



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Carrera de Psicología

LOS CONSTRUCTOS PERSONALES SOBRE LA VEJEZ: CONOCIENDO
EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO A PARTIR DE LOS 30 AÑOS EN LOS
ALREDEDORES DE LA COLONIA CUCHILLA PANTITLÁN

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

PADILLA GARCÍA FABIOLA

JURADO DE EXAMEN:

DIRECTORA: Lic. Blanca Isabel Salazar Hernández

COMITÉ: Lic. Juan Carlos Del Razo Becerril

Mtra. Otilia Aurora Ramírez Arellano

Lic. Virginia Amalia Vázquez Téllez

Lic. Juan José Saldaña Castillo



CIUDAD DE MÉXICO

ENERO, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

DEDICATORIA

“Somos lo que hacemos con lo que hicieron de nosotros”

Paul Sartre

“Yo soy yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”

Ortega y Gasset

Agradezco a la vida por permitirme vivir esta experiencia, este trabajo representa uno de mis grandes sueños desde que era pequeña, es el inicio para lograr grandes metas, siempre rodeada de personas leales y sinceras. En este trabajo muestro mi empeño, dedicación, perseverancia y algunos temores, pero al final logre concluirlo.

Mamá ¿qué sería mi vida sin ti?, te amo infinitamente; gracias por cada beso, abrazo, caricia, regaño, consejo, tú mi gran y mejor maestra que pude tener en la vida, te amo mamá y gran parte de este trabajo no se hubiera realizado sin tu atosigamiento, pero aquí están los resultados tan añorados por años, eres el impulso que muchas veces me levanto y la que no juzga mis decisiones sino me ayuda a lograrlas.

Papá, el súper héroe más real que tengo en mi vida. Estoy infinitamente orgullosa de ti, de cómo has logrado sacarnos adelante, gracias por demostrarme que poco a poco se logra lo que uno se propone, gracias por poner altas expectativas en mí, considero que pasito a pasito te he demostrado que sí puedo. Te amo infinitamente papá, gracias por mantener tu distancia, pero sin dejar de estar pendiente de mí.

Ray!!! Mi amado y torpe hermano, aunque nos llevamos muchos años sabes que te amo con todo mi corazón y que este trabajo también va dedicado a ti, porque eres lo mejor que me pudo pasar en la vida cuando tenía 11 años; recuerda, si yo puedo, tú también, porque mi respaldo siempre lo tendrás, así que lucha porque nada es tan fácil, todo requiere tiempo, esfuerzo y dedicación.

Alfonso, mi vida, mi amor!! Te has vuelto una inspiración para que pudiera concluir este proyecto, este es el inicio para que logremos todo lo que hemos planeado, infinitamente gracias al destino y más, gracias a ti por aceptarme en tu presente, sin duda alguna quiero compartir de ahora en adelante cada logro y caída contigo, eres mi complemento, mi obsesión, mi motivación para seguir avanzando y tener un bienestar a tu lado, aquí está una prueba más de que lucharé para tener lo que deseamos.

Eder, primo!! Gracias por estar en cada situación alegre y decepcionante conmigo, por escuchar cada locura y acierto, por todos estos años de amistad y sobre todo por la lealtad que has demostrado, te quiero hartito, ha sido grato compartir muchos momentos contigo y los que aún nos faltan. Grisel, mi pollito adorado, valoro tanto tu amistad, mi gran amiga de la universidad, has sido de gran ayuda tu presencia en mis momentos de crisis, admiro tu dedicación ante la vida, gracias por seguir a mi lado.

Que decir de mi Delis, la hermana mayor que nunca tuve, pero que encontré hace muchos años, gracias por tu amistad recuerda que en las buenas y en las malas estaré contigo, amigas hasta ser chochitas. Alfredo, mi sapito, una persona que siempre ha creído en mi trabajo, por fin lo logre!!! Gracias por haber sido parte del proceso, sabes que te quiero mucho y valoro tanto tu presencia.

A mi tío Israel, a mis primos Axel, Juan, Eduardo, los amo, gracias por todos los momentos compartidos, experiencias, risas, lágrimas y sobre todo borracheras, ¿qué haría yo sin hombres como ustedes?, siiiii sería la persona más aburrida del mundo.

A mis dos ángeles, mi niña Anel, que a pesar de tenerte tan poco tiempo a mi lado, te volviste mi foco de atención, me recordaste que la vida se va en un instante. A ti mi monstruo Israel, daría tanto por tenerte aquí en este momento a mi lado y solo recibir una sonrisa y un abrazo tuyo, pero aprendí que hasta el último momento hay que andar con la frente en alto, siempre pa'lante y nunca pa'tras,

A mi tutora Blanca por apoyarme en este proyecto, respetar mis ideas y orientarme en la medida de lo posible, gracias por hacerme reconocer ciertas capacidades. A Vicky por su apoyo y aliento en cada decisión; Saldaña y Juan Carlos por su apoyo en el trabajo, compartirme conocimientos y apoyarme a cada momento.

A Centro Xquenda por permitirme laborar y continuar desarrollando mis habilidades como psicóloga y sobre todo por las amistades que he hecho.

Y no podía faltar el agradecimiento a la UNAM, por permitirme ser parte de esta institución, pero agradezco más a la FES ZARAGOZA que fue la que me cobijo casi 5 años de mi vida, donde adquirí las habilidades, conocimientos y aptitudes para lograr formarme como psicóloga.

ÍNDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. ¿Qué es el envejecimiento?	11
1.1. Aspectos Biológicos del Envejecimiento	14
1.2. Aspectos Psicosociales del Envejecimiento	16
1.3. Aspectos Sociodemográficos del Envejecimiento	17
1.4. Teorías del envejecimiento	19
1.4.1. Teoría de los Radicales Libres	20
1.4.2. Teoría de la Actividad	22
1.4.3. Teoría del ciclo vital	23
CAPÍTULO 2. Envejecimiento Activo	25
2.1. ¿Cómo envejece México?	28
2.2. Condiciones de los adultos tempranos en la Delegación Venustiano Carranza	33
CAPÍTULO 3. Antes de la vejez: Adultez Temprana	37
3.1. Desarrollo físico	39
3.2. Desarrollo cognoscitivo	42
3.3. Desarrollo psicosocial	43
3.4. Salud	44
3.4.1. Hábitos alimenticios en la población	45
3.4.2. Ejercicio físico	48
3.5. Participación	52
3.5.1. Condiciones laborales	52
3.5.2. Servicios Médicos	55
3.5.3. ¿Cómo veo la vejez?: percepción de los adultos	58
3.6. Seguridad	62
3.6.1. Bienestar y calidad de vida	62
3.6.2. Valorándome: Autocuidado	68

CAPÍTULO 4. Constructivismo: Antecedentes históricos	72
4.1. Teoría de los constructos personales de George Kelly	75
4.1.1. Técnica de la Rejilla	80
CAPÍTULO 5. Metodología	83
Propósitos	83
Objetivo	83
Método	83
RESULTADOS	85
DISCUSIÓN	104
CONCLUSIONES	108
PERSPECTIVAS	109
REFERENCIAS	110
ANEXOS	115

“Los constructos personales sobre la vejez: Conociendo el envejecimiento activo a partir de los 30 años en los alrededores de la colonia Cuchilla Pantitlán”

Resumen

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo e inevitable. En la población mundial el número de personas mayores de 60 años asciende a 650 millones de personas. Un proceso que a pesar de saber que ocurrirá, las personas no generan los cuidados preventivos llegando con múltiples enfermedades crónico degenerativas a la vejez que limitan sus actividades diarias. En esta investigación cualitativa se trabajó con 4 personas de 30 a 45 años de edad, con un nivel educativo de secundaria o preparatoria terminada y un trabajo que no proporciona seguridad social, Desde la Teoría de los Constructos Personales de George A. Kelly se utilizó la Técnica de la Rejilla para conocer la idiosincrasia acerca del envejecimiento, esta técnica dio resultados cuantitativos y cualitativos. En los cuantitativos se hallaron correlaciones entre el yo-ideal, yo-otros, ideal-otros utilizando el programa Record.5 que maneja un análisis factorial, la correlación yo-ideal permitió identificar el nivel de autoestima, hallando que tres personas tienen un nivel bajo. En los cualitativos se encontró que los constructos más usados fueron feliz-triste, enfermo-salud, bueno-malo y estable-carente.

INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa del ciclo vital del ser humano, comienza a partir de los 60 años. El proceso de envejecimiento es un fenómeno que se da en toda persona incluso en cosas inanimadas y comienza desde el nacimiento hasta la culminación de la muerte o destrucción; este puede llevar un curso normal o acelerarse por el estilo de vida que lleven las personas.

El estilo de vida es un aspecto de la actividad diaria, se construye con la interacción que cada persona va teniendo en su medio de formación, desde su infancia hasta la vejez formando una idiosincrasia que permite tomar decisiones respecto a cómo quiere vivir, analizando y modificando hábitos en este.

Una persona es el resultado de un proceso histórico-social que usa el lenguaje para adquirir conocimientos que le permitan interactuar con el medio tanto social como cultural. Estos le permiten formarse en diversos contextos funcionales y significativos.

La personalidad se forma a partir de las relaciones con el medio social que le toca vivir a cada persona, creando constructos personales que le permitirán interactuar en la realidad, utilizando su percepción hasta dar una interpretación de lo que la persona ha vivido y experimentado, a esto se le conoce como constructivismo; la conducta, pensamientos y sentimientos del ser humano estarán determinados por los constructos que utiliza para anticipar o predecir los acontecimientos de su vida diaria.

Al adquirir las funciones mentales superiores que desarrollará en el proceso de sociabilización, la persona se ubica en una sociedad determinada por una cultura concreta, las funciones estarán dadas por la forma de ser de esa sociedad. El conocimiento es resultado de la interacción social y adquieren conciencia de su persona, aprendiendo el uso de símbolos y significados que dan apertura a la forma de dirigirse en el ciclo vital; es decir, de elegir el modo de vida que han idealizado es el adecuado a su realidad.

México es considerado un país desarrollado. En el ámbito laboral, las personas trabajan en horarios pocos flexibles que provocan se modifiquen los roles en hombres y mujeres, esto conlleva que el índice de natalidad disminuya provocando un incremento en la población de personas adultas mayores, sin dejar de lado la desigualdad de género y etnia.

Debido a la necesidad por obtener ingresos económicos provoca que se modifiquen los hábitos alimenticios; es decir, no se ingieren alimentos a la hora adecuada, se omiten comidas o se ingieren alimentos procesados o chatarra que sólo contienen azúcar y grasas promocionándose en los medios de comunicación masiva y con el tiempo dichos productos deterioran los órganos del cuerpo humano dando pie a un envejecimiento acelerado y enfermedades degenerativas.

Factores como los mencionados son los que provocan que al llegar a la vejez no se disfrute de esta etapa por las limitaciones que ya se presentan, debido al estado de salud, deteriorando la calidad de vida en las personas adultas mayores. Se deben tomar medidas en la población de treinta años en adelante para promover un envejecimiento activo desde edades tempranas. Además de que en esta edad las personas hacen una revaloración de lo que han hecho con su vida, poniendo a prueba si las construcciones que tienen de salud y autocuidado les son funcionales y si estas les permitirán tener una calidad de vida a futuro.

En el capítulo I, se presentarán los diversos aspectos biológicos, psicosociales y sociodemográficos del envejecimiento para conocer cómo se desarrolla este proceso en el cuerpo humano, así como las teorías del envejecimiento que sustentan esta investigación.

En el capítulo II se definirá el concepto de envejecimiento activo, el cual es de importancia para esta investigación, así como los pilares para desarrollar este concepto, como ha envejecido la población mexicana y las condiciones actuales de las personas futuras a envejecer.

En el capítulo III se describirá el desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial de la adultez temprana, término que se usará en el resto de la investigación, posteriormente se detallarán los pilares del envejecimiento activo enfocados desde esta población.

El capítulo IV explicará desde el constructivismo de George A. Kelly la teoría de los constructos personales con la cual se analizarán los diversos constructos personales enfocados al envejecimiento usando la Técnica de la Rejilla, teoría con la que se sustenta esta tesis.

Por ultimo en el capítulo V se describirá la metodología que se usó para analizar la técnica de rejilla, obteniendo resultados cuantitativos y cualitativos, uno de las correlaciones relevantes fue la de YO-IDEAL la cual permite identificar el nivel de autoestima, en esta investigación, se encontró que tres de ellas el nivel es bajo.

CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES EL ENVEJECIMIENTO?

Actualmente objetos, animales y humanos se deterioran con el paso del tiempo, sufriendo cambios continuos a lo largo de los años. El ciclo vital de los humanos comienza con el nacimiento y posteriormente declina hasta llegar a la muerte, este periodo de declinación se llama envejecimiento y este es la única afección que todos comparten (Hayflick, 1999).

La longevidad es la tasa máxima de vida de una especie, Fernández (2000) explica que esta expectativa de vida es el número real de años de un ser vivo, estará delimitada por factores exógenos, micro y macroambientales. La esperanza de vida al nacer en el 2012 era de 72.7 años (WHO, 2014).

Define Fernández (2000): “el envejecimiento, desde un punto de vista operativo, es el resultado del paso del tiempo, del desgaste mecánico de los órganos y estructuras corporales y de los procesos programados del propio organismo”

El envejecimiento es un proceso gradual y adaptativo caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática, debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo (Mendoza, 2000).

Este proceso se manifiesta de manera diferente y con distinta intensidad en cada persona. A partir de los 60 años se considera a un humano Persona Adulto Mayor (PAM). La clasificación de los PAM es:

- 60 a 74 años: Ancianos jóvenes
- 75 a 84 años: Ancianos viejos
- 84 a 99 años: Ancianos longevos
- Mayores de 100 años: Centenarios

En cuanto a las edades explica Popolo (2001) que se habla de una edad biológica, subjetiva y social. La edad biológica es el transcurso de la vida y son aquellas acciones que se relacionan con políticas de salud las cuales están dirigidas a prevenir, retardar o atenuar los problemas físicos y mentales derivados de la edad, esto debe iniciar desde edades tempranas, como la infancia y darle un seguimiento del estado de salud, nutrición y estilo de vida hasta el fin del ciclo vital.

La edad subjetiva hace referencia al envejecimiento psicológico y la forma en que la persona asume su edad biológica; es decir, personas de 30 años pueden sentir la vitalidad de un joven de 20, o por la apariencia física (arrugas, canas) pueden percibirse como viejos. Y la edad social es aquella que determina el comienzo de la vejez a partir de actividades formales o pautas sociales y culturales, como la jubilación.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mejora de los servicios de la salud en países desarrollados y en desarrollo, reflejan un incremento de la población de 60 años o más. A nivel mundial la cifra de esta población es de 650 millones y se calcula que, en el 2050, alcanzará los 2000 millones (WHO, 2014).

Esto implica nuevos retos para cada nación, ya que se requiere de la formación de profesionales que puedan brindar atención, prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad, así como de políticas que favorezcan la sustentabilidad y el desarrollo de servicios y entornos para las futuras personas mayores.

Cada persona vive el proceso de envejecimiento de diferentes maneras, ya que intervienen factores de carácter hereditario, sexo, estilos de vida, relaciones afectivas, entre otros (González, 2010).

Múltiples variables pueden afectar al desarrollo humano, se identifican algunas variables internas y externas, estos cambios de comportamiento o adaptaciones que se van adquiriendo en el desarrollo de cada persona dependerán de lo que demanda la cultura o sociedad.

Este desarrollo se puede clasificar en tres ámbitos según Pérez y Navarro (2011):

- Biofísico: estudia el desarrollo físico, motor, sensorial y contextual que pueden afectar en la maduración de la persona.
- Cognitivo: estudia el pensamiento y las capacidades intelectuales, así como los procesos y contextos que los estimulan.
- Sociafectivo: estudia la manera de relacionarse y de expresar emociones.

Estas variables al conjugarse en el proceso de desarrollo dan varios tipos de envejecimiento de acuerdo a los factores de riesgo que se adquieran reflejándose en la salud (González y Ham-Chande, 2007).

- *Envejecimiento ideal*: las personas de este grupo son completamente capaces en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria; no se les ha diagnosticado ninguna enfermedad crónica; se perciben en muy buen estado físico; su deterioro cognitivo no está presente, y llevan un estilo de vida positivo.

- *Envejecimiento activo*: a estas personas se les ha diagnosticado alguna enfermedad crónica; presentan dificultad en alguna actividad; consideran su estado de salud bueno; no tienen deterioro cognitivo, y su factor de riesgo es bajo.

- *Envejecimiento habitual*: personas que presentan más de una enfermedad crónica; perciben su estado de salud regular; tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente, y tienen factores de riesgo bajo o medio.

- *Envejecimiento patológico*: las personas de este grupo presentan una mala autoevaluación del estado de salud; tienen deterioro cognitivo y se les ha diagnosticado enfermedades crónicas. Los factores de riesgo en este tipo de envejecimiento no hacen diferencia, ya que el estado de salud está afectado en varias dimensiones, cualesquiera que sean los hábitos y comportamientos. En este grupo se encuentran esencialmente personas cuya sobrevivencia depende de terceros.

Más adelante se retomará el concepto de envejecimiento activo, ya que es el que se considera de relevancia para la investigación.

1.1. ASPECTOS BIOLÓGICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Desde la esfera biológica, se encuentran teorías que se centran en las causas y los factores de envejecimiento. Según Timiras y Hudson (1993, citados en Martínez, 2005), el envejecimiento biológico es definido como una disminución en la competencia fisiológica; es decir un incremento en la vulnerabilidad a los cambios ambientales, agregando que todos estos cambios tienen repercusiones en el plano psicológico y en el comportamiento.

El proceso del envejecimiento se compone de una pérdida natural de algunas funciones que son características, pero no son enfermedades, como: pérdida del cabello, menopausia, menor agilidad, algunos fallos de memoria, etc. Este proceso afecta a todos los órganos y sistemas de las personas, dichos cambios son personales, por lo tanto, todos envejecen de diferente manera y ritmo, por esto el envejecimiento es asincrónico.

A continuación, se resumen los cambios más significativos en un envejecimiento ideal o saludable (Gramunt, 2010; Pérez y Navarro 2011; Rodríguez, 2006).

	CAMBIOS
Boca y dientes	Perdida proporcional de papilas gustativas. Movilidad de dientes y disminución de saliva.
Sistema digestivo	Disminución en la movilidad del esófago e intestinos y secreción acida del estómago.
Sistema cardiovascular	Vasos sanguíneos se vuelven rígidos, se forma tejido fibroso en el corazón, la frecuencia cardiaca y fuerza de contracción disminuye.
Sistema respiratorio	Disminución en la elasticidad, debilitamiento de los músculos respiratorios, limitando los movimientos de inspiración y expiración.
Sistema nervioso	Disminuye el tamaño del cerebro en un 10%, debido a la pérdida de neuronas, disminución en la velocidad de conducción.
Sistema renal	Disminución en el número y tamaño de células renales.
Sistema musculo esquelético	Disminución en el tamaño y tono muscular, pérdida de fuerza muscular entre un 20 y 30%, disminución en la estatura, pérdida de dureza.
Sistema endocrino	Disminuye la función inmunitaria, deficiencia en la insulina, la producción de hormonas sexuales disminuye,
Piel	Disminución en tamaño y función de glándulas que producen sudor, células que producen pelo y uñas,
Ojos	Disminución en el tamaño de funcionamiento y glándulas lagrimales, disminución en la elasticidad del cristalino.
Audición y equilibrio	Adelgazamiento y resequedad de la piel en los pabellones auriculares, la membrana timpánica pierde su elasticidad.
Olfato, gusto y fonación	Disminución en el número y tamaño de papilas gustativas y las células olfativas.

1.2. ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL ENVEJECIMIENTO

En un envejecimiento óptimo existe un declive y enlentecimiento de diversas capacidades cognitivas, estos cambios surgen de manera lenta y continúa. Todos estos elementos hacen que la personalidad se modifique, de acuerdo al modelo de afrontamiento que usen.

Mishara y Riedel (2000, citados en González, 2010) mencionan que la personalidad del anciano debe abarcarse desde la evolución interna (pensamientos, emoción y concepción de sí), comportamiento externo (respuesta ante nuevas y pasadas situaciones) y ambiente externo.

Las funciones psicológicas presentan diversos cambios: A nivel cognitivo, el enlentecimiento en el proceso de la información dará como resultado un letargo en las respuestas que pueden manifestarse en fatiga intelectual, pérdida de interés, dificultades de concentración. La memoria reciente es la más afectada, la memoria a largo plazo se conserva (González, 2010). Desde la percepción de las personas estos cambios surgen de manera rápida lo que les dificulta la adaptación, creando un desajuste entre lo que la persona se siente capaz de realizar y lo que la sociedad le estipula que debe hacer.

En las capacidades sensorio-perceptivas, el cristalino se vuelve más grueso perdiendo plasticidad, capacidad de acomodación y profundidad del campo; los desarrollos de cataratas oscurecen la visión. En la capacidad auditiva se pierde la percepción de altas frecuencias o sonidos agudos; el gusto disminuye y pueden perder el apetito; la adaptación a anteojos o prótesis auditivas a veces no es fácil y los llevan a aislamientos.

A nivel emocional la persona puede experimentar sentimientos de estancamiento, aburrimiento, empobrecimiento personal, desesperación, tristeza, irritabilidad, aceptación y/o adaptación a las nuevas circunstancias dependiendo de sus habilidades de interiorización y redes de apoyo.

En el ámbito social las pérdidas se ven reflejadas en los cambios de roles personales y sociales, es decir; en los roles personales es de suma importancia la adaptabilidad para enfrentarse a ser abuelo, perder a su cónyuge, abandonar el hogar, el nido vacío, etc.; en el social principalmente se enfrentan a la jubilación que como repercusión trae la limitación de ingresos económicos, de contacto con los otros y afrontación ante prejuicios.

El entorno social es fundamental para cualquier persona, al envejecer implica perder o disminuir la función en múltiples actividades. El apoyo que toda persona puede recibir son tres según Rodríguez (2006): a) Instrumental, son los bienes materiales y servicios que brindan a cuestiones prácticas; b) emocional, se relaciona con actividades donde pueda ser respetado, amado, valorado e integrado en una red social y c) de estima, se refiere a disponer de alguien con quien poder platicar sus múltiples emociones.

Retomando esta postura, se le da una importancia al autoconcepto y la autovaloración, ya que estos elementos permitirán que las personas se han capaces de reconocer limitaciones y alcances logrando una adecuación. Como refiere González (2010): “la identidad es la integración de conocimiento que la persona posee de su potencial físico y mental, de sus motivos y objetivos, roles sociales y limitaciones”.

1.3. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ENVEJECIMIENTO

Actualmente se habla de un envejecimiento poblacional, que requerirá en un futuro demandas sociales y económicas. De acuerdo a datos de la OMS, los indicadores en los servicios de la salud han mejorado, reflejándose en el incremento de la población de 60 años o más.

A nivel mundial la cifra de esta población es de 650 millones; se calcula que en el 2050 alcanzará los 2000 millones y alrededor del 80% de las muertes corresponderá a personas de más de 60 años (WHO, 2014).

El envejecimiento mundial exigirá aportaciones económicas, sociales y de salubridad para brindar las medidas de apoyo adecuadas a las personas adultas mayores y

que logren vivir sanas y activas de acuerdo a su contexto. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), informa que la población total en las Américas es de 953, 686, 000 personas y su esperanza de vida al nacer es de 76.4 años en los habitantes. A su vez está desarrollando estrategias para mejorar las capacidades nacionales, fortalecer la salud y el bienestar de las PAM.

El envejecimiento demográfico es caracterizado por el aumento de la población de 60 años en la población total, dado por una transición demográfica. Dicha transición demográfica se divide en cuatro etapas:

- Etapa 1: Las tasas de mortalidad y natalidad son altas, debidas a pobres condiciones sanitarias y de inseguridad alimentaria.

- Etapa 2: Disminuye la tasa alta de mortalidad y se mantiene la natalidad, lo que es conocido como el boom demográfico, esto se caracteriza por las mejoras en sistemas de salud y mecanización de los cultivos.

- Etapa 3: La población de 60 años aumenta por el uso prevalente de anticonceptivos y cambios culturales.

- Etapa 4: Surge un régimen demográfico moderno, donde las tasas de natalidad y mortalidad disminuyen.

De la transición demográfica surge un concepto llamado bono demográfico; en el cual la dependencia entre la población económicamente activa y la dependiente es equitativa; es decir, el grupo de personas en un rango de 15 a 64 años tiene la capacidad de trabajar (Patriota, 2010). Para aprovechar el bono demográfico en cada país deberían contemplarse cuatro acciones:

1. Incentivar la inversión productiva
2. Promover un ambiente social y económico estable

3. Promover inversión en educación y salud
4. Aumentar las oportunidades de empleo

Otro aspecto a considerar es la relación de dependencia demográfica que se crea; esto es, el peso que tienen los niños y adolescentes con los adultos mayores sobre la población en edades intermedias; en el documento técnico “diagnóstico sociodemográfico del envejecimiento” (CONAPO, 2011), se explica que existe un supuesto de que jóvenes y viejos dependen de los adultos en edades intermedias, debido a que son los que cuentan con la capacidad y actividad para brindar apoyo familiar, social y económico.

Por lo tanto, para poder afrontar este fenómeno, los gobiernos, organizaciones y sociedad civil pueden promover un envejecimiento activo, ya que muchas personas de la tercera edad continúan trabajando en sectores formales e informales; de esta manera se podrían retardar envejecimientos patológicos que son costosos tanto para la persona, familia y sector de salud.

1.4. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

Explica González (2010), Martínez (2005) y Rodríguez (2006), que se pueden dividir las teorías en dos grupos: a) estocásticas, los procesos que condicionan el envejecimiento ocurrirán de un modo aleatorio e irán acumulándose en el transcurso del tiempo como consecuencia de agresiones procedentes del medio ambiente; y b) no estocásticas, basadas en mecanismos genéticos. El envejecimiento se dará según normas predeterminadas. Sin embargo, debe aclararse que el envejecimiento es el producto de diversas variables, una teoría es insuficiente para explicar dicho proceso

Para explicarlo han surgido múltiples teorías del envejecimiento, estas se refieren al proceso de envejecimiento primario que implica cambios graduales e inevitables que aparecen en los diversos miembros de una especie. A fines de investigación se han seleccionadas las siguientes por la aproximación con las características actuales de la población.

