

Universidad de Costa Rica  
Facultad de Ciencias Sociales  
Escuela de Psicología

ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y FACTORES DE VULNERABILIDAD  
ASOCIADOS EN OFENSORES SEXUALES RECLUIDOS  
EN EL CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL ADULTO MAYOR

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

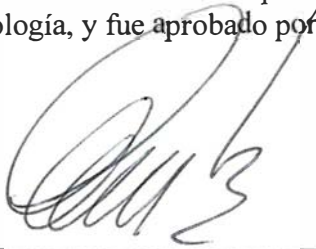
Sustentante:  
Bach. Tatiana María Blanco Alvarez  
CarnéA60834

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio  
San José, Costa Rica  
2011

Ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad  
asociados en ofensores sexuales reclusos en el  
Centro de Atención institucional Adulto Mayor

Tatiana María Blanco Alvarez  
**Sustentante**

Este proyecto de graduación fue presentado a la Escuela de Psicología de la Universidad de Costa Rica como requisito parcial para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, y fue aprobado por los siguientes miembros del tribunal examinador:



Lic. Manuel Molina Brenes

Director del proyecto



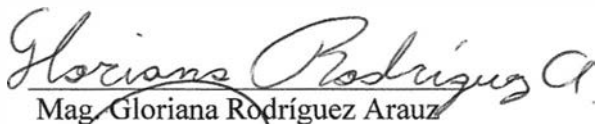
MSc. Blanca Valladares Mendoza

Asesora del proyecto



Dra. Mónica Salazar Villanea

Asesora del proyecto



Mag. Gloriana Rodríguez Arauz

Presidenta del Tribunal



MSc. Armando Campos Santalices

Profesor Invitado

## AGRADECIMIENTOS

Primero que nada quisiera dar gracias a Dios por todas las bendiciones otorgadas durante el arduo camino de la construcción de la tesis. A mi familia por todo el apoyo y la ayuda brindada en todo el proceso. A Esteban porque sin su apoyo y su ayuda no hubiera sido posible este trabajo. A Adriana y a doña Lucila por su colaboración. A Armel por sacar el tiempo para revisar el trabajo.

A mi equipo asesor, el profesor Manuel y las profesoras Blanca y Mónica, por toda la dedicación que tuvieron para conmigo y mi trabajo. A los profesores Mauricio y Domingo por haber sacado tiempo para brindarme su ayuda. Al profesor Armando y a la profesora Gloriana por su apoyo. Al Dr. Aday, el Dr. Segal, el Dr. Yoshim y el Dr. Templer por su gran aporte y colaboración a la distancia.

A todo el personal de AGECO, en especial a Laura y a Sandra, por haberme brindado toda la colaboración durante la fase piloto. Al personal del CAI Adulto Mayor, muy especialmente a doña Eleana, por haberme abierto las puertas de su institución y haber hecho posible la construcción de este trabajo.

Por último, pero no menos importante, agradecer a todas las personas adultas mayores que sacaron de su tiempo para participar de esta investigación, ya que sin ellas no hubiera sido posible realizar el trabajo. Muy en especial a los privados de libertad que creyeron en la investigación.

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	6
ANTECEDENTES.....	10
MARCO TEÓRICO.....	14
1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO .....	14
1.1 Definición de envejecimiento.....	14
1.2 Vulnerabilidad en la vejez .....	16
2. ANSIEDAD ANTE LA MUERTE.....	17
2.1 Concepto de ansiedad.....	17
2.2 Concepto de muerte.....	19
2.3 Concepto de ansiedad ante la muerte.....	19
2.4 Actitudes ante la muerte.....	22
3. FACTORES DE VULNERABILIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES PRIVADOS DE LIBERTAD.....	25
3.1 Prisión como factor de vulnerabilización institucional.....	25
3.2 Prisionización como factor de vulnerabilidad personal.....	27
4. PERFIL DEL OFENSOR SEXUAL.....	32
PROBLEMATIZACIÓN.....	34
PROBLEMA.....	34
OBJETIVOS .....	34
Objetivo General .....	34
Objetivos Específicos .....	34
METODOLOGÍA .....	35
ESTRATEGIA METODOLÓGICA .....	35
Alcances de la investigación.....	35
Diseño metodológico.....	35
HIPÓTESIS .....	36
PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN .....	36
Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS-1 .....	36
Escala Geriátrica de Ansiedad GAS 1.....	36
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI ( .....	37
Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilización (FPV).....	37
Cuestionario de Factores de Vulnerabilización Institucional (FVI).....	38
Entrevistas cognitivas (EC).....	38
Grupo de discusión.....	38
SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES .....	39
Muestra para la aplicación de pruebas piloto: .....	39
Muestra para la aplicación de los instrumentos en el CAI Adulto Mayor: .....	40
Muestra para participar en el grupo focal: .....	41
PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	41
Análisis de los datos cuantitativos .....	41
Análisis de los datos cualitativos.....	41
RESULTADOS .....	42

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA FASE PILOTO .....	42
RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA FASE DE ESTUDIO.....	48
RESULTADOS DEL ANÁLISIS DEL GRUPO DE DISCUSIÓN .....	54
ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	63
ANÁLISIS DE LA FASE PILOTO.....	63
ANÁLISIS DE LA FASE DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS A LA MUESTRA DE ESTUDIO.....	64
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN RECABADA EN EL GRUPO DE DISCUSIÓN .....	67
DISCUSIÓN GENERAL.....	88
CONCLUSIONES .....	91
RECOMENDACIONES.....	93
BIBLIOGRAFÍA.....	95
ANEXOS .....	99

## RESUMEN

El tema de la ansiedad ante la muerte ha sido ampliamente estudiado a nivel internacional, no obstante, en la revisión bibliográfica realizada, no se encontró ningún estudio costarricense que se refiriera a la ansiedad ante la muerte en población adulta mayor privada de libertad; considerando que dicha población es cada vez mayor, es imperativo estudiar los procesos por los cuales atraviesa con respecto al tema de la muerte y cómo ésta es vivida en el contexto de la prisión.

Con el objetivo de determinar los factores de vulnerabilización a la ansiedad ante la muerte de la población adulta mayor recluida en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor que cumple una condena por delitos sexuales, se desarrollaron dos etapas de investigación. La primera consistió en la aplicación de la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y la Escala Geriátrica de Ansiedad (Segal et al., 2010), las cuales fueron validadas con una muestra de personas adultas mayores que pertenecen a los grupos de AGECO. Además, también se aplicó el Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilidad y el Cuestionario de Factores de Vulnerabilidad Institucional, los cuales se construyeron para efectos de la presente investigación. La segunda etapa consistió en 4 sesiones de un grupo de discusión con 6 privados de libertad.

Con respecto a los resultados obtenidos, es importante mencionar que tanto la muestra piloto como la muestra de estudio presentan niveles bajos de ansiedad ante la muerte. Además se encuentra que los factores de vulnerabilización de la población de estudio están principalmente asociados a los años que le resta por descontar; así mismo se encontró que los factores evaluados por medio de las escalas correlacionan principalmente con la presencia de ansiedad y no de ansiedad ante la muerte.

## INTRODUCCIÓN

La vejez presenta una serie de características que la distinguen de las demás etapas del desarrollo por el hecho de que se experimentan, entre otras cosas, las siguientes situaciones:

La persona mayor se enfrenta con frecuencia a un alejamiento del mercado laboral, disminución del vigor físico, alteraciones intelectuales, perturbaciones de la sexualidad, proximidad a la muerte en forma muy negativa y en casos extremos también a la prisión, cuando no respeta la vida e integridad de los demás (Castro, 2000, p. 91).

Desde la teoría de Eriksson (1963) sobre las crisis del desarrollo humano, se ve cómo durante la adultez mayor, la crisis se direcciona más que nada a la evaluación de la propia vida, lo cual puede llevar tanto a la aceptación de ésta, lo que permite que la muerte se afronte de manera positiva, o por el contrario, dirigirse hacia la desesperanza, la cual produce que la persona no acepte la realidad inevitable de la muerte, lo cual produce sentimientos de amargura, miedo y ansiedad (citado en Uribe, Valderrama y López, 2007).

Las distintas situaciones a las cuales se ven expuestas las personas adultas mayores, como presenciar muertes de personas cercanas, la enfermedad terminal, el distanciarse de sus redes de apoyo, entre otras, median la construcción del concepto de la muerte en ellas. El acercamiento al fin de la vida produce no solo la conceptualización de la muerte, sino también miedo y ansiedad. Particularmente, esta ansiedad ante la cercanía de la muerte se ve exacerbada cuando la persona se encuentra recluida en una institución total, como una prisión o un hogar de ancianos, pues al tener poco o ningún control sobre ésta, los pensamientos concernientes a la propia muerte son cada vez más frecuentes (Uribe et al., 2007).

El tema de la ansiedad ante la muerte ha sido fundamentalmente estudiado en adultos mayores institucionalizados, pues se ha encontrado que presentan mayores niveles de

ansiedad ante la muerte en comparación con sus pares no institucionalizados (Aday, 2006). De hecho, a pesar de que las mujeres son quienes presentan los índices más altos de ansiedad ante la muerte, la población privada de libertad es en su mayoría masculina, de ahí la importancia de estudiar el fenómeno en dicha población.

En nuestro país, actualmente hay por lo menos 130,000 hombres adultos mayores de 65 años (Fernández y Robles, 2008), número que aumenta cada vez más; entre estos, en el 2009, había 162 privados de libertad recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor (CAI AM), no obstante la cifra asciende a más de 400 si se toman en cuenta los recluidos en los demás centros penales del país (Ministerio de Justicia y Gracia, 2009).

Con respecto a las características del CAI Adulto Mayor vale mencionar que este cuenta con capacidad para 170 personas y en este momento está a su capacidad máxima. El personal técnico se compone de profesionales en psicología, trabajo social, orientación, educación y derecho; además cuentan con una enfermería que está a cargo de una enfermera ya que no hay un médico de planta. Actualmente trabajan con el programa SINDEA del Ministerio de Educación Pública, aún cuando el espacio para desarrollarlo es reducido, tanto que en el comedor tienen que llevarse a cabo las actividades religiosas. Vale mencionar que existe un convenio con AGECO para desarrollar grupos recreativos en el Centro.

En cuanto a las características de los adultos mayores recluidos en el CAI AM, se pueden destacar las siguientes: la mayoría no tiene una trayectoria delictiva consolidada, presentan serios problemas de control sobre su conducta sexual, algunos padecen trastornos psicosexuales que datan de su juventud, un 84% es primario en sentencias y un 65% de esta población posee un nivel de escolaridad entre analfabetismo y primaria incompleta (Castro, 2000, p.96).



Como bien señala Aragón (2002) a muchos de estos adultos mayores la experiencia de estar privados de libertad les llega durante su vejez, por lo que el ajuste que deben hacer a su nueva condición se une a los ajustes frente a las demandas de su edad, entre estos el cerrar el ciclo del desarrollo y el acercamiento a la muerte. Considerando lo anterior, es que cobra importancia el señalamiento de Aragón (2002) cuando menciona que

Las experiencias narradas por la población penal, evidencian la urgente necesidad de replantear la normativa institucional existente, con el objetivo de incorporar acciones más puntuales tendientes a reconocer las características propias de las personas adultas mayores, y con ello reducir los factores de vulnerabilidad a los que se exponen los adultos mayores dentro de la prisión (p.123).

Dichos factores de vulnerabilidad están relacionados con la ansiedad ante la muerte, pues, como señalan Deaton, Aday y Wahidin (2010), al ser la prisión una institución total, se controla no solo la vida, sino también la muerte de las personas que se encuentran reclusas en ella, lo cual promueve que el pensamiento sobre la propia muerte sea más recurrente, aumentando los niveles de ansiedad.

Los datos con los que se cuenta son principalmente de otros países, pues en el nuestro, a pesar de contar con un centro penal específico para adultos mayores, no se ha desarrollado investigación con respecto al tema de la ansiedad ante la muerte en población institucionalizada, por lo que se desconoce su incidencia y los factores asociados a su presencia. Lo anterior ocurre en especial con respecto a aquellos factores específicos de las prisiones y la vida en éstas, que vulnerabilizan a los privados de libertad a presentar ansiedad ante la muerte. Es por esto que se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Son la prisionización y la prisión factores que vulnerabilizan a los ofensores sexuales del CAI Adulto Mayor a presentar ansiedad ante la muerte?

Con el fin de responder a la pregunta de investigación, se planteó el objetivo de establecer la relación entre los factores de vulnerabilidad de los privados de libertad en el

CAI Adulto Mayor y la ansiedad ante la muerte que estos presentan. Para ello, se validaron dos instrumentos de ansiedad y un instrumento de ansiedad ante la muerte, con población adulta mayor perteneciente a la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). Además, se validaron los instrumentos para evaluar factores de vulnerabilidad, con privados de libertad que descuentan condenas por delitos no sexuales. Una vez validados los instrumentos, se aplicaron a la población de estudio, además se llevó a cabo un grupo de discusión para ahondar en el tema.

A partir de la información recaba por medio de la aplicación de los instrumentos y el grupo de discusión, se pudo determinar el grado de ansiedad ante la muerte que presenta la población adulta mayor privada de libertad, así como los factores de vulnerabilidad que se asocian a la ansiedad ante la muerte y a la ansiedad en general. Se encontró además que desde la perspectiva de los privados de libertad evaluados, no se están cumpliendo las leyes y normativas nacionales e internacionales en las que se establecen las condiciones mínimas con las que deben contar los privados de libertad, lo cual atenta contra los derechos humanos.

El presente trabajo se encuentra conformado por los siguientes apartados: los antecedentes de investigación, donde se reseñan las investigaciones sobre el tema que sirven de base para este estudio; el marco teórico en el cual se describe la teoría que sustenta la investigación; la problematización y metodología que se utilizó para cumplir con los objetivos; los resultados y el análisis de resultados obtenidos; y para finalizar los apartados de conclusiones y recomendaciones con los cuales se concluye el trabajo y se dan recomendaciones a las principales instituciones que trabajan con la población con la cual se trabajó.

## ANTECEDENTES

A nivel nacional se encuentra que son pocas las investigaciones realizadas desde la óptica psicológica con población adulta mayor institucionalizada en centros penales y no se encuentran estudios con respecto a la ansiedad ante la muerte. No obstante, cabe mencionar los siguientes estudios llevados a cabo con adultos mayores privados de libertad y con ofensores sexuales.

En la investigación realizada por Aragón (2002), haciendo uso de una metodología de investigación-acción por medio de sesiones grupales de discusión, se encuentra que para los adultos mayores recluidos en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor es importante que se brinden espacios de discusión de otras temáticas diferentes a las relacionadas con su conducta delictiva. Destaca además que las situaciones que producen más estrés entre la población son: sentirse solo, no tener oportunidad de hacer algo, sentirse enfermo, perder la esperanza de hacer algo y fallecer en prisión; aun cuando hay actividades que se realizan en el Centro que tienen como fin manejar dicho estrés, estas son vistas por lo adultos mayores como poco ajustadas a sus necesidades. El autor sistematiza la información recabada en las sesiones grupales y logra identificar necesidades relacionadas con la atención básica, la recreación y la cultura, el trato carcelario y la dinámica social, todas vistas desde la óptica de los propios adultos mayores.

De acuerdo con lo anterior, vale decir que la presente investigación parte de la idea de que las necesidades de atención básica incluyen las relacionadas con la salud mental, las cuales deben conocerse a profundidad con el fin de que su abordaje esté acorde con las características de la población.

Con respecto al tema de los ofensores sexuales, Cruz (2001) llevó a cabo un estudio descriptivo, por medio de una metodología mixta y utilizando la técnica de grupos focales,

y obtuvo resultados significativos sobre sus características y cómo se describen a sí mismos. Destaca que a nivel conductual se muestran como sujetos inquietos tendientes a la soledad y el aislamiento. Encontró que ninguna de las personas ofendidas por la población en estudio era desconocida para sus ofensores, ya que el parentesco que más predominó fue el de padre e hija o hijo. Respecto de lo social vale mencionar que externan arraigados dogmas religiosos, en los cuales se apoyan para evadir y compensar su responsabilidad como abusadores sexuales. En cuanto al aspecto familiar, se evidencia cómo al momento de cometer el acto delictivo la familia no juega un papel de contención o apoyo a los ofensores. Es importante subrayar el hecho de que los ofensores sexuales experimentan fuertes estados ansiógenos y depresivos, tal y como encontró la autora.

Sobre el mismo tema, Masís (2008) realizó una investigación igualmente descriptiva con ofensores sexuales extrafamiliares de menores, en la cual, mediante una metodología cuantitativa enmarcada en la psicología forense, aplicando diversos instrumentos de evaluación, no encontró psicopatologías en la población evaluada. Señala que las características comunes a los privados de libertad son la presencia de déficit social e interpersonal, inestabilidad en las relaciones interpersonales debido a la desconfianza y suspicacia hacia los otros y dificultades en la autopercepción (p.75). Sugiere que el tipo de ofensores que estudió no solo se aprovecha de que su víctima es vulnerable por ser menor, sino que también la variable género es importante, pues si la víctima es mujer es vista por ellos como más débil. Es importante mencionar que entre las características más sobresalientes en el grupo de ofensores estudiados están la ansiedad, el estrés, la inflexibilidad, la apatía, las ideas suicidas, la depresión, entre otras.

Considerando las características que mencionan Cruz (2001) y Masís (2008), cobra importancia el estudio exhaustivo de éstas, especialmente en la población adulta mayor,

debido a las altas tasas de delitos sexuales cometidos por dicha población y por el hecho de que poseen particularidades concernientes a su etapa del desarrollo que no han sido clarificadas de manera adecuada en nuestro país.

Por otra parte, investigaciones realizadas en Estados Unidos reportan datos sobre la ansiedad ante la muerte en la población adulta mayor privada de libertad. Entre las más destacables se encuentra la investigación realizada por Aday (2006), quien trabajó con 102 adultos mayores privados de libertad, con una media de edad de 59 años, haciendo uso de una metodología mixta, en la cual utilizó diversas escalas para medir variables de salud, integridad del yo, apoyo social y miedo a la muerte, así como entrevistas individuales. El autor encontró que la edad correlacionaba positivamente con la ansiedad ante la muerte; además reporta que los privados de libertad tendieron a ser fisiológicamente mayores que sus contrapartes no institucionalizados, por lo que se encontró que a mayor presencia de problemas de salud, mayor ansiedad ante la muerte. Este investigador señala que si se introdujeran estrategias de afrontamiento, como religiosidad, revisión de la propia vida, entre otras, la ansiedad ante la muerte se reduciría considerablemente.

En otra investigación, Deaton, Aday y Wahidin (2010) trabajaron con 327 adultas mayores privadas de libertad, mayores de 50 años, mediante una metodología mixta, utilizando diversas escalas para medir, entre otras cosas, estado de salud física, síntomas psicológicos y ansiedad ante la muerte, además de un cuestionario con el fin de obtener información cualitativa sobre las preocupaciones de las participantes con respecto a la posibilidad de fallecer en la cárcel. Los autores encontraron que a menor nivel académico, mayor ansiedad ante la muerte; de igual manera, los problemas de salud física y depresión correlacionaron positivamente con la ansiedad ante la muerte. Reportan además que la presencia de ansiedad es un predictor importante de la ansiedad ante la muerte, así como

también que a mayor edad hay una tendencia elevada a presentar ansiedad ante la muerte. Las privadas de libertad con múltiples problemas de salud y mentalmente frágiles frecuentemente pensaron en la muerte dentro del centro penal.

Ambas investigaciones convergen en la idea de que en la población estadounidense, a mayor edad y mayor presencia de problemas de salud física y psicológica, los niveles de ansiedad ante la muerte aumentan. Por ello, cobra importancia develar qué factores de vulnerabilización institucional, a los cuales se ven expuestos los privados de libertad adultos mayores, elevan la ansiedad ante la muerte en la población carcelaria de nuestro país.

La investigación de Aday (2006) y la de Deaton et al. (2010) son antecedentes metodológicos importantes, pues muestran cómo se puede llevar a cabo el estudio de la ansiedad ante la muerte en población adulta mayor privada de libertad. Lo anterior mediante una metodología mixta, que combine la utilización de instrumentos de medición, como la Escala de Ansiedad ante la Muerte (DAS) (la cual será utilizada en su versión traducida en la presente investigación) y el uso de entrevistas a profundidad y cuestionarios, con el fin de obtener datos cualitativos sobre el tema en estudio.

## MARCO TEÓRICO

Teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación es establecer la relación entre los factores de vulnerabilidad y la ansiedad ante la muerte en ofensores sexuales, a continuación se exponen cada uno de los constructos por evaluar, con el fin de explicitar cómo se entiende cada una de estos a partir de lo que plantea la teoría.

### **1. El proceso de envejecimiento**

#### *1.1 Definición de envejecimiento*

El envejecimiento es un “(...) proceso paulatino y gradual de deterioro de la capacidad funcional del organismo, posterior a la madurez, y que a la larga conduce a la muerte del mismo” (Pérez y Sierra, 2009).

Diversos autores han establecido divisiones para las etapas del envejecimiento, considerando como adultez tardía a aquella que inicia a los 60 años y vejez como propiamente dicha a la que inicia a los 70 años (Kolb, 2002). No obstante, para efectos de la presente investigación, se va a considerar la división propuesta por Craing (1997, citado en Aragón, 2002), en la cual se exponen cuatro tipos diferentes de adultos mayores, a saber:

- Adulto mayor joven (60 a 69 años): en este periodo las personas deben adaptarse a una nueva estructura de funciones con el fin de manejar de manera adecuada las pérdidas y ganancias que se producen con la vejez. Deben enfrentarse a una disminución de sus ingresos económicos, debido a la jubilación o al hecho de trabajar menos horas; además, las amistades son cada vez menos. Socialmente, se reducen las expectativas sobre ellos y se empieza a exigir una disminución de la energía, la independencia y la creatividad.
- Adulto mayor de mediana edad (70 a 79 años): en este decenio las personas empiezan a sufrir muchas pérdidas y problemas de salud, siendo estos últimos cada vez más

molestos al afectar más ámbitos de su vida. Además se enfrentan a una participación cada vez más reducida en organizaciones formales.

- Adulto mayor viejo (80 a 89 años): en esta etapa una de las principales dificultades es la interacción y adaptación del adulto mayor con el medio que lo rodea; debido a esto, requieren ayuda para mantener contacto con la comunidad y establecer relaciones sociales. Debe tenerse en cuenta que durante esta fase, las personas necesitan contar con un entorno especial y libre de obstáculos, en donde haya tanto estímulos como privacidad.
- Adulto mayor muy viejo (90 a 99 años): la información con la que se cuenta sobre esta población es muy reducida, no obstante se sabe que a pesar de los problemas de salud que se agravan cada vez más, éstas personas logran modificar sus actividades con el fin de adaptarse a sus condiciones.

Es importante señalar que aún cuando teóricamente diversos autores consideran los 60 años como edad de inicio de la adultez mayor, en materia legal la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor (Ley 7935) de nuestro país, en el artículo 2, establece que se entiende por persona adulta mayor (PAM) a toda persona de sesenta y cinco años o más.

Hasta ahora se ha definido el concepto de envejecimiento desde la perspectiva de quien la vive, no obstante, cabe resaltar también el concepto mencionado por Morgan y Kunkel (2007) de “envejecimiento social”, el cual se refiere a

(...) las maneras en las cuales la sociedad ayuda a dar forma a los significados y experiencias del envejecer. Incluye las expectativas y asunciones de quienes nos rodean sobre cómo deberíamos comportarnos, cómo somos, qué podemos hacer, que deberíamos estar haciendo a diferentes edades. También se refiere a las maneras en que dichas expectativas influyen en las oportunidades que se nos abren conforme envejecemos (p.5).



## *1.2 Vulnerabilidad en la vejez*

Aun cuando las personas adultas mayores se involucren en la sociedad, podrían ser víctimas de múltiples agresiones físicas y psicológicas, además de la discriminación, factores que hacen que estas personas sean vulnerables.

