



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA PREVENTIVO
COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ETAPA DE
RETIRO EN ADULTOS LABORALMENTE ACTIVOS**

**TESIS DE INVESTIGACIÓN
DOCUMENTAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

MARÍA LUISA GARCÍA SERRATO

DIRECTORA DE TESIS

**DRA. ANA LUISA MÓNICA GONZÁLEZ-
CELIS RANGEL**

REVISORA

**MTRA. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ
ORDOÑEZ**

MIEMBROS DEL COMITÉ

**DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
MTRA. LAURA SOMARRIBA ROCHA
DR. JORGE ROGELIO PÉREZ ESPINOSA**



Ciudad Universitaria, CDMX, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Escribo esta sección en un tiempo particular donde la noción de gratitud se amplía y fortalece profundamente. En un momento donde cada logro se vuelve relativo, pero al mismo tiempo se engrandece. Por ello y sin lugar a dudas, concluir este proceso merece un espacio para retribuirles un poco a todos aquellos que me acompañaron en él.

La parte más sustancial de esta dedicatoria se la quiero ofrecer a mis padres y a mi familia, a quienes les dedico cada página escrita aquí como símbolo de mi cariño, admiración y respeto.

A mi madre le agradezco por haberme inspirado todos los días con su vocación auténtica y su sensibilidad creativa para estudiar esta ciencia tan humana; por compartirme su dulce fuerza para continuar con esta meta cuando la incertidumbre y el dolor hacían vacilar mi propósito. Te amo y me siento siempre afortunada por tenerte en mi vida.

A mi padre, aunque ya no pueda leer esto, quiero ofrendarle además un sueño inconcluso que ahora siento cumplir por ambos, haciéndole saber que su sabiduría fue el cauce que me trajo hasta aquí, dispuesta a seguir creciendo para quizás así alcanzarlo un día. Te amo, y en cada oportunidad que tenga buscaré honrarte defendiendo con valor la dignidad del ser, como bien lo hacías tú.

A mi hermano quiero agradecerle por tener tanta fe en mí, por darle alegría y un necesario toque de realismo a este camino. Por ser la mano y la voz apacible donde puedo reposar con la seguridad de una sonrisa. Te amo y admiro muchísimo.

No podría dejar de mencionar y agradecer a mis amigos de la facultad por haberme acompañado desde el primer día de clases; por su apoyo y cariño, por los grandes momentos que vivimos juntos.

Finalmente, pero no menos importante, quiero agradecer a la Dra. Ana Luisa por haberme recibido con los brazos abiertos para dirigir este trabajo, por su calidez humana y su valioso conocimiento. Al Programa PAPIIT IN311019 de la DGAPA-UNAM, por financiar parcialmente esta tesis, a todo el equipo de FES Iztacala y a mi revisora por sus acertadas contribuciones y gran amabilidad.

A todos ustedes, muchas gracias.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen.....	1
Introducción	2
Capítulo I. El proceso de envejecimiento	5
1.1 Adultez intermedia.....	5
1.1.1 Dimensión física.....	6
1.1.2 Dimensión social.....	9
1.1.3 Dimensión psicológica.....	12
1.2 Vejez	13
1.2.1 Dimensión física.....	16
1.2.2 Dimensión social.....	19
1.2.3 Dimensión psicológica.....	20
1.3 Teorías del envejecimiento.....	22
1.3.1 Teorías Biológicas.....	23
1.3.2 Teorías psicosociales.....	26
1.4 Clasificación de la vejez	31
1.5 Envejecimiento activo.....	34
1.6 Relevancia de los determinantes del envejecimiento activo	38
1.7 Actitudes hacia el envejecimiento.....	39
Capítulo II. Jubilación	43
2.1 Antecedentes	43
2.2 Adaptación hacia el retiro	45
2.3 Envejecimiento y la crisis del sistema de pensiones	48
2.4 Organización del sistema de pensiones en México	52
2.5 Seguridad económica.....	58
2.6 Actitudes hacia la jubilación.....	59
2.7 Jubilación y estrés laboral	62
2.8 Planeación financiera para el retiro.....	64

Capítulo III. Prevención y estilos de vida saludable	68
3.1 Prevención	68
3.2 Manejo del estrés	74
3.2.1 ¿Qué es el estrés?.....	74
3.2.2 Características y consecuencias del estrés.....	75
3.2.3 Estrategias de afrontamiento	78
3.2.4 Atención plena	81
3.3 Alimentación.....	84
3.3.1 Alimentación correcta.....	86
3.3.2 Influencia de la alimentación en el proceso de envejecimiento.....	88
3.3.3 Recomendaciones nutricionales para un envejecimiento saludable	90
3.4 Actividades físicas y recreativas	91
3.4.1 Ejercicio físico	92
3.4.2 Actividades recreativas	94
3.4.3 Estrategias para fomentar la actividad física y recreativa	96
3.5 Sueño.....	99
3.5.1 Definición y contexto actual.....	99
3.5.2 Trastornos del sueño	100
3.5.3 Sueño y salud laboral.....	101
3.5.4 Higiene del sueño	102
3.6 Proyecto de vida y relaciones saludables	103
3.6.1 Proyecto de vida	104
3.6.2 Toma de decisiones y resolución de problemas	106
3.6.3 Habilidades sociales y asertividad.....	108
Capítulo IV. Método.....	112
4.1 Objetivos de la Tesis de Investigación	112
4.1.1 Objetivo general.....	112
4.1.2 Objetivos específicos	112
4.1.3 Justificación	112
4.2 Propuesta del Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR)	114
4.2.1 Objetivo general.....	114
4.2.2 Objetivos específicos	115

4.2.3	Tipo de estudio, tamaño y diseño muestral	115
4.2.4	Participantes	115
4.2.5	Criterios de Inclusión	116
4.2.6	Criterios de Exclusión	116
4.2.7	Instrumentos de medición	116
4.2.8	Materiales y escenario	118
4.2.9	Definición de variables	119
4.2.10	Procedimiento	120
4.2.11	Propuesta de análisis de datos	122
4.3	Desarrollo del Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR)	122
4.3.1	Descripción de los módulos, sesiones y actividades	122
Capítulo V. Conclusiones		147
Referencias		154
Anexos.....		171

Resumen

El principal objetivo de este trabajo es diseñar un programa de prevención selectiva basado en un enfoque cognitivo conductual para la etapa de retiro, dirigido a adultos laboralmente activos entre 40 y 50 años de edad. Para ello, se realiza una consulta profunda de la literatura relacionada con el proceso de envejecimiento, la jubilación y los estilos de vida saludables, a partir de la cual se estructura una propuesta de intervención. Como resultado, se presenta un programa de tipo grupal (N=15) compuesto por trece sesiones totales, bajo un diseño comparativo pre-post con seguimiento a uno y tres meses. De dichas sesiones, cuatro están conformadas por la evaluación de las variables de interés (actitudes hacia la vejez, actitudes hacia la jubilación y estilos de vida saludables), mientras que las nueve restantes se enfocan en ofrecer herramientas psicoeducativas, cognitivas, emocionales y conductuales basadas en evidencia, para promover el cuidado de la salud y el envejecimiento activo, desmitificar prejuicios en torno a la vejez, así como potenciar los factores de protección y los recursos de los participantes. Como conclusión, se plantea la imperante necesidad de continuar creando intervenciones de calidad que contemplen integralmente las necesidades de los adultos en transición al retiro, en vista del creciente aumento de la población envejecida a nivel mundial.

Introducción

En la actualidad el mundo atraviesa una acelerada transición demográfica caracterizada por el envejecimiento de la población, proceso que catalogaría al siglo XXI como “*el siglo del envejecimiento poblacional*”. Un dato que pone en evidencia este hecho es el porcentaje a nivel mundial de personas mayores de 60 años, siendo en el año 2015 de 12.3% y estimándose que aumente para el año 2050 a 21.5% de forma global y en México a un 24.7% (Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro [CONSAR], 2015). Las principales causas de este aumento en la tasa de envejecimiento son el aumento en la esperanza de vida y una disminución en la tasa de fecundidad.

México no es la excepción ante el fenómeno de envejecimiento mundial. Por ahora, se clasifica como un país no envejecido, pero será a partir del año 2020 que formará parte de los países que están envejeciendo (CONSAR, 2015). El Consejo Nacional de Población señala en su Encuesta Intercensal ([CONAPO], 2018) que debido a los avances en materia de salud en el país, la esperanza de vida al nacer ha ido en ascenso de forma constante y, según las proyecciones de esta estadística, para el año 2050 la vida media incrementará a 76.7 años en los hombres y a 82.6 en mujeres (Partida, 2017). El conjunto de estas cifras se traduce en un incremento del índice de envejecimiento que aumentaría 3.4 veces en los 35 años de la proyección, aspecto que traería consigo también la proliferación del índice de dependencia.

Dadas las estimaciones anteriores, resulta evidente que el crecimiento significativo de la población de adultos mayores en el país genera y generará una serie de demandas que requerirán de atención, entre las cuales se encuentran servicios de salud, de movilidad, accesibilidad, de recursos humanos y de seguridad social, ya que un alto número de personas efectuarán la transición hacia la inactividad económica a través del

retiro laboral, quedando expuestos a una incertidumbre financiera que puede afectar de forma importante su calidad de vida. Sin embargo, además de las repercusiones económicas, el proceso de jubilación implica adaptarse a un nuevo rol social, mientras surgen dudas, ajustes y certezas sobre quién se es, quién se ha sido y hacia dónde se quiere ir a partir de ese punto. Esta transformación puede ser enriquecida por medio de los programas de preparación al retiro porque brindan un acompañamiento profesional que da mayor soporte ante un panorama desconocido, posibilitando la expresión emocional, fortaleciendo la autoeficacia, enriqueciendo el conocimiento y, por ende, ampliando la perspectiva sobre las posibilidades a elegir una vez llegado el momento de retirarse.

A la par, debe tenerse bajo la mira el alza en la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en la población mayor, padecimientos caracterizados por ser de larga duración y de evolución lenta, como la diabetes, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y respiratorias (Organización Mundial de la Salud, [OMS], 2015). Aunque éstas no siempre se manifiestan hasta la vejez, sino años e incluso décadas antes, el incremento en la esperanza de vida trae consigo la prolongación de estas enfermedades, afectando gravemente el bienestar del enfermo y de sus familiares, así como su economía.

Con base en esta serie de problemáticas, es que se decide realizar un programa preventivo cognitivo-conductual para el retiro que conjunte temas de salud y educación financiera en un mismo sitio, contemplando las actitudes de las personas como agentes de influencia en la compleja dinámica entre el pensamiento, la emoción y la conducta, íntimamente relacionadas en cualquier proceso de cambio. A su vez, esta inclinación compagina con el interés por desarrollar una fuente de apoyo para los trabajadores en etapas previas a la jubilación, quienes en raras ocasiones tienen la oportunidad de

acceder a cualquier clase de preparación para esta nueva etapa de su vida, la cual tradicional y socialmente marca el inicio de la vejez. A partir de estas premisas, el presente trabajo se subdivide de la siguiente forma:

En el capítulo I se presentan los principales cambios ocurridos en la dimensión física, social y psicológica de la adultez intermedia hasta la vejez. Posteriormente, se hace una breve revisión de las principales teorías biológicas y psicosociales sobre el envejecimiento. Se definen las actitudes hacia el mismo y su influencia en el ajuste o desajuste saludable en la jubilación.

En el capítulo II se contextualiza a la jubilación, caracterizándola en su complejidad y planteando sus fases de transición. A su vez, se expone la estructura del sistema de pensiones del país, analizando los factores que han desencadenado su crisis actual. El capítulo finaliza con el tema de la planeación financiera para el retiro como estrategia de seguridad económica.

El tercer capítulo retoma algunos de los hallazgos científicos más sustanciales sobre los estilos de vida saludables y la estrecha relación que mantienen con la conservación del estado de salud para un disfrute pleno de la vejez. Complementariamente, se profundiza sobre los procesos de prevención y adherencia, a saber, del papel tan importante que ocupan en el diseño del programa.

Para finalizar, se presenta la propuesta del programa preventivo, por medio del cual se pretende aportar un contenido útil y manejable para aquellos que deseen implementarlo o, sencillamente, consultarlo. Invitando al lector a entender el envejecimiento de manera más integral y humana.

Capítulo I

El proceso de envejecimiento

Ahora que ya se han descrito las proyecciones y condiciones demográficas dimensionando las problemáticas del envejecimiento poblacional, es indispensable conocer las características de los distintos grupos etarios y su evolución, para que las intervenciones en general puedan adecuarse a ellos, logrando mayor apertura para vincularse con dichas intervenciones, y facilitar así, el cambio social. Por ello, y con la finalidad de entender el tipo de población a la que se dirige esta propuesta, a continuación, se plantean las principales dimensiones físicas, sociales y psicológicas manifestadas desde la adultez intermedia hasta la vejez. Con fines de organización y claridad, éstas se presentan de forma separada. No obstante, es necesario aclarar que la visión subyacente de este trabajo pretende integrar las fases del ciclo vital como parte de un mismo continuo en la vida de los individuos, y no analizarlas de forma excluyente (Dulcey, 2010).

1.1 Adultez intermedia

La adultez media, madurez o adultez intermedia, suele ser definida de forma cronológica por ser la etapa de desarrollo que ocurre desde los 40 hasta los 60 o 65 años de edad (Santrock, 2006). Sin embargo, las clasificaciones dentro del ciclo vital son arbitrarias y se modifican con el paso del tiempo, de los cambios sociales y tecnológicos que acontecen a través de las épocas y, como ya se ha planteado, en la actualidad el incremento en la esperanza de vida puede hacer aún más relativa esta forma de clasificación. Otro aspecto importante a tomar en cuenta, es que un ser humano no es únicamente la suma de los años que ha vivido, sino de su conformación experiencial,

mental, emocional y social. Por tal motivo, será necesario identificar los escenarios tan diversos de los cambios ocurridos durante la madurez.

Son múltiples los factores que influyen en la forma de vivir la adultez media, dentro de los que se ubican el género, la etnia, el estado socioeconómico, el estado civil, el nivel educativo, la genética, entre otros (Lachman, 2004), a pesar de ello, existen características tipificadas o expresadas de forma más o menos estable, sin dejar de lado el hecho de que cualquier grupo presenta su propia heterogeneidad y diversidad.

1.1.1 Dimensión física

Los cambios asociados al cuerpo durante esta etapa están estrechamente relacionados con la herencia genética, así como con los hábitos y estilos de vida que se establecieron desde la juventud (Lachman, 2004). Así mismo, estos cambios seguirán teniendo un papel determinante en los cambios que ocurran durante la vejez del individuo, pudiendo influir de forma positiva o negativa en la salud.

Las áreas de la dimensión física que cambian en la etapa de la adultez intermedia son:

Apariencia corporal

Durante la madurez se empiezan a hacer notorios algunos cambios físicos. Inicia la aparición de algunas arrugas, manchas y flacidez por los cambios moleculares y el adelgazamiento de la piel (Giacomoni & Rein, 2004, como se citó en Santrock, 2006), el cabello pierde grosor y pigmentación debido a la reducción en la producción de melanina, las uñas se vuelven densas al mismo tiempo que quebradizas, hay pérdida de algunos centímetros de estatura y un aumento en el porcentaje de grasa corporal por modificaciones, principalmente metabólicas.

Aspectos sensoriales y psicomotrices

Otros de los cambios que comienzan a surgir se localizan en el funcionamiento de los sentidos. Durante esta etapa, se vuelve común la dificultad para enfocar objetos cercanos, mantener imágenes en la retina, observar con nitidez y, en general, se ve involucrada la velocidad de procesamiento visual. Algunos adultos compensan estas complicaciones usando lentes, leyendo textos con fuentes más grandes y buscando espacios correctamente iluminados. A su vez, la capacidad auditiva disminuye de forma un poco más específica que en el caso de la visión, puesto que son las frecuencias altas las que se vuelven más difíciles de identificar. Si, con el paso del tiempo, la pérdida se acentúa, se dice que la persona desarrolla presbiacusia, que es la pérdida progresiva del sentido auditivo (Kline & Scialfa, 1996).

El sentido del gusto, tacto y olfato, suelen verse menos comprometidos que en la vista y el oído, pero también hay pérdidas discretas que alteran la percepción de los sabores de manera heterogénea, al reducirse la cantidad de células olfativas y la sensibilidad de las papilas gustativas (Stevens et al., 1991).

En todo el cuerpo, la estructura esquelética pierde fortaleza y los huesos se vuelven más frágiles debido a que la densidad de la masa ósea disminuye gradualmente a partir de los 50 años (Santrock, 2006) y a que la grasa reemplaza algunas de las fibras de los músculos; este hecho puede evolucionar hacia enfermedades incapacitantes como lo es la osteoporosis. Finalmente, las articulaciones se vuelven un poco más rígidas y se ralentizan los tiempos de reacción ante estímulos ambientales.

Modificaciones sistémicas

Ya que durante la madurez los depósitos de grasa y los tejidos cicatrizantes se acumulan paulatinamente en los vasos sanguíneos, el flujo sanguíneo se dirige con más lentitud a los órganos y sistemas del cuerpo (Ferrari et al., 2003) provocando que aumenten las probabilidades de padecer enfermedades cardiacas como la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes. Además, si a este cambio se suma la falta de hábitos dietéticos correctos termina derivándose en un problema de alto impacto. Este aspecto es relevante especialmente para la situación en nuestro país si se toma en cuenta que las muertes anuales asociadas al sobrepeso se elevan a 50 mil muertes por año (Barba, 2018).

Por otra parte, la reducción de la elasticidad de los tejidos pulmonares y la rigidez de la capa torácica, producen mayor trabajo del traslado de oxígeno a la sangre, lo cual conduce a una alteración del ciclo de sueño, con intervalos más duraderos de estados de vigilia y menores de sueño profundo. No obstante, tanto la capacidad respiratoria como los ciclos de sueño no perderán su calidad mientras que el individuo no presente paralelamente complicaciones médicas (Santrock, 2006).

El funcionamiento del sistema inmunológico, que está dedicado a defender al organismo contra agentes extraños, se debilita dando paso al aumento en la vulnerabilidad de contraer enfermedades causadas por virus y bacterias. Se ha observado que el sistema inmune tiende a deprimirse con mayor facilidad si se es objeto de una exposición prolongada al estrés, generando una aceleración de procesos infecciosos, resfriados y enfermedades autoinmunes, problemas en la coagulación de la sangre y retención incrementada de virus en los tejidos (Ortega, 2011), sin mencionar las consecuencias que produce en otros sistemas.

Sexualidad

Durante la madurez, la frecuencia y satisfacción de la actividad sexual disminuye en algunos casos (Burgess, 2004), pero las razones son multifactoriales y la pérdida de la fertilidad no equivale al cese del goce entre las parejas. Los cambios que acontecen alrededor de la conducta sexual inician con el climaterio, es decir, la reducción de la fertilidad.

En el caso de las mujeres, la menopausia es el fenómeno determinante para el cese de la vida reproductiva. Ésta suele presentarse aproximadamente a los 50 años de edad y se caracteriza por cambios hormonales (reducción de estrógeno y progesterona), con síntomas como palpitaciones, cefaleas, cambios de humor, excitación de menor intensidad, orgasmos más breves y menos frecuentes. Sin embargo, cada mujer vive este periodo de forma muy diferente. Los hombres, por su parte, no pierden la capacidad reproductiva pero sí experimentan una baja en los niveles de la hormona testosterona y cambios funcionales entre los 50 y los 70 años. En este periodo se hacen notorios menores niveles de excitación, dificultad para mantener erecciones, irritabilidad, aumento de peso, mayor tiempo de recuperación después de la eyaculación y un aumento en la probabilidad de presentar disfunción eréctil (Papalia, 2017).

1.1.2 Dimensión social

Como en todas las etapas del desarrollo, las dinámicas de socialización resultan indispensables para el crecimiento y el bienestar personal. Según Carstensen y sus colaboradores (1999), la interacción interpersonal cumple con tres funciones principales: dotar de información, de sentido personal y de placer emocional; bajo esta premisa, los adultos en la madurez buscan en mayor medida aquellas relaciones que les brinden

soporte y estabilidad. A continuación, se exponen algunos de los cambios sociales más comunes en esta etapa, agrupados en las siguientes áreas:

Relaciones conyugales/de pareja

La calidad del matrimonio, en compañía con el gozo de un buen estado de salud, influye de forma importante en el bienestar durante la madurez debido a que ofrece beneficios como apoyo, estimulación de conductas proactivas y seguridad financiera, lo que se resume en grados más elevados de salud física y mental. En principio la satisfacción marital se ve comprometida por las responsabilidades con el cuidado de los hijos, pero esta dinámica suele invertirse a medida que los hijos crecen, dándoles a los padres un margen más amplio para el disfrute de su vida como pareja. Aunque, fenómenos que ocurren dentro del hogar como el nido vacío o el nido abarrotado (la partida de todos los hijos y la estancia prolongada de los mismos, respectivamente) pueden generar un desbalance tanto positivo como negativo en las parejas, por lo que resulta indispensable hacer una reestructuración de los roles y las rutinas frente a estos cambios (Papalia, 2017).

Relaciones parentales

La situación familiar durante la madurez es muy diversa, algunas personas viven con hijos que están en la etapa de la adolescencia, otros se enfrentan a la independencia de los mismos, e incluso algunos otros se convierten en abuelos a edades tempranas (Bliezner & Roberto, 2006). Son tantos los escenarios posibles, más aún si se toma en cuenta la ruptura actual de la concepción tradicional del esquema familiar. Sin embargo, en términos generales, la relación entre los padres y sus hijos tiende a mejorar cuando éstos crecen, aportando un mayor grado de satisfacción parental si los estilos de vida de los hijos concuerdan con las expectativas de ambas partes. Del otro lado, una gran

cantidad de adultos maduros conviven de forma amena, respetuosa y cálida con sus padres, quienes normalmente ya tienen edades avanzadas; esta característica puede enriquecer el intercambio intergeneracional por medio del apoyo, el apego y la convivencia, pero también se pueden desencadenar conflictos, desgaste y tensión si alguno de los padres desarrolla enfermedades que requieran de cuidado constante, vulnerándose la relación entre ellos.

Relaciones fraternales y de amistad

Las relaciones con amigos y hermanos acostumbran ser las más duraderas a lo largo de la vida. Las primeras se establecen entre altos niveles de confianza, selectividad e intimidad, constituyendo un factor protector contra la soledad en momentos críticos. Por otro lado, la calidad de las relaciones fraternales depende de cuestiones como la historia previa del vínculo, la presencia de hijos y pareja, asuntos laborales, etc. En síntesis, estos lazos son fuentes vitales de bienestar psicológico durante la adultez intermedia (Santrock, 2006).

Relaciones laborales

Por último, durante la madurez el trabajo es un ámbito central de la vida, ya que el trabajo junto con las actividades desempeñadas en él crea retos constantes que exigen, motivan y activan al individuo (Czaja, 2006). Lo anterior, justifica en muchas ocasiones que las personas que están en edad de retirarse deseen continuar trabajando, o sustituyan su antiguo empleo por uno nuevo, logrando cubrir así sus necesidades económicas, físicas, emocionales, sociales y cognitivas.

1.1.3 Dimensión psicológica

En la adultez, como en el resto de las etapas del ciclo de vida, se manifiestan cambios asociados con las diferentes entidades psíquicas de los individuos, expresión del desarrollo y maduración del sistema nervioso, así como de la integración de experiencias que estructuran la identidad, la manifestación emocional y las pautas de conducta conforme se envejece. Las áreas donde se presentan modificaciones son:

Funcionamiento cognitivo

Como lo menciona Lachman (2004), se ha observado que, en cuanto a la inteligencia, existen patrones de crecimiento y declive. En ese sentido, la inteligencia asociada al conocimiento conceptual, verbal y de información, continúa enriqueciéndose durante la adultez intermedia, pero la inteligencia vinculada con el razonamiento abstracto empieza a tener algunos problemas de fluidez. Por ejemplo, la velocidad de procesamiento y la memoria de trabajo, empiezan a perder agilidad en la edad media (Baltes et al., 1999) la memoria en la vejez, contrario a lo que se creería, en realidad no muestra diferencias significativas en comparación con la juventud, puesto que incluso la memoria verbal, el vocabulario, el razonamiento inductivo y la orientación espacial suelen alcanzar su punto máximo en esta etapa de la vida. La misma autora señala que estas diferencias en el funcionamiento cognitivo demuestran que las personas que se encuentran viviendo su madurez poseen recursos que han recolectado a través de la experiencia para compensar pérdidas, y es precisamente la experiencia aquella cualidad que les dota de mejores habilidades para resolver problemas prácticos de la vida cotidiana, ser más eficaces en áreas que dominan y en consecuencia, tener un impacto positivo en la calidad de sus aportaciones intelectuales.

Desarrollo emocional y personalidad

Tras hacer un análisis de estudios longitudinales y transversales, Lachman (2004) refiere que durante la madurez la personalidad muestra signos de estabilidad y variabilidad. Los aspectos más estables suelen estar asociados al temperamento y sus efectos en distintos dominios de la vida, como los patrones laborales y familiares; mientras que aspectos como el grado de consciencia del yo, la introspección y la reflexión incrementan acentuándose de forma particular entre los 40 y 60 años. El incremento de estas cualidades, junto con la experiencia, suele ser un recurso valioso que brinda control y versatilidad para responder de forma eficaz a las demandas y elevados grados de estrés a los que se ve sometido este grupo de la población en comparación a otros, siendo las presiones económicas y familiares las más frecuentes. Es así que los adultos maduros resultan altamente competentes en casi todas las esferas de sus vidas, al poseer un fuerte sentido de la identidad, de la responsabilidad, y del manejo de sus recursos de afrontamiento.

1.2 Vejez

De acuerdo con Martínez (2018) la vejez más allá de ser una etapa dentro del ciclo de vida, es un constructo complejo que abarca aspectos biológicos, psicológicos y socio-antropológicos, por lo que definirla de forma consensuada continúa siendo un reto debido a las visiones contrapuestas que se tienen de este fenómeno a través de las culturas, ópticas y teorías. Desde una perspectiva cronológica, se propone que la vejez empiece a partir de los 60 ó 65 años, y su principio continúa asociándose al proceso de jubilación. Sin embargo, esta clasificación resulta insuficiente si se piensa en términos funcionales, ya que la edad no es un indicador suficiente para establecer las condiciones en las que se

vive la vejez. Es por ello que algunos expertos en el tema prefieren estudiar la edad dividida en cuatro criterios (López & Marín, 2016):

-Edad cronológica: número total de años cumplidos.

-Edad biológica: dada por el grado de funcionamiento o deterioro de los órganos del sistema.

-Edad psicológica: conformada por la capacidad de adaptación, independencia y funcionalidad del individuo.

-Edad social: es el nivel de involucramiento y desenvolvimiento en el medio.

Tener en consideración cómo se manifiesta cada uno de estos criterios hace más sencillo comprender que existe un dinamismo inherente al envejecimiento, al mismo tiempo que agiliza las planeaciones e intervenciones que se deseen tener con esta población.

Siguiendo la lógica previa, desde una perspectiva funcional, la vejez se ha definido por la aparición gradual de limitaciones, discapacidades y enfermedades, así como por una pérdida de la autonomía, pero resulta ser un planteamiento bastante criticado debido a que se concentra esencialmente en los aspectos de déficit y no en los positivos. Una definición neutral es la que la entiende como una construcción social que evoluciona a través del tiempo y el contexto, como una etapa del ciclo vital consecuente a la adultez y antecedente a la muerte (Montes de Oca, 2010). No obstante, una de las definiciones más integrales que hay sobre el envejecimiento puede ser la siguiente:

“El envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres

vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (Alvarado & Salazar, 2014, p.59).

Como se puede observar, la ventaja de esta definición es que engloba todas las esferas básicas involucradas en el desarrollo humano, y cualquier concepto que excluya alguna limita una comprensión amplia del fenómeno.

En este punto, resulta necesario clarificar la diferencia entre los términos de vejez y envejecimiento. El envejecimiento puede definirse como “*un proceso individual, que sucede todos los días, desde que se nace hasta que se muere*” (López & Marín, 2016, p. 176), mientras que la vejez es en sí, tanto un proceso como un producto, puesto que el término hace referencia a la última etapa de la vida pero también al período de evolución que culminó en esa etapa y que continúa expresándose hasta el último día de la vida (Ramos et al., 2009, como se citó en López & Marín, 2016). Más allá de las distinciones conceptuales entre un término y otro, cabe aclarar que al hablar de envejecimiento se debe pensar en las múltiples formas en que puede manifestarse. De este modo, cuando se dice que es diferenciado se entiende que se trata de un proceso único para cada persona, donde el género, las actitudes, los estilos de vida, los aprendizajes, etc., sumarán en conjunto un modo vivencial irrepetible entre los individuos. Hacer esta diferenciación permite también comprender que no es necesario llegar a cumplir 60 años, retirarse o enfermarse para empezar a considerar que se está envejeciendo y actuar en consecuencia, sino que se puede comenzar a construir una noción más realista del mismo proceso si se entiende la vida como un continuo en el que las barreras que indican quién es joven y quién no, son únicamente acepciones del lenguaje y la cultura, capaces de resignificarse a favor de la aceptación y el cambio personal.

1.2.1 Dimensión física

Las áreas de la dimensión física que se modifican en la etapa de la vejez son:

Apariencia corporal

En el apartado anterior se han descrito ya algunos de los cambios en la apariencia que comienzan a hacerse notables a medida que se envejece, evolucionando éstos y acentuándose aún más a partir de los 60 años. De este modo, durante la vejez se pronuncian y aumentan las arrugas y manchas cutáneas, hay una disminución de algunos centímetros de estatura, pérdida de masa muscular y aumento de la grasa corporal. A nivel motor, se presenta una ralentización general de los movimientos por limitación articular; hay pérdida de masa ósea y mayores dificultades para mantener el equilibrio (Landinez et al., 2012).

Aspectos sensoriales y psicomotrices

Todos los sentidos sufren modificaciones durante la vejez. El sentido de la vista se altera principalmente al reducirse la agudeza visual, lo que en consecuencia produce mayor dificultad para desplazarse en espacios con baja iluminación, poca tolerancia a los destellos, reducción del campo visual y más tiempo de recuperación ante algún deslumbramiento. Debido a que el cristalino del ojo se torna amarillento, la percepción del color cambia afectando la distinción entre tonalidades similares. A su vez, la percepción de profundidad disminuye (Desai et al., 2001), hecho que provoca mayor dificultad para medir alturas o distancias y, por ende, aumentan las probabilidades de sufrir una caída o tropiezo (Kulmala et al., 2009). Estas alteraciones no suelen ser severas, pero mientras más longevas sean las personas, es más probable que surjan enfermedades que requieran atención especializada como las cataratas y los glaucomas.

La capacidad auditiva se reduce, especialmente ante frecuencias altas, haciendo más compleja la discriminación de sonidos y alterando también al equilibrio. Hay un descenso en número y función de papilas gustativas y de las células sensoriales olfatorias, lo que genera una pérdida de la sensibilidad olfativa y del gusto más pronunciado (Landinez et al., 2012).

Cada disminución en la capacidad sensorial puede ser correctamente compensada si las condiciones medioambientales donde habita y se desenvuelve el individuo se adaptan lo más posible sus necesidades, entonces se pueden reducir los riesgos inherentes a la evolución sensorial y hacer más satisfactoria la convivencia.

Modificaciones sistémicas

La capacidad pulmonar disminuye un 40% a lo largo de la vida, pero en esta etapa los pulmones además pierden cierta elasticidad, el pecho se encoge y el diafragma se debilita, haciendo el cuerpo más vulnerable ante resfriados o enfermedades respiratorias. El ritmo cardiaco se vuelve más lento e irregular haciéndolos más propensos a tener un aumento en la tensión arterial, que en conjunto con otros factores puede desencadenar enfermedades cardiacas, cardiovasculares o diabetes, pero mientras no haya alguna afección médica, el sistema cardiovascular funciona adecuadamente (Papalia, 2017). En general, el estado de salud que refiera un adulto mayor depende de factores ambientales, psicológicos y sociales, por lo que el envejecimiento no debe considerarse un sinónimo de enfermedad.

La cantidad de horas dormidas en la infancia difiere sustancialmente a las dormidas durante la vejez, disminuyendo gradualmente hasta establecerse en esta última etapa una duración promedio entre 7 y 8 horas por noche (Contreras, 2013). Sin embargo, la reducción del tiempo es solamente uno de todos los otros cambios que presenta la

arquitectura del sueño en el adulto mayor, dentro de los cuales se pueden mencionar también (Medina et al., 2014):

- Mayor retraso para conciliar el sueño
- Presencia más frecuente de microdespertares
- Incremento de la fase de sueño ligero (fases I y II)
- Disminución de la fase de sueño profunda (fase III)
- Conservación de la duración del sueño REM
- Se puede producir una sensación de falta de descanso por pasar periodos más prolongados en la cama
- Cambios en el ritmo circadiano provocan desfases que generan dormir y despertar antes de lo acostumbrado
- Incrementa el cansancio y las siestas diurnas

Dicha serie de modificaciones originalmente fisiológicas, implican en cierta medida un riesgo para desarrollar algún trastorno del sueño. De hecho, se ha observado que tener una edad mayor a 50 años es en sí mismo un factor predisponente (Vicente et al., 2014). Pero es necesario destacar que el estilo de vida, cuando el envejecimiento modifica la estructura circadiana, puede funcionar potentemente como un regulador (Madrid et al., 2013).

Sexualidad

La frecuencia en la práctica de la actividad sexual disminuye considerablemente, por lo que los cambios estructurales y funcionales, que aparecieron en los aparatos reproductivos desde la madurez, se conservan. En el caso de ambos sexos las relaciones sexuales son más lentas y menos intensas que en la juventud, hay una pérdida del vello púbico, una reducción en el tamaño de los genitales y se modifica la forma de los

caracteres sexuales secundarios. De forma específica, los varones requieren más tiempo para lograr erecciones y eyaculaciones, y las mujeres pierden lubricación y elasticidad vaginal (Llanes, 2013). Bajo estas circunstancias la sexualidad puede continuar practicándose de forma placentera si no hay enfermedades o estereotipos de por medio que limiten la libre exploración de la conducta sexual, lo único que se requiere es la aceptación y adaptación al cambio, además de erradicar concepciones negativas que obstaculicen a los adultos mayores en esta esfera de su vida.

1.2.2 Dimensión social

La organización familiar durante la vejez se modifica en distintos sentidos. Uno de los cambios más importantes ocurre tras la jubilación, donde resulta indispensable hacer un reajuste en el modo de convivir establecido en el hogar para dar lugar al tiempo libre que dejó de invertirse en el trabajo. Aunque una de las principales preocupaciones al jubilarse es la cantidad de ingreso económico, considerar otras esferas de la vida al planear el retiro trae consigo mayores beneficios en la calidad de vida.

Relaciones conyugales/de pareja

Si bien las relaciones matrimoniales suelen ser el esquema familiar más común y sólido durante la vejez, los divorcios durante esta etapa son cada vez más frecuentes. Cada decisión que tome la persona mayor sobre su estado civil, ya sea el divorcio, la posibilidad de casarse nuevamente, juntarse, o vivir de forma autónoma, tendrá un impacto distinto en su estado económico y de salud, tomando en cuenta que las personas casadas o viviendo en unión libre presentan niveles más altos de felicidad que las solteras (Lee, 1978, como se citó en Santrock, 2006).

Un momento crítico en la vida de los adultos mayores es la pérdida de su pareja. Ante esta situación, las personas viven un periodo de intenso dolor acompañado de cambios económicos, soledad, propensión a padecer enfermedades mentales y físicas (Stroebe et al., 2007). Con el paso del tiempo la persona puede aceptar la pérdida y emplea medios personales y externos para retomar el curso de su vida con cierta normalidad, proceso que es más sencillo si la persona en cuestión no dependía estrechamente y en muchos sentidos de su pareja.

Relaciones parentales, fraternales y de amistad

La calidad de las relaciones filiales dependerá en gran medida de la historia previa que haya existido entre padres e hijos, sin embargo, en muchas ocasiones, los hijos son figuras relevantes de soporte emocional e instrumental en la vida cotidiana de los ancianos, haciéndose cargo de tareas como la gestión financiera de sus padres, el traslado, la obtención de recursos médicos, etc. (Santrock, 2006). Las relaciones de amistad, por otra parte, se vuelven preferenciales con aquellas personas con las que se ha compartido a lo largo de los años, por lo que hacer nuevos lazos de amistad es menos probable. El apoyo social, adquirido por parte de los hijos, los amigos, otros familiares o contactos, es un medio de protección durante la vejez y es un predictor de buena salud física y mental, por lo que la promoción de actividades en la comunidad como el voluntariado, los viajes, cursos, entre otros, es un método responsable en la búsqueda del bienestar de los ancianos.

1.2.3 Dimensión psicológica

Durante la vejez, los cambios más importantes a nivel psicológico ocurren en las siguientes áreas:

Funcionamiento cognitivo

El grado de escolaridad, la continua exposición a situaciones enriquecidas de información y el estado de salud influyen en el rendimiento intelectual a cualquier edad (Papalia, 2017). Esto resulta aún más cierto al envejecer, pues mantener una actividad mental conserva un óptimo funcionamiento y desenvolvimiento cognitivo.

En la vejez, el funcionamiento cerebral se caracteriza esencialmente por la disminución de la velocidad de procesamiento de la información que puede deberse al adelgazamiento de la capa de mielina por la que transitan los impulsos nerviosos, a la disminución del volumen del cerebro, a la pérdida de la función ejecutiva de la corteza frontal y a una menor cantidad de neurotransmisores dopaminérgicos. Estas modificaciones se ven reflejadas en la reducción de las habilidades para mantener la atención selectiva y dividida, según la complejidad de los estímulos, mientras que la atención sostenida se conserva en buena medida. Las habilidades lingüísticas se mantienen adecuadamente, costándoles un poco más de trabajo la evocación o denominación de palabras y hay reducción en la fluidez verbal (López & Marín, 2016). La memoria episódica y de trabajo puntúa niveles más bajos en los adultos mayores, pero no ocurre así con la memoria semántica ni en la implícita. En muchas ocasiones, otorgar el tiempo suficiente a los adultos mayores para ejecutar tareas de complejidad cognitiva es suficiente para que las ejecuten con precisión, y para ello también emplean estrategias compensatorias como las mnemotecnias.

Desarrollo emocional y personalidad

Como ocurre en la madurez, al envejecer la personalidad se mantiene relativamente estable, pero puede modificarse a través de las interacciones con el medio biológico y social. Lo que se ha podido identificar es que algunos rasgos de la personalidad como el

mal humor, la ansiedad o la impaciencia incrementan con la edad haciendo propensas a las personas a adoptar estilos de vida que afectan negativamente su salud (Papalia, 2017). Contrariamente, las personas extrovertidas que buscan oportunidades de convivencia positiva y autocuidado suelen conservar este perfil en el futuro, reportando en consecuencia altos niveles de plenitud.

En esta etapa de la vida, existen probabilidades prácticamente idénticas de desarrollar algún trastorno mental que en la juventud o la madurez (Busse & Blazer, 1996 como se citó en Santrock, 2006). Influencias genéticas, situacionales y de la estructura de la personalidad son las que determinan si existe o no la presencia de enfermedades que se han estereotipado con la vejez como las demencias, la enfermedad de Alzheimer, la depresión, Parkinson, entre otras.

Sobre la muerte, los adultos mayores tienen una concepción de finitud más presente, lo cual genera en ellos mayor control y estabilidad emocional, reduciéndose la presencia de afectos negativos en comparación con la gente más joven (López & Marín, 2016). Múltiples investigaciones han dado cuenta de lo importante que pueden ser las creencias religiosas en las personas mayores para conciliar este proceso. Tal asociación se deriva de la observación de que los creyentes suelen tener niveles más elevados de satisfacción, optimismo y autoestima que aquellos que no optan por la práctica religiosa (Krause, 2003). De este modo, la religión funciona como un apoyo ante la aceptación de la muerte, dotando de sentido y significado la vida.

1.3 Teorías del envejecimiento

La curiosidad, así como la necesidad por comprender las causas y procesos asociados al envejecimiento produjo el gradual desarrollo de teorías que explicaran cómo y por qué los seres vivos atraviesan severas modificaciones con el paso del tiempo. El

resultado de tales preguntas está plasmado en diversas teorías que la medicina, la sociología, la psicología, entre otras disciplinas, han planteado. A pesar de la diversidad de visiones, las teorías no son excluyentes y abordan parcelas del fenómeno completo. Teniendo en cuenta la indivisible relación entre el cuerpo, la mente y la influencia sociocultural en los humanos, a continuación se exponen las principales teorías biológicas y psicosociales vinculadas a este proceso.

