

146



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

COMPARACION ENTRE INDICADORES DE SALUD:
AFRONTAMIENTO Y REDES SOCIALES EN DOS
POBLACIONES DIFERENTES DE LA TERCERA EDAD
EN EL DISTRITO FEDERAL.

289333

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
KARLA XIMENA MARTINEZ DIAZ
LORENA SOLIS INIESTA



DIRECTOR: DR. HECTOR E. AYALA V.
REVISOR: MTRO. FERNANDO VAZQUEZ P.

FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D.F.

2001



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.

AGRADECIMIENTOS

Realmente nos llena de alegría y satisfacción el concluir una etapa más de nuestra formación y así agradecer a todas aquellas personas que han participado con nosotras y nos han apoyado en todo momento.

A Dios en quien confiamos infinitamente y que siempre está presente en nuestro corazón y pensamiento.

A nuestros padres por su confianza y apoyo incondicional tanto en las buenas como en las malas.

¡MIL GRACIAS!

Al Asilo Mundet, por permitirnos conocerlo y trabajar ahí, así como todas las facilidades otorgadas. Pero sobre todo a los residentes, personas increíbles que nos otorgaron un cachito de su vida y de su tiempo.

“Gracias por la confianza y el apoyo, ya que sin ustedes no hubiera sido posible esto”

A las autoridades del asilo Mundet, en especial a la Lic. Wolf (directora del asilo), por su confianza e interés por nuestro trabajo, así mismo al Lic. Ulises Alvear (jefe del depto de Psicología), por el apoyo y los consejos dados durante la aplicación así como su interés por los instrumentos aplicados y en general con nuestra investigación.

¡ Gracias por todo el apoyo y las facilidades otorgadas!

A las Licenciadas Noemi Barragán, Silvia Morales y Lidia Barragán por los consejos y ayuda en especial dentro del Centro Comunitario “Dr. Oswaldo Robles” y por apoyarnos en todo momento.

¡ Gracias por confiar en nosotras y perdón por haberles dado tanta “lata”!

A un súper amigo y excelente maestro a Gerardo Hernández por su paciencia y apoyo en el análisis de los datos e interpretación de resultados pero sobre todo por interesarte en nuestro trabajo.

¡Mil gracias!

A los profesores Noemi Barragán, Leonardo Reynoso, Isaac Seligson, Fernando Vázquez y al Doctor Héctor Ayala, por aceptar ser nuestros sinodales y confiar en nuestro trabajo.

¡Gracias por su apoyo!

Al programa de Internado de la facultad de Psicología, ya que gracias a este hoy estamos titulándonos y sobre todo ahí aprendimos lo importante que es el superarse y actualizarse; gracias a los maestros por sus enseñanzas y por enfrentarnos a la práctica confiando en nosotros y preparándonos para ser siempre los mejores.

¡ De verdad gracias!

Al programa "Beca de tesis de Licenciatura" como parte del proyecto de investigación PROBETEL, por el apoyo económico otorgado.

Al Dr. Héctor Ayala Velázquez por sus sabios consejos y su confianza, pero sobre todo por darnos la oportunidad de realizar esta investigación de la cual aprendimos mucho y que gracias a usted conocimos lo importante que es la superación personal en el ámbito profesional.

¡Gracias por apoyarnos!

A todos nuestros amigos y amigas de la facultad por su apoyo y por la motivación y el interés hacia nuestro trabajo, en especial a los "cuates" del internado área de salud, Vero Velázquez, Yazmin Pérez, Lucia De León, Laura Villalva, Carlos Vázquez, Armando Caleté y Nelly Flores.

¡ Los queremos mucho, Gracias!

A la Universidad Nacional Autónoma de México por permitimos ser parte de su comunidad, que orgullosamente lo diremos siempre ¡Es la mejor Universidad!, gracias por formarnos como profesionistas y contar con los mejores maestros, no te vamos a defraudar.

¡ Por Mi Raza Hablará el Espíritu!

Finalmente, a todas las personas que estuvieron siempre ahí, apoyándonos directa o indirectamente para que este trabajo se volviera realidad.

"Gracias de Verdad"

"Por mi Raza Hablará el Espíritu"

Karla y Lorena.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Ahora que concluyo una más de las etapas quiero ofrecer este trabajo principalmente a Dios que es mi guía y que en todo momento está presente en mis pensamientos. Además es un placer dedicar y agradecer la presente a todas aquellas personas que de una u otra forma participaron con nosotras en nuestro proceso de titulación y apoyo en general durante nuestros estudios; procuraré no cometer omisiones pues podrían escaparse de mi memoria algunos nombres sin embargo agradezco de antemano a mis familiares, amigos, maestros y compañeros su apoyo y su confianza que me demostraron siempre.

A mis padres:

Quiero agradecerles todo el apoyo dado y su confianza en todo momento, gracias por haberme inculcado bases sólidas de estudio, pero sobre todo amor a la superación y los fuertes principios de tenacidad y lucha, no rendirme hasta que haya agotado todas mis energías, gracias por darme siempre el ejemplo de superación ya que de ustedes aprendí lo valioso que es el salir adelante y nunca rendirse.

¡ Los amo, gracias por todo!

Mamá: Gracias por ser tan importante e indispensable en mi vida, por quererme y llenarme de atenciones, por saberme entender y experimentar mis propios fracasos y triunfos, es bueno saber que cuento contigo por eso hoy quiero decirte que eres lo más bello que tengo y por eso te dedico este trabajo con todo mi corazón.

¡Mil gracias por todo, te amo!

Papá: Te agradezco tus orientaciones y tus atenciones, quiero dedicarte este trabajo ya que eres un buen ejemplo de lucha y de carácter, de superación y de honestidad y aunque no siempre estuviste conmigo sé que ahora puedo confiar en ti por eso y más...

¡Muchas gracias!

Claus: Porque eres la mejor amiga que tengo sé que puedo confiar en ti, gracias por tu apoyo y también por darme "chance" de imprimir, ya que este trabajo también es tuyo porque participaste interesándote en mí y apoyándome, ahora sé que vas a llegar muy lejos ya que tienes una tenacidad increíble y unas ganas enormes...

¡Te quiero mucho, hermanita!

Gracias Artur porque tu fuiste un pilar muy importante en toda mi carrera, gracias por tu apoyo y amor incondicional y por enseñarme a no rendirme y luchar por lo que quiero, eres un ejemplo a seguir y por eso te dedico mi tesis ya que sin tu apoyo no hubiera sido posible ¿valió la pena tanto esfuerzo no?.

TE AMO!!!

Al proyecto de internado, donde aprendí lo bello que es la amistad, el trabajo en equipo, la alianza y el compañerismo, gracias a mis súper maestros en especial a Noemi Barragán y Silvia Morales que de ustedes aprendí mucho, gracias por su apoyo y su interés en nuestro trabajo en todo momento y por la motivación de seguir adelante, es un honor dedicar este trabajo a personas como ustedes.

¡Mil gracias!

A Gerardo Hernández un gran maestro, pero sobre todo un gran amigo en las buenas y en las malas, gracias por apoyar mi tesis y como siempre interesarte en nuestro trabajo eres admirable como persona espero seguir contando siempre contigo y tu conmigo...

¡Gracias por tu apoyo y amistad!

A Maricela López una gran persona, gracias maestra por permitirme aprender y trabajar con usted mientras estudiaba, por todas las facilidades y sobre todo por creer en mí, pues sabe no le voy a fallar...

¡Por siempre mil gracias!

A mis maestros:

Germán Álvarez, David Velázquez, Dolores Mercado, Raúl Tenorio, César Casasola, Isaac Seligson, Leonardo Reynoso, Fernando Vázquez, Javier Nieto, Noemi Barragán, Silvia Morales, Lidia Barragán, Dr. Héctor Ayala, en fin a todos los profesores que durante la carrera me enseñaron el gusto y lo hermoso de la psicología, ya que gracias a ustedes descubrí lo hermoso de ser universitaria y la importancia de llegar a ser una persona profesional con compromisos hacia mi carrera, porque me animaron a estudiar e interesarme por la investigación y la disciplina, todo eso se ve ahora reflejado en este trabajo, gracias porque en verdad son un ejemplo a seguir...

¡Es un honor!

Doctor Héctor Ayala Velázquez: Gracias por su apoyo y confianza en nuestro trabajo, realmente es usted una persona admirable y un valioso ejemplo de lucha y tenacidad, gracias por enseñarnos un "cachito" de toda su experiencia y sabiduría, le dedico ésta tesis como muestra de lo aprendido, el apoyo recibido y como lo mencioné anteriormente es un honor que usted haya participado en este trabajo.

¡Muchas Gracias!

A mis amigos del alma que siempre estuvieron apoyándome y sobre todo gracias por su compañía, sinceridad y sobre todo por haberme brindado su amistad a lo largo de la carrera y después de ella, porque juntos crecimos y conocimos nuevas cosas, porque fue un placer y bendición conocerlos e intercambiar diversos puntos de vista en especial para ustedes: Verónica Vázquez, Lorena Solís, Yazmín Pérez, Laura Vittalva, Lucía De León, Carlos Vázquez, Armando Calette, Heidy Hernández, Diana Cabañas y Nelly Flores.

¡Gracias de verdad!

A mis cuates de la "prepa": Martha Morales, Magali Durán y Eduardo Mojica, porque aún de todas las adversidades seguimos juntos y apoyándonos ya que este trabajo es también parte de ustedes espero que sigamos cosechando frutos y conservando nuestra amistad.

¡Gracias!

A Verónica Vázquez, Yazmín Pérez, Lorena Solís, Laura Vittalva y Liz Quiroz que desde los primeros semestres de la carrera conservamos una buena amistad y muchas anécdotas ya que juntas vivimos grandes momentos, mil gracias porque cada una de ustedes forma parte especial de esta tesis y como tal espero que siempre sigamos juntas, ya que es un placer ser su amiga y compañera.

¡Mil Gracias!

A un gran psicólogo y amigo Francisco Fajardo que me ha apoyado y aconsejado oportunamente, gracias por tu paciencia y por compartir tu conocimiento conmigo pero sobre todo tu amistad.

¡Gracias!

A la familia Velázquez García por su incondicional apoyo, gracias por su confianza y su interés por mi trabajo, les dedico esta tesis como muestra de mi cariño y respeto...

¡Muchas gracias por su apoyo!

A la familia Solís Iniesta por sus sabios consejos, por aguantarnos y por apoyarnos siempre, dedico este trabajo a ustedes ya que también son parte de este esfuerzo y de este gran paso que hoy damos hacia adelante, gracias Grisela por preocuparte y ayudarnos con la impresión, realmente fue una gran ayuda, pero sobre todo gracias por abrirme su casa y confiar en mí...

A una gran amiga y compañera de tesis, Lorena Solís:

Gracias por haber compartido conmigo esta ilusión, porque me enseñaste lo valioso que es la amistad y la confianza, porque a pesar de todas las dificultades, tristezas, alegrías y desesperaciones estamos aquí recogiendo los frutos de tanto esfuerzo y dedicación, contigo aprendí que el trabajo en equipo si se puede, y que la comunicación es la base de todo el éxito, gracias por ser tan linda y una gran amiga, que para mí es un honor serlo, Lore hoy hemos puesto fin a un ciclo y empezamos a construir otro, en donde te deseo un gran éxito, pero sobre todo te brindo mi más sincera amistad y respeto, deseando que siempre estemos juntas.

¡Muchas gracias amiga por tu confianza y paciencia!

A la Universidad Nacional Autónoma de México, en especial a la facultad de Psicología, en donde aprendí lo bello de ser universitaria y lo apasionante de la carrera que me brindó y me brinda la oportunidad de seguir desarrollándome como profesional y como persona.

¡Soy orgullosamente universitaria!

A todas y cada una de las personas que participaron en esta investigación en especial a los residentes del asilo "Mundet", gracias por su tiempo y paciencia, sobre todo por otorgarnos la confianza y una sonrisa.

" Hay una riqueza enorme en la vivencias y experiencias de las personas mayores, al escucharla, preguntartes y pedirles consejo me lleno de conocimientos"

Atentamente

Karla Ximena Martínez Díaz..

AGRADECIMIENTOS

Gracias al apoyo de mis sinodales por su participación en este trabajo, por la aportación de sus ideas y su valioso tiempo, por enriquecer esta tesis con su experiencia para lograr un trabajo de excelente calidad:

Dr. Leonardo Reynoso E.
Mtro. Isaac Seligson N.
Dr. Héctor E. Ayala V.
Lic. Noemí Barragán T.
Mtro. Fernando Vázquez P.

(Gracias por creer en este trabajo).

Gracias a las personas que laboran de forma ejemplar en mi Facultad:

Dr. Arturo Bouzas, Dr. Javier Nieto, Dr. Héctor Ayala, Lic. Germán Álvarez, Dra. Dolores Mercado, Lic. Noemí Barragán, Mtra. Lidia Barragán, Mtro. Fernando Vázquez, Lic. Lidia Díaz San Juan, Lic. Silvia Morales, Mtra. Martha Cuevas, Lic. Gerardo Hernández, Dr. José De Jesús Glez. Núñez, Dr. Pablo Fernández, Dr. Leonardo Reynoso, Mtro. Isaac Seligson, Mtra. Ana Ma. Reyes, Dr. César Casasola, Lic. Adela Mendoza, Lic. Erminda Rodríguez, Lic. Aurora Saavedra, Lic. Gabriel Jarillo, Dr. David N. Velázquez, Mtro. Gustavo Bachá, etc.

Y todos los que escapan de mi mente.

Gracias a mi facultad de Psicología por que en ti,
He vivido los mejores momentos de mi vida,
por que en ti descubrí lo que quiero de la vida,
por las oportunidades que me has brindado, por
mi formación y el cúmulo de conocimientos que
Adquirí. (Gracias eternamente)

Gracias al Comité del Internado en Psicología.

Al programa de Apoyo a la Titulación "Probetel"

A la casa Hogar para Ancianos "Arturo Mundet "
por las facilidades y todo su interés en este
trabajo.

A la memoria de Mi Abuelita Chelo

DEDICATORIAS

Sin un orden particular quiero en este trabajo hacer un reconocimiento con mucho cariño a todas las personas que me han apoyado en mi vida y en mi carrera, a todas las personas que de una forma u otra me han acompañado en este proceso y a lo largo de mi vida.

A Dios y a San. Judas Tadeo, por este período de tanto crecimiento y por las dificultades puestas en mi camino que me han demostrado que siempre existe una Oportunidad y que siempre Están junto a mí.

A mi Universidad Nacional Autónoma de México; por que en ti se gestan las ideas que pueden cambiar al País, por tu diversidad, tu historia por que si vuelvo a nacer seré de nuevo De la UNAM.

A mis Ángeles de la guarda; A mi Abuelito Manuelito (†),
Y a mi abuelita Chelo (†), y a la energía positiva,
Que viene a mí. (Nunca los olvidaré).

A mis amigos de la tercera edad por darme
Su tiempo y compartirme sus enseñanzas.

A mis Papás:

José Ma. Y Ma. Elena; Por todo su aprendizaje,
Y su coraje por sacarnos adelante, por el ejemplo
De honradez y cariño con el que nos han educado.
(Este trabajo es para ustedes).

José Ma. Gracias por acompañar mis pasos,
Por esos desayunos en los que aprendí más
Que en cualquier clase. Gracias por ser mi amigo
de todas horas, por ser un caballero y un guerrero
Incansable para mí.

Ma. Elena. Gracias por tus desvelos, por tu fortaleza
para vivir, por cuidar de mí en silencio, por forjar mi
Carácter. Por que me diste el regalo de la vida.
Por que no existe nadie tan especial para mí como tú.
(No te rindas).

Al regalo más hermoso: Mis hermanos

(Por una niñez como ninguna,
Por ser mi motor y mi alimento.)

Grissel:

Gracias por ser el mejor modelo de hermana mayor, por ser un apoyo tan importante para mí, por cuidarme y respaldarme siempre. Tú me enseñaste el amor a la escuela (Gracias por vivir tan de cerca este trabajo) (Pooh).

Juan Carlos:

Por tener siempre una visión tan diferente,
Por compartir conmigo tu calidad humana y tu
Gran ternura y festejar en silencio mis logros.

José Martín:

Por consentirme tanto, por hacerme reír, por que siempre me has brindado tu hombro para llorar y ser de mis mejores amigos.

Patricia:

Siempre serás la mitad de vida y de mi corazón.
Por que nunca he sentido miedo junto a ti, y porque sé, que siempre estaremos juntas. Gracias por él Milagro de tu vida junto a mí.
(Bolo).

A mí (Lorena):

Por obvias razones.

A mí familia:

A la familia Solís y a la Familia Iniesta, por estar presentes en mi vida, por formar parte de un equipo, En el cual siempre he contado con su apoyo. Abuelita Esperancita y abuelito Margarito (gracias), (Tío Manuel y Tío Kate; por estar al pendiente, siempre con cariño).

A la familia que escogí: Mis Amigos.

Karla (Arturo):

Gracias por compartir conmigo este Momento. Por aconsejarme y siempre Tener una palabra aliento para mí.
Aprendí mucho de ustedes.

Verónica Vázquez V:

No tengo palabras para agradecerte
Todo tu apoyo y tu cariño. Gracias por dejarme ser tu amiga, por comprender mi silencio y Respetar mi forma de ser, gracias al evento fortuito De tu amistad, gracias por lo que hemos aprendido juntas.

Laura Villalva G:

Por no fingir lo que sientes, por hacer
de la verdad la base de nuestra amistad y
sacudirme de mis excesos y preocuparte
Por mi.

Yazmín Pérez F:

Por tener siempre tiempo de escucharme
Por animarme y hacerme reír, por que no
Necesito palabras para comunicarme contigo,
Por que siempre estamos en paz.

Carlos Vázquez V:

Por que eres fuera de serie,
Sé que cuento contigo,
me has escuchado
y apoyado desde que te conocí,
por hacerme reír tanto.
(Yo si te dedique algo).

Lucía de León B:

Me has mostrado tu apoyo y amistad,
En momentos difíciles para mí,
Estas siempre presente con cariño,

Armando Calette N:

Por ser mi consejero espiritual
Y una figura súper yoica tan amigable,
Gracias por asistir mis confusiones y
Brindarme tu padrisima amistad.

Gérman Álvarez:

Gracias por ser mi ángel de la guarda,
Por apoyarme, cuidarme, escucharme,
y demostrarme que nada es imposible
si decidimos creer. (Te quiero mucho).

A mi familia adoptiva:

A la familia Vázquez Velázquez;
por ser mis amigos y consejeros,
por todo su cariño y amistad
Incondicional. Por todos los buenos
momentos (Gracias).

Alfredo Muñoz:

Gracias por ser tan buena onda
Y otro mundo. Por siempre "tirar buena
Onda". Por tu ayuda incondicional
y desinteresada . Eres a toda madre.

Gerardo Hernández:

No encuentro palabras precisas para
Definir todo el apoyo que nos brindaste
espero que te sientas muy orgulloso de
nosotras, gracias por tu tiempo
y dedicación.

A los aliados a mi causa;

Víctor Romo: Dedo meñique.

Familia Guerra: Gracias siempre.

Familia Cruz Patiño (Don Ignacio);
Al Bombón de Chocolate; por este
Largo andar cerca el uno del otro.
Al "Tío Julio" por saber tanto.

A Quique: Porque aunque me pese,
te considero mi amigo aunque seas
metiche y fragón (ji. ji).

Al Dr. Valero y a Leti (gracias por su interés).

Horacio (Inyección de alegría),

Adela Mendoza (Gracias por las oportunidades
Que me diste y tu positiva amistad).

César Casasola (me la paso súper contigo),

Lalito Marroquín (tú compañía es perfecta).

A Lidia Pérez, Sabina Morales, y a Arturo Romero.

A todos los seres que se han transformado,
pero que viven en mi mente, en mi corazón y
Y en mis pensamientos.

Gracias a los poemas de "Mi Jaime Sabines y Mario Benedetti" por ser mi pasaporte.

1,2,3, por mí y por todos mis amigos...

..."Gracias a la capacidad de decidir lo que es bueno; gracias al dolor que enseña más que mil lecciones juntas, gracias a los recuerdos que nos dan la diferencia,, gracias a lo que pudo haber sido y no fue, gracias a todo lo que no conozco y a lo que preservo; gracias a esa memoria prenatal que reserva los mas dulces placeres, gracias a los personajes que entranan nuestra historia, gracias a la locura y a la irrealdad, gracias a la virtud de nacer, de morir, a la fuerza de la verdad. Gracias al don del cambio y al equilibrio y por que otra vez volverá a AMANECER..."

Gracias Infinitamente

*Atentamente
Lorena Solís Iniesta.
Eli, Eli...*

INDICE

Resumen

Introducción

Capítulo 1 Epidemiología Conductual

1.1 Antecedentes Epidemiológicos.	1
1.2 Pirámide Poblacional, Morbilidad y Mortalidad de la Población Mundial.	4
1.2.1 Principales Causas Mortalidad en Edad Preescolar en el D. F.	7
1.2.2 Principales Causas Mortalidad en Edad Escolar en el D. F.	7
1.2.3 Principales Causas Mortalidad en Edad Productiva en el D. F.	8
1.2.4 Principales Causas Mortalidad en Edad Post – Productiva en el D. F.	8
1.2.5 Principales Causas Mortalidad en Mortalidad General a Nivel Nacional.	9
1.2.6 Estadísticas Generales de Salud a Nivel Nacional en el 1990 – 1995.	9
1.3 Psicología Comunitaria.	10
1.4 Psicología de la Salud.	11
1.5 La Psicología en la atención primaria de la salud.	12
1.6 Promoción de la Salud.	13
1.7 Estilos de Vida.	14
1.7.1 Estilos de vida en Adultos Mayores.	15
1.8 Niveles de Prevención y control del riesgo de Enfermar.	16
1.9 Estrategias de atención a la Salud.	17
1.9.1 Atención Medica de Primer Nivel.	17
1.9.2 Atención Medica de Segundo Nivel.	18
1.9.3 Atención Medica de Tercer Nivel.	18

Capítulo 2 Desarrollo Humano.

2.1 Importancia del Estudio del Desarrollo Humano.	19
2.1.1 Aspectos del Desarrollo.	19
2.2 Períodos de la Vida del Hombre.	19
2.3 Existe la tercera edad.	21
2.3.1 ¿Por qué envejecen las Personas?.	21
2.3.2 La teoría del Envejecimiento Programado.	21
2.3.3 La teoría del Desgaste.	22
2.4 Diferencias entre vejez y envejecimiento.	23
2.5 Aspectos Biológicos de la tercera edad.	23
2.6 Aspectos Psicológicos de la tercera edad.	26
2.7 Inteligencia en la tercera edad (Dos enfoques).	27
2.8 Problemas afectivos en la tercera edad.	28
2.9 Calidad de vida en personas de la tercera edad.	30

Capitulo 3 Estrés

3.1	Definición de Estrés.	31
3.2	El estrés como una condición estimulante.	32
3.3	El estrés como proceso y su valoración cognitiva.	33
3.4	Factores Personales que Influyen en la evaluación.	35
3.5	Factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación.	35
3.5.1	Novedad de la Situación	35
3.5.2	Predictibilidad	36
3.6	Factores temporales.	36
3.6.1	Inminencia	36
3.6.2	Duración	36
3.6.3	Incertidumbre temporal	36
3.7	Efectos del Estrés en la Salud.	37
3.7.1	Consecuencias del estrés agudo y/ o crónico	39
3.8	Afrontamiento.	40
3.8.1	Patrones de afrontamiento en personas de la tercera edad.	43
3.9	Apoyo social e importancia del contacto social.	45
3.9.1	Factores relacionados con la frecuencia del contacto social.	47

Capitulo 4 Institucionalización.

4.1	¿Quiénes viven en asilos?	50
4.2	Propiedades de una buena residencia para ancianos.	51
4.3	Impacto del numero de redes sociales en la institución.	52
4.4	Efectos de la institución en personas de la tercera edad.	53
4.5	Programas de Asistencia para ancianos en el D. F.	53
4.5.1	Descripción de los Servicios en beneficio de las Personas de la tercera edad en el Distrito Federal.	53
4.5.2	Instituciones de Apoyo para persona de tercera edad establecidos en el D. F.	55

Capitulo 5 Método. 57

Capitulo 6 Análisis de datos e Interpretación de Resultados. 61

Capitulo 7 Discusión de Resultados y Sugerencias. 69

Capitulo 8 Conclusiones. 74

Anexo. 75

Apéndices 79

Bibliografía 98

RESUMEN

En la presente investigación se compararon los estilos de afrontamiento y redes sociales en dos grupos de personas de la tercera edad; ancianos del Centro Urbano Presidente Alemán (CUPA), ancianos residentes del Asilo Mundet (DIF). Se evaluaron 76 personas a través de dos instrumentos: Escala de Salud y Vida Cotidiana (Moos, 1984) y el Inventario de Apoyo Social de Sarason (Sarason, 1996). El instrumento de salud y vida cotidiana (HDL), para conocer por medio de sus indicadores los procesos de afrontamiento y el inventario de apoyo social de Sarason que evalúa el número y nivel de satisfacción de la red social en ambos grupos.

En el cual se encontró diferencias estadísticamente significativas en el estilo de afrontamiento de ambas poblaciones con los siguientes resultados. En la población de CUPA se encontró el estado de salud se ve afectado por la aparición de por lo menos de dos síntomas físicos; respecto al foco de afrontamiento se encontró un estilo de afrontamiento conductual y de evitación mayor que en la población no institucionalizada.

Respecto al asilo se reportan un numero elevado de condiciones médicas que repercute en su estado de salud y en términos del foco de afrontamiento; un estilo de afrontamiento cognitivo activo mayor en este grupo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ambos grupos en las subescalas del HDL que evalúan de forma mas fina el estilo de afrontamiento que son: Análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas. A su vez, en ambos grupos en eventos que generan estrés (eventos de salida), y la percepción de ambiente negativo mayor solo para la población institucionalizada. Por ultimo no se reportan diferencias en las redes sociales de las poblaciones comparadas en esta investigación.

Se sugiere para futuras investigaciones el empleo de instrumentos que contemplen una línea longitudinal de investigación para conocer con mayor profundidad los estilos de afrontamiento y apoyo social, así como su impacto en el estado de salud de las personas de la tercera edad.

INTRODUCCIÓN

Actualmente existen en el mundo 400 millones de personas mayores de sesenta y cinco años. Las estadísticas muestran que mientras Europa y Asia, continúan su tendencia al aumento de población mayor a los 60 años, en América Latina la población de 60 años y más, ya comenzando el año 2000, encontrará distribuida principalmente en Brasil (33.8 millones), México (18.7 millones), Argentina (7.1 millones), Colombia (6.6 millones) y Paraguay (4.6 millones). En total, para el 2025, América Latina tendrá 93 millones de personas con 60 años de edad y más. (CONAPO, 1994).

Tomando en cuenta estos datos y ante la experiencia obtenida durante el Programa de Internado en Psicología General, donde se tuvo la oportunidad de realizar actividades de promoción en el área de salud en el Centro Comunitario "Dr. Oswaldo Robles", a través de talleres, detección de necesidades, canalización, diseño e implementación de programas dirigidos a la comunidad blanco con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población. Así mismo, a partir de la realización del diagnóstico comunitario realizado en la Delegación Benito Juárez en el Centro Urbano "Presidente Alemán" los resultados encontrados mostraron un número considerable de personas de la tercera edad, por lo tanto, se considero valioso realizar una investigación que comparara los estilos de afrontamiento y el apoyo social entre personas no institucionalizadas y ancianos que viven dentro de una residencia.

Considerando que el envejecimiento de la población se debe a un incremento extraordinario de la esperanza de vida (Disminución de la mortalidad) y a una drástica disminución de los índices de natalidad.

Si bien es la Psicología una disciplina que dentro de sus prioridades tiene la calidad de vida de las personas consideramos necesario que dicho bienestar se extienda a sectores de la población que no han sido estudiados con profundidad, este sector es el de la tercera edad.

Cuando se llega a una edad en donde el deterioro físico y mental avanza, la persona se siente demasiado dependiente de las demás, es cuando los familiares o personas conocidas se enfrentan a la decisión de buscar un cuidado institucional. Es cuando en la mayoría de las veces el o la anciano(a), presenta mayor número de enfermedades y así el (ella) perciben pérdida de apoyo social significativa y miedo a la llamada "institucionalización".

No existe en la actualidad información suficiente que ayude a mejorar las condiciones de vida y salud de las personas de la tercera edad. Es importante reubicar la prioridad de estudio e investigación en las personas adultas mayores, porque es la tendencia natural del ciclo vital del ser humano. Al implementar acciones eficientes se mejora la condición de vida de las personas de la tercera edad.

El psicólogo debe a su vez tener la capacidad de implementar acciones que conduzcan al mejoramiento de las condiciones de los adultos mayores. La creación de estrategias, la implementación de programas, la promoción y mantenimiento de la salud deberán ser un punto clave de la intervención del Psicólogo de la salud.

Este trabajo pretende dar a conocer información actual y mexicana sobre los estilos de afrontamiento y apoyo social en un grupo de personas de la tercera edad institucionalizadas y no institucionalizadas, así como el impacto que tiene en su estado de salud.

La vejez es en sí, un proceso en la etapa de la vida, que ha comenzado a levantar interrogantes fundamentales en cuanto a políticas y prácticas sociales existentes.

Se ha evidenciado la necesidad y la demanda de servicios en esta población. De manera similar es evidente la escasez de profesionales preparados en este campo para atender las necesidades en este sector de la población. A pesar de que la mayoría de las personas que sobre pasan los 60 años funcionan relativamente bien y llevan una vida activa, un número considerable experimenta problemas de índole social, emocional y / o económico (Sánchez, Salgado, 1996).

Gubrium, J. (1973), plantea que el comportamiento social del individuo en la etapa de la vejez está condicionado por factores biológicos y sociales imperantes en su medio ambiente (Sánchez, Salgado, 1996).

En otras palabras el comportamiento de la persona va a depender de la sociedad donde viva, de su condición física y de los recursos con que cuente para satisfacer sus necesidades. El medio ambiente en que se encuentra la persona de edad avanzada incluye no sólo el contexto social con sus normas sino también los bienes de orden material y las posibilidades que ofrecen.

Por lo tanto la presente investigación tiene el propósito de comparar a dos poblaciones diferentes de tercera edad en cuanto a los niveles de afrontamiento y apoyo social que ellos perciben, verificar las diferencias y corroborar a través de la literatura si realmente influyen los estilos de vida (desde antes de la vejez) y el nivel de estrés en las personas dirigido principalmente en su salud y bienestar general, para verificar si tiene algún efecto en la manera de vivir del anciano con y sin contacto con la sociedad en general, ya que como señala Folkman (1984), el estrés es una relación entre la persona y el ambiente que es evaluada como rasando o excediendo los recursos y dañando el bienestar (Aduna, 1998).

El estrés es un factor que se relaciona con la salud y enfermedad, ya que el manejo inadecuado de éste puede tener efectos perjudiciales en el área conductual, cognitiva, física, emocional y motora (Sarason I., 1996).

Tomando en cuenta lo que señala Moos, (1974), que existen dos factores que ayudan a mitigar el estrés y a su vez mejorar el nivel de salud de las personas: Afrontamiento y el Apoyo Social se decidió comparar estos factores en esas dos poblaciones.

Los puntos anteriormente mencionados justifican la presente investigación, ya que es importante considerar los recursos que estas personas utilizan ya sea para mitigar o acelerar el estrés.

Planteamiento del Problema:

¿ Qué relación ocupa el estrés en el tipo de afrontamiento y apoyo social en personas de la tercera edad?

¿ Difiere el tipo de afrontamiento y apoyo social en las dos poblaciones de la tercera edad?

A partir de estos planteamientos se busca cubrir con los siguientes objetivos:

- a) A través de una prueba estadística buscar si existen diferencias en cuanto a afrontamiento y redes sociales entre ambas poblaciones.
- b) Obtener las estadísticas descriptivas necesarias tanto para la variable independiente como para la dependiente en por ejemplo:
- c) Conocer el número de redes sociales y la satisfacción que tienen ambas poblaciones con el apoyo percibido.

Capítulo 1

Epidemiología Conductual

EPIDEMIOLOGIA CONDUCTUAL

1.1 Antecedentes Epidemiológicos.

La epidemiología es el estudio de la distribución de la salud – enfermedad y de las determinantes de su prevalencia en los seres humanos, a su vez la epidemiología realiza un estudio descriptivo de la distribución de los procesos biológicos entre la población de la comunidad.

La epidemiología viene a constituir la base de lo que podría llamarse la estrategia de las acciones de salud, especialmente en lo que se refiere a prevención (Fajardo, 1983). Esta área dentro de la medicina tiene una estrecha relación con la demografía, que es el estudio de las colectividades humanas especialmente en lo que se refiere a la estructura y dinámica la población y con la estadística, sin cuyo apoyo sería muy difícil de reunir, analizar, interpretar e inferir datos sobre los grupos de población y su estado de salud y enfermedad. (Morales F., 1997).