Las diferentes definiciones de vulnerabilidad parten del hecho de que este proceso es antagónico a otro. Para Chambers (1989, citado en Crooks, 2009, p. 31) la vulnerabilidad es el opuesto a la seguridad, definiéndola como “la exposición a contingencias y estrés, y la dificultad para afrontar estos”. Por otro lado, Moser (1998, citado en Crooks, 2009, p. 31) la define como “la inseguridad y la sensibilidad en el bienestar de los individuos, hogares y comunidades frente a un entorno cambiante, e implícito en este, su capacidad de respuesta y la resistencia a los riesgos que enfrentan”; para esta autora, el opuesto de vulnerabilidad es capacidad.

En el caso específico de las personas adultas mayores, son vulnerables a riesgos universales, como por ejemplo, al deterioro físico concomitante al envejecimiento. A nivel psicológico y social, se ven expuestos a la viudez y a la pérdida de amigos y familiares, jubilación e ingresos reducidos. La relación entre envejecimiento y vulnerabilidad está fuertemente asociada a las expectativas normativas de las malas condiciones de salud y la creciente necesidad de atención de salud de esta población (Crooks, 2009). De acuerdo con Grundy (2006), se considera que una persona adulta mayor es vulnerable cuando su capacidad de “reserva” está por debajo del mínimo necesario para afrontar con éxito los retos a los que se enfrentan. Dicha “reserva” hace referencia a los recursos económicos, familiares, sociales y de salud que garantizan la seguridad en la vejez. Cada vez que la persona se expone a situaciones que exceden sus capacidades y recursos, se dice que se encuentra vulnerable.

Durante la adultez mayor hay una mayor vulnerabilidad a presentar ansiedad debido a los cambios biológicos, cognitivos, sociales y emocionales inherentes al envejecimiento. Los síntomas de ansiedad más comunes en los adultos mayores son: problemas del sueño (siendo éste el síntoma más distinguible en esta población), tensión muscular, jaquecas, presión en el pecho, palpitaciones y problemas gastrointestinales; además tienden a presentar mayores niveles de agitación y agresividad. A nivel cognitivo tienden a preocuparse más por su salud, por sus familias y por otras áreas a nivel interpersonal, por lo que se puede afirmar que los adultos mayores, tienen preocupaciones diferentes a las personas adultas (Ayers, 2005).

Conforme las personas llegan a la adultez mayor, el tema de la muerte se vuelve cada vez más recurrente, provocando, entre otras reacciones, miedo y ansiedad ante su advenimiento, por ser un evento del cual se desconoce su curso. A continuación se define la ansiedad ante la muerte.

## **2. Ansiedad ante la muerte**

### *2.1 Concepto de ansiedad*

Con el fin de comprender el concepto de ansiedad ante la muerte, debe primero tenerse en consideración el constructo de ansiedad, con el fin de poder establecer la diferencia entre ambos. Se entiende por ansiedad

(...) una reacción emocional ante la percepción de peligro o amenaza, consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañados de activación del sistema nervioso autónomo simpático (sudoración, temblor, aceleración de la frecuencia cardíaca y respiratoria). Se caracteriza por ser de naturaleza anticipatoria; es decir, posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo (López, Sueiro y López, 2004).

La ansiedad posee tres componentes importantes, tal y como señala Pérez (s.f.):

- *Neurovegetativo*: hace referencia al conjunto de manifestaciones físicas entre las cuales se destacan las siguientes: molestias cardíacas, síntomas genitourinarios, cefalea, problemas gastrointestinales, mareos, inestabilidad, dificultades respiratorias, debilidad, parestesias, entre otros.
- *Motor*: se caracteriza por la presencia de tensión muscular, incapacidad para permanecer quieto, temblor en las manos y expresión facial particular (debido al aumento del parpadeo y de la presión ejercida por los labios).
- *Cognitivo*: está asociado a las preocupaciones, vicisitudes y temores a los que da primacía la persona que presenta ansiedad, lo que provoca problemas en la interacción social, la organización y ejecución de actividades, así como la recolección y almacenamiento adecuado de estímulos.

Es muy importante para efectos de la presente investigación, por motivo de la metodología utilizada, tener en cuenta la división propuesta por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970, citado en Seisdedos, 2008) entre ansiedad de estado –definida como “(...) un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico” (p.7)– y ansiedad de rasgo, la cual alude a la dimensión de la personalidad (característica disposicional relativamente estable) del individuo que tiende a percibir muchos tipos de situaciones como amenazantes, lo cual provoca un aumento en el nivel de ansiedad de estado.

En la presente investigación, la ansiedad será abordada en términos de ansiedad de estado, en lo que respecta al componente cognitivo, aunque en los instrumentos se contemplen todos los componentes.

## *2.2 Concepto de muerte*

La cesación de la vida es conocida socialmente como la muerte, no obstante, hay diversos tipos de muerte, tal y como señala Raja (2001):

- Muerte cerebral: debida a la destrucción total de la masa encefálica.
- Muerte celular (biológica o total): por la destrucción de todas las células.
- Muerte orgánica: ocasionada por la destrucción o cese irreversible de la función de un órgano esencial para la vida.
- Muerte fisiológica: por decaimiento orgánico completo o por extrema vejez.

La muerte además ha sido concebida como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia del ser humano, debido a que es la situación que provoca más miedo y ansiedad. Puesto que es una situación inevitable, el ser humano hace uso de diversas conductas, con el fin de reconceptualizar la muerte o de aceptarla, viendo en ella el fin de una vida dolorosa (Raja, 2001&Uribe, Valderrama, Durán, Galeano, Gamboa, 2008).

En el caso específico de las PAM, la conceptualización de la muerte parece estar mediada por presenciar fallecimientos de amigos y familiares, enfermedades, distanciamiento de los hijos, separaciones, jubilación, diferentes pérdidas que se dan en la vejez y la elaboración de los duelos correspondientes, estando todos estos procesos influenciados por la cultura (Uribe, Valderrama, López, 2007).

## *2.3 Concepto de ansiedad ante la muerte*

Como ya se mencionó, la idea de la muerte provoca, entre otras reacciones, ansiedad, pues el pensar en esta hace que la persona se movilice con el fin de preservar su vida. Cuando las personas toman conciencia de la muerte, se produce aprensión, lo cual se conoce como ansiedad ante la muerte.

La ansiedad ante la muerte es definida como una función de la discrepancia que experimentan las personas entre su sí mismo y sus ideales y la incapacidad para anticipar la realidad de la muerte presente en la estructura de su vida actual; asimismo, este tipo de ansiedad es entendida como el miedo a la aniquilación (Benton, Christopher y Walter, 2007; Raedt y Van Der Speeten, 2008; Moreno, De la Fuente, Rico y Lozano, 2009).

En cuanto a los componentes de la ansiedad ante la muerte, Lehto y Stein (2009) destacan los siguientes:

- *Emoción*: la ansiedad ante la muerte se relaciona con el núcleo del miedo que surge de la aniquilación de la propia existencia y tiene su origen en las estructuras más antiguas del sistema límbico fundamental, entre las que destacan la amígdala y el hipocampo, las cuales se activan por acción del estímulo que representa la muerte.
- *Cognitivo*: en este componente se encuentran las actitudes, la habilidad conceptual para predecir y anticipar el futuro, y la conciencia de lo sobresaliente de la muerte. Las cogniciones incluyen las creencias sobre la muerte, las creencias e imágenes sobre la experiencia de la muerte y sobre uno mismo como muerto o ya sin existencia. Por otro lado, las dimensiones cognitivas incluyen creencias o ideas sobre el proceso de la muerte, pensamientos sobre el estar muerto o el ser destruido, imágenes sobre personas significativas, pensamientos sobre lo desconocido, ideas sobre el cuerpo después de la muerte, y el pensamiento de una muerte prematura entre diferentes individuos.
- *Experimental*: la ansiedad ante la muerte puede ser altamente negada o reprimida, siendo esto adaptativo por el hecho de que reduce la posibilidad de que el miedo o el terror sean paralizantes, lo cual impide la supervivencia. De manera experiencial, la ansiedad ante la muerte no es típicamente una parte de la experiencia consciente. Los procesos de

autorregulación permiten que las personas se defiendan ante el peligro de la muerte y ante la experiencia de la ansiedad ante esta.

- *Desarrollista*: las maneras en las cuales se expresa la ansiedad ante la muerte varían de acuerdo con la etapa del desarrollo en la que se encuentre la persona, siendo ésta más alta en estudiantes que se encuentran en un periodo de moratoria y más reducida en personas adultas mayores, debido a que la ansiedad ante la muerte está negativamente correlacionada con las percepciones de satisfacción, significado y propósito en la vida.
- *Conformación sociocultural*: la protección cultural se ve manifestada simbólicamente en el conjunto de significados, y creencias, socialmente aprendidos y compartidos, muchos de los cuales tienen su origen en dogmas religiosos.
- *Fuentes de motivación*: la ansiedad ante la muerte es una gran fuente de motivación, la cual emerge como una expresión de la tensión existente entre las condiciones actuales como seres restringidos temporalmente y las aspiraciones humanas de ser ilimitados e inmortales.

Por su parte, Benton et al. (2007) proponen que los componentes de la ansiedad ante la muerte son dos: a) ansiedad ante la muerte existencial: es la que se presenta cuando se piensa en qué pasará después de la muerte; y b) ansiedad ante la muerte real: es la que resulta de pensar en qué pasará con el cuerpo mientras uno se muere y después de muerto.

Por otro lado, se han encontrado 4 componentes principales que permiten la descripción de la ansiedad ante la muerte, los cuales están permeados por la historia personal, la cultura y los estilos de afrontamiento de cada persona (Raja, 2001; Gala et al., 2002):

- Reacciones cognoscitivas y afectivas ante la muerte.
- Cambios físicos reales y/o imaginarios que se dan ante la muerte o enfermedades graves.

- Noción del imparable paso del tiempo.
- Dolor y estrés, real o anticipado, que se dan en la enfermedad crónica o terminal y en los miedos asociados.

En cuanto a las situaciones que actúan como disparadores de la ansiedad ante la muerte se encuentran las siguientes: ambientes estresantes, diagnóstico de enfermedades terminales y experiencias con la muerte. Además, en cuanto a las consecuencias de la ansiedad ante la muerte pueden ser tanto positivas –al incrementar las respuestas defensivas del individuo e intensificar las creencias culturales, como también el sentido de compromiso en las relaciones amorosas– como negativas, como actitudes negativas para con las PAM y ansiedad ante el envejecimiento, así como ambivalencia con respecto al propio cuerpo, al ser éste un recuerdo de la muerte (Lehto y Stein, 2009).

Para efectos de la presente investigación, la ansiedad ante la muerte se entenderá como un estado psicológico caracterizado por la presencia de los siguientes aspectos:

- 1) Reacciones cognitivas y afectivas ante la muerte,
- 2) cambios físicos provocados por esta,
- 3) noción del imparable paso del tiempo y
- 4) dolor y estrés ante la enfermedad crónica y terminal

Entendiéndola de esta manera, es más fácil la evaluación de este constructo; el instrumento utilizado para evaluarlo fue la Escala de Ansiedad ante la Muerte de Templer, la cual se enfoca en los 4 componentes descritos.

#### *2.4 Actitudes ante la muerte*

Pensar en la muerte provoca diferentes reacciones en las personas, de modo que se desarrollan distintas actitudes con el fin de manejar la idea de la mortalidad. Entre éstas se pueden mencionar las siguientes (Barraza y Uranga, s.f., citados en Uribe et al., 2007):

- Primeramente, puede existir una actitud de indiferencia, en virtud de la cual el adulto mayor se muestra resistente al tema de la muerte, restándole importancia a dicho momento.
- En segundo lugar, una actitud de temor puede verse cuando el adulto mayor trata de evitar cualquier aspecto relacionado con la muerte, y sus expresiones solo se orientan a manifestar quejas de dolor y sufrimiento.
- En tercer lugar, también puede aparecer una actitud de descanso, en donde el tema de la muerte es entendido como la culminación del sufrimiento y por ende de la llegada de paz y de tranquilidad. Esta actitud está más presente en las personas que han padecido de alguna enfermedad crónica.
- Finalmente, la actitud de serenidad puede darse cuando el adulto mayor se siente satisfecho con lo vivido y por tanto se siente preparado para dejar de vivir.

Con respecto a la aceptación de la muerte, Gurrola et al. (2001) mencionan que puede ser de tres tipos: a) aceptación neutral, siendo la más común entre las PAM, y tiene que ver con la idea de que la muerte es una parte integral de la vida, por lo cual la muerte no se desea, pero tampoco produce temor, lo que provoca ambivalencia o indiferencia ante la muerte; b) aceptación de acercamiento: es la más relacionada con las creencias y el dogma religioso, debido a que se piensa en la muerte como un pasaje a la vida eterna y feliz en el más allá; y c) la aceptación de escape, que tiene que ver con la idea de que la muerte permite acabar con una vida de sufrimiento, basándose en la noción de que la vida tiene un elemento de maldad que acaba con la muerte.

#### *2.4 Estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad ante la muerte*

Existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: a) formas activas, aquellas en las que la persona "(...) retoma todos sus esfuerzos para enfrentar la situación problemática y así



mismo aprender de ella, abarcándolo de forma más positiva, y dándole un significado distinto al problema (...)” y b) formas pasivas, la cuales “(...) llevan a que la persona continuamente esté evitando dichas situaciones y por ende no se genere un aprendizaje de las mismas” (Uribe et al., 2007).

Entre las diversas estrategias que utilizan las personas adultas mayores para afrontar la ansiedad y el miedo a la muerte se encuentran el poder hablar o escribir sobre esto, o reestructurar los mitos relacionados con la muerte, así como asistir a grupos de apoyo (Viguera, 2005, citado en Uribe et al., 2007). Tal y como señalan Deaton et al. (2010) en el caso de las adultas mayores privadas de libertad, las estrategias que más se presentan son la negación y la evitación del tema de la muerte, así como de los pensamientos con respecto a esta. No obstante, en algunas de ellas la aceptación de su propia muerte es también una de las estrategias para afrontar la ansiedad ante la muerte, en especial cuando dicha aceptación está relacionada con creencias religiosas. Por otro lado, Aday (2006) encontró que los adultos mayores privados de libertad tienden a utilizar como estrategia de afrontamiento el hecho de participar en actividades religiosas, así como también señala que dichos privados de libertad ven en la muerte una opción de escape a la vida en prisión, marcada en gran medida por la estigmatización.

Así como es importante tener en cuenta cuáles son las estrategias que utilizan los adultos mayores privados de libertad para afrontar la ansiedad ante la muerte, el estudio de los factores que los vulnerabilizan ante dicha ansiedad es relevante, pues de esta manera se clarifica por qué se da la ansiedad ante la muerte y cómo se relaciona con dichos factores. A continuación se describen los factores de vulnerabilidad que se tendrán en cuenta para la presente investigación.

### **3. Factores de vulnerabilización de los adultos mayores privados de libertad**

Para efectos de esta investigación, la vulnerabilidad será entendida como la medida de que tan propensa esté una persona a ser afectada por un factor ansiógeno, en este caso la ansiedad ante la muerte. Y por factor de vulnerabilidad se entiende a toda aquella situación o proceso que hace a una persona susceptible de ser afectada por un fenómeno perturbador.

Considerando que la población con la cual se trabajó son adultos mayores privados de libertad debido a la comisión de una ofensa sexual, los factores de vulnerabilidad que se tomarán en cuenta serán aquellos asociados al encarcelamiento, partiendo de la idea de que a mayor edad y mayor presencia de problemas físicos y psicológicos, mayores son los niveles de ansiedad ante la muerte, tal y como señalan Deaton et al. (2010) y Aday (2006).

#### *3.1 Prisión como factor de vulnerabilización institucional*

Las prisiones son instituciones en las cuales se controla la vida y la muerte de las personas que se encuentran reclusas en ellas, su objetivo principal es confinar y castigar. Debido a que los servicios que prestan se centran en la institución y no en la persona, trae como consecuencia que los privados de libertad no se logren adaptar al principio; pero luego, al confinarlos y aislarlos, pierden su identidad, y todo aquello que no tenía importancia, ahora se vuelve el foco de atención, como por ejemplo la muerte (Aday, 2006; Aragón, 2002).

Por sus características, la prisión es una institución total, es decir, un “(...) lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1970, p.13). De acuerdo con este autor, las instituciones totales presentan las siguientes características: a) todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar y bajo una autoridad única; b) todas las actividades diarias

se llevan a cabo en la compañía inmediata de un gran número de personas, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas; c) todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba, mediante un sistema de normas formales explícitas y un cuerpo de funcionarios; y d) las diversas actividades obligatorias se integran en un solo plan racional, deliberadamente concebido para el logro de objetivos propios de la institución.

En prisión, la población privada de libertad puede verse expuesta al hacinamiento, pésimas condiciones de higiene y alimentación, consumo de drogas, violencia física por parte de los mismos privados de libertad y de los custodios, abusos sexuales, depresiones y enfermedades psicofisiológicas debido a la frustración que causa el no contar con los adecuados servicios de salud y de educación. Además no se puede perder de vista el hecho de que los privados de libertad pueden morir en el centro penal, ya sea por muerte natural, suicidio u homicidio (Chocho y González, 2007).

A menudo las limitaciones de recursos humanos y materiales restringen en prisión las posibilidades de encontrar apoyo para desahogarse emocionalmente, para recibir apoyo informacional o para encontrar actividades realmente productivas o formativas en las que se pueda ocupar el tiempo. La ausencia de higiene, alimentación, atención médica y de actividades laborales adecuadas se presenta en muchos centros penales del mundo (Ruiz, 2007).

Aunadas a las mencionadas, en la presente investigación se consideran las siguientes características de la prisión como factores de vulnerabilización institucional: infraestructura inadecuada que impide la movilización de aquellas personas con limitaciones para moverse, falta de servicios de salud adecuados para las necesidades

específicas de los adultos mayores y todas las infracciones a las *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos*, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV), del 31 de julio de 1957, y 2076 (LXII), del 13 de mayo de 1977.

### *3.2 Prisionización como factor de vulnerabilidad personal*

Desde el momento en que la persona privada de libertad es detenida, empiezan a darse en su vida una serie de cambios que significan un cambio radical de su realidad, puesto que implica, tal y como señala González (2001)

(...) directa o indirectamente una privación de las bondades de vivir con la propia familia, en su hogar; lo separa del trabajo, de los amigos, de su propia identidad, de las relaciones sexuales, de la autonomía, de la seguridad, del aire, del sol etc. quedando a merced de los caprichos del aparato judicial del estado. En fin, estar preso significa entrar en un proceso de aislamiento brusco y progresivo.

Por todo lo anterior, es importante tener en cuenta la clasificación de los diferentes tipos de privados de libertad descrita por Dawes (2009):

- *Adultos mayores primerizos*: Muchos de ellos niegan haber cometido los actos que se le imputan, la transición a la prisión suele ser extremadamente dificultosa y se encuentran en mayor riesgo de cometer suicidio. El ser privado de libertad representa para ellos el final drástico de su vida social y la máxima humillación. Podrían presentar además graves problemas de salud y morbilidad psiquiátrica.
- *Ofensores crónicos*: Regresan regularmente a la prisión debido a la reincidencia, la cual los hará regresar a prisión aun cuando sean adultos mayores, en una gran mayoría de los casos.
- *“Eternos” o aquellos que han envejecido en prisión*: Descuentan cadenas perpetuas o largas sentencias y con altas probabilidades de morir en prisión. Representan un desafío

para la institución pues la prisionización que presentan es muy elevada, lo que causa pérdida en las habilidades sociales y mayor presencia de enfermedades crónicas. Además hay una marcada pérdida del contacto familiar, lo cual se convierte en un problema para aquellos que logran salir en libertad siendo ya adultos mayores.

- *Privados de libertad con sentencias cortas en la adultez mayor*: por lo general presentan un perfil alto y serios problemas de salud.

En el momento en que los adultos mayores ingresan a la cárcel son institucionalizados. Siguiendo a Hidalgo (2001, citado en Ramírez, 2009) el término de institucionalización hace referencia al proceso social de ubicar a las personas bajo la jurisdicción de una institución formal o semiformal cerrada o semicerrada. No obstante, en el caso de los centros penales, la institucionalización está marcada por un proceso diferente y específico de dicha institución: la prisionización.

El término fue acuñado por primera vez por Clemmer (1940), quien consideró que

(...) la prisionización era un proceso similar a la asimilación, observando que de la misma manera como un inmigrante adopta los patrones culturales del lugar al que llega para empezar a vivir, una persona que entra en la prisión sufre un proceso en el que adquiere las costumbres, normas y valores que le son propios a la prisión y a los prisioneros.

Por tanto, la prisionización es “la adquisición en mayor o menor grado de las conductas diarias, costumbres y cultura general de la penitenciaria” (Clemmer, 1940, p. 299, citado en Crespo, 2007). Es importante tener en cuenta que, siguiendo a Crespo (2007), los niveles de prisionización varían según el tiempo de encarcelamiento: en los años siguientes a este y próximos a la finalización de la condena, los niveles son bajos, mientras que a la mitad del tiempo de cumplida la condena los niveles de prisionización son elevados.

En cuanto a las consecuencias de la prisionización, se puede mencionar lo siguiente:

- Dada la situación de hacinamiento, las cárceles se convierten en caldo de cultivo para el contagio de enfermedades, el aumento del ocio, la promiscuidad y el abuso sexual, y la drogomanía como medio de evasión o afianzamiento de la autoridad y/o el liderazgo. (González, 2001)
- Disminuyen tanto el repertorio conductual del sujeto como su capacidad para adaptarse a su nueva realidad. Así mismo, se da un aislamiento afectivo, físico y social, ya que por lo general este tipo de instituciones se encuentran aisladas y los reclusos están sujetos a un plan y a una rutina que absorbe su personalidad y elimina la distinción entre ámbitos de trabajo, ocio y vivienda (Ramírez, 2009).
- A nivel cognitivo, la vida prolongada en prisión tiende a empobrecer psicológicamente y a desocializar a las personas detenidas (Ruiz, 2001).
- A nivel emocional, en la literatura se pueden identificar tres modelos que intentan explicar los correlatos afectivos del encarcelamiento a lo largo de la estancia en prisión (Ruiz, 2007). Como se muestran a continuación:
  - Una perspectiva lineal es la de Harding y Zimmerman (1989), quienes encuentran que con el paso del tiempo tienden a remitir los niveles de ansiedad y estrés de los detenidos.
  - Por su parte, Zamble y Porporino (1990) encuentran que el nivel de ansiedad a lo largo del encarcelamiento se ajusta a una V, con los máximos picos al inicio y al final del internamiento.
  - Un tercer modelo es el de Paulus y Dzindolet (1993), quienes postulan un modelo de condiciones estables y cambiantes que explicaría cómo diferentes componentes del estado de ánimo evolucionan de forma particular a lo largo del encarcelamiento. Así, los síntomas depresivos, asociados a la pérdida de contacto con la red social,

tienden a remitir, mientras que los niveles de ansiedad aumentan o disminuyen como reacción a sucesos que exigen nuevos esfuerzos de ajuste y de adaptación (por ejemplo, traslados, amenazas de motines o peleas).

Por otro lado, las características de los privados de libertad que se presentan producto de la prisionización, y hacen que ésta se constituya en un factor de vulnerabilidad personal frente a la ansiedad ante la muerte, son las siguientes:

- El sentirse solos o enfermos, no tener oportunidad de hacer algo, perder la esperanza de hacer algo y el que sus necesidades de atención básica y de índole recreativa y cultural no sean suplidas (Aragón, 2002).
- Tal como señala Aday (2006), morir en prisión se considera la última derrota, el último castigo. Para los privados de libertad, en especial los adultos mayores, la idea de agonizar y morir en una prisión, lejos de sus seres queridos, es su principal factor ansiógeno. El miedo a la idea de morir en prisión se ve reforzada por el hecho de que muchas veces son testigos de la muerte de otros privados de libertad y de cómo el personal de los centros penales trata a las personas convalecientes.
- Las condiciones de vida en el centro penal, y las experiencias fuertes y estresantes que viven en el centro agravan y aceleran el envejecimiento, y producen mayor deterioro físico. Los problemas físicos que se presentan con mayor frecuencia son: artritis, problemas de espalda, enfermedades cardiovasculares, desórdenes endocrinos, enfermedades psiquiátricas, enfermedades respiratorias, déficits sensoriales y abuso de sustancias. Se ha visto además que los adultos mayores privados de libertad usualmente son fisiológicamente 10 años mayores que su edad cronológica, y que presentan mayores problemas de salud respecto de sus contrapartes no encarcelados (Kerbs y Jolley, 2009; Dawes, 2009; Deaton et al., 2010).