1.3.1 Teorías Biológicas

Desde la perspectiva médica y el enfoque biológico en general, el envejecimiento es entendido como un conjunto de modificaciones morfo-fisiológicas que ocurren de manera gradual en los seres vivos, como consecuencia del tiempo y de las respuestas que ocurren a nivel molecular, celular y orgánico (Alvarado & Salazar, 2014). Este proceso natural es modulado tanto por factores genéticos como ambientales (Triadó, 2014) y desde una perspectiva concretamente biológica, el envejecimiento es un proceso caracterizado por: ser universal, es decir, que se manifiesta en todos los miembros de alguna especie; ser progresivo, ya que es continuo y con efectos acumulativos; intrínseco e irreversible; y degenerativo, puesto que implica pérdidas funcionales del organismo, así como psíquicas y sociales.

En 2010, Goldstein y Cassidy propusieron una categorización de los tipos de teorías biológicas que intentan explicar las causas del envejecimiento humano:

Teorías estocásticas

Caracterizadas por la aleatoriedad y acumulación temporal, y son:

a) Teoría del error catastrófico: propone que la acumulación de errores en la síntesis de proteínas ocasiona daño en la función celular.

b) Teoría del entrecruzamiento: propone que el envejecimiento ocurre por la interacción de las proteínas y otras macromoléculas celulares.

c) Teoría del desgaste: plantea que la acumulación de daño en las partes vitales lleva a la muerte de células, tejidos, órganos y del organismo en general.

d) Teoría de los radicales libres: esta teoría fue elaborada por Denham Harman en 1956 (como se citó en Rico et al., 2018) y es, en la actualidad, la propuesta más conocida y de mayor validez a nivel mundial. Plantea que el envejecimiento es consecuencia de una protección reducida ante el daño provocado por radicales libres y por el estrés oxidativo de los tejidos de un organismo. La razón por la que los radicales libres pueden provocar estos daños celulares es que sus características moleculares son inestables, lo que las hace propensas a desencadenar reacciones en cadena liberando energía que se propaga y genera efectos dañinos en las biomoléculas, tal como ocurre con la elastina y la colágena, visibilizándose dicha oxidación en la pigmentación de la piel durante la vejez. Los radicales libres también pueden formarse por medio de agentes externos (Mateos & Bravo, 2007) como la luz ultravioleta, la radiación y la contaminación.

El estrés oxidativo se refiere al desbalance que ocurre en todas las células (incluyendo las de los sistemas nervioso, endócrino e inmunológico). Estos efectos se acumulan a lo largo del tiempo provocando una disfunción celular y de comunicación entre los sistemas (Rico et al., 2018). De forma conjunta a ese proceso, las enzimas encargadas de regular los radicales libres disminuyen con la edad, dejando más vulnerables a las células.

Teorías no estocásticas

Suponen que el envejecimiento se encuentra programado o predeterminado, y son:

a) Teoría genética: considera que la edad está genéticamente determinada y los individuos poseen un reloj interno que determina la longevidad.

b) Teoría del marcapaso: señala que hay una programación genética que provoca la involución de los sistemas inmunológico y neuroendócrino en ciertos periodos de la vida, y que éstos funcionan como los “marcadores” intrínsecos que dan paso al envejecimiento (Goldstein & Cassidy, 2010).

Estos conjuntos de teorías coinciden en un mismo proceso llamado senescencia celular (Rico et al., 2018), el cual consiste en que todas las células tienen un tiempo de vida finito y es el efecto de los radicales libres y las alteraciones en la homeostasis de la mitocondria el que promueve el envejecimiento por medio de la acumulación de daño a lo largo del tiempo.

Una causa conocida de la senescencia celular es el acortamiento gradual de los telómeros, los cuales son secuencias repetitivas de ADN ubicados en los extremos de los cromosomas no codificantes (Segre, s.f.) y cuya función es prevenir la activación de respuestas dañinas del ADN (Lechel et al., 2005). El acortamiento de los telómeros se presenta cada vez que las células se dividen, y así, mientras más cortos sean pierden la capacidad de replicar su material genético eficazmente. De este modo, *“la longitud de los telómeros es un marcador del proceso de envejecimiento, pues éstos se van acortando a medida que avanza la edad del individuo”* (Martí et al., 2017, p. 1227). Por ello, éstos se asocian con la esperanza de vida, mientras más cortos sean hay más probabilidades de que se presenten enfermedades cardiovasculares, neurodegenerativas, cáncer, entre otras. La expresión de la longitud de los telómeros depende de varios factores como lo son el género, los estilos de vida, el estrés oxidativo, la exposición a polución, enfermedades crónicas e inflamación. Y si bien la genética es en gran medida

responsable de la variabilidad de su manifestación, el estilo de vida y el ambiente son factores que pueden acelerar o retrasar su declive, ya que éstos pueden ser modificados.

1.3.2 Teorías psicosociales

La presente investigación toma como punto de referencia tres teorías psicosociales del envejecimiento, teorías que han sido adoptadas como modelos para comprender, describir y orientar la conducta expresada durante el proceso de envejecimiento humano (Belando, 2007), éstas son la teoría de la actividad, la teoría de la continuidad y la teoría de la desvinculación.

Teoría de la Actividad

La teoría de la actividad (Cavan, 1962, como se citó en Oddone, 2013) propone que mientras más activas sean las personas mayores, experimentarán mayor satisfacción vital. Propone, además, la existencia de una relación entre el autoconcepto y la adopción de roles, y puesto que en esta etapa de la vida acontecen pérdidas de algunos de ellos, la persona debe encontrar nuevas formas de vincularse al medio para mantener un estado de bienestar y sustituir aquello que ya no le es posible realizar (Atchley, 1987, como se citó en Oddone, 2013).

Los postulados básicos de la teoría son:

- a) A mayor pérdida de roles, menor participación activa.
- b) Si el mantenimiento de la actividad es alto, existirán más roles disponibles para la conservación de la identidad individual.
- c) La adopción de roles protege, dota de sentido y da estabilidad al yo.

d) Mientras más positivo sea el autoconcepto, existirá un mayor grado de satisfacción vital.

Un componente de la teoría que no se retoma con tanta frecuencia, es la asignación de sentido que se da a la actividad misma (Odone, 2013). Este componente hace referencia a la importancia de que el adulto mayor mantenga un intercambio social que le resulte significativo, y por medio del cual pueda reconstruir su imagen, mejorar su autopercepción y atenuar el impacto psicológico que generan las pérdidas asociadas a la edad. Le otorga entonces un mayor peso a la calidad de la actividad social, que a la cantidad.

Algunos estudios muestran resultados que le brindan soporte a la teoría. Por ejemplo, se ha observado que las personas más longevas coinciden en tener un alto grado de actividad de tipo más compleja y variable en la vida cotidiana, mayor capacidad de adaptación, poseen expectativas respecto al futuro, un estado anímico positivo y una alta frecuencia en sus interacciones sociales. No obstante, también influyen características sociodemográficas como un grado académico más elevado, mayor inteligencia y estatus.

Aunque esta propuesta es una formulación clásica y pese a que continúa teniendo gran relevancia dentro de la investigación gerontológica, también ha recibido críticas. Una de estas críticas se introduce bajo la perspectiva de la productividad como factor primordial para la consecución de la felicidad, sin considerar la posibilidad de obtener satisfacción por medio de actividades consideradas como “no productivas”. Por otra parte, se ha criticado que dirija sus planteamientos predominantemente hacia la población adulta mayor más joven (aquella que se encuentra cerca de la etapa de retiro) ya que también es cierto que la presencia de limitaciones físicas o cognitivas pueden resultar un impedimento para un desenvolvimiento amplio, este aspecto de la teoría reduce en cierta

medida su representatividad. Finalmente, partir de este supuesto teórico implica un inconveniente para las personas que tengan algún tipo de limitación física, social o mental, no obstante, Carstensen (1999) indica que las pérdidas que suelen producirse en esta etapa pueden mitigarse mientras el adulto mayor le otorgue un significado a sus nuevas interacciones. De hecho, un factor determinante para la salud en la vejez suelen ser las autopercepciones y actitudes sobre la actividad y participación social (Oddone, 2013).

Teoría de la Continuidad

La propuesta de Robert Atchley (1971) está basada en la teoría anteriormente descrita. Establece que, a lo largo del ciclo de vida, especialmente durante la adultez media y la vejez, los individuos preservan y emplean estructuras externas e internas previamente asumidas para adaptarse al medio y a los cambios que conlleva la edad. Esta preservación se manifiesta mediante el término de “continuidad”, el cual se refiere a un tipo de consistencia o coherencia de los patrones a través del tiempo, es decir, que dentro del desarrollo individual se mantienen aspectos de la personalidad relativamente estables. Su autor explica que la continuidad es dinámica y no estática, puesto que no niega la existencia e implicaciones del cambio, sino que la serie de modificaciones que ocurren al envejecer se pueden ir integrando a las estructuras preexistentes, en pocas palabras *“la continuidad es una percepción subjetiva de que los cambios están ligados a la historia personal”* (Cohler, 1982, como se citó en Atchley, 1989, p.184).

Existen dos tipos de continuidad (Atchley, 1989): la interna y externa. La continuidad interna la define el individuo valiéndose de su memoria. Se conforma por las ideas, el temperamento, los afectos, las experiencias, preferencias, disposiciones, habilidades, etc. Este conjunto de características permite orientar la conducta, y brinda predictibilidad a aquellos con quienes se convive, facilitando la interacción. Su presencia es esencial para

la toma de decisiones, la integridad personal, el fortalecimiento de la autoestima y la identificación de necesidades. En síntesis, la continuidad interna se expresa sobre todo por medio de la identidad. Por esta misma razón, la continuidad interna también puede tornarse desadaptativa si el sujeto se niega a incorporar modificaciones que resultan necesarias pero que es incapaz de asumir. Por su parte, la continuidad externa se refiere a los ambientes físicos y sociales, a la estructura que otorgan los roles, las relaciones y las actividades. Ésta es motivada debido a que por medio de ella se logra conseguir apoyo y retroalimentación social; también reduce la ambigüedad de los objetivos y es útil como estrategia para hacerle frente a los cambios físicos y mentales que ocurren al envejecer. De la continuidad externa se deriva el que muchas personas de edad media y mayores presenten dificultades o se nieguen a vivir en una residencia, cambiar de hogar o de rutina, puesto que funciona como marco de referencia y guía la rutina diaria. En este caso, la desadaptación puede manifestarse cuando deja de haber coincidencia entre las propias capacidades y las expectativas, tal como ocurre cuando algunos adultos mayores pierden algunas funciones físicas o mentales con las cuales solían desenvolverse de forma independiente. Entonces resulta necesario aceptar las condiciones presentes para hacer un reajuste con el ambiente que les rodea en el aquí y el ahora.

Aunque cada tipo de continuidad tiene sus particularidades, ambas cumplen la función de dotar a la persona de estabilidad y amortiguar aquellas pérdidas que conlleva el envejecimiento normal (Atchley, 1989). De este modo, los hábitos, las creencias, actitudes y comportamientos de una persona a lo largo de su vida permitirían predecir su reacción ante el proceso de jubilación cuando este se presente.

Al hablar del retiro, pueden ocurrir las muy mencionadas “crisis de identidad”, que según algunos autores (Morgan, 1976, como se citó en Atchley, 1989) son el resultado de una discontinuidad que exige al individuo reorganizar su identidad en función de lo que se

le demande, sin embargo, las irrupciones vitales como la viudez o el retiro no deben considerarse causas directas de crisis, pues el que ocurra un desajuste de esta magnitud depende justamente de la historia personal antecedente al evento y sólo podrá definirse a raíz de los constructos internos, de conocer la relación que hay entre el cambio en sí y quien lo experimenta.

Los postulados de estas dos teorías se acoplan de forma precisa a los objetivos del programa preventivo propuesto aquí y, al mismo tiempo, orientan las acciones concretas propuestas en este trabajo, fundamentalmente bajo dos premisas: la búsqueda del bienestar físico y mental por medio del mantenimiento de actividades significativas que el mismo individuo genere para sí, y la continuidad como factor de orden, protección y predicción en los estadios subsecuentes de la vida. En conjunto, sus principios ponen en evidencia cuán útil resulta emplear medios preventivos para que los adultos consoliden o adquieran hábitos, herramientas y percepciones sanas sobre su propio proceso de envejecimiento, induciendo también a las personas a que asuman activamente la responsabilidad que les corresponde frente a sus acciones y las consecuencias de las mismas.

Teoría de la desvinculación

También es conocida con el nombre de “teoría del retraimiento” o del “desapego”, y fue propuesta por Cummings y Henry en 1961 (como se citó en Merchán & Cifuentes, s.f.). Dichos autores concluyeron, basándose en investigación de campo, que muchos adultos mayores reducían el número de actividades y contactos sociales, desvinculándose paulatinamente de la sociedad. Esta separación se da por medio de acciones y actitudes propias (distanciamiento físico y emocional con las personas, desinterés hacia el mundo externo y mayor interés en el mundo interior), y de la misma sociedad (retiro, pérdida de roles, etc.). No obstante, para los autores el sentido de la separación se encuentra en el

bienestar, trayendo beneficios al individuo al no exigirle más de lo que sus capacidades le permiten actualmente, y a la sociedad al favorecer la integración de las nuevas generaciones.

Contraria a la teoría de la actividad, la teoría de la desvinculación se compone de elementos que le otorgan mayor peso a las pérdidas, a las limitaciones y a la pasividad tradicionalmente asociadas a la vejez, sin embargo ésta no escapa de la realidad cultural e individual de algunas personas, por lo que aunque se busque promover un envejecimiento activo, no debe desatenderse la posibilidad de encontrarse dentro de esta categoría durante los últimos años de la vida.

1.4 Clasificación de la vejez

Son múltiples los modelos existentes para clasificar a la vejez, o más específicamente, al modo en que se expresa. En primer lugar, se encuentra la clasificación por rangos de edad (Santrock, 2006). Esta denomina al grupo de personas que tienen entre 65 y 74 años como “ancianos jóvenes”, a quienes tienen 75 años en adelante se les clasifica como “ancianos”, y a partir de los 85 como “ancianos muy mayores”. Este método puede ser útil para realizar investigaciones con objetivos muy específicos, sin embargo, es más prudente emplear estos términos pensando en términos de la funcionalidad del individuo, debido a que la edad no siempre es un indicador directo del grado de autosuficiencia.

Otra clasificación importante es aquella que divide al envejecimiento en tres tipos de procesos (Fernández-Ballesteros, 1998, como se citó en Montes de Oca, 2010):

-Normal: se desarrolla sin patologías que inhabiliten a la persona, aunque se conserva el riesgo de padecer alguna enfermedad.

-Patológico: éste se cursa con enfermedades y discapacidades en el curso de vida.

-Óptimo: se caracteriza por vivir con una baja probabilidad de padecer alguna enfermedad o discapacidad, se vive con un alto funcionamiento cognitivo, funcional y se mantiene un alto compromiso con la vida.

Estos tres rubros funcionan como referentes para comprender e intervenir en los procesos que subyacen en ellos, pero debe tomarse siempre en cuenta la heterogeneidad que existe en la vejez y que el cambio de una a otra clasificación es posible (Montes de Oca, 2010).

Asociado al modelo anterior, está el modelo de “envejecimiento exitoso” desarrollado por Rowe y Kahn en 1997 (como se citó en Domingo, 2009) quienes propusieron que éste se define por tres aspectos básicos:

a) Ausencia o baja probabilidad de enfermedad y discapacidad: la cual se encuentra permeada de modo multivariado, y en la que influyen en alto grado los factores ambientales modificables, dentro de los que se encuentra el estilo de vida. Esta visión le resta causalidad directa a las influencias genéticas y evidencia el poder del individuo sobre sí mismo, además de disociar el término de “vejez” con “enfermedad”.

b) Alto rendimiento funcional y cognitivo: los cuales funcionan como factores de protección ante la enfermedad y al mismo tiempo, son indicadores de la ausencia de discapacidad.

c) Compromiso activo con la vida: es el componente cualitativo y se refiere a las relaciones interpersonales, la actividad, y la productividad no sólo económica, sino personal.

Siguiendo a Domingo (2009), el modelo de envejecimiento exitoso permitió pensar en la posibilidad de vivir este proceso plena e independientemente, presentando el importante papel que ocupan los factores psicosociales y ampliando la perspectiva médica que asociaba el deterioro total o parcial de los organismos. No obstante, estudios más recientes y cualitativos como el realizado por Phelan (2004, como se citó en Domingo, 2009) han profundizado sobre el tema y sus resultados señalan que los adultos mayores perciben que envejecer exitosamente no sólo implica la ausencia de enfermedades, sino la presencia de sensaciones experienciales como la autorrealización, la seguridad financiera, la convivencia vecinal, el sentido del humor, la contribución, el disfrute de la dieta y la espiritualidad. Estos hallazgos sugieren que el envejecimiento exitoso debe trascender a la enfermedad como dimensión contraria al fracaso, puesto que muchos casos nos han enseñado que se puede vivir satisfactoriamente incluso bajo condiciones físicas o contextuales adversas.

Derivado de éstas y otras investigaciones, propuestas e ideas sobre cómo es que se envejece, se fueron desarrollando otros modelos como el del envejecimiento activo, paradigma en el cual se basa este trabajo y que se desarrolla con más amplitud en el siguiente apartado.

Cabe mencionar que por medio de estas conceptualizaciones y su entendimiento es que se puede optar por tomar acciones que orienten la consecución de un envejecimiento exitoso, saludable, activo y funcional, identificando también cómo evitar que se viva por el contrario, un tipo de envejecimiento patológico, dependiente y costoso en todo sentido.

1.5 Envejecimiento activo

En el año 2002, un conjunto de expertos del Programa de Envejecimiento y Ciclo Vital de la Organización Mundial de la Salud generó un marco político cuyo objetivo general fue promover la salud y el envejecimiento activo de la población; y desde su publicación hasta la fecha, éste ha servido como marco de referencia para las subsecuentes propuestas de programas de salud enfocados en los adultos mayores. De acuerdo con lo postulado en este informe, 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”* (p.79). Dentro de este concepto, el término de “actividad” va más allá de la capacidad física asociada a la productividad laboral, haciendo referencia también al nivel de implicación que el individuo mayor establece, a partir de sus características individuales, con su medio social, económico, cultura, espiritual y cívico. Este parte desde los individuos hasta los grupos, y busca incluir a las personas en condiciones de vulnerabilidad, aquellas que padecen algún tipo de enfermedad, o condición que limite su desenvolvimiento. Desde su planteamiento, los organismos internacionales han intentado tomar acciones buscando garantizar los medios para incrementar la esperanza y calidad de vida a través de la protección sanitaria y social. Este paradigma se encuentra basado en la teoría de la actividad y sus principios se fundamentan a partir de los derechos humanos y en los principios de independencia, participación, asistencia, dignidad y realización de los propios deseos (OMS, 2002).

De forma global, el envejecimiento activo se manifiesta por medio de la existencia de independencia física, interacción social, conservación de las funciones cognitivas, ausencia de trastornos depresivos y una percepción subjetiva de salud, bienestar y satisfacción, incluso padeciendo alguna enfermedad crónica (Salazar et al., 2018); estas

características determinan en buena medida la funcionalidad del individuo y su adaptación óptima en un mundo que se encuentra en constante cambio.

Para que el envejecimiento activo sea una realidad, deben haberse manifestado con anterioridad una serie de factores que se encuentran interconectados entre sí y que varían de persona a persona (OMS, 2002), pero que se han categorizado como puntos clave en el desarrollo y que se sabe influyen en mayor o menor medida en el proceso de envejecimiento:

Determinantes transversales

Los valores, actitudes, y tradiciones tan diversas entre las culturas, funcionan como factores de influencia en cómo se comprende a la vejez y, por tanto, en cómo se vive ésta. Dentro de cada sistema cultural, la adopción de roles y funciones asociada a ser mujer o ser hombre, tiene implicaciones que afectan la forma de envejecer.

Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales

Un envejecimiento activo depende en parte de acciones concretas que promuevan la salud y prevengan las enfermedades; una de estas acciones consiste en asegurar el acceso a los servicios, los medicamentos y los tratamientos, pues su grado de disponibilidad afecta en buena medida la calidad de vida de cualquier ser humano. Al mismo tiempo, deben integrarse los niveles de atención médica, desde la primaria hasta la secundaria, siendo la primera particularmente importante por ejercer un filtro inicial. La finalidad última de todos estos modos de actuar es conseguir y asegurar calidad de vida a los adultos mayores, mientras se reducen costos humanos y materiales.

Determinantes conductuales

La adopción de ciertos patrones en la conducta es un factor muy importante para el mantenimiento de la salud a largo plazo, y si bien su consolidación requiere de un compromiso mayor por parte de la persona, los profesionales de la salud y las instituciones de gobierno pueden contribuir ampliamente a la consecución de esta meta. Así, este punto hace énfasis en la importancia de erradicar o evitar el consumo de sustancias tóxicas como el tabaco o el alcohol, e instaurar otros hábitos de vida saludable, los cuales protegen a la persona de una vasta cantidad de enfermedades crónicas e infecciosas, pero sobretodo mejoran de forma global la salud.

Determinantes relacionados con factores personales

La manera de envejecer ocurre por medio de una interacción compleja entre los componentes externos e internos que rodean a un individuo; éstos se conectan produciendo un resultado único para cada quién. Y si bien la carga genética influye en cierto grado sobre la manifestación de enfermedades a medida que el sistema se vuelve más vulnerable, son los estilos de afrontamiento, la capacidad de adaptación, la motivación, las redes de apoyo y la conformación psíquica en general, aquellos recursos poderosamente moldeables que aproximen al individuo hacia un envejecimiento más saludable.

Determinantes relacionados con el entorno físico

Vivir y desenvolverse en una comunidad segura que cuente con disponibilidad de servicios, conexiones de transporte, opciones de recreación, cultura y salud, resulta prioritario para todas las personas. Estas condiciones del entorno cobran mayor peso para las personas adultas mayores, ya que si no cuentan con ellas aumentan los riesgos a su salud y se reduce el grado de independencia al que tienen derecho. Algunos de estos

riesgos son la propensión a las caídas, el contagio de enfermedades, el aislamiento, la inactividad física, entre otros.

Determinantes relacionados con el entorno social

Transitar hacia la etapa de la vejez es más sencillo si la persona en cuestión posee redes de apoyo con las cuales pueda expresar sus emociones, convivir y mantener vínculos afectivos significativos; de esta manera, las pérdidas asociadas con la edad son menos complicadas de transitar. La presencia de apoyo social debe ir acompañada de protección contra el abuso, atención a los derechos y educación continua para facilitar la adaptación, la autonomía y la convivencia intergeneracional.

Determinantes económicos

La pobreza es un factor de alta influencia en una baja calidad de vida en las personas de todas las edades, y se acentúa conforme se envejece. Si un adulto mayor no cuenta con los recursos económicos suficientes para cubrir sus necesidades, se desencadenan diversas consecuencias negativas como el deterioro gradual de la salud y el autoempleo informal sin protección física ni legal, quedando así en una condición de vulnerabilidad. Por este motivo, son necesarias las acciones encaminadas a brindar protección social y ampliar las oportunidades laborales aún en edades avanzadas.

Los determinantes anteriormente descritos, engloban tres pilares básicos que retoma el marco político para la promoción del envejecimiento activo y estos son:

- 1. Salud:** cuyo objetivo es la prevención de discapacidades y la disminución de enfermedades, mortalidad prematura y morbilidad de los adultos mayores por medio de asistencia en todos los niveles.

2. Participación: consiste en la búsqueda y otorgamiento de oportunidades de educación y aprendizaje a lo largo de la vida, fomentando la contribución socioeconómica, cultural y espiritual basada en las capacidades, necesidades y preferencias de los adultos mayores. Dentro de ella, también se insiste en visibilizar la diversidad que existe entre los grupos de ancianos y eliminar la discriminación asociada a la edad.

3. Seguridad: implica proporcionar a la población envejecida protección y dignidad abordando las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física, principalmente cuando se hallan en una posición de desventaja o vulnerabilidad.

1.6 Relevancia de los determinantes del envejecimiento activo

La propuesta del programa para la jubilación desarrollada en este trabajo intenta retomar algunos de los determinantes asociados a un envejecimiento activo, primordialmente los conductuales, que son aquellos en los que se centra la psicología y en los cuáles, bajo un enfoque específico (que en este caso es cognitivo conductual), puede incidir fuertemente si se lleva a cabo un trabajo conjunto y activo con los participantes. Sin embargo, también se pretenden abarcar aspectos de los determinantes económicos, personales, sociales y los relacionados con los sistemas sanitarios. En cuanto a ese último punto, la propuesta tiene la intención de funcionar como una herramienta útil y disponible a la población, brindando educación continua en temas de salud, empleo y bienestar, exponiendo información actualizada y confiable para facilitar la toma de decisiones que a corto y mediano plazo sirvan de protección ante los riesgos de discapacidad y vulnerabilidad ya mencionados. Así, la oferta sanitaria para profesionales y usuarios, puede contar con una alternativa más ante el reto inminente al que nos enfrentamos hoy pero que seguirá exigiendo mañana.

Como puede observarse, el programa preventivo desarrollado se centra en fomentar los principios de salud, seguridad y participación de un modo anticipado, pero fundamentado en las esferas de acción básicas mencionadas en el informe más reciente de la OMS sobre el envejecimiento y la salud (2015), las cuales están dirigidas a crear sistemas de calidad de cuidado a largo plazo, ampliar y mejorar los conocimientos que se tienen sobre la vejez y generar inquietud por moverse hacia una dirección nueva, donde los adultos mayores sean un asunto de relevancia social creciente. Es por ello, que aunque la población a la que va dirigida este programa no sean adultos mayores per se, resulta prudente iniciar a conceptualizar el envejecimiento y trabajar por él desde etapas más tempranas, pues como lo menciona Falque (2014):

“No todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud [...] En ese sentido, se pueden desarrollar una serie de factores protectores para esta etapa que tienen que ver con el estilo de vida y la salud, la personalidad, las relaciones sociales y familiares (p. 111)”.

1.7 Actitudes hacia el envejecimiento

A lo largo de la historia las representaciones sociales sobre la vejez se han caracterizado por tener una carga más negativa que positiva, aunque con variaciones entre las épocas, los grupos y las culturas. No obstante, el predominio de estas connotaciones influye en el trato que se les da a los adultos mayores, teniendo esto implicaciones importantes como la discriminación, el aislamiento, y el maltrato en general.

Para entender cómo es que las actitudes se relacionan con la prevención de la jubilación y su impacto en el envejecimiento saludable, se debe partir desde el concepto

de “representaciones sociales”. Rateau y Lo Monaco (2013), las definen como “*sistemas de opiniones, de conocimientos y creencias, propias de una cultura, una categoría o un grupo social y relativas a objetos del contexto social*” (p. 24). Por tanto, este sistema estructura un orden en las comunidades, un lenguaje social afín entre ellos que permite la comunicación, comprensión y convivencia ante los hechos.

Según lo plantea la teoría de las representaciones sociales postulada por Serge Moscovici en 1961 (como se citó en López & Marín, 2016) éstas se conforman por tres dimensiones: la actitud (componente afectivo o evaluación positiva/negativa que se le da al objeto a representar), la información (todo el conocimiento que se tenga sobre el objeto o situación social y que surge de las interacciones personales) y el campo de representación (el contenido de la representación social donde los elementos cobran sentido y orden, es decir, la interpretación). Así, una representación se compone de actitudes, creencias, opiniones, imágenes, valores y vivencias. En resumen, las representaciones sociales se caracterizan por ser sistemas organizados, compartidos por el mismo grupo social (con cierto grado de consistencia), son producidas colectivamente y resultan útiles para conocer aspectos de la realidad, para orientarse y anticiparse hacia ella, e identificarse social y culturalmente (Perera, 1999, como se citó en López & Marín, 2016).

Como se mencionó anteriormente, las actitudes forman parte de las representaciones sociales, y además son las más frecuentes. De acuerdo con Hogg y Vaughan (2010, como se citó en López & Marín, 2016, p.184) una actitud puede definirse como “*una organización con relativa durabilidad, de creencias, sentimientos, opiniones y tendencias conductuales hacia objetos, grupos, eventos o símbolos socialmente significativos*”. Este conjunto de elementos genera entonces una evaluación que puede ser tanto positiva como negativa hacia un tópico concreto. Éstas se construyen por medio

del aprendizaje y la socialización, se expresan por medio de manifestaciones verbales, de afectividad y conductas específicas basadas en ese marco de referencia.

El viejismo, o “ageism”, como lo nombró originalmente Butler en 1973, es un término que surgió para dar cuenta del fenómeno que pone en evidencia todas aquellas evaluaciones y estereotipos negativos que se tienen respecto a la vejez. De manera formal, éste se entiende como el conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que recaen sobre las personas mayores únicamente por su edad (Salvarezza, 1999). Tal como ocurre con las representaciones a un nivel más amplio, los prejuicios de edad se desarrollan desde la infancia y se instalan con el tiempo, lo que dificulta la desvinculación de estas ideas en el futuro, apareciendo de forma automática y llevando a las personas a actuar de forma irreflexiva. Se habla entonces, de que se da en todos los grupos etarios, siendo un fenómeno generalizado. En muchas ocasiones, estos prejuicios no son conscientes, pero su impacto es evidente.

Sánchez-Palacios (2004) enuncia, basándose en otros investigadores, algunas posibles causas o factores que inciden en la aparición de estos prejuicios, dentro de los que se puede encontrar: el temor a los procesos del propio envejecimiento, el miedo a la muerte, el énfasis en la productividad laboral y el valor tan grande que se ha asignado a la belleza y la juventud en algunas culturas. Más allá, resulta interesante que estas interpretaciones desfavorables no sólo inducen a la gente más joven a evadir el tema o a actuar en consecuencia, sino que también los estereotipos negativos se insertan en los mismos ancianos, por lo que pueden llegar a adoptar conductas que refuercen las creencias sociales preconcebidas (Butler, 1987, como se citó en Sánchez, 2014), afectando esto su autoconcepto, sus pensamientos respecto a sí mismos y sus capacidades, la forma en que las personas conciben la vejez y en cómo se preparan o no para llegar a ella (Árraga et al., 2016). Finalmente, este cúmulo de prejuicios, actitudes y

comportamientos negativos hacia la vejez, desencadenan un efecto que invisibiliza los aspectos positivos de la misma.

Ahora, resulta evidente que las actitudes hacia la jubilación tienen un impacto en cómo se vivirá este proceso y en el grado de dificultad con que se atravesará. Puesto que este sistema de organización mental orienta la conducta presente, basada en su conocimiento previo, lo que la persona dimensiona como real respecto a lo que será de sí misma cuando llegue el fin de la vida laboral será lo que determine la calidad con que viva esta etapa. Y si bien se sabe que las actitudes pueden sostenerse a lo largo del tiempo, también es posible que éstas cambien si hay un contacto distinto con el tema de interés, ya sea por medio del intercambio de información nueva, por la comunicación intergrupala o la experiencia misma (López & Marín, 2016). Pensando en esa posibilidad de cambio, esta propuesta pretende conocer las actitudes de sus participantes sobre el envejecimiento para entonces ofrecer una nueva y más amplia perspectiva que presente aspectos no tan conocidos de esta etapa de la vida, intentando atenuar posibles creencias que obstaculicen una adaptación enriquecedora de la adultez hacia el envejecimiento. Para llegar a esa meta, además de atender los sistemas de creencias, se vuelve necesario plantear el panorama actual del sistema de jubilación en México, sus características, reglamentaciones y problemáticas; todos elementos de suma importancia para transitar el camino hacia la vejez de manera informada y responsable, razón por la cual se tratan a detalle en el siguiente capítulo.

Capítulo II

Jubilación

2.1 Antecedentes

La jubilación como se conoce hoy en día tuvo su origen a raíz de los cambios sociales de industrialización y urbanización que acontecieron en el siglo XIX, iniciados en Europa y gradualmente extendidos por el mundo (Agulló-Tomás, 2001). Previo a esta modernización la jubilación no ocurría, puesto que eran las familias y no las empresas los centros productivos de trabajo. En el seno familiar los ancianos se integraban laboralmente adquiriendo nuevas funciones dentro en su comunidad, aspecto que se traducía en una continuidad laboral hasta la muerte, sin un cese de actividad como tal.

De acuerdo con Sáez et al. (1996, como se citó en Agulló-Tomás, 2001), la jubilación apareció por la interacción de cuatro factores: el proceso de industrialización, la reducción de la fuerza agrícola, la aparición de los sindicatos y el aumento en la esperanza de vida. Dentro de este proceso, apareció también un interés creciente de los trabajadores por conseguir seguridad financiera, y en respuesta a ello se empezaron a crear planes de pensiones cada vez más especializados, regulados y controlados por el Estado. Esta nueva concepción respecto al trabajo y los sistemas de pensiones, llegó a México desde principios del siglo XX, pero no fue sino hasta 1955 por medio de tratados y convenios internacionales hechos con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que se estableció de forma consolidada la seguridad social de los asalariados, la cual se entiende como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante medidas públicas en contra de

privaciones económicas y sociales (Plan Nacional de Desarrollo, 2018, como se citó en Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública [CESOP], 2017), la cual también incluye prestaciones y una pensión jubilatoria para la vejez.

Los términos “jubilación” y “pensión” se encuentran estrechamente relacionados, pero no significan lo mismo. La Real Academia Española define la pensión *como “la cantidad periódica, temporal o vitalicia, que la seguridad social paga por razón de jubilación, viudez, orfandad o incapacidad”* (Sánchez & Morales, 2018, p. 1). Mientras que la jubilación o retiro es más bien un procedimiento administrativo determinado por normas específicas de cada sistema de seguridad social, que tiene lugar si se cumplen ciertos criterios: edad (generalmente entre 60 y 65 años) y un periodo de empleo (entre 30 y 40 años de servicio). Cubiertos estos requisitos, entonces se adquiere el derecho al pago de una pensión (OIT, 2001, como se citó en CESOP, 2017). En resumen, la jubilación se deriva de la pensión, pues éste es un concepto por definición más amplio.

En psicología, la jubilación implica una transición que modifica no sólo el nivel de actividad que una persona adopta dentro de su vida diaria, sino la estructura de los roles, la organización, los hábitos y el sentido de autoeficacia (Galvanovskis & Villar, 2000 como se citó en Triadó, 2014). Este término hace referencia a una identidad social dentro de la cual se cataloga generalmente a las personas de 65 años en adelante, en cambio, la jubilación puede ocurrir bajo diversas circunstancias y en distintos grupos etarios (Vega & Bueno, 1995, como se citó en Triadó, 2014). Además, ésta no es universal ni transcultural, propio al contexto específico de las regiones, siendo un evento que se manifiesta más comúnmente en los países avanzados.

Contemplando el impacto que genera el retiro, en este trabajo se plantea la posibilidad de evaluar las actitudes de los participantes hacia su jubilación como una medida predictora de su ajuste hacia esta etapa de su vida y, al mismo tiempo, influir

positivamente en su estado de salud y en su esquema de creencias alrededor de la misma.

2.2 Adaptación hacia el retiro

Tal como lo declara Villa (2012), la jubilación es la culminación de la vida ocupacional de las personas y continúa hasta muchos años después de su presentación formal. Por esta razón, no debe ser entendida como un proceso aislado, sino que se presenta como un rito formal implícito o explícito de entrada hacia la vejez. Para poder comprender mejor las características y manifestaciones psicológicas inmersas en la transición, Atchley (1976, como se citó en Villa, 2012) describió las fases por las que pasa una persona que se encuentra en un proceso de retiro:

1. **Prejubilación:** ocurre cuando la persona continúa siendo laboralmente activa y genera ideas anticipadas sobre cómo será su vida como jubilado. Sus expectativas pueden ser idealizadas o realistas, y a medida que la jubilación se encuentra más cerca, las actitudes hacia la misma suelen ser menos positivas, por lo que los programas de jubilación en este periodo ayudan a reducir la ansiedad presenciada.
2. **Jubilación:** su inicio es marcado por el retiro hecho efectivo, expresándose de tres posibles formas:
 - Periodo de euforia y liberación de las actividades laborales (también llamada "luna de miel").
 - Continuidad de las actividades de ocio previas, pero con mayor protagonismo.
3. **Desencanto:** sucede si la persona no encuentra una coincidencia entre sus expectativas previas al retiro y la realidad. Si esto ocurre, pueden comenzar a

presentarse problemas de adaptación, donde la escasez de recursos, de creatividad, la suma de otras pérdidas, etc., aumentará la probabilidad de desarrollar cuadros depresivos o una profunda insatisfacción.

4. **Reorientación:** supone un ajuste por parte de la persona al asumir y construir una visión más realista de su proceso de jubilación tomando en cuenta sus capacidades, posibilidades y limitaciones. Para conseguir dicho ajuste, la persona requiere establecer una estructura y rutina capaz de cubrir sus necesidades.
5. **Estabilidad:** se alcanza al lograr un reacomodo emocional y conductual a su nuevo rol. En ocasiones las personas pasan directamente de la jubilación a esta etapa, en la que se encuentra mayor satisfacción, familiaridad y dominio.
6. **Terminación:** suele acontecer con el fallecimiento, pero es más frecuente que el rol de jubilado desaparezca con el desarrollo de alguna enfermedad que conduzca a la pérdida de autonomía física y económica.

El orden en que se den estas etapas no es rígido ni depende de un orden cronológico, pero expresan adecuadamente los cambios que ocurren en la organización y estructura personal.

Desde la gerontología social hay dos posturas básicas respecto al impacto que genera el proceso de retiro: aquella que supone el cambio como un factor estresante en el cual hay pérdida de satisfacción y problemas de adaptación, y otra que afirma que no necesariamente produce malestar o perjuicios para la salud (Villa, 2012). Si bien ambas perspectivas han permitido estudiar el fenómeno, todavía no es posible afirmar que la jubilación sea sinónimo de crisis ni que sea un proceso indiferente para los individuos. Catalogarlo en uno u otro extremo es muy complejo debido a que para cada individuo el proceso de retiro tiene un significado totalmente único y variable, reflejo y continuación de su historia personal. Por tanto, la jubilación genera la necesidad de hacer un reajuste

debido a la pérdida del rol productivo, algunas personas pueden manifestar alteraciones estresantes en su identidad, en su capacidad adquisitiva, en sus vínculos sociales, incluso pueden desarrollarse o agravarse manifestaciones clínicas que comprometan la salud mental como la ansiedad o la depresión, entre otras. Pero el que ocurra o no un desequilibrio en la vida de un individuo que atraviesa esta etapa depende de una serie de factores que interactúan entre sí y que resultan determinantes para la experiencia de retiro (Navarro et al., 2014, como se citó en Triadó, 2014):

- **Determinantes sociodemográficos:** la edad, el género, el nivel de ingresos, el estatus laboral, el nivel de estudios y el estado civil, actúan como variables de alta relevancia en este proceso.
- **Determinantes psicosociales:** dentro de esta categoría se encuentran el estado de salud, el carácter o personalidad, los niveles de autoestima, el sentido de autoeficacia, el locus de control interno y el apoyo social de personas significativas.
- **Actitudes hacia la jubilación:** éstas pueden ser positivas o negativas, y se expresan por medio de conductas pasivas o proactivas que permiten o impiden una adecuada adaptación ante la jubilación. Agulló (2001) categorizó cinco actitudes principales relacionadas: rechazo, aceptación, liberación, oportunidad y ambivalencia.

Trabajar con adultos que transiten esta etapa requerirá entonces una evaluación particular de sus circunstancias para poder comprender y predecir la forma en que se ajustará a su papel de jubilado, en la que cada variable sociodemográfica, psicosocial y actitudinal repercutirá positiva o negativamente en su salud mental. Sin embargo, gracias a la investigación realizada en este campo, se sabe que son las personas que mantienen continuidad en su estatus, en sus relaciones, en sus ingresos y en su salud las que se

encuentran mejor adaptadas ante el retiro y manifiestan mayor bienestar (Villa, 2012). La clave, dicho esto, es poder hallar un método propio que conduzca hacia la gratificación de necesidades primarias y secundarias de pertenencia, utilidad, reconocimiento y sentido en otra esfera que no sea la laboral, asimilando al mismo tiempo la aparición de mermas en la salud, los cambios físicos, el reposicionamiento en la familia y la sociedad, así como la finitud de la vida. Por supuesto, hacer este ajuste y establecerse en la fase de estabilidad es una sucesión exigente para todos, con su respectiva gama de variabilidad, pero que puede apoyarse a través de programas de preparación en el trabajo que influyan en la construcción de actitudes positivas y expectativas realistas hacia la jubilación.

2.3 Envejecimiento y la crisis del sistema de pensiones

El cambio en la estructura demográfica tendrá consecuencias en diferentes niveles de atención, y uno de ellos es precisamente el sistema de pensiones. En este ámbito, son tres los principales conflictos que surgen. En primer lugar, los sistemas de pensiones funcionan de tal forma que es el gobierno (en conjunto con otras empresas) quienes dotan a este sector de la población con un beneficio definido por medio de un “acuerdo intergeneracional”, en el cual los trabajadores en activo financian las contribuciones que sustentan estos sistemas. Pero tomando en cuenta que según el informe de CEPAL la población mundial en edad productiva del año 2000 a 2015 fue de 24.8% y del año 2015 al 2030 será tan solo del 13.6%, y a que en el país disminuirá significativamente la cantidad de empleados activos en proporción a las personas jubiladas, no se puede ignorar el hecho de que comienzan a surgir nuevos desafíos tanto para la población en sí misma como para el sector gubernamental encargado de atenderla. El segundo conflicto surge desde que, si bien las cuentas individuales sostenidas por la trayectoria laboral son útiles como un recurso con mayor independencia a los cambios globales, éstas pueden

resultar insuficientes para mantener el estilo de vida que las personas requieran, teniendo bajo la mirada, una vez más el aumento en la esperanza de vida. Y por último, el sector de la población que trabaja de manera informal sigue encontrándose en desventaja al no contar con un sistema de pensión, por lo que se suma una necesidad de generar fuentes de ingreso incluyentes para este grupo (CONSAR, 2015).

