

107
2EJ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

EVALUACION DE UN PROGRAMA
DE ACTIVIDADES PARA LA VEJEZ

T E S I S

Que para obtener el título de:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

p r e s e n t a n

Lory y Recillas Isidora G.
Razo González Angélica María



Director de Tesis: Lic. Guadalupe Beatriz Santaella Hidalgo

México, D.F.

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Nada puedes enseñarle a un hombre
sólo puedes ayudarlo a que lo encuentre
dentro de sí mismo

Galileo Galilei

A g r a d e c i m i e n t o s

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto Nacional de la Senectud

Profra. Guadalupe Santaella
Con admiración y cariño

A LOS QUERIDOS VIEJOS

R E S U M E N

La vejez es una etapa de la vida que resulta un campo en el que el psicólogo puede desarrollar nuevas líneas de intervención e investigación. Una primera aproximación es la implementación de programas de trabajo, que brinden a los viejos elementos que fortalezcan su adaptación a esta etapa. Con tal propósito el presente estudio tuvo como objetivo primordial evaluar la influencia de un Programa de Actividades para la Vejez, en relación al comportamiento adaptativo de esta población, para lo cual se utilizó el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC). La investigación se llevó a cabo en dos fases: en la primera, se aplicó el instrumento completo a un grupo de 343 ancianos que asisten a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, con el fin de realizar un análisis del contenido del programa; la segunda fase, se realizó utilizando la primera sección del SEVIC, como instrumento de evaluación pre-postest al tratamiento (Programa Integral de Actividades), de acuerdo con un diseño experimental de cuatro grupos, los resultados se sometieron a un análisis de varianza. Aunque no existieron suficientes elementos que permitieran rechazar la hipótesis nula, el análisis del contenido del programa resultó de gran interés, y el programa se constituyó en una guía útil para el trabajo psicogerontológico.

Reconocimientos

A los sinodales

Lic. Aída Araceli Mendoza Ibarrola

Lic. Angelina Guerrero Luna

Lic. Jorge Alvarez Martínez

A nuestra sinodal revisor

Lic. Alma Mireia López Arce Coria

por sus comentarios y sugerencias

Al Mtro. José Martínez Guerrero

por su apoyo y confianza

Introducción

El envejecimiento es un proceso natural que ocurre en todos los seres vivos, comienza en el momento de la concepción y termina con la muerte de los individuos, por lo tanto es inherente a todos los seres humanos. Sin embargo, este proceso individual y natural, por primera vez en la historia de la humanidad, se manifiesta en cambios significativos a nivel de las estructuras de población.

Los avances científicos y tecnológicos han permitido alargar la esperanza de vida al nacer, es decir, cada vez mayor número de personas llegan a edades avanzadas, de acuerdo con las proyecciones demográficas, se calcula que para el año 2025 los varones de 60 años podrían vivir un promedio de 16 años más y 18 las mujeres en las regiones menos desarrolladas. Existe también una baja en los índices de mortalidad y el control de la natalidad ha llegado a niveles bajos y estables lo que ocasiona que esta transición demográfica se refleje en un aumento casi alarmante, para algunos países, de su población anciana.

"En América Latina las altas tasas de crecimiento de la población de 60 años no han producido, ni producirán en el período de la proyección, cambios espectaculares en el porcentaje de la población que corresponde a ese grupo de edades debido a que el crecimiento de la población total, aunque más lento, también es elevado. Sin embargo, la magnitud del cambio resulta impresionante cuando se considera el número de personas involucradas. En 1950 la región como un todo, tenía 8,860.000 personas mayores de 60 años. En 1975 ese grupo de edades había llegado a 20,140.000, para aumentar en más de tres millones en sólo 5 años y llegar a 23,350.000 en 1980. Entre ese año y el año 2000, según las proyecciones, se agregarían otros 17,660.000 y en el primer cuarto del próximo siglo 52,270.000 personas más, de modo tal que la población mayor de 60 años llegaría a más de 93 millones de personas en el año 2025, una cifra más de 10 veces y media mayor que la estimada para 1950. En ese mismo período la población total de la región crecería solamente hasta alcanzar algo más de 5 veces su tamaño inicial" (O.N.U. Envejecimiento de la Población en América Latina, 1980).

Es por ello que la vejez, como fenómeno, se ha convertido en preocupación fundamental de los organismos internacionales dedicados a la salud y el bienestar de las personas. Con el

fin de analizar la situación de la región latinoamericana, en una reunión previa a la Asamblea Mundial del Envejecimiento que se llevaría a cabo en Viena en 1982, los países que comprenden el área de América Latina realizaron en 1980 dos reuniones preparatorias sobre el envejecimiento en San José de Costa Rica; de éstas se desprenden una serie de consideraciones relacionadas con las necesidades específicas de los ancianos; salud, vivienda y medio ambiente, bienestar social, seguridad en el ingreso, educación y familia.

En cuanto a la salud, enfatizan acerca de la seria falta de atención médica preventiva y de educación para la población existente en algunos países de la región y reconocen la necesidad de alcanzar un estado de salud integral en los ancianos que asegure su participación en la vida social y económica. Al respecto el grupo de expertos recomendó:

"a) que se promuevan acciones basadas en los criterios de la medicina preventiva ligada íntimamente al concepto de educación, que abarquen los siguientes puntos:

i.- actividades tendientes al desarrollo de buenos hábitos nutricionales, programas de ejercicios físicos, la eliminación de hábitos nocivos como el alcohol, el tabaco y el sedentarismo.

ii.- la educación para la prevención de accidentes y el desarrollo de un ambiente lo más seguro posible.

iii.- educar sobre los procesos patológicos, con el propósito de lograr plena cooperación de los ancianos en el control de la enfermedad y evitar complicaciones" (O.N.U. Informe de la Reunión Técnica Latinoamericana sobre la Tercera Edad, 1980).

Esto significa que en todos los países las políticas de acción con respecto a los ancianos deben modificarse de acuerdo a la edad demográfica que presentan en particular y a las características sociales, económicas, educativas y culturales de su población.

La situación de nuestro país, en este sentido, no difiere mucho de la región mencionada con anterioridad. Según los datos del último Censo General de Población y Vivienda 1990, existían en el territorio nacional 4,988,158 personas de 60 años y más que correspondían al 6.14% del total de la población, de éstos 586,983 ancianos se encontraban concentrados en el Distrito Federal, la cantidad de personas comprendidas en este grupo de edad requiere de una atención constante por parte de las

instituciones que se dedican a brindar asistencia a la población en general; para ello, es necesario tomar en cuenta las características que presenta la vejez en los individuos, que abarcan niveles físicos, sociales y mentales.

"La humanidad por primera vez se enfrenta a un hecho que modifica por completo la estructura de la población del planeta con la explosión demográfica de la tercera edad. Si las cifras señalan además que será la Era del Envejecimiento, debemos reflexionar cómo deberá ser la vida en la ancianidad, si se agrega que en su mayoría son personas que mantienen sus facultades mentales, son capaces de aprender, aunque se reduce la capacidad de rendimiento, en tanto aumenta su tiempo libre. Debemos pensar además, cómo deberá ser la sociedad en la que cada vez vivirán más ancianos, que por lo tanto han finalizado su actividad laboral... Estas cifras deben alertar a la sociedad, porque el tema del envejecimiento es el tema del progreso y compromete a la sociedad como un todo" (Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología, 1982).

Del análisis de la situación socio-demográfica que presenta este sector en nuestro país y como respuesta a sus demandas, se establece, dentro de la Ley General de Salud publicada en el Diario Oficial en 1984, que "el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades" (Ley General de Salud, 1984), es una finalidad del derecho a la protección de la salud y considera a la "Educación para la Salud" y a la "Asistencia Social" como materia de salubridad general. "La Asistencia Social se concibe como una modalidad de servicios de salud con un objeto propio: coadyuvar a elevar el nivel de vida de los grupos marginados (especialmente de los menores, ancianos y minusválidos en estado de abandono) procurándoles los mínimos de bienestar a los que tienen derecho, de acuerdo con la constitución y permitiéndoles su rehabilitación y la adecuada integración a la sociedad a la que pertenecen" (Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, 1986).

Es así como la Asistencia Social se divide en dos grandes campos de acción. Primero, la protección de los individuos y grupos más débiles de la sociedad y, segundo, el fomento de la integración familiar y comunitaria con el propósito de abatir los índices de marginación por medio de la acción educativa y orientadora.

Dentro de las Instituciones que se dedican a brindar asistencia social a la población de edad avanzada en México, se encuentra

el Instituto Nacional de la Senectud, creado por decreto del Ejecutivo el 22 de agosto de 1979 con el objetivo primordial de "proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr soluciones adecuadas" (Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud, 1979).

Para cubrir este objetivo cuenta con programas que ha implementado y que abarcan varios aspectos de las necesidades de la población anciana: apoya su poder adquisitivo a través de la expedición de una tarjeta de descuentos y beneficios (tarjeta-INSEN) y de una bolsa de trabajo; ofrece orientación jurídica gratuita; brinda servicios médicos geriátricos a bajo costo así como albergue para aquéllos que lo requieran; atiende sus inquietudes recreativo-culturales, por medio de diversas actividades educativas y los estimula para enfrentar su proceso de envejecimiento con niveles de bienestar.

El INSEN cuenta con tres Centros Culturales cuyo objetivo es "propiciar en el anciano el desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas que le permitan iniciar y continuar su proceso educativo" (Programa Servicios Educativos, INSEN, 1996), también atiende a los ancianos en el seno de sus comunidades, a través de 76 Centros Comunitarios (clubes de la tercera edad) con los que busca "promover la organización y participación de los ancianos en pro del mejoramiento de las condiciones de su comunidad y elevación en la calidad de vida en general" (Programa Desarrollo Comunitario, INSEN, 1996) para promover el desarrollo comunitario, los clubes ofrecen una serie de actividades que comprenden, desde el fomento de actitudes de autosuficiencia y reducción de la dependencia en los ancianos, la estimulación de capacidades y aptitudes, hasta la promoción de diferentes formas de autocuidado que permitan la conservación de su salud.

Para llevar a cabo esta labor propuesta con la población anciana que asiste a los centros comunitarios del Instituto, el psicólogo es un actor imprescindible pues, a través de la elaboración, desarrollo, ejecución e implementación de programas, podría apoyar el bienestar integral del viejo. La elaboración de un programa con estas características implica el estudio, preparación y profundización en la psicología de la vejez (Programa Servicios Psicológicos, INSEN, 1996) aunado a las herramientas que, por formación, ya posee.

Ante esta perspectiva, en la presente investigación, nos abocamos a la elaboración de un "Programa de Actividades para la Vejez",

basado fundamentalmente en la teoría de la actividad (Tartler, 1961), parte de la hipótesis de que sólo se es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es "útil" a otras personas, en cambio, aquélla que ya no es "útil", que ya no desempeña "función" alguna en la sociedad, se muestra desgraciada y descontenta, por lo tanto, "la labor práctica que se ha de realizar con los ancianos incluye en su programa la activación y reactivación de los mismos" para desarrollarlo, se tomó en cuenta que existe una diversidad de líneas teóricas, técnicas y estrategias de trabajo dentro del campo de la psicología, que tenían que aunarse a la particularidad que reviste el proceso de envejecimiento, para que este programa apuntalara realmente el bienestar del anciano. Se consideraron, por lo tanto, varias líneas de acción: a) mantener el sentido vital, tanto en lo físico como en lo psíquico, fomentando el optimismo por la vida; b) funcionar dentro de la realidad, tratando en todo momento de mantener los atributos personales y sociales; c) considerar a la muerte como un fenómeno normal, lo cual implica eliminar el temor a morir; d) mantener una actividad útil, por la cual se sienta cariño y atracción; e) evitar las tensiones emocionales y las angustias mantenidas; f) evitar la vida sedentaria: hacer ejercicios variados y adecuados a la edad; g) mantener una permanente actividad intelectual; h) aprender a manejar la soledad; i) mantener las relaciones familiares y los contactos interpersonales; j) aceptación de su sexualidad; k) control periódico de la salud; y l) cuidar la adecuada alimentación. Todo ello tomando en cuenta la experiencia afectiva y emocional del senecto como elemento importante durante la aplicación del programa, con lo que se buscará, a partir de estos elementos, un cambio actitudinal y conductual.

Formando parte del equipo de psicólogos de trabajo del INSEN, las autoras de esta investigación, hemos diseñado un programa que contenía 30 sesiones, en su primera versión, cuyo objetivo primordial era: "Que el anciano, integrado a los centros comunitarios del INSEN, reciba información sobre sí mismo; que a través de diferentes técnicas grupales, se ejercite física y mentalmente, aprendiendo comportamientos que lo ayuden a adaptarse a su vida cotidiana adquiriendo, así, seguridad en sí mismo, fomentando su bienestar". Dicho programa se aplicó, por un lapso de seis meses, dos veces por semana, en cuatro de los clubes de la tercera edad del INSEN; con base en las observaciones realizadas durante este tiempo, se advirtió que las conductas y actitudes de los participantes del programa cambiaron considerablemente, desde su apariencia física, cuidado en el arreglo personal, aumento en la participación grupal,

actitudes favorables en sus relaciones interpersonales, apertura emocional, hasta seguridad que se expresa en sus movimientos corporales.

Sin embargo, dichas modificaciones observables a simple vista, no se han medido de manera objetiva, por lo que el presente trabajo tendrá como propósito aplicar una escala de medición, test-retest. Como resultado de la aplicación preliminar del programa y para agilizar su aplicación, se compactaron en 13 sesiones las 30 originales; debido a que se observó que algunos temas manejados en diferentes sesiones resultaban muy repetitivos, además, se descartaron las técnicas grupales que, en la práctica, no cumplían con el objetivo propuesto.

Con la finalidad de llevar a cabo este objetivo, se eligió el inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, desarrollado por un equipo conjunto de trabajo de la Sociedad Mexicana de Psicología y la UNAM; dicho instrumento explora el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por quienes rodean a la persona, y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales severas; interacción familiar, crianza y otras variables interactivas en condiciones normales; finalmente, las principales características sociodemográficas de los participantes. El inventario busca, de acuerdo con los planteamientos de la psicología preventiva, identificar los factores de riesgo que anuncian problemas de salud psicológica y su incidencia en la población para lograr establecer aquellos factores que anuncian bienestar psicológico con el fin de integrarlos en los programas preventivos.

La vejez es una etapa de la vida ni mejor ni peor que las demás, pero tiene sus caracteres propios, un sistema de valores y posibilidades particulares de afirmación de la personalidad. En este principio han de fundarse las actividades destinadas a proteger la salud mental de los ancianos y los programas que respondan al propósito de preparar al individuo para la vejez. Si eso se consiguiera, acaso fuera posible atenuar la angustia que la perspectiva del envejecimiento produce a tantas personas de edad madura. Tomando en cuenta que la salud mental no es una condición estática, sino sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales, implica la capacidad

de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en modificaciones de su ambiente físico-social o de contribuir a él de modo constructivo, donde el papel del psicólogo es muy útil en la adopción de medidas que favorezcan la participación de la población para el logro de su bienestar.

La experiencia nos ha demostrado que con la aplicación de este tipo de programas la labor del profesionista, en el área de la salud, resulta eficaz al contar con una guía práctica para el trabajo cotidiano, tal sería la aportación de esta investigación, por lo que intentar evaluar la eficacia del programa, sobre mediciones controladas en las manifestaciones comportamentales, se constituye en un compromiso, cuyo resultado final sea ofrecer al psicólogo, en ello interesado, líneas de observación, medición e investigación sobre un campo aún virgen.

I. Aspectos Generales del Envejecimiento y la Vejez

1.1. Definiciones

1.1.1. Proceso de envejecimiento

Con la finalidad de comprender aquellos factores que intervienen en el envejecimiento de los seres vivos, es importante conocer algunas definiciones acerca de este proceso, tomando en cuenta que la condición de los ancianos no es la misma en todas partes ni en todos los tiempos y que, además, varía en las diferentes culturas; sin embargo, a través de esta diversidad es factible determinar algunos factores comunes, que han llevado a conceptos más complejos que requieren la interrelación de distintas disciplinas, para tratar de desprender sus generalidades y señalar, al mismo tiempo, la causa de sus diferencias.

El soma, cuerpo u organismo físico, generalmente constituye el punto de partida de cualquier fenómeno vital. Desde principios de este siglo, los biólogos y médicos se interesaron antes que los psicólogos y sociólogos por el envejecimiento, y por consiguiente las primeras definiciones sobre este proceso involucran principalmente factores fisiológicos:

Lasing (1964), propone la siguiente definición: "Un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte", citado por Fuentes y Fuentes en 1978.

Para F. Bourliere (1970) "El tiempo deja huella en todo lo que vive, y esto se advierte en todos los niveles sucesivos de organización del ser vivo: moléculas, células, sustancias intercelulares, órganos y organismo. En el hombre y en los vertebrados superiores, el envejecimiento se manifiesta por una involución morfológica y funcional, tan progresiva como silenciosa, que afecta a la mayor parte de los órganos y entraña una disminución gradual de las capacidades del individuo".

La hipótesis más conocida y aceptada hasta entonces, era que un organismo vivo contiene una programación genética, con sus propias modalidades de crecimiento y envejecimiento, no obstante el papel del medio ambiente influye, cuando menos, en el ritmo de este proceso.

Fuentes y Fuentes en 1978, observan una más amplia gama de factores: "Se envejece por el cúmulo de lesiones que se producen en los tejidos debido a los traumatismos sufridos a través del tiempo como radiaciones, cambios externos de la temperatura, traumas mecánicos, químicos, cambios de presión; por agentes biológicos como parásitos, microbios, virus; por los sistemas de vida y las presiones sociales, la calidad y cantidad de los alimentos", para los autores el envejecimiento se realiza en un sistema continuo entre construcción y destrucción, crecimiento y desorganización, daños y compensación. La ley de la irreversibilidad de los procesos de envejecimiento impone que en la edad avanzada sea cada vez más lábil el equilibrio entre los procesos de destrucción y las medidas de compensación del organismo.

El análisis del proceso de envejecimiento ha llevado a otros autores a considerarlo como un fenómeno más complejo, donde la declinación es acelerada o retardada por numerosos factores que actúan de manera interdependiente. Ursula Lehr, 1980, concibe este proceso como "Las modificaciones experimentadas por las vivencias y el comportamiento humanos y su posible fundamento interno, hechos que se advierten tanto en la esfera biológica como en la psicoespiritual y en el contorno social, que exige indudablemente una eficaz colaboración que supere las fronteras que separan las distintas disciplinas científicas y exige ciertas bases pluridimensionales de investigación; que tengan en cuenta los aspectos somáticos, psíquicos y sociales del hombre".

Es un hecho que ha medida que maduramos y que nos transformamos interiormente, lo que llegamos a ser está ligado de forma inexorable a la naturaleza de nuestro mundo exterior. Reaccionamos, en efecto, ante las influencias culturales y sociales; al estilo de vida relacionado con un lugar específico, con una determinada época, en una sociedad concreta, con sus actitudes, sus creencias, sus leyes, sus reglamentos; experimentamos también la influencia del entorno, como es el caso del régimen alimenticio, la vivienda, la higiene; las ocasiones que se nos brindan para divertirnos, de instruirnos,

de trabajar; además de las influencias físicas y psicológicas.

Ante este panorama, una de las definiciones más completas es la propuesta por el Dr. Bernard Sthreler (citado en González Aragón, 1985): "El envejecimiento es un proceso biológico, universal, endógeno, intrínseco, deletéreo, progresivo e irreversible, que se caracteriza por un deterioro bioquímico y fisiológico, que conduce a una disminución de las capacidades del organismo para adaptarse tanto a su medio interno como al medio ambiente externo, a la detención de nuestros sistemas autorregulados y que lleva inevitablemente, como destino final, a la muerte".

Actualmente se considera que el envejecimiento comienza tan pronto como el organismo alcanza su madurez completa, es decir alrededor de los 25 años, un poco antes en los hombres que en las mujeres, aunque el tiempo cronológico necesario para el comienzo de este proceso en el ser humano varía, para algunos autores (Alamilla; González Aragón, 1985; San Martín, 1988) de un individuo a otro, de un órgano o función a otro, en el mismo individuo, de un nivel a otro, biológico, psicológico, social, en un mismo individuo y en un mismo tiempo.

El envejecimiento del organismo plantea no sólo problemas médicos, sino también psicológicos y sociales que afectan al individuo tanto como a la familia y a la comunidad. A medida que envejece, el individuo se incapacita para la vida activa debido a tres factores principales: invalidez progresiva producida por el proceso normal de envejecimiento, fuera de toda relación con procesos patológicos; acentuación de los efectos de las enfermedades crónicas, que ya eran importantes en los períodos anteriores de la edad adulta; problemas psicológicos y sociales, debidos generalmente a situaciones familiares y económicas asociadas con la senectud. La gerontología es la ciencia que se preocupa de estudiar las causas y consecuencias, biológicas, psicológicas y sociales que se van produciendo en el envejecimiento, aunque a la fecha, la naturaleza del proceso no se conoce (San Martín, H. 1988).

1.1.2. Vejez

Desde 1982, se considera el inicio de la vejez a partir de los

60 años para los países en vías de desarrollo, de acuerdo con la Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento; sin embargo la edad cronológica resulta inconveniente cuando se observa el impacto diferente del paso de los años para cada persona, pues dependerá de cómo fueron su forma de vivir, su estado de salud, sus condiciones de trabajo, etc. Es decir, aunque la edad constituye un parámetro, no determina la condición del individuo, en los estudios sobre la vejez se toman en cuenta la personalidad, la historia individual y las posibilidades de cada sujeto tomando en cuenta tres tipos de edades en el ser humano: a) la edad biológica, que se refiere a la esperanza de vida; b) la edad psicológica, que estudia las capacidades del individuo para una conducta adaptativa, y c) la edad social, integrada por los roles o papeles sociales de un individuo, en relación a las expectativas que tiene su entorno social, para con los miembros de su grupo etario; lo esencial no es el mero transcurso del tiempo, sino la calidad de vida.

Aunque la vejez humana presupone reducciones de la capacidad funcional, debidas a los cambios ocurridos con el transcurso del tiempo, estas limitaciones no le imposibilitan desarrollar una vida plena como persona que vive no sólo en lo físico, sino sobre todo en lo psíquico y lo social, por ello ha dejado de considerarse una enfermedad, para concebirse como una etapa de la vida que posee una realidad propia y diferenciada de las anteriores, limitada solamente por las condiciones objetivas externas y las subjetivas del propio sujeto.

La mayor parte de los ancianos no están enfermos ni se hayan limitados; mucha gente se sorprende al comprobar que personas de edad avanzada desempeñan actividades físicas o intelectuales con plena efectividad, por lo tanto, resulta difícil definir la vejez normal, pues lo que para unos constituye enfermedad y limitación, para otros supone mera molestia que no impide desempeñar los mismos roles que en la vida adulta (Moragas, 1991). "Lo que determina la calidad de la vejez, es la actitud con que se enfrentan las pérdidas y la propia naturaleza de éstas" (Vinkelman, 1995).

En conclusión, es necesario considerar a la vejez, más que como un período de decadencia, como una etapa del desarrollo humano donde los esfuerzos de toda una vida fructifican y se consolidan. "Existe cierta madurez de juicio acerca de los hombres, las cosas, las causas y la vida en general que nada en el mundo

sino los años pueden traer, una auténtica sabiduría que únicamente la edad puede enseñar" (Hall, citado por Erikson 1981).

1.2. La vejez en el aspecto biológico

1.2.1. Teorías biológicas

Aunque la Gerontología Social ha reconocido, desde sus orígenes, que el envejecimiento no constituye solamente un proceso material del organismo sino un fenómeno más complejo en el que también intervienen variables psíquicas y sociales, la Gerontología Experimental tiene la misión de explicar los procesos que causan el deterioro del cuerpo humano con el transcurso del tiempo, de buscar la posibilidad de modificar el ritmo y carácter de este deterioro y de cómo hacerlo (Comfort, Alex. 1975)

De las investigaciones realizadas hasta el momento, han surgido teorías biológicas basadas en factores endógenos (teorías genéticas, neuroendocrinológicas, inmunológicas y metabólicas) y en factores exógenos (nutrición, virus, radiación, contaminantes, etc.).

Dentro de las primeras, las teorías genéticas argumentan que para comprender el envejecimiento es preciso entender el "código genético" que determina nuestra longevidad, la muerte de la célula característica de la vejez se produce por el deterioro de la sustancia genética de ésta, el ADN (Kastenbaum, 1965), incluso es posible que existan genes específicos del envejecimiento responsables de la cadena de procesos ligados al mismo a partir del momento del nacimiento; Hayflick (1961), pudo darse cuenta que mucho antes que las células cesaran de dividirse presentaban cambios específicos en su estructura y funcionamiento como: reducción en su capacidad de producir suficiente energía, una menor capacidad para producir enzimas con suficiente rapidez y un aumento en los materiales de deshecho dentro de cada célula, estos cambios causados por la edad desempeñan el papel principal en la expresión del envejecimiento en el cuerpo y dan como resultado la muerte del individuo mucho

antes de que sus células dejen de dividirse.

Las investigaciones que ofrecen mayores posibilidades de comprender y modificar el proceso del envejecimiento, parten de la hipótesis de que éste representa una pérdida de información. Todo modelo sobre pérdida de información, sea celular, molecular o intracelular, además parece requerir, por razones matemáticas y lógicas, algún tipo de proceso de autograbación o retroalimentación, para que explique el carácter exponencial del envejecimiento (Comfort, 1975).

En la actualidad es evidente que 1) la acumulación de errores en el ADN no se confirmó ni se descartó como causa del envejecimiento, y 2) todos los argumentos y mecanismos en su favor podrían aplicarse, con igual fuerza, a la acumulación de errores en un nivel post-ADN, el sitio más coherente del probable error primario es el paso del ARN. Según Orgel (1970), existe una disminución de la fidelidad en la síntesis protéica; en la activación de los distintos aminoácidos se producen errores que afectan la síntesis del ADN. Aunque la propia célula tiene mecanismos de reparación que le permiten, hasta cierto límite, la reconstrucción del mensaje, es posible que esta capacidad se desborde, produciendo una eventual crisis de errores, copias malas que desplazan a las buenas, en virtud de la cual la especificación errónea aparecería en todas las copias, menos las primarias, llegando, por último, a afectar a éstas.

A partir de la teoría del error primario, han surgido numerosas investigaciones que tratan de explicar las posibles causas y manifestaciones del error en el ADN; los espectaculares avances de la inmunología en los últimos años, han vuelto a poner de manifiesto el interés y la importancia de la relación entre inmunidad y vejez. Eisidorfer (1971), sugiere que el sistema de defensa del cuerpo parece volverse contra sí mismo y atacar algunas de sus partes, como si fueran invasores extranjeros. Puesto que es probable que con el tiempo aparezca un cierto material imperfecto y que sea tratado como una amenaza, el sistema inmunológico se vuelve además menos eficaz en su lucha contra la enfermedad al no saber distinguir entre las partes sanas del organismo y los invasores, y se enfrenta a éstas como si fueran aquéllos.

Otras teorías se concentran en los fenómenos celulares y metabólicos. Algunas moléculas originan entrecruzamientos que

producen cambios físicos y químicos que interfieren con el funcionamiento molecular normal. El Dr. Bjorksten (1958), considera el envejecimiento biológico de los organismos vivos como resultado de la formación ocasional, mediante enlaces transversos, de puentes entre las moléculas de las proteínas, los cuales no pueden ser desintegrados por las enzimas encargadas de reparar la célula. Además, la formación de este tipo de enlaces en las moléculas del ADN, interfiere en la producción del ARN y de proteínas vitalmente necesarias que habrían sido producidas por el ARN afectado, también impide que el ADN participe en la división celular por medio de la cual se reemplazarían las células. Los enlaces transversos en la proteína y en el ADN pueden ser causados por muchas sustancias químicas normalmente presentes en la célula como resultado del metabolismo y por contaminantes comunes como el plomo, humo de tabaco, etc.

La lesión macromolecular por enlaces cruzados, por roturas irreparables de riendas y procesos semejantes, es más aceptable y concordaría con los efectos que se postularon más tarde, para la radiación, los mutágenos y los radicales libres. Harman (1971), principal representante de la teoría de los radicales libres expone que, algunas veces las células producen radicales libres para ayudar al metabolismo, frecuentemente en aquéllas reacciones que implican el uso de oxígeno para "quemar azúcar" y producir energía, otras veces estos radicales libres se pueden producir accidentalmente y sin control alguno y pueden causar un efecto perjudicial en las moléculas del ADN y ARN, esto los convertiría en importantes factores de envejecimiento biológico. Se supone que podrían lesionar las proteínas estructurales o el propio ADN celular produciendo daños irreversibles, que incluso afectarían la membrana celular. En este sentido, existen hipótesis por algunos comprobadas, en que la utilización de antioxidantes, interfiriendo en la activación de estos radicales, podría invertir esta sucesión de hechos.

Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudican no sólo la actividad celular normal, sino el mismo proceso de purificación. La acumulación de desechos en las células y la reducción de la tasa de oxidación celular provocan igualmente una pérdida de función y la muerte celular, cuanto más se acumulan éstos en la célula más se acentúa el proceso de degradación.

La moderna citogerontología se adentra en el mundo celular para tratar de desentrañar los caminos que conducen a la muerte celular y las posibilidades de evitarla, retrasarla o al menos modularla. Shock (1983), señala que el envejecimiento puede estar más en relación con el descenso de función del conjunto de mecanismos integrados que en los cambios en células individualizadas, tejidos e incluso órganos. Según la teoría de las modificaciones del sistema endócrino, el envejecimiento podría ser resultado de una modificación de la producción o de la liberación de los cuerpos químicos en el organismo; resulta difícil precisar si las modificaciones endócrinas son la causa o el efecto del envejecimiento. En este campo la investigación no ha hecho más que empezar; los científicos centran sus nuevos estudios en los efectos de las glándulas endócrinas sobre el metabolismo de los neurotransmisores, como las catecolaminas, sustancias que facilitan la transmisión de los impulsos neuronales.

Sin embargo, el más estudiado en cuanto a su relación con el envejecimiento del individuo es el sistema nervioso central Bouliere (1982), estudió los sistemas que pueden considerarse moduladores o rectores de la actividad general del organismo: la existencia de alteraciones morfológicas macroscópicas, la demostración de pigmentos e inclusiones intracelulares, las modificaciones en la macro y micro circulación y finalmente el interesante campo del metabolismo neuronal, con los cambios en los neurotransmisores a lo largo del envejecimiento, todo ello con una difícil delimitación entre lo fisiológico y lo patológico. Muchos de los cambios ocurridos en el funcionamiento del cuerpo, conforme la gente envejece, se deben a un deterioro en la capacidad del organismo para mantener la homeostasis por medio del control endócrino y cerebral. Muchos síntomas del envejecimiento parecen ser causados por una falla en la regulación de la producción hormonal, debido a la cual se produce una cantidad o muy grande o muy reducida de ésta, lo que a su vez causa el deterioro de los procesos corporales; otra hipótesis postula que la falla en la homeostasis no se debe simplemente a un mal funcionamiento de las glándulas endócrinas en sí, sino a una falla en el control del hipotálamo sobre la hipófisis, que provoca una defectuosa regulación de las glándulas endócrinas.

Es hoy universalmente admitido que los estudios sobre el proceso de envejecimiento confirman su base genética, aceptando una

programación controlada que puede alterarse en función de una serie de sucesos; errores en la síntesis, reparación o transcripción, influencias sobre el mundo celular de sustancias nocivas como los radicales libres o radiaciones ionizantes, procesos autoinmunes y otras patologías locales o generales y también factores extrínsecos y ambientales. Parece lógico pensar, desde el punto de vista geriátrico, que en la medida en que las investigaciones sobre el proceso de envejecimiento fisiológico avancen, aumenta la perspectiva de mejorar la calidad de vida de la población anciana.

1.2.2. Cambios corporales

Como se ha comentado, el envejecimiento conlleva una variabilidad en los distintos "modos de envejecer" de cada organismo y es sobradamente conocido que dichos modos no siguen un proceso evolutivo armónico y rítmico, sino que, por el contrario, presentan evidentes diferencias. La literatura gerontológica, en general, hace referencia a dos tipos de transformaciones que se producen durante el envejecer de las personas, los cambios en la apariencia y los fisiológicos.

Los cambios anatómicos se reflejan en la apariencia de los individuos, sin embargo, éstos ocurren tan lentamente que no son percibidos con facilidad. Una de las características especiales identificada con el envejecimiento es la aparición de arrugas, que comienzan a detectarse desde los 25 años, su origen se encuentra en la reducción de la grasa subcutánea y la consiguiente pérdida de elasticidad en la piel. En los párpados inferiores condiciona la aparición de la llamadas "bolsas"; además, la acentuación de los surcos nasolabial y bucogeniano, acompañando a las modificaciones del esqueleto óseo (mandíbulas y dentadura); contribuyen a modificar la morfología del tercio inferior de la cara (Guillén Llera, 1986). En procesos de envejecimiento avanzados, suele presentarse un crecimiento de las orejas y la nariz.

Al margen de la aparición de las arrugas y de la pérdida de elasticidad de la piel, se advierte una hipertrofia de las células de pigmentación del sistema histológico, especialmente en las partes no protegidas de la epidermis, que producen manchas

coloreadas llamadas léntigos seniles. Las glándulas sudoríparas y sebáceas se atrofian, lo que proporciona a la piel su apariencia reseca y obstaculiza el proceso normal de sudación, de suerte que se ve disminuida la tolerancia al calor (Mishara, 1986).

Los cambios del sistema piloso afectan la distribución, el color, el espesor y la fuerza de los cabellos y del vello, e incluso, en cuanto a la consistencia de éste, se advierte una disminución en zonas habituales tales como axilas, pubis y piernas. En ocasiones aparece, en hombres y mujeres, vello en lugares donde no existía, como pueden ser mentón, fosas nasales, orejas y zona supralabial en muchas mujeres. También se presenta un cambio en el color de los cabellos, que se tornan progresivamente grises o blancos.

Es bien conocida la disminución de la talla que acompaña al envejecer; puede llegar a ser de hasta 10 centímetros con respecto a la máxima alcanzada en la edad adulta; Rossman (citado en Guillén Llera, 1986) estima que, como término medio, esta disminución es de 5 cms. en las mujeres y de 3 cms. en los hombres. La razones fundamentales se encuentran en las modificaciones que experimenta la columna vertebral: disminución en la altura de los discos intervertebrales, con pérdida de su elasticidad; la posibilidad de colapsos osteoporóticos de los cuerpos vertebrales; posiciones anormales de la columna vertebral. Además, existen otras modificaciones de los contornos corporales, el ensanchamiento de la pelvis, el ensanchamiento del ángulo formado por el cuello femoral con la correspondiente deformidad en "valgo", y también sobre todo en las mujeres, una tendencia igualmente al valgo en la posición de las rodillas. Sin embargo, con la edad no cambia tanto la proporción de los diversos componentes de los huesos, como la de las materias sólidas con relación a las porosas. Es decir que los huesos conservan generalmente su forma, pero se tornan menos sólidos. A partir de los 45 a 50 años, aproximadamente, el organismo sufre una pérdida de un 5% del esqueleto cada 10 años, por lo tanto es normal una pérdida del 20% del total, de los 40 a 80 años, sin que tenga aparentemente consecuencias clínicas, este proceso se ve más pronunciado en la mujer que en el hombre debido al climaterio (Mishara, 1986; González Aragón, 1985).

En cuanto a las respuestas psicomotoras, cuya velocidad de respuesta está en relación con la capacidad de los sentidos,

la efectividad de la percepción y de la transmisión neuromuscular, sufren en la vejez un aumento en el tiempo de reacción entre el estímulo y el comienzo de la respuesta; el proceso de la información recibida en el cerebro lleva más tiempo y la causa parece ser la espera, que deben realizar los estímulos, por no haberse producido las respuestas de los que llegaron antes (Moragas, 1991).