Con respecto a las estrategias de sobrevivencia utilizadas por los privados de libertad que tienen más de 10 años de estar en un centro penal de nuestro país, García (2009) identificó las siguientes:

- *Redes de ayuda mutua*: Éstas se construyen con el fin de asegurar su existencia, dado que en las prisiones las personas se ven expuestas a que se vaya aniquilando su identidad.
- *Religión*: Favorece la estabilidad normativa de los privados de libertad, al fortalecer su identidad individual y grupal.
- *Resiliencia*: Conjunto de factores protectores y de personalidad que permiten al privado de libertad sobrevivir a la prisión.
- *Trabajo*: Es considerado como una variable importante en el proceso de recuperación social del privado de libertad, ya que le permite sobrevivir dignamente, aun cuando no se sienta a gusto con las labores que desempeña.
- *Droga*: Permite la evasión mental de la superioridad y violencia institucional, actúa como forma de enfrentamiento contra la institución, y constituye un importante mecanismo de defensa contra la ansiedad.
- *Familia*: Constituye la institución más importante en la existencia de todo ser humano, por lo que los problemas sociales tiene un impacto directo en ella.
- *Ideologías*: Al ingresar a un centro penal, las personas deben adaptarse a un ambiente precario y de estructura muy rígida, por lo que es importante que desarrollen y adopten nuevas estrategias de sobrevivencia.

Debe tenerse en cuenta que el aumento en la proporción de adultos mayores privados de libertad ha sido un fenómeno mundial, debido en gran parte al uso de estatutos legales que proponen sentencias más largas y la reducción de las posibilidades de salida (como la



libertad condicional y la disminución de la pena por buen comportamiento), además del cumplimiento de las normas y la ubicación en programas seminstitucionales y comunitarios. Dicho “envejecimiento carcelario” ha llamado la atención sobre los siguientes puntos: la necesidad de brindar condiciones ambientales y servicios de atención que se ajusten a las demandas de la población adulta mayor, la idoneidad de separar a los adultos mayores de los jóvenes, debido a las consecuencias que esto trae, situación que en nuestro país si se presenta. Esta separación se fundamenta además en el hecho de que los adultos mayores son más fáciles de supervisar, pues tienen menos probabilidades de escaparse, de violar las reglas del centro o de recibir reportes disciplinarios (Kerbs y Jolley, 2009).

Puesto que los privados de libertad con los quienes se trabajará en la presente investigación son, además de adultos mayores, ofensores sexuales, es pertinente hacer una breve descripción de las características del ofensor sexual.

#### **4. Perfil del ofensor sexual**

Los delitos sexuales son un tipo de delincuencia violenta, de carácter sexual, que supone un fuerte atropello a la libertad de las personas. Las agresiones sexuales constituyen un tipo de parafilias que tienen la particularidad de implicar una transgresión del libre consentimiento de otra persona (Echeburúa, 1994, citado en Jiménez, 2009). Por su parte, en cuanto al ofensor sexual se plantea lo siguiente:

El abusador o agresor sexual será toda aquella persona que haya cometido un acto sexual con otra persona sin el consentimiento de éstas, mientras que un ofensor sexual es aquella persona a la cual, por medio de un proceso judicial, se le ha comprobado su culpabilidad en la comisión de un delito claramente tipificado por la ley (Díaz, s.f., citado en Masís, 2008, p. 31).

En cuanto a las características que estos presentan, se destacan las siguientes:

Por una parte, suelen ser sujetos que presentan comportamiento sexual poco adaptado como por ejemplo excitación o preferencia por estímulos sexuales desviados. Cuentan con poco autocontrol de sus impulsos y con distorsiones cognitivas que facilitarían los actos delictivos sexuales. Asimismo, es posible que muestren problemas en el comportamiento social. No suelen disponer de estrategias ni de habilidades sociales adecuadas para la resolución de sus problemas por lo que tienden a reaccionar con respuestas de enfrentamiento desadaptadas (Castro, López y Sueiro, 2009).

Es importante agregar a lo anterior lo señalado por Jiménez (2009), quien incluye otras características: inseguridad, inmadurez, poca asertividad, baja disposición a adaptarse a las normas, poca capacidad empática y marcada tendencia a la distorsión.

Con respecto a los factores de vulnerabilidad de esta población, dado que son tan repudiados por los demás privados de libertad, están en mayor riesgo de victimización por parte de otros prisioneros. En cuanto a los reos novatos acusados por delito sexual, están expuestos a ser víctimas de *bullying*, abuso sexual, violencia extrema e incluso la muerte (Kerbs y Jolley, 2009; Dawes, 2009).

## PROBLEMATIZACIÓN

### **Problema**

Es importante señalar que “la muerte se está convirtiendo en un evento de todos los días en muchos sistemas correccionales y poco se conoce sobre las actitudes de los privados de libertad hacia la muerte y cómo reaccionan ante la noción de su propia mortalidad” (Aday, 2006); asimismo, en los centros penitenciarios los privados de libertad se exponen tanto a factores personales como institucionales que los vulnerabilizan frente a la ansiedad ante la muerte. Por ello, se plantea la siguiente pregunta-problema: ¿Son la prisionización y la prisión factores que vulnerabilizan a los ofensores sexuales del CAI Adulto Mayor a presentar ansiedad ante la muerte?

### **Objetivos**

#### *Objetivo General*

Establecer la relación entre los factores de vulnerabilización y la ansiedad ante la muerte en ofensores sexuales reclusos en el CAI Adulto Mayor.

#### *Objetivos Específicos*

- Determinar los niveles de ansiedad ante la muerte que presentan los ofensores sexuales reclusos en el CAI Adulto Mayor.
- Establecer los factores de vulnerabilización institucional a los que se ven expuestos y de vulnerabilización personal que presentan los ofensores sexuales reclusos en el CAI Adulto Mayor.

## METODOLOGÍA

### **Estrategia metodológica**

Considerando la pregunta-problema de la presente investigación y que diversas investigaciones se han realizado desde un enfoque mixto para estudiar el fenómeno de la ansiedad ante la muerte en población adulta mayor privada de libertad (Aday, 2006; Deaton et al., 2010), el enfoque utilizado en la presente investigación fue el mixto, ya que “(...) es un proceso que recolecta, analiza y vincula datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema” (Hernández, Fernández y Baptista, 2006, p.755). Específicamente, se utilizó un diseño cuantitativo y luego uno cualitativo, los cuales son de aplicación independiente, pero con resultados complementarios (Hernández et al., 2006).

### *Alcances de la investigación*

La presente investigación es correlacional y transversal, ya que como señalan Hernández, Fernández y Baptista (2006, p.105) “este tipo de estudios tienen como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular”. En este caso, las variables cuya relación se estudió fueron los factores de vulnerabilidad y la ansiedad ante la muerte, en el contexto específico del CAI Adulto Mayor.

### *Diseño metodológico*

Puesto que se estudió el fenómeno de la ansiedad ante la muerte en el contexto específico del CAI Adulto Mayor, sin manipular deliberadamente las variables, el diseño utilizado fue no experimental dado que como señalan Hernández et al. (2006, p.205) “(...) no se construye ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no

provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza”. Lo que se pretendió fue establecer la relación entre los factores de vulnerabilidad y la ansiedad ante la muerte, en un momento específico con una población específica, de ahí su valor correlacional-transversal.

### **Hipótesis**

- Hi: A mayor vulnerabilidad, mayor ansiedad ante la muerte.
- Ho: No existe correlación entre la vulnerabilidad y la ansiedad ante la muerte.

### **Procedimientos de recolección de la información**

Para la recolección de los datos cuantitativos se hizo uso de los siguientes instrumentos:

- *Escala de Ansiedad ante la Muerte DAS-I*(por sus siglas en inglés): Esta escala fue creada por el Dr. Donald Templer en 1970 y está basada en la teoría de los dos factores, desarrollada por él mismo. En su proceso de construcción, se tomó en cuenta el criterio experto en la elaboración y validación de los ítems, además de la aplicación a tres grupos independientes con el fin de determinar la consistencia interna y el coeficiente de correlación de los 15 ítems que conforman la Escala. Es importante señalar que es una escala dicotómica, en la que 9 ítems están direccionados para ser verdaderos y 6 como falsos. El puntaje más bajo para la ansiedad ante la muerte es cero y el más alto es 15. Además, fue traducida al español primeramente por Ramos (1982) y luego por Tomás-Sábado y Gómez-Benito (2004), siendo la versión de estos últimos la que se utilizó para la presente investigación.
- *Escala Geriátrica de Ansiedad GAS I*(por sus siglas en inglés): Con el objetivo de contar con una nueva medida para evaluar ansiedad en personas adultas mayores, Segal, June, Payne, Coolidge y Yochim (2010), crearon el GAS, el cual cuenta con una

consistencia interna de  $\alpha=.90$ . Esta escala cuenta con 30 ítems tipo Likert, los cuales a su vez se dividen en 4 subescalas: 9 pertenecen a la subescala somática, 8 a la cognitiva, 8 a la afectiva y 5 a la clínica. Las primeras 3 subescalas están basadas en la sintomatología de la ansiedad establecida en el DSM-IV-TR, mientras que la subescala clínica corresponde a inquietudes comunes de las personas adultas mayores. Las puntuaciones pueden ir de 0 a 75, esto porque de acuerdo con los autores, la escala clínica no se considera como parte del puntaje, sino más bien como indicador clínico de posibles situaciones que provocan ansiedad en las personas adultas mayores. Considerando que es una escala muy reciente, se solicitó la autorización de los autores para traducirla al español y validarla con una muestra costarricense para efectos del presente estudio. Por ello, se llevó a cabo una *backtranslation* con el fin de verificar que la traducción fuera la correcta.

- *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI* (por sus siglas en inglés): Creado por Spielberger, Gorsuch y Lushene en 1970, el STAI ha sido uno de los instrumentos más utilizados a nivel internacional para evaluar ansiedad. Ha sido traducido a otros idiomas, entre estos al español, en 1982 en España y publicado en su adaptación española por TEA Ediciones, la cual fue utilizada en la presente investigación. Cuenta con dos subescalas, una para evaluar ansiedad estado (E) y otra para ansiedad rasgo (R); están constituidas por 20 ítems tipo Likert cada una. Posee una consistencia interna que oscila entre  $\alpha=.83$  y  $\alpha=.92$ .
- *Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilización (FPV)*: Este cuestionario fue creado por la autora de la presente investigación con el fin de evaluar las posibles condiciones personales que podrían disparar la ansiedad ante la muerte en los adultos mayores privados de libertad con quienes se trabajó. Es una escala dicotómica,

compuesta por 23 ítems, los cuales están basados en los diferentes síntomas provocados por la prisionización de los adultos mayores y en condiciones que están relacionadas con el proceso de envejecimiento.

- *Cuestionario de Factores de Vulnerabilización Institucional (FVI)*: Este cuestionario dicotómico es de construcción personal y cuenta con 21 ítems, los cuales están basados en las *Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos*, adoptadas por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en Ginebra en 1955, y aprobadas por el Consejo Económico y Social en sus resoluciones 663C (XXIV) del 31 de julio de 1957 y 2076 (LXII) del 13 de mayo de 1977. Su construcción respondió a la necesidad de evaluar las diferentes condiciones institucionales que podrían estar relacionadas con la ansiedad ante la muerte en privados de libertad del CAI Adulto Mayor.

Con respecto a los datos cualitativos se tomaron en cuenta las siguientes estrategias:

- *Entrevistas cognitivas (EC)*: la EC es “(...) un dispositivo de evaluación del proceso de respuesta y consiste en una serie de entrevistas individuales semiestructuradas en ambiente controlado con una muestra pequeña de la población meta. Durante las entrevistas las personas participantes completan el cuestionario en estudio y realizan una serie de pruebas para detectar problemas a la hora de contestarlo” (Willis, 2005, citado en Smith y Molina, 2010). La EC fue utilizada con el fin de evaluar si el Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilización y el de Factores de Vulnerabilización institucional eran claros para la población del CAI Adulto Mayor y si efectivamente evaluaban las condiciones existentes en el Centro.
- *Grupo de discusión*: con el fin de profundizar en la información recabada por medio de los diferentes instrumentos utilizados, se llevaron a cabo 4 sesiones, de una hora y media

cada una, con un grupo de 6 adultos mayores privados de libertad. La razón por la cual se eligió trabajar bajo esta metodología es porque, como señalan Pérez y Víquez (2010), “los grupos de discusión se desarrollan por un interés científico-social de indagar en las significaciones latentes asociadas a la comprensión de diferentes temas por parte de pequeños grupos, incluidos grupos naturales, seleccionados de acuerdo a una categoría sociodemográfica o que reflejan la composición demográfica de una población” (p.93). En el caso particular de esta investigación, se utilizó por el hecho de que interesaba saber, desde el punto de vista de una muestra de la población de estudio, cómo conceptualizan los diferentes temas de estudio y cómo relacionan los mismos. En las sesiones se trabajaron 4 temáticas diferentes: 1) el envejecimiento, 2) la vida en prisión, 3) la muerte y 4) relaciones entre los temas abordados en las sesiones anteriores. Para esto se utilizaron poemas como estímulos al inicio de cada sesión, lo cual permitió que los adultos mayores dieran sus opiniones sobre los temas tratados por sesión y los analizaran junto con los poemas

### **Selección de los participantes**

La investigación contó con un proceso de tres etapas para la selección de la muestra:

1. *Muestra para la aplicación de pruebas piloto:* con el fin de validar los diferentes instrumentos que se utilizaron, se trabajó con una muestra de 103 personas adultas mayores, quienes participan en diferentes grupos de la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO). Dicha muestra estuvo compuesta por un 75% de mujeres y un 25% de hombres, con una media de edad de 70 años. Esta primera muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia, puesto que eran casos disponibles a los que se tenía acceso (Hernández, et al., 2006). En lo que concierne a los criterios de inclusión, las



personas debían ser adultos mayores, miembros activos de algún grupo de AGECO y alfabetizados.

2. *Muestra para la aplicación de los instrumentos en el CAI Adulto Mayor:* esta segunda etapa se subdividió en dos fases. En la primera, se aplicaron tres entrevistas cognitivas sobre el Cuestionario de factores personales de vulnerabilización y el de factores de vulnerabilización institucional a tres privados de libertad que cumplen condenas por delitos no sexuales. Una vez corregidos los instrumentos a partir de la información recabada en las entrevistas cognitivas, se aplicaron a 10 privados de libertad quienes, por el tipo de delito cometido, no podían ser incluidos en la muestra de estudio. En la segunda fase, se aplicaron el GAS, el DAS, el Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilización y el de factores de vulnerabilización institucional a 80 privados de libertad que cumplen condenas por delitos sexuales, lo cual representa el 60% de los ofensores sexuales reclusos en el CAI Adulto Mayor. El tipo de muestra fue intencionada, basada en criterios preestablecidos, dado que, de la población reclusa en el CAI Adulto Mayor, se trabajó exclusivamente con sujetos que cumplieran los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de 60 años, según Craing (1997, citado en Aragón, 2002) se puede hablar de adulto mayor joven a partir de los 60 años, además de que es importante tener en cuenta que la población privada de libertad tiene un envejecimiento fisiológico más acelerado que el de la población general, de ahí que se considere adulto mayor privado de libertad a aquellas personas mayores de 55 años (Deaton et al., 2010; Snyder, van Wormer et al., 2009; Kerbs y Jolley, 2009), cumplir con una condena por delito sexual y tener un mínimo de 6 meses de residir en el CAI Adulto mayor y un mínimo de 6 meses por descontar.

3. *Muestra para participar en el grupo focal*: una vez aplicados los instrumentos, se conformó un grupo focal con el fin de profundizar en la información que permitiera establecer la relación entre las categorías. El grupo estuvo conformado por 6 de los 80 privados de libertad evaluados con los instrumentos.

### **Procedimientos para el análisis de la información**

#### *Análisis de los datos cuantitativos*

En cuanto a los datos obtenidos con la muestra piloto, se hizo la evaluación de la confiabilidad lograda por los instrumentos por medio del SPSS 16, utilizando el análisis de factores exploratorio, el análisis de correlaciones de Spearman y la prueba de diferencias entre medias (*U* de Mann-Whitney). De igual manera, con la muestra de estudio se llevaron a cabo los análisis de confiabilidad y los análisis de correlaciones de Spearman.

#### *Análisis de los datos cualitativos*

Una vez que se llevaron a cabo los análisis estadísticos de los instrumentos aplicados a la muestra de estudio, se determinó cuáles eran las categorías que debían estudiarse a profundidad, con el fin de conocer las variables de estudio desde la población con la que se trabajó. Se establecieron cuatro categorías, las cuales contaban con diferentes subcategorías con el objetivo de obtener la mayor cantidad de información posible.

Por medio del análisis realizado con el programa AtlasTi6, se determinó que a partir del discurso de los 6 participantes del grupo de discusión, en las sesiones fueron abordadas 5 categorías diferentes, de las cuales 4 estaban establecidas a priori: ansiedad ante la muerte, vejez, factores personales de vulnerabilidad y factores institucionales de vulnerabilización. La quinta categoría está conformada por los aspectos externos que tienen importancia para la muestra: las consecuencias sociales de la prisión y la cultura sobre la vejez en Costa Rica.

## RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en las diferentes fases de la investigación: los de la muestra piloto y los obtenidos en la aplicación de instrumentos y en el grupo de discusión. Para una mejor comprensión, se presentarán por apartados.

### Resultados de los instrumentos aplicados en la fase piloto

La muestra con la que se validaron los instrumentos sobre ansiedad y ansiedad ante la muerte estuvo compuesta por 103 PAM pertenecientes a los grupos culturales y deportivos de AGEKO, de los cuales 25% eran hombres y 75% mujeres, en edades entre 55 y 85 años, con una media de edad de  $M=70$ ,  $DE=6.62$ . Además es importante mencionar que se presentó una tendencia en la que las personas participantes eran casadas en su mayoría y tenían una escolaridad de primaria incompleta.

Muchas personas no entendieron las instrucciones, por lo que en algunos casos fue necesario explicárselas individualmente. Además, por el formato en el que están redactados los instrumentos, se les dificultó la tarea de no dejar casillas de respuestas en blanco; asimismo, las preguntas redactadas en negativo causaron mucha interferencia al momento de elegir la respuesta y las escalas tipo Likert resultaron ser difíciles de completar.

Aun con las situaciones antes descritas, se pudieron obtener los siguientes resultados. Con respecto a las medias de los puntajes totales de las escalas y de las subescalas, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 1  
Medias de puntajes totales de las escalas aplicadas

Medidas	<i>M</i>	Min	Max	<i>DE</i>
A/R	18.84	2	44	10.30
A/E	14.97	0	51	11.96
GAS	25.41	0	72	16.48
Afectiva	7.95	0	24	6.09
Cognitiva	7.13	0	24	5.87
Somática	10.84	0	27	6.67
Clínica	6.72	0	15	4.52
DAS	6.83	0	13	2.91

**Nota.** A/R= ansiedad rasgo, A/E= ansiedad estado, GAS= Escala Geriátrica de Ansiedad, DAS= Escala de Ansiedad Ante la Muerte

Como se puede ver en la Tabla 1, la muestra presenta puntajes bajos tanto en ansiedad como en ansiedad ante la muerte. Para el DAS, la media del puntaje total fue de  $M=6.87$ ,  $DE=2.91$ , ubicando a la muestra en la clasificación de ansiedad moderada baja, tal y como se menciona en la investigación de Raja (2001). En el caso del STAI, la ansiedad de rasgo sí tuvo una media mayor que la de la ansiedad de estado. Además, para el GAS se obtuvo una media de puntaje realmente pequeña, puesto que el puntaje máximo de la escala es 75 y la media fue de  $M=25.41$ ,  $DE=16.48$ .

De las cuatro subescalas que conforman el GAS, la que presenta la media de puntaje más elevada es la subescala somática, lo cual evidencia que la muestra utilizada en la prueba piloto reporta más síntomas físicos de ansiedad que síntomas afectivos, cognitivos y clínicos. Dicha situación se presentó también en el estudio realizado por los autores de la escala, quienes encontraron que en una muestra de 101 PAM estadounidenses, la subescala con mayor puntaje fue la somática con una media de  $M= 6.44$ ,  $DE= 3.87$  (Segal et al., 2010); llama la atención que fueron mayores los puntajes obtenidos en la muestra costarricense.

En cuanto a los análisis de confiabilidad de las escalas y las subescalas, se obtuvo lo siguiente:

Tabla 2  
Análisis de confiabilidad de las escalas aplicadas

Medidas	<i>n</i>	$\alpha$
STAI	40	.756
A/R	20	.750
A/E	20	.839
GAS	25	.954
Afectiva	8	.869
Cognitiva	8	.857
Somática	9	.866
Clínica	5	.685
DAS	15	.643

**Nota.** STAI *N*=30, A/R *N*=39, A/E *N*=40, GAS *N*=46, Afectiva *N*=67, Cognitiva *N*=58, Somática *N*=59, Clínica *N*=69, DAS *N*=71.

Aunque la muestra estuvo compuesta por 103 PAM, muy pocas contestaron completamente las escalas, lo cual afectó no solo las medias de los puntajes, sino también los análisis de confiabilidad. En el caso del STAI, el Alfa de Cronbach fue de  $\alpha = .756$ , teniendo una mayor confiabilidad la ansiedad de estado que la ansiedad de rasgo; no obstante, el GAS obtuvo una confiabilidad de  $\alpha = .954$ , lo cual significa que es una medida más confiable para medir ansiedad en PAM, ya que el GAS es una escala específica para PAM, no así el STAI.

Con respecto al DAS la confiabilidad fue de  $\alpha = .643$ , lo cual puede deberse al hecho de que 6 de los 15 ítems están redactados en negativo, situación que produjo confusión al momento de responder las preguntas, ya que en ocasiones las personas estaban de acuerdo con la frase, pero respondían de manera contraria.

El STAI, a pesar de presentar una confiabilidad aceptable, muy pocas personas lo completaron y como medida de ansiedad en PAM resulta más confiable el GAS, por lo que se optó por utilizar el GAS en la muestra de estudio y no el STAI. Así pues, no se consideró necesario presentar el análisis de factores del STAI, sino únicamente el del DAS y el GAS.

El análisis exploratorio de factores se llevó a cabo con el método de componentes principales (rotación Varimax y valores Eigen mayores a 1). Mediante este método se obtuvieron 4 factores que explican el 54% de la varianza en el caso del DAS. Respecto del

GAS se obtuvieron de igual forma 4 factores que explican el 50% de la varianza. A continuación se muestran los resultados.

Tabla 3  
Reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de 4 factores para la Escala de Ansiedad ante la Muerte

Reactivos	1	2	3	4
5. No tengo ningún miedo a morirme	<b>.836</b>			
7. No me molesta en nada pensar en la muerte	<b>.795</b>			
2. Casi no pienso en la muerte	<b>.643</b>		.306	
3. No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte	<b>.630</b>			
15. Pienso que el futuro no me guarda nada que temer	<b>.627</b>	-.320		
4. Me asusta mucho pensar que tenga que hacerme una operación		<b>.731</b>		
8. Casi siempre estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido		<b>.627</b>		
10. La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho		<b>.604</b>		
9. Me da miedo morir de una muerte dolorosa		<b>.410</b>		.330
11. En realidad, me asusta que me pueda dar un ataque al corazón		<b>.409</b>		
13. Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial			<b>.772</b>	
14. Ver un cadáver me horroriza			<b>.702</b>	
1. Tengo mucho miedo a morirme			<b>.461</b>	
6. No tengo miedo a tener cáncer				<b>.793</b>
12. Pienso a menudo que la vida es realmente muy corta		.327		<b>.630</b>
Varianza explicada	18.96%	12.84%	12.41%	9.59%

Nota. Las cifras en negrita indican las cargas más altas.