En México, a partir de la década de 1970 fenómenos como la inflación, el incremento de la deuda pública, la depreciación de la moneda, los cambios educativos y el aumento de la población mayor, fueron detonantes para que el estado replanteara la regulación pensionaria del país (CESOP, 2017). El mayor reto fue brindar opciones a los trabajadores para elegir el cálculo de su cuenta de retiro a partir de las semanas cotizadas. En respuesta a esta demanda, se originó en 1992 el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) que cubre las necesidades del sector público y privado; de manera conjunta el Congreso de la Unión se vio en la necesidad de reformar nuevas leyes para el Seguro Social, cuyo principal cambio fue modificar el sistema de pensiones de beneficios definidos (establecidos en función del salario promedio y los años trabajados) hacia uno de contribuciones definidas (basados en cuentas individuales donde los recursos dependen de las cotizaciones del trabajador), cuyo órgano de regulación es la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro (CONSAR). Este nuevo sistema se basó en la Ley del Seguro Social de 1973, en el cual las aportaciones del 2% del salario base se guardaban en una cuenta de ahorro, mientras que en julio de 1997, entra la ley estructural del Seguro Social y con ésta se crean las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), empresas encargadas, como lo dice su nombre, de administrar las aportaciones de los trabajadores.

Para los derechohabientes con más antigüedad del IMSS, la nueva legislación no modificó sus derechos y a los trabajadores del sistema previo que se retiraran con el

nuevo, se les brindó la opción de elegir el sistema más conveniente a sus intereses. En cambio, aquellos que ingresaran a trabajar a partir de 1997 estaban obligados a usar el nuevo esquema de pensiones. En el caso del ISSSTE, los derechohabientes que cumplieran con los requisitos de pensión antes de diciembre de 2009 podrían tener las prestaciones de la ley anterior, pero a partir del año 2010 tuvieron que adaptarse o a una cuenta individual de retiro o a la nueva ley (CESOP, 2017). Estas decisiones gubernamentales funcionaron como un método correctivo ante el descubrimiento de que poco a poco se estaba volviendo insostenible el plan de financiamiento, esencialmente debido al incremento en la esperanza de vida, pero aun así las medidas resultaron ser insuficientes, hecho que se refleja de dos maneras. La primera es que el precio para sostener el antiguo régimen de pensiones ha sido tan elevado que de hecho está agotado, por lo que se tuvo que recurrir a reservas financieras que cubrieran la demanda. La segunda, es que los trabajadores inscritos en el régimen actual deben cumplir con requisitos muy exigentes que en última instancia terminarán otorgándoles pensiones equivalentes a sólo un 30% de su último sueldo. En el estudio hecho por el CESOP se abrevia la situación de la siguiente manera:

“Vivimos un periodo en el que se mezclan dos etapas de los sistemas de retiro, ninguna de las cuales se aproxima a lo ideal. una porque golpea la salud financiera del Estado y sus instituciones, la otra, porque condena al desamparo a la mayoría de los trabajadores del país” (2017, p. 26).

Con el objetivo de encontrar soluciones a esta crisis, se han intentado incrementar las pensiones de tipo no contributivas con programas gubernamentales, pero su óptima ejecución se dificulta por los altos niveles de pobreza, de informalidad laboral y porque el porcentaje de pensiones no contributivas es muy elevado (García, 2003, como se citó en CESOP, 2017). A su vez, se han realizado reformas en el SAR para cambiar esquemas

de comisiones, para dar incentivos al ahorro voluntario, mejorar la atención a los trabajadores y para mejorar las tasas de reemplazo de las pensiones (el porcentaje de la pensión sobre el ingreso percibido) que idealmente debería oscilar entre un 50% o 70%, pero que en México es menor al 30%, porcentaje que es incapaz de cubrir un retiro digno para los adultos mayores, comprometiendo su calidad de vida al limitar su acceso a servicios e insumos de salud, de alimentación, vivienda y entretenimiento.

Por otra parte, la falta de una cultura de ahorro ha vulnerado la economía de los pensionados (y continúa haciéndolo). Este elemento ha cobrado especial valor desde que tuvo lugar la transición hacia sistemas pensionarios de capitalización individual, hecho que exige un tipo de participación activa, informada y responsable por parte de los ciudadanos (CONAPO & AMAFORE, 2015). Algunos datos obtenidos a partir de la encuesta “Ahorro y Futuro: ¿cómo viven el retiro los mexicanos?” comprueban esta afirmación, ya que el 63% de las personas encuestadas nunca hizo alguna acción de ahorro o inversión para tener dinero en la vejez y un 77% dijo no haber planeado ningún aspecto de su retiro previo a éste (AMAFORE, 2013). Estos porcentajes indican que los hábitos de ahorro en México son precarios, ya que se priorizan las metas a corto plazo y existe mucha desinformación respecto a los planes de ahorro voluntario. Al mismo tiempo, debe añadirse que, en el país, uno de cada cinco mexicanos con empleo gana el salario mínimo (\$3,696 pesos mensuales, aproximadamente), aspecto que afecta directamente la capacidad financiera de las personas para ahorrar de forma voluntaria y por ende, repercute en su cuenta de ahorro para el retiro.

De frente a este panorama, cabe preguntarse qué es lo que se está haciendo o es necesario hacer para mejorar las condiciones de los trabajadores connacionales. Al tanto, un estudio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

sobre los sistemas de pensiones en México hecho en el 2016 propone cuatro propuestas básicas de afrontamiento:

- 1) Elevar gradualmente las contribuciones obligatorias para poder alcanzar tasas de reemplazo cercanas al 50%.
- 2) Implementar un sistema de cuotas para la generación en transición del sistema antiguo al de cuentas individuales para facilitar la convergencia entre sistemas.
- 3) Ampliar la protección social para la vejez por medio del incremento de beneficios no contributivos para disminuir la pobreza en esta población.
- 4) Homogeneizar el sistema de ahorro para el retiro, unificando las normas para todos los planes de pensión.

Otras sugerencias basadas en investigación (BBVA, 2014; ASF, 2014; como se citó en CESOP, 2017) consisten en la eliminación gradual de la jubilación anticipada, en incentivar el ahorro y la contratación, otorgar mayores incentivos al ahorro voluntario, fortalecer la educación financiera de los trabajadores, o generar consciencia de la cantidad real percibida al retirarse por medio de proyecciones individuales. En síntesis, el país requiere de reformas hacendarias, financieras y educativas que reestructuren la cultura de pensiones que se tiene hoy en día para poder proteger a la población senecta de la que, posiblemente, formemos parte algún día.

2.4 Organización del sistema de pensiones en México

En México el sistema de pensiones se conforma por dos grandes grupos: las pensiones contributivas (en las que el pensionado aporta de manera parcial o total los recursos que cubren la pensión) y las no contributivas (cubiertas por recursos públicos).

Dentro de la primera categoría se encuentran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y Petróleos Mexicanos (PEMEX); mientras que en la segunda se ubican el “Programa de pensiones de la Ciudad de México”, el programa “Oportunidades” y el “Programa de adultos mayores de 65 años y más” (CESOP, 2017).

Legalmente, la seguridad social implica brindar servicios de asistencia médica, protección de los medios de subsistencia, servicios sociales para el bienestar personal y colectivo, y otorgamiento de pensiones (CESOP, 2017). Para brindar este derecho, el Seguro Social comprende dos tipos de régimen: obligatorio y voluntario. El obligatorio se financia con contribuciones provenientes de los patrones, el estado y los propios trabajadores y cuenta con cinco tipos de seguro: enfermedades y maternidad; riesgos de trabajo; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez; guarderías y prestaciones sociales. Mientras que del voluntario pueden ser sujetos de aseguramiento aquellos trabajadores de industrias familiares, profesionales independientes, pequeños comerciantes, artesanos y demás trabajadores no asalariados.

El sistema de capitalización individual imperante hoy en día, requiere que los trabajadores realicen aportaciones a las administradoras de fondos para el retiro (AFORES) quienes administran el dinero acumulado en las cuentas personales de los empleados, donde se depositan las cuotas y aportaciones hechas por los jefes, el gobierno y el trabajador (cotizaciones tripartitas). Cada cuenta se subdivide en cuatro: subcuenta de retiro, vejez y cesantía, la cual es de aportación obligatoria; subcuenta de aportaciones voluntarias, que como su nombre lo indica son hechas por el trabajador voluntariamente para incrementar el monto de su saldo; subcuenta de vivienda para solicitudes de crédito de alguna propiedad; y subcuenta de aportaciones

complementarias, realizadas por las Sociedades de Inversión Especializadas para el Retiro (Siefores) dependiendo de la edad del empleado (Mora, 2016).

Como se describió anteriormente en el devenir histórico de las pensiones en el país, existen en la actualidad dos instituciones principales encargadas de brindar seguridad social: el IMSS y el ISSSTE. Cada uno posee cualidades particulares y requisitos específicos que le son solicitados a los empleados para poder solicitar su pensión de retiro, dependiendo del régimen al que pertenezca el empleado, el cual se asigna según su antigüedad laboral. A continuación, se explican las características de cada uno (CONSAR, 2018):

IMSS

- **Régimen del 73:** aplica si se cotizó antes del 1° de julio de 1997. Para obtener el derecho se debe tener un mínimo de 500 semanas de cotización. El porcentaje de la pensión dependerá de la edad en la que se solicite la pensión: pensión de vejez (65 años y 100% de pensión) o pensión por cesantía (de 60 a 64 años con un porcentaje que oscila desde el 75% hasta el 95%) y, para ello, se toma en cuenta el salario diario promedio de las últimas 250 semanas cotizadas y el nivel de salario. En caso de no cumplir con los requisitos necesarios (negativa de pensión), se otorga en efectivo la suma de recursos en la cuenta AFORE.
- **Régimen del 97 (cuentas individuales):** aplica si la cotización se empezó a partir del 1° de julio de 1997 en adelante. Los requisitos solicitados son tener:

-Un mínimo de 1250 semanas de cotización

-Entre 60 a 64 años para pensión por cesantía

-De 65 años en adelante para pensión por vejez

-Expediente de identificación de trabajador actualizado

Esta pensión dependerá exclusivamente del saldo acumulado en la cuenta AFORE del individuo, y se puede elegir entre tres tipos de modalidades:

1) Renta vitalicia: es un tipo de pensión de por vida pagada por una aseguradora. Esta depende del saldo acumulado en la cuenta AFORE, la cual se actualiza anualmente según la inflación. Además, proporciona beneficios como aguinaldo anual, seguro médico y existe la opción de hacer retiros en efectivo.

2) Retiro programado: este tipo de pensión es contratada y pagada por la AFORE. El monto de la pensión dependerá del cálculo del saldo acumulado en la cuenta AFORE, de los rendimientos obtenidos y de la esperanza de vida. Ésta no es permanente, sino que se proporciona hasta que se agoten los recursos de la cuenta. Brinda seguro médico y permite hacer retiros en efectivo, pero no proporciona aguinaldo.

3) Pensión mínima garantizada: es un complemento a la pensión pagado por el gobierno que se le da a quienes cumplen con los requisitos de cotización y edad solicitados, pero no cubren los recursos necesarios en su cuenta AFORE para contratar alguna de las dos modalidades previas.

En el caso de no cumplir con los requisitos establecidos en la Ley de Seguro Social, la AFORE hará entrega en efectivo de los recursos de la cuenta. A este procedimiento se le conoce como “negativa de pensión”.

ISSSTE

- **Décimo transitorio o régimen anterior:** esta modalidad es la correspondiente para los trabajadores activos antes de la entrada de la nueva Ley del ISSSTE en el

2007. Aquí la pensión se otorga de acuerdo al sueldo básico del último año inmediato a la fecha de la baja laboral. En él existen tres modalidades de pensión:

1) Pensión por jubilación: el empleado que desee obtenerla debe estar registrado en una AFORE, tener el expediente de identificación de trabajador actualizado, y contar con un mínimo de 30 años de servicio en el caso de los hombres y 28 para las mujeres, sin embargo, la edad para poder pensionarse aumenta cada año independientemente del sexo.

2) Pensión por edad y tiempo de servicio: los requisitos son los mismos que en la pensión previa, pero aquí se solicita contar con un mínimo de 15 años de servicio y una edad mínima de 60 años. En esta modalidad, la pensión equivaldrá al porcentaje del sueldo básico del último año inmediato a la fecha de baja y al número de años trabajados. Es decir, que mientras más años trabajados, mayor será el porcentaje del monto (el cual oscila desde un 50% a partir de los 15 años mínimos de servicio).

3) Pensión por cesantía en edad avanzada: este tipo de pensión toma en cuenta la edad mínima de retiro, que es de 65 años y se pide haber cubierto al menos 10 años de servicio. El monto de la pensión equivale al porcentaje del último sueldo básico e igualmente se calcula por medio de porcentajes asociados a la edad. En caso de que no proceda la solicitud de pensión (improcedencia de pensión), se hace entrega de los recursos de la cuenta AFORE acumulados hasta el momento.

- **Régimen de cuentas individuales (Ley del ISSSTE 2007):** Éste sistema le corresponde a los trabajadores que iniciaron sus cotización desde el 1° de abril del año 2007 en adelante, o para aquellos que hicieron elección voluntaria de este régimen. De la misma manera, hay tres tipos de pensiones:

1) Renta vitalicia: Funciona de la misma forma que en el régimen del 97 del IMSS, pero los requisitos para su obtención se modifican al solicitar contar con un mínimo de 25 años de cotización.

2) Retiro programado: Funciona de la misma forma que en el régimen del IMSS 97. No obstante, existe la opción de solicitar los recursos válidos para una sola exhibición aun sin contar con una pensión.

3) Pensión garantizada: Funciona de la misma forma que en el régimen del 97 del IMSS, pero los requisitos para su obtención son los siguientes: tener de 60 a 65 años cumplidos, estar registrado en una AFORE y tener un expediente de identificación del trabajador actualizado.

En el año 2013, la AMAFORE presentó la siguiente distribución de las pensiones brindadas por institutos: 53% en el IMSS, 34% no recibe, 11% en el ISSSTE y un 2% en otro instituto. Como puede observarse, la mayoría de la población adulta mayor sí percibe un ingreso institucional en retribución a los años cotizados, en una u otra modalidad de las ya mencionadas, pero un porcentaje importante de la población no recibe ningún tipo de pensión para la jubilación, por lo que este sector adquiere el derecho de formar parte de algún programa de asistencia social, protegiéndolos, al menos teóricamente, de la inseguridad financiera.

La intención de dar a conocer la organización general del actual sistema de pensiones en el país es poder clarificar los términos a los que están sujetos los trabajadores que operan tanto en el sector público como en el privado, dilucidando las posibles ventajas y desventajas de cada tipo de pensión y régimen, bajo los cuales la mayoría de las personas pensionadas se encuentran, pero principalmente para conceptualizarlas y actuar en consecuencia. Aunque esta información está disponible para toda la población, en

realidad habría que cuestionar qué tan conocida es por los trabajadores, o mejor aún, qué tanto dominan el tema, porque finalmente, un manejo claro de estos términos posibilita un mejor uso de los recursos monetarios presentes y futuros.

2.5 Seguridad económica

Uno de los factores que intervienen en el desarrollo de las personas adultas mayores es que puedan contar con seguridad económica. Como se mencionó en la Reunión de Expertos sobre Población y Pobreza en América Latina y el Caribe (como se citó en CONAPO & AMAFORE, 2015) ésta se define como *“la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida”* (p.27). La razón por la que la esfera económica resulta de tanta importancia es porque promueve un envejecimiento con mayor independencia y dignidad.

Asegurar la seguridad económica en la vejez es una tarea compleja, pero no imposible. Sin embargo, la conformación estructural y cultural de México ha significado un obstáculo para conseguir este objetivo de forma consistente. Un referente de ello es que casi la mitad de la población mexicana en edad de retiro continúa trabajando, principalmente por la necesidad de obtener ingresos (CONAPO & AMAFORE, 2015), y es precisamente que se haga por necesidad, y no por otra razón, que esta cifra llama tanto la atención. Este dato concuerda con el informe del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2019), en el que se indica que 41.1% de la población adulta mayor de 65 años o más vive en situación de pobreza, por lo que no resulta extraño que tantas personas se vean obligadas a prolongar su actividad laboral por tiempo indefinido o hasta que sus capacidades se lo permitan.

Además de la actividad laboral, los adultos mayores en el país obtienen sus ingresos por medio de otras fuentes, siendo las principales sus pensiones, los programas de asistencia social, las redes de apoyo familiar y la acumulación de bienes de consumo duradero (como propiedades o automóviles). Adentrándonos aquí, aproximadamente un tercio de este grupo depende económicamente de algún familiar, adquiriendo así la familia un papel fundamental en la seguridad económica para esta etapa (CONAPO & AMAFORE, 2015). Los hijos o cónyuges son los principales responsables de cubrir los gastos requeridos y, de esa población, la mayoría son mujeres, aspecto que refleja patrones culturales donde el género continúa siendo una variable de peso dentro del mercado formal de trabajo.

Algunos efectos de la dependencia económica son sentimientos de insatisfacción, depresión, preocupación y una disminución en la autoestima, lo que lleva a concluir que la seguridad financiera afecta el estado emocional de las personas mayores, mismo motivo que debe impulsar la búsqueda por intervenir en materia de salud, educación y empleo desde el campo en el que están inmersas las personas en edades laboralmente activas (CONAPO & AMAFORE, 2015), advirtiéndoles sobre las repercusiones de no tomar acciones concretas que les beneficien a futuro.

2.6 Actitudes hacia la jubilación

Como ya se sabe, la jubilación trae consigo cambios en la rutina, en los roles, en los ingresos, en la administración del tiempo, etc. (Rodríguez, 2007). Además, comúnmente se suele tener una visión incompatible entre el trabajo y la vejez, debido a que el primer ámbito se caracteriza por la exigencia y altos niveles de actividad, creatividad y eficiencia, mientras que el segundo se mira desde la óptica de la pasividad, la discapacidad o improductividad. Pero si regresamos y nos detenemos un poco, se

podrá recordar que la dimensión cognitiva de los adultos mayores suele mantenerse en condiciones adecuadas para resolver tareas complejas a través de mecanismos compensatorios como la experiencia y la responsabilidad, por lo que en realidad este rechazo o concepción negativa que se tiene en la relación trabajo-vejez parece ser más un sesgo que una realidad.

Rodríguez (1995), define la actitud hacia la jubilación como *“una organización aprendida y duradera de creencias y cogniciones, dotada de una carga afectiva a favor o en contra de la jubilación y que predispone a una acción coherente con dichas cogniciones y afectos”* (como se citó en Rodríguez, 2007, p. 10). De este modo, el tipo de organización interna que se tenga orientará a los sujetos hacia una u otra expresión de comportamiento, resultado del que se desprenderán conductas proactivas o pasivas asociadas al retiro. Siguiendo a esta autora, algunas de las principales razones por las que las personas temen a la jubilación son las siguientes:

- Reducción de los ingresos
- Pérdida de valoración familiar y de la interacción social
- Proceso de reestructuración de las relaciones familiares
- Pérdida de sentido y gratificación
- Disminución de la autoestima

Ahora, algunas de esas razones parecen manifestarse de manera diferente según la interacción con otras variables, siendo una de ellas el género. Un estudio realizado por Hermida et al. (2016) encontró que las mujeres suelen presentar más actitudes favorables hacia la jubilación y le dan más significado de descanso, comienzo o continuidad a la misma, lo cual podría deberse a que culturalmente las mujeres pueden posicionarse en un rango más amplio de roles fuera del trabajo y porque se disminuye la sobrecarga que tienen durante la madurez en su hogar y en su empleo. De esta misma investigación se

concluye que otro punto a tener bajo consideración es el corte generacional del que se trate, puesto que cada cohorte posee características propias que se traducirán en su forma de vivir y percibir el retiro. Siguiendo esta línea, se podría esperar que en un futuro la pérdida del rol laboral por parte de los varones se equipare al de las mujeres en la actualidad, pues las normas tradicionales en materia de género han evolucionado y han abierto nuevos panoramas para la expresión de intereses en ambos sexos.

Los resultados de otra investigación (Rodríguez, 2007) refieren que del total de la población estudiada ($n= 350$), el 51% tenía una actitud desfavorable hacia la jubilación, el 13% una neutra y el 36% una actitud favorable; de hecho, específicamente aquellos que estaban en una etapa prejubilatoria poseían una proporción de actitudes negativas mayor (59%) en comparación con los ya jubilados (43%). En contraste a estos resultados, una encuesta hecha en población mexicana encontró que la mayoría poseía un concepto neutro sobre el retiro, pero aun así las atribuciones positivas alrededor de él seguían siendo minoría (CONAPO & AMAFORE, 2015). Estos datos brindan una referencia de la alta prevalencia que hay en torno al miedo de envejecer y retirarse, mismos que en muchas ocasiones producen evasión o ansiedad y que llevan a las personas a no hablar y a no pensar en ello, lo que a su vez impide que se preparen para vivir esta etapa.

En conclusión, las representaciones sociales negativas acerca de la vejez severamente difundidas en la sociedad Occidental permean la experiencia personal de los individuos al retirarse, es por ello que se vuelve tan importante desmitificar las ideas preconcebidas sobre el cese laboral y expandirlas hacia un lugar en que pueda entenderse la jubilación como un derecho y no una imposición (Saez, 1998, como se citó en Rodríguez, 2007), como una ventana de crecimiento, de descanso y de disfrute.

2.7 Jubilación y estrés laboral

La vida laboral puede ser un factor detonante de estrés. En esta esfera, el estrés ocurre cuando las demandas de un trabajo no son equivalentes a las capacidades, recursos o necesidades del trabajador (Nakao, 2015). Múltiples y complejas son las razones generadoras de tensión en el ámbito laboral, pero una causa poderosa puede ser la jubilación.

Naturalmente, un inadecuado manejo de los estresores laborales tiene efectos negativos sobre la salud física y mental; un ejemplo de ello es la estrecha relación observada entre altos niveles de estrés y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus tipo dos (Navinés et al., 2016), consecuencias que se analizarán con mayor detalle en el siguiente capítulo. Por otra parte, los mecanismos que promueven la aparición de estas enfermedades pueden ser indirectos o directos. Indirectamente, la respuesta al estrés puede alterar los estilos de vida saludables, provocando entonces que el trabajador descuide su dieta, se vuelva sedentario, use sustancias adictivas, etc. En cambio, los mecanismos directos serían cambios orgánicos bioquímicos y/o estructurales ocurridos en uno o más órganos del individuo, afectando su funcionamiento y produciendo así una enfermedad psicofisiológica, es decir, una alteración física provocada o exacerbada por procesos psicológicos (Everly & Lating, 2013). Uno de estos mecanismos es, por ejemplo, la alta producción de cortisol, reacción fisiológica asociada con la aparición de trastornos como la hipertensión arterial (Navinés et al., 2007).

La configuración moderna de nuestra sociedad suele ser altamente demandante con los trabajadores, tanto que se han comenzado a tomar medidas de prevención y tratamiento para mitigar los efectos del estrés. Éstas se subdividen en tres categorías:

individual, grupal u organizacional (Navinés et al., 2016). En cada una de ellas lo que se busca es brindar apoyo a través de mecanismos de aprendizaje que influyan en los factores desencadenantes de estrés y, en general, mejorar la salud laboral. Es por esta razón que la adopción y enseñanza de medidas formativas desde las etapas más productivas del trabajador cobra tanta relevancia (García et al., 2017), ya que, por medio del entrenamiento en habilidades básicas como las técnicas en resolución de problemas, el entrenamiento en asertividad y la gestión de tiempo, se puede mejorar la confianza presente y futura en las capacidades personales, instrumentos imprescindibles para toda la vida laboral.

Se suele afirmar que las pérdidas ocurridas durante la vejez pueden hacer más susceptible a este grupo a vivir experiencias estresantes, sin embargo, hay datos contradictorios al respecto. Si bien lo anterior es parcialmente cierto, existen estudios comparativos en los que se ha visto que los adultos mayores reportan sentirse menos estresados que otros grupos de menor edad (Aldwin et al., 1996, como se citó en Hernández et al., 2009). Estos resultados pueden entenderse mejor desde una visión integradora de la personalidad, en donde las experiencias vividas a lo largo del tiempo, permiten generar y emplear mejores recursos de afrontamiento ante estos eventos, consolidados durante la vejez, por lo que es preciso entender que aún en esta etapa hay valiosos recursos que han sido generados, mantenidos y utilizados desde la madurez, o anteriormente.

En este momento de la vida, muchos de los estresores provienen de eventos vitales, es decir, sucesos que generan cambios significativos y en consecuencia, estrés. Subjetivamente, éstos variarán en su impacto según se perciba el evento, pero algunos de los más importantes son: la muerte de seres queridos, el desarrollo de alguna enfermedad, cambios de residencia, divorcios y, la jubilación (Hernández et al., 2009).

Pero, aunque las pérdidas en la jubilación se puedan volver más frecuentes, también puede hacerlo una sorprendente capacidad de respuesta que se contrapone a las mismas, y un medio útil para lograrlo es la planeación financiera previa al retiro.

2.8 Planeación financiera para el retiro

La planeación financiera para el retiro (FPR) es *“la serie de actividades involucradas en la acumulación de riqueza”* (Topa et al., 2018, p.1). Estas actividades son especialmente necesarias por la casi nula planificación que se tiene sobre las decisiones financieras a mediano y largo plazo, y dentro de los beneficios que incluye su práctica se encuentran el desarrollo económico, contar con recursos para cubrir necesidades, enfrentar imprevistos, asegurar un consumo sostenido, y en general, poder vivir un retiro satisfactorio (CONAPO & AMAFORE, 2015). Pero a pesar de su utilidad, continúa siendo una actividad compleja de ejecutar. Las causas subyacentes a esta dificultad son principalmente tres: la falta de conocimiento para la toma de decisiones de ahorro e inversión, la interacción multifactorial de la que depende la planificación y la evitación que surge hacia la misma al experimentar actitudes negativas asociadas con las últimas etapas de la vida.

Este concepto involucra conocimientos sobre economía y psicología, áreas de estudio que se complementan para comprender los factores que influyen en la conducta de la planeación para el retiro. En el año 2013, Hershey et al. propusieron un marco de referencia conceptual llamado “Modelo de Oportunidad-Capacidad-Voluntad” para entender la FPR. Este modelo es bastante útil por ser específico respecto a la planeación financiera y por dar cuenta de aquellas variables de interés que se asocian con una mayor o menor probabilidad de adoptar conductas proactivas sobre el retiro; estas variables de influencia se condensan en tres dimensiones básicas:

1) Capacidad: se refiere a los factores y habilidades cognitivas que posee el individuo para poder planear y ahorrar a lo largo de su vida laboral. La capacidad se compone por la inteligencia de la persona, su nivel metacognitivo, su conocimiento y sus preocupaciones sobre el proceso de retiro. A su vez incluye la necesidad de construir una identidad para posicionarse ante el retiro, es decir, tener una visión de un yo ideal que funcione como directriz para orientarse hacia el futuro. Si a esta postura se le añade un alto grado de autoeficacia financiera y confianza en los recursos personales, entonces las probabilidades de que un individuo adopte conductas asociadas a la planeación para el retiro se elevan considerablemente.

2) Voluntad: son las fuerzas motivacionales, actitudinales y emocionales que conducen a las personas a tomar medidas específicas para su retiro y sostenerlas a manera de hábito. En esta dimensión, variables como el establecimiento de metas financieras, la tolerancia al riesgo, la ansiedad ante el retiro y la satisfacción laboral, influyen poderosamente sobre la planeación y el ahorro de los trabajadores.

3) Oportunidad: se encuentra determinada por las facilidades o restricciones que posea el individuo en su medio. Los facilitadores para la planeación financiera son el apoyo social, el modelado de hábitos de ahorro por parte de asesores o familiares, y climas organizacionales que promuevan positivamente la relación entre la jubilación y el envejecimiento. Por otro lado, orientar la conducta hacia la FPR es más complicado si se continúan reproduciendo estereotipos negativos acerca de esta etapa de la vida, pues genera en las personas incertidumbre, reticencia, ansiedad y evitación sobre el tema.

A esta serie de factores interdependientes se le suman otras variables como son la edad, el género, el estado migratorio y el estado de salud. Mientras que su interacción está regulada por moderadores de índole psicológica. La tendencia hacia la procrastinación, por ejemplo, es un buen predictor de que a estas personas se les

dificultará más visualizar su jubilación como un proceso factible, por lo que sus periodos laborales podrán extenderse sin planes premeditados (Hershey et al. 2013). El miedo a la muerte, por otra parte, impacta de la misma manera en la relación que hay entre el establecimiento de metas financieras y la adecuación exitosa para el ahorro. Finalmente, la inteligencia emocional al producir un mejor manejo y control de los estados afectivos, facilita la toma de decisiones en muchos ámbitos de la vida, en los que se incluye lo económico y lo laboral.

Con relación al ahorro, éste constituye el elemento más importante dentro del régimen de pensiones de contribuciones definidas, puesto que la pensión obtenida dependerá por completo de la acumulación que el trabajador genere durante su trayectoria laboral. Pero cabe preguntarse por qué las personas en México no suelen tener este hábito. Además de los factores ya explicados, una de las razones principales que refiere la gente es la escasez de dinero, es decir, porque sus sueldos son bajos. Sin embargo, existe una variabilidad enorme en términos de ingresos de quienes argumentaron este motivo, por lo que podría inferirse que éste puede ser en cierta medida una justificación. Otro factor que influye es la escolaridad, siendo aquellos que cursaron bachillerato en adelante quienes adoptan con mayor facilidad el ahorro en su rutina diaria. Influye también el amplio desconocimiento que se tiene sobre el funcionamiento de las AFORES, sobre su manejo y sus características, entorpeciendo la manipulación correcta de estos organismos. Por último, la presencia de actitudes muy frecuentes entre los mexicanos que se reflejan en pensamientos comunes como “el gobierno tiene la obligación de ver por la gente mayor que ya no puede trabajar” y “por el momento prefiero resolver mis necesidades actuales, después pensaré en mi futuro”, consolidan una insuficiente preparación para el retiro (CONAPO & AMAFORE, 2015). Tales pensamientos se fundamentan a partir de una organización cultural centrada en el pasado

y en una concepción del tiempo a corto plazo, ambas muy arraigadas en la cultura mexicana, por lo que los planes se evalúan desde esta perspectiva y esto provoca que los fenómenos relativamente recientes como lo es la jubilación no sea previstos ni planteados con naturalidad (Villa, 2012).

Incorporar actividades de planificación financiera como parte de la rutina diaria depende también de la habilidad personal para retrasar gratificaciones inmediatas, contemplando metas a largo plazo bajo cierto control, aspecto en el que interfieren influencias normativas asociadas a la edad (a mayor edad mayor preocupación por asuntos financieros), a la historia (cambios en las reformas de sistemas de pensiones) y a eventos normativos de la vida (como la repentina aparición de alguna enfermedad). Teniendo esto en cuenta, se hace evidente el nivel de complejidad que existe detrás de este proceder y, aunque haya variables imposibles de modificar, se puede trabajar sobre otras. El conocimiento de todos estos factores nos permite a los psicólogos tomar medidas específicas para contribuir en dos de las principales causas que dificultan la FPR: la falta de conocimiento sobre alternativas de ahorro e inversión y la evitación como producto de las actitudes negativas hacia la vejez. Por tal motivo, el diseño de este programa pretende cubrir ambas faltas, en este caso, utilizando herramientas como la reestructuración de creencias o actitudes y, al mismo tiempo, algunas actividades dentro de las sesiones fomentan la toma de decisiones.

Finalmente, la planificación financiera es sólo una de las diversas áreas que constituyen a la cultura de la prevención, cuyas ramificaciones son tan variadas como importantes para el bienestar en el adulto mayor. Teniendo esto en cuenta, el siguiente capítulo se centra en los estilos de vida saludable desde una perspectiva preventiva.

Capítulo III

Prevención y estilos de vida saludable

3.1 Prevención

El término “prevenir” significa “*preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin*” (Real Academia Española, s.f.). También presupone prever un daño potencial que atente contra los intereses o bienes personales y, en el sentido pragmático de la palabra, es un ejercicio benéfico para la vida. Ésta cumple con una finalidad fundamental: evitar o reducir riesgos potencialmente negativos, tanto a nivel individual como social. En gerontología, se busca que ésta impida que se presenten síndromes asociados a la edad haciendo uso de la educación sanitaria, buscando que los adultos mayores vivan un envejecimiento saludable contando con independencia y funcionalidad. De este modo, es más efectivo hacer prevención que intervención, pues además de disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades físicas y mentales en la gente, si se imparte en edades tempranas, es capaz de reducir los costos gubernamentales que genera la asistencia sanitaria al impedir que las enfermedades lleguen a ser invalidantes y costosas (Moragas et al., 2006).

Una herramienta básica de la prevención es la educación para la salud. Desde este enfoque, la salud es una experiencia relacional en donde se influyen mutuamente aspectos mentales, físicos, y sociales con un dinamismo interdependiente, cuyo proceso resultará en la existencia o inexistencia de calidad de vida, de bienestar subjetivo y de una práctica estructurada de hábitos tanto saludables como perjudiciales. De esta manera, educar para la salud consiste en modificar intencionalmente pautas de conducta que afectan la salud de las personas, considerando la importancia de los condicionantes socioculturales que orientan dicha conducta hacia una u otra dirección. Pero para lograr

que los individuos mejoren su estado de salud de esta manera, se deben configurar las intervenciones de tal modo que se incite una participación activa, donde los involucrados directos encuentren sentido práctico a lo que se aprende, donde intervengan, actúen, reflexionen y adopten la responsabilidad derivada de tales enseñanzas. Así, las probabilidades de éxito aumentan y el aprendizaje puede instaurarse ya no sólo a nivel individual, sino comunitario, generándose entonces redes más amplias de bienestar (Buen Día & Ramos, 2007).

Gordon propuso en 1987 (como se citó en Castaño, 2006) una clasificación para delimitar la población a la que se dirige algún programa preventivo, siendo actualmente una de las clasificaciones más aceptadas y aprobadas por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA):

- **Prevención universal:** caracterizada por dirigirse a un grupo muy amplio, por lo que las acciones que se usan en este caso son generales, buscando como objetivo dotar herramientas útiles, pero poco profundas.
- **Prevención selectiva:** este tipo de prevención se emplea en subgrupos que son más propensos a desarrollar alguna enfermedad o conducta de riesgo. Así, las intervenciones se llevan a cabo con poblaciones y técnicas más focalizadas.
- **Prevención indicada:** dirigida a un grupo objetivo, es decir, a un subgrupo “de alto riesgo” que comienza a presentar los primeros síntomas o rasgos de aquello que se considere indeseable o dañino.

Si bien esta clasificación surgió en el campo de las adicciones, poco a poco se ha ido generalizando hacia otros por su utilidad teórica y metodológica, sin ser la psicogerontología un área de excepción. Bajo estos criterios, el programa aquí desarrollado opera con un tipo de prevención selectiva grupal porque, además de que

poseen características similares entre sí, se facilita el aprendizaje entre pares, donde la identificación, la motivación y la retroalimentación cumplen un papel determinante en el impacto de la orientación educativa orientada a disminuir los factores de riesgo asociados con el detrimento de la salud al jubilarse.

Estilos de vida saludable

Los estilos de vida saludables son patrones multidimensionales de acción que se mantienen a lo largo del tiempo y que determinan el grado de salud de la persona que los sostiene, sin embargo, son dependientes de factores internos y externos (Calpa et al., 2019). En una revisión sistemática de la literatura existente desde el año 2008 hasta el 2018, hecha por Calpa y sus colaboradores (2019), se encontró que existe un consenso más o menos general en que los principales estilos de vida son la alimentación sana, la realización de actividad física, la prevención en el consumo de sustancias legales y no legales, el manejo del estrés, la higiene del sueño, la salud oral, el ocio saludable, las habilidades para la vida, la sexualidad segura y la adherencia al tratamiento. Los enfoques de intervención sanitaria en los últimos años se han concentrado cada vez más en ellos debido al incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles alrededor del mundo, pese a que los principales factores de riesgo para su aparición pueden ser modificables (OMS, 2015), por ejemplo cesando el tabaquismo y el alcoholismo, adoptando una dieta saludable, ejercitarse, entre otras. De hecho, algunas de las enfermedades asociadas con el envejecimiento como el cáncer o los infartos, pueden disminuir entre un 40% a un 80% si se modifica el estilo de vida (Škrobot et al., 2017), sin embargo, modificar las conductas insanas asociadas a estas enfermedades es una tarea compleja y va más allá de la responsabilidad individual, puesto que están involucradas diversas variables sociodemográficas, cognitivas, emocionales y actitudinales no siempre manejadas voluntariamente.

Un modelo teórico útil para comprender y evaluar los factores psicológicos ligados al cambio de conductas en los estilos de vida saludable es la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1991, como se citó en Campos et al., 2019). Ésta parte del supuesto de que es posible predecir un comportamiento por medio de las representaciones que hagan los individuos sobre sus planes, es decir, de sus intenciones. A su vez, la intención de hacer o no hacer algo dependerá de la interacción conjunta de tres elementos: las actitudes, la norma subjetiva y la percepción de control. La primera se forja a partir del tipo de valoración que se haga sobre la conducta (sea positiva o negativa); la segunda también hace referencia a una valoración, pero de tipo social, basada en las opiniones, valores y creencias del entorno más cercano, principalmente de familiares o figuras significativas; incluso se ha propuesto que el tipo de contagio de las enfermedades crónicas no transmisibles es social, al aprenderse hábitos inadecuados de generación en generación (Barba, 2018). Otro elemento es la percepción de control, que implica percibir la propia capacidad para realizar o no una conducta. Finalmente, muy ligada al control percibido, se ha comenzado a añadir la autoeficacia como un componente importante en el proceso, sobre todo por mediar la motivación al cambio (Campos et al., 2019).

Este programa surge del genuino interés por emplear el conocimiento psicológico para favorecer la adaptación de los participantes a los cambios producidos en la jubilación, pero sin dejar de contemplar su salud integralmente, por lo que gran parte del contenido del programa gira en torno a los estilos de vida saludable como potenciadores de una jubilación activa, satisfactoria y plena, minimizando el riesgo de vivirla pobremente y con enfermedades incapacitantes. Paralelamente, las actividades del programa orientan sus acciones hacia el cambio de actitudes y al suministro de herramientas a través de la información, la sensibilización, el fortalecimiento de la autoeficacia, la planeación y la toma de decisiones (Calpa, 2019), procurando cubrir así todos los elementos de la teoría

de la acción planeada, apelando a un cambio en la intención del autocuidado a largo plazo.

Los estilos de vida que se revisan en el programa son la alimentación, las actividades físicas y recreativas, la higiene del sueño, el control del estrés y habilidades para la vida (comunicación asertiva).

Adherencia

Una práctica básica para el cuidado de la salud muchas veces desatendida por la población en general, y aún más en países en desarrollo como México, es la adherencia terapéutica o el grado en que la conducta de un paciente se apega a las recomendaciones profesionales relacionadas con la toma de medicamentos, el seguimiento de instrucciones o la modificación de hábitos (OMS, 2003, como se citó en Dilla et al., 2009). Su puesta en marcha requiere de una colaboración activa y bidireccional entre los implicados, ya que de otra manera no es posible derribar las barreras interfiriendo en la consecución de los objetivos terapéuticos, hecho que repercute directamente en el detrimento de la salud, la pérdida de funciones, el agravamiento de condiciones clínicas y, en última instancia, en el aumento de costos en el contexto familiar e institucional. Tales consecuencias explican la necesidad de promover con antelación el cumplimiento de los tratamientos para procurar el bienestar general a través de los años, pero con mayor énfasis durante la vejez.

Algunos de los predictores de baja adherencia son la falta de conocimiento sobre el padecimiento, del régimen terapéutico y de sus efectos en la salud, una comunicación de mala calidad entre el paciente y el profesional, la complejidad y duración del tratamiento, costos elevados, presencia de problemas psicológicos, o creencias erróneas alterando las conductas de seguimiento (Dilla et al., 2009). Afortunadamente, el estudio

de estas causas ha permitido desarrollar múltiples estrategias encaminadas a contrarrestar sus efectos indeseables, las cuales se dividen en cuatro campos de acción: estrategias técnicas, educativas, conductuales y de apoyo social dirigidas a pacientes y profesionales.

