

10
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO COMPARATIVO DE NECESIDADES
DE AFILIACION EN ANCIANAS QUE PERTENECEN
A UN GRUPO DE CONVIVENCIA Y LAS ANCIANAS
QUE NO PERTENECEN A NINGUN GRUPO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
MA. DEL ROCIO ARELLANO BALDERAS
NIEVES SANCHEZ LAZCANO

ASESOR DE TESIS:

LIC. ROSA MARIA CORDOVA ALVAREZ

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

CONFIDENCIAL

Fueron jóvenes los viejos
pero la vida se ha ido
desgranando en el espejo
y serán viejos los jóvenes
pero no lo divulguemos
que hasta las paredes oyen

Mario Benedetti

**Mi más sincero agradecimiento
a todas las personas que con
su apoyo, amor, y comprensión
alcance una de mis metas más
preciadas**

Nieves.

A mis padres: José Arellano, Lucía Balderas con inmenso cariño y agradecimiento, porque me han infundido un espíritu de superación interminable, gracias por la mejor herencia. A mis hermanos, por su apoyo, comprensión y cariño, han estimulado mis deseos de crecer.

Nuestro agradecimiento a la asesora Lic. Rosa María Cordova Alvarez, quien con su disposición, experiencia que siempre demostró hizo posible el desarrollo y culminación de éste trabajo.

Rocio
y
Nieves.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO I INICIO DE ESPECIALIDADES PARA TRATAR AL ANCIANO

1.1	Clasificación geriátrica de la edad.....	6
1.2	Definición de envejecimiento	7
1.3	Antecedentes Historicos de la asistencia social al anciano en México.....	8

CAPITULO II ALTERACIONES FISICAS, BIOLOGICAS Y FUNCIONALES

2.1	Físicas	13
2.2	Biológicas y funcionales	15
2.3	Neuroconductuales	15
2.4	Cardiovascular.....	16
2.5	Sistema Pulmonar.....	17
2.6	Sistema Urinario.....	17
2.7	Sistema Endocrino.....	18

CAPITULO III ASPECTOS PSICOLOGICOS

3.1	Procesos Sensoriales y Perceptivos.....	21
3.2	Factores Intelectuales.....	24
3.3	Memoria.....	26

3.4	Emociones.....	27
-----	----------------	----

CAPITULO IV ASPECTO SOCIAL

4.1	Aspectos sociales del anciano.....	33
4.2	Grupo.....	36
4.2.1	Clasificación de grupo primario y secundario.....	36

CAPITULO V NECESIDADES

5.1	Definición de necesidades.....	39
5.2	Clasificación de Necesidades según Murray.....	41
5.3	Clasificación de necesidades según Maslow.....	43
5.4]	Investigación sobre necesidades de afiliación.....	47

CAPITULO VII METODOLOGIA

6.1	Planteamiento de problemas.....	49
6.2	Hipótesis.....	50
6.3	Variables.....	50
6.4	Tipo de estudio.....	51
6.5	Instrumento.....	52
6.6	Procedimiento.....	54

CAPITULO VII ANALISIS DE RESULTADOS

7.1	Resultados.....	55
-----	-----------------	----

7.2	Conclusiones.....	73
7.3	Sugerencias.....	76
7.4	Limitaciones.....	76
7.5	Anexo.....	78
7.6	Referencias Bibliográficas.....	86

INTRODUCCION

El principal interes por estudiar la etapa de la vejez es que ésta ha sido poco explorada por los psicólogos, y de los estudios que se han realizado son más bien a nivel médico, por lo que se ha logrado un aumento en el promedio de vida, pero pocos son los esfuerzos para mejorar la calidad de ésta, dando como resultado que el anciano en nuestro medio se encuentra en una situación de abandono e indiferencia. Aunque existen un buen número de "Asilos" o Casas de Reposo que atienden al anciano, el propósito fundamental de éstas es el de mantener a los viejos en un estado de "reposo" de satisfacción de necesidades básicas, de "tranquilidad", otorgándoles sólo atención médica mínima; razón por la cual se ha tenido la idea de que el anciano requiere de poca estimulación social. (Soberon, 1983).

Aunado a lo anterior no se toman en cuenta los aspectos psico-emocionales negando a los ancianos sus posibilidades de autonomía, derechos y respeto como miembros de una sociedad a la que han contribuido con su trabajo, por lo que también en esta etapa, deben emprender actividades que lo satisfagan en sus necesidades e intereses y que correspondan a su origen y educación así, como a sus experiencias, capacidades, cultura y madurez espiritual, ya que la actividad puede retardar el proceso de deterioro tanto físico como mental.

Y aun cuando el deseo de emprender estas actividades sea grande, en la mayoría de las ocasiones el deterioro físico propio de la edad, la falta de recursos y apoyos económicos, la falta o disminución de contactos sociales, no le permite relizarlos; a pesar de estas limitantes algunos ancianos buscan la satisfacción de

cierta necesidad por medio de un grupo de congéneres o incrementando los contactos sociales.

Raven, (1981) dice, " que de alguna manera a través del desarrollo del individuo, éste desea ser independiente, liberarse de la interferencia de los demás y de las obligaciones hacia ellos, pero, sin embargo, es evidente que todos necesitamos de los demás. Necesitamos de los demás por las gratificaciones y reducciones de los costos que nos pueden proporcionar. También se requiere de los demás por la información y conocimiento del mundo y de nosotros mismos.

Continuando con esto, el mismo autor nos dice " todos queremos y necesitamos simpatía, deseamos y necesitamos aceptación, apoyo, compañía y prestigio, queremos y necesitamos evitar parecer tontos ante los ojos de los demás. Resulta un tanto irónico que la satisfacción de éstas necesidades de importancia tan primordial en nuestras vidas pueda obtenerse únicamente de los demás.

El anciano al asociarse a un grupo o a otros individuos puede satisfacer la necesidad de afiliación tal y como la define Cueli (1989), " agradar y ganarse el afecto de los demás, acercarse, disfrutar y alternar con personas semejantes", además el reconocimiento a sus méritos y su manera de ser. Ya que el sentimiento de pertenecer a un grupo y de compartir sus aspiraciones influye en su bienestar físico y mental, y también se pueden desarrollar sentimientos de solidaridad y utilidad social estimulándose así la resocialización del anciano.

De lo anterior surge el interés por investigar el grado de necesidad de afiliación que manifiestan ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia en comparación a ancianas que no pertenecen a ningún grupo .

Esta investigación consta de los siguientes capítulos:

En el Primer Capítulo incluye el inicio de especialidades para tratar al anciano, clasificación geriátrica y una breve revisión de los antecedentes de la asistencia social al anciano en México

En el Capítulo 2 se habla de las principales alteraciones físicas, biológicas y funcionales de la vejez para conocer diferentes trastornos que se presentan en esta edad y entender las limitaciones de ésta.

En el Capítulo 3, se hace una revisión de los principales aspectos psicológicos desde los sensoriales, perceptuales pasando por inteligencia, memoria y emoción en el anciano.

En el Capítulo 4, se revisan los aspectos sociales en el anciano para conocer como influye la sociedad en esta etapa, cómo los margina y el estatus que les da y las opciones de calidad de vida que les brinda ésta, incluyendo los diferentes tipos de grupos que existen para poderse integrar dependiendo de sus necesidades.

En el Capítulo 5, se revisan definiciones de necesidades de afiliación, también las teorías de las necesidades de Murray y Maslow principalmente, y las pocas investigaciones que se han realizado sobre necesidades de afiliación.

En el Capítulo 6, se describe la metodología empleada en esta tesis, explicando el procedimiento, el muestreo, los instrumentos, los sujetos, variables y diseño aplicado en esta investigación.

Por último en el Capítulo 7, se analizan y representan los resultados encontrados en esta investigación.

CAPITULO I

CAPITULO I.

INICIO DE ESPECIALIDADES PARA TRATAR AL ANCIANO

Desde la aparición del hombre sobre la faz de la tierra, éste se ha cuestionado sobre diferentes aspectos de la senectud.

Cuando el hombre prehistórico comienza a tener una vida sedentaria se interesa en la persona senecta a través de su sabiduría y experiencia que ha acumulado acerca de la agricultura, alimento, vivienda, etc., aspectos importantes para la supervivencia de los clanes.

Conforme pasa el tiempo los conceptos sobre la senectud van siendo más complejos, como el desarrollado por las culturas egipcias y griegas, en donde el hombre crea, toda una mitología de personajes inmortales, viéndose reflejada a la vez su ansia por alcanzar una longevidad y una vida eterna. A raíz de este cuestionamiento, en 1908 el ruso Allya Metchikoff crea el término **GERONTOLOGIA** que consta de dos raíces griegas, geros: "viejo"; logos: "estudio o descripción de algo". Se define, como aquella ciencia que se ocupa de los problemas de la vejez, tanto biológicos, médicos, psicológicos y socioeconómicos.

Un año más tarde, en 1909, Ignaz Leo Nascher, médico austriaco emigrado a Estados Unidos, acuñó el término **GERIATRIA**, compuesta de dos

raíces griegas, "geros": viejo; "iatrikos": Tratamiento. Siendo una rama de la medicina y de la gerontología que estudia los procesos patológicos los cuales afectan a la personalidad avanzada. Además con el avance en el conocimiento de la terapéutica de las enfermedades de la vejez, el campo de la Geriatria abarca, por una parte, los aspectos preventivos y, por otra, la rehabilitación y mantenimiento del enfermo añoso, extendiéndose últimamente a los complicados problemas relacionados con la muerte. (Motlis, 1985).

1.1 CLASIFICACION GERIATRICA DE LA EDAD

Desde el punto de vista geriatrico existen muchas clasificaciones, aunque para fines prácticos sólo se hará referencia a la de Nicola (1985) que menciona lo siguiente:

1a.EDAD INTERMEDIA: Abarca aproximadamente de los 45 a los 60 años también se denomina presenil, primer envejecimiento o crítica. En efecto, en esta edad aparecen los primeros signos de envejecimiento que representan muy a menudo una tendencia o predisposición al desarrollo de varias enfermedades que requieren sobre todo medidas preventivas.

2a.SENECTUD GRADUAL: Es el período de los 60 a los 70 años, y se caracteriza por la aparición de enfermedades clínicas típicas de la edad avanzada, que requieren diagnóstico y tratamiento oportunos.

3a.SENILIDAD O VEJEZ DECLARADA: Esta edad se inicia alrededor de los 70 años e incluye en sentido estricto al anciano, con un creciente importante de problemas asistenciales a nivel médico, social y, sobre todo, de rehabilitación por

los estados de minusvalidez provocados por las enfermedades y su cronicidad. A los mayores de 90 años suele llamárseles longevos, refiriéndose también a algunas características fisiopatológicas generales de esta edad.

1.2 DEFINICIONES DE ENVEJECIMIENTO

En la anterior clasificación se menciona el término envejecimiento o senectud, que para Ey (1978) es " un fenómeno biológico general que se manifiesta en todos los niveles de integración del organismo, en la escala molecular, a nivel de la célula y de los tejidos, al de los órganos y sus funciones, en todo el organismo, a nivel de la personalidad y se agregaría igualmente a nivel de los grupos humanos".

Existen definiciones de envejecimiento que van desde las más pesimistas que dicen: El envejecimiento es una pérdida progresiva irreversible, de la eficacia funcional, y que se desarrolla dentro de un medio que se torna cada vez más desfavorable para el individuo, y en semejantes condiciones, no cabe sino esperar que la persona se sienta desvalida, irritada y deprimida. Hasta las más optimistas como la de Marjorie Warren (citada por Motlis, 1985), manifestando que el concepto de envejecimiento debe reservarse para aquel período de la vejez normal, saludable y no complicado por trastornos físicos o mentales

Por otra parte Doval (1980), dice que "el envejecimiento es el resultado de una continua interacción entre el organismo y los cambios biológicos, psicológicos y socio-culturales que caracterizan dos épocas de la vida.

Así mismo, este proceso no se da en forma simultánea. Un organismo puede envejecer más rápido en comparación con los demás, por lo que cada individuo tiene su propio envejecimiento; también van a influir una gran variedad de factores como son los genéticos, ecológicos, de personalidad, nutritivos, etc., los cuales influyen en la longevidad.