Llama la atención que el primer factor esté compuesto por 5 de los 6 ítems negativos y que además están relacionados con el factor de miedo a la muerte, así como también que explique aproximadamente el 19% de la varianza, siendo este el factor más importante. Además, se puede observar que, de acuerdo con el estudio llevado a cabo por Rivera y Montero (2010), el segundo factor combina los factores de “Miedo a la agonía o la enfermedad” y “Miedo a que la vida llegue a su fin”.

Debe tenerse en cuenta el hecho de que a pesar de que los ítems negativos fueron los más difíciles de comprender por parte de la muestra piloto, no solo se agrupan en un factor, sino que éste explica el 19% de la varianza.

Tabla 4  
 Reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de 4 factores  
 para la Escala Geriátrica de Ansiedad

Reactivos	1	2	3	4
24. He sentido que no tengo control sobre mi vida	<b>.781</b>			
7. He tenido miedo de ser humillado o avergonzado	<b>.775</b>			
25. He sentido que algo terrible está por sucederme	<b>.746</b>			
6. He tenido miedo de ser juzgado por otros	<b>.663</b>			
14. He tenido menor interés en hacer cosas que por lo general disfruto	<b>.584</b>			
2. Mi respiración ha sido más corta	<b>.561</b>		.550	
29. He tenido miedo de morirme	<b>.534</b>	.305		
3. He tenido malestar estomacal	<b>.393</b>	.330	.312	
15. Me he sentido separado o aislado de las demás personas	<b>.373</b>	.301	.364	-.323
28. He estado preocupado por mis hijos		<b>.755</b>		
22. Mis músculos han estado tensos		<b>.743</b>	.399	
30. He tenido miedo de convertirme en una carga para mi familia o mis hijos	.410	<b>.612</b>		
21. Me he sentido cansado		<b>.588</b>	.398	
18. Me he preocupado mucho	.316	<b>.585</b>		
23. He tenido dolor de espalda, del cuello o con calambres		<b>.585</b>	.309	
12. He tenido problemas para concentrarme		<b>.508</b>		.304
26. He estado preocupado por mis finanzas	.352	<b>.496</b>		
27. He estado preocupado por mi salud		<b>.450</b>		
19. No he podido controlar mi preocupación		<b>.407</b>	.371	.375
16. Me he sentido aturdido		.332	<b>.755</b>	
11. He tenido estallidos de enojo		.468	<b>.673</b>	
10. He estado irritable		.448	<b>.624</b>	
13. He estado fácilmente molesto o sobresaltado		.353	<b>.616</b>	
1. Mi corazón se ha acelerado o latido más fuertemente			<b>.600</b>	.301
5. He sentido que he perdido el control	.499		<b>.584</b>	
20. Me he sentido inquieto, sobresaltado		.405	<b>.577</b>	.334
4. He sentido que las cosas no son reales o como si estuviera fuera de mi cuerpo	.365		<b>.457</b>	.449
9. He tenido problemas para permanecer dormido				<b>.710</b>
8. He tenido problemas para dormirme	.337			<b>.670</b>
17. Se me ha dificultado quedarme quieto	.342		.407	<b>.427</b>
Varianza explicada	17.23%	13.17%	10.62%	8.72%

**Nota.** Las cifras en negrita indican las cargas más altas.

De acuerdo con Segal y Payne (2010), la escala se divide en 4 factores o subescalas: somática, cognitiva, afectiva y clínica, no obstante puede observarse que en el análisis realizado, estos se agrupan de manera muy diferente. El primer factor estaría relacionado con los miedos personales, como por ejemplo, sentir poco control sobre la vida o ser humillado por otros. El segundo factor está relacionado con las preocupaciones sociales y personales, por ejemplo, convertirse en una carga para los hijos, o preocupación por las finanzas. El tercer factor podría estar relacionado con el manejo de las emociones, en

particular el enojo; y el cuarto factor está agrupando los problemas del sueño. Dichas discrepancias pueden deberse a diferencias culturales entre las muestras utilizadas por Segal et al. (2010) y las utilizadas en la presente investigación.

Una vez realizados los análisis de factores y de confiabilidad de las pruebas, se llevaron a cabo análisis de correlaciones Rho de Spearman, entre las escalas y las subescalas. Se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 5  
Intercorrelaciones de Spearman entre las puntuaciones de las escalas aplicadas

Medidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. STAI	-	.923**	.906**	.777**	.667**	.817**	.802**	.369	.345
2. A/R		-	.716**	.844**	.726**	.848**	.803**	.523**	.382*
3. A/E			-	.735**	.702**	.728**	.769**	.426*	.253
4. GAS				-	.948**	.960**	.945**	.945**	.212*
5. Afectiva					-	.890**	.818**	.608**	.214
6. Cognitiva						-	.841**	.682**	.275*
7. Somática							-	.625**	.280*
8. Clínica								-	.329**
9. DAS									-

Nota. \*\*significativo con  $p < .01$ , \* significativo con  $p < .05$ .

Si bien es cierto el STAI y el GAS son medidas de ansiedad, es interesante observar que las correlaciones más significativas son entre sus subescalas y no necesariamente entre los puntajes totales de las mismas. Por un lado, el STAI tiene una correlación Rho de Spearman de  $r = .817$ ,  $p < .01$ , con la escala cognitiva del GAS, mientras que el puntaje total del GAS tuvo una correlación de  $r = .844$ ,  $p < .01$ , con la ansiedad de rasgo. Además estas últimas, el GAS ( $r = .212$ ,  $p < .05$ ) y la ansiedad de rasgo ( $r = .382$ ,  $p < .05$ ) correlacionan con el DAS; sin embargo la correlación más significativa es entre el DAS y la subescala clínica del GAS ( $r = .329$ ,  $p < .01$ ).

Además de los análisis antes presentados, se calculó una  $U$  de Mann-Whitney y se encontró una diferencia significativa en la media según sexo de la subescala somática del GAS ( $U = 28.5$ ,  $p = .069$ ), no obstante, las demás escalas y subescalas utilizadas no presentaron diferencias de medias según sexo.



## Resultados de los instrumentos aplicados en la fase de estudio

La muestra de estudio estuvo compuesta por 80 adultos mayores recluidos en el CAI AM por condenas relacionadas con delitos sexuales, de edades entre los 60 y 85 años, con una edad media de  $M=70$ ,  $DE=6.92$ . Además, la media de años de residir en el CAI AM es de  $M=3.6$ ,  $DE=2.85$  y una media de años por descontar de la sentencia de  $M=8.6$ ,  $DE=7.98$ . Con respecto al estado civil, el 38% eran casados, 29% divorciados, 12.5% viudos, 10% solteros y 2.5% en unión libre. La escolaridad de la muestra está representada por 20% con primaria incompleta, 22.5% primaria completa, 30% secundaria incompleta, 9% secundaria completa, 1.3% universitaria incompleta, 2.5% universitaria completa y 5% con ninguna escolaridad.

Debe tenerse en cuenta que a partir de las entrevistas cognitivas realizadas en el Centro se efectuaron los cambios necesarios para que los instrumentos FPV y FVI fueran comprensibles para toda la población, independientemente de su nivel educativo; además, a partir de la prueba piloto de los instrumentos de ansiedad y ansiedad ante la muerte en AGECO se decidió utilizar el GAS en lugar del STAI y además mejorar el formato del GAS para que fuera más comprensible.

Con respecto a las medias de los puntajes de las escalas y subescalas aplicadas se obtuvo lo siguiente:

Tabla 6  
Medias de puntajes totales de las escalas aplicadas

Medias	M	DE
DAS	5.12	3.14
GAS	12.74	10.20
Afectiva	2.90	2.98
Cognitiva	3.49	3.75
Somática	5.95	4.98
Clínica	4.73	3.46
FVI	1.73	2.11
FPV	7.13	3.79

**Nota.** GAS= Escala Geriátrica de Ansiedad, DAS= Escala de Ansiedad Ante la Muerte, FVI=Cuestionario de Factores de Vulnerabilidad Institucional, FPV= Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilidad.

Tal y como puede observarse, la media de puntaje del DAS es menor a la media de puntaje obtenida con la muestra piloto, lo cual puede deberse a una mejor comprensión del instrumento por parte de la muestra de estudio ( $M=6.87$ ,  $DE=2.91$ ), no obstante, la muestra se sigue ubicando en la clasificación de ansiedad moderada baja de Raja (2001). De igual manera, la media de puntaje del GAS es mucho más baja que la media de puntaje de la muestra de la fase piloto ( $M=25.41$ ,  $DE=16.48$ ), siendo inclusive más baja la ansiedad en la muestra de estudio que en la muestra de la fase piloto, sin embargo la subescala más alta sigue siendo la somática. Debe tenerse en cuenta que el formato de la prueba se cambió, lo cual pudo haber repercutido en la tasa de respuesta y en la comprensión de la escala, además de que la muestra de la fase piloto estuvo conformada por un 75% mujeres, mientras que la muestra de estudio estuvo conformada únicamente por hombres.

No puede olvidarse que el solo hecho de que la muestra de la fase piloto esté conformada por PAM en una condición de libertad y la muestra de estudio sea privada de libertad va a influir en mayor o menor medida en la percepción de la ansiedad y la ansiedad ante la muerte, además de que los factores ansiógenos no necesariamente van a ser los mismos, por ejemplo, en un centro penal hay mucho más tiempo para reflexionar sobre temas relativos a la muerte y los factores ansiógenos muchas veces están en relación estrecha con las condiciones propias de los centros, además de que quienes se encuentran privados de libertad están sujetos a un estigma social que produce, entre otras cosas, ansiedad.

Teniendo en consideración lo antes mencionado, puede observarse como, de acuerdo con los datos obtenidos mediante la muestra de estudio, los factores de vulnerabilidad institucional son muy reducidos, puesto que de un puntaje posible de 21 puntos, la media fue de  $M=1.73$ ,  $DE=2.11$ , lo cual permitiría afirmar que de acuerdo con la percepción de

los sujetos de esta muestra, la vulnerabilidad institucional es casi nula. Con respecto a los factores personales de vulnerabilidad, de igual manera son bastante reducidos, ya que de un máximo de 24 puntos, la media fue de  $M=7.13$ ,  $DE=3.79$ .

Luego del análisis de las medias de puntajes, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad de las escalas y subescalas aplicadas, el cual dio los siguientes resultados:

Tabla 7  
Análisis de confiabilidad de las escalas aplicadas

Medidas	n	$\alpha$
DAS	15	.712
GAS	30	.910
Afectiva	8	.735
Cognitiva	8	.794
Somática	9	.804
Clínica	5	.707
FVI	17	.706
FPV	23	.659

**Nota.** DAS  $N=66$ , GAS  $N=54$ , Afectiva  $N=61$ , Cognitiva  $N=69$ , Somática  $N=63$ , Clínica  $N=73$ , FVI  $N=61$ , FPV  $N=48$

Ante todo es resaltante el hecho de que el alfa de Cronbach del DAS es más alto que el de la muestra piloto ( $\alpha=.643$ ), lo que podría deberse a una mayor comprensión de la escala por parte de la muestra de estudio. No obstante, con respecto al GAS la confiabilidad es relativamente parecida y sigue estando en un rango de casi excelente, lo que permite afirmar que el GAS es una medida confiable de ansiedad para PAM. La confiabilidad del FVI y del FPV es baja, sin embargo, sigue siendo aceptable.

El análisis de factores, de igual manera, estuvo basado en el método de componentes principales con rotación Varimax y valores Eigen mayores a 1. Mediante este método se obtuvo 1 factor que explica 24.5% de la varianza en el caso del FVI y en el caso del FPV se obtuvieron 4 factores que explican el 42% de la varianza. A continuación se muestran los resultados.

Tabla 8  
 Reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de 4 factores  
 para el Cuestionario de Factores de Vulnerabilidad Institucional

Reactivos	1
1. Las instalaciones del CAI están en debido estado y limpias	.677
2. Cuento con artículos de aseo (jabón, champú, papel higiénico)	.479
3. Tengo acceso a artículos de cuidado personal (peine, rasuradora)	-.062
4. Se me permite utilizar mi propia ropa y cambiármela con frecuencia	.198
5. Tengo una cama individual y ropa de cama individual suficiente	.725
6. La comida que me dan en el CAI es nutritiva y según mi dieta	.544
7. Tengo por lo menos una hora al día para hacer ejercicio	.030
8. Si me enfermo me atienden el doctor y las enfermeras	.853
9. Si mi enfermedad es grave me llevan a un hospital	.382
10. En el CAI me atiende un dentista calificado	.059
11. Puedo ver a mi familia y amigos en la visita	.128
12. Se respeta mi religión en el CAI	.725
13. Creo que hay suficiente espacio para todos los señores que estamos en el CAI	.131
14. Me dan la oportunidad de ir a la escuela	-.023
15. Tengo la oportunidad de trabajar	.268
16. Pienso que el CAI es un lugar en donde estoy seguro	.546
17. Los guardas nos tratan bien a los adultos mayores	.655
18. Puedo desahogarme con un profesional cuando me siento mal	.523
19. Puedo moverme fácilmente en el CAI	.771

**Nota.** Los reactivos “Tengo permiso de ir a misa o al culto” y “La biblioteca está limpia y ordenada” se excluyeron ya que ambos tuvieron una varianza igual a 0.

Puede observarse que todos los ítems cargan en un solo factor, el cual explica el 24.5% de la varianza, por lo que se puede afirmar que la escala es unifactorial, de modo que evalúa los factores de vulnerabilidad institucional como un todo, a partir de las *Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos* de la Organización de las Naciones Unidas.

Tabla 9  
 Reactivos y cargas factoriales para una solución ortogonal varimax de 4 factores  
 para el Cuestionario de Factores de Vulnerabilidad Institucional

Reactivos	1	2	3	4
8. Me siento enfermo	<b>.721</b>			
14. Problemas para dormir	<b>.668</b>	.312		
23. En la cárcel me enfermo mucho	<b>.666</b>		.345	
15. Problemas respiratorios	<b>.624</b>			
19. Problemas estomacales	<b>.605</b>			
18. Dolores musculares	<b>.596</b>			
17. Dolores de espalda	<b>.568</b>			
16. Dolores de cabeza	<b>.563</b>	.374		
12. Creo que estoy más agitado que antes	<b>.449</b>			
4. Me parece que todos los días hago lo mismo		<b>.677</b>		
3. Me parece que tengo mucho tiempo libre		<b>.670</b>		
7. Me siento solo		<b>.527</b>		
6. Me siento triste		<b>.395</b>		
1. Me mantengo en contacto con mi familia y amigos		<b>.307</b>		
20. Diabetes			<b>.749</b>	
21. Hipertensión arterial			<b>.721</b>	
22. Artritis	.340		<b>.529</b>	
10. He visto señores morir en la cárcel		.454	<b>.497</b>	
2. Tengo amigos en la cárcel			<b>.367</b>	
9. He perdido la esperanza de salir de la cárcel				<b>.695</b>
13. Creo que estoy más agresivo que antes				<b>.664</b>
11. He sido víctima de abuso sexual en la cárcel				<b>.407</b>
5. Fumo				<b>-.396</b>
Varianza explicada	16.13	9.42	9.39	7.55

**Nota** Las cifras en negritas indican las cargas más altas.

En cuanto a la escala FPV se encontraron 4 factores, el primero muy relacionado con los problemas de salud que aquejan a los adultos mayores privados de libertad producto de la estancia en prisión, el segundo factor está relacionado con la esfera cognitiva, afectiva y de socialización, el tercero se conforma por las situaciones que actúan como vulnerabilizantes ante la muerte y el último factor se compone de posibles pensamientos, emociones o acciones que vulnerabilizan a los privados de libertad a nivel personal.

Una vez analizados los factores de las escalas, se llevó a cabo el análisis de correlaciones Rho de Spearman, con lo que se llegó a los siguientes resultados:

Tabla 10  
Intercorrelaciones de Spearman entre  
las puntuaciones de las escalas aplicadas

Medidas	1	2	3	4	5	6	7	8
1 DAS	-							
2 GAS	.205	-						
3 Afectiva	.228	.725**	-					
4 Cognitiva	.296*	.863**	.658**	-				
5 Somática	.085	.896**	.433**	.623**	-			
6 Clínica	.246*	.761**	.639**	.685**	.637**	-		
7 FVI	-.077	.096	-.047	-.029	.179	.083	-	
8 FPV	.031	.614**	.227	.432**	.707**	.629**	.360**	-

Nota. \*\*significativo con  $p < .01$ , \* significativo con  $p < .05$

La FPV correlaciona significativamente con el GAS y no así con el DAS, lo cual indica que se evalúan factores personales de vulnerabilidad a la ansiedad y no necesariamente a la ansiedad ante la muerte. Con la ansiedad ante la muerte correlacionan tanto la subescala cognitiva, como la subescala clínica, lo que podría deberse a que la ansiedad ante la muerte tiene que ver más con consideraciones cognitivas que se tengan sobre la muerte y con las características y preocupaciones comunes de las PAM.

A pesar de que las medias de los puntajes de la FVI ( $M=1.73$ ,  $DE=2.11$ ) y la FPV ( $M=7.13$ ,  $DE=3.79$ ) fueron bastante bajas, sí hay una correlación significativa entre ellas ( $r=.360$ ,  $p<.01$ ). Esto podría deberse a que ambas escalas fueron construidas teniendo en cuenta el contexto de la prisión, además de que a mayor cantidad de factores personales percibidos, más factores institucionales deberían estar en juego y asociados a dichos factores personales. Se encontraron además las siguientes correlaciones importantes:

Tabla 11  
Intercorrelaciones de Spearman entre puntuaciones de las escalas aplicadas  
y edad, años por descontar y años de residir en el CAI

Medidas	1	2	3	4	5	6	7
1 Años por descontar	-						
2 Años de residir	.327**	-					
3 Edad	-.154	.068	-				
4 DAS	.269*	-.082	-.154	-			
5 GAS	-.086	-.197	.193	.205	-		
6 FVI	-.114	.133	.142	-.077	.096	-	
7 FPV	-.159	-.141	.205	.031	.614**	.360**	-

Nota. \*\*significativo con  $p < .01$ , \* significativo con  $p < .05$ .

En la Tabla 11, se observa una correlación significativa y positiva entre años de residir y años por descontar, en donde a mayor cantidad de años de residir en el CAI AM, mayor cantidad de años les quedan por descontar. Es interesante la correlación entre la puntuación del DAS y los años por descontar, la cual puede explicarse por el hecho de que a mayor condena y por lo tanto a mayor cantidad de años por descontar, los adultos mayores empiezan a presentar mayores índices de ansiedad ante la muerte, principalmente al darse cuenta de que morirán en el CAI AM, lejos de sus familias y descontando una pena por un delito que posee un estigma social muy grave.

#### Resultados del análisis del grupo de discusión

El grupo estuvo conformado por 6 privados de libertad condenados por delitos sexuales, de los cuales dos tenían 70 años, uno 68, otro 65, uno 63 y uno 61; de ellos 3 tenían estudios universitarios, 1 secundaria incompleta y 2 primaria completa. El sujeto 1 fue quien lideró muchas de las sesiones, seguido del sujeto 2, quien externó muchas de sus inquietudes muchas veces, con el desagrado de los demás.

Con respecto a las categorías que más se mencionaron por parte de los participantes, se encuentra la de “los valores, costumbres y normas del CAI” con 27 citas a lo largo de las cuatro sesiones, seguida del “estigma de ofensor sexual” que se mencionó 23 veces y por último “las características del CAI” que se mencionó 21 veces. Por el contrario los temas que menos se discutieron o que menos citas se encuentran a lo largo de las sesiones es el de las “situaciones que provocan ansiedad ante la muerte” con 4 citas, seguido de las “consecuencias sociales de la prisión” con 3 citas.

A continuación se muestra el esquema de categorías y subcategorías de acuerdo con el análisis realizado por medio del programa AtlasTi6.

Figura 1

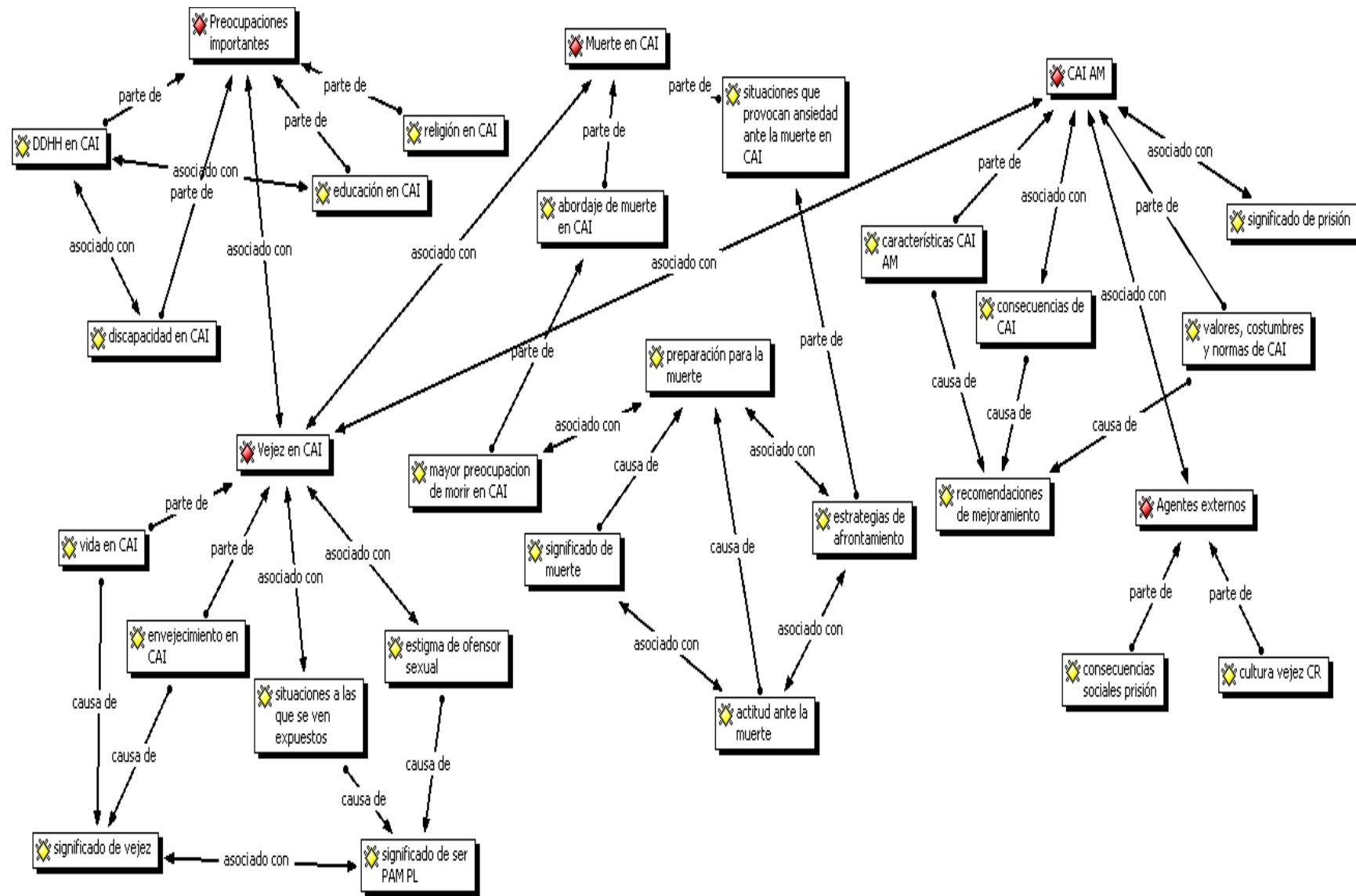


Figura 1. Análisis de las categorías estudiadas en el grupo de discusión.



