar el significado, las consecuencias y alternativas de solución que para el sufrimiento reportan tener las personas ubicadas en la vejez.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. ENVEJECIMIENTO

1.1 ENVEJECIMIENTO

El desarrollo humano dura toda la vida, la mayoría de los psicólogos acepta esta idea. Este concepto se desarrolló como un proceso de adaptación a lo largo de toda la existencia humana, se conoce como desarrollo del ciclo de vida (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009). Asimismo estos autores mencionan que cada periodo del ciclo de vida está influido por lo que ocurrió antes y afectará a lo que viene. Cada periodo tiene sus propias características y valor único, ninguno es más o menos relevante que otros. Asimismo refieren que cada persona se desarrolla dentro de un conjunto específico de circunstancias o condiciones definidas por tiempo y lugar; los seres humanos influyen en, y son influenciados por, su contexto histórico y social. No solo reaccionan ante sus entornos físicos y sociales, sino que interactúan con ellos y los cambian. Por lo que el desarrollo a lo largo de la vida implica un equilibrio entre crecimiento y declive.

El ciclo vital, la juventud y la adultez ocupan un tiempo muy reducido en comparación con la infancia y la vejez, y sus roles en las sociedades humanas (Buendía, 1997).

Hablar de envejecimiento de acuerdo a Barraza y Castillo (2006), es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en este ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Por otro lado, puede ser considerado como una serie de estadios que se organizan en torno a ciertas características de orden físico, psicológico, social y material. Las crisis o acontecimientos significantes pueden modificar radicalmente la vida y precipitar el paso de un estadio a otro (Gutiérrez, 1999).

Méndez (2012), menciona que el envejecimiento es un proceso complejo y dinámico, con componentes fisiológicos y sociológicos inseparables e íntimamente relacionados. También se trata de un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. Cuando se comienza a envejecer se vive un proceso de crecimiento y deterioro, es decir se ganan y se pierden cosas.

De acuerdo a Lozano (2011), el envejecimiento humano ha sido objeto de estudio y de preocupación a lo largo de la historia desde aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Biológicamente, los humanos comienzan a envejecer desde su nacimiento, pero en ritmos diferentes. La situación social, el modo de vida, el entorno cultural, el cuidado personal, la constitución física, acelera o retrasa la evolución biofisiológica de envejecer. Así, no hay una única edad para la vejez, pues son diferentes la edad cronológica, la edad corporal y la edad social. La primera la define el número de años; mientras que la social es establecida por la sociedad.

Sin embargo, el envejecimiento no es un estado, pero sí un proceso diferencial de degradación. Los individuos envejecen de forma muy diversa. La edad cronológica, en muchos casos no es una variable determinante (Muñoz, 2002).

Como la edad cronológica no es un buen identificador de la vejez, algunos autores se han ocupado del concepto de edad funcional, como aquel predictor obtenido de diferentes indicadores sobre el funcionamiento biopsicosocial del individuo, lo que definiría la vejez. La vejez no se da de forma universal y unidireccional, ni el declive del funcionamiento psicológico; aunque hay funciones psicológicas que experimentan déficit debido a la edad, otras se mantienen constantes e incluso pueden ser incrementadas; cada persona envejece de una manera distinta (Fernández Ballesteros, 1999).

En la actualidad no existe acuerdo acerca de cómo nombrar al sujeto que envejece. Sin embargo, es necesario precisar los distintos términos que se utilizan para referirse a

este grupo de población, como por ejemplo: tercera edad, adultos mayores, personas en plenitud, ancianos, viejos, abuelos, entre otros. Los términos tercera edad, adultos mayores y personas en plenitud, son utilizados generalmente por las instituciones para referirse a las personas de 60 años y más; social y culturalmente hablando, sin embargo, el uso de adjetivos como por ejemplo viejo, tiende más hacia la calificación y suele resultar ofensivo para algunos, ya que se relaciona con aquello que está en desuso, que es inservible, que hay que tirar, es decir, tiene una carga subjetiva que puede resultar negativa. Así mismo, el hecho de llamarlos abuelos, resulta inapropiado para quienes sólo por la edad son catalogados como tales, ya que otorga un estatus en función de la familia y la descendencia y por lo tanto no se aplica a todas las personas (Mier, 2006).

Por esta razón, en este trabajo se utilizará el término de adulto mayor, que de acuerdo a la definición dada por la OMS, son las personas de 65 años o más.

1.2 PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

A lo largo de la vida las personas van experimentando diversos cambios biopsicosocioculturales, los cuales no se dan de la misma manera en todos los individuos, ya que dependen de factores tanto internos como externos. Estos cambios son inevitables en la vida de toda persona y aún más durante el proceso de envejecimiento.

El envejecimiento es un fenómeno universal que ha tenido lugar en todas las épocas, culturas y civilizaciones (Vega y Bueno, 2000), es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y sociales del organismo en función del tiempo (Muñoz, 2002).

Villa y Rivadeneira (2000), mencionan que la edad de la vejez, autopercebida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de su mutabilidad histórica, la edad conoce múltiples significados, y muchos de ellos indican más la calidad que la cantidad de años vividos. Desde luego, existe una edad biológica, mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, que regula los parámetros básicos de la vida; su incidencia se ve afectada, al menos en parte, por una edad psicológica o subjetiva, que remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. Hay también una edad social, que refleja los efectos tanto de las normas que rigen los comportamientos de los individuos como de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación en las esferas sociales; los alcances de esta edad social dependen, a su vez, de la cultura dominante y de la posición socioeconómica de las personas.

1.2.1 CAMBIOS BIOLÓGICOS

Espinosa (2010), menciona que al pasar los años, los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecen igual: hay personas que a los 80- 90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; sin embargo, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen.

Procesos específicos: Disminuyen las capacidades sensoriales

Vista:

- a) Opacidad del cristalino (cataratas).
- b) Presbiopía (dificultad para ver de cerca).
- c) Es frecuente el glaucoma (aumento de la presión intraocular).
- d) Degeneración de la retina. Oído: presbiacusia (disminuye la capacidad para escuchar los tonos agudos).

Olfato: en el viejo disminuye el sentido del olfato por atrofia de la mucosa nasal.

Gusto: disminuye la capacidad de la lengua para distinguir sabores y temperaturas.

Piel y tejidos conjuntivos:

- a) Atrofia de las glándulas sudoríparas (resequedad)
- b) El pelo y las uñas disminuyen su crecimiento, el pelo tiende a caerse.

- c) Disminuye la grasa subcutánea.
- d) Es frecuente el prurito senil (comezón).
- e) Hay tendencia a la calcificación.

También hay evolución hacia la fibrosis, y se presentan neoplasias en las células epiteliales, en los tejidos de sostén (huesos, venas, etc.) y en algunas glándulas.

Sistema nervioso: desde la tercera década de la vida mueren diariamente por millares las neuronas de un ser humano. No se nota porque tenemos un excedente como reserva. Es natural que la muerte de tantas células corticales provoque disminución de los reflejos y torpeza general de los movimientos.

Sistema músculo-esquelético: se encorva la columna. El deterioro de las funciones musculares es tanto mayor cuanto menor haya sido la actividad física en las etapas anteriores.

Sistema cardiovascular: la primera causa de muerte en los ancianos está constituida por las enfermedades cardiovasculares:

- a) Crece el ventrículo izquierdo; aumentan las zonas de fibrosis.
- b) Se calcifican las válvulas.
- c) Hay tendencia a la arteriosclerosis, excedentes de grasa y calcio se van acumulando en el interior de los vasos sanguíneos, y con ello dificultan la circulación.

Pero por otra parte, los elementos de la sangre casi no se modifican con la edad, a menos que intervengan factores patológicos específicos.

Sistema respiratorio: baja la elasticidad de los músculos y, por consiguiente, la capacidad respiratoria.

Sistema gastrointestinal Boca:

a) Pérdida de dientes.

b) La saliva escasea.

Esófago: sus movimientos peristálticos disminuyen (dificultad para deglutir).

Estómago:

a) Disminuye su secreción de ácidos.

b) Se retrasa el vaciamiento hacia el intestino. Intestino delgado: 1) La glucosa se absorbe lentamente. 2) El calcio se absorbe pobremente. 3) Dificultad para que se absorba el hierro (anemia).

Colon:

a) Aumenta la incidencia de divertículos, que son pequeñas hernias en su pared.

b) Disminuye su tono muscular y se vuelve lento, lo que favorece el estreñimiento.

Hígado:

a) Reduce sus dimensiones.

b) Disminuye su poder de regenerarse.

c) Se ve expuesto a la litiasis biliar (piedras en la vesícula).

Sistema genitourinario:

a) Disminuye el tono muscular de la vejiga y suele haber incontinencia urinaria e intestinal.

Dentro de la plataforma fisiológica, cualquier programa encaminado a alargar la vida y a mantenerla en niveles aceptables de calidad, debe enfocarse hacia los métodos que reduzcan la muerte.

1.2.2 CAMBIOS PSICOLÓGICOS

De acuerdo con Fernández Ballesteros (2004), el crecimiento psicológico no cesa en el proceso de envejecimiento en lo que se refiere a la capacidad de aprendizaje, rendimiento intelectual, creatividad y el lenguaje.

Funciones intelectuales y cognitivas: teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el sistema nervioso central, una primera conclusión es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe que la persona más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. Sin embargo, no cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información.

Lenguaje: la capacidad de lenguaje y de expresión suelen alterarse, la creatividad y capacidad imaginativas se conservan. Existen alteraciones en la memoria, suele padecer de amnesia focalizada con el tiempo (Méndez, 2012).

Inteligencia: la inteligencia puede ser entendida como la capacidad de adaptación al medio o como el conjunto de competencias que permiten resolver problemas contextualmente relevantes. Por supuesto, la inteligencia es también el producto interactivo entre factores biológicos y ambientales, por lo que pudiera hipotetizarse que junto a los declives señalados ocurren también algunos cambios positivos en el funcionamiento intelectual. Así, la sabiduría ha emergido en los últimos

años como un nuevo constructo sujeto a investigación científica y se postula que pudiera ser un atributo que se diera con mayor probabilidad en la vejez.

En resumen, existen funciones intelectuales que declinan en función de la edad y, también, existen otras que se mantienen a lo largo de la vida, incluso, existen ciertas formas de juicio y comprensión que se incrementan en la vejez.

1.2.3 CAMBIOS SOCIALES

Las sociedades acostumbran a clasificar a los miembros que las componen en categorías de edad, elaborando unas expectativas sobre cuál debe ser el comportamiento adecuado de cada una de ellas. La sociedad otorga características y le adscribe funciones, le es difícil contrarrestar el significado que esta le ha asignado. En este aspecto donde la vejez adquiere peculiaridades sociales diferentes de otras etapas evolutivas de la vida del ser humano (Altarriba, 1992).

Algunos cambios en el aspecto social de acuerdo con Mishara y Riedel, (2000), son:

- 1) Cambios del rol individual.

Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones:

- El anciano como individuo. Los individuos en su última etapa de vida se hace patente la conciencia de que la muerte está cerca. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los ancianos como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.
- El anciano como integrante del grupo familiar. Las relaciones del anciano con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. Las etapas de

relación con sus hijos y nietos pasan por distintas etapas. La primera etapa cuando el anciano es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele plantearse el ingreso del anciano en una residencia.

- El anciano como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión emocional y sentimiento de soledad. El sentimiento de soledad es difícil de superar.

2) Cambio del rol en la comunidad.

La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El anciano suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual.

3) Cambio de rol laboral

El gran cambio es la jubilación del individuo, pero el anciano debe de tomar alternativas para evitar al máximo sus consecuencias negativas. La jubilación es una situación de una persona que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio.

Las consecuencias de la jubilación: La adaptación es difícil porque la vida y sus valores están orientados entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen.

El anciano debe de conocer las consecuencias de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. El anciano deberá de prepararse antes de la jubilación.

- 4) Desarrollo de la capacidad de ocupar su tiempo libre

1.3 DUELO EN EL ADULTO MAYOR

1.3.1 DUELO

Duelo (del latín *dolos*) significa dolor y es la respuesta natural por la pérdida de alguien o de algo. No es un momento, no es una situación o estado, es un proceso de reorganización que tiene un comienzo y un final (Equipo Vértice, 2011).

Otra definición es de Gómez-Mascaraque & Corral (2009), quien menciona que el duelo es la reacción conductual (pensamiento, emoción y acción), que se produce tras la muerte de un ser querido u otra significativa. Se trata de un proceso que permita al individuo adaptarse a la pérdida.

Como indica la definición anterior, se puede diferenciar dos categorías de duelo: el duelo por muerte de una persona con la que se ha establecido una relación de apego o el duelo referido a otras pérdidas por ejemplo, la pérdida de un objeto, sentimientos, situaciones, o bien la ruptura de una relación sentimental, la finalización de un proyecto, pérdida de algún miembro corporal, etc.

A lo largo de la vida se va experimentando distintas situaciones de duelo y según como se actué y reaccione ante estos escenarios se desarrollara un sistema propio de apego. Estas son conductas aprendidas que provocan o desencadenan algunas reacciones de los sentimientos cuando se vuelve a vivir un duelo nuevo. Cada persona desarrolla una historia particular de cada uno de sus duelos y en la forma de haberlo superado o elaborado. La capacidad de frustración de cada uno juega un papel importante, la mayor o menor resistencia ala sufrimiento, las estrategias que cada persona adquiere para enfrentarse a situaciones extrañas, a la pérdida, etc. Considerando que están directamente relacionadas con el sistema de apego que se ha ido desarrollando a lo

largo de la vida y como se afronta las distintas situaciones de duelo (Equipo Vértice, 2011).

1.3.2 PROCESO DEL DUELO EN EL ADULTO MAYOR

La experiencia de la pérdida en cada momento dentro del ciclo vital presenta características propias, cada situación tiene su carga dramática y en cada caso hay variables diferentes que pueden complicar el duelo o dificultar su proceso. Al llegar a una edad avanzada puede influir considerablemente en el modo en que las personas se enfrentan al dolor por la pérdida de un ser querido, la pérdida de un objeto, sentimientos, situaciones, desgaste físico y enfermedades; las ideas sociales dominantes sugieren a menudo que esta influencia es, por lo general, totalmente negativa para las personas mayores (Trenado, 2006).

Cuando las personas se encuentran en los últimos años de su vida experimentan declive y deterioro de sus capacidades. Actividades que una vez fueron gratificantes se hacen progresivamente más difíciles.