Entre los cambios más comunes del proceso de envejecimiento, se encuentra la disminución en la eficiencia para percibir estímulos ambientales, a través de los órganos de los sentidos. Alrededor de los 50 años, se empieza a ver disminuida la capacidad de enfocar, que se conoce como "vista cansada" o presbicia, que se manifiesta como una especie de "velo" que de pronto se interpone al leer o realizar alguna actividad que requiere fijar la vista. La agudeza visual disminuye con los años por trastornos de los medios transparentes, opacidad del cristalino, disminución de la capacidad de adaptación y pérdida del campo visual por alteraciones retinianas de diversas causas. Por otra parte, en la córnea suele aparecer un arco de color brillante, que es un cúmulo de grasas en la periferia, pero tal vez la característica más universal del envejecimiento ocular es la opacificación y rigidez del cristalino por pérdida de la elasticidad de su cápsula, originando la llamada catarata senil (Charatan, 1987; González Aragón, 1985; Hooker, 1988).

Aunque son muy contados los ancianos que sufren de sordera total, muchos son lo suficientemente "duros de oído" como para que su existencia les resulte difícil, generalmente perciben mejor los sonidos graves que los agudos. La sordera se presenta de manera gradual, lenta y, con frecuencia, imperceptible, esto se debe a que se pierde la elasticidad del tímpano y las membranas oval y redonda, hay alteraciones vasculares locales que repercuten en la estructura del oído interno (Hooker, 1988; González Aragón, 1985).

En cuanto al olfato y el gusto, se deterioran gradualmente con la edad. Casi un 50 % de los ancianos sufren de un tipo u otro de dificultades con su olfato, lo que puede ocasionar que los alimentos les sepan igual (Charatan, 1987; Hooker, 1988).

1.2.3. Esfera Cognitiva

Como en todos los aspectos que conforman el proceso de envejecimiento, también en los cambios en la esfera cognitiva se observan grandes variaciones individuales que se deben a factores genéticos, fisiológicos y socioeconómicos, no existe prueba de que el envejecimiento en sí implique, inevitablemente, un deterioro intelectual y social; al contrario, la amplitud de los conocimientos debería aumentar con la edad y en la vejez normal, porque la capacidad de aprender no disminuye; lo que sí disminuye es la velocidad del aprendizaje y la capacidad de memorizar (San Martín, 1988).

En el transcurso de la vida se modifican diversamente las diferentes funciones y las facultades psíquicas; la inteligencia se considera, más bien, como una unidad funcional de "funciones primarias" relativamente independientes entre sí, que actúan conjuntamente, en constelaciones específicas para cada caso, para la solución de diversos problemas (Groffmann, 1964), por lo que respecta a las modificaciones ocasionadas por el envejecimiento, parece ser que "estos rasgos intelectuales" están sometidos a desplazamientos y reorganizaciones irregulares dentro de los períodos de la vida (Riegel, 1959).

Las investigaciones científicas relativas al proceso de envejecimiento, a la modificación de las vivencias y del comportamiento en el transcurso de la vida, comienzan con exámenes de inteligencia, con investigaciones sobre el aprendizaje y la capacidad de reacción. Esto se explica, por el desarrollo de los métodos de examen psicológico: el rendimiento es más susceptible de medición y objetivación, es perceptible; en cambio, las modificaciones de la personalidad, las actitudes y la forma de vivenciar los contactos sociales son mucho más difíciles de captar.

En cuanto a la inteligencia, Cattell (1966) demostró que existen dos tipos: la inteligencia fluida, que representa la actitud fisiológica y neurológica para resolver problemas nuevos y organizar la información en situaciones concretas, supone una fluidez de adaptación, agilidad mental, capacidad de combinación y orientación en nuevas situaciones; y la inteligencia cristalizada, que se basa en el producto de la educación, los conocimientos, la experiencia, vocabulario y la comprensión

del lenguaje que adquieren los individuos en el seno de una cultura.

Si se examinan los diversos argumentos, la variable "edad" no aparece sino como uno, entre otros muchos determinantes de la capacidad del rendimiento intelectual en la vejez. Las investigaciones realizadas en este sentido, han encontrado variables que intervienen tales como: a) las dotes iniciales, en sujetos bien dotados intelectualmente, con un elevado "CI de partida" se iniciaría un descenso eventual de la capacidad de rendimiento intelectual, en todo caso mucho más tarde, con un declive sólo muy paulatino del rendimiento intelectual dependiente de la edad, al contrario de lo que sucede con aquellas personas que muestran un "CI de partida" bajo (Lehr, 1980);

b) La formación escolar, se ha demostrado que existe una relación entre la capacidad de rendimiento intelectual y la formación escolar, cuando el factor "formación" se mantenía constante no se notaba ninguna disminución del rendimiento en las pruebas de aprendizaje, la memoria próxima o remota, la información general, la orientación en el espacio y las pruebas de coordinación motora visual. (Anastasi, 1967; Meili, 1965; Bauer, 1966; Löwe, 1970), señalan también la relación existente entre la duración de asistencia a la escuela y la capacidad del rendimiento intelectual en la edad adulta, habría que destacar la importancia de las influencias propias de la época en lo que se refiere a la formación general (Kuhlen, 1963);

c) El entrenamiento profesional, el tipo de actividad profesional puede influir decisivamente en las modificaciones intelectuales motivadas por la edad;

d) El entorno estimulante, los estímulos sensoriales o su privación influyen en la capacidad de rendimiento mental, como lo han confirmado las últimas investigaciones (Charatan, 1987);

e) El estado de salud, Spieth en 1965, concluyó que "una parte considerable de las modificaciones atribuibles a la edad avanzada, tal como sugerían los estudios transversales con tests psicológicos, dependen más bien de ciertos procesos patológicos que no surgen inevitablemente con la edad", el envejecimiento puede suponer, pero no forzosamente, una alteración del estado de salud y afectar con ello a la capacidad de rendimiento mental;

f) Situación biográfica de conjunto; (Owens, 1966) comprobó la presencia de una acusada correlación entre la conversación o el aumento de la capacidad intelectual, por una parte, y el grado de éxito profesional, de satisfacción general con el destino de la propia existencia, incluso en la esfera privada, con las variables de la personalidad, tales como la actividad y la aptitud para estimular, y con la disposición para buenos contactos sociales, por otra K. G. Tismer, (1969, 1970), analizó la temática vital de las personas de edad que determina su situación biográfica global actual. Halló una relación entre el afán de ampliar el marco de los propios intereses, y la actitud respecto a los anteriores logros profesionales, la conservación de los contactos sociales por una parte, y los resultados en los tests de inteligencia por otra;

g) Las condiciones de motivación; (Oberleder, 1964) encontró que las cifras medias de los tests, obtenidas con personas de edad avanzada, que parecerían obedecer a reacciones seniles, respondían más a una reacción de huida o a otros mecanismos de defensa, que a un deterioro mental "prefiero no decir nada a decir algo equivocado". La angustia constituye, un factor muy importante y determina intensamente los resultados de los tests de los ancianos. Los resultados de las investigaciones que analizan todos los factores mencionados, hacen pasar a un segundo plano las diferencias de edad; pero, en cambio, ponen claramente de relieve las considerables diferencias de rendimiento dentro de un mismo grupo de edad, el número de años de vida que el sujeto tiene detrás de sí no es, en modo alguno, el factor decisivo de la capacidad de rendimiento mental, habría que comprender ampliamente a las personas de edad, en su contexto.

Las modificaciones en la esfera intelectual incluyen, en muchas ocasiones, aspectos paralelos de la "capacidad de aprendizaje" y de la "memoria próxima", sin embargo la capacidad de aprendizaje no puede identificarse con la "inteligencia" (Löwe, 1970) ya que en la primera intervienen muchos más factores psíquicos que en esta última. Por aprendizaje entendemos "el proceso con resultados relativamente duraderos, mediante el cual se constituyen nuevas actividades de la persona o pueden modificarse otras ya existentes en su repertorio" (Parreren, 1966).

En la llamada "capacidad de aprendizaje" entran cinco factores,

según el análisis realizado por Engelmayer, 1956: 1) la actitud para aprender, cuánto puede el individuo captar y elaborar mentalmente; 2) la facilidad de aprendizaje, aptitud para captar y velocidad de percepción; 3) la persistencia de aprendizaje, profundidad o superficialidad en el modo de aprender, tenacidad y capacidad de recordar 4); la sensibilidad al estímulo del aprendizaje, interesarse en algo y afán de aprender y 5); la intensidad del aprendizaje o "conciencia de aprendizaje" disposición a aprender, motivación, vivencia y responsabilidad de la necesidad de aprender. Sin embargo, los cambios normales en el proceso de envejecimiento podrían afectar su capacidad de aprendizaje en cuanto a la percepción o aperccepción de las situaciones, a la retentiva próxima, a la formación de una huella persistente, a la conservación de dicha huella, al reconocimiento de una nueva situación que exija la evaluación del material captado, a la actualización del material de la memoria y al desencadenamiento de la reacción.

Para la psicología actual una persona que posee una "salud normal" asimila nuevos conocimientos, actitudes y hábitos, dentro de su desarrollo integral, a cualquier edad, modificándose únicamente la velocidad de asimilación. En el anciano, el aprendizaje puede tomar más tiempo sin afectar la integridad de su rol social y la velocidad de asimilación no tiene la misma importancia que cuando se es miembro de la población activa (Moragas, 1991). Hulicka y Grossmann (1967), lograron demostrar que el descenso causado por la edad no depende de una disminución de la capacidad de aprendizaje en sí, sino de una "debilidad de codificación", de la falta de ejercicio del "decifrado" de diversos contenidos de memoria. El declive atribuido a la edad se debe, por tanto, a que los viejos utilizan menos "recursos nemotécnicos", a que carecen de una cierta "técnica de aprendizaje".

Con la edad, las aptitudes para la solución de problemas muestran los mismos decrementos que otras facultades cognoscitivas, aunque no suponga obstáculos para una vida social útil hasta pasados los 70 años o más. La memoria, por su parte, es fundamental para el aprendizaje, ya que lo que no se puede recordar no existe, sea para resolver un problema o para proporcionar seguridad al autoconcepto. Se recuerdan más las experiencias agradables que las desagradables, se recuerda mejor lo que nos afecta personalmente que lo que nos resulta indiferente. Se ha afirmado tradicionalmente que en la ancianidad se recuerdan

mejor los hechos lejanos que los próximos (memoria anterógrada), lo cual, sin dejar de ser cierto, debería llevarnos a analizar las condiciones ambientales en que se produjo el aprendizaje.

La capacidad para la formación de conceptos puede disminuir con la edad, pero no es independiente de la capacidad de aprendizaje o de la inteligencia, con las que existen relaciones comprobadas. Un factor aparece claro en todos los estudios sobre razonamiento en la vejez y consiste en la precaución en la toma de decisiones. Esta precaución parece basarse en un aprovechamiento de la experiencia, inherente al envejecimiento y, por tanto, supone una ventaja comparativa del anciano que la utiliza frente al joven que no la posee.

1.3. La vejez en el aspecto psicológico

1.3.1. Estructura de la personalidad

Para analizar este aspecto del proceso de envejecimiento, podemos partir de un comentario del Dr. Henri Ey (1978): "como en los otros períodos de la vida, se puede admitir una psicología de la senescencia, condicionada de una parte por el estado fisiológico y de otra por el estado de las relaciones y posibilidades de adaptación social propias de esta edad, o si se quiere, por la "posición existencial" del hombre en la última parte de su vida y frente a la muerte"; como sabemos la personalidad comprende características individuales, formas de ser, estilos de vida, todo lo cual puede resumirse en aquello que hace a una persona única. Sin embargo, a pesar de que muchos han sido los teóricos de la personalidad pocos han tratado de dar cuenta de la personalidad en esta etapa de la vida, con una teoría global y coherente.

En este trabajo revisaremos someramente los conceptos de cuatro de los autores, quienes sentaron las bases para poder analizar el desarrollo de la personalidad hasta la etapa que nos interesa. Sigmund Freud fue el primero que expuso claramente los problemas relativos a la transformación de la personalidad determinada por el desarrollo, aunque al hacerlo destacó

excesivamente al principio la teoría de la libido y recalcó la importancia de la primera infancia. No obstante, a partir de 1920, en la relación con la adquisición planteada en torno a la pulsión de muerte, extiende la teoría psicoanalítica del desarrollo a la vida entera.

También habría que mencionar, en este sentido, a Alfred Adler quien creía que el hombre tiene posibilidades de mejorarse y de progresar en la vida, de reducir sus problemas y, con el tiempo, llegar a un ajuste casi perfecto de su proceso vital. Toda persona tiene metas que espera alcanzar mediante su "yo creador"; pero el camino hacia esas metas es siempre diferente. Su conducta, al moverse hacia aquéllas, es invariablemente diferente, sin embargo los móviles de la acción son una y otra vez sentimientos de inferioridad y de superioridad. El estilo de vida que cada ser humano busca es una combinación de dos cosas: su dirección interior de conducta, autoimpulsada y autodictada, y las fuerzas del ambiente que ayuda, interfieren o vuelven a conformar la dirección que el yo interior desee tomar. Adler pensaba que probablemente no han existido dos seres humanos que hayan tenido estilos de vida idénticos. Dos fuerzas, por lo menos, exigen de cada individuo un estilo de vida único; la primera proviene de la herencia y consta de todos los componentes variables inherentes al sistema en el momento del nacimiento; la segunda, surge de la variante ambiente, la cual empieza a influir en todo ser humano inmediatamente después de que éste nace. En resumen, el hombre crea su estilo de vida basado en las condiciones física, psicológicas y sociales en que se desarrolló.

Otro teórico importante para comprender el desarrollo de la personalidad es Gordon Allport quien, después de un concienzudo estudio del significado de la palabra persona a través de la historia de la civilización, elaboró una teoría, entre 1937 y 1961, que termina por fundamentar conceptos básicos aplicables a la personalidad madura. En primer lugar expone una de las definiciones más completas de la personalidad: "Personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su peculiar ajuste al ambiente, su conducta y su modo de pensar característicos", a partir de su teoría pone de relieve la naturaleza esencial del hombre por ser "alguien", transformarse en un ser humano digno de la imagen propia en relación a lograr un verdadero "estilo de vida" en pleno sentido Adleriano, el concepto

principal de su teoría es la motivación, donde el factor importante es el plan de vida sistematizado del individuo. Para mejor comprender los aspectos motivacionales de la conducta humana es necesario estudiar los mundos privados de deseo, apreciación y conciencia propios del hombre. Además, distinguía entre actividad y participación como factores conductuales de la motivación, siempre y cuando el ego esté comprometido. También subrayó el aprendizaje como factor evolutivo de la personalidad, ésta crea y busca condiciones vitales que sean favorables a sus propósitos, la personalidad debe aprender cómo, cuándo y por qué interpretar los papeles que le dé la vida. Aunque para este autor la motivación es una característica esencial de la conducta humana, de ningún modo constituye toda la historia de la personalidad; creía que los procesos sensoriales, el pasado, el presente, el futuro, así como la imaginación, el juicio, la razón, la memoria, el olvido y la información son también actividades propias de cualquier personalidad, sería aún más exacto decir que todos los motivos son una inextricable mezcla de sentimiento y cognición.

Para Allport existe una diferencia entre los patrones motivacionales de niños y adultos, y de personas emocionalmente estables y emocionalmente inestables. El carácter de los motivos cambia de la infancia a la madurez. Los motivos adultos sustituyen a los infantiles. La personalidad normal es lo suficientemente vigorosa y dinámica para desear y exigir el cambio, la motivación es siempre un proceso contemporáneo. La imagen actual del individuo es mucho más importante que cualquier cosa que haya sido en el pasado. Aisló seis rasgos característicos de la personalidad "madura": 1) Un sentimiento de sí, bien desarrollado; 2) La capacidad de mantener relaciones cordiales con otro; 3) Una seguridad emotiva fundamental aliada a la aceptación de sí; 4) Una disposición a percibir, pensar y actuar con entusiasmo respecto de la realidad exterior; 5) La auto-objetivación, la penetración (insight) y el sentido del humor; 6) Una vida conforme a una filosofía unificante de la vida. El adulto totalmente maduro muestra rasgos racionales, conscientes y apropiados, es indudable que al exponer esta concepción, Allport propone el ideal de la personalidad madura, no obstante es imposible olvidar que el hombre común vive en el presente, mira al futuro y está atado al pasado lo que matiza el desarrollo de su personalidad.

Finalmente, se puede asegurar que Erick Erickson (1963), es

el único teórico de la personalidad que lleva su teoría más allá de la edad adulta y toma en cuenta a la vejez como una etapa con características propias. Su teoría explica el desarrollo humano desde la infancia, como una búsqueda de identidad personal. En las últimas etapas de la madurez tardía, que se pueden vislumbrar con el comienzo de la ancianidad, el sujeto busca la integridad de su persona frente a la desesperación; "la fuerza en los que van envejeciendo y a veces en los ancianos adopta la forma de una sabiduría en sus muchas connotaciones: "ingenios" maduros, conocimiento acumulado, una comprensión general y un juicio maduro. La sabiduría mantiene y trasmite la integridad de la experiencia a pesar de la decadencia de las funciones físicas y mentales, la integridad implica una integración emocional fiel a los transmisores de imágenes del pasado y dispuesta a ponerse al frente (y, en caso dado, a renunciar) a la jefatura en el presente.

La falta o la pérdida de esta acumulada integración se manifiesta por un oculto temor a la muerte: el destino no es aceptado como marco de la vida y la muerte no es aceptada como su límite finito. La desesperación indica que el tiempo es demasiado breve para seguir caminos alternos hacia la integridad: por ello los ancianos tratan de adulterar sus memorias. La personalidad esta comprometida continuamente en los azares de la existencia, incluso cuando el metabolismo se enfrenta a la decadencia".

Como podemos observar, estas teorías han tratado, a través de las épocas en que fueron concebidas, de exponer cada vez con mayor amplitud el desarrollo de la personalidad hasta su última etapa, lo que ha dado pie para que el campo de la investigación volteara sus ojos en este sentido, buscando desmenuzar y explicar con más objetividad las conductas y comportamientos de algunos rasgos de la personalidad en el anciano.

Para ser completo, el estudio de la personalidad del anciano debería abarcar tres tipos de cambios: 1) Evolución interna (estados emotivos, pensamientos y concepción de sí); 2) Comportamiento externo (respuestas o ausencia de respuestas en situaciones nuevas o antiguas) y 3) Ambiente externo (papeles y otras formas de presión). Sin embargo, la mayoría de las investigaciones longitudinales que pretenden estudiar el desarrollo de la adultez se concentran en las modificaciones de la esfera del rendimiento. Se captan además, aspectos aislados de las vivencias y del comportamiento psíquicos, por ejemplo,

la actividad, la adaptación, la rigidez, la angustia, las vivencias de sí mismo; pero rara vez han ofrecido un cuadro amplio de la personalidad.

El estudio longitudinal de Bethesda (Birren y otros autores, 1963; cf. también Singer), que ha sido objeto de repetidas investigaciones en 1956, 1962 y 1968, demostró una firme constancia de diversos rasgos de la personalidad. Ahí se observaron ciertas modificaciones, por lo que se refiere a un debilitamiento de la actividad social, a una orientación más limitada hacia las metas, a un círculo de intereses cada vez más reducido y a una disminución de la iniciativa, se comprobó alguna correlación con ciertas experiencias decisivas, por ejemplo, la pérdida de personas muy allegadas. Los cambios del estado de salud, por el contrario, sólo en casos aislados van acompañados de modificaciones de la personalidad (Youmans y Yarrow, 1969).

No obstante otros autores como Singer (1963), Stone y Norris (1966) han podido comprobar que la "actividad" psíquica, responde a aquéllas cualidades de la personalidad que no ofrecen ninguna disminución evidente en la edad senecta. Tampoco disminuye, en función directa de la edad la actividad que se manifiesta en la participación social; ésta disminuye en relación con determinadas variables como el status social, la salud y demás cualidades de la personalidad (Desroches y Kaiman, 1964; Maddox, 1965; Lehr y Rudinger, 1969).

En cuanto a la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones, que por muchos años se ha considerado míticamente como parte de las transformaciones de la personalidad en la vejez, las más de la veces se trata de una actitud reaccional hacia el rechazo que perciben, derivado de un sentimiento de inferioridad, que de una imposibilidad absoluta de adaptación o rigidez. Autores como Chown, 1959; Baer, 1964; Erlemeyer y Angleitner, 1971-1972, observan que es necesario distinguir las diversas clases de rigidez, que dependen del comportamiento y la actitud, y que están en relación tanto con la edad como con la inteligencia. Otras investigaciones han concluido lo mismo de las relaciones entre las diferentes dimensiones de la personalidad, tales como la angustia, la extroversión-introversión y las neurosis.

Otro factor importante que ha sido sujeto de análisis, son las

respuestas emocionales, que en la vejez están determinadas por la mayor lentitud de reacción de la base neuroendocrinológica y de la personalidad. Sin embargo, se puede afirmar que los sentimientos en las personas de edad, están sometidos a mayores experiencias negativas (pérdida de salud, abandono del trabajo, muerte de amigos) y que, por tanto, poseen factores objetivos para tener sentimientos negativos, pero puede compensarse si se les proporcionan estímulos ambientales y actividades adecuadas. (Moragas, 1991).

Es necesario señalar que la mayoría de las investigaciones realizadas hasta el momento, tratan ante todo de los rasgos comunes de la población que envejece, mientras que las diferencias individuales son, por lo general, olvidadas. Existen características individuales fundamentales, no sólo en el comportamiento y en el modo de vida, sino también en la manera de percibir el mundo exterior, como bien ya había sido mencionado por los teóricos de la personalidad. Por lo anterior, los datos arrojados en las investigaciones, deben ser interpretados sin perder de vista que la personalidad es multifactorial.

La primera cuestión sobre la personalidad del anciano resulta común a otros períodos vitales y se refiere a las causas que actúan continuamente y se interrelacionan en un proceso dialéctico entre lo individual y lo social. Los cambios que surgen con la edad parecen deberse a una respuesta a las condiciones nuevas que experimenta la persona: disminución de las responsabilidades, disponibilidad de tiempo, reducción de la aptitud funcional, más que a una tendencia inevitable de la personalidad que envejece; aquellos ancianos que se mantienen activos, con responsabilidades y plena aptitud funcional, apenas muestran cambios en su personalidad.

1.3.2. Concepto del sí mismo en la vejez

El concepto de sí mismo es muy importante cuando se analiza la personalidad a cualquier edad, puesto que se trata de un proceso continuo entre la opinión que el sujeto tiene de sí mismo, la de los demás y sus propias experiencias y expectativas. Cuando lo que la persona piensa de sí misma, sus rasgos físicos y psicológicos, sus cualidades y defectos, sus potencialidades

y limitaciones, guarda una proporción con el juicio de los otros existirá satisfacción, personalidad integrada y adaptación a la realidad; si, en cambio, las percepciones del sujeto no se ajustan a las que tienen las personas que le rodean, y a lo que él espera de la vida, existirá insatisfacción, frustración y negativismo. Por lo que cabría afirmar que el autoconcepto modela el destino de cada persona e influye en sus comportamientos y decisiones. De acuerdo con Nathaniel Branden: "El nivel específico de desarrollo evolutivo que tenemos como seres humanos hace que el proceso de autoevaluación sea inevitable y de una importancia tal, que de este proceso necesitamos emerger con autoestima positiva".

Ackerman (1974), menciona que cualquier ser humano posee una representación psíquica única, a lo que llamó identidad, la cual se forma primeramente en el seno de la familia y se va estableciendo y transformando gradualmente, de acuerdo con su contexto vital; así, la identidad psicológica a la que hace alusión el autor, se refiere a un concepto de sí mismo expresado en los esfuerzos, metas, expectativas y valores de una persona y responde a la pregunta ¿quién soy yo?.

Es importante subrayar que la personalidad del anciano se caracteriza por una complejidad mayor que la de los jóvenes. Lo que se explica por la experiencia acumulada en las personas de edad y por un mejor dominio de los impulsos. Por lo común, los ancianos tienen menos roles que antaño y éstos les confieren también menos poder e importancia, lo que modifica su comportamiento y su propia percepción. Su menor facultad de adaptación, la reducción de sus medios físicos y psíquicos engendran en el viejo los rasgos propios de su psicología, que los síndromes psicopatológicos seniles, cuando se presentan, no hacen más que aumentar más o menos desmesuradamente estos rasgos.

Parece que lo que más influye en la desadaptación del anciano es el hecho de tomar conciencia de su nuevo estado (pérdida de la capacidad física para actuar, pérdida de la potencia sexual, cambio de actividad o inactividad, soledad familiar, abandono, pobreza). Lo cierto es que el anciano debe enfrentarse con una disminución de sus capacidades físicas; psicológicamente es difícil adaptarse a las modificaciones de la imagen corporal que acompaña al envejecimiento. A esto se agrega el problema de mantener la estimación hacia sí mismo y frente a los demás.

La actitud respecto de sí mismo y su transformación en el transcurso de la vida, constituye un tema más del estudio del envejecimiento. Las últimas investigaciones han puesto en evidencia que la edad no es el único factor que interviene en la imagen de sí mismo. Hunter, Linn y Hanis, (1982), en su estudio realizado sobre las características de la alta o baja autoestima en personas de edad avanzada, refieren que la autoestima es fundamental en la experiencia de la vida de los ancianos, sin embargo esta no difiere con respecto a la edad, al ingreso, a la educación o a su modo de vida; no obstante, el grupo con baja autoestima presentó un autoreporte más pobre con respecto a la salud, mayor dolor y una inhabilidad creciente. Este grupo tiene puntajes significativamente más altos en los niveles de depresión, ansiedad y somatización. Se han comprobado otras correlaciones entre la imagen de sí mismo y la salud, así como la imagen de sí mismo y la interacción social, también se ha encontrado que existen una serie de cualidades que son "estables con la edad", como percibirse sensible, irritable, inflexible, decidido, afectivo, constante, tenaz, precavido, prudente, reflexivo, preocupado, autocrítico.

Por otra parte, Neugarten y sus cols. (1964) hallaron que los sujetos de edad toleran mejor ciertos aspectos de su personalidad hasta entonces descuidados o reprimidos. Los resultados son, sin embargo, diferentes en los hombres y en las mujeres; éstas se tornan más tolerantes hacia sus tendencias egocéntricas y agresivas y los hombres hacia sus sentimientos de ternura como el acercamiento y necesidad de cuidar a otros. Con la madurez tardía y el comienzo de la ancianidad, la valoración realista se basa en reconocer la disminución de funciones y en que se hace lo que se debe. La autoestima depende entonces más de cualidades morales que de logros sociales, ésta aumenta con la edad en la medida en la que el hombre es más libre para adaptar su rol a las menores exigencias sociales, las propias personas de edad elaboran estrategias de defensa psicológica frente a las agresiones del medio.

Cuanto más dividida se halle la fuente de autoestima entre diversas actividades o intereses, trabajo, familia, afición, el envejecimiento será más equilibrado, ya que la probabilidad de perder un factor de estima es menor. Citando a Adler: "Cuando una persona de edad reacciona ante el conjunto de las actividades que prevalecen en torno a ella, prefiriendo retirarse en vez

de luchar, su conducta es comparable a la de una persona joven que evita la competición como consecuencia de la idea desfavorable que tiene del sí mismo, obteniendo así resultados que son inferiores a su potencial".

Las ideas de Erick Fromm (1939), enfatizan la estrecha relación sobre el juicio que tiene una persona de sí misma con la forma en que se relaciona con los demás. Define la identidad como una experiencia y una necesidad específicamente humanas, recalca que la identidad es la experiencia que le permite al individuo decir "yo soy yo, en la medida en que 'estoy vivo, interesado, relacionado, activo y en que he logrado una integración entre mi apariencia para los demás o para mí mismo, o para ambos o para mi núcleo de mi personalidad. El yo estático e inmóvil se relaciona con el mundo teniendo objetos, mientras que el sí mismo se relaciona con el mundo a través de la participación; una vez que el individuo pierde su sentido de actividad, se halla en peligro de no tener nada ni de ser nadie".

1.4. La vejez en el aspecto social

1.4.1. Rol social

El tercer aspecto que conforma el proceso del envejecimiento en el ser humano es el social, que se puede estudiar desde dos puntos de vista; el del individuo que lo experimenta y el de la sociedad en que vive. El "hacerse viejo" se convierte, con frecuencia, en una sobrecarga para el individuo, porque hace que la sociedad le proponga determinadas expectativas de comportamiento, las cuales se orientan a menudo no hacia la realidad, ni hacia las necesidades correspondientes a la salud, sino hacia las representaciones tradicionales frecuentemente estereotipadas y que, por ello, dificultan la adaptación hacia el envejecimiento. La imagen de sí mismo y la orientación hacia la realidad por parte del sujeto de edad avanzada quedan afectadas por tales estereotipos, que son los que determinan su comportamiento real. Existe una discrepancia entre la "imagen

que tiene de sí mismo" y "la que tienen los demás"; una incongruencia entre lo que desearía hacer como "viejo", y que hace que éste limite en muchas ocasiones el propio espacio vital, que descuide cosas que podría ejecutar aún muy bien y que hasta le divierten, sólo porque podrían parecer una "tontería" y provocar la hilaridad ajena. La adaptación a las pautas de comportamiento marcadas por la sociedad le supone con mucha frecuencia al individuo que envejece una limitación; implica la renuncia a los hábitos con los que está encariñado, por culpa de la sociedad; no es raro, pues, que "hacerse viejo" se convierta así, en todo un problema.

Desde la década de los 50's se han realizado una serie de investigaciones que estudian la imagen de las personas ancianas en la sociedad, (Aaronson, 1966; Arnhoff y otros autores, 1964; Bekker y Taylor, 1966; Bergler, 1966, 1968; Bugess y otros autores, 1958; Brake, 1956 - 1957; Gelde y Kogan, 1959; Kogan, 1961; Kogan y Shelton, 1962; Kucher, 1961; Lane, 1964; Mol, 1968; Tuckman y Lorge, 1952, 1953; Tuckman y Lavel, 1975), cuyos resultados se podrían resumir del modo siguiente:

Todas ellas resaltan características negativas con respecto a la imagen de la vejez, mucho más negativas de lo que las personas de edad avanzada pueden aceptar, lo que se explica porque en muchas de éstas investigaciones se utilizó una orientación unilateral con respecto de un grupo seleccionado de viejos, lo que favoreció la abundancia de estereotipos y generalizaciones injustificadas.

Por otra parte presentan resultados en los que la imagen de los ancianos está acentuada negativamente, al estudiar la opinión de los jóvenes aparece una discrepancia más intensa respecto del comportamiento real de los viejos, sin embargo otros estudios han encontrado que las expectativas de comportamiento se guían más bien por la restricción; Schneider, 1970, demostró que al ir en aumento la edad de los que juzgan o evalúan la imagen del viejo, adquiere matices cada vez más positivos y se le reconoce un radio mayor de comportamiento.

Al tomar en cuenta fundamentos metodológicos que permitieron un examen más diferenciado, se encontró que la "imagen de la persona anciana" no depende tan solo de la edad del sujeto interrogado sino también de su situación en la vida. Así por ejemplo, el bienestar físico y la situación positiva del propio

estado de ánimo influyen sobre el juicio establecido acerca de otras personas (Tuckman y Lorge, 1953); se ha encontrado, que la convivencia con los ancianos facilita el que "la imagen de la persona de edad avanzada" aparezca más diferenciada y con tonos menos negativos (Bekker y Taylor, 1966). Kogan, 1961, en sus investigaciones descubrió que las distintas cualidades de la personalidad del que juzga determinan la imagen ajena; por ejemplo, la actitud autoritaria y el propio pesimismo acerca del futuro; una cierta desorientación ante la vida refuerza en los jóvenes los estereotipos negativos concernientes a la imagen del anciano.

Es importante resaltar que gran parte de las opiniones pesimistas acerca de la vejez, que tiene la sociedad en su conjunto, parten de una serie de documentos que sin tomar en cuenta toda la complejidad del proceso de envejecimiento, presentan una visión parcial del mismo, que ha reforzado la idea del anciano desvalido, torpe, olvidadizo y solitario, creando una serie de mitos y prejuicios a su alrededor; Butler destaca los siguientes: el mito del envejecimiento cronológico, el de la improductividad, el de la desvinculación voluntaria, el de la inflexibilidad, el de la senilidad y el de la serenidad. Esta situación ha originado que no se espere de la vejez ningún tipo de comportamiento expansivo, "enfrentamiento activo con el mundo" actividad, interés, apertura al exterior, ni siquiera un "entusiasmo emprendedor" y sanas iniciativas.

En conclusión, se puede decir que cuanto más se experimente como hostil el medio ambiente social, tanto menos se desarrollarán las propias actividades y tanto más se incurrirá, como Kastenbaum y Cameron han comprobado, en la dependencia con respecto a la opinión de los demás.

1.4.2. Tensiones psicosociales

Desde una perspectiva objetiva, no podemos soslayar el hecho de que el anciano enfrenta dentro de la sociedad en la que vive, una serie de crisis a las que tiene que encontrar alternativas que favorezcan su adaptación a las nuevas situaciones Moragas (1991), habla de una resocialización, como el proceso que le permite reconstruir sus relaciones sociales y cambiar los roles que venía desempeñando hasta el momento como trabajador, padre

y marido por los de jubilado, abuelo y en ocasiones viudo.

En este apartado analizaremos muy someramente, las tensiones psicosociales más relevantes que la persona mayor debe superar, a fin de poder incorporarse a su medio ambiente de forma íntegra y saludable, estas tensiones son: Jubilación, familia, sexualidad y muerte.

Si consideramos que dos tercios de nuestra vida la ocupamos en alguna actividad remunerativa que nos ofrezca los medios para sobrevivir, el trabajo se convierte sin duda en una de las fuerzas que dominan casi todas nuestras actividades, tanto familiares y sociales como estrictamente personales. En una sociedad aún aferrada a la ética del trabajo, el hecho de realizar una tarea productiva ocupa un lugar importante en la jerarquía de los valores y algunos consideran el hecho de no tener este tipo de actividades como el más grave de todos los pecados, al que es preciso evitar a cualquier precio.

La problemática de la jubilación es un fenómeno típico de la industrialización, propio de una sociedad basada en el rendimiento. Sin embargo, el alejamiento de la vida profesional supone algo más que el cese de una actividad más o menos valorada. Entre otras cosas, implica la adopción de un nuevo rol, con otras expectativas de comportamiento, una nueva modificación del curso cotidiano de la vida, sujeto antes al ritmo de la actividad profesional, una reestructuración del campo social, incluida la reestructuración de los contactos familiares; supone ciertas modificaciones en la economía personal y un desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre. El individuo se ve así enfrentado a una compleja situación cuya solución depende de numerosos factores, entre los que destaca la influencia de la imagen social del jubilado, asociada con ideas de deterioro e inutilidad que en muchas ocasiones da como resultado el que una persona, por temor a asumir este rol tan poco apreciado por la sociedad, cuando tiene que tomar la decisión de dar por terminada su actividad profesional, se vea obligada, en contra de sus propios deseos, a mantenerse profesionalmente activa durante más tiempo.

Resulta unánime, a la hora de evaluar los sistemas actuales de jubilación, llegar a la conclusión de que es injusto el que éstos permitan a una persona sin mayor preparación individual

y social pasar, del día a la noche, de trabajador activo, con todos los derechos y obligaciones, a miembro pasivo, jubilado, con tan pocos derechos como obligaciones. Por lo tanto resulta necesario reorientar el concepto de jubilación y su práctica, considerando un período preparatorio previo a ésta, si se quiere dar una efectiva respuesta a las necesidades de una etapa de la vida que durará, en la mayoría de los casos, de 15 a 20 años, como lo recomienda la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, llevada a cabo en Viena en 1983.