Tal y como puede observarse en la Figura 1, en el grupo de discusión se abordaron 5 categorías importantes, compuestas cada una por diversas subcategorías:

**1. Preocupaciones importantes:** esta categoría hace referencia a todos aquellos aspectos de los derechos humanos (DDHH) que constituyen, para los sujetos de la muestra, preocupaciones debido al manejo que se les ha dado en el CAI AM. Esta categoría está compuesta por las siguientes subcategorías:

- *DDHH en el CAI:* está relacionada con el abordaje general de los derechos humanos dentro del Centro.

Ejemplo: *“Supuestamente la ley nos da que tenemos derecho a un tercio, que tenemos derecho a una media, pero qué pasa, aquí se llega al tercio y supuestamente hay cursos que son requisito, no los dan, entonces le dicen “si tome vaya al tercio” pero diay saben ellos mismos saben que cuando uno llega donde el juez, el juez le dice “diay este curso “ah no, no me lo han dado, no...” 3, 4 años más para que le den el curso, llega la media y no le han dado el curso y así por el estilo”*

- *Discapacidad en el CAI:* tiene que ver con todas las situaciones a las que se ven expuestos los privados de libertad que presentan algún tipo de discapacidad y el abordaje que se les da desde el ámbito administrativo del Centro.

Ejemplo: *“Y nosotros que podemos caminar y podemos hacernos las cosas, hay que ver a las personas que andan en sillas de ruedas aquí hay personas en cama que hay que ver lo duro que es bañarse, que lo lleven así a uno después no hay un baño donde se pueda sentar uno, es una situación”*

- *Educación en el CAI:* revela no solo la posición de los participantes del grupo de discusión con respecto a la educación que se les brinda en el Centro, sino además las características de ésta.

Ejemplo: *“Hay una cuestión que hay que denunciar y es que el sistema educativo de enseñanza aquí en la prisión es una farsa...y es una farsa simplemente para ganar un salario de algunos que están dando una farsa, están dando una farsa (aquí uno no aprende nada) están dando una mentira (...)”*

- *Religión en el CAI*: hace ver la importancia que tiene para los privados de libertad la religión y cómo sus creencias religiosas permean muchos aspectos de sus vidas dentro de la prisión.

Ejemplo: “(...) *por eso esos grupos cristianos que vienen aquí son tan importantes y son los que están llevando la pauta, los grupos cristianos que vienen, que visitan las cárceles son la mayor fuente de rehabilitación personal verdad, porque si usted conoce el fin de la pena de prisión es la rehabilitación lo que pasa es que el sistema no lo da, entonces la única fuente de rehabilitación que nosotros tenemos son los grupos religiosos (...)*”

**2. Vejez en el CAI**: esta segunda categoría está muy asociada a la primera por el hecho de que los derechos humanos de los adultos mayores no solo son una preocupación importante, sino que además son uno de los tantos referentes que utilizan para definir la adultez mayor y el proceso de envejecimiento. Está compuesta por las siguientes subcategorías:

- *Vida en el CAI*: percepción de los participantes sobre cómo transcurre la vida de los adultos mayores en el Centro.

Ejemplo: “*pongamos para aquí nosotros pensamos aquí y damos vueltas entre compañeros, y damos vueltas y vueltas y la pasamos y llegamos siempre para que nos vean, y está uno camina y el día se le hace largo, está uno deseando más bien que cierre para ir acostarse verdad, caminando nada más que uno camina y camina como para desahogarse de la cárcel verdad, entonces así lo veo yo, se desahoga un poquito uno, entonces uno camina con unos compañeros, al rato con otros, hasta que termine el día nada más...*”

- *Envejecimiento en el CAI*: tiene que ver específicamente con el proceso del envejecimiento y cómo este se ve afectado por el contexto de una prisión.

Ejemplo: “(...) *de repente nos pasa lo que me pasó “mirá si ya tengo 70 años y lo peor, en una cárcel” eso es lo que...eso es lo que más duele verdad, no solamente tener 70 años, sino que lo que yo nunca me imaginé que me iba a ocurrir a mí en la vida, me está ocurriendo ahorita...*”

- *Significado de vejez*: esta subcategoría está muy asociada a las anteriores por el hecho de que, al envejecer en una prisión, ésta es concebida desde el marco contextual en el que se encuentran, tendiéndose así a construir la vejez como un proceso negativo, pero con características positivas.

Ejemplos: *“Para mi es un crecimiento de...de sabiduría tal vez...” “Máxima sabiduría” “Sabiduría, también...es lo que más se...la riqueza más grande que hay...conocimiento”*

- *Situaciones a las que se ven expuestos*: incluye todas aquellas situaciones propias del Centro y de los privados de libertad que se encuentran en el CAI AM que afectan negativamente la salud mental y física de los adultos mayores.

Ejemplo: *“Y ahora le voy a contar cual es la mentalidad de aquí, hace 4 años nació un nietico verdad, en X y yo tengo 7 años de estar aquí y entonces yo pedí permiso, mandé a pedir la foto y todo, pedí el permiso para que me le dieran chance al nietico para conocerlo yo, no me le dieron permiso porque me dijeron que había nacido después de que yo estaba en la cárcel, se puede imaginar! o sea, que el nietico no tiene necesidad de verme, está bien, pero yo sí!”*

- *Estigma de ofensor sexual*: considerando que los participantes no son solo adultos mayores, sino también condenados por delitos sexuales, dichas condenas afectan también el cómo se vive la vejez dentro del Centro, debido principalmente al estigma que implica el ser acusado y condenado por un delito sexual, aun cuando no haya certeza de la culpabilidad.

Ejemplo: *“Y violadores que no merecemos absolutamente nada que lo que nos dan, nos lo dan obligadamente porque el sistema lo exige, pero aquí hay oficiales que dicen “nombres, toda esta manada de violadores, no merecen no más que tenerlo encerrados ahí en el Virilla trabajando día y noche porque hicieron un daño muy grande...”*

- *Significado de ser PAM PL(persona adulta mayor privada de libertad)*: esta última subcategoría es el efecto de las dos categorías anteriores, puesto que las situaciones a las que se ven expuestos y el estigma del delito cometido dan las pautas para la definición

de qué es un privado de libertad adulto mayor para los participantes del grupo de discusión.

Ejemplo: *“Por ejemplo, yo aquí esto lo aplico como a la situación que estoy viviendo verdad, por ejemplo en este lugar uno se convierte en un expediente, en un número y entonces, yo dentro de mí siento que yo no soy un número, soy un ser humano, con mis sentimientos, mis angustias, mis esperanzas, todo verdad, y me molesta saber que nosotros nos manejan como números, como expedientes verdad (...)”*

**3. Muerte en el CAI:** esta categoría en particular recoge las nociones que tienen los privados de libertad sobre la muerte y las actitudes que provoca el pensar o hablar sobre la muerte. A su vez está asociada con la categoría anterior, porque la muerte es una de las preocupaciones más comunes de las PAM, debido a la inminencia de esta. Las subcategorías que la componen son:

- *Abordaje de muerte en el CAI:* acá se contempla cómo desde la administración del Centro y desde los mismos privados de libertad se plantea y trabaja el tema de la muerte.

Ejemplo: *“Cuando está una persona muy enferma, y como estamos en una cárcel y aquí todo lo hacen chota y vacilón, y los mismos guardas le dicen “a es que usted va a pesar mucho, yo no estoy jalando...”, pues entonces la muerte pues aquí generalmente la relacionamos entre compañeros, cuando la persona está ya muy malita, que uno ve que fue al hospital y lo operaron y que viene caminando así, entonces es cuando ya uno dice, ya huele a “nidrio” como le dicen aquí”*

- *Mayor preocupación de morir en el CAI:* es una parte de la anterior ya que por el abordaje muchas veces inadecuado que se da del tema de la muerte, es preocupante para los participantes la sola idea de morir en el Centro y todo lo que esto implica.

Ejemplo: *“Yo por ejemplo, lo único que me preocupa, es lo que me preocupa realmente, es una enfermedad prolongada, que tenga que pasar lo que estoy viendo con compañeros, el abandono, esa falta de apoyo familiar, y eso sí lo debe hacer a uno sufrir (...)”*

- *Preparación para la muerte:* en asociación con las preocupaciones de morir en el CAI se empieza a dar todo el proceso de preparación para ésta, que a su vez está permeada por las creencias religiosas de los participantes.

Ejemplo: “(...) yo me he preparado o me he venido preparando para la muerte, cerrando ciclos y no abriendo nuevos ciclos (...)”

- *Estrategias de afrontamiento*: aunado a la preparación se aborda también el tema de las estrategias de afrontamiento que utilizan los PAM PL para hacerle frente a todo lo relativo al tema de la muerte y así evitar también la ansiedad ante la muerte.

Ejemplo: “(...) trato de leer, ponerme a leer o la misma Biblia, para quitarme, es decir, que la misma Biblia me de las respuestas a mí mismo, para como, es decir, controlar un poco ese sistema, ese proceso verdad, entonces me voy a la Biblia, entonces eso me fortalece, me fortalece mucho para pensar lo que viene de la muerte verdad.”

- *Actitud ante la muerte*: a partir de las estrategias que utilizan y de las creencias religiosas y filosóficas que poseen, los participantes construyen y evidencian la actitud ante la muerte de cada uno de ellos y cómo ésta es muchas veces generalizable a la población penal.

Ejemplo: “En este momento para mí nada, no pienso en ella, no me interesa pensar en ella, tengo muchas cosas por qué y por quién vivir (...)”

- *Significado de muerte*: se construye a partir de todas las subcategorías anteriores, y además afecta dichas subcategorías, porque a partir de cómo se concibe la muerte y el significado que tiene para cada uno de los participantes, así se trabajan las temáticas asociadas a la categoría en cuestión.

Ejemplo: “(...) yo digamos, le voy a decir sinceramente, que no por cobardía, ni por nada, pero si por esa liberación que ansía uno, a mí en este momento me gustaría morirme, por qué, porque sería una manera de liberarme de todo el sufrimiento que estoy viviendo, ante la imposibilidad de poderlo remediar, una opción sería esa (...)”

- *Situaciones que provocan ansiedad ante la muerte en el CAI*: esta última subcategoría presenta las situaciones que viven los PAM PL que están asociadas al tema de la muerte y evidencian cómo se da la muerte en el Centro y las situaciones que la propician.

Ejemplo: “Aquí hay algo que nosotros percibimos, al menos hay una mayoría que lo vemos así, que estamos muy cercanos a la muerte, porque hemos visto el asunto de que hay

*personas que se han muerto, o sea, que hay mucho viejito totalmente deteriorado, sin atención adecuada, para las dolencias que tienen, y entonces uno está viendo como se van deteriorando de una manera alarmante, y eso va en progreso día con día, sin que se tome una resolución al respecto”*

**4. CAI AM:** esta categoría hace referencia a todo lo relativo al Centro, específicamente la parte administrativa, de personal y de infraestructura, además de la cultura organizacional que se presenta en el Centro. Sus subcategorías son:

- *Características del CAI AM:* acá se enumeran todas las características del Centro, de relevancia para los participantes, que además los afectan de manera negativa y positiva.

Ejemplo: *“Hay otro problema, que además de no tener el programa idóneo, no tenemos el personal, aunque no tuviéramos el programa idóneo, teniendo un personal idóneo, el personal adecúa y va creando el modelo para nosotros, pero donde tenemos un personal que...no, que es totalmente, absolutamente represivo y que nos toma como una subespecie humana verdad (...)”*

- *Consecuencias del CAI:* todas las consecuencias que les provoca el Centro a las PAM PL están desarrolladas en esta subcategoría.

Ejemplo: *“(...)al convertirnos en efecto , entonces la escala tonal, (nos baja la autoestima) si la autoestima, al bajarse el tono emocional de la persona afecta todos los ámbitos de su existencia verdad, entonces provoca un deterioro mental, espiritual y físico, que en los adultos mayores es entonces doble o triple (...)”*

- *Valores, costumbres y normas del CAI:* todo aquello que hace referencia a la cultura organizacional y la subcultura carcelaria (el “código del preso”) que se presenta en el CAI AM se aborda en esta subcategoría.

Ejemplo: *“Hay otra situación que hay que es muy molesta a uno, y es que por la falta de un compañero, nos castigan a todos, y eso viera como duele porque, porque eso no es justo, el que la hace, que la pague verdad, por qué tengo que pagar yo lo que hace un compañero, y eso lo enferma verdad (...)”*

- *Recomendaciones de mejoramiento:* a partir de las tres subcategorías anteriores, se plantean las recomendaciones que se consideraron importantes en el grupo de discusión.

Ejemplo: *“Yo diría, que una de las cosas que debía de ponerse atención aquí, para que se cumpla como tiene que ser, es el servicio médico, porque el servicio médico aquí está totalmente abandonado, aquí se han muerto personas por falta de atención.”*

- *Significado de prisión:* a pesar de que los participantes han estado en otros centros de atención institucional, su concepción de lo que es una prisión está muy permeada por su estancia en el CAI AM, ya que a partir de esto ellos definen lo que se considera una cárcel.

Ejemplo: *“(...) en lo personal la cárcel para mí ha sido una bendición, una perfecta bendición, (una universidad) no para mí no ha sido universidad porque, pero... bueno yo diría que bueno como sitio de reflexión verdad, como sitio de reflexión sí (...)*”

**5. Agentes externos:** esta última categoría incluye dos aspectos importantes que para los participantes del grupo de discusión no se pueden dejar de lado, dado que se relacionan con su vida como adultos mayores y como privados de libertad.

- *Consecuencias sociales de la prisión:* se describen las consecuencias que los participantes perciben que se dan a nivel familiar y a nivel social, en las personas que se encuentran libres, pero que tienen algún familiar privado de libertad.

Ejemplo: *“(...) porque la cárcel daña en vez de rehabilitar y el que más sufre es la familia, resulta que aquí estamos nosotros a pata cruzada, sin ningún problema y todo el sufrimiento lo está sufriendo nuestro hijos, nuestras esposas y nuestras madres y los familiares.”*

- *Cultura de la vejez en CR:* destaca todos aquellos aspectos vinculados con el abordaje estatal y cultural del tema de la vejez y el envejecimiento.

Ejemplo: *“(...) es la falta de un proyecto de vida...personal y a nivel estatal, es decir nosotros no tenemos conciencia de qué somos ahora y llegamos (...)*”

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Con el fin de comprender mejor los resultados, se expondrá el análisis de éstos por medio de apartados que permitan clarificar la información obtenida a lo largo del proceso investigativo.

### Análisis de la fase piloto

Tal como se pudo observar en el apartado de resultados, la muestra piloto arrojó mayores puntajes en la subescala somática, situación que se explica por el hecho de que, como señalan González y Martínez (2009), los síntomas de ansiedad muchas veces se confunden con los del deterioro físico de las personas, además de que pueden ser resultado de un desorden médico o manifestarse al mismo tiempo y de ésta manera prestarse a confusiones. En la adultez mayor se enfatizan las experiencias psicofisiológicas más que las cognitivas, de ahí que sea más fácil para las PAM identificar las sintomatologías físicas que las cognitivas o las afectivas.

Con respecto a la correlación entre el puntaje del DAS y la subescala clínica del GAS, es importante tener en cuenta que, como mencionan Segal et al. (2010), dicha subescala se incluyó con el fin de que los profesionales que hicieran uso de ella pudieran identificar diferentes componentes de importancia para las PAM que se relacionan con la presencia de ansiedad, e incluyen en estos componentes la preocupación que produce la muerte, la cual es el principal estímulo ansiógeno de la ansiedad ante la muerte.

Finalmente, la diferencia por sexo que se encontró en la subescala somática del GAS se podría explicar por el hecho de que las mujeres tienen cambios fisiológicos más drásticos que los hombres (González & Martínez, 2009), además de que, como señalan Arenas y Puigcerver (2009)



Por lo que respecta a la neuroanatomía, la amígdala y el hipocampo están muy implicadas en las emociones y en la respuesta de estrés. En los últimos años, se ha demostrado que estas áreas cerebrales son sexualmente dimórficas en su estructura; mientras que la amígdala es mayor en los hombres que en las mujeres, el hipocampo es mayor en las mujeres que en los hombres. Se ha comprobado además, que la amígdala y el hipocampo reaccionan al ambiente de forma diferente en cada sexo.

Dichas diferencias estructurales aunadas a las diferencias hormonales entre hombres y mujeres dan como resultado que estas sean más susceptibles a las consecuencias producidas por los cambios fisiológicos que acarrea la edad, por lo tanto podrían reportar mayor ansiedad y ansiedad ante la muerte que los hombres, situación que podría explicar las diferencia por género identificadas en la muestra piloto (75% mujeres) y la muestra de estudio (100% hombres).

#### Análisis de la fase de aplicación de instrumentos a la muestra de estudio

Tal y como se verá en el análisis del grupo de discusión, no es de extrañar el hecho de que los adultos mayores que completaron los instrumentos evaluaran las condiciones del Centro como mejores de lo que realmente son, señalando como únicos factores de vulnerabilidad institucional la falta de atención odontológica en el CAI AM y la no consideración de las necesidades alimenticias de la población; lo anterior porque, aun cuando evalúan positivamente la comida que les dan, no necesariamente satisface adecuadamente sus necesidades dietéticas ni médicas.

El miedo a ser enviados a otro centro penal provoca que los adultos mayores reclusos en el CAI AM eviten a toda costa atacar el sistema bajo el cual se encuentran, además de que por miedo a ser identificados, prefieren no brindar ningún tipo de información que perjudique al CAI, en tanto se verían perjudicados ellos mismos. Esto es comprensible por lo que señalan Chan y García (2003):

(...) el recluso integra una “especial relación de sujeción”, es decir, que está sometido a la tutela y constante vigilancia de un órgano estatal que fija las reglas de organización, los espacios de actuación, la reacción ante el comportamiento inadecuado y en fin, **a un contralor absoluto y total de su espacio vital**(p.23).(El destacado no es original del texto)

Por lo tanto, a pesar de que se cumplan en mayor medida las *Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos* adoptadas por el Consejo Económico y Social de la Organización de las Naciones Unidas, hay un impedimento por parte de los privados de libertad para poder establecer los campos en los que no se están aplicando dichas reglas. Lo anterior ocurre debido al miedo de éstos de exponer las situaciones vulnerabilizantes a las que se ven expuestos, principalmente por el miedo a las posibles represalias por parte de la administración del Centro, producto de la relación de sujeción en la que se encuentran.

Lo antes mencionado fue evidente durante el proceso de recolección de datos, tanto en la aplicación de los instrumentos como en el grupo de discusión. Se pudo observar, por ejemplo, que durante la primera sesión de aplicación de instrumentos todos los privados de libertad evaluados afirmaron sentirse a gusto en el Centro, además de que aseveraron de que en el Centro se cumplen todas las Reglas Mínimas; vale mencionar que durante esta sesión un oficial de seguridad estuvo en la biblioteca acompañando a la investigadora y observando todo el proceso. Por otro lado, durante las dos sesiones posteriores –en las que no hubo ningún oficial de seguridad fiscalizando el proceso– los privados de libertad evaluados exponían entre ellos y a la investigadora que en el Centro hay muchas injusticias e incumplimientos a las Reglas Mínimas, como la falta de una dieta adecuada para quienes así lo necesitan y los malos tratos recibidos por parte de algunos oficiales de seguridad.

En el grupo de discusión se ahondó en dicha problemática, quienes hacían referencia a la importancia del sometimiento y al miedo a las represalias, en especial al de ser trasladados a otros Centros, como por ejemplo:

*Sujeto 3- “(...) hasta el momento yo no he tenido ningún problema con ninguna autoridad ni nada porque me he sometido a las cosas, porque ya yo sé cómo es el sistema y cómo es esto aquí, y he tratado de acoplarme y de no crear problemas, vivir, vivir donde me tocó vivir y ya, porque ya no me queda otra alternativa (...)”*

Más adelante se ahondará en este punto, ya que se considera de suma importancia para efectos del análisis de la información.

La correlación entre la puntuación del DAS y los años por descontar se puede explicar acudiendo a las palabras de uno de los privados de libertad:

*Sujeto 6- “No pues eso es obvio, eso es obvio, diay porque uno calcula, uno siempre, que no debería de ser así, pero uno masomenos con lo que falta uno calcula masomenos, porque muchos están atenedos al tercio, a la media pena, ya, de condena, nosotros de condena larga verdad, entiende, esa es la única esperanza que tenemos, si nos ayudan verdad, sino diay imaginate verdad...”*

Por lo tanto, si a un adulto mayor le dictan una condena larga, ésta se convierte prácticamente en una cadena perpetua, ya que los años por descontar se consideran en función de la edad, y a menos de que se obtengan los beneficios, como bien señala el Sujeto 6, las posibilidades de salir de la cárcel con vida son cada vez menores y de ahí la relación con la ansiedad ante la muerte. Esto se diferencia del estudio de Aday (2006) quien encontró que el DAS correlacionaba negativamente con la edad de los privados de libertad. En cuanto a esta diferencia, es importante aclarar que él trabajó con privados de libertad de diferentes cárceles, dado que en Estados Unidos estos se encuentran recluidos en los diferentes centros penales, sin que se haga diferenciación por edad. Por el contrario, en la presente investigación se trabajó con privados de libertad recluidos en un solo centro en el que se atiende sólo a la población adulta mayor. Asimismo, Aday (2006) trabajó con

adultos de 50 años y más, mientras que en el presente estudio se trabajó con adultos mayores de 60 años, por lo que la diferencia puede deberse al hecho de que hay diferencias significativas entre una persona de 50 años y una de 70 años, mientras que dicha diferencia se reduce entre una persona de 60 años y una de 70 años, pues ambas se consideran adultas mayores.

#### Análisis de la información recabada en el grupo de discusión

En este apartado, la información se organiza en función de los conceptos evaluados en la investigación (ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad), y de acuerdo con los objetivos de la investigación, con el fin de clarificar las relaciones encontradas y las posibles explicaciones de por qué se encontraron estas relaciones.

- Ansiedad ante la muerte en el CAI Adulto Mayor

Primeramente es importante establecer el concepto de muerte que manejan los privados de libertad, ya que al tenerlo claro se pueden comprender mejor las diferentes actitudes ante esta, las estrategias que utilizan para afrontar la ansiedad ante la muerte, el cómo se preparan para la muerte y las preocupaciones que surgen con respecto a morir en el Centro.

Los participantes brindaron las siguientes definiciones de lo que ellos comprenden por muerte:

*Sujeto 1-“(...) bendita sea la muerte que me libera de este cuerpo y de este mundo (...) la muerte para mi es una liberación, y es deseable, hasta cierto punto es deseable y es la esperanza que uno tiene de llegar a ella con el boleto ganado verdad, es decir, me entiende, es decir, haber triunfado, o haber ganado esa vida superior verdad.”*

*Sujeto 2- “Para mi la muerte no es que se finaliza, más bien es empezar una nueva etapa espiritual, no es cosa de que se finalizó y ya”*

*Sujeto 3-“(...) pero si por esa liberación que ansía uno, a mi en este momento me gustaría morirme, por qué, porque sería una manera de liberarme de todo el sufrimiento que estoy viviendo, ante la imposibilidad de poderlo remediar, una opción sería esa (...)”*

*Sujeto 4-“(...) es el fin del ser, hasta ahí llegamos, pero mientras usted no tenga temores ni deudas muy graves en su mente, no le veo mayor problema.”*

*Sujeto 6-“(...) es lo más seguro, es lo más seguro que tengo entiendes, que mis hijos, que mi esposa, que mi madre y todo eso, es lo más seguro que tengo, la muerte ya (...)”*

En general, puede decirse que su concepto de muerte remite a un evento vital que marca el final de la vida, pero que permite la liberación del espíritu y da inicio a la vida eterna que se describe en la Biblia. En este sentido, la muerte adquiere una connotación positiva y no es vista como un estímulo aversivo que atente contra la vida, muy al contrario, significa liberarse del sufrimiento que viven en la cárcel y de la condena misma.