La mayoría de teorías acerca del duelo y las pérdidas enfatizan la importancia de aceptar la pérdida, establecer nuevos retos, y continuar con la vida. Es decir, el duelo en la tercera edad es, esencialmente, igual al duelo en cualquier otra edad. La experiencia de la pérdida no es más o menos importante dependiendo de a qué edad ocurra. Por lo tanto, ha de ser tomada ni más ni menos seriamente y cuidar las respuestas con sobre-reacción (sobre-protección) o infra-reacción (usando la edad para quitarle importancia a una pérdida o a la autenticidad del duelo) ante la situación, ya que hacerlo así supone una seria e inaceptable subestimación y discapacitación de la persona que experimenta la pérdida (Rondo, 1984 & Scruten, 1997).

1.4 DEMOGRAFÍA DEL ENVEJECIMIENTO

1.4.1 TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El aumento de la esperanza de vida y la reducción de la fertilidad son dos factores claves que impulsan la transición demográfica. Esta consiste en un cambio de niveles altos a niveles bajos de fecundidad y mortalidad, transformando la estructura de edades de una población, la cual, cambia de una composición joven a una composición anciana.

Este proceso de cambio en la estructura poblacional presenta tres etapas. En la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que aumenta la proporción de niños, como consecuencia del aumento en los primeros años de vida.

En la segunda etapa de la transición, como consecuencia del descenso en la fecundidad, la proporción de niños comienza a disminuir y aumenta la cantidad de adultos en la edad laboral. En la tercera y última etapa de la transición, a la cual, se llega después de un largo período de descenso de la fertilidad y mortalidad, la proporción de niños y adultos en edad de trabajar disminuye y aumenta la cantidad de personas de edad avanzada (Ramírez, 2008).

Actualmente México es un país de jóvenes, donde 50% de la población tiene 22 años o menos; no obstante, es necesario analizar las condiciones de vida y los principales problemas de las personas adultas mayores en el presente, con el objetivo de prever el perfil de demandas y necesidades de este grupo de población en los años por venir. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000), se estima que en 2020 se vivirán, en promedio de 78 a 81 años. Para el 2050; más de la cuarta parte de la población en México será vieja (Avalos Pérez, 2012).

Estos cambios son consecuencia de la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende a disminuir. En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país 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 tramo de edad (INEGI, 2005).

1.5 FAMILIA

De acuerdo a Collado, Delgado, Rosario & Tatis (2001), la familia se considera como la unidad social básica, como la institución fundamental o como un grupo social fundamental de parentesco, en el que la reproducción ocurre legítimamente. La familia es también un fenómeno histórico y debe ser considerada como un fenómeno social total.

Belsky (1997); Moreno y Cubero (1990); Schaffer (1989), mencionan que la mayoría de los autores están de acuerdo en considerar la familia como el primer sistema social, en el que se dan cabida todas las características propias de los sistemas, las cuales son:

- 1) Totalidad
- 2) El ser es activo
- 3) Organización estructural
- 4) Relaciones circulares no lineales
- 5) Resultados
- 6) Fuerzas de equilibrio
- 7) La homeostasis
- 8) La función escalonada

El concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, es decir, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones (Herrera, 1997).

Por otro lado Maganto (1993), define a la familia desde un punto de vista evolutivo como un grupo vital con historia. Es una red comunicacional natural que atraviesa fases en su desarrollo, que suponen crisis naturales, por las que la familia se transforma, crece, madura y/o se rompe. El crecimiento supone sucesivas readaptaciones y

cambios personales, de pareja, en los hijos, sociales, etc., que implican el ejercicio de nuevos roles muy significativos que, al cambiar, cambian elementos de la identidad de la persona. (Rodrigo & Palacios González, 2014).

1.5.1 FUNCIONES DE LA FAMILIA

Herrera (1997), menciona que la familia como grupo social debe cumplir tres funciones básicas que son: la función económica, la biológica y la educativa, cultural y espiritual y es precisamente éste uno de los indicadores que se utilizan para valorar el funcionamiento familiar, es decir, que la familia sea capaz de satisfacer las necesidades básicas materiales y espirituales de sus miembros, actuando como sistema de apoyo.

Sin embargo para hacer un análisis del funcionamiento familiar, se hace necesario verlo con una perspectiva sistémica, pues la familia es un grupo o sistema compuesto por subsistemas que serían sus miembros y a la vez integrada a un sistema mayor que es la sociedad (Arés, 1990).

A respecto Herrera (1997), recomienda como indicadores para medir la funcionalidad de la familia los siguientes:

1. Cumplimiento eficaz de sus funciones (económica, biológica y cultural-espiritual).
2. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.
3. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
4. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas.
5. Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. Para lograr la adaptación al cambio, la familia

tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros.

Cuando la familia cumple con estos indicadores, se trata de una familia funcional, de lo contrario se hablaría de una disfuncionalidad familiar; lo ideal es que la familia se encuentre en equilibrio y que sus miembros entre sí sean capaces de llegar a este equilibrio adaptándose a los cambios anteriormente señalados.

1.5.2 EL PAPEL DE LA FAMILIA EN EL ENVEJECIMIENTO

El grupo de adultos mayores presenta mayor “riesgo social” que resulta en parte inherente al avance de la edad y que se ve acentuada por las deficiencias de cobertura y calidad en materia de seguridad social y atención a la salud; por su mayor propensión a presentar limitaciones físicas o mentales, o por su condición étnica (INEGI, 2005).

Por ley, la familia de la persona adulta mayor deberá cumplir con su función social de manera constante y permanente, de tal manera que deberá velar por cada una de las personas adultas mayores que formen parte de ella, y es responsable de proporcionar los satisfactores necesarios para su atención y desarrollo integral (Congreso de la Unión, 2001).

Cuando en el hogar la familia cumple con las funciones que se establecen, se habla de la funcionalidad de la misma, sin embargo cuando las funciones que se tienen no se cumplen y no se alcanza a cubrir las necesidades de todos sus miembros se puede hablar de una disfuncionalidad.

Cuando se habla de adultos mayores, se le atribuye la característica principalmente de vulnerabilidad y esto de acuerdo a lo mencionado por INEGI (2005), al ser considerado

un grupo de riesgo social debido a factores propios de su ambiente doméstico y comunitario, ya que es propenso a experimentar diversas formas de daño por acción u omisión de terceros; al estar desarrollándose en diversos contextos, la persona adulta mayor se ve afectada o beneficiada de acuerdo a las situaciones que se le presentan, puede tener apoyo o carecer del mismo.

En el contexto familiar como ya se mencionó anteriormente se deberían cumplir las funciones establecidas para el bienestar de sus miembros, ya sea padre, madre, hijos, abuelos, etc., regularmente la mayoría de las familias tienen a un adulto mayor, por lo que las funciones deben cumplirse también para ellos.

A pesar de que la familia debería comportarse como un grupo de apoyo para sus miembros, muchas veces puede comportarse como un grupo violento. Las estadísticas sobre el maltrato en la vejez son datos alejados de la realidad, debido a que la mayoría de los adultos mayores que lo viven no lo denuncian. Esta situación tiene su origen en distintas razones: no aceptan que están siendo maltratados, tienen temor a las represalias; pues es el único familiar con el que cuentan; creen que es temporal; no quieren que su familiar o cuidador vaya a la cárcel; desconocen con qué autoridad deben dirigirse o su condición física o cognitiva no le permiten realizar una denuncia (Vértiz, 2015).

El reconocimiento de la violencia en el ambiente doméstico por parte de la medicina es ya antiguo, se ha identificado el llamado "anciano maltratado"; sin embargo, referirse a la violencia en el ámbito familiar cuesta trabajo, ya que la familia es el lugar donde nace, crece y se desarrolla el ser humano, y constituye el núcleo de toda sociedad (Docampo Santaló, Barreto Lacaba, & Santana Serrano, 2009).

El abuso en el adulto mayor se ha generalizado-principalmente en el ámbito familiar; se trata de un acto de omisión único o repetitivo que consiste en el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono cometido por un miembro de la familia; esta violencia,

se puede dar en relación con el poder del que ejecuta la violencia o bien en función de: sexo, edad o condición física, sin embargo hay dificultad para generar estadísticas confiables sobre violencia contra los ancianos, radica fundamentalmente en el denominado arraigo cultural que como consecuencia funesta: hace ver a la violencia como un fenómeno cotidiano (Riuz C. & Hernández Orozco, 2009).

En este sentido Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. & Herrero, J. (2007), mencionan que la familia es un arma de doble filo: por un lado, puede ser fuente de bienestar, satisfacción y aprendizaje para todos sus integrantes, pero por otro, también puede constituir un factor de riesgo que predisponga al desarrollo de problemas de desajuste en sus miembros.

1.6 CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida, es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo; está asociada con la personalidad del individuo, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva, y cuya evidencia está intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y a su grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores (Vera, 2007).

Es un concepto particularmente evaluador o valorativo, capaz de abarcar más fenómenos de los que caben en cualquier especialidad o rama de la ciencia. La calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de las condiciones materiales y espirituales de vida imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social que los criterios técnicos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado. El estudio de la calidad de vida depende de los procesos biológicos y la vida psicosocial del individuo, hasta la calidad de condiciones de vida de la sociedad (Quintero y González, 1997).

En este sentido, es importante entender el envejecimiento, como un proceso individual inexorable, que se inicia desde el momento que nacemos y termina con la muerte. Debemos pensar que todos envejecemos día a día, que es una etapa ineludible de nuestras vidas. Lo importante es llegar a la vejez, la última etapa del proceso de envejecimiento, con calidad de vida, es decir, rodeado de condiciones no sólo materiales, sino afectivas, emocionales, que brinden un equilibrio tanto económico como social (Ramírez, 2008).

Por lo expuesto, el significado de la calidad de vida, en el adulto mayor debe ser abordado desde el enfoque cualitativo (Vera, 2007), ya que se trata de un fenómeno

complejo multidimensional y de asociaciones causales múltiples que no puede investigarse a través de enfoques unilaterales (Quintero y González, 1997).

Krzejmen (2001), sostiene que la calidad de vida del adulto mayor se da en la medida en que él/ella logre reconocimiento a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor.

De acuerdo con González (1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que él/ella siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa.

Para Velandia (1994), es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuyen de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez.

1.7 MITOS Y REALIDADES DE LA VEJEZ

La situación demográfica mundial indica que cada vez habrá más adultos mayores, esto por el éxito en las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico de los países, lo que ha permitido elevar la esperanza de vida. Sin embargo, la sociedad parece no haber tomado conciencia de esta situación y aún persisten ciertos mitos y estereotipos, que hacen que se tenga una imagen generalmente negativa de la vejez, lo que impide ver la gran cantidad de posibilidades de desarrollo que existen para esta etapa de la vida.

Habitualmente existe el estereotipo, socialmente compartido, de que los cambios que se producen en la vejez son exclusivamente negativos. Es decir, que consisten fundamentalmente en ir perdiendo el conjunto de habilidades y capacidades que se adquirieron durante la juventud y la edad adulta (Vega y Bueno, 2000).

Por desconocimiento, a este período se le atribuyen características de decadencia, inactividad y enfermedades y por ello, el gran desafío es instalar en la sociedad una visión positiva de la vejez y así, poder ofrecer a los adultos mayores el espacio y la atención que se merecen. Se piensa que el anciano es un ser deficiente a la hora de producir, pero lo cierto es que con buena salud un adulto mayor puede vivir con ilusión y, en consecuencia, mostrar su capacidad de innovación y de responsabilidad frente a nuevas tareas. De igual forma, si mantiene un espíritu joven, no importa los años que tenga, dependerá de su carácter el poder adaptarse a las modernidades, por ejemplo, la tecnología (Aguilera, 2012).

Al respecto, existen numerosos prejuicios negativos sobre las personas mayores que son compartidos por ellas mismas, por los profesionales que las atienden y por las personas de otras generaciones. Estos estereotipos y mitos relacionados con la vejez, afectan negativamente la propia vivencia y percepción subjetiva de envejecer.

A continuación se mencionan algunos mitos más frecuentes:

- La mayor parte de las personas mayores se encuentran aisladas de sus familias.
- Las personas mayores tienen mala salud.
- Los trabajadores mayores son menos productivos que los jóvenes.
- Las personas mayores se jubilan a causa de su mala salud o de la proximidad a la muerte.
- Las personas mayores no tienen ni capacidad, ni interés en las relaciones sexuales.

Sin embargo, no siempre son ciertos, ya que depende del estilo de vida de la persona, salud, hábitos, etc., (Vega y Bueno, 2000).

En este sentido Aguilera (2012), menciona que el fomento de una imagen positiva de los adultos mayores debe hacerse desde los medios de comunicación. Se debe partir educando para y hacia la vejez desde la temprana infancia, ya que es allí donde se empiezan a formar los prejuicios. Además, para crear una imagen positiva de la vejez es necesario fomentar la cercanía entre generaciones, mostrando las cosas valiosas que una persona mayor puede aportar a los más jóvenes.

1.8 DISCIPLINAS PARA LA ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

A través de los años, las demandas colectivas han hecho que la sociedad se interese en crear dentro del plano educativo nuevas disciplinas que puedan ayudar a cubrir las necesidades que en el momento se presentan.

En la actualidad debido a las estadísticas, a nivel mundial, la población adulta mayor ha aumentado significativamente debido, principalmente, al aumento de la esperanza de vida y la baja tasa de fecundidad (Popolo, 2001). En América Latina y el Caribe el promedio de edad vivida en el 2005 era de 72,4 años y se espera que para el 2025 el porcentaje de población mayor de 60 años sea de 14,25% (CONPES, 2004). Por lo que resulta importante ubicar dentro del plano educativo disciplinas que ayuden a cubrir con esta demanda.

Por eso, es necesario la formación de profesionales encargados de abordar a esta población tales como la gerontología, la geriatría y la psicología, las cuales resultan imprescindibles ante la demanda de servicios solicitados por los adultos mayores. De esa manera los centros universitarios constituyen el mejor ingrediente para trabajar con las diferentes instituciones encargadas de atender a la población llamada adulta mayor; sin embargo, no sólo corresponde a estos profesionales atenderlos, tanto la comunidad internacional, los gobiernos y las sociedades en su conjunto pueden hacer frente a los retos del envejecimiento

En la actualidad, la gerontología es una disciplina científica tendiente a responder o buscar soluciones a las necesidades sociales. Una necesidad insoslayable es aquella derivada del proceso del envejecimiento que experimentan las sociedades y los individuos en particular. Entre sus objetivos más importantes destacan: a) la promoción y fomento de un estilo saludable de vida para un envejecimiento activo; b) prevención de daños a la salud; c) estudio de procesos intergeneracionales y familia; d) implementación de estrategias de intervención; e) garantizar la calidad y accesibilidad a

los servicios de salud gerontológicos; f) implementación de estrategias de cambio en seguridad social y políticas públicas. (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM, 2011).