Debido a que el proceso de envejecimiento es asincrónico, cada individuo envejece según su nivel socio-cultural, hábitos de vida, aspectos genéticos, etc., y no se podría considerar una edad límite para entrar en el período de la senescencia.

1.3 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ASISTENCIA SOCIAL AL ANCIANO EN MEXICO.

México se ha caracterizado, a través de su historia, por múltiples manifestaciones de su capacidad en los servicios sociales que han existido. Históricamente, hubo cuatro etapas fundamentales en el desarrollo de la atención a la vejez en nuestro país: LA DEL MEXICO PRECOLOMBINO, LA COLONIA, LA REFORMA Y LA POST-REVOLUCIONARIA .

En la etapa precolombina y siendo Tenochtitlan una ciudad de gran importancia en materia de asistencia, ya que contaba con asilos para ancianos, fueron los aztecas los que dieron mayor énfasis a la posición social, de éstos, y para protegerlos se creó el XOLOTLACALLI (casa del viejo), donde eran protegidos, atendidos y cuidados hasta su muerte. En estas casas eran atendidos no para estar relegados y marginados de la sociedad, sino para que vivieran en forma grata en sus últimos días, ya que eran respetados y consultados dentro de una

"GERONTOCRACIA" con base en el "HUEHUETL" (el viejo, el maestro, el que todo lo sabe) siendo la piedra angular de esta sociedad. (Camarena, 1988)

Con la conquista de México, el concepto integral del hombre, se ve modificado por uno más simplista, que es el del hombre europeo. Este sigue conservando las ideas de la edad media y del renacimiento, la cual exaltaba la belleza del cuerpo joven y su contraparte, la senectud, es la decadencia de esas virtudes por lo que tienden a ridiculizar y marginar a estos individuos.

La transculturalización sufrida a causa de la conquista, relegó y marginó a los ancianos que anteriormente estaban llenos de honra, gobernaban, disponían y arreglaban. Y siendo los misioneros y los sacerdotes los que se convertirían pronto en el control de la vida de aquellos pueblos conquistados y rectores de las actividades colectivas y definidoras de las nuevas formas de cohesión social, tenían la responsabilidad moral y cristiana de brindar asistencia a las clases necesitadas, entre ellos los ancianos. Ya que el fervor cristiano era el factor de inspiración y el modelo de creación de instituciones, que daban asilo a menesterosos.

Del siglo XVI destaca la obra de Fray Bernardino Alvarez, crea el hospital de convalecientes y desamparados, el que recibía, no solo a los que van a convalecer sino a los ancianos a los inválidos y a los dementes. El mismo Alvarez pensaba con fervor, en instituir un gran "Hospital General" en donde todos los pobres serían socorridos en cualquier necesidad que hubiere, fundando así el Hospital de San Hipólito, en el que organizó un comedor para clérigos pobres y hombres imposibilitados por la vejez.

En el mismo siglo XVI nace para el servicio del hombre la obra de Don Vasco de Quiroga; al establecer "comunidades" con un profundo sentido de "verdadera hospitalidad" para que en ella encuentren refugio los ancianos, como participantes en su acción colectiva.

En el siglo XVIII, Don Fernando Ortiz Cortez, se propuso la piadosa obra de fundar una "casa de misericordia", en la que se atendía a los que se dedicaban a la mendicidad y como grupo principal a los ancianos por más necesitados. A finales de ese mismo siglo el virrey de Bucareli, inaugura el "Hospicio de Padres" institución de la cual se derivaron posteriormente los asilos para los ancianos.

En la etapa de la Independencia y la Reforma, con su gran fuerza emancipadora rompieron antiguos moldes, y además con la separación del estado y la iglesia, se estableció como obligación del estado la de proporcionar ayuda al necesitado. Fue así como se crea para tal efecto la Beneficencia Pública, que siguió dando al anciano la vieja protección del asilo.

La Revolución fué la que en su afán de justicia social, otorgó a todo mexicano, pleno derecho al bienestar. Con ella se inició una lucha de transformación radical en todos los ordenes de la vida de México.

La beneficencia pública, que ya no respondía a las nuevas orientaciones y necesidades sociales, se substituyó por la asistencia social y ésta significó, no un simple cambio de nombre, sino de doctrina, de programas y métodos de trabajo, recibir un servicio dejó de ser gracia o limosna, para convertirse, en un derecho y responsabilidad social; con los programas de acción social, se inició la

diferenciación en los servicios asistenciales de acuerdo a criterios funcionales. (Camarena, 1988).

En el año de 1934, el Sr. Vicente García Torres donó sus caballerizas para la adaptación de obras de beneficencia, dando origen así a la casa hogar para ancianos que lleva su nombre. Y siguiendo con las obras filantrópicas, en lo que fuera el casco de la hacienda de Guadalupe Inn, San Angel, en el año de 1937 se coloca la primera piedra para la construcción de la casa para ancianos "Arturo Mundet".

El 22 de Agosto de 1979 se crea el INSEN (Instituto Nacional de la Senetud) por decreto del ejecutivo publicado en el diario oficial de la federación, donde se le asignan los objetivos de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas. (Guerrero, 1988).

En 1982 por decreto del ejecutivo Federal, el Sistema Nacional para el desarrollo integral de la Familia (DIF) se integró como organismo descentralizado al sector que correspondía a la Asistencia Social de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. A partir de ésta fecha empieza a cambiar la situación de la persona de edad avanzada en nuestro país, porque existe una preocupación por parte del DIF en proporcionarles a estos individuos una asistencia especializada gerontológica para su rehabilitación biopsicosocial a través de los servicios médicos, psicológicos, fisioterapéuticos, gericultura y trabajo social, a través de los siguientes rubros:

- 1.- Inicia la implementación de la infraestructura institucional requerida para la solución de las necesidades básicas de la población atendida.

2.- Sistematiza la atención médica impulsando los niveles preventivos y rehabilitatorios a nivel geriátrico.

3.- El aprovechamiento de la experiencia acumulada de los ancianos asistidos a través del desarrollo a sus capacidades plasmadas en actividades productivas, educativas, culturales, recreativas y turísticas, lo cual es factor decisivo para un ambiente de salud mental.

4.- Inicia la modificación de las actitudes negativas de la sociedad ante la vejez, ya que la comunidad debe ver al anciano como individuo productivo y autosuficiente en base al ejercicio de sus facultades físicas, mentales y sociales.

5.- Integra la atención profesional al anciano de manera multidisciplinaria, concibiendo al individuo como ente biopsicosocial. (Camacho, 1988). Actualmente la asistencia social, en nuestro país es atendida por el sector público y privado, para la población que así lo requiera.

CAPITULO II

CAPITULO II

ALTERACIONES FISICAS, BIOLOGICAS Y FUNCIONALES

Con el paso de los años, el ser humano experimenta una serie de alteraciones físicas, biológicas, funcionales y psicológicas que pueden ocasionar en mayor o menor grado, pérdida parcial de sus facultades físicas y/o psíquicas, pero que de ninguna manera significan un deterioro de tal magnitud, en las distintas esferas de la vida de relación del individuo que deba considerárseles irreparables. Más aún en las épocas actuales en que los grandes avances tecnológicos, han logrado aumentar la supervivencia del recién nacido, disminuyendo en forma importante la mortalidad infantil prolongando la vida; con el deterioro o menoscabo normal del envejecimiento celular, que podrá repercutir en algunas de nuestras funciones biológicas y/o psicológicas considerándose al envejecimiento como un estado natural, en el que la pérdida moderada de ciertas habilidades físicas, puede quedar ampliamente compensada por una experta estrategia, "la experiencia". (Camarena, 1988).

2.1..FISICAS

Dentro de las alteraciones físicas, se producen importantes cambios de apariencia, entre los cuales encontramos que la piel puede ser la primera en mostrar éstos como resultado de la exposición al sol, a los cambios de temperatura y a otros estímulos físicos. Los pigmentos cutáneos se vuelven más escasos y hacen

que la piel se aclare gradual y progresivamente. También disminuye la grasa subcutánea, en especial la que se encuentra sobre las prominencias óseas. Conforme se adelgaza la piel, la pérdida de glándulas sudoríparas y sebáceas producen arrugas, sequedad y mayor fragilidad. Las arrugas sobresalen en las áreas expuestas, es decir, alrededor de los ojos, la cara y las extremidades superiores. Con frecuencia la pérdida de glándulas sudoríparas y sebáceas dificulta la regulación de la temperatura corporal, lo que a su vez puede provocar una insolación.

Las pecas, o lentigo, proliferan al avanzar la edad y son más comunes en las áreas expuestas de las extremidades y la cara. (Kastenbaum, 1980).

Las uñas de las manos y de los pies de los ancianos pueden mostrar ciertos cambios tróficos, caracterizados por menor velocidad de crecimiento, presencia de canales longitudinales y, en algunos casos, aumento del espesor posterior a traumatismos.

En cuanto a los cambios del sistema piloso afectan a la distribución, el calor, el espesor y la fuerza del vello y los cabellos.

Las primeras canas, por lo general, aparecen sobre las sienes y después sobre el vértice de la cabeza. En el resto del cuerpo las canas aparecen también en las cejas, el torax, las axilas y el pubis.

La calvicie, es más común en el varón, en cambio en la mujer tiende a aumentar el vello facial, especialmente después de la menopausia (Rosthschild, 1987).

Así mismo, se observan alteraciones importantes en el esqueleto; primero, existe una reducción gradual de la masa ósea total y la osteoporosis, que es más importante en las mujeres que en los varones. Es indudable que la osteoporosis se acentúa durante la menopausia, a pesar de que no se conoce el mecanismo responsable de este trastorno, es posible estabilizarlo o bien retardarlo añadiendo calcio, vitamina D y flúor a la dieta.

En el anciano es fácil observar el resultado directo de la osteoporosis, que es una disminución gradual o un acortamiento de la talla tanto en hombres como en mujeres. Se acentúa la curva natural de la columna vertebral (cítosis) y la cavidad torácica disminuye de volumen mientras que las costillas se desplazan hacia abajo y hacia adelante. El repliegue del cuerpo sobre sí mismo reduce la talla, altera radicalmente la apariencia y estorba la movilidad (Mishara, 1986).

2.2 BIOLÓGICAS Y FUNCIONALES

Las alteraciones biológicas y funcionales que trae consigo la edad, puede circunscribirse a los siguientes rubros o áreas:

2.2.1 NEUROCONDUCTUALES

Describen una gran constelación de síntomas psicológicos y conductuales, cualquiera que sea su causa específica.

Los ancianos son los que tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos neuroconductuales. La pérdida neuronal produce una mayor susceptibilidad del tejido cerebral restante a sufrir una gran variedad de consecuencias adversas.

Se conocen más de 100 enfermedades que provocan cambios en el estado neuroconductual. Tales cambios pueden presentarse en forma de confusión o como demencia. La enfermedad vascular cerebral, obviamente, constituye una de las principales causas de disfunción fisiológica en el anciano. En aquellos enfermos que cursan con trastornos neuroconductuales también se ha hablado de ciertos cambios en el flujo sanguíneo cerebral. Aún no se sabe si éstos cambios son fenómenos primarios o secundarios.

Los traumatismos constituyen una causa bastante común de cambios del comportamiento del anciano. De esta forma, el cerebro senil es susceptible de sufrir una gran variedad de agravios fisiológicos, muchos de los cuales parecen tener poca importancia pero son suficientes para trastornar el equilibrio del anciano, tan débilmente compensado.

2.2.2 CARDIOVASCULAR

Una vez excluidas las entidades patológicas, es posible identificar ciertos cambios relacionados con el envejecimiento que influyen en forma adversa sobre la función cardíaca. En primer lugar, la disminución gradual del volumen ventricular por latido, que a su vez reduce el gasto cardíaco. En segundo lugar, el aumento de la resistencia periférica, que provoca un aumento gradual de la presión arterial sistólica, generalmente sin elevación de la presión diastólica. En tercer lugar, ambos

acontecimientos limitan la capacidad del anciano para responder al ejercicio y al stress. En otras palabras, cursan con una reserva cardíaca limitada que reduce la adaptación cardíocirculatoria al esfuerzo.