Las situaciones que median esta conceptualización están muy relacionadas con la vida en el Centro, con las situaciones de las cuales son testigos y, en especial, con sus creencias religiosas. La creencia en la vida después de la muerte y la muerte como meta permiten resignificar la muerte ya no como fin sino como comienzo de otra vida, una vida mejor que la actual.

Aunado a este concepto de muerte se encuentra la actitud ante la muerte de los participantes, la cual es muy diferente entre ellos, probablemente debido al concepto que cada uno maneja sobre la muerte, a las experiencias en la prisión y a si se consideran culpables o no de los hechos por los cuales se les acusó. A este último aspecto se unen sus creencias religiosas, ya que se espera la “condenación del alma” si se cometieron los hechos, pues el delito sexual es considerado pecado; o, por el contrario, se tiene fe en la “salvación del espíritu” si no se cometió el delito o si hay un verdadero arrepentimiento cuando se ha cometido.

Con respecto a las actitudes, se encontraron las siguientes:

## 1. Indiferencia

*Sujeto 2-“(...) entonces la muerte, volviendo al tema, yo la siento como muy lejana, porque todavía me siento fuerte, todavía me siento liberado, todavía me siento con ganas de hacer ejercicio, la mente mía está lúcida (...)”*

*Sujeto 4-“En este momento para mí nada, no pienso en ella, no me interesa pensar en ella, tengo muchas cosas por qué y por quién vivir, muchas cosas por realizar (...)”*

*Sujeto 5-“(...) yo pasan los días y los días y ni me acuerdo de la muerte, de la pelona como dicen nada de eso (...) pero de menos digo que no, yo me acuesto y me despierto y pienso, bueno tal vez sea dentro de poco...”*

## 2. Temor

*Sujeto 6-“Bueno a mí la muerte, en lo personal mío, sinceramente, no, no se, mis compañeros, si le tengo miedo, pero por el Infierno, que hablan tanto del Infierno entiende, no se qué, cómo explicarme eso, eso...es mental o es una presión, o las religiones o tanta condenación o una confusión y todo eso, pero es lo más seguro, es lo más seguro que tengo entiendes (...)”*

## 3. Descanso

*Sujeto 1-“(...) a mí la muerte no me preocupa ni me desvela, porque más bien bendita sea la muerte que me libera de este cuerpo y de este mundo, lo que sí tengo que tener cuidado es de estar en un estado...en un estado espiritual, mental y hasta físico (emocional), si de todas las emociones, que cuando llegue ese momento de separarme de este cuerpo, porque así es como se enseña en la Biblia verdad (...)”*

*Sujeto 3-“(...) yo lo que expreso es eso, que yo no tengo temor a morirme, primero porque estoy bien preparado gracias al Señor, y yo no pienso en lo material, (...) yo lo único que pienso es en la salvación de mi alma, entonces yo lo que pienso nada más, es que cuando a mí me llegue el momento, si me llegara ahora, bienvenido sea, porque estoy en el momento en que más estoy sufriendo (...)”*

La actitud de indiferencia mostrada por los tres participantes puede deberse al hecho de que ellos se consideran personas sanas, que todavía tienen mucho por lo que vivir, de modo que aun cuando son conscientes de que la muerte es inevitable, no es necesario pensar en ella cuando todavía no se siente cercana. Además, los participantes conceptualizan la muerte como la finalización de la vida e inicio de la vida eterna en el Cielo, es un pasaje a otra vida. Así pues, no es necesariamente un concepto negativo de la muerte, de ahí la

presencia de la indiferencia y hasta cierto punto la aceptación de acercamiento, y no una actitud de aceptación neutral ni de escape, como si se observa en otros participantes. Debe tenerse en cuenta que el afrontamiento religioso ayuda a las personas en la búsqueda de fines significativos en tiempos difíciles (Rivera y Montero, 2007), por lo tanto, aun cuando estos participantes se encuentran en una prisión, siendo testigos de la muerte de sus compañeros, sus creencias religiosas les permiten resignificar la muerte y ver esta no como un final, sino como un comienzo, lo cual le da un sentido de significado y propósito a la vida y a la vida después de la muerte.

Solo uno de los participantes menciona tener una actitud de temor, la cual se explica, en opinión de esta persona, por la creencia en la “condenación en el Infierno” para quienes cometan pecados, en especial uno tan grave como el delito sexual. Su miedo se debe a que ve la muerte como una condena del alma, no tanto por el dolor que esta podría implicar o por el fin de su vida terrenal: la muerte no implica un fin, sino el inicio de una vida en el Infierno y de ahí que surja el miedo ante ésta.

Por último, la actitud de descanso reflejada por dos participantes está también muy relacionada con la aceptación de escape: creen que la muerte es una liberación, por lo tanto, un medio para escapar del sufrimiento de estar en prisión. El hecho de fallecer se acepta porque es la manera en que pueden librarse de lo que viven diariamente en el Centro, en otras palabras, significa obtener la libertad que quizá nunca puedan gozar en vida.

Estas actitudes están también asociadas con las estrategias de afrontamiento que utilizan los adultos mayores para hacer frente a la ansiedad ante la muerte, las cuales pueden ser pasivas en unos y activas en otros, según la actitud que muestran. En este sentido, según el grado de aceptación o de indiferencia, se vuelve necesario o no desarrollar

estrategias para afrontar la ansiedad ante la muerte. Entre las diferentes estrategias se encuentran las siguientes:

*Sujeto 1-“Díay el que yo cuenta es la fe en Dios verdad”*

*Sujeto 2-“(...) es decir, yo lo veo normal morirse, pero...díay es que para donde agarro, si yo me preocupo, me pongo tenso y si yo...no me voy a morir, no, no, como le dije anteriormente, ese es el camino de la vida, inclusive uno que ya está viejo, ya por naturaleza la mente lo va preparando para aceptar esa meta que es la muerte, más bien es como alcanzar una meta, no es una cosa de que yo me voy a desesperar (...)”*

*Sujeto 3-“Yo por ejemplo, en el caso mío, bueno como le decía, yo tengo un convencimiento de que ese es un hecho casi inminente que no tiene vuelta de hoja, entonces uno debe estar preparado para afrontarlo en el momento en que se le venga, yo estoy tranquilo porque tengo mi apoyo familiar, tengo también mis medios económicos para llegar, ya hasta mi funeral está financiado, así que por ese lado cuando Dios quiera vámonos”*

*Sujeto 4-“Si, mucha fe en Dios, cuento con mi familia, entonces eso también me ayuda, y tengo mi mente positiva, que mientras que Dios me deje llevarla a mi manera tendré un buen fin”*

*Sujeto 5-“(...) en el caso mío yo no me preocupo mucho pongámosle, si me muero, como dice este, somos tan pequeñitos, que me entierren en cualquier parte, yo se que a uno ya... yo se que a uno lo tienen que enterrar porque uno estorba si lo dejan afuera verdad, porque se pone hediondo verdad, pero díay mis hijas tienen buen corazón verdad, yo confío en que ellas me van a enterrar, y yo no pido un rosario de lujo ni nada de eso, cualquier parte que me entierren, de por si estoy muerto verdad”*

*Sujeto 6-“Es que no se puede, es decir, automáticamente Dios guarde que uno se concentre en eso porque imagínate, díay se vuelve loco y no está solucionando nada y díay y más bien se está estresando el sistema nervioso no, entonces no, trato de leer, ponerme a leer o la misma Biblia, para quitarme, es decir, que la misma Biblia me de las respuestas a mi mismo, para como, es decir, controlar un poco ese sistema, ese proceso verdad, entonces me voy a la Biblia, entonces eso me fortalece, me fortalece mucho para pensar lo que viene de la muerte verdad”*

Las estrategias que utilizan los participantes están íntimamente relacionadas con la actitud que poseen ante la muerte. Dichas estrategias son pasivas: no pensar en la muerte y dedicarse a otras actividades como leer o considerar que la fe en Dios les permite ver la muerte como positiva, de ahí que no sea necesario afrontar una ansiedad que en realidad no existe. Cabe señalar que Deaton et al. (2010) y Aday (2006) también encontraron que las



PAM PL evaden el tema de la muerte y aceptan la finalización de la vida por medio de las creencias religiosas.

Considerando que las estrategias de afrontamiento están en función de la ansiedad ante la muerte, es importante destacar las situaciones que la provocan en los privados de libertad del CAI AM:

*Sujeto 4-“(...) no hay un sistema de médico, ni de enfermería, ni buenos servicios de sillas, no hay un bidé, ni hay un cacho para que orine, o sea, que la gente tiene que agenciárselas a como Dios quiera, entonces ahí es donde yo veo que mucha gente diay, entre más días, más temor a morirse porque van a morir en una condición muy raquítica porque, o sea, el sistema de retención aquí, no le favorece para un término decente(...) saben que el hombre se está muriendo, porque tiene cáncer, creo que es el problema, a pero el ejecutor de la pena, si no va el doctor o no va la enfermera, a ratificar que el hombre se está muriendo, no le hacen, oiga eso es un crimen, que ahí es donde yo veo que está el temor de entre más viejo, más cerca estoy de vivir toda esa situación.”*

*Sujeto 1-“(...) entonces el miedo a morirme no es porque me muera, sino porque todavía no debo, todavía no debo morirme, porque todavía tengo varias cosas que terminar verdad, ahora, estando en la cárcel yo estoy viendo que nadie...no...es decir, que tengo más segura la muerte y peligro morir, es que estando aquí, peligro morir más rápido.”*

*Sujeto 4-“Bueno vea por ejemplo, como lo hablaban ahorita, uno desearía expresar muchas cosas que no están bien, pero qué pasa, el miedo a expresarlas es que de aquí de Adulto Mayor que uno está masomenos bien, vaya a parar a un Reforma o a un Virilla donde la juventud está más rebelde, que puede morir uno en la punta de una varilla, por decir algo, entonces ese es un gran miedo también que existe, por eso nadie se anima a ver si las cosas no salen...”*

En las citas anteriores puede observarse que en efecto dos de los disparadores de la ansiedad ante la muerte establecidos por Lehto y Stein (2009) se presentan en los participantes del grupo de discusión: a) los ambientes estresantes, en este caso la cárcel y las características particulares de ésta, fungen como ambiente estresante, en especial por el miedo que hay entre los privados de libertad de ser trasladados a otros centros, en donde peligra en mayor medida su vida; y b) el diagnóstico de enfermedades terminales, tal como señala el Sujeto 4, el estar convaleciente en un centro penal produce ansiedad ante la

muerte, debido a que no se está recibiendo una atención médica adecuada y la persona probablemente muera lejos de sus seres queridos, siendo una carga para sus compañeros.

Además llama la atención lo mencionado por el Sujeto 1, ya que evidentemente muchos de los privados de libertad tienen familias que dependen de ellos económicamente y durante el cumplimiento de la condena no se puede cumplir con las obligaciones familiares. Además se percibe que en la cárcel la posibilidad de morir es más elevada y por lo tanto todo aquello que aún se tiene que cumplir queda como un “asunto pendiente”, lo cual produce mayor ansiedad.

A partir de las actitudes ante la muerte y las estrategias de afrontamiento que posee cada participante, se llevan a cabo acciones con el fin de prepararse para la muerte, pues como decía uno de ellos la edad los obliga a ir pensando en la cercanía de la muerte y por lo tanto es importante estar preparados para ello. Los participantes se preparan de la siguiente manera:

*Sujeto 1-“(...) yo me he preparado o me he venido preparando para la muerte, cerrando ciclos y no abriendo nuevos ciclos (...)”*

*Sujeto 2-“(...) no haciéndole daño al prójimo y con la conciencia tranquila de decir, voy a comulgar, voy a tratar de no decir malas palabras, voy a tratar de no burlarme del otro compañero, voy a tratar de ayudar al otro, haciendo obras buenas, es lo que a uno le llena el corazón de saber que, si uno está en la lista, porque el que dispone es el Señor, pues pasa uno tranquilo (...)”*

*Sujeto 3-“Por ejemplo yo me tracé digamos, si se puede llamar, una meta, que en el tiempo que yo estaba en este mundo, que no se cuanta va a... iba a dedicarme a cambiar de modo de ser, de mal a bien, hay un montón de áreas dentro de mí que todavía necesitan de mucho trabajo para que sea una cosa provechosa y bien vista ante los ojos de Dios (...)”*

*Sujeto 4-“Bueno en mi caso, ni cierro ciclos ni no se si tengo que abrir ciclos, porque mi ciclo está y tengo que continuar, tengo que enfrentar, en este momento estoy privado de libertad, pero como le digo mi ciclo sigue siendo el mismo, tengo mi familia, tengo mis cosas en mente, entonces, pedirle a Dios que me ayude a salir con vida de aquí.”*

*Sujeto 5-“(...) a veces me pongo yo a pensar que el día que tal vez me sienta enfermo y tal vez ahí si uno ya llama a alguna hija para arreglar alguna cuenta, para que le quede algunas cositas a ellos verdad (...)”*

*Sujeto 6-“(...) pero siempre ante la muerte hay que dejar buenas costumbres no, es decir, pensar en sus nietos, pensar en el...verdad, tanto, es decir, reconocer los errores y tratar de enmendarlos (...”)*

Es evidente que el factor común de la manera en la que se preparan para la muerte sea el “cosechar el espíritu” con miras a ganar la vida eterna en el Cielo. Para todos es importante llevar a cabo acciones que se consideren positivas de acuerdo con el dogma religioso, y además dar un cierre correcto a la vida no dejando nada inconcluso, principalmente con la familia. El aspecto existencial es el más importante en el grupo de discusión, pues no se considera que la vida llega a un fin espiritual, para ellos el alma trasciende y puede llegar al Infierno o al Cielo, la preparación que se da es justamente para llegar a este último.

Es importante considerar con mayor detalle cómo se conceptualiza la muerte en el Centro, porque ayuda a entender el miedo a morir en este lugar que sienten los participantes. De acuerdo con los participantes, el tema de la muerte se aborda de la siguiente con manera:

*Sujeto 2-“Cuando está una persona muy enferma, y como estamos en una cárcel y aquí todo lo hacen chota y vacilón, entonces le dicen “que mae, usted está listo para la bolsa plástica” le dicen “de qué color la quiere” y los mismos guardas le dicen “a es que usted va a pesar mucho, yo no estoy jalando...” y como hemos visto personas aquí que uno dice, pues entonces la muerte pues aquí generalmente la relacionamos entre compañeros, cuando la persona está ya muy malita, que uno ve que fue al hospital y lo operaron y que viene caminando así, entonces es cuando ya uno dice, ya huele a “lirio” como le dicen aquí, le dicen a uno, una cosa así, entonces, pero esa es la forma de verlo en la cárcel, no le están dando un buen consejo ni nada, le dicen “diay chavalo ya huele a lirio usted ya”...”*

*Sujeto 3-“Aquí hay algo que nosotros percibimos, al menos hay una mayoría que lo vemos así, que estamos muy cercanos a la muerte, porque hemos visto el asunto de que hay personas que se han muerto, aquí se han muerto como tres sentados, ahí han cogido gravedad, o sea, que hay mucho viejito totalmente deteriorado, sin atención adecuada,*

*para las dolencias que tienen, y entonces uno está viendo como se van deteriorando de una manera alarmante, y eso va en progreso día con día, sin que se tome una resolución al respecto, porque estamos viendo que hay una necesidad urgente de que haya algo aquí que responda a las necesidades del adulto mayor (...)*”

Hay dos puntos señalados en estos párrafos que son muy importantes: el tema se aborda cuando ya es muy tarde y los privados de libertad perciben que al no recibir la atención médica adecuada están más propensos a morir en el Centro. Esta situación no solo vulnerabiliza a los adultos mayores del CAI AM, sino que genera ansiedad ante la muerte, aun cuando sea en menor medida. Debe tenerse en cuenta además que esa exposición negativa a la muerte puede estar influyendo en aquellos que consideran la muerte como una liberación.

Por último, debe tenerse en cuenta cuál es la mayor preocupación de morir en el Centro, ya que está muy relacionada con la manera en la que se aborda el tema de la muerte en el CAI:

*Sujeto 1-“(...) cuál es mi preocupación, en prisión, yo no quiero morir aquí uno, yo no quiero morir aquí, y me están haciendo morir aquí (...) porque para nosotros ya no hay esperanza, por qué no hay esperanza, porque diay vamos a salir de aquí y vamos para el hueco, y cómo va a ser eso, y digamos los ciclos que nosotros tenemos pendientes, digamos yo tengo un hijo que está empezando la universidad verdad, cómo hago yo con eso, es decir, para mi es una preocupación enorme verdad”*

*Sujeto 3-“(...) pero lo que si le temo y no lo niego en manifestarlo, es a una enfermedad terminal de esas prolongadas, donde los dolores no los calma nadie, donde se mendiga una inyección y no se la ponen para mitigar el dolor, y una pastilla, y hay esa negligencia, que usted se está reventando de hacer una necesidad y no hay una asistencia, más de uno de desahoga en sus propios ropajes y todo eso, esa situación, eso si me maltrata, saber que tengo hijos y que tengo esposa y que todo eso que diay que brillan por su ausencia porque ya yo estoy desechado, eso si me maltrata(...)*”

*Sujeto 5-“(...) en mi caso, yo si me pongo a veces, que ojala que tal vez que ojala cuando ya esté libre, que me muera afuera, porque aquí si uno se enferma, puede ser un cargo...un recargo para los compañeros míos(...)*”

Debido a la mala atención médica recibida y, por ende, al ser testigos de cómo muchos privados de libertad mueren a causa de enfermedades terminales y sin la atención correcta,

los participantes del grupo manifiestan que morir en el Centro es más un miedo a sufrir en su lecho de muerte, lejos de sus seres queridos y sin que se atienda el dolor del cual han sido testigos. Este miedo se considera el principal factor ansiógeno en privados de libertad adultos mayores, tal y como señala Aday (2006), quien encontró lo mismo en Estados Unidos. El hecho de que aún tengan obligaciones familiares por cumplir a la hora de morir causa mucha preocupación en ellos, esto se explica porque culturalmente el hombre es quien se encarga de ser el proveedor en los hogares, al no poder cumplir dicho rol se produce ansiedad y sentimientos de culpa, lo cual a su vez se relaciona con la ansiedad ante la muerte.

- Factores de vulnerabilización

Si bien para efectos de su evaluación estos se dividieron en factores institucionales y factores personales, ambos están relacionados, tal y como se mostró en los resultados de los instrumentos, ya que la institución y todo lo que ésta implica tiene efectos negativos en los privados de libertad. Dichos factores se consideran vulnerabilizantes porque representan situaciones que exceden la capacidad de “reserva” de los privados de libertad, quienes no cuentan con los recursos necesarios para afrontarlos con éxito, tal y como señala Grundy (2006).

— Factores institucionales

Estos factores se refieren a las situaciones propias del Centro y de su personal, las cuales afectan a los privados de libertad. En primer término se encuentra el tema de los derechos humanos, ya que como mencionara el grupo, estos no se están cumpliendo a cabalidad; por ejemplo, no cuentan con odontólogo, la comida que les dan no se ajusta a las necesidades alimenticias de los adultos mayores e incluso afirman que se les ha llegado a negar. No cuentan con atención médica diaria, además de que no cuentan con los

beneficios del tercio y de la media pena, no pueden expresarse libremente, de modo que deben aceptar delitos que no han cometido.

*Sujeto 1-“(...) el asunto es, deben respetar...deberán respetar ellos mi posición, que yo guarde respecto al caso, (...) se les obliga a aceptar el delito, ahora, si yo soy culpable y quiero seguir negándolo, bueno...ese es mi posición y mi derecho verdad, y si yo quiero seguir manifestado mi inocencia también es mi derecho verdad, y no se me puede...no se me puede castigar por eso”*

*Sujeto 2-“Bueno, ese es uno de los grandes...de los aspectos que aquí, los oficiales creen que son dueños de hasta de la comida, y no me han querido servir solo porque no llevé, porque en el platón este que nos dan, que es inmenso, yo le puse unas (palanganas) unas palanganitas pequeñas ahí que es la cantidad de comida que yo todos los días me alimento, no me la quisieron servir, pasé 3 días hasta que el Director llegó y “no, están cometiendo una barbaridad” eso fue lo que dijo, si eso fue la semana pasada, el lunes pasado...”*

*Sujeto 4-“Un día conversando con un supervisor me dice “es que ustedes tiene demasiados derechos” le digo “bueno, vamos a ver hasta donde tenemos derechos, qué pasa si yo mando un recurso a x parte fuera del sistema, que sea en contra del sistema?” “dialo mandamos pa’ Reforma” donde cree usted que está el derecho en verdad...”*

Esta situación va en contra del derecho a la vida y a la integridad física de todo ser humano y, por lo tanto, coloca a los privados de libertad en una condición de vulnerabilidad no solo ante la ansiedad, sino también ante la muerte, pues si no se tienen en cuenta las necesidades específicas de los adultos mayores, la condición de salud física y mental se deteriora cada vez más.

En las afirmaciones antes citadas, vuelve a relucir el tema del miedo a ser trasladados a otros centros a causa del incumplimiento de las normas explícitas y tácitas del Centro. Este miedo produce consecuencias psicológicas en los privados de libertad, ya que los obliga a estar en una condición de vigilia y sometimiento constantes con el objetivo de no ser trasladados.

*Sujeto 3-“Aquí...perdón...aquí hay una situación, que...o nos portamos bien (o nos portamos bien) o nos portamos bien (bajo amenaza) porque el que se porta un poquito mal va jalando de aquí, entonces...entonces hay personas tequiosas, las hay, que si no fuera por esas amenazas, se estarían dando, como decimos vulgarmente, de cachimbazos,*

*habrían pleitos y habrían cosas porque eh...hay...hay situaciones que no podemos este...terminar porque hay ladrones, hay asesinos, hay violadores, hay de todo, de todo hay y entonces...entonces hay unos que si no fuera porque hay...hay una cierta vigilancia estricta y los mismos compañeros más buenos y más...están vigilantes de que no hayan excesos, porque a veces verdad, hay algunos que se quieren salir del saco, pero los demás compañeros jalan el...porque somos solidarios, los que nos portamos bien somos solidarios a que el asunto no se...no se salga de la...porque nos perjudica a todos (...)*

Este miedo permite tener a los privados de libertad controlados por parte de las autoridades del Centro, manteniendo el estilo de vida que estos últimos consideran adecuado para el CAI Adulto Mayor, afectando todas las esferas de actuación de los privados de libertad y formando parte de la cultura organizacional del Centro y del código del preso de los privados.

Otro factor institucional es el trato brindado a las personas con discapacidad, quienes, según mencionan los participantes, son atendidas en mayor medida por los privados de libertad y no por las autoridades del Centro.

*Sujeto 4-“Por ejemplo aquí hay señores que no pueden venir a recoger su comida y si no somos nosotros los presos (si somos nosotros) nadie hace por donde darles la comida, ni un oficial, ni un enfermero, ni nada”*

*Sujeto 1-“Hasta bañarlos, hasta bañarlos hemos tenido que hacerles, bueno yo no pero mis compañeros...”*

*Sujeto 2-“Son los que se preocupan por la necesidades de los enfermos, pero los oficiales (nada de eso) y la enfermera y todo eso ocasionalmente llegan ya porque el viejito se calló y está casi todo quebrado ahí en los baños...”*

*Sujeto 5-“(...) y es una carga para nosotros mismos, pa’ los mismos reos, que algún viejito y lo echan ahí y el guarda sale y se va y “juéguesela a como usted puede”, entonces ese pobre compañero tiene que, por lástima, ayudarlo a bañarlo, llevarlo al servicio, el guarda se fue y lo echó...y no le dejan ni pasarle la comida también...”*

El que no se brinde una atención adecuada a estas personas, tal y como señalan los privados de libertad, coloca cargas a quienes no tienen la responsabilidad de llevarlas y revictimiza a estas personas. Lo anterior porque estos individuos con discapacidad no solo sufren sus padecimientos sin la atención médica y psicológica adecuada, sino que además

se convierten en una carga para los compañeros, situación que para los hombres puede resultar doblemente perjudicial, ya que culturalmente se espera que sean fuertes y cuidadores.