Además de la gerontología, la geriatría que es una rama de la Medicina Interna, estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez, la Geriatría es una parte de la Gerontología. El geriatra como especialista en medicina, debe tener no solamente conocimientos biomédicos, sino sólidas bases gerontológicas (Jaimes & Ortíz de la Huerta, 2006).

La geriatría y gerontología tiene como principal objetivo fomentar el avance del conocimiento en el proceso del envejecimiento humano (Martin, 2011).

Además de la geriatría y gerontología, la psicología debería también tener una amplia participación ya que dentro de la etapa de la vejez se encuentra una gran cantidad de cambios biopsicosocioculturales, por tal motivo es que se hace un llamado a los psicólogos para que desarrollen herramientas eficaces que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor en todas sus dimensiones, pues este profesional cuenta con los conocimientos teóricos y prácticos que le permiten abordar problemáticas de manera integral, trabajando conjuntamente con diversas disciplinas, como la gerontología, la medicina y la geriatría (Colegio Oficial de Psicólogos, 2002; Uribe-Rodríguez & Molina, 2006).

En este mismo sentido Hernández Zamora (2004), menciona que parte de la tarea del psicólogo es colaborar en la planeación estratégica del proceso de envejecimiento para que de esta manera se logren eliminar los prejuicios que impiden el logro de la identidad personal y actúan como obstáculo en todo el espectro social. Así, como los planes de prevención tomarán en cuenta la realidad y características psicológicas, sociales y demográficas para poder responder a las necesidades de la población de la tercera edad. El psicólogo en conjunto con todo el equipo de trabajo tiene la importante

función de reorganizar en las personas de la tercera edad la manera de ver y sentir la vida para que los cambios producidos por el envejecimiento no alteren su salud integral ni su bienestar emocional.

Algunos autores afirman que poco se ha hecho en el campo de la salud mental de los adultos mayores, sin embargo, mucho se puede hacer en el futuro; promoción de la salud, asistencia, rehabilitación, investigación, enseñanza, entre otros.

CAPÍTULO 2. DOLOR

La literatura en general refiere al dolor y al sufrimiento como sinónimos; sin embargo, es importante puntualizar que no lo es, para esto es necesario revisar sus diferencias, que aunque parecidas se atribuyen a situaciones diferentes.

2.1 DEFINICIÓN DE DOLOR

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española define al dolor como aquella sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa exterior o interior.

Por otro lado La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño tisular real o potencial.

Se siente dolor porque es un mecanismo que se ha desarrollado a lo largo de la evolución como protección, seguridad y supervivencia de las personas. Por otra parte, el dolor es la principal causa de consulta médica. Se ha aceptado una nueva, curiosa y pragmática definición de dolor: dolor es todo aquello que un paciente dice que le duele (Goya Laza & Martín Fontelles, 2010).

Yepes Stork (2003), menciona que el dolor tiene un primer nivel, biológico y físico, donde se manifiesta como reacción a un estímulo sensitivo perjudicial, “el dolor es un daño sentido proviene del exterior”, causado por un mal que es contrario al cuerpo y percibido por los órganos corporales.

En este mismo sentido Guerrero (2014), lo refiere como una experiencia que se asocia con una lesión en los tejidos real o potencial, asimismo menciona que el cuerpo está lleno de nervios con terminaciones sensibles al dolor que pueden ser estimuladas por muy diversas causas: una rozadura, un corte, golpes, etc. Cuando se produce la irritación de estas terminaciones nerviosas, se genera la sensación de dolor.

Si el dolor es una experiencia sensorial es obvio que debe existir una vía de transmisión; es decir, un conjunto de estructuras nerviosas que convierten el estímulo periférico potencialmente nocivo en la sensación dolorosa. La recepción periférica de los estímulos dolorosos es realizada por el aferente primario, compuesto por terminaciones libres (receptor periférico), las vías periféricas aferentes o axones y el cuerpo neuronal en el ganglio de la raíz dorsal que continúa hasta llevar la información al Asta Posterior de la Médula, donde mediante la liberación de un neurotransmisor, se excita la segunda neurona; después mediante un sistema de vías ascendentes, la información llega al SNC donde será procesada y reconocida como dolor (González; González, E.; Toro y Márquez, 1998).

2.2 TIPOS DE DOLOR

El dolor puede ser agudo o crónico, neoplásico y no neoplásico. Esta división tiene obvias implicancias en torno a la etiología, mecanismos, fisiopatología, sintomatología y función biológica. Sin embargo, quizás de mayor importancia son las implicancias de tipo diagnóstico y terapéutico (Dagnino, 1994).

A su vez realiza la siguiente clasificación de dolor: dolor agudo, dolor crónico, dolor somático y dolor neuropático.

El dolor agudo se refiere a aquel causado por estímulos nocivos desencadenados por heridas o enfermedades de la piel, estructuras somáticas profundas o vísceras. También puede deberse a una función anormal de músculos o vísceras que no necesariamente produce daño tisular efectivo, aun cuando su prolongación podría hacerlo. Mientras que el dolor crónico persiste el estímulo, de la enfermedad, o de ciertas condiciones fisiopatológicas que puede conducir al establecimiento de un dolor crónico. El dolor puede ser primariamente somático y neuropático:

- a. Dolor somático. Es aquel que aparece cuando un estímulo potencialmente dañino para la integridad física excita los receptores nociceptivos. Estrictamente, debiera incluir el dolor originado en cualquier parte del cuerpo que no sean nervios o sistema nervioso central; sin embargo, frecuentemente se habla de dolor somático propiamente tal cuando los receptores están en la piel, músculos o articulaciones, y de dolor visceral cuando los receptores activados por el estímulo están en una víscera. El dolor somático es habitualmente bien localizado y el paciente no tiene grandes dificultades en describirlo.
- b. Dolor neuropático. Es el que resulta de lesiones o alteraciones crónicas en vías nerviosas periféricas o centrales. Puede desarrollarse y persistir en ausencia de un estímulo nocivo evidente. El paciente frecuentemente usa

términos poco usuales para describirlo, por ser una experiencia nueva. Los síntomas pueden ser focales o más generalizados. Característicamente, el síntoma se presenta como una sensación basal dolorosa o quemante (disestesia), con hiperalgesia (respuesta exagerada) o percepción de un estímulo cualquiera como doloroso (alodinia). Estos términos se agrupan en el de hiperpatía y son característicos de una hipersensibilidad alterada.

Para entender la existencia de varios tipos de dolor clínico es necesario, precisar términos que están estrechamente relacionados como nocicepción y conductas del dolor. Nocicepción se refiere a los fenómenos biológicos desencadenados, por la acción de los estímulos nocivos sobre el organismo, antes de que esa información sea consciente. Aquí se incluyen aspectos como la actividad de los nociceptores, la transmisión de potenciales de acción da lugar a la percepción del dolor. Las conductas del dolor son aquellas cosas que el paciente hace o deja de hacer cuando hay una lesión tisular, por ejemplo, gritar, llorar, solicitar incapacidad, etc. Estas conductas de dolor, junto con la historia clínica y el examen físico permiten precisar la existencia de nocicepción y dolor (Moreno y Hernández, 2005).

2.3 SOLUCIONES AL DOLOR

Las formas de entender y abordar al dolor han sido variadas y, eso se ve reflejado en los escritos e investigaciones a lo largo de los años sin embargo, conforme progresa la investigación en el campo comenzaron a surgir ideas, autores, teorías y definiciones que trataban dar alguna explicación a esta experiencia.

Las antiguas civilizaciones atribuían al dolor a demonios, humores malignos y espíritus de muertos, por lo que su tratamiento se basaba en evitar la entrada en el organismo de estos entes negativos o, una vez dentro, en transferirlos o sacarlos del cuerpo. Más tarde el dolor fue entendido como un castigo de los dioses (Redondo & León, 2015).

Hoy en día y a pesar de ser común en la vida de los individuos el dolor, no resulta fácil definirlo y, menos aún, acotar sus múltiples facetas. Es una experiencia sensorial de carácter desagradable que experimentan los seres vivos poseedores de un sistema nervioso central, se trata de un fenómeno multidimensional en el que interviene factores físico- biológicos (Tobal, 2015).

Melzack y Wall (citado por González, 2013), propusieron la teoría de la Compuerta para explicar el dolor, esta menciona que cuando aparece un estímulo nocivo (un golpe, una herida, una lesión en una articulación, etc.), se transmite un mensaje que viaja desde el sitio donde se ha producido el daño hasta el cerebro para darnos cuenta de ello, cuanto más intensa y duradera es la estimulación dolorosa, más potente será el mensaje, esta información recibida se compara con la información que se tenía guardado en él de otras experiencias, haciendo que vivamos la sensación dolorosa como una experiencia desagradable y de esa forma advertirnos y aprender que aquello que nos ha producido dolor puede ser peligrosa, de esa forma se tratará de tomar acciones para evitar o huir del estímulo que lo ha provocado.

Actualmente el dolor físico se ha convertido en un problema que puede ser resuelto acudiendo a una buena medicina; a una intervención quirúrgica, a los analgésicos o a las diferentes técnicas contra el dolor; las unidades de dolor y de cuidados paliativos existen ya en muchos hospitales y constituyen la respuesta adecuada al problema aunque no todo está resuelto, esto se comprueba con datos estadísticos que arrojan que el 80% de los enfermos terminales tienen dolor y no siempre se les alivia debidamente (Gómez, 2013). O bien en la propuesta teórica de la Compuerta en la que se apuesta por el aprendizaje del individuo, para tratar de evitar o alejarse del estímulo que provoca dolor.

CAPITULO 3. SUFRIMIENTO

Toda persona en la vida experimenta inevitablemente sufrimiento, atribuyéndolo a factores multivariados, es una experiencia subjetiva: lo que puede ser sufrimiento para una persona no lo es para otra.

Una vez revisada la fisiología del dolor, es necesario revisar qué es sufrimiento para tener en claro la diferencia entre ambos términos.

3.1 DOCTRINAS QUE HABLAN DE SUFRIMIENTO

El sufrimiento es una experiencia fundamental de la vida humana por cuya interpretación han luchado todos los pueblos y religiones, todos los filósofos, poetas y artistas. El hombre con su infinita ansia de felicidad ha experimentado en el sufrimiento la finitud de su existencia. En vano intenta dominar esta experiencia en sistemas del arte de vivir, como el hedonismo o el estoicismo. La cuestión del origen del sufrimiento (mal), ha conducido fuera del pensar cristiano que lo explica como consecuencia del pecado original, a admitir un principio malo (dualismo), mientras que la cuestión del sentido del sufrimiento ha llevado al repudio del ser (budismo y Schopenhauer) o dar un sí heroico al mismo de acuerdo a Nietzsche (Muller y Halder, 2001).

3.1.1 HEDONISMO

Del griego *hedone* (placer), teoría moral que identifica el bien con el placer. La propuesta más importante es la de Epicuro y su escuela, el cual expone la siguiente regla matemática: no acceder a un placer aquí y ahora si más tarde va a costar el displacer.

El sufrimiento en la ética hedonista encarna el mal absoluto, tanto el sufrimiento experimentado como el sufrimiento infligido. Por consiguiente, el bien absoluto coincide

con el placer definido por la ausencia de perturbaciones, la serenidad adquirida, conquistada y mantenida, y la tranquilidad del alma y del espíritu (Onfray, 2010).

3.1.2 BUDISMO

A partir de las cuatro nobles verdades, Buda explica que se vive en constante sufrimiento, que la vida es un experimento de sufrimiento e instruye como eliminarlo de manera definitiva (Barros, 2012).

Las cuatro nobles verdades son:

1. La vida es sufrimiento: enseña que la existencia humana está basada en el sufrimiento, la insatisfacción, desde que nacemos, durante el tiempo que se vive hasta que se muere. Genera sufrimiento las decepciones que causan los amigos, familiares y personas en general. Conseguir lo que uno quiere provoca desesperanza, cuando se quiebra algún bien precediendo hay angustia, si una persona enferma produce inquietud, los momentos de felicidad que al ser temporales y llegan a terminar, provoca amargura.
2. La causa del sufrimiento es el apego: la causa está en el apego por las cosas al considerar que harán felices a las personas, abarcado por el deseo generado por las mismas. En la creencia de que una cosa, asunto, persona o situación le dará satisfacción permite al yo.
3. El sufrimiento se puede exterminar, extinguir: Afirma que es posible terminar con el sufrimiento
4. Para eliminar el sufrimiento existe un camino y este es el Noble Octuple Sendero: este sendero budista consiste en una forma de disciplina de vida que conducirá a extinguir el sufrimiento y llegar a alcanzar la iluminación o despertar personal.

3.1.3 CRISTIANISMO

El cristiano relaciona el sufrimiento, por un lado con el pecado (pecado original y personal), y por otro lado con el sacrificio; es decir con la idea de la vida como redención. Esta resignado al sufrimiento. Dentro de la lógica terrenal el sufrimiento carece de sentido y nunca está justificado; sin embargo para el cristiano el sufrimiento es una señal, una prueba de la existencia de una realidad sobrenatural, no terrenal, designio supremo donde el sufrimiento es necesario y por tanto justificado (Medvedev, 1992).

En este sentido las personas religiosas encuentran alivio al sufrimiento, en el mensaje de las escrituras cristianas; es decir que el sufrimiento y la muerte preceden a la resurrección y la vida eterna.

3.2 SUFRIMIENTO ¿QUÉ ES?

Colín (2014), considera al sufrimiento como una percepción influenciada por los vínculos afectivos, la cultura, la vida espiritual, las situaciones y condiciones en que se vivan, los deseos, anhelos, sueños, por lo que no se debe de creer que el sufrimiento es el mismo siempre y para todos. Se dice que él es reflexivo, se experimenta cuando se siente desamparo, vulnerabilidad y peligro.

Por otro lado Cassell (1995), define al sufrimiento como un malestar generado por la amenaza inminente percibida o actual, a la integridad o continuidad existencial de la persona. El sufrimiento, por tanto, es una experiencia que abarca la totalidad de los aspectos que componen la existencia de una persona, y se manifiesta de manera individual teniendo en cuenta que es una experiencia subjetiva vivenciada solo por quien la padece. El sufrimiento puede ser causado por múltiples factores, entre ellos físicos, psicológicos, socioculturales y existenciales. De una manera más general, el sufrimiento puede ser visto como un estado de malestar severo asociado a eventos que atentan contra la completitud de la persona; estos eventos, por tanto, pueden ser relacionados con cualquier aspecto de la vida de la persona y no solo como resultado de un daño físico o biológico.