2.2.3 SISTEMA PULMONAR

Después de los 20 años de edad, la función pulmonar se deteriora en forma progresiva, al parecer como resultado del envejecimiento. Este deterioro es producido por la pérdida de tejido elástico de los pulmones, de la pared torácica y del diafragma, del que depende el mecanismo respiratorio. Existen otros cambios degenerativos graduales del tejido conectivo de la pared torácica y de los pulmones que tienden a restringir o limitar la capacidad para intercambiar volumen. Como consecuencia, el volumen residual aumenta gradual y progresivamente y se refleja en la disminución de la capacidad ventilatoria total. A nivel alveolar, la capacidad de difusión se reduce limitando el intercambio de oxígeno, sin interferir con el movimiento del bióxido de carbono.

2.2.4 SISTEMA URINARIO

Conforme envejecemos, parece ser que tanto la masa renal como el número de las nefronas funcionales se reduce. Sin embargo, no se ha establecido si el efecto de los cambios vasculares y de las reacciones inflamatorias antiguas es lo que esclerosa y fibrosan a la nefrona. Cualquiera que sea la causa, existe una reducción en la velocidad de filtración glomerular que parece ser independiente de las enfermedades renales intrínsecas o preexistentes, pero que coincide con la edad cronológica.

2.2.5 SISTEMA ENDOCRINO

Se ha demostrado que el mecanismo de retroalimentación hipotálamo hipófisis-tiroides funciona en forma adecuada a lo largo de toda la vida. Específicamente, en el anciano los niveles de hormona estimulante de la tiroides (TSH) son normales promoviendo así niveles fisiológicos de hormona tiroidea circulante. Sin embargo, la utilización periférica de hormona tiroidea disminuye al aumentar la edad.

El metabolismo del calcio, regulado por la hormona paratiroidea (la calcitonina), no se altera, a pesar de que después de los 60 años de edad la absorción intestinal de calcio se reduce. En la vejez, la desmineralización del hueso en forma de osteoporosis representa uno de los principales problemas clínicos pero ésta no se relaciona directamente con la producción de parathormona ni de calcitonina.

La integridad y la función gonadal constituyen un gran interés para los geriátras y se han encontrado los siguientes hechos. En primer lugar, después de la menopausia, la mujer produce menos estrógenos por la involución ovárica que sufre. En segundo lugar, y debido al deterioro de la función ovárica, la producción hipofisiaria de hormona folículo estimulante (FSH) y de hormona luteinizante (LH) muestran variaciones importantes en un lapso de 24 horas. Se piensa que el bochorno, problema común en la mujer menopáusica, se relaciona de alguna manera con estas variaciones hormonales, aunque aún no se ha comprobado su causa.

Se cree que en el hombre sano mayor de 65 años el aumento en los niveles de LH en sangre venosa se relaciona directamente con una disminución en la respuesta de las células testiculares de Leydig productores de testosterona. Los ancianos varones pueden sufrir bochornos, pero a un menor grado que las mujeres.

En el anciano de ambos sexos el impulso sexual puede mantenerse, pero con menor intensidad que en los individuos más jóvenes. Por lo general, la libido constituye una fuerza importante en la mujer hasta la menopausia, mientras que disminuye gradualmente en el varón a partir de los 40 años. Sin embargo, es común encontrar individuos de 70 años o más que aún son sexualmente activos y están interesados en esta función. El epitelio vaginal seco de la mujer postmenopáusia con frecuencia provoca problemas mecánicos y molestias durante el coito. Estos pueden resolverse mediante la aplicación tópica de agentes lubricantes. (Rothschild, 1987).

Además se observa que las personas que envejecen se vuelven más susceptibles a muchas y muy diversas enfermedades, encontrándose más frecuentemente y en particular en México, (de acuerdo a los datos estadísticos de 1987 del Centro de Información y Estadística de la Subdirección General Médica del IMÁSS) que las principales causas de morbilidad femenina en los grupos de 55 a 65 años son:

- Diabetes mellitus
- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
- Infarto agudo al miocardio
- Tumor maligno del cuello del útero
- Enfermedades infecciosas intestinales

- Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
- Disrítmia cardíaca
- Enfermedad pulmonar obstructiva, crónica y afecciones afines
- Insuficiencia cardíaca
- Neumonía e influenza
- Signos, Síntomas y estados morbosos mal definidos.

DE 65 AÑOS Y MAS

- Diabetes mellitus
- Disrítmia cardíaca
- Insuficiencia Cardíaca
- Infarto agudo al miocardio
- Neumonía e influenza
- Enfermedades infecciosas intestinales
- Enfermedades hipertensivas
- Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis
- Enfermedad cerebro vascular aguda, pero mal definida
- Oclusión de las arterias cerebrales
- Signos y Síntomas y estados morbosos mal definidos.(INSEN, 1990).

CAPITULO III

CAPITULO III

ASPECTOS PSICOLOGICOS

Al envejecer, el individuo empieza a advertir que el organismo no funciona en forma tan óptima como antes; por ejemplo, ya no resiste igual a la fatiga, necesita anteojos para leer, disminuyen su memoria y capacidad de concentración y en conjunto se reduce el rendimiento de todas las funciones orgánicas y de los procesos psicológicos en diferentes grados.

A continuación se describen los cambios de los principales procesos psicológicos, tales como, los sensoriales y perceptivos, la inteligencia, la memoria y las emociones.

3.1 PROCESOS SENSORIALES Y PERCEPTIVOS

En cuanto a los procesos sensoriales y perceptivos y específicamente en la visión, el envejecimiento provoca ciertos cambios en el cristalino que tienen especial importancia. Este pierde gradualmente su capacidad para modificar su espesor, fenómeno necesario para la acomodación de la visión cercana. Esta manifestación se denomina presbicia. Después de la sexta o séptima década de la vida, es frecuente observar una opacificación del cristalino con formación de cataratas, pero éstas no necesariamente se presentan en la vejez.

En muchos ancianos la agudeza visual disminuye y no pueden distinguir ciertos detalles. La degeneración retiniana, junto con el desprendimiento de la superficie hacia el humor vítreo, generalmente es secundario a la insuficiencia vascular o a procesos inflamatorios; estos son cambios anormales e interfieren con la agudeza visual.

A la vista se le debe gran parte de la información que llega del mundo y un buen número de placeres, como la televisión que se convierte junto con la lectura en la principal distracción de las personas de edad, y el hecho de no poder contemplarla ni leer, puede tener como efecto un aislamiento cada vez mayor y que se vuelvan a la vez indiferentes y carentes de interés. La pérdida de la agudeza visual supone también el riesgo de hacer disminuir la participación en la vida social y el interés por las actividades recreativas

En el envejecimiento normal la integridad auditiva debe conservarse intacta hasta el sexto o séptimo decenio de la vida. Sin embargo, las deficiencias auditivas pueden acelerarse o acentuarse por lesiones previas del aparato auditivo. Aún en ausencia de tales sucesos traumáticos, la deficiencia gradual de la agudeza auditiva conforme avanza la edad varía considerablemente. En el anciano existe cierto deterioro auditivo debido al engrosamiento de la membrana timpánica y la menor capacidad de resolución de los huesecillos del oído medio. La exposición excesiva a un ambiente contaminado por ruido puede acelerar la pérdida auditiva. A pesar de que algunos de estos cambios tienen un origen ciertamente genético, otros parecen ser esporádicos e impredecibles.

La sordera senil, o presbiacusia, se manifiesta inicialmente por pérdida de la capacidad para detectar sonidos de alta frecuencia. Y también disminuye la capacidad para percibir, identificar, discriminar y localizar con precisión el origen de los sonidos. Muchos ancianos cursan con problemas auditivos simplemente por la acumulación de cerumen en el conducto auditivo externo. Estos acontecimientos eventualmente limitan la capacidad de comunicación del anciano, y que en algunas ocasiones lo lleva a un aislamiento que lo aleja del contacto con su medio ambiente.

Al correr de los años, el aparato vestibular también pierde su capacidad para conservar el equilibrio postural. De esta forma los cambios repentinos de posición pueden producir falta de equilibrio y caídas. El problema, que aumenta después del séptimo y octavo decenio de la vida, no debe confundirse con los cambios circulatorios cerebrales por arterioesclerosis, arritmias cardíacas o episodios isquémicos embólicos transitorios, que pueden ser semejantes al desequilibrio por disfunción vestibular.

El gusto y el olfato tienden a disminuir y junto con la menor cantidad de saliva, afecta el apetito en forma adversa. Estos cambios pueden perturbar la calidad nutritiva del régimen alimenticio. En efecto, cuando los alimentos pierden su gusto y además se reduce la tolerancia a los platillos picantes y muy condimentados, el apetito desaparece al mismo tiempo, ésto produce que el anciano pierda peso y disminuya su fuerza muscular.

La motricidad se halla estrechamente ligada a las capacidades sensoriales. Puede verse afectada a consecuencia de un declive de la fuerza muscular, del

incremento de los tejidos grasos con relación a los tejidos delgados, de la osteoartritis y de otros procesos físicos deficientes. Experimentan también la influencia de las modificaciones que se operan en el metabolismo basal, la capacidad torácica vital y en el funcionamiento del sistema cardiovascular.

A medida que se envejece, los movimientos motores globales se tornan más lentos, los músculos se fatigan más rápidamente y se recuperan de una tensión con mayor lentitud. Los movimientos de motricidad fina se vuelven más lentos y menos precisos por razones idénticas. (Mishara, 1986).

3.2 FACTORES INTELECTUALES

La inteligencia es aquel tipo de habilidades cognitivas más elevadas que posee el ser humano. (Monedero, 1986). Referida a la edad joven se destaca en este concepto la agilidad mental, la capacidad de aprendizaje y la habilidad para obtener nuevas relaciones. Aplicada a la senectud se subrayan contenidos que hacen referencia a sabiduría y sagacidad entendida ésta como la capacidad de tratar las situaciones de la vida según la experiencia pasada.

Sin embargo, en diferentes investigaciones realizadas para medir inteligencia empleando varios tests (entre ellos el Wechsler), se ha encontrado que ésta disminuye con la edad, a consecuencia del deterioro de los tejidos nerviosos y de la disminución cerebral. (Mishara, 1986).

Es interesante señalar que en el proceso de envejecer se han identificado cambios que pueden representar intentos de neuronas sobrevivientes de compensar las

pérdidas o el enjuntamiento de otras neuronas y de sus proyecciones. Se han observado el crecimiento de dendritas en algunas regiones del hipocampo y de la corteza aún después de los 70 años. Estos hallazgos son alentadores ya que sugieren que en edades avanzadas, el cerebro es capaz de remodelación dinámica en sus conexiones neuronales, si bien la funcionalidad de estas dendritas que aparecen en la senectud no ha sido aún determinada, hay ciertos datos para pensar que el mantenimiento o el incremento de la actividad mental, puede protegerse contra la declinación cognoscitiva en la senectud (De la Fuente, 1992).

De la inteligencia en la vejez, circulan dos concepciones teóricas: 1) El modelo deficitario apoyado por las ideas de Miles, Yerkes, Forter, Taylor y Hillorbyuc; y 2) El modelo de la inteligencia general introducida por Cattell.

En los estudios del modelo deficitario, encontraron que la inteligencia alcanza su máximo a los 20 años de edad y a partir de ahí declina progresivamente con el paso de los años.

En el modelo de inteligencia general, Cattell para su estudio los agrupo en:

Fluida: Representa la forma de inteligencia capaz de resolver los problemas nuevos.

Cristalizada: La que aplica a la situación presente la acumulación de las experiencias anteriores.

La inteligencia fluida, que depende de la capacidad de evolucionar y de adaptarse rápida y eficazmente a las situaciones nuevas, disminuiría con la edad

mientras que la inteligencia cristalizada, ligada a la acumulación de la experiencia, aumentaría con los años. (Monedero, 1986).