Actualmente, la actitud con la que se enfrenta el sujeto ante la inminente jubilación se puede medir, a partir de diversos datos y con una amplia escala, que va de lo positivo a lo negativo. Una actitud sumamente positiva se podría definir, con Davidson y Kunze (1965), como "consecución de una meta largamente acariciada". En este caso se espera alcanzar lo más pronto posible el "disfrute de una bien merecida situación de descanso". Sin embargo, una actitud sumamente negativa se podría describir como el temor a estar de sobra a "no ser ya útil", a encontrarse en el "principio del fin" (Stauder, 1955).

En general, la libertad de elegir el momento de cesar la actividad profesional supone una decisión y, como tal, una sobrecarga para el individuo y para sus familiares, quienes se sienten afectados, de todos modos, por la jubilación. Esta reestructuración provocada en el seno de la familia por el retiro del marido, origina una confusión de roles y detrimento con ello de la función de esposa, al adoptar aquél diversas misiones domésticas. En cambio, a juicio de Townsend, las mujeres, en contraposición con los hombres, raramente experimentan la jubilación como algo poco tranquilizador. Estas consideran esencialmente toda actividad fuera de casa, como una posibilidad de mejorar la economía doméstica y de tratar con otras personas y no, como sucede con los hombres, como el principal medio de ganar dinero. Las tareas profesionales no le resultan entonces a la mujer tan pesadas por hallarse acostumbrada, en realidad a dos ocupaciones. La jubilación no hace sino volverle a la primera de éstas. Después de la cual sigue manteniendo su rol, con expectativas de comportamiento claramente definidas. El hombre, en cambio, sufre con el cese de su actividad laboral una pérdida de rol (Burgues, Tartler, Palmore y otros autores).

Lo cierto con respecto a la jubilación, es que antes todo dependía de la actividad profesional y del horario de trabajo;

ahora, el fin de la vida laboral ocasiona con frecuencia una falta de ordenación del tiempo, que acaba provocando una sensación de tedio. La adaptación social del anciano se realiza a través de los procesos de sustitución y reducción de actividades. En la sustitución se reemplazan las actividades perdidas por otras nuevas, la reducción de actividades surge cuando el anciano disminuye el número e intensidad de sus ocupaciones, redistribuyendo su tiempo y energía entre el resto de sus roles sociales, como esposo, abuelo, miembro de la comunidad. En palabras de Bracken, 1952: "Puede quizás que las emociones afectivas de la mera existencia y del simple ser uno mismo sean más débiles; pero, en cambio, los sentimientos superiores ofrecen insospechadas posibilidades de desarrollo. Se descubren nuevas y constantes cualidades vivenciales, mediante la música, las artes plásticas, la literatura y la historia".

Es evidente pues, que para facilitar la adaptación de los sujetos a la situación de la jubilación, se necesite una remodelación más o menos amplia al respecto, por parte de nuestra sociedad y sobre todo, la renuncia a ideas estereotipadas muy concretas acerca de los "viejos", además de la preparación prejubilatoria. La jubilación provoca cambios de papeles que producen, generalmente, un efecto espectacular en las relaciones familiares. Algunas de estas reacciones son facilitadas por la situación familiar individual, mientras que otras producen cambios dramáticos.

Por un lado, la naturaleza y calidad de las relaciones conyugales condiciona la calidad de las relaciones familiares entre generaciones y con el exterior; por otro, la reintegración del jubilado a la vida familiar trae como consecuencia una etapa crítica, en la que éste debe adaptarse a la rutina de una familia que no contaba con su presencia permanente y de la cual conoce muy poco. Esta etapa, en la que el jubilado espera convivir y reencontrarse con su familia, generalmente coincide con la adolescencia, y en algunas ocasiones, con el matrimonio de alguno de sus hijos, lo que acrecenta su sentimiento de frustración y la necesidad de adaptarse a las nuevas circunstancias y de encontrar actividades alternativas que ocupen su tiempo libre. Parece existir en los últimos años de matrimonio una convergencia de los cónyuges, que logran sobrepasar la primera etapa de crisis, en torno a sus respectivas necesidades, lo cual resulta una reacción lógica y un mecanismo de defensa mutuo, teniendo

en cuenta las dificultades que la sociedad en general plantea a los ancianos.

Aun cuando la vida familiar ha variado sus esquemas a través de las épocas, es importante resaltar la relación que los hijos, ya adultos, establecen con sus padres ancianos, donde la responsabilidad económica se entrelaza con la afectiva, psíquica y social, a pesar de los juicios parciales que la sociedad tiene al respecto. Existen indicios empíricos que demuestran que, cuando es posible, los hijos cuidan de sus padres o les procuran la ayuda necesaria para que continúen siendo independientes.

En Latinoamérica, de acuerdo con el Informe Técnico sobre el Envejecimiento, resultado de la reunión que se llevó a cabo en San José de Costa Rica en 1982, se concluyó que esta región se caracteriza por la existencia de familias extensas, de tres generaciones, donde el anciano funge un papel importante y es protegido por éstas, estableciendo un sistema de intercambio de ayudas entre sus miembros.

Este intercambio entre familias se verifica en varias direcciones, de los padres a los hijos y viceversa, entre hermanos y, si bien con menor frecuencia, entre los parientes más allegados (Sussman, 1965). Las diversas formas de ayuda dentro de la familia ampliada son: ir de compras, acompañar y cuidar a los niños pequeños, aconsejar y guiar, colaborar con instituciones sociales para asesoramiento y recursos, etc.; entre los roles esperados y adoptados, sin ninguna presión externa por los hijos y otros miembros de la familia, se incluyen por ejemplo: la ayuda a las personas más ancianas, preocupación por su bienestar físico y por las condiciones de su vivienda, ayuda en gestiones, compras y trabajos domésticos, asistirles durante el tiempo libre; tales manifestaciones del sentimiento de solidaridad por parte de los hijos y parientes se realizan voluntariamente, estos hechos ponen en evidencia el mito del rechazo familiar al anciano en nuestros países.

Por otra parte, también existen personas de edad que son independientes, tienen una familia que se ocupa de ellas y, en la clase media, dan tanto como reciben por los servicios que prestan. Prefieren, sin embargo, lo que Rosenmayr y Kosheis (1965), denominan la "intimidad a distancia": las familias desean mantenerse en contacto, pero no vivir necesariamente en la misma

casa. Esta distancia desaparece cuando el anciano tiene una necesidad concreta, salud, alimentación, compañía, relación: entonces el hijo interviene hasta donde sea indispensable. Se puede concluir que en la actualidad la familia, y concretamente los hijos, constituyen la principal fuente de ayuda para los viejos, esta solidaridad forma parte importante de nuestro patrimonio cultural; las relaciones entre las personas ancianas y sus hijos adultos resultan posibles, aun cuando no exista comunidad de vivienda, siempre que se lleven bien.

No obstante es necesario anotar que el estudio de la familia ha versado, en la mayor parte de las investigaciones, sobre las primeras etapas de su formación, aunque comienza a aparecer cierto interés por la situación familiar de los padres durante la madurez y ancianidad. Lo cierto es que no existen teorías sociales que expliquen los nuevos fenómenos en las relaciones familiares; en el mejor de los casos, sólo existen descripciones de lo que sucede, resulta inútil extrapolar el papel social anterior de los ancianos al presente, ya que ni cuantitativa ni cualitativamente se parecen. Lo que se requiere son investigaciones que analicen la realidad actual, desmitifiquen las relaciones entre el anciano y su familia y apoyen la estructuración de nuevos roles sociales que correspondan a las condiciones y necesidades de la sociedad contemporánea.

El papel del abuelo es otro punto que empieza a ser descubierto, sobre todo por sus protagonistas; con las características modernas de quienes se resisten a aceptar el estereotipo de ancianos asexuados, pasivos, destinados a esperar la muerte y sin intereses personales. En la actualidad, la figura del abuelo del próximo siglo corresponde a una persona con su propia vida, intereses y actividad política, tan variada o más que otras generaciones. Otro factor a considerar, de acuerdo a las proyecciones, es el hecho de que cada vez habrá más abuelos y menos nietos, situación demográfica única en la historia de la humanidad.

En conclusión la familia puede proporcionar, como en otras etapas de la vida, un medio favorable para mantener la identidad personal y evitar los peligros del medio ambiente. La autoestima del anciano se afirma cuando los miembros de las generaciones jóvenes reconocen la importancia del abuelo o bisabuelo. El afecto y el amor no se enseñan, se practican habitualmente; los niños repetirán normalmente con los abuelos lo que vean

hacer a sus padres. La familia de tres generaciones es aquella que, viviendo bajo el mismo techo o no, integra dentro de su ámbito a los abuelos, proporcionándoles oportunidades para encontrar el papel social que la sociedad no les otorga. La familia puede ofrecer a los ancianos un ámbito que dé significado a su existencia, al asumir su papel en la transmisión de la vida y las normas familiares y comprobar que cuando mueran habrá quien llevará su nombre y prolongará sus valores.

Otra de las tensiones psicosociales que requieren una reestructuración de conceptos y valores, tanto por parte de la sociedad como del individuo que envejece, es el rol sexual. Aun para los casados que congenian, la edad avanzada puede ser una época de frustración debido al mito de que las personas deben retirarse del sexo, en la base de esta creencia se encuentra la filosofía esencialmente victoriana en relación con la sexualidad humana, de que la actividad sexual es primordialmente una función procreativa y que aquéllos que están más allá de sus años reproductivos deben practicar el autorrechazo sexual. Sin embargo, la realidad indica que muchos ancianos y ancianas cuentan con un compañero marital, otros todavía contraen matrimonio; con o sin compañero, los viejos tienen necesidades sexuales y estas necesidades son perfectamente normales.

La vejez, como un fenómeno social, ha hecho que la gente cree una especie de mito alrededor de ella. Se esperan de un viejo virtudes como sabiduría y paciencia, negándoles así todo rasgo humano, celos, ira, deseo, como para engañarse de lo que es "metamorfosearse" en viejo. No obstante, el temor y la ansiedad asociadas con el proceso de envejecimiento empiezan mucho antes de lo que muchas personas piensan, por ejemplo, muchas adolescentes que llegan a los 20 años, empiezan a temblar porque aún todavía no se han casado. La mujer de mayor edad, mientras más años tiene más sufre y se desespera. Porque para muchas mujeres, el envejecer significa la devaluación sexual progresiva y la descalificación. En cambio, los hombres no están tan afectados en este sentido como las mujeres debido a que muchos hombres de 40 años son considerados más sexualmente atractivos que de jóvenes. El éxito, el dinero y el poder son aceptados como factores que aumentan el interés sexual de una mujer en un hombre. Como contraste, una mujer que ha tenido el mismo éxito en su profesión no tiene el mismo estímulo sexual. De hecho su éxito intimida a muchos hombres. Estos hechos nos

demuestran la influencia social en las conductas y actitudes sexuales de los individuos.

Uno de los falsos supuestos comúnmente aceptados entre las mujeres de nuestro ámbito sociocultural, es el de creer que la menopausia supone una disminución de la capacidad sexual hasta su extinción. En realidad, es un proceso biológico natural, con repercusiones psicológicas, en el que cesa la posibilidad de reproducción, pero que no lleva consigo la pérdida de la actividad ni del interés sexuales. La mujer añosa normal, sana, tiene un impulso sexual que debe ser resuelto. La intensidad de su capacidad sexual y la afectividad de su actuación sexual, así como su erotismo, se hallan influidos en forma indirecta por todos los problemas psíquicos y sociofisiológicos del proceso del envejecimiento.

La falta de función endócrina posee influencia indirecta sobre la capacidad sexual femenina, pero no un control absoluto. La falta de esteroides tiene también acción indirecta sobre el impulso sexual. Este es uno de los diversos factores físicos y psicosociales modificados por el proceso del envejecimiento. Es cada vez más evidente que la psiquis tiene parte igual, si no mayor que el desajuste endócrino en la determinación de la conducta sexual de la mujer posmenopáusica. Por ejemplo, los síntomas clínicos relacionados con la menopausia varían mucho de acuerdo con los individuos y, por esto, en el mismo individuo cuando la demanda proviene de un aumento de la actividad física o mental. Una mujer que ha tenido una libido normal puede hacerse relativamente asexual al experimentar malestares relacionados con la menopausia, como fatiga excesiva, "oleadas de calor", nerviosismo, irritabilidad emocional, cefalia occipital o dolor pelviano vago.

En opinión de Stern y Prados (1946), no hay correlación entre la intensidad de los síntomas físicos relacionados con la falta de hormonas y la intensidad de los disturbios emocionales ocasionados por la misma causa. Los autores piensan, sin embargo, que de los malestares de la mujer menopáusica, el dolor pelviano es el que está asociado más íntimamente con las formas graves de desajuste psíquico. Rosenzweig, sugiere que las perturbaciones emocionales de la menopausia, pueden representar una reacción de frustración al encararse ésta como una falla del ciclo vital de procreación. Shorr, concluye que las complicaciones emocionales de la menopausia son de naturaleza psiconeurótica

y representa una exacerbación de desórdenes similares que ocurrieron al comienzo de la vida del paciente.

En el hombre, se ha pensado que la andropausia supondría el cese de la actividad e interés sexuales, para sumirse en esa "profunda tranquilidad y calma" con la que se ha caracterizado a la vejez. A nivel biológico es bastante conocido que la secreción de andrógenos y la capacidad de erección continúan prácticamente hasta la muerte. Incluso la fecundación por el espermatozoide senil es científicamente posible.

Sin embargo, no conviene olvidar que la sexualidad está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales: antes que afirmar que la sexualidad declina con la edad, es más correcto considerar que este declinar se corresponde con modificaciones fisiológicas y que en él, los factores psicológicos y sociales juegan un importante papel. La edad puede influir en la disminución de la actividad y el interés sexuales, pero no tiene por que suprimir la satisfacción.

Diversos estudios indican que las personas mayores que se encuentran en buenas condiciones de salud y tienen compañeros sexuales cooperadores y dispuestos a tener relaciones, pueden llegar a mantener cierto tipo de actividad sexual hasta los 70, 80 ó 90 años de edad. Cuando hay una pérdida de la capacidad de respuesta sexual en la vejez, puede ser que estén involucrados factores como la monotonía, la preocupación con respecto a problemas profesionales, fatiga, sobreindulgencia en el consumo de alimentos o bebidas, inseguridad o miedo. Otros factores involucrados son falta de comunicación e imaginación, de creatividad en las actividades sexuales, de consideración por uno mismo, preocupaciones financieras, alteraciones de la función sexual y padecimientos orgánicos. Los desahogos sexuales distintos al coito son satisfactorios para la gente mayor, incluyen la masturbación, excitación prolongada por manoseo, caricias y masajes. Algunas personas mayores incluso pueden inclinarse por la homosexualidad como opción sexual. Si hay adecuada preocupación por la salud física y mental, la buena nutrición, el reposo y el ejercicio, puede disfrutarse durante muchos años la vida sexual.

El sexo, el amor y el romance no son prerrogativas de los jóvenes. En años recientes ha aumentado el interés por comprender las necesidades sexuales de las personas mayores, por lo que

ahora el concepto de vejez y las reacciones al proceso de envejecimiento, se consideran resultado de las percepciones y del "ambiente psicológico" más que de factores físicos. Una buena relación sexual en la edad senil proporciona calor, placer, seguridad y sensaciones de gratificación a las personas que, con anterioridad, escuchaban comentarios en el sentido de que tanto su vida sexual como su vida en general habían alcanzado sus picos.

Los investigadores concluyen que será necesario el cambio de las creencias y actitudes de las personas que cuidan al anciano, con el fin de que puedan entender y aceptar sus problemas individuales, preocupaciones, frustraciones y desengaños.

Finalmente, la última etapa de su vida representa para el ser humano un enfrentamiento con la muerte, como un aspecto ineludible de todo ciclo vital; la muerte propia o ajena constituye para el hombre una prueba importante, en la que se formula las preguntas básicas sobre su existencia y destino y a las que debe responder de acuerdo con su propia filosofía de la vida.

La idea de que los ancianos están próximos a la muerte o son potencialmente moribundos produce, por parte de la sociedad en la que viven, una especie de "rechazo social", al personificar la representación de la propia muerte, este rechazo impide en muchas ocasiones, que las generaciones más jóvenes se muestren dispuestas a interesarse por los problemas de la vejez y mucho menos a intentar algún tipo de acercamiento afectivo hacia ellos.

Por parte de la persona que envejece, se observan variaciones frente a su actitud ante la muerte, las cuales dependen de sus condiciones personales; contrariamente a lo que se piensa, las investigaciones han demostrado que las personas de edad la aceptan mejor que los jóvenes, las mujeres mayores mejor que los hombres, las personas religiosas mejor que las no practicantes. Aunque los resultados varían mucho entre las culturas y naciones, Riley y cols. (1968), han demostrado que existe una relación significativa entre las dos siguientes visiones negativas de la muerte: 1) que la muerte sobreviene demasiado pronto y 2) que morir es sufrir; comprobaron no obstante, que estas percepciones negativas disminuyen a medida que se eleva el nivel de educación y que tal relación no se hallaba asociada en absoluto con la edad de los sujetos.

Para Moragas, las emociones negativas que están en la base de las actitudes frente a la muerte son variadas: miedo, temor, angustia, terror, horror, aprensión, desconfianza, pánico, pavor, recelo, susto, etc., y constituyen respuestas automáticas cuando se menciona la muerte y sus símbolos a cualquier tipo de población. Sin embargo, cuando se concreta la pregunta a la propia muerte, las respuestas más frecuentes se refieren al momento en que ocurre (sucede demasiado pronto), al dolor asociado con el momento de morir (se teme al sufrimiento), a la interrupción de los asuntos y responsabilidades pendientes y al dolor provocado en los demás. Aunque en las personas mayores, cuyos hijos son ya independientes, disminuye el temor a ésta. Brantner, reduce los temores ante la muerte a tres miedos fundamentales: morir solo, morir en la oscuridad y sufrir.

Es importante advertir que el miedo a morir no aumenta con la proximidad de la muerte, así como tampoco con la certidumbre de que uno va a morir. Un estudio realizado por Liberman (1965), reveló que a la muerte se hallaban asociados varios factores psicosociales, pero que éstos no comprendían ni el aumento ni la disminución de los temores. La actitud frente al tiempo de vida restante de que se dispone depende de las orientaciones personales, refleja en suma, la experiencia vital diferente que propicia un ordenamiento diverso de prioridades.

Siguiendo la teoría de Erickson (1963), las personas que se encuentran en la última fase de su evolución ontogenética, encuentran la total integridad de su Yo, de acuerdo con su capacidad de aceptar la muerte inminente, ya sea la propia o la ajena, lo que dependerá de todo el desarrollo de su ciclo vital, el anciano sano, que ha encontrado las respuestas a su existencia y se encuentra conforme con la historia de su vida, es capaz de llegar a la aceptación de su muerte, en el sentido planteado por Kubler Ross (1969), sin dejar por ello de disfrutar hasta el último momento de su vida.

La mejor manera de estudiar y analizar la muerte es enfocarla como un momento de vida; envejecemos o nos acercamos a la muerte desde la concepción, y la vida sigue después de la muerte, puesto que ésta es siempre germen de vida, por ello debe integrarse con una perspectiva dinámica en el ciclo vital. La vida no se agota con la muerte, trascendemos con nuestras obras y con todo aquello que depositamos en los seres que nos sobreviven.

1.4.3. Alternativas

Como apuntamos al principio de este capítulo, la vejez es una etapa del desarrollo humano que se vivencia de manera individual, en la que intervienen factores numerosos y complejos. A los 80 años, G. Stanley Hall, lo expresó de la siguiente manera: "saber que se ha llegado a viejo es una experiencia larga, compleja y dolorosa. Cada década el círculo de la Gran Fatiga se cierra un poco más a nuestro alrededor, restringiendo la intensidad y duración de nuestras actividades", si bien es cierto que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, la adaptación y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la vida. Las personas de edad que envejecen en forma óptima son aquellas que permanecen activas y que logran resistir la reducción progresiva de su mundo social, mantienen las actividades de la edad madura mientras les es posible y encuentran sustitutos para las actividades que se ven forzados a abandonar y para las relaciones que han perdido.

La actividad puede influir en la salud y en la longevidad puesto que ejerce un efecto sobre la duración de las partes del cuerpo, Hans Selye (1974), ha hablado de actividades positivas y negativas, pero el carácter positivo o negativo de una determinada actividad podría depender de la forma en que es percibida más que de su propia naturaleza. Sobre el nivel de actividad de un individuo de edad influyen tres factores valiosos: la salud, el dinero y los apoyos sociales.

Es por lo anterior, que la labor práctica que se ha de realizar con los ancianos incluye en su programa, la activación y reactivación de los mismos, tanto los grupos organizados como otras asociaciones similares se proponen la activación de los ancianos en general y el fomento de los contactos sociales en particular. Se intenta compensar de este modo las eventuales pérdidas de rol, funciones y contactos. Las organizaciones exclusivamente reservadas a las personas de edad; se han vuelto también más reivindicativas, éstas ejercerán una influencia sobre su comportamiento de acuerdo a su especificidad y objetivos.

En nuestro país existe una preocupación por parte de sus instituciones, tanto gubernamentales como no gubernamentales, por abrir espacios donde los grupos de ancianos puedan tener actividades y alternativas para ocupar su tiempo libre y apoyar su salud integral. Es así como han surgido los grupos de autoayuda del Seguro Social, clubes del ISSSTE, consejos de ancianos del DIF, grupos de jubilados de algunas Secretarías de Estado e Instituciones Bancarias y Centros Culturales y Comunitarios pertenecientes al Instituto Nacional de la Senectud. Donde se busca implementar actividades educativas, deportivas y culturales que favorezcan el desarrollo integral de la vejez mexicana.

Es dentro de estos espacios, específicamente dentro de los clubes de las tercera edad, donde nosotras desarrollamos el "Programa Integral de Actividades para la Vejez", como una herramienta de trabajo que apoya la labor del psicólogo con ésta población. La experiencia práctica que representa este tipo de programas resulta enriquecedora al ser pionera dentro de la psicogerontología.

En conclusión, un enfoque moderno propugna que si la ciencia no tiene todas las respuestas ante el proceso de envejecimiento, quizás la solución se halle en la experiencia humana, de cuya riqueza son depositarios los ancianos, ya que su sabiduría procede de haber vivido los problemas inherentes a todo ser humano, más que al hecho de saber mucho. Si los ancianos tienen experiencia, ¿por qué no aprovecharla para las respuestas eternas que cada generación de jóvenes se formula?. "Existe cierta madurez de juicio acerca de los hombres, las cosas, las causas y la vida en general que nada en el mundo sino los años pueden traer, una auténtica sabiduría que únicamente la edad puede enseñar" (G. Stanley Hall, 1920).

2. Programa Integral de Actividades para la Vejez

2.1. Fundamentos Teóricos

2.1.1. Teoría de la Desvinculación

Es innegable que la pertenencia a un grupo, se halla regida por un conjunto de reglas, normas y valores que conllevan numerosas obligaciones que varían de acuerdo al grupo, persona, situación o edad. Sin embargo, la naturaleza exacta de la influencia que el medio social ejerce sobre un individuo, sigue siendo objeto de estudio e incluso controversia. Sociólogos, psicólogos y gerontólogos se han abocado, en las últimas décadas, a diseñar diversos modelos de envejecimiento, que tienen por objeto explicar la influencia de los factores culturales y sociales sobre el mismo.

Un impulso esencial en el terreno de la investigación lo dio la "Teoría de la Desvinculación", postulada en 1961 por Cumming y Henry; según esta teoría sólo se siente feliz y satisfecha en la vejez aquella persona que ha sabido apartarse de los contactos sociales, mientras que aquella otra que aún es activa y está intensamente vinculada a otros, se muestra desgraciada e insatisfecha; esta tesis provocó grandes controversias con lo cual se produjeron saludables efectos sobre la investigación a nivel internacional.

Los teóricos de esta teoría sustentan la idea de que existe un proceso recíproco que se produce durante el envejecimiento, donde el individuo y la sociedad se alejan uno de la otra. Este fenómeno traería por lo menos tres consecuencias, que a la vez podrían ser causas de la desvinculación. Una de ellas es que el anciano se siente menos involucrado con respecto a los demás y, por lo tanto, sus interacciones sociales disminuyen. Otra consecuencia es el decremento de los roles que había asumido anteriormente. La tercera se refiere a una preocupación mayor por sí mismo.

Al afirmar que los ancianos desean ciertas formas de "aislamiento

social", de reducción de contactos sociales y que al lograrlo se sienten felices y satisfechos, se deduce que aquellas personas de edad a las que se animara a la actividad sufrirán un conflicto íntimo, ya que el "deseo de expansión" del espacio vital se contradice con la latente confrontación con el final de la vida. Cumming y Henry dudan de que el "ejercer una función", el "ser útil", contribuya a la satisfacción del senecto. Como consecuencia, el "deseo de desvinculación" surge en los ancianos que se han desprendido "voluntariamente" de los contactos sociales produciéndoles una mayor sensación de bienestar, puesto que esta disminución supone una creciente liberación al no tener que acatar las normas que impone el trato con otras personas. Resulta dudoso, de acuerdo con los datos empíricos obtenidos en hogares de ancianos, que esta clase de "libertad" haga más felices a las personas "desvinculadas": el desprecio de las llamadas "reglas de urbanidad" - por ejemplo el descuido del aspecto externo - no sólo da lugar a un rechazo por parte de la sociedad, que le condena al aislamiento como a un "tipo raro", sino que actúa de forma muy negativa sobre la propia autoimagen, se ha podido demostrar que una buena presencia influye sobre la imagen que uno tiene de sí mismo y sienta las bases de la propia seguridad. (Lehr, 1980).

Lo cierto es que los componentes individuales que contribuyen a una buena vejez, quedan definidos por la satisfacción con la vida anterior y con la situación actual. De acuerdo con su peculiar manera de ser y la estructura de su personalidad, ciertas personas se hallan más contentas, cuando pueden retirarse de la comunidad mientras que otras, cuando siguen siendo activas e integradas en la misma. Havinghurst acuñó, en 1969, el término "desvinculación - vinculación selectiva", para designar la reducción de actividad social en determinados sectores, sobre todo en el de la profesión, que coincide con un aumento de la misma en otros, por ejemplo en la vida familiar.

Las investigaciones realizadas por el Instituto Psicológico de Bonn (Lehr, 1969; Dreher, 1969, 1970), señalan otra modificación de la teoría de la desvinculación: una "Desvinculación Transitoria", que se reporta como una fuerte satisfacción unida a escasos contactos sociales, que aparece como una forma de reacción a determinadas situaciones de sobrecarga, en especial a la jubilación. Sin embargo, si se ha concluido el proceso de enfrentamiento a la nueva situación, si el ajuste y la nueva orientación se logran felizmente, cabe

comprobar una renovada vinculación social; después de un cierto estadio de transición, se presenta un aumento en la actividad y el "sentimiento de ser útil" con un estado de ánimo positivo.

En el sexto Congreso Internacional de Gerontología, que tuvo lugar en Copenhague en 1963, se debatió con calor la teoría de la desvinculación en el campo de la psicología social. Se inició seguidamente un estudio comparativo internacional con idénticos métodos de investigación y evaluación, en Alemania, Inglaterra, Francia, Holanda, Italia, Austria, Polonia y los Estados Unidos. Los resultados, muy diferenciados en sí y analizados detenidamente desde el punto de vista de la crítica metodológica (Fröhlich, Becker, Bengtson, Bigot, 1969) muestran, desde luego, ciertas divergencias nacionales en cuanto a la actividad de los diversos roles - colega, cónyuge, padre o madre, abuelo o abuela, pariente, vecino, conocido, amigo, miembro de una asociación, ciudadano -; pero también la tendencia general a una correlación entre la gran actividad y el alto grado de satisfacción, así como todo lo contrario, una clara relación entre una pobre actividad de roles y una intensa insatisfacción (Havighurst, Munnichs, Neugaten, Thomae, 1969) este resultado se contradice abiertamente con la teoría de la desvinculación postulada por Cumming y Henry en 1961.

La oposición más radical a la teoría de la desvinculación está representada por Comfort, (1984) quien considera engañoso el término, porque encubre el hecho de que se desplaza, excluye o degrada al anciano contando en muchos casos con su propio beneplácito y está destinado a acallar la culpa al disculpar esta actitud aberrante de la sociedad: "si la desvinculación fuese real tendría que ser una protesta... usted puede elegir a cualquier edad desentenderse de lo que hasta entonces ha venido haciendo, en muchos casos porque se da cuenta de que no merece la pena".

Salvarezza (1988), quien prefiere el término "desapego" al de "desvinculación", opone a la teoría de Cumming y Henry una propia que llama "teoría del apego". Considera que el desapego y el aislamiento, que es su consecuencia, de ninguna manera pueden ser vistos como procesos intrínsecos del ser humano y deseados por él, puesto que el hombre aislado es un problema y no un ideal. Por lo tanto, es necesario que los viejos se mantengan apegados a sus objetos y actividades la mayor cantidad de tiempo posible y, cuando no, traten de encontrar sustitutos. Esta es

la única forma de sentir que la vida aún vale la pena de ser vivida.

Brink (1979), señala que la pérdida de papeles no sólo significa liberarse de actividades y responsabilidades, sino que implica además estar disponible para otras actividades y, por tanto, para asumir otras responsabilidades.

Por último, en contados casos, la desvinculación es una elección, una opción libremente escogida, con el propósito de encontrarse a sí mismo, por medio de la introspección, la reminiscencia y la toma de conciencia de la situación presente. Tal proceso sólo puede darse en ancianos en los que ha triunfado la integridad del yo, pero no tiene por que ser una opción definitiva e irreversible, sino reversible y momentánea. Como todas las decisiones libremente escogidas, en este caso, el anciano después del encuentro consigo mismo es capaz de regresar a la actividad, la vinculación y revinculación y, en general, de adoptar una serie de roles diversos.

Muchos autores han demostrado que la permanencia en las actividades sociales y laborales tiene una función adaptativa, además de que la mayoría de los ancianos desea continuar en actividad. Sin embargo, existe acuerdo entre los opositores a la teoría de la desvinculación al considerar que no se trata de un fenómeno universal y que el distanciamiento, cuando aparece, se debe a factores individuales de personalidad o de estilo de vida y a factores sociales que provocan e imponen un distanciamiento a la población añosa.

Finalmente, cabría pensar que gran parte de la aceptación que le dio auge en un primer momento a esta teoría, se basó en los mitos que la sociedad aún mantiene acerca de la vejez, puesto que proporciona una explicación simplista ante el desconocimiento de esta etapa de la vida.

2.1.2. Teoría de la Actividad

Mientras se desarrollaba el debate acerca de la teoría de la desvinculación, surgió una teoría alternativa a ésta, que partía de la hipótesis contraria. La Teoría de la Actividad, entre

cuyos representantes se encuentra el alemán Tartler (1961), parte de la idea de que sólo se es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es "útil" a otras personas; en cambio, aquélla que ya no es "útil", que ya no desempeña función alguna en la sociedad, se muestra desgraciada y descontenta.

En un primer momento, la teoría de la actividad se elaboró para llenar las lagunas de la teoría de la desvinculación. Trata de explicar los problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de la tercera edad. "Si a los viejos se les priva de algunos papeles, los que quedan distan mucho de hallarse claramente definidos, si nuevos papeles no vienen a reemplazar a los anteriores, la anomia tiende a interiorizarse y el individuo se torna inadaptado y alienado no sólo de la situación sino también de sí mismo" (Mishara, 1986). Según la teoría de la actividad, una vejez lograda supone el descubrimiento de nuevos papeles o de nuevos medios de conservar los antiguos (Atchley, 1977).

Entre los principales supuestos de la teoría de la actividad tenemos los siguientes: La mayoría de los ancianos considerados "normales" mantienen niveles de actividad, ocupación o compromiso de acuerdo a sus habilidades y capacidades, que les permiten mantener sus relaciones con la sociedad y la familia. Que una persona continúe realizando actividades o no al llegar a la vejez, dependerá más de sus estilos de vida pasados y de las fuerzas socioeconómicas, que de un proceso intrínseco inevitable. El mantenimiento y desarrollo de niveles de actividad física, mental y social son absolutamente necesarios para un envejecimiento satisfactorio. La inactividad provoca una apatía que destruye todo deseo creativo, el tiempo libre puede ser agradable para el individuo o una fuente de tedio y autocompasión.

Butler (1963), realizó un estudio piloto interdisciplinario llegando a las siguientes conclusiones: "muchas de las manifestaciones que hasta el presente se asocian con el envejecimiento "per se", no son más que reflejos de enfermedades físicas, variables de personalidad y efectos socio-culturales. Las personas de edad que se conservan en un estado relativo de buena salud y que siguen siendo capaces de vivir de un modo vigoroso y constructivo no difieren mayormente de las personas más jóvenes; para aquéllos que tienen situaciones de vida

satisfactorias, el estado físico puede constituir el determinante más importante de las diferencias individuales".

La oposición de la "actividad" ante el efecto de la "desvinculación", hoy en día sólo tiene un valor histórico, ya que se remonta, como hemos dicho, a la década de los 60s. Actualmente, el valor de la teoría de la actividad reside en la premisa que sostuvo desde su inicio, es decir, que los viejos deben permanecer activos tanto tiempo como les sea posible y que, cuando ciertas actividades ya no son posibles, deben buscarse los sustitutos correspondientes.

En efecto, todos los individuos sanos, aun durante la vejez, tienden a estar activos y a buscar la exposición a diversos estímulos; y bajo estas condiciones se muestran más satisfechos de su existencia. En general, durante la vejez, parece existir, más que una disminución de las actividades, un proceso de sustitución, sea porque las circunstancias externas así lo demandan o porque el individuo hace esta elección. La variabilidad observada en el comportamiento activo de los ancianos está en relación con las variaciones individuales. En la actualidad, son bien conocidos los efectos negativos que produce en la población senecta un medio carente de estímulos: irritabilidad, aburrimiento, frustración, etc.

En términos de motivación, se ha demostrado que las conductas dirigidas a una meta siguen operando hasta edades avanzadas, a condición de que el estado de salud no se deteriore. Durante la vejez, el cambio observado es tan sólo una mayor dependencia de los estímulos externos ante los cuales hay que buscar nuevas formas de adaptación.

La formación de grupos por parte de las personas de edad avanzada con experiencias, preocupaciones, intereses y metas comunes, puede suponer para el individuo estímulo y activación así como contribuir a una actitud positiva en relación con el futuro propiciando un ajuste a su situación vital. Para que se realice este ideal es preciso, por un lado, que la sociedad reconozca el valor de las personas ancianas atribuyéndoles nuevos papeles y reconociendo su valor como individuos activos que tienen mucho que aportar y por otro, nuevas orientaciones políticas que permitan abrir espacios de recreación y esparcimiento, que cuenten con un apoyo decidido por parte de las instituciones dedicadas a la asistencia y bienestar de los individuos.

2.2. Características del Programa

Sustentado en los postulados de la teoría de la actividad, el "Programa Integral de Actividades para la Vejez" busca sistematizar el trabajo psicológico que se realiza con los ancianos afiliados a los Centros Comunitarios del INSEN, su diseño y elaboración, toma en cuenta las características físicas y psicológicas que conlleva el proceso de envejecimiento de las personas, brindándoles un espacio donde puedan reflexionar acerca de su proceso vital, expresar sus miedos e inquietudes así como concientizar su sentido de pertenencia y solidaridad con el grupo. A fin de lograr, por este medio, el fortalecimiento de su seguridad, su participación activa y el fomento de conductas de autocuidado que propicien su bienestar psicológico y social.

El programa original estaba integrado por 30 sesiones, cuya elaboración se basó, en primer lugar, en los lineamientos y objetivos generales del Programa de Servicios Psicológicos que el Instituto Nacional de la Senectud marca como línea de trabajo en este campo, dentro de sus centros comunitarios: "Favorecer el desarrollo de acciones preventivas y de control, que promuevan la salud física y mental de la población anciana, a fin de lograr una adecuada integración de la personalidad y evitar posibles desequilibrios emocionales que interfieran en su bienestar y, en consecuencia, en su óptima incorporación a la comunidad", en segundo lugar, tomó en cuenta los aspectos que las teorías marcan como esenciales durante el proceso de envejecimiento y, finalmente, su diseño e implementación se vieron matizados por la práctica cotidiana del psicólogo, con estos grupos.