Chapman y Gavrin (1993), caracterizan al sufrimiento como un sentimiento de impotencia para hacer frente a una amenaza y por el agotamiento de los recursos personales que permitan enfrentarla, amplían su definición del sufrimiento considerándolo un estado afectivo, cognitivo y negativo. El sufrimiento es el daño percibido a la integridad del self o si mismo, como un constructo psicológico que representa el sentido subjetivo de identidad.

En este sentido Kissane y Clarke (2000), han descrito al sufrimiento como un síndrome en el cual existe pérdida de la autonomía, baja autoestima, desesperanza, pérdida de la

dignidad y la autoimagen, aislamiento social, falta de accesos a recursos y apoyo, culpa, poca espiritualidad y pérdida de sentido (Blinderman y Cherny, 2005).

A su vez el sufrimiento es definido como una experiencia de tipo psicológico, que lleva consigo una elucidación, un tratar de poner en claro las ideas que se forman al respecto (Valdez medina, 20014). Siempre es experimentado como la interpretación que se hace de cualquiera de los niveles, tipos, reacciones o las formas del miedo, como la ansiedad, la angustia, el dolor, el estrés, la depresión, etc. Es la interpretación que hacemos de algo que nos afecta, que nos estorba, que nos duele, que nos da miedo, que no nos favorece (Valdez Medina, 2009).

3.3 CAUSAS DEL SUFRIMIENTO

El sufrimiento es una condición inherente a nuestra propia naturaleza, así mismo la conceptualización del sufrimiento depende en gran medida de la interpretación de la realidad que cada persona le da a esta experiencia (Molina 2001).

Chazman (2006), refiere que esta experiencia se vincula a las pérdidas, físicas y psicosociales que sufre la persona como consecuencia de la enfermedad, así como del significado que le atribuye a dichas pérdidas. De la misma manera puede ser vinculado al temor a la muerte, no sólo física sino psicosocial (Black, Rubinstein, 2004).

Por otro lado Pinedo (2014), menciona que la humillación experimentada en el trabajo o la guerra, las condiciones de miseria que llevan incluso al hambre física, el maltrato, la soledad extrema, el cautiverio, la pérdida de los seres queridos y las patologías mentales que pueden llevar a la locura o el aislamiento, son tan solo una pequeña lista de lo que un ser humano puede experimentar en su vida, como causas de sufrimiento. Los efectos de éstos amenazan por todos lados nuestra existencia empírica.

3.3.1 CAUSAS DEL SUFRIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR

Con base en ello, este proceso de deterioro natural de envejecimiento, va trayendo a la vida de los individuos una mayor presencia de carencias y pérdidas, tanto físicas como psicosocioculturales (como la pérdida del rol social, la baja autoestima, los niveles de dependencia derivados de alguna patología y los bajos ingresos, las enfermedades, depender de otros, pérdida de seres queridos, la cercanía con la muerte, etc., que frecuentemente los ubican en situaciones de sufrimiento, siendo considerados por ello, como uno de los grupos más vulnerables (Francke, 2015).

Al respecto Molina (2011), menciona que el sufrimiento es una condición inherente a nuestra propia naturaleza; al encontrarse el ser humano bajo esta condición, habría que considerar entonces el significado que las personas dan al sufrimiento.

3.4 SENTIDO DEL SUFRIMIENTO

Los seres humanos constantemente le van dando significado a los fenómenos, situaciones, vivencias, experiencias, es importante entonces identificar lo que es el significado. Lederach (citado por Reverter, 2004), menciona que la construcción de significado tiene que ver con el proceso de dar sentido a algo y se logra al relacionar ese algo con otras cosas ya conocidas, además el cambio de significado requiere una función de reencuadre o reenmarque definido como un proceso mediante el cual algo se reubica y se relaciona con cosas diferentes.

Para Garrido (1991), el significado se puede considerar como un proceso, de obtención de conocimiento a partir de una palabra percibida o, inversamente, de transferencia de conocimientos mediante una palabra emitida. El proceso puede recibir el nombre de significado, y el elemento del proceso, el de información.

En ciertas épocas de la historia el sufrimiento ha sido entendido como tragedia, drama o aporía. (Mariñez, 2003).

Filósofos, investigadores y poetas permiten entender que el sentido del sufrimiento no es un asunto confesional, sino que está inserto en la misma estructura del ser humano y, por tanto, de cada persona. Sobre el sentido del sufrimiento, dos filósofos que se interesaron sobre el tema son Schopenhauer y Nietzsche: el primero con un pesimismo y luego corregido por un acierta aceptación del budismo; y el segundo con una decidida oposición a la santificación del sufrimiento que es de la esencia del cristianismo, además este mismo autor ve al sufrimiento como un camino de conocimiento, el cual proporciona cierto margen de felicidad (Gómez, 2012).

Mariñez (2003), menciona que en relación con el sentido del sufrimiento, este no debe ser entendido como una capacidad, sino como aquello que puede movilizar las fuerzas creativas. Este malestar se encuentra en el origen del ser humano, pero si este es

superado marca siempre su existencia. El sufrimiento demanda un deseo de comprensión y de sentido que va más allá de lo concreto, este ayuda a comprender la propia existencia del hombre; le da un propósito a la vida.

En este sentido Frankl (1991), refiere que a partir del sufrimiento es que el ser humano encuentra el tema central del existencialismo: vivir es sufrir; sobrevivir es hallarle sentido al sufrimiento. Si la vida tiene algún objeto, este no puede ser más que el de sufrir y morir y, en esto nadie puede decirle a nadie en qué consiste este objeto: cada uno debe hallarlo por sí mismo y aceptar la responsabilidad que su respuesta le dicta. Si triunfa en el empeño seguirá desarrollándose a pesar de todas las indignidades, es decir, el sufrimiento atestigua la capacidad humana para elevarse por encima de su aparente destino, adoptando un punto de vista esperanzador sobre el ser humano para trascender sus dificultades y descubrir la verdad conveniente y orientadora. Al respecto Nietzsche (citado por Frankl, 1991), menciona que quien tiene un porqué para, vivir, encontrará siempre el cómo.

Para aprender el valor del sufrimiento, tanto cuando aparece con culpa como sin ella, se necesita de una plena madurez humana que a su vez conduciría a una compleja pero real felicidad (Gómez, 2012); tratando de relacionar la existencia no solo con el sufrimiento, sino con la posibilidad de otorgarle un sentido nuevo a este (Mariñez, 2003).

Monge & León (1998), parten de un hecho claro: el sufrimiento no es bueno en sí mismo; es un mal. Por eso hay una tendencia instintiva a rechazarlo, incluso en personas creyentes. Pero eso no significa que no tenga sentido, ya que es una experiencia desagradable en la que se puede vivir algo positivo.

Asimismo hacen mención de algunos aspectos sobre el sentido del sufrimiento:

- a) El sufrimiento realza la existencia humana, despierta lo verdaderamente espiritual en el hombre.
- b) El sufrimiento deja al hombre a solas consigo mismo y ayuda a pararse, a reposar y a repasar, a despegarse de las cosas, ayuda a madurar a la persona.
- c) El sufrimiento es personalizador y personalizante.
- d) Sirve para descubrir al ser humano su condición humana, su insuficiencia radical.
- e) Pone a prueba a la persona, le ayuda a superarse (crecimiento personal).
- f) Puede fortalecer, asentar a la persona y en ese sentido es una ayuda en la adquisición de las virtudes.
- g) Remueve al ser humano y le recuerda que este no es su sitio; ayuda a trascender y a la creatividad; es capaz de actualizar la esperanza.
- h) Une a las personas: el que ha sufrido comprende mucho mejor a los demás

En este sentido Frankl (1980), dice que con el sufrimiento, se realizan los valores de actitud, valores que, según él, están por encima de los valores creadores (trabajo) y valores vivenciales (amor), distingue:

1. Homo faber. El que llena su sentido existencial mediante sus creaciones.
2. Homo amans. El que llena su sentido a través del amor.
3. Homo patiens. El que sufre, y, con sus padecimientos presta un servicio, un rendimiento a sí mismo y a los demás

No existe nada que no tenga un sentido en el mundo, puesto que el hombre ha de vivir cada día haciendo algo y esperando algo (Mariñez, 2003).

3.5 SUFRIMIENTO EN EL ADULTO MAYOR

Por tratarse de un fenómeno por demás desgastante, muchas propuestas filosóficas, religiosas y psicológicas apuntan a la evitación del sufrimiento en los seres humanos, ya que todos en algún momento de la vida lo han experimentado, asimismo existen distintas fuentes de sufrimiento, y el adulto mayor no está exento de esta experiencia (Valdez, 2014).

López, Iturralde, Clerencia y Galindo (2006), mencionan que nuestra imagen del anciano es principalmente negativa y está ligada estrechamente a imágenes de aislamiento, soledad, dependencia, indigencia y declive intelectual. Asimismo se ven sometidos a estrés a causa de la pérdida de salud física, de la desaparición de personas queridas, de la situación económica, del descenso de estatus social, a lo que hay que añadir una capacidad biológica de adaptación reducida a causa de la edad. A las dificultades lógicas de hacer frente a todos estos problemas, se añade con cierta frecuencia un ambiente incapaz de ofrecerle ayuda en este sentido. Los cuales pueden considerados causantes de su sufrimiento.

La experiencia de sufrimiento de los adultos mayores tiene connotaciones especiales derivadas de la disminución de sus capacidades y la discrepancia de su realidad con respecto a la realidad cultural en la que se hallan inmersos.

Los problemas relacionados con la ancianidad están adquiriendo cada vez más importancia debido a que la población envejece. Por tanto el sufrimiento es un aspecto importante a considerar para hacer propuestas para mejorar su calidad de vida. A pesar de que se han hecho estudios enfocados a la calidad de vida, se han dirigido a aspectos económicos, de salud, de vivienda, de seguridad, dolor, muerte, depresión, violencia, que a su vez son factores desencadenantes del sufrimiento en el adulto mayor, sin embargo, no son mencionados como tal.

3.6 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL SUFRIMIENTO

Por tratarse de un fenómeno por demás desgastante muchas propuestas filosóficas, religiosas y psicológicas apuntan a la evitación del sufrimiento en los seres humanos, ya que todos en algún momento de la vida lo han experimentado, asimismo existen distintas fuentes de sufrimiento, y el adulto mayor no está exento de esta experiencia (Valdéz Medina, 2014).

Lo único que nos puede liberar del sufrimiento es darnos cuenta de que lo que nos hace aferrarnos al dolor es algo irreal. Pueden ser falsas creencias, percepciones negativas, obsesiones, comparaciones, relaciones tóxicas, y necesidad de perderse en el dolor; mientras el fin del sufrimiento sería todo lo contrario. Se comienza a sufrir cuando un hecho que nos lastima es negado y en lugar de vivirlo o expresarlo se intenta sustituir por el placer. La forma de evitar el sufrimiento es ser consciente de cuál es la fuente del dolor, saber qué es lo que realmente lo provoca (Deepak Chopra, 2009).

En este sentido Eriksson (1997), menciona que lo único que puede hacer cada ser humano es reconciliarse con su sufrimiento, a través de otorgarle un sentido, un significado.

Sin embargo, el sufrimiento no puede tener una respuesta plenamente satisfactoria dada su condición última de misterio insondable en el cual se constata un abismo entre aquello que debiera ser y lo que en realidad está siendo. Incluso las aspiraciones más ambiciosas de la humanidad por comprenderlo o controlarlo terminan siempre en una antinomia que causa desasosiego o confusión (Giménez, 2011).

3.6.1 ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL SUFRIMIENTO DESDE LA PSICOTERAPIA

Antes de entrar como tal al tema en cuestión, es importante determinar qué es la psicoterapia, pues bien es un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa de ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales, se lleva a cabo de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, y tiene como finalidad eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente (Coderch, 1987).

3.6.1.1 EL SUFRIMIENTO DESDE EL PSICOANÁLISIS

Gómez & Medina (2003), refieren que la definición y comprensión del fenómeno del sufrimiento varía o se amplía según la disciplina y el contexto desde el que se trata; cobra importancia no solo como una vivencia cotidiana, sino como tema de interés para múltiples disciplinas, especialmente para las relacionadas con las ciencias humanas, la psicología y el psicoanálisis.

Para Lacan (1998), el sujeto siempre estará incompleto, será un sujeto en falta, y es allí que radica el sufrimiento, pues siempre estará buscando la manera de completar esa falta, lo cual estructuralmente es imposible, asimismo menciona que el sufrimiento es un hecho, es decir algo que encubre un decir y no hay sujeto más que de un decir, el cual da cuenta de la repetición significante y de que el sujeto dice sin saber lo que dice a raíz del padecimiento del significante; *este padecer del significante*, padecer de aquello que no puede ser explicado, que solo tiene algún sentido en relación con otro significante, es el hecho y lo que de este no puede decirse, se evidencia en el decir por la falta, esta última es la verdad, la cual hace sufrir y gozar y al igual que el sufrimiento aspira a lo real, por la incapacidad de ser nombrada en su totalidad (Gómez y Medina, 2003).

El sufrimiento al igual que la verdad, aspira a lo real, porque el sufrimiento tampoco puede llegar a ser articulado totalmente, haciendo que siempre quede un resto que permanecerá en el inconsciente del sujeto, aunque intente ser nombrado. Es necesario para el sujeto entrar en el mundo del lenguaje, en el registro simbólico, aunque esto implique sufrir, de otro modo esto representaría la muerte y la inexistencia del sujeto, además es con la aparición del lenguaje como emerge la dimensión de la verdad, la cual se relaciona con el deseo, término esencial para la teoría y práctica psicoanalítica. Si el deseo y el sufrimiento están ligados, nos damos cuenta de que aceptar el riesgo del deseo implica tomar en la vida el camino del sufrimiento; cuando el sujeto sufre, culpa a sus límites, es decir a las condiciones mismas de su surgimiento en el mundo de la palabra, en el mundo simbólico. Al mismo tiempo hace del sufrimiento un síntoma, algo que no quiere oír, que esconde y de lo que se avergüenza. A menos que, encuentre finalmente en el sufrimiento la justificación de la vida misma. La interpretación psicoanalítica como método para ahondar en el sufrimiento, nos permitió no solamente hacer un aporte desde lo conceptual a partir de un texto específico, sino también develó de alguna manera -en nosotras como intérpretes e interpretadas por el texto- algo de nuestro deseo y de la realidad humana en torno al sufrimiento. Conceptualizar el sufrimiento desde el psicoanálisis lacaniano es inalcanzable en el orden de los conocimientos y de la técnica, pues este está dirigido hacia el reconocimiento del sujeto y nos invita al silencio de la escucha. En este sentido el psicoanálisis no pretende acabar con el síntoma sino por el contrario trabajar con él, lo que implica que aunque el sujeto siga sufriendo conscientemente, su inconsciente encuentra alivio a través de este sufrimiento expresado en palabras (Gómez & Medina, 2003).