3.3 MEMORIA

Ciertamente en relación con las funciones operativas del pensamiento, la memoria es una facultad menor, pero sin ella, la inteligencia funcionaría en el vacío. La memoria sufre también una involución con los años. (1990). Ya que es importante hacer la distinción entre la memoria como la capacidad de retener o adquirir datos y conocimiento en general, que en la vejez esta se vería disminuida, y la memoria como fuente del recuerdo, que se observa más en la vejez. Bize (1976), menciona que "el rasgo dominante en la vejez es descenso de las funciones mnémicas".

Además en los estudios realizados acerca de la memoria en ésta etapa de la vida, se da cuenta de un modelo de la misma que comprende tres etapas: La entrada de datos, la memoria a corto y la memoria a largo plazo.

Las pérdidas más importantes de memoria parecen sobrevenir en la etapa de la entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales. Se ha encontrado que lo primero que falla es la evocación de los recuerdos, la persona de edad busca en vano la palabra necesaria, no da con ella de momento, pero puede surgir más tarde, lo cual indica que lo que fallaba no era la conservación, sino el poder de evocación.

La memoria a corto plazo se altera más fácilmente en los viejos ante cualquier interferencia, lo que supone que el circuito límbico es más vulnerable

ante nuevas informaciones antes de ser capaz de traducir la información en forma definitiva a la memoria a largo plazo.

La conservación de los hechos recientes se hace cada vez más difícil, no puede retener lo que es nuevo. Por el contrario todos los recuerdos antiguos, incluso los que se remontan a la infancia, emergen muy a menudo por sí mismos, revive el propio pasado mucho más que antes, a veces estrato por estrato, como si el hecho de fijar menos el presente liberara el pasado.

3.4 EMOCIONES

Los cambios que marca la transición de una etapa del desarrollo hacia otra se debe entender en el contexto de la estructura de la personalidad es decir, en términos psicodinámicos y psicosociales. Se sabe que los mecanismos yoicos adaptativos se establecen temprano en la vida de donde surgen los impulsos, los deseos y las motivaciones. (Estarada, 1982).

Existen varias teorías que describen lo que ocurre en cada una de las etapas del ciclo vital, de donde destaca la teoría psicosocial de Erikson, éste las divide en ocho etapas, en donde enfatiza los determinantes sociales de la maduración de la personalidad. Y en donde cada etapa es distinta y única, con problemas y necesidades particulares, así como expectativas y limitaciones adicionales.

El rubro que Erikson marca como integridad vs. desesperación es el característico del estado adulto tardío, donde refiere que integridad es la aceptación del propio y exclusivo ciclo vital y de la gente que ejerce gravitación en él, como

algo que tuvo que ser y que en modo alguno admitió substituciones. Es decir, que significa un amor nuevo y diferente por los propios padres, exento del deseo de que debería haber sido distinto, y la aceptación de nuestra vida y de nuestras responsabilidades. Si bien tiene conciencia de la afinidad de los diversos estilos de la vida que han dado sentido a la lucha del hombre, el dotado de integridad está preparado para defender la responsabilidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica.

La pérdida de esta elevada integración del yo está representada por la desesperación y por un temor a la muerte a menudo inconsciente. El único y exclusivo ciclo vital no es aceptado como lo fundamental de la vida. La desesperación expresa el sentimiento de que el tiempo es corto, demasiado corto como para tratar de empezar otra vida y querer probar otros caminos que llevan a la integridad.

Tal desaliento se esconde con frecuencia tras un velo de disgusto, la misantropía o una desdenosa irritación crónica contra determinadas instituciones y personas, disgusto e irritación que si no van acompañadas de ideas constructivas y una gran cooperación, solo representan el desdén que el sujeto siente por sí mismo. (Geist, 1977).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, la amplitud de las respuestas a los cambios relacionados con la edad, pueden variar desde una modalidad madura de enfrentarse a ellos, hasta una quiebra psicológica completa, ya que a medida que el individuo envejece, sufre un número considerable de pérdidas de las cuales sobresalen la pérdida de atractivo físico, pérdida de estatus o posición social;

pérdida de roles útiles y respetados; pérdida de salud y vigor físicos y pérdida de personas de apoyo incluyendo a su pareja y familiares, así como enfrentar la realidad de su propia muerte más o menos inminente. Esto impone las correspondientes necesidades de adaptación que de no satisfacerse con éxito, es probable que conduzca a la persona a replegarse a una variedad de técnicas defensivas que tienden a traducirse en sentimientos de desamparo, dependencia, baja autoestima, soledad, impotencia física, vulnerabilidad y marginación. (Vázquez, 1982).

La psicodinámica del envejecimiento, no debe estar limitada a las pérdidas y las limitaciones, sino que comprende también y en forma muy esencial el desarrollo de un sentido diferente del self, en donde la autoestima, no depende exclusivamente del control sobre otros. El envejecer demanda la integración en el self, de un sentido de efectividad interpersonal con un mínimo de motivos de poder, de maestría sin competitividad y la aceptación de la ambigüedad y de la incertidumbre. (Estrada, 1982).

Es importante señalar que existen conductas consideradas como características a esta etapa de la vida, tales como, la tacañería, la rigidez, pérdida de la memoria, la necesidad y la agresividad, aunque no se puede generalizar.

En un intento por agrupar a los ancianos en cuanto a su estabilidad emocional, Savage, (citado por Esquivel, 1993), los clasifica en:

1) **Maduros:** Esto es, personas que muestran conducta de autosuficiencia, se mantienen activos, bastante estables emocionalmente y con adecuadas relaciones

interpersonales, aunque muchas veces éstas personas tienden a ser rígidos en sus pensamientos e ideas.

2) **Normales:** Funcionales, autosuficientes, ajustados socialmente pero cautelosos y prudentes por lo que son muy reacios al cambio y les cuesta mucho trabajo tomar decisiones.

3) **Introvertidos:** En este grupo se pueden encontrar algunos que están adaptados socialmente y otros a los que les cuesta trabajo socializar. Son personas apegadas a sus pertenencias y a sus valores, suelen ser reservados y taciturnos, generalmente tímidos y retraídos, reprimen sus emociones.

4) **Perturbados:** Este puede ser un grupo muy heterogéneo, integrado por individuos que sin ser enfermos mentales, se sitúan en las fronteras de la psiquiatría. Presentan dificultades para adaptarse al medio familiar y social, en el aspecto emocional tienden a ser inestables, son poco tolerantes, muy irritables y con poco control de sus impulsos agresivos.

El estudio de la vida emocional, y particularmente la sexual de los viejos ha estado teñida por prejuicios sociales, a veces firmemente establecidos, que invaden aún los terrenos de la investigación científica. La afirmación de que lo que es virilidad a los 25 años, se convierte en lujuria a los 65, es una prueba de esta actitud tendenciosa. Quizás la raíz más importante de esta actitud radica en la reacción edípica tendenciosa de los niños que se aferran a la idea de que los padres son asexuados. Estas reacciones forman la base para reacciones contratransferenciales, tanto en los terapeutas, como en los investigadores.

También esto afecta a los viejos, pues piensan en esta forma sobre su propia sexualidad, sobre sus deseos y fantasías. Se ven con frecuencia invadidos de sentimientos de culpa y de vergüenza sobre sus propias necesidades. Permanece el hecho de que los mayores están vitalmente interesados, y hambrientos de información sobre las normas de sexualidad. La conducta sexual de los viejos corresponde a su vida sexual cuando eran jóvenes. Estudios recientes sobre la vejez (Renshaw, 1984), indican que ésta como factor influye menos de lo que se pensaba sobre la vida sexual. Existe la tendencia a evaluar solamente las actividades físicas y no considerar la dimensión amorosa, el afecto, la ternura y las relaciones interpersonales.

La masturbación, como autoestimulación sexual, se presenta también en personas mayores, y su presencia debe verse a la luz de las condiciones de la persona, tanto en hombres como en mujeres.

Masters y Johnson (1966), comentan que la masturbación no representa problemas en la vejez. La soltera, o sola que ha empleado la masturbación para el alivio de la tensión sexual en sus 20s y 30s, habitualmente continúan haciéndolo hasta edad avanzada. Lo mismo ocurre para las personas que han perdido a su compañero, muchas mujeres sin hombres, viudas o divorciadas, recurren a la masturbación; no existe un límite de edad para la sexualidad. El prejuicio de la edad avanzada asexual, es un mito altamente destructivo, pues interfiere con la salud y el bienestar de miles de personas mayores. (Estrada, 1982).

En general estos son los aspectos psicológicos más sobresalientes que aparecen en ésta etapa de la vida y es de vital importancia conocerlos para poder

entender los cambios que sufren los ancianos, en este aspecto y poder dar alternativas de mejoramiento en su calidad de vida.

CAPITULO IV

CAPITULO IV

ASPECTO SOCIAL

4.1 ASPECTO SOCIAL DEL ANCIANO

Para los ancianos la urbanización y la industrialización dan como resultado, problemas sociales, aprietos económicos y aislamiento. De los factores principales que se citan como explicaciones de esos problemas son: "Los cambios demográficos que se producen a causa del aumento del promedio de vida; el aumento de la proporción de ancianos en la población general; la disminución de los papeles productivos que se les permiten desempeñar a los viejos a causa del cambio de una economía rural a una economía industrial; la revolución tecnológica y por último, la denigración de la vejez que según se piensa se explica por el culto a la juventud" (Hareven, 1978).

Estos cambios de la vida moderna, conducen inevitablemente a la desintegración de la familia, reduciendola a la unidad biológica de los esposos y de sus inmediatos descendientes. La estrechez de la vivienda, las necesidades de confort creadas, la limitación de los ingresos, la inflación creciente, etc., todo en suma tiende a marginar y aislar, cuando no a eliminar, al anciano que mayoritariamente siente que la sociedad no le asigna ningún papel o no valora el que podría desarrollar. No tomando en cuenta que los ancianos constituyen un elemento

indispensable para la buena integración y el equilibrio de la sociedad y ante todo a su célula básica, la familia. El viejo es un elemento original, útil y hasta irremplazable. Constituye un verdadero capital cultural. Por eso muchas sociedades primitivas le dieron un lugar de preferencia, "es el hombre de la palabra y de la enseñanza".

Sin embargo, ni el individuo, ni la familia, ni la sociedad aceptan en su totalidad a la vejez, porque es una etapa del ser humano que crea muchos problemas a todos. El anciano ha de enfrentarse con una nueva forma de vida, en donde las mayores inquietudes, se centran en el dinero y en la salud. La falta de recursos significan dependencia de los demás, de los buenos deseos de sus familiares o de vecinos y en muchos casos la inseguridad total y permanente. La pobreza implica vulnerabilidad e indefensión.

Los temores por la salud tienen un trasfondo complejo. El miedo a la enfermedad no es sinónimo, muchas veces, de miedo al sufrimiento o la muerte. Esto último puede ser puramente aparental, puesto que la angustia de la enfermedad proviene, no pocas veces del temor a la pérdida de validez física o psíquica, lo que significa, inevitablemente, convertirse en una carga para los demás, un peso en dinero o trabajo para su entorno familiar o social.

La incapacidad física y monetaria lleva a muchos ancianos al convencimiento de su propia inutilidad, a la sensación de su fracaso vital.

Sin embargo, al hacer la evaluación en estas circunstancias y de la difícil situación por la que atravesaban muchos de los ancianos en nuestra sociedad, se crea en 1979 el INSEN al cual se le asignan los objetivos de proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana por medio de servicios de unidades

gerontológicas, salud y consulta externa, comedores públicos para ancianos, tarjeta INSEN, bolsa de trabajo y procuraduría de la defensa del anciano.

Pero aún esto, no es suficiente para mejorar la situación económica-social de los ancianos, ya que a los que se encuentran en buen estado de salud física y psicológica, adaptados a su medio y con posibilidades de seguir produciendo, es la sociedad quien los margina, al quitarles oportunidades de mayor desarrollo; ya que nuestra sociedad es materialista, consumista, compuesta por productores y consumidores, regida por la rentabilidad y eficacia; el anciano consume poco, ya no es productivo y carece de medios económicos, por lo tanto ya no es eficaz en la sociedad, lo que implica su exclusión del aparato productivo, disminuyendo sus recursos económicos, fomentando la dependencia económica hacia la familia y orillándolo a la pobreza y al aislamiento.