Otra problemática que señalan los participantes es el trato inadecuado y poco sensible a su condición de adultos mayores que reciben por parte del personal.

*Sujeto 1-“(...) tanto la atención técnica como la educación que se da en prisión es un engaño y es un ridículo, porque está hecho...prestado por personas que...este...que no (sin preparación) sin preparación si...ehm...”*

*Sujeto 2-“Aquí la maestra, que está fumando delante de los estudiantes, eso es ilógico y después la sensibilización de parte de los oficiales es terrible, ellos aquí cogieron esto como un vacilón, radios por todo lado y a toda hora, en la madrugada, escándalos, hablan, gritan, juegan pool, hacen desastres en la noche y esos no les importa quienes estemos durmiendo, quienes están enfermos, quienes están yendo al baño porque están mal del estómago, quienes están sufriendo por sus familias, quienes están pensando porque no puedan solventar los problemas económicos de su hogar y no pueden dormir, a ellos no les importa nada de eso, ellos piensan con el uniforme y de ahí le contestan a uno “yo soy el que mando, aquí doy las órdenes, y se terminó el asunto” entonces lo amenazan a uno con mandarlo a otra...a otro institución, ese es el problema, estamos pero pésimo (...)hago la advertencia: no todos son iguales, hay unos que son muy humildes, muy buena gente y son sensible (pocas excepciones) pero hay una cierta cantidad entre ellos que no les importa absolutamente nada, somos como esclavos para ellos...”*

En las citas anteriores, ellos denuncian la mala atención técnica y educativa del Centro, y la falta de sensibilización de los funcionarios, tanto de la maestra como de los oficiales de seguridad, aunque se hace la salvedad de que no todos los oficiales son así. De igual manera vuelve a mencionarse el miedo de los privados de libertad a denunciar estas situaciones a raíz de las amenazas recibidas con respecto al traslado a otros Centros. Dicha situación, como bien rescatan los sujetos 2 y 3, atenta contra la integridad física y psicológica de los privados de libertad.

*Sujeto 3-“Es que aquí por ejemplo, nosotros tenemos ese problema, y esa es una de las causas en las que vivimos nosotros más tensos, que nosotros, habiendo sido personas que solucionamos problemas, que enfrentamos situaciones, hemos llegado a un lugar donde somos totalmente incapaces de...por qué, porque estamos bajo una cosa, que si usted habla, usted está sujeto a que se la cuadren en el momento menos esperado, porque eso es*



*categórico, en el momento que menos espera, se le da una situación y ahí es donde se aprovechan y le hacen “tome papito” porque hay gente que se presta para todo...”*

Lo expuesto por el sujeto 3 guarda relación con lo mencionado por Crespo y Bolaños (2009)

De allí que es lógico pensar que la estancia en prisión se convierte en un fuerte suplicio para la persona, ya que, además de otros efectos típicos del encarcelamiento, debe asumir formas de vida con normas y valores que en la mayoría de los casos resultan, no solo completamente distintos a los que estaba habituado en su vida extramuros, sino que también pueden resultar completamente contrarios a los principios más elementales de una vida promedio.

En este caso, el Sujeto 3 se ha percatado de que en el CAI AM se le ha impuesto el no expresar lo que opina o siente con respecto a las situaciones a las cuales se ven expuestos los privados de libertad por medio de la amenaza de ser trasladados a otros centros penales, lo cual implica adoptar estilos de vida que son discrepantes con sus creencias y los valores aprendidos durante el proceso de socialización en el exterior. Debe tenerse en cuenta que muchos residentes del CAI AM ingresaron al sistema penal siendo ya adultos mayores, por lo cual sus creencias y principios ya estaban consolidados. Al llegar a un lugar en el cual se les imponen otros distintos, la vida se complica y se ven problemas físicos y psicológicos como consecuencia.

Por último, llama la atención el hecho de que uno de los participantes sacó a relucir cómo el sistema penal vulnerabiliza no solo a quienes se encuentran dentro, sino también a quienes desde afuera se ven directamente afectados:

*Sujeto 1-“(...) que la cárcel daña en vez de rehabilitar y el que más sufre es la familia, resulta que aquí estamos nosotros a pata cruzada, sin ningún problema y todo el sufrimiento lo está sufriendo nuestros hijos, nuestras esposas y nuestras madres y los familiares.”*

*Sujeto 1-“En ese aspecto, la administración está grave, está causando un daño y un prejuicio a nosotros, y a la familia, porque ahí salen las señoras llorando y las hijas salen llorando de lo que éste desgraciado nos hace, X...”*

En la medida en que una persona se ve afectada en su integridad, no sólo esta sufre las consecuencias, todo aquello que la rodea se ve afectado. En el caso de los privados de libertad, sus familias, vínculo más estrecho con la vida fuera de prisión, sufren también las consecuencias, que en mayor medida son psicológicas y económicas. Por tanto, la cárcel afecta a la sociedad, tanto a sus ciudadanos libres como a sus privados de libertad.

—Factores personales

A nivel personal, uno de los principales factores de vulnerabilidad es el de su condición de adultos mayores, ya que los expone a un mayor deterioro físico, el cual está en relación directa con la edad. Asimismo, las capacidades de reserva de los adultos mayores en condición de privados de libertad son especialmente limitadas, debido a la falta de acceso a buenos servicios de salud y a no mantener un contacto con sus familiares, amigos y con la sociedad en general (Grundy, 2006). Aunado a lo anterior, en el CAI AM estas personas están sometidas a normativas institucionales que discrepan de sus creencias y principios.

Para cualquier persona, llegar a la vejez implica tanto aspectos positivos como negativos, en especial debido a la cultura que se ha construido con respecto a esta etapa de la vida, ya que es vista como un periodo de pérdidas y de rechazo. No obstante adquiere un significado particular para quienes la experimentan dentro de los muros de una prisión

*Sujeto 1-“(...) bueno aquí la problemática del adulto mayor en prisión, uno, por eso yo le digo, es una problemática doble o triple, que para un joven, porque para nosotros ya no hay esperanza, por qué no hay esperanza, porque diay vamos a salir de aquí y vamos para el hueco, y cómo va a ser eso(...)”*

*Sujeto 2-“(...) digamos, que de repente nos pasa lo que me pasó “mirá si ya tengo 70 años y lo peor, en una cárcel” eso es lo que...eso es lo que más duele verdad, no solamente tener 70 años, sino que lo que yo nunca me imaginé que me iba a ocurrir a mi en la vida, me está ocurriendo ahorita...”*

*Sujeto 3-“El perjuicio que produce la reclusión es fatal para el adulto mayor, todavía el joven tiene la expectativa de toda una vida por delante, en cambio nosotros comenzamos a hacer números, bueno yo tengo 72 años, me metieron 30, hágale números, y 30 que usted sabe que lo están reprimiendo de un montón de derechos que aunque usted los tiene no se los dan...”*

A ellos les corresponde atravesar todos los cambios que trae el envejecimiento lejos de sus familias, de sus lugares de procedencia, en general, de la vida que ya habían consolidado y, por lo tanto, sienten un gran dolor al tener que morir en un centro penal, un lugar que siempre ha sido estigmatizado socialmente. Además, los adultos mayores evaluados están envejeciendo bajo el peso de dos estigmas: el de ser privados de libertad y el de ser ofensores sexuales.

*Sujeto 1-“(...) al encerrarnos, nos convierten en efecto, es decir, a nuestro pesar, entonces la escala tonal, es decir, el tono nuestro baja, nos baja al suelo, (nos baja la autoestima) si la autoestima, es decir el tono emocional se baja totalmente, al bajarse el tono emocional de la persona afecta todos los ámbitos de su existencia verdad, entonces provoca un deterioro mental, espiritual y físico, que en los adultos mayores es entonces doble o triple, entiende, es doble porque no es lo mismo que vos le bajes el piso a un muchachillo de 25 años verdad, que nunca te va a...se va a reflejar eso en una...en una condición psicosomática, es decir, mental, es decir, no le va a doler el hígado a un chiquillo de 20 años, pero a uno si le va a doler el hígado y le va a doler el corazón(...)”*

*Sujeto 3-“(...) en este lugar eh...uno se convierte en un expediente, en un número...y entonces, yo dentro de mi siento que yo no soy un número, soy un ser humano, con mis sentimientos, mis angustias, mis esperanzas, todo verdad, y me...me...me molesta saber que...que nosotros nos manejan como números, como expedientes verdad (...)”*

*Sujeto 3-“(...) la experiencia única de estar en una cárcel, para personas como nosotros que no hemos sido delincuentes comunes sino personas que por circunstancias especiales, por un momento de...un momento de mala cabeza, caímos en un delito que nos llevó a esta situación, es algo...totalmente...este...terrible (...)”*

*Sujeto 2-“Y violadores que no merecemos absolutamente nada que lo que nos dan, nos lo dan obligadamente porque el sistema lo exige, pero aquí hay oficiales que dicen “nombres, toda esta manada de violadores, no merecen no más que tenerlo encerrados ahí en el Virilla trabajando día y noche porque hicieron un daño muy grande...”*

*Sujeto 3-“(...) para mi salir de aquí es algo difícil, la vida mía cambió totalmente, aún más, yo dentro de mis pensamientos, es que si Dios me deja en algún momento, yo tengo que comenzar mi vida totalmente de nuevo y en otra parte, en mi barrio yo no podría vivir,*

*porque ya mi vida no sería igual y sería un terno malestar y una cosa que no me podría adaptar a que me estén señalando...”*

Los efectos de ambos estigmas, como señalan los participantes, se dan tanto a nivel físico como a nivel psicológico, siendo este último sumamente gravoso, en especial por el hecho de que lidian diariamente con las emociones que se producen al estar privados de libertad, las cuales a su vez tienen consecuencias físicas.

Un estigma, cualquiera que sea, provoca consecuencias en las personas que lo “portan”, y en el caso específico de las ofensas sexuales, su estigma surgió a partir de la patologización de los placeres perversos. Quienes ostentan este estigma pierden su condición de humanos y pasan a convertirse en “caso de estudio y tratamiento”. Además, en muchas ocasiones se considera justificado el trato deshumanizado que se les brinda a quienes sufren un estigma por considerarse que merecen un castigo a causa de sus características (Barrios, 2005).

En cuanto a las consecuencias que surgen a raíz de la privación de libertad, aunado al proceso de envejecimiento de los privados de libertad del CAI AM se encuentran las siguientes:

*Sujeto 3-“(...) haber caído en esta situación, a mi moralmente y psicológicamente y todo, me despedazó y ha sido algo muy duro, muy duro tener que sobreponerme a eso solo agarrándome de las manos del Señor, y luchando con las pocas fueras que le pueden quedar a un viejo como yo, pero con la esperanza de...de...de salir en algún momento libre de esta situación, pero las circunstancias que uno vive en este lugar desde que uno atraviesa esas puertas (...)”*

*Sujeto 3-“(...) aunque tal vez la persona como lo he visto yo con mis propios ojos, no viene con deterioros físicos visibles, pero si trae tal vez enfermedades crónicas verdad, que han sido tratadas adecuadamente en libertad, pero al caer aquí, el impacto psicológico, el abandono muchas veces de la familia, la convivencia con determinados compañeros, más la negligencia en algunos momentos de ciertas personas, agravan la situación y entonces esa persona se va deteriorando y nosotros las vemos, porque aquí hay varias personas que yo las conocí como decimos vulgarmente, con toda la pata y están hechos leña, aquí vino un, creo que era jamaiquino, o beliceño, por ahí, algo así, llegó perfectamente bien y se murió...”*

*Sujeto 3-“ (...)le recalcan a uno si uno se impacienta un poco “usted no tiene derecho a nada, usted es privado de libertad”, entonces uno más bien va creando un resentimiento, un dolor que va afectando el organismo, por ejemplo uno se siente mal, se le quita el hambre, eso genera lo que llaman bilis, la gastritis, el estrés, va generando también como una cuerda que se manifiesta en la relación con los compañeros que ya por cualquier cosita uno reacciona negativamente, porque ya uno está con el ánimo un poco...verdad (...)”*

Se rescatan entonces las siguientes consecuencias físicas y psicológicas: deterioros físicos visibles en casos de enfermedades crónicas, pérdida de apetito, problemas gastrointestinales, estrés, resentimiento, sentimientos de enojo, impotencia, desilusión, se sienten atados, y estos sentimientos se manifiestan incluso en las relaciones entre los mismos compañeros. Además ellos señalan que el estar privado de libertad provoca envejecimiento prematuro, lo cual es coherente con lo encontrado en las investigaciones: los privados de libertad son fisiológicamente 10 años mayores a su edad cronológica, a diferencia de sus contrapartes libres (Deaton et al., 2010; Snyder, et al., 2009; Kerbs y Jolley, 2009).

En cuanto a los tipos de privados de libertad que describe Dawes (2006), en el grupo de discusión se hicieron evidentes dos: los privados de libertad adultos mayores primerizos y los “eternos” o aquellos que han envejecido en prisión, cada uno de ellos con sus características particulares.

*Sujeto 1-“Voy aquí hay que...hay dos puntos de vista que hay que tomar en cuenta, de quien está en la cárcel siendo inocente, y quien está en la cárcel cumpliendo una pena por algún error que ha cometido verdad, entonces hay dos tipos de personas que van a tener dos puntos de vista muy diferentes, yo le voy a hablar desde el punto de vista de inocente, porque yo soy absolutamente inocente de los cargos o los hechos por los que se me condenó, como hay varios compañeros aquí, muchos que yo me he encontrado que son inocentes y otros que son medio inocentes, también otra variedad (...)”*

*Sujeto 2- “A mi me pasó...nosotros somos tan un número aquí, tan insignificantes, que después de tener 3 años de estar aquí, en una oportunidad entró el Director aquí a la biblioteca y se quedó viéndome y me hace la pregunta “y quién es usted?”, 3 años después, yo por no faltarle el respeto, pero lo pensé, no le dije nada “yo me llamo X, estoy aquí” todo asustado más bien, por dentro dije yo “quiere saber quién soy yo” dije yo ya*

*con carácter, “quiere saber quién soy yo, ábrame el portón y en un minuto tiene un expediente de este tamaño, y le voy a decir quién soy yo” entonces uno dice, cómo es posible, y el Director, en 3 años y 7 meses que tengo de estar aquí, la semana pasada por una necesidad, tuve la oportunidad de saludarlo nada más, 3 años y 7 meses, nunca un buenos días, ni unas buenas tardes, ni nada, nada, absolutamente nada...”*

*Sujeto 4-“Pero y eso es otra cosa...yo diría, si hubiese un sistema donde pudieran apreciar la diferencia entre un primero que hizo y una persona que llegó en el (un delincuente) exactamente, un delincuente (un delincuente común) que deberían tratar de (seleccionar) seleccionar, de darle oportunidad a los primerizos verdad, (primarios) porque si, porque uno tuvo un tropiezo, o porque...porque fulanita o fulanito se le antojó decir, este hizo lo que hizo y la ley le ayuda por ese lado porque la mujer tiene mucho apoyo, los hijos tienen mucho apoyo, y el viejo no vale un cinco, por ese lado tenemos ese gran problema...”*

*Sujeto 6-“(...)bueno yo comencé digamos en todas las etapas verdad, es duro, cerrada, mediana, mínima, tengo ya 10 años de estar en eso, y...he meditado, es decir, si he meditado y reconozco mi error, parece que si es cierto, le pusieron Reforma para reformarse, eso es cierto...eh...y yo todo lo que he pasado, gracias al Señor nunca, eso de violaciones de que sacan cuchillo a uno y todo eso, todo eso lo pasé yo y gracias a Dios nunca lo...nunca me lo hicieron verdad, siempre busqué compañeros que...que...nosotros la religión...eh...diay ver, callar, leer lo primario en una cárcel verdad, eh...someterse a las requisas, someterse a las...solo...verdad”*

En el caso particular de este grupo de discusión, cuatro participantes tienen 10 o más años de estar en prisión, mientras que dos son primerizos; no obstante, todos han tenido que vivir su vejez en el contexto de la prisión. Es muy interesante que los sujetos 1, 2 y 4 se consideren inocentes, por lo que la privación de su libertad es mucho más difícil de sobrellevar. Aun así los tres tienen creencias religiosas muy fuertes y piensan en salir de la prisión para poder retomar sus vidas.

Para los sujetos 3, 5 y 6, la prisión ha sido su “casa” durante más de 10 años, además ellos aceptan el haber cometido los hechos por los cuales se les condenó y han aprendido a someterse al sistema con el fin de cumplir la condena con el perfil más bajo posible. Han aprendido que lo mejor es someterse y pedir perdón a Dios por sus pecados, salvar el alma, ya que si logran salir con vida de la prisión, tienen que empezar de nuevo. Esto es evidencia de una mayor prisionización que en el caso de sus compañeros antes mencionados.

Por último, es importante exponer las estrategias de sobrevivencia o factores protectores que utilizan los privados de libertad del CAI AM para sobrellevar la vida en prisión. Son evidentes las redes de ayuda mutua y la educación, señaladas por García (2009); en particular, una de las más importantes es la religión.

En el caso de las redes de ayuda mutua, las utilizan principalmente para el caso de las personas con discapacidad o alguna enfermedad crónica, ya que como se veía anteriormente, entre ellos deben atender a sus compañeros, debido a la poca disponibilidad institucional para hacerse cargo del cuidado de estas personas

*Sujeto 4-“Y nosotros que podemos caminar y podemos hacernos las cosas, hay que ver a las personas que andan en sillas de ruedas (aquí hay personas que no se pueden levantar) aquí hay personas en cama que hay que ver lo duro que es bañarse, que lo lleven así a uno (aquí hay 3 personas con mangueras día y noche, aquí, jalándolas ahí) después no hay un baño donde se pueda sentar uno, es una situación...”*

Hay mucha empatía entre los privados de libertad. Uno de sus principales miedos es encontrarse en la misma situación que viven sus compañeros con discapacidad, quienes deben permanecer en cama, sin poder moverse ni para hacer sus necesidades, estando al cuidado de los demás. A falta de una atención médica adecuada, ellos mismos se han organizado de manera que las necesidades de todos, en especial las de aquellos con discapacidad, sean cubiertas.

En cuanto a la educación, si bien hay posiciones encontradas al respecto, quienes sí acceden a ella opinan que es positivo contar con este tipo de servicio en la cárcel, el cual además es un derecho constitucional y establecido en las *Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos*.

*Sujeto 4-“SINDEA, acá estamos con SINDEA...(…)Un programa diferente para adulto mayor(...) Pero es que vea, hay que verlo desde dos puntos de vista, en eso yo meto la mano por esto, porque son viejitos que económicamente no son muy...y diay, en el sistema les dan una bequita, de 10, 12 mil pesos mensuales, entonces por ese lado tratan de*

*ayudar, y después yo prefiero, aunque sea de mala calidad el estudio, estar ocupado, estar haciendo algo, que no metido entre la cama, ahí muriéndose”*

Tal como menciona el Sujeto 4, la educación no sólo permite mantener ocupados a los privados de libertad, sino que además les brinda beneficios económicos que les ayudan a solventar sus necesidades básicas.

El último factor protector es probablemente el más importante entre los adultos mayores del CAI AM, porque la religión juega un papel muy importante en el trascurso de la vida en la cárcel. Como bien señala García (2008), la importancia de las creencias religiosas se basa en los siguientes aspectos: a) facilitan la comprensión de la realidad en la cual se encuentran los internos, b) a nivel afectivo permiten que la persona defienda su propia autoestima, c) a nivel práxico brindan la posibilidad de maximizar la satisfacción y minimizar el sufrimiento y por último d) permiten expresar el sistema de creencias personal, lo cual promueve la socialización.

Todo lo antes mencionado se evidencia en expresiones como las siguientes:

*Sujeto 1-“(...) entonces yo al entrar a la cárcel en mi aparente soledad verdad, entonces la comunión que me queda a mí a mano es la de Dios, es decir la relación con Dios verdad, entonces ahí el vínculo se fortaleció y al fortalecerse ese vínculo entonces fui conociendo más de la otra parte que es Dios verdad, entonces hubo una...hubo un intercambio de conocimiento verdad, y de acercarme verdad, es decir cuando Dios dice “yo me acerco” es decir, cuando uno se acerca Dios se hacer a uno, entonces desde ese punto de vista yo lo considero una bendición porque he tenido tiempo para conocer la Biblia verdad (...) los grupos cristianos que vienen, que visitan las cárceles son el...los que...los que, son la mayor fuente de rehabilitación personal verdad, porque si usted conoce el fin de la pena de prisión es la rehabilitación lo que pasa es que el sistema no lo da, entonces la única fuente de rehabilitación que nosotros tenemos es...son los grupos religiosos y después entonces...a partir de eso... a partir de eso entonces yo vi que si soy inocente y estoy en la cárcel, bueno esto es un designio, un designio de Dios, un designio divino verdad, yo estoy aquí entonces yo debo responder a eso y debo de...de...digamos de analizar, comprender, de que Dios me trajo a mí por un propósito verdad, para salvar a mí y salvar mi alma y salvar la de los otros porque eh...ese es mi deber verdad, pero este...la cárcel es un absurdo, y es un castigo...y es un castigo doble para el adulto mayor...”*

*Sujeto 2-“(...) entonces uno ya uno se...como que eso le da a uno paz espiritual aquí, como que le da tranquilidad, es el caso que dice [sujeto 1] que es cuando uno logra, esos cursos*



*lo logra a uno reivindicarse con Dios, acercarse más a Dios, sentir esa necesidad que tenemos todos los seres humanos de ver de estar cerca de Dios pero que cuando estamos jóvenes lo olvidamos...”*

El Sujeto 1 señala algo importante y es el hecho de que los grupos religiosos brindan grandes posibilidades de “rehabilitación”, objetivo que se supone lleva intrínseca la privación de la libertad en un centro penal. Sin embargo, de acuerdo con la visión de los internos esa rehabilitación se logra gracias a la religión, no a causa de la condena en sí. En este sentido, la espiritualidad –las concepciones sobre lo sagrado, la vida después de la muerte y las respuestas al porqué y para qué de la vida– produce sentimientos, pensamientos y conductas que permiten reevaluar la vida propia y brindarle otro significado a su finalización.

#### Discusión general

Tal y como pudo observarse a lo largo de todo el trabajo, la población adulta mayor costarricense evaluada, tanto en condición de libertad como de privación de libertad, presenta niveles muy bajos de ansiedad ante la muerte. Esta situación, en el caso de la población privada de libertad, podría deberse en gran medida a las creencias religiosas, debido a que, como señalan Gurrola, Balcázar et al. (2011), “esto plantea la posibilidad de que los creyentes firmes pueden haber adquirido una sensación de inmortalidad simbólica (la habilidad para simbolizar la muerte y la continuidad de la vida) que les ayuda a afrontar el miedo a la muerte”.

Con respecto al objetivo de determinar los niveles de ansiedad ante la muerte en los ofensores sexuales del CAI AM, queda claro tanto en la aplicación de los instrumentos, como en el grupo de discusión, que estos son muy bajos y que están en relación con los años por descontar debido a que entre más años quedan de estar en prisión, no sólo son más

vulnerables a morir en el Centro, sino que además son testigos de las condiciones en las que mueren sus compañeros.

En relación con el objetivo de establecer los factores de vulnerabilización institucional y personal a los que se ven expuestos los ofensores sexuales del CAI AM, se pudo determinar que el principal factor de vulnerabilización institucional es la amenaza que perciben los privados de libertad de que si no cumplen las normas explícitas e implícitas del Centro, serán trasladados a otros centros penales, lo cual trae consigo miedo y sumisión por parte de los privados. Esta situación además pudo afectar los resultados obtenidos ya que limita a los privados de libertad a expresar y hacer visibles las situaciones que los vulneran a nivel institucional.

Los factores personales que se pudieron identificar son la condición misma de adultos mayores de los privados de libertad evaluados, el estigma de ser ofensores sexuales y todas aquellas consecuencias físicas y psicológicas que produce la privación de la libertad. Es además importante tener en cuenta que en la medida en que estos se consideren inocentes o culpables de los hechos por los cuales se les condenó, el cumplimiento de la pena de prisión se evalúa como más difícil o no.