Sobre a la cura analítica, el tratamiento no contempla el levantamiento inmediato del síntoma. Contrariamente a la posición de eliminar el síntoma en psicoanálisis se trabaja con éste. Puede decirse que hay dos sufrimientos que habitan al sujeto: Uno vivido por el sujeto como un síntoma enteramente consciente y otro más escondido que funciona

con la fuerza de la repetición y que el propio síntoma intenta contener. A este nivel el síntoma en sí mismo es una manera de curar el sufrimiento inconsciente. Es por esto que es común escuchar en el marco del psicoanálisis y tal como lo decía Freud, que el sujeto ama a su síntoma como a sí mismo. En este sentido también es posible ver el retorno a Freud quien dijo: "La eliminación de los síntomas del sufrimiento no se busca como objetivo particular, aparecerá como beneficio anexo en la conducción rigurosa del análisis." (Jungman, 2007; p.47), de este manera, el trabajo clínico del análisis es un trabajo ético en la medida que implica un deber para el sujeto de hacerse responsable de lo que le pasa, de decir sobre su sufrimiento, hasta que pueda detenerse ante esa dimensión del no poder abstenerse de la pulsión.

3.6.1.2 EL SUFRIMIENTO DESDE LO COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia se puede considerar un medio para sentirse bien y evitar el sufrimiento, en este caso la terapia conductual resulta ser el proceso más práctico en la modificación de conductas, mismas que son causantes de que la persona se sienta mal.

De acuerdo a Pérez (2006), menciona que en la actualidad estamos en la tercera generación de terapias conductuales, siendo la primera, aquellas que devenían directamente de los dos paradigmas básicos: condicionamiento clásico y operante. La segunda generación es la denominada cognitivo conductual, en esa línea se otorga un papel primordial a los eventos cognitivos (y también emotivos) como causantes mecánicos del comportamiento, llevando como conclusión la importancia que le otorgan al control de dichos eventos en el tratamiento psicológico. Así, llegamos a la tercera generación, mencionando que su principal aporte está en el replanteamiento contextual como forma de desmedicalización de los trastornos psicológicos, con la formulación, en el análisis del comportamiento, de una nueva y más adecuada categoría de orden funcional (trastorno de evitación experiencial, como alternativa la psicopatología actual) y, en función al tratamiento, con el abandono de la lucha contra las síntomas y en su lugar la reorientación de la vida.

Muy distintas a la terapia psicoanalítica son las teorías cognitivo conductual, esta terapia es más rápida y menos costosa; y por tal una de las más populares en el alivio del sufrimiento. Uno de los principales representantes es el Dr. Albert Ellis, quien creía que las personas que sufren podían aliviar su propio sufrimiento y que el papel del terapeuta es motivarlos para que lo hagan. El alivio del sufrimiento debe ser mediante la dirección simple y franca por parte del terapeuta, quien no está interesado en un acercamiento más intenso ni en una clarificación personal. La respuesta del Dr. Ellis es cierta versión de que las cosas malas suceden, por ello hay que superarlas; para él si algún pensamiento causa sufrimiento, entonces simplemente hay que pensar en algo distinto. En lugar de emplear tiempo intentando indagar en las experiencias de la infancia que causan el sufrimiento de un paciente, simplemente hay que confrontar los malos pensamientos y ordenar su remoción (Drane, 2009).

3.6.1.3 EL SUFRIMIENTO EN LA LOGOTERAPIA

La logoterapia es un método de tratamiento psicoterapéutico. El logos hace referencia al sentido, al significado: algo que el ser humano busca siempre frente a las circunstancias del destino, la vida, la muerte, el amor, el dolor.

Luna (2005), refiere a la Logoterapia como una de las psicoterapias que mayor aporte ha dado al análisis del sufrimiento humano. El sufrimiento no lleva necesariamente a la enfermedad psicológica, sino que pueden representar una de las posibilidades para aumentar la tolerancia a la frustración.

8

En la práctica clínica, la Logoterapia permite ver que cuando una persona no le encuentra sentido a un dolor inevitable, sufre y está desesperada. Al contrario si la persona le encuentra un sentido a su dolor, sufre pero no está desesperada. En la desesperación no hay un significado, un sentido, se sufre más por esta razón. Cuando

se le encuentra un sentido al dolor se sufre menos. No hay desesperación. El logoterapeuta debe acompañar al consultante para que ubique la situación dolorosa en un contexto válido de significados (Luna, 2005).

De acuerdo a Bautista & Quiroga (2005); Martín (2006), los principales malestares psicológicos de hoy (ni hablar de los trastornos agudos y graves) deben su mantenimiento y empeoramiento a algunas cuestiones cardinales tales como la ansiedad por la felicidad, el incremento desmesurado de las expectativas, la excesiva necesidad de control, y en general, la búsqueda de un bienestar constante en nuestras vidas que trae consigo la negación del sufrimiento humano como parte consustancial a la propia existencia (sufrimiento que englobaría todo un conjunto de factores interrelacionados de la propia existencia humana, que podría decirse que han existido desde el inicio de la humanidad, y que ahora han llegado a valores críticos en cuanto a su repercusión a nivel psicológico en las personas). Se trata pues de vivir en un mundo, diseñado para buscar la felicidad, buscando la comodidad y evitando el sufrimiento. Parecería que antes las personas no ansiaban demasiadas comodidades, y aunque no haya sido así, el hecho es que actualmente avivamos ardorosamente nuestro anhelo de bien (estar) para poder vivir.

En este sentido Vidal (2010), menciona que muchas personas sufren por el supuesto origen desconocido de su sufrimiento, o también cuando creen que no pueden aliviarlo o incluso cuando tal sufrimiento podría ser objetivamente insignificante pero la persona, al rechazarlo, lo renueva constantemente volviéndose un ciclo de negación destructiva; asimismo sucede que actualmente está muy arraigado el precepto de bienestar y sentirse bien, igual a normal. Sufrimiento y sentirse mal, igual a anormal. Se entiende así entonces que hay que buscar por todos los medios sentirse bien y evitar el sufrimiento.

CAPITULO 4. DIFERENCIA ENTRE DOLOR Y SUFRIMIENTO

El sufrimiento suele ser relacionado con el dolor, los cuales no son necesariamente lo mismo. Aunque continúan usándose de manera indiscriminada, a continuación se muestran las connotaciones de cada término y cómo es que se relacionan. A partir de revisar las características de dolor y sufrimiento, se considera que, el primero hace referencia al aspecto físico, mientras que el segundo se atribuye a lo mental, sin embargo ambos van de la mano, es decir, a partir del dolor se exterioriza el sufrimiento.

Lo anterior nos lleva a pensar que el dolor y el sufrimiento son malestares, el primero se refiere al malestar físico que está presente en la enfermedad y que atenta contra la vida- sobrevivencia, mientras que el segundo es un malestar psicosociocultural el cual se expresa en confusiones, dudas y preocupaciones atentando contra el ser más y ser mejor, cuando lo biológico pasa a lo psicosociocultural se interpreta, a su vez cuando lo psicosociocultural pasa a lo biológico se somatiza. Lo que te duele te hace sufrir (Valdez Medina, 2014).

Zamora Marín (2009), menciona que sufrir es un fenómeno mucho más complejo, define el sufrimiento como una carencia de bienestar, mientras que un estado moderado de dolor físico no siempre se puede catalogar como sufrimiento propiamente dicho. El dolor físico se transforma en verdadero sufrimiento, cuando desborda parcial o totalmente la experiencia humana, esto es cuando provoca malestar.

Al respecto Bohórquez (2012), menciona que dolor y sufrimiento no son términos sinónimos: el dolor hace referencia al orden somático, de lo fisiológico: se define como sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial; estos estímulos pueden provenir del exterior u originarse en el propio organismo. El sufrimiento es algo más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez profundamente más enraizado en la humanidad misma puesto que es la interpretación que hacemos del dolor que percibimos.

MÉTODOS

Objetivo del estudio

Describir las causas y soluciones del sufrimiento en una muestra de adultos mayores.

Tipo de estudio o investigación

El tipo de estudio será exploratorio- transversal, ya que en el estudio no se manipulara en forma intencional la variable independiente, para su efecto, se observará el fenómeno como se encuentra en su contexto natural, además los datos se recolectarán en un momento único (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Planteamiento del problema

La vejez es una etapa de la vida en la que frecuentemente por el propio desgaste del cuerpo, así como por el declive de funciones psicológicas y sociales lo llevan a sufrir enfermedades, abandono de la familia, deterioro cognitivo, entre otras afectaciones. Asimismo, las estadísticas contemporáneas reportan que este grupo de la población va en aumento, con base en esto es que se hace importante que se lleve a cabo esta investigación e intentar llegar a intervenir en algún momento en esta población para contribuir a la mejora de su calidad de vida.

Por ello, es necesario conocer ¿qué es para los adultos mayores el sufrimiento, sus causas y soluciones?

Definición de variables

Dependiente. Sufrimiento, el cual será medido a través de las respuestas que sean proporcionadas por los adultos mayores en la entrevista.

Independiente. Hombres y mujeres de la tercera edad, estas características son atributos de las personas. No son manipulables sin embargo funcionan como puntos de comparación, por consiguiente son ubicadas como variables atributivas.

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, compuesta por 200 adultos mayores con un promedio de edad de 75 años, repartidos equitativamente por sexo, pertenecientes a la Fundación “El Pueblito de los Abuelos I.A.P”, ubicada en Estado de México.

Instrumento

Se diseñó un cuestionario exclusivamente para esta investigación compuesto por seis preguntas abiertas, que se aplicaron en forma de entrevistas semiestructuradas. Los reactivos fueron seleccionados con base en un análisis por jueces, que obtuvieron un porcentaje mayor de un 85%.

Las preguntas fueron: ¿Qué es el sufrimiento?, Mencione 5 razones por las que se sufre, ¿Cuál considera que es el origen del sufrimiento?, ¿Qué podríamos hacer para evitar sufrir?, ¿Qué consejo daría a alguien que sufre para que deje de sufrir? y ¿Cuál sería el antónimo o lo contrario al sufrimiento?

Diseño de la investigación

Desde una posición cualitativa de investigación, la cual se fundamenta en una perspectiva centrada en el entendimiento del significado de las acciones de los seres vivos. Postula que la “realidad” se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades, además el

investigador se introduce en las experiencias de los participantes y construye el conocimiento, no se pretende generalizar de manera probabilística los resultados (Hernández, 2011).

Procedimiento

Previa autorización de los participantes y firma del consentimiento informado, se llevaron a cabo las aplicaciones de manera individual dentro de las instalaciones de la Fundación “El Pueblito de los Abuelos I.A.P.”, con una duración aproximada de 20 minutos por participante.

Después de la obtención de los datos por medio de la aplicación de entrevistas, la información fue analizada con base en un análisis de contenido, habiéndose obtenido mediante un jueceo con un porcentaje de acuerdo mayor a un 85%, las categorías de respuesta.

Prueba de hipótesis

Debido a que se trata de una investigación de tipo exploratorio no se trabaja con hipótesis.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera pregunta ¿Qué es el sufrimiento?, hombres y mujeres coincidieron en las categorías de inevitable, falta de recursos, maltrato, soledad, autocastigo, no aceptación, sacrificio, problemas familiares, dolor, cuerpo, problemas emocionales, pérdidas y crecimiento personal. Sin embargo, las mujeres puntúan más alto en problemas emocionales y familiares, mientras que los hombres en falta de recursos y el cuerpo (ver tabla 1).

Tabla 1. ¿Qué es el sufrimiento?

| CATEGORÍA DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|-------------------------------|--|--------------|--|--------------|
| INEVITABLE | Desgaste físico (1) | 1.43 % | No se evita (1), No se olvida (1), ver sufrir al otro (1) | 4.23% |
| FALTA DE RECURSOS | No hay que comer (4), no hay dinero (2), falta de recursos (2), pobreza (1), falta de empleo (5) | 20% | Problemas económicos (1) | 1.41% |
| MALTRATO | ----- | ----- | Desprecios (1), mala actitud (1), maltrato (1), esposo pega (1) | 5.63% |
| SOLEDAD | No tener familia (1), no tener pareja (1), soledad (1) | 4.28 % | Soledad (2) | 2.82% |
| AUTOCASTIGO | Pecado (1), uno lo busca (2), | 7.14 % | Porque uno quiere (1) | 1.41% |

| | | | | |
|--------------------------|--|------------|---|--------|
| | aguantarse (1), moral (1) | | | |
| NO ACEPTACIÓN | ----- | ----- | No bien consigo mismo (1), no lograr metas (1) | 2.82% |
| SACRIFICIO | Ver sufrir a alguien (1) | 10% | Cargar problemas de otros (1) | 1.41% |
| PROBLEMAS FAMILIARES | No vivir bien con la familia (1), no tener apoyo (1) | 2.86 % | Problemas familiares (3), problemas en casa (4), tristeza en familiares (1), Por los hijos (8) | 22.53% |
| DOLOR | Dolor físico (8) | 11.43 % | Dolor (7) | 9.86% |
| CUERPO | Enfermedad (10) | 14.28 % | Enfermedad de un familiar (2), enfermedad (4) | 8.45% |
| PROBLEMAS EMOCIONALES | No vivir bien con la familia (1), no tener apoyo (1) | 18.57 % | Problemas familiares (3), problemas en casa (4), tristeza en familiares (1), Por los hijos (8) | 32.39% |
| PÉRDIDAS | Pérdida de un ser querido (3), pérdida de algo (2) | 7.14 % | Muerte de un ser querido (1), pérdida de cosas (1), pérdida de un ser querido (1) | 5.63% |
| CRECIMIENTO PERSONAL | Según lo que pases (2) | 2.86 % | Experiencia que fortalece (1) | 1.41% |
| | TOTAL | 100% | TOTAL | 100% |

En la segunda pregunta que solicita 5 razones por las cuales se sufre, las categorías conformadas para ambos sexos fueron: las pérdidas, la condición social y la soledad. Para las mujeres las razones tienen que ver con problemas familiares, el cuerpo y el maltrato, mientras que para los hombres con la falta de recursos y problemas emocionales (ver tabla 2).