El refugiarse en el aislamiento, se debe a la pérdida del conyuge, de amigos y además cuando existe una invalidez progresiva, quizá con movilidad limitada y con trastornos sensitivos. Es de suma importancia hacer la distinción entre el "Aislamiento" y la "Soledad". El aislamiento como concepto posee connotaciones mucho más vigorosas de objetividad en el campo de las relaciones interpersonales, mientras que el concepto de "Soledad" se refiere más a la experiencia subjetiva de la estructura de la interacción social. Pero el sentimiento subjetivo de soledad nunca se halla determinado por la frecuencia de los contactos, muchas personas se sienten solas aunque de ninguna manera están aisladas, simplemente porque esperan más contactos sociales; otras se hallan de hecho aisladas pero no se sienten solas. Por lo tanto es justo el expresar que, los sentimientos de soledad del sujeto constituyen más

bien la capacidad de establecer nuevos contactos sociales, y no el número actual de dichos contactos. (Lehr, citado por Hahn, 1977).

4.2 GRUPO

El anciano como ser social, convive y se desarrolla en una comunidad, dentro de un grupo, con los cuales comparte experiencias de diversa índole. Dentro de éste mundo donde se desenvuelve necesita estímulos para vivir y que solo mediante la acción grupal se pueden satisfacer.

El **GRUPO** se define como una "situación social ya que dos o más personas interactúan formando un grupo que es un todo dinámico y que es más que sus partes. Cada grupo tiene su movimiento peculiar y único, que cambia y fluye de acuerdo a su personalidad. Por ello, no hay dos grupos ni procesos iguales, hay que entender al grupo como algo con vida propia, en donde se da la comunicación y la relación en función a unas metas y objetivos, autorregulándose por sus propias reglas". (Ortega, 1992)

4.2.1 CLASIFICACION DE GRUPOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS.

Los grupos primarios o grupos cuyos miembros están relacionados directamente, cara a cara, es relativamente pequeño y tienen conocimiento de cada uno de sus miembros.

Los grupos secundarios son aquellos cuyos miembros están relacionados indirectamente.

Existen tres tipos de grupos pequeños o grupos primarios aquellos que se refieren a muchos intereses y actividades (familia, poblado y el vecindario), los que sólo se dedican a un interés o tipo de actividad, pero que tienen cierta permanencia (club, grupos de trabajo y grupo de convivencia); y los grupos cara a cara en una situación particular (comités y grupos de discusión).

La familia, el poblado y el vecindario pueden ser considerados grupos "naturales" nacen del proceso de tener que cuidar niños y de vivir muy cerca de otras personas. Los otros grupos, incluidos los de la segunda categoría, son especializados; nacen de la necesidad de formar grupos especiales para proveer necesidades sociales particulares.

Para complementar la clasificación anterior se describe la siguiente en relación a grupos frente a frente:

- 1.- La relación con la organización social:** Como lugar y foco de interacción, el grupo puede depender en forma directa de una organización social, en este caso se habla de grupos institucionales.
- 2.-Con las normas admitidas:** Las reglas, explícitas e implícitas, darán grupos formales e informales respectivamente. Los grupos formales tienen además una organización que depende de una institución.
- 3.-Con las metas colectivas:** El grupo puede ser considerado por sus miembros, más bien como un fin, o ante todo como un medio. Cuando se trata de estar juntos, predominando los factores afectivos, se puede hablar de un grupo de base. Cuando se

trata de realizar una acción, una prueba, o de adoptar una decisión y los miembros se centran en la tarea; predominan los factores operativos y se puede hablar de un grupo de trabajo.

4.-Con el propio proyecto: Por último, la existencia del grupo puede ser interdependiente de un proyecto, o por el contrario los sujetos pueden estar reunidos en un marco y con objetivos preestablecidos.

Así, los primeros conocidos como grupos naturales, se oponen a los segundos como grupos artificiales reunidos con un propósito previamente establecido. (Ortega, 1992).

El problema principal de los ancianos consiste en vencer los obstáculos, buscar alternativas y resolver las dificultades que plantea la adaptación, a los cambios psicológicos y sociales que acontecen con los años. Ya que ni el joven ni el adulto "ancianos potenciales" son preparados mental y físicamente para afrontar su devenir evolutivo, resulta más práctico encaminar sus recursos y energía para la producción de material, que promover su desarrollo como ser humano. (Guerrero, 1982).

La capacidad de aceptación a estos cambios es una característica de la senectud, de la vejez normal. La falta de adaptación lleva a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad del anciano. (Guerrero, 1982).

CAPITULO V

CAPITULO V

NECESIDADES

La conducta humana se halla determinada por las necesidades que enfrenta y por los medios que se disponga para satisfacerlas.

5.1 DEFINICION DE NECESIDADES.

"Las **NECESIDADES** son lo que se necesita ya sea para la existencia misma o para tener éxito en la vida. Son lo que las personas saben por intuición o por experiencia que deben tener para seguir viviendo." (Murial, 1982).

El ser humano está motivado por cierto número de necesidades básicas que abarcan a todas las especies; es decir, urgencias aparentemente inmutables y, por su origen, genéticas o instintivas. Hay además, necesidades de índole psíquica más que puramente fisiológicas; constituyen éstas la verdadera naturaleza interior de la especie humana, aunque resultan fácil y rápidamente distorsionadas y vencidas por el aprendizaje erróneo, los hábitos o la tradición

Según Goble (1977), al quedar satisfechas unas de las necesidades básicas, de inmediato emergen otras necesidades (de más alto rango) y son éstas, las que entonces dominan al organismo; cuando, a su turno, se les satisface, surgen otras

nuevas (y aún más elevadas) urgencias y así siempre. Esto indica que las necesidades humanas están organizadas en una jerarquía de relativa prepotencia. Maslow sostiene que, a través de toda la vida, el ser humano esta, prácticamente, descando algo, pues es éste un animal volitivo y "rara vez alcanza un estado de completa satisfacción, excepto durante breves términos; ya que tan pronto un deseo es satisfecho, ya brota otro para ocupar el lugar vacante".

Según Murray, (citado por Cueli, 1989), dice "una necesidad es una construcción (un concepto hipotético o ficticio), conveniente que representa a una fuerza en una región del cerebro; una fuerza que organiza la percepción, la apreciación, la integración, la connación y la acción en tal forma, como para transformar en cierta dirección una situación final que actúa, tranquiliza o satisface al organismo".

El pensamiento de Murray se hallaba muy influido por el Psicoanálisis y en general por la teoría del impulso, y su concepción de la "necesidad" tiene mucho en común con la noción del impulso.

En donde según la teoría psicoanalítica de Freud, (citado por Cohen, 1982), en el "ID" están los motivos somáticos no aprendidos como son el hambre, la evitación al dolor, el sexo, etc., los cuales deben ser satisfechos para la conservación del individuo o de la especie.

En el superego se encuentran los motivos secundarios, sociales y aprendidos, como son el prestigio, el estatus social, la afiliación. El ego consciente, es el arquitecto del ajuste del organismo, mantiene el equilibrio homeostático de los

motivos primarios y busca la satisfacción de los motivos secundarios. Mantiene la gran concesión entre la realización completa de los motivos, bajo el principio de realidad".

El Psicoanálisis, pues, rompe claramente con las concepciones racionalísticas del hombre, y ha dirigido la atención lejos del intelecto y en dirección a las fuerzas irracionales, es decir, a una interpretación motivacional del comportamiento. La conducta tiene, según esta teoría, una función: Sirve para permitir la descarga de las energías motivacionales. (Cofer, 1981).

5.2 CLASIFICACION DE NECESIDADES SEGUN MURRAY.

Según MURRAY, existen cinco tipos diferentes de necesidades :

- 1) Primarias y Secundarias
- 2) Proactivas y Reactivas
- 3) Abiertas y Cubiertas
- 4) Focales y Difusas
- 5) De Efecto y Modales con Proceso de Actividad.

- **Primarias y Secundarias**

Las necesidades primarias del hombre: Algunas veces llamadas vicerogénicas, son aquellas de naturaleza orgánica y biológica; urgencia de comida, agua, aire, eliminación de restos corporales y actividad sexual.

Las necesidades secundarias o psicogénicas, provienen de las primarias, pero en una forma difusa e indirecta. El término secundario se refiere al estado de desarrollo, dentro de este tipo de necesidades se encuentran, la de logro y la de afiliación.

- **Proactivas y Reactivas**

La necesidad proactiva es la que se origina dentro de la persona; la reactiva surge fuera de la persona.

- **Abiertas y Cubiertas**

Las primeras son expresadas y enfrentadas francamente, sin que la sociedad las sancione; mientras que las segundas deben ser fantaseadas o tratadas en un estado de sueño o satisfechas a través de medios deseados.

- **Focales y Difusas**

Hay necesidades que pueden ser satisfechas satisfactoriamente acercándose a un objeto del ambiente. Estas son las focales y pueden satisfacerse por medio de un solo objeto, y en algunos casos por unos cuantos. Difusas son aquellas que tienen que ser satisfechas en todo tipo de situaciones por ejemplo; el caso de la evitación del dolor en cualquier aspecto, físico o social.

- **De Efecto y Modales con Proceso de Actividad.**

Una necesidad de efecto es la que lleva a un objeto-meta directo e identificable. Del proceso de una actividad o de la función puramente placentera de realizarla, surge la necesidad de llevar a cabo la actividad con un alto grado de excelencia en la ejecución; a esto es lo que Murray denomina necesidad modal. El modo de operación con el que satisfacemos una necesidad puede ser tan importante como la meta por la cual luchamos.

5.3 CLASIFICACION DE NECESIDADES SEGUN MASLOW.

Por otra parte **MASLOW** (citado por Goble, 1977), afirma que las necesidades representan los aspectos intrínsecos de la índole humana, mismos que la cultura no puede destruir, sino sólo reprimir. Lo anterior desafía, de manera obvia, la antigua idea, aún sostenida por muchos, de que los instintos son poderosos, permanentes y negativos. Maslow sugiere lo contrario: las necesidades pueden ser fácilmente ignoradas o suprimidas; así resulta que no son malas, sino más bien neutrales o buenas.

Para poder considerarse a una necesidad como básica debe satisfacer las siguientes condiciones:

A) Su ausencia produce enfermedad

B) Su presencia previene contra la enfermedad

C) Su reimplantación cura la enfermedad

D) En ciertas situaciones muy complejas (de libre elección), la persona privada de ella, a prefiere ante otras satisfacciones.

E) Resulta inactiva, de muy menguado efecto o nula funcionalmente, en la persona saludable.

MASLOW, (1970), hace la siguiente clasificación de las necesidades:

1. Necesidades Fisiológicas: Las urgencias más fundamentales, inaplazables y poderosas de todo hombre son las que se refieren a la supervivencia física: alimento, líquido, refugio, sexo, sueño y oxígeno. El individuo a quien le falta alimento, autoestima y amor, primero pedirá pan y, hasta llegar a satisfacer su hambre, todas las demás necesidades quedarán relegadas.

2. Necesidades de seguridad: Se refieren a la necesidad de poder evitar riesgos innecesarios dentro de un mundo que resulta previsible en base a normas establecidas. La ausencia de parámetros sociales origina una sensación de inseguridad y ansiedad.

3. Necesidad de Amor y de Pertenencia: Si tanto las necesidades fisiológicas, como las de seguridad, están satisfechas, aparecerán las necesidades de amor, afecto y posesión. Ahora, no antes la persona sentirá como un problema candente la ausencia de amigos, esposo e hijos. Tendrá hambre de relaciones afectuosas, con las personas en general, es decir, de hallarse integrado en un grupo, y se dedicará con

gran intensidad a conseguir este objetivo. La frustración de éstas necesidades, es la causa más corriente de los casos del mal ajuste y psicopatologías más graves.

4. Necesidades de Aprecio: Maslow establece que los individuos muestran dos categorías en lo que se refiere a urgencias de aprecio: el autorrespeto y la estimación por parte de los demás. a) La autoestima incluye conceptos como el deseo de lograr confianza, competencia, pericia, suficiencia, autonomía y libertad. b) El respeto por parte de los otros incluye conceptos como prestigio, reconocimiento, aceptación, diferencia, estatus, reputación y aprecio.