1.4.1. TEORÍA DE LOS RADICALES LIBRES

Una teoría destacada haciendo referencia a los aspectos biológicos del envejecimiento es la teoría de los radicales libres. Fue propuesta por Harman en 1956, se da por una reacción química compleja que se produce cuando ciertas moléculas sensibles de las células reaccionan con el oxígeno y se separan para formar elementos sumamente reactivos o radicales libres, dichas reacciones producen alteraciones bioquímicas no programadas, ya que reaccionan con distintas moléculas, alterando la composición de esta última y por consiguiente su función quedará defectuosa (Sánchez y Mendoza, 2003).

Harman en 1981 (citado en Hayflick, 1999) mencionó que el envejecimiento es la acumulación de déficits biológicos que surgen como consecuencia de la edad, elevando la probabilidad a enfermedades y a la muerte. Cuando un radical libre se une con otra molécula ocasiona un desastre; ya que puede desactivar o funcionar erróneamente. “La teoría del envejecimiento de los radicales libres descansa en el descubrimiento de que estos no sólo forman los pigmentos de la edad, sino que también producen entrecruzamientos en algunas moléculas y dañan el ADN” (Hayflick, 1999).

Los radicales libres trabajan con los antioxidantes que funcionan como inhibidores, dichas sustancias impiden que el oxígeno se combine con las moléculas susceptibles de formar radicales libres nocivos. La participación del oxígeno (O_2) en muchas reacciones genera radicales libres, algunos de estos radicales son contrarrestados por antioxidantes manteniendo una homeostasis. Sánchez y Mendoza (2003) destacan que estos antioxidantes actúan como escudo que evitan que los radicales ataquen a otras células, pueden ser endógenos o exógenos; los antioxidantes exógenos más comunes son la vitamina A, C y E.

Pero también hay factores pro-oxidantes que favorecen la generación de radicales libres provocando un desequilibrio como el tabaquismo, alcoholismo, contaminación ambiental, radiación ultravioleta, disminución de horas de sueño, ejercicio físico extenuante, alimentación inadecuada, género masculino, consumo de drogas, estrés psicológico y la edad avanzada. (Sánchez y Mendoza, 2003).

Los radicales libres son componentes normales de la fisiología celular y son fundamentales en la homeostasis; como en los mecanismos inmunológicos, tono vascular, tensión de oxígeno en la ventilación pulmonar y otros procesos. Las células humanas sufren diariamente alrededor de 10,000 reacciones de radicales libres que pueden aumentar por factores pro-oxidantes generando estrés oxidativo.

El estrés oxidativo se genera al perder el equilibrio entre los antioxidantes y los radicales libres, lo que conduce que las células envejecan y lleguen a la muerte. El daño oxidativo se asocia a múltiples enfermedades como cáncer de pulmón y piel, falla renal, hepatitis, diabetes mellitus, Alzheimer, Parkinson, incremento en la presión arterial, cataratas, degeneración en retina, etc.

Un organismo actúa ante situaciones de estrés para mantener la homeostasis, pero cuando la alostasis (proceso de adaptación a desafíos estresantes) es continua, el proceso se vuelve deficiente, surgiendo padecimientos infecciosos y crónico-degenerativos. El humano experimenta durante el ciclo vital cuatro fases donde la alostasis es diferente. Una vez que se obtuvo madurez estructural; esto sucede alrededor de los 25 años y termina aproximadamente a los 44, se habla de un comienzo del envejecimiento

Entre los antioxidantes exógenos se encuentra la dieta mediterránea, aportando un equilibrio entre el estrés oxidativo, ya que esta dieta es considerada una de las combinaciones más equilibrada, completa y saludable; entre sus características destaca (Gramunt, 2010):

- Uso del aceite de oliva para cocinar
- Consumo abundante de frutas, verduras, legumbres, frutos secos, pan, pasta y arroz.
- Elección preferente de alimentos frescos y locales.
- Consumo de pescado en abundancia (mínimo 2 veces por semana) y huevos (no más de 3-4 veces por semana)
- Consumo de pequeñas cantidades de vino (tinto) con las comidas.

1.4.2. TEORÍA DE LA ACTIVIDAD

Desde las teorías psicosociales Birren (1988, citado en Martínez, 2005) argumenta que el envejecimiento es la transformación del organismo humano tras la edad de madurez física, disminuyendo la supervivencia y presentándose una transformación del aspecto, conducta, experiencia y roles sociales. De igual forma González (2010), menciona que los sociólogos, psicólogos y gerontólogos han elaborado diversos modelos donde el objetivo ha sido entender la influencia de factores culturales y sociales.

En la teoría de la actividad, la base es que el ajuste a la vejez se produce con éxito si los individuos conservan un nivel de actividad similar al de etapas anteriores de su vida. Es decir, que busquen o reemplacen las actividades anteriores para conservar un sentido positivo de ellos mismos, de no ser así la persona se vuelve inadaptada y alienada de la situación y de sí mismo.

Define Rodríguez (2011) que entre las actividades que se presentan con el envejecimiento es la jubilación, ya que las personas dejan de ser productivas económicamente. Es decir, a las PAM se les priva de diversos roles, sin embargo, se reconoce que las actividades sociales juegan un rol de amortiguador porque permiten la adaptación a la pérdida de los roles adquiridos, rescatando el autoconcepto.

Dicha teoría sustenta la relación entre las actividades y el bienestar subjetivo. Lemon, Bengston y Peterson (citados en Acosta, Dávila, Rivera y Rivas, 2010) dicen que las actividades se dividen en tres dominios:

1. Actividades sociales informales: Contacto frecuente con niños, nietos, familiares, amigos, salir de viaje, etc.
2. Actividades sociales formales: Participación frecuente en grupos de adultos mayores, cuidar enfermos, tomar clases de manualidades, etc.

3. Actividades solitarias: Lectura frecuente de libros o periódicos, ver la televisión, escuchar la radio, etc.

Sin embargo, el bienestar subjetivo se logra cuando la persona disfruta realizar dichas actividades, es decir, tiene la movilidad de su cuerpo y redes sociales de apoyo o se encuentra en un envejecimiento activo, ideal o habitual; en estas condiciones la persona es capaz de adaptarse a los cambios sociales que lo rodearan, sintiéndose productivo.

1.4.3. TEORÍA DEL CICLO VITAL

La teoría del ciclo vital permite tener una visión temporal y social de las experiencias de vida de cada persona, encontrando características del estado de salud; esta perspectiva permite analizar los riesgos físicos y sociales durante la gestación, niñez, adolescencia, edad adulta que permiten evaluar los riesgos de padecer múltiples enfermedades y las afecciones a futuro (OMS, 2000).

El enfoque otorga importancia al proceso de la persona, tanto biológico, psicológico, afectivo y social; reconociendo que el ambiente y la persona interactúan activamente para la construcción y autorregulación de su desarrollo (Urbano y Yumi, 2005).

Un factor determinante son las condiciones socioeconómicas durante el ciclo de la vida ya que determinan riesgos de salud, este permitirá que la persona decida realizar modificaciones en su salud o exponerse a factores nocivos (OMS, 2000).

Urbano y Yumi (2005) señalan que la persona debe mantener un papel activo ya que no solo requiere de un ajuste homeostático, sino de las estrategias de afrontamiento, ya que durante los diversos estadios de desarrollo debe reconstruir esquemas de percepción de la realidad y de sí mismo, reconstruyendo su identidad para alcanzar una integridad.

Entonces la capacidad funcional (Fig. 1) aumenta en la niñez, llega a su máximo en los adultos jóvenes y comienza un descenso (OMS, 2000).

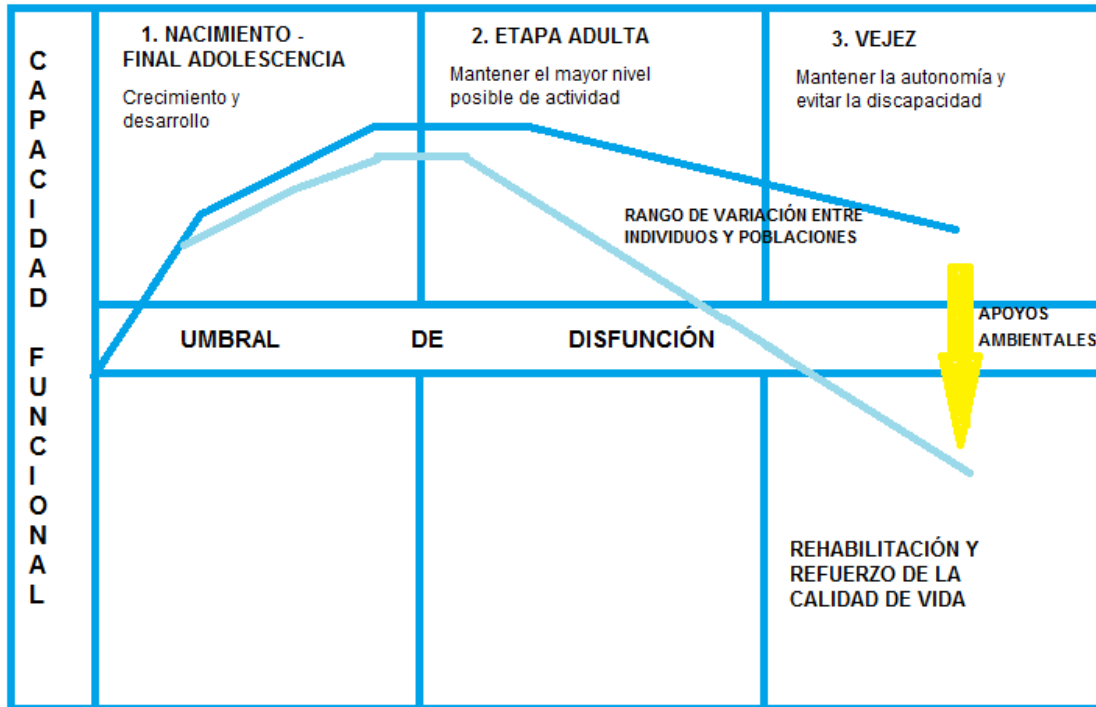


Fig. 1 Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital de Kalache y Kickhusch 1997.

La disminución en la capacidad funcional se ve afectada por factores en los estilos de vida como tabaquismo, consumo de alcohol, drogas, actividad física y alimentación, la capacidad funcional puede disminuir tan bruscamente que llega a provocar discapacidades prematuras, sin embargo, eliminando alguno de los factores mencionados y aumentando otros se reduce el riesgo.

CAPÍTULO 2. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El Envejecimiento Activo (EA) parte de la demografía de la población, es decir, los adultos mayores aumentan mientras que la niñez y la juventud disminuye. La OMS afirma que los programas de envejecimiento activo, son necesarios y efectivos para compensar el envejecimiento, ya que involucra a sectores del gobierno, sociedad, seguridad, sector salud y organizaciones (Rodríguez, 2011).

Se prevé que, en el 2050, alrededor del 80% de las muertes corresponderán a personas de más de 60 años y las personas mayores que no pueden valerse se cuadruplicará, perdiendo la capacidad de ser autónomos, limitados por la movilidad, debilidad y problemas de salud físicos y mentales, necesitando atención sanitaria por muchos años (WHO, 2014).

Esto implicaría que en la última etapa de la vida los gastos sanitarios aumenten debido al prematuro desgaste orgánico, pero cuanto más se aplaza la muerte los costos podrían reducirse, siempre y cuando se lleven cuidados adecuados a lo largo del ciclo vital logrando un envejecimiento ideal o activo.

El envejecimiento saludable comienza con hábitos adecuados en fases anteriores a la etapa de la vejez. Cuidar la salud a lo largo de la vida ayuda a reducir, evitar o retrasar las enfermedades crónicas no transmisibles como cardiopatías, accidentes cerebrovasculares o cáncer (WHO, 2014). Pero esas enfermedades también deben ser detectadas y tratadas a tiempo con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias; además, quienes padezcan una enfermedad avanzada necesitarán cuidados y apoyo prolongado.

Lo mencionado anteriormente puede lograrse a través de un envejecimiento activo. “El envejecimiento activo es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002).

El termino activo alude a la participación continua de la persona de forma individual o colectiva, en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales, deportivas, cívicas y laborales, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra mejorando la calidad de vida favoreciendo su salud, participación y seguridad (INFORME TFM. 2013 y OMS, 2002).

Este paradigma pretende que las personas mantengan autonomía, independencia y calidad de vida, de esta manera cada persona puede planificar su vida permitiéndole potencializar su bienestar físico, mental, emocional y social a lo largo de todo el ciclo vital (Camacho, Gámez, Flores y Guerrero, 2010).

La OMS (2002) detalla los conceptos del paradigma de la siguiente manera:

-Autonomía: capacidad percibida de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir al día de acuerdo con las normas y preferencias propias.

-Independencia: capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, es decir, recibiendo poca ayuda o ninguna de los demás.

-Calidad de vida: percepción individual de la propia posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive y en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones.

Actualmente el planteamiento del EA se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores, viéndolos desde una perspectiva de igualdad de trato y oportunidades, no solo como personas pasivas y sumisas. Los niños de ayer son los adultos de hoy y serán los abuelos de mañana; la calidad de vida que obtendrán dependerá de los riesgos y oportunidades que experimenten en su ciclo vital, así como del soporte que brinden las generaciones posteriores (OMS, 2002).

Para la OMS (2002) los pilares del envejecimiento son tres: salud, participación y seguridad, los cuales los define así:

-Salud: cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen en niveles bajos, y los factores protectores son elevados, las personas disfrutan de más años y calidad de vida. Permanecerán sanas y podrán manejar sus propias vidas cuando envejezcan.

-Participación: las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, laborales, de empleo, de la educación y sanitarios fomenten su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, de acuerdo con sus derechos humanos básicos, capacidades, necesidades y preferencia.

-Seguridad: cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y su asistencia en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se apoyará a las familias y a las comunidades en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Si la persona logra darse cuenta que, al realizar modificaciones en sus actividades o rutinas, puede continuar realizando actividades significativas, un adulto podrá llegar a la vejez con planes de trabajo y con la energía suficiente para lograrlo (Camacho, et al., 2010).

Para fomentar el EA el sector sanitario debe conocer la perspectiva del ciclo vital completo para promover la prevención de las enfermedades y obtener un acceso equitativo en la atención primaria. La capacidad funcional, respiratoria, fuerza muscular y rendimiento vascular llegan al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando posteriormente, pero agentes externos como el estilo de vida, adicciones, nivel de ejercicio físico, pueden generar una discapacidad prematura (OMS, 2002).

Debe ser un objetivo mantenerse en condiciones saludables todo el ciclo vital, no hay que esperar a tener 65 años o a comenzar a padecer enfermedades para decidir hacerlo, sin embargo, esto es una educación preventiva que aún no se tiene en la mayoría de la población mexicana, actualmente el enfoque es mantener o controlar lo que ya está dado.

2.1. ¿CÓMO ENVEJECE MÉXICO?

En México, hasta hace dos décadas comenzó el interés por el envejecimiento, ya que este es un problema social que produce otros fenómenos no vistos o analizados con anterioridad. La vejez siempre ha existido; lo que hace que el interés incremente es por la cantidad de habitantes que aumentan en esta situación, la transición demográfica está llegando mucho antes al país, el cual es considerado un país en desarrollo, por lo tanto, recae la preocupación porque en países desarrollados les tomó uno o dos siglos llegar a este punto.

El país se ubica en una transición demográfica moderada, de acuerdo al índice de envejecimiento demográfico el cual muestra los cambios en la estructura poblacional; el país se ubica entre un 20% y 32% por lo tanto, se encuentra en la etapa dos de transición. Sin embargo, México tiene diversos retos en cuanto al aprovechamiento del bono demográfico, ya que existe una disminución de la población en edad productiva, existe carencia en la generación de empleos y hay un estancamiento económico poniendo en riesgo la seguridad social; dice Gutiérrez (2010) “con personas en nuestro México viviendo más y procreando menos hijos, tenemos que estar preparados para enfrentar el nuevo desafío del envejecimiento demográfico”

A continuación (fig. 2) se observa como esta relación va modificándose en el curso de los años; donde la relación demográfica se divide en dos: a) relación de dependencia demográfica de la vejez (RDDV) y b) relación de dependencia demográfica juvenil (RDDJ).

RELACIÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA. MÉXICO, 1930-2050

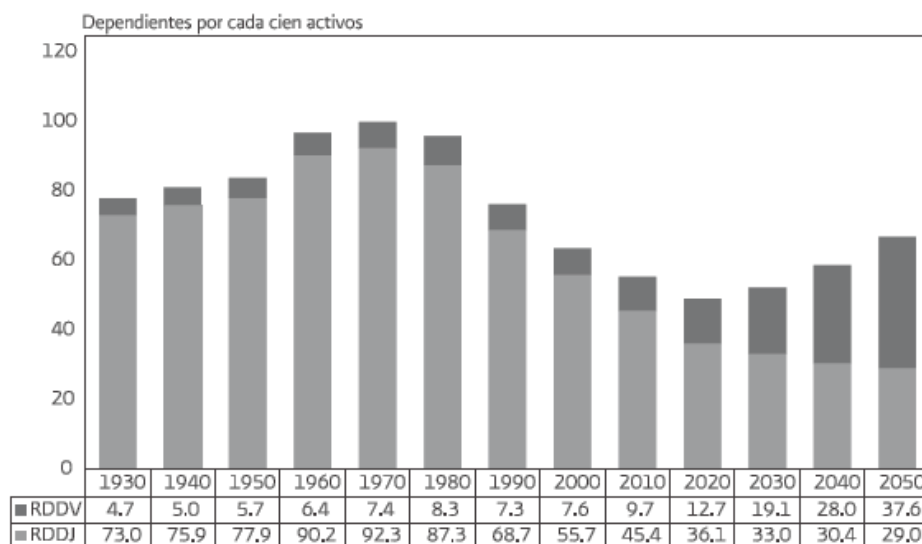


Fig. 2 Fuente: IX Censo General de Población, 1970. Tabulados básicos, población media. INEGI. Documento electrónico. INEGI (2011). Censo de Población y Vivienda, 2010.

Es decir, el sector de la Población Económicamente Activa (PEA) en cierto momento no podrá satisfacer los gastos y necesidades de ambos grupos, un factor sería por la falta de trabajos lo suficientemente remunerados y la infraestructura inadecuada con la que se cuenta.

Refiere Patriota (2010), que desde el enfoque de los Derechos Humanos se brindan diversas recomendaciones para integrar a las personas de la tercera edad al contexto social, uno de ellos hace énfasis en promover la salud y la prevención a través de todo el ciclo vital, especialmente durante las edades reproductivas, de esta manera se promoverá el envejecimiento activo, mencionado anteriormente.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó que la población de 60 años y más en el 2010, fue de un 4.2% en hombres y 4.9% en mujeres. En el caso de la población de 30 a 44 años, los hombres representan al 10.2% y las mujeres el 11.2%; en algunos años estas personas pertenecerán a las cifras de adultos mayores y tendrán necesidades o dependencias directas o indirectas del sector en edad de trabajar.

De manera prospectiva se dice que el incremento en el grupo de edad de 15 a 64 años se dará hasta el 2020, en este año alcanzará su máximo nivel, posteriormente descenderá (Fig. 3), de igual forma se observa como el número en la natalidad será menor en el 2050 que en 1970, y el aumento que habrá en la población de 65 años y más.

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD EN MEXICO 1970-2050

AÑOS	ABSOLUTOS			RELATIVOS				
	TOTAL	0 A 14	15 A 64	65 Y MÁS	TOTAL	0 A 14	15 A 64	65 Y MÁS
	TOTAL							
1970	48 868 482	22 583 947	24 469 256	1 815 279	100.0	46.2	50.1	3.7
1980	67 384 234	30 077 463	34 433 429	2 873 342	100.0	44.6	51.1	4.3
1990	83 971 014	32 784 784	47 706 864	3 479 366	100.0	39.0	56.8	4.2
2000	98 438 557	33 574 814	60 272 424	4 591 319	100.0	34.1	61.2	4.7
2010	112 442 215	32 920 897	72 480 801	7 040 517	100.0	29.2	64.5	6.3
2020	119 838 455	29 090 985	80 520 261	10 227 209	100.0	24.3	67.2	8.5
2030	125 329 961	27 183 476	82 433 758	15 712 727	100.0	21.7	65.8	12.5
2040	127 800 047	24 533 710	80 651 588	22 614 749	100.0	19.2	63.1	17.7
2050	127 258 806	22 170 417	76 392 768	28 695 621	100.0	17.4	60.1	22.5

Fig. 3. Fuente: INEGI. Estimación del Consejo Nacional de Población Media 1980-2000. INEGI(2011)

En la tasa de natalidad se indica que en el 2011 hubo 2, 586, 287 nacidos. Y en lo que respecta a la tasa de mortalidad existieron 590, 693 defunciones las cuales 332, 646 fueron hombres y 257,468 mujeres. En cuanto a las causas de defunción, las principales enfermedades son: del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos, del hígado y cardiovasculares.

El Consejo Nacional de Población (CONAPO) dice que en el 2010 existieron 5 decesos por cada mil habitantes, en comparación a 1980 donde hubo 7 muertes por cada mil personas; esto se logró por la mejora en drenajes, las campañas de vacunación en recién nacidos, entre otras. En cuanto a la tasa de natalidad de 1980 a 2010 se redujo en un 49%, esto debido al aumento en el uso de anticonceptivos y a la incorporación de la mujer en el trabajo. La población en edad laboral de 15 a 64 años asciende a 71.5 millones de personas lo que representa el 66% de la población en el 2012.

Explica la CONAPO que en 1980 de 429 mil defunciones el 45.7% fue por enfermedades no transmisibles, para el 2007 fueron 75.4%. La segunda causa de muerte en adultos de 25 a 44 años fueron enfermedades cardiovasculares con un 11.4%, y con un 8% por diabetes mellitus.

Sin embargo, en el grupo de 65 años y más los decesos son por las enfermedades cardiovasculares, el 32.1% en hombres y el 35.2% en mujeres. El 14.3 por ciento para hombres y el 17.9 por ciento para mujeres lo provoca la diabetes mellitus. Infiriendo que las enfermedades crónicas no transmisibles son adquiridas en etapas anteriores a la vejez, no tratadas adecuadamente y no detectadas en etapas previas.

Respecto a esto, en el 2009 el Lic. Fernando Francisco Gómez Mont Urueta (citado en Gutiérrez, 2010, p. 24), secretario de gobernación y presidente de CONAPO mencionó:

Se prevé un proceso de envejecimiento poblacional que se consolidará para el 2035, esto implicará retos presupuestales que deben ser previstos para poder ser encarados, ofrecer una calidad digna de vida a los mexicanos en todas las edades es una obligación ética de nuestra sociedad en conjunto.

El país, de acuerdo al Instituto de Investigaciones Económicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, dice que se está desperdiciando el bono demográfico debido a la migración de la población, se estima que 7 de cada 10 inmigrantes tienen entre 15 y 24 años, ubicados en fase productiva, además de ser la fuerza de trabajo más calificada. La seguridad social solo protege a la tercera parte de la PEA, aquellos que pertenecen al sector formal, olvidando o haciendo a un lado a la gente que labora en el campo, sectores informales, subempleados y empleados, teniendo como consecuencia que el porcentaje de pensionados sea poco, añadiendo que las pensiones son de un ingreso mínimo y carecen de subsistencia.

Este fenómeno de la transición demográfica trae consigo efectos a corto, mediano y largo plazo como, por ejemplo, la modificación en las relaciones sociales y económicas, respecto a esto, Wong (2002, citado en Orozco, Reyes, Robles y Vázquez, 2006) explica que el cambio *per se* no es el punto, sino la velocidad con la que se presenta el fenómeno de la vejez, debido a que los tiempos se reducen y a su vez limita la búsqueda de alternativas o respuestas institucionales.

Ya que uno de los efectos de un envejecimiento acelerado es la dependencia, provocando tensión, principalmente en la familia la cual provee los recursos creando una lucha entre los gastos económicos que requieren los niños y jóvenes que también son dependientes. Las instituciones se basan en un esquema para atender a una población más joven y esto provoca que no se den abasto para atender a las PAM, debido a que México ha invertido más en controlar las enfermedades desarrolladas en la población, que en promover una educación preventiva.

Respecto a esto, Orozco, Reyes, Robles y Vázquez (2006) explican que:

A nivel microsocia el conglomerado de ancianos no es el objeto de análisis, sino los sujetos individuales y su perspectiva de cómo se vive la vejez, su identidad como sujetos, los sentimientos en torno a ello, sus efectos en las relaciones interpersonales, sus creencias religiosas, su actuar en el mundo y el lugar que ocupan en éste (p. 28).

Por lo cual es importante poner atención en la visión de los habitantes mexicanos para comprender el fenómeno del envejecimiento. Lo que se ha hecho en estudios pasados es dar peso a las personas ancianas cuestionando sobre cómo viven y cómo se desarrollan; sin embargo, podría resultar igual de importante cuestionar a las personas más jóvenes como piensan solventar su vejez en las diversas esferas de su desarrollo.

Es importante o debe ser primordial conocer la experiencia de ser un PAM en el mundo moderno de hoy, ya que hace años atrás, las condiciones eran diferentes y las

necesidades eran otras. Por lo cual, se debe entender que la vejez es como un sitio de agencia donde se debe estar en un autorreconocimiento constante entre la experiencia de lo macrosocial y lo individual, es decir, entre lo que el anciano vive, experimenta y lo que la sociedad preescribe que es un PAM en la población mexicana.

Orozco et al. (2006), sugieren que en México se debe ofrecer una visión microsociedad y fenomenológica de la vejez. Es decir, comprender el fenómeno desde la visión de las personas actores junto con las explicaciones macrosociales; lo cual implica indagar las interpretaciones y representaciones sobre lo que es ser PAM y las atribuciones que dan para que decidan realizar diversas acciones en función del fenómeno del envejecimiento.

Sería interesante aplicar lo que mencionan dichos autores, pero desde el rol de un adulto temprano, etapa que se explicará posteriormente; cuestionando (a partir de lo que considera necesidades), para que le servirá tener lo que ahora añora en su etapa de vejez, que implica convertirse en viejo, como percibe a las personas adultas mayores y que decisiones tomará a partir de lo que ahora tiene logrado para solventar su vejez. Esto debido a que en la actualidad se le idolatra a la juventud y al consumo, provocando gasto e ingesta en productos que deterioran la salud o que en realidad no brindan beneficio a largo plazo.