Tabla 2. Menciona cinco razones por las que se sufre

| CATEGORÍAS DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|-------------------------|---|--------|---|--------|
| FALTA DE RECURSOS | Falta de empleo (5), no tener que comer (8), falta de dinero (12), economía (5), falta de recursos (1)carencias (2) | 22.76% | No tener dinero (15), no tener vivienda (4) , no tener que comer (1), economía (1), falta de empleo (4), falta de algo (2) | 12.96% |
| PROBLEMAS EMOCIONALES | Tristeza (2), decepción (1), dependencia (1), rencor (1), falta de voluntad para seguir viviendo (1), falta de amor (6), trances difíciles (1), aislamiento (1), estrés (1), herida (1), dolor mental (1), del corazón | 16.26% | Tristeza (1), cuando se hace sufrir al otro (1), meterse en problemas (1), depresión(3), angustia (2), desamor (3), pasarla mal con una persona(1), estrés (1), miedo (1), pena (1) | 7.2% |

| | | | | |
|----------------------|--|--------|--|--------|
| | (1)depresión (1)pecado (1) | | | |
| MALTRATO | Maltrato (2), abandono (3), discriminación (1), falta de comprensión (1), falta de apoyo (1) | 6.50% | Abandono (10), no ser escuchado (2), desprecio (4), incomprensión (2), malos tratos (7), falta de afecto (1), falta de apoyo familiar (1) | 12.96% |
| PROBLEMAS FAMILIARES | Hijos (3), problemas familiares (4), problemas con la pareja (1), separación de la familia (1), abandono por los hijos (2), abandono de la pareja (1), ausencia de nietos (1) | 10.57% | Cargar con problemas (7), hijos (18), problemas familiares (8), problemas con el esposo (4), enfermedad por un familiar (3) | 19.2% |
| PÉRDIDAS | Pérdida de un familiar (8), muerte de un familiar (4), pérdidas materiales (1) | 10.57% | Pérdida de un ser querido (15), pérdida de bienes (1), muerte de un ser querido (6) | 10.53% |
| DOLOR | Dolor (4), | 3.25% | Dolor (2) | 0.96% |
| PARTE DE LA VIDA | Inmadurez (1), edad (1), parte de la vida | 4.07% | Nacimiento (1), carácter de la | 1.44% |

| | | | | |
|------------------|--|--------|---|--------|
| DEL CUERPO | (2), inactividad (1), desgaste físico (1), Enfermedad (11), molestias (2) Pobreza (3), accidentes (1), vicios (1), | 11.38% | persona (2) Enfermedad (27), desgaste físico (7), discapacidad (2) | 17.22% |
| CONDICIÓN SOCIAL | drogadicción (1), alcoholismo (1)inseguridad (1), ignorancia (1), por querer (1) No poder hacer lo que se tiene que hacer (1), no poder hacer frente a las cosas (1) | 8.13% | Vicios (3), pobreza (3), no ser social (3), robo del gobierno (1), estar en la cárcel (1), violencia social (4) | 7.2% |
| IMPOTENCIA | No tener quien lo atienda (1), no tener familia (2), soledad (2), | 1.63% | Impotencia para dar soluciones (6), ver sufrir a ser queridos (3) | 4.32% |
| SOLEDAD | Clima (1) | 4.07% | Soledad (13) | 6.24% |
| AMBIENTE | | 0.81% | | 0% |
| TOTAL | | 100% | TOTAL | 100% |

En cuanto a la tercera pregunta ¿Cuál considera que es el origen del sufrimiento?, la muestra coinciden en las categorías de arrepentimientos, rencores, resentimientos y la

familia. En particular, los hombres determinan que el origen es a partir de la familia, en contraste con las mujeres, quienes lo relacionan con el cuerpo (ver tabla 3).

Tabla 3. Origen del sufrimiento

| CATEGORÍA DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|---|---|--------------|---|--------------|
| SOLEDAD | Separación de la pareja (1), ser huérfano (1), soledad (3) | 8.77% | Soledad (4), falta de pareja (1) | 8.77% |
| DEL CUERPO | Enfermedad (1), falta de cuidado de uno mismo (1) | 3.51% | Desgaste físico (1), enfermedad (5), del cuerpo (1) | 12.28% |
| INCERTIDUMBRE | | 0% | No sé (3) | 5.26% |
| ARREPENTIMIENTOS, RENCORES Y RESENTIMIENTOS | Falta moral (1), mal entendimiento (1), deshumanización (1), des virtualización (1), malas decisiones (1), muchas cosas (1), abandono (1), tragedia (1), pensamiento (1), de uno mismo (5), | 26.32% | Del recuerdo (1), tiene que ver con los actos (4), responsabilidad (1), de uno mismo (6), de estar pensando (1), predisposición (5) | 31.58% |

| | del pecado (1) | | | |
|-----------------------|---|--------|--|--------|
| DE LA FAMILIA | Problemas familiares (2), pérdida de un ser querido (2), problemas (1), consecuencia de los hijos (1), de los antepasados (1) | 12.28% | Pérdida de un familiar (3), que la familia no esté bien (1), familiar enfermo (1), de no poder ayudar a los hijos (1) | 10.53% |
| PROBLEMAS EMOCIONALES | Sentimientos (2), situaciones negativas (1), del alma (1), desamor (2), tristeza (1), orgullo (1), disgusto (1), coraje (1), angustia (1), impotencia (1), depresión (2), del interior (1) | 26.32% | Tristeza (6), depresión (2) | 14.04% |
| FALTA DE RECURSOS | Economía (1), pobreza (2), falta de empleo (1), falta de dinero (1) | 8.77% | No satisfacer las necesidades (1), economía (1), no tener recursos (1) | 5.26% |

| | | | | |
|------------------|--|-------|---|-------|
| DE DIOS | | 0% | Falta de fe (1), de dios (1) | 3.51% |
| | | | De la humanidad (1), de lo que está mal (1), de no entenderse con las personas (1) | |
| CONDICION SOCIAL | Maltrato (2), vicios (1), | 5.26% | | 5.26% |
| DOLOR | | 0% | Dolor (2) | 3.51% |
| | Llega sin desearlo (3), vejez (1), situaciones que uno vive (1) | | | |
| PARTE DE LA VIDA | | 8.77% | | 0% |
| TOTAL | | 100% | TOTAL | 100% |

En la cuarta pregunta ¿Qué podríamos hacer para evitar sufrir?, los hombres y las mujeres consideran que es algo inevitable, pero que se puede evitar mediante el crecimiento personal, cubriendo las necesidades, a través de la espiritualidad y los distractores. Para las mujeres sobresalen las categorías de la tolerancia, el control y el apoyo, mientras que para los hombres mencionaron que es por medio de la prevención (ver tabla 4).

Tabla 4. ¿Qué podríamos hacer para evitar sufrir?

| CATEGORÍA DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|-------------------------------|---|--------------|---|--------------|
| INEVITABLE | Inevitable (10), obedecer cosas del destino (1), aguantarse (1), parte de la vida (1) | 25.50% | Nada (2), no se puede cambiar a los hijos (1), es algo normal que debe experimentarse (1), las cosas tienen que pasar (1), es difícil (1), se tiene que vivir así (8), si se tuviera un escudo bien grande se evitaría sufrir (1), en el mundo hay todo (1), llega nada mas no avisa (1), vivir la vida como está (1), mucho o nada somos diferentes (1), sobrellevar las cosas (1) | 31.25% |
| TOLERANCIA Y CONTROL | Buscando en el alma (1), dejar de existir (1) | 3.92% | De uno mismo (1), aguantarse (1), resignación (1), depende de la | 9.34% |

| | | | | |
|-------------------------|--|--------|--|--------|
| | | | situación (3) | |
| | Reflexionando (1), buscando apoyo (1), olvidando (1), comunicándose (1), queriendo superarse (1), ser positivo (2), sobrellevarlo (1), valorar la vida (1), evitar lo negativo (1), reconocimiento de problemas (1), no caer en lo mismo (1), echarle ganas (1), responsabilidad (1), llevar la vida normal (1) | 29.41% | Cuestión de cada quien (1), con voluntad (1), retirarse de lo que hace daño (1), cosa de decisión (1), asertividad (1), quererse a sí mismo (2), alejarse del problema (2), haciendo las cosas bien (1), se puede evitar a partir de las acciones (1) | 17.19% |
| CRECIMIENTO PERSONAL | | | | |
| | Tener salud (1), tener trabajo (1), satisfaciendo necesidades (1), acudir al médico (1) | 7.84% | Cuidándose (2), tomar medicamentos (1), llevar un estilo de vida adecuado (1), cuando se tiene la forma de salir adelante (1) | 7.81% |
| CUBRIR NECESIDADES | | | | |
| | Pedir a dios (6), tranquilidad (1), | 15.69% | Fortalecer la fe(2), buscando a dios | 20.31% |
| ESPIRITUALIDAD | | | | |

| | | | | |
|------------|--|-------|--|-------|
| | acompañar a la felicidad (1) | | (4), de dios (2), tener esperanza (1), orar mucho (4) | |
| | Tener amistades (1), hacer actividades (1), ser activo (1), distracción (1) | 7.84% | Distraerse (1), irse a algún lado (1), tener actividades (1), salir a convivir (1), no pensar (1) | 7.81% |
| APOYO | Hablar con la familia (1) | 1.96% | Tener calma (1), buscar ayuda (2), buscar respuestas (1), | 6.25% |
| PREVENCIÓN | Cambio de actitud (1), pensar antes de actuar (1), portarse bien (1), tener precaución (1), | 7.84% | | 0% |
| TOTAL | | 100% | TOTAL 100% | |

En la quinta pregunta ¿Qué consejo le daría a una persona que sufre para que deje de hacerlo? Tanto hombres como mujeres mencionaron: la espiritualidad, el crecimiento personal, el apoyo, enfrentar la situación, la actitud y el conformismo. Por otro lado las mujeres consideran dos categorías más que en los hombres no contemplan, los cuales son: tener paciencia y utilizar distractores (ver tabla 5).

Tabla 5. ¿Qué consejo daría a alguien que sufre para que deje de hacerlo?

| CATEGORÍA DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|------------------------|--|--------|--|--------|
| CONFORMISMO | Olvido (1), que continúe con su vida (2), aprender a sobrellevarlo (1), aceptación (1), conformarse (1), aguantarse (1), no se puede (1), | 10.60% | Llevar la vida como dios la da (2), sobrellevarlo (1), conformismo (1), las cosas son así (1), callar (1), resignación (1) | 8.54% |
| ESPIRITUALIDAD | Pedir a dios (7), dar gracias a Dios (1), mantener el equilibrio (1) | 13.63% | Acercamiento a dios (2), tener fe (3), buscar apoyo religioso (1), orar por ellos (3) | 10.97% |
| CRECIMIENTO PERSONAL | Superación (2), buscar independenciam (1), encontrar un propósito en la vida (1), reflexionar el problema (1), tomar las cosas con tranquilidad (2), analizar la situación (1), | 30.30% | Echarle ganas (12), salir de aquello que hace sufrir (2), fortaleza (2), superar el problema (1), la vida sigue (5), salir adelante (1), buscar soluciones (1) | 29.27% |

**concientizar el
 presente (1), hacer
 las cosas bien (1),
 que madure la
 persona en su
 forma de ser y
 actuar (1), leer
 libro de
 superación (2),
 que estudie (3),
 echarle ganas (1),
 sobresalir a su
 problema (1),
 hacer frente a lo
 que venga (1),
 hacer lo contrario
 (1)**

Buscar apoyo
 profesional (1),
 apoyar a l otro (6),
 querer al otro (1),
**encontrar
 amistades (1),
 encontrar
 soluciones (1),
 buscar ayuda (1),
 platicar (1), buscar
 bienestar (1)**

19.69%

**Animar (2), dar
 consuelo (2), dar
 apoyo (2), ayudar
 moralmente (1),
 ayuda
 económicamente
 (1), tomar terapia
 (1), darle
 apapacho (2),
 apoyo de
 instituciones (1),
 buscar apoyo (1),
 hablar con ellos**

14.63%

APOYO

| | | | | |
|---------------------------|---|-------|---|--------|
| | | | (1) | |
| DISTRACTORES | Hacer ejercicio (1), pasear (1), | 3.03% | Divertirse (1), salir (2), buscar tranquilidad (1), buscar actividades (1), despejar la mente (1), pasear (1), buscar trabajo (1), convivir con seres queridos (2) | 12.19% |
| TENER PACIENCIA | Tener paciencia (1) | 1.51% | Tener paciencia (1), lo que se desea se puede conceder (1), todo se soluciona (1), relajarse (1), tomarlo con calma (1) | 6.1% |
| ENFRENTAR LA SITUACIÓN | Que se cuide (2), no es grato vivirlo (1); trabajar (1), medicamentos (2) | 9.09% | Depende de lo que te está haciendo sufrir (2), muerte de un familiar dejarlo ir (1), enfermedad (1), pobreza | 7.32% |

| | | | | |
|---------|---|--------|---|--------|
| | | | buscar trabajo (1), buscar medicamentos (1) | |
| | | | Que no haga las cosas mal (1), procurar no sentirse tristes (1), quererse asimismo (3), | |
| ACTITUD | Cambiar rutina (1), dejar la ambición (1),no andar en malos pasos (2), actuar (1), darse un balazo (1), no causar problemas a los semejantes (1), tener actitud (1) | 12.12% | cambiar el estilo de vida (1), cambiar de actitud (1), no sentarse a llorar (1), no hacer caso de los problemas (1) | 10.97% |
| TOTAL | | 100% | TOTAL | 100% |

En la última pregunta ¿Cuál sería el antónimo o lo contrario al sufrimiento?, las categorías de respuesta en hombres y mujeres fueron el afecto positivo y el bienestar. Para las mujeres se agregó la categoría de distracción, mientras que para los hombres se anexaron las categorías de salud, una condición social favorable y tener oportunidades (ver tabla 6).