Una persona con suficiente autoestima es más segura, más capaz y, por tanto, más productiva; sin embargo, cuando la estimación propia no resulta suficiente, el individuo cobra sentimientos de inferioridad y desamparo, que pueden dar como resultado desaliento y posible conducta neurótica. Por tanto, la autoestimación de índole más sana y estable se basa en el respeto que les merecemos a otros, más que el renombre, la celebridad y la adulación.

5. Necesidades de Auto-Actualización: La identificación de la necesidad psicológica referente a crecimiento, desarrollo, y utilización de potencial lo que Maslow llama actualización del yo, constituye un importante aspecto de su teoría sobre la motivación humana. También él ha descrito esa necesidad como "el deseo de llegar a ser todo aquello de lo que uno es capaz". Asienta que la urgencia de autorrealización emerge, por lo general, después de haber, satisfecho, de modo razonable; las necesidades de amor y de aprecio.

6. Necesidad de Trascendencia: Existe en algunas personas una necesidad de trascendencia, que se refiere a un sentido de la comunidad, la necesidad de contribuir a la humanidad. Un ejemplo de esto es un médico que percibe que se necesita investigación en un campo en particular, y para satisfacer una necesidad de la comunidad, desecha una prometedora práctica en su consultorio. Una persona puede unirse a algún cuerpo de paz o alguna otra organización de servicio para satisfacer una necesidad de sociedad, en vez de dedicarse a una carrera donde podría tener más satisfacciones personales.

Ambos autores, Murray y Maslow, hablan de la necesidad de afiliación, que según Cueli, (1989), "es el agradar y ganarse el afecto de los demás, acercarse, disfrutar y alternar con personas semejantes". Y que ésta solo se satisface estando en contacto con otras personas.

Como dice Fromm, en su libro *Ética y Psiconálisis* (1957), "La existencia humana se caracteriza por el hecho de que el hombre está solo y separado del mundo, no siendo capaz de soportar esta separación se siente impulsado a buscar la relación y la unidad. Existen muchos medios por los cuales puede satisfacer esa necesidad pero solamente uno que le permite permanecer intacto como entidad única; solo un modo en el cual despliega sus propios poderes y esto es el proceso mismo de estar relacionado. La paradoja de la existencia humana es que el hombre debe buscar simultáneamente la cercanía con los demás y la independencia; la unión con otros y al mismo tiempo la conservación de su individualidad y su particularidad".

5.4 INVESTIGACION SOBRE NECESIDADES DE AFILIACION.

Y según Schachter (1966), existen dos objetivos por los cuales las personas buscan asociarse:

En primer lugar, los objetivos de la gente se mediatizan en forma recíproca, y puede resultar necesario asociarse con otras personas o pertenecer a determinados grupos con el fin de alcanzar fines individuales.

En segundo lugar, las personas, unas con respecto a otras, representan, en y por sí mismas objetivos. Es decir, la gente tiene necesidades que sólo pueden ser satisfechas en las relaciones interpersonales. Se ofrecen como ejemplos de tales necesidades: la aprobación, el apoyo, la amistad, el prestigio y otras cosas semejantes. No cabe ninguna duda de que la asociación con otras personas es para la mayoría, una necesidad.

Tal vez el único estudio que se ha realizado y ocupado directamente del exámen experimental de necesidades específicas que sólo pueden ser satisfechas por medio del contacto interpersonal, es el de Festinger, Pepitone y Newcomb, (citados por Schachter, 1966). En el se sugiere que existen dos clases de necesidades que son satisfechas por la pertenencia a un grupo, necesidades tales como aprobación, estatus y apoyo, que requieren que el individuo sea singularizado y necesariamente implica visibilidad social e identificabilidad individual elevadas y necesidades cuya satisfacción requiere estar "sumergido en el grupo" condición denominada "de-individuación" y descrito como un estado de anonimato personal en el que el individuo no se siente singularizado ni identificable.

En otro estudio realizado por Mullius (1991), en donde se relacionaron las necesidades de afiliación con las tendencias depresivas, se encontró que existe una relación en cuanto a que hay una pérdida de satisfacción por la disminución de contactos con sus hijos y amigos. También por tener pocos amigos y por lo tanto la necesidad de integración.

Además el hombre en su búsqueda para satisfacer sus necesidades y deseos, ha encontrado que muchos de ellos se satisfacen mejor asociándose y mediante la acción grupal, en donde se pueden lograr objetivos, intereses y relaciones personales comunes, además de amor, comprensión y respeto que les permite refugiarse eficazmente hacia la satisfacción de la necesidad. (Beal, 1990).

Por todo lo anteriormente revisado se observa, que en la etapa de la vejez se producen muchas pérdidas, tanto físicas como psicológicas y de relaciones sociales, llevandolos en ocasiones al aislamiento, a un derrumbamiento de sus mecanismos de defensa, dejandolos indefensos ante una sociedad cada vez más automatizada, consumista y materialista. Pero no todo es negativo también existe la posibilidad de que mediante la pertenencia a un grupo, de cualquier tipo, se satisfagan las necesidades básicas que les permitan valorar más sus capacidades encontrando apoyo, amor, respeto y comprensión, y que es de suma importancia en cualquier época de la vida el poder estar integrados a un grupo, ya que esto, en algunas ocasiones permitirá tener mayor seguridad, más intereses, metas y ampliar las relaciones sociales, brindando un mejoramiento en la calidad de vida.

CAPITULO VI

CAPITULO VI

METODOLOGIA

6.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La conducta humana se halla determinada por las necesidades que enfrenta y por los medios de que se disponga para satisfacerlas. El individuo al pertenecer a un medio ambiente y encontrarse en un proceso de socialización intervienen ciertos factores que determinan su personalidad.

La necesidad de afiliación es un componente de la personalidad, que nos define la necesidad de asociación que presenta el individuo con respecto a otras personas, con el deseo de agradar o ganarse el afecto de los demás, evitando estar solos. (Cueli, 1989).

En la etapa de la vejez se incrementan la sensación de soledad y el aislamiento, ya que la sociedad y la propia familia los margina quitandoles la oportunidad de seguirse desarrollando, es por esto que en algunos casos los ancianos buscan la satisfacción de la necesidad de afiliación, mediante la asociación a un grupo.

En este sentido hacemos la siguiente pregunta:

¿Que grado de necesidad de afiliación manifiestan ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia en comparación a ancianas que no pertenecen a ningún grupo?

6.2 HIPOTESIS

HIPOTESIS DE TRABAJO. Las ancianas que no pertenecen a ningún grupo manifiestan un menor grado de necesidad de afiliación en comparación con las ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia.

HIPOTESIS ALTERNA: Existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de necesidad de afiliación en ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y las que no pertenecen a ningún grupo.

HIPOTESIS NULA: No existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de necesidad de afiliación en ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y las que no pertenecen a ningún grupo.

6.3 VARIABLES:

V.I.: Asistencia a un grupo de convivencia y no asistencia un grupo.

V.D.: El grado de necesidad de afiliación.

DEFINICION CONCEPTUAL

Grupo primario: Es una pluralidad de personas, que interactúan una con otra en un contexto dado más de lo que interactúan con cualquier otra persona. (Sprott, 1979).

Necesidad de Afiliación: Se define como la necesidad de asociación y pertenencia de un individuo con un grupo o con otros individuos para agrandar o ganarse el afecto de los demás. (Cueli, 1989).

DEFINICION OPERACIONAL

Grupo de convivencia: Grupo de personas que se reúnen por lo menos una vez a la semana para realizar diferentes actividades (sociales y recreativas).

Necesidad de Afiliación: El puntaje que el individuo obtuvo en el cuestionario de necesidad de afiliación de Morales, (1985).

Ancianas que no pertenecen a ningún grupo: Son aquellas que no asisten a sesiones semanales y que no se reúnen con otras personas, en este grupo no se incluye a la familia.

6.4 TIPO DE ESTUDIO

COMPARATIVO DE CAMPO Es comparativo porque se establecieron comparaciones entre dos poblaciones, con base en la aplicación de un instrumento, sin que necesariamente se busquen relaciones entre ellas.

DE CAMPO: En tanto se realizó en los escenarios naturales y se estudió el fenómeno tal y como ocurre en el ambiente; no hubo control estricto de variables.

SUJETOS

20 ancianas de 60 a 80 años que asisten a un grupo de convivencia.

20 ancianas de 60 a 80 años que no asisten a ningún grupo.

MUESTREO

Accidental por cuota: Ya que los sujetos que formaron parte de la muestra fueron elegidos de manera casual; y de cuota, porque con base en la variable independiente, los sujetos fueron seleccionados hasta completar la cuota fijada.

ESCENARIO

Un salón de 30 X 20 m. con una ventilación e iluminación adecuada, mesas y sillas suficientes. Ubicado en el Centro Familiar Adolfo López Mateos, Col. Adolfo López Mateos, Delegación Venustiano Carranza. D.F., y los domicilios particulares de las ancianas que no pertenecen a ningún grupo y que se encontraron ubicados en la misma colonia.

6.5 INSTRUMENTOS

Entrevista Dirigida. Contando con los siguientes rubros:

Ficha de identificación

Familiograma

Relaciones Interpersonales

Actividades cotidianas

Necesidades de afiliación. (Ver anexos A y B).

Cuestionario de Necesidades de Afiliación

Este cuestionario se formó por 21 preguntas cerradas de una opción frente a 3 alternativas. Con una consistencia interna de .7536 utilizando el alpha de Cronbach.

El grado de necesidad de afiliación se determinó por la respuesta del sujeto de acuerdo a la direccionalidad de la pregunta.

Se le asignó el No. 3 a las respuestas que contienen una alta necesidad de afiliación.

El No. 1 se le asignó a las respuestas que contienen una baja necesidad de afiliación.

Se asignó el No. 2 a las respuestas que contienen una necesidad neutra de afiliación.

Se realizó la suma total de los reactivos para cada sujeto. En donde a mayor puntaje, mayor grado de necesidad de afiliación y a menor puntaje, menor grado de necesidad de afiliación. (Morales, 1985). (Ver anexo C)

6.6 PROCEDIMIENTO

El primer paso fue hablar con el coordinador del Centro Familiar para pedir autorización de llevar a cabo la investigación con el grupo de ancianas que ahí asiste, al obtenerla, fuimos presentadas al grupo, procediendo a establecer un rapport, además de saber sus principales inquietudes con el objetivo de conocerlas mejor y trabajar en un ambiente agradable; sus principales inquietudes fueron que se les diera información general sobre algunos aspectos de la vejez, se accedió a dar dicha información en forma independiente a la investigación. Se iniciaba con la exposición del tema y al finalizar se procedía a la aplicación de la entrevista y el cuestionario de necesidades de afiliación en forma individual, esto se realizó en seis ocasiones una vez por semana. Al cubrir la cuota establecida se les dió las gracias al grupo en general por su participación así como, a las autoridades de la institución.

En cuanto al otro grupo de ancianas, fueron localizadas en su domicilio. Esto se llevó a cabo en un lapso de dos meses y medio, ya que fue más difícil de localizarlas y motivarlas a participar en la investigación. A las que participaron, al finalizar la aplicación se les dió las gracias por su colaboración.

CAPITULO VII

CAPITULO VII

ANALISIS DE RESULTADOS

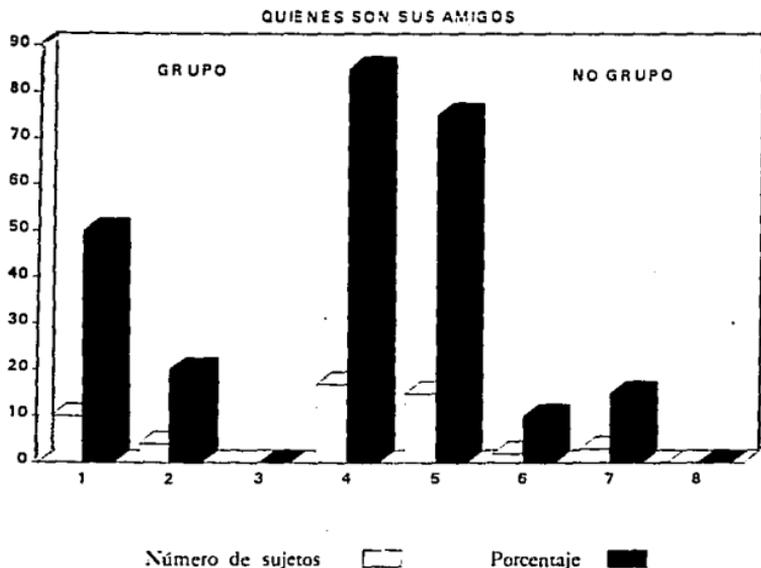
7.1 RESULTADOS.