2.2. CONDICIONES DE LOS ADULTOS TEMPRANOS EN LA DELEGACIÓN VENUSTIANO CARRANZA

En el Distrito Federal la población total es de 8, 851, 080 personas y se compone de 16 delegaciones. Una de estas es la Delegación Venustiano Carranza. En el documento Panorama sociodemográfico del Distrito Federal (2010) menciona que población total es de 430, 978 personas; hay 90 hombres por cada 100 mujeres (fig. 4). La mitad de la población tiene 32 años o menos. Por cada 100 personas en edad productiva (15 a 64 años) hay 45 en edad de dependencia (menores de 15 años o mayores de 64 años).

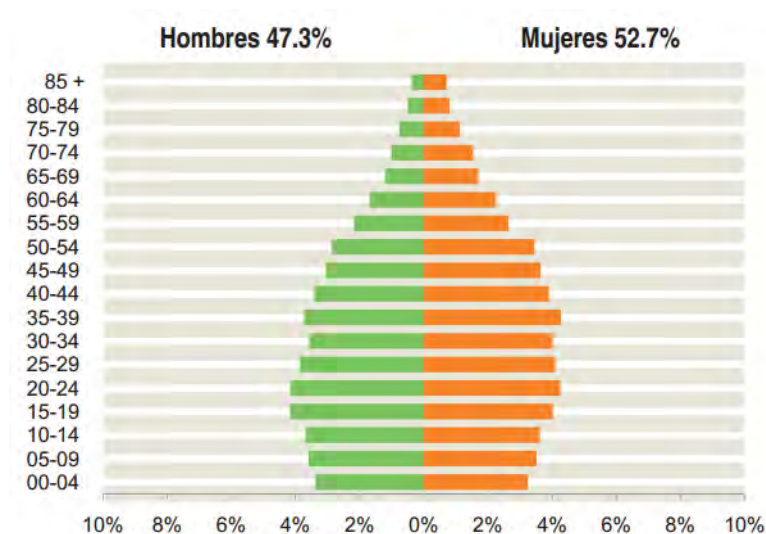


Fig. 4 composición por edad y sexo en la entidad 09 de la Delegación Venustiano Carranza. Fuente: INEGI, 2010.

La distribución por grupo de edad muestra que el 7.6% son menores de 15 años, el 24.2% corresponde a jóvenes entre 15 y 29 años, el 37.9% son adultos entre 30 y 59 años; los adultos mayores entre 60 y 79 años son el 9.0% y los de 80 años representan el 11.9%

Existen 123,317 viviendas, en las cuales habita un aproximado de 3.5 personas. En un 95% cuentan con servicios como: agua entubada de la vivienda, drenaje, servicio sanitario y electricidad; en un 75.5% tiene teléfono celular y el 35.8% tiene accesos al internet. En cuanto a la fecundidad, en mujeres de 30 a 44 años tienen un hijo. En las características educativas, el 42.7% tiene educación básica y el 25.8% un grado superior.

Las condiciones económicas son las siguientes:

POBLACION DE 12 AÑOS Y MÁS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Económicamente activa:	56.8%	71.3%	44.1%
Ocupada	94.9%	94.2%	96.0%
No ocupada	5.1%	5.8%	4.0%
No económicamente activa	42.8%	28.2%	55.6%
Condición de actividad no especificada	0.4%	0.5%	0.3%

De la población no económicamente activa se tiene que:

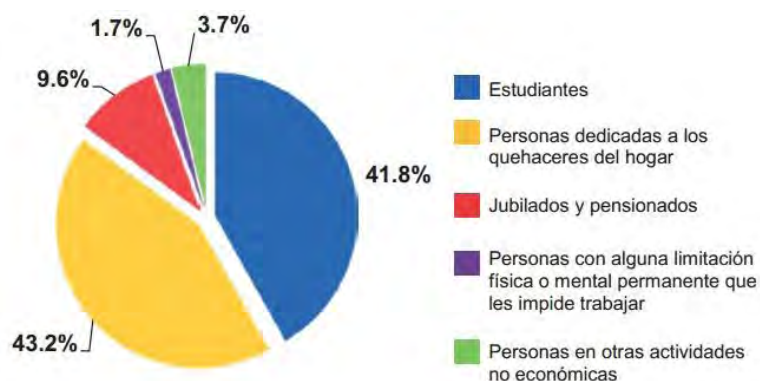


Fig. 5. Distribución de la población de 12 años y más no económicamente activa según tipo de actividad. Fuente: INEGI, 2010.

La población derechohabiente es de un 63.6%, es decir; de cada 100 habitantes, 64 tienen derecho a servicios médicos de alguna institución pública o privada.

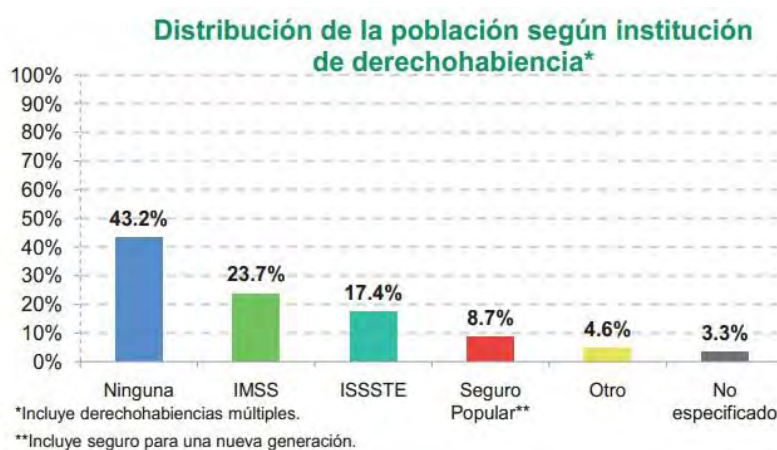


Fig. 6 Población derechohabiente, de cada 100 personas, 36 tienen derecho a servicios médicos del IMSS. Fuente: INEGI, 2010.

La situación conyugal es de 34.7% son casados, 18.9% están en unión libre, 35.7% son solteros, 4.6% están separados, 4.1% son viudos y 1.8% estaban divorciados. En cuanto a los índices de marginalidad y calidad de vida correspondiente al año 2010, la CONAPO refirió que la delegación Venustiano Carranza ocupa el décimo lugar, esto le brinda en quinto sitio en bienestar social. La actividad más destacada fue el comercio;

contaba con 18, 031 establecimientos mercantiles, el sector servicios con 6, 945 unidades y en la actividad industrial existían 9, 550 unidades industriales.

El sector que ocupó más personal fue servicios con 58.17% de la PEA; en el comercio se ocupó a 51, 789 personas y en el sector industrial se empleó a 13.43%, dando un total de 26, 325 habitantes empleados. En lo referente al rubro salud; la delegación cuenta con 14 centros de salud (S.S.A.), 1 Hospital Infantil, 1 Hospital Pediátrico, 1 Hospital General, 5 unidades de Medicina Familiar (IMSS), 3 Clínicas (ISSSTE), 1 Centro Toxicológico y 1 Cruz Roja.

Esta delegación se conforma de 70 colonias, divididas en tres direcciones ejecutivas territoriales y una sede. Un territorial es llamado los Arenales, conformado por 14 colonias, entre las cuales están la Adolfo López Mateos, ampliación Adolfo López Mateos, Ampliación Caracol, Arenal 1ra, 2da, 3ra y 4ta sección, Caracol y Cuchilla Pantitlán, en algunas de estas colonias se llevará a cabo la investigación.

Estas colonias están catalogadas con un índice de desarrollo social bajo, el concepto de desarrollo social es el proceso de realización de los derechos de la población mediante el cual se fomenta el mejoramiento integral de las condiciones y calidad de vida; es decir; a reducir las carencias en aspectos como alimentación, salud, educación, vivienda, empleo, salarios y seguridad social, entre otros.

COLONIA	Nº DE HABITANTES
Cuchilla Pantitlán	8, 197
Caracol	5,592
Adolfo López Mateos	8, 869
Ampliación Caracol	4, 658
2da Sección Arenal	2, 770
3ra Sección Arenal	8, 980
4ta Sección Arenal	2, 518

Por lo tanto, al estar evaluado en bajo, quiere decir que aún falta investigación, trabajo y propuestas de programas que ayuden a aumentar el nivel de desarrollo social para este sector de la población.

CAPÍTULO 3. ANTES DE LA VEJEZ: ADULTEZ TEMPRANA

Durante el ciclo de la vida una persona atraviesa por diferentes etapas de desarrollo en las cuales se presentan diferentes cambios. Un cambio es la diferencia en algo o alguien de un momento a otro; desarrollo es un proceso sistemático que es coherente y organizado de cambios adaptativos en el comportamiento permitiendo lidiar con condiciones existenciales, internas y externas (Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009).

El desarrollo dura toda la vida, lo pasado afectará el futuro y estará influido por el contexto e historia. Los cambios en el pensamiento, personalidad y comportamiento se deben a factores personales, sociales y culturales; estos son los más visibles o los que más se reconocen en la etapa adulta.

En esta etapa explica Craig y Baucum (2009), existen hitos sociales, más que pautas o cambios marcados, algunos de estos ocurren bajo influencia de hechos repentinos o frustrantes que suceden a nivel personal o social.

La adultez se entiende como el periodo que se encuentra entre el final de la adolescencia y el principio de la vejez o senectud. Varios autores mencionan que la adultez se caracteriza por perseguir metas y llevar a cabo decisiones respecto a la ocupación, familia y estilo de vida.

Sin embargo, actualmente existen subetapas dentro de la adultez (Berger, 2009; Hansen, 2003; Jiménez, 2012; Papalia, Sterns, Feldman y Camp, 2009 y Papalia, Wendkos y Duskin, 2009)

- Adultez temprana: (20-40 años): potencialidades física e intelectuales
- Adultez media (40-65 años): inicia un deterioro lento en la salud, obtienen madurez, forman familias, se jubilan.
- Adultez tardía o vejez (65 o más): disminución de capacidades físicas y reacción del funcionamiento.

A pesar de que el desarrollo ha terminado a nivel biológico siguen existiendo cambios y transformaciones; durante la edad adulta temprana y media se da un perfeccionamiento de destrezas, durante el final de la edad adulta media y el principio de la tardía comienzan a darse cambios que podrían considerarse decrecientes o degenerativos en el aspecto físico y biológico (Ocampo, 1998).

Sin embargo, la mayoría de los adultos no conocen los cambios físicos que presenta su cuerpo hasta que les ocurre una experiencia frustrante o traumática que expone dichos cambios.

A fines de investigación se ocupará el término de la Adulthood Temprana (AT), ésta se caracteriza por tener fuerza, capacidad, experiencia y madurez. Se obtiene una madurez del carácter, la firmeza de los sentimientos y la fidelidad a los principios de su conducta. El hecho de que una persona llegue con estas características dependerá de factores ambientales, temperamentales y educativos.

La edad cronológica varía de una persona a otra, como se mencionó anteriormente; la edad social, biológica y psicológica siempre interactúan entre sí. Las circunstancias como tener hijos, empleo, salud, pareja, determinarán la adaptación a las exigencias sociales y ambientales entre personas que tengan 35 años a los que tengan 45 años, ya que cada persona lo manifestará de diversas maneras, es lo que se conoce como madurez.

Las personas son diferentes, sin embargo, en el transcurso de los años la maduración y la experiencia afectarán. Explica Berger (2009) que la investigación en el desarrollo puede orientar y alentar sobre posibilidades o presiones que pueden afectar en décadas posteriores ayudando a decidir lo que se quiere alcanzar, ya que se comparten características biológicas y sociológicas; es decir, al conocer o explorar el comportamiento actual, se puede predecir las condiciones en las cuales que encontrarán las personas posteriormente.

3.1. DESARROLLO FÍSICO

El cuerpo humano alcanza su madurez entre los 25 y los 30 años, momento en que se consideran mayores los niveles de salud y vitalidad (Craig y Baucum, 2009, Fernández, 2000 & Pérez y Navarro, 2011). A continuación, se explicarán diversas funciones presentes en la AT, manifestando sus puntos de máxima potencia o declives.

Dentro de las funciones sensoriales, la vista y el oído tienen una capacidad de percibir más nítidamente entre los 20 y 25 años, perdiéndola gradualmente conforme pasan los años. La agudeza visual empieza a disminuir aproximadamente alrededor de los 40 años; en cuanto al oído, la capacidad para percibir los tonos más agudos presenta una pérdida gradual a partir de los 25 años (Fernández, 2000 y Jiménez, 2012)

El uso de aparatos que producen decibeles elevados y que no permiten que el sonido circule puede afectar al oído; como escuchar música a alto volumen con los audífonos puestos; conducta que se observa cotidianamente, al trasladarse de un lugar a otro, en personas de diferentes edades actualmente.

El corazón es fuerte durante la juventud, la frecuencia cardiaca máxima (número de veces que el corazón puede latir por minuto bajo estrés extremo) declina alrededor de los 25 años, el potencial baja, pero su funcionamiento sigue normal comenzando las afectaciones en la adultez tardía después de los 46 años (Berger, 2009). Y en la respiración, la eficiencia del pulmón disminuye a partir de los 20 años y pierde el 5% de la capacidad para expirar aire cada década.

El funcionamiento psicomotor se caracteriza por la fuerza muscular, rapidez de movimiento, flexión, movimiento de las manos y extensión de los dedos, este se manifiesta entre los 25 y 30 años, dichas habilidades son utilizadas en actividades que permitan el desarrollo de un trabajo, oficio o arte: también son capaces de realizar actividades como correr, cargar, jalar. Posterior a esta edad comienza un debilitamiento (Berger, 2009, Fernández, 2000 y Jiménez, 2012).

El uso de fármacos ya sea para controlar el apetito, estrés o conciliar el sueño puede provocar alteraciones en el Sistema Nervioso Central, ya que con el paso del tiempo se genera una dependencia física provocando temblores, incoordinación entre otras. Berger (2009) menciona que la prevención a lo largo de la vida protege la salud, sin embargo, un adulto evita visitar al médico, mientras que un PAM realiza alrededor de 10 visitas médicas.

Es importante retomar lo que argumenta Amico en el 2009 acerca de la medicalización, ya que provoca que las personas pierdan capacidad de asumir su condición y de hacer frente por sí mismos a diversos sucesos. Por ejemplo, la gente se automedica, para ahorrar tiempo y dinero al acudir al médico; el propio sistema de salud por la demanda que tiene crea polifarmacia en los hogares de las personas. Sin dejar de lado, que, si una persona decide acudir al médico, no hay continuidad en los tratamientos, el médico y el paciente se enfocan en erradicar el padecimiento actual sin verificar si es funcional o tiene repercusiones futuras.

Se retoman las palabras del Dr. Maglio, referentes a la medicalización (citado en Amico, 2009):

La medicalización no es una función de la medicina, sino más bien un requisito funcional del sistema para concretar claros objetivos de control social a través de estrategias de normatividad, disciplinamiento y estigmatización. A través de esta medicalización, el Estado y la sociedad se desresponsabilizan de la enfermedad de sus integrantes y al transformar los conflictos sociales en patologías individuales, estos deben ser tratados por medicamentos pág. 9.

Con respecto a lo anterior, se debería educar a las personas en cuestiones económicas y jerarquizar las necesidades, haciéndolas ver que el bienestar se basa en cuestiones personales y en hábitos que se adquieren como se explicará posteriormente. El índice de mortalidad en esta etapa de AT es menor, sin embargo, aparecen varias

enfermedades que ocasionan problemas más a futuro, algunas veces no se observan síntomas, pero algunas se encuentran en su etapa inicial (Craig y Baucum, 2009).

En cuanto a la fertilidad, en mujeres de alrededor 30 años puede presentarse el síndrome premenstrual, causante de malestar físico y tensión hormonal hasta por dos semanas antes del periodo menstrual (Papalia et al. 2009). Después de los 38 años se observa una disminución rápida en la cantidad y regularidad de los óvulos liberados. Aunque en la actualidad existen mujeres que deciden tener hijos alrededor de los 35 y 45 años, porque tienen una estabilidad emocional, financiera y éxito laboral (Craig y Baucum, 2009).

En el caso de los hombres, su periodo fértil disminuye entre los 38 y 39 años y se debe a la producción reducida de espermatozoides o a que un conducto eyaculatorio este bloqueado o a poca fuerza de los espermatozoides para nadar y llegar al útero (Papalia et al.). El hecho de ser joven, no significa que las afectaciones no existan. El proceso de envejecimiento inicia tan pronto como termina el proceso de crecimiento y se verá regulado por dos procesos: homeostasis y reserva de órganos.

La homeostasis es el estado de equilibrio mantenido por la interacción de todos los sistemas biológicos del cuerpo, la mayoría de las respuestas las genera la glándula pituitaria. La reserva de órganos, evita sufrir graves enfermedades, brindando una capacidad para sobrellevar el estrés, en la edad media comienza a observarse dicho descenso (Berger, 2009).

Es por esto que el cuidado de la salud y el estado físico son permanentes y continuos, ya que biológicamente los órganos comienzan a debilitarse y a envejecer antes de lo que se imagina, provocando una aceleración o envejecimiento prematuro si los hábitos y el estilo de vida son inapropiados.

3.2. DESARROLLO COGNITIVO

El cerebro también se vuelve lento con el proceso del envejecimiento; los mensajes enviados por las dendritas de las neuronas se leen de cierta manera más lenta debido a que el número de neuronas y sinapsis disminuye (Berger, 2009); el estrés, las horas de sueño, el tiempo de reacción se ven modificados durante esta etapa. Se percibe un declive superficial en habilidades que desempeña el cerebro alrededor de los 30 años.

A parte del decaimiento natural del cerebro, existen situaciones que pueden acelerar dicho proceso como: el abuso de drogas (alcohol, cigarro), estrés excesivo, circulación deficiente (hipertensión), virus. Diversas habilidades cognitivas llegan a su máximo nivel entre los 20 y 25 años.

En cuanto a las etapas del pensamiento Klaus Riegel (citado en Craig y Baucum, 2009), propone un quinto pensamiento en la etapa adulta llamándolo pensamiento dialéctico, menciona que le permite a la persona reflexionar, logrando integrar ideas antagónicas. Esto debido a que valoran lo que les dice la sociedad que deben de ser y lo que ellos han logrado o aún quieren lograr.

El adulto debe de poseer un pensamiento flexible para llegar a lo que mencionaba Riegel, el cual se logra a través de las adquisiciones que se realizan en la infancia, adolescencia y adultez temprana; con el paso del tiempo, aquellas personas que llegan a cursar una carrera presentan mayores posibilidades de obtener ciertas capacidades que les permitirán dar solución a problemas o tomar decisiones. Esto permitirá que el adulto utilice su pensamiento flexible en diversas situaciones futuras.

Dentro de la cognición, en la etapa adulta se desarrollan sistemas de significado en ámbitos religiosos, políticos, culturales y personales. Kegan (citado en Craig y Baucum, 2009) explica que en la adultez los sistemas de significados se vuelven más idiosincrásicos, continuamente lo viejo se incorpora a lo nuevo, esto dice que sigue sucediendo incluso después de los 30 años.

También debe de tomarse en cuenta el sueño, ya que es un factor que permite al cuerpo tener una salud adecuada. Entre la década de los veinte y treinta años las personas están en mucha actividad provocando que no duerman lo suficiente. La falta de sueño puede dañar el aprendizaje verbal, algunos aspectos de la memoria, la toma de decisiones, incremento de distracciones.

En cuanto a la inteligencia, las capacidades varían de una persona a otra, es decir, en una edad pueden ser capaces de resolver ciertas situaciones y posteriormente van disminuyendo sus habilidades. Berger (2009) comenta que cada aspecto del funcionamiento mental depende de la salud, el estado de ánimo y los antecedentes de la persona, esto lleva a que se obtengan diferentes puntuaciones en las evaluaciones del CI, más en edades de 25 a 65 años, cuando existe una reserva cognitiva que es capaz de compensar una pérdida fisiológica.

3.3. DESARROLLO PSICOSOCIAL

Los autores como principales temáticas en este ámbito hablan sobre la identidad, la familia, el amor y las relaciones íntimas.

Explica Papalia et al., que en la adultez se da una independencia en diversos factores, esto se logra alrededor de los 30 años donde se desprenden de la familia de origen y dedican más tiempo a una carrera académica, pareja o posiblemente a los hijos.

En cuanto a la personalidad, se enfrentan a una crisis normativa, Erikson (citado en Fernández, 2000) lo llamó intimidad frente a aislamiento, donde se da un momento de reflexión sobre su vida; estos cambios y reflexión se darán a partir de eventos sociales, emocionales y relacionados con la edad, si los eventos de la vida ocurren como se espera el desarrollo seguirá su curso, de lo contrario se produce estrés por los eventos inesperados como, perder un trabajo o aún no casarse.

Durante estas crisis que se manifiestan se van realizando compromisos, estos se evalúan alrededor de los 30 años para saber si fueron realistas o en otros casos realizan por primera vez un compromiso personal. Antes de los cuarenta se da un proceso llamado formalización, los compromisos se vuelven sólidos en el trabajo, familia, etc., mantienen la idea de progresar mejorando sus habilidades en diversas áreas (Fernández, 2000).

En cuanto a su intimidad en relaciones del tipo amistad, amor, matrimonio, menciona Berger (2009) que los AT forman relaciones más íntimas con sus amigos, por lo tanto, se vuelven más duraderas las relaciones. En el matrimonio, se espera que los AT se enamoren pero que se casen hasta lograr una independencia financiera y emocional con los padres. Se piensa que en esta etapa se tiene la madurez para decidir en función del bienestar, procurando lograr un equilibrio en las diversas áreas de desarrollo de cada persona.

3.4. SALUD

El término salud corresponderá a un fenómeno histórico, ya que cada sociedad tendrá una visión específica de esta. Depende de la interacción de varios factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos.

La OMS (2002) la define como:

“la condición individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, es el resultado de condiciones biológicas, materiales, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y de la organización y funcionamiento del sistema de salud; producto de las determinantes sociales, ambientales, biológicas y del sistema de salud. Su realización define la condición de estar permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida” (p. 79).

3.4.1. HÁBITOS ALIMENTICIOS EN LA POBLACIÓN

La alimentación es una necesidad básica del humano. Dichas necesidades se satisfacen a través de una sociedad, por lo tanto, ésta es un espacio existencial que condiciona la conducta humana. García (2012) menciona que la sociedad requiere de patrones implícitos y explícitos de comportamiento que permiten la subsistencia de la sociedad; a este conjunto de conductas, costumbres y símbolos sociales se le llama cultura.

La cultura en México ha sufrido diversas transformaciones a lo largo del tiempo a partir de la modernización en programas de salud, educación y economía para impulsar la industrialización, dichos cambios han provocado diferencias en las zonas rurales y urbanas de este país. Las diferencias se observan en conductas como el colectivismo contra el individualismo, jornadas amplias de trabajo contra jornadas intensivas de trabajo generadoras de estrés, trabajos que requieren gasto calórico contra actividades sedentarias de mínimo gasto calórico, entre otras más.

La alimentación es un sistema construido por diversos aspectos como la situación geográfica, los recursos y el tiempo, de aquí surgen las diversas dietas que se generan en cada cultura. La dieta del mexicano surge desde los prehispánicos al domesticar el maíz, frijol y chile los cuales se aculturaron con la llegada de los españoles que introducen las aves y el ganado; esta se modifica por los productos exportados y por cambios económicos que permiten el acceso a otras industrias (García, 2012).

México sin duda es un país sumergido en un sistema capitalista que promueve el consumo excesivo de diversos productos que aseguran da bienestar nutritivo a las personas. La lógica de razonamiento capitalista asocia positivamente bienestar con niveles de consumo, es decir a mayor consumo mayor bienestar (Isuani, 2002). Para que dicho consumo se dé, utilizan la publicidad para difundir sus productos a diversos sectores y de esta manera tengan mayores consumidores.

Una parte del consumo se da por el impacto publicitario y por la manera en que se persuade a las personas, ya que los mensajes recibidos son que al consumir se generará admiración, respeto, autoridad. Uno de los consumos básicos será una alimentación que reúna los requisitos calóricos y proteicos necesarios para las actividades diarias.

Sin embargo, no todos los consumos que se realizan dan un bienestar óptimo a las personas y haciendo referencia a los alimentos, existen aquellos denominados como comida chatarra. García (2011) explica que la comida chatarra es aquella con bajo valor nutritivo, que poseen altos contenidos de azúcares, harinas o grasa.

La ingesta de dichos productos combinados con el sedentarismo, favorecen al desarrollo de enfermedades como la diabetes y obesidad, por mencionar algunas. La obesidad se ha convertido en un problema de salud en el país ya que ocupa el primero y segundo lugar a nivel mundial; esto debido al entorno que promueve el consumo de alimentos con altos contenidos de azúcares, grasas y sal.

Lo que la gente come incide en su apariencia, en lo que siente y en la probabilidad de que se enferme. Los expertos señalan un incremento de refrigerios, la disponibilidad de comidas rápidas económicas, porciones demasiado grandes, las dietas altas en grasa, las tecnologías que ahorran trabajo y los hábitos recreativos sedentarios (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010).

En el libro la alimentación de los mexicanos de García (2012) menciona que entre 1964 y 1966, el 71.3% de la energía se obtenía de los carbohidratos, el 10.6% de las proteínas y en un 18.1% de grasas. En el lapso de 1988 y 2000 los porcentajes se modificaron, los carbohidratos redujeron a 64 por ciento, las proteínas se mantuvieron en un 10.7 por ciento y las grasas aumentaron a el 24.7 por ciento.

También explica que en 1980 el consumo de tortilla por persona era de alrededor 144.9 kilogramos, para el 2008 el consumo se redujo a 78.4 Kg., una disminución importante en proteína y fibra. En contraste con el consumo de productos de pastelería y panadería en 1980 era de 0.006 Kg, para el 2008 aumento a 18 kg., por persona.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son aquellas que se desarrollan poco a poco, de forma silenciosa, ya que al inicio no hay presencia de síntomas alarmantes y ocasionan deterioro en uno o varios órganos limitando las funciones (Martínez, Vega, Nava y Anguiano, 2010). Algunas de estas son el sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes.

De estas ENCT, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 reportó que en el 2010 para el grupo de población de 20 a 49 años fueron las principales causas de consulta y en el 2012, dichas enfermedades se atendieron en el sector privado con un 38.9%. En el grupo de edad de 30 a 39 años el 2.9% reportó tener un diagnóstico previo de diabetes, el 7.2% de hipertensión arterial; y el 8.9% de hipercolesterolemia (Gutiérrez et al., 2012).

Dichas enfermedades deben modificarse desde las condiciones que determinan su ocurrencia, como concentraciones anormales de los lípidos sanguíneos, hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, dieta inadecuada y síndrome metabólico; la prevención y el control de las enfermedades crónicas y degenerativas debe ser una prioridad para el sector salud, ya que afectan a las personas en edades productivas (Cordova et al., 2008).