No puede dejar de mencionarse que los mismos privados de libertad así como cuentan con estrategias de afrontamiento ante la ansiedad ante la muerte, también disponen de estrategias de sobrevivencia dirigidas a lidiar con el Centro y con la vida en prisión: la educación, las redes de ayuda mutua y, en especial, la religión.

En cuanto al grado de prisionización de los adultos mayores recluidos en el CAI AM, en el grupo de discusión se hizo evidente que es bastante elevado, pues si bien ellos son conscientes que se les violentan sus derechos y son vulnerables ante el sistema, se han tenido que adaptar a este no sólo para sobrevivir, sino para no ser trasladados a otros

centros. Han interiorizado las reglas, normas y estilo de vida del CAI AM, en especial aquellos que han estado más tiempo en el Centro y quienes tienen muchos años por descontar.

Con respecto a la relación entre ansiedad ante la muerte y factores de vulnerabilidad, ésta no se estableció como se esperaba. De acuerdo con los datos cuantitativos, la ansiedad ante la muerte se relaciona con los años por descontar, mientras que los factores de vulnerabilidad personales hacen vulnerables a los privados de libertad a la ansiedad, no así a la ansiedad ante la muerte. Además, los factores de vulnerabilidad institucional únicamente están relacionados con los factores personales de vulnerabilidad.

A partir del grupo de discusión se puede establecer que la ansiedad ante la muerte es poca en la población de estudio y está relacionada con la percepción de la posibilidad de morir en el Centro, debido a la mala atención médica que reciben y al ser testigos de cómo sus compañeros mueren a causa de esta. Asimismo, se relaciona con todos aquellos asuntos que quedaron pendientes de hacer en su vida fuera de la prisión, así como también se produce ansiedad ante la idea de morir sabiendo que sus familias todavía dependen de ellos económicamente.

Por lo tanto, ante la pregunta de investigación de si son la prisión y la prisionización factores que vulnerabilizan a los privados de libertad a presentar ansiedad ante la muerte, se considera que efectivamente lo son. No obstante los datos cuantitativos no lo reflejan así, muy probablemente por el hecho de que los adultos mayores del CAI AM tienen temor a denunciar todo aquello que los vulnerabiliza, por miedo a las represalias, en especial el de ser trasladados a otros centros penales, lo cual representa una limitación en la presente investigación.

## CONCLUSIONES

La aplicación de los instrumentos utilizados para evaluar ansiedad y la ansiedad ante la muerte no sólo permitió la validación de estos para la población adulta mayor costarricense, sino que además brindó la posibilidad de una primera aproximación descriptiva al nivel de ansiedad y ansiedad ante la muerte que muestra esta población. En este sentido, se encontró que la población adulta mayor de nuestro país está presentando una ansiedad ante la muerte moderada baja, aún en condición de privación de libertad. Ello podría interpretarse como que sus estrategias de afrontamiento están siendo eficaces para manejarla, en especial las asociadas a las creencias religiosas que se basan en la idea de la vida después de la muerte. Lo anterior se explica por el sentido de trascendencia del alma que dichas creencias permiten, lo cual da una idea de una continuidad de la vida después de la muerte, de modo que la ansiedad ante la muerte se reduce al no ser vista la muerte como fin sino como comienzo de la vida eterna.

En el caso de los ofensores sexuales, la ansiedad ante la muerte está asociada al hecho de que no reciben una atención médica adecuada, situación que los hace más vulnerables a morir en prisión; además de que por su condición de adultos mayores presentan un mayor deterioro físico, el cual aumenta en un ambiente como la prisión, debido a las condiciones a las cuales se ven expuestos.

La vida en el CAI Adulto Mayor está muy marcada por la prisionización, principalmente porque la probabilidad de que un adulto mayor experimente la institucionalización es cada vez mayor conforme su edad va avanzando, por el hecho de que conforme la persona va envejeciendo, aumenta el nivel de dependencia y se requiere mayor apoyo para realizar las actividades cotidianas. En el caso específico del CAI Adulto

Mayor, la institucionalización se instaura a partir del miedo, en especial al miedo a las represalias: si se someten a las reglas y normas del Centro, no tienen razón para temer, mientras que si se transforman en “elementos subversivos” están en peligro de ser trasladados a otro centro, lo cual significa una mayor vulnerabilidad a morir en prisión.

Se considera importante que a futuro se lleven a cabo más investigaciones sobre el tema de la prisionización tanto de la población adulta mayor como de la población privada de libertad en general. Lo anterior, con el fin de tener claro cuál es el código del preso que se maneja en las prisiones costarricenses y de esta manera llevar a cabo intervenciones que se adecuen a las verdaderas necesidades de la población y que permitan efectuar la tarea “resocializadora” que conlleva la privación de la libertad.

Teniendo en consideración las consecuencias que provoca la prisión en la población de estudio, se puede afirmar que en el CAI Adulto Mayor se está incumpliendo el artículo 2 de la Ley 7935, en la cual se establece que “el Estado deberá garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores”. Además, se incumple con el voto N° 2355-2002 de la Sala Constitucional (citado en Chan y García, 2003, p. 103), en el que se declara expresamente que “los privados de libertad tienen como derecho fundamental el recibir la atención médica que resulte necesaria para proteger su salud y su integridad física y psicológica”.

Por último, es evidente que la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (Ley7935) ha venido a paliar muchos de los factores vulnerabilizantes de estas personas. No obstante debe garantizarse su aplicación en todas las instancias e instituciones que estén a cargo de esta población, incluyendo las cárceles, ya que en éstas instituciones no se aplica correctamente la Ley, lo cual constituye una clara violación a los derechos de las personas adultas mayores.

## RECOMENDACIONES

### Para el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor

Es importante que se mejore la calidad de los servicios de salud brindados en el Centro, con el fin no solo de cumplir con las normativas nacionales e internacionales que así lo estipulan, sino también de mejorar las condiciones físicas y psicológicas en las cuales se encuentran los privados de libertad del Centro.

Se considera imperativo sensibilizar al personal del Centro con respecto al trabajo especializado que se requiere en la atención del adulto mayor, el cual debe ser desde una visión gerontológica y geriátrica, con el fin de garantizar el cumplimiento de los derechos humanos y en especial de los de las personas adultas mayores, estipulados en la Ley Integral de la Persona Adulta Mayor (Ley 7935).

### Para la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO)

La implicación que tiene la Asociación en el CAI Adulto Mayor debe ser aún mayor con el fin de que se garantice el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores. Es necesario que esta institución brinde un apoyo técnico al Centro en el proceso de sensibilización del personal con el que cuenta, en especial el personal de seguridad.

Es importante que se fomente la participación de los adultos mayores recluidos en el CAI en las actividades que desarrolla la Asociación en el Centro, para que de esta manera se reduzcan los niveles de prisionización y se tenga un mayor conocimiento de los derechos que pueden y deben exigir al Estado para que se cumplan en el sistema penal.

### Para la Dirección General de Adaptación Social

Como ente encargado de regular todos los centros penitenciarios de nuestro país, es importante que efectivamente vele por el cumplimiento de los derechos humanos en los

centros, además de que efectivamente se cumplan las *Reglas mínimas para el tratamiento de reclusos*, las cuales se crearon con el objetivo de garantizar que la vida en prisión sea lo más acorde posible con la vida en libertad.

#### Para la Escuela de Psicología

Es necesario que se fomente la creación y estandarización de instrumentos psicológicos dirigidos a personas adultas mayores, ya que en nuestro país no se cuenta con medidas de evaluación adecuadas para trabajar con esta población.

Debe fortalecerse la relación de la Escuela con el sistema penitenciario nacional, no sólo porque es uno de los lugares en los que la Psicología tiene un mercado laboral, sino también porque es necesario que desde esta disciplina se brinde una atención adecuada a las personas privadas de libertad, acorde con sus necesidades.

La formación que el estudiantado de Psicología está recibiendo con respecto a temas relativos a la criminología y los derechos humanos debe mejorarse, ya que se cuenta con muy poco conocimiento sobre las tareas que lleva a cabo el profesional en Psicología en el sistema penal y sobre cómo abordar los temas que surgen de las implicaciones sociales y personales de los procesos penales en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aday, R. (2005-2006). Aging prisoner's concerns toward dying in prison. *OMEGA*, 52(3), 199-216.
- Aragón, J. (2002). *Proceso de atención gerontológica para los adultos mayores privados de libertad del Centro de Atención Institucional Adulto Mayor*. Documento no publicado. San Pedro, Costa Rica.
- Arenas, M y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20-29.
- Ayers, C. (2005). *Cognitive content and vulnerabilities to anxiety in later life* (Tesis doctoral). De la base de datos de ProQuest Information and Learning Company.
- Barrios, D. (2005). *En las alas del pacer. Cómo aumentar nuestro goce sexual*. México: Pax México.
- Benton, J., Christopher, A., y Walter, M. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*, 31, 337-350.
- Castro, M. (2000). Vejez y derechos humanos: caso cárcel Adulto Mayor. *Anales en Gerontología*, 2(2), 89-97.
- Castro, M., López, A. y Sueiro, E. (2009). Sintomatología asociada a agresores sexuales en prisión. *Anales de Psicología*, 25(1), 44-51.
- Chan, G., y García, R. (2003). *Los derechos fundamentales tras los muros de la prisión*. Comisión Nacional para el Mejoramiento de la Administración de Justicia, CONAMAL, San José, Costa Rica.
- Chocho, A., y González, A. (2007). La importancia de la pericia médico legal con los privados de libertad. *Revista Medicina Legal de Costa Rica*, 24(1).
- Crespo, F. (2007). Construcción y validación de la escala para medir prisionización. Caso Venezuela: Mérida, 2006. *Capítulo Criminológico*, 35(3), 375-407.
- Crespo, F., y Bolaños, M. (2009). Código del preso: Acerca de los efectos de la subcultura del prisionero. *Capítulo Criminológico*, 37(2), 53-75.
- Crooks, D. (2009). *Development and testing of the Elderly Social Vulnerability Index (ESVI): A composite indicator to measure social vulnerability in the Jamaican elderly population* (Tesis doctoral). De la base de datos ProQuest Information and Learning Company.



- Cruz, G. (2001). *Perfil psicológico de privados de libertad ofensores sexuales sentenciados por delitos sexuales. Realizado en Centro de Atención Institucional San Rafael de Alajuela*. Documento no publicado. San Pedro, Costa Rica
- Dawes, J. (2009). Ageing Prisoners: Issues for Social Work. *Australian Social Work*, 62(2), 258-271.
- Deaton, D., Aday, R. & Wahidin, A. (2009-2010). The effect of health and penal harmonizing female prisoner's views of dying in prison. *OMEGA*, 60(1), 51-70.
- Fernández, X., y Robles, A. (2008). *I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*. San José, Costa Rica.
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González, J., Villaverde, M., y Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
- García, A. (2009). *Estrategias de sobrevivencia, formas de interacción y significado acerca de la vida en prisión, que poseen cuatro privados de libertad institucionalizados por más de 10 años en el Sistema Penitenciario Nacional y que se encuentran actualmente en el Centro Penitenciario Calle Real Liberia* (Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- García, J. (2008). Funcionalidad psico-social de las creencias en prisión. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 25, 171-200.
- Goffman, E. (1970). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- González, A. (2001). Consecuencias de la prisionización. *Revista Cenipecc*, 20, 9-22.
- González, A., y Martínez, R. (2009). Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1(1), 98-110.
- Grundy, E. (2006). Ageing and Vulnerable Elderly People: European Perspectives. *Ageing and Society*, 26, 105-134.
- Gurrola, G., Balcázar, P., Bonilla, P., Virseda, J. y Navarrete, E. (2011). Actitud ante la muerte en ancianos. *12º Congreso Virtual de Psiquiatría*, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Issa, H. y Arias, M. (2009). *Derechos humanos en el sistema penal*. San José: EUNED.

- Jiménez, P. (2009). Caracterización psicológica de un grupo de delincuentes sexuales chilenos a través del Test de Rorschach. *Psykhé*, 18(1),27-38.
- Kerbs, J. y Jolley, J. (2009). A Commentary on Age Segregation for Older Prisoners: Philosophical and Pragmatic Considerations for Correctional Systems. *Criminal Justice Review*, 34(1), 119-139.
- Kolb, P. (2002). Developmental Theories of Aging. En S. Austrian (Eds.), *Developmental theories through the life cycle*. New York. Columbia University Press.
- Ley Integral de la Persona Adulta Mayor (Ley 7935)*. Publicada en el Alcance No 88-A a la Gaceta No221 del 15 de nov de 1999.
- Letho, R. y Stein, K. (2009). Death Anxiety: An analysis of an evolving concept. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 23(1), 23-41.
- López, A., Sueiro, E. y López, M. (2004). Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 9(11), 241-254.
- Masís, A. (2008). *Ofensores sexuales extrafamiliares de personas menores de edad: Un estudio desde la perspectiva de la psicología forense en centros de atención institucional del Sistema Penitenciario Costarricense*. Documento no publicado. San Pedro, Costa Rica.
- Ministerio de Justicia y Gracia. (2009). *Informe mensual de población penitenciaria octubre 2009*. San José, Costa Rica.
- Moreno, R., De la Fuente, E., Rico, M. y Lozano, M. (2008-2009). Death anxiety in institutionalized and non-institutionalized elderly people in Spain. *OMEGA*, 58 (1), 61-76.
- Morgan, L. y Kunkel, S. (2007). *Aging, society, and the life course*. New York: Springer Publishing Company.
- Muñoz-Tortosa, J. (2002). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide.
- Pérez, J. (s.f.). *Ansiedad y trastornos de ansiedad* (Documento no publicado). Departamento de Psiquiatría y Salud Mental del Sur, Universidad de Chile.
- Pérez, R. y Viquez, D. (2010). Los grupos de discusión como metodología adecuada para estudiar las cogniciones sociales. *Actualidades en Psicología*, 23-24(110-111), 87-101.
- Pérez, V. y Sierra, F. (2009). Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 296-302.
- Raedt, R. y Van Der Speeten, N. (2008). Discrepancies between direct and indirect measures of death anxiety disappear in old age. *Depression and Anxiety*, 25(E11–E17).

- Raja, R. (2001). *Influencia de las creencias religiosas en las actitudes en el personal sanitario ante la muerte* (Tesis doctoral). Universidad de Cádiz, España.
- Ramírez, T. (2009). Envejeciendo en reclusión: un estudio de caso de los adultos mayores mexiquenses en situación de cárcel. *Revista Kairós, São Paulo*, 12(1), 149-180.
- Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 547-561.
- Segal, D., June, A., Payne, M., Coolidge, F. y Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 709-714.
- Seisdedos, N. (2008). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.
- Smith, V. y Molina, M. (2010). La entrevista cognitiva: Guía para su aplicación en la evaluación y mejoramiento de instrumentos de papel y lápiz. [Manuscrito no publicado].
- Snyder, C., van Wormer, K., Chadha, J. y Jagers, J. (2009). Older Adult Inmates: The Challenge for Social Work. *Social Work*, 4(2), 117-124.
- Uribe, A., Valderrama, L. y López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 109-120.
- Uribe, A., Valderrama, L., Durán, D., Galeano, C. y Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología*, 11(1), 119-126.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Escala de ansiedad ante la muerte (DAS 1) (Templer, 1970)

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones que tienen que ver con su **CREENCIA PERSONAL** sobre algunas áreas de su vida. Lo que tiene que hacer es leer atentamente cada afirmación y señalar con una equis (X), si considera que es verdadera (V) o falsa (F) según su creencia sobre cada afirmación.

Por favor, asegúrese de responder todas las preguntas, y trate de ser sincero en sus respuestas, las cuales serán confidenciales y anónimas.

Tengo mucho miedo a morirme	V	F
Casi no pienso en la muerte	V	F
No me pongo nervioso cuando la gente habla de la muerte	V	F
Me asusta mucho pensar que tenga que hacerme una operación	V	F
No tengo ningún miedo a morirme	V	F
No tengo miedo a tener cáncer	V	F
No me molesta en nada pensar en la muerte	V	F
Casi siempre estoy muy preocupado porque el tiempo pasa muy rápido	V	F
Me da miedo morir de una muerte dolorosa	V	F
La cuestión de la vida después de la muerte me preocupa mucho	V	F
En realidad, me asusta que me pueda dar un ataque al corazón	V	F
Pienso a menudo que la vida es realmente muy corta	V	F
Me asusto cuando oigo a la gente hablar de la Tercera Guerra Mundial	V	F
Ver un cadáver me horroriza	V	F
Pienso que el futuro no me guarda nada que temer	V	F

**ASEGURESE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

¡Gracias por su colaboración!

Puntuación	
0 a 4 pts	Ausencia o Poca ansiedad
5 a 7 pts	Ansiedad moderada “baja”
8 a 10 pts	Ansiedad moderada “alta”
11 a 15 pts	Mucha Ansiedad

## ANEXO 2

### Escala Geriátrica de Ansiedad (GAS 1) (Segal y Payne, 2005. Traducción de Tatiana Blanco, 2011)

A continuación encontrará una lista de síntomas comunes de la ansiedad o el estrés. Por favor lea cuidadosamente cada una de las frases. Indique cada cuanto ha experimentado estos síntomas DURANTE LA SEMANA PASADA INCLUYENDO HOY marcando con una X la respuesta correspondiente.

1) Mi corazón se ha acelerado o latido más fuertemente

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

2) Mi respiración ha sido más corta

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

3) He tenido malestar estomacal

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

4) He sentido que las cosas no son reales o como si estuviera fuera de mi cuerpo

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

5) He sentido que he perdido el control

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

6) He tenido miedo de ser juzgado por otros

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

7) He tenido miedo de ser humillado o avergonzado

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

8) He tenido problemas para dormirme

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

9) He tenido problemas para permanecer dormido

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

10) He estado irritable

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

11) He tenido estallidos de enojo

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

12) He tenido problemas para concentrarme

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

13) He estado fácilmente molesto o sobresaltado

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

14) He tenido menor interés en hacer cosas que por lo general disfruto

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

15) Me he sentido separado o aislado de las demás personas

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

16) Me he sentido aturdido, como en otro mundo

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

17) Se me ha dificultado quedarme quieto

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

18) Me he preocupado mucho

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

19) No he podido controlar mi preocupación

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

20) Me he sentido inquieto, sobresaltado

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

21) Me he sentido cansado

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

22) Mis músculos han estado tensos

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

23) He tenido dolor de espalda, del cuello o con calambres

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

24) He sentido que no tengo control sobre mi vida

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

25) He sentido que algo terrible está por sucederme

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

26) He estado preocupado por mis finanzas

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

27) He estado preocupado por mi salud

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

28) He estado preocupado por mis hijos

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

29) He tenido miedo de morirme

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO

---

30) He tenido miedo de convertirme en una carga para mi familia o mis hijos

<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
NADA	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	TODO EL TIEMPO



### ANEXO 3

#### Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) (Spielberger et al, 1982)

#### INSTRUCCIONES

A-E

A continuación encontrará unas frases que se usan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y marque con una equis (X) la opción que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No use demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0 = nada 1 = algo 2 = bastante 3 = mucho

Me siento calmado	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
Estoy tenso	0	1	2	3
Estoy incómodo	0	1	2	3
Estoy a gusto	0	1	2	3
Me siento alterado	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Me siento angustiado	0	1	2	3
Me siento cómodo	0	1	2	3
Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
Me siento nervioso	0	1	2	3
Estoy intranquilo	0	1	2	3
Me siento muy "atado"	0	1	2	3
Estoy relajado	0	1	2	3
Me siento satisfecho	0	1	2	3
Estoy preocupado	0	1	2	3
Me siento desorientado	0	1	2	3
Me siento alegre	0	1	2	3
En este momento me siento bien	0	1	2	3

ASEGURESE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

## INSTRUCCIONES

A-R

A continuación encontrará unas frases que se usan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y marque con una equis (X) la opción que indique mejor cómo se siente usted generalmente. No hay respuestas buenas ni malas. No use demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

0 = nada 1 = algo 2 = bastante 3 = mucho

---

Me siento bien	0	1	2	3
Me canso rápidamente	0	1	2	3
Siento ganas de llorar	0	1	2	3
Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
Me siento descansado	0	1	2	3
Soy una persona tranquila	0	1	2	3
Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
Soy feliz	0	1	2	3
Por lo general tomo las cosas muy en serio	0	1	2	3
Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
Me siento seguro	0	1	2	3
No suelo enfrentar las crisis o dificultades	0	1	2	3
Me siento triste	0	1	2	3
Estoy satisfecho	0	1	2	3
Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
Soy una persona estable	0	1	2	3
Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones recientes, me pongo tenso	0	1	2	3

---

ASEGURESE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

¡Gracias por su colaboración!

## ANEXO 4

### Cuestionario de Factores de Vulnerabilización Institucional (Tatiana Blanco, 2011)

A continuación encontrará unas frases que hacen referencia a las condiciones en las que se encuentra usted **en el Centro de Atención Institucional Adulto Mayor**. Lea cada frase y marque con una X la respuesta SI o NO, que indique mejor cómo se encuentra usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

PREGUNTA	SI	NO
Las instalaciones del CAI están en debido estado y limpias	SI	NO
Cuento con artículos de aseo (jabón, champú, papel higiénico)	SI	NO
Tengo acceso a artículos de cuidado personal (peine, rasuradora)	SI	NO
Se me permite utilizar mi propia ropa y cambiármela con frecuencia	SI	NO
Tengo una cama individual y ropa de cama individual suficiente	SI	NO
La comida que me dan en el CAI es nutritiva y según mi dieta	SI	NO
Tengo por lo menos una hora al día para hacer ejercicio	SI	NO
Si me enfermo me atienden el doctor y las enfermeras	SI	NO
Si mi enfermedad es grave me llevan a un hospital	SI	NO
En el CAI me atiende un dentista calificado	SI	NO
Puedo ver a mi familia y amigos en la visita	SI	NO
La biblioteca está limpia y ordenada	SI	NO
Tengo permiso de ir a misa o al culto	SI	NO
Se respeta mi religión en el CAI	SI	NO
Creo que hay suficiente espacio para todos los señores que estamos en el CAI	SI	NO
Me dan la oportunidad de ir a la escuela	SI	NO
Tengo la oportunidad de trabajar	SI	NO
Pienso que el CAI es un lugar en donde estoy seguro	SI	NO
Los guardas nos tratan bien a los adultos mayores	SI	NO
Puedo desahogarme con un profesional cuando me siento mal	SI	NO
Puedo moverme fácilmente en el CAI	SI	NO

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

¡Gracias por su colaboración!

## ANEXO 5

### Cuestionario de Factores Personales de Vulnerabilización (Tatiana Blanco, 2011)

A continuación encontrará unas frases que hacen referencia a las posibles situaciones que podría enfrentarse usted como adulto mayor, **desde el momento en que ingresó al Centro Adulto Mayor**. Lea cada frase y marque con una X la respuesta SI o NO que indique mejor cómo se encuentra usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

PREGUNTA		SI	NO
Me mantengo en contacto con mi familia y amigos		SI	NO
Tengo amigos en la cárcel		SI	NO
Me parece que tengo mucho tiempo libre		SI	NO
Me parece que todos los días hago lo mismo		SI	NO
Fumo		SI	NO
Me siento triste		SI	NO
Me siento solo		SI	NO
Me siento enfermo		SI	NO
He perdido la esperanza de salir de la cárcel		SI	NO
He visto señores morir en la cárcel		SI	NO
He sido víctima de abuso sexual en la cárcel		SI	NO
Creo que estoy más agitado que antes		SI	NO
Creo que estoy más agresivo que antes		SI	NO
Padezco alguna de las siguientes enfermedades:			
Problemas para dormir		SI	NO
Problemas respiratorios		SI	NO
Dolores de cabeza		SI	NO
Dolores de espalda		SI	NO
Dolores musculares		SI	NO
Problemas estomacales		SI	NO
Diabetes		SI	NO
Hipertensión arterial		SI	NO
Artritis		SI	NO
En la cárcel me enfermo mucho		SI	NO

COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

¡Gracias por su colaboración!