En atención al creciente reconocimiento de la participación de los procesos sociales en la salud y la enfermedad, en la segunda mitad del siglo disciplinas como la psicología, la sociología ha tenido importantes momentos de desarrollo en relación con este campo.

La psicología en su proyección hacia el estudio de los problemas de salud y la enfermedad tendrá necesariamente que establecer importantes relaciones con estas disciplinas, conocer sus aportes y nutrirse de ellos.

Uno de los cambios más extraordinarios y significativos ocurridos en el mundo contemporáneo ha sido el aumento en el número y la proporción de personas de 65 años o más con relación a la población total. Estos procesos que comenzaron en algunos lugares de Europa en el siglo XIX se extendieron rápidamente por todos los países desarrollados y durante las últimas décadas han comenzado a experimentarse en algunos países en vías de desarrollo.

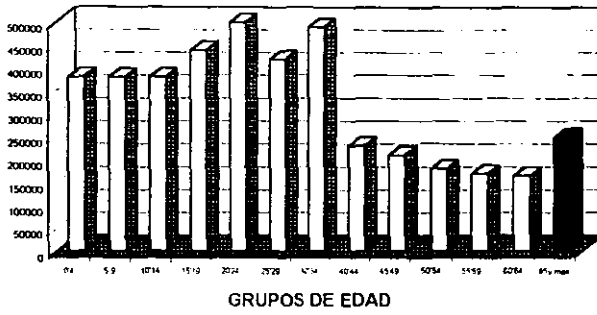
Se calcula que en el mundo hay un poco más de cinco mil trescientos millones de habitantes y de éstos aproximadamente trescientos veinte millones son personas de 65 años o más, es decir el seis por ciento de la población mundial (Population Reference Bureau, 1990).

Las proyecciones de población para este grupo de edad en el siglo XXI son de un crecimiento acelerado, por lo que se espera un aumento considerable tanto en su tamaño como en la proporción que representa la población actual (Sánchez S, 1996).

Dentro de los datos estadísticos de los que se apoya la epidemiología conductual se encuentran datos como la edad, sexo, ingreso económico, estado civil, etc.

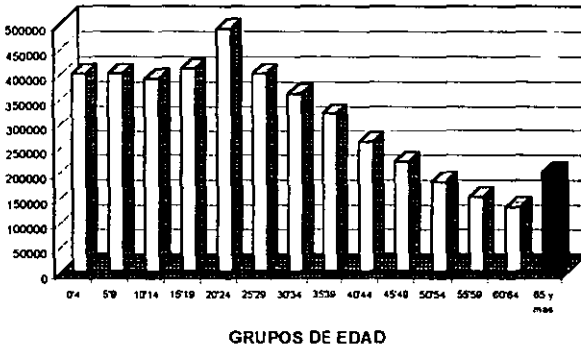
A continuación se presentan dos gráficas que muestran la tendencia de crecimiento en la población tanto femenina como masculina, por rangos de edad tomada en el Censo de 1995 y su proyección alarmante hacia el 2010 incrementándose notablemente el número de adultos mayores en nuestro país.

ESTADISTICAS DE LA POBLACION FEMENINA CENSO DE 1995



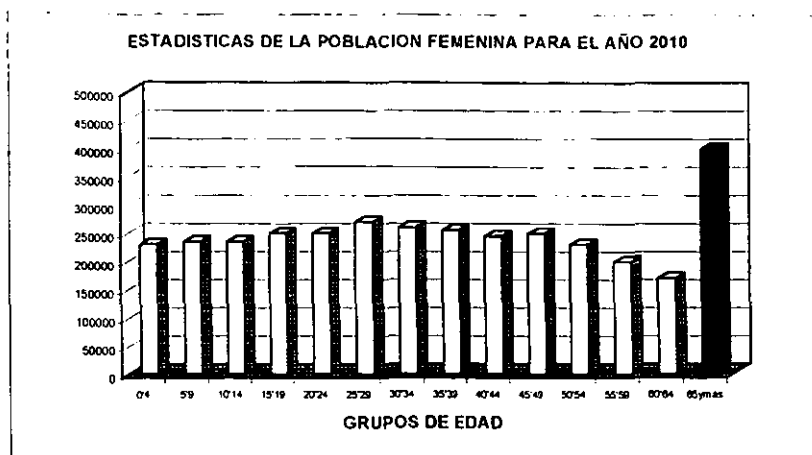
Gráfica 1. Distribución de la población en el censo de 1995 población femenina.

ESTADISTICAS DE LA POBLACION MASCULINA CENSO DE 1995

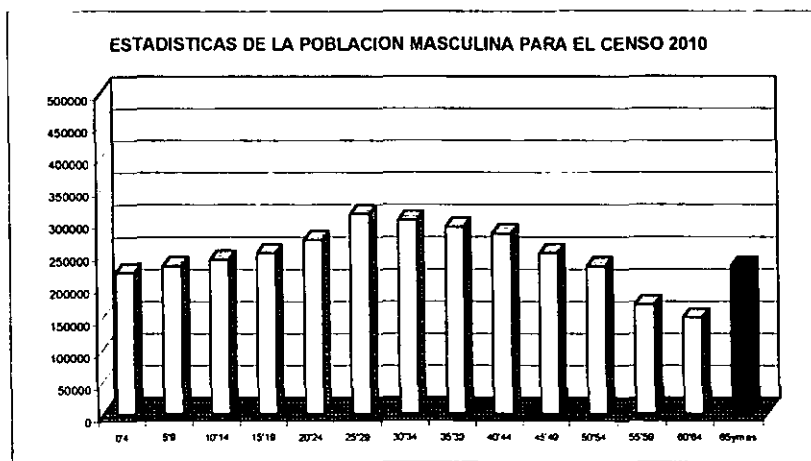


Gráfica 2. Distribución de la población según el censo de 1995 población masculina.

Como se muestra a continuación, a partir de estos datos recabados se puede dar una estimación general del crecimiento para el año 2010 en poblaciones femenina y masculina



Gráfica 3. Estructura de la población por grupos de edad para el año 2010, población femenina



Gráfica 4. Estimación de la estructura de la población para el año 2010, en la población masculina.

1.2. Pirámide Poblacional, Morbilidad y Mortalidad de la Población mundial.

El aumento en el número de adultos de edad avanzada es la respuesta demográfica al descenso extraordinario de la mortalidad. La disminución de la mortalidad provoca por sí sola un aumento considerable en el número de personas de 65 años o más. Dicho descenso es responsable de alterar la pirámide poblacional, que muestra la estructura de edad y sexo de una población, produciendo una figura más ancha desde la base hasta la cúspide.

El envejecimiento de la población ocurre cuando se registra un aumento considerable en la proporción de personas clasificadas como de edad avanzada del total de la población (Sánchez S, 1996).

Existen varias maneras de medir el envejecimiento de la población, sin embargo, el índice más comúnmente utilizado es la proporción de la población que tiene 65 años o más. Una proporción de un diez por ciento o más de la población indica la presencia de una estructura vieja. Sin embargo, un cinco por ciento, es característico de una población con una estructura de edad joven. Valores entre cinco y diez por ciento indican que la estructura de edad está en transición de una población joven a vieja (Sánchez S, sin fecha. Population Reference Bureau, 1990). Es por ello que se reduce de modo notorio la base de la pirámide de población, alterando así su forma, de esta manera cuando se reduce el número de personas en la edades jóvenes, aumenta la proporción de las personas de más edad (Sánchez S, 1996).

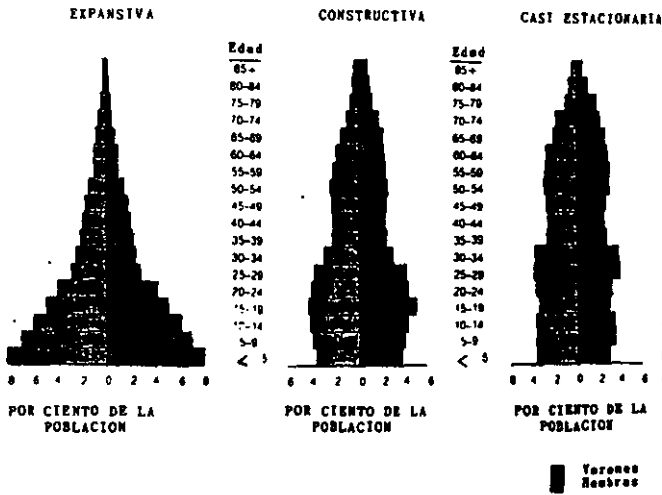
Por otro lado un balance neto migratorio negativo significa que son más las personas, por lo general los jóvenes, que salen de México que las que entran, lo que envejece la estructura de edad de la población.

El grupo de edad de 65 años o más, a diferencia de los jóvenes son los menos dados a migrar. Por lo tanto, esta situación de selectividad en cuanto a la edad de las personas al migrar, envejece la estructura de edad de las poblaciones que registran un balance neto migratorio negativo (Vázquez y Dávila, 1989).

En la actualidad los países del mundo exhiben diferentes tipos de estructuras poblacionales de edad. La figura 1 ilustra los tres tipos generales de modelos de estructuras de edad poblacional, una de las cuales es aplicable a cualquier país del mundo. Estos tres modelos de pirámides de población pueden visualizarse como una progresión histórica que será experimentada por los países según van envejeciendo (U.S Department of Commerce, 1988).

Figura 1

TRES MODELOS GENERALES DE ESTRUCTURAS DE EDAD POBLACIONAL



Fuente: U. S. Department of Commerce, Bureau of the Census, Aging in the Third World, International Population Reports Series P-95, Nº 79, September, 1968.

Figura 1. Tres modelos Generales De estructuras De Edad Poblacional.

El primer modelo o pirámide de población se refiere a los países que se caracterizan por una estructura de edad joven. Estos poseen altos niveles de fecundidad y mortalidad, lo que resulta en una población "expansiva" en donde la forma de la pirámide se asemeja a un triángulo. Según se van erradicando las enfermedades infecciosas respiratorias y parasitarias en estos países, proliferan las medidas de salud pública, aumenta la esperanza de vida al nacer y disminuye la mortalidad general mientras los niveles de fecundidad permanecen elevados. El descenso en la mortalidad ocurre principalmente por un mejoramiento en las condiciones de salud durante las etapas de la infancia y la niñez, lo que permite a muchos niños sobrevivir a los riesgos de muerte asociados a las primeras etapas de la vida (Sánchez S, 1996).

El segundo modelo de la figura 1 es característico de las poblaciones que comienzan a envejecer. En éstas se observan descensos en los niveles de fecundidad y las tasas de mortalidad experimentan ciertas mejoras, especialmente en las edades adultas. Según los cohortes de la población más jóvenes se reducen en tamaño, aumenta la cúspide de la pirámide derivando así en una estructura "constructiva". En este nivel, los países comienzan a reducir la mortalidad de las personas de edad avanzada y a dar muestras de un pequeño crecimiento de la población de 65 años o más. Los países como México se caracterizan por su población joven y por el alto número de mujeres en edades reproductivas.

Por último, los países con bajos niveles de fecundidad y mortalidad por un periodo de tiempo de varias décadas, como Suecia y Alemania, son característicos del tercer modelo. Estos poseen estructuras de edades viejas, conocidas como "casi estacionarias". Conforme el tiempo transcurre, la pirámide poblacional de estos países toma una forma rectangular perdiendo su figura piramidal (U.S Department of Commerce, 1988).

Retomando todo lo anterior y a partir de la información recabada en el censo de 1995, se presenta a continuación datos epidemiológicos, por grupos de edad describiendo las principales causas de mortalidad en México según el instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, Servicios de Salud Pública del Distrito Federal

Para comprender mejor estos datos es importante retomar definiciones epidemiológicas que facilitan la interpretación de los datos para los profesionales de la salud:

- a) **Incidencia:** Número de nuevos casos de una enfermedad o de otro fenómeno que afecta la salud, que ocurren durante un periodo determinado en relación a un número específico de habitantes
- b) **Prevalencia:** Número de casos de una enfermedad o de otro fenómeno que afecta la salud, en relación a un número de habitantes.
- c) **Morbilidad:** Término genérico que expresa el número de personas enfermas o de casos de enfermedades, en relación con la población en que se presentan. La morbilidad en administración y planificación de la atención médica es una medida del nivel de salud más sensible que la mortalidad, ya que incorpora, además de las enfermedades letales, aquellas que no provocan la muerte, pero que reducen la capacidad para el trabajo, disminuyen la producción de bienes y servicios y aumentan la demanda de atención médica.
- d) **Mortalidad:** Término genérico que expresa el número de personas fallecidas en total, o por una enfermedad, en relación con la población en que se presentan.
- e) **Riesgo:** Toda característica o circunstancia determinada de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, esta asociada a un riesgo anormal de aparición o de evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso.

1.2.1 Principales Causas de Mortalidad en Edad Preescolar (Distrito Federal, 1995).

Causas
Accidentes
-De tráfico de vehículos de motor
-Ahogamiento y sumersión accidentales
Anomalías congénitas
-Del corazón y del aparato circulatorio
Neumonía e influenza
Tumores malignos
-Leucemia
Enfermedades infecciosas intestinales
Infecciones respiratorias agudas
-De la circulación pulmonar
Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona
Septicemia
Deficiencias de la nutrición

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística.

SSA. Dirección General de Estadística e Informática

1.2.2 Principales Causas de Mortalidad en Edad Escolar (Distrito Federal, 1995).

Causas
Accidentes
-Del tráfico de vehículos de motor
Tumores malignos
-Leucemia
Anomalías congénitas
-Del corazón y del aparato circulatorio
Parálisis cerebral infantil y otros síndromes paralíticos
Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona
Neumonía e influenza
Enfermedades del corazón
-De la circulación pulmonar
Sucidio y lesiones autoinflingidas
Deficiencias de la nutrición
Enfermedades infecciosas e intestinales

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística.

SSA. Dirección General de Estadística e Informática

1.2.3 Principales Causas de Mortalidad en edad Productiva (Distrito Federal, 1995).

Causas
Tumores malignos
-De la mama de la mujer
-Del cuello del útero
-Del estómago
Enfermedades del corazón
-Isquémica
Diabetes mellitus
Accidentes
-De tráfico de vehiculos de motor
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente con otra persona
SIDA
Enfermedad cerebrovascular
Nefritis, síndrome nefrotico y nefrosis
Neumonía e influenza

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística
SSA: Dirección General de Estadística e Informática

1.2.4 Principales Causas de Mortalidad en Edad Post-Productiva (Distrito Federal, 1995).

Causas
Enfermedades del corazón
-Isquémica
Diabetes mellitus
Tumores malignos
-De la tráquea, de los bronquios y del pulmón
-De la próstata
-Del estómago
Enfermedad cerebrovascular
Neumonía e influenza
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma
Accidentes
-De tráfico de vehiculos de motor
Deficiencias de la nutrición

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística
SSA: Dirección General de Estadística e Informática

1.2. 5 Principales Causas de Mortalidad General a Nivel Nacional

Causas
Enfermedades del corazón
-Isquémica
Tumores malignos
Diabetes mellitus
Accidentes
-De tráfico de vehículos de motor
Enfermedad cerebrovascular
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
Neumonía e influenza
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
-Hipoxia, asfisia, y otras afecciones respiratorias del feto o recién nacido
Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística.

SSA. Dirección General de Estadística e Informática.

1.2. 6 Estadísticas Generales de salud a Nivel Nacional 1990-1995.

1990	1995
Enfermedades del corazón	Enfermedades del corazón
Tumores malignos	Tumores malignos
Diabetes mellitus	Diabetes mellitus
Accidentes	Accidentes
Cirrosis y otras enf. Crónicas del hígado	Enfermedad cerebrovascular
Enfermedad cerebrovascular	Cirrosis y otras enf. Crónicas del hígado
Afecciones perinatales	Neumonía e influenza
Neumonía e influenza	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
Homicidios y lesiones	Homicidios y lesiones
Anomalías y congénitas	Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
Bronquitis crónica, enfisema y asma	Anomalías y congénitas
Enfermedades infecciosas intestinales	SIDA
Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis	Bronquitis crónica, enfisema y asma
Deficiencias de la nutrición	Enfermedades infecciosas intestinales
SIDA	Deficiencias de la nutrición

Fuente: INEGI. Dirección General de Estadística

SSA: Dirección General de Estadística e Informática

1.3 Psicología Comunitaria

Una de las aproximaciones de la psicología hacia los problemas de salud que se separa de la línea clínica individual y comienza a desarrollar un enfoque social, es la de la *psicología comunitaria*. Entre sus antecedentes se cita a la dinámica de grupos y organizativa y los procesos toma de decisiones, cuyos pioneros fueron; Kurt Lewin y otros psicólogos sociales, partiendo de las premisas de que muchos problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario, y de que cuando los ciudadanos y los grupos se reúnen para enfrentar eficazmente un problema que afecta a la comunidad se produce un sentimiento de realización (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988).

En la década de los 60, en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, entonces aparece la comunidad como objeto de intervención.

El término psicología comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de una reunión patrocinada por la Universidad de Boston y el Instituto de Salud Mental, denominada "Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria", celebrada en 1965 en la localidad de Swampscott, nombre por el que generalmente se le cita (Bennet y cols., 1966), surgiendo así un movimiento en el que evidentemente las primeras acciones se enfocaron aun bajo la influencia de los recursos tradicionales de los psicólogos formados fundamentalmente para el trabajo clínico.

La psicología comunitaria se apoyó en el llamado modelo de competencia (Albee, 1980), que parte de la idea de que la "incidencia de problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte de los sistemas de autoestima y de apoyo social" (Costa, 1984).

Según este mismo autor, la incidencia de los problemas de salud puede ser reducida:

- 1) Desarrollando sistemas comunitarios competentes (escolar, laboral, sanitario).
- 2) Desarrollando competencias en el ciudadano a fin de que éste maneje adecuadamente sus fuentes de estrés y sea hábil en obtener recursos y sistemas de apoyo social.
- 3) A través de ciudadanos competentes y sistemas comunitarios competentes para introducir cambios ecológicos a fin de ejercer algún control sobre el estrés económico y social. De este modo, el desarrollo de competencias se integra como parte de un esfuerzo político de cambio social con persistencia multidisciplinaria e intersectorial. (Costa, 1984).

Este modelo supone un conjunto de acciones a ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad, entre las que se incluyen:

- 1) La promoción de conductas saludables en las personas y animarlos a tener su estado de salud profesionalmente controlado;
- 2) influir en el diseño del entorno ambiental (viviendas, parques, áreas de recreación);
- 3) facilitar el acceso a los servicios de salud;
- 4) fomentar los sistemas de apoyo social;
- 5) socializar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y participes de su autocuidado, así para que dispongan de mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas y de tensión;
- 6) potenciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud;
- 7) facilitar el acceso a los servicios psicológicos;
- 8) disponer de la capacidad de evaluar las evaluaciones que se realizan sobre la comunidad; y
- 9) dar a las intervenciones carácter multidisciplinario e intersectorial.

1.4 Psicología de la Salud.

La psicología es un saber científico que ha seguido un accidentado desarrollo como consecuencia de la naturaleza del problema que constituye su objeto de estudio, lo que por sí es un motivo de polémica.

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y alternativas en medicina.

La Psicología de la Salud es una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. (Morales, 1997).

Consecuentemente, a la Psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales, 1995).

A partir de esta definición es importante destacar que la División de la salud de la American Psychological Association define a la Psicología de la Salud como "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad, y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud" (Matarazzo (1980) y Albino (1983).

Bloom, (1988) señala cuatro aspectos esenciales que definen a la psicología de la salud de la siguiente manera:

- 1) que el campo de la psicología de la salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud;
- 2) que el término salud debe ser entendido de la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental, y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general del malestar, o el bienestar;
- 3) el campo no debe estar limitado a la investigación o a la construcción de teorías, pero sí debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención, tratamiento y prestación de servicios;
- 4) todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea al nivel del individuo, el grupo o el sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud.

1.5 La Psicología en la Atención Primaria de la Salud.

La atención primaria es un concepto que ha sido muy discutido pero es importante destacar que debe contemplarse como uno de los momentos más importantes y ricos entre todos los procesos de atención a la salud.

En la reunión organizada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata, en 1978. Se expresó lo siguiente "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.(OMS, 1978)

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria* (OMS, 1979).

Dicho así, de manera general, se puede tener una apreciación de que atención primaria como un modo de organizar la atención de la salud de las personas, que se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y que se lleva a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural, pero que sí deben estar concebidas con un sentido de alta eficiencia. Los recursos que se usen, y el equipamiento en sentido general, deben ser lo más adecuado posible.

Las prioridades de trabajo en atención primaria son muy variadas, dependen de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja, siempre a partir de una correcta identificación de esos problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, y de una concepción integral de promoción de la salud, prevención y atención de las enfermedades y otros problemas y daños de la salud (como por ejemplo, los accidentes), y la rehabilitación basada en la comunidad de las personas con secuelas y limitaciones (Morales, 1997).

Las acciones en atención primaria deben estar dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de la vida y el estado de salud de esa población, por supuesto en sentido positivo.

Las acciones de salud en atención primaria no pueden solamente sobre los individuos, sino que deben alcanzar a las familias consideradas como unidad, a las instituciones la comunidad en general, sus organismos representativos y sus líderes, y al medio ambiente en sentido general.

Entonces, los servicios no pueden prestarse por profesionales individuales, sino que la actividad de estos debe ser llevada a cabo por equipos que integren el conocimiento y la tecnología de diferentes disciplinas y profesiones, entre los que deben estar, como es esperable, los médicos, las enfermeras, pero también los psicólogos, los trabajadores sociales, los trabajadores comunitarios, epidemiólogos, etc.. (Morales, (1991).

Fajardo, (1983), menciona que la prioridad en la atención primaria de salud (APS). Es el conjunto de acciones que se ponen al alcance del individuo, familia y comunidad para satisfacer sus necesidades básicas de salud, tanto en aspectos de promoción y conservación de la misma como reparación y prevención de la enfermedad. Forma parte de los servicios de salud generalmente es la puerta de acceso al usuario a niveles de atención más complejos y costosos.

Hay dos conceptos muy asociados al de atención primaria, que son los de: 1) promoción de salud y 2) prevención y control de los riesgos de enfermar (Morales, 1997).

1.6 Promoción de la Salud.

En los últimos 20 años ha aumentado el interés de este campo tanto por su definición como por la búsqueda de formas organización y de uso de recursos tecnológicos para llevarla a cabo.

La promoción de la salud tomó auge a partir del documento producido en 1974 por el gobierno de Canadá titulado oficialmente "A New perspective on the Health of Canadians ", conocido también como "Informe Lalonde" por el apellido del ministro de salud que lo auspició. Este documento enfatizaba a la promoción de la salud como medio para enfrentar los problemas de salud que aparecían como significativos en la población de ese país y la definía (a la promoción de la salud) como "el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar la salud" (Lalonde, 1988).

En la llamada "Carta Ottawa", documento final de una reunión realizada en esa ciudad en 1986 con la aceptación de la OMS, se dice que la promoción de la salud:

" Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar sus salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, in individuo grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo: sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana" (OMS, 1986).

Las acciones de promoción de la salud deben tener, por tanto carácter multisectorial (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina). y deben de implicar un importante compromiso de las autoridades. (Morales, 1997).

De acuerdo a Martínez (1994), las acciones de promoción de la salud pueden definirse como el "conjunto de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud", y se resumen en;

- elaboración de una política pública sana,
- creación de ambientes favorables,
- reforzamiento de la acción comunitaria,
- desarrollo de las aptitudes personales,

Morales (1991), realiza un análisis del significado de la promoción de la salud para la psicología, destacando como las acciones promocionales necesitan apoyarse en conceptos puramente psicológicos tales como; hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares, y habilidades.

Se hacen seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos:

- 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria;
- 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente de toma de decisiones debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos,, investigaciones previas, o investigaciones al efecto;
- 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario compartir;
- 4) evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos “antes-después”, y con grupos de control cuando sea posible);
- 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo;
- 6) estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, ya sea como “multiplicadores”, ya sea en la evaluación de los resultados.

Es importante mencionar que la promoción constituye una de las acciones más importantes para el mantenimiento de la salud esta tiene como objetivo evitar la aparición de daños a la salud; los procedimientos utilizados no están dirigidos a un padecimiento en particular. Las acciones incluyen, básicamente, la educación para la salud; la motivación por mantener el estado de salud mediante una buena nutrición; atender el desarrollo de la personalidad tomando en cuenta el estado fisiológico en las diferentes edades de la vida; ratificar las necesidades vitales de alojamiento y recreación, y lograr condiciones favorables durante el trabajo, así como las necesidades de afecto del hombre en la sociedad (Fajardo, 1983).

1.7 Estilos de vida

En promoción de salud y en atención primaria en general se ha observado una reiterada referencia al concepto “Estilo de Vida”. Este concepto que aparece con frecuencia en la literatura sociomédica y epidemiológica, se utiliza generalmente en la actualidad para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en si vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo de enfermar.

Coreil, Levine y Jaco (1985) comportamientos de riesgo para enfermedades y muertes accidentales, siendo los más comunes el uso del tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control del peso, y del a dieta, la realización de ejercicios físicos, el manejo de estrés y el uso de dispositivos de seguridad fundamentalmente cinturones en los asientos de automóviles.

Para los psicólogos resulta muy importante comprender estos hechos, ya que nuestra disciplina corresponde esclarecer la relación entre el ambiente y los comportamientos, buscar medios para prevenir la adopción de aquellos que tienen efecto negativo sobre la salud así como para modificarlos en las personas que los practiquen.

1.7.1 Estilos de vida en poblaciones adultas mayores.

Basándose en investigaciones longitudinales, Belloc, Breslow y Hochstim (1971) han referido la existencia de relación entre el estado de salud y siete actividades o características conductuales (Alameda seven) tras un seguimiento de 6 años de una muestra de 6,928 sujetos: 1. actividad física; 2. consumo de tabaco; 3. consumo de alcohol; 4. obesidad; 5. hábitos de sueño nocturno; 6. desayuno diario; y 7. comer entre horas. Berkman, Breslow y Wingard (1983) han estudiado de nuevo la relación entre estas variables y el riesgo de muerte después de nueve años y medio de seguimiento de dicha muestra (cuadro 1). El análisis de estos resultados y en particular, la influencia de dichas conductas sobre la salud del grupo de más edad (60 a 69 años), sugiere las siguientes conclusiones:

CUADRO 1.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad (%) para varones y mujeres en un periodo de seguimiento de nueve años y medio (1965-1974), en función de la puesta en practica de conductas de salud.

	Varones	Mujeres
Actividad Física:		
Actividad Minima	12,4	9,1
Actividad moderada	9,8	5,3
Actividad frecuente	6,0	3,2
Consumo de tabaco:		
Fumador	12,8	7,5
Ex fumador	7,5	9,5
Nunca fumador	5,5	4,9
Peso corporal (% respecto al Promedio estimado):		
10% ó más por debajo	19,1	10,8
De 9,9% por debajo a 29,9 por encima	9,2	5,7
30% o más por encima	10,0	7,7
Consumo de alcohol		
0-10 bebidas al mes	9,9	6,4
17-45 bebidas al mes	6,6	6,0
46 ó más al mes	13,3	8,5
Horas de descanso (por la noche):		
6 ó menos	14,8	9,0
7-8	8,2	5,6
9 ó más	11,2	8,5
Desayunar:		
Casi siempre	8,7	5,9
A veces	12,8	8,1
Rara vez o nunca	9,9	6,4
Comer entre horas:		
Casi siempre	10,6	5,9
A veces	9,2	6,5
Rara vez o nunca	8,9	6,7

Los resultados anteriores han demostrado que, en todos los rangos de edades estudiados, cinco de siete hábitos antes referidos han demostrado relación significativa con el riesgo de muerte (actividad física, consumo de tabaco, consumo del alcohol, relación de talla / peso y hábitos de dormir), sin estar sustancialmente afectados por el estado de salud física. Estos hábitos de vida han demostrado una relativa independencia entre si, excepto correlaciones moderadas entre fumar, y beber y no desayunar, observándose tendencia hacia un efecto acumulativo sobre el riesgo de muerte(Berkman, Breslow y Wingard 1983).

En un estudio más pormenorizado, Walker et al (1988) utilizaron el *Health Promoting Life Style Profile (HPLP)* con el propósito de valorar aspectos específicos del autocuidado como una acción alternativa para mejorar la calidad de la vida. Mediante esta escala valoraron las seis dimensiones siguientes:

1. Autoactualización (tener sensación de objetivos, búsqueda de desarrollo personal a experimentar satisfacción).
2. Responsabilidad hacia a la salud (educación sanitaria, búsqueda de ayuda profesional cuando es necesaria).
3. Ejercicio (adherencia a un patrón habitual de ejercicio).
4. Nutrición (establecimiento de un plan de comidas, elección de alimentos).
5. Soporte interpersonal (relaciones sociales próximas e íntimas).
6. Manejo del estrés (reconocimiento de las fuentes de estrés, conductas de control del estrés y de relajación).

Los resultados demostraron que los mayores de 55 años mostraron puntuaciones más altas en todas las dimensiones, comparativamente con los grupos de edad de 35-54 años y 18-34 años. El sexo resultó también ser una variable significativa, ya que las mujeres mostraron puntuaciones más altas en las dimensiones de responsabilidad hacia la salud, ejercicio, nutrición y soporte interpersonal, puntuando más alto los hombres en la dimensión de auto-actualización, sin llegar a ser significativa la diferencia. El nivel educativo también guardó relación con las conductas de promoción de la salud (Walker, 1988).

1.8 Niveles de Prevención y Control del Riesgo de Enfermar

Además del tema de promoción de salud otro concepto de importancia en el ámbito de la salud en general, y en atención primaria particular, también de mucho interés para la psicología, es de prevención de las enfermedades y el control del riesgo de enfermar.

La prevención de las enfermedades es la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo y comprende los siguientes niveles:

Prevención Primaria
Acción de la Salud que comprende la promoción de la salud (educación para la salud, nutrición, condiciones adecuadas de vivienda, condiciones adecuadas de trabajo, condiciones adecuadas de recreación y exámenes médicos selectivos) y la protección específica (inmunizaciones específicas, saneamiento ambiental y protección contra riesgos ocupacionales).

Prevención Secundaria
Acción a favor de la salud que comprende un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno (diagnóstico de enfermedades agudas y crónicas), y limitación de la incapacidad de la lesión o daño (tratamiento médico y / o quirúrgico).

Prevención Terciaria

Acción a favor de la salud que comprende la rehabilitación.

Otro factor importante es el establecido mediante estudios epidemiológicos, como los "factores de riesgo" que se asocian a muchas enfermedades, que como se ha insistido previamente no tienden a operar en forma aislada o lineal, sino en un sinergismo en el cual las causas deben adquirir no solamente la condición de necesarias sino también de suficientes.

Barvasián (1986) se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a "toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los acontecimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad y el medio ambiente". Existen riesgos físicos, químicos, biológicos y otros, pero a los psicólogos nos interesan especialmente los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen.

Algunos factores de riesgo en relación con problemas de salud frecuentes son: el riesgo psicosocial, acontecimientos de vida, estrés, patrón de comportamiento tipo A, creencias en salud, el aislamiento/ apoyo social, etc.

1.9 Estrategias de Atención a la Salud.

La atención es el término que comprende los servicios médicos y el complejo de relaciones personales y disposiciones organizadas que permiten el ofrecimiento y el otorgamiento de servicios de salud. Incluye asimismo la provisión y disponibilidad de personas calificadas para proporcionar los servicios médicos y las instalaciones que requieren para desempeñar su labor.

Atención se emplea, por lo tanto en el sentido de administración responsabilidad o cuidado para la seguridad y el bienestar de otras personas.

1.9.1 Atención Medica de Primer Nivel.

Es nivel es considerado como la puerta de entrada al sistema de atención médica; origen de la mayor demanda de servicios personales. Hay vigilancia continua y control sobre los pacientes, enviándose en casos necesarios a otros niveles. Los servicios son sencillos pudiendo obtenerse fácilmente.

Se ocupa del control de la población sana, de la promoción de la salud, de la prevención de padecimientos, de otorgar primeros auxilios y atender problemas de salud comunes e inespecíficos y ciertas enfermedades crónicas. Está ubicada en la propia comunidad a la que sirve. Su tipo de atención es prácticamente ambulatoria ya sea con consultorios o en la propia comunidad. El público tienen acceso directo a este nivel, existiendo identificación plena entre el organismo y los usuarios. Sus funciones están orientadas hacia la promoción de la salud, el diagnóstico y el tratamiento oportuno de los padecimientos.