En México también existen problemas del corazón teniendo anualmente 74, 325 muertes que representan el 16% de la mortalidad total. Las enfermedades por hipertensión arterial sistémica la padecen 15.16 millones de mexicanos entre los 20 y 69 años. De acuerdo a las problemáticas que existen hay diversos programas para atender los problemas crónicos degenerativos, sin embargo, mencionan Tenahua, Landeros, Linares y Grajales (2007) que a pesar de ser ideales no han mostrado disminución en los indicadores epidemiológicos.

El incremento en las ECNT se debe a los estilos de vida, hábitos alimenticios, factores genéticos y estados emocionales como el estrés y depresión. Lazarus y Folkman (citados en Martínez et al., 2010) mencionan que el estrés no es un factor causal de la enfermedad, se considera que este aumenta el riesgo de que el organismo las desarrolle o exacerbe.

Además de que el estrés es detonado por diversas situaciones como el nivel socioeconómico, contexto laboral y apoyo social; se ha encontrado que a bajo recurso económico mayor estrés y debido a la función que desempeñe en el trabajo también aumentará este; ambos generadores de estrés se traslapan a la familia, por ser los dependientes directos de un trabajador.

Biológicamente el estrés laboral, causará desregularización en el sistema central, autónomo y endocrino, provocando incremento en los radicales libres, aumentando el estrés oxidativo que causará daño en el ADN, como se explicó anteriormente.

Es por ello que esto causa una gran necesidad en crear estrategias eficaces que ayuden a contener o disminuir los problemas de salud pública, contemplado los generadores de estrés y brindar estrategias de afrontamiento; como se ha mencionado es de importancia trabajar con las personas debido a las condiciones sociodemográficas en que se encuentran los AT. Una adecuada nutrición desde edades tempranas favorece una buena calidad de vida, prevención de enfermedades y salud sostenible.

3.4.2. EJERCICIO FÍSICO

El colegio estadounidense de Medicina del Deporte y Orientaciones para evaluar y prescribir ejercicios (citado en Peláez y Martínez, 2002) explica:

La actividad física se refiere a una gama amplia de actividades y movimientos que incluyen actividades cotidianas, tales como caminar en forma regular y rítmica, jardinería, tareas domésticas pesadas y baile. El

ejercicio también es un tipo de actividad física, y se refiere a movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos, con el propósito de mejorar o mantener uno o más aspectos de la salud física (p.3).

Cualquier actividad que decida practicar cada persona le ayudará a su salud. En un boletín de prensa respecto a práctica deportiva y ejercicio, mencionó Jesús Mena que, a mayor educación, mayor actividad física, ya que si se proporciona información desde pequeños se realizará adecuadamente la actividad por el resto de la vida.

En dicho boletín se dio a conocer que en la población urbana mexicana de 18 años y más el 56.2% es inactivo físicamente. El resto del porcentaje realiza alrededor de 3 horas semanales de actividad física y la mayoría lo practica por la mañana y en lugares públicos o instalaciones para ejercitarse; la actividad aeróbica se debe realizar en sesiones de 10 minutos, como mínimo y se debe realizar ejercicios de fortalecimiento muscular de los grandes grupos musculares dos o más días a la semana. También se destacó que de la población sin educación básica terminada el 70.7% es inactiva; aquellos con un grado de educación superior representa un 57.9% de personas activas.

La OMS recomienda a las personas de 18 años o más, un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física vigorosa para mantener en buen estado la salud, las funciones cardiorrespiratorias y musculares, así como para evitar depresión.

Existen cuatro categorías en relación con personas que realizan actividad física, el inactivo, moderadamente activo, activo con ejercicio regular y activo con ejercicio regular aeróbico. Una persona inactiva es aquella de no realiza ejercicio y que evita hacer actividades físicas como subir escaleras. Las personas moderadamente activas incorporan algún tipo de actividad física como lavar el coche, usar las escaleras en vez del ascensor o caminar para conseguir algún producto en lugar de usar el automóvil.

El ejercicio aeróbico es aquel que se realiza de forma vigorosa donde la frecuencia cardiaca aumenta significativamente; algunas actividades consideradas ejercicios aeróbicos son: baile aeróbico, ciclismo, natación, caminatas rápidas, subir escaleras, correr y remar.

A pesar de conocer los beneficios de realizar actividad física poco es el porcentaje de personas que en realidad la hacen. Se calcula que más del 60% de la población mundial no es lo suficientemente activa como para obtener beneficios de salud.

Los factores de mayor riesgo para sufrir una enfermedad crónica son el sedentarismo, el consumo de tabaco y una alimentación incorrecta. El sedentarismo prevalece en zonas urbanas, ya que interfieren múltiples variables tales como; exigencias de movilidad y manejo del tiempo, patrones socioculturales dominantes hacia el ejercicio, la predominancia de actividades económicas sedentarias, prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población.

La actividad física y los hábitos alimenticios interactúan entre sí, ya que ambas regulan el equilibrio energético y el metabolismo, pero la práctica regular de ejercicio aporta beneficios que contribuyen a la mejora de la salud física, emocional y mental (alianza por una vida saludable, 2007).

El equilibrio energético es el balance entre las calorías que se ingieren a través de los alimentos y las que se gastan a través de la actividad física cotidiana, el ejercicio y el mantenimiento de las funciones vitales. Sin embargo, los estilos de vida actuales promueven actividades sedentarias, provocando que las personas mencionen que no tienen tiempo de realizar ejercicio.

Cada persona requiere de un gasto energético diferente ya que se considera el sexo, edad, estatura, estado fisiológico, clima y actividad física que realiza. Dicha energía se obtiene de los alimentos y cada alimento contiene más energía que otro; por ejemplo, los

carbohidratos y proteínas aporta 4 calorías y las grasas 9 calorías. Los alimentos que aportan más energía son las grasas, azúcares, cereales, leguminosas y verduras harinosas.

El gasto energético se produce por el metabolismo basal, que es la energía mínima necesaria para el buen funcionamiento del cuerpo que es el +/-25% de energía; la termogénesis que es la energía que producen los alimentos al ser digeridos, absorbidos y asimilados, el cual gasta 10% y la actividad física que representa el 65% del gasto energético. Si se ingiere más energía de la que se necesita se aumenta de peso y se almacena en forma de grasa; si la ingesta de energía es menor a la que se gasta se pierde peso.

Explica la alianza por una vida saludable que existe evidencia científica la cual indica que 30 minutos de práctica en la edad adulta y 60 minutos en la niñez de actividad regular de intensidad moderada con una frecuencia de por lo menos cinco veces a la semana ayudan a mantener un estado de salud adecuado, mientras que para mantener el peso se recomiendan 60 y 90 minutos respectivamente.

Los motivadores principales en los mexicanos para realizar ejercicio es contar con un lugar propicio, infraestructura adecuada, accesibilidad en cuanto a traslado y costos e información de que actividades y donde pueden practicarlas. Por lo tanto, la adopción de nuevos hábitos reside en la calidad de vida y para obtener dicho cambio debe tomarse en cuenta las condiciones internas y externas de cada persona, de esta manera los sedentarios pasaran a practicantes intermitentes, los intermitentes a regulares y los regulares a más activos en la realización de ejercicio.

La relación entre la conducta y la salud son una interrelación entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo (Papalia et al., 2010) por esto lo que las personas conozcan acerca de la salud influirá en lo que realizaran, a su vez lo que hagan incidirá en cómo se sientan.

3.5. PARTICIPACIÓN

Al mencionar participación, se hace referencia a la participación social; son aquellas relaciones entre diversas personas, grupos, asociaciones, etc., que tiene objetivos en común. Se dividirá en la participación del Estado y la de los ciudadanos. Esta participación tiene como base: a) poder, necesita una estructura y mecanismos; b) saber, contar con habilidades y técnicas necesarias y c) querer, motivar a los involucrados para demostrar que el trabajo es eficaz, para lograr los objetivos.

Un concepto más amplio comprende como un conjunto de actividades organizadas, donde un grupo social de status bajo logra manifestar sus necesidades, intereses, tanto sociales, económicos o políticos.

3.5.1. CONDICIONES LABORALES

Como se mencionó, en el país existe pobreza. La falta de oportunidades se debe al aumento de la tecnología reduciendo las oportunidades a la población en edad productiva. La sociedad industrial en la cual se encuentre inmerso México excluye a una gran cantidad de personas productivas, añadiendo que la falta de recursos no permite obtener una jubilación digna a los empleados viejos ni tener capacitaciones adecuadas para los jóvenes.

La falta de empleo no es problemática actual en México, esta situación siempre ha estado presente y se agrava con las diferencias salariales entre México y Estados Unidos, provocando un aumento en la migración en busca de obtener mayores recursos económicos que les permita subsistir (Ruiz y Ordaz, 2011).

El desempleo ha afectado más a los jóvenes, el número de jóvenes entre 14 y 29 años ha aumentado en los últimos 5 años cerca del 50%; en el 2010 había 1.7 millones de desempleados. Añadiendo que las personas que cuentan con niveles educativos altos son los que tienen más dificultades para encontrar un empleo. Este índice de desempleo en la edad productiva también provoca que el número de hijos y la natalidad disminuyan como se explicó anteriormente.

Al buscar un empleo, los avisos de solicitud de personal habitualmente indican límites de edad que excluyen a personas mayores de 35 años. En el caso de la población mexicana, las pensiones son un tema a tratar, debido a que esto le corresponde en un porcentaje al Estado, ya que como se ha mencionado tiene la función de proveer un ambiente tanto económico como social estable, de brindar una seguridad social.

La seguridad social menciona Ham (2000), es entendida como la protección que la sociedad otorga contra las contingencias económicas y sociales a raíz de la pérdida de ingresos por enfermedades, invalidez, vejez, muerte, entre otros, esto mediado por la equidad que debe brindarse dentro de una sociedad, ya que es un mecanismo legislado, pactado y obligado de redistribución de la riqueza. Por lo tanto, se crean instituciones de seguridad social que son las encargadas de administrar los recursos y servicios de protección.

En el 2000 Ham explica que en cada institución existe un esquema diferente de pensiones:

- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS): las jubilaciones se otorgan después de los 65 años de edad, o de 60 en caso de cesantía, el monto de la pensión es un porcentaje del salario promedio de los últimos cinco años que depende del tiempo de cotización. Sin embargo, la reforma, transforma las jubilaciones en un sistema de ahorro individual manejado en las finanzas privadas, la cual se aplica a los nuevos ingresantes.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE): la jubilación se alcanza desde los 55 años de edad, la pensión es un porcentaje del promedio de los salarios del último año, que va de 50% cuando tiene 15 años de cotización hasta 100% cuando se tienen 30 años cotizados.

- En las instituciones descentralizadas, las jubilaciones se igualan al último salario, estas se conocen como dinámicas, debido a que se actualizan en sus montos en las mismas cantidades en que se revalorizan los salarios del personal activo; se conceden vacaciones pagadas y aguinaldos de fin de año; en algunas instituciones basta una antigüedad de 25 o 27 años.

Explica Amico (2009) que el termino jubilación, proviene de la palabra júbilo, que significa ser merecedor de un reconocimiento y una recompensa por largos años de trabajo, sin embargo, en diversos países las jubilaciones son menores que los salarios y son un factor que dificultan las condiciones de vida.

Pero estos sistemas previsionales no permiten a la fuerza laboral acumular recursos para una vejez digna sin depender de un trabajo adicional o de ayuda familiar. Se conoce que un mayor nivel de educación está asociado a un trabajo más estable que se ubica en el sector formal de la economía; pero como se mostró es la población con más dificultad de desempeñarse exitosamente, generando estrés por falta de economía.

Además, la mayoría de los sistemas de pensiones excluye a los trabajadores del sector informal y a los trabajadores por cuenta propia; en el caso de las mujeres, estas se pueden ver beneficiadas solo si están casadas ya que recibirán la pensión de viudez, pero solo si su marido tuviera un trabajo formal. Mencionan Ruiz y Ordaz (2011) que debido al incremento en los trabajos informales existe una gran diferencia en el personal remunerado e inscrito al seguro social.

La PEA se divide en dos grupos; a) población ocupada y b) población desocupada. Garza (2012) describe que la población ocupada tiene carencias en cuanto a los bajos niveles de ingreso y ausencia de prestaciones sociales; la población desocupada, ha estado interesada en buscar empleo, pero México no cuenta con un seguro de desempleo nacional, esto conlleva a que ellas tienen que crear múltiples ocupaciones que no les permiten una digna sobrevivencia.

El INEGI reportó que en febrero del 2014 la tasa de desempleo en el Distrito Federal fue de 7.16%. Pero la PEA, solo representa el 41% de los que están en algún sistema de seguridad, más de la mitad no cuenta con una cobertura de seguridad social que le permita llegar al proceso de jubilación y algunas estimaciones dicen que sólo el 24% de la población mayor de 60 años de edad recibe algún tipo de pensión y los que no la tiene pertenecen a grupos marginados y vulnerables, añadiendo que la pensión no cubre las necesidades mínimas, esto se relaciona con las inflaciones que minimizan los montos (Ham, 2000).

La disminución de personal inscrito al IMSS se redujo en un 86% en el 2011 (Ruiz y Ordaz, 2011), esto debido a la creación de contratos eventuales que impiden crear una cuenta de ahorro suficiente para el futuro, deduciendo que una persona entre 30 y 40 años, tendrá que invertir económicamente en los cuidados de su salud en su vejez y más aún si llega con un deterioro biológico convirtiéndolo en un candidato a ser dependiente.

3.5.2. SERVICIOS MÉDICOS

Como se ha visto, el hecho de que una persona llegue a convertirse en PAM con múltiples ECNT, implica gastos económicos, acceso a instalaciones con el equipo y personal capacitado para atender dichas necesidades. Para que la persona pueda cubrir sus padecimientos deberá contar con un recurso económico y seguridad médica.

La salud es un aspecto fundamental del bienestar social; es una necesidad debido a la relación que existe entre el trabajo y la productividad. La menor producción de bienes origina que los salarios disminuyan, esto afecta la alimentación insuficiente, educación o capacitación inadecuada y/o vivienda insalubre.

Refiriéndose a los servicios médicos que brinda el Estado a la mayoría de la población, se diseñó en la década de los cuarenta, un sistema basándose en brindar protección a trabajadores y sus familiares. De este plan surgen los seguros sociales vinculados al empleo asalariado; el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a trabajadores de sectores privados; el Instituto de Seguridad y Servicios

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a las personas que laboran en diferentes niveles de gobierno. Los integrantes de las fuerzas armadas (SEDENA y SEMAR), Petróleos Mexicanos (PEMEX), cuentan con sus propias instituciones de seguridad social.

Sin embargo, debido a la escasez en el empleo o las nuevas formas de emplearse, múltiples personas se quedaban sin la protección de dichos seguros; en el 2004 inició el proyecto del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) conformado por el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación. El INEGI reporta que, hasta agosto del 2014, en el Distrito Federal existen 2, 994,722 trabajadores asegurados en el IMSS; cuando la PEA hasta febrero del presente año era de 9, 226, 996 personas.

A la par se encuentra la insuficiencia en infraestructura en servicios geriátricos, una falta en educación preventiva de la salud y en el gasto que se le brinda al sector salud, ya que no se cuenta con la gente especializada en el área ni con el equipo adecuado en hospitales y clínicas para atender las demandas de salud que presentarán los PAM en los próximos años. Si los AT llegan a su vejez con múltiples ETNC y sin el apoyo de una institución de salud, carecerán aún más de la atención adecuada.

La especialidad de Geriátrica en el país es deficiente; comienza a impartirse en 1989 en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pero en la mayoría de los casos los maestros que imparten esta materia son especialistas ajenos al campo de la Geriátrica o Gerontología. Mencionan Leal, Flores y Borboa (2006), que la mayoría de los hospitales que cuentan con dichos servicios están centralizados. El ISSSTE, apenas comenzó a impulsar esta área y en el IMSS no existe la especialidad en geriatría.

En este caso la educación es un indicador de bienestar en las edades avanzadas; desde la infancia se proyectan las posibilidades de empleo, seguridad social, prestaciones y acciones relacionadas con el cuidado de la salud dependiendo del nivel de escolaridad de la persona. Las investigaciones en este rubro han encontrado que las condiciones adversas en que se han encontrado la mayoría de las personas adultas mayores se relacionan a una escasa oportunidad de educación.

Zimmer y House, 2003 dicen:

La escolaridad captura tanto la posición socioeconómica de los individuos en su adultez temprana, así como la acumulación de capital humano que se ha desarrollado desde entonces, y ambas condiciones están influenciadas por factores de riesgo como son: el cuidado médico preventivo y terapéutico, malos hábitos de salud como fumar y falta de ejercicio; estrés agudo y crónico; falta de relaciones sociales y de apoyo, exposición a condiciones físicas peligrosas, y falta de cuidados a la salud. (p. 300, citado en González, 2010).

Por esto es importante lo que expresa Gutiérrez (2010), que la vejez es el fin del ciclo vital de todo ser humano, y en cada uno de ellos se refleja la percepción que estos han tenido y las consecuencias de las etapas anteriores.

Los adultos mayores se retiran del mercado laboral porque así lo establece la ley, debido a que tienen que ceder sus lugares a los más jóvenes que son los que cuentan con la vitalidad y fuerza física para la producción. González (2010) menciona que en el 2006 sólo una de cada 5 personas adultas mayores recibía pensión con montos insuficientes que permiten satisfacer las necesidades de este grupo.

Este es un factor que impacta en el bienestar de las personas, y si no llevan a cabo un envejecimiento activo cuando los adultos tempranos lleguen a la vejez no tendrán los recursos para afrontar este tipo de situaciones, aunado al tipo de trabajo que hayan realizado con anterioridad, ya que de este se sabrá si contarán con una pensión y atención en el área de salud.

Un país puede invertir en tres aspectos de salud, prevención, curación o rehabilitación. Si se invierte en la curación de enfermedades disminuye el presupuesto para prevenirlas y canalizar a rehabilitación provocando una disminución en la productividad y aumentando el índice de enfermedades

3.5.3. ¿CÓMO VEO LA VEJEZ? PERCEPCIÓN DE LOS ADULTOS TEMPRANOS

A partir de que la vejez es una construcción social, se ha ejercido una presión sociocultural sobre la imagen de la persona vieja y a la vez se han construido estereotipos de ésta, que sin duda han llevado a la generalización y deformación en ciertos aspectos.

Según Huici y Moya (1994, citado en Montañés y Latorre, 2004) definen a los estereotipos como una estructura cognitiva que contiene el conocimiento, las creencias y las expectativas del que percibe respecto a un grupo humano; es decir, son evaluaciones de primera impresión que se generalizan a un grupo en específico que pueden causar errores e injusticias con los miembros pertenecientes a dicho grupo, ya que normalmente son negativos y resistentes al paso del tiempo.

En este caso, el estereotipo que sale a relucir es la edad, ya que se piensa que las personas que tienen más años se vuelven autoritarias, agresivas o deterministas; debido a esto la perspectiva sociocognitiva intenta explicar el impacto que estos estereotipos tienen sobre la propia percepción e interacción interpersonal.

Esta perspectiva explica que existen estereotipos positivos y negativos alrededor de la vejez y se activan a partir de la interpretación que se hace de los comportamientos ya sean de comunicación o interacción, pero muchos de estos sin ser cuestionados o solo quedándose con la primera impresión. Dentro de los estereotipos positivos se tienen que son aquellos relacionados con la experiencia, sensatez o sabiduría; en los negativos están el deterioro, pérdidas sensoriales, falta de memoria, debilidad, enfermedad, improductividad, dependencia, carga social.

Estos estereotipos sin duda se ven relacionados con la cultura. En la sociedad occidental actual ser joven es un valor, debido a que se ve favorecida por la fuerza, belleza y vigor todo lo contrario con la vejez.

Al respecto Erikson se quejaba de que disponemos de más datos sobre la vejez de tipo patológico, dependiente y demente, que sobre la vejez plena, serena y vivida conscientemente.

Explica Montañés y Latorre (2004) que la población mayor necesita una buena imagen de sí misma para estar satisfecha y a esa labor se incorporan las nuevas teorías e investigaciones, de esta manera, contribuir al cambio de estereotipo. Pero esto sin duda dependerá del autoconcepto que tenga cada persona, así como de sus decisiones que tome para realizar diversas actividades a favor de su bienestar a futuro.

Así como menciona Amico (2009) que el *viejismo* es un prejuicio que provoca que se vea a la vejez como algo ajeno a nosotros, causando que las personas no sean capaces de enfrentar su propio envejecimiento.

La imagen social de la vejez, define Hernández (2006) tiene que ver con un estatus social, este dependerá del rol desempeñado, es decir de aquellas costumbres y funciones que realiza la persona con relación a sus grupos de pertenencia.

Debido a que en esta sociedad la prioridad es la producción, convirtiéndose en el eje en el cual se organizan los modos de vida y en el cual los adultos tempranos ocupan la mitad del tiempo pensando en donde pueden recibir mayor remuneración para cubrir necesidades o expectativas inmediatas, descuidando su salud física y emocional, llegando a su vejez con pertenencias propias, pero en condiciones desfavorables para continuar siendo productivo, esto debido a diversas enfermedades o a cuestiones no consideradas con anticipación como por ejemplo, cuenta de ahorros, seguro de vida, chequeos constantes, etc., reflejándose en una falta de proyecto de vida, que los lleva a tomar una actitud de no tener nada más que ofrecer.

Estos estereotipos han contribuido a desarrollar en los viejos una *autoestima* *devaluada* y a asumir comportamientos que se han establecidos como adecuados para su edad, aunque en algunos casos ellos no lo perciban de esa manera.

Como afirma Pinillos (1994, citado en Montañés y Latorre, 2004), una persona acaba por ser lo que es, y lo que cree que es, depende muchas veces de lo que los demás dicen que es. Siguiendo con esto Buendía y Riquelme (1994, citado en Montañés y Latorre, 2004) señalan que la representación social no sólo define la vejez, sino que establece qué y cómo se debe ser, qué es ser viejo y cómo se debe ser viejo, por lo tanto, esta representación la hace suya la propia persona que envejece y la convierte en el elemento por el que se autodefine a sí mismo

Desde la infancia se transmiten determinadas creencias sobre cómo debe ser y cómo debe comportarse una persona de edad (Hernández, 2006); provocando que se hagan generalizaciones personales y al crecer se evita llegar a viejo para evitar situaciones como dolor o muerte.

Esto no solo se da en la vejez, sino en todas las etapas de la vida, dando como resultado la profecía autocumplida; sin embargo, en esta etapa tiene una connotación negativa debido a que los estereotipos sociales vuelven inútil a las personas adultas mayores y de cierta manera las personas terminan asumiendo estos rasgos, sin intentar demostrar todo lo contrario, porque la misma sociedad los detiene y limita los campos en los que estos se pueden desarrollar.

Es por esto que los adultos o jóvenes perciben a la vejez como algo lejano y ajeno a ellos, rechazando llegar a esta edad por las implicaciones negativas que conlleva, pero no se han automonitoreado para contrastar lo que ellos pueden hacer para integrar a esta población a las actividades y lo más importante lo que ellos pueden lograr si llegan a su vejez con una autonomía y bienestar satisfactorio, logrando a su vez una nueva creencia social.

Explica Hernández (2006) que se debe diferenciar entre las creencias, actitudes y estereotipos; a) creencias, son el conocimiento que se posee sobre un fenómeno; b) actitud, tiene un aspecto cognitivo dando valor afectivo tanto positivo como negativo y, c) los estereotipos son un conjunto de creencias que se comparten con un grupo social.

Con lo anterior al no ser manejado adecuadamente se puede tener que, si un adulto temprano cree que llegar a adulto mayor es malo por el deterioro físico que se obtiene, además rechaza a las personas de la tercera edad a su alrededor y su grupo de amigos refuerzan estas creencias; es probable que no planee su futuro siendo un anciano, por que dejará de ser importante en la sociedad.

Para una persona joven, escribió Jung (1969), “es casi un pecado o al menos un peligro preocuparse por ella misma; pero la persona que está envejeciendo, es un deber y una necesidad dedicar seria atención a sí misma” (Santiesteban, Pérez, y García, 2008). Pero es un deber y una necesidad en este momento de dedicar atención a sí mismos desde etapas tempranas para lograr una integración sana como la propone Erikson citado en Santiesteban et. al.

Debe tomarse en cuenta la influencia de los medios de comunicación, en cuanto a la construcción de la realidad; es imposible que una persona sepa lo que piensa todo el mundo, pero dada la información que brindan los medios se generaliza el pensamiento creando una idea de lo que piensan los demás (Hernández, 2006). En este caso los comerciales, por ejemplo, persuaden a consumir diversos productos, en el caso de los cosméticos para prevenir arrugas, manchas y deterioro de la piel; en bebidas, alimentos o artefactos tecnológicos los actúan personas jóvenes, diciendo que te brindan estatus y felicidad.

3.6. SEGURIDAD

La seguridad social es la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de la vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes del trabajo, maternidad o pérdida del sostén de familia. Sin embargo, solo una pequeña porción goza de estos beneficios. Este concepto surge a partir de la insuficiencia en asistencia médica, pensiones o protección que ponen en riesgo el bienestar y calidad de vida de las personas.

3.6.1. BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

A lo largo de las etapas que viven las personas en el ciclo de desarrollo, tienen la oportunidad de experimentar ganancias, lo cual se percibe en bienestar.

Anteriormente, el bienestar se media en dos puntos: económico y biológico; en el económico se asociaba el bienestar a indicadores macroeconómicos, es decir, del ingreso monetario que percibía cada persona y que se veía reflejado en el empleo, vivienda, etc. Desde el biológico, bienestar se asociaba a ausencia de enfermedades. Durante la década de los 70, el bienestar se enfocó a indicadores sociales y económicos; para los 80, el bienestar se convierte en un concepto multidimensional contemplando diversas áreas de la vida, económicas y sociales.

Molina y Meléndez (2007) explican que el bienestar es una construcción personal relacionada con factores sociales, económicos y culturales, la cual es subjetiva en cada persona. Esto permite a cada una poder adaptarse estableciendo metas y objetivos adecuados a las necesidades inmediatas que se presentan.

Hörnquist (citado en Yanguas, 2006) refiere que la calidad de vida es la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar de la persona que incluye causas externas a este que pueden modificar su salud.

Sin olvidar que las dimensiones serán diferentes en jerarquía para cada persona de acuerdo al estilo de vida y necesidades que estos requieran. Por lo tanto, una población necesita de condiciones objetivas, para tener una calidad de vida razonable y de esta manera las personas realicen sus actividades día a día definiendo una existencia práctica.