En este trabajo se retoman las siguientes estrategias con el objetivo de disminuir la probabilidad de que los participantes abandonen el programa antes de concluirlo y aumentar la probabilidad de que practiquen con mayor rigor y frecuencia las recomendaciones dadas entre las sesiones:

-Conductuales: reforzamiento de los logros reportados por los participantes a lo largo del programa y de acciones previas donde se hayan mostrado adherentes.

-Educativas: informar sobre la importancia de la adherencia en el transcurso de vida y brindarles material didáctico escrito simplificado con recomendaciones concretas sobre el cuidado de su salud para posibilitar un mejor recuerdo de lo aprendido y disponer de la información en cualquier momento.

-De apoyo social: ofrecido por el grupo y la cohesión formada por medio de él.

En síntesis, la propuesta consiste en utilizar estos medios de manera combinada para así mejorar su eficacia (Dilla et al., 2009) e intentar lograr que los participantes se impliquen responsablemente con el programa tomando todos los beneficios que podrían adquirir de él, al mismo tiempo que se ejemplifican en la práctica sus respuestas presentes generalmente proyectadas a futuro con algún otro tipo de intervención, dando entonces un espacio de oportunidad para el autoconocimiento en esa área.

3.2 Manejo del estrés

3.2.1 ¿Qué es el estrés?

En psicología, una de las definiciones más aceptadas de estrés es aquella propuesta por Lazarus y Folkman (1986, como se citó en Otero, 2011) quienes lo conciben como una relación entre el entorno y el individuo, donde éste último evalúa tanto si una situación en concreto resulta amenazante para él, como si posee los recursos suficientes para hacerle frente. En términos específicos, hablar de estrés significa tener en consideración la interacción de tres elementos básicos: el estímulo (estresor), la valoración cognitiva (interpretación del evento estresante) y los recursos de afrontamiento. Considerando la complejidad del fenómeno, se ha logrado romper con el razonamiento tautológico que se tenía en el pasado sobre si el estrés era únicamente el estímulo o era la respuesta que se tenía del mismo, logrando integrar ambos factores en un solo proceso dinámico, el cual se ve fuertemente influenciado por la personalidad y características del individuo (Otero, 2011). Por su parte, la OMS lo define como *“la respuesta a situaciones, condiciones o creencias, que en su papel de estímulos estresores, alteran el equilibrio físico, psicológico o emocional de los seres humanos”* (s.f., como se citó en Otero, 2011). De esta definición, cabe resaltar que la respuesta al estrés se presenta en tres formas distintas, pero no excluyentes: fisiológica, psicosocial y conductual. Y ya que el organismo se ve alterado en una o más de estas esferas, la finalidad del proceso consiste en mantener o recuperar un estado de equilibrio.

3.2.2 Características y consecuencias del estrés

En sí mismo, el estrés no es más que una respuesta adaptativa para el individuo, funcionando como mecanismo de supervivencia ante las amenazas percibidas del medio. Por ello, su presencia no sólo resulta útil sino necesaria, pues se ha observado que no es sólo el exceso de estrés el que produce malestar, sino también muy bajos niveles del mismo. Algunas tareas, ejercicios o estímulos poseen la cualidad de generar un tipo de estrés positivo llamado “eustrés”, el cual activa al sistema generando una respuesta inicialmente retadora pero consecuentemente satisfactoria. Por otra parte, estímulos indeseados, complejos y lastimosos incitan el tipo de estrés del que se tiene mayor conocimiento: el “distrés”, o estrés negativo. Ambos pueden presentarse en cualquier momento, pero la intensidad de la respuesta a cada uno depende en gran medida de la interpretación que se haga sobre el evento. Entonces se abre la posibilidad de que ésta última se amplíe, acepte, cambie o modifique en concordancia a una respuesta más sana. Un ejemplo de ello sería precisamente el trabajo en las creencias negativas asociadas a la jubilación para ser vividas con menos costos.

Inicialmente, la respuesta al estrés es provocada por algún estímulo. Un estresor, es precisamente aquel estímulo que induce la respuesta biológica, psicológica y conductual del mismo (Orlandini, 2012). Existen muchos tipos de estresores, pero una forma práctica para categorizarlos es aquella que los divide en: psicosociales (basados en la interpretación cognitiva del evento) y biogénicos (no necesitan una evaluación para provocar una respuesta de alerta) (Girdano et al., 2009 como se citó en Everly & Lating, 2013). Cualquiera puede elicitar el patrón de respuesta característico del estrés, compuesto por tres fases (Selye, 1936, como se citó en Otero, 2011):

- Alarma: preparación del organismo para hacer frente a la amenaza.

- Resistencia: esfuerzo del organismo para contrarrestar la amenaza.
- Agotamiento: se produce si fracasa la fase de resistencia y el estresor se cronifica (aumento del debilitamiento progresivo, de la vulnerabilidad y de la susceptibilidad que generan la enfermedad).

Durante cada fase, el organismo humano emplea tres sistemas principales: el sistema nervioso, el endócrino y el inmunológico. Este conjunto de sistemas actúa complementariamente y, ya que están íntimamente conectados, la alteración de alguno afecta a los demás (Ader, 2007).

A niveles tolerables de estimulación, los mecanismos sistémicos son totalmente funcionales, pero si el estrés es intenso y/o prolongado, se produce un efecto contrario que altera uno o más de los sistemas mencionados, aspecto que vulnera al organismo aumentando sus posibilidades de contraer enfermedades de todo tipo (Navinés et al., 2016). En adición, otro factor relacionado con el curso de las enfermedades, es la regulación emocional (Ortega, 2011). La presencia común de emociones positivas en el individuo genera efectos protectores en el sistema inmunitario, haciéndolo menos propenso a enfermar y, aún en caso de estarlo, facilita el proceso de recuperación o el curso de la misma. Por estas razones, el cuidado de la salud debe considerar la educación en la regulación emocional.

Las consecuencias asociadas a los altos índices de estrés, se traducen en grandes pérdidas laborales, económicas y humanas. La exposición continua a factores estresantes ha producido un alza en los gastos de servicios de salud pues incrementa su demanda al provocar éste un envejecimiento prematuro, facilitando la adquisición de enfermedades, un mayor consumo de sustancias adictivas y malestar psicológico expresado en una gran diversidad de trastornos (Orlandini, 2012). Datos a escala global

reportan que en México hay una prevalencia de estrés del 75% en su fuerza laboral, colocándolo en una posición superior a países desarrollados como Estados Unidos y China. Este hecho se ve reflejado también en pérdidas de hasta 16 mil millones de pesos anuales en el sector productivo (Maldonado, 2019).

Puntualmente, los signos, componentes o consecuencias del estrés se pueden categorizar en tres principales: fisiológicos, cognitivo-emocionales y conductuales (ver Tabla 1).

Tabla 1.

Componentes/ consecuencias del estrés

Fisiológicos	Cognitivos-emocionales	Conductuales
-Aumento del ritmo cardíaco, la frecuencia respiratoria, la tensión muscular y la presión arterial.	-Aumento de emociones negativas (ansiedad, ira, hostilidad, apatía, etc.)	-Deterioro y conflictos en las relaciones interpersonales.
-Aumento en los niveles de adrenalina y noradrenalina.	-Dificultad para concentrarse.	-Aumento en el consumo de sustancias adictivas.
-Incremento de azúcar en sangre, del colesterol y de los niveles.	-Desorientación y/o confusión mental.	-Trastornos alimentarios.
-Inhibición del sistema inmunológico.	-Disminución de las habilidades de solución de problemas.	-Evitación, aislamiento.
-Trastornos del sueño.	-Disminución de la autoestima.	-Absentismo, presentismo, quejas, conflictividad y disminución de rendimiento laboral.
	-Pérdida de memoria.	

Adaptado de "Estrés laboral y burnout", por Otero, J., 2011, *Díaz de Santos*.

3.2.3 Estrategias de afrontamiento

Las múltiples transformaciones asociadas a la vejez, incluyendo las pérdidas y los procesos de transición hacia ella, le exigen al individuo utilizar aquellos recursos disponibles que posee para anteponerse a todas las fuentes de estrés presentes. En la tercera edad, las personas siguen contando con los mediadores personales desarrollados durante etapas previas del desarrollo los cuales le permiten mantener un nivel de funcionamiento óptimo al organismo. Además, se sigue teniendo la capacidad de adquirir e integrar nuevas y mejores respuestas con que afrontar situaciones complejas. El uso efectivo de tales recursos promueve una mejor calidad de vida y un envejecimiento exitoso (Mayordomo et al., 2015). Formalmente, estos recursos se conocen como “estilos de afrontamiento”.

El concepto de afrontamiento engloba al conjunto de pensamientos y conductas que la gente emplea para manejar las demandas de carácter estresante, es decir, son los recursos por medio de los cuales se busca un reajuste ante situaciones difíciles y así mitigar los efectos negativos que pudieran traer consigo (Folkman et al., 1987). Éstos pueden ir dirigidos hacia la modificación de la problemática existente entre la persona y su ambiente (estilo de afrontamiento centrado en el problema) y/o hacia la regulación de las emociones angustiantes (estilo de afrontamiento centrado en la emoción). Para ello, se pueden implementar métodos confrontativos (de naturaleza interpersonal) y cognitivos (de naturaleza intrapersonal) de afrontamiento enfocado en el problema. Algunos de los estilos básicos de afrontamiento son, por ejemplo: focalización en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión (Sandín & Chorot, 2003).

Los estilos de afrontamiento pueden modificarse a través del tiempo, y por medio de la integración de experiencias y aprendizajes a lo largo de la vida. De esta manera, se ha observado que existen diferencias en su expresión entre las personas más jóvenes y los adultos mayores. Específicamente éste último grupo, muestra una mayor facilidad para identificar sus emociones, lo que les permite elaborar estrategias más eficaces de respuesta. De hecho, tienden a inclinarse por un estilo focalizado en la emoción (Carver y Connor-Smith, 2010, como se citó en Mayordomo et al., 2015), reevaluando positivamente los hechos, optimizando sus recursos y siendo más realistas en las metas planteadas, lo que deriva en una sensación de control importante (Mayordomo et al., 2015).

En el ámbito laboral, una estrategia de afrontamiento importante es el apoyo social, manifestado no sólo por el acompañamiento familiar y entre compañeros, sino por medio de asociaciones y sindicatos que doten al trabajador de una red que le proporcione respaldo en diferentes niveles (socioemocional, económico, administrativo y legal). Sin embargo, la combinación de factores individuales junto con las condiciones laborales específicas para cada caso, es la que determinará el tipo de respuesta que se genere ante el estrés (Buendía & Ramos, 2007).

Una propuesta que permite entender de mejor manera el papel mediador de la personalidad ante estímulos estresantes dentro y fuera del marco laboral, es la de “Personalidad Resistente” de Kobasa (1979, como se citó en Hernández et al, 2009). Este autor propone tres componentes que modulan en mayor o en menor medida la actitud asumida ante alguna circunstancia estresante:

Compromiso: cualidad para creer en el valor personal. Implica la capacidad de involucrarse en las actividades de la vida diaria haciendo una apreciación sobre las propias metas, habilidades y valores.

Control: consiste en percibir y asumir la convicción de que se influye personalmente en el curso de los sucesos vitales estresantes. Para ello, las personas con un alto sentido de control actúan autónoma e intencionalmente, percibiendo las posibles consecuencias de sus decisiones y generando planes.

Reto: es la incorporación de la inminencia del cambio, frente a la estabilidad, dentro del sistema de creencias. Es la percepción del cambio como fuente de aprendizaje, de mejora personal, con alta flexibilidad cognitiva, y tolerancia a la ambigüedad. Aquellos que adoptan una postura de reto ante los problemas, centran sus esfuerzos en buscar posibles soluciones y recursos.

Algunos resultados al evaluar estos rasgos de personalidad indican que aquellas personas con altos niveles de compromiso, control y reto tienden a vivir más plenamente, con menores cantidades de estrés, orientando sus acciones hacia la productividad y el bienestar en general (Hernández et al, 2009).

Ya que uno de los objetivos de este programa es concientizar sobre la importancia de la prevención en la salud para el envejecimiento, se plantea aquí la posibilidad de brindarle a los participantes la oportunidad de conocer, identificar, observar y hasta evaluar los diferentes estilos de afrontamiento que emplean en su vida cotidiana, llevándolos a pensar cómo estos se amoldan o no a sus necesidades actuales, y a sus metas futuras relacionadas con la jubilación. Desde esta perspectiva, los trabajadores activos pueden ampliar su visión sobre las posibilidades de cambio disponibles, capaces

de ser adquiridas, encaminándolos a elegir alternativas que reduzcan los niveles de estrés dados dentro y fuera del centro laboral.

3.2.4 Atención plena

Los términos atención plena, conciencia plena o “mindfulness” hacen referencia a un mismo constructo, y éstos se han vuelto muy familiares en el presente para una buena cantidad de profesionales de la salud mental, ya que esta práctica se ha insertado con gran aceptación dentro del campo clínico hasta convertirse en una estrategia terapéutica de alta demanda e interés. Una de las razones de ello es que su uso ha logrado obtener resultados favorables en la recuperación de pacientes con diferentes condiciones médicas y psicológicas, además de contar con una creciente investigación sobre el correlato neurológico subyacente a sus efectos en la salud.

La atención plena engloba un tipo de práctica intencional, así como la misma experiencia derivada de ella y, aunque aún no existe un consenso unánime sobre su definición, ésta puede entenderse como una estrategia de meditación que permite tener mayor conciencia del momento presente, de los sentimientos, los pensamientos y las acciones, sin juicio y con aceptación (Ruiz et al., 2012). Este tipo de meditación ha sido acogida dentro de las terapias de tercera generación, las cuales se inclinan por un modelo en donde la aceptación es más deseable, que la modificación o erradicación de las experiencias internas. En consonancia con esto, el objetivo principal del mindfulness consiste en cambiar la relación del individuo con todo aquello que active o sostenga su malestar psicológico, promoviendo la autoobservación, la flexibilidad cognitiva, la no evitación, la compasión y el entendimiento.

Este método sienta sus bases en siete factores relacionados con la actitud a adoptar durante la práctica (Kabat-Zinn, 2016), los cuales son: no juzgar, asumiendo una

postura imparcial ante los juicios y reacciones; paciencia, estando abierto a cada momento, atendiendo el proceso a su ritmo; mente de principiante, siendo receptivos y curiosos, libres de expectativas; confianza en sí mismo; no esforzarse en conseguir un resultado específico, sino dejando que éste aparezca; aceptación, es decir, ver las cosas como son en el presente, aunada a la voluntad de cambio tras ese reconocimiento; y ceder, liberando apegos a ideas o sensaciones. De igual manera, el autor enfatiza la importancia del compromiso como un factor clave para notar los beneficios.

Todavía es insuficiente lo que se sabe sobre los mecanismos de acción responsables de los efectos en las intervenciones basadas en atención plena, sin embargo, resulta imprescindible conocer cuáles son algunos de los que se han propuesto y estudiado hasta la fecha para así comprender mejor su papel. De acuerdo con Ruiz y su equipo de trabajo (2012), los principales mecanismos de acción psicológicos mediando la práctica son:

- 1) Metacognición: es capaz de activar la focalización de la atención y dirigirla intencionalmente hacia un nuevo foco atencional, esto por medio de la toma de consciencia, la observación y el distanciamiento del tono afectivo con que se identifica la persona. Este descentramiento permite concebir al pensamiento con transitoriedad y relativismo, disminuyendo los patrones de rumiación constante y otorgando la posibilidad de responder de manera distinta a la habitual.
- 2) Relajación: aunque éste no sea el efecto final que busca la práctica, e incluso pueda surgir una respuesta contraria, el procedimiento puede inducir efectos relajantes, los cuales pueden influir al cambio y a una sensación de bienestar.
- 3) Exposición interoceptiva: la contemplación sin control o cambio de sensaciones, pensamientos y emociones, produce un reprocesamiento de los estímulos aversivos.

4) Aceptación: la ausencia de juicios de valor sobre los eventos cognitivos, emocionales y corporales rompe con patrones de conducta automática, incitando respuestas basadas en mecanismos de afrontamiento más adaptativos y eficaces.

El conjunto de beneficios que trae consigo ejercitar la atención plena es diverso. En cuanto a la salud física se refiere, se ha observado por medio de ensayos de control aleatorizados que reduce la percepción al dolor crónico en enfermedades como la fibromialgia, el cáncer de mama y la psoriasis. Ha producido efectos alentadores en el tratamiento de pacientes con riesgo de recaer en algún cuadro depresivo, o en recaídas por consumo de sustancias adictivas, así como también ha mostrado efectividad reduciendo algunos síntomas de ansiedad y estrés postraumático. De igual manera, algunos estudios concluyen que la práctica continua mejora el desempeño en procesos cognitivos e interpersonales como la atención sostenida, la memoria de trabajo, la solución de problemas y las conductas proactivas hacia uno mismo y hacia los demás (Creswell, 2016). En los adultos mayores, estudios donde se ha implementado la práctica formal e informal de la conciencia plena, reportan cambios significativos en la flexibilidad psicológica, la observación atenta, la aceptación y las limitaciones impuestas por el rol social de los aprendices. Además, las evaluaciones cualitativas de estos programas muestran mejoras en la concentración, el humor, la preocupación, la bondad, la compasión y la paciencia (Moss et al., 2014; Bertolín, 2015).

Desde otro ángulo, hablar de la relación existente entre envejecimiento y mindfulness, es hablar de un campo fértil, no obstante, aquellas investigaciones vinculadas al tema comienzan a sugerir el gran potencial que esta herramienta podría tener para trabajar en la senectud. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Fiocco y Meisner (2018) quienes evaluaron la relación existente entre las creencias sobre el envejecimiento y los principios básicos de la conciencia plena. Ellos encontraron que

aquellos adultos mayores que solían juzgar menos sus experiencias tuvieron mejores expectativas sobre su propio envejecimiento, por lo que es probable que el entrenamiento en esta habilidad específica atenúe los estereotipos negativos interiorizados y fomente las características positivas de la vejez a través de la aceptación, reduciendo el malestar producido por factores como el viejismo. En el ámbito laboral, estas preconcepciones sobre la vejez también cobran valor, por lo que otros autores (Allen et al., 2017) interesados en comprender esta correspondencia estudiaron y encontraron evidencia de que el mindfulness es capaz de moderar la relación entre la edad y algunos indicadores de bienestar subjetivo como el balance entre la familia y el trabajo, la sensación de vitalidad y la satisfacción laboral, en adultos laboralmente activos. Simultáneamente, hallaron influencia de la práctica para la mejora de la regulación emocional, hecho que se ha estudiado anteriormente y que, efectivamente, parece lograr disminuir rumiaciones, obsesiones, distorsiones cognitivas y distracciones (Hayes & Feldman, 2004, como se citó en Ruiz et al., 2012) que potencian el malestar psicológico en contextos distintos.

El interés por impulsar un envejecimiento exitoso es lo que ha llevado incluir ejercicios de atención plena dentro del programa de preparación para la jubilación. Si bien aquí su estructura no adopta completamente la modalidad formal como se hace en otros programas, sí se plantea la posibilidad de enseñar la filosofía básica de esta herramienta a través de la vivencia experiencial continua, para así hacer llegar a la población una alternativa de mejora en su vida diaria, tomando en cuenta toda la evidencia que sustenta esta práctica.

3.3 Alimentación

La conducta de ingesta es uno de los temas más estudiados dentro del campo de la psicología de la salud. Tal interés ha surgido en parte por las problemáticas que han

surgido a raíz de muchas prácticas alimenticias dañinas para los individuos, especialmente en las últimas décadas y en las ciudades más industrializadas. La razón por la que éstas se consideran dañinas es porque existen diversas enfermedades potencialmente mortales o incapacitantes causadas y asociadas al consumo de alimentos altos en grasas saturadas, azúcares y, en general, con una ingesta mayor de energía, provocando desbalances en el organismo. Simplemente como marco de referencia, las cifras en el mundo señalan que cada año mueren 2.8 millones de personas por sobrepeso u obesidad, y en México provocan más de 50 mil muertes anuales (Barba, 2018; Moreno et al., 2014).

La alimentación puede definirse como: *“Un conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como las satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales que son indispensables para la vida humana plena”* (Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2013, p.5). Desglosando un poco, resulta más sencillo entender el carácter adaptativo que tiene la ingesta a nivel biológico y a nivel cultural. Se trata de una práctica que no sólo hace funcionar al cuerpo, sino que se trata también de una práctica que engloba historia, tradición, convivencia y otros componentes altamente reforzantes. Además, la ingesta conecta con creencias, elementos emocionales primarios y de supervivencia, aspecto que dota tanto de riqueza como de complejidad a este proceso y, es por ello, que promover o lograr un cambio de hábitos saludables referentes al consumo de alimentos no es tarea sencilla pero sí determinante y necesaria bajo el contexto actual.

3.3.1 Alimentación correcta

Una alimentación correcta es aquella en la cual los hábitos de la vida diaria cubren las necesidades de quien los realiza, promoviendo el crecimiento, el desarrollo y previniendo el desarrollo de enfermedades, todo ello de acuerdo a la edad (SEGOB, 2013). Para orientar esta práctica, en México hay un modelo que sintetiza gráficamente los criterios generales de una alimentación correcta: “El plato del buen comer”, una herramienta basada en evidencia que brinda información suficiente para saber cómo distribuir los alimentos diarios; y aunque es una herramienta muy útil, la orientación alimentaria debe ir un paso más allá explicando el sentido de la misma con más detalle, buscando conseguir una comprensión real del modelo. De otro modo, los esquemas visuales similares a éste terminan siendo desatendidos e ignorados. Un ejemplo de ello, es que debe entenderse que “El plato del buen comer”, como la mayoría de las guías a nivel internacional, se encuentra basado en las leyes de la alimentación, mismas que plantean cuatro características básicas para obtener una dieta correcta (Pozos et al., 2018):

- *Ley de cantidad:* Debe consumirse la cantidad de energía necesaria para el cuerpo, de tal forma que se cubran las demandas calóricas del organismo y éste se mantenga en balance.
- *Ley de calidad:* Deben consumirse alimentos de todos los grupos, basándose en su composición y en su aporte nutrimental.
- *Ley de armonía:* Distribuir proporcionalmente los nutrientes que se consuman, manteniendo armonía entre los macronutrientes, de preferencia de la siguiente manera: carbohidratos (aporte diario de 50-70%), proteínas (10-20%) y lípidos (25-35%).

- *Ley de adecuación:* Adaptar la alimentación a las necesidades particulares de la persona (necesidades nutritivas, sociales y psicológicas). Por tanto, la cantidad y tipo de nutrientes deben acordar con la edad, la actividad física, el estado fisiológico del individuo, su cultura, sus gustos, situación económica, etc.

La Norma Oficial Mexicana (NOM-043-SSA2-2012) de promoción y educación para la salud en materia alimentaria publicada en el Diario Oficial de la Federación en el año 2013, se basa en dichas leyes y plantea como fundamentales seis características a seguir, requiriendo que la dieta sea: completa (que contenga todos los nutrimentos); equilibrada (que los nutrimentos guarden las proporciones adecuadas); inocua (procurar que los alimentos estén libres de microorganismo patógenos, toxinas y contaminantes); suficiente (que se cubran las necesidades de todos los nutrimentos, para procurar mantener un peso saludable); variada (incluir en cada comida alimentos de los tres grupos: verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal); y adecuada (que la dieta esté acorde a los gustos y cultura de quien la consume, sin sacrificar sus otras características). A partir del conocimiento y, sobre todo, de la comprensión de éstas, es que puede planearse adecuadamente la alimentación del día a día, pero se requiere trabajar en otros componentes (principalmente psicológicos) para hacer sólidos los hábitos alimenticios sanos, dentro de los que se incluyen las creencias, las normas sociales y la adherencia (Ajzen, 1991, como se citó en Campos et al., 2019). Incidir en tales variables resulta complejo desde las campañas de prevención universal, pero se vuelve más factible dentro de programas que intervienen a nivel selectivo e indicado.

3.3.2 Influencia de la alimentación en el proceso de envejecimiento

Actualmente hay mucha más información disponible acerca del vínculo existente entre la alimentación y la vejez, influyendo la primera directamente en la calidad de vida y por ende, en el envejecimiento saludable. Uno de esos avances consiste en el reconocimiento de que diversos problemas de salud y cambios físicos generalmente atribuidos al envejecimiento, no pueden atribuirse por completo a este proceso, sino al estilo de vida que se sostenga a través del tiempo (OPS, 2004). Por ello, cualquier enfoque que busque la protección y mantenimiento de la salud en el adulto mayor debe considerar que la nutrición afecta cada etapa de la vida, por lo que será necesario tener en cuenta la historia alimentaria de la persona, evaluando la calidad de su dieta y la posibilidad de ayudar a modificar ciertas costumbres alimenticias.

Por medio de diversos análisis en los patrones de alimentación en algunas de las regiones más longevas del mundo como Japón, China e Italia, se abrieron nuevas perspectivas en torno a cómo ciertas dietas podrían beneficiar o perjudicar el proceso de envejecimiento. Tal es el caso de la dieta tradicional mediterránea (Tosti et al., 2018), la cual consiste en un consumo básico diario de una gran variedad de verduras frescas, granos, semillas y legumbres poco procesadas. Su fuente regular de azúcar son las frutas frescas y los dulces de nueces o miel; tienen un consumo moderado de vino y pescado, emplean aceite de oliva extra virgen, nueces y semillas como principales fuentes de grasa; y su consumo de lácteos, mantequillas, leche y carnes rojas es muy bajo.

Si bien este esquema de alimentación podría parecer ajeno a la cultura mexicana, en realidad gran parte de las recomendaciones hechas por expertos nutricionistas tienen paralelismos con este tipo de régimen. La razón de ello es que los datos obtenidos a partir de investigaciones epidemiológicas, incluyendo ensayos clínicos humanos y con animales

a nivel molecular, señalan cómo esta dieta funciona como factor protector en contra de enfermedades cardiovasculares, infartos, obesidad, diabetes, hipertensión, alergias, Alzheimer y algunos tipos de cáncer. Se ha observado que disminuye los niveles de estrés oxidativo e inflamación por su abundancia de antioxidantes como omega-3, que tiene un efecto positivo directo en los telómeros y que, en combinación con ejercicio, mejora a largo plazo las funciones cardiorrespiratorias. Además, se ha asociado con baja morbilidad y mayor longevidad (Škrobot et al., 2017).

Se hipotetiza que los mecanismos bajo los que opera la dieta mediterránea son la disminución de lípidos en sangre, la protección que brinda contra el estrés oxidativo y la inflamación, la agregación de plaquetas, la capacidad para modificar hormonas como los estrógenos induciendo saciedad, inhibir el crecimiento de factores asociados a la patogénesis del cáncer y la producción de metabolitos que median la función inmune (Tosti et al., 2018). Como puede observarse, el impacto de la evidencia es tal que no ha dejado de estar en la mira la posibilidad de mejorar la salud si se adopta este patrón nutricional, sin embargo, muchos estudios continúan siendo correlacionales y no causales, por lo que a pesar de sus prometedores efectos, falta hallar respuestas contundentes que orienten el camino sobre qué tipo de dieta es la más indicada para el cuidado de la salud a medida que se envejece.

En el primer capítulo, se describió la importancia de los telómeros para predecir el curso de vida y la longevidad. Se podrá recordar que la calidad en su metabolismo tiene implicaciones en el curso de la vida (Škrobot et al., 2017), siendo la alimentación un factor fundamental dentro del proceso. Al respecto y como pauta general, la comida rica en antioxidantes y fibra tiene un efecto positivo en el largo de los telómeros, y los grupos alimenticios de los que se pueden obtener más beneficios son las frutas, las verduras, las

leguminosas, los pescados y los granos enteros, independientemente de si se adopte una dieta mediterránea o no.

De acuerdo con una compilación de evidencia científica en población adulta mayor, hecha por la Organización Panamericana de la Salud, hoy en día se sabe que los nutrientes más elementales para procurar el bienestar físico y cognitivo durante esta etapa son: el calcio, el cobre, el cromo, grasas no saturadas, folato, hierro, magnesio, proteínas, riboflavina, selenio, vitamina A, B-12, C, D, E, K y zinc. Cada uno de estos componentes son requeridos en función de la demanda del cuerpo envejeciente, es decir, que la necesidad de aumentar o asegurar su consumo se basa en los cambios anatómico-funcionales propios de la edad, como la disminución en el gasto energético y en la densidad ósea (OPS, 2004) y por supuesto, otros se agregarán o limitarán dependiendo del estado de salud particular de la persona.

3.3.3 Recomendaciones nutricionales para un envejecimiento saludable

Aquellos alimentos consumidos de forma constante, de cualquier tipo, repercuten a corto y a largo plazo la calidad de vida. Entendiendo a la dieta como una conducta conformada por elecciones e influenciada por el entorno, resulta más sencillo ubicar qué métodos emplear para potenciar los beneficios de la ingesta, tratando de reducir los riesgos a la salud que acarrear algunos estilos de vida. Lograrlo, implica comprender las causas funcionales del tipo de dieta ejercida. Algunos elementos a trabajarse en estas problemáticas suelen ser la adherencia, el manejo de las emociones (generalmente el estrés), la clarificación de valores y la conciencia metacognitiva por medio de técnicas conductuales como el establecimiento de objetivos, el automonitoreo y la retroalimentación (Donaldson & Normal, 2009, como se citó en Rodríguez et al., 2019).

Con el objetivo de reducir la malnutrición y proteger la salud de los adultos desde antes de la jubilación hasta después de la misma, el programa desarrollado emplea algunas de las estrategias mencionadas anteriormente e integra los criterios básicos planteados en la Norma Oficial Mexicana en Materia Alimentaria (Secretaría de Gobernación, 2013), para brindar orientación sobre el tema a la población en general, así como algunas otras brindadas por la Organización Panamericana de la Salud en el 2004 específicamente creadas para los adultos mayores. Algunos de estos puntos incluyen la reflexión sobre los medios de producción y consumo de alimentos, claridad en las recomendaciones, fomentar la variabilidad en los patrones alimenticios, tener sensibilidad cultural, e informar sobre las relaciones, riesgos y consecuencias que establece la alimentación con la salud en general.

Cada criterio se abarca de forma específica (aunque breve) durante la sesión correspondiente al tema, donde además se entregará a los participantes material con indicaciones concretas y guías nutricionales para cubrir de la manera más completa posible todos los aspectos involucrados alrededor de la conducta alimentaria; como lo mencionan Škrobot y sus colaboradores: *“el conocimiento abre la posibilidad de hacer mejores elecciones”* (2017, p.41). La decisión de tomar como base los criterios anteriores se fundamenta en la necesidad de darle mayor estructura y coherencia al programa, posibilitando así su replicación y amplificando la cobertura de las reglamentaciones institucionales hechas en el país por expertos en la materia.

3.4 Actividades físicas y recreativas

Dos elementos sustanciales para cuidar la salud a lo largo de la vida, y que aportan un beneficio todavía mayor durante la vejez, son las actividades físicas y recreativas. Una parte importante de la naturaleza humana se ubica en ellas, mas la

transformación en el ritmo de vida ha producido un descenso significativo en el tiempo que se le invierte tanto al ejercicio como a la recreación, hechos que han contribuido al alza en los niveles de estrés, ansiedad, depresión, problemas interpersonales y a la incidencia o agravamiento de enfermedades crónicas. En realidad, la inactividad física o sedentarismo se encuentra entre los cinco factores de riesgo mayores para la mortalidad, junto con una alta presión sanguínea, fumar, elevados niveles de glucosa en sangre y obesidad (Taylor, 2014). Además de los factores culturales, algunas investigaciones advierten que tras la jubilación suele haber descensos considerables en los niveles de actividad general tanto en hombres como en mujeres (pero especialmente en los varones), volviéndose aún más factible el sedentarismo y por ende, los riesgos asociados al mismo (Suorsa et al., 2019). Por lo tanto, promover una vida activa y motivar a los adultos a participar en actividades que les hagan sentirse realizados, plenos y en movimiento, es un objetivo básico de éste y de cualquier otro programa preparatorio para la salud en el retiro.

3.4.1 Ejercicio físico

Los conceptos “actividad física” y “ejercicio físico” son términos constantemente usados de manera indistinta pero cuyo significado no es equivalente. Como lo propone Moreno (2019) la actividad física consiste en cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implique un gasto de energía, mientras que el ejercicio físico se caracteriza por ser planeado, estructurado, repetitivo y realizado con el objetivo específico de mejorar o mantener la aptitud física, siendo éste una variante de la actividad física. La diferencia principal radica en la intención y ambos tipos de actividad son igualmente importantes, pero quizás la actividad física cobre mayor relevancia durante la vejez mientras que los beneficios del ejercicio físico pueden ser más potentes si se realiza

desde etapas anteriores; lo ideal es mantener un equilibrio entre ambas e ir adaptándolas según las capacidades que se tengan.

Existen muchos tipos de ejercicio físico, pero a grandes rasgos éstos se pueden clasificar en las siguientes áreas (OPS, 2004; Raffino, 2020; Bupa, 2020):

1) Ejercicios aeróbicos: son actividades que emplean oxígeno y elevan la frecuencia cardíaca. Algunos ejemplos son la caminata, la natación, correr, andar en bicicleta, etc. En adultos mayores se recomienda realizar alguno de estos ejercicios al menos 30 minutos de 5 a 7 veces a la semana.

2) Ejercicios de flexibilidad: tienen como objetivo trabajar la capacidad de estiramiento de los músculos y la movilidad articular. El yoga, pilates y el tai-chi han mostrado ser altamente efectivos para trabajar la capacidad de flexibilidad y el equilibrio.

3) Ejercicios de fuerza y resistencia: implican contracciones musculares contra algún tipo de carga. Normalmente se entrenan con equipo adicional como las pesas, pero es posible trabajar sin éste. Entrenar los músculos es particularmente importante en los adultos mayores para mitigar la sarcopenia y aumentar la densidad ósea.

Cualquier entrenamiento debe considerar el trabajo constante y gradual en las tres áreas mencionadas, debido a que trabajarlas en conjunto mejora las cualidades físicas de fortaleza, velocidad, resistencia, función cardiorespiratoria, agilidad, flexibilidad, coordinación, equilibrio y tiempo de reacción (Ryan, 1978, como se citó en Pelletier, 1986). Es precisamente la integración del esfuerzo corporal total el que a largo plazo protege y mantiene en mejores condiciones a las funciones del organismo. Al respecto, hay una gran suma de evidencia que muestra cómo la práctica regular de ejercicio físico reduce todas las causas de mortalidad y el riesgo de desarrollar condiciones crónicas, tanto en jóvenes como en adultos mayores (Taylor, 2014). Además, se ha demostrado

que sus beneficios ocurren a corto y a largo plazo, por tanto, sus efectos suelen ser acumulativos. Dentro del largo listado de beneficios que aporta a la salud, algunos de los más relevantes son (OPS, 2004; Škrobot et al., 2017; Taylor, 2014; Moreno et al., 2019):

- Ayuda a mejorar la calidad y cantidad de sueño
- Mejora la función cardiopulmonar, neuromuscular y metabólica
- Contribuye a mantener la independencia durante la vejez
- Reduce el estrés, la ansiedad y mejora el estado de ánimo
- Reduce el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo
- Se ha asociado con un largo mayor en los telómeros
- Si se realiza en compañía, fomenta y fortalece las interacciones sociales, amplía las redes sociales, el grado de interacción y mejora la actividad intergeneracional

El listado encapsula sólo una parte de las consecuencias favorables del ejercicio físico, en cambio enunciarlas no suele ser suficiente para generar la conducta en sí, ya que están involucrados otros factores relevantes (predominantemente psicológicos) en el proceso. Y aunque contemplar las ventajas es muy necesario, debe entenderse también que deben establecerse límites en su práctica, puesto que el exceso de actividad física puede terminar siendo altamente contraproducente para el bienestar físico y mental (Pelletier, 1986).

3.4.2 Actividades recreativas

Como lo plantea la teoría del envejecimiento activo, mantener un estilo de vida dinámico tanto a nivel físico como a nivel social, económico, espiritual, cultural y cívico es sumamente importante para conservar la independencia, la funcionalidad y la dignidad humana. Un medio útil para alcanzar estas metas es la recreación, es decir, aquellas actividades de carácter social, cultural, artístico o educativo, elegidas a voluntad y que no

son necesariamente remuneradas (OMS, 2001, como se citó en Díaz et al., 2015). Este tipo de actividades cumplen con una función de expresión y adaptación hacia los cambios asociados con la vejez, ya que como su nombre lo indica, involucrarse en ellas incita a recrearse a sí mismo por medio del establecimiento de nuevos objetivos, intereses y formas de vida (Fajardo et al., 2016), normalmente relacionadas con los valores de los individuos, aspecto que mejora su calidad de vida y los dota de significado.

Realizar actividades recreativas promueve la salud y la prevención de enfermedades, mejora el funcionamiento integral y la calidad de vida, incrementa la percepción de bienestar y felicidad, influyen positivamente en el autoconcepto, en la autoestima, en la ampliación de redes sociales y estimula el funcionamiento cognitivo (Díaz et al., 2015). Este último beneficio ocupa un lugar especial durante la vejez, ya que a través del intercambio y convivencia con el otro en los espacios de recreación, las personas mayores encuentran sitios de socialización donde les es posible identificarse, conectarse, comprometerse e integrarse con la comunidad. Por su parte, dichas conexiones pueden contrarrestar los efectos negativos provocados por el distanciamiento social, el abandono y la soledad que, desafortunadamente, se manifiestan con frecuencia entre muchos adultos de edades avanzadas.

Con la jubilación puede aumentar en buena medida la disponibilidad de tiempo libre (Díaz et al., 2015), abriendo distintos panoramas que pueden ser en menor o mayor medida angustiantes, según la importancia que el trabajador le atribuya a su trabajo. Así, aquellos que priorizaban sus horarios y responsabilidades laborales al resto de las áreas de su vida, pueden experimentar sentimientos de inutilidad o confusión que afecten desde su rutina hasta su salud física, familiar o psicológica. Mientras que otras personas pueden percibir el cambio como una oportunidad única para desarrollarse en diferentes ámbitos. Pero en cualquier caso, una adecuada preparación para la jubilación ayuda a considerar

las posibilidades del uso del tiempo libre basado en los gustos y necesidades personales, permitiendo generar planes de acción más realistas, así como alcanzables.

3.4.3 Estrategias para fomentar la actividad física y recreativa

Frecuentemente en la modificación de hábitos o en la enseñanza de los mismos, suelen aparecer variables contextuales, emocionales y cognitivas que pueden interferir en las metas personales planteadas. Su influencia es tanta que cada vez se estudian más sus mecanismos y se proponen nuevas teorías con relación a ello.

En primera instancia, algunos investigadores han concluido que algunas de las razones por las que las personas se involucran poco en mantenerse activas son principalmente la falta de tiempo, una bajo sentido de la autoeficacia respecto a la capacidad para ejercitarse, presencia de actitudes negativas, falta de motivación, sobrecarga doméstica y falta del disfrute de la actividad física en sí misma (Vera, 2010; Centro de Prevención y Control de Enfermedades [CDC], 2011, como se citó en Heidrick, 2019). Por supuesto, hay una gran variabilidad entre los componentes involucrados en la probabilidad de activarse de forma regular o no, pero tener presentes estos puntos funciona para empezar a emplearlos a favor de la prevención y del envejecimiento activo.

Las reacciones afectivas previas, durante y después de la activación física son buenas predictoras de la adherencia a la conducta (Heidrick, 2019) porque parecen mediar el proceso entre las intenciones y las acciones, por lo tanto buscar métodos que amplíen la perspectiva hacia una más positiva de aquellos individuos que no disfrutaban tanto ejercitarse podría traducirse en un involucramiento mayor. Siguiendo la propuesta teórica de Heidrick, las recomendaciones para mejorar la relación afectiva mantenida con la actividad física se pueden dividir en tres categorías:

1) Intensidad del ejercicio: debe ir acorde al nivel de la capacidad física del individuo, para no generar respuestas displacenteras provocadas por el agotamiento, ya que la intensidad afecta las reacciones generales. Se recomienda además finalizar cada sesión con una actividad disfrutable.

2) Tipo de ejercicio: debe ser elegido preferentemente por el participante según sus gustos e intereses. Brindar autonomía genera un afecto más positivo.

3) Influencia contextual: es recomendable ejercitarse en exteriores al menos una vez a la semana, en ambientes naturales (Giai, 2015), en compañía de personas significativas y de ser posible, con música. Se ha observado que estas variables mejoran el rendimiento y aumentan la motivación considerablemente.

Adecuar las prácticas físicas a las recomendaciones de Heidrick puede permitir disfrutar del ejercicio no como un medio para llegar a un fin, sino con un fin en sí mismo, perspectiva que incrementaría la motivación intrínseca y facilitaría la adherencia a la actividad a través del tiempo. Ahora, debe considerarse que advertir a los participantes sobre el rol que juega la afectividad podría traer consigo un efecto contraproducente al hacer más saliente no sólo los componentes positivos sino también los negativos; por tal motivo, el manejo implícito de la información puede ser una opción viable (Heidrick, 2019).