Este tipo de atención requiere un personal con un nivel básico de conocimientos, tecnología y habilidades en cuanto al campo de la salud, constituido por personas de la propia comunidad y personal profesional; en relación a los primeros, el hecho de que sean de la propia comunidad facilita afrontar técnica y socialmente a los beneficiarios: en cuanto al

personal profesional, debe estar formado por médicos generales o familiares, auxiliares de enfermería, enfermeras generales y estudiantes, que deben actuar en equipo y pueden servir a varias comunidades.

El personal sabrá que tipo de pacientes deben ser enviados a otros niveles y actuar como equipo, remarcando las medidas de promoción de la salud. Se pueden incorporar elementos de la atención médica tradicional.

La atención de primer nivel se da en consultorios, centros de salud, clínicas generales, módulos de salud y unidades de medicina familiar.

1.9.2 Atención Médica de Segundo Nivel.

Es el servicio que se otorga a una persona si requiere atención médica especializada básica, como resultado del envío desde el primer nivel. Se ocupa de la población enferma con problemas de salud que necesitan cierta atención especializada. Sirve a grupos grandes de población, a varias comunidades. Se halla a una distancia media del domicilio del paciente. El tipo de atención es intermitente y por tanto, discontinua, en consulta externa y hospitalización, servicios que pueden ser de medicina interna, cirugía, obstetricia y pediatría.

Sus funciones se orientan hacia el diagnóstico y tratamientos tempranos y la limitación del daño. Requiere personal con conocimientos, tecnología y habilidades de amplitud y profundidad medias; debe estar formado básicamente por profesionales y técnicos.

La mayor parte de los servicios se otorgan en un hospital general, como consultas externas de obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general.

1.9.3 Atención Médica de Tercer Nivel.

Son los servicios médicos muy especializados, que se otorgan al paciente cuya vida corre alto riesgo en cuanto a daño grave permanente o muerte. Se ocupa de la población enferma con problemas de salud poco frecuentes y complicados. Sirve a grupos de población muy grandes, a muchas comunidades. La extensión varía según la densidad de la población y las facilidades de transporte. Puede estar ubicado a gran distancia del hogar del paciente.

Su tipo de asistencia es episódico y, por ello, discontinuo. Los pacientes acceso directo a este nivel, habitualmente son enviados desde el nivel secundario, y solo esporádicamente provienen del primario. Sus funciones fundamentalmente son la curación y la rehabilitación.

El personal es científico, médico, paramédico, y técnico, altamente especializado y no pocas veces numeroso; su preparación es estrecha en amplitud y de gran profundidad (en comparación, el personal de primer nivel es más polivalente). Se otorga en el hospital de especialidades, centros médicos, centros hospitalarios equipados con la tecnología más avanzada que se disponga.

Capitulo 2

Desarrollo Humano

Desarrollo Humano.

2.1 Importancia del Estudio del Desarrollo Humano.

El desarrollo Humano es el estudio científico de cómo cambian las personas y como permanecen algunos aspectos al recorrer el tiempo. (Papalia, D. 1997).

En la actualidad, el estudio del desarrollo tiene como principal objetivo el explicar el porque de los comportamientos, basados en los factores que influyen en el desarrollo. El próximo paso es poder predecirlo y, en algunos casos, tratar de modificar u optimizar el desarrollo del ser humano (Papalia, D. 1997).

2.1.1 Aspectos del Desarrollo.

Una de las razones para que el desarrollo humano sea tan complejo es que el crecimiento y el cambio se presentan en diversos aspectos del ser. Los factores más ligados al desarrollo del ser humano son el desarrollo físico, intelectual o cognoscitivo, y el social y de la personalidad.

Desarrollo Físico.

Los cambios corporales, cerebrales, de las capacidades sensoriales y de las habilidades motrices forman parte del desarrollo físico e influyen sobremanera en el intelecto y la personalidad. Por ejemplo. En la edad adulta tardía, las alteraciones sufridas en el cerebro, como las ocasionadas por la enfermedad de Alzheimer (se calcula que afecta a casi el 10% de las personas mayores del 65 años: Evans et al., 1989), pueden originar deterioro intelectual y en la personalidad. (Papalia, 1997).

Desarrollo Intelectual (cognoscitivo).

Los cambios que se esperan en las facultades mentales –aprendizaje, memoria, razonamiento, pensamiento y lenguaje-, constituyen aspectos del desarrollo intelectual o cognoscitivo. Estos cambios están estrechamente ligados al desarrollo físico y al emocional. (Papalia, 1997).

Desarrollo social y de la personalidad.

La personalidad es la única forma en la cual cada persona se relaciona con el mundo y expresa sus emociones. El desarrollo social se refiere a los cambios experimentados en la relación con los demás. Ambos afectan los aspectos físicos y cognoscitivos del funcionamiento. El apoyo social de los amigos ayuda a enfrentar los efectos negativos potenciales del estrés en la salud mental y física. Del mismo modo, las características físicas e intelectuales afectan el desarrollo social y de la personalidad (Papalia, 1997).

2.2 Periodos de la vida del Hombre.

Para el estudio del desarrollo del hombre se describen brevemente en ocho periodos la vida del hombre. Estas divisiones son aproximadas y, de algún modo, arbitrarias; en especial en la edad adulta cuando no hay criterios sociales y físicos tan

definidos como los de la niñez (la entrada a la escuela y el comienzo de la pubertad), que señalen el cambio de un periodo a otro. Cada periodo tiene sus propios eventos y aspectos característicos, (ver tabla 1).

Tabla .1

Principales acontecimientos en los ocho periodos de la vida. (Papalia, D. 1997).

Periodo según la Edad	Principales Acontecimientos
Etapa prenatal (desde la concepción hasta el Parto).	Formación de los órganos y de la estructura corporal básica. Crecimiento físico acelerado. Mayor vulnerabilidad a las influencias ambientales.
Etapa de los primeros pasos (desde el nacimiento Hasta los tres años)	Los sentidos funcionan desde el nacimiento. El crecimiento físico y desarrollo de las habilidades motoras son muy rápidos. Presencia de la habilidad de aprender, incluso desde las primeras etapas de la vida.
Primera Infancia (desde los tres hasta los seis años)	Aumentan la fuerza y las habilidades motrices fina y gruesa. Existe mayor inventiva en juegos, la creatividad (proceso de maduración cognoscitiva)
Infancia Intermedia (desde los seis hasta los doce años)	Se incrementan la memoria y el lenguaje. Mejora la habilidad cognoscitiva para beneficiarse de la educación formal. Disminuye la rapidez del crecimiento físico.
Adolescencia (desde los 12 hasta los 20 Años)	Los cambios físicos son rápidos y profundos Comienza la madurez reproductora. Se desarrolla el pensamiento abstracto y el Empleo del razonamiento científico.
Edad adulta temprana (desde los 20 años hasta Los 40 años)	La salud física llega al tope, luego decae ligeramente. La capacidad intelectual se vuelve más Compleja. Las personas se casan y tienen hijos.
Edad adulta intermedia (de los 40 a los 65 Años)	Sufren algún deterioro la salud física, el vigor y la fuerza. Existe pericia para resolver problemas y consolidación de proyectos. Responsabilidad de cuidar a los hijos y a los padres puede causar estrés.
Edad adulta tardía (65 años en adelante)	Las personas aún están saludables y activas, aunque de algún modo la salud y las habilidades físicas decaen. La memoria y la inteligencia se deterioran. La lentitud de reacción afecta mucho de los aspectos del funcionamiento Necesidad de afrontar pérdidas en muchas áreas.

2.3 ¿Existe la tercera edad?

La edad de 65 años ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológico, principalmente porque en muchos países ha sido usada por los sistemas de pensiones para comenzar a otorgar beneficios. A pesar que es de utilidad hacer comparaciones usando la categoría de edad de 65 años o más, es prudente además comparar otros subgrupos de edad dentro de la población anciana. La población de 65 años o más no es homogénea, existen variaciones en las características demográficas y socioeconómicas de los diversos subgrupos de edad dentro de la población anciana (Sánchez, 1996).

Se debe recalcar que no todas las personas mayores de 65 años llegan a convertirse en seres totalmente dependientes, incompetentes, o con necesidad imperiosa de ayuda o servicios. La dependencia de los ancianos se traduce por lo general en una necesidad de asistencia para realizar los actos cotidianos que se debieran llevar a cabo sin duda. La noción misma de dependencia es en extremo ambigua, ya que en diferentes etapas de vida se es dependiente en diversos aspectos tales, como familiar, profesional o social.

Como hemos mencionado antes quizás, la razón primordial para que el envejecer este recibiendo tanta atención, es el cambio sustancial en la composición poblacional que está ocurriendo en diversas partes del mundo hoy día. En primer lugar, la población de edad avanzada está aumentando a un ritmo acelerado, en parte por el descenso en la natalidad unido esto a un aumento en la expectativa de vida, que corresponde a los adelantos en el cuidado de la salud y en la tecnología de salvar vidas, han hecho posible a muchas personas evitar la muerte.

Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte. Comenzando con la concepción, esta secuencia de desarrollo incluye las etapas subsiguientes de vida: infancia, niñez, adolescencia, adultez temprana, edad mediana y vejez. El envejecimiento es una parte integral y normal de todo este proceso. Resulta extremadamente difícil señalar cuando comienza la vejez. Esto se debe principalmente a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer.

2.3 Por qué envejecen las personas (Dos teorías).

La vejez es un proceso complejo influido por la herencia, la alimentación, la salud y factores ambientales, y no se sabe con exactitud por que el cuerpo de las personas funciona menos eficientemente a medida de que se hace viejo. Ninguna de las muchas teorías de la vejez biológica es aceptada como un hecho, pero la mayoría de ellas adoptan uno de dos enfoques básicos: el envejecimiento "programado" y el envejecimiento como "desgaste".

2.3.1 La teoría del envejecimiento programado.

Esta teoría sostiene que en cada especie el cuerpo envejece según un patrón de desarrollo normal incorporado en cada organismo; este programa está sujeto sólo a modificaciones menores. Puesto que cada especie tiene su propia expectativa de vida y su propio patrón de senectud, este patrón debe ser predeterminado y congénito (Papalia, 1997).

Leonard Hayflick (1974) quien estudió células de muchos animales diferentes, encontró un límite en el número de veces que se dividían las células; cerca de 50 veces es el número para las células humanas. Este límite controla la extensión de la vida, el cual él estima cercano a 110 años para los seres humanos. Sugiere que las personas pueden tener genes que se vuelven nocivos posteriormente en la vida, ocasionando deterioro. Un área de deterioro puede ser el sistema inmunológico, que parece "confundirse" en la vejez, de modo que puede atacar al mismo cuerpo.

2.3.2 La teoría del desgaste

La teoría del desgaste sostiene que el cuerpo envejece a causa del uso continuo, y que el deterioro es el resultado de "excesos" acumulados. En esta teoría, el cuerpo humano es comparable a una máquina cuyas partes eventualmente se descomponen. Por ejemplo, las células del corazón y del cerebro no se reemplazan a sí mismas en la vida; cuando se dañan mueren. Lo mismo parece suceder a otras células durante el transcurso de la vida: a medida que se hacen viejas son menos capaces de reparar o reemplazar los componentes dañados. Esta teoría sugiere que hay estresores internos y externos (incluyendo la acumulación de materiales nocivos, como los subproductos químicos del metabolismo) que agravan el proceso de desgaste.

Una línea de investigación que apoya la teoría del desgaste se centra en los efectos nocivos de los radicales libres (Stadtman, 1992; Wallace, 199). Éstas son formas específicas de oxígeno que se producen en el curso normal de la vida, pero que luego se vuelven altamente peligrosas, alterando y deteriorando sustancias del cuerpo como del ADN, proteínas y grasas. Este efecto sobre el funcionamiento celular se ha asociado con enfermedades como la artritis, distrofia muscular, cataratas y cáncer (Stadtman, 1992). Y hay alguna especulación de que las moléculas defectuosas en la edad adulta tardía (posiblemente como resultado de daño causado por los radicales libres) pueden ocasionar aparición tardía de diabetes y enfermedades de parkinson y Alzheimer (Wallace, 1992). Así la vejez puede resultar a partir de tales acumulaciones de irreversible destrucción.

La diferencia entre estos dos enfoques es más que teórica. Si las personas están programadas para envejecer, pueden hacer poco para retardar el proceso, pero si envejecen a causa de "excesos" ocasionados al cuerpo, pueden ser capaces de vivir más largo tiempo eliminando los estresores. La verdad probablemente yace en una combinación de estos enfoques: la programación genética puede limitar la extensión absoluta de la vida, pero el desgaste puede afectar la cercanía con que una persona se acerca al límite.

En la misma línea, algunos gerontólogos distinguen entre el **envejecimiento primario**, un gradual e inevitable proceso de deterioro corporal que comienza temprano en la vida y continúa a través de los años, y el **envejecimiento secundario**, resultado de la enfermedad, abuso y desuso, factores que se pueden evitar y que hasta cierto punto están bajo el control de las personas (Busse, 1987; J. C. Horn y Meer, 1987). Las personas de edad avanzada no pueden ser capaces de detener la disminución de sus reflejos ni hacer que su audición deje de ser menos aguda; pero, por ejemplo, si se alimentan de manera adecuada y se mantienen en buena forma física, muchos pueden detener los efectos secundarios del envejecimiento y lo hacen.

2.4 Diferencias entre vejez y envejecimiento

Es muy importante antes de hacer una descripción más específica de la tercera edad hacer la diferenciación de términos como "vejez" y "envejecimiento".

El proceso de envejecimiento, que inicia desde la concepción, se despliega en una secuencia compleja de cambios, que tienen lugar en distintos niveles: biológico, psicológico, social y cultural. Desde el punto de vista biológico, se define el **envejecimiento**, como un conjunto de modificaciones inevitables e irreversibles que se producen en un organismo con el paso del tiempo, y que finalmente conducen a la muerte. Tales cambios varían considerablemente, en el tiempo y gravedad de los acontecimientos. (Beauvoir, 1983).

En el proceso de envejecimiento se destacan 5 puntos importantes:

- 1) *Concepción*. Es decir, se considera que a partir de la concepción, el ser humano empieza a envejecer.
- 2) *Individual*. Esto implica, que cada individuo posee un proceso único e irrepetible de envejecimiento a un ritmo distinto.
- 3) *Irreversible*. Es decir, a medida que se avanza en el envejecimiento, este se concibe como un proceso donde es imposible regresar a alguna de las etapas anteriores.
- 4) *Universal*. Lo cual indica que en todo el mundo se da este proceso.
- 5) *Endógeno*. Se dice que al paso del tiempo, los órganos van envejeciendo; es decir, disminuyen en función del peso, tamaño, volumen, etc.

Tomando en cuenta estos aspectos, y a pesar que todos los seres humanos envejecen, las formas particulares de envejecer y el significado que se les atribuye en la vida no es universal. El criterio para determinar quién es viejo y por qué se es viejo, varía de lugar en lugar. Entonces, parece apropiado decir que el envejecimiento es un concepto cultural además de ser un proceso biológico. (Sánchez, sin año)

2.5 Aspectos Biológicos de la tercera edad.

De acuerdo con Craig (1994) dentro del proceso biológico del envejecimiento se encuentran cambios físicos como son:

Apariencia. El cabello gris, cambios en la postura, piel envejecida, arrugas, la piel pierde elasticidad, se reseca y adelgaza, puede haber verrugas en el tronco, el rostro y cuero cabelludo; a veces se rompen pequeños vasos sanguíneos que provocan ligeras marcas de color negruzco; aparecen manchas propias de la vejez; todos estos cambios son producto del envejecimiento normal y algunos debidos a factores genéticos.

Sentidos. Los sentidos a medida que la persona envejece van perdiendo eficacia, sobre todo la audición, en la capacidad para captar los tonos de frecuencia alta que se producen en el sonido del habla; o bien incapacidad para detectar sonidos u voces por encima del ruido del fondo. También puede haber deficiencias visuales, caracterizadas por la incapacidad para enfocar los objetos, se afecta la percepción de profundidad, pérdida en la agudeza visual. El sentido del gusto muestra cierta estabilidad.

Músculos, huesos y movilidad. La masa muscular disminuye con la edad y con ello la fuerza y resistencia, además decrecienta la función muscular lo cual genera que el músculo tarde más en alcanzar un estado de relajación tras la fatiga y el ejercicio; se minimiza la coordinación de movimientos motores finos y la velocidad de tiempo de reacción. Los huesos se tornan más densos, débiles y frágiles, como son más porosos tienden a fracturarse y se tardan más en sanar.

Sistema inmunológico. El sistema inmunológico cambia, la producción de anticuerpos empieza a disminuir y con ello se presenta una menor protección contra los microorganismos y enfermedad.

Mishara, B. (1986), presenta algunos de los aspectos biológicos más significativos que constituyen las características de las personas de la tercera edad:

- Destrucción del GABA lo cual produce problemas de insomnio.
- Destrucción de la acetil-colina lo cual conlleva a problemas de memoria.
- Se detiene la reproducción de glías, las cuales ayudan al funcionamiento de las neuronas.
- Formación de placas seniles.
- Baja la respuesta neurológica, con ello, tiempos de reacción y aprendizaje.
- Menopausia (presencia de vello por la disminución de testosterona en la mujer, deficiencias en la fijación de calcio y porosidad en los huesos, declive de la producción de gametos).
- Andropausia (caída del pelo por la disminución de la testosterona).
- Disminución de la agudeza sensorial en especial en vista y oídos.
- Decrece las reacciones inmunológicas ante posibles agentes patógenos, deterioro y disminución en masa de diferentes órganos.
- Presvicardia (propensión a arritmias cardíacas).
- Pérdida de la elasticidad arterial, cutánea y muscular.
- Metabolismo, dificultad para eliminar toxinas.
- Deshidratación reflejada en la piel.
- Disminución de la masa corporal en términos generales.

A nivel preventivo, la psicología de la salud puede trabajar en tres grandes ámbitos para prevenir algunas enfermedades o retrasar los efectos físicos del envejecimiento tomando en cuenta el estilo de vida, es decir, los hábitos de salud, calidad de vida y factores ambientales. Estos ámbitos o alternativas de tratamiento son:

- 1) **Actividad física.** puede mejorar sensiblemente el funcionamiento y la apariencia física. Un programa razonable de actividades y ejercicios puede incrementar sus efectos benéficos y retrasar los cambios inútiles en la apariencia, la estructura y el funcionamiento del cuerpo.

Respecto al impacto del ejercicio moderado en personas de la tercera edad en un estudio realizado por Muñoz y cols, (1999) realizaron un estudio en 60 personas hombres y mujeres mayores de 65 años, sin contraindicación médica para realizar caminata, con ánimo depresivo y que en los últimos seis meses no realizaran ninguna actividad deportiva. Se incluyeron 40 adultos mayores con ánimo depresivo. Grupo "A" con caminata, 20 pacientes, 2 (10%) fueron hombres y 18 (90%) mujeres, con edad promedio de 70 años, al finalizar el programa de caminata en 17 (85%) disminuyó el ánimo

depresivo, presentando menos de 5 ítems de la escala de Yesavage y Brink, 3(15%) no lo modificaron. Grupo "B" no-caminata fueron 8(40%) hombres y 12 (60%) mujeres con edad promedio de 72 años, al término del estudio sólo 3 (15%) mejoraron su ánimo depresivo y 17(85%) continuaron con más de 5 puntos en la escala de *Yesavage y Brink*. El análisis estadístico encontró que la caminata disminuye el ánimo depresivo con significación estadística $p = 0.0001$. Las conclusiones contundentes de este estudio fueron que un programa caminata moderada disminuye el ánimo depresivo, lo que puede ser de utilidad para el tratamiento de la depresión en adultos mayores.

- 2) *Régimen alimenticio*, es seguro que un régimen alimenticio apropiado, tanto por la cantidad como por la naturaleza de los elementos nutritivos que contenga, puede mantener al cuerpo con buena salud durante largo tiempo y las privaciones graves, aunque sean de corta duración, pueden provocar daños irreversibles.
- 3) *Hábitos sanitarios*, el uso del tabaco y el abuso de alcohol tienen como consecuencia acelerar los múltiples cambios ligados al envejecimiento.

A menudo las personas mayores padecen afecciones crónicas, es decir enfermedades que ocurren en forma repetida o que nunca desaparecen. Entre ellas se encuentran la artritis, cardiopatías o hipertensión, así como problemas visuales o auditivos.

Belsky (1984) señala que el 85% de las personas mayores de 65 años tienen por lo menos una de las enfermedades crónicas y el 50% dos o más, por lo que las afecciones y deficiencias crónicas afectan la vida de un gran número de personas mayores.

Es importante resaltar que no todas las personas de la tercera edad presentan todos los signos mencionados anteriormente, hay estudios que indican que las personas que permanecen en buenas condiciones físicas y activas pueden seguir dando un buen rendimiento; esto es, los cambios físicos característicos del envejecimiento no necesariamente incapacitan. (Morris, 1992).

Algunas personas de la tercera edad mantienen un adecuado estado de salud debido a que a través del tiempo se ha llevado un estilo de vida saludable, es decir, no presentar comportamientos de hábitos nocivos para la salud (beber alcohol, fumar, sedentarismo, etc), así mismo interactuar en un medio ambiente favorecedor que refuerce la incorporación de hábitos saludables o que al menos no propicie que se erradiquen. A su vez, disponer de recursos de apoyo social como son la pertenencia a grupos sociales que compartan expectativas y valores para el cuidado de la salud y atención en el desarrollo de enfermedades. (Morales, 1992).

Cada individuo establece una relación activa frente a los múltiples eventos del ambiente y es justamente a partir de un análisis de las contingencias que se podría definir con mayor certeza el riesgo al que cada sujeto se haya expuesto, por lo tanto estas consecuencias son el resultado de la historia propia de desarrollo. (Morales, 1992).

Dentro de la literatura se han mencionado diversos factores que guardan una estrecha relación con el estado de salud que son extrínsecos como intrínsecos. Los intrínsecos son determinados por factores biológicos tales como la predisposición a padecer enfermedades, factores psicológicos como son: la personalidad del individuo, aspectos emocionales, etc. Y los extrínsecos que se refieren a; medio ambiente, alimentación, eventos de vida, factores socioeconómicos, recreación, manejo del tiempo libre entre otros. (Morales, 1997).

La vejez no esta necesariamente asociada a la edad y que son otros factores como perder la ilusión por la vida o el deterioro físico y mental los que marcan su comienzo. Aún así, esta respuesta no esta clara ni para la población ni para los científicos, ya que no existe una "edad real" en la que suceda algo concreto que haga al individuo entrar en la vejez (Fernández- Ballesteros, 1992). Sin embargo, para fines prácticos de estudio varios autores han clasificado esta etapa de la vida en distintas categorías con el objetivo de conocer de manera específica los cambios que conlleva este período.

Cada individuo establece una relación activa frente a los múltiples eventos del ambiente y es justamente a partir de un análisis de las contingencias que se podría definir con mayor certeza el riesgo al que cada sujeto se haya expuesto, por lo tanto estas consecuencias son el resultado de la historia propia de desarrollo. (Morales, 1992).

2.6 Aspectos Psicológicos de la tercera edad.

Durante la tercera edad se presentan algunos cambios psicológicos que influyen en la conducta de los ancianos en áreas como percepción, memoria, inteligencia y personalidad, debido a que se han hecho más estudios de estos procesos.

Las capacidades sensorio-perceptivas disminuyen variando de un individuo a otro y se hacen menos agudas al irse perdiendo las células nerviosas. También se observa una reducción en la capacidad de recibir y procesar la información concerniente al entorno, por ejemplo, la pérdida del oído en las zonas de alta frecuencia y una disminución de la plasticidad del cristalino y de su poder de acomodación, por lo que la sensibilidad a los colores disminuye mientras que aumentan las dificultades relacionadas con las tareas visuales ordinales como la lectura y la costura. (Cole, 1992).

La pérdida de la audición no es completa porque, resulta selectiva y sólo afecta las frecuencias altas mientras que las bajas suelen seguir siendo muy bien percibidas a menos que influyan otras afecciones. El gusto y el olfato tiende a disminuir. (Cole, 1992).

A pesar de estas deficiencias sensoriales, la mayoría de las personas de la tercera edad, resultan perfectamente capaces de proseguir con sus actividades o, si es necesario, descompensar los efectos de las pérdidas que hayan podido sufrir. Varios de estos déficits no están necesariamente asociados al envejecimiento y pueden ser prevenidos.

Con respecto a la memoria se ha encontrado que muchas personas de edad avanzada, retienen su habilidad para recordar detalles. Las capacidades de memoria, las cuales consisten en mecanismos básicos y estrategias, puede declinar, pero los contenidos de memoria que se refieren a los conocimientos, pueden incrementar (Perlmutter, 1986). La memoria sensorial un mecanismo básico que retiene la información del medio ambiente por algunos segundos decae; pero si es activa, puede mantenerse al mismo nivel que la juventud. Muchos investigadores, concluyen que la vejez tiene pocos efectos en la memoria sensorial (Poon, 1985; cit. por Perlmutter, 1986).

- *Memoria a corto plazo*, es un sistema de capacidad limitada, que guarda información en la conciencia, incluyendo un sistema de control que tiene capacidad de atención, selección y manipulación (Baddeley, 1986). Las investigaciones que se han hecho muestran que la capacidad pasiva de la

memoria de trabajo, no se afecta por la edad, y que los cambios se relacionan al sistema de control (procesamiento).

- *Memoria a largo plazo*, es un sistema con capacidad ilimitada. La edad, no parece afectar a la retención de información; una vez que el material ha sido guardado en la memoria a largo plazo, las personas de 80 años son tan eficientes como las de 20 años. (Poon, 1985). La memoria para varias tareas que incluyen aprendizaje no se alteran con la edad; esta memoria, conocida como memoria de procedimiento, se refiere a tareas que son practicadas y automáticas, y que pueden ser cognitivas o motoras. Las personas de la tercera edad, exhiben memoria de procedimiento todos los días y son tan eficientes como los jóvenes.

La memoria declarativa (conocimiento del mundo) está organizada de forma similar en jóvenes y ancianos. Esta se divide en memoria episódica que incluye todo lo que nos sucede en un tiempo y lugar; memoria semántica en donde se organiza un conocimiento factual. Se cree que la memoria episódica es vulnerable a los efectos de la vejez, pero la memoria semántica no (Craik y Simon, 1980).

Respecto a la inteligencia, los psicólogos no han sido capaces de producir una definición formal que satisfaga a todos, ya que como el aprendizaje, la inteligencia es invisible y debe ser inferida de la conducta, por ello muchos coinciden en definirla como *las operaciones mentales que incluyen la habilidad para funcionar efectivamente en el medio ambiente* (Perlmutter, 1986). La inteligencia disminuye con la edad, sin embargo, las diferencias que se han podido apreciar entre sujetos jóvenes e individuos más viejos han revelado ligadas a factores externos entre los cuales se encuentran: la diferencia de escolarización entre las generaciones, falta de hábito con los tests, las privaciones de todo género. Sin embargo, es importante mencionar que no se han hecho normas de inteligencia para esta etapa, por lo que no se pueden comparar los puntajes de los jóvenes con las personas de la tercera edad.

2.7 Inteligencia en la tercera edad, (Dos enfoques de la inteligencia).

Desde hace años para algunos psicólogos han argumentado que "la disminución intelectual en la vejez es ante todo un mito" (Baltes y Schaie, 1974, p 35). Otros han considerado que este enfoque es muy superficial (Horn y Donaldson, 1976, 1977). Para evaluar estos dos puntos de vista es necesario conocer los tipos de inteligencia propuestos para las personas de la tercera edad.

La distinción entre la inteligencia *fluida* y la *cristalizada* es de crucial controversia. Horn y cols, (1977), consideran que las capacidades fluidas (aquellas que se llaman para resolver nuevos problemas, probadas mediante tareas fuera de un contexto cultural) están en el núcleo de la inteligencia. Ven la disminución de estas capacidades en la edad adulta como señal de envejecimiento.

Por otra parte, Schaie y Baltes (1993), sostienen que mientras algunas capacidades (principalmente fluidas) declinan, otras capacidades importantes (principalmente cristalizadas, el tipo que depende del aprendizaje, la experiencia de la vida y la pericia profesional) se mantienen a sí mismas o aumentan en la etapa posterior de la vida.

La inteligencia fluida y cristalizada han sido probadas por Shaie y cols (1989) diseñaron un nuevo enfoque para estudiar los cambios en el funcionamiento intelectual. Su enfoque, la *prueba secuencia*, se diseñó para controlar tanto las diferencias de grupo como los efectos prácticos (Baltes, 1985; Schaie, 1979, 1983; Schaie y Hersog, 1983; Schaie y Strother, 1968).

Su ya clásico estudio secuencial comenzó en 1956 con una batería de pruebas dadas a 500 voluntarios elegidos al azar (25 hombres y 25 mujeres en cada intervalo de edad de cinco años desde 20 a 70 años). Cada siete años, los sujetos originales eran nuevamente evaluados y se agregaban nuevos sujetos. En 1984, más de 2,000 personas habían presentado prueba sobre tareas cronometradas de capacidades mentales básicas (ver cuadro 4). También evaluaron a los sujetos sobre su grado de rigidez o flexibilidad y sobre la complejidad de sus vidas, y tomaron historias de salud.

Los principales hallazgos son que el funcionamiento intelectual de las personas de edad avanzada es variable, que puede mejorar así como también declinar, y que está influido por la cultura y el ambiente

CUADRO 2

Pruebas de capacidades mentales básicas dadas en el estudio longitudinal de Seattle sobre inteligencia adulta.

Prueba	Capacidad medida	Tarea	Tipo Inteligencia
Significado verbal	Reconocimiento y comprensión de palabras.	Hallar sinónimos Apareando la palabra de estímulo con otra palabra de la lista de elección múltiple.	Cristalizada
Número	Aplicación de conceptos Numéricos	Verificar problemas de adición simple	Cristalizada
Fluidez verbal	Recuperación de palabras De la memoria de largo Plazo.	Pensar en tantas palabras como sea posible comenzando por una letra dada, en un determinado período de tiempo	Cristalizada en parte, fluida en parte.
Orientación Espacial	Rotación mental de objetos en espacio bidimensional	Seleccionar los ejemplos rotados de la figura para aparear la figura de estímulo	Fluida
Inductiva	Identificar regularidades e inferir principios y reglas	Completar una serie de letras	Fluida

Fuente: Schaie, 1989

2.8 Problemas afectivos en la tercera edad.

Entre diversos cambios que existen en esta etapa de la vida, ésta época de la vida esta rodeada de pérdidas importantes, como la del trabajo, el cual conlleva a una pérdida importante de los ingresos, y de una estructura estable, así de limitaciones físicas en mayoría de las ocasiones produce problemas emocionales como el de la depresión.

La depresión se caracteriza por una alteración disfórica del humor, una pérdida de interés de calidad diferente a la pena del duelo y que debe de ser distinguida de la baja transitoria del humor consecutiva a la frustración o al engaño.

La depresión es una condición patológica muy frecuente en los ancianos, ya sea como un estado endógeno o como una reacción ante situaciones adversas de la vida. Las manifestaciones clínicas de la depresión en ancianos resultan menos obvias que en gente joven. (cuadro 3).

El humor depresivo es menos frecuente como principal queja en ancianos, pero se aprecian síntomas somáticos o hipocondríacos a los que no se les encuentra causa física que en la depresión en etapas anteriores de la vida.

Beekman y cols (1995) examinaron una población de ancianos que residían en sus casa y encontraron que las medidas subjetivas de salud física estaban mucho más fuertemente asociadas a la depresión que las medidas objetivas de la enfermedad. Pensamientos depresivos tales como el pesimismo sobre el futuro, pensamientos peyorativos sobre uno mismo y auto-inculpaciones aparecen con mucha frecuencia (Lam y Power, 1991), aunque también se ha sugerido que una reducida auto-estima es relativamente inusual en ancianos con depresión (Bieliauskas, 1993).

Con pocas excepciones (Fredman et al 1989, Thomas et al, 1992), los estudios que han investigado el pronóstico de la depresión en ancianos han encontrado una tasa de mortalidad más alta en estudios de seguimiento. En una amplia muestra, por ejemplo, Bruce y Leaf (1989) encontraron que la mortalidad en 15 meses se cuadruplicaba en aquellos que tenían trastornos afectivos en la evaluación basal.

CUADRO 3

Sintomatología Depresiva en ancianos (Katona, 1996).

-
- Puede faltar el humor depresivo pero la pérdida de sensación de placer esta presente.
 - Condiciones depresivas prominentes
 - Preocupación somática frecuente, especialmente dolor y fatiga.
 - Pseudodemencia o dificultades en memoria subjetiva frecuentemente presentes
 - Insomnio muy frecuente
 - Agitación más frecuente y más severa
 - Pensamientos suicidas expresadas menos frecuentemente
 - Suicidio consumado más frecuente.
-

La depresión también se puede presentar con un deterioro de la función cognitiva. Cuando este deterioro es muy importante puede simular a la demencia (pseudodemencia depresiva). El rasgo distintivo de la pseudodemencia es la resolución de la disfunción cognitiva con el tratamiento efectivo de la depresión, una vez que ésta ha sido reconocida. La pseudodemencia depresiva puede acarrear un mal pronóstico a largo plazo, con alto riesgo de desarrollo tardío de una demencia irreversible (Kral y Emery, 1989).