Tabla 6. ¿Cuál sería el antónimo o lo contrario de sufrimiento?

| CATEGORÍA DE RESPUESTA | RESPUESTAS HOMBRES | TOTAL | RESPUESTAS MUJERES | TOTAL |
|------------------------|---|--------|---|--------|
| BIENESTAR | Bienestar (6), tranquilidad (2), sin problemas (1), equilibrio (1) | 18.18% | Tranquilidad (5), paz (2), estar bien con la familia (1) , bienestar (3), paz espiritual (1), estar bien consigo mismo (1) | 16.25% |
| DISTRACCIÓN | Correr (1) | 1.82% | Distraerme (4), hacer lo que me gusta (1), divertirse (1), disfrutar de la vida (2) | 10% |
| APECTOS POSITIVOS | Estar bien con la pareja (1) , alegría (11), felicidad (9), gusto (3), contento (2), gozar (2) | 50.90% | Comprensión (1), que lo valoren (1), cariño (1), apapacho (1), amor (2), amistad (1), dulzura (1), que lo quieran (1), que lo tomen en cuenta (1), sonreír (1) , gozo en el corazón (1), alegría (21), felicidad (12), estar a gusto (2), estar contento (4), dicha (1) | 65% |
| NO MALTRATO | | 0% | No maltrato (1) | 1.25% |

| | | | | |
|----------------------------|---|-------|---|-------|
| SALUD | Salud (3) | 5.45% | salud (1) | 1.25% |
| CONDICIÓN SOCIAL FAVORABLE | No tener pareja (1), deseo de seguir viviendo (1), familia (1), seguridad social (1), | 7.27% | Llevarse bien (1), tener pareja (1) | 2.50% |
| OPORTUNIDADES | Tener recursos (2), trabajo (1) | 5.45% | Aprovechar oportunidades (1) | 1.25% |
| ACEPTACIÓN | Dejar de sentir dolor (1), quedarse callados (1) | 3.63% | Aceptar lo que pase (1), dejar problemas a un lado (1) | 2.50% |
| ESPIRITUALIDAD | Religión (1) | 1.82% | | 0% |
| FALTA DE RECURSOS | Economía (2), tener trabajo (1) | 5.45% | | 0% |
| TOTAL | | 100% | TOTAL | 100% |

ANÁLISIS DE RESULTADOS

De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que el sufrimiento fue definido por los participantes como algo inevitable, un autocastigo, un sacrificio, dolor, no aceptación, pérdidas, problemas emocionales y crecimiento personal. De esta forma, se corrobora la propuesta de Cassell (1995), acerca de que el sufrimiento es un malestar generado por una amenaza inminente percibida o actual a la integridad o continuidad existencial de la persona.

En este sentido es que Valdez Medina, Torres y Aguilar (2015), consideran que el sufrimiento, como forma de expresar lo que hace sufrir (dolor o conflictos), proviene de no haber cumplido con las expectativas planteadas para tratar de conseguir, conservar (no perder) un satisfactor que cubre las necesidades o carencias, que al mismo tiempo ayuda a evitar o desaparecer el contacto con una amenaza y el desgaste que esta produce en la persona.

Respecto de las razones por las que se sufre, los participantes consideran que se sufre por las pérdidas, por la condición social y por soledad. Kissane, Clarke y Street (2001), han descrito al sufrimiento como un síndrome en el cual existen pérdidas, ya sea de autonomía, autoestima, esperanza, dignidad, autoimagen, o bien pérdida de sentido. Asimismo, puede provenir del aislamiento social, la falta de acceso a recursos, a la falta de apoyo, la culpa y poca espiritualidad (Blinderman y Cherny, 2005).

Las diferencias por sexo dejaron ver que los hombres sufren por falta de recursos y problemas emocionales, mientras que las mujeres sufren por problemas familiares y de maltrato. De esta manera, se observa que para las mujeres el sentido que tienen de sí mismas tiene que ver con afiliaciones y relaciones personales y por lo tanto requieren el desarrollo de capacidades y cualidades de afectividad, expresividad emocional y empatía (Rabinovich, 1991), siendo ellas las que intermedian en los conflictos de los demás y se amoldan a los intereses familiares, ya que se ha reportado que las mujeres tienden a presentar mayor dependencia social y dedicarse al cuidado de los suyos

mediando en la solución de problemas (Valdez Medina, Díaz Loving y Pérez, 2005; Aguilar, 2013).

Por el contrario, a los hombres les cuesta establecer relaciones íntimas, tratan de hacer fuerte su cuerpo para así guardar en él, sus temores, dolores y sufrimientos que no son masculinos (Ravazzola, 1990; Sinay, 1997), ya que en ellos está depositado el papel de proveedores y protectores del hogar (Díaz Loving, Díaz Guerrero, Helmreich y Spence, 1981; Díaz Guerrero, 1982; Valdez Medina, Díaz Loving y Pérez, 2005).

Por otro lado, en cuanto al origen del sufrimiento, se encontró que los participantes lo ubicaron en el arrepentimiento, el rencor, el resentimiento, la familia, el cuerpo, la incertidumbre, Dios, el dolor, problemas emocionales, falta de recursos y la vida misma. Entre estos orígenes destaca la presencia de emociones negativas no resueltas, que de acuerdo con diversos estudios (Torres, 2013; Valdez Medina, Apolinar, López, Maya, Aguilar, González Arratia & Camacho, 2014; Alvarado, Valdez Medina, González Arratia, González y Arguello, 2014), no sólo impactan de manera directa en la experiencia de sufrir si no en la producción de ansiedad y depresión, así como de somatización y enfermedad.

Es importante mencionar que la familia como lo propone Craig (1997), es uno de los grupos más importantes de la sociedad, por ser la institución en la que las personas encuentran el apoyo necesario para hacer frente a las exigencias de la vida sin embargo, los mismos resultados, permiten observar que la familia ha dejado de ser un soporte importante para el adulto mayor, la cual puede ser una causa más del sufrimiento, al respecto Alvarado (2014), encontró que la familia también puede llegar a comportarse como el grupo más violento de la sociedad, por la cantidad de amenazas y miedos a los que expone a sus integrantes, ubicándose como una de las fuentes de sufrimiento más importante para las personas.

Así, el sufrimiento puede ser causado por múltiples factores, entre los que se encuentran los físicos, psicológicos, socioculturales y existenciales (Cassell, 1995), que

en la vejez se acentuados debido a las pérdidas que se experimentan a lo largo de la vida como la pérdida de la salud, del cónyuge, de la vitalidad, de las amistades, entre otras (Gamo y Pazos, 2009).

Por otra parte, los participantes consideran que el sufrimiento se puede evitar mediante el crecimiento personal, cubriendo las necesidades y con espiritualidad, ya que de acuerdo con Sordo (2012), el dolor es inevitable, pero el sufrimiento es opcional, lo cual deja ver el papel del afrontamiento en la resolución de conflictos (Holroyd y Lazarus, 1982; Lazarus y Folkman, 1986).

Sin embargo, particularmente las mujeres también mencionaron que los distractores son una alternativa de evitación del sufrimiento, lo cual no siempre es favorable, debido a que distraerse del objetivo a resolver para evitar el sufrimiento, de alguna manera implica negar la presencia de ello. Así se estarían atacando los síntomas pero no el origen que produce la experiencia de sufrir (Valdez Medina, Torres y Aguilar, 2015).

En el mismo tenor, se observó que las mujeres consideran que el sufrimiento se evita a través de la tolerancia y el control, las cuales de acuerdo con Valdez Medina (2009), se consideran como estrategias desfavorables, ya que la tolerancia y el control sólo tienen razón de ser cuando hay algo que se rechaza pero que se finge aceptar, o bien, cuando hay algo que se acepta pero que se aparenta rechazar. Es decir, son estrategias que promueven el uso de la mentira y la deseabilidad social que frecuentemente son, en sí mismas, fuentes de sufrimiento.

Estos hallazgos referentes a la forma de tratar de evitar el sufrimiento, no sólo contemplan estrategias que pueden ser desfavorables, puesto que una alternativa que se encontró fue la referente al apoyo dado por las mujeres y la prevención mencionada por los hombres. Lo cual se corresponde con las características instrumentales de los hombres y las expresivas y afectivas de las mujeres reportadas por Díaz Loving, Díaz

Guerrero, Helmreich y Spence (1981), Díaz Guerrero (1982) y Valdez Medina, Díaz Loving y Pérez (2005).

Los consejos que dan para dejar de sufrir tienen que ver con la espiritualidad, el crecimiento personal, el apoyo, el enfrentamiento, la actitud y el conformismo, que de acuerdo con Ocampo (2015), también son estrategias comportamentales que han resultado favorables para mantener una buena calidad de vida en las personas.

Finalmente, los participantes consideran que el antónimo del sufrimiento es el afecto positivo, el bienestar, la distracción, contar con salud, una condición social favorable y oportunidades, lo cual, les daría la posibilidad de tener una vida más estable, auto-organizada, con un menor nivel de desgaste y en paz o equilibrio, que de alguna manera, no sólo sería el objetivo de vida durante la vejez, sino el adecuado para todas y cada una de las etapas de vida en las que se encuentren las personas (Valdez Medina, 2009), ya que contar con un estado de satisfacción general, reduciría el desgaste propio del paso del tiempo y en consecuencia, las posibilidades de sufrir (Ardila, 2003).

CONCLUSIONES

1. Sufrimiento y dolor son términos con connotaciones completamente diferentes, el primero tiene que ver con malestares de la mente y/o psicológicos mientras que el segundo se refiere a malestares netamente físicos, aunque separarlos no es sencillo, ambos van de la mano, es decir cuando el dolor se interpreta genera sufrimiento y cuando el sufrimiento se somatiza se produce el dolor.
2. El sufrimiento es inevitable, conceptualizado como un malestar generado por una amenaza a la integridad existencial de la persona, el cual proviene por no haber cumplido con las expectativas planteadas para tratar de conservar (no perder) un satisfactor que cubre con alguna carencia.
3. Las razones por las cuales sufre el adulto mayor son por pérdidas, por la condición social y por la soledad, asimismo puede provenir del aislamiento social, la falta de acceso a recursos, a la falta de apoyo, la culpa, la poca espiritualidad y de la familia.
4. La diferencia entre hombres y mujeres es que ellos sufren por falta de recursos y problemas emocionales debido a que son quienes se les deposita el papel de proveedores y protectores del hogar, mientras que ellas sufren por problemas familiares y de maltrato, debido a que tienden a presentar mayor dependencia social y dedicarse al cuidado de los suyos mediando en la solución de problemas.
5. El origen del sufrimiento lo ubican en el arrepentimiento, el rencor, el resentimiento, la familia, el cuerpo, la incertidumbre, Dios, el dolor, problemas emocionales, falta de recursos, de la vida misma.
6. La familia es un grupo importante de la sociedad, sin embargo este mismo puede llegar a comportarse como el grupo más violento, así mismo la familia se ubica como una de las fuentes de sufrimiento más importante para las personas.

7. El sufrimiento se acentúa en la vejez debido al declive y deterioro de los aspectos biopsicosocioculturales.
8. Las formas de evitar sufrir son mediante el crecimiento personal, cubriendo las necesidades y con espiritualidad, particularmente las mujeres mencionan que los distractores son una alternativa, sin embargo esta estrategia es desfavorable ya que promueve la mentira y la deseabilidad social las cuales vuelven a ser fuentes de sufrimiento.
9. Los consejos que dan para dejar de sufrir tienen que ver con la espiritualidad, el crecimiento personal, el apoyo, el enfrentamiento, la actitud y el conformismo, que resultan favorables para mantener una buena calidad de vida en las personas.
10. Finalmente como antónimo del sufrimiento son el afecto positivo, el bienestar, la distracción, contar con salud, una condición favorable y oportunidades, lo cual les daría la posibilidad de tener una vida más estable, con un menor nivel de desgaste y en equilibrio, que de alguna manera, sería el objetivo de la vida durante la vejez.

SUGERENCIAS

- Hacer una propuesta de intervención para brindar herramientas para que el adulto mayor sea capaz de enfrentarse a las situaciones que se le presenten dado que el sufrimiento es inevitable.
- Continuar el desarrollo de esta investigación en futuras fases permitiendo nuevas aportaciones a la misma, invitando a realizar trabajos de investigación relacionados al adulto mayor en el área de psicología, ya que es la población que va en aumento y aunque se encuentra información como calidad de vida, cuidados paliativos, depresión, etc., estos temas están relacionados con las áreas de enfermería y gerontología.
- Así como el investigar temas en relación al adulto mayor es importante intervenir para que la calidad de vida del adulto mayor mejore, no solamente en cuanto a lo económico, salud, vivienda, etc., sino también en el aspecto psicológico.
- Trabajar de manera integrada con los diferentes profesionales de la salud, para brindar a los adultos mayores una atención de calidad.
- Fomentar una cultura de respeto en la sociedad, en relación al adulto mayor, pues los jóvenes olvidan que serán adultos mayores, y asimismo la sociedad fortalece esta idea con la desatención hacia los adultos mayores, mostrando una actitud de apatía e indiferencia; por ello es importante fomentar el respeto, atendiendo la demanda de futuras generaciones que llegarán a esta edad.
- En este mismo sentido es importante restablecer la comunicación entre los diferentes organismos y en la misma familia para que el adulto mayor viva con plenitud, logrando un envejecimiento exitoso.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar, Y.P. (2013). *Satisfacción con los roles de género*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad Autónoma del Estado de México, UAEMéx, Toluca, México.
- Altarriba Mercader, F.-X. (1992). *Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona: Boixareu Universitario.
- Alvarado, J., Valdez Medina, J.L., González Arratia, N. I., González, S. y Arguello, F. (2014). Frustración, odio y culpa, origen de la personalidad en conflicto. *Revista Internacional PEI: Psicología y Educación Integral*, 4 (7), 76-94.
- Alvarado, O. J. (2014). *Frustración, odio y culpa, el origen de la personalidad en conflicto*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad Autónoma del Estado de México, UAEMéx, Toluca, México.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35 (2), 161-164.
- Aréchiga H. y Cerejido M. (1999). *El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas*. México: Siglo XXI Editores.
- Arés Muzio, P. (1990). *Psicología de la familia: una aproximación a su estudio*. La Habana: Facultad de Psicología, Universidad de la Habana.
- Avalos Pérez, R. (2012). *Para el 2050, más de la cuarta parte de la población en México será vieja*: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Obtenido de: http://enes.unam.mx/?lang=es_MX&cat=sociedad&pl=para-el-2050-mas-de-la-cuarta-parte-de-la-poblacion-en-mexico-sera-vieja
- Barraza R., A., & Castillo P., M. (2006). *El envejecimiento*. Chile: Universidad Austral de Chile.
- Barros C., G. (2012). *BUDA, el hombre y su lucidez*. Chile.
- Bautista, J. & Quiroga, E. (2005). La relevancia de un planteamiento cultural de los trastornos de la personalidad. En: *Psicothema*, 17(3), pp. 422-429.
- Belsky (1997). Early Human Experience: A family perspective. *Development Psychology*, 17 3-23.