El bienestar físico, mental y social, no solo depende la ausencia de enfermedad, sino otros factores como psicológicos y sociológicos (Martínez et al.) que permitirán a la persona percibirse productivos y sanos, realizando mayor cantidad de cosas.

Hace años se realizó un estudio sobre el envejecimiento, salud y bienestar utilizando la encuesta SABE y en conjunto con la Encuesta Nacional sobre el Envejecimiento (Gutiérrez, 2010), en México se encontró que una de cada cinco personas de 65 años y más presentaban dificultades en actividades básicas tales como bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, comer, caminar, acostarse y levantarse. Ahora conociendo el incremento en los diversos hábitos inadecuados que adopta la población y el aumento en ECNT, la morbilidad tiende a ser devastadora provocando mayor daño y afectando el bienestar y calidad de vida de la población.

En el desarrollo del ser humano se estiman indicadores macroeconómicos y la función del Estado, que provee la existencia de los habitantes que la conforman; tema que ya se abordó con anterioridad, así que desde este marco demográfico en donde el envejecimiento se ve como un estado de inutilidad e invalidez, en lugar de una etapa en la cual existen ganancias y pérdidas de manera semejante, se ven involucrados la calidad de vida y el bienestar de cada persona.

En esta interacción, el sector salud se encarga de preservar la salud evitando la enfermedad crónica que pueda impedir a la persona, la realización de diversas actividades necesarias en los múltiples escenarios que regulan la vida humana de las colectividades y que a su vez se van preservando, manifestándose como una calidad de vida satisfactoria. Mientras en algunos países existen leyes de protección a las personas de edad avanzada, aún hay deficiencias en la mayoría de los países.

En cuanto a la esfera biológica, se tiene que la definición más aceptada y difundida de salud es la de la OMS, en la cual se define como un estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

Retomando las deficiencias que presentan diversos países, según Madariaga (citado en Molina y Meléndez, 2007), al menos en los países de América Latina y el Caribe, explica que: “se encuentran tres problemas esenciales: la incapacidad para identificar la magnitud del problema, una cierta pereza pública para asumir las recomendaciones de los organismos internacionales y un déficit de recursos para satisfacer las demandas creadas por el envejecimiento”.

Por lo tanto, un enfoque de la atención con fundamento en el envejecimiento activo, puede optimizar el bienestar de la población que se encuentra en dicho proceso. Con eso se consideran los factores psicológicos, sociales, personales, conductuales, ambientales, de sanidad y servicios como determinantes para el bienestar, promoviendo sentimientos positivos hacia uno como hacia los demás (Molina y Meléndez, 2007).

De esta manera a nivel psicológico es importante prevenir o educar a las personas en situaciones como: enfrentamiento al estrés, pesimismo y autovaloración negativa; en cuanto al factor social brindar herramientas para la pérdida de roles, ausencia de apoyo social, soledad, conflictos generacionales e inactividad, proporcionando habilidades para un automonitoreo desde edades tempranas y dar solución a los diversos conflictos que se presentan en el ciclo de la vida de manera más eficaz manteniendo un bienestar prolongado que permita la renovación de metas y objetivos.

Lo anterior hace referencia a que la calidad de vida relacionada con la salud, es un constructo latente, deducido de manera indirecta a través de indicadores y a su vez multidimensional; respecto a esto Lawton (citado en Yaguas, 2006) explica lo siguiente:

Debido a que la calidad de vida con respecto a la salud se refiere al hecho por el cual la disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones de las conductas cotidianas, actividades sociales, bienestar psicológico y otros aspectos del día a día de los sujetos y su calidad de vida global, juzgada por el propio sujeto (p. 110).

Con esto es indispensable que el envejecimiento se trate de manera multidisciplinar, ya que el chequeo constante del estado de salud y la intervención temprana de tratamientos para la evitación de enfermedades serán el factor que determine el bienestar físico y propicie a su vez el bienestar psicológico para que la persona sea capaz de proponerse la realización de diversas actividades que le sean complacientes.

Retomando la esfera psicológica, la cual se encarga de promover la motivación para la renovación o construcción de metas, un estudio en España, mostró que las jerarquizaciones de necesidades en las personas mayores son: la autonomía, seguridad, pertenencia, competencia y relaciones interpersonales. En el caso de los jóvenes, fue: seguridad, amor, competencia, dinero y solidaridad, observando e interpretando que en la juventud no se tiene como necesidad la revisión o chequeos regulares del estado de salud, que es la parte fundamental para que, en la vejez logren su autonomía.

Por esto es importante conocer la construcción de salud que se tiene en este caso, en la población mexicana adulta media y como lo proyectan a futuro para que sus necesidades sean cubiertas satisfactoriamente. Así que en la población mexicana es de vital importancia la educación preventiva a lo largo del ciclo vital, que les permita una adaptación al ambiente que impida que los viejos se queden aislados en la sociedad.

Sin embargo, para que un AT mexicano construya su bienestar y calidad de vida requiere de diversos factores externos. México es un país desigual refiriéndose a la distribución de ingresos y acceso a servicios básicos para la población, además de aún no desarrollar habilidades pertinentes para disminuir las condiciones de pobreza nacionales; la CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social) en el 2012 reportó 2,565.3 personas pobres en el Distrito Federal.

La CONEVAL, explica que para medir la pobreza en México se utilizan dos líneas de ingreso, la línea de bienestar mínimo (canasta alimentaria) y la línea de bienestar (canasta alimentaria y la canasta no alimentaria); estas dos líneas son ejemplo de factores sociales que requiere una persona para construir su definición de bienestar.

Dicho consejo explica que, hasta agosto del 2014, el costo mensual por persona en la canasta básica urbana es de \$1,242.61, gastando alrededor de \$41.42 diarios. Y el valor mensual de la línea de bienestar (canasta alimentaria más canasta no alimentaria) en el mismo mes es de \$2,524.24 en zonas urbanas (CONEVAL, 2012).

BIENESTAR MÍNIMO (canasta básica)	LÍNEA DE BIENESTAR (canasta básica más canasta no alimentaria)
Huevos Aceites Maíz Trigo Arroz Otros cereales Carne de res y ternera Carne de cerdo Carnes procesadas Carne de pollo Pescados frescos Leche y Quesos Otros derivados de la leche Verdura y legumbres Leguminosas Frutas secas Bebidas no alcohólicas Azúcares y mieles	Transporte público Limpieza y cuidados de la casa Cuidados personales Educación, cultura y recreación Comunicaciones y servicios para vehículos Vivienda y servicios de conservación Prendas de vestir, calzado y accesorios Cristalería, blancos y utensilios domésticos Cuidados de la salud Enseres domésticos y mantenimiento de la vivienda Artículos de esparcimiento Otros gastos

Una persona que no tenga un salario que le permita cubrir sus gastos mensuales, ya sea de manera personal o familiar, no percibirá un bienestar en el área económica y a su vez su grado de felicidad disminuirá en otros aspectos.

Se dice que el bienestar debe mantenerse para poderlo transmitir de generación en generación, por lo tanto, es prioritario transmitir un capital económico para la subsistencia futura (Jaime y García, 2011). A su vez debe de medirse el bienestar no solo desde lo económico sino también desde la perspectiva de cada persona en su vida diaria.

Cuando las personas logran cubrir sus necesidades económicas básicas, como: alimento, salud, vivienda, educación, vestido, entre otras; se generarán valores relacionados con el automejoramiento, el respeto al ambiente, participación social, entre otros (Jaime y García, 2011). En otras palabras, las personas experimentaran felicidad, brindándoles un grado de plenitud y disfrutando de su calidad de vida.

Actualmente el termino felicidad, se refiere a la felicidad hedónica que es “la creencia de que uno está obteniendo las cosas importantes que quiere, así como ciertos afectos placenteros que acompañan dicha creencia”, (Kraut, citado en González, 2008). La felicidad se experimenta en la vida cotidiana y puede ser algo trivial, sin embargo, a raíz de esta experiencia la persona encuentra motivación, se sienten valiosos y son capaces de enfrentar dificultades, proponerse metas, entre otras cosas.

Para que la emoción de la felicidad sea experimentada en las personas deben de existir ciertos elementos que le brindaran una intensidad y construcción, explican Sánchez y Méndez (2011), que estos elementos son:

- a) Aspectos propios del nicho donde la persona nace y crece.
- b) Los rasgos y capacidades que desarrolla a partir de su temperamento y los cuales se fortalecen con el aprendizaje.
- c) Las formas en que la persona procesa a nivel cognoscitivo o reacciona ante un evento evocador de la emoción.
- d) La percepción de autoeficacia y utilidad ante las tácticas o estrategias usadas para responder al estímulo.

Estos aspectos les brindaran a las personas un bienestar subjetivo desde cómo se perciban y desempeñen en su vida cotidiana, tanto de manera intrapersonal como interpersonal. Veenhoven en 1984 afirmó que este bienestar solo puede ser medido a través de la pregunta directa sobre su felicidad o satisfacción en la vida, sin hacer especulaciones (Rojas, 2011).

Respecto a esto, PARAMETRÍA realizó una encuesta en enero del 2013 a 400 personas sobre el bienestar subjetivo en México, donde la pregunta fundamental fue ¿qué tan satisfecho está usted con su vida en este momento?, se encontró que el 80% respondió que se sentía satisfecho en un rango de edad de 26 a 45 años, manifestando mayor satisfacción las mujeres y personas universitarias.

La persona al responder a dichas preguntas en relación a su bienestar, son capaces de decidir lo que deben de cambiar o mejorar, puede ser desde terminar una relación amorosa hasta comprar una casa. Explica Rojas (2011) que la satisfacción se dará en dominios, es decir; en las relaciones con los otros (pareja, amigos, padres, etc.), uso del tiempo libre (practicar deportes, leer, cine, etc.), trabajo (formal o informal, responsabilidades) y tener deseos materialistas y salud. Cada persona decidirá que dominio es relevante, cual será variable y el nivel de estudios que tenga le permitirá tener un nivel de construcción.

Rojas y Veenhoven 2010 (citados en rojas 2011) estudian los procesos que involucran el bienestar, dicen que son procesos cognitivos y afectivos. En el aspecto cognitivo se compara el grado de bienestar en relación con un grupo o persona de referencia y experiencias pasadas; el afectivo, involucra las emociones y estado de ánimo que experimentan en dichas situaciones.

3.6.2. VALORÁNDOME: AUTOCUIDADO

El autocuidado puede verse como un concepto educativo, ya que en los últimos años ha adquirido relevancia en el campo de la salud, debido a la prioridad que se le ha dado a la atención primaria como una estrategia para proporcionar a las personas los medios e información necesaria para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre esta.

Se sabe que las PAM demandan un mayor consumo de bienes y servicios de acuerdo a sus necesidades, estos recursos se deben sostener del trabajo productivo de la población. De igual manera todos los hombres y mujeres tienen el derecho de gozar de una vejez digna, que se ve influenciada directamente por su calidad de vida. Uno de los pilares básicos para lograr esto es el autocuidado (Quintero, 1994).

De acuerdo a Coppard (citado en Quintero, 1994) “el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales”.

El autocuidado es para que cada persona logre un mejor estado de salud y bienestar, se convierten en habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida, indispensables para llevar a cabo cualquier acción, aún más cuando existen problemas de salud.

Por lo tanto, el autocuidado hace referencia a todas aquellas actividades que se realizan en el estilo de vida y hábitos de cada persona, desde las horas de sueño que se tienen, higiene personal, automedicación, hasta la seguridad que busca en trabajo, escuela, casa y demás ámbitos que se desarrolle. Por esto el autocuidado es una conducta que se aprende en una combinación de experiencias cognoscitivas y sociales. El entorno representa el conjunto de factores externos que propician influencia sobre tomar decisiones para que cada persona lleva a cabo el autocuidado (Vega y González, 2007).

El autocuidado se logra a partir de hábitos de salud física, emocional, espiritual y mental. Es parte de la autopercepción que tiene cada persona sobre sí misma, es decir, aquellos que se sienten satisfechos con la vida gozan de una mejor salud y una mejor calidad a comparación con los otros. Mencionan Vega y González (2007) que el deterioro, pérdida o mantenimiento de la salud se ligarán a los estilos de vida, retos ambientales, alimentos consumidos, vida productiva, recursos socioeconómicos y al espacio en el que vive cada persona.

El autocuidado ha sido relevante para los programas de educación para la salud (EPS), son un proceso planificado y sistemático de enseñanza aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de prácticas saludables y evitar las prácticas de riesgo. Se considera conducta o comportamiento de salud a los atributos personales tales como las creencias, expectativas, valores, percepciones y características de la personalidad, y a los modelos de comportamiento, acciones y hábitos relacionados con el mantenimiento, el restablecimiento y la promoción de la salud, que se pueden observar, medir, o informar (Quintero, 1994).

Tenahua, Landeros, Linares y Grajales (2007) explican que se debe de trabajar en los conceptos de capacidades de autocuidado (CAC) y acciones de autocuidado (AAC). Estos autores explican que las CAC son habilidades que les permiten a las personas maduras o en proceso de maduración cuidar de sí mismos y a la vez estas son consideradas habilidades que impulsaran las AAC, permitiendo mantener la salud y el bienestar.

Ellos proponen el término de déficit de autocuidado, implicando a todas aquellas personas que no son capaces de llevar los cuidados mínimos en su persona como manera de prevención, detección y control de múltiples enfermedades. Solo aquellas personas que presentan limitaciones en su salud son capaces de ocuparse de su autocuidado.

Hay características personales que favorecen o afectan las capacidades para ejecutar su autocuidado, denominados factores básicos condicionantes que pueden ser

endógenos o biológicos, así como exógenos o hábitos adquiridos que pueden predecir el inicio de diversas enfermedades.

La teoría general de Orem (citada en Vega y González, 2007), propone que el autocuidado es “la conducta aprendida por el individuo dirigida hacia sí mismo y el entorno para regular los factores que afectan el desarrollo en beneficio de la vida, salud y bienestar”

Por lo tanto, las personas además de necesitar conocimientos o aprendizaje, requieren desarrollar sus habilidades para impulsar sus acciones de autocuidado, ya que al sentirse sanas evitan preocuparse por su salud y siguen efectuando conductas que tarde o temprano provocarían una enfermedad, hasta que reconocen que ya están en peligro, en el caso de los adultos tempranos, al estar ocupados en el trabajo ignoran o pasan por alto cualquier malestar.

CAPÍTULO 4. CONSTRUCTIVISMO: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde el ámbito psicológico este fenómeno del envejecimiento poblacional se podría entender de una manera eficaz partiendo de la Teoría de los Constructos Personales, la cual tiene su auge en el constructivismo; donde la concepción de la persona como observador participante construye de un modo activo el conocimiento del mundo que lo rodea, por lo tanto, la realidad es interpretada de distintos modos.

Debido a que el envejecimiento se desarrolla de diversas maneras en cada persona, se obtendrán diversas concepciones de dicho proceso, a partir del contexto de cada persona con la que se trabaje. George A. Kelly maneja que el ser humano ve el mundo a través de una serie de patrones llamados constructos, los cuales le permiten construir el mundo y tener una línea de conducta (Padilla, s/a).

La realidad que vive cada persona es construida permanentemente a través de las diversas experiencias que le permiten crear una representación de sí mismo, de los demás y del mundo, partiendo de una identidad personal (Cáritas Española, 2002).

El paradigma constructivista es una postura epistemológica que se ha manifestado desde los años 80's haciendo referencia a Sir, F. B. Barlett, George A. Kelly y Jean Piaget. Este paradigma parte de que el sujeto es un observador participante, el cual construye el conocimiento de un modo activo. El constructivismo intenta explicar la naturaleza del conocimiento; por lo tanto, para dar pie a un nuevo conocimiento, debe existir uno previo (Landfield y Leitner, 1987).

Por esto el aprendizaje es activo permitiendo incorporar lo nuevo que se va adquiriendo, ya que la información es asimilada y depositada en conocimientos y experiencias previas.

Este modelo permite internalizar, reacomodar o transformar nueva información. La información es trabajada por medio de los esquemas, que son los que permiten construir la realidad de una interpretación con el ambiente, es como se incorpora la nueva información. Por lo tanto, un esquema es una representación de una situación o concepto concreto que permite manejarlos internamente y enfrentarse a situaciones iguales o parecidas en la realidad (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007).

Dentro de los antecedentes históricos-filosóficos de este modelo esta:

- Jenofranes (570-478 a. C): la verdad surge de un análisis crítico y discusión racional.
- Heráclito (540-475 a.C.): todo lo que existe cambia permanentemente de forma que es un devenir perpetuo.
- Protágoras (485-410 a.C.): el hombre no conoce las cosas como son en sí, sino como son para él, la manera como las internaliza en el momento de la percepción.
- Descartes (1546-1650): el ser humano solo puede conocer lo que el mismo construye. El hombre puede trazarse proyectos de pensamientos, construir sus propias teorías, proponer la verdad de las cosas y sus propiedades.

El argumento fundamental del constructivismo dice que nuestras construcciones del mundo surgen de nuestras interacciones con el medio social; menciona que la realidad no dicta su validez a través de los sentidos, sino que se tiene la obligación ética de especificar los criterios por los que se considera una porción de conocimiento más válido que otro.

Tovar (2001), menciona que el constructivismo es la construcción propia de un individuo hecha día con día como resultado de la interacción entre lo cognitivo y social, compuesto de esquemas que ha construido en relación con el medio que lo rodea. El proceso de construcción dependerá de los conocimientos previos o representación que se tenga de la nueva información o de la actividad o tarea a resolver y de la actividad externa o interna que el aprendiz realice al respecto.

Piaget explica que el conocimiento es una construcción, por lo tanto, el desarrollo cognitivo es una larga y continua construcción de formas de nuevo conocimiento, donde la persona explora activamente su entorno y crea estructuras internas del mundo, creando estructuras o formas de organización que se observaran en los estadios o periodos de desarrollo de cada persona; cada que se adquiere un nuevo estadio, las estructuras se van modificando ya que las anteriores funcionan como subestructuras que permiten la edificación de los nuevos caracteres (Tovar, 2001).

El conocimiento que la persona logra se relaciona con los conocimientos anteriores, ya que este siempre parte de los elementos con los que dispone la persona. Por lo tanto, la persona será activa en la formación del conocimiento; para el constructivismo el ser humano crea y construye activamente su realidad personal (Araya et al., 2007).

Vygotsky (1995) propone que la cultura proporciona a las personas de una sociedad, las herramientas necesarias para modificar su entorno físico y social, usando los signos lingüísticos que permiten la interacción social y la transformación de las funciones psicológicas, entonces la educación es un proceso sociocultural por el cual se transmiten los conocimientos acumulados y organizados culturalmente por generaciones, formándose los procesos de formación social y personales; vinculándose desde el primer día de vida del niño con el contexto sociocultural con el que interactúa, ya que existen los padres, compañeros, escuela, trabajo, etc., siendo los que le transmiten la cultura y son copartícipes de su aculturación.

Cáritas Española (2002) menciona que cada construcción psicológica superior permite anticipar y actuar a futuro; en este caso refiriéndose a la memoria, dando pie a modificaciones que permiten facilitar la actuación en diversas direcciones y no volverse estático. El constructivismo consiste en extraer los significados y no en imponerlos, por esta razón es que da suma importancia a las relaciones humanas, ya sean experiencias subjetivas, educacionales, familiares o laborales.

4.1. TEORÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES DE GEORGE KELLY

La Teoría de los Constructos Personales; explica que la concepción de la persona como observador participante, le permite construir de modo activo el conocimiento del mundo que lo rodea, permitiendo incorporar lo nuevo que se adquiere, por lo tanto, la realidad es interpretada, asimilada e internalizada de distintos modos, de acuerdo al contexto en el que se ubique la persona (Cáritas Española, 2002).

Esto da origen al constructivismo social, porque los esquemas son producto de la realidad de la persona, por medio de los esquemas la información es internalizada, reacomodada o transformada; ya que estos son una representación de una situación o concepto concreto que permite manejarlos internamente y enfrentarse a situaciones iguales o parecidas en la realidad.

George Kelly (1955, citado en Cabbada, 2009) hace hincapié en que la actividad fundamental del hombre es conocer para arriesgarse a anticipar los acontecimientos, construyendo su propia realidad basándose en su experiencia y entorno con el cual debe, no sólo convivir, sino además adaptarse.

El postulado principal dice que los procesos psicológicos son canalizados por las formas en que previenen los sucesos y, también en esta época la manera como intervienen e interpretan la publicidad de los medios masivos de comunicación; en este caso si las personas se han formado en un contexto donde toman medidas preventivas en diversas áreas como la salud, se considera que tendrán mayor disponibilidad de adoptar esas medidas para sí mismos, ya que están influenciados por ese ambiente, esto le permitirá prepararse para su proceso de envejecimiento (Cabbada, 2009).

La persona debe tener la información de lo que es la vejez, la cual se construye desde la infancia hasta que llega a ser una persona adulta mayor, base a la información construida tendrá las habilidades de adaptarse y tomar medidas preventivas.

George A. Kelly (citado en Campagnolo, 2010) propuso una teoría de la personalidad que hace hincapié en los pensamientos de la persona. Dice que el ser humano ve al mundo a través de una serie de patrones llamados constructos, los cuales le permiten construirlo y tener una línea de conducta. Una persona recurrirá a los constructos personales para predecir lo que sucederá en la vida, intentará formar conceptos que hagan más predecible su vida personal. Las predicciones precisas permiten control

Kelly (1955, citado en Botella y Feixas, 1990) afirma que “el sistema de construcción de una persona varía a medida que construye réplicas de los acontecimientos”, esto es, evoluciona a través del ciclo de la experiencia, constituido por cinco fases: 1) anticipación de la experiencia, 2) implicación en el resultado, 3) encuentro con el acontecimiento, 4) validación/invalidación de la anticipación y 5) revisión constructiva del sistema. Con esto, el ciclo vital como tal, se considera un ciclo de experiencia en el que constantemente se contrastan los constructos nucleares de la persona en cada etapa de su desarrollo.

Para poder llegar a conocer a una persona, se debe llegar a los constructos de esta. Un constructo es la manera en la que dos o más cosas son similares y, por tanto, distintas de una tercera o más cosas; es un contraste básico entre dos grupos, se refiere a la naturaleza de la distinción que uno intenta hacer entre los acontecimientos.

A partir de sus experiencias clínicas, Kelly reconoció el fenómeno de la reconstrucción de la experiencia del sujeto, identificando que las personas actúan con cierta permanencia en diversas conductas, sin embargo, los humanos pueden tener opciones diferentes, lo importante es la relevancia que la persona considera como esencial, la concordancia con su propia visión y su capacidad para generar alternativas a futuro (Botella y Feixas, 1990).

Es por esto, que se considera a este paradigma como una alternativa adecuada para conocer los constructos de los adultos acerca de autocuidado, calidad de vida y envejecimiento, ya que teniendo esta reconstrucción en la etapa adulta se puede lograr que los sujetos creen alternativas para su futuro, haciendo hincapié en llegar a un envejecimiento activo, obteniendo un bienestar en las diferentes esferas del desarrollo.

Cada persona organiza la realidad, es por esto que la construcción es permanente debido a va teniendo diversas experiencias y sus constructos cambian o se vuelven predictivos. Explica Fernández (2005, citado en Campagnolo, 2010) que “una construcción de la realidad es la forma de organización de la experiencia personal en la que cada individuo refleja su representación del mundo incluyendo su autorepresentación, dicha organización resulta de la acción de un sistema, integrado por un conjunto de estructuras de significado”.

En este caso, lo que interesa saber es a partir de que experiencias han llegado a formar la construcción de envejecimiento y como lo internalizan para entender qué es lo que los hace que no lleven un autocuidado continuo y llegue a la vejez con múltiples enfermedades que los vuelve dependientes en diversas formas. Es por esto que las estructuras de significado son esenciales debido a que son las declaraciones que emiten las personas acerca de cómo han construido y significado su experiencia.

Kelly propone que las emociones, conductas y procesos cognitivos, son parte del proceso del conocer y que permiten dar significado a las experiencias, es decir, la persona no actúa en relación a los eventos en sí mismos, sino a su particular manera de pensar respecto a los acontecimientos, siendo aquí donde nacen los móviles conductuales, que pueden modificarse al cambiar los constructos (Tovar, 2001).

Kelly dice que:

“Los seres humanos comparten habitualmente las ideas y prejuicios de los demás... así que solemos hacer las cosas de la manera en que las hemos hecho siempre, o como las han hecho otros con anterioridad, pues las ideas novedosas que se expresan abiertamente pueden ser perturbadoras para los demás y peligrosas para nosotros... y con frecuencia aceptamos los dictámenes de la autoridad en contra de nuestro propio juicio, con la esperanza de no ser responsable de lo que suceda ” (p.255, citado en Cabbada, 2009).

La persona forma su personalidad desde lo que aprende de niño, comprobando los constructos que va adquiriendo para valorar si son funcionales en su contexto y persona, en el caso del envejecimiento formara el constructo de autocuidado desde edades tempranas realizando ejercicio constante, teniendo una alimentación equilibrada y realizándose un estudio médico general, si se lo enseñan sus padres o las personas responsables de su formación o si es lo que la persona observa en su medio de interacción; de lo contrario su envejecimiento será acelerado degenerando rápidamente sus órganos.

El hombre a través de su experiencia de su propia historia, crea y modifica su realidad, es decir, cada persona tiene un relato de su propia vida y cuenta sus propias historias, todas ellas verdaderas producto de su íntima biografía. Kelly (1964, citado en Cabbada, 2009) “el ser humano no cuenta tanto lo que es, sino lo que se atreve a hacer de sí mismo”.

Los constructos son pautas o creaciones que siempre se ponen a prueba dice Kelly (1966, citado en Campagnolo, 2010), “asumir que el ser humano es el autor de su destino no equivale a negar que puede estar trágicamente limitado por sus circunstancias”. Es decir, si no tiene una apertura a escuchar alternativas e intentarlas, difícilmente lograra el cambio que requiere.

Kelly menciona que el hombre en la medida en que puede construir sus circunstancias, puede encontrar por sí mismo libertad de la dominación de éstas, de esta forma el hombre puede esclavizarse a sus ideas o ganar libertad reconstruyéndolas; a esta reconstrucción la llamo “constructivismo alternativo” que es cuando la realidad tiene construcciones alternativas las cuales pueden ser demostrables y fructíferas. Estas alternativas surgen ya que un suceso siempre tiene un número infinito de construcciones por lo tanto la verdad humana está en proceso de cambio y transformación.