Junto a las recomendaciones de tipo afectivas, es importante que cada programa de entrenamiento incorpore bloques aeróbicos y localizados de fuerza por lo menos cinco días a la semana, incluyendo una o varias evaluaciones médicas funcionales del organismo para conocer las posibilidades, necesidades y progresos individuales. También deben existir periodos de calentamiento y enfriamiento, ya que estos ejercicios previenen lesiones y minimizan el dolor tras el ejercicio, un factor de cuidado importante en adultos

mayores. Las condiciones medioambientales deben ser correctas, omitiendo temperaturas extremas, sitios peligrosos, indumentaria inadecuada, deshidratación, etc.

En cuanto a las estrategias para incrementar la participación de los adultos y los adultos mayores en las actividades recreativas, se ha sugerido la necesidad imperante de respetar la heterogeneidad de los grupos (Fajardo, 2016), es decir, cuidar aspectos de la historia personal de cada individuo para lograr cubrir sus necesidades a través de la exploración libre de las opciones disponibles, sin imposiciones; del mismo modo, deben tenerse presentes las posibles dificultades derivadas del cambio en la identificación con la imagen corporal (Giai, 2015), la fragilidad, las limitaciones motoras o sensoriales que pudieran desmotivar al practicante y ayudar a redirigir el foco de atención hacia la aceptación, las fortalezas y la apertura ante el aprendizaje. En los programas formales, un método efectivo para lograr incrementar la participación activa es darle a la población sugerencias específicas, planes de acción estructurados y un seguimiento a sus procesos, en conjunto con herramientas que mejoren la percepción de autoeficacia (Taylor, 2014). Es con base en estos criterios que este programa busca satisfacer sus objetivos planteando información útil y específica a los participantes, al mismo tiempo que se les da la oportunidad de reflexionar, generar y elegir entre sus propias alternativas en concordancia a su proyecto de vida. Asimismo, llevar a cabo un acompañamiento grupal y un seguimiento de evaluación añade una red de apoyo capaz de retroalimentar e incentivar las conductas sanas esperadas (Newsom et al., 2018).

3.5 Sueño

3.5.1 Definición y contexto actual

Una de las actividades esenciales para la vida es el sueño. Contreras, lo define como “*un estado fisiológico, activo y rítmico, que aparece cada 24 horas, alternándose con otro estado que es la vigilia*” (2013, p.341). Siguiendo a este autor, en los humanos el sueño se divide en dos fases principales: el sueño REM y el no REM (Rapid Eye Movement, por sus siglas en inglés).

Dormir adecuadamente en cantidad y calidad proporciona una sensación de bienestar y placer al permitir que el organismo se recupere física y mentalmente, además mejora el estado de ánimo, las funciones cognitivas y previene la ocurrencia de accidentes (Moreno et al., 2019). Sin embargo, a lo largo de las últimas décadas los cambios socioculturales (especialmente en el ámbito laboral) han promovido un estilo de vida orientado a la multitarea y a la extensión de jornadas de trabajo que, en conjunto con el uso continuo de dispositivos electrónicos, disminuyen la cantidad de horas de sueño por día. Un dato revelador es que los trastornos del sueño suelen encontrarse con mayor frecuencia dentro de las zonas urbanas y en personas con edades comprendidas entre los 40 y los 60 años, un porcentaje importante de la población laboralmente activa (Guerrero et al., 2018).

El inductor, regulador y responsable de la conducta de sueño es el sistema circadiano, el cual por medio del núcleo supraquiasmático del hipotálamo modula en forma de reloj interno los ciclos sueño-vigilia cada 24 horas. Para realizar esta función, emplea señales periféricas informativas que sincronizan al organismo. El estímulo más importante dentro de este proceso es la luz, la cual se regula por medio de la secreción de la hormona melatonina (Ortiz et al., 2012; Madrid et al., 2013). Además, existen otras

entradas de información sensorial capaces de sincronizar el ciclo de sueño, los cuales están vinculados al tratamiento de trastornos como el insomnio.

3.5.2 Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño son patologías altamente prevalentes en el mundo, pero frecuentemente subdiagnosticadas. Constituyen un problema de salud pública por sus efectos negativos a corto y a largo plazo, e incrementan el riesgo de sufrir accidentes de tránsito y laborales, provocando alzas significativas en las tasas de morbilidad y mortalidad (Tlatoa et al., 2015).

El insomnio es el trastorno de sueño más frecuente. Éste se caracteriza por una dificultad persistente para conciliar o mantener el sueño, lo que afecta la calidad del mismo, produciendo una sensación de malestar en la persona, especialmente durante el día (Pujol et al., 2017). Específicamente en los adultos mayores, el insomnio es más grave. La ansiedad, depresión y la polifarmacia suelen ser sus causas principales, pero también contribuyen elementos como la soledad, los problemas familiares o de salud, la jubilación, la muerte de algún ser querido, o el consumo de sustancias similares al tabaco o el alcohol. Algunos efectos del insomnio en las personas de la tercera edad son tiempos de reacción más lentos, el agravamiento de las demencias, reduce el nivel de funcionalidad e independencia, y empeora algunas enfermedades preexistentes (Pujol et al., 2017; Medina et al., 2014). Todas estas consecuencias pueden ser mitigadas o evitadas, pues como mencionan Medina y sus colaboradores: *“el insomnio no es una consecuencia normal del envejecimiento”* (2014, p.110).

3.5.3 Sueño y salud laboral

Un área a tomar en cuenta para hablar de prevención del insomnio en la vejez, es la del trabajo. Anteriormente se señaló cuánto se han modificado los estilos de vida modernos, trayendo consigo una revolución en la forma de entender y vivir la productividad, dándole a ésta una importancia sin precedentes que ha propiciado en las personas la explotación de sus recursos personales, comprometiendo (no en pocas ocasiones) su salud. El estrés laboral, los turnos y horarios nocturnos, una pesada carga laboral física o intelectual y los excesos de información, aunados un descanso inadecuado, son las principales causas de trastornos de sueño en el trabajo (Vicente et al., 2014).

La actividad laboral puede generar una discordancia entre los hábitos personales y los sincronizadores medioambientales, al dedicarle menor tiempo al sueño pero más a la vigilia, cuyo resultado es la cronodisrupción del organismo, es decir, a la alteración de los ritmos circadianos bioquímicos, fisiológicos y de comportamiento (Ortiz et al., 2012). Esta desincronización se ha relacionado con problemas de salud como la obesidad, la hipertensión, trastornos afectivos, algunos tipos de cáncer y envejecimiento prematuro, sin mencionar cómo afecta a la fijación de procesos cognitivos que culminan en lentitud, distracción, falta de precisión, poca motivación y en general, un bajo rendimiento.

La calidad del sueño mantenida durante la vida laboral tendrá repercusiones en la vejez y en la salud. Sin embargo, en muchas ocasiones no suele verse la línea continua que une los hábitos presentes con los efectos futuros. En un punto de este continuo se encuentra la jubilación, momento en el cual la disponibilidad de tiempo moldea la rutina y, por lo tanto, cambia también el sueño. Algunos investigadores, interesados en tratar de identificar cuáles son las modificaciones que trae consigo el retiro en el ciclo sueño-vigilia,

han descubierto los siguientes cambios: un decremento importante en los despertares nocturnos, mayor tiempo en cama y un aumento en la duración total del sueño (Myllyntausta et al., 2017). Los resultados del estudio longitudinal de Myllyntausta permiten inferir que el retiro puede resultar beneficioso al brindar una mayor disponibilidad de tiempo, la anulación de estresores laborales y, en consecuencia, la posibilidad de atenuar los riesgos de los trastornos al dormir. En tanto se investiga más al respecto, la atención debe continuar dirigiéndose a la prevención de riesgos laborales, trabajada mucho antes del proceso de jubilación.

3.5.4 Higiene del sueño

Desde el campo clínico, existen dos grupos estelares para el tratamiento de los trastornos del sueño: los métodos farmacológicos y no farmacológicos (Medina et al., 2014). Desde luego, a la psicología le competen el segundo tipo de intervenciones, y la ventaja de ellas reside en su capacidad para identificar las causas subyacentes al problema, reemplazando y cambiando hábitos, evitando así, en la medida de lo posible, los efectos secundarios de algunos fármacos. Algunos de los elementos que usa la terapia cognitivo conductual para tratar estas dificultades son: evaluación de los hábitos al dormir, psicoeducación, control cognitivo, restricción e implementación de medidas de higiene de sueño.

La higiene del sueño forma un conjunto de hábitos y conductas, capaces de ser aprendidas, para evitar todo aquello que interfiere con un descanso adecuado (Leal et al., 2017). Como se recordará, el sistema circadiano puede sufrir un desequilibrio por muchas cuestiones, provocando una cronosdisrupción. Sin embargo, al manipular los sincronizadores primarios y secundarios del organismo (la luz, el ejercicio físico, los horarios de comida y los contactos sociales) es posible generar un efecto llamado

cronopotenciación (Ortiz et al., 2012), es decir, favorecer la regulación del sistema circadiano por medio de señales periféricas, ayudando a mejorar la calidad de sueño, a reducir el insomnio, la somnolencia y promoviendo un envejecimiento más saludable.

Se ha comprobado la eficacia de las intervenciones no farmacológicas en adultos de todas las edades (Leal et al., 2017; Masalan et al., 2018). Además, las intervenciones cognitivo-conductuales pueden implementarse de forma breve, a nivel individual o grupal con mejoras sostenidas a través del tiempo, pudiéndose administrar también, de forma paralela, en casos que sí requieren tratamiento farmacológico (Pujol et al., 2017).

Bajo este contexto es que se decide enfocar una parte del programa al sueño, a la posibilidad de evaluar en cada participante su nivel de riesgo asociado y a proporcionar estrategias para prevenir la aparición de problemas, buscando un posible efecto benéfico desde la etapa prejubilatoria.

3.6 Proyecto de vida y relaciones saludables

La adopción de una perspectiva valorativa, por medio de la cual se orienten las decisiones y acciones presentes para conseguir los propósitos, es lo que se conoce como proyecto de vida (Viniegra, 2016) y aunque en primera instancia parezca ser una tarea exclusiva de la juventud, en realidad se trata de un plan dinámico capaz de reestructurarse a lo largo del tiempo según las necesidades y nuevos conocimientos adquiridos (Castañeda, 2011, como se citó en Lomelí et al., 2016). Es justamente esta cualidad la que hace posible el replanteamiento de un proyecto de vida para el retiro y la vejez, en el entendido de una búsqueda constante por sentirse pleno, realizado y consecuentemente, disfrutar de la tercera edad.

Otro aspecto clave involucrado en la salud emocional del adulto mayor es la capacidad para establecer relaciones sanas y placenteras, lazos a través de los cuales se puede obtener información, soporte, afirmación social, intercambio de sentimientos e identificación (Pérez, 2009). Este punto demuestra lo importante que es cuidar las relaciones familiares y de amistad desde la adultez media e incluso antes, pero lograrlo exige en buena medida poseer la facultad de comunicarse adecuadamente, gestionar e identificar las emociones, cuidar y respetar al otro, saber escuchar y observar para entender las claves contextuales, todas habilidades capaces de ser aprendidas o en su caso, perfeccionadas.

3.6.1 Proyecto de vida

Lomelí y sus colaboradores (2016) mencionan que un proyecto de vida es una competencia multidimensional, es decir, que necesita hacer uso de conocimientos y habilidades de todas las áreas de la vida de forma voluntaria, activa y consciente. Es una postura exigiendo un trabajo constante por parte de quien decide crearlo, aspecto capaz de provocar temor o incertidumbre en las personas, alejándolas así de sus anhelos. Desde esta óptica, algunos investigadores (Vargas, 2005; Castañeda, 2011, como se citó en Lomelí et al., 2016) proponen que conseguir ejecutar un plan de vida depende en buena medida de que los individuos fortalezcan y trabajen en su autoestima, en su visión del futuro, en su autoconocimiento, su compromiso personal, en su clarificación de valores personales, su inteligencia emocional y su capacidad de autocontrol. Si bien estas facultades se pueden considerar centrales, es un hecho que obtener éxito en la consecución del proyecto de vida depende también de otros aspectos que pueden volverse complejos de manejar, dificultad que puede disminuirse si se ofrecen espacios de aprendizaje interesados en contribuir a los procesos individuales de autorrealización en distintos grupos de edad.

Un componente importante vinculado a la planeación del proyecto de vida es la noción del tiempo, la cual se modifica al dejar de acudir al trabajo, dejando en ocasiones más de un tercio de tiempo libre al día. Este cambio en la agenda puede impactar positiva o negativamente al jubilado, resultado que dependerá de las condiciones del medio y la persona (Moragas et al., 2006). Así mismo, debe comprenderse que la relación que se establezca con el tiempo desde las etapas previas al retiro, funciona como un marco interpretativo de la realidad en el presente y a posteriori, lo que significa que el modo en que se concibe al tiempo se traduce en actitudes y conductas determinantes para el uso del mismo, afectando al estilo de vida. El concepto de perspectiva futura de tiempo (Stolarski et al., 2014, como se citó en Cernas et al., 2018) define a la capacidad de estructurar el futuro por medio del establecimiento de metas, la motivación y la toma de decisiones; explica que si en edades previas a la vejez se inicia un proceso consciente de planeación para alcanzar el estilo de vida deseado, es posible conseguirlo a pesar de las dificultades encontradas, porque hay una noción mayor de autoeficacia, perseverancia y esperanza frente a lo desconocido.

Particularmente en la vejez, el medio sociocultural y familiar influirán considerablemente en el éxito del proyecto de vida (Jiménez, 2008), al dotar u omitir su apoyo (instrumental, emocional o material) o sus prejuicios hacia el adulto mayor, produciendo un empuje para el desenvolvimiento de sus potencialidades o un efecto desmotivante en el autoconcepto. Es así que intentar mejorar las creencias negativas en torno al envejecimiento puede ser una opción para amortiguar el grado e impacto de la discriminación dirigida a los ancianos, cuyos planes de vida merecen ser estructurados, respetados y vividos a plenitud.

La gran mayoría de los trabajadores no cuentan con la preparación para asimilar más fácilmente las numerosas transformaciones que vendrán con la jubilación. En verdad, es poco frecuente encontrar proyectos de vida definidos entre la población adulta mayor (Jiménez, 2008), y si los hay, suelen estar enfocados únicamente en la realización de actividades laborales, de estudio o recreativas, dejando de lado muchas otras esferas vitales de igual importancia para el crecimiento individual. Por ello, los programas preventivos como éste pueden intentar ser útiles para entender cómo un proyecto de vida puede beneficiarles, motivándolos a aterrizar concretamente sus necesidades, ambiciones y opciones de desenvolvimiento.

3.6.2 Toma de decisiones y resolución de problemas

La resolución de problemas es un proceso analítico generador de alternativas, a partir del cual se eligen estrategias de afrontamiento que regulen los conflictos y así poder salir de ellos (Almeida & Benevides, 2018). Este proceso funciona como herramienta para la realización del proyecto de vida, puesto que la obtención de resultados favorables ante la adversidad fortalece el autoconcepto.

En 1971 D'Zurilla y Goldfried propusieron la Terapia de Solución de Problemas para incrementar la habilidad de los individuos en el afrontamiento activo de eventos estresantes, un método sistematizado, focalizado, breve y bastante útil para prevenir y abordar múltiples problemas cotidianos y clínicos como problemas familiares, fobia social, depresión, etc., al igual que puede mejorar el desempeño laboral, el estado de ánimo y la autoestima. Formalmente, el proceso de esta terapia incluye tres etapas: una de evaluación, una de intervención y otra última de mantenimiento, pero las fases básicas del entrenamiento son (D'Zurilla & Nezu, 2007, como se citó en Ruiz et al., 2012):

1) Orientación hacia el problema: fase enfocada en desarrollar una actitud positiva frente al problema, refiriéndose esto principalmente al reconocimiento de la auto-eficacia, adoptando una actitud realista y de aprendizaje.

2) Definición y formulación del problema: consiste en hacer una recopilación de la información circundante al problema, tratando de basarse en hechos y no en interpretaciones o distorsiones. Una vez conseguido esto, es posible definir adecuadamente la situación y establecer metas alcanzables. La flexibilidad será importante para resignificar el problema si es que la solución no es factible o es solamente parcial.

3) Generación de alternativas de solución: en esta fase se utiliza la estrategia denominada “lluvia de ideas” para plantear las posibles soluciones a la problemática. Esta técnica tiene cuatro principios básicos: cantidad (mientras más opciones, mejor); diversidad (para obtener mayor potencial de ajuste); aplazamiento del juicio (posponer la evaluación de las opciones para amplificar las alternativas); y combinación y mejora (es viable usar más de una idea en la respuesta final).

4) Toma de decisiones: su objetivo es seleccionar o descartar las opciones previamente enunciadas por medio de un balance donde se analicen las consecuencias (positivas y negativas) de cada una, y puntuando en una escala entre 0 (sin valor para mí) y 10 (mucho valor para mí). Como resultado del análisis se obtendrá una decisión final, la cual puede someterse finalmente a cuestionamientos respecto a su practicidad, sus costos e inversión de tiempo.

5) Implementación de la solución y verificación: se diseña un plan de acción concreto para llevar a cabo la solución. Posteriormente se evalúan los resultados obtenidos bajo una perspectiva autocrítica y reflexiva. De ser exitosa la respuesta, se fomenta la capacidad para auto-reforzarse. Además, es posible retomar fases anteriores y hacer modificaciones al plan cada vez que sea necesario.

Debido a su versatilidad, es posible adaptar el protocolo original en contenido y duración dependiendo de las características y necesidades de la población. Por consiguiente, es posible enseñar su estructura general sintetizada con la finalidad de darla a conocer entre los participantes, ofreciéndoles una herramienta capaz de ser autogestionada ya que se ha comprendido el proceso, subrayando su posible utilidad en la resolución de conflictos vinculados a la transición jubilatoria. Por último, la decisión de agregar la técnica de solución de problemas dentro del programa se sustenta a raíz de que ésta ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de dificultades psicológicas, conductuales y de salud a nivel individual y grupal (Malouff et al., 2007, como se citó en Ruiz et al., 2012).

3.6.3 Habilidades sociales y asertividad

El establecimiento de relaciones interpersonales y de vínculos sociales afectivos constituye una parte indisoluble de la existencia humana. Por medio de la interacción social se obtienen numerosos beneficios primarios de supervivencia y realización. Para adquirirlos, nuestra especie ha logrado desarrollar un gran sistema de comunicación a través del lenguaje verbal y no verbal donde ocurre una interacción de símbolos atribuidos con significados únicos; la comunicación es el vehículo mediador entre la experiencia privada y ajena. Su valor es incuestionable, mas puede llegar a ser disfuncional por diferentes causas, aspecto que compromete la calidad de las relaciones en todos los

ámbitos, incrementando los problemas emocionales y disminuyendo el desempeño general (Ruiz et al., 2012). Por tal motivo, propuestas como la del entrenamiento en habilidades sociales y en comunicación asertiva han surgido con la finalidad de potenciar la calidad de las relaciones que se establecen a lo largo de la vida.

Habilidades sociales

Las habilidades sociales son un grupo de conductas adaptativas que posibilitan a las personas relacionarse eficazmente, debido a que permiten la manifestación adecuada de actitudes, deseos, opiniones y derechos en armonía con el medio sociocultural y la expresión de esas conductas en los demás (Caballo, 2000, como se citó en Morán & Olaz, 2014). Este repertorio de conductas conforma un subconjunto importante dentro de un grupo mayor de habilidades que hacen a los individuos socialmente competentes, etiqueta que describe a aquellos que son capaces de organizar sus emociones, pensamientos y conductas de forma coherente con sus valores e intereses para desenvolverse en la vida diaria. La inteligencia emocional y la comunicación asertiva, por ejemplo, son habilidades necesarias para incrementar el nivel de competencia social, cuyos frutos son (Morán & Olaz, 2014): mejores niveles de aceptación, calidad de vida, bienestar psicológico y prevención de trastornos en todas las etapas del desarrollo.

De forma general, las habilidades sociales se clasifican en tres categorías (conductuales, cognitivas y fisiológicas) a partir de las que se desprenden competencias específicas (Tabla 2) capaces de ser mejoradas por un *“Entrenamiento formal en Habilidades Sociales”* (Ruiz et al., 2012). El procedimiento de esta intervención es profundo en sus etapas de aplicación, pero teniendo en cuenta la aproximación preventiva del programa, aquí el entrenamiento se comprime en una sola sesión, buscando incluir

algunos de sus componentes como la justificación, el modelado en vivo, la retroalimentación y el reforzamiento, para hacer la experiencia más vivencial y significativa en los participantes.

Tabla 2.

Habilidades Sociales Trabajadas Terapéuticamente

Iniciar y mantener conversaciones.	Hacer y aceptar cumplidos.
Hablar en público y afrontar las críticas.	Afrontar las críticas.
Expresar amor, afecto y agrado.	Expresar molestia, desagrado o enojo.
Defender los derechos personales.	Disculparse, admitir ignorancia.
Pedir favores y rechazar peticiones.	Pedir cambios en la conducta del otro.
Expresar opiniones aún estando en desacuerdo.	Habilidades no verbales de lenguaje corporal (gesticulación, contacto ocular, postura, tono y volumen de voz).

Adaptado de “Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales”, por Ruiz et al., 2012, Desclée De Brouwer, p. 299.

Asertividad

La asertividad es una conducta que permite expresar de forma clara y segura la opinión personal, la oposición y el afecto de acuerdo con los valores e intereses personales, respetando el derecho legítimo de los demás por hacer lo mismo (Naranjo, 2008). Se distingue de las conductas pasivas y agresivas de la comunicación por ser un comportamiento autoafirmativo que parte del concepto de igualdad de derechos, por lo que no permite que éstos sean transgredidos en ninguna dirección, cuidando de sí y de los demás. Adoptar esta postura facilita el entendimiento, la consecución de metas,

mejora la autoestima, favorece la autonomía, la identidad, evita las manipulaciones y fortalece los vínculos sociales. Las personas asertivas poseen una capacidad de autocontrol mayor, puesto que pueden reconocer e identificar sus necesidades para después expresarlas abiertamente y honestamente en cualquier situación (Naranjo, 2008).

Generalmente, entre la población, existe cierto desconocimiento sobre los derechos asertivos, razón por la cual en el programa se les extiende a los participantes una breve puntualización sobre cuáles son éstos, tratando de ampliar así el panorama que se tiene frente a ciertas convenciones implícitas aprehendidas en nuestra cultura, algunas de las cuales podrán observarse y desmitificarse grupalmente.

En suma, después de haber revisado los principales estilos de vida saludable y su relación con el autocuidado desde la adultez intermedia hasta la vejez, queda exponer la manera en que este trabajo vincula cada uno de los temas expuestos con el proceso de preparación para la jubilación, por lo que los siguientes capítulos se dedican a presentar la propuesta práctica derivada de toda la información previa, la metodología y las conclusiones finales de la revisión documental.

Capítulo IV

Método

4.1 Objetivos de la Tesis de Investigación

4.1.1 Objetivo general

Diseñar y proponer un programa cognitivo conductual de prevención selectiva para la etapa de retiro (PCCPR) dirigido a adultos laboralmente activos de entre 40 y 50 años de edad.

4.1.2 Objetivos específicos

- Identificar y desarrollar las técnicas cognitivo-conductuales que se implementarán en cada módulo del Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR): psicoeducación, re-estructuración cognitiva, resolución de problemas, atención plena, dramatización racional-emocional, modelado en vivo y asertividad.
- Diseñar las actividades de los módulos del Programa Cognitivo-Conductual Para el Retiro (PCCPR): Introducción al programa, Entendiendo la vejez, ¿Por qué prepararse para la jubilación?, Manejo del estrés, Por una cultura del ahorro, Estilos de vida saludable, Proyecto de vida y Organización del tiempo libre, Relaciones Saludables y Cierre.

4.1.3 Justificación

La relevancia social que se desprende de este trabajo se relaciona con el cambio gradual y en aumento de la estructura poblacional en el cual la cantidad de personas adultas mayores continúa creciendo en el país y a nivel mundial, hecho que traerá

consigo una demanda social sanitaria y económica alta a corto y a largo plazo, por lo que desde ahora se requieren acciones capaces de amortiguar el impacto de este fenómeno cultural.

Dicha transformación propicia el surgimiento de nuevos retos como es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyas repercusiones son actualmente responsables de más del 60% de las muertes a nivel global; sólo en el caso de los adultos mayores, más de la mitad padece alguna de estas enfermedades, y a partir de los 75 años, aumenta la probabilidad de desarrollar más de una (Love, 2018). Así mismo, genera un reto en términos laborales, puesto que la inversión piramidal provocará una disminución del tamaño de la fuerza laboral, por lo que se tendrán que adoptar medidas que prolonguen los años de actividad de los trabajadores y sus derechos de pensión (Love, 2018). Anteponerse a estos desafíos no sólo requiere de medidas administrativas y económicas claras, sino que a su vez se vuelve importante que la población en general comience a comprender el proceso de envejecimiento con menos prejuicios para lograr adaptarse a este cambio gradualmente y de la manera más positiva posible, al mismo tiempo que esta comprensión facilite el cuidado personal, optimizando los niveles de salud y la productividad laboral.

Teniendo en cuenta estas dos grandes problemáticas, se busca que esta propuesta sea útil para la población laboralmente activa y que permita aumentar el interés por atender los factores de protección vitales para gozar de una vejez sana tras el proceso de retiro, incentivando la adopción integral de estilos de vida saludables, aspecto que cobra importancia si se toma en cuenta lo que mencionan Triadó y Villar (2014, p. 291): *“disponer de recursos económicos adecuados, junto con apoyo social, buen estado de salud, etc., predispone a afrontar este proceso vital de modo satisfactorio”*.

La modalidad preventiva del programa tiene como objetivo que éste pueda ser implementado en la población adulta como una herramienta de preparación frente a riesgos potenciales que pudieran vulnerar su estado mental, físico o económico antes, durante o después de la jubilación, disminuyendo así costos importantes en cada esfera de la vida. Por demás, la prevención, como lo menciona Barba (2018), es una prioridad para el control de las ECNT que son tan costosas, letales y frecuentes. Así, este beneficio vendría dado por medio del ofrecimiento de un espacio seguro, informativo y reflexivo capaz de potencializar en los participantes sus probabilidades de vivir esta transición de manera más satisfactoria y saludable.

Por último, este programa puede ser de utilidad para los psicólogos que estén interesados en trabajar con este sector desde un enfoque basado en evidencia, o para aquellos que consideren relevantes las aproximaciones sobre intervenciones sanitarias en ambientes públicos y privados.

4.2 Propuesta del Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR)

4.2.1 Objetivo general

Ofrecer herramientas psicoeducativas, cognitivas, emocionales y conductuales a adultos laboralmente activos de entre 40 y 50 años que les permita desarrollar estrategias y habilidades que favorezcan un envejecimiento activo y saludable, especialmente durante el proceso de retiro laboral.

4.2.2 Objetivos específicos

- Desmitificar prejuicios en torno a la vejez y promover una cultura de aceptación, respeto y dignidad para el adulto mayor.
- Concientizar sobre la importancia de la prevención en el ámbito de la salud para el envejecimiento.
- Incitar el establecimiento de hábitos de vida saludable (alimentación, actividad física y mental, vínculos sociales/afectivos o actividades recreativas) que a largo plazo funcionen como factores de protección en el proceso de jubilación o retiro laboral.
- Proporcionar información útil relacionada al proceso de jubilación.
- Facilitar la comprensión sobre el hábito y la cultura del ahorro.

4.2.3 Tipo de estudio, tamaño y diseño muestral

El alcance del estudio es comparativo con un diseño pre-post test con seguimiento (a uno y tres meses) a nivel grupal (N= 15). El tipo de muestra sugerida es no probabilística de sujetos voluntarios, de tal manera que los participantes acudan por interés propio y de forma consentida.

4.2.4 Participantes

Un grupo de 15 personas de ambos sexos, que tengan entre 40 y 50 años de edad, laboralmente activas ya sea en el sector público o privado. La selección de los participantes se realizará por medio de una entrevista semiestructurada por vía telefónica para corroborar los criterios de inclusión para formar parte del programa preventivo.

4.2.5 Criterios de Inclusión

- Residentes de la Ciudad de México.
- Encontrarse trabajando en una dependencia de gobierno, institución privada o laborar de forma independiente.
- Expresar el deseo voluntario de ingresar al programa.
- Escolaridad secundaria o posterior.

4.2.6 Criterios de Exclusión

- Contar con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de la personalidad.
- Padecer alguna discapacidad física, sensorial o mental.
- Dependencia al uso de sustancias psicoactivas.
- Escolaridad primaria o nula.

4.2.7 Instrumentos de medición

- **Ficha de datos sociodemográficos:** Incluye nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, tipo de institución de trabajo, estado de salud, entre otras.

Tras la selección de participantes, se administran en la sesión de evaluación pre-test y post-test los siguientes instrumentos psicológicos para obtener las medidas comparativas una vez concluido el programa:

1) Inventario de Expectativas en torno a la Prejubilación (IDNPJ) (Morales, 2017).

Este instrumento está compuesto por los factores: Conocimiento sobre los Requisitos

para la Jubilación (VC), Planeación sobre la jubilación (VPJ), Apoyo Familiar (VAF), Apoyo Social (VPS), Locus de Control (VLC), Percepción sobre los Servicios Médicos (VPSM), Percepción sobre el Estado de Salud (VPES), y Expectativa Positivas de la Jubilación (PPFJ). Sin embargo, se decidió aplicar únicamente la primera sección de este instrumento cuyos 12 reactivos permiten ahondar sobre la variable “Conocimiento sobre los Requisitos para la Jubilación (VC)”. Las opciones de respuesta son dicotómicas (sí / no) y algunas abiertas, de tal manera que se pueda evaluar mejor la información con la que cuentan los participantes antes y después del programa.

2) Escala de actitudes hacia la jubilación (Elvira & Merino, 2013). Mide las actitudes hacia la etapa de jubilación en personas jubiladas, prejubiladas y laboralmente activas. Se compone de 20 reactivos distribuidos en 4 factores: tiempo libre y ocio (7 ítems), estatus (4 ítems), economía (5 ítems) y salud (4 ítems). En cada reactivo la persona debe asignar un valor en escala Likert entre 1 (muy en desacuerdo) y 7 (muy de acuerdo) para evaluar su actitud ante la jubilación. Para obtener el puntaje final se suman los ítems en una puntuación total entre un rango de 0 a 140, de modo que a mayor puntuación, más positiva es la actitud hacia la jubilación. Cuenta con una confiabilidad de .81. Emplear la escala requiere de un proceso previo de adaptación para la población mexicana.

3) Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV) (Hernández, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2009). Versión adaptada para la población mexicana. Consta de 21 reactivos con cuatro opciones de respuesta (de completamente en desacuerdo hasta completamente de acuerdo) y que en conjunto miden los siguientes factores: 1) estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez, 2) temor al envejecimiento propio y 3) temor al deterioro intelectual y al abandono. La confiabilidad del instrumento es de un $\alpha = 0.831$.

4) Cuestionario FANTASTIC (Wilson & Ciliska, 1984). Es un cuestionario estandarizado y adaptado a población mexicana con 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida, los cuales son: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión) y carrera (labores). Cada uno de los ítems contenidos en el cuestionario incluyen conductas que pueden estar relacionadas con el estado de salud y se califican por medio de una escala de Likert con cinco opciones de respuesta (de 0 a 4) para cada reactivo con una calificación de 0 a 100 puntos para todo el instrumento. Para su calificación se clasifica de la siguiente manera: menos de 39 puntos: existe un peligro constante; de 40 a 59 un mal estilo de vida; de 60 a 69 puntos: un estilo regular; de 70 a 84: cuenta con un buen estilo de vida; y por arriba de 85 el individuo refiere tener un excelente estilo de vida. Posee una confiabilidad de 0.80 y tiene un buen nivel de reproductibilidad test-retest.

4.2.8 Materiales y escenario

El diseño de este programa hace posible su aplicación en espacios laborales, clínicos y educativos, e incluso en centros de encuentro social como las casas de cultura con que cuentan algunas alcaldías de la ciudad. En el primer caso, se propone su implementación en empresas públicas y privadas, donde derivado de un diagnóstico del personal se encuentre la necesidad de brindar herramientas a los empleados que lo soliciten. En cuanto a escenarios clínicos se refiere, su aplicación puede llevarse a cabo en casas de día, o en clínicas regionales del primer nivel de atención en salud que cuenten con los recursos necesarios para su implementación. Los escenarios educativos pueden ser

universidades para adultos u otros espacios educativos enfocados en esta población. La flexibilidad de aplicación del programa en tal gama de escenarios se debe a que los materiales requeridos para su realización son accesibles, económicos y de uso común. No obstante, cabe mencionar que independientemente de la locación donde se decida emplear, éste no puede ser impartido por personal ajeno a una formación profesional en psicología, pues el uso de las técnicas propuestas requiere de capacitación formal y un bagaje conceptual suficiente para trabajar de forma ética y responsable con el grupo de interés.

En cuanto a las condiciones del espacio, el programa debe impartirse en un espacio cerrado, con adecuadas condiciones medioambientales de luz, sonido y ventilación para facilitar la concentración, comodidad y participación de los asistentes. Además, se propone que sea un espacio que cuente con sillas, mesas, un proyector, equipo de cómputo con Wi-Fi, y conexiones eléctricas.

4.2.9 Definición de variables

Actitud hacia la jubilación

- Definición conceptual: tendencia psicológica expresada por medio de conductas pasivas o proactivas y de una evaluación positiva o negativa hacia la jubilación, y que permiten o impiden una adecuada adaptación ante la misma (Agulló-Tomás, 2001).

- Definición operacional: puntaje total obtenido en la “Escala de actitudes hacia la jubilación (EAJ)” (Elvira & Merino, 2013) por medio de los factores: tiempo libre y ocio, estatus, economía, y salud.

Actitud hacia la vejez

- Definición conceptual: tendencia psicológica expresada por medio de una evaluación positiva o negativa hacia el envejecimiento propio o de terceros.
- Definición operacional: puntaje total obtenido en el “Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV)” (Hernández, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2008), la cual mide los siguientes factores: 1) estereotipos negativos físicos y conductuales asociados a la vejez, 2) temor al envejecimiento propio y 3) temor al deterioro intelectual y al abandono.

Estilos de vida saludable

- Definición conceptual: patrones multidimensionales de acción dependientes de factores internos y externos que se mantienen a lo largo del tiempo y que determinan el grado de salud de la persona que los sostiene (Calpa et al., 2019).
- Definición operacional: puntaje total obtenido en el “Cuestionario FANTASTIC” (Wilson & Ciliska, 1984) a través de nueve factores: familia-amigos, actividad física, nutrición, tabaco-toxinas, alcohol, sueño-cinturón de seguridad-estrés, tipo de personalidad, interior (ansiedad, preocupación, depresión) y carrera (labores).

4.2.10 Procedimiento

Fase de difusión y reclutamiento. Inicialmente se reclutará a los participantes por medio de la difusión del programa, para lo que se empleará un cartel (Anexo No. 1) capaz de ser colocado en los centros laborales, las clínicas o cualquier sede nuclear donde adultos de 40 a 50 años asistan con frecuencia. Los interesados pueden contactarse con el facilitador del programa a través de un contacto (telefónico y

electrónico) para que se les proporcione mayor información sobre la estructura del proyecto, los beneficios de participar en él y verificar que se cumplan los criterios de inclusión. Una vez hecho esto se agenda la cita de evaluación previa a las sesiones, explicando los días, horarios y sitio de reunión. A aquellas personas interesadas que no alcancen cupo o no cumplan con todos los criterios de inclusión, se les proporciona el contacto de centros de atención, instituciones o asociaciones relacionadas con los contenidos del programa y se les agradece su interés por participar.

Fase de evaluación pre-test. Una vez cubierta la cuota de participantes se les reúne en conjunto para explicarles con mayor profundidad las fases del programa y los puntos establecidos en el consentimiento informado con las implicaciones éticas del programa. Así mismo se les entregan los instrumentos de evaluación (ficha de datos sociodemográficos, escalas de actitudes hacia la vejez, la jubilación y los estilos de vida saludable) y el cronograma con los temas y fechas de las sesiones.

Fase de Intervención. Consiste en la realización propia de las actividades del programa preventivo de inicio a fin, es decir, desde la primera hasta la novena sesión. El contenido e instrucciones de éstas se describen a detalle en la carta descriptiva. La duración de las sesiones varía en función de los objetivos de cada una: para la evaluación pre test la duración es de una hora, las sesiones subsecuentes hasta el cierre tienen una duración de dos horas, y la evaluación post test, así como ambos seguimientos constan de 45 minutos.

Fase de evaluación post-test y seguimiento. Contempla las sesiones de evaluación post-test a una semana de concluir las actividades y de seguimiento a uno y tres meses. La localización de los participantes tras el periodo de tiempo se hará por medio de recordatorios vía telefónica y correo electrónico. El procedimiento específico de estas sesiones se encuentra descrito en la carta descriptiva del programa.

4.2.11 Propuesta de análisis de datos

Para analizar los resultados se propone emplear un análisis estadístico no paramétrico (debido al tamaño de la población ($n= 15$) y al nivel de medición en escala ordinal de cada una de las variables de interés) que permita comparar, de acuerdo al diseño pre-post test, las puntuaciones de las variables una vez realizada la intervención. Por tales motivos, se sugiere emplear la prueba T de Wilcoxon de rangos señalados para muestras relacionadas, cuyo resultado permitirá hacer un análisis de la eficacia del programa para la modificación de actitudes y hábitos relativos a la jubilación y el envejecimiento.

Así mismo, se sugiere tomar medidas relevantes en cuanto a la percepción del programa. Para ello, se recomienda llevar a cabo una evaluación semiestructurada por medio de un cuestionario de satisfacción, de manera individual, preguntándoles a los participantes sobre el grado de aceptación y satisfacción que tuvieron dentro del programa; además si encontraron algún cambio en su comportamiento y en el manejo de las técnicas cognitivo-conductuales por medio del mismo cuestionario y de la actividad de cierre realizada a nivel grupal. Esta información será descriptiva e individual de los casos más relevantes.

4.3 Desarrollo del Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR)

4.3.1 Descripción de los módulos, sesiones y actividades

El Programa Cognitivo-Conductual Preventivo para la etapa de Retiro (PCCPR) está compuesto por un total de trece sesiones, bajo un diseño comparativo pre-post con

seguimiento a uno y tres meses. Cuatro sesiones consisten en la evaluación de las variables de interés (actitudes hacia la vejez, actitudes hacia la jubilación y estilos de vida saludables), es decir, la evaluación previa, la evaluación posterior y dos sesiones de seguimiento. Las nueve sesiones restantes se enfocan en ofrecer herramientas psicoeducativas, cognitivas, emocionales y conductuales basadas en evidencia, para promover el cuidado de la salud y el envejecimiento activo, desmitificar prejuicios en torno a la vejez, así como potenciar los factores de protección y los recursos de los participantes. La modalidad de trabajo es grupal (N=15), sin embargo, todas las evaluaciones son individuales. Los objetivos y temas a desarrollar en cada módulo, se presentan en el resumen general del programa (Tabla 3).

Tabla 3.

Resumen de sesiones del programa preventivo cognitivo-conductual

No. Sesión	Tipo	Tema	Objetivos
Evaluación pre-test	Individual	Aplicación de instrumentos y medición de variables.	<ul style="list-style-type: none"> • Medir el estado de las variables de interés (actitudes hacia la jubilación, actitudes hacia el envejecimiento y estilos de vida saludable).
Sesión 1	Grupal	Introducción al programa.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer rapport, encuadre y confianza entre los participantes y los facilitadores del programa. • Conocer y corregir las expectativas de los participantes respecto al programa. • Definir los objetivos a trabajar durante las sesiones. • Familiarizar a los participantes con el modelo cognitivo-conductual.

Sesión 2	Proceso de envejecimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar los prejuicios, miedos y dudas de los participantes en torno a su propio proceso de envejecimiento. • Desmitificar prejuicios en torno a la vejez. • Dar a conocer los cambios que ocurren durante la etapa de envejecimiento en el ámbito biopsicosocial. • Sensibilizar sobre cómo la historia personal y los hábitos pueden influir en la calidad de vida.
Sesión 3	Grupal Proceso de jubilación/ retiro.	<ul style="list-style-type: none"> • Contextualizar el proceso de jubilación como un hito de importancia personal, social e institucional. • Informar sobre el proceso administrativo. • Reducir las actitudes negativas y aumentar las positivas hacia el propio proceso de jubilación.
Sesión 4	Manejo del estrés.	<ul style="list-style-type: none"> • Dar a conocer los componentes, funciones, características y consecuencias del estrés a corto y largo plazo. • Explicar los usos y beneficios de la atención plena como estrategia de afrontamiento al estrés. • Promover la práctica cotidiana de herramientas para reducir el estrés.
Sesión 5	Planificación financiera.	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear las ventajas y desventajas que conlleva la planificación financiera. • Propiciar la reflexión hacia los propios hábitos financieros. • Introducir conceptos de educación financiera y proporcionar estrategias de ahorro.