- Blinderman C. y Cherny, N. (2005). *Existential issues do not necessarily result in existential suffering: lessons from cancer patients in Israel*. E.U.A. Sage Publications.
- Bohórquez, L. F. (2012). El sentido del Dolor y el Sufrimiento. *Especialización Bioética Clínica Facultad de Medicina Universidad de la Sabana*, 1-37.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y salud. Perspectivas actuales*. Madrid, España: Biblioteca nueva S.L.
- Cassell, E.J. (1995) Pain and suffering. En Reich, W.T. (Ed.) (1995). *Encyclopedia of bioethics (revised edition)*. New York: Simon & Schuster.
- Chapman, C.R. y Gavrin, J. (1993). *Suffering and its relationship to pain*. *Journal of Palliative Care*, 9 (2), 5-13.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona. Herder.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2002). *Psicología, psicólogos y envejecimiento: Contribución de la psicología y los psicólogos al estudio y la intervención sobre el envejecimiento*. *Revista Especializada en Gerontología*, 37 268-275.
- Colín, H. (2014). Sufrimiento. En H. Colín, *Amor... ¡Ya no tengo miedo!* (págs. 43-47). México: Kindle.
- Collado, M., Delgado , A., Rosario, M., & Tatis, S. M. (2001). *El concepto de institución y de familia*. Santiago: Campus Virtual.
- Consejo Nacional de Política Económica Social (CONPES) (2004). *Lineamientos para la operación del programa nacional de alimentación para el adulto mayor "Juan Luis Londoño de la Cuesta" y la selección y priorización de sus beneficiarios*. Documento Conpes Social, 86.
- Craig G. (1997). *Desarrollo Psicológico (7ª edición)*. México. Prentice Hall.

- Dagnino Sepulveda, J. (1994). *Definiciones y clasificaciones del Dolor*. Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile, 148-151.
- Deepak Chopra (2009). *El libro de los secretos. Descubre quiénes somos, de dónde venimos y por qué estamos en esta vida*. Madrid. Santillana Ediciones Generales, S.L. Torrelaguna.
- Díaz Guerrero, R. (1982) *Psicología del mexicano. El descubrimiento de la etnopsicología*. México, Trillas.
- Díaz Loving, R., Díaz Guerrero, R., Helmreich, R. & Spence, J. (1981) *Comparación Transcultural y Análisis Psicométrico de una Medida de Rasgos Masculinos (Instrumentales) y Femeninos (Expresivos)*. Revista Latinoamericana de Psicología Social, 1, 3-38.
- Docampo Santaló, L., Barreto Lacaba, R., & Santana Serrano, C. (2009). Comportamiento de la violencia intrafamiliar en el adulto mayor. *Archivo Médico de Camagüey*, 1-10.
- Drane, J. F. (2009). *Sufrimiento y depresión*. Bogotá, Colombia: San Pablo.
- Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 8-13.
- Espinosa Zepeda, M. I. (2010). *El adulto mayor no es sinónimo de muerte; aún vive*. México: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia, A. C.
- Francke Ramm, M. d. (2015). El Sentido de la Vida del Adulto Mayor Investigación realizada en el Área Metropolitana de Monterrey. *Universidad Maimónides*, 1-33.
- Fernández Ballesteros, R., Maya Fresnedo, R., Iñíguez Martínez, J., & Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid, España: Biblioteca nueva.
- Ferrándiz, M. (2008). *Mecanismos y vías de transmisión del dolor*. En Catalá, E. (2008). Manual de tratamiento al dolor. Barcelona: Permanyer.
- Frankl, V. E. (1980). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona. Herder.

- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona. Editorial Herder.
- Garrido, J. (1991). EL SIGNIFICADO COMO PROCESO: CONNOTACIÓN Y REFERENCIA. *Anuario de Estudios Filológicos* 1979 2, 19-40. *Elementos de análisis lingüístico. Fundamentos*, 225-252.
- Gamo, E. y Pazos, P. (2009). *El duelo y las etapas de vida*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 29 (104), 455-469.
- Giménez, C. (2011). *El sufrimiento y la condición humana en F. Dostoievski & L. Pereyson*. *Pensamiento y cultura* 14(1), 95-107. Colombia.
- Gómez, M. L., & Medina, E. (2013). *El sufrimiento es un hecho y solo es cuando se dice*. *Revista de Psicoanálisis y Cultura*. Colombia.
- Gómez Pérez, R. (2012). *Sentido del sufrimiento*. Madrid. Editorial RIALP.
- González E. M. (1994), *La prevención comunitaria*. Revista sobre igualdad y calidad de vida N° 7, p. 7
- González, E., Toro, R., C. de Márquez, B., & González, O. (2015). *Fisiopatología del dolor*. Revista de Venezuela, 26-33.
- González, J. A. (2013). Ronald Melzack and Patrick Wall. La teoría de la compuerta. Más allá del concepto científico dos universos científicos dedicados al entendimiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*.
- Goya Laza, P., & Martín Fontelles, M. I. (2010). *¿Qué sabemos del dolor?* Madrid: CSIC y CATARATA
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid. Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Guerrero, V. (2011). *Alto al dolor. ¿Cómo ves?* Revista de divulgación de ciencia de la UNAM, 150 (1), 2-7.
- Gutiérrez, L. Á. (1999). *El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones existenciales y para la prevención*. Papeles de población, 125- 147.
- Henández Zamora, Z. E. (2004). La participación del psicólogo en la atención a la salud del adulto mayor. *Enseñanza e investigación en psicología*, 21.

- Herrera, Rubio, Ramona (2006). *Máster en Gerontología Social*. Fundación Universitaria Iberoamericana, España.
- Herrera Santí, P. M. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*.
- Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). *Stress, coping and somatic adaptation*. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press.
- DGPS (2007). *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud, la tarea de todos*, SSA. México.
- INEGI. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (Marzo de 2005). *Los adultos mayores en México*. Obtenido de Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI*. . (2010). Obtenido de Censos poblacionales: <http://www.inegi.org.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). (2005). *Los adultos mayores en México: perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI*. Aguascalientes: DR.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). (2011). *Por una cultura del envejecimiento*. México: SEDESOL, Gobierno Federal.
- Jungman, J. (2007). *El psicoanálisis hoy. "El concepto de curación en psiquiatría y psicoanálisis"*. Cuba.
- Kissane, D., Clarke, D. y Street, A. (2001). *Demoralization syndrome: a relevant psychiatric diagnosis for palliative care*. *Journal Palliat Care*, 17 (1), 12-21.
- Krzemien D. (2001). *Calidad de vida y participación social en la vejez femenina*. *Mar de Plata: Universidad Nacional del Mar del Plata*, Grupo de investigación psicológica del desarrollo. p. 3.
- Lacan, J. (1968). *Seminario XVI. "De un Otro al otro"*. Buenos Aires. Paidós.

- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lozano-Poveda, D. (2011). Concepción de vejez: entre la biología y la cultura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 89-100.
- Luna, J. A. (2005). *Logoterapia. Un enfoque humanista existencial*. Bogotá-Colombia: San Pablo.
- Maganto, C. (1993). Relaciones familiares y salud: alternativas terapéuticas. En S. Yarnoz: *Las relaciones interpersonales*. San Sebastián. Publicaciones Universidad del País Vasco: Cuadernos de Extensión Universitaria.
- Marín, R. Z. (2009). La enfermedad y el sentido del sufrimiento. *Revista Cubana de Salud Pública*, 1-5.
- Mariñez, A. (2003). *El sentido de la vida en la obra de Viktor Frankl*. Madrid. Entrelineas editores.
- Martin, M. d. (2011). Buen trato. Presentación y objetivos de la Guía. En L. Bermejo García, A. Bohórquez Rodríguez, L. Díaz Aledo, C. Domínguez García, R. Fernández-Ballesteros García, M. d. Gómez Martin, J. Rodríguez Salazar, Guía Práctica para favorecer el buen trato a las personas mayores (págs. 9-13). España|: Sociedad Española de Geriatria y gerontología.
- Medvedev, S. (1992). Comunismo y Arrepentimiento Nacional. La experiencia de Rusia y del este europeo. En R. Buttiglione, M. Julían, D. Cornea, P. Poupard, & R. Spaemann, *Cristianismo y cultura en Europa*. Madrid: Ediciones RIALP, S.A.
- Méndez, Bobadilla, E. (2012). *Presencia de maltrato y situación sociofamiliar de adultos mayores, Atlatlauca del municipio de Tenango del Valle, México. Tesis de enfermería*. México. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Mercader, F. X. (1992). *Gerontología. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Barcelona, España: Boixareu Universitaria.

- Mier, Martínez, G. (2006). *La tercera edad: presencia social indiscutible, imagen que exige reflexión y cambio*. Pátzcuaro. México. Centro de cooperación regional para la educación de adultos en américa latina y el caribe (CREFAL).
- Mishara, B., & Riedel, R. (2000). *El proceso de envejecimiento*. España: Morata.
- Molina López, J. A. (2011). El sufrimiento humano como experiencia personal y profesional. *Bioética*, 4-9.
- Monge Sánchez, M. Á., & León Gómez, J. L. (2001). *El sentido del sufrimiento*. Madrid: Libros mc.
- Moreno Benavides, C., & Hernández Castro, J. J. (2005). *Morfología y neurobiología del sistema del dolor*. En C. Moreno Benavides, & J. J. Hernández Castro, *Medicina del dolor* (págs. 35-56). Bogota: Centro Editorial universidad del Rosario
- Moreno, M.C. y Cubero, R. (1990). Relaciones sociales: Familia, escuela, compañeros. Años preescolares. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Eds.) *Desarrollo psicológico y educación, I. Psicología evolutiva*. Madrid. Alianza.
- Muller M. & Halder A. (2001). *Breve diccionario de filosofía*. Barcelona. Empresa editorial Herder S. A.
- Muñoz Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid, España: Pirámide.
- Musitu, G., Estévez, E., Jiménez, T. y Herrero, J. (2007). *Familia y conducta delictiva y violenta en la adolescencia*. En S. Yubero, Larrañaga, E. y Blanco, A. (Coords.), *Convivir con la violencia* (pp. 135-150). Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Ocampo, J. (2015). *Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y cervicouterino del Estado de México*. (Tesis de Doctorado inédita). Universidad Autónoma del Estado de México, UAEMéx, Toluca, México.
- Onfray, M. (2010). *La fuerza de existir: Manifiesto hedonista*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Papalia, D., Stern, H. L., & Feldman, R. D. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. México: McGraw- Hill/ Interamericana.
- Pérez, A. M. (2006). *La terapia de conducta de tercera generación*. *Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172.

- Pinedo Cantillo, I. A. (2014). *Apropiación del sufrimiento y búsqueda de sentido*, Tesis Psicológica. Colombia. Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Popolo, F. (2001). Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *Serie Población y Desarrollo* 19, 5-57.
- Quintero, G., & González, U. (1997). *Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada*. En J. Buendía, Gerontología y salud. Perspectivas actuales (págs. 131- 139). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Rabinovich, M. (1991) *La problemática del género: construcción de la identidad femenina* (Tesis inédita de licenciatura) Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Ramírez, M. N. (2008). *Calidad de vida en la tercera edad ¿Una población subestimada por ellos y por su entorno?* Argentina: Universidad Nacional de Cuyo.
- Ravazzola, M. (1990). *Las mujeres y la terapia familiar. La difícil inclusión del contexto género en las terapias contextuales*. *Revista de Sistemas familiares*, 6 (2), 15-18.
- Redondo Delgado, M. M. y León Mateos, L. (2015). *El dolor: Definición, prevalencia y consecuencias de un mal que todos experimentamos*. Madrid. Editorial Grupo 5.
- Reverter Bañón, S. (2004). *Valores básicos de la identidad Europea*. Europa: Universitat Jaume. I.
- Rivadeneira, L., & Villa, M. (2000). *El proceso de envejecimiento de la población de América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*. En C. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Encuentro latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad (págs. 25- 47). Santiago de Chile: Naciones Unidas CEPAL, ECLAC.
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (1998). *"Familia y desarrollo humano"*. Madrid: Alianza Editorial.
- Riuz C., F., & Hernández Orozco, M. (2009). El abandono del adulto mayor como manifestación de violencia intrafamiliar. *Archivos de Medicina Familiar*, 147-149.
- Sandoval, L. y Verela, L. (1998). *Estudio comparativo de funcionalidad en pacientes adultos mayores ambulatorios y hospitalizados*. *Rev. Med. Hered*, 9 (4), 139-140.

- Schaffer, (1989). *Interacción y socialización*. Madrid: Aprendizaje-visor.
- Sinay, S. (1997) *Esta noche no querida. Cuando los hombres buscan su verdadera masculinidad*. Buenos Aires: Editorial nuevo extremo.
- Sivik, T. y Shoenfeld, R. (2001). *Somatization and paradigm of psychosomatology*. *Advances in Mind-Body Medicine*, 14, (4), 263-266.
- Sordo, P. (2012) *Bienvenido dolor*. Editorial Planeta.
- Tobal, J. J. M. (2015). Catedrático de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. Madrid.
- Torres, M. (2013). *Características de personalidad en adultos que presentan síntomas somáticos*. (Tesis de Maestría inédita). Universidad Autónoma del Estado de México, UAEMéx, Toluca, México.
- Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. & González, L. (2006). *Communication: Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age*. 26th International Congress of Applied Psychology. Atenas (Grecia).
- Valdez Medina, J.L., Apolinar, A.K., López, S.A., Maya, M.M.U., Aguilar, Y.P., González Arratia, N.I. & Camacho, K. (2014). *Frustración, odio y somatización: un análisis por sexo*. *Revista Internacional PEI: Psicología y Educación Integral*, 3 (6), 76-94.
- Valdez Medina, Torres y Aguilar (2015). *El sufrimiento*. Actividades avanzadas de investigación. Toluca, México, enero-abril 2015 (paper).
- Valdez-Medina, J. (2009) *Teoría de la Paz o Equilibrio: Una nueva teoría que explica las causas del miedo y del sufrimiento, y que nos enseña a combatirlos*. México: Edamex.
- Varela L, L. E., Ocampo R., D. C., Ramírez G., M. C., Restrepo M., S. L., López, M. V., & Cañaveral D., M. I. (2006). *Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores*. *Revista Nacional de Salud Pública*, 24 (2), 51-60.
- Vega Vega, J. L., & Bueno Martínez, B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: SÍNTESIS, S. A.

- Velandia A. (1994). *Investigación en salud y calidad de vida*. 1ra Ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; p. 300.
- Vera, M. (2007). *Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 284-290.
- Vértiz, J. M. (2015). *Prevención del maltrato hacia las personas adultas mayores*. México, DF.: SEDESOL e INAPAM.
- Vidal, F. L. (2010). Sufrimiento humano y contextos de ajuste terapéutico. *REVISTA IIPSI*, 231 - 242.
- Yepes Stork, R., & Aranguren Echeverría, J. (2003). *Fundamentos de antropología: un ideal de la excelencia humana*. Pamplona: EUNSA.

APÉNDICES



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UAEM FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA



SUFRIMIENTO

Guía de entrevista para los adultos mayores.

1. ¿Qué es el sufrimiento?
2. Menciona cinco razones por las que se sufre
3. ¿Cuál considera es el origen del sufrimiento?
4. ¿Qué podríamos hacer para evitar sufrir?
5. ¿Qué consejo daría a alguien que sufre para que deje de hacerlo?
6. ¿Cuál sería el antónimo o lo contrario de sufrimiento?