Comparando las medidas de tendencia central entre las ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y las ancianas que no pertenecen a un grupo, con respecto a la puntuación obtenida en el cuestionario de necesidades de afiliación son las siguientes:

Ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia	Ancianas que no pertenecen a ningun grupo
X 53.05	46.50
S 6.05	9.37
Mo 59.0	51.0
Me 53.0	44.0

Como se observa, las ancianas que pertenecen a un grupo obtuvieron una media de 53.05 de un total de 63, lo cual indica una alta necesidad de afiliación; las ancianas que no pertenecen a una grupo obtuvieron una media de 46.50 lo que indica que existe una mediana necesidad de afiliación.

Para saber si estas diferencias eran significativas se aplicó la prueba de T de Student para muestras independientes arrojando un valor de 3.50 siendo mayor que el que nos proporcionan las tablas (tomadas de Elorza, 1986), que es de 1.69 con 38 grados de libertad con una significancia al 0.05, concluyendo que se acepta la hipótesis alterna que dice que si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de necesidad de afiliación en ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y las que no pertenecen a ningún grupo.



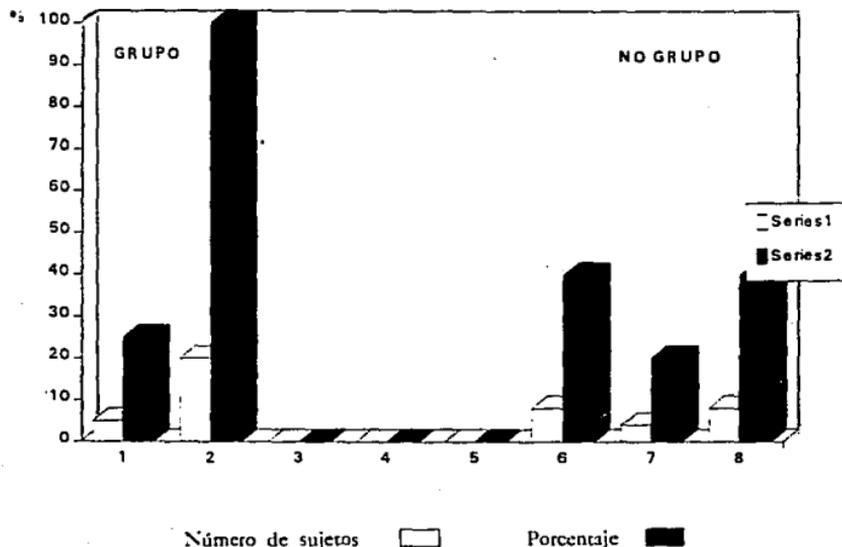
- 1, 5. Vecinos
- 2, 6. Familiares
- 3, 7. Ninguno
- 4, 8. Grupo

Al comparar los resultados obtenidos en la entrevista se observa en la primera gráfica que el 85% (17), de las ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia consideran como amigas a las ancianas que están en el grupo, algunas de éstas ancianas también consideran a sus vecinos como amigos haciendo un total de 50% (10), en comparación con el 75% (15) de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

El 20% (4), de las ancianas que pertenecen a un grupo manifestaron que sus familiares son sus amigos en comparación con el 10% (2), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

Un 15% (3), de las ancianas que no pertenecen a un grupo manifestaron no tener amigos; en las ancianas que pertenecen a un grupo no se encuentra esta categoría.

FRECUENCIA DE CONVIVENCIA



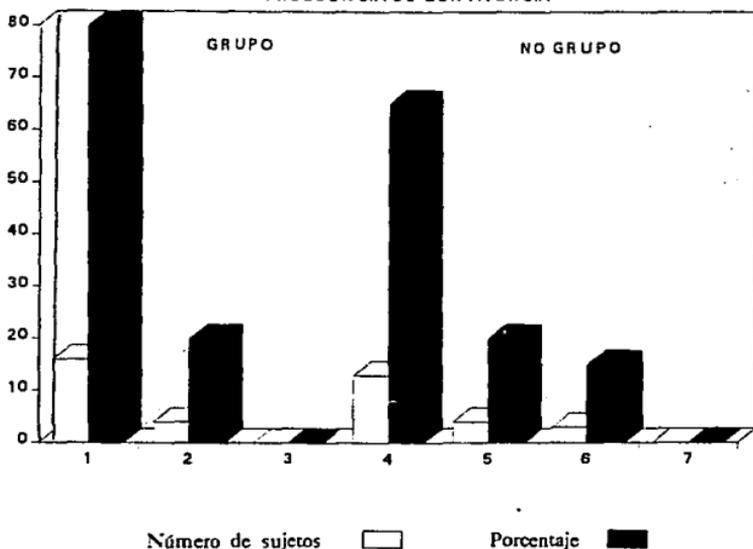
- 1, 5. Diario
- 2, 6. Semanal
- 3, 7. Esporádica: se visitan dos veces por mes
- 4, 8. Nunca

En cuanto a la frecuencia de convivencia el 100%(20), de las ancianas que pertenecen al grupo conviven semanalmente y solo el 40% (8), de las ancianas que no pertenecen a un grupo establecen una relación de convivencia semanal.

El 25% (5), de ancianas que pertenecen al grupo conviven diariamente, no así las ancianas que no pertenecen a un grupo.

El 40% (8), de las ancianas que no pertenecen a un grupo manifiestan que nunca conviven con sus amistades y el 20% (4), de ellas conviven esporádicamente; en las ancianas que pertenecen al grupo no aparecen estas dos categorías.

FRECUENCIA DE CONVIVENCIA



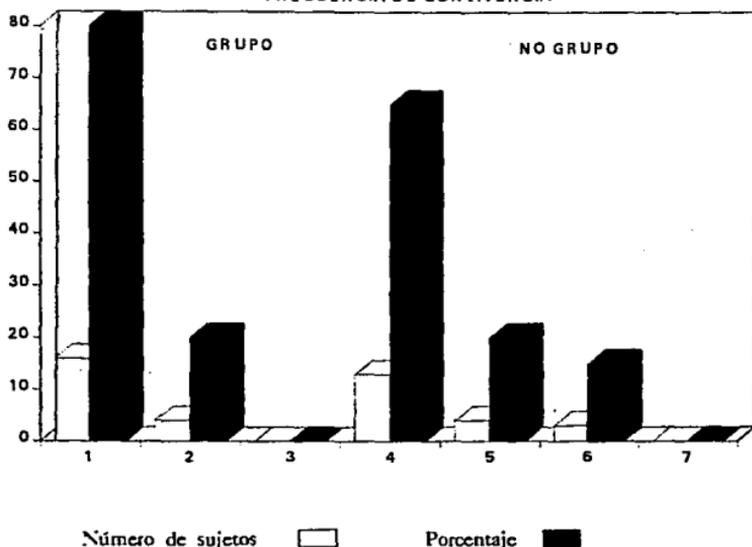
- 1, 4. Amistad: entendida como un tipo de relación más íntima término que ellas mismas emplean
- 2, 5. Compañeros de trabajo o actividad.
- 3, 6. No contestaron.

En el tipo de relación que manifestaron tener, el 80% (16), de las ancianas que pertenecen al grupo dicen ser de amistad en comparación con el 65% (13), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

Un 20% (4), de ambos grupos establecen un tipo de relación de compañeros de trabajo o actividad.

Un 15% (3), de las ancianas que no pertenecen a un grupo no contestaron.

FRECUENCIA DE CONVIVENCIA

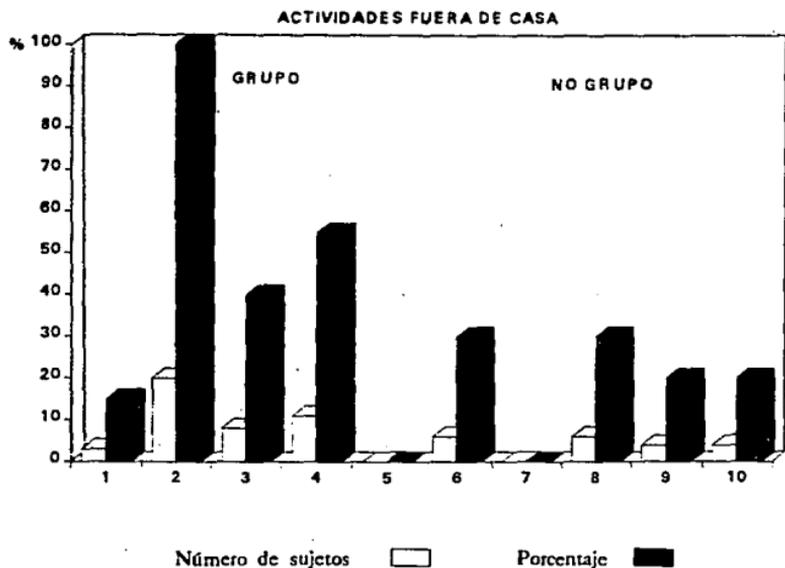


- 1, 5. Labores del hogar: quehacer domestico y cuidar a nietos sin percibir ningún pago.
- 2, 6. Trabajo remunerado: implica hacer manualidades, venderlas y cuidar a niños.
- 3, 7. Recreativas: ver T.V., leer y hacer manualidades.
- 4, 8. Sociales: Recibir visitas, realizar reuniones dentro de casa.

De las actividades que manifestaron tener dentro de casa el 100% (20), de las ancianas que pertenecen a un grupo realizan labores del hogar en comparación con el 90% (18), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

El 55% (11), de las ancianas que pertenecen al grupo también realizan actividades recreativas en comparación con el 30% (6), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

El 20% (4), de las ancianas que pertenecen a un grupo y el 15% (3), de las ancianas que no pertenecen a un grupo realizan actividades sociales.



- 1, 6. Trabajo remunerado: vender y hacer labores del hogar.
- 2, 7. Recreativas: hacer manualidades y deportes.
- 3, 8. Social: recibir información, paseos y deportes.
- 4, 9. Asistir a la iglesia.
10. No realizan actividad fuera de casa.

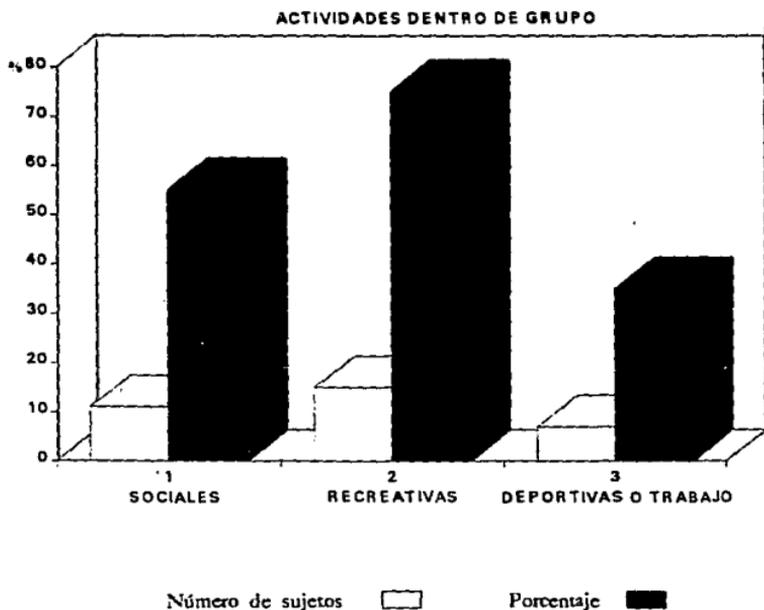
Dentro de la categoría de las actividades que realizan fuera de casa se encuentra que el 100% (20), de las ancianas que pertenecen a un grupo realizan actividades recreativas sin embargo, las ancianas que no pertenecen a un grupo no realizan ésta actividad.