Soledad en personas de la tercera edad.

A la soledad se le ha concebido como un estado subjetivo que contrasta con el aislamiento físico, surge como una respuesta ante la ausencia de una relación particular e implica un desequilibrio en el nivel deseado u logrado de interacción socio-afectivas y cuyas consecuencias pueden afrontarse de manera negativa o positiva (Montero, 1998). Así mismo se le ha considerado como un estado subjetivo, consecuencia de los déficits en las relaciones interpersonales (Montero, 1998), como un indicador de disfunción en el desarrollo emocional, asociado con la depresión. (Montero, 1998), así como una deficiencia en el establecimiento de relaciones interpersonales al nivel de redes de apoyo social y compañerismo, ya que estos componentes favorecen la amortiguación de dicho estado (Montero, 1998).

La soledad es un fenómeno multidimensional, psicológico y potencialmente estresante, resultado de carencias afectivas, sociales y/ o físicas, reales o percibidas que tienen un impacto diferencial sobre el funcionamiento y salud física y psicológica del individuo.

La soledad se relaciona en la tercera edad con las pérdidas como la muerte de parientes o cónyuge, ruptura de relaciones, jubilación y enfermedades o inhabilidades físicas.

El impacto de la experiencia solitaria vivida de una forma negativa afecta el funcionamiento psicológico, somático y neuroquímico (Montero 1998). En algunos casos la soledad es precursora de detrimentos en la salud física y psicológica, en otras ocasiones la patología orgánica es propiciadora de la experiencia solitaria (Evans, Werkhoven y Fox, 1982). Sea, la soledad como antecedente o consecuente de detrimentos en la salud física o psicológica se observa una coocurrencia entre ambos factores (Montero,1998).

2.9 Calidad de vida en personas de la tercera edad.

Desde la óptica del modelo den curso de la vida, la preparación para un buen envejecer contiene dos componentes: la preparación por uno mismo, y esto a través de cursos de decisión, cursos de acción; y la preparación por otros, y esto a través del curso de los acontecimientos. El primer componente, de control propio, consiste en el hecho de que puede uno preparar su propia vejez a través de un determinado curso de decisiones y acciones. El segundo, de control externo, consiste en que la vejez, una mejor vejez, puede ser favorecida por el medio familiar y social, y en marco aún más amplio, por la sociedad a través de entornos, programas, instituciones, experiencias que, en su disposición misma, contribuyan a modificar de manera favorable el curso de los acontecimientos de la persona que envejece (Fierro, 1992)

El margen de posibilidades que la persona tiene para prepararse un buen envejecimiento depende mucho-aparte de las circunstancias biológicas individuales- del contenido de la vejez apetecida y del proyecto personal de cada individuo acerca de su propio buen envejecer. Puesto que el hecho del envejecimiento consta, en realidad, de diferentes procesos, incluso esa cuestión, independientemente de sus contenidos concretos, presenta varios aspectos distintos, que corresponden a las cuestiones más concretas de si es posible:

- a. Aplazar, detener o paliar los procesos de deterioro o decadencia asociados al envejecimiento;
- b. Prepararse a una mejor edad mayor y a la jubilación que nuestra sociedad prevé en cierta edad;
- c. Prepararse para ese conjunto de circunstancias y procesos que, sea cual sea el momento de edad cronológica en que se produzcan, comportan no sólo deterioro, sino también realización y conservación.

Algunos de esos aspectos son estudiados y conocidos por la medicina conductual y la psicología de la salud. Pero hay aspectos mal conocidos en lo que atañe a la relación de continuidad o, aun más, determinación entre la conducta pasada y la presente, y entre el comportamiento manifiesto y las emociones, satisfacciones, sentimientos y otros elementos psicológicos de las personas que envejecen. (Fierro, 1992).

La influencia de la conducta en las condiciones de vida y, en particular, en las condiciones vitales de la vejez es patente en comportamientos que guardan comprobada relación con las enfermedades. Hay conductas "de riesgo" tan difundidas como el tabaquismo o el consumo inmoderado de alcohol, y que se relacionan no ya sólo con las expectativas de vida, sino también con el genero de envejecimiento esperable. Hay, por el otro lado, conductas, como en el ejercicio físico moderado, que contribuyen a un mejor envejecer. La lista de los comportamientos influyentes en el modo y las circunstancias del envejecimiento es extensa; y comienza con la lista de los comportamientos influyentes en la propia salud. Los hábitos de vida saludables contribuyen a una mejor vejez.

Capitulo 3

Estrés

ESTRÉS

3.1 Definición de Estrés

En cuanto al concepto de "estrés, su definición ha conocido en varios momentos, desde el enfoque clásico eminentemente fisiologista de Seyle, (1956), quien inspirado por la teoría homeostática de Cannon (1929), y teniendo en cuenta la experimentación y observación en animales, interpreta el estrés como la respuesta del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo, al tiempo que se concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta. Esta respuesta está al servicio de las funciones genéricas y adaptación al medio.

La respuesta del organismo fue concebida por Seyle como un proceso de tres fases distintas, al que nombró *Síndrome general de adaptación (SGA)*. (Ver cuadro no. 4)

CUADRO 4.

Síndrome general de adaptación según Seyle, (1956)

Fase de Alarma	Fase de resistencia	Fase de agotamiento
Activación del SNA simpático. Estimulación de la Médula adrenal. Liberación de ACTH. Liberación de cortisol. Liberación de mineralocorticoides. Liberación de hormona del crecimiento. Incremento de la actividad del tiroides. Incremento de la actividad de la gonadotropina. Ansiedad.	Disminución de la activación del sistema adrenocortical. Reducción de la actividad Del SNA simpático. Implicación de mecanismos Homeostáticos.	Aumento de las estructuras linfáticas. Manifestación de trastornos en Órganos blanco. Incremento de la vulnerabilidad a enfermedades. Agotamiento psicológico; depresión. Agotamiento físico: enfermedades y muerte.

Reproducido por Labrador y Crespo. Estrés. Trastornos psicofisiológicos. Eudeva. Madrid, 1993)

Integrando diferentes aportes previos en una amplia revisión, el investigador cuba no Álvarez (1987) señala que los aspectos de una definición de estrés deben de ser los siguientes:

- Es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tiende a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico;
- esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológico y endocrino;
- es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo;
- el carácter estresante de un estímulo de carácter psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc;

e) tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos;

f) la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida.

Folkman (1984), el estrés es una relación entre la persona y el ambiente que es evaluada como rasando o excediendo los recursos y dañando el bienestar (Aduna, 1998).

El estrés es un factor que se relaciona con la salud y enfermedad, ya que el manejo inadecuado de éste puede tener efectos perjudiciales en el área conductual, cognitiva, física, emocional y motora (Sarason I., 1996), así como también en el desarrollo de enfermedades, tales como diabetes y enfermedades gastro - intestinales.

La investigación contemporánea ha producido una abundante evidencia que relaciona el estrés con el nivel de funcionamiento del Sistema Inmunológico, lo que constituye la evidencia de que el estrés causa enfermedad (Brunner, C., 1994).

3.2 El estrés como una condición estimulante.

La aproximación a la comprensión del estrés basada en la situación estimular, se detiene esencialmente en la identificación de los aspectos del entorno que tienen un efecto adverso sobre el individuo (Weinman, 1987).

El objetivo básico de estos planteamientos estriba en la identificación de los estímulos de las condiciones estresantes, a las que se refieren expresiones tan diversas como *life events* (*acontecimientos vitales estresantes*), *estresores de la vida cotidiana*; etc., suponiendo que la reacción del sujeto y las consecuencias adversas para la salud de los estímulos estresante, guardan una relación lineal y proporcional con la intensidad y la cantidad de estresores que haya tenido que soportar una persona, durante un periodo de tiempo determinado.

Por lo que respecta a la identificación de estas fuentes de estrés o estresores (objetivamente considerados), podríamos clasificarlos de la siguiente manera:

a) *Factores psicosociales*: Estos, ampliamente estudiados y sistematizados por autores conocidos como Holmes y Rahe (1967), (*Social Readjustment Rating Scale SRRS*) que mide la magnitud de algunos eventos que se sospechan anteceden al inicio de una enfermedad o la agravan, se encontró que los diez principales eventos estresantes en la vida del sujeto que comprometen especialmente su equilibrio y seguridad afectiva, económica, social, como serían:

- Muerte del esposo
- Divorcio
- Separación matrimonial
- Encarcelamiento o confinamiento en una Institución
- Muerte de un familiar cercano
- enfermedad o lesión personal grave
- Matrimonio
- Despido del trabajo
- Reconciliación matrimonial
- Jubilación

Y otros tantos, que también pueden ser un factor de desequilibrio para el sujeto. La operatividad de los eventos de vida queda circunscrita a un determinado espacio de tiempo.

b) *Factores del ambiente Físico*, que amenazan la homeostasis interna del organismo, como el frío y el calor excesivos, los cambios climáticos repentinos, desastres naturales, contaminación, ruidos, etc.

c) *Factores biológicos*. Como la enfermedad física, el cansancio, el hambre y otras condiciones derivadas de la falta o el exceso de alimentación, ingestión de tóxicos y drogas, etc.

3.3 El estrés como proceso y su valoración cognitiva.

Este enfoque surge como reacción crítica al suponer que un estímulo estresante (por ejemplo, la muerte de un cónyuge) no supone el mismo impacto y los mismos efectos adversos en personas distintas, e incluso sobre la misma persona, en momentos o situaciones vitales diferentes.

Es a través de la *evaluación* del estímulo como situación propiamente amenazante o no para el sujeto en particular, o bien del *juicio* que la persona haga sobre las posibilidades que tiene de enfrentar esa situación o, en fin, del estilo peculiar con la que afronte, como se produce tal mediación.

Mediante la evaluación cognitiva, el sujeto, confiere unos atributos específicos a la situación estimuladora, por creer que pueden afectas en mayor o menos medida a su bienestar personal. En relación con esta evaluación subjetiva, sólo podría considerarse como estresor aquel estímulo que, tras de ser evaluado, sea calificado por el sujeto como desafiante o amenazante y que desborde la posibilidad que él tiene de hacerle frente. (Lazarus, 1984).

Por otro lado, la respuesta emocional, y en consecuencia la reacción orgánica ante el estímulo, vendrá también determinada por el resultado de una evaluación emocional de la situación estimuladora.

La evaluación cognitiva puede ser, según Lazarus y Folkman (1984), de tres tipos:

a) *Evaluación Primaria:*

(De ella se desprende una consideración del Estímulo)



a) irrelevante, 2) benigno-positiva y 3) estresante.

Cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo, tal encuentro pertenece a la categoría de *irrelevante*. El individuo no siente interés por las posibles consecuencias o, dicho con otras palabras, el encuentro no implica valor, necesidad o compromiso; no se pierde si se gana nada con la transformación.

Las evaluaciones benigno-positivas tienen lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, es decir, si preservan o logran el bienestar o si parecen ayudar a conseguirlo. Tales evaluaciones se caracterizan por generar emociones placenteras tales como alegría, amor, felicidad, regocijo o tranquilidad.

Entre las evaluaciones estresantes se incluyen aquellas que significan daño/pérdida, amenaza y desafío. Se considera *daño o pérdida* cuando el individuo ha recibido ya algún perjuicio como haber sufrido una lesión o enfermedad incapacitante, algún daño irreparable, o perdido algún ser querido. Los acontecimientos más perjudiciales son aquellos en los que hay pérdida de compromisos importantes. (ver el cuadro anexo).

Evaluaciones Estresantes	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Daño o Pérdida. ➤ Amenaza. ➤ Desafío
---------------------------------	--

La *amenaza* se refiere a aquellos daños o pérdidas que todavía no han ocurrido pero que se prevén. Aun cuando ya hayan tenido lugar, se consideran igualmente amenaza por la carga de implicaciones negativas para el futuro que toda pérdida lleva consigo.

La importancia adaptativa primaria de amenaza se distingue del daño/pérdida en que permite el afrontamiento anticipativo.

La tercera clase de evaluación del estrés, *el desafío*, tiene mucho común con la amenaza en que ambos implican la movilización de estrategias de afrontamiento. La diferencia principal entre los dos es que en el desafío hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, lo cual se caracteriza por generar emociones placenteras tales como impaciencia, excitación, y regocijo, mientras que en la amenaza se valora principalmente el potencial lesivo, lo cual se acompaña de emociones negativas tales como miedo, ansiedad, y mal humor. (Lazarus y Folkman, 1984).

La amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí; por ejemplo, la promoción en el trabajo es susceptible de ser evaluada como una forma de aumentar el potencial de conocimientos, habilidades, responsabilidad, reconocimiento social y remuneración económica. Igualmente, entraña el riesgo de que el individuo se vea desbordado por las nuevas demandas y el aprendizaje no sea el esperado, por tanto, tal situación puede verse como un desafío y como una amenaza.

- b) **Evaluación secundaria:** hace referencia al enjuiciamiento de lo que sea o no oportuno hacer ante la situación y a la previsión de las consecuencias que se derivan de los distintos modos de proceder.
- c) **Reevaluación :** supone cambios en la primera evaluación efectuada, a partir de la incorporación de nuevos datos provenientes del propio sujeto o del entorno.

Por otro lado, además de considerar que las personas tienen distintos modos de evaluar las situaciones del entorno que las afectan, hay que tener en cuenta la influencia que sobre el proceso de evaluación cognitiva ejercen una amplia serie de factores provenientes tanto de las características singulares de la persona, como de la propia situación estimuladora.

Lazarus y Folkman (1984), destacan el conjunto de compromisos y el sistema de valores de sujeto, los cuales implican un prejuicio sobre lo que para cada persona resulta o no importante. También las creencias y las actitudes van a desempeñar un papel decisivo en la evaluación del potencial estresor de un estímulo.

3.4 Factores personales que influyen en la evaluación.

Entre los factores personales más importantes que afectan la evaluación cognitiva se hallan los compromisos y las creencias. Los compromisos son expresión de aquello que es importante para el individuo y determina sus decisiones. Cualquier situación en la que se involucre un compromiso importante, y será evaluado como significativo en la medida en que los resultados del afrontamiento dañen, amenacen o faciliten la expresión del compromiso, los compromisos deciden también las alternativas que el individuo elige para conservar sus ideales y/ o conseguir determinados objetivos.

Aunque nuestra definición de compromisos contiene elementos cognitivos en cuanto a que se refiere a alternativas, valores y/ o objetivos, no queremos olvidar sus implicaciones motivacionales, su intensidad, su persistencia, su tinte afectivo y su dirección (Lazarus, Coyne y Folkman, 1982).

Los compromisos afectan la evaluación dirigiendo o apartando a los individuos de situaciones que representan amenaza, daño o beneficio, mediante, mediante la adaptación de su sensibilidad a las señales emitidas por el entorno. Influyen también sobre la evaluación mediante su efecto sobre la vulnerabilidad. Cuando más profundo es el compromiso contraído puede inducir al individuo a determinadas acciones adaptativas que pueden aportarle esperanza.

Las creencias son configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente (Wrubel et al., 1981). Son nociones preexistentes de la realidad, que sirven de la lente perceptual o de "batería". En la evaluación, las creencias determinan la realidad de "como son las cosas" en el entorno, y modelan el entendimiento de su significado.

Las creencias existenciales, como la fe en Dios o en otro orden natural del universo, son creencias generales que ayudan a la gente a conservar la esperanza y a buscar significado a la vida, a pesar de sus experiencias dolorosas.

Se ha comentado cómo los compromisos ayudan a mantener los esfuerzos de afrontamiento. En este sentido, los compromisos y las creencias existenciales son parecidos. Sin embargo, a pesar de esta abierta similitud, ambos son completamente distintos. Las creencias se refieren a aquello que uno piensa que es verdad, al margen de que le guste o le merezca desaprobación, mientras que los compromisos reflejan valores; es decir, aquello que uno prefiere o considera deseable (Wrubel et al, 1981).

3.5 Factores situacionales que ejercen influencia sobre la evaluación.

En los últimos años se ha entendido el gran interés por las características que hacen que los acontecimientos sean estresantes. Los esfuerzos más visibles han sido los encaminados a investigar los acontecimientos vitales, intentando medir el distinto peso que tienen sobre el sujeto (p.e., muerte del cónyuge, divorcio, incendio, daño o enfermedad personal o jubilación), en términos de evaluar el grado de adaptación requerida (Holmes y Rahe, 1967), de deseabilidad y de anticipación o control (Fontana, Hughes, Marcus y Dowds, 1979).

3.5.1 Novedad de la situación.

Una situación completamente nueva será capaz de provocar amenaza sólo si ciertos aspectos de ella se han relacionado alguna vez con el daño, el peligro o el dominio. En este caso, la novedad por sí misma puede convertirse en fuente de amenaza. Por lo consiguiente, una situación nueva es ambigua dependiendo de lo claro que le resulte al individuo su significado o importancia.

3.5.2 Predictibilidad.

La predictibilidad ha sido uno de los temas principales en las investigaciones realizadas sobre el estrés, especialmente en los estudios experimentales sobre animales. La predictibilidad implica que existen características ambientales que pueden ser discernidas, descubiertas o aprendidas. Para ayudar a distinguir nuestro modelo cognitivo de investigación de los modelos animales, se emplea el término de *Incertidumbre del acontecimiento* más que *predictibilidad* para discutir cómo la probabilidad de que ocurra un acontecimiento influye en su evaluación. El término incertidumbre introduce la noción de probabilidad.

3.6 Factores temporales

McGrath (1970) y Appley y Trumbull (1967) señalan que el tiempo puede ser uno de los parámetros más importantes de las situaciones estresantes, a pesar de que ha sido de los aspectos más olvidados en las investigaciones sobre estrés. En este aspecto se revisará cómo los factores temporales – la inminencia, la duración y la incertidumbre- influyen en las evaluaciones de amenaza y desafío.

3.6.1 Inminencia

Cuanto más inminente es un acontecimiento más urgente e intensa es su evaluación. Igualmente, cuanto menos inminente resulta, más complejo es el proceso de evaluación correspondiente. Aunque el tiempo puede aumentar la sensación de amenaza, también puede permitir al individuo dominarla mediante el afrontamiento cognitivo de las demandas de la situación, en cuyo caso el aumento del tiempo de anticipación puede producir una reducción en las reacciones desarrolladas ante el estrés.

3.6.2 Duración

El concepto de duración hace referencia al tiempo durante el cual tiene lugar un acontecimiento. Gran parte de la investigación desarrollada sobre este parámetro ha estado influida por el concepto de Seyle del Síndrome General de Adaptación, que incluye la reacción de alarma, la fase de resistencia y la de agotamiento. No todos los estresantes prolongados conducen forzosamente al agotamiento; por ejemplo, los animales se suelen acostumbrar pronto, con lo que se produce una disminución de la respuesta al estrés. Las habituaciones emocionales también tienen lugar en los seres humanos y pueden aparecer como resultado de los mismos mecanismos observados en los animales y/o como resultado de los procesos de afrontamiento.

3.6.3 Incertidumbre temporal

Se refiere al desconocimiento del momento en que un acontecimiento ocurrirá. La llegada de un huracán puede anunciarse en los medios de información; sin embargo, permanecerá la duda del momento del día en que se iniciará. Se ha investigado poco sobre este importante factor temporal pero la evidencia de la que se dispone sugiere que la incertidumbre temporal genera una actividad de afrontamiento que reduce la reacción del estrés. (Monat y cols, 1972)

3.7 Efectos del estrés en la salud.

Terra, S., (1994), menciona algunas formas habituales de reaccionar ante situaciones de estrés pueden ser dañinas para el ser humano, ya que se asocian con la aparición de enfermedades. Entre las enfermedades o trastornos más comunes se encuentran:

Sistema Cardiovascular

Estrés y enfermedades cardiovasculares: las enfermedades cardiovasculares son posiblemente el problema de salud más grave relacionado con el estrés. Suelen relacionarse con dieta y hábitos como el tabaco.

- *Tensión arterial alta (Hipertensión).* Los vasos sanguíneos son tubos que transportan la sangre por todo el cuerpo. Las arterias son los vasos sanguíneos que llevan la sangre bombeada por el corazón a las diferentes partes del organismo. Cuando el vaso sanguíneo es capaz de dilatarse, más sangre puede circular con menor presión sobre las paredes del vaso; en ésta enfermedad el vaso sanguíneo está taponado o sufre una constricción en una zona particular, entonces el flujo sanguíneo se reduce y ejerce mayor presión sobre las paredes del vaso. La adrenalina segregada en la fase de alarma de la situación de estrés es un agente que contrae los vasos sanguíneos. El cortisol y la aldosterona hacen que se excrete potasio y se retenga sodio, lo cual produce un aumento en la tensión arterial.
- *Endurecimiento de las arterias (Arteriosclerosis).* Se caracteriza por el desarrollo de unas placas de depósito de grasa en las arterias que va poco a poco estrechando su paso y en última instancia puede llegar a cerrarse la abertura produciendo un aumento en la presión sanguínea, una angina de pecho, ataque al corazón o al cerebro.
- *Lesión arterial.* La lesión arterial se produce por un aumento en la presión sanguínea. Al producirse una lesión arterial sustancias como el colesterol se impregnan en el tejido dañado produciéndose una acumulación de depósitos de colesterol más el tejido fibroso para curar la zona, los glóbulos blancos, células de músculo liso y otras sustancias. Por último empieza a formarse un tapón y de seguir creciendo puede bloquear la arteria.

Sistema Inmunológico

El objetivo de una reacción de estrés es movilizar los recursos de las partes del organismo que han de enfrentarse al estrés (cerebro, corazón y músculos estriados). como consecuencia, todos los sistemas orgánicos que no se consideran necesarios para enfrentarse al estrés se ven temporalmente privados de aportes, incluidos el sistema inmunitario.

Los corticosteroides segregados durante el estrés, reducen la actividad de ciertos glóbulos blancos esenciales para resistir a las infecciones y demás procesos vitales del sistema inmunitario, de igual manera reducen la resistencia al desarrollo de células cancerígenas.

Entre las infecciones más frecuentes se encuentran los resfriados, la gripe y los virus del herpes.

Procesos inflamatorios

Los corticoesteroides tienen un efecto antiinflamatorio pero si una persona está sometido a estrés crónico sus glándulas suprarrenales pierden fuerza y aporte hormonal reduciéndose la capacidad del organismo para combatir las inflamaciones.

- **Artritis reumatoide.** El sistema inmunitario ataca las articulaciones produciendo hinchazón, enrojecimiento y calor. Si falta el aporte natural de corticosteroides empeoran los síntomas de inflamación.
- **Enfermedades autoinmunes.** Están producidas por una ataque del sistema inmunitario a los tejidos orgánicos en lugar de los enemigos como virus, células cancerosas y bacterias. Otras enfermedades autoinmunes son las esclerosis múltiple, colitis ulcerosa y lupus herimatoso.

Alergias

Las reacciones alérgicas son el resultado de una inflamación de varios tejidos y se manifiestan principalmente en situaciones de estrés crónico.

- **Asma.** Es ocasionado por la constricción de las vías respiratorias y esta relacionado con las alergias. La inflamación en los bronquiolos restringe la respiración normal. Una reducción de las hormonas suprarrenales y antialérgicas aumenta la probabilidad de un ataque de asma

Diabetes

Es un trastorno producido por la incapacidad de metabolizar correctamente la azúcar, que alcanza un nivel excesivamente alto en la sangre. La responsabilidad de ese fallo en la metabolización recae sobre la hormona insulina, segregada por el páncreas.

La adrenalina hace que la glucosa almacenada en el hígado sea bombeada hacia el torrente sanguíneo, Los corticosteroides aumentan el nivel de azúcar en sangre mediante la destrucción de proteínas y así mismo, reducen el metabolismo de glucosa por las células. Grandes cantidades de cortisol reducen la sensibilidad de la insulina.

Otros problema de salud

- **Dolores de cabeza.** El efecto adverso a largo plazo del estrés sobre el sistema nervioso hace a la persona más sensible al dolor. La tensión muscular de cuello y hombros puede empeorar la situación. Bajo estrés crónico el riesgo cerebral llega a ser afectado apareciendo el dolor de cabeza
- **Depresión.** Surge como un efecto psicológico del estrés aunque también los factores fisiológicos pueden contribuir a este estado. La adrenalina y la noradrenalina son mensajeros químicos en el cerebro. Si los niveles de noradrenalina en la circulación son bajos quizá a un agotamiento suprarrenal puede aparecer la depresión.
- **Trastornos digestivos e intestinales,** Los nervios de los intestinos reciben mensajes hormonales del cerebro que ordenan a los músculos intestinales relajarse y contraerse, cualquier desequilibrio de la secreción de tales hormonas produce alteraciones en la función intestinal, como espasmos, diarrea o estreñimiento. Además el estrés hace que el tubo digestivo se cierre más o menos durante un tiempo.

Al revisar la serie de alteraciones producidas por el estrés se deja claro que este último puede ser un factor determinante en el origen de muchos problemas de salud y en el empeoramiento de otros. Lo más importante no es el número de estímulos estresantes que afectan al sujeto sino como se enfrenta el organismo el estrés (Terras, S.,1994)

Como se mencionó anteriormente, una de las características de la vejez es que el sistema inmunológico se hace más vulnerable. Si a lo anterior se le agrega que en ésta etapa se presentan eventos negativos que pueden afectar la valoración del sujeto, se puede estimar que las personas son más vulnerables aún a los efectos del estrés y por tanto incrementar la probabilidad de padecer una enfermedad. (Hoffman, L., 1996). Además se incrementará el riesgo si padecen alguna enfermedad degenerativa, como problemas del corazón o diabetes.

Un aspecto relacionado con el estrés que impacta el nivel de salud de las personas de la tercera edad se refiere a situaciones y eventos estresantes.

3.7.1 Consecuencias del estrés agudo y /o crónico.

A continuación se muestran algunas de las alteraciones en diversas áreas del organismo que se presentan como consecuencia del estrés crónico (Barragán L., Cruz B., Fulgencio M., Barragán N., Ayala H., 1998):

Área conductual:

- Deterioro de la efectividad del desempeño
- Tabaquismo y consumo de alcohol u otras drogas
- Propensión a los accidentes
- Ademanos nerviosos, como golpear con los pies, morderse las uñas, etc.
- Aumento o reducción del apetito.
- Alteraciones en el sueño

Área física:

- Pulso rápido
- Palpitaciones
- Aumento en la transpiración
- Tensión de los músculos de brazos y piernas
- Respiración cortada
- Dolores de cabeza

Área emocional y cognitiva:

- Sentirse perturbado
- Incapacidad para concentrarse
- Irritabilidad
- Pérdida de la confianza en sí mismo
- Preocupación
- Dificultad para tomar decisiones
- Pensamientos recurrentes
- Distractibilidad

Moos, (1974) menciona que existen dos factores que ayudan a mitigar el estrés y a su vez mejorar el nivel de salud de las personas: Afrontamiento y el apoyo social.

Conviene, por tanto, que nos ocupemos de uno de los hechos más discutidos por los planteamientos cognositivistas del estrés: el que refiere al problema del afrontamiento como una de las estrategias que plantea Lazarus y Folkman (1984), para mitigar el impacto del estrés.

3.4 Afrontamiento.

Entre aquellos modelos previos del afrontamiento, destacarían los aportados por la experimentación animal, donde el afrontamiento se identifica con las respuestas del animal (huida, evitación, etc), que intentan neutralizar una situación estimuladora nociva o peligrosa (p. Ej., una descarga eléctrica). Y sobre todo, el modelo de afrontamiento propuesto desde orientaciones psicoanalíticas, donde se considera que las formas de afrontar las situaciones conflictivas que experimentan los sujetos, se estructuran de forma jerárquica. (Ridruejo, 1997).

El afrontamiento para Billings y Moos (1981) ha sido definido como los intentos que realizan las personas para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que les permita modificar las situaciones problemáticas (Aduna, 1998)

Es muy importante señalar que el afrontamiento no es un proceso estático, sino que cambia constantemente en función de los resultados obtenidos anteriormente y con la adquisición de nueva información. Las funciones del afrontamiento son: regular la emoción, facilitar la toma de decisiones y acciones directas para eliminar los estresores (Aduna, 1998). Lazarus y Folkman (1986), mencionan modos de afrontamiento del estrés (ver cuadro 5)

CUADRO 5

Modos de afrontamiento del estrés según Lazarus y Folkman, 1986.

1. Confrontación: acciones directas y en cierto grado agresivas para alterar la situación.
 2. Distanciamiento: esfuerzos para separarse de la situación.
 3. Autocontrol: esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones.
 4. Búsqueda de apoyo social: acciones para buscar consejo, información o simpatía y comprensión.
 5. Aceptación de la responsabilidad: reconocimiento de la responsabilidad en el problema.
 6. Huida-evitación: de la situación de estrés.
 7. Planificación: esfuerzos para alterar la situación que implican una aproximación analítica a ésta.
 8. Reevaluación positiva: esfuerzos para crear un significado positivo centrándose en el desarrollo personal.
-

En la formulación que se defiende desde el enfoque cognitivista del estrés, las consideraciones del afrontamiento se articulan en torno a una definición centrada sobre:

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman, 1986).

Lazarus y Folkman (1986), ilustran muy bien este proceso, cuando consideran la evolución temporal y las consecuencias del proceso de duelo ante la muerte de un ser querido. En el afrontamiento de esa situación, igual que ante cualquier otra que la persona evalúa como estresante, cabe distinguir una serie de *etapas sucesivas*; pero conviene advertir que, desde este enfoque, esas etapas no pueden ser consideradas como fases invariables

que sigan un orden secuencial inalterable. Por el contrario, y según las investigaciones empíricas sobre el afrontamiento no se puede identificar un patrón normativo en la secuencia de las etapas, sino que más bien habría que apuntar a la gran variedad con que estas fases se suceden según los individuos y según las situaciones.

Otra óptica distinta, desde la que es posible analizar el proceso de afrontamiento, vendría determinada por las funciones u objetivos que el afrontamiento va a cumplir: es decir la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional a que el problema da lugar. Nos referimos al:

Afrontamiento centrado en el problema; Son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones (amenaza, condiciones lesivas o desafiantes) resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980). Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste: como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno y hacen referencia también al interior del sujeto.

Afrontamiento centrado a la emoción, tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los acontecimientos negativos. (Lazarus y Folkman, 1980).

Para Lazarus (1986), las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción serían más características de aquellas situaciones causantes de estrés que el sujeto evalúa como inmodificables. Por otro lado cuando el sujeto considera que las circunstancias del agente estresor son susceptibles de modificación, suelen aparecer modos de afrontamiento dirigidos al problema.

Por otro lado, el modo de afrontamiento del estrés va a quedar determinado por los recursos con los que cuenta el sujeto y por su habilidad para aplicarlos al caso. Dentro de los recursos de afrontamiento, habrá que considerar:

- a) los que se adscriben al propio sujeto, como la salud o la energía física, las creencias positivas de la persona o las técnicas sociales y de resolución de los problemas que posea, y
- b) los recursos de afrontamiento de naturaleza ambiental, incluyendo aquí los que proporciona el entorno material y el entorno social en que se desenvuelve el sujeto. (Ridrejo, 1997).

Buendía y Mira (1993) hacen un recuento sistemático de ambos tipos de recursos, indicando los aspectos que protegen del estrés y los que aumentan la vulnerabilidad de la persona, para cada una de las variables consideradas (ver cuadro,6).

CUADRO 6

Principales tipos de recursos para el afrontamiento del estrés.

Recursos	Vulnerabilidad	Protección
<i>a) Ambientales</i>		
Nivel socioeconómico.	Bajo	mediano (alto)
Salud de la madre	deficiente	buena
Ambiente familiar	distante	cohesión
Sistemas de apoyo	insuficiente	sólido
Estilo de crianza	superprotector	est. Autonomía
<i>b) Personales</i>		
Edad, sexo	menor, varón	mayor, mujer
Temperamento	reactivo	impasible
Habilidad intelectual	elevada (normal)	baja
Habilidades sociales	escasas	amplias
Locus de control	externo	interno
Autoeficacia	baja	alta
Patrón de conducta	tipo A	tipo B
Autoestima	baja	alta
Estilo de dominio	indefensión aprendida	competencia aprendida

(Reproducido de Buendía y Mira, *Estrés y Psicopatología . Pirámide. Madrid, 1993*)

Meichenbaum (1982), señala que dentro de los recursos para afrontar el estrés, se encuentra el *afrontamiento instrumental*, constituido por las acciones que sirven para enfrentarse a las demandas ambientales o para alterar situaciones que producen estrés, tales como las habilidades relacionadas con la comunicación, aserción, la Solución de Conflictos, habilidades de estudio, de estilos de crianza; y el *afrontamiento paliativo* en donde se requiere responder tan adaptativamente como sea posible ante situaciones que producen estrés y que son inevitables, entre este tipo de afrontamiento se encuentran, el empleo de apoyos sociales, expresión adaptativa de las emociones y la relajación.