Este primer programa se aplicó, a manera de piloteo, durante seis meses de trabajo a 4 centros comunitarios: "Carmen Serdán", "Lomas de Becerra", "Magdalena Contreras" e "Isidro Fabela"; a una población aproximada de 120 personas. Como resultado de este piloteo, se redujo el número de sesiones, en algunos casos se compactaron los temas repetitivos, y se realizó una selección de las técnicas grupales que se aplicaron, de acuerdo con su funcionalidad y asertividad (ver anexo No. 1).

Las sesiones que integran el programa final abarcan una diversa gama de temas que persiguen objetivos específicos y llevan una

secuencia lógica, basada en la interacción que se establece con el grupo, y que va de los aspectos físicos y sociales que conlleva el proceso del envejecimiento a los aspectos psicológicos que presenta, por lo que las trece sesiones que lo integran quedaron de la siguiente manera:

1) **Presentación;** que tiene como objetivo la ruptura de hielo, el establecimiento de empatía entre el psicólogo y el grupo y una exposición introductoria del objetivo general que se persigue con la aplicación del programa.

2) **Comunicación y colaboración;** busca llevar a los participantes a reflexiones generales acerca de la importancia de estos dos tópicos, esenciales para el buen desarrollo e integración del grupo, así como brindarles cierta noción y sentido de pertenencia al mismo.

3) **Autocuidado;** este tema se aborda en dos sesiones y persigue que el participante reflexione sobre la necesidad de cuidar su cuerpo para, de acuerdo con su proceso de envejecimiento, obtener niveles de salud física y bienestar integral. Los temas que integran estas sesiones son alimentación, ejercicio y descanso.

4) **Percepción sensorial;** este tema tiene como meta la sensibilización de los ancianos en cuanto a sus órganos de los sentidos, resalta la importancia de su interrelación con el mundo a través de éstos, por lo que la información gira en torno a los cuidados necesarios para mantenerlos en funcionamiento y consejos prácticos para suplir las deficiencias que se presentan como parte normal del proceso de envejecimiento.

5) **Necesidades básicas y vida afectiva;** gira en torno a las emociones, como parte fundamental de la vida misma, busca que los ancianos reflexionen sobre ellas y concienticen sus propias necesidades en este sentido.

6) **Relaciones humanas;** el objeto de esta sesión es la revalorización por parte del anciano, acerca de las relaciones familiares y sociales que ha fomentado durante el transcurso de su vida, a través del análisis y la reflexión que lo lleven a aceptar su necesidad de contactos interpersonales y la flexibilidad necesaria para adquirirlos.

7) **Sexualidad;** ahonda en las relaciones interpersonales, haciendo énfasis en las necesidades sexuales, sus mitos y realidades, así como en el beneficio de aceptar la propia sexualidad como parte importante de la vida.

8) **Manejo de emociones;** este tema se trabaja en dos sesiones, busca que el participante reflexione sobre sus miedos e inquietudes, y trate de aceptarlos y manejarlos. Durante estas sesiones se propicia el análisis de sentimientos como soledad, resentimiento y depresión, que se consideran manifestaciones frecuentes durante la vejez.

9) **Adaptación y autoestima;** en esta se busca que el anciano revalore su capacidad adaptativa y reflexione acerca de la importancia que tiene el que se ame y acepte a sí mismo, para poder gozar de la vida y la interrelación personal.

10) **Vida y muerte;** se analizan como polos opuestos inherentes al ser humano, se reflexiona sobre la muerte pero se enfatiza en la vida misma y en el disfrute de este momento vital.

11) **Expresión corporal y libertad;** el tema continúa con la idea anterior y propicia el análisis y reflexión acerca de la capacidad de expresarnos, a través del autoconocimiento y el control corporal, resaltando su importancia en esta etapa de la vida.

12) **Conocerse a sí mismo;** esta sesión busca resumir todos los conceptos revisados a través del programa, redondea las ideas y va concluyendo, resaltando los aspectos positivos del proceso que están viviendo,

13) **Despedida;** se recuerda el objetivo inicial, se escuchan las opiniones y se hace énfasis en el seguimiento y puesta en práctica de los aspectos que se tocaron durante el programa.

Por último, el esquema de las sesiones grupales, a través de las cuales se aplica el programa, es muy sencillo; se utiliza material didáctico adecuado a la tercera edad, las técnicas grupales son juegos y adaptaciones especialmente diseñadas para esta población, el lenguaje que se utiliza es claro, sencillo y directo, se trabaja en círculo y todos los temas se apoyan en los comentarios que los mismos participantes aportan durante las sesiones, con ejemplos prácticos de la vida cotidiana.

3. Método

3.1. Planteamiento y justificación del problema

Según el Dr. Joaquín González Aragón (1985), para mantener el bienestar y la independencia de las personas de edad avanzada se debe fomentar el cuidado de sí mismos, mediante la promoción de la salud y la prevención de enfermedades e incapacidades, para lo que se requieren nuevas orientaciones y actitudes que deberán proporcionarse a las personas de edad, de modo que los viejos puedan llevar una vida independiente en el seno de la comunidad el mayor tiempo posible. Haciendo al viejo útil se contribuye a mantener una vida activa. Resulta importante entonces proporcionar actividades al senecto, planeadas sistemáticamente, con fundamentos teóricos y aplicadas por profesionistas capacitados en psicogerontología, que lo hagan aprovechar sus capacidades en pro de su bienestar e integrarse a la comunidad, razón por la cual es necesario investigar al respecto y hacer propuestas de actividades que atiendan a dicha necesidad.

3.2. Pregunta de investigación

¿Influirá un programa de actividades en el comportamiento adaptativo del anciano que asiste a los clubes de la tercera edad del INSEN?

3.3. Hipótesis

3.3.1. Hipótesis general

Existe relación entre un programa de actividades y el comportamiento adaptativo de los viejos que asisten a los clubes de la tercera edad del INSEN.

3.3.2. Hipótesis de trabajo

Al participar en un programa de actividades se modificará el comportamiento adaptativo de los ancianos de los clubes de la tercera edad del INSEN.

3.3.3. Hipótesis nula

No existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento adaptativo de los ancianos después de participar en un programa de actividades.

3.3.4. Hipótesis alterna .

Si existirán diferencias estadísticamente significativas en el comportamiento adaptativo de los ancianos después de participar en un programa de actividades.

3.5. Definición operacional de variables

3.5.1. Variable independiente

Programa de actividades para la vejez.

3.5.2. Variable dependiente

El comportamiento adaptativo de los sujetos, analizado a través de los datos obtenidos en la aplicación de la primera sección del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC).

3.6. Definición conceptual de variables

3.6.1. Variable independiente

A juicio de los teóricos de la actividad, la formación de grupos por parte de las personas de edad avanzada fomentada por una comunidad de preocupaciones, intereses y metas puede suponer para el individuo estímulo y activación y contribuir a una actitud positiva en relación con el futuro, le permite adaptarse al hecho de envejecer (Lehr, Ursula. 1980).

3.6.2. Variable dependiente

La salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a "sentirse bien" y el otro objetivo que implica "la capacidad para la función". Sobre esta base el autor modifica la definición

de la O.M.S. en la siguiente forma: salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función, y no sólo la ausencia de enfermedad (en cualquier grado) o de invalidez" (Milton Terris 1973).

"Salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido." (San Martín, 1981).

El modelo de la prevención primaria de salud mental es la promoción y/o mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social que promueven efectivamente el bienestar psicológico del individuo (Hernández y Sánchez Sosa 1991).

Estilo de vida (psic. indiv.) Técnica del individuo para lograr superioridad. Las diferencias en las experiencias de la infancia son causa de las diferencias individuales en el estilo de vida (Diccionario de Psicología, F.C.E. 1982.).

Por estilo de vida se entiende ... el cúmulo de decisiones individuales que moldean la vida de cada persona y sobre las que el individuo posee cierto control (Moragas, 1991).

Comportamiento es toda respuesta de un organismo viviente a un estímulo cualquiera (Diccionario de Filosofía, F.C.E. 1983).

Adaptación es cualquier cambio en un organismo, ya sea en su forma, ya en sus funciones, que lo hace más capaz para conservar su vida o perpetuar su especie (Diccionario de Psicología, F.C.E. 1982).

De acuerdo con la aplicación de la Teoría General de Sistemas, para el estudio del comportamiento individual, la unidad más pequeña y apropiada de análisis no es la conducta individual, sino una secuencia de interacciones que siguen un patrón de relaciones entre el individuo mismo y el sistema al que pertenece (Hernández y Sánchez Sosa, 1991).

3.7 Instrumento

Para medir el comportamiento adaptativo de los ancianos, se aplicó el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC), desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología y la Facultad de Psicología de la UNAM.

3.7.1. Antecedentes

Promover la creación de programas de promoción, fomento y desarrollo de la adaptabilidad psicológica de los individuos, es uno de los objetivos de las investigaciones realizadas por miembros de la Sociedad Mexicana de Psicología, en coordinación con la Facultad de Psicología de la UNAM. Con el propósito de fundamentar los programas preventivos, que en materia de salud mental se llevan a cabo, se han abocado al análisis de los factores de riesgo y los factores protectores, y su relación con el comportamiento adaptativo.

Para cumplir con esta meta, han desarrollado un instrumento que permite obtener un conocimiento relativamente preciso de las variables y circunstancias del individuo y su medio inmediato y su relación con la presencia o ausencia de deterioro de su salud mental.

En este sentido, la investigación en el campo de la prevención de la salud mental, se convierte en un área que puede aportar conocimiento acerca de la etiología de los desórdenes mentales, las relaciones familiares y la psicodinámica individual, así como de las fuerzas y presiones sociales que se conjugan para producir desorganización individual o colectiva.

Su modelo propone:

"-Explorar la incidencia de signos precoces de deterioro de la salud mental o adaptación psicológica, en población aparentemente sana.

- Identificar las posibles relaciones entre una o más variables asociadas con el desarrollo familiar y social y uno o más signos de deterioro de la salud mental.

- Fundar bases metodológicamente sólidas para el diseño de intervenciones preventivas, a partir de los factores de riesgo identificados" (Hernández Guzmán Laura & Juan José Sánchez Sosa).

Como parte del programa de Prevención Primaria del Posgrado de la Facultad de Psicología, los autores desarrollaron un instrumento denominado Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC, fundamentado en: La Teoría General de los Sistemas, el Enfoque del Desarrollo y el Modelo de Prevención Primaria de Salud.

3.7.2. Fundamentos Teóricos

La Teoría General de los Sistemas

Partiendo del hecho de que toda conducta es multicausal, requiere de la comprensión de una serie de interacciones que existen entre los factores que afectan al individuo, la Teoría General de los Sistemas, propuesta inicialmente por Ludwig Von Bertalanffy en 1968, es especialmente útil para explicar estas interacciones entre los elementos de un sistema.

Según esta teoría, el individuo es un subsistema abierto que interactúa con su ambiente y que lleva a cabo acciones reconocibles. La conducta del individuo es el resultado de varias relaciones y características organizacionales de la familia, que interactúan entre sí formando un todo. Por lo tanto, las características organizacionales de la familia como un sistema se convierten en el foco de la estabilidad del sistema. Es importante hacer notar que, la familia actúa como un contexto ambiental para el individuo y que al analizar la conducta, el énfasis se dirige a la naturaleza cambiante de sus propiedades organizacionales.

Considerar al individuo y su familia como sistemas abiertos conlleva dos aspectos: Por un lado, al ser sistemas abiertos, interactúan de manera selectiva, siguiendo un patrón con el ambiente que les rodea; esta disponibilidad de energía externa, propicia el crecimiento del sistema. Además, los sistemas tienden a hacerse más complejos con el paso del tiempo. Por otro lado, también tienden a reproducirse.

Dentro de esta teoría, el concepto de organización es muy importante, puesto que los sistemas vivientes contienen características dinámicas, que se componen de elementos organizados, la consistencia de las relaciones organizacionales entre los diversos elementos resulta muy importante, ya que permite la identificación de patrones y, por lo tanto, los hace

predictibles.

Existen tres principios básicos que regulan las características organizacionales que rodean al individuo:

Totalidad; postula que el todo es mayor a la suma de sus partes por separado, es decir, la conducta de cada uno de los elementos que componen el sistema depende de la conducta de otros elementos dentro de éste. Ningún elemento interactúa independientemente.

Vinculación; regula el contexto espacial y temporal dentro del que se dan las relaciones del sistema. La permeabilidad, es decir, la facilidad o dificultad con la que los elementos externos se introducen o salen del sistema, permite el intercambio entre subsistemas; entre más claro sea el vínculo que emerge, más claro será el patrón determinado por estas relaciones.

Jerarquía; Determina las propiedades funcionales entre los diferentes subsistemas.

En conclusión, para esta teoría, el estudio del comportamiento individual se analiza desde su unidad más pequeña; esta es, la secuencia de las interacciones que siguen un patrón de relaciones entre el individuo y el sistema al que pertenece.

La Teoría General de los Sistemas resulta útil para estudiar, a partir de los factores familiares dados por las interacciones entre los miembros de la familia, el desarrollo de patrones de comportamiento de alto riesgo.

El Enfoque del Desarrollo

Al intentar comprender y predecir el desarrollo de sintomatología de los problemas de salud mental, es necesario considerar múltiples variables. Por lo tanto, es importante integrar el enfoque sistémico a la perspectiva del desarrollo humano. Al tomar en cuenta esto se enfatiza la influencia múltiple y mutua de procesos que ocurren a lo largo del tiempo y que tienen efectos sobre la conducta individual (Martin, 1987).

El desarrollo del individuo y la familia conlleva a transiciones o cambios que pueden facilitar situaciones de crisis que afectan al sistema familiar. Para comprender más ampliamente el proceso del desarrollo, resulta necesario integrar los conceptos de

estas dos teorías, partiendo de que cualquier consideración a los factores que interactúan en la familia, relacionados con alguna conducta en particular, debe tomar en cuenta la multiplicidad de variables y factores que intervienen, a fin de organizar y sistematizar el estudio del desarrollo de la sintomatología y la clasificación de las fuentes de influencia.

Las fuentes de influencia se dividen en dos tipos, las características del individuo y los efectos interactivos. Las primeras, son disposiciones determinadas por la historia personal del individuo y los componentes biológicos que lo integran; los segundos, se refieren a la formas en que interactúan las características propias del individuo, entre sí, y con los factores dados por el sistema al que pertenece.

El Modelo de Prevención Primaria de Salud

Si tomamos en cuenta que nuestro organismo se encuentra luchando constantemente para contrarrestar las fuerzas que tienden a romper el equilibrio de la salud, podemos deducir que cuando este equilibrio se rompe, aparece la enfermedad. Por ello, la salud se define como un proceso, en el cual constantemente se están alterando las condiciones múltiples que favorecen o evitan la ruptura de dicho equilibrio. Son combinaciones de fuerzas físicas, biológicas, cognoscitivas y sociales las que tienden a desestabilizar al organismo rompiendo su equilibrio. Por lo tanto, podremos contrarrestar o interceptar estas fuerzas, en la medida en que las conozcamos.

Existen dos períodos en los que pueden presentarse las fuerzas que tienden a romper el equilibrio: prepatogénesis y patogénesis. La primera, se refiere al proceso en el ambiente y comprende factores tanto físicos como sociales (estímulos, eventos, situaciones, etc.) La patogénesis, es el proceso del individuo, cuando los factores o condiciones que aporta entran en contacto con los factores ambientales (edad, sexo, ciertas predisposiciones, hábitos, estilos de vida y costumbres) que se presentan a lo largo de su desarrollo personal.

Así, la historia natural de la enfermedad es la combinación de la prepatogénesis y la patogénesis. En este sentido, la Prevención Primaria de Salud se dirige a quienes todavía no se encuentran afectados por la combinación de los factores. Esto es, los factores son identificables, pero aún no impactan al individuo.

De acuerdo a este modelo de Salud Pública, la Psicología Preventiva busca la promoción del bienestar general de los individuos, así como, la competencia, salud y efectividad personales (Cowen, 1980).

En resumen, la prevención primaria de salud mental, es la promoción y mantenimiento de estilos de vida y formas de interacción familiar y social que promuevan efectivamente el bienestar psicológico del individuo, evitando riesgos. En este sentido, riesgo representa el peligro de que se rompa el equilibrio de la salud y se desencadene la enfermedad, para tal fin, es entonces indispensable detectar y controlar los factores de riesgo, que son aquellos que al actuar en forma combinada representan ese peligro.

Dentro del contexto de la prevención primaria de salud mental, los factores de riesgo están representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrollados a lo largo de la vida del individuo.

3.7.3. Características del Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC

Sustentado en los tres enfoques anteriores, el Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC, fue desarrollado por los autores con la idea de "estudiar los factores que representan problemas trazando relaciones entre combinaciones de factores y los signos de deterioro de la salud mental, tomando en cuenta el desarrollo del individuo como un subsistema que se desenvuelve y crece dentro del sistema familiar".

El inventario contiene 178 reactivos con formato de escala con cinco opciones de respuesta para cada reactivo y está dividido en dos secciones.

"La primera consta de 78 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes, tales como dificultades al relacionarse interpersonalmente, percepciones distorsionadas del ambiente, actitudes desadaptativas hacia sí mismo, incomodidad subjetiva, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiere con el funcionamiento adecuado, práctica de actividades objetables por quienes rodean a la persona, y desviaciones de conducta que suelen conducir a sanciones sociales severas.

La segunda sección consta de 86 reactivos que recolectan datos sobre variables de interacción familiar, crianza y otras variables interactivas en condiciones normales.

Finalmente, 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de los participantes".

Cabe hacer mención, que durante la construcción de los reactivos, se utilizó como fuentes de validación de contenido documentación confiable en la literatura de investigación. La selección de signos de desajuste psicológico y la de características específicas de los estilos de crianza e interactivos en la familia se llevó a cabo bajo los siguientes criterios:

Los signos de deterioro adaptativo se basan en una paráfrasis directa en primera persona del singular, de las descripciones taxonómicas de sistemas clasificatorios como el DSM-III-R, se incluyen prácticamente las categorías clínicas consideradas dentro del rubro de los desórdenes de la personalidad.

La sección de los estilos de crianza e interacción familiar se basó primordialmente en el análisis de las principales líneas de investigación que han documentado con un estricto control metodológico, los componentes interpersonales que definen un estilo interactivo.

Es importante aclarar, que a lo largo de versiones sucesivas del cuestionario, se fueron refinando los reactivos con respecto a su claridad y pertinencia hasta lograr un grado de consistencia interjueces no menor a 80%. La consistencia de la pertenencia de los reactivos a áreas generales de agrupación de reactivos, basado en el análisis de repuestas de una muestra de 3 700 adolescentes, arrojó valores de Alfa de Cronbach que oscilan entre .68 y .80 (Sánchez Sosa, J., Juarado Cárdenas, S. & Hernández Guzmán, L., 1992).

3.8. Tipo y Diseño de Investigación

Se trata de una investigación de campo, puesto que es un trabajo sistemático en el cual no se controló del todo, ni manipuló la variable independiente; en el sentido de que a pesar de tener una aplicación sistemática donde se cuidó el orden de las sesiones y la forma de impartición de los temas, al aplicarse en grupos distintos, existió la influencia de variables extrañas

como la dinámica interna de cada grupo, las diferencias debidas al espacio físico donde se aplicó así como la personalidad del aplicador. Fue descriptivo, puesto que se cumplió el objetivo principal de derivar elementos de juicio para estructurar políticas y estrategias operativas.

Con el fin de apoyar la equivalencia experimental de los grupos que conformaron la muestra y, en lo posible, efectos como la historia y maduración durante el período de tratamiento, la posible sensibilización durante la preprueba o cualquier efecto contemporáneo transitorio como la fatiga, se eligió el diseño de cuatro grupos de Solomon, que es el diseño de "antes y después" que controla en mayor grado este tipo de variables.

grupo I	pretest	tratamiento	postest
grupo II	pretest		postest
grupo III		tratamiento	postest
grupo IV			postest

3.9. Población y Muestra

El universo lo constituyen los 77 clubes de la tercera edad del INSEN que existían hasta el momento del muestreo y que constaba de 3,200 ancianos aproximadamente. En estos lugares asisten personas de 55 años en adelante, están constituidos, en su mayoría, por mujeres y en general su nivel socioeconómico fluctúa entre clase media baja y clase media; lo que conforma grupos relativamente homogéneos.

Se realizó un muestreo probabilístico al azar sin reposición, por medio del cual se tomaron 10 grupos (clubes) con el fin de obtener una muestra representativa del universo, que permitiera el análisis del contenido del programa a través de la aplicación completa del SEVIC, la muestra total quedó como sigue:

Nombre del Club	Delegación	Número de sujetos
Oztotitla	Milpa Alta	27
Capilla Británica	Cuauhtémoc	14
Experiencia Compartida	Iztacalco	29
Nuestros Mayores	Iztapalapa	28
Villa Coapa	Tlalpan	51
La Villa	Gustavo A. Madero	37
Otoño	Iztapalapa	21
La Alegría	Iztacalco	15
San Cayetano	Gustavo A. Madero	62
Iztapalapa	Iztapalapa	32
	SUBTOTAL	316
Piloteo (Centro Cultural)	Benito Juárez	27
	MUESTRA TOTAL	343

De estos grupos se eligieron, también al azar, los cuatro grupos que conformarían el diseño experimental propuesto. Una vez definidos los clubes que participaron en éste se designó, también de manera aleatoria, el tipo de situación experimental a la que se sometieron:

Grupo I	Club Villacoapa	Pretest 51 sujetos	Tratamiento	Posttest 30 sujetos
Grupo II	Club La Villa	Pretest 37 sujetos		Posttest 23 sujetos
Grupo III	Club Otoño		Tratamiento	Posttest 21 sujetos
Grupo IV	Club La Alegría			Posttest 15 sujetos
		Total 88 sujetos		89 sujetos

3.10. Procedimiento

El Inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento SEVIC, está diseñado para ser aplicado por medio de un cuadernillo, que contiene el cuestionario con los 178 reactivos, y una hoja

para marcar las respuestas, que sirve como lector óptico a una computadora, lo cual implica que al responder, el sujeto debe tener cuidado para no hacer tachaduras, borrones ni cometer errores al cruzar el número de reactivo con el número de respuesta, además de que está impreso en un color rosa muy tenue. Al tomar en cuenta las características de la población anciana a la que se aplicaría, surgió la duda de ¿cómo realizar la aplicación?, lo primero fue fotocopiar la hoja de respuestas ampliándola de tamaño carta a oficio, de tal manera que el formato resultara, aparte de más grande, más visible para los ancianos al estar en blanco y negro, esto implicó una vez contestado por ellos, trasladarlo al formato original de respuestas, con lo que evitamos errores. Sin embargo, era indispensable realizar un piloteo para comprobar si de esta manera se facilitaba su aplicación.

Desde la fase de piloteo hasta el postest, el procedimiento para aplicar el cuestionario fue el siguiente: hablar con la trabajadora social o el encargado del grupo para explicarle lo que queríamos hacer y calendarizar nuestra presentación ante el grupo, por lo que cuando llegábamos éste ya nos esperaba y tenía alguna idea de quienes éramos y el motivo de nuestra visita; nos presentábamos ante él y le explicábamos, a grandes rasgos, el objetivo de la aplicación del cuestionario y la importancia de su colaboración en este trabajo, finalmente leíamos en voz alta las instrucciones que aparecen en la primera página del SEVIC:

"Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es **completamente anónimo**, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos y de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sienta que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, (**marcando claramente la letra correspondiente en la hoja de respuestas**) como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni

calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. **No escriba ni haga marcas en este cuestionario.**"

A continuación se les explicaba el ejemplo que se indica en el cuestionario, que previamente habíamos elaborado en cartulinas blancas y pegado en la pared, una cartulina para la pregunta y otra para la hoja de respuesta. No comenzábamos la aplicación hasta asegurarnos de que les había quedado clara la forma de contestar el cuestionario.

Finalmente, les solicitábamos que en el caso de las preguntas concernientes a la menstruación, el embarazo y la crianza de los hijos, respondieran como había sucedido en el pasado.

El piloteo estuvo conformado por 85 ancianos, alumnos de dos grupos de los Centros Culturales de la Tercera Edad, la aplicación se realizó en forma grupal, durante esta aplicación, había cuatro psicólogas al pendiente de cualquier duda o aclaración. En el caso de personas con problemas para responder; no llevaban sus anteojos o no sabían leer ni escribir, la aplicación se llevó a cabo en forma individual.

Como resultado de las observaciones obtenidas durante la aplicación piloto, decidimos simplificar aún más la hoja de respuestas, puesto que la fotocopia del original presentaba sombreado cada tercer renglón, ya que es un recuadro con las cinco opciones de respuesta de cada reactivo dentro de un círculo, lo que ocasionó que sólo 27 sujetos respondieron la totalidad del cuestionario, los restantes comentaron que se mareaban y se les cansaba la vista o simplemente devolvieron el cuestionario incompleto. Por lo tanto, numeramos en una hoja carta las respuestas, de la número 1 a la 178, donde a cada una le seguían sus cinco opciones de respuesta, con letras en minúscula como en la hoja de calificación; en el formato original las letras de las opciones son mayúsculas y en el cuestionario son minúsculas, lo que también causaba confusión. Una vez

diseñado este formato en tamaño carta, lo ampliamos a tamaño oficio para que quedara más visible.

En la primera fase, se les aplicó el Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) en su versión completa a los grupos que conformaron la muestra total, con el fin de realizar un análisis del contenido del programa que nos permitiera, en su caso, llevar a cabo las modificaciones que sugiriera esta nueva corriente generativa.

De la aplicación del SEVIC en su versión completa se utilizó, durante la segunda fase, la parte del instrumento que mide el autoreporte de los comportamientos adaptativos, preguntas de la 1 a la 63, como pretest en el caso de los grupos designados como I y II (Villa Coapa y La Villa). El Programa de Actividades para la Vejez, solamente se aplicó a los grupos I y III (Villa Coapa y Otoño) finalmente, al terminar la aplicación del programa se realizó una segunda aplicación del instrumento, a manera de postest, a los cuatro grupos del diseño (Villa Coapa, La Villa, Otoño y La Alegría).

Las sesiones del Programa de Actividades para la Vejez, se realizaron martes y jueves de 10:00 a 12:00 hrs., en el club Villa Coapa y, lunes y miércoles en el mismo horario en el club Otoño. Cada grupo estuvo a cargo de una de las autoras de esta investigación, lo que nos permitió ocupar el mismo material, elaborado con anterioridad para abarcar los temas que propone:

1. Presentación
2. Comunicación y colaboración
3. Autocuidado
4. Percepción sensorial
5. Necesidades básicas y vida afectiva
6. Relaciones humanas
7. Sexualidad
8. Manejo de emociones
9. Adaptación y autoestima
10. Vida y muerte
11. Expresión corporal
12. Autoconocimiento
13. Despedida

El contenido del programa es formativo, informativo y participativo, cada sesión contiene un objetivo específico, a partir del cual se desarrolla el tema correspondiente, y se complementa con los comentarios y experiencias que aportan los integrantes del grupo; también se aprovechan las situaciones

y circunstancias inherentes a la dinámica interna del grupo y se guía a la reflexión de las acciones de su vida cotidiana, con la finalidad de reforzar el tema fomentando la autoayuda.

Las técnicas grupales son una herramienta que apoya; se eligen y adaptan de tal manera que a través de su vivencia se subraye y concientice el análisis de lo expuesto. El material se elaboró especialmente tomando en cuenta las características de la población: carteles con grandes letras, colores contrastantes, material que estimule los sentidos, los comentarios y ejemplos retomados tienen como marco de referencia las experiencias significativas de los miembros del grupo. Otra técnica que resultó útil fue trabajar en círculo y por equipos, fomentando la interacción y el contacto físico. El objetivo del programa y de cada sesión, así como las dinámicas utilizadas para cada tema, pueden consultarse en el Anexo 1.

3.11. Resultados

Antes de comenzar el análisis de resultados de la muestra, es necesario aclarar que el programa estadístico que se aplicó toma los porcentajes basándose en los 343 sujetos que conformaron el universo total, sin embargo, por las características y naturaleza del SEVIC, no todas las preguntas fueron respondidas por toda la población, esto depende de su situación específica e historia de vida, por ejemplo: si el padre estuvo ausente, no tiene trabajo actualmente o nunca tuvo hijos, no respondió a las preguntas que indagan estos temas puesto que no se aplican a sus circunstancias, por ello se observará, durante el transcurso de este análisis, que en algunos reactivos se presentan altos porcentajes sin respuesta.

De las 343 personas que contestaron el cuestionario, 316 eran mujeres y 27 hombres, con porcentajes correspondientes a 92.1% y 7.9% respectivamente; con relación a la edad, ésta se agrupó de la siguiente manera:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
50 - 59	12	3.6%
60 - 69	141	41.1%
70 - 79	137	39.8%
80 - 89	48	14.0%
90 o más	5	1.5%
Total	343	100%

Al indagar sobre su lugar de nacimiento y tiempo de radicar en esta ciudad quedó de manifiesto:

Mi lugar de nacimiento es:		
	Fr.	%
Distrito Federal	147	42.9%
Interior de la república	166	48.4%
Extranjero	15	4.4%
Sin respuesta	15	4.3%
Total	343	100%

He vivido en la ciudad de México durante:		
	Fr.	%
menos de 1 año	2	1.6%
de 1 a 5 años	6	1.7%
de 6 a 10 años	27	7.9%
de 10 a 20 años	8	2.3%
más de 20 años	267	77.8%
sin respuesta	33	8.7%
Total	343	100%

En cuanto a su estado civil, obtuvimos que:

	Fr.	%
Soltero (a)	16	4.7%
Casado (a)	73	21.3%
Unión libre	23	6.7%
Separado (a) o divorciado (a)	14	4.1%
Viudo (a)	161	46.9%
Sin respuesta	56	16.3%
Total	343	100%

Cabe resaltar que en conjunto, el 55.7% de la población no tienen pareja, lo que implica una carencia de relación afectiva más cercana, y es un aspecto que debe tomarse en cuenta al trabajar con esta población.

En el rubro de escolaridad, encontramos que:

	Fr.	%
Nunca fui a la escuela	24	7.0%
Primaria	169	49.3%
Secundaria	45	13.1%
Comercio o técnico	40	11.7%
Bachillerato	10	2.9%
Profesional o superior	37	10.8%
Sin respuesta	18	5.2%
Total	343	100%

Los datos que dan cuenta de la ocupación actual de los sujetos, reflejan que:

	Fr.	%
Trabajo	26	7.6%
Desempleado	34	9.9%
Estudiantes	8	4.4%
Hogar	228	66.5%
Sin respuesta	47	11.6%
Total	343	100%

Al observar el nivel socioeconómico podemos hacer una comparación de su percepción acerca de éste, en relación con lo que percibían en el pasado:

	Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad) la situación económica de mi familia podría describirse como:		En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:	
	Fr.	%	Fr.	%
En asistencia social o beneficencia	12	3.5%	7	2.0%
Clase trabajadora	130	37.9%	89	20.1%
Clase media baja	48	14.0%	89	25.9%
Clase media	109	31.8%	133	38.8%
Clase media alta	33	9.6%	27	7.9%
Clase alta	3	0.9%	5	1.5%
Sin respuesta	8	2.3%	13	3.8%
Total	343	100%	343	100%

Existe cierta movilidad social, sobre todo dentro de las clases media baja y media, lo que se ratifica con las demás preguntas que exploran la situación socioeconómica de esta muestra:

Actualmente vivo con:	Fr.	%
Mis padres	10	2.9%
Otros parientes	17	5.0%
Amigos o conocidos	9	2.6%
Solo(a)	74	21.6%
Mi pareja y o mis hijos	190	55.4%
Sin respuesta	43	12.5%
Total	343	100%

Actualmente vivo en:	Fr.	%
Casa propia	229	66.8%
Casa rentada	38	11.1%
Depto. o condominio propio	40	11.7%
Departamento rentado	18	5.2%
En ningún lugar en particular	8	2.3%
Otro lugar	2	0.6%
Sin respuesta	8	2.3%
Total	343	100%

El número de recámaras en mi vivienda actual es:		
	Fr.	%
Una	49	14.3%
Dos	90	26.2%
Tres	122	35.6%
Cuatro	47	13.7%
Cinco	17	5.0%
Seis o más	5	1.5%
Sin resp.	13	3.7%
Total	343	100%

El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:		
	Fr.	%
Una	75	21.9%
Dos	63	18.4%
Tres	56	16.3%
Cuatro	37	10.8%
Cinco	35	10.2%
Seis o más	54	15.7%
Sin resp.	23	6.7%
Total	343	100%

En cuanto a nuestras condiciones de vida actuales pienso que:		
	Frecuencia	Porcentaje
Nos sobra espacio	77	22.4%
Tenemos suficiente	169	49.3%
Estamos poco amontonados	56	16.3%
Estamos amontonados	18	5.2%
Estamos muy amontonados	4	1.2%
Sin respuesta	19	5.6%
Total	343	100%

Resumiendo, los porcentajes nos indican una población que en la actualidad vive sola o con su pareja o hijos, en casa o departamento propio, donde predominan espacios con tres recámaras y en la misma casa viven de entre dos o tres personas en promedio, por lo tanto la mayoría declara tener suficiente espacio.

Otro indicador importante para analizar el nivel socioeconómico, está constituido por la actividad laboral:

Mensualmente gana aproximadamente en salarios mínimos		
	Fr.	%
1 o menos	52	15.2%
2 a 3	26	7.6%
4 a 5	8	2.3%
5 a 7	9	2.6%
8 a 9	4	1.2%
10 o más	8	2.3%
Sin respuesta	236	68.8%
Total	343	100%

Cuantos trabajos he tenido en los últimos dos años		
	Fr.	%
ninguno	93	27.1%
uno	37	10.8%
dos	5	1.5%
tres	2	0.6%
cuatro o más	2	0.6%
Sin respuesta	204	59.4%
Total	343	100%

Me siento satisfecho con mi presente trabajo		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	20	5.8%
Casi nunca	1	0.3%
Pocas veces	7	2.0%
A veces si a veces no	10	2.9%
Frecuentemente	5	1.5%
Siempre o casi siempre	35	10.2%
Sin respuesta	265	77.3%
Total	343	100%

Finalmente, en cuanto a la descripción acerca de la religión que profesan se pudieron observar los siguientes datos:

Fr.	%
Mi religión es la:	
Católica	265 78.1%
Judía	14 4.1%
Protestante	16 4.7%
Islámica	3 0.9%
Otra	9 2.6%
Ninguna	2 0.6%
Sin repuesta	34 9.0%
Total	343 100%

Fr.	%
Soy:	
Nada religioso	10 2.9%
Poco religioso	50 14.6%
Medianamente religioso	130 37.9%
Religioso	102 29.7%
Muy religioso	22 6.4%
Sin respuesta	29 8.5%
Total	343 100%

Resalta el hecho de que la mayoría de la muestra profesan la religión católica y se consideran medianamente religiosa.

De acuerdo con los datos arrojados por el análisis de los estudios anteriores donde se ha aplicado este instrumento los restantes reactivos del SEVIC, pueden agruparse de acuerdo con el tipo de preguntas que los reactivos exploran.

En relación con la pregunta correspondiente a los hábitos alimenticios, encontramos:

Fr.	%
En cuanto a mi peso estoy	
Muy por debajo de él	9 2.6%
Por debajo de él	29 8.5%
En mi peso	136 39.7%
Por arriba de él	122 35.6%
Muy por arriba de él	37 10.8%
Sin respuesta	10 2.8%
Total	343 100%

Como se puede constatar el 46.4%, es decir, casi la mitad de la población que respondió, autoreporta problemas de sobrepeso, lo que manifiesta la necesidad de implementar temas relacionados con la orientación nutricional a estas personas.