En este caso el contraste de significados serán las diferencias de ser un adulto de 30 años a una persona adulta mayor de 60 años, donde diferencien las características físicas, psicológicas y sociales que pierden, cambian y/o mantienen de acuerdo a su constructo de vejez. A partir de estos contrastes se identificará la disposición de la persona para iniciar su envejecimiento de manera activa y a buscar alternativas para que lo logren.

Además de conocer y reconocer las redes de apoyo con las que cuentan a nivel social, laboral y económico, así como contar con un seguro de vida para poder cubrir sus gastos médicos, de esta manera formular predicciones de por cuánto tiempo seguirían recibiendo dichos apoyos y que comiencen a elaborar un plan de vida donde su autocuidado sea la base para que al llegar a la etapa de la vejez sean personas independientes y autónomas, capaces de adaptarse sanamente a los nuevos roles que se requieran para preservar su bienestar y calidad de vida.

Estos constructos pueden ser obtenidos por medio de la Técnica de la Rejilla (TR), ya que permite conocer la idiosincrasia de un sujeto; es decir, conocer y entender a través de sus propias palabras la manera cómo experimenta su vida.

4.1.1. TÉCNICA DE LA REJILLA

La técnica de la rejilla, permite conocer la idiosincrasia de una persona; es decir, conocer y entender a través de sus propias palabras la manera como experimenta su vida. De acuerdo a la temática, esta técnica da apertura a explorar lo que una persona cree de la vejez, proyectando su historia a futuro sobre cómo se percibe ella misma a través de los significados que ha formado de su entorno social.

Más que el comportamiento, es el estado cognitivo-afectivo el que interfiere en la adaptabilidad de una persona y actuará en referente a la situación. Las personas actúan la mayoría de las veces en función de lo que se espera conseguir con su conducta. Los constructos son etiquetas verbales, usadas por las personas.

La técnica de la rejilla, nació en el seno de la Teoría de los Constructos Personales de Kelly (Padilla, s/a), es un instrumento de evaluación de las dimensiones y estructura del significado personal, pretende captar la forma en que una persona da sentido a su experiencia en sus propios términos; es una forma de entrevista estructurada orientada a explicitar los constructos con los que la persona organiza su mundo (Feixas y Cornejo 1996).

En la técnica, la persona trabaja siempre desde su marco interpretativo de la realidad, le permite a la persona establecer un plan de acción o proyecto, de acuerdo al análisis de su situación, permitiéndole tomar decisiones. La persona interpretará la realidad de acuerdo a su sistema de construcción, que depende del tipo de supuestos en los que se basa.

Un constructo personal es una dimensión de significado que permite asimilar dos eventos; personas, cosas, acontecimientos (Feixas y Cornejo, 1996).

La técnica de la rejilla permite captar un repertorio de constructos nucleares y periféricos. Los constructos nucleares son aquellos que definen significativamente la identidad de la persona; los periféricos permiten operar los procesos de construcción y las acciones consiguientes.

Dicha técnica se centra en la perspectiva de la persona, es decir, en la idiosincrasia, el propósito específico es conocer la forma particular de construir de la persona. La técnica no es un proceso estandarizado como otras pruebas psicológicas, se debe adaptar a los objetivos y a la situación de evaluación que se pretenda realizar.

La evaluación de los constructos personales puede realizarse mediante entrevistas, textos y documentos de carácter descriptivo y autobiográfico (Padilla, s/a).

La técnica de la rejilla según Botella y Feixas (1998, citado en Feixas, De la fuente y Miquel, 2003), se centra en explicar el sistema de creencias y conocer como está organizado. En este sentido se explorarán las vivencias más cercanas con personas adultas mayores, para conocer la construcción que han creado de vejez los adultos de 30 años y predecir su rol en dicha etapa.

Menciona Feixas y Cornejo (1996) y Padilla (s/a) los pasos de evaluación:

- **ETAPA DEL DISEÑO:** se eligen los elementos de acuerdo al área determinada a trabajar que pueden ser del sí mismo, relacionales o situacionales, se recomienda una lista de 10 a 15 elementos. Es recomendable siempre elegir los elementos sí mismo, Ideal y Non Grato. En esta etapa se lleva a cabo la selección de constructos, donde como máximo se recomiendan 20 constructos; en la selección de puntuación se elige una escala tipo Likert de 1 a 7 y la cantidad de rejillas se obtiene a través de la selección de constructos y elementos la cual deba aplicarse entre 45 y 60 minutos.

- **ADMINISTRACIÓN:** se realiza una entrevista estructurada (anexo 1), captando los procesos de construcción del entrevistado; llevando a cabo la elicitación de elementos, dando una tarjeta en blanco donde el paciente colocará los nombres de las personas o situaciones a evaluar. En la elicitación de constructos se llevan a cabo las díadas o tríadas. Recomiendan realizarla por medio de díadas, ya que es más fácil elegir los constructos, preguntando primero la similitud y después la diferencia. Por ejemplo: ¿En qué se parece tu mamá y papá en cuanto a personalidad, comportamiento? Una vez terminado este proceso y que se llegó al punto de saturación de constructos se procede a llenar la rejilla (anexo 2) evaluando cada elemento con la diada de constructos usando la escala tipo Likert de 1 a 7. Terminado este proceso se realiza el análisis matemático en el programa RECORD, para esta investigación se usó la versión 5.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA

PROPÓSITOS

Ya que México no cuenta con la infraestructura necesaria para atender en un futuro a un gran número de PAM con múltiples enfermedades que requieren de una inversión económica significativa, debido a que en el país el gasto invertido en el sector salud es bajo a comparación de otros países publicado en el OCDE en el 2014.

Se considera que al implementar y conocer el constructo de autocuidado en las personas que se ubican en los treinta años pueden decidir modificar su estilo de vida y no solo lo llevarán a cabo por periodos cortos o cuando es debidamente estricto porque la enfermedad ya está avanzada, sino que se puede lograr a su vez, que estas inciten a los que los rodean a tener un mayor autocuidado, modificando este constructo por la interacción creada y así disminuir a futuro una dependencia tanto económica como de cuidados por parte de familiares u otras personas, evitando algunos otros factores tales como la violencia, el abandono o enfermedades demenciales.

OBJETIVO

Por lo tanto, es necesario conocer la idiosincrasia de los AT para reeducarlos y ofrecerles adecuadas alternativas de cuidados y plan de vida según su estilo de vida, de esta forma podrían tener un mejor impacto y ser funcionales las nuevas propuestas para mejorar la salud de la población mexicana.

MÉTODO

El tipo de estudio que se utilizó fue el análisis descriptivo; que se obtiene a partir de la escala Likert que se usó en la rejilla, es decir, entre la realidad que viven los adultos y lo que han aprendido sobre lo que es la vejez para saber que constructos tienen sobre los elementos investigados y así llevar a cabo la relación entre los datos teóricos y la técnica.

Los participantes fueron 4 personas en un rango de edad de 30 a 45 años, 2 hombres y 2 mujeres a los cuales sus trabajos no les proporcione seguridad social, hayan interactuando con personas mayores adultas por mínimo un año y su nivel educativo sea secundaria o preparatoria terminada, trunca o realizada en sistema abierto.

Cada uno respondió a una entrevista estructurada (anexo 3) para obtener los constructos por medio de la Técnica de la Rejilla, ya que es un procedimiento estructurado para conocer y explorar las interrelaciones de los constructos. La rejilla brinda datos cualitativos y cuantitativos a través del programa RECORD v.5. Dicho programa utiliza la factorización de análisis de correspondencias mediante “chi-²” (chi cuadrado), con este método se obtiene una técnica descriptiva de tablas de contingencia que permiten identificar las relaciones de dependencia o independencia entre variables cualitativas.

En los datos cualitativos se espera encontrar niveles bajos de autoestima en los participantes y en los datos cuantitativos los constructos mencionados frecuentemente.

RESULTADOS

REJILLA ELSA

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
CONSTRUCTOS IZQUIERDO	CONSTRUCTOS DERECHO	ELSA PRESENTE	ELSA PAM	MARIA	PAM	TRABAJO	SERVICIOMEDICO	ALIMENTACION	EJERCICIO	SALUDABLE	AUTOCUIDADO	BIENESTAR	CALIDAD DE VIDA	
1	TRANQUILO	DESORDENADO	4	1	6	2	6	3	4	2	3	5	3	5
2	AMOR	ODIO	2	2	3	2	6	4	2	2	3	4	4	3
3	SALUD	ENFERMEDAD	2	4	6	2	2	2	3	1	2	3	4	4
4	BIEN	MAL	3	3	5	2	3	3	3	2	3	4	4	2
5	AGIL	PEDASA	2	3	6	3	4	3	3	2	3	3	4	4
6	VARIADA	ADECUADA	4	5	2	4	2	5	3	5	3	2	2	2
7	OPORTUNA	NEGLIGENTE	4	4	4	2	4	3	2	2	2	6	4	5
8	REMUNERADA	LIMITADA	5	4	5	4	6	6	5	7	4	6	6	5
9	ALEGRE	TRISTE	2	2	5	3	4	4	4	2	4	4	3	3
10	ACHACOSA	AFRONTAR	4	6	2	6	5	3	5	6	6	4	5	5
11	PROACTIVA	CANSADA	2	2	6	3	4	3	3	2	2	4	4	3
12	ESTABLE	PREOCUPADA	5	2	4	3	6	4	4	2	3	4	4	5

CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO
1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO	4 PUNTO MEDIO	5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY

ANALISIS ESTADISTICO DE ELSA EN EL PROGRAMA RECORD

ELEMENTOS DEL SÍ MISMO		
Correlación YO-IDEAL	-0,502	Autoestima baja
Correlación YO-OTROS	0.517	
Correlación IDEAL- OTROS	0.000	

DISCREPANCIA	
YO	IDEAL

AUTODEFINICIÓN YO
5 Limitado – Remunerado
5 Preocupada – Estable
2 Amor – Odio
2 Salud – Enfermedad
2 Agil – Pesada
2 Alegre – Triste
2 Proactiva – Activa

POLARIZACIÓN 2.08	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Yo- ahora 0.00	Tranquila-desordenada 8,33
Elsa pam 8.33	Odio-amor 0.00
Maria 0.00	Enfermedad-salud 8,33
PAM sano 0.00	Mal-bien 0.00
Trabajo 0.00	Pesada-agil 0.00
Serv. Medico 0.00	Adecuada-variada 0,00
Alimentación 0.00	Oportuno-negligente 0.00
Ejercicio 16.67	Remunerado-limitado 8.33
Saludable	Triste- alegre 0.00
Autocuidado 0.00	Achacosa-afrontar 0.00
Bienestar 0.00	Cansada-proactiva 0.00
Calidad de vida 0.00	Estable-preocupada 0.00

INTENSIDAD 0.23	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Yo- ahora 0.26	Tranquila 0.35
Elsa pam 0.28	Odio 0.20
Maria 0.21	Enfermedad 0.24
PAM sano 0.36	Mal 0.27
Trabajo 0.11	Pesada 0.34
Serv. Medico 0.18	Adecuada 0.30
Alimentación 0.21	Oportuno 0.16
Ejercicio 0.35	Remunerado 0.04
Saludable 0.28	Triste 0.26
Autocuidado 0.13	Achacosa 0.24
Bienestar 0.05	Cansada 0.39
Calidad de vida 0.08	Estable 0.21

POTENCIA DISCRIMINATIVA 1.37	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Yo- ahora 0.50	Tranquila-desordenada 2.50
Elsa pam 2.50	Odio-amor 1.33
Maria 1.67	Enfermedad-salud 2.08
PAM sano 1.67	Mal-bien 1.00
Trabajo 1.33	Pesada-agil 1.33
Serv. Medico 1.00	Adecuada-variada 1.00
Alimentación 1.33	Oportuno-negligente 1.67
Ejercicio 1.67	Remunerado-limitado 1.00
Saludable 1.67	Triste- alegre 1.00
Autocuidado 0.50	Achacosa-afrontar 1.67
Bienestar 1.00	Cansada-proactiva 1.33
Calidad de vida 0.50	Estable-preocupada 1.67

Sexo femenino de 40 años, se dedica al hogar, tiene el grado en técnica en enfermería la cual actualmente no ejerce, está casada, vive en una casa rentada la cual posee los servicios necesarios como agua potable, luz, drenaje y perciben mensualmente alrededor de \$3,000.00. Su familia la conforma su hija de 9 años y su esposo de 42 años que tiene una discapacidad en la columna adquirida en el trabajo, la cual le impide hacer esfuerzos y realizar actividades cotidianas como subir escaleras, caminar, estar sentado por largos periodos de tiempo, por lo tanto, le impide tener un empleo sustentable, sin embargo, reciben un apoyo económico de la empresa donde estuvo laborando anteriormente en la cual se desencadenó dicha discapacidad.

Elsa actualmente practica ejercicio 5 veces a la semana de tipo aeróbico con una duración de una hora a hora y media, lleva alrededor de un mes practicándolo, procura tener una alimentación balanceada y solo los viernes o sábados ingieren quesadillas, tacos o algún postre. Consume alcohol, una o dos veces al mes y fuma de una a dos veces a la semana.

Autodefinición: A través de los datos obtenidos por la rejilla, la autodefinición reconstruida de Elsa, tomando los constructos del elemento “Elsa adulta temprana” donde obtuvo valores extremos: 2 y 5, fue:

“Yo soy una persona bastante amorosa, con bastante salud, me siento bastante ágil y alegre, también soy bastante proactiva con los que me rodean. A veces me preocupo y me siento un poco limitada”

La descripción de Elsa es positiva en su etapa AT, se siente con vitalidad, salud; sin embargo, se observa que las preocupaciones surgen alrededor de la economía familiar debido a que la considera desordenada y limitante por lo tanto le preocupa y odia el trabajo que tenía su esposo, dando consigo que su calidad de vida actual la perciba como desordenada, negligente y limitada.

En los constructos congruentes, ya sea por la misma puntuación o un punto de diferencia en los mismos polos, se tuvo que Elsa quiere mantenerse amorosa, bien, alegre y proactiva, constructos que a la vez podrían ser constructos nucleares. Se observa un grado de insatisfacción o indecisión hacia el futuro, ya que en su Elsa PAM (yo ideal), varias puntuaciones se ubican en el punto intermedio (puntuación 4).

En los constructos discrepantes en realidad no se encontraron diferencias significativas, ya que no hay una diferencia mayor a 4 puntos. Sin embargo, los constructos que tienen más diferencia son tranquila-desordenada y estable-preocupada, los cuales generan insatisfacción. Estas dualidades se obtuvieron de los elementos calidad de vida y Elsa presente; al evaluar estos constructos con los demás elementos tendríamos que la mayor insatisfacción la produce el trabajo de su marido, por lo tanto, no le permite tener una calidad de vida adecuada en la actualidad y eso le genera preocupación.

En los constructos dilemáticos se encontró que Elsa no tiene definido como será su autocuidado, servicio médico, trabajo (ingreso económico), por lo tanto, se requiere que elabore un proyecto para poder tomar decisiones a futuro en estos aspectos.

En la correlación YO-OTROS que mide el aislamiento social autopercebido obtuvo una puntuación de 0.517, representando una aceptación de los PAM, pero de aquellas que aparentemente se ven independientes y sanas.

En el índice de adecuación percibida en los otros, dado en la correlación IDEL-OTROS fue de 0.000; por lo tanto, puede decirse que Elsa percibe a los PAM sanos como la manera adecuada de vivir la vejez.

En cuanto a la complejidad cognitiva se tiene que Elsa tiene un índice de Bieri² de 0.297 esto implica que la capacidad de percibir acontecimientos desde varios puntos de vista es baja. En cuanto a la intensidad el valor fue de 0.23 es decir estos elementos están muy arraigados en su experiencia.

La potencia discriminativa fue de 1.37, los más cercanos a estos son odio-amor, pasada-ágil, cansada-proactiva, siendo constructos con los que primeramente evalúa sus experiencias y los elementos trabajo y alimentación. En la polarización se tiene un valor de 2.08, los elementos ejercicio y los constructo remunerado-limitado, enfermedad-salud y tranquila-desordenada son los significativo

REJILLA KARLA

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO	KARLA PRESENTE	KARLA PAM	ABUELITA	AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA	BIENESTAR	SALUDABLE	TRABAJO	SERVICIO	ADULTO MAYOR	ALIMENTACION	EJERCICIO
1	HIGIENICO	SUCIO	4	2	3	4	4	1	3	4	1	3	1	1
2	FELIZ	TRISTE	1	1	5	4	1	1	4	3	4	4	3	1
3	ESTABLE	CARENTE	1	1	3	1	1	1	4	2	3	5	3	1
4	FUERTE	DEBIL	3	2	6	4	1	4	3	3	3	4	1	1
5	BUENO	MALO	4	2	4	3	4	4	1	4	4	1	4	1
6	COMPLETO	VACIO	3	1	1	3	1	4	3	4	4	4	3	1
7	SANO	ENFERMO	1	1	5	3	1	1	1	4	3	4	1	1
8	NO ADECUADA	SALUDABLE	2	7	1	4	1	4	3	5	4	5	4	7
9	ACOMPANADA	SOLA	1	2	4	1	7	4	1	4	4	3	1	4
10	RESPONSABLE	INDIFERENTE	1	4	3	3	1	3	4	3	4	3	3	1
11	DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	4	4	6	4	4	4	4	6	5	4	3	6

CONSTRUCTOS IZQUIERDO	4 PUNTO MEDIO	CONSTRUCTOS DERECHO
1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO		5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE KARLA EN EL PROGRAMA RECORD

ELEMENTOS DEL SÍ MISMO		
Correlación YO-IDEAL	-0.219	
Correlación YO-OTROS	0.724	
Correlación IDEAL- OTROS	0.171	

DISCREPANCIA	
YO	IDEAL
2 No adecuada	7 Saludable

POTENCIA DISCRIMINATIVA 1.61	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Karla ahora 2.27	Sucia-higiénica 2.08
Karla PAM 0.82	Triste-feliz 1.67
Abuelita 3.82	Carente- estable 1.33
Trabajo 2.27	Débil- fuerte 2.08
Serv. Médico 0.82	Malo- buano 1.00
PAM 1.45	Vacio- completo 1.67
Alimentación 1.45	Enferma- sana 1.33
Ejercicio 0.82	No adecuada- saludable 3.00
Saludable 1.45	Sola- acompañada 2.50
Autocuidado 0.82	Indiferente- responsable 0.75
Bienestar 0.82	Dependiente- independiente 1.00
Calidad de vida 1.64	

POLARIZACIÓN 34.85	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Karla ahora 45.45	Sucia-higiénica 33.33
Karla PAM 45.45	Triste-feliz 41.67
Abuelita 18.18	Carente- estable 50.00
Trabajo 18.18	Débil- fuerte 33.33
Serv. Médico 9.09	Malo- buano 25.00
PAM 9.09	Vacio- completo 33.33
Alimentación 36.36	Enferma- sana 66.67
Ejercicio 81.82	No adecuada- saludable 33.33
Saludable 27.27	Sola- acompañada 41.67
Autocuidado 18.18	Indiferente- responsable 25.00
Bienestar 36.36	Dependiente- independiente 0.00
Calidad de vida 72.73	

AUTODEFINICIÓN YO
1 Feliz – Triste
1 Estable – Carente
1 Sana – Enferma
1 Acompañada – Sola
1 Responsable – Indiferente

INTENSIDAD 0.09	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Karla ahora 0.12	Sucia 0.03
Karla PAM 0.05	Triste 0.20
Abuelita 0.04	Carente 0.12
Trabajo 0.11	Débil 0.14
Serv. Médico 0.07	Malo 0.06
PAM 0.09	Vacio 0.05
Alimentación 0.09	Enferma 0.18
Ejercicio 0.10	No adecuada 0.09
Saludable 0.08	Sola 0.07
Autocuidado 0.08	Indiferente 0.10
Bienestar 0.11	Dependiente 0.08
Calidad de vida 0.13	

Sexo femenino de 34 años, se dedica al hogar, concluyó la secundaria, está en unión libre con su pareja, vive en casa propia la cual posee los servicios necesarios como agua potable, luz, drenaje y perciben mensualmente alrededor de \$3,000.00 a \$3,500.00. Su familia la conforma su hija de 2 años y su esposo de 37 años que labora como pintor (obrero). No hace ejercicio, toma frecuentemente, no hace ejercicio y su alimentación no es la más adecuada. Sin embargo, ella se siente bien, sana y estable.

Autodefinición: A través de los datos obtenidos por la rejilla, la autodefinición reconstruida de Karla, tomando los constructos del elemento “Karla adulta temprana” donde obtuvo valores de 1 fue:

“Yo soy una persona muy feliz, muy estable, también me siento muy sana y acompañada por mi familia, muy responsable en mis actividades”

La descripción de Karla es positiva en su etapa AT, se siente sana y feliz; aunque también reconoce que su alimentación no es la adecuada en este momento y desea estar saludable cuando sea una PAM.

En los constructos congruentes de Karla se mantiene el querer ser feliz, estable, sana, fuerte, estar acompañada y ser dependiente económicamente ya que actualmente no trabaja y solo recibe lo que aporta su pareja. En sus puntuaciones medias solo se encuentra indecisión en responsable-irresponsable y dependiente-independiente, esto debido a la falta de trabajo y a su rutina actual que mantiene. Reflejando que podrían ser dos de los aspectos que más trabajo le podrían llevar para realizar una modificación.

Los constructos discrepantes son, no adecuada-saludable refiriéndose a la alimentación que lleva a cabo la cual es muy inadecuada para sus necesidades o requerimientos de su etapa, pero que mantiene así desde hace muchos años. De acuerdo a la correlación YO-IDEAL se puede decir que presenta una autoestima baja, pero sin ser alarmante.

En el aislamiento social autopercebido la puntuación de YO-OTROS fue de 0.724 el cual indica que Karla tiene aceptación adecuada de las personas de la tercera edad. La correlación IDEAL-OTROS es positiva pero baja indica que los otros no se acercan a lo que la persona considera como ideal; es decir ella los percibe carentes, poco saludables, un poco solos e indiferentes.

En cuanto a la complejidad cognitiva se tiene que Karla tiene un índice de Bieri² de 0.321 esto implica que la capacidad de percibir acontecimientos desde varios puntos de vista es baja. En cuanto a la intensidad el valor fue de 0.09 observando que los elementos PAM y alimentación; y el constructo No adecuada son la centralidad de Karla, es decir estos elementos están muy arraigados en su experiencia.

La potencia discriminativa fue de 1.61, si se ordenan los constructos se obtiene la jerarquía de estos encontrando que los más cercanos a estos son triste- feliz 1.67 y vacío-completo 1.67, siendo constructos con los que primeramente evalúa sus experiencias. En la polarización se tiene un valor de 34.85, los elementos ejercicio 81.82, calidad de vida 72.73 y el constructo enferma-sana son los significativos

REJILLA 3 ADRIAN CRUZ

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO	ADRIAN PRESENTE	ADRIAN 60 AÑOS	PAPA	AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA	BIENESTAR	SALUDABLE	TRABAJO	SERVICIO	ADULTO MAYOR	ALIMENTACION	EJERCICIO
1	BUENO	MALO	2	1	1	2	4	1	3	1	3	1	3	5
2	DEFICIENTE	EFICIENTE	7	4	4	5	4	6	4	6	4	5	5	1
3	DESAGRADABLE	AGRADABLE	4	4	4	4	4	7	3	6	5	5	6	3
4	REGULAR	INTERMEDIO	4	3	3	4	3	4	4	1	3	3	3	7
5	SALUDABLE	FLOJO	4	5	3	3	1	1	3	1	5	3	3	3
6	LLENO DE VIDA	MUERTE	5	3	3	1	1	3	2	1	3	3	1	1
7	CUIDARME	DESCUIDO	1	1	3	4	1	3	5	1	3	3	5	1
8	FELIZ	TRISTE	4	1	3	1	1	1	5	1	5	3	1	1
9	VIVIR BIEN	MAL ECONOMIA	4	1	5	3	1	3	3	2	3	3	1	5
10	ALEGRE	DEPRIMIDO	1	1	3	3	1	1	4	1	5	3	1	1
11	SALUD	ENFERMO	1	4	6	1	1	1	1	1	3	3	2	1

CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO
1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO	4 PUNTO MEDIO	5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE ADRIAN EN EL PROGRAMA RECORD

ELEMENTOS DEL SÍ MISMO		
Correlación YO-IDEAL	-0.065	
Correlación YO-OTROS	0.154	
Correlación IDEAL- OTROS	-0.035	

AUTODEFINICIÓN YO
7 Deficiente – Eficiente
1 Cuidarme – Descuido
1 Alegre– Deprimido
1 Salud – Enfermo

DISCREPANCIA	
YO	IDEAL
4 Tranquila – Desordenada	1 Tranquila
5 Preocupada	2 Estable

POLARIZACIÓN 35.61	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Adrian presente 36.36	Malo-Bueno 41.67
Adrian PAM 45.45	Deficiente-Eficiente 16.67
Papá 9.09	Desagrada-Agradable 8.33
Autocuidado 27.27	Regular-Intermedio 16.67
Calidad de vida 63.64	Flojo-Saludable 25.00
Bienestar 54.55	Muerte-Lleno de vida 41.67
Saludable 9.09	Descuido- cuidarme 41.67
Trabajo 72.73	Triste-Feliz 58.33
Servicio Med 0.00	Mala economía-Vivir bien 25.00
Adulto Mayor 9.09	Deprimido-Alegre 58.33
Bienestar 36.36	Enfermo-Salud 58.33
Alimentación 36.36	
Ejercicio 63.64	

INTENSIDAD 0.11	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Adrian presente 0.03	Malo 0.14
Adrian PAM 0.11	Deficiente 0.15
Papá 0.09	Desagrada 0.13
Autocuidado 0.14	Regular 0.14
Calidad de vida 0.12	Flojo 0.11
Bienestar 0.12	Muerte 0.12
Saludable 0.07	Descuido 0.04
Trabajo 0.23	Triste 0.15
Servicio med 0.05	Mala economía 0.09
Adulto Mayor 0.21	Deprimido 0.13
Bienestar 0.11	Enfermo 0.08
Alimentación 0.13	
Ejercicio 0.05	

POTENCIA DISCRIMINATIVA 1.55	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Adrian presente 1.45	Malo-Bueno 1.67
Adrian PAM 1.45	Deficiente-Eficiente 2.50
Papá 2.27	Desagrada-Agradable 1.67
Autocuidado 1.09	Regular-Intermedio 2.00
Calidad de vida 1.09	Flojo-Saludable 1.33
Bienestar 1.09	Muerte-Lleno de vida 1.33
Saludable 1.82	Descuido- cuidarme 1.33
Trabajo 1.64	Triste-Feliz 1.33
Servicio Med 0.55	Mala enonomia-Vivir bien 1.67
Adulto Mayor 1.09	Deprimido-Alegre 1.33
Bienestar 1.09	Enfermo-Salud 2.08
Alimentación 1.45	
Ejercicio 2.18	

Sexo masculino de 34 años, labora de obrero donde percibe alrededor de \$7200 por mes. Tiene la secundaria terminada. Mantiene una relación en unión libre, vive con su esposa de 39 años y sus dos hijos de 8 y 9 años. Habitan una vivienda rentada donde poseen los servicios indispensables, no cuentan con internet ni cable.