La vulnerabilidad al estrés de una persona esta influenciada por las capacidades para el afrontamiento y el apoyo social con el se que cuenta (Sarason I., 1986).

Una aspecto importante que interviene en el modo de afrontamiento son las estrategias de afrontamiento. Lazarus (1966) y Moos (1977), describe las siguiente estrategias de afrontamiento:

- *Afrontamiento Cognoscitivo-Activo:* Tipo de afrontamiento en el que el individuo analiza su evaluación sobre el evento problemático.
- *Afrontamiento Conductual-Activo:* Es el afrontamiento basado en conductas orientadas a enfrentar directamente el problema y sus consecuencias.
- *Afrontamiento de Evitación:* Se presenta cuando la persona evita a toda costa, confrontar el evento problemático, reduciendo la tensión emocional mediante conductas tales como hacer más ejercicio, comer más, fumar más, etc.

Las conductas de afrontamiento también presentan cierta variabilidad debida en parte a las distintas respuestas de afrontamiento, a las características personales para reaccionar ante determinadas demandas situacionales, a las variables fisiológicas, conductuales, ecológicas (factores ambientales, físicos, sociales, características de la población, etc.) y a las variables disposicionales (actitudes, creencias, sentimientos, rasgos personales, etc.) (Aduna, 1998).

Resulta de primordial importancia que las personas sean capaces de utilizar varias estrategias de afrontamiento, sin embargo no todos los individuos cuentan con un número considerable y efectivo de éstas estrategias, por lo que es necesario fomentar conductas efectivas de afrontamiento (Sarason, 1985).

Aduna (1998), menciona algunas distinciones teóricas relevantes para el análisis del Afrontamiento.

	Variables Situacionales	Variables Disposicionales
Condición Antecedente	Condiciones y estímulos ecológicos	rasgos personales, creencias, estilos cognitivos.

Mediadores	Valoración Cognoscitiva Valoración primaria de amenaza. Valoración secundaria de las alternativas de afrontamiento. Revalorización basada en el flujo de eventos.	
-------------------	---	--

	Acciones Directas	Procesos Cognoscitivos
Modos De Expresión Afrontamiento	Conducta para eliminar peligro, logro ó gratificación.	Modos cognoscitivos de Resolución de conflictos.

	Acciones Directas	Procesos Cognoscitivos
Respuestas	Evitación, ataque Reacciones depresivas Y esfuerzo dirigido al Logro.	Despliegue de atención, revalorización.

Reproducido de Aduna, M. P. (1998). Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes Universitarios. Estudio Experimental. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

3.8.1 Patrones de Afrontamiento en personas de la tercera edad.

Se comprende que la psicología de la persona que envejece haya prestado especial atención al ajuste, la adaptación y el afrontamiento de la nueva realidad (Fry, 1991). En la crisis de transición del envejecimiento, las personas desarrollan estilos de afrontamiento diferenciados, algunos de los cuales son adaptativos, mientras otros son disfuncionales (Neugarten, 1977). Tales estrategias de afrontamiento y estilos de adaptación guardan relación con los acontecimientos experimentados. Particularmente útil para el estudio del estrés en el envejecimiento es la escala de Holmes y Rahe (1967), muchos de cuyos ítems, precisamente, designan acontecimientos que suelen tener lugar en la tardía edad madura y en la tercera edad.

Existe un estudio clásico de estos patrones diferenciales de ajuste. Fue realizado por Reichard y otros (1962) con 87 varones, en edades entre 55 y 84 años. Sobre 70 de esas personas, 40 de ellas bien ajustadas y otras 30 con ajuste pobre, se realizó un análisis de *cluster* aplicado a 115 ítems de características personales. En ese análisis emergieron cinco modos distintos de "enfrentar" la realidad, de afrontar los problemas de la edad avanzada. No todos los sujetos, sin embargo, podían ser encuadrados dentro de alguno de esos "tipos": alrededor de un tercio de ellos no quedó tipificado netamente. Los tipos resultantes del análisis fueron los siguientes:

- a. *Constructividad*: Una primera estrategia, hallada en catorce sujetos del grupo estudiado, puede caracterizarse como madurez constructiva. Se trata de personas inteligentes, bien integradas, que gozan de la vida y que establecen relaciones cálidas y afectuosas. Son, además individuos con humor, tolerantes, flexibles, consientes de sus logros, de sus fracasos y de sus proyectos, con una actitud vital constructiva, optimista, orientada al futuro, con autonomía y autoestima alta, capaces de disfrutar del buen comer y beber, del trabajo y del ocio, y de permanecer sexualmente activos.
- b. *Dependencia*: Es el patrón característico de seis personas del grupo, básicamente dependientes, aunque socialmente aceptable y aceptada, con tendencia hacia la pasividad más que la actividad y a la autosuficiencia. Son personas bien integradas, que tienden a apoyarse en otros para obtener su propio bienestar material y su soporte emocional, no ambiciosas, contentas de haberse jubilado y de estar libres de responsabilidades y esfuerzos, pues se fatigan pronto y desean la intimidad del hogar. Sus relaciones con los demás constituyen una mezcla de tolerancia pasiva y de pocas ganas por establecer relaciones que perturben su seguridad y confort.
- c. *Defensividad*: Esta estrategia, representada por siete sujetos, significa un modo menos aceptable de ajuste. Muchas de sus características recuerden la psicología menor del neurótico en edades anteriores. Es una estrategia, con todo, que "funcionan" que le sirve y le vale al individuo, aunque sea con altos costos para él y para su entorno. Corresponde a un tipo de individuo "acorazado", que se comporta de modo convencional, compulsivo, estereotipado, muy ligado a los hábitos y con gran control sobre las emociones. Estas personas temen una dependencia amenazadora y también temen la relativa inactividad propia de la edad, tratando de agenciarse una agenda repleta de actividades que les distraiga del tedio de la jubilación. Aborrecen no tener nada que hacer y poseen un elevado afán de logro.
- d. *Hostilidad*: Este perfil apareció en dieciséis hombres hostiles, malhumorados, que acusan a las circunstancias de sus propios fallos y fracasos. Agresivos y quejosos, suspicaces y competitivos, aunque sin tendencias depresivas, sostienen opiniones en extremos simples, con prejuicios hacia otros grupos, sobre todo minoritarios, y con actitudes y valores inflexibles, rígidos, rutinarios. Su reacción defensiva es sumergirse en el trabajo activo y tratar de aplazar la jubilación o sus efectos, pero sin realizar ajustes realistas y constructivos para ello.
- e. *Odio a sí mismo*: Con esta actitud se muestran cuatro hombres, que vuelven el odio y la hostilidad hacia ellos mismos, siendo críticos y despectivos respecto a la vida que han tenido. Sin deseo alguno de vivir de nuevo su vida, son seres pasivos, más bien deprimidos y faltos de iniciativa, pesimistas, incapaces de hacer previsiones y de aceptar responsabilidades, con escasos hobbies, poco prácticos y con tendencia a exagerar sus problemas físicos o psicológicos,

considerándose víctimas de las circunstancias y sin posibilidad de influir en el curso de la vida. (CUADRO, 7).

CUADRO 7.

Patrones de Afrontamiento	Núm.	%
Constructivo (muy bien adaptado)	14	20,0
Dependiente (bien adaptado)	6	8,6
Defensivo	7	10,0
Adaptado(sin tipificar)	13	18,6
Hostil (mal adaptado)	16	22,8
Auto hostil (inadaptado)	4	5,7
Inadaptado(sin tipificar)	10	14,3

Skinner y Waughan (1983) exponen algunas conductas particularmente influyentes en una buena vejez: mantenerse en contacto con el mundo, guardar también el contacto con propio pasado y recordarlo, pensar con claridad, mantenerse ocupado, comunicarse y entenderse bien con los demás.

3.9 Apoyo social e importancia del contacto social.

Este concepto ha sido definido como la ayuda emocional que brindan las personas o grupos sociales del entorno del individuo (Lin, Dean y Elsen, 1998). Los beneficios del apoyo social se deben a que este repercute positivamente en los sentimientos de autoestima de la persona, le ayuda a sentirse más querido y valorado, refuerza los sentimientos de control personal (Thoits, 1986). En ocasiones, la ayuda de personas cercanas e importantes para la persona brindada de forma inadecuada o en momentos inoportunos puede ser perjudicial (Inglehart, 1991). Aumentando el apoyo social, la depresión tiende a disminuir.

Ya desde finales de la década de los años 70' s se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales o se sienten insatisfechos tienen más riesgos de enfermar o para el empeoramiento y la mala evolución de las enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social, sobre la base de la idea de que los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., puede ser fuente del afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información, de modo tal que esos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud (Dean y Lin, 1980; Caplan, 1980).

Cobb (1976) indicó que las personas tienen apoyo social cuando:

- 1) son cuidadas y queridas;
- 2) son estimadas y evaluadas y
- 3) pertenecen a una red de comunicación y obligación mutua.

Este autor señaló que cuando hay un buen apoyo social, disminuyen las complicaciones de los embarazos, particularmente entre mujeres sometidas a situaciones de tensión, se favorece la recuperación de las enfermedades y hay una respuesta positiva a los tratamientos médicos y mejor manejo de las enfermedades asociadas a la vejez.

Dohenwend (1978), sugiere que los apoyos sociales son factores que protegen a los individuos de consecuencias fisiológicas o psicológicas derivadas de la exposición a situaciones estresantes y que pueden disminuir el estrés psicológico. Incluso se acepta que el nivel de desórdenes psicológicos podría decrementar si se aumentara la disponibilidad de apoyo social. El apoyo puede ser de índole emocional, cognoscitivo o material (Aduna, 1998).

El apoyo social es uno de los mejores predictores de la salud y el bienestar de las personas mayores. El apoyo social también se puede definir como "el conjunto de relaciones sociales de carácter estable con las que cuenta una persona y que le proporcionan soporte físico y psicológico" (Fernández, 1999 pág. 135).

Díaz Veiga, (1987), menciona que el apoyo social está relacionado con una red social que es la que le brinda el apoyo o ayuda emocional, instrumental o financiero, y hace que las personas se sientan atendidas y más o menos satisfechas con tales relaciones.

Otro de los términos con los que está relacionado el apoyo social es la *actividad social* que se refiere al número de comportamientos que realiza una persona en contacto con otras. Los conceptos antes mencionados están muy relacionados entre sí ya que la actividad social suele depender de la red social y, en cierta medida, el apoyo social percibido también depende del número de contactos sociales producidos en la red de apoyo (Ballesteros, R., 1999). Cabe mencionar que la calidad de las relaciones sociales es más importante que la cantidad de las mismas (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

La actividad social realizada y el apoyo social percibido por la persona contribuyen directamente en su bienestar en la medida en la que satisfacen las necesidades sociales básicas. Además, el apoyo social ofrece un efecto amortiguador o modulador indirecto, que protege a la persona ante los eventos negativos a los que se pueda enfrentar. Este amortiguador contribuye a reducir los efectos de dichos acontecimientos y al mismo tiempo lo ayuda a afrontar dificultades (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

Existen tres tipos de apoyo social: a) el recibido por la familia, b) amistades y c) fuentes institucionalizadas de apoyo. Este último sirve como complemento de los anteriores o los sustituye cuando el individuo carece de apoyo familiar o de amistad. En general, estas redes favorecen la identidad social de las personas mayores y proporcionan apoyo tanto emocional como material. (Hoffman, L., 1996)

El apoyo social tiene repercusiones no sólo como fuente de bienestar psicológico y social del individuo sino también en la salud integral de las personas mayores (Fernández-Ballesteros, R., 1999). Estudios como el de Minkler (1985), demuestran que el apoyo social tiene importantes efectos en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como los estudios de Blazer (1982), muestran la relación inversa entre apoyo social y la ocurrencia de la enfermedad o incluso la muerte (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

Las relaciones sociales son muy importantes en la vida de las personas. Estas favorecen el desarrollo psicológico y social, además de ejercer una función protectora ante las enfermedades (Fernández-Ballesteros, R., 1999). En un estudio realizado por Fernández-Ballesteros (1992), se observó que las personas con un mayor grado de apoyo ya sea familiar, de amistades o de vecinos, reportan tener una mejor salud. Además dentro del mismo estudio, se observó que hay una asociación significativa entre la edad y el apoyo social, esto quiere decir que, a partir de los sesenta y cinco años y conforme va avanzando la edad existe un menor número de contactos sociales (Fernández, 1999).

Si se resumen los aportes presentados, tendríamos una sumatoria de elementos parciales, que nos indicarían de modo general que una persona está en más riesgo de enfermar cuando una o más de las siguientes circunstancias está presente:

- 1) su "estilo de vida" incluye comportamientos habituales nocivos para la salud (beber, alcohol, fumar, ser sedentario, etc) y el ambiente social refuerza estos comportamientos o al menos no posibilita que se disminuyan o erradiquen;
- 2) en su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que la obligan a esfuerzos adaptativos;
- 3) dispone de menos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos;
- 4) su patrón habitual de comportamiento se orienta preferentemente hacia el involucramiento en la persecución de metas diversas, a la hostilidad y a la competitividad;
- 5) la estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de su salud;
- 6) disponga de pocos recursos de apoyo social;*
- 7) esté insertada en un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en un desarrollo de la enfermedad.

3.9.1 Factores relacionados con la frecuencia del contacto social

Existen ciertos factores que pueden conllevar a la disminución en la frecuencia de los contactos sociales en las personas mayores: jubilación, nido vacío, muerte del cónyuge y de personas cercanas, institucionalización, etc., aunque no se puede negar que en muchos de los casos, la disponibilidad de tiempo libre, puede facilitar el mantenimiento y mejora de la frecuencia de sus relaciones sociales (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

Jubilación

La transición de trabajador a jubilado es uno de los cambios más importantes que tiene lugar en los últimos años de la vida, al mismo tiempo que define legal y convencionalmente la entrada a la vejez para la inmensa mayoría de la población activa. Al llegar a la edad de 65 años, (con algunas variaciones según la profesión), las personas han desempeñado alguna actividad laboral cesan en la vida activa productiva por imperativo legal pasan a depender económicamente de sus ahorros personales y del cobro de una pensión ó equivalente.

La jubilación al ser vivenciada como la privación de un estatus honorable, como la pérdida de una base imprescindible, para la identificación personal y el sentido de la vida (Buendía, 1994).

El trabajo fijaba la posición del individuo en la estructura social y las relaciones que establecía con las demás personas. En nuestra cultura el trabajo tiene una significación muy superior a la mera obtención de ingresos económicos, y se convierte en la principal *fuerza de identidad*. De ahí procede la autoimagen, el autorrespeto, el sentimiento de estar llevando a cabo una contribución útil ya de ocupar un puesto en la estructuras social, que determina en gran medida la naturaleza de las relaciones con las demás personas. Pero cuando llega la jubilación se produce una ruptura y se altera el esquema de relación con el grupo de trabajo, con la familia y con la sociedad en su conjunto (Buendía, 1994).

No es extraño por tanto que puedan producirse problemas psicológicos e incluso alteraciones en la salud física en ciertas personas dependiendo de variables como ingresos económicos, nivel de actividad, personalidad y apoyo social.

La jubilación repercute a su vez en otros aspectos que se describen a continuación:

- I. *Relaciones sociales*: Se empobrecen respecto al periodo anterior y se reducen los contactos interpersonales en cantidad y sobre todo en intensidad. La jubilación altera el esquema de relaciones familiares y sociales (Fernández Ballesteros, 1992).
- II. *Aspectos económicos*: En la inmensa mayoría de los casos, la jubilación conlleva una disminución de los ingresos económicos. Aparte de la privación de un estatus relacionado con el trabajo, de la falta de un objetivo social para vivir y de la inactividad social.
- III. *Dependencia y Soledad*: Con la jubilación tiene lugar una disminución de la independencia, del control de sí mismo y del control del propio ambiente. La pérdida de personas significativas, las limitaciones en los roles sociales y la disminución de redes de apoyo, provoca que el individuo quede reducido a los actos individuales en vez de las relaciones, como una condición dada o como una característica de personalidad. La falta de relaciones íntimas, de apoyo, y de cooperación desinteresada genera un sentimiento de desarraigo y de soledad que se convierte para estas personas en un verdadero desafío que amenaza una dimensión básica del hombre como ser esencialmente sociable. La soledad de las personas mayores es en consecuencia del empobrecimiento de la calidad de sus relaciones sociales y de la reducción de la comunidad de experiencias vitales con los suyos.
- IV. *Autoestima*: La autoestima es esencial para la supervivencia psicológica. Las pérdidas asociadas a la jubilación crean en este sentido un campo de experiencias que constituyen una agresión a la autoestima, a la identidad y a las convicciones que se tienen para vivir (Young, 1989).
- V. *Implicaciones en la salud*: Se observa por una parte como la salud física declina ligeramente a partir de los 65 años, pero no queda claro si puede atribuirse a la jubilación. Un aspecto importante a tener en cuenta es si se trata de jubilación obligatoria o voluntaria. En el primer caso aparecen más problemas emocionales y trastornos depresivos al mismo tiempo que disminuyen en los contactos sociales. (Beck, 1982, Fletcher y Hansson, 1991).

La asimilación de cómo se tome la jubilación depende de factores personales y económicos. Esto se refiere a que si una persona jubilada que es optimista ante la vida, goza de buena salud y no tiene preocupaciones económicas puede afrontar su jubilación con mayor éxito de adaptación a su nueva situación socio-familiar. Sin embargo, una persona que siempre se ha centrado en el trabajo y con escasas relaciones sociales fuera del mismo, difícil situación económica y mala salud, tendrá muchas dificultades en adaptarse a su jubilación (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

Nido vacío

Para una mujer los hijos y el cónyuge son los integrantes más comunes en las redes sociales de las personas mayores. Además los hijos son los principales proveedores y receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda en las labores domésticas y económico). La marcha de los hijos o el fenómeno del "nido vacío" afecta principalmente a la mujer manifestándose como una sensación de vacío y soledad que puede llevar a un estado depresivo si no se interviene a tiempo (Fernández-Ballesteros, R, 1999).

Muerte de cónyuge

La viudez es una condición esencialmente femenina, esto se debe principalmente a que: las mujeres viven más años que los hombres; por lo general, se casan con hombres algo mayores que ellas; y los hombres se vuelven a casar al quedarse viudos con mayor frecuencia que las mujeres (Fernández-Ballesteros, R, 1992).

La probabilidad de enfermarse e incluso de morir se incrementa en los seis meses siguientes a la muerte del cónyuge. En general el impacto de la viudez es mayor en los hombres, provocándoles problemas de adaptación, dificultad para establecer nuevas relaciones y problemas al no poder adaptarse a la forma adecuada de llevar las tareas del hogar por sí solos. (Fernández-Ballesteros, R, 1992)

En la mujer la viudez supone un menor impacto, probablemente por la facilidad que tienen para establecer nuevas relaciones, o por poder contar con un mayor número de personas en su misma situación, siendo frecuente entre las viudas la práctica del asociacionismo (Fernández-Ballesteros, R, 1999).

Además de los factores ya mencionados, existen otros que también repercuten de manera importante: las características específicas de personalidad o motivacionales, las condiciones socioculturales del individuo y, en general, el estado de salud (Fernández, 1999).

Para explicar la actividad social durante el envejecimiento, Havighurst, (1963), citado en Fernández (1999), propone la *teoría de la actividad*, dicha teoría sugiere que para que las personas mayores logren un ajuste adecuado al proceso de envejecer lo mejor es que se mantengan con los mismos niveles de actividad que han llevado en etapas anteriores de su vida. Asimismo, considera que la disminución en la actividad social es resultado del declive de la salud, la disminución del número de roles y la muerte de familiares y amigos. La teoría señala que si las pérdidas de las personas mayores fueran capaces de reemplazar sus antiguos roles y los apoyos perdidos por otros nuevos, mantendrían un nivel de actividad estable y permanecerían psicológicamente sanos (Fernández, 1999).

Sarason (1986), señala que parece existir una estrecha relación entre habilidades sociales y apoyo social; las personas que cuentan con altos apoyos sociales son personas que disfrutan la compañía de los demás, se sienten cómodas y seguras al hablar e interactuar con otras personas.

La intervención psicológica en problemas relacionados con las relaciones sociales en personas mayores, van dirigidas a cubrir básicamente dos déficits (Fernández-Ballesteros, R., 1999):

-
- Déficit en la red de Apoyo Social (RAS), y
 - Déficit en las habilidades interpersonales.
-

Cuando ocurre un déficit en los contactos interpersonales, la intervención psicológica puede dirigirse hacia la sustitución o creación de redes sociales por medio de un club de jubilados o asociaciones. Sin embargo también puede intervenir fomentando que la propia persona reciba ayuda "brindándola", es decir, como voluntario o en programas intergeneracionales (Fernández, 1999).

Capitulo 4

Institucionalización

Institucionalización

El ingreso a un asilo es una de las condiciones de cambio en la vejez que puede tener serias repercusiones en las relaciones sociales de una persona mayor. Esto se debe que la institucionalización se da en ausencia de seres queridos. El traslado a un asilo puede tener efectos negativos debido a un rechazo hacia la institución y de todo lo que la integra. Así, el asilo puede servir tanto como estímulo en el incremento de las relaciones sociales o en un mayor aislamiento y rechazo de nuevos contactos sociales (Fernández, 1999). La gran mayoría de las personas de edad avanzada no vive en instituciones. No lo desean y sus familias no quiere tenerlos allí. Las personas de edad avanzada sienten que la ubicación en una institución es una señal de rechazo; y los hijos comúnmente ponen allí a sus padres con renuencia, con excusas y con gran culpabilidad. No obstante, a veces a causa de las necesidades de una persona de edad avanzada o de las circunstancias de una familia, dicha ubicación parece la solución. (Papalia, 1997).

4.1 ¿Quiénes viven en asilos?

Aunque en cualquier época particular sólo el 5% de la población de más de 65 años vive en una institución, en el curso de la vida la probabilidad de pasar el tiempo en un hogar geriátrico es mucho más alta. Una encuesta de parientes cercanos de personas que habían muerto a una edad de más de 25 años encontró que el 29% había pasado por una residencia y que el porcentaje subió considerablemente con la edad en el momento del fallecimiento (Kemper y Murtaugh, 1991).

El único factor más importante que mantiene a las personas fuera de las instituciones es estar casado (Health Care Finance administración, 1981). La mayoría de los 1.8 millones de residentes en hogares geriátricos son viudos, menos de la mitad de ellos pueden valerse por sí mismos, más de la mitad tienen deterioro mental; y una tercera parte sufren incontinencia (Wolinsky y Jonson, 1992). Otro factor importante que ayuda a las personas a vivir en comunidad es tomar parte en actividades como reunirse con amigos o parientes, ir a la iglesia o al templo, o a un centro de personas de edad avanzada, u ofrecer ayuda voluntaria (Steinbach, 1992).

Los ancianos que tienen el más alto riesgo de vivir en instituciones son los que viven solos, los que no toman parte de las actividades sociales, los que perciben que su salud es deficiente, aquellos cuyas actividades diarias están limitadas por la incapacidad o la escasa salud, y aquellos cuyos oferentes de ayuda están sobrecargados (Steinbach, 1992; McFall y Miller, 1992).

Dentro de las instituciones o asilos el promedio de edad en la población es de 82-88 años, sin embargo el 20 % o más de los residentes alcanzan 90 años; mientras que el 5 % de la población o menos fluctúa entre los 65 y 75 años de edad. Estos porcentajes tienden a aumentar en 7 % para las personas de 75 a 85 años y en un 16 % más para los 85 años o más de edad (Bass, J. 1976).

Por ese y otros motivos se creó que las Residencias o Instituciones son necesarias, sobre todo las Residencias Asistidas para los ancianos; y son imprescindibles cuando las familias han agotado ya todas las posibilidades de permanencia en ellas. Y si se carece de familia y la situación del anciano se hace insostenible en el propio domicilio, no hay más remedio que acogerlos en dichas residencias.

La institucionalización es más frecuente en edades más avanzadas (85 o más) y en mujeres, ya que el hecho de que sobrevivan a los hombres los coloca en esta posición (Sánchez S, 1996).

A medida que la población envejece y que la expectativa de vida de las mujeres continúa aumentando con más rapidez que la de los hombres, se espera que el número de residentes geriátricos ascienda enormemente. Esto significará la necesidad de construir más hogares y financiarlos. En la actualidad el costo promedio del cuidado de hogar geriátrico puede agotar –en especial si cubre varios años– los fondos de casi todas las personas ancianas. A causa de las brechas en los seguros de salud, tanto privados como estatales, casi la mitad de todos los costos de los hogares geriátricos son asumidos por los mismos ancianos o sus familiares. Los profesionales de la salud, funcionarios públicos y ciudadanos privados necesitan desarrollar políticas públicas para ampliar, mejorar y subsidiar estas instituciones (Kunel y Applebaum, 1992).

4.2 Propiedades de una buena residencia para ancianos.

Algunas de las personas mayores aguardan la entrada a una institución ya sea por necesidad o por acuerdos familiares; él o ella toma una decisión sobre su ingreso al asilo o institución así que decide reunir los requisitos necesarios para su ingreso.

El objetivo principal de las instituciones es procurar que el mayor no sea desarraigado del entorno familiar en el que vive, lo cual exige la creación del medio ambiente más cercano al individuo, respetando y favoreciendo siempre la autonomía del anciano (Tobbin, S.1976).

La mayoría de las instituciones incluyen a su vez hospitales psiquiátricos, geriatría y salas para enfermedades crónicas- degenerativas para atender las necesidades de la diversa población geriátrica (García Pérez, M. 1994).

Un elemento esencial en el buen cuidado es la oportunidad que tienen los residentes de tomar decisiones y ejercer algún control sobre su vida diaria (Langer y Rodin, 1976). Otros son un personal profesional experimentado, especializado en el cuidado de personas de edad avanzada; un adecuado programa estatal de seguridad; y una estructura coordinada que puede brindar los diversos niveles de cuidado que se necesiten (Kayser-Jones, 1982). El hogar geriátrico ideal debe ser vivaz, seguro, higiénico y atractivo. Debe de ofrecer actividades estimulantes y oportunidades de socialización con personas de ambos sexos y de todas las edades. Debe ofrecer un conjunto pleno de servicios sociales, terapéuticos y de rehabilitación.

El cuidado de mejor calidad es brindado por grandes instituciones no lucrativas con una amplia tasa de enfermeras para suministrar ayuda (Pillemer y Moore, 1989). Los residentes son más felices en estos lugares, y también sus visitantes.

Así, el asilo puede servir tanto como estímulo en el incremento de las relaciones sociales o en un mayor aislamiento y rechazo de nuevos contactos sociales (Fernández-Ballesteros, R., 1999).

4.3 Impacto del número de las redes sociales dentro de la institución.

Una vez aceptado (a) no sorprende que la persona sufra alguna alteración psicológica, además de un estado de estrés leve o moderado por la nueva instancia sufriendo así de un cambio en su estilo de vida (Tobbin S. 1976).

Las peculiaridades de la red social en la mayoría de los residentes tienen las siguientes características:

- 1.- Es muy escasa en número, de 2 a 4 familiares (si es que la hay).
- 2.- Existe una gran intensidad en las demandas del residente, que crea un vínculo muy sólido, dependiente y a veces exigente en sus demandas de afecto y atención.
- 3.- No incluye a los propios residentes compañeros y lo manifiesta con una ausencia de pertenencia al grupo. Se comportan como individualidades no interrelacionadas (García Pérez, M, 1994).

La mayor parte de la literatura hace énfasis a descripciones del anciano institucionalizado como desorientación y desorganización, con retiros y apatía, depresiones y desesperanzas. Estas características con frecuencia son descritas al mencionar la vida en los asilos o instituciones para la tercera edad. Las personas que están dentro de una institución a menudo presentan el "Síndrome de la personalidad institucional", en la cual Townsend en 1992 se refiere a que dentro de la institución, las personas viven en comunidad con muy poca privacidad y con escasas relaciones entre compañeros, lo que casi la mayoría prefiere mantenerse a la defensiva. Sus movimientos son torpes o muy restringidos además de tener muy poco o nulo contacto con la sociedad en general.

La mayoría ya no tiene contacto con familiares o personas conocidas ajenas al asilo, por lo que se ha observado cierta despersonalización ya que poseen pequeñas oportunidades de desarrollo en algún talento o habilidad debido a que la mayoría presenta alguna atrofia o discapacidad motriz u orgánica. Algunos de ellos ya viven muy resignados sin interés en el futuro a corto o largo plazo, algunas veces se toman apáticos, casi no conversan y tienen falta de iniciativas. Sus hábitos personales están descuidados y deteriorados (Tobbin, S.1976).

4.4 Efectos de la institución en personas de tercera edad.

Sommer y Osmond (1961), elaboraron una clasificación sobre los efectos de la institución en las personas, esta consta de seis pasos (Tobbin, S.1976).

- 1.- Desindividualización: reducción de capacidades para acciones y pensamientos debido a una fuerte dependencia a la institución.
- 2.- Desculturización: Se refiere a la adquisición de valores institucionales y de actitudes inapropiadas ante las reglas internas.
- 3.- Daños emocionales, psicológicos y sociales en los residentes de la pérdida de un estatus y seguridad familiar.
- 4.- Extrañamiento de la tecnología actual así como de otros cambios en la sociedad en general.
- 5.- Aislamiento al perder contacto con la sociedad.
- 6.-Privación de estímulos, como resultado de los sentimientos de institucionalización a largo plazo.

Blenkner, Bloom y Nielsen en 1971; realizaron un estudio comparando la tasa de mortandad en dos poblaciones de ancianos institucionalizados con antigüedad de un año y no institucionalizados, en donde ellos demostraron que las personas que habitan en distintas clases de asilos presentan desfavorables condiciones psicológicas (mayor estrés, pocas redes sociales, depresión etc...) y por lo tanto tienden a morir antes que las personas que habitan en la comunidad en general. Algunas diferencias que existen entre este tipo personas, no solo depende de la variable institucionalización sino además del tipo o estilo de vida que llevaron a cabo dichas personas. (Tobbin, S.1976).

4.5 Programas de Asistencia para Ancianos en el Distrito Federal.

La vejez es un fenómeno biológico irreversible que se caracteriza por la manifestación de cambios psicofisiológicos resultantes de la acción ejercida por factores intrínsecos y extrínsecos sobre el individuo, que aceleran o retrasan su aparición según el grado de influencia.

Las personas de la tercera edad suelen ser uno de los grupos marginados por los distintos sectores de la sociedad, al considerar que, por su edad, no aportan beneficio alguno y sí, por el contrario, representan una carga para quienes los rodean. Este rechazo, aunado a la disminución de sus facultades, físicas o mentales, incrementan su condición de vulnerabilidad.

A partir de la Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en 1982, la Organización de Naciones Unidas determinó que toda persona mayor de 60 años se encuentra en la tercera edad, razón por la cual se le debe de otorgar una serie de derechos de carácter especial.

En nuestro país existen instituciones públicas que desarrollan programas y cuentan con servicios destinados a la atención de personas de la tercera edad, los cuales se traducen en beneficios concretos para mejorar sus condiciones de vida.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos considera de vital importancia difundir los diferentes programas y servicios que las instituciones públicas ofrecen a las personas de la tercera edad.

Este apartado incluye una descripción de instancias del gobierno mexicano, así como los programas y servicios que proporciona cada de ellas en beneficio de este grupo vulnerable, con objeto de que tal información se utilice como un instrumento que contribuya a sus necesidades y ayude a nuestros ancianos a vivir con dignidad esa etapa de su vida.