Para el caso de los problemas de tics y tartamudez, observamos:

	Tengo tics		Tartamudeo al hablar	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	211	61.5%	191	55.7%
Casi nunca	46	13.4%	35	10.2%
Pocas veces	32	9.3%	27	7.9%
A veces sí a veces no	18	5.2%	30	8.7%
Frecuentemente	12	3.5%	10	2.9%
Siempre o casi siempre	11	3.2%	30	8.7%
Sin respuesta	13	3.9%	20	5.9%
Total	343	100%	343	100%

Los datos aquí observados nos demuestran que éstos no son problemas representativos de esta población.

Al analizar las preguntas que detectan problemas con el consumo de sustancias encontramos que:

Respuesta	Tomo Alcohol		Tomo Anfetaminas		Fumo Marihuana	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	139	40.5%	242	70.6%	285	83.1%
Casi nunca	77	22.4%	28	8.2%	3	0.9%
Pocas veces	65	19.0%	19	5.5%	0	0.0%
A veces sí a veces no	40	11.7%	17	5.0%	3	0.9%
Frecuentemente	7	2.0%	13	3.8%	2	0.6%
Siempre o casi siempre	4	1.2%	10	2.9%	17	5.0%
Sin respuesta	11	3.2%	14	4.0%	33	9.5%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Respuesta	Uso Cocaína		Huelo Thinner		Tomo past.dormir	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	293	85.4%	281	81.9%	223	65.0%
Casi nunca	23	6.7%	3	0.9%	33	9.6%
Pocas veces	1	0.3%	2	0.6%	30	8.7%
A veces sí a veces no	1	0.3%	2	0.6%	21	6.1%
Frecuentemente	3	0.9%	2	0.6%	5	1.5%
Siempre o casi siempre	7	2.0%	5	1.5%	22	6.4%
Sin respuesta	15	4.4%	48	14.0%	9	2.7%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Salta a la vista, que los mayores porcentajes a esta preguntas no representan un problema estadísticamente significativo que interfiera con el funcionamiento adecuado de estos sujetos.

Algo similar ocurre con el consumo de tabaco:

	Fumo (cigarros de tabaco)	
	Fr.	%
dos o más cajetillas al día	18	5.2%
de una a dos cajetillas al día	8	2.3%
entre diez cigarros y una cajetilla al día	19	5.5%
de uno a diez cigarros al día	17	5.0%
no fumo	243	70.8%
sin respuesta	38	11.2%
Total	343	100%

Por otro lado, la distribución de los porcentajes de la pregunta "tengo dificultades para dormir" reflejan que éstas, constituyen una problemática frecuente:

	Dificultades para dormir	
	Fr.	%
Nunca	79	23.0%
Casi nunca	31	9.0%
Pocas veces	56	16.3%
A veces sí a veces no	96	28.0%
Frecuentemente	37	10.8%
Siempre o casi siempre	35	10.2%
Sin respuesta	9	2.7%
Total	343	100%

De acuerdo con los resultados obtenidos del autoreporte de los trastornos afectivos podemos observar:

	Me siento acelerado u optimista sin razón		No me puedo concentrar me distraigo fácilmente		Me siento triste sin razón		Me dan ganas de quedarme acostado todo el día	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	145	42.3%	61	17.8%	84	24.5%	182	53.1%
Casi nunca	35	10.2%	54	15.7%	52	15.2%	38	11.1%
Pocas veces	43	12.5%	81	23.6%	78	22.7%	33	9.6%
A veces sí a veces no	65	19.0%	66	19.2%	70	20.4%	45	13.1%
Frecuentemente	11	3.2%	36	10.5%	27	7.9%	10	2.9%
Siempre o casi siempre	20	5.8%	37	10.8%	23	6.7%	15	4.4%
Sin respuesta	24	7.0%	8	2.4%	9	2.6%	20	5.8%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

	Siento que no valgo mucho		Siento que soy un triunfador		Poca esperanza de resolver problemas	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	150	43.7%	65	19.0%	81	23.6%
Casi nunca	49	14.3%	34	9.9%	60	17.5%
Pocas veces	49	14.3%	54	15.7%	39	11.4%
A veces sí a veces no	63	18.4%	76	22.2%	71	20.7%
Frecuentemente	8	2.3%	31	9.0%	21	6.1%
Siempre o casi siempre	18	5.2%	77	22.4%	61	17.8%
Sin respuesta	6	1.8%	6	1.8%	10	2.9%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Llama la atención que los porcentajes de las respuestas a estas preguntas presentan una distribución sin marcadas diferencias, El análisis de estos porcentajes nos lleva a considerar el manejo de programas que contengan temas que involucren información sobre los estados afectivos, enfatizando la importancia de su expresión adecuada para apoyar el bienestar integral de esta población.

Las preguntas relacionadas con situaciones de paranoia, exploran tanto procesos de percepción subjetiva de rechazo o peligro, como estilos de socialización en el trabajo y dificultades para establecer relaciones interpersonales.

	Siento que hay gente que me quiere perjudicar o hacer daño		Pienso que mis padres preferían a alguno de mis hermanos más que a mí	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	221	64.4%	177	51.6%
Casi nunca	39	11.4%	26	7.6%
Pocas veces	33	9.6%	23	6.7%
A veces sí a veces no	23	6.7%	33	9.6%
Frecuentemente	12	3.5%	10	2.9%
Siempre o casi siempre	9	2.6%	34	9.9%
Sin respuesta	6	1.8%	40	11.7%
Total	343	100%	343	100%

Cabe resaltar que el porcentaje de personas que no respondieron en la opción "pienso que mis padres preferían a alguno de mis hermanos más que a mí" 11.7%, tiene correspondencia con el porcentaje de personas que reportaron tener cero hermanos, 11.4%.

	Relaciones con compañeros de trabajo		Relaciones con los jefes		Relaciones con subordinados	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Muy malas	4	1.2%	3	0.9%	1	0.3%
Malas	5	1.5%	5	1.5%	6	0.7%
Regulares	9	2.6%	9	2.6%	12	3.5%
Buenas	51	14.9%	38	11.1%	35	10.2%
Muy buenas	31	9.0%	28	8.2%	22	6.4%
Sin respuesta	243	70.8%	260	75.7%	267	78.9%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Si observamos las respuestas marcadas para las preguntas que exploran las relaciones interpersonales que se establecen en un ambiente laboral, encontramos que en general las perciben como buenas. Sin embargo, éstas preguntas indagan únicamente las formas de interacción entre personas que trabajan y es necesario tener presente que un alto porcentaje de la población, 78.7%, estaba desempleada, era estudiante o se dedicaba al hogar.

Por lo anterior, otro indicador útil para analizar las relaciones interpersonales, lo constituyen las preguntas que reportan la capacidad de tener y conservar amigos, en este sentido se encontró que:

	Se me permitía o permite escoger a mis propios amigos		Se me permitía o permite decidir como pasar mi tiempo libre	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	133	38.8%	95	27.7%
Casi nunca	25	7.3%	17	5.0%
Pocas veces	22	6.4%	21	6.1%
A veces sí a veces no	37	10.8%	41	12.0%
Frecuentemente	18	5.2%	25	7.3%
Siempre o casi siempre	92	26.8%	119	34.7%
Sin respuesta	16	4.7%	25	7.2%
Total	343	100%	343	100%

	Tuvo algún amigo que fuera muy cercano o íntimo		Actualmente tiene amigos que considere cercanos o íntimos		En la escuela yo hacía (hago) amigos	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Sí	169	49.3%	166	48.4%	con mucha dificultad	39 11.4%
No	98	28.6%	105	30.6%	con dificultad	29 8.5%
Sin respuesta	76	22.1%	72	21.0%	ni fácil ni difícil	31 9.0%
					con facilidad	141 41.1%
					con mucha facilidad	61 17.8%
					sin respuesta	42 12.2%
Total	343	100%	343	100%	Total	343 100%

La similitud entre los porcentajes nos indica que la capacidad de establecer relaciones permanece con los años. Cabe resaltar la importancia de fomentar y estimular, a través de programas y actividades diversas, el interés por establecer y mantener relaciones interpersonales.

Explorar las situaciones vividas durante la infancia o adolescencia temprana, y que constituyen experiencias estresantes, ofrece datos interesantes que permiten explicar

tanto la dificultad en el establecimiento de relaciones interpersonales como la manera de enfrentar y manejar las angustias y miedos irracionales:

	Durante mi niñez tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho		Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	149	43.4%	92	26.8%
Casi nunca	38	11.1%	24	7.0%
Pocas veces	26	7.6%	32	9.3%
A veces sí a veces no	42	12.2%	29	8.5%
Frecuentemente	17	5.0%	14	4.1%
Siempre o casi siempre	29	8.5%	12	3.5%
Sin respuesta	42	12.2%	140	40.8%
Total	343	100%	343	100%

La más importante de esas experiencias fue:		
	Fr.	%
Asalto, suceso violento o maltrato	33	9.6%
Violación	7	2.0%
Accidente	20	5.8%
Enfermedad	29	8.5%
Muerte o pérdida de un ser querido	79	23.0%
Cárcel	7	2.0%
Sin respuesta	168	49.1%
Total	343	100%

Las preguntas que tienen alguna relación con desórdenes de ansiedad y que expresan incomodidad subjetiva o bien preocupaciones o miedos irracionales, arrojaron los siguientes datos:

	Hay situaciones que me hacen sentir miedo		Siento tanta angustia o miedo que quisiera correr	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	121	35.3%	162	47.2%
Casi Nunca	51	14.9%	52	15.2%
Pocas veces	55	16.0%	50	14.6%
A veces sí a veces no	69	20.1%	34	9.9%
Frecuentemente	13	3.8%	19	5.5%
Siempre o casi siempre	15	4.4%	19	5.5%
Sin respuesta	19	5.5%	7	2.1%
Total	343	100%	343	100%

	Tengo pesadillas o miedos que me asustan		Despierto gritando con miedo o terror	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	147	42.9%	243	70.0%
Casi Nunca	49	14.3%	16	4.7%
Pocas veces	55	16.0%	20	5.8%
A veces sí a veces no	60	17.5%	16	4.7%
Frecuentemente	13	3.8%	4	1.2%
Siempre o casi siempre	5	1.5%	12	3.5%
Sin respuesta	14	4.0%	32	10.1%
Total	343	100%	343	100%

	Siento que me falta el aire		Siento Palpitaciones		Siento dolores en el pecho		Se me olvidan las cosas	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	142	41.4%	108	31.5%	175	51.0%	35	10.2%
Casi nunca	47	13.7%	38	11.1%	45	13.1%	36	10.5%
Pocas veces	68	19.8%	62	18.1%	44	12.8%	74	21.6%
A veces sí a veces no	48	14.0%	68	19.8%	47	13.7%	89	25.9%
Frecuentemente	21	6.1%	29	8.5%	16	4.7%	57	16.6%
Siempre o casi siempre	10	2.9%	28	8.2%	6	1.7%	45	13.1%
Sin respuesta	7	2.1%	10	2.8%	10	3.0%	7	2.1%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

Es interesante observar que aunque la ansiedad y los miedos irracionales no son un problema significativo en esta etapa de la vida, es de utilidad considerar el incluir estos temas dentro de los programas preventivos y de apoyo que se dirigen a ellos, incluyendo técnicas para su manejo. Resalta el hecho de que en preguntas que manejan algún tipo de somatización, específicamente palpitaciones y olvidos, además de estar asociados a trastornos de ansiedad son signos que se presentan con frecuencia durante el proceso de envejecimiento.

Otras preguntas que exploran aspectos de somatización son:

	Dolor en abdomen		Dolor en manos brazos y pies		Dolor de espalda		Dolor de cabeza	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	97	28.3%	44	12.8%	67	19.5%	96	28.0%
Casi nunca	34	9.9%	37	10.8%	37	10.8%	61	17.8%
Pocas veces	78	22.7%	63	18.4%	67	19.5%	84	24.5%
A veces sí a veces no	78	22.7%	75	21.9%	95	27.7%	56	16.3%
Frecuentemente	24	7.0%	56	16.3%	47	13.7%	24	7.0%
Siempre o casi siempre	20	5.8%	56	16.3%	22	6.4%	14	4.1%
Sin respuesta	12	3.6%	12	3.5%	8	2.4%	8	2.3%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

	Gases de vomitar		Diarrea		Inflado con gases	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	204	59.5%	111	32.4%	59	17.2%
Casi nunca	55	16.0%	60	17.5%	30	8.7%
Pocas veces	36	10.5%	71	20.7%	78	22.7%
A veces si a veces no	27	7.9%	65	19.0%	80	23.3%
Frecuentemente	9	2.6%	13	3.8%	50	14.6%
Siempre o casi siempre	6	1.7%	7	2.0%	33	9.6%
Sin respuesta	6	1.8%	16	4.6%	13	3.9%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

	Me dan mareos		Siento debilidad muscular	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	95	27.7%	121	35.3%
Casi nunca	47	13.7%	39	11.4%
Pocas veces	61	17.8%	42	12.2%
A veces si a veces no	74	21.6%	62	18.1%
Frecuentemente	23	6.7%	40	11.7%
Siempre o casi siempre	33	9.6%	25	7.3%
Sin respuesta	10	2.9%	14	4.0%
Total	343	100%	343	100%

Al observar los porcentajes que se presentan en estas preguntas, podemos pensar que existe cierta sensibilidad hacia el estado de salud, posiblemente provocada por una preocupación natural por la enfermedad, propia de esta etapa de la vida. Lo que resulta un indicador importante que orienta los programas de atención hacia brindarles información sobre las enfermedades más comunes en la vejez, causas y prevención.

Cuando analizamos los porcentajes de la pregunta que explora la frecuencia de las enfermedades en la niñez encontramos que:

	De chico(a) yo me enfermaba	
	Fr.	%
Nunca	54	15.7%
Casi nunca	67	19.5%
Pocas veces	112	32.7%
A veces sí a veces no	55	16.0%
Frecuentemente	33	9.6%
Siempre o casi siempre	16	4.7%
Sin respuesta	6	1.8%
Total	343	100%

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Estos porcentajes pueden estar relacionados con el recuerdo acerca de la frecuencia de las enfermedades de la niñez, que tienen un referente importante con la sensación actual sobre el estado de salud.

Un factor importante está constituido por las experiencias sexuales a lo largo de la vida, en este sentido la aplicación del SEVIC, arroja información interesante que abarca desde la percepción de las relaciones de pareja, el grado de satisfacción con la vida sexual, las posibles disfunciones hasta los abusos sexuales durante la infancia. Los datos obtenidos fueron los siguientes:

	Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los		Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los	
	Fr.	%	Fr.	%
Antes de los 10 años	1	0.3%	5	1.5%
De 11 a 14 años	26	7.6%	36	10.5%
De 15 a 17 años	63	18.4%	34	9.9%
De 18 años en adelante	193	56.3%	163	47.5%
No he tenido relaciones	21	6.1%	51	14.9%
Sin respuesta	39	11.3%	54	15.7%
Total	343	100%	343	100%

	La situación en la que sucedió fue	
	Fr.	%
Yo solo (a)	27	7.9%
Con mi novio (a)	21	6.1%
Con un pariente	2	0.6%
Con mi esposo (a)	196	57.1%
Con un extraño	15	4.4%
Sin respuesta	82	23.9%
Total	343	100%

Como se puede observar, un porcentaje importante de la población, casi la mitad, tuvo su primer eyaculación u orgasmo después de los 18 años, mientras que más de la mitad respondieron haberlo tenido con su cónyuge, lo que nos indica que gran parte de estas personas cumplía con los esquemas tradicionales de relación marital, lo que se confirma con preguntas como:

Mi pareja me parece atractiva sexualmente		
	Fr.	%
No tengo pareja	56	16.3%
Nunca o casi nunca	20	5.8%
Pocas veces	22	6.4%
A veces sí a veces no	55	16.0%
Frecuentemente	22	6.4%
Siempre o casi siempre	133	38.8%
Sin respuesta	35	10.3%
Total	343	100%

He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio o unión libre		
	Fr.	%
Nunca	231	67.3%
Casi nunca	30	8.7%
Pocas veces	16	4.7%
A veces sí a veces no	9	2.6%
Frecuentemente	4	1.2%
Siempre o casi siempre	4	1.2%
Sin respuesta	49	14.3%
Total	343	100%

Esto también es un indicador de que existe interés por la relación sexual.

Lo mismo ocurre con otras preguntas:

	Me cuesta trabajo excitarme sexualmente		Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	123	35.9%	222	64.7%
Casi nunca	52	15.2%	14	4.1%
Pocas veces	35	10.2%	9	2.6%
A veces sí a veces no	40	11.7%	9	2.6%
Frecuentemente	25	7.3%	5	1.5%
Siempre o casi siempre	34	9.9%	10	2.9%
Sin respuesta	34	9.8%	74	21.6%
Total	343	100%	343	100%

Sin embargo, los datos más interesantes los arrojaron preguntas que exploran las relaciones sexuales y su satisfacción tales como:

Creo que mi vida sexual es		
	Fr.	%
Muy satisfactoria	59	17.2%
Satisfactoria	110	32.1%
Un poco satisfactoria	44	12.8%
Un poco insatisfactoria	24	7.0%
Insatisfactoria	20	5.8%
Muy insatisfactoria	18	5.2%
Sin respuesta	68	19.9%
Total	343	100%

	De cada diez encuentros sexuales llego al orgasmo en	
	Fr.	%
De 9 a 10	25	7.3%
De 7 a 8	12	3.5%
De 5 a 6	15	4.4%
De 3 a 4	42	12.2%
De 1 a 2	53	15.5%
Ninguno	62	18.1%
Sin respuesta	134	39.0%
Total	343	100%

Es necesario recalcar aquí, que los altos porcentajes de personas que no respondieron a estas preguntas, pueden deberse a varios factores: muchos de ellos no tienen pareja, ya sea por viudez, soltería o separación, otros, nunca han tenido vida sexual; además es importante recordar que el 92.1% de la muestra son mujeres con una educación más rígida y tradicional comparadas con aquellas de generaciones posteriores.

Otro factor que se resalta con las preguntas del Inventario, se refiere a las disfunciones sexuales, primero explora las preferencias con preguntas como:

	Atraen sexualmente adultos del sexo opuesto		Atraen sexualmente adultos del mismo sexo		Atraen sexualmente niños(as) del sexo opuesto		Atraen sexualmente niños(as) del mismo sexo	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	198	57.7%	266	77.6%	282	82.2%	276	80.5%
Casi nunca	38	11.1%	8	2.3%	20	5.8%	3	0.9%
Pocas veces	27	7.9%	0	0.0%	1	0.3%	1	0.3%
A veces si a veces no	26	7.6%	5	1.5%	2	0.6%	2	0.6%
Frecuentemente	6	1.7%	3	0.9%	1	0.3%	1	0.3%
Siempre o casi siempre	21	6.1%	20	5.8%	4	1.2%	15	4.4%
Sin respuesta	27	7.9%	44	11.9%	33	9.6%	45	13.0%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

Los porcentajes que se presentan en cuanto a las preferencias sexuales por personas del sexo opuesto, pueden tener su explicación en varias razones, por un lado, existe un alto porcentaje de la población que declaró tener una vida sexual satisfactoria así como otro que encuentra atractiva sexualmente a su pareja, por otro lado, están aquellos que no tienen vida sexual, finalmente cabe la posibilidad de que algunas de estas personas no lo piensen como alternativa o, si lo piensan, no lo expresan.

Las preguntas que indagan acerca de tendencias sadomasoquistas arrojaron los siguientes datos:

	Me gusta sentir dolor cuando tengo relaciones sexuales		Me gusta causarle dolor a mi pareja cuando tenemos relaciones sexuales	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	262	76.4%	250	72.9%
Casi nunca	4	1.2%	26	7.6%
Pocas veces	4	1.2%	6	1.7%
A veces si a veces no	6	1.7%	6	1.7%
Frecuentemente	0	0.0%	0	0.0%
Siempre o casi siempre	12	3.5%	15	4.4%
Sin respuesta	55	16.0%	40	11.7%
Total	343	100%	343	100%

Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales		
	Frecuencia	Porcentaje
No he tenido	45	13.1%
Nunca o casi nunca	169	49.3%
Pocas veces	29	8.5%
A veces sí a veces no	33	9.6%
Frecuentemente	12	3.5%
Siempre o casi siempre	25	7.3%
Sin respuesta	30	8.7%
Total	343	100%

Para el caso de las personas que respondieron haber tenido dolor al tener relaciones sexuales, es importante tener en cuenta que un cambio fisiológico frecuente en el organismo de la mujer que envejece, es precisamente la falta de lubricación vaginal.

En cuanto a la pregunta "la posibilidad de tener relaciones sexuales o el tenerlas me causa angustia" le correspondieron los siguientes porcentajes:

La posibilidad de tener relaciones sexuales causa angustia		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	209	60.9%
Casi nunca	32	9.3%
Pocas veces	17	5.0%
A veces sí a veces no	24	7.0%
Frecuentemente	10	2.9%
Siempre o casi siempre	21	6.1%
Sin respuesta	30	8.8%
Total	343	100%

Existen tres preguntas que exploran abuso sexual durante la niñez, y que pueden estar relacionadas con la pregunta anterior:

Cuando era chico alguien abusó sexualmente de mí		
	Frecuencia	Porcentaje
Una vez	16	4.7%
De 2 a 3 veces	3	0.9%
De 4 a 5 veces	15	4.4%
Más de 5 veces	4	1.2%
Nunca	231	67.3%
Sin respuesta	74	21.5%
Total	343	100%

	La persona que abusó de mí fue	
	Fr.	%
Alguno de mis padres	1	0.3%
Padrastro o madrastra	1	0.3%
Pariente que vivía en la misma casa	4	1.2%
Pariente lejano	2	0.6%
Amigo	2	0.6%
Desconocido	5	1.5%
Sin respuesta	328	95.5%
Total	343	100%

	Esta persona abusó sexualmente de mí	
	Fr.	%
Una vez	6	1.7%
Pocas veces	2	0.6%
Frecuentemente	6	1.7%
Sin respuesta	329	96.0%
Total	343	100%

Como podemos observar, incluir temas de orientación y educación sexual entre esta población, donde puedan aclarar sus dudas y temores, combatir sus mitos y mantenerse informados resulta de vital importancia no sólo en su vida actual, sino como transmisores de esta información a las personas con quienes conviven cotidianamente.

La forma en que establecen las relaciones con su pareja, es otro indicador de la necesidad de abrir espacios para que comuniquen sus inquietudes y experiencias, en este tipo de preguntas, la muestra bajó a un promedio de 205.5 personas que contestaron, es decir, las que admitieron tener pareja actualmente o haberla tenido en el pasado:

	Siento que mi pareja me ignora o maltrata		Peleo con mi pareja		Las peleas llegan a la violencia física		He pensado en separarme o divorciarme	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	126	36.7%	48	14.0%	166	48.4%	109	31.8%
Casi nunca	16	4.7%	18	5.2%	12	3.5%	19	5.5%
Pocas veces	13	3.8%	43	12.5%	11	3.2%	16	4.7%
A veces sí a veces no	27	7.9%	56	16.3%	8	2.3%	30	8.7%
Frecuentemente	9	2.6%	17	5.0%	6	1.7%	7	2.0%
Siempre o casi siempre	16	4.7%	26	7.6%	9	2.6%	24	7.0%
Sin respuesta	136	39.6%	135	39.4%	141	38.3%	138	40.3%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

Cuando peleamos el enojo nos dura		
	Fr.	%
Minutos	83	24.2%
Horas	51	14.9%
Días	44	12.8%
Semanas	13	3.8%
Meses	4	1.2%
Años	6	1.7%
Sin respuesta	142	41.4%
Total	343	100%

Esas peleas se resuelven generalmente con que		
	Fr.	%
Mi pareja gana	15	4.4%
Yo gano	13	3.8%
Dejamos el asunto de lado hasta que se nos olvida	85	24.8%
Mi pareja y yo lo platicamos	72	21.0%
Hacemos lo que nos recomienda alguien que respetamos	7	2.0%
Reunimos a la familia y votamos	5	1.5%
Sin respuesta	146	42.5%
Total	343	100%

Existen otras preguntass que nos ayudan a obtener un panorama más amplio sobre el tipo de relación de pareja que mantienen:

La decisión de casarnos o de vivir juntos fue		
	Fr.	%
Principalmente mía	19	5.5%
Por embarazo	20	5.8%
Por razones de dinero	3	0.9%
Ambos lo decidimos por igual	191	55.7%
Principalmente de mi pareja	41	12.0%
Sin respuesta	69	20.1%
Total	343	100%

En general mi matrimonio o Unión libre ha sido		
	Fr.	%
Muy satisfactorio	42	12.2%
Satisfactorio	78	22.7%
Un poco satisfactorio	41	12.0%
Un poco insatisfactorio	24	7.0%
Insatisfactorio	8	2.3%
Muy insatisfactorio	13	3.8%
Sin respuesta	137	40.0%
Total	343	100%

Los anteriores porcentajes revelan cierta estabilidad en las relaciones de pareja. Con este panorama general, se puede observar tolerancia y disposición hacia resolver los conflictos con la pareja, dentro de un esquema en el que el matrimonio representa una unión permanente.

Un factor que es necesario tener en cuenta en estas relaciones, está asociado con las prácticas de crianza de las que fueron objeto, y de las cuales aprendieron para establecer formas de relación con su pareja:

	Mis padres mostraban cariño, amor uno al otro		Mis padres peleaban discutiendo o gritando		Mis padres peleaban frente a mí	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	46	13.4%	122	35.6%	134	39.1%
Casi nunca	19	5.5%	30	8.7%	17	5.0%
Pocas veces	35	10.2%	34	9.9%	31	9.0%
A veces sí a veces no	22	6.4%	41	12.0%	44	12.8%
Frecuentemente	27	7.9%	22	6.4%	19	5.5%
Siempre o casi siempre	141	41.1%	26	7.6%	28	8.2%
Sin respuesta	53	15.5%	68	19.8%	70	20.4%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

	Peleaban usando violencia física		Amenazaban con dejarse separarse divorciarse	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	192	56.0%	186	54.2%
Casi nunca	22	6.4%	24	7.0%
Pocas veces	18	5.2%	11	3.2%
A veces sí a veces no	10	2.9%	10	2.9%
Frecuentemente	13	3.8%	11	3.2%
Siempre o casi siempre	14	4.1%	25	7.3%
Sin respuesta	74	21.6%	76	22.2%
Total	343	100%	343	100%

En este análisis, también es necesario contemplar la estructura familiar y el nivel educativo de los padres, con el fin de comprender tanto el tipo de relaciones intrafamiliares que se establecieron como la naturaleza de las prácticas de crianza que pudieron haberse generado:

	En total tengo:	
	Frecuencia	Porcentaje
0 hermanos	39	11.4%
1 hermano	49	14.3%
2 hermanos	39	11.4%
3 hermanos	38	11.1%
de 4 a 6 hermanos	78	22.7%
7 o más hermanos	85	24.8%
Sin respuesta	15	4.3%
Total	343	100%

Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos es; soy el(a):		
	Fr.	%
Primero	77	22.4%
Segundo	71	20.7%
Tercero	42	12.2%
Cuarto	35	10.2%
Quinto o posterior	49	14.3%
Ultimo	49	14.3%
Sin resp.	20	5.9%
Total	343	100%

El hermano de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:		
	Fr.	%
Uno	18	5.2%
Dos	61	17.8%
Tres	42	12.2%
Cuatro	22	6.4%
Cinco	19	5.5%
Seis o más	61	17.8%
Sin respuesta	120	35.1%
Total	343	100%

	El más alto nivel educativo que alcanzó mi madre (tutora) fue:			
	Fr.		%	
Ninguno	81	23.6%	46	13.4%
Primaria	184	53.6%	170	49.6%
Secundaria	26	7.6%	22	6.4%
Comercio o técnico	17	5.0%	21	6.1%
Bachillerato	4	1.2%	5	1.5%
Profesional o superior	9	2.6%	33	9.6%
Sin respuesta	22	6.4%	46	13.4%
Total	343	100%	343	100%

Gran parte de las prácticas de crianza también están influenciadas por la forma en que cada uno de los padres se relacionó con ellos en la infancia, los reactivos exploran características cualitativas que se dieron en estas prácticas como: apoyo y aceptación, comunicación, descuido o abuso por parte de los padres, problemas con la imagen de los padres y abuso en el consumo de sustancias por parte de éstos, (de acuerdo con la clasificación realizada por el Profr. Jorge Alvarez, Facultad de Psicología, UNAM).

	Cuando era chico, mi madre mostraba interés por mis opiniones		Mi madre mostraba afecto o cariño		En situación nueva o difícil mi madre me apoyaba o reconfortaba	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	47	13.7%	26	7.6%	32	9.3%
Casi nunca	17	5.0%	15	4.4%	18	5.2%
Pocas veces	21	6.1%	33	9.6%	19	5.5%
A veces sí a veces no	40	11.7%	22	6.4%	25	7.3%
Frecuentemente	25	7.3%	30	8.7%	25	7.3%
Siempre o casi siempre	169	49.3%	193	56.3%	188	54.8%
Sin respuesta	24	6.9%	24	7.0%	36	10.6%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

	Cuando era chico, mi padre mostraba interés por mis opiniones		Mi padre mostraba afecto o cariño		En situación nueva o difícil mi padre me apoyaba o reconfortaba	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	71	20.7%	36	10.5%	50	14.6%
Casi nunca	31	9.0%	16	4.7%	28	8.2%
Pocas veces	20	5.8%	28	8.2%	12	3.5%
A veces sí a veces no	44	12.8%	26	7.6%	25	7.3%
Frecuentemente	13	3.8%	23	6.7%	15	4.4%
Siempre o casi siempre	105	30.6%	159	46.4%	139	40.5%
Sin respuesta	59	17.3%	55	15.9%	74	21.5%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Como se puede constatar, los porcentajes que conciernen al apoyo y aceptación por parte de la madre, tienden a ser mayores con relación a los del padre. Sin embargo, cuando se explora el reconocimiento por parte de ambos progenitores, los puntajes observados son muy parecidos:

Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien me lo reconocían		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	36	10.5%
Casi nunca	15	4.4%
Pocas veces	25	7.3%
A veces sí a veces no	60	17.5%
Frecuentemente	29	8.5%
Siempre o casi siempre	163	47.5%
Sin respuesta	15	4.3%
Total	343	100%

Muy relacionada con el apoyo y aceptación, la forma de comunicación es otro factor que interviene en las relaciones familiares, es común que la comunicación que se establece con la familia propia sea un reflejo del estilo aprendido con la familia de origen.

	Mi madre y yo platicábamos como buenos amigos (as)		Mi padre y yo platicábamos como buenos amigos (as)	
	Fr.	%	Fr.	%
Casi diario	186	54.2%	121	35.3%
Como 1 vez a la semana	39	11.4%	57	16.6%
Como 1 vez al mes	13	3.8%	21	6.1%
Como 1 vez cada 3 meses	5	1.5%	17	5.0%
Como 2 veces al año	13	3.8%	10	2.9%
1 vez al año o menos	24	7.0%	36	10.5%
Sin respuesta	63	18.3%	81	23.6%
Total	343	100%	343	100%

	La forma como me llevaba con mi madre		La forma como me llevaba con mi padre	
	Fr.	%	Fr.	%
Muy buena	165	48.1%	133	38.8%
Buena	114	33.2%	112	32.7%
Regular	34	9.9%	46	13.4%
Mala	10	2.9%	16	4.7%
Muy mala	2	0.6%	5	1.5%
Sin respuesta	18	5.3%	31	8.9%
Total	343	100%	343	100%

	Yo tenía confianza con mi madre para platicarle algo muy personal de mí mismo		Yo tenía confianza con mi padre para platicarle algo muy personal de mí mismo	
	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	67	19.5%	113	32.9%
Casi nunca	20	5.8%	24	7.0%
Pocas veces	19	5.5%	20	5.8%
A veces sí a veces no	38	11.1%	27	7.9%
Frecuentemente	19	5.5%	9	2.6%
Siempre o casi siempre	146	42.6%	81	23.6%
Sin respuesta	34	10.0%	69	20.2%
Total	343	100%	343	100%

	En general la relación con mis hermanos ha sido		Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es	
	Fr.	%	Fr.	%
Muy mala	10	2.9%	11	3.2%
Mala	8	2.3%	7	2.0%
Regular	70	20.4%	38	11.1%
Buena	137	39.9%	87	25.4%
Muy buena	69	20.1%	48	14.0%
Sin respuesta	49	14.4%	152	44.3%
Total	343	100%	343	100%

Uno de los factores de crianza que dejan una huella más profunda en los individuos, se refiere al uso excesivo e injusto de la autoridad paterna, esta puede abarcar desde la falta de atención y apatía hacia el trato con el niño, hasta la violencia física, esta situación la exploran preguntas como:

	Mi madre me comparaba negativamente con otros		Mi madre me mandaba a hacer algo, de modo duro u ofensivo		Cuando mi madre me castigaba, yo sí me lo merecía	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	205	59.8%	188	55.1%	37	10.8%
Casi nunca	23	6.7%	31	9.0%	21	6.1%
Pocas veces	16	4.7%	25	7.3%	26	7.6%
A veces sí a veces no	19	5.5%	28	8.2%	64	18.7%
Frecuentemente	13	3.8%	19	5.5%	8	2.3%
Siempre o casi siempre	18	5.2%	16	4.7%	110	32.1%
Sin respuesta	49	14.3%	36	10.2%	77	22.4%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

	Mi padre me comparaba negativamente con otros		Mi padre me mandaba a hacer algo, de modo duro u ofensivo		Cuando mi padre me castigaba, yo sí me lo merecía	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	202	58.9%	188	54.8%	53	15.5%
Casi nunca	21	6.1%	26	7.6%	21	6.1%
Pocas veces	9	2.6%	21	6.1%	22	6.4%
A veces sí a veces no	15	4.4%	20	5.8%	54	15.7%
Frecuentemente	11	3.2%	9	2.6%	6	1.7%
Siempre o casi siempre	20	5.8%	20	5.8%	91	26.5%
Sin respuesta	65	19.0%	59	17.3%	96	28.1%
Total	343	100%	343	100%	343	100%

Como se puede observar, el uso de la autoridad presenta puntajes muy similares para el caso de ambas figuras paternas, donde no obstante, la figura del padre tiende a percibirse como más injusta en cuanto a la aplicación de los castigos. A pesar de que, como lo muestra el siguiente cuadro, el castigo físico era más comunmente aplicado por la madre:

	Cuando mi madre me castigaba, usaba castigo físico		Cuando mi padre me castigaba, usaba castigo físico	
	Fr.	%	Fr.	%
Casi diario	20	5.8%	16	4.7%
Como 1 vez a la semana	36	10.5%	19	5.5%
Como 1 vez al mes	41	12.0%	18	5.2%
Como 1 vez cada 3 meses	18	5.2%	7	2.0%
Como 2 veces al año	22	6.4%	14	4.1%
1 vez al año o menos	72	21.0%	102	29.7%
Sin respuesta	134	39.1%	167	48.8%
Total	343	100%	343	100%

El dolor físico producido por el castigo duraba		
	Frecuencia	Porcentaje
Minutos	134	39.1%
Horas	42	12.2%
Días	23	6.7%
Semanas	9	2.6%
Meses	5	1.5%
Sin respuesta	130	37.9%
Total	343	100%

Otro factor relacionado, y que puede explicar los porcentajes sin respuesta en las preguntas anteriores, se refiere a la ausencia de alguno de los padres durante la historia del individuo, por ello existen reactivos que exploran la importancia de otros adultos para él, durante su desarrollo.