Sesión 6	Estilos de vida saludable.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia de mantener una dieta sana, actividad e higiene del sueño en la vida cotidiana y como factores de protección para la etapa de retiro. • Identificar las preferencias personales para la realización de actividades recreativas. • Explicar adherencia al tratamiento.
Sesión 7	Reestructuración del plan de vida y organización del tiempo libre.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar qué es un plan de vida y para qué sirve. • Identificar y reflexionar los deseos y metas de los participantes a corto, mediano y largo plazo. • Brindar un modelo para la solución de problemas. • Generar un plan de vida vinculado al proceso de retiro.
Grupal		
Sesión 8	Relaciones saludables.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la influencia de la participación social y la comunicación efectiva como factores protectores para un envejecimiento saludable. • Modelar un tipo de comunicación asertiva. • Proporcionar pautas para mejorar los procesos comunicativos.
Sesión 9	Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> • Plantear y evaluar los avances alcanzados a través del programa. • Proporcionar retroalimentación ida y vuelta. • Cerrar y despedir la relación establecida. • Reconocer el esfuerzo y trabajo realizado.

Evaluación post-test	Individual	Aplicación de instrumentos y medición de variables.	<ul style="list-style-type: none"> • Medir el estado de las variables de interés (actitudes hacia la jubilación, actitudes hacia el envejecimiento y estilos de vida saludable).
Seguimiento a 1 y 3 meses	Individual	Aplicación de instrumentos y medición de variables.	<ul style="list-style-type: none"> • Recolectar medidas comparativas para evaluar el impacto del programa preventivo.

Ya expuesto el panorama general de las sesiones, a continuación, se presenta la carta descriptiva con los objetivos específicos, las actividades, procedimientos, materiales y el tiempo establecido para las mismas:

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL DE PREVENCIÓN SELECTIVA PARA LA ETAPA DE RETIRO (PCCPR)

EVALUACIÓN PRE TEST				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
-Medir el estado de las variables de interés (actitudes hacia la jubilación, actitudes hacia el envejecimiento y estilos de vida saludable). -Solicitar el consentimiento informado de los participantes.	Rapport y bienvenida.	-Al inicio de la sesión se dará una bienvenida y se les recordará a los participantes los objetivos del programa y de la evaluación.		5 minutos
	Consentimiento informado.	Se les proporcionará a los participantes un consentimiento informado, solicitándoles que lo lean detenidamente y dado el caso, que pregunten sus dudas sobre el mismo.	-Anexo No. 2	5 minutos
	Aplicación de instrumentos			
	Ficha de datos sociodemográficos.	El facilitador solicita a los participantes llenar la ficha de datos sociodemográficos con los cuales se podrá dar seguimiento a sus evaluaciones.	-Anexo No. 3	10 minutos

	<p>-“Escala de actitudes hacia la jubilación” (Elvira & Merino, 2013).</p> <p>-“Conocimiento sobre los Requisitos para la Jubilación (VC)” del “Inventario de Expectativas en torno a la Prejubilación” (IDNPJ) (Morales, 2017).</p>	-Autorreporte	-Formato de la escala impresa (Anexo No. 4 y Anexo No. 5)	15 minutos
	“Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV)” (Hernández, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2008)	-Autorreporte	-Formato del cuestionario impreso (Anexo No. 6)	10 minutos
	“Cuestionario FANTASTIC” (Wilson & Ciliska, 1984).	-Autorreporte	-Formato del cuestionario impreso (Anexo No.7)	10 minutos
	Cierre.	Una vez aplicados los instrumentos de evaluación el aplicador agradece la participación y hace entrega del cronograma de actividades (Anexo No. 8) para establecer las futuras sesiones.	-	5 minutos

Sesión 1. Introducción al programa.				
Objetivos	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Establecer rapport, encuadre y confianza entre los participantes y los facilitadores del programa.</p> <p>-Conocer y corregir las expectativas de los participantes respecto al programa.</p> <p>-Definir los objetivos a trabajar durante las sesiones.</p> <p>-Familiarizar a los participantes con el modelo cognitivo-conductual y con la práctica de atención plena durante las</p>	Rapport y encuadre.	Se les explicará a los participantes la duración, el propósito y las características del programa. De forma simultánea se resolverán dudas o inquietudes.	-	10 minutos
	Presentación mediante ilustraciones.	(Anexo No.9)	Ilustraciones de revistas, postales, periódico, etc. con motivos variados de paisajes, situaciones, personas y cosas.	35 minutos
	Detección de expectativas.	(Anexo No.10)	Hojas tamaño carta, de rotafolio, lápices y plumones.	35 minutos
	Psicoeducación sobre el modelo cognitivo-conductual y sobre atención plena.	Se dará una breve introducción a los participantes sobre las características del enfoque cognitivo-conductual y de la práctica en atención plena por medio de la exploración de sus conocimientos previos sobre éstos, y haciendo uso de ejemplos basados en experiencias personales, incentivando la participación activa.	-Equipo de cómputo, cañón y diapositivas Power Point.	30 minutos

sesiones.	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas.	-	10 minutos
-----------	---------	--	---	------------

Sesión 2. Entendiendo la vejez.				
Objetivo(s)	Actividades	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Explorar los prejuicios, miedos y dudas de los participantes en torno a su propio proceso de envejecimiento.</p> <p>-Desmitificar prejuicios en torno a la vejez.</p> <p>-Dar a conocer los cambios que ocurren durante la etapa de envejecimiento en el ámbito biospsicosocial.</p> <p>-Sensibilizar sobre cómo la historia personal y los hábitos pueden influir en la calidad de vida.</p>	Actividad de atención plena: Centrarse en un único objeto.	(Anexo No.11)	-	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Mitos y realidades del envejecimiento propio y ajeno.	<ol style="list-style-type: none"> 1) El coordinador reparte a cada participante tres tarjetas y una pluma. 2) Se les solicita que en una hoja escriban brevemente algún miedo que tengan sobre envejecer. En otra ficha, que anoten un posible prejuicio, y en la última, un aspecto que crean positivo. 3) Se les da 5 minutos para hacerlo. Mientras tanto, el coordinador divide el pizarrón en dos columnas: mitos y realidades. 	<p>-Pizarrón</p> <p>-Plumones/plumas</p> <p>-Medias hojas carta (3 por persona)</p> <p>-Cinta adhesiva</p>	50 minutos

		<p>4) Una vez que hayan concluido, se les pide que peguen con cinta cada tarjeta en la columna que crean correspondiente.</p> <p>5) Al finalizar, todos vuelven a sus lugares y el coordinador discute junto con el grupo la opinión sobre cada idea en el pizarrón, dando retroalimentación y aclarando las razones por las cuales es un mito o una realidad. Al hacerlo, las tarjetas se irán despegando y reubicando en la columna adecuada.</p> <p>6) Tras la revisión de cada concepto, se elabora una conclusión que refleje los aspectos en común encontrados durante el ejercicio.</p>		
	Exposición del tema: cambios biopsicosociales durante la etapa de adultez intermedia y avanzada.	El coordinador expondrá de forma teórica los aspectos más relevantes sobre las características del envejecimiento a partir de la madurez para complementar y consolidar la información dada en la dinámica previa.	-Equipo de cómputo -Cañón -Presentación Power Point	35 minutos
	Hábitos para un envejecimiento saludable/exitoso.	Se mostrará al grupo un cartel con un listado de 7 hábitos recomendados para mantenerse sano durante la etapa de la vejez. Explicando las relaciones de causa y efecto.	-Cartel 7 Hábitos Saludables (Anexo No. 12)	10 minutos

	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas.	-	10 minutos
--	---------	--	---	------------

Sesión 3. ¿Por qué prepararse para la jubilación?				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Contextualizar al proceso de jubilación como un hito de importancia personal, social e institucional.</p> <p>-Proporcionar información básica sobre la jubilación e incitar el aumento de conocimiento sobre el tema.</p> <p>-Reducir las actitudes negativas y aumentar las positivas hacia el propio proceso de jubilación.</p>	Actividad de atención plena.	El cuerpo sentido (Anexo No. 13)	-	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Reflexiones sobre la jubilación.	Para dar inicio a la sesión, se presentará un vídeo breve que sintetice algunos aspectos importantes sobre el proceso de retiro.	-Equipo de cómputo, cañón, bocinas. Video: https://www.youtube.com/watch?v=sBDtZ8UvXKY	5 minutos
	Psicoeducación sobre el proceso de retiro.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Indagar los conocimientos previos acerca del proceso de jubilación de los participantes por medio de la pregunta: ¿Qué saben y piensan ustedes sobre el retiro/jubilación? 2) Explicar el funcionamiento del retiro en cuatro módulos: 	-Equipo de cómputo -Cañón -Diapositivas Power Point	60 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes -Funciones -Proceso administrativo -Consideraciones finales 		
	Palabras clave.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se le pide a cada uno de los participantes que mencionen, con una sola palabra, que sintetice o resuma, lo que piensa sobre la jubilación. 2) El coordinador realiza en conjunto una reflexión en torno a lo que cada palabra significa para los compañeros y resuelve las dudas que surjan durante el proceso. 3) Se hace un recuento final de las posibles ventajas y desventajas que trae consigo la jubilación, generando una visión más realista de lo que implica. 	-Pizarrón, plumones (en caso de ser necesario).	30 minutos
	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas. Además se les hace la invitación a investigar con mayor profundidad y detalle sobre los requisitos de jubilación de sus sedes de trabajo.	-	10 minutos

Sesión 4. Manejo del Estrés.				
Objetivos	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Dar a conocer los componentes, funciones, características y consecuencias del estrés a corto y largo plazo.</p> <p>-Explicar los usos y beneficios de la atención plena como estrategia de afrontamiento al estrés.</p> <p>-Promover la práctica cotidiana de herramientas para reducir el estrés.</p>	Respiración diafragmática.	(Anexo No.14)	-	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Revisión del tema estrés y atención plena.	Se definirá el concepto de estrés, sus características y consecuencias en la salud. Se dará una introducción sobre <i>mindfulness</i> y sus componentes como una estrategia para combatir el estrés.	-Equipo de cómputo, cañón, presentación de Power Point.	35 minutos
	Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena.	(Anexo No.15)	-3 pasas por persona	25 minutos
	Identificación de estímulos estresantes y de estilos de afrontamiento.	-Se leerá de manera grupal un caso hipotético para ejemplificar cómo se desata una respuesta al estrés. -Se analizará en conjunto con el grupo la situación ficticia desglosando las causas, las posibilidades de respuesta y las	-Una copia del caso práctico (Anexo No. 16).	35 minutos

		<p>alternativas de solución ante el problema.</p> <p>-Se les pedirá a los participantes que señalen a modo de discusión los estilos de afrontamiento que encuentren dentro del caso y que al hacerlo piensen en cómo hubieran actuado ellos.</p> <p>-A partir de sus respuestas se ejemplifican estilos de afrontamiento y se proporcionará retroalimentación e introducirán los conceptos de compasión y aceptación asociados a la práctica de atención plena</p>		
	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas.	-	10 minutos

Sesión 5. Por una cultura del ahorro.				
Objetivos	Actividad (es)	Procedimiento	Materiales	Tiempo
-Plantear las ventajas y desventajas que conlleva la planificación	Actividad atención plena.	El sonido (Anexo No.17)	-	10 minutos

financiera. -Propiciar la reflexión hacia los propios hábitos financieros. -Introducir el concepto de ahorro, otros conceptos de educación financiera y proporcionar estrategias de ahorro.	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Sensibilización sobre la relación entre la seguridad económica y la calidad de vida durante la vejez.	El coordinador explicará la importancia y la relación existente entre la planificación financiera y el envejecimiento saludable.	-Equipo de cómputo, cañón y bocinas. -Video: https://www.youtube.com/watch?v=CRI6NHZGJWM	10 minutos
	Introducción a las finanzas personales.	El coordinador explicará los siguientes conceptos básicos asociados a las finanzas personales: - Bienes -Recursos -Patrimonio	-Equipo de cómputo, cañón y presentación Power Point.	25 minutos
	Identificando mi patrimonio.	Los participantes identificarán los bienes, deudas y recursos personales para cuantificar y evaluar su situación económica actual.	Una copia del formato "Finanzas Personales" a cada participante (Actividad 1 y 2 del Anexo No. 18)	20 minutos
		El coordinador explicará los siguientes conceptos básicos asociados al ahorro: -¿Qué es el ahorro?	-Equipo de cómputo, cañón y presentación Power Point.	25 minutos

		-Consumo consciente -Análisis costo-beneficio -Ahorro formal e informal		
	Presentación del vídeo: ¿Qué es una AFORE?	Se introducirá al tema por medio de un video informativo sobre el AFORE. De forma paralela, el facilitador proporciona información de contacto de algunas sedes y comisiones gubernamentales de educación y protección financiera.	-Equipo de cómputo -Cañón y bocinas -Video: https://www.youtube.com/watch?v=qqoHMtflrJU	5 minutos
	¿Cuánto puedo ahorrar?	Los participantes harán un ejercicio de cálculo e identificación de posibilidades monetarias basadas en el ahorro.	Actividad 3 del formato "Finanzas Personales" (Anexo No.18).	10 minutos
	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas.	-	10 minutos

Sesión 6. Estilos de vida saludable.				
Objetivos	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Explicar la importancia de mantener una dieta sana, actividad e higiene del sueño en la vida cotidiana y como factores de protección para la etapa de retiro.</p> <p>-Identificar las preferencias personales para la realización de actividades recreativas.</p> <p>-Incitar el autoanálisis sobre las creencias vinculadas al estilo de vida.</p>	Ejercicio de atención plena.	Los sentidos (Anexo No.19)	-	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Psicoeducación.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Se explicarán las leyes de la alimentación correcta y su importancia para la salud. 2) Se dará información sobre los beneficios de realizar actividad física a corto y a largo plazo. Recomendaciones concretas. 3) Se brindará información sobre la higiene del sueño y sus efectos en la salud. 	Equipo de cómputo, cañón y presentación Power Point.	60 minutos
	Dramatización racional-emocional	<p>-El coordinador comentará de forma general la utilidad de la práctica para disminuir las creencias disfuncionales emocionalmente arraigadas y que impiden el cambio de hábitos.</p> <p>-Después solicitará la participación de dos voluntarios.</p> <p>-Posteriormente le explicará al participante que deberá representar la parte emocional</p>	-	20 minutos

	<p>de una creencia, mientras que el coordinador representará la parte racional.</p> <p>-Al concluir, se intercambian los roles y se discute el contenido del diálogo.</p> <p>-El coordinador dirige la dramatización, y utiliza el ejercicio como invitación para hacer una autoexploración de las creencias que dificultan el cambio personal.</p>		
Mi mente activa.	<p>- Se le brindará a cada participante una copia del formato "Mi mente activa".</p> <p>-Después se les explicará el formato y se les comenta que este es un ejercicio de autorreflexión, en el cual deberán anotar de 2 a 5 actividades recreativas que practiquen actualmente o que llegaron a practicar y disfrutar anteriormente.</p> <p>-Al finalizar, se les invita a compartir lo que escribieron de forma voluntaria. El facilitador complementa el contenido.</p> <p>-El facilitador explica que cada quién podrá guardar su hoja y llevarla a casa, pues el objetivo es tener presente el plan de acción y las motivaciones de cada actividad elegida.</p>	-Una copia del formato "Mi mente activa" (Anexo No.20) para cada participante.	15 minutos
Cierre.	Se hará una conclusión sobre la sesión, se responderán dudas y se les entregará a los participantes el material escrito con recomendaciones concretas sobre los estilos de vida saludable revisados (Anexos	-	10 minutos

		21, 22 y 23).		
--	--	---------------	--	--

Sesión 7. Proyecto de vida y organización del tiempo libre.				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Explicar qué es un proyecto de vida y su función.</p> <p>-Identificar y reflexionar los deseos y metas de los participantes a corto, mediano y largo plazo.</p> <p>-Brindar un modelo para la solución de problemas.</p> <p>-Generar un plan de vida vinculado al proceso de retiro.</p>	Técnica de atención plena.	Centrarse en un solo minuto (Anexo No. 24).	-Cronómetro -Reloj de mano	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Proyecto de vida.	<p>-Se les brinda a los participantes los materiales de forma individual.</p> <p>-El coordinador introduce el tema por medio de explicar qué es un proyecto de vida, su utilidad y su relación con el proceso de envejecimiento.</p> <p>-Después, se les brindan las instrucciones de la actividad (Anexo No. 25)</p> <p>-Una vez hecho esto, el coordinador brinda retroalimentación sobre cómo la planeación y rectificación de las</p>	-Hojas blancas -Plumas	40 minutos

		metas genera una estructura cognitiva para la acción.		
	¿Cómo administro mi tiempo libre?	<p>1) Se le hará entrega de un juego de copias a cada participante.</p> <p>2) De forma individual, pero al mismo ritmo y guiados por el coordinador, los participantes responderán cada apartado del análisis de distribución del tiempo.</p> <p>3) Al finalizar, el coordinador pedirá al grupo sus impresiones y reflexiones.</p>	-Una copia del formato <i>Análisis de distribución del tiempo</i> (Anexo No.26).	30 minutos
	Modelo de resolución de problemas.	Se les explicará a los participantes en qué consiste el modelo en solución de problemas y cómo puede aplicarse en la vida cotidiana haciendo uso de un caso práctico para su ejemplificación.	-Una copia del Caso Práctico para cada equipo (Anexo No.27). -Papel y lápiz	25 minutos
	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio para resolver dudas.	-	10 minutos

Sesión 8. Relaciones saludables.				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
<p>-Explicar la influencia de la participación social y la comunicación efectiva como factores protectores para un envejecimiento saludable.</p> <p>-Modelar un tipo de comunicación asertiva.</p> <p>-Proporcionar un modelo de análisis comunicativo y pautas psicológicas para mejorar los procesos comunicativos.</p>	Técnica de atención plena.	Consciencia plena de las emociones (Anexo No.28).	-	10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Vídeo: Los amigos y las amigas enriquecen nuestras vidas.	A forma de introducción, se le presentará al grupo un video breve sobre la importancia del mantenimiento de redes sociales durante el envejecimiento.	-Video: https://www.youtube.com/watch?v=auOk1PIGW0Y	5 minutos
	Exposición del tema: Habilidades sociales y Derechos Asertivos.	Se brindará información relativa al tema de habilidades sociales, explicando cuáles son, algunas técnicas comunicativas, y la influencia de las mismas en el bienestar psicológico durante la adultez intermedia y avanzada.	-Equipo de cómputo -Cañón, bocinas -Presentación Power Point -Los derechos asertivos (Anexo No. 29).	40 minutos
	¿Cómo nos comunicamos? (Modelado en vivo)	1) Se le pedirá a dos voluntarios que hagan una representación de una conversación casual. 2) La pareja formada hablará frente al grupo durante tres		30 minutos

		<p>minutos sobre un tema que sea propuesto por ellos mismos o por el promotor (adicciones, contaminación ambiental, noticias actuales, entre otros), y al hacerlo deberán emplear alguna técnica comunicativa vista con anterioridad. Pueden realizarlo de pie o usando unas sillas para tomar asiento.</p> <p>3) Antes de iniciar, se le pedirá al resto del grupo que durante el turno identifiquen los elementos comunicativos de la conversación.</p> <p>4) Al terminar la actividad, cada uno dará su opinión sobre su experiencia.</p> <p>5) Se brinda retroalimentación y se llega a conclusiones generales.</p>		
	Adherencia.	-Se presentará material audiovisual que resuma el concepto general de adherencia. El facilitador ampliará el contenido del mismo explicando los factores que facilitan el mantenimiento de un hábito o conducta y su relación con el autocuidado en la vejez.	-Equipo de cómputo, cañón, bocinas -Video: https://www.youtube.com/watch?v=u1o0Hy9e7SM	20 minutos
	Cierre.	Se hace una breve conclusión sobre lo visto en la sesión y se da un espacio	-	10 minutos

		para resolver dudas.		
--	--	----------------------	--	--

Sesión 9. Cierre.				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
-Plantear y evaluar los avances alcanzados a través del programa. -Proporcionar retroalimentación ida y vuelta. -Cerrar y despedir la relación establecida. -Reconocer el esfuerzo y trabajo realizado.	Actividad de atención plena.	Práctica de meditación del amor incondicional por ti mismo y por los demás (Anexo No. 30).		10 minutos
	Bienvenida y recapitulación.	Se hará un breve repaso de lo visto en la sesión previa y se explicarán las actividades del día.	-	5 minutos
	Síntesis de aprendizajes y conclusiones generales.	-El facilitador solicitará que se formen grupos de 3 o 5 personas. -Se les pedirá que discutan por equipos los aprendizajes que obtuvieron por medio del programa, pidiendo que esto se haga con total respeto y atención. Cada participante tendrá 3 minutos para compartir su experiencia. -Cada equipo deberá generar conclusiones basadas en sus comentarios y un representante lo comentará en voz alta con el resto del grupo. -El coordinador brindará retroalimentación sobre las conclusiones generadas.		50 minutos

	Retroalimentación participante-coordinador.	Los coordinadores solicitarán a los participantes que valoren el programa con base en su experiencia y opinión personal.	-Copia del Cuestionario de Satisfacción (Anexo No.31)	30 minutos
	Clausura Informal	(Anexo No. 32)	-Diplomas (anexo No. 33).	15 minutos
	Cierre.	El coordinador finalizará la sesión pidiéndoles a los participantes que acudan a la sesión de evaluación final y a las sesiones de seguimiento, recalando la importancia de asistir a ambas.	-	10 minutos

EVALUACIÓN POST TEST, SEGUIMIENTO A 1 y 3 MESES				
Objetivo	Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
-Medir el estado de las variables de interés (actitudes hacia la jubilación, actitudes hacia el envejecimiento y estilos de vida saludable). -Dar seguimiento a	Bienvenida.	-Al inicio de la sesión se dará una bienvenida y se les recordará a los participantes los objetivos de la evaluación. -Se les brindarán los instrumentos pertinentes para cada caso.	-	5 minutos
	Aplicación de instrumentos			
	-“Escala de actitudes hacia la jubilación” (Elvira & Merino, 2013).	-Autorreporte	-Formato de la escala impresa (Anexo No. 4 y	15

los efectos del programa a través del tiempo.	-“Conocimiento sobre los Requisitos para la Jubilación (VC)” del “Inventario de Expectativas en torno a la Prejubilación” (IDNPJ) (Morales, 2017).		Anexo No. 5)	minutos
	“Cuestionario de Actitudes a la Vejez (CAV)” (Hernández, Torres, Coronado, Herrera, Castillo & Sánchez, 2008)	-Autorreporte	-Formato del cuestionario impreso (Anexo No. 6)	10 minutos
	“Cuestionario FANTASTIC” (Wilson & Ciliska, 1984).	-Autorreporte	-Formato del cuestionario impreso (Anexo No.7)	10 minutos
	Cierre.	Una vez contestados los instrumentos de evaluación el aplicador agradece la participación y se acuerdan la hora y lugar para la siguiente sesión (dado el caso).	-	5 minutos

Capítulo V

Conclusiones

A modo de conclusión, el presente trabajo permite hacer un recorrido completo de los procesos biológicos, psicológicos y sociales englobando la evolución hacia el envejecimiento desde la adultez media, considerando al individuo y a sus conductas enmarcadas dentro de un contexto específico como los protagonistas de un continuo en el tiempo, retroalimentándose entre sí al construir un *modus vivendi* en la construcción de la senectud. Este punto refleja cómo la vejez no es un proceso aislado a las actitudes, decisiones y acciones tomadas antes de los últimos años de vida, tampoco se trata necesariamente de un evento súbito que surge a partir de cumplir con un rango de edad o de un fenómeno subyugante ante el cual nada pueda hacerse (aun siendo inevitable); más bien, desde la perspectiva abordada aquí, ésta puede ser entendida como una sucesión, como una consecuencia de estar vivo desarrollándose día con día hasta volverse más evidente. De esta manera, considero que adoptar una visión similar del envejecimiento a nivel personal, profesional, individual y colectivo podría tener un impacto tangible en la atención dirigida al tema que, a pesar del creciente esfuerzo hecho en los últimos años por reivindicar su importancia, continúa siendo indiferente para una gran mayoría, más aún en países que se clasifican como no envejecidos a la fecha como lo es México, pero cuyo incremento en la tasa poblacional de adultos mayores incrementa contundentemente.

La problemática en torno al envejecimiento poblacional es compleja y no puede ser simplificada únicamente al cambio de actitudes o a la reducción del estigma que se tiene de manera generalizada; son muchas las variables implicadas, de tal suerte que incluir

otros campos de especialización más allá del sector salud es fundamental para avanzar en la transformación de una sociedad más abierta, respetuosa e incluyente para con los ancianos. Sin embargo, es compromiso de la psicología atender las conductas enlazadas con las creencias frecuentemente negativas o evitativas respecto a envejecer, que limitan la capacidad de vivir plenamente esta etapa. Para lograrlo, la psicología de la salud también tiene la facultad de involucrarse en la enseñanza y promoción del autocuidado como gestor de la calidad de vida a lo largo del tiempo, en cuyo caso será necesario empezar a generar en las personas una mayor asunción de responsabilidad sobre su salud, por medio del trabajo emocional, actitudinal y cognitivo.

Recapitulando, el objetivo general de este proyecto fue diseñar un programa de prevención para la jubilación bajo el enfoque cognitivo conductual para adultos entre 40 y 50 años, laboralmente activos. De manera específica, a partir de la creación de éste, se buscó producir contenido apto para aumentar el grado de conocimiento que se suele tener sobre el proceso de retiro como el hito de culminación de la vida laboral. Al respecto, la búsqueda de literatura sobre los programas, talleres, capacitaciones, etc. dirigidos a brindar una preparación estructurada para la adaptación a la jubilación, arrojó una carente existencia de los mismos, todavía más notable en nuestro país. La gravedad de ello reside en que la toma de decisiones de los individuos se ve afectada por el tipo de información con la que cuentan o no, en un momento determinado. En este sentido, dos clases de decisiones son nucleares para definir la experiencia de la jubilación: las financieras y las relacionadas con el estilo de vida, ambas desarrolladas puntualmente dentro de este programa. En el primer caso, resulta preocupante la desinformación que hay sobre el manejo de las finanzas personales, el ahorro, la inversión y las normas jurídicas adscritas al sistema de pensiones, desconocimiento en parte justificado por la desorganización e ineficacia burocrática dominante. Como se revisó en el capítulo dos, la

falta de recursos económicos altera negativamente las posibilidades educativas, recreativas, profesionales y de acceso a los servicios de salud en todas las etapas de vida, pero en la vejez la escasez de recursos potencia la fragilidad del individuo posicionándolo en una condición en extremo dependiente, en un momento en el que la disminución de algunas funciones físicas y cognitivas dificulta la competencia contra las exigencias laborales, que además restringen la oportunidad de empleo para este grupo etario. Bajo esta realidad, son numerosas las mejoras a llevarse a cabo para evitar ver vulnerados los derechos de los mayores, siendo la prevención una de ellas y, desafortunadamente, de las más subestimadas.

Por otro lado, la toma de decisiones vinculada a los estilos de vida presupone otro factor determinante en la satisfacción obtenida tras la jubilación. En la propuesta aquí planteada se incluyó mucha información sintetizada sobre los avances científicos respaldando la teoría del envejecimiento activo como protector ante enfermedades mentales y físicas, a partir de la cual se estructuró una parte significativa de las sesiones dirigidas al público. Los estilos de vida saludable funcionan como un eje rector de esta iniciativa por su notable papel en la regulación de mecanismos subyacentes a la senescencia celular, es decir, a los cambios dinámicos que acontecen gradualmente en todos nuestros sistemas y que van dirigiendo el curso vital en conjunto con sus múltiples manifestaciones dentro del continuo salud- enfermedad. El descuido cada vez más normalizado en la calidad de nuestra alimentación, de nuestro descanso, de nuestro movimiento, de la salud mental y de nuestras relaciones intra e interpersonales se nos presenta imponente exigiendo una respuesta correctamente fundamentada para mitigar sus efectos adversos. Así, otra conclusión a remarcar es que el trabajo para la vejez necesita ser integral e ir de lo general a lo específico, delimitando adecuadamente las áreas de intervención acorde a las necesidades reales de la población y al nicho desde

las que parten, aceptando también las limitaciones estructurales del contexto pero de una manera activa que emplee las herramientas disponibles en ciencia y tecnología para aportar crecimiento o mejora, para proteger el valor de la salud.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo, cabe mencionar que la principal fue la imposibilidad de aplicar el programa de forma empírica para corroborar su eficacia por medio de las evaluaciones y retroalimentación de los participantes. Ejecutarlo habría permitido integrar un tipo adicional de conclusiones basadas en datos duros, así como enunciar con mayor especificidad las mejoras necesarias para perfeccionar el programa, ampliando a partir de ello la posibilidad de replicabilidad. No obstante, esta propuesta puede ser sólo el inicio de un proyecto capaz de extenderse a futuro, un futuro cercano en donde las condiciones faciliten su aplicación y entonces poder llevar este cúmulo de conocimiento hacia el siguiente nivel, a donde más peso cobra que es hacia la población que lo necesita, a los trabajadores en activo.

Siguiendo con las limitaciones metodológicas del programa, resulta claro que un punto de mejora es la cantidad de participantes. Se propuso un total de 15 personas de ambos sexos, un número que evidentemente imposibilita representatividad y que, al no estar delimitado en una cuota particular de varones o mujeres, se pierde la oportunidad de hacer un posible análisis comparativo de los resultados a través de la variable del sexo. Pero es necesario recordar que la modalidad de trabajo grupal potencia sus efectos si se trabaja con grupos más reducidos, por lo que haciendo un balance en términos de calidad de aprendizaje y participación activa, las ventajas son mayores en este caso.

Adicionalmente, el diseño del programa pretendía incluir una evaluación antropométrica de cada participante para complementar la información psicométrica con puntajes fisiológicos que dieran cuenta de probables cambios en el peso, en la condición física y en la alimentación después de concluir las sesiones sobre estilos de vida. A pesar

de que incluirlas haría más riguroso el procedimiento, se optó por no hacerlo debido a que la intervención no tiene como objetivo central modificar tales parámetros, sino más bien ofrecer elementos psicoeducativos, cognitivos y emocionales que ayuden a pulir las habilidades de los trabajadores en su camino a un envejecimiento más satisfactorio. Naturalmente, se propone que en futuras investigaciones se plantee la opción de especializar los programas de preparación para la jubilación con esta clase de evaluaciones añadidas.

Paralelamente, considero que las aportaciones realizadas por medio de este programa son valiosas en dos sentidos. El primero, se refiere a la creación de un nuevo material sustentado en evidencia clásica y actualizada sobre los factores más estudiados repercutiendo en la longevidad. Cada técnica de enseñanza, estrategia y recomendación ofrecida parten de algunas de las teorías más validadas en el campo de la psicogerontología o del enfoque cognitivo-conductual, así como de estrategias gubernamentales oficiales orientadas a la prevención de enfermedades por profesionales en nutrición, educación y economía. El segundo, es justamente este acercamiento multidisciplinario e integral reflejado en el contenido del programa, un mensaje que busca transmitir la necesidad de generar otros programas preventivos de calidad para la etapa pre-jubilatoria, donde se considere un campo de interés a las personas entre los 40 y 50 años, un subgrupo pocas veces asistido.

Otra contribución consiste en haber incluido ejercicios de atención plena en las sesiones. Como tal, su aplicación busca producir en los trabajadores una predisposición y focalización positiva hacia el tema del día, así como reforzar por medio de la práctica una estrategia para el manejo del estrés, ofreciendo un espacio confortable seguro y de aprendizaje, asociación que además ayuda a incrementar la adherencia y la participación. Además, la práctica es útil en el entrenamiento de la metacognición como mecanismo

regulatorio en procesos emocionales, dando lugar a respuestas menos impulsivas y más conscientes; patrones funcionales en tareas como planear un proyecto de vida o instaurar un plan de ahorro a futuro. A su vez, la repetición de estos ejercicios breves al inicio de las sesiones se considera una herramienta para el trabajo de la aceptación sin juicio para experimentar vivencialmente, dejando abierta la alternativa de que los participantes las repliquen en el momento y escenario deseado (en el familiar o laboral, por ejemplo). Esto, a saber personal, al menos en la literatura nacional no se había incluido en ningún otro programa de jubilación.

Finalmente, me gustaría concluir enfatizando que México posee la ventaja actual de no ser un país envejecido, aunque sí en camino de serlo, característica que puede ser aprovechada si se toman las medidas pertinentes, porque la reducción en la tasa de natalidad junto con el aumento de la esperanza de vida no son manifestaciones aisladas, son una realidad que impacta e impactará con más fuerza en el futuro a todos los sectores de la población y a todas las actividades. Pensando en ello, este trabajo también busca trasladar su directriz fundada en la prevención fuera del mismo, abriendo cuestionamientos en torno a ¿qué se está haciendo actualmente a nivel gubernamental, institucional, empresarial, educativo, social e individual para reducir los efectos negativos que puede traer consigo el envejecimiento de la población?, ¿cómo potenciar los efectos positivos?, ¿qué tanto se está haciendo e invirtiendo para crear las condiciones óptimas laborales, de asistencia sanitaria y de salud mental que requerirán las futuras generaciones de adultos mayores y sus familiares?, ¿cuáles son las barreras a enfrentar?, o ¿qué puede aportar la psicología a este acontecimiento y cómo lo podría hacer?, etc. Se trata de cuestiones difíciles de resolver si no se empieza por reflexionar concienzudamente, con mayor vigor sobre la propia vejez, sobre sus cualidades, posibilidades, sobre su valor, los miedos que le acompañan. Dedicar un tiempo a ella

cada día de nuestra vida, independientemente de la edad que se tenga, seguramente motivará en mayor medida nuestras acciones para contribuir en la transformación demográfica con visión, planeación, decisión y empatía.

Referencias

- Ader, R. (2007). *Psychoneuroimmunology*. Editorial Elsevier Academic Press.
- Agulló, M. S. (2001). *Mayores, actividad y jubilación: Una aproximación psico-sociológica*. IMSERSO.
- Allen, T. D., Henderson, T.G., Mancini, V.S. & French, K.A. (2017). *Mindfulness and meditation practice as moderators of the relationship between age and subjective wellbeing among working adults*. Springer Science+Business Media New York.
- Almeida, Z. & Benevides, A. (2018). Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. *Liberabit, Revista Peruana de Psicología*, 24(1). <https://doi.org/10.24265/liberabit.2018.v24n2.07>
- Alvarado, A.M., & Salazar, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Árraga, M., Sánchez, M., Pirela, L. & Mariotti, L. (2016). Actitud de adultos venezolanos hacia la vejez. *Espacio Abierto Cuaderno Venezolano de Sociología*, 25(4), 299-313.
- Asociación Mexicana de Administradoras de Fondos para el Retiro. (2013). *Encuesta Ahorro y Futuro 2013: ¿Cómo viven los mexicanos el retiro?* www.amafore.org
- Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontological Society of America*, 29 (2).

- Baltes, P.B., Staudinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: theory and application to intellectual functioning. *Annu. Rev. Psychol*, 471-507.
- Barba, J. (2018). México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante. *Revista Latinoamericana de Patología Clínica. Medicina de Laboratorio*, 65(1), 4-17.
www.mediagraphic.com/patologiaclinica
- Belando, M. (2007). *Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios*. Universidad de Murcia.
- Bertolín, J. M. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 289-307
- Blieszner, R., & Roberto, K. A. (2006). *The baby boomers grow up: contemporary perspectives on midlife*. Psychology Press.
- Buendía, J. & Ramos, F. (2007). *Empleo, estrés y salud*. Pirámide.
- Bupa. (2020). *Tipos de ejercicios*. <https://www.bupasalud.com.mx/salud/tipos-de-ejercicio>
- Burgess, E.O. (2004). *Sexuality in midlife and later lifer couples*. The Handbook of Sexuality in Close Relationships. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Calpa, A. M., Santacruz, G. A., Alvarez, M., Zambrano, C. A., Hernández, E., & Matabanchoy, S. M. (2019). Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 24(2), 139-155.

- Campos, C., Palacios, J., Anaya, M.A., & Ramírez, V. (2019). Los factores de la teoría de la conducta planeada relacionados con el patrón de consumo de bebidas endulzadas en jóvenes universitarios. *Rev Chil Nutr*, 46(3), 319-327. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182019000300319>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D.M. & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychological Association*. 54(3).
- Castaño, G. (2006). Nuevas tendencias en prevención de las drogodependencias. *Salud y drogas*, 6 (2), 127-148. Instituto de Investigación de Drogodependencias.
- Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (2017). *Pensiones y jubilaciones en México: situación actual, retos y perspectivas*. Grupo Interdisciplinario de Investigaciones Sistémico-Interpretativas.
- Cernas, D.A., Mercado, P., & Davis, M.A. (2018). Perspectiva futura de tiempo, satisfacción laboral y compromiso organizacional: el efecto mediador de la autoeficacia, la esperanza y la vitalidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 34 (1), 1-9. <https://doi.org/10.5093/jwop2018a1>
- Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro. (2015). *Envejecimiento: el "tsunami" demográfico que se avecina*. <https://www.gob.mx/consar/articulos/envejecimiento-el-tsunami-demografico-que-se-avecina>
- Consejo Nacional de Población. (2018). *Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050*. México. Recuperado de:

<https://www.gob.mx/conapo/documentos/metodologicos-conciliacion-demografica-de-mexico-1950-2015-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-entidades-federativas-2016-2050-174946>

Consejo Nacional de Población & Asociación Mexicana de Administradoras de Fondos para el Retiro (2015). *Vejez y pensiones en México*. México: Grafia Editores.
<http://www.geriatria.salud.gob.mx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2019). *Comunicado de prensa No. 12: un sistema de protección universal que sustituya programas inconexos y dispersos, recomendable para la población adulta mayor*.
<https://www.coneval.org.mx>

Contreras, A. (2013). Sueño a lo largo de la vida y sus implicancias en salud. *Rev. Med. Clin. Condes*, 24 (3), 341-349.

Creswell, J.D. (2016). Mindfulness interventions. *The Annual Review of Psychology*, 68(18).

Czaja, S. (2006). Employment and the baby boomers: what can we expect in the future. The baby boomers grow up. *Contemporary perspectives on midlife*, 283-298.

Desai, M., Pratt, L. A., Lentzner, H. R., & Robinson, K. N. (2001). Trends in vision and hearing among older Americans. *Aging Trends*.

Díaz, F.A., Casan, L., Parlanti, N., & Falcón, E. (2015). Motivación en la vejez: realización de actividades después de la jubilación. *Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica*, 12(1), 49-60.

- Dilla, T., Valladares, A., Lizán, L. & Sacristán, J. A. (2009). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. *Atención Primaria*, 41(6), 342-348. doi:10.1016/j.aprim.2008.09.031
- DocFinanciero. (2016, mayo 13). 3 Preguntas que debes responder para tu retiro [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=CRI6NHZGJWM>
- Domingo, M. (2009). Envejecimiento exitoso. *Rev. Med. Clin. Condes*, 20(2), 167-174.
- Dulcey, E. (2010). *Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas*. (Vol. 1). Fundación Cepsiger para el Desarrollo Humano.
- Elvira, M. N. & Merino, E. (2013). Estudio psicosocial de la jubilación laboral: análisis y evaluación de las actitudes hacia la jubilación [Disertación doctoral, Universidad de Valladolid].
- Everly, G. & Lating, J. (2013). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Springer.
- Fajardo, E., Campos, C.A., & Moreno, A. (2016). Recreación, ejercicio y ocupación del tiempo libre en la vejez. *Revista Edu-física*, 8(18), 33-41.
- Falque, L. (2014). La evidencia científica y el arte de envejecer. *Anales Venezolanos de Nutrición* 27 (1), 110-118.
- Ferrari, A. U., Radaelli, A., & Centola, M. (2003). Invited review: aging and the cardiovascular system. *Journal of Applied Physiology*, 95(6), 2591-2597.

- Fiocco, A. J., & Meisner, B. A. (2018). Mindfuln aging: the association between trait mindfulness and expectations regarding aging among middle-aged and older adults. *Aging & Mental Health*,
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., & Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- García, E., Trujillo, R., Francia, M. & Lastras, S. (2017). Beneficios del mindfulness sobre el estrés laboral. *Congreso Prevencionar*.
- Giai, M. (2015). Actividades recreativas en adultos mayores internos en un hogar de ancianos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1), 67-76.
- Goldstein, J.R. & Cassidy, T. (2010). How slowing senescence changes life expectancy. *Max Planck Institute for Demographic Research*.
- Guerrero, S., Gaona, E.B., Cuevas, L., Torre, L., Reyes, M., Shamah, T. & Pérez, R. (2018). Prevalencia de síntomas de sueño y riesgo de apnea obstructiva del sueño en México. *Salud Pública Mex*, 60 (3), 347-355. <https://doi.org/10.21149/9280>
- Heidrick, C. (2019). *An affective intervention to improve long-term exercise participation by enhancing anticipated, in-task, and post-task affect* [Disertación de tesis doctoral, Universidad del Estado de Colorado].
- Hermida, P.D., Tartaglini, M. F., & Stefani, D. (2016). Actitudes y significados acerca de la jubilación: un studio comparativo de acuerdo al género en adultos mayores. *LIBERABIT*, 22(1): 57-66.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272016000100005

Hernández, M.R., Torres, M., Coronado, O. Herrera, A., Castillo, P. & Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. En González-Celis, A. L. *Evaluación en Psicogerontología*. Manual Moderno, 1-16.