4.5.1 Descripción de los Servicios en beneficio de las Personas de la Tercera Edad en el Distrito Federal.

a) *Albergues, asilos, casas hogar y residencias de día*: En estos lugares se ofrece alguno o algunos de los siguientes servicios: atención médica, alimentación, estancia (diurna y / o nocturno) y vestido, así como actividades educativas, culturales, recreativas y deportivas.

b) *Asistencia jurídica*: Asesoría en asuntos legales de materia civil, penal y laboral, y con relación a aquellos beneficios otorgados por la ley en instituciones de conflicto, daño o peligro que afecten la integridad de las personas de la tercera edad.

c) *Atención médica y psicológica*: Servicios que tienen como finalidad lograr condiciones optimas de salud física y mental de las personas de la tercera edad. Cabe señalar que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 171 de la ley general de salud, todos los ancianos, aun sin ser derechohabientes, tienen a recibir este servicio en las instalaciones del Sistema Nacional de Salud (SSA, IMSS, ISSSTE, ISSFAM y servicios estatales de salud), en donde, si es el caso, pagarán de acuerdo a sus posibilidades económicas.

d) *Beneficios en especie o en dinero y descuentos*: Los primeros consisten en la donación de prótesis u otros equipos necesarios para que las personas de la tercera edad desarrollen sus actividades cotidianas, así como la dotación de alimentos, despensas medicamentos. La ayuda en efectivo la proporciona el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF); para tal efecto, esta institución aplica un estudio socioeconómico mediante el cual determina si procede ese tipo de ayuda. Los descuentos se refieren a la reducción en el pago de impuestos, en el precio de bienes y la prestación de diferentes servicios

e) *Capacitación laboral y bolsa de trabajo*: Consisten en el adiestramiento y/ o la actualización para realizar las actividades productivas a las que podrían incorporarse las personas de la tercera edad, ya sea a través del autoempleo o bien utilizando las bolsas de trabajo que para su colocación ofrecen empresas o instituciones interesadas en sus servicios.

f) *Cultura, recreación y deporte*: Consisten en la realización de paseos visitas a museos, así como la participación en competencias deportivas, entre otras actividades. Con esto se pretende lograr mejores condiciones físicas y mentales de los ancianos que redunden en una mejor calidad de vida.

g) *Difusión, información y orientación*: Las actividades comprendidas en este rubro tienen como finalidad informar a las personas de la tercera edad sobre las campañas emprendidas en su beneficio y sobre aquellos programas o servicios desarrollados por las diferentes instituciones orientados a este sector de la población.

h) Educación: Se refiere a la impartición de cursos de alfabetización, primaria, secundaria y preparatoria en sus sistemas abierto y extramuros.

i) Sistemas de ahorro para el retiro, pensiones y jubilaciones: El sistema de ahorro para el retiro está establecido y regulado por las leyes de seguridad social que prevén que las aportaciones de los trabajadores, patrones y del Estado sean manejadas a través de cuentas individuales propiedad de los trabajadores, con el fin de acumular saldos que se aplicarán para fines de previsión social o para la obtención o como complemento de las pensiones. Las pensiones son otorgadas a aquellos trabajadores que tienen una incapacidad temporal o permanente a causa de algún accidente laboral, así como a sus beneficiarios o derechohabientes en virtud del estado civil o vínculo familiar con el titular asegurado. La jubilación se concede cuando el trabajador ha alcanzado los años de servicio o la edad necesaria para ello.

j) Promoción, protección y defensa de los Derechos Humanos: Los organismos de protección de los Derechos Humanos están facultados para conocer las quejas en contra de actos u omisiones de naturaleza administrativa provenientes de cualquier autoridad o servidor público, con excepción de los del Poder Judicial de la federación, que violen estos derechos. En forma adicional, estos organismos desarrollan una serie de actividades con la finalidad de promover una serie de cultura a favor de los Derechos Humanos, dentro de las cuales se encuentran aquellas orientadas hacia la atención de los grupos vulnerables, como son las personas de la tercera edad.

k) Transporte: Información sobre tarifas especiales, servicios y las rutas de transporte público que cuentan con un equipo especializado para trasladar a personas de la tercera edad, así como aquellas instituciones que proporcionen un servicio gratuito para que los ancianos asistan a paseos o participen en otras actividades.

4.5.2 Instituciones de Apoyo para personas de la tercera edad establecidas en el Distrito Federal.

- I. Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF).
- II. Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)
- III. Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)
- IV. Comisión Nacional del Deporte (CONADE)
- V. Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el retiro (Consar)
- VI. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CNCA)
- VII. Gobierno del Distrito Federal (GDF)
- VIII. Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda de los trabajadores (Infonavit)*
- IX. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)*
- X. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)
- XI. Instituto Nacional de la Senectud (Insen)
- XII. Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM)*
- XIII. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)*
- XIV. Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco)
- XV. Procuraduría General de la República (PGR)
- XVI. Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol)
- XVII. Secretaría de educación Pública (SEP)

- XVIII. Secretaria de Gobernación (SG)
- XIX. Secretaria de la Defensa Nacional (Sedena)
- XX. Secretaria de Marina (SM)
- XXI. Secretaria de Salud (SS)
- XXII. Secretaria del Trabajo y Previsión Social (STPS)
- XXIII. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)
- XXIV. Tribunal Federal de Conciliación y Arbitraje (TFCA)

Dentro de esta lista de instituciones el promedio de servicios a las personas de la tercera edad, es de 3 a 4 (en los que se encuentran fundamentalmente);

- ❖ Difusión e información y orientación,
- ❖ Promoción protección y defensa de Derechos Humanos,
- ❖ Asistencia Jurídica,
- ❖ Atención médica y psicológica

Existen a su vez instituciones que mantienen mayor número de servicios para este sector de la población (ver cuadro x).

**SERVICIOS QUE PRESTAN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS
ESTABLECIDAS EN EL DISTRITO FEDERAL**

SERVICIOS	GOBIERNO DEL D,F	IMSS	INSEN	ISSSTE	SIST. NAL. DIF	DEL. EST. IMSS
Albergues, asilos, casa hogar y residencia de día	X	X	x	X	X	
Asistencia Jurídica	X	X	X	X	X	X
Atención médica y psicológica	X	X	X	X	X	X
Beneficios en especie o en dinero y descuentos	X	X	X	X	X	X
Capacitación laboral y bolsa de trabajo	X	X	X	X		X
Cultura, recreación y deporte	X	X	X	X	X	X
Difusión, información y orientación	X	X	X	X	x	X
Educación	X	X	X	X		X
Sistema de ahorro para el retiro, pensiones y jubilaciones		X		X		x
Promoción, protección y defensa de derechos humanos	X					
Transporte	X				x	
	N=10	N=9	N=9	N=9	N=7	N=9

Capitulo 5

Método

METODO

DEFINICION DE VARIABLES.

Variable Independiente:

La variable independiente está constituida por el tipo de muestra evaluadas.

En esta investigación se evaluaron dos muestras: La primera constituida por personas de tercera edad que habitan en una Unidad Habitacional del DF. La segunda constituida por personas de tercera edad que habitan en un asilo del DIF dentro del DF.

Variable Dependiente:

Dentro de la presente investigación la variable dependiente es el tipo de afrontamiento y el número de redes sociales que se perciben.

Población:

La población de la cual se extrajo la muestra de los sujetos que habitan en una unidad habitacional se conformó por 38 personas, genero masculino y femenino que habitan en el Centro Urbano Presidente Alemán ubicado entre las calles de Félix Cuevas, Parroquia, Universidad y Av. Coyoacán, Delegación Benito Juárez.

La muestra de la población que habita en el asilo "Arturo Mundet" ubicado en, Av. Revolución No. 1445 Colonia Campestre, en la Ciudad de México. Consta de 38 personas, hombres y mujeres sin ningún daño o trastorno relevante ya sea físico u orgánico, por ejemplo demencias, amnesia, invalidez, cegueras, pérdida de audición etc... y tener de residencia en el asilo de un mes a cinco años de permanencia, sin haber dejado la residencia por más de un mes seguido.

Las características que marcaron la pauta para la delimitación de la población en general fueron las siguientes:

- Edad cronológica de 65 años o más.
- Pertenecer al Centro Urbano presidente Alemán (CUPA).
- Pertenecer a la institución "Arturo Mundet"
- No sufrir ningún tipo de enfermedad aguda o crónica que afecte las capacidades intelectuales o cognitivas de las personas.

Muestra.

Dentro de la muestra se consideraron como criterio de inclusión:

- 1.- Se seleccionaron personas con una antigüedad en la residencia dentro del asilo de por lo menos de un mes a cinco años ininterrumpidos por más de un mes.
- 2.- Se empleó un muestreo "*intencional por cuota*" pues las características de las variables manejadas y los lineamientos de la institución delimitaron dicha estrategia.

Se le llama intencional debido a que es una forma de *"selección en la que se busca que la muestra sea representativa de la población de donde se obtiene; pero la posible representatividad depende del criterio particular de quien la elige"* (Silva, 1992).

Así mismo se llama por cuota ya que *"clasifica a la población en subgrupos o cuotas según ciertas características. Para seleccionar a la muestra se eligen, conforme al criterio del investigador, los miembros que sean más representativos o típicos de acuerdo al objetivo del estudio. Con este procedimiento se intenta tener representatividad de la población estudiada"* (Silva, 1992) por lo tanto se incluyó un número mínimo representativo de cada población.

Con base a estos criterios y a la definición conceptual de la variable independiente se conformaron dos muestras designadas como:

Grupo 1: "No institucionalizados" formado por 38 sujetos tanto femenino como masculino.

Grupo 2: "Institucionalizados" formado por con 38 sujetos tanto de género masculino como femenino con por lo menos de un mes a cinco años de residencia.

Tipo de Estudio.

Es un estudio de campo, por que el estudio se realiza en escenarios no experimentales (Zinser, 1992).

Es prospectivo, ya que *" la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador y para los fines de la investigación, después de la planeación de esta"* (Méndez, 1994).

Es transversal, ya que *"es un estudio en el cual se mide una sola vez la o las variables, en un momento dado sin pretender evaluar la evolución de estas"* (Mendez, 1992).

Es comparativo pues es un *"estudio en el cual existen dos o más poblaciones y donde se quiere comparar algunas variables para constatar una o varias hipótesis centrales"* (Mendez, 1994).

Diseño.

Se refiere a un diseño "No experimental" pues *"no se modifica a voluntad ninguno de los factores intervinientes en el proceso y tampoco existe una asignación aleatoria de los sujetos a esas condiciones"* (Zinser, 1992).

Instrumentos.

Para ambas muestra se utilizó un cuestionario socioeconómico; donde para el grupo 1 se utilizó un cuestionario para obtener información general acerca de los integrantes de la familia, problemas percibidos, tipo de vivienda, servicios percibidos, edad, género, entre otros (ver apéndice A).

De igual forma para el grupo 2 se utilizó un cuestionario que recaba datos socioeconómicos pero adaptada para la institución (ver apéndice A).

Se utilizó la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL) elaborada por Moss (1984), es un procedimiento estructurado que puede administrarse tanto en forma de entrevista como de cuestionario. El HDL incluye preguntas en las que se detectan indicadores que sondean el funcionamiento social y de la salud física, los eventos estresantes y su resistencia, así como las respuestas de afrontamiento y los recursos sociales.

Esta escala cuenta con 13 indicadores para conocer el estado de salud; Síntomas Físicos (SF), que pueden estar relacionados con estados de Condiciones Médicas (CM), Humor Depresivo (HD), Síntomas por Fumar (SFU), Autoconfianza (AC) y el Uso de Medicamentos (UM).

Se consideran tres indicadores de los eventos de vida, que sondean eventos cotidianos en relación a su empleo o al funcionamiento individual; eventos negativos de cambio de vida (EN), eventos de salida (ES) y eventos positivos de cambio de vida (EP).

El afrontamiento está medido por 32 respuestas que miden frecuencia de afrontamiento clasificadas en dos grandes rubros:

Por un lado afrontamiento utilizado en la evaluación del modo de afrontamiento como: Activo Cognitivo (ACG), Activo Conductual (ACD) y de Evitación (AE); por otro lado se evalúa el foco de afrontamiento, Análisis Lógico (AL), búsqueda de información (BI), Resolución de Problemas (RP), Regulación Afectiva (RA), Descarga Emocional (DE) y si estos son enfocados a la apreciación o a la emoción (VER Apéndice C).

Para el funcionamiento y recursos sociales del individuo contiene 3 indicadores que evalúa Actividad Social con Amigos (AA), Redes Sociales (RS) interpersonales significativas, calidad de las Relaciones Estrechas (RE).

Instrumento de Apoyo Social de Sarason (1996), este cuestionario está integrado por 32 preguntas en las que se le pide al sujeto dos tipos de respuesta. Primero se le pide que ante cada pregunta, nombre hasta nueve personas en quienes puede confiar o contar para ayudarlo; segundo indicar en la escala de seis puntos (1 muy insatisfecho, 2 bastante insatisfecho, 3 un poco insatisfecho, 4 un poco satisfecho, 5 bastante satisfecho, 6 muy satisfecho), que tan satisfechas están con el apoyo de todas las personas que nombraron en cada una de las 27 preguntas (APÉNDICE B).

Mediante la suma del número total de personas y de los puntajes de satisfacción entre 27 se obtienen 2 puntajes:

1.- Número de personas que brindan apoyo (puntaje N).

2.- Satisfacción con el apoyo (Puntaje S).

Sarason, Levine et al. (1983), desarrollaron el análisis estadístico con estudiantes universitarios como sujetos; con el objetivo de evaluar propiedades psicométricas, elaboraron un análisis factorial. Encontraron que todos los reactivos N obtuvieron un factor mayor al 0.60, y los reactivos S mayores al 0.30.

El alfa de Cronbach que encontraron para la escala N fue de 0.97 y para la escala S de 0.94. Las intercorrelaciones entre los reactivos N variaron entre 0.35 y 0.71 y entre los reactivos S 0.21 y 0.74.

Las correlaciones entre los 27 reactivos N y el puntaje N global variaron entre 0.51 y 0.79 y para los 27 reactivos S y S global las correlaciones variaron entre 0.48 y 0.72.

Las medias y las escalas fueron de 4.25 para el puntaje N y 5.38 para el puntaje S.

Escenario.

Grupo 1: se aplicaron los instrumentos en el "Centro Urbano Presidente Alemán (CUPA)", ubicado entre las calles de Felix cuevas, Parroquia, Universidad y Av.coyoacán. Delegación Benito Juárez.

Grupo 2: los instrumentos se aplicaron en Av. Revolución No. 1445 Colonia Campestre, en la Ciudad de México "Casa Hogar para ancianos "Arturo Mundet" del DIF".

Procedimiento.

El inicio de la investigación consistió en la revisión de material bibliográfico sobre tercera edad, dentro de las actividades del "Internado de Psicología en el área de Salud", dirigido por la Lic. Noemi Barragán; las principales fuentes de consulta fueron libros, revistas de investigación, tesis de licenciatura y de posgrado, entre otros; por lo tanto se decidió dividir este estudio en tres fases.

La primera fase consistió en el mapeo de la zona así como la detección de líderes comunitarios en CUPA (Community Tool Box); en donde se pidió autorización a los líderes y representantes para empezar con la aplicación de los instrumentos explicando el propósito de la investigación.

La segunda fase consistió en la aplicación dentro del "asilo Arturo Mundet", en donde se procedió a hablar con la Directora de dicha institución, la Lic. Ma. Antonia Wolf, otorgando una carta descriptiva y la justificación del presente estudio. Posteriormente se asistió al departamento de Psicología en donde se nos proporcionó la información de las personas con menor antigüedad para su selección y localización en las salas de residencia. Se dividió a la muestra en dos ya que primero se aplicó a la población femenina y posteriormente a la masculina; esto sólo para fines prácticos.

Finalmente la tercer fase consistió en la promoción e impartición de pláticas dentro de ambas comunidades, a diversas horas (una por la mañana y otra por la noche) y solo por tres días en una semana. Esto con el fin de agradecer la participación voluntaria de los participantes, así como para dar a conocer los resultados obtenidos en dicha investigación. El tema central de la plática se basó en la Relajación y el Autocontrol del estrés, (Barragán L., Cruz B., Fulgencio M., Barragán N., Ayala H., 1998); por lo tanto se hizo un trabajo exclusivamente de sensibilización con las personas de la tercera edad en ambas comunidades acerca de la importancia del estrés en la salud y la promoción de algunas técnicas de relajación y autocontrol.

Capitulo 6
Análisis de Datos e Interpretación
de Resultados

RESULTADOS.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO

En esta sección se analizan las variables más sobresalientes de esta investigación para las dos poblaciones: Ancianos NO Institucionalizados (CUPA) y Ancianos Institucionalizados (DIF).

Para este análisis se obtuvieron los resultados más significativos tomando en cuenta tres estrategias de análisis de resultados las cuales son:

- 1) Prueba de ji - Cuadrada y Crosstabs.
- 2) Estadística no paramétrica (U Mann Whitney y Kruskal Wallis).
- 3) A través del Coeficiente de correlación de Spearman.

1. Prueba de ji - cuadrada y Crosstabs.

Para el análisis de la prueba de Prueba de ji - cuadrada y Crosstabs se consideraron los porcentajes de cada grupo con su "N" original que es de 38 sujetos por condición (Institucionalizado, no institucionalizados), más el porcentaje total de la muestra que es de 76 sujetos.

Dentro de estos resultados se observa que el 63.20 % corresponde a la población femenina, mientras que el 36.80% pertenece a la población masculina de la población total.

Con respecto a la edad el 68.40% pertenece a un rango de 80 a 89 años; mientras que en el asilo un 47.40 % pertenece al rango comprendido entre 70 a 79 años, y otro 47.40% igual, pertenece al rango de 80 a 89 años. En la variable de estado civil ambas poblaciones reportan estar viudas; CUPA con un 76.30 % y asilo con 47.40 %. (ver tabla 1 en anexo)

Considerando la pregunta de investigación se encontró que las 13 escalas del instrumento HDL, sólo cinco de ellas presentan diferencias estadísticamente significativas, respecto a los indicadores del foco de afrontamiento empleado por las personas de la tercera edad, las cuales son: Análisis lógico (0.025), búsqueda de información (0.019), resolución de problemas(0.01) y ambiente negativo (0.001); con un nivel de significancia al 0.025, exceptuando ambiente negativo que se basa en la percepción de los sujetos alrededor de su medio ambiente o entorno, por último correspondiente al área de estrés, eventos de salida con un nivel de significancia de (.000). (VER TABLA).

Sub- Escalas del HDL (Afrontamiento)	Nivel de Significancia al 0.025
AL	.025
BI	.019
RP	.001
AN	.001

Con respecto a las escalas faltantes; CM, HD, SFUT, UMT (indicadores del estado de salud), EN, EP (indicadores de eventos que causan estrés), RA, DE (indicadores de las respuestas de Afrontamiento). No mostraron diferencias significativas en el análisis estadístico realizado para esta investigación. Es importante recalcar la necesidad de emplear un instrumento más sensible que permita conocer de forma más contundente los estilos de afrontamiento y el impacto que este guarda en estado de salud de las personas.

A continuación se describen las graficas de cada grupo tomando en cuenta los porcentajes y puntajes más significativos de cada grupo; CUPA y Asilo con cada una de las áreas que componen la Escala de Salud y Vida Cotidiana (HDL), que son:

- a) Indicadores del estado de salud,
- b) Indicadores de los eventos estresantes (o de cambios de vida),
- c) Indicadores de las respuestas de afrontamiento.

Y una cuarta parte que evalúa el apoyo social de los dos grupos a través del instrumento de apoyo social de Sarason (1996).

En los indicadores del estado de salud: CUPA reportan el 39.47% presentan el mismo porcentaje condiciones médicas y síntomas físicos, respecto al humor depresivo el 34.21% de este grupo muestra un punto en la escala de humor depresivo, respecto a síntomas por fumar totales solo el 7.89% presenta síntomas por fumar de este grupo. El uso de medicamentos es de un 23.68% considerándose el uso de un solo medicamentos para la mayoría de los sujetos de este grupo.

Dentro de asilo en los indicadores del estado de salud, el 50% de la población reportan al menos una condición médica, en síntomas físicos se reporta que el 23.68% de este grupo padece dos síntomas físicos. Respecto al humor depresivo el 26.31% de este grupo muestra un punto en la escala de humor depresivo, respecto a síntomas por fumar totales solo el 15.78% presenta síntomas por fumar de este grupo, que correspondiente a seis sujetos. El uso de medicamentos es de un 31.57% considerándose el uso de un solo medicamentos para la mayoría de los sujetos de este grupo.

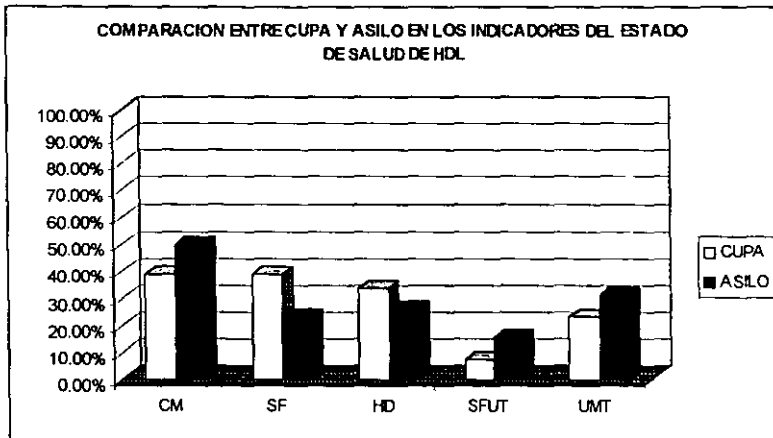


Figura 1ª. Porcentajes de la escala HDL con los indicadores del estado de salud comparando ambas poblaciones.

Para CUPA respecto a los indicadores de eventos estresantes; se presentan eventos negativos en un 60.52% el reporta el acontecimiento de uno o dos eventos negativos y 47.63% la ocurrencia de por lo menos un evento de salida. En eventos positivos el 42.10% reportan por lo menos el acontecimiento de un evento positivo durante el último año.

En los indicadores de eventos estresantes para el grupo del asilo, se reportan eventos negativos en un 47.36% los cuales reportan el acontecimiento de uno o dos eventos negativos en el ultimo año, se observan diferencias significativas en el reporte de eventos de salida en el grupo de ancianos institucionalizados en el cual no se reportan la ocurrencia de ningún evento de salida. Respecto a los eventos positivos el 15.78% reportaron tener durante el último año por lo menos un evento positivo.

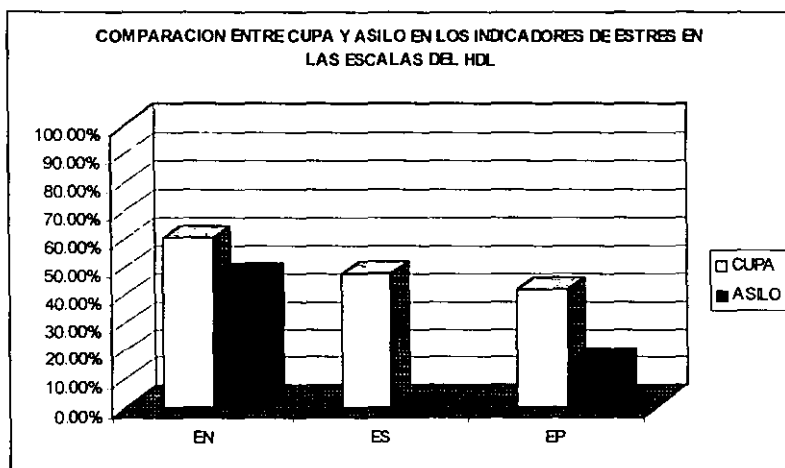


Figura 1b. Porcentajes de la escala HDL con los indicadores de estrés comparando ambas poblaciones.

Respecto a los indicadores de las respuestas de Afrontamiento en CUPA se reporta que el 17.23% de este grupo tiene dentro de su repertorio un manejo de tipo Cognitivo Activo dirigido al problema. Y un estilo de afrontamiento conductual activo correspondiente al 15.18%. Las respuestas de afrontamiento en la población de CUPA los cuales reportan un afrontamiento de evitación de 5.44%, el análisis lógico es del 34.21% con la realización de tres a cuatro estrategias promedio y la búsqueda de información tiene un 4%.

La resolución de problemas es de 1% para los ancianos no institucionalizados, y una regulación afectiva correspondiente al 3.44%. La descarga emocional con un porcentaje de 18.42% y la percepción de ambiente negativo en el hogar es del 26.31%.

Respecto a los indicadores del de Afrontamiento de la población del asilo, se reporta que el 11.02% de este grupo tiene dentro de su repertorio un manejo de tipo Cognitivo Activo dirigido al problema. Respecto al afrontamiento conductual activo se

observó una diferencia entre el puntaje del afrontamiento cognitivo activo y el conductual activo, con un porcentaje del 8.31% en esta condición. Es decir, que en ambos grupos su estrategia de resolución de problemas se basa más en pensar (ACG), sobre el problema que buscar (ACD). El afrontamiento de evitación es de 3.05% en promedio, el análisis lógico corresponde al 36.84% con un promedio de 3 estrategias en este rubro, en búsqueda de información se reportan un promedio del 2.52%. El 1.63% de los ancianos institucionalizados, reporta resolución de problemas, y una regulación afectiva correspondiente al 3.94%, en promedio. El porcentaje de descarga emocional es del 18.42% y una percepción de ambiente negativo en el asilo del 47.36%.

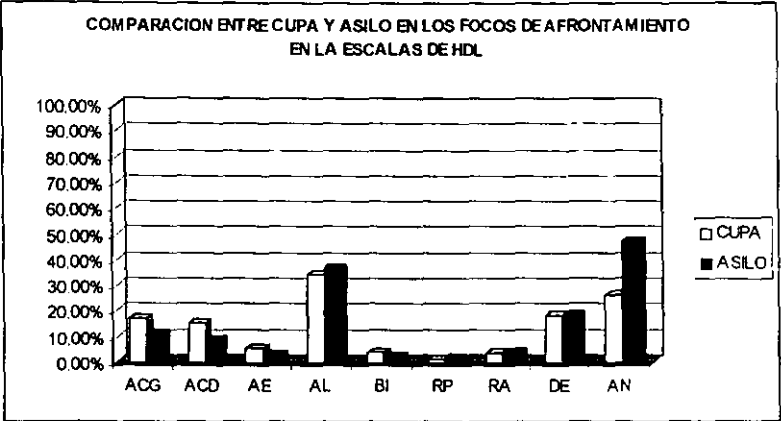


Figura 1c. Porcentajes de la escala HDL con los indicadores del foco de afrontamiento comparando ambas poblaciones.

Como se observa en las figuras 1a, 1b y 1c, de las escalas del HDL, solo cuatro escalas presentan diferencias significativas de la población institucionalizada (asilo) con respecto a CUPA (población no institucionalizada), las cuales son; condiciones medicas (indicadores del estado de salud) ya que el 50% de la población reporta la presencia de por lo menos una condición médica, no se reporta ningún tipo de evento de salida (indicadores de eventos estresantes), dentro del análisis lógico (36.84%) llevan a cabo una estrategia adecuada de solución de problemas, y la percepción del ambiente negativo es del 47.36% (los dos indicadores del foco de afrontamiento), en comparación con CUPA.

Resultados Generales del Instrumento de Apoyo Social de Sarason

En la tabla que se presenta a continuación se muestran los promedios del Instrumento de Apoyo social de Sarason, en ambas poblaciones Ancianos NO Institucionalizados (CUPA) y Ancianos Institucionalizados (DIF).

Para este análisis se realizo la suma total del numero de redes sociales que reporto cada sujeto multiplicado por 27 que es el número de preguntas del instrumento de Apoyo social de Sarason, este proceso se realizo también para obtener el nivel de satisfacción de los sujetos (ver apéndice B).

Tabla 1. Resultados de Sarason para ambas poblaciones.

Sede	Número de Redes Sociales (Promedio)	Nivel de Satisfacción con el apoyo recibido (Promedio)
CUPA	2	5
ASILO	2	5

Finalmente se puede observar los mismos promedios para ambos grupos; es decir el número de la red social de la población de ancianos entrevistados es de 2 personas en promedio y el nivel de satisfacción con el apoyo percibido es reportado como "bastante satisfactorio" para los dos grupos.

Aunque no existieron diferencias respecto al apoyo social en ambos grupos se puede deber a que las dos poblaciones son demasiado homogéneas y se resalta la necesidad de realizar investigación más detallada comparando grupos de diversas edades y poder así, establecer una línea retrospectiva de investigación tomando en cuenta por lo menos los últimos 15 años para conocer como era la red social del sujeto; es decir si antes era más grande o si ha disminuido a lo largo del tiempo.

2. ANALISIS NO PARAMETRICO (U MANN WHITNEY) PARA LOS RESULTADOS DE LA ESCALA HDL.

A continuación se muestran diferencias estadísticamente significativas con respecto a los dos grupos; en primer termino, en el grupo de las personas no institucionalizadas (CUPA), y en cuanto a su estado de salud; se presentan mayores condiciones médicas (CM), autoconfianza (ACT). En cuanto a los indicadores de estrés; eventos negativos (EN), eventos de salida (ES), y en términos del foco de afrontamiento; Afrontamiento cognitivo (ACG), afrontamiento de evitación (AE), afrontamiento conductual (ACD), análisis lógico (AL), búsqueda de información de información (BI), resolución de problemas (RP), regulación afectiva (RA) y descarga emocional (DE).

Por otro lado el grupo de personas institucionalizadas presenta mayores puntajes y diferencia estadísticamente significativas correspondiente al foco de afrontamiento sólo en la escala de ambiente negativo (AN),

Tabla 2. Suma de rangos y nivel de significancia con respecto a las escalas del instrumento y los grupos de estudio.

ESCALA	SEDE	RANGOS DE LA MEDIA	NIVEL DE SIGNIFICANCIA (0.025).
CM	CUPA	46.33	0.001
	ASILO	30.67	
ACT	CUPA	48.07	0.000
	ASILO	28.93	
EN	CUPA	44.64	0.011
	ASILO	32.36	
ES	CUPA	48.50	0.000
	ASILO	28.50	
EP	CUPA	43.96	0.009
	ASILO	33.04	
ACG	CUPA	48.93	0.000
	ASILO	28.07	
ACD	CUPA	50.03	0.000
	ASILO	26.97	

AE	CUPA	44.71	0.013
	ASILO	32.29	
AL	CUPA	47.74	0.000
	ASILO	29.26	
BI	CUPA	46.79	0.001
	ASILO	30.21	
RP	CUPA	51.37	0.000
	ASILO	25.63	
RA	CUPA	46.16	0.002
	ASILO	30.84	
DE	CUPA	47.11	0.000
	ASILO	29.89	
AN	CUPA	29.97	0.001
	ASILO	47.03	

La suma de los rangos promedio y el nivel de significancia de cada una de las escalas con respecto al género en CUPA y ASILO, tal observación se toma en consideración debido a la importancia teórica que revela que tanto las mujeres como los hombres presentan periodos prolongados de estrés que se correlacionan con su salud. (ver anexo tabla 2).

Los resultados encontrados reportan que los hombres presentan mayor puntuación en los rangos dentro de condiciones médicas totales (CMT), síntomas por fumar totales (SFUT), uso de medicamentos totales (UMT) (indicadores del estado de salud). En los indicadores de eventos estresantes; mayor número de eventos positivos (EP). Y en el foco de afrontamiento; mayor puntaje en afrontamiento cognoscitivo-activo (ACG), afrontamiento de evitación (AE) análisis lógico (AL), ambiente negativo (AN) resolución de problemas (RP), regulación afectiva (RA), descarga emocional (DE),

Por otra parte las mujeres presentan diferencias en la suma de rangos en las escalas de síntomas físicos totales (SFT), humor depresivo total (HDT), indicadores del estado de salud. En los eventos que generan estrés; mayor puntaje eventos negativos (EN), eventos salida (ES), y en los indicadores del foco de afrontamiento, mayor puntuación en afrontamiento conductual (ACD) y búsqueda de información (BI). Sin embargo dentro del nivel de significancia no se reportan diferencias estadísticamente significativas.

En cuanto a las personas institucionalizadas los hombres reportan tener mayor puntuación en rangos en las escalas de condiciones medicas totales (CMT), síntomas por fumar totales (SFUT), humor depresivo total (HDT), en términos de su estado de salud. Respecto al foco de afrontamiento; mayor afrontamiento cognitivo activo (ACG), afrontamiento conductual activo (ACD), análisis lógico (AL), resolución de problemas (RP), regulación afectiva (RA) y descarga emocional (DE) con respecto a las mujeres.

Las mujeres institucionalizadas reportan diferencias en rango dentro de las escalas de síntomas físicos totales (SFT), autoconfianza total (ACT), uso de medicamentos totales (UMT), en términos del estado de salud. Eventos negativos (EN) (índice de eventos que producen estrés) y respecto al foco de afrontamiento mayor ambiente negativo (AN) (ver anexo tabla 2).

Dentro de la escala de uso de medicamentos (estado de salud) existe una diferencia estadísticamente significativa (0.017), lo cual afirma que las mujeres usan más los medicamentos en relación con los hombres.

Aunque no se observaron diferencias estadísticamente significativas en casi todas las escalas del HDL, cabe resaltar que dentro de CUPA los hombres presentan mayores puntajes en escalas que mantienen una relación significativa con su estado de salud y el deterioro físico de las personas (condiciones médicas, síntomas físicos por fumar y uso de medicamentos y humor depresivo).

Respecto a los resultados obtenidos en el asilo se observa que los hombres presentan tres condiciones que deterioran su estado de salud; mayor puntuación en condiciones medicas totales (CMT), síntomas por fumar totales (SFUT), y humor depresivo total (HDT), lo cual significa mayor bienestar con respecto al grupo de CUPA. Sin embargo, las mujeres presentan mayores puntajes negativos con respecto a su salud y la percepción de su contexto actual (indicadores de afrontamiento).