Las preguntas que exploran la ausencia concreta de alguno de los progenitores son:

	De chico me crié principalmente con	
	Fr.	%
Padres naturales	195	56.9%
Mi padre	20	5.8%
Mi madre	54	15.7%
Uno de mis padres y padrastro o (ma)	14	4.1%
Padres adoptivos u otros parientes	37	10.8%
Orfanato, casa hogar	10	2.9%
Sin respuesta	13	3.8%
Total	343	100%

	Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía	
	Fr.	%
De cero a 5 años	67	19.5%
De 6 a 12 años	49	14.3%
De 13 o más años	57	16.6%
A veces si y a veces no	16	4.7%
Siempre vivió o ha vivido conmigo	102	29.7%
Sin respuesta	52	15.2%
Total	343	100%

	Cuando yo era niño mi madre vivía con nosotros en la misma casa	
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	15	4.4%
Casi nunca	24	7.0%
Pocas veces	6	1.7%
A veces si a veces no	5	1.5%
Frecuentemente	5	1.5%
Siempre o casi siempre	277	80.8%
Sin respuesta	11	3.1%
Total	343	100%

La presencia de otros adultos importantes en la vida de los sujetos también fue indagada:

Cuando yo era chico aparte de mis padres había otros adultos importantes para mí.			
	Fr.	%	
SI	174	50.7%	
NO	91	26.5%	
Sin respuesta	78	22.8%	
Total	343	100%	

El más importante fue		
	Fr.	%
Hermano o hermana mayor	57	16.6%
Tío o tía	68	19.8%
Abuelo o abuela	58	16.9%
Padrastro o madrastra	12	3.5%
Otro pariente	9	2.6%
Vecino(a) o conocido(a)	25	7.3%
Sin respuesta	114	33.3%
Total	343	100%

Reactivos que complementan las preguntas que exploran la ausencia paterna son:

	La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue	
	Frecuencia	Porcentaje
Separación o divorcio	34	9.9%
Muerte de alguno	84	24.5%
El trabajo de alguno	23	6.7%
Situación económica	15	4.4%
Otra razón	49	14.3%
Sin respuesta	138	40.2%
Total	343	100%

	Mi edad al morir mi madre		Mi edad al morir mi padre	
	Fr.	%	Fr.	%
De cero a 5 años	21	6.1%	40	11.7%
De 6 a 10 años	14	4.1%	36	10.5%
De 11 a 15 años	13	3.8%	22	6.4%
De 16 a 20 años	15	4.4%	27	7.9%
De 21 a 25 años	12	3.5%	16	4.7%
26 años o más	217	63.3%	152	44.3%
Sin respuesta	51	14.8%	50	14.5%
Total	343	100%	343	100%

	La causa de la muerte de mi madre fue		La causa de la muerte de mi padre fue	
	Fr.	%	Fr.	%
Edad avanzada o causas naturales	53	15.5%	56	16.3%
Enfermedad	199	58.0%	186	54.2%
Accidente	29	8.5%	36	10.5%
Agresión violenta	10	2.9%	15	4.4%
Suicidio	1	0.3%	2	0.6%
Otra	12	3.5%	14	4.1%
Sin respuesta	39	11.3%	34	9.9%
Total	343	100%	343	100%

Los hábitos de consumo de alcohol o drogas por parte de las figuras paterna o materna, tienen influencia en la imagen que un individuo guarda de éstas y, en ocasiones, en el aprendizaje de los propios hábitos de consumo, los reactivos que indagan acerca de esta situación son:

	Mi madre tomaba mucho alcohol		Mi madre usaba drogas		Mi padre tomaba mucho alcohol		Mi padre usaba drogas	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	265	77.3%	299	87.2%	122	35.6%	275	80.2%
Casi nunca	26	7.6%	16	4.7%	38	11.1%	22	6.4%
Pocas veces	11	3.2%	4	1.2%	56	16.3%	2	0.6%
A veces si a veces no	13	3.8%	1	0.3%	33	9.6%	1	0.3%
Frecuentemente	5	1.5%	0	0.0%	23	6.7%	2	0.6%
Siempre o casi siempre	3	0.9%	0	0.0%	32	9.3%	2	0.6%
Sin respuesta	20	5.7%	23	6.6%	39	11.4%	39	11.3%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

Saber el número de hijos que procrearon, y si los tuvieron o no, puede aportar datos interesantes:

Tengo (número)...hijos(as)	Fr.	%
Ninguno	17	5.0%
Uno	27	7.9%
Dos	37	10.8%
Tres	33	9.6%
Cuatro	35	10.2%
Cinco o más	150	43.7%
Sin respuesta	44	12.8%
Total	343	100%

Hubiera preferido tener mis hijos en otro momento de mi vida	Fr.	%
SI	47	13.7%
NO	188	54.8%
Sin respuesta	108	31.5%
Total	343	100%

Algunos reactivos del SEVIC se refieren a la forma como el sujeto maneja su agresión y controla sus impulsos en diferentes situaciones:

	Para corregirlos pego a mis hijos		Cuando me enojo mucho grito o insulto		Cuando me enojo mucho empujo o golpeo		La gente que me conoce piensa que soy muy agresivo	
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%
Nunca	126	36.7%	105	30.6%	229	66.8%	158	46.1%
Casi nunca	41	12.0%	46	13.4%	42	12.2%	47	13.7%
Pocas veces	49	14.3%	53	15.5%	20	5.8%	34	9.9%
A veces sí a veces no	73	21.3%	71	20.7%	23	6.7%	36	10.5%
Frecuentemente	12	3.5%	23	6.7%	6	1.7%	15	4.4%
Siempre o casi siempre	9	2.6%	31	9.0%	11	3.2%	28	8.2%
Sin respuesta	33	9.6%	14	4.1%	12	3.6%	25	7.2%
Total	343	100%	343	100%	343	100%	343	100%

Podemos observar que los porcentajes correspondientes a las respuestas de este tipo de preguntas que en general existe un adecuado control de impulsos entre la población que respondió al cuestionario, donde resulta incluso, más común la agresión verbal que la violencia física.

Finalmente, existen dos preguntas particularmente interesantes para la población de la tercera edad, y que reflejan, más que problemas relacionados con paranoia, la percepción social hacia la vejez:

Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacionalidad		
	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	253	73.8%
Casi nunca	12	3.5%
Pocas veces	8	2.3%
A veces sí a veces no	16	4.7%
Frecuentemente	7	2.0%
Siempre o casi siempre	7	2.0%
Sin respuesta	40	11.7%
Total	343	100%

Esto me ha pasado en (marque el más importante)		
	Frecuencia	Porcentaje
Trabajo o escuela	17	5.0%
El vecindario o barrio	11	3.2%
Los lugares donde compró	5	1.5%
Reuniones sociales	14	4.1%
Hoteles o restaurantes	8	2.3%
Otro lugar o situación	25	7.3%
Sin respuesta	263	76.6%
Total	343	100%

Un panorama general del análisis realizado a los resultados de la aplicación del SEVIC para esta muestra, es de gran utilidad para orientar los programas preventivos dirigidos a las personas de la tercera edad, específicamente aquéllos que acuden a los Centros Comunitarios del INSEN. En el caso del programa, motivo de este trabajo, sirvió para reafirmar el contenido que maneja, al cubrir las necesidades que quedaron de manifiesto a través de los reactivos del Inventario, como son: las relaciones afectivas, las relaciones de pareja y orientación sobre la vida sexual, las interpersonales y familiares, los trastornos del sueño y hábitos en el consumo de sustancias, así como un manejo adecuado de la soledad, la depresión y la autoestima que apoye y fomente la seguridad en sí mismo. Además de consejos sobre autocuidado, alimentación, ejercicio, peligros de la automedicación y prevención de otros factores de riesgo, todos estos temas son preocupaciones actuales de las personas de la tercera edad y que son tratados a través de las sesiones que maneja el Programa Integral de Actividades para la Vejez.

Por otro lado, durante la segunda fase de esta investigación, se tomaron cuatro de los grupos que conformaron la muestra total, con el fin de aplicar el Programa Integral de Actividades para la Vejez utilizando la primera parte del SEVIC, preguntas 1 a 63, como instrumento de evaluación a manera de pretest y postest. Estas preguntas exploran áreas como: Hábitos alimenticios, problemas con el consumo de sustancias, problemas relacionados con el dormir, somatizaciones y trastornos afectivos, desórdenes de ansiedad, relaciones de parejas y sexuales, así como control de impulsos, temas que son tratados en el Programa de Actividades, y que suponemos tiene influencia en estas áreas.

De acuerdo con el diseño de Solomon planteado en el procedimiento, de los grupos La Villa y Villacoapa se tomó la primera sección del SEVIC, de la primera aplicación, como Pretest. Se aplicó tratamiento, es decir el Programa Integral de Actividades para la Vejez, a los grupos Villacoapa y Otoño, y finalmente, se repitió la aplicación de la primera parte del SEVIC, a los cuatro grupos elegidos, La Villa, Villacoapa, Otoño y la Alegría, como postest.

Es necesario aclarar que, debido a la variabilidad que existe en la asistencia a los centros comunitarios del INSEN, aunque existió una población base que recibió el tratamiento, es decir que asistió a las trece sesiones del programa, también se presentó cierta población flotante, que estuvo presente sólo en el momento del pretest, por lo que al aplicar el postest a los cuatro grupos, la cantidad de sujetos que contestaron pretest (88) casi se igualó con la que respondió al postest (89), razón por la que los análisis realizados fueron grupo contra grupo. Así se aplicó un Análisis de Varianza que comparara los reactivos de los grupos que formaron el pretest con los reactivos de los grupos que formaron el postest.

Las preguntas que obtuvieron un valor de significancia fueron:

Pregunta número 36, **"Siento dolor cuando tengo relaciones sexuales"** con un nivel de significancia de .000544;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	15	4	19	12.5%
Casi nunca	38	8	46	30.3%
Pocas veces	6	9	15	9.9%
A veces sí a veces no	8	9	17	11.2%
Frecuentemente	4	31	35	23.0%
Siempre o casi siempre	5	15	20	13.2%

Como podemos observar, durante el pretest, un alto porcentaje de personas reportaron no sentir dolor cuando tienen relaciones sexuales, no obstante, este porcentaje de personas se invierte después del tratamiento y reporta sí sentirlo, es importante mencionar que existe una sesión del programa que aborda el tema de la sexualidad, donde se les brinda información sobre los cambios corporales y fisiológicos que se presentan durante el proceso de envejecimiento, e incluso se menciona que el tener

relaciones sexuales con dolor puede ser parte de estos cambios y además se les brinda información sobre como disminuir estos efectos, por lo tanto podemos pensar que esta información influyó en su respuestas.

en la pregunta número 38, **"Tengo dolores cuando menstrúo o tengo la regla"** se obtuvo un nivel de significancia de .053557;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	25	18	43	31.4%
Casi nunca	4	3	7	5.1%
Pocas veces	8	12	20	14.6%
A veces sí a veces no	11	3	14	10.2%
Frecuentemente	2	8	10	7.3%
Siempre o casi siempre	20	23	43	31.4%

Aquí se puede observar que la variación se presenta más entre las opciones de respuesta intermedias, es necesario considerar que ésta es una pregunta que explora algo que sucedió como mínimo veinte años atrás y que sólo se mantienen fijos los recuerdos extremos, es decir, aquellas mujeres que tuvieron con frecuencia dolores menstruales y aquellas que no los padecieron tienen el recuerdo más grabado que las que se encuentran en el punto intermedio de la escala, esto hizo difícil para ellas que precisaran la frecuencia, que es donde se presentan los cambios.

Ante la pregunta número 42, **"Mi pareja me parece atractiva sexualmente"** encontramos que presentó una significancia de .000022;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	28	40	26.7%
Casi nunca	5	2	7	4.7%
Pocas veces	6	25	31	20.7%
A veces sí a veces no	10	4	14	9.3%
Frecuentemente	7	3	10	6.7%
Siempre o casi siempre	36	12	48	32.0%

Existe en esta pregunta una tendencia a variar las respuestas, durante el pretest se declara un interés sexual por la pareja, que disminuye durante el postest. Al tratar este tipo de temas con ancianos, generalmente ellos manejan estereotipos y cánones establecidos que tienen introyectados como correctos, "lo correcto es que tu pareja te atraiga", sin embargo, una vez que se establece cierta confianza, lo que pudo haber ocurrido durante el trabajo grupal, sus respuestas pudieron haber sido más apegadas a su realidad y de ahí la variación.

Otra pregunta que resultó significativa al comparar pretest con postest, fue la número 50, "Tengo pesadillas o sueños que me asustan mucho" con .037037;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	37	45	82	48.5%
Casi nunca	9	12	21	12.4%
Pocas veces	19	18	37	21.9%
A veces sí a veces no	13	8	21	12.4%
Frecuentemente	4	2	6	3.6%
Siempre o casi siempre	2	0	2	1.2%

La tendencia general en esta pregunta demuestra que su reporte acerca de este trastorno disminuyó entre el pretest y el postest, lo que puede deberse a que algunas sesiones del programa insisten en las necesidades básicas, la importancia del descanso adecuado, la vida afectiva y el manejo de emociones, lo que pudo brindarles elementos para modificar el síntoma.

Hasta aquí analizamos los resultados significativos que se obtuvieron a través del análisis de varianza, sin embargo dentro de los datos que arrojaron el pretest y el postest, encontramos que, por la misma naturaleza del SEVIC, existen preguntas que reportan un cierto porcentaje de casos extraños "missing case", que influyeron en que sólo encontráramos significativos cuatro reactivos. Para compensar esta situación, se realizó un segundo análisis, ahora asignando un valor constante, en este caso 9,

a los missing cases, en este segundo proceso estadístico, obtuvimos algunos otros reactivos que resultaron significativos:

La pregunta número 31, "Siento palpitaciones, como si el corazón me latiera muy fuerte o rápido" con una significancia de 000006;

	Pretest	Posttest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	31	11	42	24.4%
Casi nunca	10	7	17	9.9%
Pocas veces	12	27	39	22.7%
A veces sí a veces no	14	7	21	12.2%
Frecuentemente	13	8	21	12.2%
Siempre o casi siempre	5	27	32	18.6%

La modificación que se observa entre las respuestas del pretest y del posttest, indican la aceptación paulatina de los cambios que ocurren durante el proceso de envejecimiento, de entre los cuales las palpitaciones repentinas son muy comunes, es probable que esta aceptación se deba a la sensibilización acerca de ellos que lleva a cabo el programa a través de sus temas de autocuidado y percepción sensorial.

La pregunta número 33, "Me dan mareos" presentó un nivel de significancia de .000659;

	Pretest	Posttest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	26	8	34	19.4%
Casi nunca	12	8	20	11.4%
Pocas veces	14	25	39	22.3%
A veces sí a veces no	16	13	29	16.6%
Frecuentemente	7	10	17	9.7%
Siempre o casi siempre	12	24	36	20.6%

Para esta pregunta, se observa un fenómeno similar a la anterior, lo que puede tener su explicación en las mismas razones, existe una mayor sensibilización y concientización sobre los cambios del proceso de envejecimiento, provocada por la información recibida a través del programa. Lo mismo se puede observar con la pregunta número 35.

A esta pregunta número 35, "Siento debilidad en los músculos, o como si no los pudiera mover" le correspondió una significancia de .000003;

	Pretest	Posttest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	27	8	35	20.6%
Casi nunca	11	5	16	9.4%
Pocas veces	14	24	38	22.4%
A veces sí a veces no	20	9	29	17.1%
Frecuentemente	5	11	16	9.4%
Siempre o casi siempre	8	28	36	21.2%

La pregunta número 37, "Me cuesta trabajo excitarme o mantenerme excitado (a) sexualmente aunque tenga ganas de estarlo", presentó una significancia de .032221;

	Pretest	Posttest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	34	30	64	42.7%
Casi nunca	9	14	23	15.3%
Pocas veces	11	7	18	12.0%
A veces sí a veces no	9	9	18	12.0%
Frecuentemente	5	4	9	6.0%
Siempre o casi siempre	8	10	18	12.0%

Se puede observar mucha variabilidad en cuanto a esta pregunta, esto se puede deber principalmente a la naturaleza del tema y de la pregunta, por un lado existe el hecho fisiológico del dolor debido a los cambios hormonales que se presentan, por otro lado, cuando este tema se trata dentro del programa se

maneja como una necesidad natural en los seres vivos, que no disminuye con la edad, finalmente está la influencia social y religiosa, esto puede explicar de alguna manera la inconsistencia en las respuestas a todas las opciones, al remover con las pláticas esta área de su vida.

Otra de las preguntas que resultó con un nivel de significancia fue la número 39, "Mis periodos menstruales o regla son irregulares", con .000598;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	43	37	80	58.8%
Casi nunca	2	5	7	5.1%
Pocas veces	6	7	13	9.6%
A veces sí a veces no	9	6	15	11.0%
Frecuentemente	3	4	7	5.1%
Siempre o casi siempre	7	7	14	10.3%

En esta pregunta, al igual que en la número 38, influye más el recuerdo de la situación debida a la lejanía del tiempo en que ocurrió, que la situación actual. Lo mismo se puede concluir de la pregunta número 40, "Tengo demasiado sangrado menstrual", que obtuvo un nivel de significancia de .001029;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	21	21	42	30.4%
Casi nunca	6	4	10	7.2%
Pocas veces	9	9	18	13.0%
A veces sí a veces no	9	6	15	10.9%
Frecuentemente	3	4	7	5.1%
Siempre o casi siempre	22	24	46	33.3%

Otra pregunta que también explora más el recuerdo de una situación pasada, es la número 41, "Cuando me embarazo me dan vómitos", con una significancia de .003569;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	33	24	57	41.9%
Casi nunca	3	4	7	5.1%
Pocas veces	10	9	18	13.2%
A veces sí a veces no	3	4	7	5.1%
Frecuentemente	7	5	12	8.8%
Siempre o casi siempre	13	22	35	25.7%

La pregunta número 49 explora: "La posibilidad de tener relaciones sexuales (o el tenerlas) me causa angustia" que mostró un nivel de significancia de .048308;

	Pretest	Postest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	58	54	112	73.7%
Casi nunca	3	5	8	5.3%
Pocas veces	5	2	7	4.6%
A veces sí a veces no	6	8	14	9.2%
Frecuentemente	3	0	3	2.0%
Siempre o casi siempre	3	5	8	5.3%

Con esta pregunta se puede observar que se mantiene el interés por la relación sexual, la variación que se presenta es mínima por lo que no podemos concluir una marcada influencia del programa, aunque sí se presenta apertura para tratar y aceptar estos temas.

Finalmente, la pregunta número 60 reportó algún cambio significativo en este segundo análisis, "Para corregirlos o disciplinarlos, les pego a mis hijos (o a otros niños), (manazos, cinturonzos, pellizcos, etc.)", con .042602;

	Pretest	Posttest	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	43	25	68	45.6%
Casi nunca	5	10	15	10.1%
Pocas veces	10	17	27	18.1%
A veces sí a veces no	13	18	31	20.8%
Frecuentemente	3	2	5	3.4%
Siempre o casi siempre	2	1	3	2.0%

Las modificaciones que se presentan en las respuestas de esta pregunta, entre el pretest y el posttest, muestran aceptación de la manera en que controlan sus impulsos, es necesario recordar que en estas situaciones, la reacción más común de las personas ante preguntas como ésta, es negar la conducta, cuando puede ser sancionada socialmente, sin embargo a través del programa se analizan temas como resentimientos, relaciones familiares, comunicación y autoconocimiento que pudieron influir, junto con el trabajo grupal, generando la aceptación de este tipo de comportamientos en el transcurso de la vida.

Concentrado de preguntas que obtuvieron nivel de significancia

Pregunta No.	Nivel de significancia	Personas	
		Fr.	%
36	.000544	152	100%
38	.053557	137	100%
42	.000022	150	100%
50	.037037	169	100%
31	.000006	172	100%
33	.000659	175	100%
35	.000003	170	100%
37	.032221	150	100%
39	.000598	136	100%
40	.001029	138	100%
41	.003569	136	100%
49	.048308	152	100%
60	.042602	149	100%

4 Discusión y conclusiones

La tercera edad en nuestro país es un grupo social poco estudiado, en la actualidad no existen instrumentos suficientes que exploren sus necesidades y características, fuera de los Censos Nacionales, los cuales también arrojan información incompleta sobre este sector poblacional.

En este sentido, el Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC), resultó ser un instrumento que recopila amplia información acerca de la historia y desarrollo del individuo y sobre varias esferas como relaciones interpersonales, percepciones del ambiente, actitudes desadaptativas, incomodidades subjetivas, preocupaciones o miedos irracionales, deficiencias conductuales, práctica excesiva de alguna conducta que interfiera con el funcionamiento adecuado, práctica de conductas objetables por quienes los rodean y desviaciones de conducta que conlleven sanciones sociales, así como datos generales, por lo que fue de gran ayuda utilizarlo por vez primera con esta población, puesto que se obtuvieron datos generales y sociodemográficos, datos históricos en cuanto a la crianza y educación, estilos de vida y estado de salud en general, que pueden servir para conocer y orientar las acciones de prevención y tratamiento que se dirijan a las personas de edad avanzada.

Por lo anterior, la información obtenida a través de este instrumento apoyó lo que el conocimiento teórico y la aplicación empírica marcaban en cuanto a la elección de los temas que forman el programa de trabajo con estas personas.

Sin embargo, el autoreporte de los comportamientos adaptativos que el SEVIC explora en su primera sección, no fue tan sensible como esperábamos para detectar modificaciones en el comportamiento de los sujetos, una razón puede estar más en función de la duración del programa que en el instrumento mismo.

Las trece preguntas que mostraron un nivel de significancia entre las respuestas obtenidas durante el pretest en comparación con el posttest, giraron principalmente alrededor de cuatro temas básicos: preocupaciones por el organismo, sus cambios y funcionamiento; dudas y miedos sexuales; miedos irracionales

y angustias así como tolerancia y control de impulsos.

La preocupación por el cuerpo y sus cambios se encuentra presente en esta etapa de la vida y se manifiesta de varias maneras, puede existir cierta ansiedad generada por el desconocimiento de lo que ocurre con el organismo, inseguridad ante la involución y lentitud de las capacidades, sobre todo en las áreas perceptual y motora y finalmente rechazo ante la pérdida de la imagen de fortaleza y autoridad que están acostumbrados a sostener con las personas cercanas a ellos. Dentro de los temas que el Programa de Actividades para la Vejez maneja se encuentran "autocuidado", donde principalmente se proporciona información sobre los cambios, las enfermedades comunes, la alimentación, el ejercicio y otras medidas preventivas; los cambios en las capacidades cognoscitivas y en los órganos de los sentidos "percepción sensorial" así como las "necesidades básicas" de los seres humanos, de acuerdo con la teoría de Abraham Maslow. Al ofrecer este tipo de información, las sesiones del programa se convierten en un espacio donde los ancianos pueden expresar las dudas e inquietudes que se generan en este aspecto entre la población de la tercera edad.

La sexualidad constituyó por siglos un tema tabú, del que no se debía hablar y cuyas manifestaciones eran fuertemente reprimidas por el sujeto y censuradas por el ambiente social y familiar, con una fuerte influencia de las creencias religiosas, por lo mismo para las personas de edad avanzada resulta un tema muy difícil de plantear. Sin embargo, la sexualidad es inherente al ser humano y lo acompaña a lo largo de todo su desarrollo, los cambios corporales, el deterioro de la imagen física y la pulsión sexual se convierten en fuente de angustia para los ancianos. En este sentido el Programa Integral de Actividades se convierte en el espacio adecuado donde plantear sus dudas y lograr la aceptación de una vida sexual que no tiene por que ser abandonada en esta etapa, al tratar temas como "vida afectiva", "relaciones humanas" y "sexualidad".

Las sesiones del programa también apoyaron a los grupos, donde éste se aplicó, en cuanto a la identificación de "miedos irracionales" y al "manejo de emociones". Las personas de edad avanzada cargan consigo una historia personal que, en ocasiones, no han terminado de analizar, resentimientos, situaciones de conflicto en el pasado que todavía se reflejan en su forma de establecer relaciones interpersonales, angustia por la "soledad" y la "muerte", pérdidas constantes no elaboradas. No obstante, su autoimagen como figuras de autoridad, acostumbradas más a

ser el "sostén" y a poner el "ejemplo" en su casa, no permiten que ellos expresen sus temores o dudas abiertamente con los miembros de su familia, además de que ésta muchas veces no cuenta con el tiempo e interés necesarios para propiciar este acercamiento. El programa sí lo propicia a través del manejo de temas como "manejo de emociones", "adaptación y autoestima" y "vida y muerte".

El espacio de reflexión y análisis que el programa abre entre esta población busca el bienestar del anciano, a través de la aceptación de sus cambios y capacidades y la adaptación hacia las nuevas circunstancias de su vida, por medio del conocimiento de sí mismo, esto se logra abordando temas como "expresión corporal" y "autoconocimiento".

Concluimos que el Programa Integral de Actividades para la Vejez, tiene efectos sensibilizadores y preventivos, lo que quedó de manifiesto con la significancia observada en las preguntas que se refieren a la sexualidad y el control de impulsos, áreas que por su misma naturaleza requieren de información previa y un espacio que les brinde la confianza adecuada para su expresión y manejo, otro aspecto que resultó significativo, se refiere a la concientización sobre los cambios y la aceptación del proceso de envejecimiento, temas en los que se incide a través de la aplicación de todo el programa.

Al analizar las diferencias entre los grupos que recibieron tratamiento, es decir que se les aplicó el programa (Villa Coapa y Otoño) y los que sirvieron de grupo control, sin tratamiento (La Villa y La Alegría), pudimos observar que las respuestas que obtuvieron significancia estadística entre éstos, al igual que en el análisis de varianza aplicado al diseño de Solom, giraron en torno a preocupaciones por el organismo, sexualidad, relaciones de pareja y control de impulsos. Sin embargo, al comparar las medias en el tipo de respuesta de estos grupos encontramos mayor conciencia y aceptación de la problemática que conlleva el envejecer en estos rubros, por parte de los grupos con los que se trabajó el programa, sus respuestas tendieron a ser más sinceras y coherentes con las situaciones propias de las relaciones humanas, que las de los grupos que no contaron con este espacio de reflexión.

La mayoría de las personas de edad avanzada en esta sociedad, se formaron en familias con esquemas rígidos y autoritarios, donde se debía aparentar "felicidad" y todo debía "estar bien" ante los demás, por lo tanto, no están acostumbradas a expresar abiertamente conflictos familiares o personales, es así que

las respuestas de los grupos control tendieron a guiarse más por convencionalismos que por su realidad lo que nos lleva a insistir en que estos grupos cuenten con espacios que propicien el manejo de los aspectos psicológicos de su vida.

Es necesario dejar claro que los clubes de la tercera edad son lugares donde las personas ancianas se reúnen toda la semana, con el fin de convivir, tener actividades deportivas, educativas, culturales y recreativas donde se promueve la socialización y el trabajo en beneficio del grupo. Aquí, el trabajo psicogerontológico cobra gran relevancia debido a que, a través de la intervención del psicólogo, surgen grupos de autoayuda, respaldados en la empatía, la relación respetuosa, el manejo adecuado de la dinámica presente ante diversas situaciones y el apoyo del trabajo interdisciplinario con el promotor deportivo, la trabajadora social y los diferentes profesores que laboran con el grupo.

Otro aspecto importante a tomar en cuenta, y que puede influir en gran medida en la eficacia de un programa de trabajo con esta población lo constituye la actitud positiva hacia la vejez y el conocimiento acerca del proceso de envejecimiento, por parte del psicólogo que tiene a su cargo la aplicación del programa, además del manejo adecuado de las distintas técnicas psicológicas.

Con el fin de obtener resultados significativos, que lleven a los grupos a lograr un proceso de maduración en cuanto a la toma de decisiones grupales, la solución de problemas comunes y de conflictos internos, consideramos que se requiere que el programa amplíe los temas, con la misma dinámica de trabajo, y se aplique en forma permanente en estos espacios.

Finalmente, a través de la aplicación del Programa Integral de Actividades para la Vejez, se observaron situaciones clínicamente significativas dignas de mencionar. Durante las primeras sesiones se presentó cierta resistencia, por parte de los ancianos, a participar en el programa de manera activa, esta resistencia poco a poco fue rompiéndose reforzada por los temas de "comunicación y colaboración", donde se les llevaba a la reflexión acerca de sus conductas, con el tiempo se volvieron más participativos e interesados en las sesiones, lo que pudimos corroborar con la ausencia de deserciones y con la integración de nuevos integrantes que se incorporaban conforme los miembros del grupo "corrían la voz" acerca de la utilidad de las "pláticas de psicología". También pudimos constatar lo anterior al observar que, una vez que conocían la forma de

trabajo, que generalmente era en círculo, preparaban las sillas y esperaban con expectación el inicio de la sesión.

Las relaciones entre los miembros del grupo comenzaron a sufrir sensibles cambios: los conflictos intragrupales empezaron a manejarse abiertamente aprovechando las sesiones y la presencia del psicólogo, esto trajo como consecuencia confianza, conocimiento de los integrantes del grupo, cohesión grupal y un ambiente donde aprendieron que ellos eran los principales protagonistas, exigiendo por ello respeto y atención, lo que manifestaban a nivel verbal, esto constituyó para nosotras un signo de mejoría en la autoestima.

Otro signo palpable, fue la demostración de preocupación en el arreglo personal, al menos durante las sesiones, así como en el cambio de la expresión corporal de personas que, en un inicio eran totalmente inexpresivos, y en el transcurso de las sesiones participaban con gusto y mostraban actitudes más positivas hacia el grupo.

Si partimos de que muchas personas ancianas presenta carencias afectivas, a diferentes niveles, ya sea por ausencia de la pareja, alejamiento afectivo de la familia o de amigos, el manejo de técnicas como: estimular constantemente la participación activa del grupo, propiciar el contacto físico, la utilización de mensajes de amor y buena voluntad que permanecían pegados en las paredes todo el tiempo, cantar, contar chistes, jugar, organizar una caja del "amigo secreto", apuntalaban la autoestima y propiciaban un ambiente cálido y gratificante.

A partir de la quinta sesión, los integrantes permitían que sus emociones fluyeran, aportando experiencias pasadas, conflictos presentes y compartiendo sus preocupaciones, incluso en algunos casos se llegaba al llanto, en estos momentos el grupo apoyaba con consejos, apapachos y reacciones de afecto y solidaridad, aquí la intervención del psicólogo es crucial para manejar la situación, retomar el tema y cerrar reconfortando al grupo. Estas situaciones generaban que algunos viejos buscaran apoyo individual con el psicólogo, antes o después de las sesiones, el cual se brindaba como complemento a todo el programa.

Consideramos que este énfasis en el amor a sí mismo y a los demás, la búsqueda de respuestas asertivas en la relación interpersonal y el apoyo constante del psicólogo y del mismo grupo, los concientiza en la búsqueda de una vejez mentalmente saludable. Lo que comprobamos con la insistencia de éstos grupos

en contar con el servicio psicológico por parte del Instituto.

4.1. Limitaciones y sugerencias

El Inventario de Salud Estilos de Vida y Comportamiento, puede recopilar información más valiosa y específica para la población de la tercera edad, con algunas pequeñas adaptaciones que se sugiere tomar en cuenta en futuras ocasiones.

Es necesario abrir más categorías para preguntas como los años de casados, puesto que el Inventario sólo contempla hasta cinco, así como sobre la edad, el instrumento sólo llega a "más de 60 años".

Para las preguntas acerca de los períodos menstruales y los embarazos, es necesario elaborarlas en tiempo pasado, y si es posible considerar la menopausia.

Explicar más ampliamente lo que se busca en cuanto a la "duración de condiciones" preguntas de la 64 a la 78, porque generan un poco de confusión en los sujetos de esta edad.

También se sugiere buscar una forma de aplicar el cuestionario en dos sesiones, con la finalidad de que no resulte pesado para la población, aunque respetando el anonimato así como adaptar la hoja de calificación a las características de los ancianos.

Se sugiere que al interpretar los datos que arroja esta prueba, se tengan siempre en cuenta los cambios normales que se presentan durante el proceso de envejecimiento.

Es importante mencionar, que con los datos que obtuvimos, se pueden seguir realizando análisis, correlacionando diferentes variables con las respuestas de la muestra total, para lo cual contamos con los datos y los ponemos a la disposición de a quienes les interese.

Lo mismo ocurre con el Programa Integral de Actividades para la Vejez, cuya temática y forma de trabajo es valiosa y puede utilizarse, adaptarse o ampliarse para diferentes grupos de personas de edad avanzada.

Realizar más investigaciones en el campo psicogerontológico sería de gran ayuda para el desarrollo de este tipo de programas,

se puede, por ejemplo, medir el autoconcepto de ancianos institucionalizados y no institucionalizados; las capacidades cognoscitivas de ancianos activos e inactivos; la actitud hacia la vejez de diferentes grupos de edad; así como aspectos sobre jubilación, sexualidad, familia, etc.

Finalmente, una limitación del programa, es que tiene un impacto en la población anciana mientras se aplica, cuando un grupo pasa tiempo sin la estimulación e información que éste le proporciona, sus efectos se van perdiendo, por lo que su implementación debe ser permanente.

Bibliografía

- Aaronson, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Abbagnano, Nicola. Diccionario de Filosofía, Ed. F.C.E., México, 1983.
- Adler, A. citado en Bischof, 1982. y Mishara, 1986. op. cit.
- Ackerman, 1974. citado en Jiménez Reyes, 1990. op. cit.
- Alamilla. citado en Vázquez Rodríguez, 1980. Op. cit.
- Alejandro Zazueta, M., Pérez de la Mora, B. La influencia de las técnicas grupales en las relaciones interpersonales en la casa de reposo "Mateos Portillo", en el Distrito Federal, Tesis UNAM, Facultad de Psicología, México, 1993.
- Allport, G. citado en Bischof, 1982. y Mishara, 1986. op. cit.
- Anastasi, 1967. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Anzola Pérez, Elías. Hacia el bienestar de los ancianos, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 492, 1985.
- Arnhoff, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Atchley, 1977. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Avendaño Inestrillas, Jorge. Coordinador. Diccionario breve de medicina de Blakiston, La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 1983.
- Baer, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Bauer, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Becker, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bekker y Taylor, 1966. citado en citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bengtson, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bergler, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bigot, 1960. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Birren, 1963. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bischof Ledford, S. Interpretación de las teorías de la personalidad, (Biblioteca técnica de Psicología) Ed. Trillas, México, 1982.

Bjorksten, Johan. 1958. citado en Comfort, 1975 y en Vázquez Rodríguez, 1980. Ops. cits.

Bourliere, F. Métodos para determinar la edad biológica en el hombre, Cuadernos de Salud Pública No. 37, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1970.

Bourliere, F. 1982. citado en Guillén Llera, 1986. Op. cit.

Bracken, 1952. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Bradley, J. I., McClelland, J. N., Conceptos básicos de estadística, Ed. Manual Moderno, S.A., México, 1972.

Brake, 1956 - 1957. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Branden, Nathaniel. Respeto a sí mismo, Ed. Paidós Mexicana, S.A., México, 1993.

Brantner, citado en Moragas, 1991. op. cit.

Brink, 1979. citado en Krassoievitch, 1993. op. cit.

Bugess, et. al. 1958. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Burgues, citado en Lehr, 1980. op. cit.

Burt, J. & Meeks, L. Educación Sexual, "Información y planes de enseñanza". Segunda edición. Ed. Interamericana, México, 1976.

Butler, citado en Sánchez Caro, 1982. op. cit.

Butler, 1963. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Campbell, D., & Stanley, J. Diseños experimentales y coasiexperimentales, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1979.

Cattell, 1966. citado en Moragas, 1991. op. cit.

Comfort, Alex. "Teorías sobre el envejecimiento" en Brocklehurst, J. C., Tratado de clínica geriátrica y gerontológica, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 1975.

Comfort, 1984. citado en Krassoievitch, 1993. op. cit.

Consejo Económico y Social O.N.U. Envejecimiento de la Población en América Latina, (Informe Técnico) San José de Costa Rica, 1980.

Cumming, 1961. citado en Krassoievitch, 1993.; Lehr, 1980.; Mishara, 1986.; ops. cites.

Charatan, Fred B., "Deterioro de los sentidos" en Rothschild, Henry, Factores de riesgo en edad avanzada, Ed. La prensa médica mexicana, S.A., México, 1987.