Adrián no hace ejercicio debido al poco tiempo que le queda, su alimentación se basa a un desayuno de café y pan y dos comidas, generalmente casi diario consume grasas (tacos, gorditas, quesadillas). Ingiere alcohol frecuentemente y se fuma dos cigarros al día.

Autodefinición: A través de los datos obtenidos por la rejilla, la autodefinición reconstruida de Adrián, tomando los constructos del elemento “Adrián adulta temprana” donde obtuvo valores de 1 y 7 fue:

“Yo soy una persona muy eficiente, soy muy cuidadoso, muy alegre y con mucha salud”

La descripción reconstruida de Adrián es positiva en su etapa AT, se siente eficiente y alegre. Sin embargo, también se percibe obeso; emocionalmente más o menos debido a que tiene dos familias, generándole estrés, esto lo manifestó en la entrevista.

En los constructos congruentes de Adrián los que se mantienen en puntuación son desagradable-gradable, cuidarme-descuido y alegre-deprimido. Esto se debe a que Adrián manifestó que siendo un PAM se percibe aún más gordo y con alguna enfermedad debido a su consumo de alcohol; por lo tanto, es estos constructos no logra definir un futuro.

Se observa que Adrián manifiesta cierta indecisión en esta etapa ya que cinco elementos los evaluó con 4, desagradable-gradable, regular-intermedio, saludable-flojo, feliz-triste, vivir bien- mal economía. Sin embargo, su IDEAL tampoco lo describe de manera positiva, ya que lo evaluó considerando sus hábitos actuales, lo cual es indicador de hacer muy pocas modificaciones.

En los constructos discrepantes no existe una diferencia relativa debido a que Adrián no percibe grandes diferencias entre su presente y su ideal, principalmente acentuado por su estilo de vida que lleva y que considera difícil de modificar por las exigencias de su medio.

La correlación YO-IDEAL es de -0.065, la cual manifiesta presentar una autoestima baja pero no severa, esto se deduce principalmente del estrés que experimenta por tener dos familias a las cual debe de proveer de un gasto económico, provocándole en ocasiones tristeza.

En el aislamiento social autopercebido YO-OTROS fue de 0.154 representa que tiene una aceptación con las PAM pero no en su totalidad, principalmente con aquellas que tienen algún padecimiento.

En la adecuación percibida en los otros la correlación IDEAL-OTROS fue de -0.035, indica una insatisfacción de Adrián con las personas que le rodean, en este caso haciendo referencia a lo antes mencionado.

En cuanto a la complejidad cognitiva Adrián tiene un índice de Bieri² de 0.330 esto implica que la capacidad de percibir acontecimientos desde varios puntos de vista es baja, pudiéndole generar conflictos con aquellas personas que no aceptan su opinión. En la intensidad el valor fue de 0.11 observando que los elementos Adrián PAM y Bienestar; y el constructo flojo son la centralidad de Adrián, es decir estos elementos están muy arraigados en su experiencia.

La potencia discriminativa fue de 1.55, de acuerdo a la jerarquía los elementos y constructos están alejados de este valor, por lo tanto, se podría deducir que sería difícil mantener cambios positivos en Adrián.

En la polarización se tiene un valor de 35.61, los elementos calidad de vida 63.64, trabajo 72.73 y el constructo triste- feliz, deprimido-alegre y enfermo-salud son los más significativos.

REJILLA CUITLAHUAC

			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO	CUITLAHUAC PRESENTE	CUITLAHUAC 60 AÑOS	MAMA	AUTOCUIDADO	CALIDAD DE VIDA	BIENESTAR	SALUDABLE	TRABAJO	SERVICIO	ADULTO MAYOR	ALIMENTACION	EJERCICIO
1	DEPRESIVO	FELIZ	4	7	1	5	4	5	5	6	5	3	3	6
2	ESTABLE	INESTABLE	3	1	7	3	4	3	4	3	3	5	5	2
3	NEUROTICA	OPTIMISTA	5	7	1	5	5	5	4	6	5	3	4	6
4	ACTIVO	LENTO	3	1	7	3	2	2	2	1	2	5	4	2
5	ATENCION	NEGLIGENTE	4	1	1	3	3	2	4	1	2	3	3	2
6	ENFERMOS	SALUD	5	7	7	5	5	5	4	5	5	3	3	6
7	BALANCEADA	DESCONTROLADA	3	1	7	4	3	3	4	2	3	5	5	2
8	MOVIMIENTO	QUIETO	2	1	7	5	5	2	2	2	3	5	5	2
9	AGIL	CHOCOSOS	2	1	7	3	2	3	2	2	3	5	5	2
10	CARENTE	BUENO	6	7	7	5	5	5	4	6	5	3	3	6
11	COMODO	DESASTROZO	3	1	4	3	3	3	3	2	3	5	5	2
12	ACOMPANADO	SOLEDAD	1	1	6	3	3	3	4	3	6	5	3	1

CONSTRUCTOS IZQUIERDO		CONSTRUCTOS DERECHO
1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO	4 PUNTO MEDIO	5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY

ANALISIS ESTADISTICO DE CUITLAHUAC EN EL PROGRAMA RECORD

ELEMENTOS DEL SÍ MISMO	
Correlación YO-IDEAL	0.787
Correlación YO-OTROS	0.075
Correlación IDEAL- OTROS	0.402

AUTODEFINICIÓN YO
1 Acompañado – Soledad
2 Movimiento - Quieto
2 Ágil – Quieto

DISCREPANCIA	
YO	IDEAL
No hay	

POLARIZACIÓN 18.06	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Cuitla ahora 8.33	Depresivo-Feliz 16.67
Cuitla PAM 10.00	Estable-Inestable 16.67
Mamá 83.33	Neurotica-Optimista 16.67
Autocuidado 0.00	Lento-Activo 25.00
Calidad de vida 0.00	Negligente-Atención 25.00
Bienestar 0.00	Enfermos-Salud 16.67
Saludable 0.00	Balanceada-Descontrol 16.67
Trabajo 16.67	Quieto-Movimiento 16.67
Servicio 0.00	Achacoso-Agil 16.67
Adulto Mayor 0.00	Carente-Bueno 16.67
Alimentación 0.00	Comodo-Desastrozo 8.33
Ejercicio 8.33	Soledad-Acompañado 25.00

INTENSIDAD 0.38	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Cuitla ahora 0.29	Depresivo 0.56
Cuitla PAM 0.50	Estable 0.57
Mamá 0.22	Neurotica 0.57
Autocuidado 0.22	Lento 0.53
Calidad de vida 0.22	Negligente 0.10
Bienestar 0.45	Enfermos 0.19
Saludable 0.18	Balanceada 0.59
Trabajo 0.44	Quieto 0.47
Servicio 0.23	Achacoso 0.55
Adulto Mayor 0.37	Carente 0.21
Alimentación 0.22	Desastrozo 0.54
Ejercicio 0.47	Soledad 0.31

POTENCIA DISCRIMINATIVA 1.71	
ELEMENTOS	CONSTRUCTOS
Cuitla ahora 1.67	Depresivo-Feliz 3.00
Cuitla PAM 1.00	Estable-Inestable 3.00
Mamá 2.00	Neurotica-Optimista 3.00
Autocuidado 0.50	Lento-Activo 3.00
Calidad de vida 1.00	Negligente-Atención 1.00
Bienestar 0.75	Enfermos-Salud 1.67
Saludable 0.50	Balanceada-Descontrol 3.00
Trabajo 2.08	Quieto-Movimiento 2.50
Servicio 1.33	Achacoso-Agil 2.50
Adulto Mayor 0.33	Carente-Bueno 1.67
Alimentación 0.50	Comodo-Desastrozo 1.67
Ejercicio 0.47	Soledad-Acompañado 0.31

Sexo masculino de 45 años, es comerciante se dedica a elaborar batas, le permite mantener un ingreso alrededor de \$15,000 por mes. Su grado máximo de estudios es la preparatoria terminada. Es casado, vive con su esposa de 39 años, sus dos hijas de 5 y 12 años, y un niño de 10 años. La casa que habitan es propia y cuenta con los servicios indispensables además de internet.

Cuitláhuac actualmente realiza ejercicio de lunes a sábado, sale a correr de 30 a 45 minutos al día, esta actividad la realiza por las mañanas. Realiza 3 comidas al día, sin embargo, hay días que se salta el desayuno. Actualmente está en un ajuste alimentación debido a que tiene Diabetes, procurando implementar más verduras, ya que anteriormente ingería mucho pan, tortilla, refrescos y grasas. No consume alcohol ni cigarro, estos vicios los dejó aproximadamente hace 10 años.

Autodefinición: A través de los datos obtenidos por la rejilla, la autodefinición reconstruida de Cuitláhuac, tomando los constructos del elemento “Cuitláhuac Presente” donde obtuvo valores de 1, 2 y 6 fue:

“Yo soy una persona con bastante movimiento, bastante agilidad y suelo estar muy acompañado por mi familia y con bastante buena economía actualmente”

La descripción reconstruida de Cuitláhuac es positiva en su etapa AT, se siente ágil y eso lo anima. Sin embargo, el hecho de padecer Diabetes lo hace percibirse un poco estable y con poca salud.

En los constructos congruentes solo se mantiene en acompañado-soledad, donde expresa que quiere sentirse igual de acompañado que ahora ya que su familia es el motor para poder hacer las modificaciones adecuadas en su vida. Cuitláhuac solo presentó dos constructos con puntuación de 4, depresivo-feliz y atención-negligente, esto por los cambios alimenticios en su dieta y la poca aceptación que está teniendo de esto.

No presento ningún constructo discrepante ya que considera que solo debe hacer pequeñas modificaciones para obtener un bienestar y calidad de vida adecuados. La correlación YO-IDEAL fue de 0.787 manifestando una autoestima positiva, lo cual puede apoyar los cambios o adaptaciones a su estilo de vida.

En el aislamiento social autopercibido YO-OTROS fue de 0.075 representa que tiene una aceptación con las demás personas.

En la adecuación percibida en los otros la correlación IDEAL-OTROS fue de 0.402 tiene una visión de que todos son buenos.

En cuanto a la complejidad cognitiva Cuitláhuac tiene un índice de Bieri² de 0.404 esto implica que la capacidad de percibir acontecimientos desde varios puntos de vista es baja. En la intensidad el valor fue de 0.38 observando que el elemento Adulto Mayor es la centralidad en Cuitláhuac.

La potencia discriminativa fue de 1.71, de acuerdo a la jerarquía el elemento sería Cuitlahuac presente, enfermedad-salud, carente-bueno y cómodo-desastroso son la estructura de su sistema de constructos.

En la polarización obtuvo un valor de 18.00, los constructos lento-activo, negligente-atención y soledad-acompañado son los más significativos.

RESULTADOS

A pesar de que la muestra fue pequeña se obtuvo información rescatable. El concepto de envejecimiento es sinónimo de vejez para las personas, ya que desconocen que a nivel orgánico el cuerpo comienza su degeneración aproximadamente después de los 25 a 28 años. Envejecimiento lo asocian más a la percepción social de la edad y lo físico (arrugas, canas, deficiencias, enfermedades).

En los datos cuantitativos se pudo observar que los constructos mencionados con frecuencia por las cuatro personas fueron feliz-triste, enfermo-salud, bueno-malo y estable-carente, deduciendo que estos los han adquirido a raíz del contexto en el que se desenvuelven y comparten esta característica de pensamiento.

En las autodefiniciones se perciben sanos, alegres, felices, ágiles, responsables. Concuerdan en que mientras tengan trabajo o sus parejas varones lo tengan, es de gran apoyo para poder realizar lo demás. Mencionan que es importe tener el apoyo de la familia cerca por lo tanto es importante tener un bienestar material y emocional para poder lograrlo. Constructos como amor, alegría, compañía, feliz; se vuelven fundamentales ya que la muestra manifiesta que es algo que perciben tener ahora y que quieren seguir manteniendo en su vejez.

Tanto hombres como mujeres perciben un desagrado en esta etapa de su vida ya que varios de sus constructos los puntuaron con 4, en este caso el único que manifiesta tener mayor plenitud es Cuitláhuac al percibir estabilidad en la mayoría de las áreas de desarrollo, su única inquietud por el momento es la atención de la pareja.

En los resultados cualitativos se encontró que los datos mencionados anteriormente de relacionan igualmente, corroborándolos con en el índice de autoestima en la correlación YO-IDEAL, donde las mismas tres personas obtuvieron una probabilidad baja con probabilidades -0.065, -0.219 y -0.502, lo cual permite identificar la insatisfacción que viven en este momento de su vida.

En la correlación YO-OTROS se encontró que las cuatro personas tienen una aceptación de los PAM, en el entorno que les rodea, incluso añoran que sus PAM próximos sean sanos o no sufran tanto.

En cuanto a la correlación IDEAL-OTROS, las dos mujeres perciben a la mayoría de los PAM, enfermos, cansados, débiles, dependientes, muy alejados de como se espera que estén, sanos, independientes, sin tantas complicaciones. Adrián fue el único que manifestó una insatisfacción con los PAM esto debido al deceso de su padre y al múltiple contacto con enfermos. Cuitláhuac fue el único que manifestó que todos son buenos o que ha convivido con personas sanas, lo que lo hace pensar que no es difícil ser PAM.

DISCUSIÓN

En relación a lo planteado se puede decir que la Técnica de la Rejilla ha permitido conocer los constructos básicos del envejecimiento en los AT, esto da pauta a saber en qué áreas las personas no tienen la suficiente información o en cuáles les resulta difícil hacer las modificaciones pertinentes, así como lo que representa la vejez desde su percepción.

Previamente se mencionó que, en la transición de AT a adultez media, las personas realizan una revaloración de sus decisiones para estructurar un nuevo plan o mantenerse en esa postura, sin embargo, las personas identificaron un grado de bienestar en algún área de desarrollo, siendo suficiente para generalizar un bienestar total. Manifestaron sentirse bien, cuando en realidad presentan baja autoestima, es decir, las preocupaciones externas no las han resuelto aún, pudiendo generar estrés oxidativo a nivel orgánico.

En cuanto al desarrollo de estas personas, se obtuvo que en el desarrollo físico su cuerpo no está en óptimas condiciones ya que presentan sobrepeso, esto se podría haber comprobado al solicitar una revisión médica general para aseverar dicho argumento. Además, en ocasiones recurren a la automedicación, no acuden a una revisión médica como se sugiere y no realizan ejercicio por la demanda de tiempo que exigen sus actividades.

En el desarrollo psicosocial como mencionó Papalia, et. al., se ha logrado una independencia en diversos factores ya que las personas viven con sus actuales parejas, en viviendas diferentes a las de los padres, mantienen un trabajo y en algunos momentos realizan una evaluación de los compromisos adquiridos.

De acuerdo a la investigación se encontró que los pilares del envejecimiento son salud, participación y seguridad (OMS, 2002). Según con esto en las entrevistas y evaluación de las personas se puede observar que en el ámbito de salud definitivamente no se encuentran como se esperaría.

En participación se encuentran en actividades remuneradas y sin remunerar de acuerdo a lo que estipula la sociedad, esa parte de su desarrollo les hace sentir productivos

pero estresados a la vez, otro punto a valorar es que no cuentan con seguro social o de vida que les permita en un futuro mantener una seguridad física o cubrir necesidades sanitarias como lo plantea el pilar de seguridad.

De mantenerse con estos estilos de vida y si decidieran hacer pequeños cambios se podría prever que estos AT tendrán entre un envejecimiento activo y un envejecimiento habitual.

En cuanto al bienestar y calidad de vida, los participantes retoman la parte económica como la base para lograr todo lo que se propongan, su ingreso económico les permite adquirir la base de bienestar y bienestar mínimo como lo planteó la CONEVAL, cuando cubren ambas líneas experimentan felicidad y/o estabilidad.

De esta forma el aspecto que podrían retomar los futuros programas de seguridad social es el autocuidado retomando los conceptos de: capacidades de autocuidado y acciones de autocuidado que plantean Tenahua, Landeros, Linares y Grajales (2007), ya que desde la psicología sería un constructo importante a desarrollar porque permitirá a la persona mantener un estado de salud y bienestar ya que se encarga de actividades como desde las horas de sueño hasta la seguridad que adquiere en trabajo, escuela u hogar.

La Técnica de la Rejilla vista desde el ámbito clínico puede apoyar a generar un programa de manera personal para detectar capacidades de autocuidado que presentan las personas y poder lograr que la población se mantenga en un envejecimiento activo. Es importante que la investigación se plantee objetivos específicos con los AT mexicanos, ya que se pudo observar que la información es poca en cuanto este sector de población, siendo una parte importante en el crecimiento y funcionalidad de la economía para el futuro que se plantea en el 2050, donde estas personas serán las futuras PAM.

Las personas están previendo el futuro de una familia más que el suyo propio, ya que no se ven siendo PAM por los estereotipos que tienen de la vejez y por la convivencia o relación indirecta con los adultos mayores. Las réplicas de acontecimientos como explica

Kelly, les hace creer que envejecer no es bueno, ya que constantemente observan que los PAM padecen de diversas cosas; están centrados en lo negativo queriendo postergar esta etapa, pero no proponen herramientas para ejecutarlas.

En un estudio llamado *Envejecimiento con éxito: criterios y predictores* realizado por Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero y Schetini, evaluaron los diferentes envejecimientos con éxito que se pueden combinar, concluyó que es urgente llegar empíricamente a una definición de este, para realizar comparaciones tanto en la población que envejece bien como en los predictores y así poder aplicarlo en la promoción del envejecimiento con éxito o activo. De acuerdo a lo encontrado en la investigación utilizando la Técnica de la Rejilla, obteniendo los constructos personales del envejecimiento puede llegar a ser una herramienta útil para promover el envejecimiento activo, ya que permite conocer las condiciones internas y externas que afligen a la persona, de esta forma se le pueden proponer nuevos hábitos en su estilo de vida retomando lo que en ese momento es primordial para ellos, ya sea la salud, economía, autonomía, etc., y en este caso promoverlo desde la Adulthood Temprana.

Se considera que ya existen definiciones operacionales del envejecimiento a nivel general, lo importante es enfocar las estrategias a nivel individual, ya que las necesidades de cada persona son diferentes, su contexto económico, afectivo y psicológico estará determinado por diversas circunstancias, eso ha dificultado en cierta medida el funcionamiento de los múltiples programas que han existido para promover el envejecimiento activo, que van de lo general o lo particular.

Además de que el uso de la Técnica de la rejilla es minoritario en el país, se encontró que se maneja en investigaciones a nivel social, solo en el ámbito clínico u orientación vocacional, sin embargo, se considera que puede ser útil para identificar las construcciones intrapersonales e interpersonales partiendo de situaciones contextuales como fue el caso de esta investigación.

Desde el 2001 se han identificado la falta de esquemas preventivos en etapas previas al envejecimiento como se señaló en Programa de acción: Atención al envejecimiento; es por esto que actualmente debe trabajarse en los perfiles de riesgo conductuales que mantienen los AT, para generar planes de acción eficaces donde la propia persona genere alternativas de cambio en el estilo de vida; ya que el estado de salud de los PAM se da por las condiciones de salud en la infancia, los perfiles de riesgo conductuales y el uso y acceso a los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Se observó que las personas si generan hipótesis como lo plantió George A. Kelly y esto les permite idealizar su condición en un futuro, en este caso su vejez. De igual manera generar un significado a raíz de sus experiencias y comprobación de diversos hechos.

La técnica de la rejilla permite conocer los constructos de una persona sin ser manipulados por el investigador, ya que es la misma persona la que determina las clasificaciones, en este caso los constructos a evaluar.

Se observó que las autodefiniciones construidas difieren de la percepción que las personas relataron en la entrevista cuando se les preguntaba ¿cómo se sentían actualmente?, dichas autodefiniciones se corroboran con las probabilidades de autoestima, permitiendo confiabilidad en el instrumento.

Los estudios realizados se han enfocado en la población envejecida, uno de los estudios más amplios ha sido la encuesta SABE financiada por la OPS/OMS realizada en América latina y el Caribe que obtenía el perfil epidemiológico y sociodemográfico de la persona adulta mayor, sin embargo el impacto solo fue para recaudar datos de la población seleccionada en ese momento y generar un panorama general de las condiciones de la población bajo las características de la muestra, actualmente no existe un programa preventivo poblacional enfocado a los AT.

México necesita generar bibliografía donde se describa el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de la población AT mexicana, ya que las referencias en la mayoría de sus casos son basadas en población estadounidense, observando que la información difiere en diversos puntos.

La bibliografía encontrada está enfocada a proyectar estrategias en lo ya dado, es decir en controlar las enfermedades crónicas no transmisibles en las personas que ya las padecen, principalmente en los PAM. Existe poca investigación reciente en las necesidades de los AT dificultando el análisis de la población o bien en la generación de programas de intervención eficaces que impacten en los estilos de vida de la población, sin olvidar que las investigaciones y evaluaciones se concentran mayormente en la población urbana.

PERSPECTIVAS

- Se recomienda hacer uso de la Técnica de la Rejilla como instrumento que permita prever un futuro, no solo en la temática del envejecimiento, sino en cualquier otra.
- Ampliar el estudio a más personas de otras colonias con bajo desarrollo o aplicar en zonas rurales.
- Proponer la intervención una vez obtenido el análisis de la rejilla
- Realizar investigación en la población AT mexicana, ya que la información principalmente hace referencia a la población estadounidense.
- Se deduce que trabajando en las conductas de riego de los AT se pueden reducir las ECNT tanto el porcentaje como los costos sanitarios.

REFERENCIAS

- Acosta, C.O., Dávila, M.C., Rivera, M. y Rivas, J.P. (2010). Actividades de la vida diaria y envejecimiento exitoso. En *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. Instituto de Geriátría: México.
- Alianza por una vida saludable. (2007). Ejercicio. El comienzo de una vida saludable. 3, abril –junio, p. 1-16.
- Amico, L. (2009). *Envejecer en el siglo XXI. Hacia la de-construcción de mitos y la superación de estereotipos en torno a los adultos mayores en sociedad*. Recuperado el día 3 de Noviembre de 2012 desde: <http://psicologialatina.com/?q=node/44>
- Berger, K. (2009). *Psicología del desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
- Botella, L. y Feixas, G. (1990). El grupo autobiográfico como modelo constructivista de intervención gerontológica primaria: propuesta teórica y estudio de un caso. *Anuario de Psicología*. 44, p. 47-60.
- Cabbada, N. (2009). *Teoría de los constructos personales de George Kelly al alcance de todos*. Extraído el día 20 de Mayo de 2013 desde: <http://psicologoncabbada.blogspot.mx/2009/01/teoria-de-los-constructos-personales-de.html>
- Camacho, R.E.; Gámez, C.H.; Flores, A.V. y Guerrero, G. (2010). Programa de envejecimiento activo. En *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. Instituto de Geriátría: México.
- Campagnolo, A. (2010). *Los constructos personales: evaluación y análisis de las estructuras de significado personal a través de la Técnica de la Rejilla*. Tesina de Licenciatura: Universidad del Ancahua.
- Cáritas Española (2002). *Psicología y Familia*. España: Cáritas Española.
- Censo de la Población y Vivienda (2010). *Panorama sociodemográfico del Distrito Federal/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. México: INEGI
- Craig, G. y Baucum, D. (2009). *Desarrollo psicológico*. Novena ed. México: Person Educación.
- Comisión Nacional de la Población CONAPO (2011). Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México. Serie Documentos Técnicos. Recuperado de http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Envejecimiento_F_14oct11.pdf
- CONEVAL (2012). <http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

- Córdova, J.A., Barriguete, J.A., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., de León, M.E. y Aguilar, C.A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud pública de México*. 50 (5), septiembre-octubre, p. 419-427.
- Feixas, G. y Cornejo, J. M. (1996). Manual de la técnica de rejilla mediante el programa RECORD ver. 2.0 (2º ed.). Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., De la Fuente, M. y Miquel, J. (2003). La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6 (2), p.153-172.
- Fernández, N. (2006). Características de desarrollo psicológico del adulto. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Fernández, R. (2000). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- García. C. (2011). La alimentación chatarra en México, regulación publicitaria y autorregulación. *Revista Científica de la Asociación Mexicana de Derecho a la Información*. 2, p. 171- 195.
- García, P. (2012). La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios. México: Cámara Nacional de la Industria de Transformación.
- Garza De la, E. (2012). *La situación del trabajo en México, 2012 el trabajo en la crisis*. México: Plaza y Valdés.
- González, J. (2010). Teorías de envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 2 (1), p.42-66.
- González, V. (2008). Bienestar personal y actividades en la edad adulta tardía. Tesis doctoral. Universidad de Málaga. Facultad de Psicología.
- Gramunt, N. (2010). Vive el envejecimiento Activo. Memoria y otros retos cotidianos. Barcelona: Obra Social Fundación “la Caixa”
- Gutiérrez, L.M. (2010). México y La Revolución de la Longevidad. En *Envejecimiento humano. Una visión transdisciplinaria*. Instituto de Geriátría: México.
- Gutiérrez, JP., Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., Franco, A., Cuevas, L., Romero, M. y Hernández, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ham, R. (2000). Sistemas de pensiones y perspectivas de la seguridad social. *Estudios Demográficos y Urbanos*, septiembre-diciembre, 45, p. 613-639.