ANALISIS NO PARAMETRICO (KRUSKAL- WALLIS) PARA LOS RESULTADOS DEL HDL.

En este análisis se consideró importante la distinción del estado civil de las personas entrevistadas ya que como la teoría menciona dicho estado puede ser un factor determinante en el estilo de afrontamiento y calidad de vida de las personas institucionalizadas.

La siguiente tabla muestra las diferencias estadísticamente significativas con respecto al estado civil, se observa que las personas separadas de la población institucionalizadas presentan mayor afrontamiento cognitivo con respecto a las personas solteras que viven en el asilo.

Tabla 3. Rangos de la media en la prueba de Kruskal Wallis con respecto al estado civil en asilo.

ESCALA	EDO. CIVIL	RANGOS DE LA MEDIA.	NIVEL DE SIGNIFICANCIA AL 0.025.
ACG	CASADO	28.90	0.018
	SOLTERO	11.25	
	DIVORCIADO	24.75	
	SEPARADO	34.50	
	VIUDO	19.47	
ACD	CASADO	26.40	0.013
	SOLTERO	14.40	
	DIVORCIADO	32.25	
	SEPARADO	35.50	
	VIUDO	16.69	

Los resultados encontrados señalan que las personas institucionalizadas que han compartido un periodo de su vida con otra persona, tienen dentro de su repertorio mayor eficacia dentro de su índice de afrontamiento cognitivo activo.

Por otro lado se reportan que las personas institucionalizadas presentan una diferencia aunque no significativa que repercute en su estado de salud en los síntomas por fumar totales (SFUT), obteniendo mayor puntuación el grupo mas joven (70-79 años), con respecto al resto de los grupos.

3. CORRELACIONES ENTRE LA POBLACION NO INSTITUCIONALIZADA (CUPA) Y LAS ESCALAS DEL HDL.

La población CUPA reporta en los índices de eventos estresante; que a mayores eventos negativos (EN), mayores eventos de salida (ES) con una correlación de 0.648; respecto al foco de afrontamiento; que a mayor análisis lógico (AL), mayor afrontamiento conductual (ACD) con una correlación de 0.709; a mayor búsqueda de información (BI), mayor afrontamiento conductual (ACD), con una correlación de 0.577; a mayor resolución de problemas (RP), mayor afrontamiento conductual (ACD) con una correlación 0.738.

CORRELACIONES ENTRE LA POBLACION INSTITUCIONALIZADA (ASILO) Y LAS ESCALAS DEL HDL.

La población del asilo reporta en términos del estado de salud; que a mayores síntomas por fumar (SFU), menor edad, con una correlación de - 0.520; respecto al foco de afrontamiento; que a mayor análisis lógico (AL) mayor afrontamiento cognitivo (ACG) con una correlación de 0.732; a mayor resolución de problemas (RP) mayor afrontamiento cognitivo (ACG) con una correlación de 0.820; a mayor regulación afectiva mayor afrontamiento cognitivo (ACG) con una correlación de 0.749.

Tomando en cuenta los puntajes de la población CUPA se observa que las personas presentan, eventos negativos, que se relacionan de forma consistente con los eventos de salida, presentando un estilo de afrontamiento conductual con una relación entre análisis lógico, búsqueda de información y resolución de problemas.

Las personas del asilo reportan un estilo de afrontamiento de tipo cognitivo activo que se mantiene con la resolución de problemas, regulación afectiva y análisis lógico; Sin embargo en su estado de salud; reportan una vinculo entre los síntomas físicos por fumar respecto al grupo mas joven de edad.

Capitulo 7
Discusión de Resultados
y Sugerencias

DISCUSIÓN

Dentro de esta investigación se tomaron en cuenta las tres variables sociodemográficas más sobresalientes de ambos grupos obtenidos en el cuestionario sociodemográfico las cuales son: estado civil, género y escolaridad (tabla 1 ver anexo).

En el cual se observó que la mayoría de la población es femenina y viuda, lo cual según Holmes y Rahe (1967), lo mencionan como un evento negativo de riesgo primordial en la población femenina, pues el apoyo del cónyuge es un factor que mitiga la percepción del estrés de este sector de la población y no forzosamente guardar relación significativa con los índices de defunción ya que como se ha corroborado la mayoría de la población es de género femenino y viuda (INEGI, 1995) (Tobin, 1976).

Respecto a la escolaridad se encontró que en la población no institucionalizada (CUPA), la mayoría tiene un nivel de secundaria; y la población del institucionalizado (asilo) perteneciente a un nivel de educación primaria. Estos resultados son importantes ya que en el estudio realizado por Walker et al (1988), menciona al autocuidado como una acción alternativa para mejorar la calidad de vida siendo importante el nivel de escolaridad de las personas ya que a través de él se favorece el desarrollo personal, responsabilidad hacia la salud, (búsqueda de ayuda profesional), ejercicio, nutrición, y manejo adecuado de estrés.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos en esta investigación es importante mencionar lo que reportan Holmes y Rahe (1967), respecto a los indicadores de los eventos que causan estrés, al acontecimiento de eventos negativos, dichos factores psicosociales ampliamente estudiados y sistematizados en la escala (Social Readjustment Rating Scale SRRS) que mide la magnitud de algunos eventos que se sospechan anteceden al inicio de una enfermedad o la agravan, se encontró que los diez principales eventos estresantes en la vida del sujeto que comprometen especialmente su equilibrio y seguridad afectiva, económica, social, como serían: Muerte del esposo, divorcio, separación matrimonial, encarcelamiento o confinamiento en una Institución, Muerte de un familiar cercano, enfermedad o lesión personal grave, Matrimonio, Despido del trabajo, Jubilación, respecto a estos eventos es importante mencionar que las personas de la tercera edad de ambos grupos se encuentran ante un cúmulo de dicho eventos que afectan su percepción y que al mismo tiempo puede ser un factor de desequilibrio para ellos, es importante considerar que los eventos antes mencionados guardan un vínculo estrecho con los factores biológicos que afectan el estado de salud el sujeto y provocar condiciones como enfermedad física, cansancio, hambre y otras derivadas de la falta o el exceso de alimentación, ingestión de tóxicos y drogas, etc. (Holmes y Rahe, 1967).

Para evitar que este descontrol y la aparición de alteraciones en el estado de salud de las personas de la tercera edad así como daños en su comportamiento se hace imperativa la elaboración de programas de educación para la vejez desde la etapa escolar inicial, a fin de mantener el organismo en las mejores condiciones posibles, evitando aquellos hábitos como el alcoholismo, tabaquismo, vida sedentaria, etc. En este proceso educativo deberá participar activamente la familia, la cual deberá ser el eje de la prolongación del bienestar físico, psicológico y social de las personas de la edad avanzada.

Es importante implementar las medidas de autocuidado necesario en el cual los profesionales de la salud, la familia y los miembros de la comunidad, se conviertan en educadores de este sector de la población a fin de evitar enfermedades, mejorar la calidad de vida y mantener activo al anciano.

Respecto al estrés y la importancia de la inoculación del estrés en el individuo es por que el estrés es un factor que se relaciona con la salud y enfermedad, ya que el manejo inadecuado de éste puede tener efectos perjudiciales en el área conductual, cognitiva, física, emocional y motora, así como también en el desarrollo de enfermedades, tales como diabetes y enfermedades gastro – intestinales (entre otras) y complicar la evolución de otros procesos e impedir la rehabilitación del sujeto. (Sarason I, 1996),

Como se ha mencionado en este trabajo una de las características de la vejez es que el sistema inmunológico se hace más vulnerable. Si a lo anterior se le agrega que en ésta etapa se presentan un mayor numero de eventos negativos que pueden afectar la valoración del sujeto, ante tal situación se puede estimar que las personas son más vulnerables aún a los efectos del estrés y por tanto incrementar la probabilidad de padecer una enfermedad (Hoffman, L. 1996). Además que incrementa el riesgo si se padece alguna enfermedad degenerativa, como problemas del corazón o diabetes, dicha consideración es significativa ya que ambos grupos presentan en su estado de salud, de por lo menos una condición médica y a su vez síntomas físicos en el cual el grupo de CUPA presenta por lo menos dos síntomas físicos, que ponen en riesgo su salud.

Respecto al análisis del instrumento de Salud y Vida Cotidiana (HDL), y aunque sólo cinco de las catorce subescalas presentan diferencias estadísticamente significativas, respecto al estilo de afrontamiento empleado por las personas de la tercera edad las cuales son: análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas y ambiente negativo, exceptuando ambiente negativo que se basa en la percepción de los sujetos alrededor de su medio ambiente o entorno.

Con respecto a las escalas faltantes; CM, HD, SFUT, UMT (indicadores del estado de salud), EN, EP (indicadores de eventos que causan estrés), RA, DE (indicadores de las respuestas de Afrontamiento. No mostraron diferencias significativas en el análisis estadístico realizado para esta investigación.

Se recalca que respecto al instrumento utilizado mostró eficacia para la detección de factores de riesgo a la salud, así como utilidad para conocer población en riesgo e intervenir en el ámbito preventivo. Sin embargo se sugiere para la población de la tercera edad un instrumento que recabe datos retrospectivos en cuanto al estilo de vida de la persona (tipo de alimentación, hábitos en general, actividades recreativas, nivel de satisfacción personal, etc.), para la elaboración de un diagnostico y comparación entre poblaciones con el objetivo de elaborar tanto programas de prevención como de intervención en cuanto a los efectos del estrés y su impacto en la salud.

Con respecto a los resultados encontrados en las poblaciones, el estrés juega un papel muy importante en relación con la salud, ya que se puede apreciar, que en CUPA, las personas reportan mayores eventos negativos, síntomas físicos y afrontamiento de evitación.

Respecto a asilo, existen más condiciones medicas y la una elevada percepción de ambiente negativo como el reportado por Townsend (1992), refiere a que dentro de la institución, las personas viven en comunidad con muy poca privacidad y con escasa relaciones entre compañeros, lo que casi la mayoría prefiere mantenerse a la defensiva, sus movimientos son torpes o muy restringidos además de tener muy poco o nulo contacto con la sociedad en general.

La mayoría ya no tiene contacto con familiares o personas conocidas ajenas al asilo, por lo que se ha observado cierta despersonalización ya que poseen pequeñas oportunidades de desarrollo en algún talento o habilidad debido a que la mayoría presenta alguna atrofia o discapacidad motriz u orgánica. Algunos de ellos ya viven muy resignados sin interés en el futuro a corto o largo plazo, algunas veces se tornan apáticos, casi no conversan y tienen falta de iniciativas. Sus hábitos personales están descuidados y deteriorados (Tobbin, S.1976)

Es importante que para disminuir el estrés y los efectos que este tiene en la salud, la necesidad de que la población en general y grupos vulnerables sean habilitados en el manejo de estrés a través de cursos, entrenamiento de habilidades, solución de conflictos todo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de personas en general.

La importancia del estudio de los estilos de afrontamiento y como se ha revisado anteriormente radica en que el afrontamiento permite: regular la emoción, facilitar la toma de decisiones y las acciones directas para eliminar los estresores, a su vez, las conductas de afrontamiento también presentan cierta variabilidad debida en parte a las distintas respuestas de afrontamiento, a las características personales para reaccionar ante determinadas demandas situacionales, a las variables fisiológicas, conductuales, ecológicas (factores ambientales, físicos, sociales, características de la población, etc.) y a las variables disposicionales (actitudes, creencias, sentimientos, rasgos personales) (Lazarus, 1986).

Para Billings y Moos (1981), el afrontamiento ha sido definido como los intentos que realizan las personas para emplear sus recursos tanto personales como sociales con el fin de manejar el estrés y de realizar acciones concretas que les permita modificar las situaciones problemáticas (Aduna, 1998)

Es muy importante señalar que el afrontamiento no es un proceso estático, sino que cambia constantemente en función de los resultados obtenidos anteriormente y con la adquisición de nueva información.

El estilo de afrontamiento conductual activo (ACD), es predominante respecto al grupo de personas no institucionalizadas (CUPA), donde se observa que las personas reportan de forma significativa la ocurrencia de eventos negativos (EN), que se relacionan de forma consistente con los eventos de salida, presentando una alta relación entre análisis lógico (AL), búsqueda de información (BI) y resolución de problemas (RP).

Respecto al foco de afrontamiento de las personas institucionalizadas es importante destacar que tomando en cuenta su estilo de afrontamiento centrado en el (ACG) es un modelo de afrontamiento como el citado por Lazarus y Folkman (1986), conocido como un estilo de Afrontamiento centrado en el problema que es más susceptible de aparecer cuando tales condiciones (amenaza, condiciones lesivas o desafiantes) resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980).

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste: como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas basándose en su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. (Lazarus y Folkman, 1986),

Es decir este estilo de afrontamiento en personas institucionalizadas reveló un estilo afrontamiento Cognoscitivo Activo (ACG), en el cual el individuo analiza su evaluación sobre el evento problemático.

Se destaca el grupo de ancianos no institucionalizados reportaron en los indicadores del foco de afrontamiento; un índice de afrontamiento cognitivo activo muy similar al del asilo, se reportó un índice mayor de afrontamiento conductual (ACD) en cual guardó una relación consistente con el afrontamiento de evitación (AE), el cual, se presenta cuando la persona evita a toda costa, confrontar el evento problemático, reduciendo la tensión emocional mediante conductas tales como hacer más ejercicio, comer más, fumar más, etc, reportándose una mediana diferencia con respecto al asilo.

Aunque no existieron diferencias respecto al apoyo social recibido y al nivel de satisfacción en ambos grupos se puede deber a que las dos poblaciones son demasiado homogéneas y se resalta la necesidad de realizar investigación mas detallada comparando grupos de diversas edades y poder así, establecer un estudio de tipo longitudinal, tomando en cuenta por lo menos los últimos 15 años para conocer como era la red social del sujeto; es decir si antes era más grande o si ha disminuido a lo largo del tiempo. Es importante mencionar lo que reportó Dohenwend (1978), cuando sugiere que los apoyos sociales son factores que protegen a los individuos de consecuencias fisiológicas o psicológicas derivadas de la exposición a situaciones estresantes y que pueden disminuir el estrés psicológico.

Cobb (1976), menciona que las personas tienen sentimientos de ser cuidadas, queridas, estimadas y evaluadas, pertenecen a una red de comunicación y obligación mutua.

Fernández Ballesteros (1999), menciona que hay una asociación significativa entre la edad y el apoyo social, esto quiere decir que a partir de los sesenta y cinco años y conforme va avanzando la edad existe un número menor de contactos sociales, lo cual se puede esperar que a mayor edad menor apoyo social.

Se ha aceptado que el nivel de desórdenes psicológicos se podría decrementar si se aumentara la disponibilidad de apoyo social, el apoyo puede ser de índole emocional, cognoscitiva o material.

Considerando la literatura existente al apoyo social se mencionan tres tipos de apoyo social: el recibido por la familia, amistades y fuentes institucionalizadas de apoyo. Este último sirve como complemento de los anteriores o los sustituye cuando el individuo carece de apoyo familiar o de amistad (Hoffman, L. 1996).

Minkler (1985), demuestra que el apoyo social o la satisfacción de esta, tiene efectos importantes en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; Blazer (1982), muestra una relación inversa entre apoyo social y la ocurrencia de enfermedad e incluso la muerte.

En general, estas redes sociales favorecen la identidad social de las personas mayores y proporcionan apoyo tanto emocional como material, dicho apoyo puede también mejorar las condiciones de salud de las personas de la tercera edad. Considerando los diversos enfoques teóricos y como la literatura reporta, la importancia del apoyo social, como un factor que mitiga el estrés se sugiere la promoción en ambos grupos de programas y actividades donde se aprendan y mejoren de habilidades sociales, asertividad, autoestima e interacción para mejorar las habilidades sociales y denotar que la intervención psicológica deberá dirigirse hacia la sustitución o creación de redes sociales por medio de un club de jubilados o asociaciones, todo con el objetivo de mitigar los efectos del estrés en la salud.

Respecto al método de esta investigación se sugiere para próximos estudios ampliar la muestra de ambas poblaciones para obtener índices más precisos y más representativos de la población. Además sería importante la inclusión de una tercera población cuyas características sean pertenecer a una institución de apoyo, pero sin ser residente permanente de la misma (estancias de día, guarderías de la tercera edad), para conocer entre las tres poblaciones el tipo de afrontamiento, apoyo social y su impacto en la salud.

Capitulo 8

Conclusiones

CONCLUSIONES

Respecto a las dos poblaciones es relevante la necesidad de realizar investigación diferencial con instrumentos más sensibles que permitan discriminar las necesidades más relevantes (factores de riesgo y protectores particulares) que tienen ambas poblaciones.

Es decir para siguientes investigaciones y con el propósito de mejorar futuras intervenciones es importante considerar que la población no Institucionalizada (CUPA) requiere;

- a) La planeación estratégica de los recursos de la comunidad (pláticas y / o talleres en auditorios, espacios al aire libre con el objetivo de capacitar a la población con los beneficios de la inoculación de estrés, beneficios de la actividad física, etc).
- b) Detección de líderes.
- c) Grupos focales que se puedan monitorear a lo largo del tiempo.

Respecto a las personas que viven en las residencias deben de ser lugares de vida comunitaria donde los ancianos que tengan problemas o enfermedades que dificulten o hagan imposible su autonomía, encuentren un ambiente en el cual la realización de actividades se vean favorecidas.

Con el objetivo de mejorar el estado de salud; las condiciones médicas y la aparición de síntomas físicos es importante promover la prevención en este sector de la población y resaltar la prevención como una prioridad esencial, en el cual un examen médico puede ser útil a cualquier edad y más en la vejez.

Es importante la capacitación de las personas que trabajan con ancianos tanto en casa como en instituciones, necesitan un entrenamiento básico: practicantes y estudiantes de profesiones que brindan atención (tales como medicina, psicología, enfermería, y trabajo social), deben ser capacitados en gerontología, geriatría, psicogeriatría y enfermería geriátrica.

Finalmente es importante mencionar que para la elaboración de esta investigación, se contó con la experiencia recabada a lo largo de dos años en el proyecto de Internado en General en el área de Salud; este modelo de formación permitió adquisición de diversas habilidades profesionales como la solución de problemas, la detección y diagnóstico de necesidades en diferentes comunidades del Distrito Federal y en diversos escenarios tales como, escuelas, centros de salud, unidades habitacionales y centros comunitarios.

Esta experiencia enriqueció la formación profesional, ya que los elementos de este programa llevan a cabo actividades de planeación, elaboración, sensibilización, diagnóstico y tratamiento a diversas poblaciones (desde niños preescolares hasta personas de la tercera edad); con el objetivo de promover la prevención del riesgo de enfermar y el mantenimiento de la salud y así enfatizar la labor profesional que desempeña el psicólogo en el equipo del área de salud.

El producto final de estas estrategias es la plenitud de los ancianos.

Anexo

Prueba U-Mann – Whitney

La prueba U –Mann Whitney es una prueba no paramétrica para un nivel de medición ordinal con dos grupos de datos, es una prueba alternativa de la prueba “t” cuando los presupuestos de la prueba “t” no cumplen totalmente con los requisitos.

Prueba de la Ji Cuadrada (crosstabs).

La distribución de la ji cuadrada (X^2) se utiliza básicamente para:

1. Comprobar si una distribución de casos observados difiere significativamente de otra distribución.
2. Contrastar hipótesis estadísticas de igualdad en tablas de contingencia, es decir dependencia o independencia de variables con base en diferencias estadísticas y,
3. Contrastar la bondad de ajuste entre frecuencias esperadas y obtenidas.

Por otra parte, cabe señalar que la X^2 , dado que es un estadígrafo no paramétrico, no requiere de la hipótesis de datos provengan de una distribución normal, por lo tanto se puede utilizar en muestras de diversos tamaños.

Kruskal- Wallis

Se llama también análisis de varianza de una clasificación por rangos de Kruskal – Wallis o contraste de la H de Kruskal – Wallis. Es una prueba no paramétrica y es útil cuando se pretende demostrar si un grupo de muestras independientes depende o no de una misma población, comparando sus promedios; la única suposición que requiere es que la variable de estudio se base en una distribución continua, con la escala mínima de tipo ordinal (García de Alba, 1995).

COEFICIENTE DE CORRELACION DE SPEARMAN

El coeficiente de correlación de spearman (ρ), generalmente es apropiado para variables en escala ordinal. Este es un estadígrafo que mide el grado de relación entre dos comportamientos, dos características, o entre un comportamiento y una característica de un grupo de individuos. En otras palabras, el coeficiente de correlación mide específicamente el grado de relación entre dos variables.

El rango de valores posibles al calcular el coeficiente de correlación va desde más 1.0 hasta menos 1.0. Los extremos del rango de puntuaciones definen correlaciones perfectas positivas y negativas respectivamente.

El valor de las correlaciones positivas como negativas es:

- De (-) 0 a 0.25 = bajo
- de (-) 0.25 a 0.5 = medio bajo
- de (-) 0.5 a 0.75 = medio alto
- de (-) 0.75 a 1.0 = alto

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA AMBAS POBLACIONES.

En este apartado se muestran los resultados obtenidos en el cuestionario socioeconómico que se aplicó a la población en total, tomando en cuenta la población no institucionalizada y la institucionalizada.

En esta tabla se describen los porcentajes sobresalientes de ambos grupos obtenidos en el cuestionario sociodemográficos; se observa que la mayoría de la población pertenece al género femenino, el estado civil predominante de la población es viuda.

Tabla 1. Indicadores del instrumento sociodemográfico para ambos grupos.

Indicadores del instrumento sociodemográfico		CUPA	ASILO
Genero	Masculino	26.30 %	47.40 %
	Femenino	73.70 %	52.60 %
Edad	70 – 79 años	68.40%	47.40%
	80 – 89 años		47.40%
Edo. Civil	Viudo	76.30%	47.40%
Escolaridad	Primaria		78.90%
	Secundaria	28.90%	

Tabla 2. Rangos promedio y diferencias entre género con respecto a las escalas del instrumento Salud y Vida Cotidiana (HDL) en CUPA y asilo con un total de 10 hombres y 28 mujeres para cada población.

Escala	Género	Suma de rangos CUPA	Nivel de significancia (0.025) CUPA	Suma de rangos ASILO	Nivel de significancia (0.025) ASILO
CMT	Masculino	23.55	0.182	16.44	0.112
	Femenino	18.05		22.25	
SFT	Masculino	17.10	0.442	19.14	0.851
	Femenino	20.36		19.83	
HDT	Masculino	16.80	0.386	21.67	0.264
	Femenino	20.46		17.55	
SFUT	Masculino	20.00	0.883	20.78	0.515
	Femenino	19.32		18.75	
ACT	Masculino	17.70	0.568	17.42	0.276
	Femenino	20.14		21.38	
UMT	Masculino	20.60	0.732	15.00	0.017
	Femenino	19.11		23.55	
EN	Masculino	17.20	0.462	19.00	0.806
	Femenino	20.32		19.95	
ES	Masculino	19.50	1.000	19.50	1.000
	Femenino	19.50		19.50	

EP	Masculino	24.90	0.076	19.08	0.828
	Femenino	17.57		19.88	
ACG	Masculino	23.25	0.218	20.31	0.675
	Femenino	18.16		18.77	
ACD	Masculino	18.45	0.732	22.36	0.133
	Femenino	19.88		16.92	
AE	Masculino	22.45	0.334	21.06	0.426
	Femenino	18.45		18.10	
AL	Masculino	23.50	0.194	19.50	1.000
	Femenino	18.07		19.50	
BI	Masculino	16.40	0.317	19.64	0.942
	Femenino	20.61		19.38	
RP	Masculino	23.95	0.142	21.89	0.217
	Femenino	17.91		17.35	
RA	Masculino	20.70	0.708	21.19	0.377
	Femenino	19.07		17.98	
DE	Masculino	22.60	0.317	20.58	0.573
	Femenino	18.39		18.52	
AN	Masculino	19.90	0.909	18.47	0.593
	Femenino	19.36		20.42	

Apéndices

APÉNDICE B

A continuación se muestran las instrucciones en español SSQ, mismas que incluyen un ejemplo. Enseguida se muestra la traducción al español de los 27 reactivos del SSQ. El formato en que deben preguntarse los reactivos al aplicar es igual al que se muestra en la primera pregunta.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE SARASON

Las siguientes preguntas son acerca de personas que le brindan ayuda o apoyo. Cada pregunta tiene dos partes. En la primera parte, liste a las personas con las que cuenta o confía, excluyéndose a usted mismo, para ayudarle o apoyarle en la forma como describe cada pregunta. Escriba las iniciales de cada persona y el tipo de relación que tienen con usted (vea el ejemplo). No liste más de 9 personas por pregunta, ni más de una persona junto a cada número.

En la segunda parte, ponga un círculo o una cruz, que indique el nivel de satisfacción que tiene con el apoyo de todas las personas en general que mencionó en cada situación.

Si usted no cuenta con apoyo para alguna de las preguntas, marque la palabra "nadie", pero aún así evalúe su nivel de satisfacción. TODAS SUS RESPUESTAS SERAN CONFIDENCIALES.

EJEMPLO:

¿En quién confía para contarle información que pudiera ocasionarle a usted problemas?

Nadie	1) T. N (hermano)	4) T. N. (papá)	7)
	2) L. M (amigo)	5) L. M (empleado)	8)
	3) R. S (amigo)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco	satisfecho
3) un poco satisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho	

1. ¿ En quién puede realmente confiar cuando necesita alguien que lo escuche?

Nadie	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

¿Qué tan satisfecho está con el apoyo de todas las personas que nombró?

6) muy satisfecho	5) bastante satisfecho	4) un poco	satisfecho
3) un poco satisfecho	2) bastante insatisfecho	1) muy insatisfecho	

2. ¿Con quién podría contar para ayudarlo, si se peleara con un muy buen amigo y él / ella le dijera que no lo quería volver a ver?

3. ¿ En la vida de quienes cree que es una parte importante o integral?

4. ¿ Quién cree que lo ayudaría si se acabara de separar de su esposo (a) o novio (a)?

5. ¿ Quién cree que lo ayudaría en una de crisis, aún cuando implicara un esfuerzo para ellos?

6. ¿ Con quien puede hablar, sin necesidad de cuidarse de lo que dice?
7. ¿ Quién lo ayuda a sentir que tiene algo positivo que contribuir a los demás?
8. ¿ En quién puede confiar para distraerlo de sus preocupaciones cuando está estresado?
9. ¿ Con quién puede realmente contar cuando necesita ayuda?
10. ¿ En quién podría realmente confiar para ayudarlo si lo hubieran expulsado de la escuela o despedido de su trabajo?
11. ¿ Con quién puede ser totalmente usted mismo?
12. ¿ Quién siente que realmente lo aprecia como persona?
13. ¿ Con quién puede realmente contar para darle consejos útiles que eviten que cometa errores?
14. ¿ Con quién puede realmente contar para escucharlo sin críticas cuando habla de sus sentimientos más íntimos?
15. ¿ Quién lo apoya cuando necesita que lo consuelen o lo apapachen?
16. ¿ Quién lo ayudaría si un buen amigo suyo tenido un accidente y estuviera grave en el hospital?
17. ¿ Con quién puede realmente contar para hacerlo sentir más relajado cuando está bajo presión o está tenso?
18. ¿ Quién le ayudaría si un miembro cercano de su familia muriera?
19. ¿ Quién lo acepta totalmente, incluyendo sus mejores y sus peores aspectos?
20. ¿ Con quién puede realmente contar para cuidarlo o apoyarlo, independientemente de lo que este sucediendo?
21. ¿ Con quién puede realmente contar para escucharlo cuando está muy enojado con alguien más?
22. ¿ Con quién puede realmente contar para decirle, de forma amable y razonada, aquellos aspectos en los que necesita mejorar?
23. ¿ Con quién cuenta para ayudarlo a sentirse mejor cuando se siente muy deprimido?
24. ¿ Quién siente usted que realmente lo quiere profundamente?
25. ¿ Con quién puede contar para consolarlo cuando se siente muy alterado y preocupado?
26. ¿ En quién puede realmente confiar para apoyarlo cuando tiene que tomar decisiones importantes?
27. ¿ Con quién puede contar para ayudarlo a sentirse mejor cuando está muy irritable?

APÉNDICE C
ESCALA DE SALUD Y VIDA COTIDIANA
(HDL)
(FORMA A, R., 1984)

Nombre del Paciente _____ No de expediente _____

Fecha de Aplicación _____ Fase _____

SALUD EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES.

Le voy a leer una lista de enfermedades. ¿ Ha tenido alguna de ellas durante los últimos doce meses?

SI = 1. NO = 2.

- 1 _ Anemia
- 2 _ Asma
- 3 _ Artritis o reumatismo
- 4 _ Bronquitis
- 5 _ Cáncer
- 6 _ Problemas crónicos del hígado
- 7 _ Diabetes
- 8 _ Problemas con la espalda
- 9 _ Problemas con el corazón
- 10 _ Presión alta
- 11 _ Problemas del riñon
- 12 _ Tuberculosis
- 13 _ Ulceras
- 14 _ Embolia

A continuación se presenta una lista de síntomas físicos. En los últimos doce meses, ¿ Ha padecido alguno de ellos?

SI = 1. NO = 2.

- 15 _ Ha sentido debilidad
- 16 _ Ha sentido de repente calor en todo el cuerpo
- 17 _ Ha sentido que el corazón le late fuertemente
- 18 _ Ha sentido poco apetito
- 19 _ Se ha sentido inquieto
- 20 _ Se ha sentido preocupado
- 21 _ Ha sentido acidez estomacal o indigestión
- 22 _ Ha sentido escalofríos
- 23 _ Ha tenido las manos temblorosas
- 24 _ Ha tenido dolor de cabeza
- 25 _ Ha tenido estreñimiento
- 26 _ Ha sufrido de insomnio

A continuación se presentan algunas formas de cómo uno se siente a veces. ¿ En los últimos doce meses se ha sentido de alguna de las formas que a continuación le leeré?

SI = 1. NO = 2.

- 27 _ Ha sentido que no puede empezar ninguna actividad
 - 28 _ Ha sentido que se preocupa demasiado
 - 29 _ Ha sentido que su memoria no está del todo bien
 - 30 _ Ha sentido preocupaciones personales que le hacen sentir enfermo
 - 31 _ Ha sentido que nada le sale bien
 - 32 _ ¿Se ha preguntado si existe algo que todavía valga la pena?
 - 33 _ ¿ Fuma usted cigarros? (Si no es así, pase a la pregunta)
- SI = 1. NO = 2.

- 34 _ Actualmente ¿Cuánto fuma?
- 1) Más que el año pasado
 - 2) Lo mismo que el año pasado
 - 3) Menos que el año pasado

___ Por lo general, ¿Cuántos cigarros fuma a diario?

35 36

¿Ha sentido algún síntoma físico por fumar demasiado?

SI = 1. NO = 2.

- 37 _ Garganta irritada
- 38 _ Tos
- 39 _ Falta de aire
- 40 _ Otros

41 _ ¿Toma usted alguna bebida alcohólica? (Si no es así, pase a la pregunta 51)

42 _ ¿Con qué frecuencia tomó usted el mes pasado?

Nunca	Menos de una vez A la semana	Una vez a la semana	2 ó 3 veces a la semana	3 ó 4 veces a la semana	Diario
1	2	3	4	5	6

¿Ha sentido alguna dificultad durante el último por beber demasiado?

SI = 1. NO = 2.

- 43 _ Su salud
- 44 _ Su trabajo
- 45 _ Problemas de dinero
- 46 _ Discusiones familiares
- 47 _ Golpeó a alguien
- 48 _ Dificultades en el vecindario
- 49 _ Dificultades con la policía
- 50 _ Dificultades con amigos

En el siguiente listado se dan algunos adjetivos que las personas usan para describirse a sí mismas. Por cada adjetivo que le mencione ¿Cuál es el que lo describe mejor?

No me describe Nada 0	Me describe un poco 1	Me describe algo 2	Me describe bien 3	Me describe exactamente 4
-----------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------

- 51 _ Agresivo
- 52 _ Ambicioso
- 53 _ Seguro de sí mismo
- 54 _ Calmado
- 55 _ Confiado
- 56 _ Dominante
- 57 _ Accesible
- 58 _ Activo
- 59 _ Feliz
- 60 _ Extrovertido
- 61 _ Exitoso

¿Ha usado usted frecuentemente algunos de los medicamentos que le leeré, durante los últimos 12 meses?

SI = 1. NO = 2.