Hernández, Z.E., Ehrenzweig, & Navarro, A. M. (2009). Factores psicológicos, demográficos y sociales asociados al estrés y a la personalidad resistente en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 13-27.

Hershey, D. A., Jacobs-Lawson, J. M., & Austin, J. T. (2013). Effective financial planning for retirement [Planificación financiera efectiva para el retiro]. In M. Wang (Ed.), *The Oxford Handbook of Retirement*, 402-430.

InverCap. (2016, Marzo 17). ¿Qué es una Afore? [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=gqoHMtLrJU>

Jiménez, E. (2008). El proyecto de vida en el adulto mayor. *Medisan*, 112 (2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445247009>

Kabat-Zinn, J. (2016). *Vivir con plenitud las crisis: cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Kairós.

Kelly, P. (2019, Enero 22). Los amigos y las amigas enriquecen nuestras vidas [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=auOk1PIGWOY>

Kelly, P. (2018, Octubre 29). Reflexiones sobre la jubilación [Video]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=sBDtZ8UvXKY>

Kline, D. W., & Scialfa, C. T. (1996). *Visual and auditory aging*. In J. E. Birren, K. W. Schaie, R. P. Abeles, M. Gatz, & T. A. Salthouse (Eds.). *The handbooks of aging. Handbook of the psychology of aging* (p. 181–203). Academic Press.

Krause, N. (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(3).

Kritchevsky, S. (2016). Nutrition and healthy aging. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 71(10), 1303-1305.

Kulmala, J., Viljanen, A., Sipilä, S., Pajala, S., Pärssinen, O., Kauppinen, M., Koskenvuo, M., Kaprio, J. & Rantanen, T. (2009). Poor vision accompanied with other sensory impairments as a predictor of falls in older women. *Age and ageing*, 38(2), 162-167.

Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review Psychology*.

Landinez, N. S., Contreras, K. & Castro, A. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 562-580.

Leal, J., Álvarez, J., Tamez, A., Vega, M. & Castañeda, O. (2017). Nivel de insomnio no orgánico posterior a una estrategia de higiene del sueño. *Aten Fam*, 24(1), 23-26.

- Lechel, A. et al. (2005). The celular level of telomere dysfunction determines induction of senescence or apoptosis in vivo. *EMBO Rep*, 6(3), 275-81.
- Llanes, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232.
- Lomelí, A. M., López, M.G., & Valenzuela, J.R. (2016). Autoestima, motivación e inteligencia emocional: tres factores influyentes en el diseño exitoso de un proyecto de vida de jóvenes estudiantes de educación media. *Revista electrónica Educare*, 20 (2), 1-22. <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-2.4>
- López, M. & Marín, R. (2016). Revisión teórica desde la psicología sobre representaciones sociales del envejecimiento y la vejez en Latinoamérica y España (2009-2013). *Rev. Cient. Gen. José María Córdova* 14(17), 155-202.
- Madrid, J. A., Ortiz, E., Martínez, A & Rol, M. (2013). El sistema circadiano en el anciano: valoración clínica e intervenciones terapéuticas. *ResearchGate*.
- Maldonado, A. (2019). *Estrés laboral y por qué ahora la STPS norma a las empresas atenderlo*. Red Forbes México. <https://www.forbes.com.mx/estres-laboral-y-porque-es-normativo-atenderlo/>
- Martí, A. (2017). Telómeros y calidad de la dieta. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1226-1245.
- Martínez, T., González, C., Castellón, G., & González, B. (2018). *El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?* Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba.

- Masalan, M.P., Del Río, M.P., Yáñez, A.C., Araya, A.X., & Molina, Y. (2018). Intervención cognitivo-conductual para trastornos del sueño en adultos mayores. *Enfermería Universitaria*, 15 (1). <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62901>
- Mateos, R., & Bravo, L. (2007). Chromatographic and electrophoretic methods for the analysis of biomarkers of oxidative damage to macromolecules (DNA, lipids, and proteins). *J Sep Sci*, 30(2):175-91.
- Mayordomo, T., Sales, A., Satorres, E. & Blasco, C. (2015). Estrategias de afrontamiento en adultos mayores en función de variables demográficas. *Escritos de Psicología*, 8 (3), 26-32.
- Medina, J.H., Fuentes, S.A., Gil, I. B., Adame, L., Solís, F. Sánchez, L.Y., & Sánchez, F. (2014). Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 52(1), 108-19.
- Merchán, E. & Cifuentes, R. (s.f.). Teorías psicosociales del envejecimiento. *Universidad Autónoma de Madrid*. <http://asociacionciceron.org>
- Montes de Oca, V. (2010). *Pensar la vejez y el envejecimiento en el México contemporáneo*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.
- Mora, M. (2016, Septiembre 09). *¿Cómo funciona el sistema de pensiones en México?* Rankia. <https://www.rankia.mx/blog/mejores-afores/3324372-como-funciona-sistema-pensiones-mexico>
- Moragas, R., Rivas, P., Cristofol, R., Rodríguez, N., & Sánchez, C. (2006). Estudio: Prevención de la dependencia. Preparación para la Jubilación-Dos. *Parc Científic*.

- Morales, F. F. (2017). Abordaje psicológico de las expectativas ante la jubilación del personal docente y administrativo de una institución educativa [Disertación doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nuevo León]. <http://eprints.uanl.mx/14085/1/1080241745.pdf>.
- Morán, V.E., & Olaz, F.O. (2014). Instrumentos de evaluación de habilidades sociales en América Latina: un análisis bibliométrico. *Revista de Psicología*, 23(1), 93-105.
- Moreno, L., García, J.J., Soto, G., Capraro, S. & Limón, D. (2014). Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 77(3), 114-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hgmx.2014.07.002>
- Moreno, P., Muñoz, C., Pizarro, R. & Jiménez, S. (2019). Efectos del ejercicio físico sobre la calidad del sueño, insomnio y somnolencia diurna en personas mayores. Revisión de la literatura. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 55 (1), 42-49. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.07.003>
- Moss, A., Reibel, D., Greeson, J., Thapar, A., Bubb, R., Salmon, J. & Newberg, A. (2014). An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: quantitative and qualitative: results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology*, 1-21.
- Myllyntausta, S., Salo, P., Kronholm, E., Aalto, Ville, Kivimäki, M., Vahtera, J., Stenholm, S. (2017). Changes in sleep duration during transition to statutory retirement: a longitudinal cohort study, 40 (7) <http://dx.doi.org/10.1093/sleep/zsx087>

Nakao, M. (2015). Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med*, 4(4).

Naranjo, M. L. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación*, 8(1), 1-27.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44780111>

Navinés R., Martín Santos, R., Olivé, V. & Valdés, M. (2016). Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. *Medicina Clínica*.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2015.11.023>

Oddone, M. J. (2013). Antecedentes teóricos del envejecimiento activo. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, No. 4.
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/odonne-antecedentes-1.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Enfermedades no transmisibles*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 37(52), 74-105.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial Sobre el Envejecimiento y la Salud*.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Mantenerse en forma para la vida: necesidades nutricionales de los adultos mayores. *Publicación Científica y Técnica* No. 595.

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2016). *Estudio de la OCDE sobre los sistemas de pensiones: México*. Centro de la OCDE en México para América Latina. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264250017.es>
- Orlandini, A. (2012). *El estrés: qué es y cómo evitarlo*. Fondo de Cultura Económica.
- Ortega, M.C. (2011). La psiconeuroinmunología y la promoción de la salud. *Universidad Nacional de Educación a Distancia*.
- Ortiz, E., Bonmatí, M., De la Fuente, M. & Mendiola, P. (2012). La cronodisrupción como causa de envejecimiento. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 47(4), 168-173.
- Otero, J.M. (2011). *Estrés laboral y burnout*. Diaz de Santos.
- Papalia, D. (2017). *Desarrollo humano*. McGraw Hill.
- Partida, V. (2017). *Conciliación Demográfica de México 1950-2015*. Consejo Nacional de Población, México. <https://www.gob.mx/conapo>.
- Pelletier, K. R. (1986). *Cómo alcanzar nuestro potencial biológico*. Hispano Europea.
- Pérez, A. B. (2009). Diez hábitos efectivos para la salud del adulto mayor. *Universidad Iberoamericana*.
- Pozos, P., Chávez, O. & Anlehu, A. (2018). Diseño de software para validación dietética de menús nutritivos. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 22(2), 117-131.

- Pujol, J., Santo, O. & Pujol, M. (2017). Abordaje del insomnio en el adulto. *Grupo de Trabajo de Insomnio de la Sociedad Española de Sueño*, 24(10), 555-63.
- Raffino, M. E. (2020). *Aptitud física*. Concepto.de. Recuperado el 9 de agosto de 2020, de <https://concepto.de/aptitud-fisica/>
- Rateau, P., & Lo Monaco, G. (2013). La teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *Revista CES Psicología*, VI(1), 22-42.
- Real Academia Española. (s.f.). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 14 de Julio de 2020, de <https://dle.rae.es/prevenir>
- Rico, M. G., Oliva, D., Vega, G. B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 56(3), 287-94.
- Rodríguez, F., García, D., Gálvez, A., Ayala, E., & Fonseca, L. (2019). Integrando estrategias de aceptación y compromiso, conductuales tradicionales, nutricionales y de actividad física para el manejo de la obesidad. Un estudio piloto. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 313-330. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.6590>
- Rodríguez, N. (2007). Actitudes hacia la jubilación. *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 24 (1), 5-42. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18024101>

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.

Salazar, M.E., Lillo, C.M., Hernández, C.P., Villareal, R.M., Gallegos, C.E., Gómez, M.M., Salazar, B.C. (2018). Factors contributing to active aging in older adults, from the framework of Roy's adaptation model. *Invest. Educ. Enferm.* 36(2) Doi: 10.17533/udea.iee.v36n2e08

Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría: Teoría y clínica*. Paidós.

Sánchez, A., & Morales, M. A. (2018). *Derechos de las personas pensionadas y jubiladas*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.
<http://biblioteca.diputados.gob.mx>

Sánchez, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. [Tesis doctoral, Universidad de Málaga].https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=2ahUKEwjQgtGu0uPmAhuDQKwKHZ6cDAgQFjACegQIAhAC&url=http%3A%2F%2Fwww.sci.uma.es%2Fbbldoc%2Ftesisuma%2F16704046.pdf&usg=AOvVaw3oD3koBnlPO3q_EUteBJnW

Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, 39-54.

Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo: el ciclo vital*. McGraw Hill.

- Secretaría de Gobernación. (2013). *Norma oficial mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.*
- Segre, J. A. (s.f.). Telómero National Human Genome Research Institute. <https://www.genome.gov/es/genetics-glossary/Telomero>
- Škrobot, N., Nanić, L., Ravlić, S., Sopta, M., Gerić, G., Garaj, V. & Rubelj, I. (2017). Telomeres, nutrition, and longevity: can we really navigate our aging? *Journals of Gerontology: Biological Sciences*, 73 (1), 39-47.
- Stevens, J. C., Cain, W. S., Demarque, A., & Ruthruff, A. M. (1991). On the discrimination of missing ingredients: aging and salt flavor. *Appetite*, 16(2), 129-140.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *The Lancet*, 370(9603), 1960-1973.
- Suorsa, K., Pulakka, A., Leskinen, T., Heinonen, I., Heinonen, O., Pentti, J., Vahtera, J. & Stenholm, S. (2019). Objectively measured sedentary time before and after transition to retirement: the finnish retirement and aging study. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 20 (20), 1-7.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgrad Med J*, 90, 26-32.
- Tlatoa, H.M., Ocaña, H.L., Márquez, M.L., Bermeo, J. & Gallo, A.F. (2015). El género, un factor determinante en el riesgo de somnolencia. *Medicina e investigación*, 3(1), 17-21.

- Topa, G., Lunceford, G. & Boyatzis, R. (2018). Financial planning for retirement: a psychosocial perspective [Planificación financiera para el retiro: una perspectiva psicosocial]. *Frontiers in psychology*, 8 (2338).
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02338>
- Tosti, V., Bertozzi, B. & Fontana, L. (2018). Health benefits of the mediterranean diet: metabolic and molecular mechanisms. *Journals of Gerontology: Biological Sciences*, 73(3), 318-326.
- Triadó, C. & Villar, F. (2014). *Psicología de la vejez*. Madrid: España. Alianza Editorial
- Vera, V.R. (2010). La actividad física y la recreación en la tercera edad en la comunidad “El Fanguito” del reparto Hermanos Cruz de Pinar del Río. *Podium Órgano Divulgativo de GDeportes*.
- Vicente, T., Torres, J., Ramírez, V., Terradillos, J., López, A. & Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo [GIMT]. (2014). Trastornos del sueño y trabajo. Aspectos preventivos, médico-legales y laborales. *Rev Esp Med Legal*. 40 (2), 63-71.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2013.06.001>
- Villa, C. (2012). *La vida en la jubilación*. Trillas. (Trabajo original publicado en 2005).
- Viniegra, L. (2016). El bien vivir: ¿cuidando de la salud o proyecto vital? Segunda parte. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 73(4), 283-290.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.01.003>
- Wilson, D. M. & Ciliska D. (1984). Life-style assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. *Can Fam Physician*, 30.

ANEXOS

ANEXO No. 1

Cartel de Difusión del Programa



Si tienes entre **40 y 50 años**, te encuentras trabajando y deseas adquirir herramientas que te ayuden a cuidar tu salud física, mental y económica presente y futura, inscríbete al:

PROGRAMA DE PREVENCIÓN PARA EL RETIRO

“Viviendo como quiero vivir”

REQUISITOS DE INGRESO:

- Tener entre **40 y 50 años**
- Residir en la Ciudad de México
- Trabajar en el sector público o privado
- Escolaridad mínima de secundaria

Donde aprenderás:

- Cómo establecer hábitos de vida saludable (dieta, ejercicio, descanso).
- Estrategias de ahorro.
- Herramientas de auto-control .
- El proceso de jubilación y los cambios que implica.
- El taller se encuentra dividido en 9 sesiones de 2 horas por semana.



Impartido por: Psic. María Luisa García Serrato
Egresada de la Facultad de Psicología, UNAM.

Para mayores informes comunicarse a:

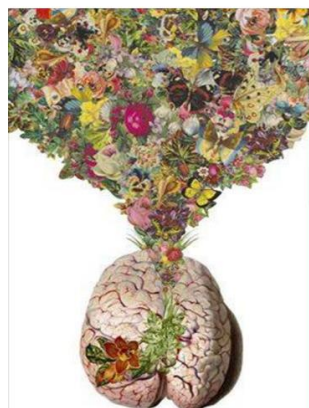
55 XX XX XX XX

o al correo

luluisags@gmail.com

Inicio: DD/MN/AAAA

Término: DD/MM/AAAA





ANEXO No. 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Psic. María Luisa García Serrato



Ciudad de México a ___ de _____ del _____

El presente taller tiene como objetivo ofrecer herramientas psicoeducativas, cognitivas y emocionales a los participantes, de tal forma que éstas les permitan desarrollar estrategias y habilidades que favorezcan un envejecimiento activo y saludable, especialmente durante el proceso de retiro laboral.

Este programa ha sido diseñado para ser implementado en nueve sesiones semanales de dos horas. Ninguna sesión implica el uso de métodos o herramientas que pongan en peligro la seguridad física o emocional del participante, pues las técnicas a implementarse se fundamentan en principios teóricos y metodológicos en psicología clínica con un enfoque cognitivo conductual basada en evidencia, y éstas serán impartidas por profesionales de la salud.

Tras la finalización de las sesiones, se realizarán seguimientos a uno y tres meses una vez concluido el taller, por lo que se deberá tomar en cuenta la disponibilidad para acudir a éstos. Dichos seguimientos consisten en la aplicación de instrumentos psicométricos para evaluar los efectos del taller a través del tiempo.

Al firmar este consentimiento, el participante acepta que ha decidido asistir al programa de forma libre y voluntaria, así como también que ha sido informado con claridad sobre los procedimientos que se llevarán a cabo durante las sesiones, sabiendo que tiene el derecho de expresar sus dudas y que éstas le sean contestadas de forma profesional, así como de interrumpir o abandonar el taller en cualquier momento que así lo decida sin que sea penalizado(a) por esto.

Este documento además garantiza que toda la información personal proporcionada por usted es confidencial, de modo que ésta no podrá ser empleada por terceros y en

caso de hacer uso de los mismos se emplearán de forma anónima y únicamente con fines de investigación científica.

El participante también se compromete a:

- Asistir al taller de forma regular.
- Notificar a los facilitadores sobre retrasos, faltas o bajas al programa.
- Realizar los ejercicios y actividades.

Al firmar, el participante declara que ha leído y comprendido la información aquí expuesta, que se le han brindado las explicaciones que ha solicitado por lo que se encuentra satisfecho con ellas y que desea continuar con el proceso.

Nombre y firma del participante



ANEXO No. 3

FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Folio:

Apellidos:

Nombre (s):

Sexo:

Edad:

Estado civil:

No. telefónico:

Nombre de la institución o empresa en que labora:

Lugar de nacimiento:

Escolaridad:

Religión:

Lugar de residencia:

Ocupación:

Correo electrónico:

Marque con una "x" la respuesta que se adapte a su caso:

Tipo de institución en la que trabaja:

Sector público () Sector privado ()

Años de antigüedad laboral:

¿Le gusta el trabajo que realiza? Sí () No () ¿Por qué?

¿Cómo son las relaciones laborales en su ámbito laboral?

Muy buenas () Buenas () Regulares () Malas ()

¿Padece usted alguna enfermedad física o mental? De ser así, indique cuál (es) y el tiempo de evolución de la(s) misma (s):

En caso de responder afirmativamente a la pregunta anterior, ¿actualmente se encuentra bajo un tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico? Sí () No ()

¿Cuál?:

¿Cuenta usted con un fondo de ahorro para el retiro? Sí () No ()

¿Cómo emplea su tiempo libre?

¿Cuánto tiempo le falta para jubilarse?

Describa brevemente la(s) razón(es) por las cuales está interesado en tomar este taller:

Gracias por su participación.

ANEXO No. 4

IDNPJ- Inventario de expectativas en torno a la prejubilación

- 1) El presente instrumento tiene la finalidad de conocer su punto de vista acerca de su próxima jubilación.
- 2) Resulta importante mencionar que los datos obtenidos serán manejados a nivel confidencial y anónimo, para uso científico.
- 3) Le solicitamos contestar el presente instrumento de una manera sincera.
- 4) En caso de tener alguna duda, comentario o inquietud favor de mencionársela a quien le administra el cuestionario.

I. Datos del encuestado:

Dependencia:	
Antigüedad laboral: ____ 21-25 ____ 26-30 ____ 31 o más	
Categoría laboral:	
Edad:	
Nivel de estudio:	
Género: ____ F ____ M	
Estado civil: Casado ____ Soltero ____ Viudo ____	
Tiene alguna otra actividad remunerada: Sí ____ No ____	
¿Cuál?	
En caso de jubilarse seguiría con ésta u otra actividad laboral: Sí ____ No ____	
¿Por qué?	

II. A continuación se presenta una serie de frases referidas a la jubilación. Usted deberá marcar una equis (X) solamente aquellas con las que esté totalmente de acuerdo.

1.	¿Sabe usted cuál es la edad en años de trabajo en que las personas pueden jubilarse en la institución? En caso de señalar SÍ , ¿cuántos son los años?	Sí	No
2.	¿Sabe usted a qué edad se puede jubilar? En caso de señalar SÍ , ¿cuántos son los años?	Sí	No
3.	¿Sabe usted si las personas pueden jubilarse antes de la edad laboral de jubilación? ¿Por qué motivo?	Sí	No

4.	¿Sabe usted en qué circunstancias se da la jubilación voluntaria o parcial? En caso de señalar SÍ , ¿podría usted describir alguna circunstancia?:	Sí	No
5.	¿Sabe usted en qué circunstancias se da la jubilación impuesta por la dependencia? En caso de señalar SÍ , ¿podría usted describir alguna circunstancia?:	Sí	No
6.	¿Sabe usted quién debe proporcionar los ingresos de la jubilación? Presupuesto de:		
	• Estado		
	• Municipio		
	• Federación		
	• El centro laboral		
	• La persona		
7.	¿Usted hace una aportación económica para su jubilación? ¿Podría señalar cuál es el porcentaje? _____	Sí	No
8.	¿Sabe usted de cuánto será su prima por jubilación (fondo de retiro)?	Sí	No
9.	¿Sabe usted si los ingresos de jubilación son o serán más elevados o inferiores al último salario? Elija uno:		
	• Más elevado		
	• Igual		
	• Inferior		
10.	¿Sabe usted si la jubilación mejoraría o empeoraría su nivel de vida? En caso de señalar SÍ , elegir una:		
	• Mejorará/ha mejorado		
	• Continuará igual/ha continuado igual		
	• Disminuirá/ ha disminuido		
11.	¿Sabe cuáles son los trámites que se deben de hacer para su jubilación? En caso de señalar SÍ , puede mencionar algunos trámites que se tienen que realizar:	Sí	No
12.	¿Cree usted que el tener conocimiento acerca de los trámites y beneficios de la jubilación influya en lo que piensa usted con respecto a la jubilación?	Sí	No

ANEXO No. 5

Escala De Actitudes Hacia la Jubilación

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una “X” en qué medida cada una de las siguientes frases refleja su actitud personal hacia la jubilación, puntuándolas según los valores de la siguiente escala: **1** corresponde a **MUY EN DESACUERDO** y **7** corresponde a **MUY DE ACUERDO**.

		1	2	3	4	5	6	7
1	La jubilación causa en las personas debilidad física.							
2	La jubilación provoca que los ingresos se reduzcan considerablemente.							
3	Al jubilarnos tenemos más tiempo para hacer actividades pero no contamos con el suficiente dinero para hacerlo.							
4	Cuando nos jubilamos tenemos más tiempo para nuestros hobbies e intereses.							
5	Los jubilados hacen más viajes que los trabajadores en activo.							
6	Sufrir ansiedad y depresión es normal tras la jubilación.							
7	Lo mejor de la jubilación es la liberación de horarios, responsabilidades y exigencias.							
8	La sociedad menosprecia a los jubilados.							
9	En nuestra sociedad sólo se valora a quien produce y consume, por lo que las personas jubiladas están mal valoradas socialmente.							
10	Las personas cuando se jubilan pierden el prestigio social que tenían antes.							
11	La jubilación nos permite tener tiempo para estar con los seres queridos.							
12	La jubilación es un momento de disfrutar.							
13	Después de jubilarse la gente sufre más enfermedades.							
14	Un jubilado tiene más dificultades para llegar a fin de mes.							
15	Con la jubilación nos hacemos mayores a la fuerza.							
16	Jubilarse conlleva tener tiempo para estar con la familia y amigos.							
17	La jubilación supone un declive económico.							
18	Para la sociedad los jubilados no sirven.							
19	Con la jubilación sufrimos cambios negativos en nuestro estatus económico que debemos afrontar.							
20	La jubilación nos permite hacer actividades placenteras.							

Elvira, M. N. & Merino, E. (2013). Estudio psicosocial de la jubilación laboral: análisis y evaluación de las actitudes hacia la jubilación [Disertación doctoral, Universidad de Valladolid].

ANEXO No. 6

Cuestionario de Actitudes a la Vejez

Usando la escala del 1 al 4 que a continuación se presenta escriba que tanto está usted de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases.

1= completamente en desacuerdo

2= medianamente en desacuerdo

3= medianamente de acuerdo

4= completamente de acuerdo

Frases	Respuestas
1. Me daría tristeza verme viejo (a)	
2. Sería desagradable que me salieran arrugas.	
3. Me da miedo envejecer.	
4. No me gustaría que la gente me viera con canas.	
5. La boca de una persona vieja huele mal.	
6. Sería espantoso perder mis capacidades mentales con la edad.	
7. Los viejos se vuelven necios y repetitivos.	
8. Con la edad viene la tristeza y la soledad.	
9. Las mujeres canosas son poco atractivas.	
10. A los viejos los olvidan en un rincón.	
11. Los hombres que se quedan calvos son poco atractivos.	
12. Una mujer debe evitar todo signo de vejez.	
13. Estar viejo es deprimente.	
14. Los ancianos huelen mal.	
15. Es fácil tomarles el pelo a las personas mayores.	
16. Estar viejo quiere decir perder la independencia.	
17. Los viejos dan mucha lata.	
18. Los peores conductores son las personas mayores.	
19. Los viejitos son avaros.	
20. Los asilos para personas mayores son deprimentes.	
21. Temo hacerme inútil con la edad.	

Hernández, M.R., Torres, M., Coronado, O. Herrera, A., Castillo, P. & Sánchez, A. (2009). Actitudes negativas hacia la vejez en población mexicana: Aspectos psicométricos de una escala. En González-Celis, A. L. *Evaluación en Psicogerontología* (pp 1-16). Manual Moderno.

ANEXO No. 7

Cuestionario FANTASTIC

Folio _____

Fecha _____

Este cuestionario está diseñado para evaluar el estilo de vida y la relación con la salud. Después de leer cuidadosamente elija con una equis (X) el cuadro que contenga la opción que usted considera que refleja mejor su estilo de vida en el último mes y no olvide responder todas las preguntas.

1. La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
2. Doy y recibo afecto.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
3. Obtengo el apoyo emocional que necesito.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
4. Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.).	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
5. Relajación y disfrute de tiempo libre.	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Casi nunca
6. Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
7. Desayuna diariamente.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

8. Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
9. Referente a su peso...	Sobrepeso hasta de 2 kg	Sobrepeso hasta de 4 kg	Sobrepeso hasta de 6 kg	Sobrepeso de hasta 8 kg	Sobrepeso mayor a 8 kg
10. Consumo de tabaco.	Ninguno en 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
11. Abuso de drogas (prescritas y sin prescribir)	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
12. Café, té, refresco de cola.	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día
13. Promedio de consumo de alcohol a la semana.	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20
14. Bebe alcohol y maneja.	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente
15. Duerme 7 a 9 horas por noche.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
16. Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad.	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
17. Eventos importantes de estrés el año pasado.	Ninguno	1	2 ó 3	4 ó 5	Más de 5

18 Sensación de urgencia o impaciencia.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
19. Competitividad y agresividad.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
20. Sentimientos de ira y hostilidad.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. Piensa de manera positiva.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
22. Ansiedad, preocupación.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
23. Depresión.	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
24. Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
25. Buenas relaciones con quienes le rodean.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

Wilson, D. M, & Ciliska D. (1984). Life-style assessment: development and use of the FANTASTIC checklist. Can Fam Physician, (30).

ANEXO No. 8
Cronograma de Actividades

Sesión	Fecha
1. Introducción al programa.	//
2. Entendiendo la vejez.	//
3. ¿Por qué prepararse para la jubilación?	//
4. Seguridad económica.	//
5. Alimentación y actividad física/cognitiva.	//
6. Proyecto de vida y organización del tiempo libre.	//
7. Manejo del estrés.	//
8. Relaciones Saludables.	//
9. Cierre.	//
10. Evaluación de resultados.	//
SESIONES DE SEGUIMIENTO	
Seguimiento (1 mes)	//
Seguimiento (3 meses)	//

ANEXO No. 9

Presentación mediante ilustraciones

- **Objetivo:** Incita el conocimiento mutuo entre los participantes y permite abrir un proceso grupal. Las ilustraciones estimulan la narración de anécdotas e información que permiten conocerse a un grado un poco más profundo que en una presentación común.
- **Duración:** Elegir las imágenes: 5 minutos. Exposición de cada participante: 2 minutos. Tiempo total: 40 minutos.
- **Materiales:** Ilustraciones de revistas, postales, periódico, etc. con motivos variados de paisajes, situaciones, personas y cosas.
- **Procedimiento:**
 - 1) Se colocan las ilustraciones sobre una mesa o un espacio amplio de tal forma que sean visibles para todo el grupo.

- 2) Se les solicita a los participantes que elijan cada quien cuatro ilustraciones (tres que les gusten mucho y una que no les agrade tanto) que tengan relación con sus experiencias personales en las que se sientan representados.
- 3) Cada participante se presenta brevemente, mencionando su nombre, profesión, edad; al final, muestra las ilustraciones que eligió y comenta por qué las escogió.

Candelo, C., Ortiz, G., & Unger, B. (2003). Hacer talleres: una guía práctica para capacitadores. WWF Colombia.

ANEXO No. 10

Detección de Expectativas

- **Objetivo:** Permite al instructor contar con la posibilidad de determinar las expectativas de los participantes. Además, ayuda a la movilización física del grupo para agregar dinamismo a la sesión.
- **Procedimiento:**
 - 1) Se solicita a los participantes que respondan de manera individual, en la hoja carta, a las preguntas: ¿Por qué estoy aquí? ¿Qué me gustaría aprender? ¿Qué pienso aportar? ¿Qué me gustaría que no ocurriera durante el evento? ¿Qué me gustaría que sí ocurriera durante el evento?
 - 2) Una vez respondidas las preguntas, se les pide que se numeren del 1 al 5 progresivamente y que se reúnan en equipos del mismo número.
 - 3) Se les solicita a los subgrupos que den respuesta a las mismas preguntas a partir de las respuestas individuales de sus miembros y que las conclusiones del conjunto las pongan en hojas de rotafolio.
 - 4) Cuando los equipos terminen, se cuelgan las hojas de rotafolio en las paredes y se da lectura a ellas por medio de un representante de cada equipo. Se piden aclaraciones de dudas.
 - 5) El instructor parte de los comentarios de cada equipo para aclarar qué de aquello que se espera ocurrirá durante el taller y qué no. En caso de que surjan discrepancias, se deben tomar acuerdos o acordar que ciertas expectativas no podrán ser cubiertas.

ANEXO No. 11

Centrarse en un único objeto.

Introducción: Centrarse en un único objeto es una habilidad que te ayudará a concentrarte más plenamente en el momento presente. Recuerda que una de las mayores trampas del inconsciente es que la atención fluctúe de una cosa a otra, de un pensamiento al siguiente. Y, como resultado casi siempre acabas perdido, distraído y frustrado o frustrada. El propósito de este ejercicio es entrenar tu "músculo mental". Vas a aprender a mantener tu foco de atención en aquello que estés observando. Y, con práctica conseguirás mejorar tu atención.

A lo largo de este ejercicio, terminarás por distraerte con tus pensamientos, recuerdos u otras sensaciones. Está bien; le pasa a todo el mundo que lo practica. Procura no criticarte por ello ni renunciar al ejercicio. Simplemente, date cuenta del momento en que tu mente divaga y vuelve a centrarte en el objeto que estás observando.

Escoge un objeto pequeño para centrarte sobre él. Elige algo que pueda sostenerse en una mesa, que se pueda tocar sin peligro y que sea emocionalmente neutro. Puede ser cualquier cosa, como una pluma, un reloj, un anillo. No elijas centrarte en algo que te pueda lastimar ni en una imagen de alguien que no te caiga bien.

Ahora, busca estar cómodo en tu lugar y coloca el objeto sobre la mesa, frente a ti. Desconecta cualquier sonido que te pueda distraer.

Instrucciones: Para empezar, siéntate cómodamente y haz unas cuantas respiraciones lentas, profundas. Luego, sin tocar el objeto, empieza a contemplarlo y a explorar sus diferentes superficies con tus ojos. Tómate tu tiempo para explorar su apariencia. Luego, intenta imaginar las diferentes cualidades que posee ese objeto:

-¿Qué aspecto tiene la superficie de ese objeto?

-¿Es brillante o mate?

-¿Parece suave o áspero?

-¿Parece blando o duro?

-¿Tiene varios colores o solo uno?

-¿Qué hay de particular en el aspecto de ese objeto?

Tómate tu tiempo para observar el objeto. Luego, sostenlo en la mano o bien tiende la mano y tócalo. Empieza a percibir las diferentes formas sensaciones que te produce ese objeto.

-¿Es suave o áspero?

-¿Tiene estrías o es liso?

-¿Es blando o duro?

-¿Es flexible o rígido?

-¿Posee el objeto zonas que tengan un tacto distinto de otras?

-¿Cómo se siente la temperatura del objeto?

-Si lo puedes sostener en la mano, percibe lo que pesa.

-¿Qué más percibes en la manera de sentir este objeto?

Sigue explorando el objeto con la vista y con el sentido del tacto. Continúa respirando cómodamente. Cuando tu atención empiece a vagar, vuelve a centrarte en el objeto. Sigue explorando ese objeto hasta que suene la alarma.

Haz este ejercicio una o dos veces al día durante dos semanas eligiendo, cada vez, un objeto diferente sobre el que centrarte.

McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctico conductual. Desclee de Brouwer.

ANEXO No. 12

Cartel Hábitos Saludables

7 Hábitos Saludables para lograr un Envejecimiento Saludable



1. **Dieta:** Debe ser completa, variada, equilibrada, suficiente, inocua y acorde a las características de cada persona (edad y poder adquisitivo).

2. **Actividad Social:** Ayuda a generar y mantener redes de apoyo que nos protejan del aislamiento.



3. **Sueño:** Tener calidad de sueño tiene un efecto reparador. Se logra manteniendo higiene del sueño.

4. **Higiene:** La higiene personal como baños con regularidad y la salud bucal ayuda a evitar enfermedades.



5. **Evitar hábitos tóxicos:** Evitar el contacto con el tabaco, alcohol y otras drogas tiene muchos beneficios en la salud pues su consumo produce enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer y cardíacas.

6. **Estimulación cognitiva:** La estimulación de la mente por medio de retos diarios permite conservar mejor las funciones cognitivas como la memoria.



7. **Ejercicio físico:** Se recomienda un programa multicomponente que conste de ejercicios de equilibrio, fuerza, resistencia y flexibilidad.

ANEXO No. 13

El cuerpo sentido.

Instrucciones: Posiciónate una postura cómoda, con la espalda erguida, como si tu cabeza estuviera pendiente de un hilo desde el techo o desde el cielo.

Con los ojos cerrados, o si te es más cómodo dejarlos abiertos, busca fijar tu vista suavemente en un punto fijo.

Ahora lleva tu atención a la respiración. Respira de manera natural y mientras lo haces, enfoca tu atención en la presencia de cada una de las partes de tu cuerpo: dedos de tus pies (si no los notas en este momento, imagínalos), tobillos, pantorrillas, rodillas, muslos internos y externos, pelvis, nalgas, genitales, ano, abdomen, ombligo, tórax, senos, espalda, manos, antebrazos, codos, brazos, hombros, cuello, mandíbula, orejas, nariz, boca, ojos, cejas y cuero cabelludo. Mientras haces el recorrido corporal, si notas que alguna de las partes de tu cuerpo se encuentra tensa, apóyate en la exhalación lenta y larga para relajarla.

Nota si percibes o no la presencia de la ropa, anillos, aretes, piercings, collares o algún otro objeto que está en contacto con el cuerpo.

Ahora lleva tu respiración, específicamente a la sensación del recorrido que el aire hace desde tus fosas nasales hasta tus pulmones. Mantén tu atención en esa sensación.

Monitorea lo que emerja durante la práctica, sin hacer juicios sobre ti mismo, sin clasificar pensamientos o sensaciones sentidas, simplemente nótalas.

Esta es una práctica de atención consciente. Observa los movimientos de tu mente, nota cuando ésta divaga o se distrae. Al notar que tu mente ya no está atendiendo al objeto definido para la práctica, tráela amablemente hacia el objeto de la atención, tantas veces como sea necesario.

Villagrán, G., Parada, L., & Ortiz, F. (2017). Manual de atención consciente (mindfulness) y conciencia corporal. UNAM.

ANEXO No. 14

Respiración diafragmática.

Explicación: Cuando somos niños, la respiración que hacemos es adecuada; el abdomen se infla como un globo cuando entra el aire. Sin embargo, al crecer vamos modificando la manera en que respiramos. Así, es común que respiremos de forma inadecuada, lo cual es causado en gran medida por el estrés de la vida cotidiana.

Los adultos, por lo regular, sólo usamos una parte de toda la capacidad pulmonar que poseemos, ubicada en la parte superior de los pulmones. Este tipo de respiración no permite que alcancemos una oxigenación adecuada, como la que se puede obtener con una respiración más completa. Cuando la respiración es muy superficial y rápida, aumenta la sensación de tensión en general, mientras tanto, una respiración profunda y con un ritmo adecuado puede ayudar a disminuirla. Este tipo de respiración es mejor conocida como respiración diafragmática.

Instrucciones: Ahora, vamos a realizar un ejercicio de relajación usando la respiración diafragmática. En los siguientes minutos, les pediremos que dejen de lado cualquier distractor posible.

Siéntese cómodamente, deje sus piernas y brazos sin cruzar, su espalda debe recargarse en el respaldo de la silla, con la cabeza y cuello relajados, ambos pies deben estar tocando el piso. Ahora, coloque una de sus manos en el abdomen y la otra en el pecho, respire normalmente y observe qué mano es la que se mueve más. Regularmente la que se mueve más es la mano de arriba, la que se localiza en su pecho. Ahora, dé una respiración “profunda”. Inhale. Exhale. ¿Qué sucedió? Generalmente cuando damos una respiración profunda tendemos a subir los hombros al tomar aire y movemos el pecho hacia adelante; sin embargo, esa no es la manera adecuada de respirar.

Para respirar de manera correcta, inhale el aire por su nariz y al hacerlo, intente que su abdomen se infle. Ahora exhale el aire lentamente por su boca, sintiendo como su abdomen se desinfla, de esta manera, la mano que tiene en su pecho permanecerá inmóvil y la que está en su abdomen será la que se mueva. Inhale. Exhale. Su abdomen debe inflarse cuando entra el aire y desinflarse cuando salga. Inhale. Exhale.

Ponga mucha atención en que sus hombros y pecho permanezcan inmóviles, y que su abdomen sea el que se infla y desinfla al entrar y salir el aire.

Inhale. Exhale. La mano que tiene en su pecho permanece inmóvil y la que está en su abdomen es la que se mueve.

Inhale. Exhale. Sus hombros y pecho permanecen inmóviles, y su abdomen se infla y desinfla al entrar y salir el aire.

Inhale. Exhale. Ahora continúe a su propio ritmo.

Poco a poco regrese a esta habitación completamente relajado.

Vergara-Lope, T. & González-Celis, A.L. (2011). Terapia cognitivo conductual de grupo en la atención del adulto mayor. Guía práctica para terapeutas. FES Iztacala, UNAM

ANEXO No. 15

Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena.

Instrucciones:

- 1) Coja en su mano cuatro o cinco pasas. Siéntese cómodamente y mírelas, como si nunca hubiera visto lo que tiene en la mano. Trate de utilizar todos los sentidos, mire las pasas. Deje que la curiosidad le invada, y deseche cualquier narración o valoración de su mente sobre lo que está haciendo. Sólo concentre su atención en las pasas y obsérvelas.
- 2) Seleccione una pasa de las que tiene en su mano y sujétela entre sus dedos. Note el contacto con sus dedos. Dele la vuelta y obsérvela más de cerca. Póngala contra la luz y preste atención a ver si la luz la atraviesa o no. Tómese tiempo, no tenga prisa y atienda a cualquier movimiento mental que le aparte de la pasa, no se sumerja tampoco en una historia sobre la pasa o cualquier otro tema. Si su mente se aleja o se centra en otra cosa, no se fuerce, simplemente vuelva a concentrarse en la pasa, poco a poco. Coloque la pasa cerca de su oído y frótela con sus dedos ¿oye algo o no? Pruebe con el otro oído. Fricciónela con distinta intensidad ¿emite la pasa algún sonido? Esté atento a cualquier pensamiento o juicio de su mente, con paciencia deje que se disuelvan, y vuelva a atender a la pasa. Tómese el tiempo que necesite y note si siente urgencia y prisa en la

práctica. Advierta la impaciencia o frustración y acéptelas, volviendo una vez más a su atención a la pasa. Acerque ahora la pasa a su nariz, ¿huele a algo o no? ¿Es un olor dulce, suave o apenas huele? ¿Es agradable o desagradable? Concéntrese solo en el olor, sin perderse en relatos, sin hacer comentarios si le gusta o no.

Lleve la pasa a la boca sin introducirla en ella. Atienda a lo que ocurre en su boca, quizá ya se forme saliva, quizá más en alguna zona concreta, atienda al interior de su boca, si su lengua se mueve o no. Preste atención lo más minuciosamente que pueda.