Chown, 1959. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Davidson y Kunze, 1965. citados en Lehr, 1980. op. cit.

"Decreto por el que se crea el Instituto Nacional de la Senectud" S.S.A. Diario Oficial, Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, miércoles 22 de agosto de 1979.

Desroches y Kaiman, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Downie, N.M., Heath, R.W., Métodos estadísticos aplicados, Ed. Halra, S.A. de C.V., México, 1973.

Dreher, 1970. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Eisidorfer, 1971. citado en Mishara & Riedel, 1986. Op. cit.

Engelmayer, 1956. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Erlemeyer y Angleitner, 1971-1972. citados en Lehr, 1980. op. cit.

Erikson, Erik H. La Adultez, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1981.

Erikson, Erik H. Un modo de ver las cosas, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1994.

Ey, Henri. Tratado de psiquiatría, Ed. Masson, S.A., Barcelona, 1980.

Freud, S. 1920. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Fröhlich, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Fromm, Erick. citado Jiménez Reyes, 1990. op. cit.

Fuentes Aguilar, Raúl & Fuentes Aguilar, Luis. Salud y Vejez, Ediciones El Caballito, México, 1978.

Gelde y Kogan, 1959. citados en Lehr, 1980. op. cit.

González Aragón, Joaquín. Aprendamos a envejecer sanos, Costa Amic Editores, México, 1985.

Groffman, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Guillén Llera, F., "Biología del Envejecimiento. Envejecimiento Celular y Molecular. Teorías del Envejecimiento" en Salgado Alba, A. et. al. Tratado de Psiquiatría y Asistencia Geriátrica, Salvat Editores, S.A. Barcelona, 1986.

Hall, Stanley. citado en Erikson, 1981. Op. cit.

Harman, D. 1971. citado en Comfort, 1975., Guillén Llera, 1986 y en Vázquez Rodríguez, 1980. Ops. cits.

Havinghurst, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Hayflick, 1961. citado en Vázquez Rodríguez, 1980 y en Guillén Llera, 1986. Ops. cits.

Henry, 1961. citado en Krassoievitch, 1993.; Lehr, 1980.;

Mishara, 1986.; ops. cits.

Hernández Guzmán, L. & Sánchez Sosa J., "Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo" Revista Mexicana de Psicología, Vol. 8, Números 1 y 2, México, 1991.

Hernández Guzmán, L. & Sánchez Sosa, J., "Contribución de la investigación en psicología preventiva a la educación para padres" Revista Mexicana de Psicología, Vol. 11, Número 1, México, 1994.

Hilgard, E. R., Introducción a la psicología, Ediciones Morata, Primera edición, tomo II, Madrid, 1966.

Hooker, Susan. La tercera edad, "Comprensión de su problemas y auxilios prácticos para los ancianos", Ed. Gedisa, S.A., México, 1988.

Hulicka y Grossmann, 1967. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Hunter, Linn y Hanis. 1982. citado en Jiménez Reyes, 1990. op. cit.

Jiménez Reyes, Ana. El autoconcepto en el anciano en tres situaciones de estancia diferentes, Tesis UNAM, Facultad de Psicología, México, 1990.

Kastenbaum, 1965. citado en Vázquez Rodríguez, 1980. Op. cit.

Kerlinger, F.N., Investigación del Comportamiento, "Técnicas y metodología", Ed. Interamericana, México, 1975.

Krassoievitch, Miguel. Psicoterapia Geriátrica, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

Kogan, 1961. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Kogan y Shelton, 1962. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Kubler Ross, 1969. citado en Mishara, 1986. op. cit.

Kucher, 1961. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Kuhlen, 1963. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Lane, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Lasings, 1964. Citado en Fuentes & Fuentes, 1978. Op. cit.

Lehr, Ursula. Psicología de la Senectud, Ed. Herder, Barcelona, 1980.

"Ley General de Salud" Diario Oficial, Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Tomo 372 No. 27, martes 7 de febrero de 1984.

"Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social" Diario Oficial, Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Tomo 394 No. 6, jueves 9 de enero de 1986.

Lieberman, 1965. citado en Mishara, 1986. op. cit.

Löwe, 1970. citado en Lehr, 1980. op. cit.

McCary, J. & McCary, S. Sexualidad humana de McCary, Cuarta edición, Ed. El Manual Moderno, México, 1983.

Maddox, 1965. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Masters, W. H. & Johnson, V. E., Respuesta sexual humana, Ed. Inter Médica, Buenos Aires, 1981.

Meili, 1965. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Memorias del Cuarto Congreso de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología, Montevideo, Uruguay, 1982. p.169

Mishara, B.L. & Riedel, R.G., El proceso de envejecimiento, Ed. Morata, Madrid, 1986.

Mol, 1968. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Moragas Moragas, Ricardo. Gerontología Social, "Envejecimiento y calidad de vida", Ed. Herder, Barcelona, 1991.

Motlis, Jaime. El dado de la vejez y sus seis caras, Ed. Altalena, España, 1985.

- Munnichs, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Neugarten, 1964. citado en Mishara, 1986. op. cit.
- Neugarten, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Orgel, L. E., 1970. citado en Comfort, 1975 y en Guillén Llera, 1986. Ops. Cits.
- Oberleder, 1964. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Owens, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Palmore. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Parreren, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Nueva York, 1983.
- Pick, Susan. y López Ana Luisa., Cómo investigar en ciencias sociales, Ed. Trillas, México, 1995.
- Problemas de Salud Mental del Envejecimiento y de la Vejez. Organización Mundial de la Salud, Serie de informes técnicos, Sexto Informe del Comité de Expertos en Salud Mental, 3a. edición. Ed. Hvmantitas, Buenos Aires, 1983.
- Programa de Servicios Psicológicos, en "Programas de Investigación y Desarrollo Social", Instituto Nacional de la Senectud, México, 1994.
- Riegel, 1959. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Riley y cols., 1968. citado en Mishara, 1986. op. cit.
- Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales, Plaza y Valdés Editores, México, 1991.
- Rosenmayr y Kosheis, 1965. citado en Mishara, 1986.
- Rosenzweig. citado en Masters, W. H. & Johnson, V. E., 1981. op. cit.

Rudinger, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Salvarezza, 1988. citado en Krassoievitch, 1993. op. cit.

Sampieri, H. R., Collado, F. C., & Lucio, B. P. Metodología de la investigación, Ed. Mc. Graw Hill, Colombia, 1994.

Sánchez Caro, J. & Ramos, Fco. La vejez y sus mitos, Salvat Editores, Barcelona, 1982.

Sánchez Sosa, J. & Hernández Guzmán, L. "La relación con el padre como factor de riesgo psicológico en México", Revista Mexicana de Psicología, Vol. 9, Número 1, México, 1992.

Sánchez Sosa, J., Jurado Cárdenas, S. & Hernández Guzmán, L. "Episodios agudos de angustia severa en adolescentes: análisis etiológico de predictores en la crianza y la interacción familiar", Revista Mexicana de Psicología, Vol. 9, Número 2, México, 1992.

San Martín, Hernán. Salud y Enfermedad, ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V., México, 1988.

Schneider, 1970. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Selye, Hans. citado en Mishara, 1986. op. cit.

Shock, 1983. citado en Guillén Llera, 1986. Op. cit.

Shorr. citado en Masters, W. H. & Johnson, V. E., 1981. op. cit.

Singer, 1963. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Spieth, 1965. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Stauder, 1955. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Stern y Prados. citado en Masters & Johnson, 1981. op. cit.

Stone y Norris, 1966. citado en Lehr, 1980. op. cit.

Sussman, 1965. citado en Lehr, 1980. op. cit.

- Sussman, 1976. citado en Mishara, 1986. op. cit.
- Tartler, 1961. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Thomae, 1969. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Tismer, 1969, 1970. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Townsend, citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Tuckman y Lavel, 1975. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Tuckman y Lorge, 1952. 1953. citado en Lehr, 1980. op. cit.
- Vázquez Rodríguez, Gpe. M., Estudio preliminar sobre el proceso de envejecimiento, Tesis, UNAM, México, 1980.
- Vinkelman, Claudia. "Carta de la Salud", Crisis de la Tercera Edad, Fundación Mexicana para la Salud, Vol. 6, No. 2, marzo-abril, 1995.
- Warren, Howard C., Diccionario de psicología, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1982.
- Wood, Gordon., Fundamentos de la investigación psicológica, Ed. Trillas, S.A. de C.V., México, 1984.
- Youmans y Yarrow. citados en Lehr, 1980. op. cit.

"Programa Integral de Actividades para la Vejez"

Justificación

La importancia de que las personas de la tercera edad lleven a cabo actividades que las ayuden a sentirse bien, reciban información sobre lo que viven, hagan ejercicios sencillos de coordinación y memoria, discutan sus temores e inquietudes recibiendo a su vez consejos prácticos para vivir mejor, obliga a implementar un programa integral que toque todos estos puntos.

Población

Dirigido a grupos heterogéneos de ancianos integrados a los Clubes de la Tercera Edad de INSEN.

Objetivo General

Que el anciano, integrado a los Clubes de la Tercera Edad del INSEN, reciba información sobre sí mismo, que jugando se ejercite física y mentalmente y que reciba consejos prácticos para su vida, adquiriendo así seguridad y fomentando su autocuidado a través de la selección de comportamientos adaptativos que apoyen su bienestar.

Contenido

Formativo, informativo y participativo.

Forma de trabajo

Por temas, de acuerdo con las siguientes líneas de acción: Mantener el sentido vital, tanto en lo físico como en lo psíquico; fomentar el optimismo por la vida; funcionar dentro de la realidad, tratando en todo momento de fomentar los atributos personales y sociales; considerar a la muerte como un fenómeno normal, lo cual implica eliminar el temor a morir; mantener una actividad útil, por la cual se sienta cariño y atracción; evitar las tensiones emocionales y las angustias mantenidas; evitar la vida sedentaria: hacer ejercicios variados y adecuados a la edad; mantener una permanente actividad

intelectual; aprender a manejar la soledad; mantener las relaciones familiares y los contactos interpersonales; aceptación de su sexualidad; control periódico de la salud; y cuidar la adecuada alimentación. Todo ello tomando en cuenta la experiencia afectiva y emocional del senecto como elemento importante durante la aplicación del programa, con lo que se buscará, a partir de estos elementos un cambio actitudinal y de comportamiento.

Al manejar los temas, siempre se trabajará con los participantes sentados en círculo.

Primero se proporcionará la información pertinente a cada tema en forma clara y sencilla, después se fomentará la participación de los integrantes de acuerdo con sus experiencias, elaborando conclusiones. Se aplicará alguna técnica grupal que sirva de ejercicio físico y/o mental y que a su vez reafirme el tema, finalizando con comentarios de lo vivido.

Durante el desarrollo del programa se tomará nota del interés y participación del grupo hacia las sesiones, además de obtener retroalimentación de sus comentarios y opiniones. Al iniciar la siguiente sesión se elaborará, junto con el grupo, un resumen de la anterior, con el fin de mantener la continuidad.

Organización del programa

Trece temas en quince sesiones, de 90 minutos de duración cada una, impartidas dos veces por semana.

Temas

Presentación
Comunicación y colaboración
Autocuidado: alimentación, ejercicio y descanso (dos sesiones)
Percepción sensorial
Necesidades básicas y vida afectiva
Relaciones humanas
Sexualidad
Manejo de emociones: soledad y resentimiento, miedos y depresión (dos sesiones)
Adaptación y autoestima
Vida y muerte
Expresión corporal
Autoconocimiento
Despedida

Sesión 1. Presentación

Objetivo Específico:

A través de la sesión las responsables del programa:

Se presentarán ante el grupo.

Explicarán el objetivo de la aplicación del programa.

Romperán la tensión inicial.

Contenido:

-Establecer la empatía necesaria y explicar los beneficios que le puede proporcionar su participación en la aplicación del programa.

-Introducir el contenido del programa, aclarando el lugar, días, horario y forma de trabajo.

-Exponer los motivos de la evaluación inicial y final, con el fin de evitar la angustia que toda prueba que se aplica, provoca en las personas.

Técnica grupal "Nombres"

Propósito: Conocer a los integrantes del grupo así como su interés en participar en el programa.

Mecánica: La presentación comenzará por el responsable, dará su nombre completo, como le gustaría que le llamaran y el por qué está participando, en seguida pedirá a los asistentes que hagan lo mismo. Mientras cada uno se presenta, se elabora una tarjeta bristol, con el nombre de su agrado y se les dará la siguiente instrucción "Uno de nosotros va a decir su nombre, la persona que sigue dirá el nombre de la anterior y el suyo, la siguiente dirá los dos nombres anteriores y el suyo y así hasta terminar"

Es importante aclararles que no se angustien si piensan que no van a recordar todos los nombres, el grupo les ayudará. Al final se les colocarán las tarjetas con su nombre, en el hombro izquierdo, como una forma de establecer contacto físico inicial, se les pedirá que lleven la tarjeta cada vez que asistan.

Esta parte de la técnica grupal, se analizará haciendo énfasis en la necesidad que todos tenemos de comunicarnos con otros, de que nos conozcan y podamos decir como nos sentimos, como somos, como vivimos, que hacemos o que es lo que nos gustaría hacer, con el fin de que reflexionen en la sensación de bienestar que esto produce.

Después cada participante dirá cinco palabras que describan su sentimientos en este momento. Se elaborará un resumen sobre los sentimientos en común del grupo, resaltando lo positivo, estimulando la participación.

Al terminar la sesión, se agradece su participación.

Sesión 2. Comunicación y colaboración

Objetivo Específico:

El anciano recibirá información acerca de la importancia de la comunicación y la colaboración dentro de un grupo.

Contenido:

Como primer punto, se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Comunicación no verbal"

Propósito: Que el participante experimente la expresión corporal como una forma de emitir mensajes no verbales, y que reconozca su marejejo.

Mecánica: Se les pide que formen parejas y sin hablar, se comuniquen durante cinco minutos.

Se comenta el ejercicio resaltando la importancia de la comunicación, a partir de sus opiniones se proporciona la información que tocará los siguientes puntos:

- Las diferentes formas de la comunicación.
- El proceso de aprendizaje de la comunicación, analizando los factores familiares, ambientales y sociales que intervienen.
- Importancia de la comunicación en el grupo, resaltando la comunicación "cara a cara".
- Elementos que contiene una comunicación para lograr una buena integración grupal.

A partir de la reflexión acerca de la comunicación e integración grupal, se desarrolla el tema de la colaboración, necesaria para lograr los objetivos del grupo:

- La colaboración en las diversas actividades va de acuerdo a las capacidades y potencialidades de cada integrante, donde el entusiasmo en participar es más valioso que la actividad misma.
- La necesidad de apoyo mutuo para satisfacer las necesidades personales y grupales, que los hacen sentir útiles e integrados a la sociedad.

Técnica grupal "Rompecabezas" **

Propósito: Resaltar la importancia de la disposición a colaborar en grupo, para lograr un objetivo conjunto.

Mecánica: Se forman equipos de cinco personas, si no se alcanza el múltiplo de cinco, los participantes restantes fungirán como observadores, a cada equipo se le entrega un un juego de cinco sobres y se les dan las siguientes instrucciones:

"Cada sobre contiene piezas de cartón con los que tienen que formar cinco cuadrados de igual tamaño, las piezas estan revueltas, así que cada uno tiene piezas que le sirven a otros compañeros. Sin comunicarse, pueden dar piezas de las que tienen y que le hagan falta a sus compañeros de equipo, sólo queda prohibido solicitar las piezas".

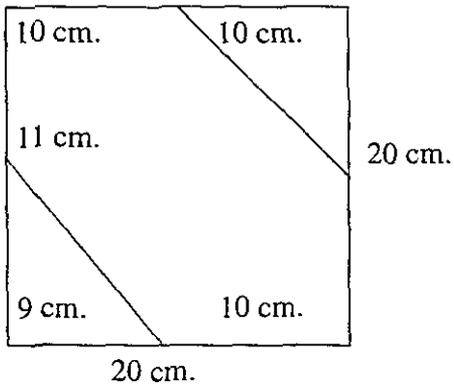
Se comenta con el grupo el ejercicio, haciendo énfasis en lo que experimentaron con respecto a la comunicación y colaboración.

Al término de la sesión se agradece su participación.

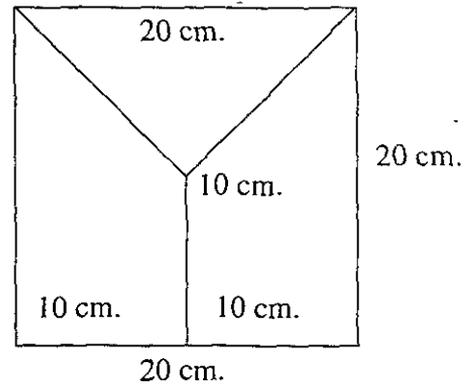
Material de la técnica “Rompecabezas”

- Se da un juego de 5 sobres para cada equipo.
- Los juegos contendrán las piezas para armar 5 cuadros iguales.
- Habrá 3 piezas diferentes dentro de cada sobre.

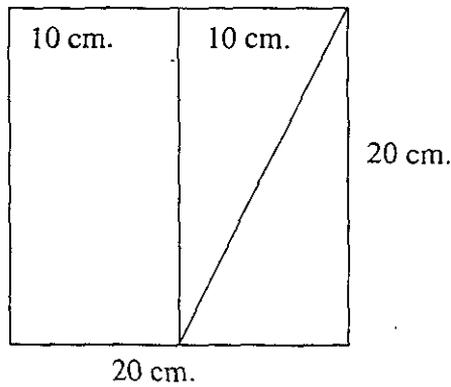
Cuadro 1



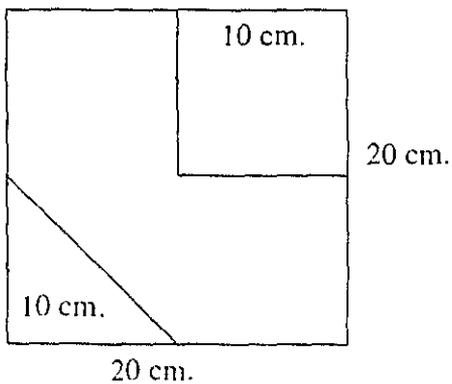
Cuadro 2



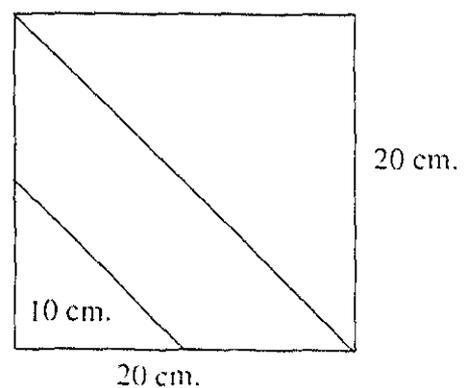
Cuadro 3



Cuadro 4



Cuadro 5



Sesión 3. Autocuidado (primera parte)

Objetivos Específicos:

El anciano recibirá información acerca de la importancia del autocuidado.

Conocerá los requerimientos de una adecuada alimentación y sus necesidades nutricionales, como factores fundamentales para mantener la salud.

Contenido:

Como primer punto, se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

La información que se les proporcione contendrá los siguientes puntos:

- Las etapas de desarrollo, de la niñez a la edad adulta, haciendo énfasis en la dependencia e independencia con respecto al cuidado de nuestro organismo.
- La importancia de la salud, su definición y los pilares básicos para mantenerla (higiene, alimentación, ejercicio, descanso hábitos nocivos y chequeo médico).
- Definición de autocuidado como estrategia para mantener la salud.
- Profundizar en la alimentación: Características de una dieta adecuada; suficiente de acuerdo a peso, talla, edad, sexo, actividad y estado de salud; balanceada, contener los tres grupos básicos, carbohidratos y grasas, proteínas, vitaminas y minerales; higiénica, variada y de apariencia agradable.
- Enfatizar acerca de los alimentos prohibidos y permitidos para la tercera edad.
- Consejos prácticos para la buena digestión de los alimentos: masticación, higiene bucal, consumo de líquidos, presentación atractiva de los platillos, etc.

Técnica grupal "¿Qué comer?"

Propósito: Aprender a elaborar una dieta balanceada.

Mecánica: Se forman equipos de cinco personas aproximadamente, y se les muestra un cuadro del tamaño de una cartulina blanca o una hoja de rotafolio, que contenga dibujos sobre los diferentes "grupos de alimentos" (carbohidratos y grasas, proteínas, vitaminas y minerales) explicándoles en que consiste, después se les proporcionan tarjetas que contengan los alimentos de los tres grupos (cinco de cada color), las proteínas en color

azul, las vitaminas y minerales en verde y los carbohidratos y grasas en rojo . Se les dan las siguientes instrucciones: "Estos alimentos son los que tienen en su despensa, van a elegir algunos de ellos para preparar su dieta de un día, desayuno, comida y cena"

Al final se analiza el contenido de los menús, resaltando que deben de contener, como mínimo, un alimento de cada grupo y se hacen comentarios al respecto. Se agradece su participación.

Sesión 3. Autocuidado (segunda parte)

Objetivos Específicos:

El anciano recibirá información acerca de la importancia del autocuidado.

Comprenderá la importancia del ejercicio y el descanso como factores para mantener la salud.

Contenido:

Como primer punto, se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

La información general sobre el tema consiste en:

- Beneficios del ejercicio corporal.
- Importancia de saber respirar.
- Enfatizar sobre los ejercicios más completos: caminata y natación.

Técnica grupal "Símbolos" **

Propósito: Que el participante detecte lo fácil y divertido que resulta hacer ejercicio, y asimismo ejercite la memoria.

Mecánica: Se comienza haciendo un ejercicio de respiración, en posición relajada y con inspiraciones y respiraciones profundas.

Se les indica que se acomoden por filas con espacio suficiente para que puedan moverse con libertad, se les muestran los "símbolos" explicando el significado de cada uno. Se realizan los movimientos junto con ellos hasta cerciorarnos que lo han entendido. Una vez memorizados se señalarán los "símbolos" al azar para que ellos realicen el movimiento correspondiente. El siguiente paso será al oír el nombre del símbolo, primero en secuencia y después al azar finalmente al oír el color del símbolo.

Se repite el ejercicio de respiración y se les recomienda que lo practiquen con regularidad. Se escuchan los comentarios acerca de la experiencia vivida.

La sesión se complementa con información sobre el sueño, que junto con la alimentación y el ejercicio, es el tercer pilar de la salud:

- La importancia del reposo como mecanismo reparador de los desgastes físicos o nerviosos que provoca la tensión.
- Hábito de dormir.
- El insomnio, su frecuencia y causas.
- Consejos prácticos para un buen descanso.

Técnica grupal "Relajación"

Propósito: Que el participante aprenda, a través de la vivencia, a utilizar una técnica de relajación.

Mecánica: Se utiliza un fondo musical apropiado para la relajación.

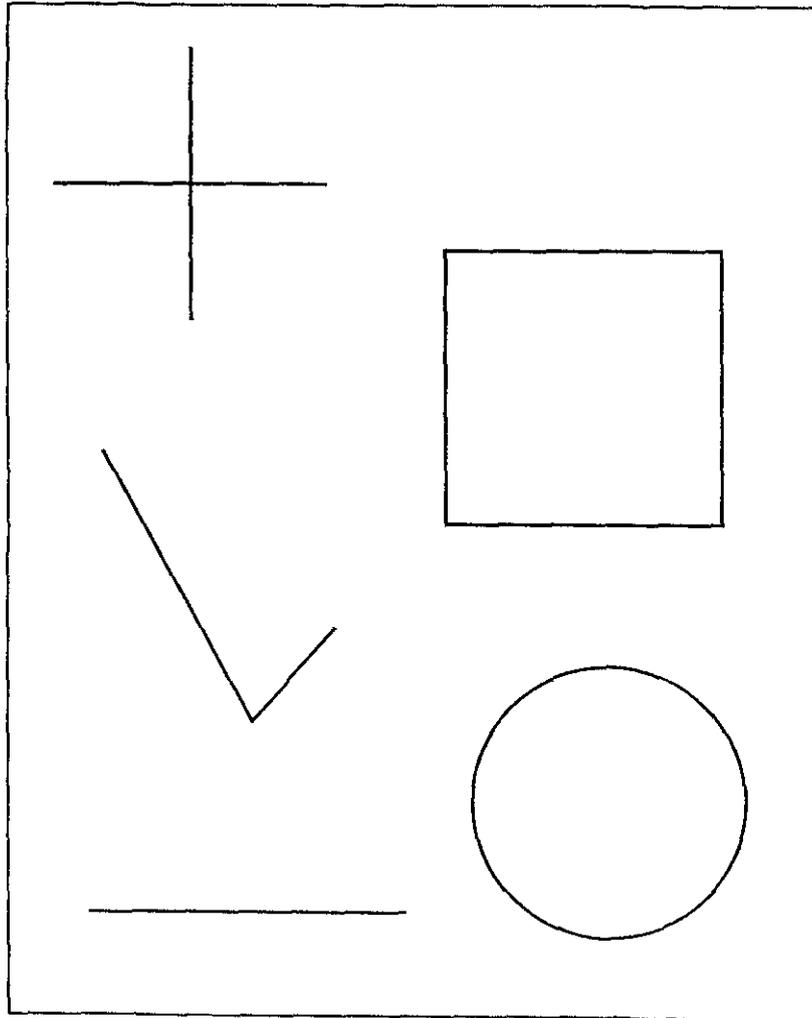
Instrucciones: "Siéntense lo más cómodamente posible, respiren profundamente (tres veces), cierren los ojos y concéntrense en el color blanco, vayan soltando poco a poco los músculos, piensen en sus pies, cada vez los sienten más livianos, ahora los muslos los sienten más ligeros, el abdomen relájenlo, de la cintura hacia abajo no pesan nada, aflojen el tronco, sientan como comienzan a flotar, suelten los brazos, son ligeros como una pluma, concéntrense en el cuello y cabeza, están completamente relajados, son ligeros como el viento, todo el cuerpo esta flotando. Imaginen un paisaje, el más bello que han visto en su vida, sientan el aire como acaricia su cuerpo, escuchen el viento, el sol recorre su cuerpo, cerca se escucha el canto del agua"...(se describen paisajes, se les hace volar y desde lo alto se les pide ubicar la ciudad, la colonia y descender hasta el club, para sentarlos en la silla donde se encuentran, poco a poco se concentran de nuevo en su cuerpo, en sentido inverso de como comenzaron la relajación, se les pide abrir los ojos).

Se escuchan comentarios, en los cuales cada uno relata su experiencia.

Al término de la sesión se agradece su participación.

• Material técnica “símbolos”•

En una hoja de rotafolio se distribuyen los símbolos de la siguiente manera:



-  En rojo significa mover la cabeza
-  En azul significa mover los brazos
-  En negro significa mover los dedos
-  En naranja significa tocarse las rodillas
-  En verde significa mover las piernas

Sesión 4. Percepción sensorial

Objetivo Específico:

El anciano recibirá información acerca de la percepción sensorial.

Reflexionará sobre la importancia de ésta para facilitar su relación con el mundo.

Contenido:

Se elabora, junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Mis cinco sentidos"***

Propósito: Reconocer el valor de los cinco sentidos para interactuar con el mundo que los rodea.

Mecánica: Se les proporciona el cuestionario "Los cinco sentidos" y se les pide que lo respondan (cinco minutos). Se forman equipos de cinco personas en promedio, con el fin de que comenten sus respuestas y lleguen a una conclusión. Se analiza en grupo el contenido de las conclusiones, haciendo énfasis en la importancia de contar con los órganos de los sentidos para disfrutar de las cosas agradables.

A partir de los comentarios se desprende la información que debe contener:

- Nuestra interacción con el mundo a través de los sentidos.
- La relevancia del aprendizaje en la percepción.
- Percepción selectiva de los estímulos.
- Deterioro de la percepción sensorial en el desarrollo de la vida.
- Consejos prácticos para compensar la disminución de los sentidos.

Técnica grupal "Dos caras"***

Propósito: Experimentar las diferencias en la interpretación de la percepción ante un mismo estímulo.

Mecánica: Se les muestra el dibujo "Dos caras", que contiene la cara de una vieja y una joven, y se les pregunta ¿qué ven?, se separan dos grupos de acuerdo a lo que percibieron, y se abre la discusión con el fin de demostrar que existen las dos caras en el mismo dibujo.

- A partir de la discusión se analiza como la interpretación de la percepción obstaculiza las relaciones interpersonales.

Se agradece su participación.

***Material de la técnica "Mis cinco sentidos"**

Cuestionario:

A mí lo que más me gusta ver es:

Lo que más me gusta oír es:

Lo que más me gusta oler es:

Lo que más me gusta tocar es:

Los sabores que más me gustan son:



•Material de la técnica “dos caras”•

Sesión 5. Necesidades básicas y vida afectiva

Objetivos Específicos:

Que el anciano reciba información acerca de las necesidades básicas de los seres humanos.

Reflexione sobre la importancia de la vida afectiva.

Identifique sus propias emociones.

Contenido:

Se elabora, junto con el grupo, un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Bienestar" **

Propósito: Que el participante reflexione acerca de lo que necesita para sentir bienestar, en los ambientes donde se mueve.

Mecánica: Se les entrega el formato "Bienestar", solicitándoles que lo contesten (cinco minutos), se forman equipos de 4 a 5 personas, para que compartan sus respuestas y elijan 5 respuestas de cada apartado para exponerlas ante el grupo.

Durante la exposición, se elabora un concentrado con las aportaciones de cada equipo, con el fin de comentarlas en grupo.

A partir de la técnica grupal, se desarrolla el tema con los siguientes puntos:

- Exposición de la teoría de Las necesidades básicas de Abraham Maslow: Fisiológicas, de seguridad y resguardo, amor y posición, autoestima y autorealización.

Técnica grupal "Identificación sensorial"

Propósito: Propiciar el contacto físico, con el fin de analizar las emociones que despierta.

Mecánica: Se realiza con un fondo musical apropiado.

Sentados comodamente con los ojos cerrados, se les guía para que realicen un recorrido facial con las manos. En la segunda fase, se indica que formen parejas, se colocan de frente, una cerrará los ojos mientras la otra realiza sobre su rostro el recorrido táctil y viceversa.

Se comenta el ejercicio a partir de como se sintieron y que emociones les evocó.

Se completa la información con:

- Importancia del contacto físico.
- Manejo de las emociones para alcanzar el bienestar.

Se agradece su participación.

Cinco elementos que me hacen sentir bien:

En la casa

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

En el club

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

En la calle

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

*Material de la técnica "bienestar"

Sesión 6. Relaciones humanas

Objetivo específico:

El anciano recibirá información acerca de las relaciones interpersonales y familiares reflexionando sobre su valor.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "El impacto del futuro"***

Propósito: Confrontar los principios morales.

Mecánica: Se forman equipos, se les reparte el cuestionario "El impacto del futuro" y discuten acerca de su acuerdo o desacuerdo con respecto a cada afirmación (20 minutos), cada equipo comenta con el grupo sus conclusiones.

A partir de la técnica grupal se tocan los siguientes puntos:

- La necesidad de las relaciones interpersonales.
- Diferentes formas de relación y su aprendizaje.
- Importancia de las relaciones familiares y su influencia en la adquisición de valores morales.
- Rigidez de la escala de valores como obstáculo en la interacción con los demás.
- Importancia de la adaptación a los cambios sociales que propician las relaciones humanas.

Técnica grupal "Sociodrama"***

Propósito: Reflexionar sobre el manejo de los valores morales y adaptarlos a las nuevas circunstancias.

Mecánica: Se piden 6 voluntarios, se les asigna un personaje explicándoles en que consiste la participación (cinco minutos para que se pongan de acuerdo). Cada uno actúa el papel que le corresponde y al finalizar se comenta la vivencia enfatizando el conflicto que surge entre los valores de cada generación.

Se agradece su participación.

***Material de la técnica "El impacto del futuro"**

Cuestionario

1. Se dará toda clase de información sobre control natal a cualquier mujer de más de catorce años a su sola solicitud.
2. Los niños se educarán abiertos a varias religiones. Estará vedado inculcarles una como la "verdadera".
3. La semana laboral ordinaria será de tres días.
4. En los gobiernos la representación femenina será de 50%.
5. Serán legales los matrimonios entre personas del mismo sexo.
6. Se suprimirán todas las instituciones de caridad. La sociedad ayudará por ley a los necesitados en los diversos órdenes.
7. Sólo trabajarán quienes lo deseen. Todo individuo tendrá derecho al salario mínimo.
8. Las mujeres casadas, dejarán de usar el "de" con el apellido del marido, y conservarán exclusivamente su nombre de solteras.
9. Los jefes de los gobiernos no recibirán, aparte de su salario, ninguna señal de honor especial.
10. Se practicará el aborto a cualquier mujer que lo pida, sin más averiguación.

***Material de la técnica "Sociodrama"**

Reparto:

Abuela: Es viuda, vive con su hijo y depende económicamente de él. Regularmente sale a comprar sus cosas, en una ocasión se encontró con don Juan, quién poco a poco se ha ganado su confianza, le ha contado que vive solo y se mantiene con su pensión, además, le ha propuesto matrimonio. A ella le agrada la idea de formar pareja, ya le "dió el sí" y ahora va a comunicarlo a la familia.

Hijo: Es chapado a la antigua, rígido, autoritario, por lo tanto, no permitirá que su madre contraiga segundas nupcias, le preocupa manchar la memoria de su padre y el qué dirán las personas que les rodean.

Nuera: Es sumisa y obediente, no se atreve a contradecir abiertamente a su marido, generalmente su opinión no se toma en cuenta, sin embargo, apoya la idea porque representa menos carga de trabajo para ella.

Nieto: Tan serio y rígido como su padre, tampoco esta de acuerdo con la boda de su abuela, piensa que es un mal ejemplo y repercutirá en su familia.

Esposa del nieto: Es una mujer convencional, "la esposa modelo", quiere evitar conflictos con su esposo y lo apoya en todo.

Nieta: Estudia, piensa en llegar a ser independiente de sus padres, así la idea de que la abuela lo sea le entusiasma. Por ello no sólo la apoya, también la anima con comentarios positivos.

Escena: El nieto se encuentra de visita con su esposa; todos se disponen a cenar, momento que la abuela aprovecha para comunicarles su decisión.

Sesión 7. Sexualidad

Objetivo Específico:

El anciano recibirá información acerca de la sexualidad humana y externará sus opiniones e inquietudes.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Islas"***

Propósito: Reflexionar acerca de la importancia de la sexualidad humana.

Mecánica: Se forman equipos de 5 personas, se les cuenta la historia, cada equipo se numera del uno al cinco y se les explica que los numerados con el 1, representan a la muchacha; los 2 al amigo de la novia; los 3 al lancharo; los 4 al novio y los 5 a la mamá.

Se les dan diez minutos para defender a su personaje explicando sus razones.

Con base en la información se les proporciona la información que deberá contener:

- Concepto de sexualidad: Sexo biológico, identidad sexual, rol sexual, sexo erótico.
- Comportamiento sexual a través de las etapas de desarrollo.
- Etapas de la Respuesta Sexual Humana en la adultez y la vejez.

Se comenta la sesión y se agradece su participación.

*Material de la técnica "Islas"

Historia

"Hay dos islas separadas por un mar lleno de tiburones. En la primera viven una muchacha de veintidós años de edad y su mamá, en la segunda isla viven el novio de la muchacha y un amigo del novio.

La única forma de pasar de una isla a otra es en una barca a cargo de un lancharo.

Un día que la muchacha quería ir a la otra isla para casarse con su novio, fue a ver al lancharo para que la llevara. El lancharo le dijo que con mucho gusto la llevaba con tal de que tuviera relaciones sexuales con él.

La muchacha le contó a su mamá y le preguntó qué hacía, la mamá le dijo: hija, esta decisión te corresponde a ti, has lo que creas conveniente.

La muchacha pagó el precio al lancharo y este la llevó a la otra isla. Apenas llegó ahí, le contó todo al novio. Entonces éste le dijo: así ya no me puedo casar contigo.