- 62 _ Pastillas para las alergias
- 63 _ Anfetaminas (Estimulantes)
- 64 _ Antibióticos
- 65 _ Antidepresivos
- 66 _ Aspirinas
- 67 _ Pastillas para la dieta
- 68 _ Laxantes
- 69 _ Pastillas para el dolor
- 70 _ Pastillas para dormir
- 71 _ Medicamentos para la digestión
- 72 _ Tranquilizantes
- 73 _ Vitaminas

AFRONTAMIENTO DE BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

Algunas veces, cuando las personas tienen problemas acuden a ciertas personas para solicitar ayuda. En los últimos 12 meses recibió ayuda de :

- 74 _ Sacerdote
- 75 _ Consejero familiar o matrimonial
- 76 _ Médico
- 77 _ Psiquiatra o psicólogo
- 78 _ Policías
- 79 _ Grupo de auto ayuda
- 80 _ Abogado
- 81 _ Su jefe o institución donde trabaja
- 82 _ Amigos

Esta es una lista de eventos que le pueden ocurrir a cualquiera. ¿Ha experimentado personalmente algunos de ellos durante los últimos 12 meses?

- 83 _ Cambio de casa
- 84 _ Perdió algo con valor sentimental
- 85 _ Muerte de algún amigo cercano
- 86 _ Problemas con amigos o vecinos
- 87 _ Se comprometió sentimentalmente
- 88 _ Se casó
- 89 _ Se separó
- 90 _ Reconciliación marital
- 91 _ Se divorció
- 92 _ Nacimiento de un niño en su familia inmediata
- 93 _ Dificultades con suegros o parientes políticos
- 94 _ Enfermedades serias o accidentes de un miembro de la familia.
- 95 _ Muerte de cónyuge
- 96 _ Muerte de un miembro de la familia cercana (excepto cónyuge)
- 97 _ Problemas con los superiores en el trabajo
- 98 _ Suspendido o despedido de su trabajo
- 99 _ Desempleado por un mes o más
- 100 _ Aumento considerable en la carga de trabajo
- 101 _ Fue promovido en el trabajo
- 102 _ Consiguió mejor trabajo (nuevo)
- 103 _ Aumento substancial en el ingreso (20%)
- 104 _ Decremento substancial en el ingreso (20%)
- 105 _ Se endeudó fuertemente
- 106 _ Su hijo entró a una nueva escuela
- 107 _ Su hijo se fue de casa
- 108 _ Su hijo regresó a casa
- 109 _ Un pariente se cambió de casa
- 110 _ Tuvo problemas legales
- 111 _ Tuvo problemas de alcohol o drogas
- 112 _ Fue asaltado o robado

INDICES DEL MÉTODO DE AFRONTAMIENTO

Elija el problema más importante de los que usted señaló antes y dígame ¿cuál es?

Si no ha tenido ninguno de estos problemas, mencione otro sobre el cuál usted desee comentar

Indique por favor, ¿Cuál de las siguientes formas de actuar, que a continuación le mencionamos, empleó usted para tratar de resolver el problema?

No	Sí, 1 ó 2 veces	Sí, algunas veces	Sí, frecuentemente
0	1	2	3

113 _ Trató de saber más sobre la situación

114 _ Habló con su cónyuge o con otros parientes acerca del problema

115 _ Habló con un amigo acerca del problema

- 116 _ Habló con un profesionalista, abogado, o cura
- 117 _ Rezó por una guía o para darse valor
- 118 _ Se preparó para el peor de los casos
- 119 _ No se preocupó y pensó que todo saldría bien
- 120 _ Se desquitó con otras personas cuando se sentía enojado o deprimido
- 121 _ Trató de ver el lado bueno de la situación
- 122 _ Se ocupó con otras cosas para no pensar en lo sucedido
- 123 _ Formuló un plan de acción y lo llevó a cabo
- 124 _ Consideró varias alternativas para manejar el problema
- 125 _ Se guió por experiencias pasadas
- 126 _ No expresó sus sentimientos
- 127 _ Tomó las cosas como venían paso a paso
- 128 _ Trato de ver las cosas objetivamente
- 129 _ Pensó sobre la situación para tratar de comprenderla mejor
- 130 _ Se dijo cosas para ayudarse a sentir mejor
- 131 _ Intentó no precipitarse actuando impulsivamente
- 132 _ Se olvido del problema por un tiempo
- 133 _ Supo que había de hacer y se esforzó más para que funcionarán las cosas
- 134 _ Evitó estar con la gente en general
- 135 _ Se propuso que la próxima vez las cosas serían diferentes
- 136 _ Se negó a creer lo que había sucedido
- 137 _ Lo aceptó, no podía hacer nada
- 138 _ Buscó ayuda con personas o grupos que hubieran tenido experiencias similares
- 139 _ Negoció para rescatar algo positivo de la situación

Intento reducir la tensión

- 140 _ Tomando más
- 141 _ Comiendo más
- 142 _ Fumando más
- 143 _ Haciendo más ejercicio
- 144 _ Tomando tranquilizantes

INDICE DE FUNCIONAMIENTO Y RECURSOS SOCIALES

___ ___ Aproximadamente. ¿Cuántos amigos tiene, sin incluir los conocidos eventuales?

145 146

___ ___ ¿Cuántos amigos cercanos tiene? (personas con quién usted puede platicar sus problemas personales)

147 148

___ ___ ¿A cuántas personas conoce, de las cuales usted puede esperar ayuda real en tiempos difíciles?

149 150

151 ___ Pertenece usted a un círculo de amigos cercanos que se mantengan en contacto estrecho.

SI = 1. NO = 2.

Durante los últimos doce meses. ¿Ha asistido a algunas de las siguientes actividades?

SI = 1. NO = 2.

Familiares

- 152 _
- 154 _
- 156 _
- 158 _
- 160 _
- 162 _
- 164 _
- 166 _
- 168 _
- 170 _
- 172 _

Amigos

- 153 _ Evento atlético
- 155 _ Juegos de tablero (ajedrez, damas, domino)
- 157 _ Barajas
- 159 _ Concierto, ópera o museo
- 161 _ Pláticas por un largo tiempo
- 163 _ Ayudar en algún proyecto
- 165 _ Dar una vuelta caminando
- 167 _ Reunión de club u organización
- 169 _ Fiestas
- 171 _ Día de campo
- 173 _ Nadar o jugar fútbol

___ ___ Durante el último mes ¿Qué tan frecuentemente se reunió con uno o más amigos
174 175 (número de veces)

___ ___ Durante el último mes, ¿Cuántas veces visitó a sus familiares (Número de veces)
176 177

Las personas llevan a cabo sus tareas domésticas de diferentes formas. Durante el último mes, ¿Quién realizó las siguientes tareas en su hogar?

Siempre Usted	Casi siempre usted	Ud. Y otro por igual	Casi siempre otro	Siempre otro
1	2	3	4	5

- 178 _ Comprar la comida
- 179 _ Planear y preparar alimentos
- 180 _ Tirar la basura
- 181 _ Limpiar la casa
- 182 _ Hacer los trabajos pesados de la casa
- 183 _ Hacer reparaciones menores de la casa
- 184 _ Arreglar el jardín
- 185 _ Manejar los gastos
- 186 _ Decidir como se gasta el dinero
- 187 _ Llevar el coche al taller
- 188 _ Organizar las reuniones familiares
- 189 _ Ayudar a los niños con su tarea
- 190 _ Disciplinar a los niños

¿Alguno de los siguientes temas causa desacuerdo en la familia?

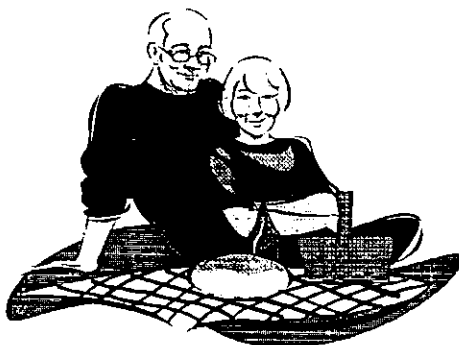
SI = 1. NO = 2.

- 191 _ Amigos
- 192 _ Parientes
- 193 _ Hábitos de manejo
- 194 _ La política
- 195 _ El dinero
- 196 _ El uso del carro
- 197 _ Ver televisión
- 198 _ Ayudar a las tareas de la casa
- 199 _ El sexo
- 200 _ Las drogas
- 201 _ El alcohol (la bebida)
- 202 _ Fumar cigarros
- 203 _ La disciplina
- 204 _ Las compras importantes

Le voy a mencionar pares de adjetivos que pueden describir su hogar. Por ejemplo, Ordenado – Desordenado. Si su hogar está muy ordenado, me indicará el número "1", si está muy desordenado me señalará el número "5". Por otro parte, si está entre muy ordenado o muy desordenado usted me indicará el "2", el "3" ó el "4", según el grado que usted considere que describe mejor su hogar.

205 _ Ordenado	0	1	2	3	4	5	Desordenado
206 _ Limpio	0	1	2	3	4	5	Sucio
207 _ Confortable	0	1	2	3	4	5	No confortable
208 _ Tranquilo	0	1	2	3	4	5	Ruidoso
209 _ Iluminado	0	1	2	3	4	5	Oscuro
210 _ De buen tamaño	0	1	2	3	4	5	Pequeño

APÉNDICE D
MANUAL DE ESTRÉS Y BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN EL ADULTO
MAYOR.



Manual de Estrés y Beneficios de la Actividad Física
en el
Adulto Mayor.

Psicólogas
Lorena Solís Iniesta
Karla X. Martinex Díaz

Facultad de Psicología
UNAM

Manejo de Estrés y Beneficios de la Actividad Física en el Adulto Mayor

INTRODUCCION

El estrés es la respuesta del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo, al tiempo que se concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta. Esta respuesta está al servicio de las funciones genéricas y adaptación al medio.

La aproximación a la comprensión del estrés basada en la situación estimular, se detiene esencialmente en la identificación de los aspectos del entorno que tienen un efecto adverso sobre el individuo (Weinman, 1987).

El objetivo básico de estos planteamientos estriba en la identificación de los estímulos de las condiciones estresantes, que afectan al individuo y en particular a las personas de la tercera edad. Suponiendo que la reacción del sujeto y las consecuencias adversas para la salud de los estímulos estresantes, guardan una relación lineal y proporcional con la intensidad y la cantidad de estresores que haya tenido que soportar una persona, durante un periodo de tiempo determinado.

Por lo que respecta a la identificación de estas fuentes de estrés o estresores (objetivamente considerados), podríamos clasificarlos de la siguiente manera: Factores biológicos, Factores psicosociales, factores del ambiente físico. Estos, ampliamente estudiados y sistematizados por autores conocidos como Holmes y Rahe (1967), (Social Readjustment Rating Scale SRRS) que mide la magnitud de algunos eventos que se sospechan anteceden al inicio de una enfermedad o la agravan, se encontró que los diez principales eventos estresantes en la vida del sujeto que comprometen especialmente su equilibrio y seguridad afectiva, económica, social, como serían:

- Muerte del esposo
- Divorcio
- Separación matrimonial
- Encarcelamiento o confinamiento en una Institución
- Muerte de un familiar cercano
- enfermedad o lesión personal grave
- Matrimonio
- Despido del trabajo
- Reconciliación matrimonial
- Jubilación

Tomando en cuenta los factores anteriores, es importante considerar que en la edad adulta tardía existen factores como los ya mencionados que deterioran la calidad de vida de las personas de la tercera edad.

El presente manual, tiene como objetivo la descripción de estrategias breves y sencillas que permitan a personas de la tercera edad y al personal de apoyo que participa con ellos (médicos, enfermeras, geriatras, trabajadoras sociales, etc.) coadyuvar en la disminución del control de estrés como una práctica que mejora la calidad de vida de toda la población en general.

Objetivos:

1. Definición del estrés.
 - 1.1 El participante conocerá el concepto de estrés.
 - 1.2 Qué situaciones generan estrés.
2. Impacto en la salud y Signos, síntomas y efectos del estrés.
 - 2.1 Área fisiológica.
 - 2.2 Área Motora.
 - 2.3 Área Emocional.
 - 2.4 Área Cognitiva
 - 2.5 Área Conductual.
3. ¿Cómo podemos relajarnos? Técnicas de Relajación.
 - 3.1 Relajación a través de respiración profunda.
 - 3.2 Relajación con imagen placentera.
 - 3.3 Relajación por posturas.
4. Estrategias para combatir el estrés: Actividad Física.
 - 4.1 Beneficios de la actividad física.
5. La planeación como una estrategia para lograr disminuir el estrés.

TEMA 1

1.1. Que es el estrés

Es la respuesta inespecífica del cuerpo a cualquier demanda específica del ambiente, el estímulo es amenazante y provoca respuestas fisiológicas. Folkman, (1984) define el estrés como una relación entre la persona y el ambiente el cual es evaluada como rasando o excediendo sus recursos y dañando su bienestar.

1.2 ¿Qué situaciones generan estrés?

Los eventos estresantes de vida han sido definidos como cualquier serie de circunstancias que requieren o que indican un cambio en el patrón de vida básico de un individuo.

Para una persona pueden existir uno o varios factores que lo estresen, pero alguno de estos factores puede ser más estresante que otros; entre las situaciones que generan estrés y se presentan con mayor frecuencia están:

- ✗ Desempleo.
- ✗ Enojos, malos entendidos.
- ✗ Problemas económicos.
- ✗ Enfermedad o muerte de algún ser querido.
- ✗ Problemas debido a estilos de vida inadecuados; la falta de ejercicio, falta de interés, etc .
- ✗ Problemas en las relaciones: aislamiento, agresión, indiferencia falta de compromiso.
- ✗ Problemas con el control del consumo de cigarrros, alcohol, alimentos prohibidos.

Los factores antes mencionados no son todos los que pueden generar estrés; sin embargo, lo principal es que el individuo conozca o identifique a partir de las características de su vida actual que factores o situaciones particulares le estresan.

2. ¿Qué signos, síntomas y efectos tiene el estrés?

El organismo tiene alteraciones cuando está estresado, algunas de ellas son:

2.1 AREA FISIOLÓGICA

- ▶ Latidos rápidos del corazón
- ▶ Se eleva la presión arterial
- ▶ Respiración acelerada
- ▶ Acidez estomacal
- ▶ Sudoración de las manos
- ▶ Tensión muscular
- ▶ Movimientos intestinales

¿Qué sucede si se expone a situaciones de estrés muy intensas o constantes?

Ante dichas circunstancias generalmente se afectan áreas tales como:

2.2 AREA MOTORA

- ☒ Tensión muscular
- ☒ Dolor muscular
- ☒ Tics
- ☒ Temblor de las manos

2.3 AREA EMOCIONAL

- ↪ Preocupación
- ↪ Enojo
- ↪ Sensación de desamparo
- ↪ Duda
- ↪ Frustración
- ↪ Tristeza
- ↪ Miedo
- ↪ Vergüenza

2.4 AREA COGNITIVA

- ☒ Falta de concentración
- ☒ Fallas en la memoria
- ☒ Decisiones equivocadas
- ☒ Obsesiones
- ☒ Bloqueo de ideas

2.5 AREA CONDUCTUAL

- ⊕ Comer más
- ⊕ Fumar más
- ⊕ Beber más
- ⊕ Aislamiento social
- ⊕ Agresividad
- ⊕ Drogadicción
- ⊕ Cambios en hábitos del sueño
- ⊕ Ausentismo laboral o en actividades.

¿Qué tan severas pueden ser las consecuencias del estrés agudo o crónico?

Esta forma habitual de reaccionar bajo situaciones de estrés pueden ser fatal para el ser humano, pudiendo llegar incluso a ser mortales. Ciertas enfermedades se han asociado con la aparición de enfermedades como:

- ↓ Diabetes
- ↓ Úlceras
- ↓ Enfermedades cardiovasculares
- ↓ Colitis nerviosa
- ↓ Migraña

Son las consecuencias que el estrés provoca en el organismo y son consecuencias de los cambios fisiológicos.

Es importante mencionar que la mala canalización del estrés provoca el deterioro y el empeoramiento de cualquier enfermedad.

TEMA 3

3. ¿Cómo podemos relajarnos? Técnicas de Relajación.

Existen varias técnicas para tomar el control de las situaciones que nos provocan estrés, estas nos ayudan a afrontar las emociones que nos hacen sentir estresados.

Estas técnicas son: 1) técnicas de relajación, de las cuales existen básicamente cuatro, las cuales se describirán a continuación, de estas técnicas pueden surgir muchas variantes. Y 2) Estrategias cognitivas, las cuales, nos permiten manejar los pensamientos negativos que exacerban el estrés. Estas estrategias se describirán en la presente sesión.

3.1 El participante conocerá y practicará la técnica de relajación a través de respiración profunda .

Técnica 1. Relajación a través de la respiración profunda.

La práctica de estas técnicas tiene como finalidad que usted se relaje y disfrute de los efectos de la relajación le proporciona; puede además ayudarlo a conciliar el sueño.

Instrucciones:

1. Disponga de un momento en el lugar que se encuentre de ser posible un lugar donde no haya distractores, colóquese en la posición más cómoda posible.
2. Cierre los ojos.
3. Centre su atención en su propio cuerpo.
4. Sienta su respiración y dirija su atención a esta : El aire será inhalado por la nariz pausadamente, lentamente, sienta como se llena de aire primero su estómago, luego su torác, y por último su pecho; puede imaginar como su pecho se llena de aire, retenga el aire 3 segundos (aumente el tiempo de retención progresivamente (4, 5, 6, segundos) sino le es posible disminuya el tiempo de retención y recuerde:

Relajarse, NO preocuparse, Relajarse NO preocuparse, relajar... etc.

3.2 El participante conocerá y practicará la técnica de relajación a través de imágenes placenteras.

Técnica 2. Relajación con Imagen Placentera.

La práctica de esta técnica es sencilla y no tiene contraindicación alguna.

Instrucciones:

1. Haga la descripción de una escena placentera, anote todos los detalles que pueda, cuanto más estimule esta escena a través de sus sentidos, será más accesible y efectiva la relajación. A continuación se le proporcionará algunos lineamientos para contemplar su escena placentera:

¿Dónde estaré?

¿Qué veré?

¿Qué escucharé?

¿Qué sentiré?

¿Qué aromas podré percibir?

2. Colóquese en una posición cómoda.
3. Cierre los ojos.

4. Respire profundamente para relajarse.
5. Imagine su escena placentera, trayendo en su guión, de su vida, hágalo real, piense en los detalles disfrutando la sensación de encontrarse en un lugar agradable. Al imaginarlo relájese.

3.3 El paciente conocerá y practicará la técnica de relajación a través de posturas

Técnica 3. Relajación por posturas

El terapeuta mencionará que no existen contraindicaciones, desarrollando cada uno de los pasos mencionados en las instrucciones.

Este tipo de relajación se utiliza en los momentos en los que estamos estresados, pero debido a la situación específica que nos tensa se nos dificultaría la realización de algunas de las otras técnicas previamente revisadas.

Esta técnica le permitirá identificar posturas que lo hagan sentirse más relajado. Una vez que sienta su cuerpo tenso habrá que pasar inmediatamente a la postura relajada.

Instrucciones:

1. Centre la atención en la respiración. Una forma inadecuada de respirar que resulta no relajante, es una respiración agitada, con inhalaciones cortas y abruptas. Si identifica que en momentos de estrés su respiración adquiere estas características le sugerimos cambiarla, le sugerimos una que le ayude a relajarse: **RESPIRE PROFUNDA Y LENTAMENTE**, concéntrese en esta forma de respirar más rítmica y pausadamente.
2. Postura relajante del cuerpo.- Si mantenemos el cuerpo tenso, con los músculos contraídos, en vez de relajarnos nos vamos a sentir cada vez más tensos. Pero si en cambio intentamos relajar la tensión de nuestros músculos **RECARGANDO EL CUERPO SOBRE ALGÚN APOYO**, concentrándonos y sintiendo que agradable es esta posición con los **MÚSCULOS RELAJADOS**, nos sentiremos mejor y capaces de hacer frente a situaciones difíciles que requieran de tomar decisiones o solucionar algún conflicto.
3. Posición de las manos y brazos.- Cuando mantenemos las manos muy apretadas o los brazos cruzados aplicando fuerza, nos sentimos tensos, en cambio soltar las manos,, nos relaja; mantenerlas en los antebrazos de las sillas o colocarlas sobre nuestras piernas, nos resulta relajante.

TEMA 4

4. Estrategias para combatir el estrés: Actividad Física.

4.1 Beneficios de la actividad física.

Coreil, Levine y Jaco (1985), mencionan comportamientos de riesgo para enfermedades y muertes accidentales, siendo los más comunes el uso del tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control del peso, y de la dieta, la realización de ejercicios físicos, el manejo de estrés y el uso de dispositivos de seguridad fundamentalmente cinturones en los asientos de automóviles.

En este aspecto se recomiendan dos acciones importantes para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad:

Actividad física, puede mejorar sensiblemente el funcionamiento y la apariencia física. Un programa razonable de actividades y ejercicios puede incrementar sus efectos benéficos y retrasar los cambios inútiles en la apariencia, la estructura y el funcionamiento del cuerpo.

Régimen alimenticio, es seguro que un régimen alimenticio apropiado, tanto por la cantidad como por la naturaleza de los elementos nutritivos que contenga, puede mantener al cuerpo con buena salud durante largo tiempo y las privaciones graves, aunque sean de corta duración, pueden provocar daños irreversibles.

Dentro del repertorio de las actividades físicas es importante mencionar que no es necesario una exagerada actividad física, la actividad moderada ha registrado cambios significativos en el estado de salud de las personas de la tercera edad.

Nota: Es importante que el participante sugiera actividades sencillas que pueda realizar cotidianamente y que conlleven a mantenerlo en constante actividad:

- ❖ Caminar
- ❖ Ejercitar los brazos
- ❖ Mover las piernas lentamente
- ❖ Mover con pequeños círculos la cabeza
- ❖ Abrir y cerrar nuestras manos.

* *La relajación por posturas siempre complementa las técnicas de relajación*

TEMA 5

La planeación como una estrategia para lograr disminuir el estrés.

Por último esta actividad tiene como objetivo que los participantes asistentes a la plática elaboren una lista de actividades posibles organizando su tiempo y así, bloquear las posibles fuentes de estrés.

Bibliografía

Referencias Bibliográficas

1. Aduna, M. P. (1998). *Afrontamiento, Apoyo Social y Solución de Problemas en Estudiantes Universitarios*. Estudio Experimental. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología UNAM.
2. Albino, J. E. (1983). *Health Psychology and primary prevention: Natural allies*. En: R.D.
3. Alvaréz, M. A. (1987). *Stress, un enfoque Psiconeuroendocrino*. Resumen de tesis en opción al Doctorado. Instituto Nacional de Endrocrinología, La Habana.
4. Barragán L., Cruz B., Fulgencio M., Barragán N., Ayala H., (1998). *Manual de Inoculación de Estrés*. México. Porrúa.
5. Beauvoir (1983). *La vejez*. México: Hermes Sudamérica. P. 33-47, 108-259.
6. Beekman, A. T, Kriegsman (1995). *The association of physical health depressive symptoms in the older population: age and sex differences*. Social Psychiatry Psychiatry. Epidemiologist: 30 pp. 32-38.
7. Beck, S. (1982). *Adjustment to and Satisfaction with Retirement*. Journal of Gerontology. Núm. 37 (5), pp. 19-23.
8. Berkman, L. Breslow, L., y Wingard, D. (1983), *Health Practices and mortality risk*. En L. F., Berkman y L. Breslow (comps.), *Health and ways of Living*. The Alameda County Study, Nueva York, Oxford University Press.
9. Bieliauskas, L. (1993). *Depressed or not depressed? That is the question*. Journal Clinical Exp. Neuropsychology. 15: 119-134.
10. Bloom, B.L (1988). *Health Psychology. A Psychosocial Perspective*. Englewood Cliff: Prentice Hay.
11. Bruce, M. L y Lea, P. J. (1989). *Psychiatric disorders and 15- month mortality in a community sample of older adults*. Am Journal Public Health 79: 727-730.
12. Brunner, S. (1994), *La escala de reajuste social (SRRS) de Holmes y Rahe en México.*, Revista Latinoamericana de Psicología., V.26 (2) p. 253-269
13. Buendía y Mira. *Estrés y Psicopatología*. Pirámide. Madrid. (1993)
14. Buendía, J., y Riquelme, A.(1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. España. Siglo veintiuno de España Editores.
15. Busse, E. W. (1987). *Primary and secondary aging*. In G. L. Maddox (Ed.), *The encyclopedia of aging* (p. 534). New York: Springer.
16. Caja de Herramientas Comunitarias (*Community Tool Box*). (1999) Universidad de Kansas y Facultad de Psicología UNAM.
17. Cannon, M. B. (196). *Body changes in pain, hanger, fear and rage*. Harper. New York.
18. CONAPO (1994). *Encuesta Nacional Sociodemográfica del envejecimiento*. México. 5-21, 125-136.
19. Coreil, Levine y Jaco (1985): *Life style. An emergent concept in the sociomedical sciences*. Culture, Medicine and Psychiatry. Vol. 9, 423-437.
20. Dean, R. y Lin, N. (1980). *Función del apoyo social en el amortiguamiento del estrés*. Actualidad en Psicología, Vol. 2, no. 1, 50-67.
21. Fajardo, G. (1983). *Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica*. Salvat Mexicana de Ediciones, S.A de C.V.
22. Feiner, L.A. Janson, J.N. Mortising, S.S. Farber (Eds): *Preventive Psychology: Theory research and practice*. Págs. 221-223. New York: Pergamon Press.

23. Fernández Ballesteros, R (1992). *Intervención psicológica en personas mayores*. En A. Reig y D. Ribera (comps), *Perspectivas en Gerontología y salud*. Valencia. Promolibro.
24. Fernández-Ballesteros, R., (1999). *Qué es la Psicología de la Vejez*. España, Biblioteca Nueva.
25. Fletcher, W y Hanson, R. (1991). *Assessing the Social Components of retirement Anxiety*. *Psychology and Aging*, núm. 6 (1), pp.76-85.
26. Fontana, A. F., Hughes, L. A., Marcus, J. L., y Dowds, B. N. (1979). *Subjective evaluation of life events*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 47, 906-911.
27. Fredman, L. (1989). *The association between depressive symptoms and mortality among older participants in the epidemiological catchments area- Piedmont health Survey*. *Journal Gerontology* 44 S149-156.
28. Friedman, H. (1989) *Health Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
29. Fry, P. S. (1991). *Psychological Perspectives of Helplessness and control in the elderly*. Amsterdam. Morth Holland.
30. Hayflick, L. (1974). *The stratregy of senescence*. *Gerontologist*, 14 (1), 37-45.
31. Havighurst, R. J. (1968). *Disengagement and patterns of aging*, en Neugarten (comp), *Middle Age Aging*, Chicago, Univ. of Chicago Press.
32. Hoffman, L., Paris, S., Hall, E., (1996), *Psicología del Desarrollo Hoy*. SEXTA Edición, Vol. 2, España, McGraw Hill Interamericana de España, S.A.
33. Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). *The social readjustment rating scale*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
34. INEGI (1995). *Dirección General de Estadística*. Distrito Federal
35. Katona, C. L (1997). *New antidepressants in the elderly*. In *Advances in Old Age Psychiatry: Chromosomes to Community Care*. Peters field: Wrightson Biomedical Publishing. (Pp. 143-160).
36. Kayser-Jones, J. A. (1982). *Institutional structures: Catalysts or barriers to quality care for the institutionalized aged in Scotland and the U.S* *Social Science Medicine*, 16, 935-944.
37. Kemper, P & Murtaugh, C.M. (1991). *Lifetime use of nursing home care*. *New England Journal of medicine*, 324 (8), 595-600.
38. Kunkel, S. R., & Aplebaum, R. A. (1992). *Estimating the prevalence of long-term disability for an aging society*. *Journal Gerontology*, 47 (5), S253-260.
39. Labrador y Crespo. *Estrés. Trastornos psicofisiológicos*. Eudeva. Madrid, (1993).
40. Lalonde, M (1988). *Health services managers or managers of health*. The Andrew Patullo Lecture, *Journal of health Administración Education*, 6:1, 71-83 Winter.
41. Lam, D. H y Power, M. (1991). *A questionnaire designed to assess roles and goals: a preliminary study*. *Journal Medical Psychology*. 64:359-373.
42. Langer, E., & Rodin, J. (1976). *The effects of choice and enhanced personal responsibility in an institutional setting*. *Journal of personality and Social Psychology*, 34 (2), 191-198.
43. Lazarus, R.S., Coyne, J.C., y Folkman, S. (1982). *Cognition, emotion, and motivation*. The doctoring of Humpty - Dumpy. En R.W. J. Neufel (Ed), *Psychological stress and psychopathology*. New York: McGraw-Hill.
44. Lazarus, R y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca. Barcelona.
45. Matarazzo, J. D. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine*. *Frontiers for new health psychology*. *American Psychologist*, 35, 807-817..
46. Meichenbaum D., (1988), *Prevención y Reducción del Estrés*. España, Desclé de Brouwer S.A

47. Meichenbaum y Turk (1982). *Psychological stress and psychopathology*. McGraw-Hill. New York.
48. Mishara, B.L y Riedel, R., (1986) *El proceso de envejecimiento*. Madrid, Morata. P75-81.
49. Monat, A., Averill, J. R., y Lazarus, R. S. (1972). *Anticipatory stress and coping reactions under various conditions of uncertainty*. *Journal of personality and social Psychology*, 24, 237-253.
50. Montero, M y López Lena (1998) *Soledad y Depresión*. La psicología social en México. AMEPSO, Volumen VII. 62-67 pp.
51. Mora, F., Hersch, P., (1984), *Introducción a la Medicina social y salud*, México, UAM-X, capítulo 2.
52. Morales Calatayud, F. (1991). *La promoción de salud como problemas de la psicología en la atención primaria*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Vol. 7, No. 4, 362-370
53. Morales, F., (1997) *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México. Unison
54. Morales Calatayud, F., Piña, J. A (1995). *La psicología y la salud al final del siglo XX: aproximación crítica desde la psicología como disciplina y profesión*. *Revista Psicología y Salud*. Universidad Veracruzana, Vol. 6, diciembre.
55. Muñoz, Alvarado, y cols. (1999) *Medicina Interna y Módulo de Geriatria*. Hospital General de Zona No. 27 IMSS. México D.F.
56. O.M.S (Organización Mundial de la Salud) (1979): *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
57. Papalia, D., y Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. México. Mc Graw Hill. Págs 7-8..
58. Pick S, y Aguilar J. (1999). *Planeando tu vida*. Séptima edición., Grupo Editorial Planeta., México
59. Pillemer, K., & Moore, D. W (1989). *Abuse of patients in nursing homes: Findings from a survey of staff*. *Gerontologist*, 29 (3), 314-320.
60. Ridruejo, A (1997). *Psicología Médica*. McGraw-Hill. México (pp. 269-278).
61. Sarason, I. G. Y Sarason B. R. (1985). *Social Support: Theory, Research and applications*, Dordrecyt, Martinus Nijhoff.
62. Sánchez, C. D. (1996). *Trabajo social y vejez. Teoría e intervención*. Ed. Hvrmanitas. Buenos Aires. Sarason, I., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
63. Sarason, I. G., Sarason, B. R. & Shearin, E. N. (1986). *Social support as an individual difference variable: Its stability, origins and relational aspects*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.
64. Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). *Interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.
65. Sarason I., (1996), *Psicología Anormal, El problema de la conducta inadaptada*, Prentice Hall, Hiapanoamericana, 7ª. Edición, México.
66. Seyle, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill. New York.
67. Schaie, K.W (1989). *The hazards of cognitive aging*. *Gerontologist*, 29(4), 484-493.
68. Schaie, K.W (1991). *Adult personality and psychomotor performance: Cross-sectional and longitudinal analysis*. *Journal of gerontology*, 46(6), p275-284.
69. Stadtman, E. R. (1992). *Protein oxidation and aging*. *Sciencie*, 257, 1220-1224.
70. Steinbach, U. (1992). *Social networks, institucionalization, and mortality among elderly people in the United States*. *Journal of gerontology*, 47(4), S183-190.

71. Terras, S., (1994), *Estrés*, Madrid Tutor S.A (ed),
72. Tobin, S. Neugarten (1961). *Life Satisfaction and social Interaction in the Aged*. Journal of Gerontology 16, pp. 344-346.
73. Vázquez, J. (1988). "La edad avanzada en Puerto Rico". *Escuela Graduada de Salud Pública*. Universidad de Puerto Rico (documento sin publicar).
74. Wallace, D.C. (1992). *Mitochondrial genetics: A paradigm for aging and degenerative diseases?* Science, 256, 628-632.
75. Wolinsky, F.D., & Johnson, R.J. (1992). *Widowhood, health status, and the use of de health services by older adults: A cross-sectional and prospective approach*. Journal of Gerontology, 47 (6), S304-312.
76. Wrubel, J., Benner, P., y Lazarus, R. S. (1981). *Social Competence from the perspective of stress and coping*. En J. Wine y M. Syme (Eds.), *Social Competence*. Nueva York: Guilford.
77. Young, J. B. (1989). *Effects of retirement on aspects of Self-perception*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, núm. 9 (1), pp. 67-76.
78. Zinser, O. (1992). *Psicología Experimental*. Mc graw Hill Interamericana. México