- Hansen, B. (2003). *Desarrollo en la edad adulta*. México: Manual Moderno.
- Hayflick, L. (1999). *Cómo y Por Qué Envejecemos*. Barcelona: Herder.
- Hernández, G. (2006). Medios de comunicación de masas e imágenes asociadas a la población anciana. *Comunicación e Ciudadanía*, 4, p. 1-22.
- Isuani, A. (2002). Bienestar, consumo y capitalismo. Hacia una estrategia de consumo básico. *Revista Socialis*, 6, p. 1-15.
- Jaime, E. y García, M. (2011). La evaluación del bienestar en México. Una perspectiva desde las organizaciones de la sociedad civil. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 2(2) mayo-agosto, p. 96-112.
- Jiménez, G. (2012). *Teorías del desarrollo III*. México: Red Tercer Milenio.
- Landfield, A.W. y Leitner, L.M. (1987). *Psicología de los constructos personales. Psicoterapia y personalidad*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Leal, D, Flores, C. y Bornoa, C. (2006). La geriatría en México. *Revista Medigraphic Artemisa*, 3 (3), p. 185-190
- Martínez, Ma. L. (2005). Teorías del envejecimiento. Extraído el día 20 de marzo de 2013 desde:
www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2.../temas/.../3/tema3.pd... -
- Martínez, L. Y., Vega, C. Z., Nava, C. y Anguiano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. *Revista Electronica de Psicología Iztacala*, 13 (1), p. 186-202.
- Mendoza, V. M. (2000). *Desarrollo de la investigación multidisciplinaria sobre el envejecimiento en la FES Zaragoza*. México: UNAM FES Zaragoza.
- Molina, C. y Meléndez, J.C. (2007). Análisis cualitativo del bienestar en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología* 42 (5), p. 276-284.
- Ocampo, Ma. E. (1998). *La educación de la Justicia en la Adultez Temprana, a través de la amistad*. México: Universidad Panamericana. Tesis de Facultad de Pedagogía.
- Organización Mundial de la Salud (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la capacitación.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista española de Geriatría y gerontología*. 37 (2). P. 74-105.

- Organización Panamericana de la Salud (2012). México. En Situación de la salud en las Américas. Indicadores Básicos 2012. Extraído de http://new.paoh.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=203:la-salud-en-las-americas-capitulo-mexico&catid=780:la-salud-de-mexico-en-cifras&Itemid=310
- Padilla, Ma. Teresa (s/a). La rejilla de constructos personales: un instrumento para el diagnóstico y la orientación. Universidad de Sevilla.
- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R. y Camp, C. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. 1ra. Ed. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. México: McGraw-Hill.
- Patriota, T. (2010). El envejecimiento demográfico y su incidencia en las políticas públicas y el desarrollo. En *Diálogos sobre envejecimiento y vejez*. Bogotá: Confederación Colombiana de ONG.
- Peláez, M. y Martínez, I.L. (2002). Promover: Un estilo de vida para las personas adultas mayores. Washington: OPS.
- Pérez, N. y Navarro, I. (2011). *Psicología del desarrollo humano: del nacimiento a la vejez*. España: Editorial Club Universitario.
- Popolo Del, F. (2001). *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Quintero, M.O. (1994). El autocuidado. En La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington: OPS.
- Robles, L., Vázquez, F., Reyes, L. y Orozco, I. (2006). *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico*. Tijuana, B.C: El colegio de la frontera Norte.
- Rodríguez, L. F. (2006). *Cuidados Auxiliares. Auxiliar Geriátrico. Conceptos Generales*. España: Editorial MAD, S.L.
- Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Escuela de medicina y ciencias de la salud. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.
- Rojas, M. (2011). El bienestar subjetivo: su contribución a la apreciación y la consecución del progreso y el bienestar humano. *Revista Internacional de Estadística y Geografía*. 2(1), enero-abril, p. 64-77.

- Ruíz, P. y Ordaz, J.L. (2011). Evolución reciente del empleo y el desempleo en México. *EconomíaUNAM*, 8 (23), p. 91-105.
- Sánchez, M.A. y Mendoza, V.M. (2003). Envejecimiento, enfermedades crónicas y antioxidantes. México: FES-Z UNAM.
- Tenahua, I., Landeros, E., Linares, G. y Grajales, I. (2007). Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Revista de Enfermería en Cardiología*. (41) 2º cuatrimestre, p.19-24.
- Tovar, A. (2001). El constructivismo en el proceso de enseñanza aprendizaje. México: Instituto Politécnico Nacional
- Urbano, C. y Yumi, J.A. (2005). Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del ciclo vital. Argentina: Editorial Brujas.
- Vega, O. M. y González, D. S. (2007). Teoría del déficit de autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Revista Ciencia y Cuidado* (4), 4, p. 28-35.
- Vygotsky, L.S. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Paidós Ibérica: Barcelona.
- WHO, (2014). <http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

ANEXO

1



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Psicología



INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda lo más real posible, los datos proporcionados en este instrumento, serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación.

Nombre:

Dirección:

Edad: años

Sexo:

Escolaridad:

Estado civil: casado

Ocupación:

Ingreso mensual:

Nº de personas que viven en su casa:

Su vivienda es:

Su vivienda posee:

Agua potable	si() no()
Teléfono fijo	si() no()
Energía eléctrica	si() no()
Drenaje	si() no()
Internet	si() no()
Cable	si() no()

¿Realiza ejercicio? Si () no ()

¿Cuántas veces a la semana?

¿Cuánto tiempo?

¿cuántas comidas al día realiza?

¿Qué alimentos ingiere más frecuentemente?

Verduras:

Huevo:

Carnes rojas:

Frutas:

Grasas:

Cereales:

Pollo:

¿Consumes alcohol?

¿Con qué frecuencia? Cada mes

¿Consumes cigarro?

¿Cuántos cigarros al día?

¿Consumes alguna otra droga, medicamento o sustancia nociva?

SÍ MISMO

1.- ¿Cómo me percibo (soy) actualmente?

2.- ¿Cómo será siendo un PAM?

3.- ¿Cómo que PAM cercano o conocido no quieres llegar a ser?

PARTICIPACIÓN

- 1.- ¿Qué beneficios me brinda mi trabajo?
- 2.- ¿Qué es un adecuado servicio médico?
- 3.- ¿Qué siento al ver una PAM?

SALUD

- 1.- ¿Qué es una adecuada alimentación?
- 2.- ¿Qué es hacer ejercicio?
- 3.- ¿Qué es estar saludable?

SEGURIDAD

- 1.- ¿Qué es autocuidado?
- 2.- ¿Qué es bienestar?
- 3.- ¿Qué es calidad de vida?

ANEXO

2

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
CONSTRUCTOS IZQUIERDOS	CONSTRUCTOS DERECHOS												
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													

CONSTRUCTOS IZQUIERDO	4 PUNTO MEDIO	CONSTRUCTOS DERECHO
1 MUY 2 BASTANTE 3 UN POCO		5 UN POCO 6 BASTANTE 7 MUY

ANEXO

3

INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda lo más real posible, los datos proporcionados en este instrumento, serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación.

Nombre: Elsa

Edad: 40 años Sexo: Femenino

Escolaridad: Técnico en enfermera

Estado civil: Casada

Ocupación: Hogar

Ingreso mensual: \$3,000.00

Nº de personas que viven en su casa: 3 personas. Mi esposo de 42 años, mi hija de 9 años y yo.

Su vivienda es: Rentada

Su vivienda posee:

Agua potable	si(x) no()
Teléfono fijo	si() no(x)
Energía eléctrica	si(x) no()
Drenaje	si(x) no()
Internet	si() no(x)
Cable	si() no(x)

¿Realiza ejercicio? Si (x) no () ¿Cuántas veces a la semana? 5 veces

¿Cuánto tiempo? 1 hora o una hora y media ¿cuántas comidas al día realiza? Tres comidas

¿Qué alimentos ingiere más frecuentemente?

Verduras: 3 veces

Huevo: 2 veces

Carnes rojas: 1 o 2 veces

Frutas: 4 veces

Grasas: 2 veces (quesadillas, gorditas, hamburguesas)

Cereales: no consumimos

Pollo: 1 vez

¿Consumo alcohol? Si ¿Con qué frecuencia? Cada mes

¿Consumo cigarro? Si ¿Cuántos cigarros al día? 1 o 2 veces a la semana

¿Consumo alguna otra droga, medicamento o sustancia nociva? No

SÍ MISMO

1.- ¿Cómo me percibo (soy) actualmente?

Mmmm es difícil contestar pues, este a veces me siento muy cansada, con sueño, pero siento que estoy joven aún (sonríe) porque procuro cuidarme un poco, pero las actividades del día a veces sí me cansan mucho.

2.- ¿Cómo será siendo un PAM?

Ay!! No me lo imagino, me da miedo llegar a una edad avanzada porque cuando este grande que vaya a tener una enfermedad y no pueda asimilarlo, me da miedo quedarme en la cama y perder movilidad, me da miedo tener osteoporosis, tengo una vecina que padece de eso y veo que es difícil porque ya no puede hacer muchas cosas, además de que yo pues nada más tengo una hija y quién sabe si después me cuide

3.- ¿Cómo que PAM cercano o conocido no quieres llegar a ser?

Como la mamá de mi amiga ya no puede caminar bien, necesita que todo le den o pasen porque la señora ya no puede. Yo no quiero llegar a viejita porque si tengo una enfermedad nada más voy a estar pensando en ella y me voy a generar más la enfermedad.

PARTICIPACIÓN

1.- ¿Qué beneficios me brinda mi trabajo?

Yo no trabajo, el que trabaja es mi marido y pues no nos brinda ningún beneficio, (¿A qué se debe que no le brinde ningún beneficio?) pues es que él antes sufrió un accidente, él era carpintero, andaba en las obras y a raíz de eso quedo mal de su columna y mano, ahora no puede hacer esfuerzos, tiene muchos dolores y aun no se arregle lo de su pensión. Y a veces no le quieren pagar lo que el ganaba semanalmente, nos traen vuelta y vuelta para que nos den el dinero, tengo que ir hasta Chapultepec y pues es gastar en pasajes, comida porque luego tengo que estar desde las nueve de la mañana hasta las tres o cuatro de la tarde para estar cazando a las personas que me tienen que dar el dinero.

2.- ¿Qué es un adecuado servicio médico?

Que me sepan atender y diagnosticar una enfermedad, con una gripa o tos pues no hay tanto problema, pero cuando ya es algo grave pues luego los doctores no se dan cuenta luego luego. Los servicios en particular o del simi pues si son diferentes, en gobierno no te atienden como debe de ser y en el privado al pagar te atienden mejor y con más rapidez. Yo asisto al similar y hasta ahorita me funciona.

3.- ¿Qué siento al ver una PAM?

Si está sana siento bonito de que ha llegado a una edad avanzada y si esta con su familia mejor, hay una viejita que luego anda en el mercado y anda con sus bolsas y todo, y pues está bien porque no necesita ayuda, todavía puede moverse. Pero si veo a una persona enferma, me da tristeza, siento feo y por eso no quiero llegar a esa edad porque se sufre mucho.

SALUD

1.- ¿Qué es una adecuada alimentación?

Pues comer a tus horas, no mal pasarte entre comidas, que se incluyan frutas, verduras, carne y baja en grasas. Yo pues muy poco lo hago porque si nos pagan lo de mi marido pues si puedo comprar hay más o menos, pero si no nos pagan pues a comer puro huevo y frijoles, además también si suben las cosas no se puede comer bien, luego sale más caro las verduras que la carne.

2.- ¿Qué es hacer ejercicio?

Es mantenerte activo para no estar obesa, así como yo (lleva sus manos al estómago) y te mantiene activa y te da movilidad o agilidad, en las mujeres pues para estar bien buenotas (se ríe)

3.- ¿Qué es estar saludable?

Estar bien alimentada, no enfermarte continuamente, que no te duela nada, que aun aguantes el desvelarte, así como cuando estás joven, todo lo haces rápido.

SEGURIDAD

1.- ¿Qué es autocuidado?

El cuidarte de un peligro, enfermedad o accidente, ¿si es eso no?, pues creo que es checarme continuamente con un médico, aunque no lo hago, solo voy cuando estoy enferma porque otros días pues me siento bien y para ir al médico es dinero.

2.- ¿Qué es bienestar?

Me suena a que es bienestar familiar, estar con la familia convivir, tener estabilidad emocional y economía. La economía permite vivir tener más oportunidades de salir, comprar cosas, conocer no quedarte nada más en tu casa encerrada.

3.- ¿Qué es calidad de vida?

A como llevas tu vida tanto emocional y económica. Mi economía es baja. Para tener una buena economía necesitas preparación escolar, yo pues no estudie mucho, tener una meta en la vida, conseguir un buen trabajo donde te alcance para todo y si tienes una familia mantenerla armoniosamente, poder comprar cosas.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Psicología



INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda lo más real posible, los datos proporcionados en este instrumento, serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación.

Nombre: Karla

Edad: 34 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Unión Libre

Ocupación: Ama de Casa Ingreso mensual: \$

Nº de personas que viven en su casa: Tres, mi marido, mi hija y yo

Su vivienda es: Prestada, porque todo el terreno es de mi suegro, esto (el espacio donde habitan) pues es el pedazo que le dieron a mi marido

Su vivienda posee:

Agua potable	si(X) no()
Teléfono fijo	si(X) no()
Energía eléctrica	si(X) no()
Drenaje	si(X) no()
Internet	si () no(X)
Cable	si() no(X)

¿Realiza ejercicio? Si () no (X) ¿Cuántas veces a la semana?

¿Cuánto tiempo?

¿Cuántas comidas al día realiza? 3 comidas

¿Qué alimentos ingiere más frecuentemente?

Verduras: 4 veces por semana

Huevo: 2 veces por semana

Carnes rojas: 1 o 2 veces por semana

Frutas: como 3 veces por semana

Grasas: 1 vez a la semana

Cereales: no comemos

Pollo: 2 veces a la semana

¿Consumo alcohol? Si ¿Con qué frecuencia? Cada ocho días

¿Consumo cigarro? No ¿Cuántos cigarros al día?

¿Consumo alguna otra droga, medicamento o sustancia nociva? No

SÍ MISMO

1.- ¿Cómo me percibo (soy) actualmente?

Me siento, bien, fuerte, un poco presionada porque es algo nuevo para mí mi primer hija, apenas empecé a vivir con mi marido y empieza una etapa nueva, comienza algo serio en cuestión de familia.

2.- ¿Cómo seré siendo un PAM?

Me veo con hijos, nietos, así como mi mamá, estable, ojalá sin ninguna enfermedad. Si llego a tener una enfermedad pues espero no estar sola, estar con mi familia y que ojalá mi problema tenga cura.

3.- ¿Cómo que PAM cercano o conocido no quieres llegar a ser?

Como mi abuela ella estaba malita, no podía caminar y se la hacían llagas en su cuerpo, era feo verla así. Una persona así pues ya no es autosuficiente y tienes que depender de los demás.

PARTICIPACIÓN

1.- ¿Qué beneficios me brinda mi trabajo?

El trabajo de mi marido pues que no falte comida y tener lo indispensable en casa. Yo creo que su trabajo es un 80% de estable, yo creo que con el trabajo de él nos puede permitir construir algo para nosotros.

2.- ¿Qué es un adecuado servicio médico?

Que tengan los aparatos y medicina que necesito, que el lugar este limpio. Nosotros acudimos a servicio públicos, casi siempre es en el Centro de Salud y eso solamente cuando tengo alguna enfermedad de varios días, después de tomarme el medicamento no regreso con el medico porque si ya me siento bien no le veo el chiste de volver a regresar. A los médicos particulares no voy porque son muy caros y el medicamento también.

3.- ¿Qué siento al ver una PAM?

Pienso que voy a estar así, si los veo fuertes pues pienso que aún pueden hacer sus cosas y que son independientes, pero si se ven mal pues a veces siento feo porque tampoco de les puede ayudar.

SALUD

1.- ¿Qué es una adecuada alimentación?

Comer frutas y verduras, tomar bastante agua, comer a las horas que tiene que ser. Yo si como verduras y un poco de frutas, a mí me sería difícil cambiar mi forma de comer porque siempre he comido muy tarde, almuerzo como a la una de la tarde y pues eso lo aprendes desde chiquita, así me lo inculco mi mama

2.- ¿Qué es hacer ejercicio?

Es lo que te ayuda a estar bien de salud, yo no hago porque se me complica con la casa y mi hija, la comida. Antes hacía zumba y spinning

3.- ¿Qué es estar saludable?

Es hacer ejercicio, comer, bien, tomar, aguar, es juntar las otras dos preguntas. Creo que yo estoy entre un 60 y 70% de saludable porque no como lo tengo que comer, a mi ahorita me hace sentir saludable las personas que me rodean y que quiero.

SEGURIDAD

1.- ¿Qué es autocuidado?

Tener el tiempo, dedicación y esfuerzo para hacer que llegues a esa edad, a viejito pero que estés fuerte y sano, ahorita yo digo que mi autocuidado está en un 50 y 60% porque no me cuido mucho

2.- ¿Qué es bienestar?

Bienestar me suena a estar bien contigo misma y con los demás con mucho esfuerzo y dedicación, cariño, respeto, para poder ser feliz y tener armonía, ahorita tengo el noventa por ciento porque tengo a mi hija y marido

3.- ¿Qué es calidad de vida?

Pues es respetando a las personas tal y como son, también puede ser cuando ya tienes algo propio, así ya puedes hacer lo que quieras, nosotros tenemos lo básico, pero todavía nos falta, es poco a poco.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Psicología



INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda lo más real posible, los datos proporcionados en este instrumento, serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación.

Nombre: Adrián

Edad: 34 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Secundaria

Estado civil: Unión libre

Ocupación: Obrero

Ingreso mensual: \$7200

Nº de personas que viven en su casa: 4 personas. Mi esposa de 39 años, mis hijos de 8 y 7 años y yo.

Su vivienda es: Rentada

Su vivienda posee:

Agua potable	si(x) no()
Teléfono fijo	si() no(x)
Energía eléctrica	si(x) no()
Drenaje	si(x) no()
Internet	si() no(x)
Cable	si() no(x)

¿Realiza ejercicio? Si () no (x) por falta de tiempo

¿Cuánto tiempo? ¿cuántas comidas al día realiza? Dos; café y pan, comidas 2

¿Qué alimentos ingiere más frecuentemente?

Verduras: 3 veces

Huevo: 1 vez

Carnes rojas: 3 veces

Frutas: 1 vez

Grasas: diario (quesadillas, gorditas, hamburguesas)

Cereales: 1 vez al mes

Pollo: 1 vez

¿Consumo alcohol? Si ¿Con qué frecuencia? cada 8 días

¿Consumo cigarro? Si ¿Cuántos cigarros al día? 2 diarios

¿Consumo alguna otra droga, medicamento o sustancia nociva? No

SÍ MISMO

1.- ¿Cómo me percibo (soy) actualmente?

De salud bien, físicamente mal; me siento como obeso porque estoy panzón; emocionalmente, más o menos, por mis problemas familiares, tengo dos familias y no me siento plenamente feliz.

2.- ¿Cómo seré siendo un PAM?

No me imagino tener 60 años por el estilo de vida que llevo, tomo, fumo, no tengo buena alimentación. Me imagino que seré más gordo con alguna enfermedad por el alcohol

3.- ¿Cómo que PAM cercano o conocido no quieres llegar a ser?

Como mi papa, estaba malo tenia cirrosis y pues ya no están bien físicamente, se pierden, pierden todo, salud, dinero.

PARTICIPACIÓN

1.- ¿Qué beneficios me brinda mi trabajo?

En el aspecto económico actualmente puede sacar mi gasto y renta, lo considero bueno porque puedo dar dos gastos porque tengo que darles a mis dos familias. Para mi es beneficios a futuro, puedo llegar a hacerme de algo, de un terreno o casa. No tengo seguro, en mi trabajo, pero si puedo pagar los gastos cuando alguien se enferma.

2.- ¿Qué es un adecuado servicio médico?

Que te atiendan rápido y lo que te den te cure, el servicio al que voy es más o menos, le falta que sea más efectivo que no te tengan tanto tiempo y que no te den las citas hasta después de mucho tiempo, yo voy al seguro popular, al privado no porque no me alcanza. Mi trabajo me permite solventar las enfermedades que hasta hoy se han tenido mis hijos.

3.- ¿Qué siento al ver una PAM?

A mí no me gustaría llegar a esa edad, porque ya no nos ven con buenos ojos, pienso que ya no tendrían que salir. Cuando veo personas viejitas sanas, pienso que llevaron una vida sin excesos. De las personas enfermas, pienso que es por que tomaron, que no se alimentaron, que comen mucha carne.

SALUD

1.- ¿Qué es una adecuada alimentación?

Desayunar y comer bien y cenar ligero. Lo hago muy poco 1 vez o 2 veces a la semana, porque es más caro comer verduras, que comer carne.

Para adaptarme a un nuevo estilo me costaría mucho entre un 60-70% llevar una buena alimentación, he intentado no cenar, pero me da hambre

2.- ¿Qué es hacer ejercicio?

Levantarme en las mañanas hacer abdominales, sentadillas, jugar futbol, si lo he intentado, pero a los 15 días lo dejo, porque cuando llego estoy cansado y el tiempo se va muy rápido, en las mañanas tengo que ayudar a mi esposa con mis hijos a bañarlos y prender el boiler, en eso se me va una hora y por las tardes pue son tengo una hora fija de salida, pero llego cansado y no tengo ganas de hacer nada.

3.- ¿Qué es estar saludable?

Que no te duela nada y que estés bien, que no te duela nada de tu cuerpo, me siento un 90% sano. Se necesita comer saludable y hacer ejercicio, no fumar no tomar mucho

SEGURIDAD

1.- ¿Qué es autocuidado?

Que te cuides tu solo, que no dependas de otra persona, yo lo logro un 50% porque depende de lo que hace de comer mi esposa

2.- ¿Qué es bienestar?

Que estés bien con tu familia, que no tengas un problema mayor, no estar enojados, que se apoyen, creo que en mi casa lo logramos un 80%

3.- ¿Qué es calidad de vida?

Es darles a mis hijos una educación, que tuviera una casa propia y tener lo esencial, actualmente estamos en un 50%, porque no tengo algo propio, en lo material estoy bien, mi casa no es de lámina o algo así, pero para vivir mejor sería tener algo propio, la escuela no influye hay gente con carrera que no la ejercen y no viven igual que yo.



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Carrera de Psicología



INSTRUCCIONES: Lea cuidadosamente cada pregunta y responda lo más real posible, los datos proporcionados en este instrumento, serán confidenciales y solo se usarán para fines de investigación.

Nombre: Cuitláhuac

Dirección:

Edad: 45 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Preparatoria terminada

Estado civil: casado

Ocupación: comerciante

Ingreso mensual: \$ 15000

Nº de personas que viven en su casa: 5 personas 2 niñas una de 5 años y otra de 12 años, 1 niño 10 años y mi esposa de 39 años

Su vivienda es: propia

Su vivienda posee:

Agua potable	si(X) no()
Teléfono fijo	si(X) no()
Energía eléctrica	si(X) no()
Drenaje	si(X) no()
Internet	si (X) no()
Cable	si() no(X)

¿Realiza ejercicio? Si (X) no () ¿Cuántas veces a la semana? 5 días a la semana

¿Cuánto tiempo? 30 o 45 minutos ¿cuántas comidas al día realiza? Tres comidas

¿Qué alimentos ingiere más frecuentemente?

Verduras: diario

Huevo: 2 veces por semana

Carnes rojas: 2 veces por semana

Frutas: diario

Grasas: una o dos veces por semana

Cereales: tortillas diario y pan también

Pollo: 2 veces por semana

¿Consume alcohol? No ¿Con qué frecuencia? -----

¿Consume cigarro? No ¿Cuántos cigarros al día? -----

¿Consume alguna otra droga, medicamento o sustancia nociva? No

SÍ MISMO

1.- ¿Cómo me percibo (soy) actualmente?

Emocionalmente inestable, depresivo, soy apto para trabajar en lo mío el comercio, en sacar mis propios moldes, me sé administrar, soy responsable con mis hijos, creo que soy buen padre y esposo.

2.- ¿Cómo seré siendo un PAM?

No lo he pensado, quisiera llegar a ser estable, mmmmm lo más sano posible, así como física y emocionalmente, siendo abuelo a lo mejor para liberarme de todos mis traumas

3.- ¿Cómo que PAM cercano o conocido no quieres llegar a ser?

A mi mamá, porque ella represento lo más negativo de mi vida, yo soy lo contrario a ella, ella era cero amorosa, nunca estuvo conmigo para preguntarme cosas. Actualmente no he tenido contacto con un adulto mayor cercano o de mi familia, con las personas que convivo son de mi edad.

PARTICIPACIÓN

1.- ¿Qué beneficios me brinda mi trabajo?

Estabilidad económica, afortunadamente gano bien, puedo sacar los gastos, en un futuro me puede dejar una casa más grande y no como el departamento de ahora.

2.- ¿Qué es un adecuado servicio médico?

Donde hay atención y se ve mejoría, no todos los médicos son buenos. Actualmente por mi diabetes me atiendo con un médico general, también voy a terapia psicológica, pero es un servicio privado, hay que buscarle para lo que nos alcanza.

3.- ¿Qué siento al ver una PAM?

Convivio mucho con persona de la tercera edad, veo cómo se van degenerando en cuanto a salud, en algunos es acelerado por la falta de atención eso principalmente lo vi con mi mamá que ella nunca se cuidó la diabetes y otros cambios pues son propios de la edad

SALUD

1.- ¿Qué es una adecuada alimentación?

Comer balanceadamente, yendo con el nutriólogo, en mi caso la herencia que traigo pues me perjudica, es algo que se aprende mi alimentación fuera adecuada si de pequeño hubiera sido diferente, si me hubieran enseñado otros hábitos.

2.- ¿Qué es hacer ejercicio?

Es el activarnos físicamente, nos ayuda porque previene paros, mejora nuestra circulación, liberamos toxinas, nos levanta el ánimo, yo hacía ejercicio desde chico desde la secundaria nos íbamos a correr, no soy constante en mi rutina, mi estado emocional interfiera, cuando estoy deprimido no me dan ganas de hacer nada.

3.- ¿Qué es estar saludable?

Es no estar enfermo, es respirar bien, que no te duela nada, que el organismo este trabajando bien solo, sin malestar ni dolor de cabeza, que no duela nada.

SEGURIDAD

1.- ¿Qué es autocuidado?

Todo, es lo que comemos, bebemos, decisiones que tomamos, lo que decidimos comer o hasta el hecho de dormir, hasta de llevarme bien con mis esposa e hijos de llevar una vida lo más sana posible para poder estar con ellos.

2.- ¿Qué es bienestar?

Me imagino que es estar bien, es como la palabra bienes... bienes materiales, tener el departamento, negocio, el auto, la moto, la cocina, la sala, una recamara, para mi ahora eso es bienestar tener las cosas que creo que necesito.

3.- ¿Qué es calidad de vida?

Es en cuanto a salud, a las relaciones interfamiliares, tener una alimentación adecuada, mantener relaciones sanas, todo aquello que nos hagan estar estables.