Tras un tiempo, abra suavemente sus labios, coloque la pasa entre ellos y deje que la pasa se introduzca en su boca. Esté atento a cómo siente la pasa en su boca, si sucede algo más. Deje que la pasa se mueva en su boca antes de masticarla, esté atento a qué sucede y simplemente sienta. Note si la superficie es lisa, rugosa o cómo es. Observe si lo que sucede en su mente son pensamientos, relatos o juicios. Despréndase de ellos y regrese nuevamente a su foco de atención, las sensaciones que se despliegan en su boca con la pasa.

Después de un tiempo empiece a masticar la pasa. Perciba el primer bocado, ¿a qué sabe la pasa? ¿Cómo es su sabor, dulce, agrio, amargo u otra cosa? ¿Cambia el sabor al masticar? Perciba el lugar de la boca donde el sabor es más intenso. Intente estar presente en los cambios que ocurren mientras mastica. Note los detalles sutiles que puede descubrir acerca del sabor de la pasa y de la actividad de masticar. Observe cómo desaparece el sabor y cómo se produce la acción de tragar, note si queda algún sabor una vez ha masticado y tragado, perciba si en algún rincón de su boca persiste algún sabor anterior. Sea consciente del momento presente y simplemente observe. Tras un momento dirija su atención a la segunda pasa. Obsérvela y reflexione acerca de lo que hay en la pasa y en cómo se produce. Piense que la pasa es producto de la luz, el agua, la tierra, el calor, la nutrición y el cuidado de la naturaleza y los seres humanos. Piense que formó parte de una viña, se convirtió en uva, fue cosechada y puesta a secar, envasada y transportada hasta la tienda donde la encontró. Ahora está en su mano. Pensar en algo así puede ayudarle a ver la conexión entre las cosas circundantes, incluso con algo tan simple como una pasa.

Dirija nuevamente su atención a la segunda pasa, como si nunca hubiese visto algo así. Esté atento por si surge la tendencia a aburrirse o romper el contacto con

la pasa porque su mente cree que lo sabe todo sobre las pasas. Trate de concentrarse al menos tanto como en la anterior. Obsérvela, escúchela, huélala, mástiquela, saboréela y tráguela de forma consciente, atendiendo a los detalles de la experiencia de comer esta pasa. ¿Qué le enseña esta experiencia con la segunda pasa?

Después, repita esta práctica con la tercera y la cuarta pasa. Esté atento y presente con cada una de ellas. Note los indicios de impaciencia o aburrimiento, o cualquier forma de pensamiento o evento mental que le separen de la experiencia directa de cada pasa que come. Esté atento por si su mente deambula o surgen historias o juicios, tenga paciencia, no pasa nada. No ha cometido un error, es así. Ahora está practicando la conciencia plena, siendo consciente de lo que acontece aquí y ahora, con paciencia y aceptación.

Ruiz, M. A., Díaz, M. I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.

ANEXO No. 16

Caso práctico: Estrés.

Digi-Futur es una empresa dedicada a la fabricación de aparatos electrónicos (lectores de tarjetas, vídeos, etc.) que en poco tiempo ha experimentado un gran crecimiento. Actualmente, cuenta con 90 trabajadores. María Ángeles trabajad en el departamento de Administración y es la secretaria de Dorotea, la responsable de la sección. María Ángeles es una mujer de 50 años que, está en la empresa desde su inicio. Es eficiente y concienzuda en su trabajo, pero no soporta los ordenadores. Hace un tiempo, la empresa informatizó todas las actividades y el departamento administrativo sufrió grandes cambios. De un día para otro, casi sin previo aviso, a María Ángeles le asignaron el inevitable ordenador y le retiraron la máquina de escribir. Dorotea no cesaba de hablar de sus “maravillosas” prestaciones y de lo bien que le iría para su trabajo. María Ángeles, que no fue consultada en ningún momento sobre tales cambios, sintió que un “pedazo” de su satisfactoria vida laboral se le escapaba y se permitió comentar que ella no estaba preparada para manejar aquel aparato. Dorotea le quitó importancia al comentario y le dijo que enseguida aprendería. La empresa facilitó un curso de aprendizaje a

María Ángeles. Ella lo compaginó como pudo con su horario laboral, por lo que durante varios días arrastró una elevada carga de trabajo. Además, el cursillo le resultó un verdadero “martirio” puesto que, a pesar de sus esfuerzos, se sentía torpe en el aprendizaje y la situación la desbordaba.

Cuando terminó, María Ángeles, que en pocas ocasiones había faltado al trabajo, estuvo 15 jornadas de baja por problemas gastrointestinales.

Poco a poco, María Ángeles se ha ido adaptando al ordenador pero le han rugido otros problemas: le quedan cosas pendientes, se agobia con los plazos y no consigue ordenar ni tener al día el tablón informativo de la empresa.

Coincidiendo con los cambios tecnológicos, se incorporó al departamento un chico joven, Mario, con estudios informáticos de Formación Profesional y muy preparado para el trabajo. Dorotea le habló de las muchas posibilidades de promoción que existían en la empresa cuando lo “fichó” pero que, por el momento, su tarea consistiría en tener al día todos los albaranes de entrega de las otras empresas colaboradoras. Era un trabajo sencillo en relación con sus capacidades pero que no permitía errores ya que era muy importante para el buen funcionamiento de la empresa. Desde entonces, Mario dedica las ocho horas de su jornada laboral, sin descansos, a introducir los datos de los en el ordenador. El trabajo es monótono, le resulta aburrido y todavía hoy no sabe por qué es tan importante. Además, últimamente, se distrae en otras cosas y comete despistes que le han costado alguna que otra llamada de atención.

Ahora Mario y María Ángeles están conversando sobre sus “angustias” laborales. Los dos han analizado los problemas que tiene con sus tareas respectivas y creen que tienen solución.

ANEXO No. 17

El sonido.

Instrucciones: Sentado cómodamente en tu silla, busca adoptar una postura erguida, con la cabeza recta, como si pendiera de un hilo, desde el techo o desde el cielo.

Con los ojos cerrados o si prefieres abiertos, busca un punto al frente en donde no se fuercen los ojos. Lleva tu atención a la respiración. Hazlo de manera natural, no la cambies ni la modifiques. Mientras te mantienes atento a tu respiración revisa el estado de tensión-relajación de tu cuerpo. Si en esta revisión encuentras alguna zona tensa, relájala llevando hacia allá tu inhalación y tu intención de soltar la tensión, al mismo tiempo que exhalas lenta, muy lentamente. Y repite esto tantas veces como sea necesario, para lograr un mejor estado de relajación.

Presta atención ahora a la sensación que sientes en tu abdomen durante el movimiento de inhalación-exhalación. Inhala de manera profunda y exhala de manera lenta. Sostén la atención en ese punto.

Ahora lleva tu atención a la sensación del aire rozando las paredes de tu nariz durante la inhalación-exhalación, desde el momento en que se pone en contacto con tus fosas nasales, hasta llegar a los pulmones y durante el momento de exhalación desde los pulmones hasta tus fosas nasales al salir.

Permanece atento a tus movimientos de respiración; inhala de manera profunda y exhala de manera larga, lo más larga posible.

Ahora sostén tu atención a los sonidos externos, sin dejarte llevar por el deseo de adivinar el origen del sonido. Permanece atento a la sensación sentida del sonido. Abandona también el deseo de describir, clasificar el sonido. Nota si surgen los juicios y si lo haces, sólo date cuenta de que estás haciendo juicios. Regresa tu atención a los sonidos externos. Enfócate en la sensación que te produce cada sonido.

Nota si ocurren o no cambios en tu respiración, date cuenta si emergen desde tu mente recuerdos, imágenes, cualquier clase de pensamiento o alguna sensación corporal; al

darte cuenta, regresa tu atención al momento presente, a la atención sostenida en la sensación sentida que te producen los sonidos externos.

Lleva la atención ahora a tus propios sonidos internos, nota si los percibes o no, simplemente nóvalo, no hagas juicio de ello. Permanece ahí atendiendo momento a momento a lo que surja.

Durante la práctica, el guía invita a los participantes a darse cuenta cuando el pensamiento vaya hacia otra actividad diferente a la que se está llevando a cabo, para que puedan regresar a atender las sensaciones sentidas que producen los sonidos internos y externos

Villagrán, G., Parada, L., & Ortiz, F. (2017). Manual de atención consciente (mindfulness) y conciencia corporal. UNAM.

ANEXO No. 18

“Finanzas Personales”

Actividad 1: Identificando mi patrimonio.

Objetivo: Identificar los bienes que tienes y tus deudas. Este ejercicio te ayudará a cuantificar tu patrimonio para tomar decisiones que te permitan mejorar tu situación económica personal y familiar.

Mi patrimonio			
	Concepto	Unidad	Valor Total
Bienes			
Ahorros			

Total	Total 1		
Deudas			
Total	Total 2		
Patrimonio (Total 1 - Total 2)			

Actividad 2. Mis recursos.

Indicaciones: Contesta de forma abierta a las siguientes preguntas, el objetivo es identificar los recursos con los que cuentas para conocer tus fortalezas con el fin de mejorar tu bienestar.

- 1) **Tiempo disponible (¿Cuánto tiempo podrás dedicar a alguna otra actividad en la que puedas generar ingresos adicionales?).**
- 2) **Habilidades (¿para qué eres bueno?)**
- 3) **Conocimiento (¿qué temas conoces y manejas muy bien?)**
- 4) **Experiencia (aunque no hayas tomado un curso o capacitación existen actividades que realizas desde hace mucho tiempo y que sabes hacer bien, ¿cuáles son éstas?)**

Reflexiona:

¿Qué actividad productiva podrías realizar con los recursos que acabas de identificar?

¿Cómo generarías más ingresos aprovechando al máximo tus recursos?

Actividad 3. ¿Cuánto puedo ahorrar?

Objetivo: Identificar cuánto dinero podrías ahorrar si destinas una pequeña cantidad de dinero por semana, por mes, por 6 meses, por año y hasta por 5 años. Descubrirás el poder del ahorro.

Indicaciones: Si partimos del supuesto de que ahorras \$25 pesos a la semana.

1. En la segunda columna, anota la cantidad que irás acumulando en el plazo correspondiente, es decir, si ganas en un mes \$100 (\$25 x 4 semanas), ¿cuánto tendrías en 6 meses, 1 año y así sucesivamente?
2. En la última columna de la tabla anota lo que te gustaría comprar con ese dinero ahorrado.

Periodo	Monto de dinero acumulado	Con este dinero me gustaría lograr:
Si ahorro \$25 pesos a la semana cuánto tendría en:		
1 mes	\$25 x 4 semanas= \$100	
6 meses	\$25x24= \$ 600	
1 año	\$25x48= \$1200	
5 años	\$25x240= \$6000	
10 años	\$25x480= \$12000	
20 años	\$25x960= \$24000	

Instituto Nacional para la Educación de los Adultos [INEA]. (2006). Libro del Adulto, Organizo mi bolsillo y las finanzas familiares (1era ed.) Modelo educación para la vida y el trabajo.

ANEXO No. 19

Los sentidos.

Instrucciones: Sentado en tu silla encuentra una posición cómoda, con la espalda erguida, como si la cabeza estuviera pendiente de un hilo desde el techo o desde el cielo, con la finalidad de promover el estado de alerta.

Con los ojos cerrados o si prefieres abiertos, busca un punto al frente en donde no se fuercen los ojos.

Ahora atiende a tu respiración, respira de manera natural, no cambies nada, simplemente nota los movimientos de inhalación y exhalación. Mientras lo haces lleva a cabo un “escaneo” de tu cuerpo para notar o descubrir alguna tensión. Si encuentras alguna zona tensa busca relajarla mediante una exhalación lenta, lo más lenta posible, llévala a cabo cuantas veces sea necesario para lograr un estado de relajación.

Una vez que hayas realizado el “escaneo”, nota en tu abdomen la inhalación y exhalación, los movimientos de expansión y contracción. Inhala de manera profunda y exhala de manera lenta.

Ahora enfoca tu atención en lo que escuchas, suelta el deseo de adivinar el origen y enfócate simplemente en el sonido y la experiencia corporal que emerge de escuchar los sonidos externos y/o de escuchar los sonidos que provienen de tu propio cuerpo, nota si los percibes o no. Si no los percibes puedes imaginarlos.

Observa cuanto tu pensamiento se aleja de la práctica que estás llevando a cabo y que regresa a tu atención al momento presente al sonido.

Ahora enfoca la atención en tu olfato, quizá puedas notar los olores que flotan en el medio ambiente y/o tu propio olor. Mientras lo haces, enfoca tu atención simplemente en la experimentación del olor, o del que te puedas imaginar. Suelta el deseo de adivinar el origen y enfócate simplemente en la sensación de oler y en la experiencia corporal que emerge de oler. Cuando te des cuenta de que tu pensamiento se aleja de la práctica que estás llevando a cabo, enfoca nuevamente tu atención en los olores.

Lleva tu atención ahora a tu boca, date cuenta si percibes o no el sabor presente en tu boca, tu propio sabor. Si no lo percibes, lo puedes imaginar. Mientras lo haces, enfoca tu atención simplemente en experimentar el sabor, abandona el deseo de adivinar el origen y notar si aparecen juicios, si esto sucede, regresa tu atención a la sensación del sabor. Cuando te des cuenta de que tu pensamiento se aleja de la práctica que estás llevando a cabo, enfoca nuevamente tu atención en el sabor.

Durante la práctica, el guía invita a los participantes a darse cuenta cuando el pensamiento vaya hacia otra actividad diferente a la que se está llevando a cabo.

Villagrán, G., Parada, L., & Ortiz, F. (2017). Manual de atención consciente (mindfulness) y conciencia corporal. UNAM.

ANEXO No. 20

Mi mente activa

Actividad	Me gusta porque...	He dejado de practicarla porque...	Si quisiera retomarla podría...	Para continuar practicándola puedo...
-				
-				
-				
-				
-				

ANEXO No. 21

ALIMENTACIÓN SALUDABLE



DIEZ RECOMENDACIONES GENERALES PARA COMER SANAMENTE

- 1) Incluir en cada una de las comidas **al menos un alimento de cada uno de los tres grupos** y de una comida a otra varía lo más posible los alimentos que se usen de cada grupo, así como la forma de prepararlos.
- 2) **Comer verduras y frutas en abundancia**, en lo posible crudas y con cáscara, para disminuir la densidad energética en la dieta; prefiere las regionales y de temporada que son más baratas y de mejor calidad.
- 3) **Incluye cereales integrales en cada comida**, combinados con semillas de leguminosas.
- 4) **Come alimentos de origen animal con moderación**, prefiere las carnes blancas como el pescado o el pollo sin piel a las carnes rojas como la de cerdo o res.
- 5) Toma en **abundancia agua** simple potable.
- 6) **Consume lo menos posible grasas, aceites, azúcar, edulcorantes y sal.**
- 7) Realizar al día **tres comidas principales y dos colaciones**, y hacerlo a la misma hora.
- 8) **Cuando comas, que ésa sea tu única actividad.** Come tranquilo, sabroso, en compañía y de preferencia en familia. Disfruta tu comida y evita realizar otras actividades que interfieran con la percepción del hambre y la saciedad.
- 9) **Prepara y come tus alimentos con higiene**, lávate las manos con jabón antes de preparar, servir y comer tus alimentos.
- 10) Acumula al menos 30 minutos de actividad física al día.

GUÍA DE ALIMENTOS Y APORTE NUTRICIONAL										
Nutriente	HERRO	ZINC	VITAMINA B12	VITAMINA C	VITAMINA D	CAROTENOS	FIBRA DIETÉTICA	CALCIO	Ácido Fólico	ÁCIDOS GRASOS (OMEGA 3)
Alimentos de origen animal	-Visceras de cerdo, res y pollo -guindón, hígado, moronga, carne de res seca, carnes rojas, huevo, mariscos.	-Leche y derivados -Carnes -Huevo -Ostras	-Hígado de res o cerdo -Sardina -Salmón -Conserva de res -Sesos -Atún -Lengua -Pulpo -Merlujo -Mortadela -Carpa -Trucha -Huevo -Quesos -Yogurt -Leche		-Aceites de pescado -Hígado -Leche (Sól)			-Queso -Leche -Yogurt -Sardinas -Charales	-Hígado y otras vísceras	-Aceites de pescado azules como sardina, salmón, trucha, atún.
Leguminosas	-Frijol -Lentil -Habas -Garbanzo -Soja	-Frijol y habas					-Frijol -Lentil -Habas -Garbanzo -Soja -Alveón			
Verduras	-Chiles secos -Calabacita -Acelgas -Espinaca -Vendolagas -Quillita -Tomatillo -Chile pobano -Hongos -Flonetas -Coles de bruselas	-Germen de trigo		-Chile pobano -Chile -Zanahoria -Calabacita -Papa -Pimiento rojo -Coliflor -Brócoli -Tomate verde -Chile seco -Habas verdes -Huancante		-Chiles secos -Chapín -Zanahorias -Quillita -Tomate -Acelga -Espinaca -Berenza -Flonetas -Vendolagas -Nopales -Acelgas -Calabaza amarilla -Aguacate	-Brócoli -Col de Bruselas -Col -Zanahoria -Coliflor -Elote -Chicharos -Espinacas -Nopales -Acelgas -Vendolagas -Berenza	-Berenza -Espinaca -Lechuga -Espinaca -Berber -Acelga -Alcachofa -Brócoli -Coliflor -Chicharos -Poro -Aguacate -Col -Elote		
Frutas				-Guayaba -Kiwi -Zapote negro -Mango -Limón -Mandarina -Papaya -Fresa -Toronja -Naranja -Tejocote -Pitahaya -Melón		-Tejocote -Mango -Chabacano -Melón -Mandarina -Pitahaya -Ciruela -Guayaba -Pitahaya -Mamey -Higo -Zanahora -Guayabana -Papaya	-Chabacano -Pitahaya -Mora -Dátiles -Higo -Guayaba -Naranja -Toronja -Pera -Mancana -Mango -Tamarindo	-Naranja -Pitahaya		
Cereales	-Granos enteros						-Tortillas y otros productos de maíz nixtamalizado -Cebada -Sahado -Harinas integrales -Avena -Pan -Cereales integrales	-Tortillas y derivados de maíz nixtamalizado	-Productos con harinas adicionadas	
Otros	-Frutas secas -Cacahuates -Semillas de girasol -Nueces	-Levadura de cerveza -Cacahuates -Semillas de girasol y de calabaza -Nuez -Almendras					-Ciruela pasa -Papas -Cacahuates -Almendras -Nueces			

ANEXO No. 22

RECOMENDACIONES PARA MANTENERSE FÍSICAMENTE ACTIVO

- 1) Acudir al médico para hacer una valoración funcional del organismo.
- 2) Hacer ejercicios de tonificación muscular de 2 a 3 veces por semana con descansos intermedios.
- 3) Hacer ejercicios aeróbicos (caminar, correr, nadar, andar en bicicleta) al menos 30 minutos de 5 a 7 veces por semana.
- 4) Incluir en la rutina ejercicios de flexibilidad, y periodos de calentamiento y enfriamiento.
- 5) Adecuar la intensidad del ejercicio a la propia capacidad física, sin producir sobreesfuerzo.
- 6) Concluir cada sesión de ejercicio con una actividad disfrutable y ligera.
- 7) Elegir una actividad física acorde al gusto personal.

- 8) De preferencia ejercitarse en exteriores naturales, en compañía y con música si es posible.
- 9) Cuidar las condiciones de temperatura, usar materiales adecuados y ropa cómoda.
- 10) Es indispensable mantenerse hidratado antes, durante y después de ejercitarse.

ANEXO No. 23

Medidas de higiene del sueño
Establecer y mantener un horario fijo para acostarse y levantarse, incluyendo periodos vacacionales.
Evitar realizar actividades no relacionadas al sueño en cama para no producir una asociación de ese espacio con la vigilia.
Generar una rutina previa de acciones concretas a la hora de acostarse.
Retirar o alejar relojes de la habitación.
Permanecer en la cama el tiempo necesario adecuado a las necesidades de sueño personales.
Evitar siestas diurnas, o realizar sólo una con una duración máxima de media hora.
Limitar el consumo de líquidos, bebidas con cafeína; evitar alcohol o tabaco horas antes de acostarse.
Realizar actividad física regular, al menos tres horas antes de dormir, y exponerse moderadamente a la luz solar.
Mantener un ambiente a temperatura ambiente, con niveles mínimos de luz y ruido.
Evitar acostarse inmediatamente después de cenar, o cenar alimentos ligeros, reducidos en azúcares.

Adaptado de "Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento del insomnio en el adulto mayor", por Medina et al., 2014, Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 52(1), p. 113.

ANEXO No. 24

Centrarse en un sólo minuto.

Introducción: Este ejercicio tiene como propósito ayudarnos a ser más conscientes de nuestro propio sentido del tiempo. Para este ejercicio vamos a necesitar un reloj con minutero o el cronómetro de tu teléfono.

A mucha gente le parece que el tiempo pasa muy rápido, y por ello siempre está apurada haciendo cosas y siempre piensa en lo que tiene que hacer a continuación o la próxima situación que podría ir mal. Desgraciadamente, hacer esto nos vuelve, precisamente, más inconsciente de lo que está haciendo en el momento presente. A otras personas les parece que el tiempo va muy despacio. Como resultado, sienten que disponen de más tiempo del que tienen en realidad y, muchas veces, van con retraso. Este ejercicio nos ayudará a ser más conscientes de nuestra percepción del tiempo.

Instrucciones: Para empezar este ejercicio, busca una posición cómoda y desconecta cualquier sonido que te pueda distraer. Empieza sincronizándote con tu reloj. Luego, son contar los segundos ni mirar el reloj, simplemente, siéntate donde estás. Cuando pienses que ha pasado un minuto, comprueba de nuevo el reloj o para el cronómetro. Observa cuánto tiempo ha pasado en realidad.

¿Dejaste que pasara menos de un minuto? Si es así, ¿cuánto ha sido: unos pocos segundos, veinte segundos, cuarenta? Si ha sido así, considera de qué manera te afecta esto. ¿Estás siempre apurado, apresurada, haciendo cosas porque piensas que no tienes bastante tiempo? Si es el caso, ¿qué significado tiene para ti el resultado de este ejercicio?

¿O dejaste que transcurriera más de un minuto? Si es así, ¿cuánto tiempo ha sido: un minuto y medio, dos minutos? Si ha sido este el caso, considera cómo te afecta esto. ¿Sueles llegar tarde a tus citas porque piensas que tienes más tiempo del que realmente dispones? En tal caso, ¿qué significado tiene para ti el resultado de este ejercicio?

Sean cuales fueren los resultados, uno de los propósitos del aprendizaje de mindfulness es ayudarte a desarrollar una consciencia más precisa de tus experiencias, incluyendo tu propia percepción del tiempo. Si lo deseas, vuelve a repetir este ejercicio al cabo de algunas semanas y observa si ha cambiado tu percepción del tiempo.

McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctico conductual. Desclee de Brouwer.

ANEXO No. 25**Mi plan de Vida.**

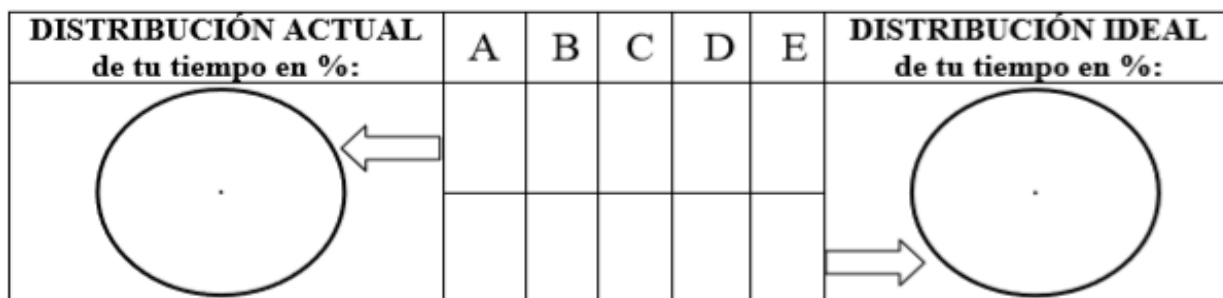
Instrucciones: Reflexionar y anotar en la hoja los siguientes puntos:

¿Quién soy actualmente?	¿Quién quiero llegar a ser y qué quiero hacer una vez que me jubile?
Mis fortalezas, habilidades y capacidades son:	Mis límites, miedos y debilidades son:
Lo que debo aprender de la vida es:	Lo que debo aprender profesionalmente es:
Objetivos y Necesidades A continuación piensa e identifica cuáles son las metas y necesidades que tienes en las siguientes áreas. Pensar en ello te ayudará a tomar acciones concretas todos los días para conseguirlas en un futuro.	
Conmigo mismo Objetivo a) b) c) Necesidades a) b) c)	Con mi familia Objetivo a) b) c) Necesidades a) b) c)
Con mi trabajo Objetivo a) b) c) Necesidades a) b) c)	Con el mundo Objetivo a) b) c) Necesidades a) b) c)

ANEXO No. 26

Diagrama de distribución de tiempo.

Instrucciones: Emplea el siguiente gráfico para estimar cómo distribuyes actualmente tu tiempo, y después, analiza y plantea cómo sería tu distribución ideal. Marca los sectores en función del porcentaje por áreas en los siguientes círculos.



Áreas:

- **A** Vida Personal (hobbies, tiempo de descanso, relajación... para ti mismo/a)
- **B** Familia directa, pareja...
- **C** Vida Social (reuniones de amigos, salidas de fin de semana...)
- **D** Trabajo (incluye aquí trabajo remunerado y tareas domésticas)
- **E** Estudio

Puntos fuertes y puntos débiles

- a) **Identifica 3 puntos fuertes en tu manera de administrar el tiempo (por ejemplo: diseño mis propios horarios; cuando me propongo algo, no paro hasta que lo consigo, etc.)**

- 1)
- 2)
- 3)

- b) **Identifica tus dificultades en la manera en que administrar el tiempo y menciona algunas estrategias que podrían ayudarte a resolverlas:**

Dificultades o cuestiones clave en relación al tiempo	Estrategias para solucionar dichas dificultades
Ejemplo: Pierdo mucho tiempo viendo televisión.	Ejemplo: Seleccionar sólo mi programa favorito y planear su horario.
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

El tiempo, yo, y mis necesidades

¿A qué quieres o necesitas dar tiempo en tu vida en este momento? Marca con una cruz en las áreas y especifica aquella actividad a la que deseas invertirle más tiempo.

<input type="checkbox"/> <i>Estudio</i> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <i>Amigos</i> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <i>Pareja</i> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> <i>Trabajo</i> <hr/> <hr/>		<input type="checkbox"/> <i>Familia</i> <hr/> <hr/>
<input type="checkbox"/> <i>Salud personal</i> <hr/> <hr/>		<input type="checkbox"/> <i>Otros:</i> <hr/> <hr/>

- 1.- ¿Qué es lo que más te sorprende de lo que has escrito?
- 2.- ¿Has escrito algo para lo que ya no encuentras tiempo?
- 3.- ¿Hay algo a lo que actualmente dediques tiempo y no esté reflejado?

Marchena, E., Hervías, F., Galo, C., & Rapp, C. (s.f). Organiza tu tiempo de forma eficaz. Servicio de Atención Psicológica y Pedagógica.

ANEXO No. 27

Caso Práctico: “El problema de Vasily”

A pesar de su nombre, Vasily no suele ser una persona vacilante. Sin embargo, en algunas ocasiones las dudas e indecisiones alteran por completo su ritmo de vida. Su trabajo como informático en el Centro de Cálculo de una universidad del Estado es relajado y agradable, aunque la nómina es manifiestamente mejorable. Hace ocho días le han hecho una jugosa oferta para trabajar en una empresa privada de reciente creación. Las condiciones económicas son mucho mejores, pero el trabajo será más duro y menos atractivo. Además, es obvio que la empresa no puede ofrecerle la seguridad en el puesto que le ofrece un organismo del estado. Lo que podría ser una situación desagradable, pues aunque se le ofrece la posibilidad de escoger un nuevo trabajo, se ha convertido para Vasily en una situación completamente estresante. Se pasa el día dudando sobre si debe aceptar la oferta o no. Lo ha comentado con todos sus amigos (hasta el punto que ya algunos de ellos han pasado a ser enemigos), familiares, conocidos y menos conocidos, sólo le falta hacer una encuesta pública en la calle, pero no es capaz de decidirse. Esta incapacidad de decidir hace que cada día se angustie más. Piensa que si tarda en decidirse es posible que ofrezcan el puesto a otra persona. No puede dejar pasar el tiempo, debe tomar una decisión, pero por otro lado no sabe qué decisión tomar, con lo que cada vez es mayor su problema. Sus múltiples elucubraciones no le permiten decidirse (selección de las respuestas), y esta situación de indecisión aumenta cada vez más su preocupación, ya no puede concentrarse en su trabajo habitual y además ha comenzado a dormir mal.

¿Podría hacerse algo en este caso para poner fin a los problemas de Vasily?

Interconsulting, B. (2015). Inteligencia emocional. Control del estrés. Ediciones de la U.

ANEXO No. 28

Consciencia plena de las emociones.

Introducción: Este ejercicio tiene como objetivo ayudarnos a aprender a separar pensamientos, emociones y sensaciones físicas. Para ello empezará centrándose en tu respiración. Luego, empezarás a percibir cómo te sientes emocionalmente en el momento presente. Empieza, simplemente advirtiéndote si te sientes bien o mal.

Luego trata de observar tus emociones más detenidamente. ¿Qué palabra describe mejor el sentimiento? Percibe los matices del sentimiento y la fuerza de tus emociones y trata de comprobar cómo cambian cuando las observas.

Las emociones siempre se presentan como olas. Van aumentando, luego alcanzan una cresta, y por último, disminuyen. Lo puedes observar, describiéndote a ti mismo cada punto de la ola a medida que el sentimiento crece y pasa.

Si te resulta difícil encontrar una emoción en este momento, puedes hacer el ejercicio localizando un sentimiento que hayas experimentado en el pasado reciente. Recuerda una situación de las últimas semanas en la que hayas tenido una emoción fuerte. Visualiza el acontecimiento-dónde estabas, qué estaba pasando, lo que dijiste, cómo te sentiste-. Sigue recordando detalles de la escena hasta que la emoción que tuviste entonces la vuelvas a experimentar ahora mismo.

Sea cual sea la emoción que decidas observar, una vez la hayas reconocido, permanece con ella. Descríbete para ti los cambios de cualidad, intensidad, o clase de emoción que estás experimentando.

Lo ideal es que pudieras observar el sentimiento hasta que haya cambiado significativamente - en cualidad o en fuerza- y puedas apreciar el "efecto ola" de tu emoción. Mientras observas tu emoción distracciones desviarán tu atención. Es normal. Tú procura hacer lo posible por volver a centrar tu atención sobre la emoción. Simplemente, permanece con tu emoción hasta que hayas visto lo bastante como para observar que esa emoción aumenta, cambia y disminuye.

Cuando aprendes a observar conscientemente un sentimiento, puedes hacer dos importantes constataciones. Una es la verificación de que todos los sentimientos tienen un ciclo de vida. Si continúas observando tus emociones, verás que estas llegan a su máximo y luego, poco a poco, van disminuyendo. La segunda evidencia es que el simple acto de describirte tus sentimientos te puede dar un cierto grado de control sobre ellos.

Instrucciones: Haz una respiración profunda, lenta y percibe la sensación del aire a través de tus fosas nasales, entrando y saliendo por tu garganta y en tus pulmones. Haz otra respiración y observa lo que ocurre en tu cuerpo cuando inhalas y sueltas. Sigue respirando y observando. Nota las sensaciones de tu cuerpo a medida que respiras.

Ahora vuelve a llevar tu atención a lo que sientes. Mira dentro de ti mismo(a), y encuentra la emoción que estás experimentando en este mismo momento. O busca una emoción que hayas sentido recientemente. Percibe si la emoción es un sentimiento bueno o malo. Observa si es agradable o desagradable. Simplemente, mantén tu atención en el sentimiento hasta que tengas una indicación de él.

Ahora, busca palabras para describir tu emoción. Por ejemplo, ¿es euforia o entusiasmo? ¿O es tristeza, ansiedad, lástima o pérdida? Sea lo que sea, continúa observando y describiendo la emoción en tu mente. Percibe cualquier cambio en el sentimiento y describe lo que es diferente. Si te viene a la mente cualquier distracción o pensamiento, deja que se vayan sin quedarte atrapado, enganchada, en ellos. Observa si tu sentimiento se identifica o disminuye y describe cómo es.

Continúa observando tus emociones y dejando marchar tus distracciones. Sigue buscando palabras que describan el menor cambio en la cualidad o intensidad de tu sentimiento. Si otras emociones empiezan a entretenerse, continúa describiéndolas. Si tu emoción se convierte en otra emoción completamente nueva, sigue observándola y buscando las palabras que la describan.

Pensamientos, sensaciones físicas y otras distracciones tratarán de atrapar tu atención. Date cuenta de todos ellos, déjalos pasar y vuelve a centrarte en tu emoción. Permanece con ella. Sigue observándola. Continúa hasta que hayas observado que tu emoción cambia o disminuye.

McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctico conductual. Desclée de Brouwer.

ANEXO No. 29

LOS DERECHOS ASERTIVOS

1. Todas las personas tienen derecho a ser tratadas con dignidad y respeto.
2. Derecho a experimentar y expresar sentimientos, opiniones o creencias.
3. Cada persona tiene derecho a ser su propio juez.
4. Derecho a decidir qué hacer con el tiempo, el cuerpo y la propiedad que le pertenecen.
5. Derecho a no dar razones o excusas para justificar nuestros comportamientos.
6. Derecho a definir la propia responsabilidad en los problemas ajenos.
7. Derecho a pedir información, ser escuchada y tomada en serio.
8. Derecho a cambiar de opinión.
9. Derecho a cometer errores y responsabilizarse de los mismos.
10. Derecho a decir “no sé”
11. Derecho a actuar sin la aprobación de los demás.
12. Derecho a tomar decisiones ajenas a la lógica.
13. Derecho a decir “no lo entiendo”.
14. Derecho a estar sola.
15. Derecho a decir “no me importa”.
16. Derecho a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás.
17. Derecho a rehusar peticiones sin sentirse culpa o egoísmo.
18. Derecho a ser felices.

Interconsulting Bureau S.L. (2015). Inteligencia emocional. Control del estrés. Bogotá: Ediciones de la U.

Riso, W. (2002). Cuestión de dignidad. Aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo. Norma.

ANEXO No. 30

Práctica de meditación del amor incondicional por ti mismo y por los demás.

Introducción: el siguiente ejercicio es una breve práctica de meditación para cultivar el amor incondicional por ti mismo, por ti misma, y por los demás. Prácticalo cuando quieras y por tanto tiempo como quieras.

Instrucciones: Adopta una posición cómoda. Lleva tu atención conscientemente a tu respiración o a tu cuerpo mientras haces unas cuantas respiraciones. Ábrete y tranquilízate en

tanto en cuanto te sientas seguro, segura, y permítete entrar en conexión con tu sentimiento interno natural de amabilidad y compasión por los demás.

Ahora, centra tu atención sobre tu misma, sobre ti mismo. Podría ser una sensación de dotó tu yo integral o de alguna paté que necesita cuidado y atención, como algún daño físico o el punto de asentamiento de una enfermedad o un sentimiento de dolor emocional.

Imagínate hablándote suave y tranquilamente a ti mismo, a ti misma, como le habla una madre a su hijo asustado o lastimado. Utiliza una frase como "que me pueda sentir segura o seguro" o "que pueda ser feliz" o "que pueda estar sano y bien" o "que pueda vivir con tranquilidad" o bien crea la tuya propia. Haz que la frase que elijas sea algo que cualquiera desearía. Escoge una que te sirva a ti. Puede ser una sola frase. Luego, pon todo tu corazón en ella cada vez que te la digas a ti mismo, a ti misma. Deja que la amabilidad y la compasión se manifiesten en ti.

Practica repitiendo tu frase interior, en silencio, como si cantaras una nana a un bebé.

Cuando lo desees, puedes variar el foco de tu atención y centrarte sobre un amigo o alguien que sepas que tiene problemas. También puedes centrarte en grupos de gente, como "todos mis amigos" o "todos mis hermanos y hermanas".

Cuando quieras, puedes experimentar con personas conflictivas de tu vida. Intenta enviarles amabilidad y tu deseo de que puedan ser felices y observa tu respuesta interna. Cuando activas amor incondicional sobre personas problemáticas, no les estas permitiendo que abusen de ti ni que te hagan daño, sino que estás intentando ver que ellas también son seres humanos que buscan la felicidad. Esto puede cambiar tu relación con la situación liberándote del resentimiento que puedas estar albergando.

Date cuenta de que al hacer la meditación del amor incondicional, es posible que experimentes muchos sentimientos y muy variados. Algunos, incluso, pueden ser desconcertantes, como tristeza, pesar o ira. Si ocurre eso, no es que estés cometiendo algún error. Es frecuente que, al practicar el amor incondicional, se liberen sentimientos que se guardaban en lo más profundo. Esta liberación, en realidad, es una forma de sanación en sí misma. Simplemente, presta atención a todos tus sentimientos, honrando cada uno de ellos, y sigue adelante con tu práctica.

McKay, M., Wood, J., & Brantley, J. (2017). Manual práctico de terapia dialéctico conductual. Desclée de Brouwer.



ANEXO No. 31

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Psicología
Programa de prevención selectiva



Cuestionario de satisfacción del programa de Prevención para la etapa de Retiro

Sexo (Hombre) (Mujer)

Edad _____ años

El objetivo de este cuestionario es valorar el desarrollo del programa para obtener información que permita realizar mejoras al mismo. Tu participación es muy importante.

Instrucciones: Lee con atención los enunciados, marca con una X la opción que mejor refleje tu opinión sobre los aspectos señalados. Responde con sinceridad las preguntas realizadas. No hay preguntas correctas o incorrectas.

¿Qué tan de acuerdo estás con las siguientes afirmaciones?	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente desacuerdo
1. El número de sesiones del taller es adecuado.				
2. La duración de las sesiones fue adecuada.				
3. Las actividades despertaron mi interés y curiosidad.				
4. Las actividades fueron presentadas de manera atractiva.				
5. Las actividades fueron fáciles de comprender.				
6. Las actividades son relevantes para mi vida diaria.				
7. Las actividades me han resultado fáciles de realizar.				
8. Considero las actividades interesantes.				
9. He comprendido las actividades realizadas.				
10. El tiempo dedicado a las				

actividades ha sido adecuado.				
11. Las explicaciones de las actividades han sido adecuadas.				
12. Las actividades promueven la reflexión e introspección.				
13. Considero que las actividades han sido adecuadas para mi edad.				

14. ¿Qué actividades te han gustado especialmente? ¿Por qué?

15. ¿Qué actividades te gustaron menos? ¿Por qué?

16. ¿Qué recursos te ayudaron al mejor entendimiento de los temas revisados en el taller? (Puedes seleccionar más de una opción).

- a) El material de apoyo.
- b) Los ejercicios durante las sesiones.
- c) Los ejemplos dados por el coordinador.
- d) Las explicaciones del coordinador.
- e) Compartir y discutir las experiencias de forma grupal.
- f) Otros:

17. ¿El lenguaje utilizado durante las sesiones es claro?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Algunas veces
- d) Casi nunca

¿Con qué frecuencia el coordinador?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
18. Demostraron dominio del tema.				
19. Se expresaron de forma clara y sencilla.				
20. El tono de voz utilizado fue adecuado.				
21. Manejaron las situaciones imprevistas y conflictivas.				

22. Promovieron un trato respetuoso con los participantes.				
23. Respondieron a las dudas expresadas por los participantes.				
24. Promovieron la participación con el grupo.				

25. En tu opinión, ¿cómo podría mejorarse el taller en cuanto a...?

-Actividades:

-Materiales de apoyo:

-Temas/Contenidos

26. ¿Recomendarías el taller? a) Sí b) No

¿Por qué?

27. Observaciones y/o comentarios adicionales:

Tomado y adaptado de: Villagrán, G., Parada, L., & Ortiz, F. (2017). Manual de atención consciente (mindfulness) y conciencia corporal. UNAM.

ANEXO No. 32

CLAUSURA INFORMAL.

Desarrollo:

- 1) El instructor, una vez verificados los objetivos del programa y las expectativas del grupo, anuncia el término del evento.
- 2) Se invita al grupo a participar en un tipo de clausura diferente, más cordial y amena, continuando explicando en qué consiste.
- 3) El facilitador tomará un diploma y hará entrega de éste a la persona destinataria del mismo, explicando que el orden de la entrega es totalmente aleatoria.

- 4) Al entregarlo le dirá a la persona lo que aprendió gracias a su participación. Destacando los aspectos más sobresalientes de este aprendizaje en términos de descubrimientos personales significativos.
- 5) Así mismo, éste lo entregará al siguiente participante, y siguiendo la misma dinámica para cada uno. Al final, le referirá a todo el grupo su aprendizaje general.
- 6) Se desarrolla el ejercicio y al finalizar se dan las gracias.

Acevedo, A. (1993). "Aprender jugando". Editorial Limusa.

ANEXO No. 33

Diploma de Reconocimiento