En ese momento se acercó a la muchacha el amigo del novio y le dijo: yo siempre te he querido mucho, me da tristeza que te hayas quedado así, cástate conmigo".

Sesión 8. Manejo de emociones (primera parte)

Objetivos Específicos:

Que el anciano reciba información sobre la soledad y el resentimiento. Reflexione acerca de sus propios sentimientos. Aprenda a manejarlos.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Triángulos" **

Propósito: Que el participante reflexione sobre como los sentimientos tienen tantas facetas como alternativas a descubrir.

Mécanica: Se forman equipos (4 a 5 personas), se les proporciona el dibujo "triángulos", solicitándoles que cuenten cuántos triángulos contiene, tratando de encontrar el mayor número posible. Para finalizar se muestran los 23 triángulos que contiene.

A partir del análisis de la vivencia, en cuanto a que los sentimientos tienen más caras de las que percibimos, se proporciona la información que debe contener:

- Diferencia entre soledad y aislamiento.
- La soledad como un sentimiento presente durante todas las etapas de la vida.
- Como las pérdidas, durante la vejez, incrementan este sentimiento.
- La importancia de las actividades y los contactos sociales como atenuantes de la soledad.
- Los aspectos positivos de la soledad.
- Resentimiento como otro sentimiento ambivalente.
- Factores que generan el resentimiento (conflicto, tensión, frustración y agresión)
- Resentimiento como desencadenante del aislamiento.
- Tareas que les ayuden a ser menos sensibles al resentimiento. (aprender a esperar la crítica, desarrollar tolerancia y comprensión, controlar el enojo).

Técnica grupal "Náufragos"

Propósito: Reflexionar en como la percepción de una situación genera pensamientos y sentimientos que pueden originar conflictos.

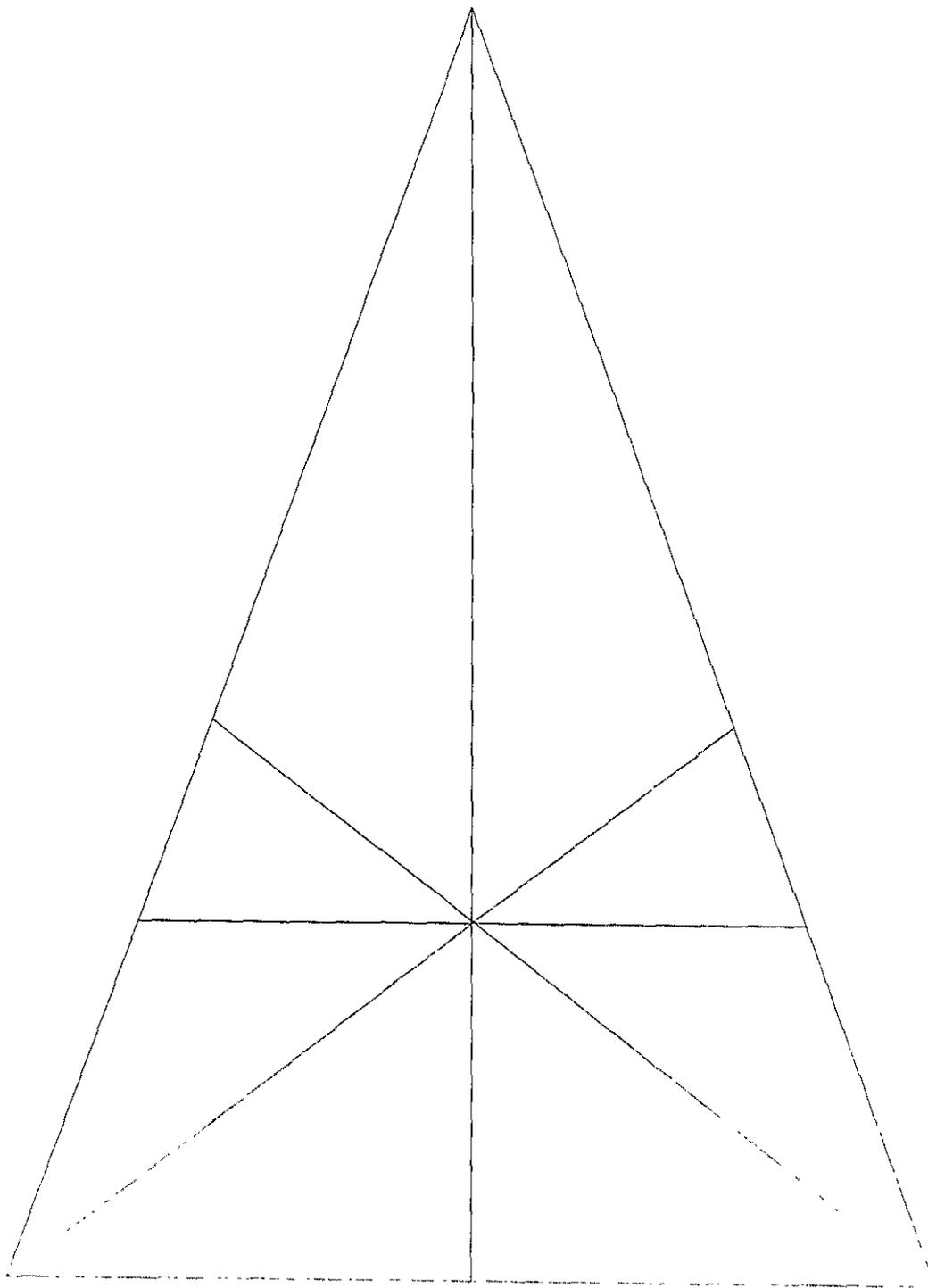
Mecánica: Se sienta al grupo en círculo y se les dan las siguientes instrucciones: "Supongan que los miembros del grupo son naufragos de un buque, pero sobra una persona, el cupo de la lancha salvavidas es tal que si no se elimina uno zozobrará. .

El grupo debe elegir un capitán destinado a perecer, no se admiten voluntarios, el designado saldrá del aula y al minuto volverá, mientras el grupo comenta sus razones para elegirlo, luego se hará la misma indicación, pero será el capitán quien designe, sin consultar a nadie, a la persona que debe salir de la lancha; una vez que salga ésta, él dirá al grupo por qué la sacó, dicha persona será invitada a entrar y se repetirá el ciclo, ahora ella será el capitán. Cuando hayan pasado cuatro o cinco ciclos, se reunirán todos y los elegidos preguntarán a su capitán por qué los saco; para ello pagarán un precio: expresar ante el grupo por qué creen que fueron elegidos".

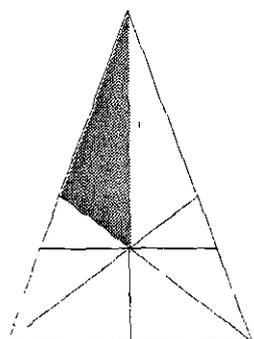
Finalmente se comentará sobre la distancia entre los hechos, interpretaciones y suposiciones, y como tiende a olvidarse esta distinción, generando resentimiento y aislamiento.

Se les agradece su participación.

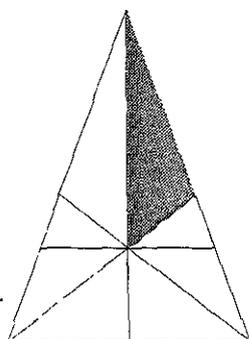
Material de la técnica “Triangulos”



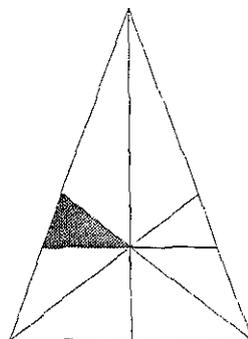
Hoja de Respuestas



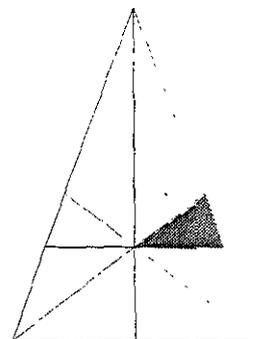
1



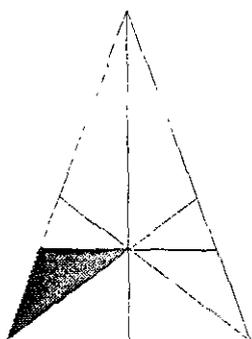
2



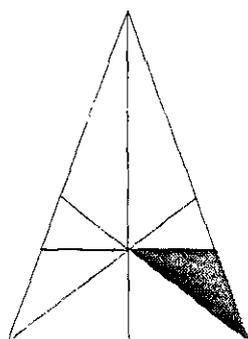
3



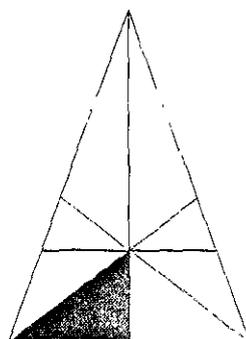
4



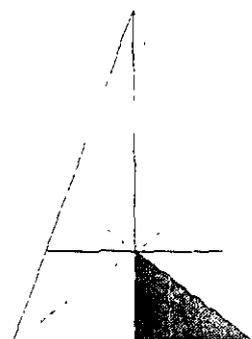
5



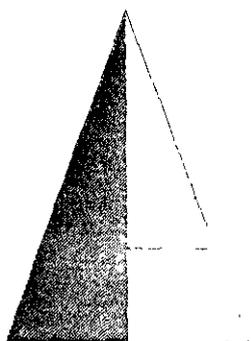
6



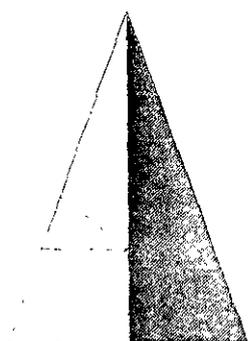
7



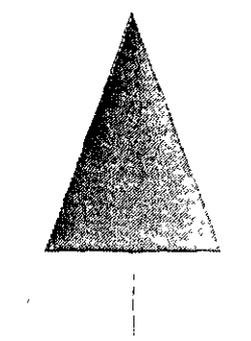
8



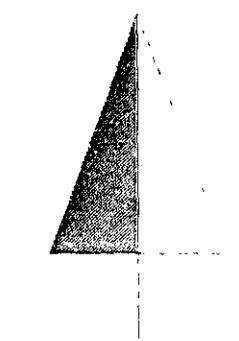
9



10

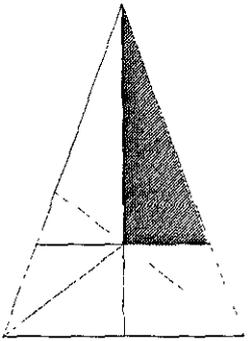


11

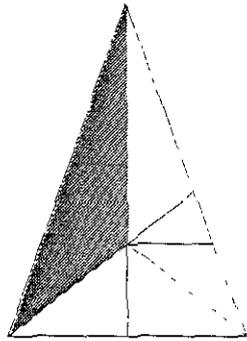


12

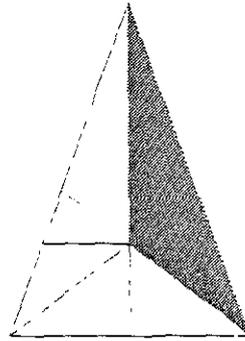
Hoja de Respuestas



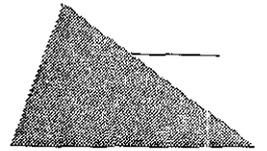
13



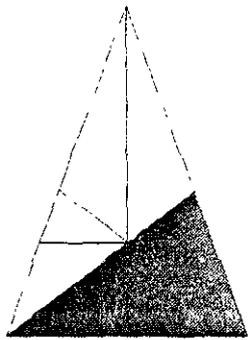
14



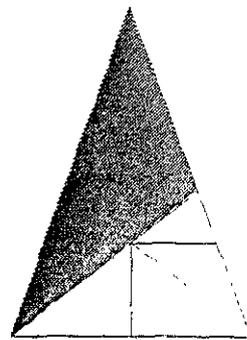
15



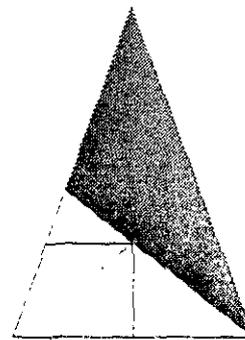
16



17



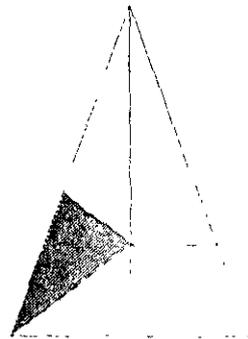
18



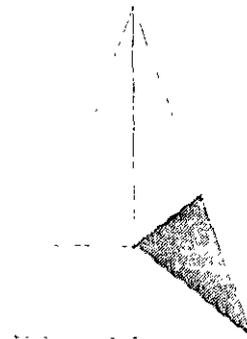
19



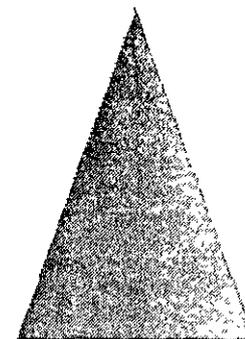
20



21



22



23

Sesión 8. Manejo de emociones (segunda parte)

Objetivos Específicos:

Que el anciano reciba información acerca de los miedos racionales e irracionales.
Reflexione sobre las causas de la depresión.
Expresa sus opiniones y busque conductas alternativas.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Se les proporciona la información que consiste en:

- Definir el concepto angustia.
- Miedo como causa de la angustia.
- Diferencia entre miedo racional e irracional.
- Como enfrentarlo para disminuirlo.

Técnica grupal "Caras" **

Propósito: Analizar los sentimientos reflejados en las expresiones faciales.

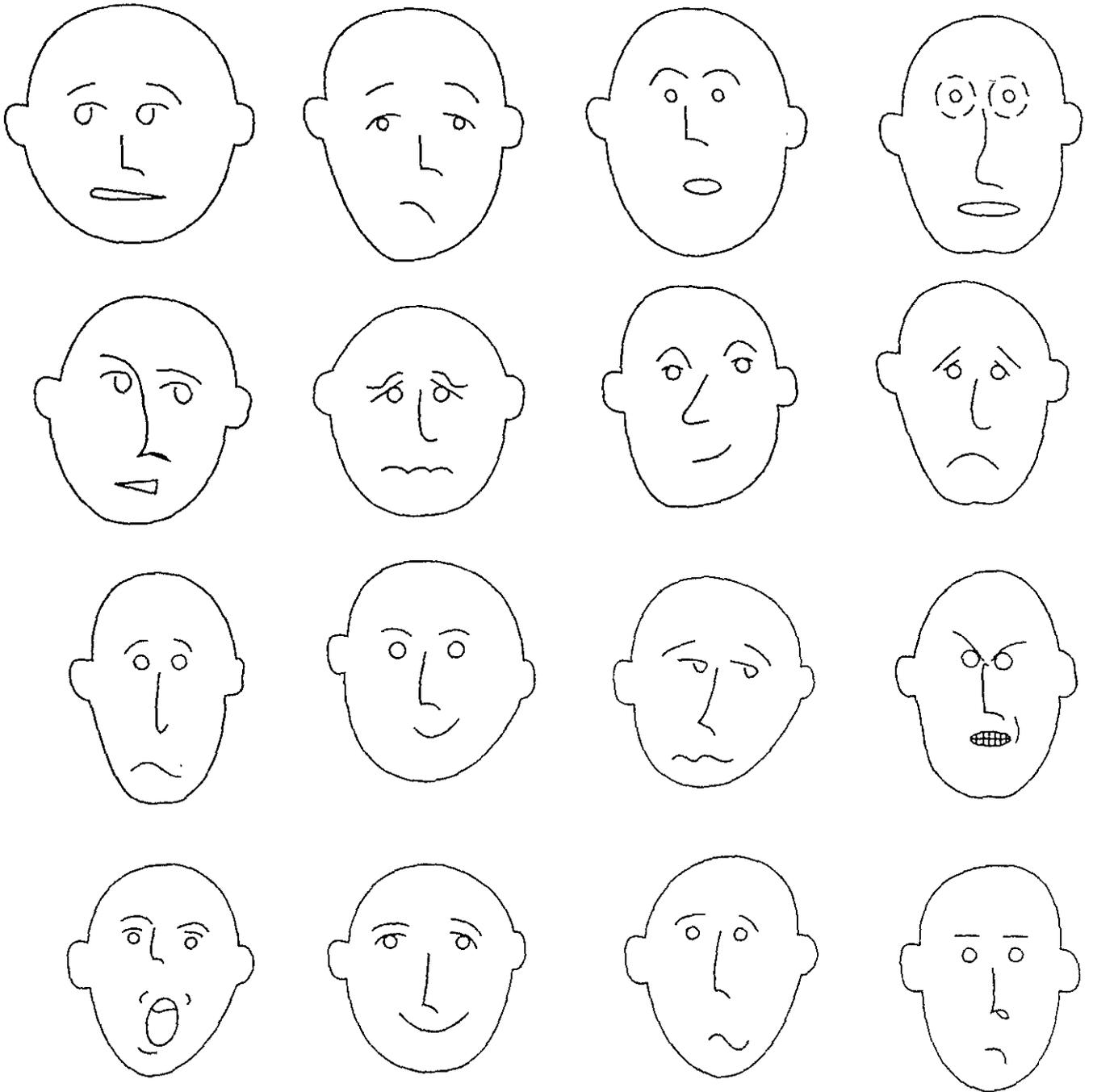
Mecánica: Se muestran las láminas que contienen las "caras", pidiéndoles que las describan. Fomentar la participación en como reconocemos los sentimientos de las personas al observar sus gestos.

A partir de los comentarios se tocan los siguientes puntos:

- La importancia de la expresión facial para expresar los sentimientos.
- A partir de los comentarios, centrarse en la depresión.
- Analizar las causas (endógenas y exógenas) y síntomas.
- El proceso de duelo.
- Alternativas para manejar la depresión.

Se escuchan comentarios y se agradece su participación.

•Material de la técnica “Caras”•



Sesión 9. Adaptación y autoestima

Objetivos Específicos:

Que el anciano reflexione acerca de la capacidad de adaptación de los seres humanos.

Analice la importancia de la autoestima como factor determinante para el bienestar.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal "Puntos" **

Propósito: Reflexionar en como las normas aprendidas en ocasiones impiden la adecuada adaptación a nuevas situaciones.

Mecánica: Se entrega, a cada participante, la hoja que contiene la técnica grupal "puntos". Al terminar la tarea, se muestra la solución.

A partir de los comentarios, se vierte la información que tocará los siguientes puntos:

- Diferencia entre temperamento y carácter.
- Definición de personalidad.
- Aprendizaje de nuevas experiencias que permiten la adaptación durante el desarrollo de los individuos.
- Adaptación como forma de alcanzar el equilibrio emocional.

Técnica grupal "Definición de autoestima"

Propósito: Analizar el concepto de autoestima a partir de las aportaciones del grupo (phillis 66).

Mecánica: A partir de la discusión grupal se desarrolla la "escalera de la autoestima" de Rodríguez Estrada.

Propiciar la discusión alrededor de la pregunta ¿cómo podemos adaptarnos, en este momento de nuestra vida, a las situaciones que enfrentamos cotidianamente?. La participación será espontánea, retomando los puntos más importantes y cerrar con base en el tema expuesto. Para finalizar, se les pide que demuestren su afecto a cada uno de sus compañeros; sin palabras, con una sonrisa, una caricia, un apretón, un abrazo, un beso.

Se agradece su participación.

***Material de la técnica "Puntos"**

Instrucciones:

Unan con cuatro líneas los nueve puntos,
sin despegar el lápiz ni pasar dos veces
por la misma línea.

0 0 0

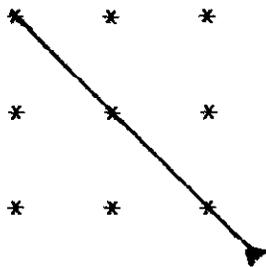
0 0 0

0 0 0

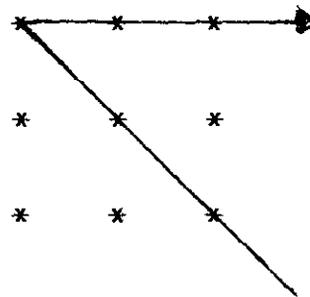
***Material de la técnica "Puntos"**

Hoja de respuesta para el instructor

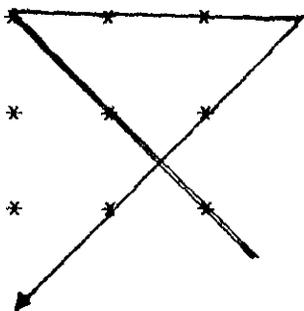
Línea 1



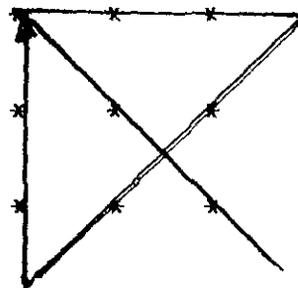
Línea 2



Línea 3



Línea 4



Sesión 10. Vida y muerte

Objetivo Específico:

Que el anciano reflexione acerca de la vida y la muerte.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

A partir de la pregunta ¿qué es la muerte? se escuchan opiniones fomentando la discusión para comenzar con el tema que deberá contener:

- La muerte como necesidad de los seres vivos y como germen de vida.
- El culto a la muerte en la tradición popular, ofrenda de muertos y su origen.
- Etapas del duelo, de acuerdo a la teoría de Kubler Rosse.

Técnica grupal "Francisca y la muerte" **

Propósito: A partir de la lectura del cuento se busca reflexionar sobre la importancia de mantener vitalidad.

Mecánica: Se fomenta la discusión para introducir el tema que consiste en:

- La actividad como motivadora de la vida.
- La capacidad de disfrutar todas las cosas vividas.
- La actividad versus inactividad en la vejez.
- La importancia del "aquí y ahora".
- La importancia de vivir un sano proceso de envejecimiento.

Técnica grupal ¿qué es la vida?

Propósito: Concluir acerca de lo maravilloso de estar vivo.

Mecánica: Por equipos discutirán ¿qué es la vida? y formarán una frase corta como resumen, se escribe la frase de cada equipo y se discuten en grupo tratando de llegar a una conclusión general.

Se agradece su participación.

***Material de la técnica "Francisca y la muerte"**

(cuento)

Santos y buenos días - dijo la Muerte, y ninguno la pudo reconocer porque venía con su trenza retorcida bajo el sombrero y su mano amarilla en el bolsillo.

Quisiera saber dónde vive la señora Francisca.

Allá arriba - respondieron, señalándole el camino.

Andando, la Muerte vio que eran las siete de la mañana. "Para la una y cuarto está anotada Francisca: menos mal, poco trabajo, un sólo caso". se dijo satisfecha de no fatigarse. Y llegó a casa de Francisca:

Por favor con Panchita - dijo adúlona la Muerte.

Abuela salió temprano - contestó una nieta.

¿Y a qué hora regresa? - preguntó.

¡Quién lo sabe! - dijo la madre de la niña - Depende de los quehaceres que tenga en el campo.

Hace mucho sol. ¿Puedo esperarla aquí?

Sí, pero puede que regrese hasta el anochecer.

"¡Chin! - pensó la Muerte -, se me irá el tren de las cinco. Mejor voy a buscala". Y preguntó:

¿Dónde, de fijo, puedo encontrarla ahora?

De madrugada salió a ordeñar. Seguramente ahora estará sembrando.

Gracias - dijo secamente la Muerte y hecho a andar de nuevo. Pero miró todo el extenso campo y no había un alma en él.

Entocés rabió: Vieja andariega, dónde te habrás metido. Escupió y continuó su sendero sin tino hasta que se topó con un caminante y le preguntó por Francisca.

Lleva media hora en casa de los Noriega - le contestó -. Está enfermo el niño y ella fue a socharlo.

La Muerte apretó el paso aunque ahora el camino era más duro y fatigoso. Así llegó hecha una lástima a casa de los Noriega:

Con Francisca, si me hace el favor.
Ya se fue - dijo la madre.

¡Cómo! ¿Tan pronto? ¿No hizo la sobremesa?

Sólo vino a ayudarnos con el niño. Se ve que usted no conoce a Francisca.

Tengo sus señas.

A ver, dígalas - esperó la madre. Y la Muerte dijo:

Pues... con arrugas, desde luego; ya son setenta años...

¿Y qué más?

Verá... el pelo blanco... casi ningún diente propio... la nariz afilada.

Pero usted no ha hablado de sus ojos.

Bien; nublados... sí, nublados han de ser... ahumados por los años.

No, no la conoce - dijo la mujer -. Todo lo dicho esta bien, pero no los ojos. Tiene menos tiempo en la mirada. Esa que usted busca no es Francisca.

Y salió la Muerte indignada y anduvo y anduvo. Alguien le dijo que Francisca estaba cortando pastura para la vaca. Pero fue y sólo vió la pastura. Entonces, con los pies hinchados y la camisa negra más que sudada, sacó su reloj y consultó la hora: "¡Las cuatro y media! ¡Imposible! ¡Se me va el tren!" Y regresó maldiciendo.

Mientras, a dos kilómetros de allí, Francisca arreglaba un jardincito. Un conocido la saludó bromeando:

Francisca, ¿Cuándo te vas a morir?

Ella se incorporó asomando medio cuerpo sobre las rosas y le devolvió el saludo alegre:

Nunca - dijo -, siempre hay algo que hacer.

Onelio Jorge Cardoso.

Sesión 11. Expresión corporal y libertad

Objetivos Específicos:

Que el anciano reciba información acerca de su capacidad de expresión corporal.

Reflexione sobre su capacidad de movimiento y la utilice para ampliar sus espacios.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal: Yo y ¿mi cara?

Propósito: Reflexionar sobre si la imagen que se tiene de sí mismo corresponde a la que se proyecta ante los demás.

Mecánica: Por equipos de 4 a 5 personas, se les pide que por turno describan su rostro ante sus compañeros, al mismo tiempo recibirán retroalimentación sobre sus percepciones. Cuando todos hayan terminado se escuchan comentarios a nivel grupal y se vierte la información que debe contener:

- El desarrollo de la autoimagen.
- Importancia de que ésta sea objetiva.
- La autoaceptación para mejorar sus relaciones con el mundo.
- El manejo de la conciencia corporal a través de la expresión.
- El cuidado del cuerpo como factor fundamental para adquirir seguridad de sí mismo en la interacción con el mundo.

Técnica grupal "Identificación proyectiva"

Propósito: Reflexionar sobre el conocimiento de sí mismo.

Mecánica: Se esparcen por el suelo fotografías de personas, paisajes, animales, etc. Se les pide que elijan una que refleje lo que quisieran ser o hacer, se forman parejas libremente, que se comenten entre sí sobre el por qué seleccionaron dicha foto. Se escuchan comentarios y se concluye con:

- El autoconocimiento para desarrollar la capacidad de alcanzar metas.
- Búsqueda de alternativas (recreativas, sociales, educativas, etc.) para adquirir un equilibrio entre lo que se es y lo que se quiere ser.

Se agradece su participación.

Sesión 12. Conocerse a sí mismo

Objetivo Específico:

Que el anciano reflexione acerca de la importancia de conocerse a sí mismo y revalore la experiencia adquirida a través de su vida.

Contenido:

Se elabora junto con el grupo un resumen de la sesión anterior.

Técnica grupal: "Virtudes y defectos"

Propósito: Reconocer los defectos y virtudes que, como seres humanos, poseen.

Mecánica: Se colocan en la mesa tarjetas que contengan palabras correspondientes a virtudes y defectos (cinco de cada una), se les pide que elijan una tarjeta que defina su mayor virtud y otra su defecto más marcado. En equipos comentarán acerca de estas dos conductas, al terminar la discusión se pide que expresen al grupo libremente sus impresiones sobre el ejercicio. La información que se proporcione debe contener:

- La importancia del autoconocimiento y la autoaceptación para lograr el equilibrio entre lo que se es y lo que se quiere hacer.
- Reflexionar sobre la tendencia a considerarse en los extremos de la dualidad de la existencia humana.
- Las etiquetas que provocan la resistencia al cambio.
- El uso de mecanismos de defensa (negación, introyección, proyección, racionalización y sublimación).

Técnica grupal "Bolsas"

Propósito: Contribuir al autoconocimiento.

Mecánica: Caminar por el salón respirando profundamente con el objetivo de relajarse (2 a 3 minutos). Mientras tanto el instructor va formando parejas al azar, se les indica que tomen su bolsa y elijan un lugar donde sentarse, y se les dan las siguientes instrucciones: "Primero, uno va a sacar todas las cosas de su bolsa, las mostrará y explicará a su compañero por que las trae y las guarda e intercambian los papeles. Cuando todas las parejas hayan terminado, se les pide que se pregunten mutuamente: ¿olvidó algo que debería traer? ¿qué haría si le robaran la bolsa?". Se comenta libremente la sesión y se concluye con:

- El valor de las experiencias adquiridas a lo largo de la vida.
- Como las experiencias influyen la conducta.
- La experiencia como un tesoro en la vejez.
- La capacidad de compartir la experiencia.

Se comenta la sesión y se agradece su participación.

Sesión 13. Despedida

Objetivos Específicos:

Elaborar un resumen del programa.
Escuchar opiniones.
Despedirse.

Contenido:

- Como primer punto se recuerda el objetivo inicial del programa.
- Se resumen las sesiones, resaltando las técnicas grupales y los sucesos relevantes durante su aplicación, con anécdotas sobre la experiencia vivida.
- Se aplica la evaluación final.
- Se agradece su colaboración durante todo el programa.
- Se les entrega un pequeño recuerdo como reconocimiento.

Programa Integral de Actividades para la vejez
B i b l i o g r a f í a

LIBROS

Acevedo Ibáñez, Alejandro. Aprender jugando. "60 Dinámicas vivenciales". 5a. ed., México; Acevedo y Asociados Consultores en Desarrollo, S.A. de C.V., 1980. Tomo I.

Avila Montés, José O. Personas de edad sin achaques. Barcelona; Cedel, 1970.

Beauvoir, Simone de. La vejez. México; Hermes, 1985.

Bischof, Ledford S. Interpretación de las teorías de la personalidad. México; Trillas, 1982.

Carnegie, Dale. Como suprimir las preocupaciones y disfrutar de la vida. México; Hermes, 1985.

Cortés Ruiz, Efraín. et. al. Los días de muertos, una costumbre mexicana. México; G.V. editores S.A. de C.V., 1987. 2a. ed.

Fromm, Erich. El arte de amar. México; Paidós, 1987.

Fromm, Erich. Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. México; F.C.E., 1956.

Fuentes Aguilar, Raúl y Luis. Salud y vejez. México; Ediciones el caballito, S.A., 1978.

Gibran Jalil, Gibran. Obras selectas. México; Patria, S.A., 1980.

Minuchin, Salvador. Familias y terapia familiar. 2a. ed. México; Gedisa, 1985.

Mora Carrillo, Enrique. Dinámica de grupos y capacitación con juegos vivenciales. México; 1980. Vol. 2.

Rodríguez Estrada, Mauro. Serie: Capacitación integral. México; El Manual Moderno, 1988. Vols. 2, 4, 5, 8 y 10.

Rosend, Don. El camino de la edad. "El arte de vivir más años". México; S.E.P., 1983.

Rothschild, Henry. Factores de riesgo en edad avanzada. México; La Prensa Médica, 1987.

Selecciones del Reader's Digest. Sin temor a equivocarse. México; 1973.

Skinner, B.F. & Vaughan, M.E. Disfrutar la vejez. Barcelona; martínez roca, 1986.

Vargas, Laura. & Bustillos de Núñez, Graciela. Técnicas participativas para la educación popular. México; IMDEC.

Weiser, Erick. Mantenerse joven, permanecer activo. Bilbao; Mensajero, colección de bolsillo. 1972.

Whittaker, James D. Psicología. 3a. ed. en español. México, Nueva editorial interamericana, S.A. de C.V., 1981.

REVISTAS

Alvarez Gutiérrez, Ramón. & Brown, Martha J. "Encuesta de las necesidades de los ancianos". Revista salud pública de México. S.S.A. (México, D.F.: enero, febrero de 1983), época. Vol. XXV. No. 1. pp. 21 - 75.

Arzac, Maribel. & Zubirán, Salvador. Recopilación Casanueva, Esther. "La nutrición en la senectud". Cuadernos de nutrición. Instituto Nacional de la Nutrición (México, D.F.: enero, febrero de 1985), vol. 8. No. 1. pp. 17 - 32.

Guillén Oliva, Octavio O. "La muerte: tradición mexicana que se resiste a morir". Experiencia: La voz de la tercera edad, INSEN. (México, D.F.: diciembre de 1986), año 4, vol. IV, No. 41. pp. 5, 6, 12 y 13.

Moreno Becerra, Jesús. "La soledad". Experiencia: La voz de la tercera edad. INSEN. (México, D.F.: febrero de 1986), año 5, vol. V, No. 31. pp. 5 y 14.

Oñate, Virginia. "Como envejecemos de los 20 a los 70". Muy interesante. (México, D.F.), año 2, No. 21. pp. 32.- 41.

MANUALES

Expresión Corporal y Movimiento. Manual de curso, Instituto Nacional de la Senectud. México, 1989. Disponible en el Centro de Documentación de la Subdirección de Investigación y Desarrollo Social, INSEN.

Psicología de la Vejez. Manual de curso, Instituto Nacional de la Senectud. México, 1987. Disponible en el Centro de Documentación de la Subdirección de Investigación y Desarrollo Social, INSEN.

Terapia Ocupacional en la tercera edad. Manual de curso, Instituto Nacional de la Senectud. México, 1988. Disponible en el Centro de Documentación de la Subdirección de Investigación y Desarrollo Social, INSEN.

FOLLETOS

Pfau, Padre. "Resentimientos" Más allá de la sobriedad. Folleto de Alcohólicos Anónimos. Disponible en cualquier grupo de AA, o en la Central Mexicana de Servicios Generales de AA Asociación Civil.

I n d i c e

	Pag.
Introducción	i
1. Aspectos Generales del Envejecimiento y la Vejez	
1.1. Definiciones	
1.1.1. Proceso de envejecimiento	1
1.1.2. Vejez	3
1.2. La vejez en el aspecto biológico	
1.2.1. Teorías biológicas	5
1.2.2. Cambios corporales	9
1.2.3. Esfera cognitiva	12
1.3. La vejez en el aspecto psicológico	
1.3.1. Estructura de la personalidad	16
1.3.2. Concepto del sí mismo en la vejez	21
1.4. La vejez en el aspecto social	
1.4.1. Rol social	24
1.4.2. Tensiones psicosociales	26
1.4.3. Alternativas	37
2. Programa Integral de Actividades para la Vejez	
2.1. Fundamentos teóricos	
2.1.1. Teoría de la Desvinculación	39
2.1.2. Teoría de la Actividad	42
2.2. Características del Programa	45
3. Método	
3.1. Planteamiento y justificación del problema	48
3.2. Pregunta de investigación	48
3.3. Hipótesis	48
3.3.1. Hipótesis general	
3.3.2. Hipótesis de trabajo	
3.3.3. Hipótesis nula	49
3.3.4. Hipótesis alterna	
3.5. Definición operacional de variables	49
3.5.1. Variable independiente	
3.5.2. Variable dependiente	
3.6. Definición conceptual de variables	49
3.6.1. Variable independiente	
3.6.2. Variable dependiente	

3.7.	Instrumento	51
3.7.1.	Antecedentes	
3.7.2.	Fundamentos teóricos	52
3.7.3.	Características del SEVIC	55
3.8.	Tipo y diseño de investigación	56
3.9.	Población y muestra	57
3.10.	Procedimiento	58
3.11.	Resultados	62
4.	Discusión y Conclusiones	109
4.1.	Limitaciones y Sugerencias	114
	Bibliografía	116
	Anexo 1	
	Programa Integral de Actividades para la Vejez	124
	Índice	172