El 55% (11), de las ancianas que pertenecen a un grupo asisten a la iglesia y solo el 20% (4), de las ancianas que no pertenecen a un grupo lo hace.

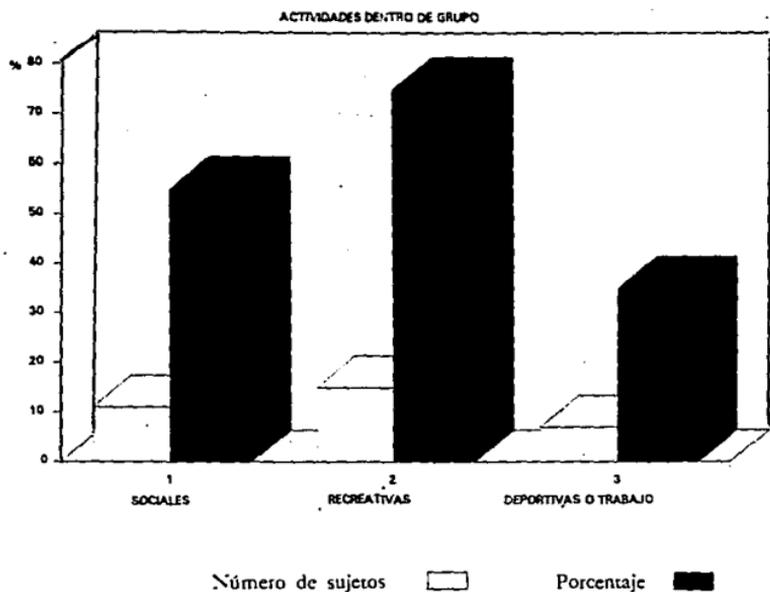
El 40% (8), de las ancianas que pertenecen a un grupo realizan actividades sociales en comparación con el 30% (6), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

Solo el 15% (3), de las ancianas que pertenecen a un grupo tienen un trabajo remunerado en comparación al 30% (6), de las ancianas que no pertenecen a un grupo.

El 20% (4), de las ancianas que no pertenecen a un grupo no realizan actividades fuera de casa.

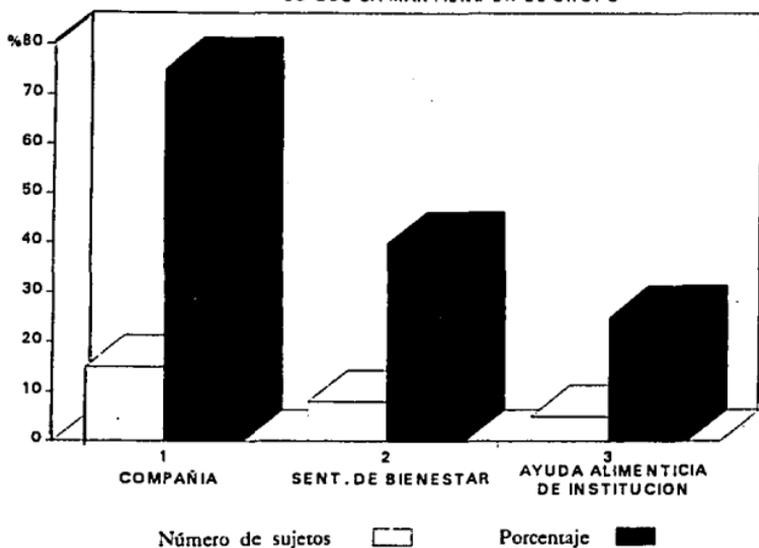


De las actividades dentro del grupo que la ancianas mencionan con mayor frecuencia son las recreativas con un 75% (15), le siguen las sociales con el 50% (10), después las actividades deportivas o de trabajo con un 35% (7).



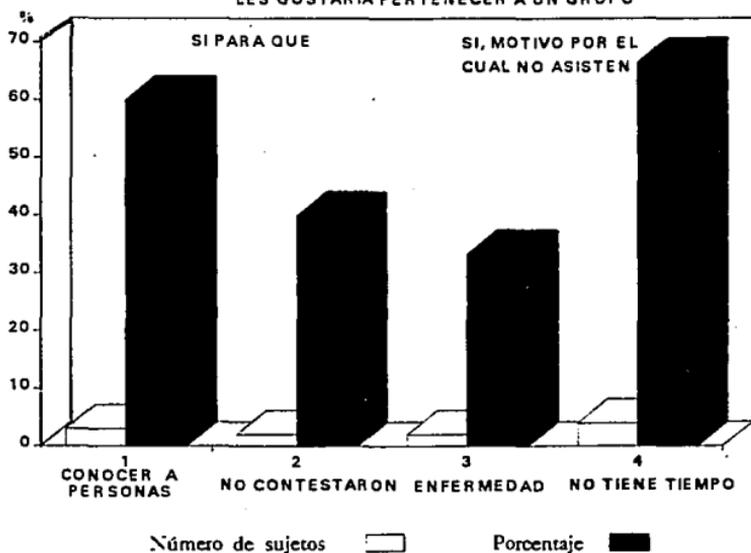
En cuanto a lo que a las ancianas les gusta del grupo, el 100% (20), manifestaron que es la convivencia, además el 35% (7), de ellas dijo que la actividad del grupo y el 5% (1), la obtención de ayuda alimenticia de la institución.

LO QUE LA MANTIENE EN EL GRUPO



De lo que las mantiene en el grupo el 75% (15), de las ancianas manifestaron que es la compañía, el 40% (8), por sentimientos de bienestar y el 25% (5), por la ayuda alimenticia de la institución.

LES GUSTARIA PERTENECER A UN GRUPO



Manifiestan no tener tiempo para trabajar dentro y fuera de casa.

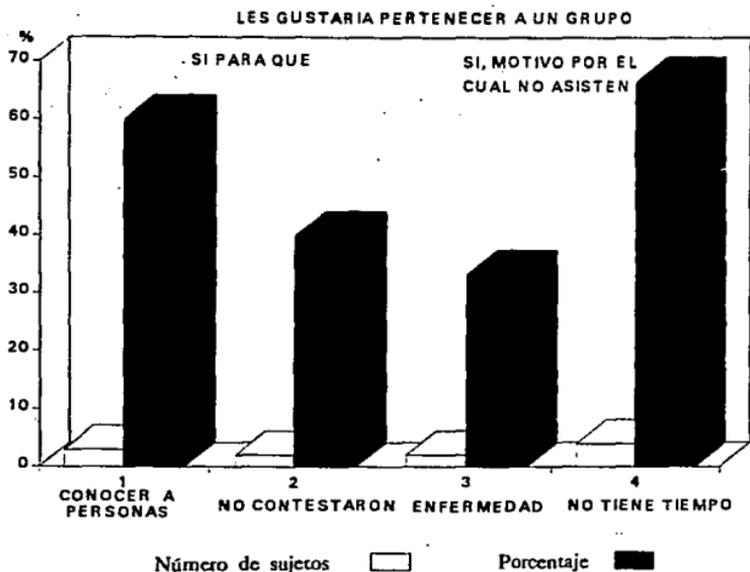
Se observa que el 55% (11), de las ancianas que no pertenecen a un grupo contestaron que si les gustaría pertenecer y el 45% (9), contestaron que no.

De las que contestaron que si les gustaría pertenecer, se dividió, ya que algunas dieron el motivo por que les gustaría pertenecer, otras dieron el motivo por el cual no asisten y unas no contestaron.

El 27.2% (3) les gustaría pertenecer a un grupo para conocer personas.

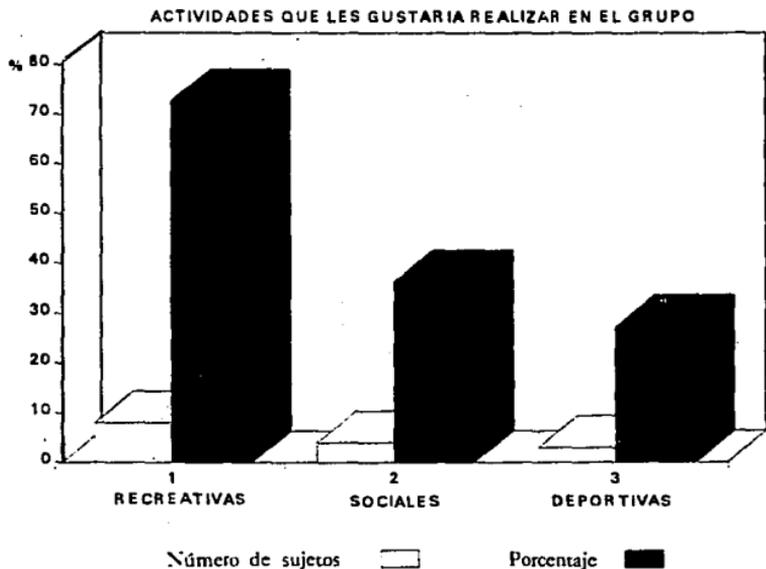
De las que dan motivos por los que no asisten a grupo, el 36.3% (4) dicen no tener tiempo y el 18.1% (2) por enfermedad.

El 18.1% (2) no contestaron.



- **Manifiestan no tener tiempo para trabajar dentro y fuera de casa.**

De las ancianas que contestaron que no les gustaría pertenecer a un grupo, se observa que el 44.4% (4) manifiestan que no tienen tiempo de asistir, con un 33.3% (3) no lo hacen por enfermedad y un 22.2% (2) no les gusta asistir a ningún grupo.



De las ancianas que no pertenecen a ningún grupo y que contestaron que sí les gustaría pertenecer, las principales actividades que les gustaría realizar en el grupo son: recreativas con un 72.7% (8), con un 36.3% (4) actividades sociales y 27.2% (3) actividades deportivas.

7.2 CONCLUSIONES

- De acuerdo a los resultados obtenidos se encontró que las ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia manifiestan un mayor grado de necesidad de afiliación en comparación con las ancianas que no pertenecen a un grupo. Por lo cual se acepta la hipótesis alterna que dice que existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de necesidad de afiliación en ancianas que pertenecen a un grupo de convivencia y las que no pertenecen a ningún grupo. Además con los datos obtenidos en la entrevista se coincide con lo que menciona Maslow (1970) que al quedar satisfechas las necesidades básicas inmediatamente emergen otras necesidades (de más alto rango) y son éstas las que entonces dominan al organismo y que al no tener satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad el individuo les da prioridad a éstas antes que a la satisfacción de la necesidad de amor y pertenencia que incluyen la necesidad de afiliación, Esto no quiere decir que los ancianos que no pertenecen a un grupo no presenten esta necesidad siéndole esta presente pero en menor grado.
- A continuación veremos cada uno de los rubros de las entrevistas, empezando con quienes son sus amigos, ambos grupos consideran como amigos los que están más cerca en éste caso son los vecinos, coincidiendo con lo que dice Papalia (1985), las personas mayores tienden a hacer amistades con quienes viven cerca. Además, como durante los años juveniles, la similitud caracteriza enormemente la amistad en la vejez. Las amistades tienden a hacer del mismo sexo, del mismo estado civil, de la misma raza, del mismo nivel socio-económico y aproximadamente de la misma edad.

- Se encontró que las ancianas que pertenecen a un grupo tienden a estrechar más sus relaciones interpersonales, frecuentándose más, no así las que no pertenecen a un grupo, éstas más bien son distantes y superficiales en sus relaciones, dado que tienen otras necesidades (económicas) que cubrir y no cuentan con el tiempo suficiente para llevarlo a cabo.
- Para ambos grupos el tipo de relación más importante que establecen es el de amistad, ya que quienes tienen una relación cercana, íntima y estable con una persona a la cual confían sus más profundos sentimientos y pensamientos tienen mayor probabilidad de afrontar satisfactoriamente las vicisitudes del envejecimiento, fomentando mayor crecimiento y calidad de vida, de ahí la importancia de las relaciones personales cercanas, que se incrementan con la pertenencia a cualquier grupo, ya que como encontraron Lemon, Bengeston y Peterson (1972), "que las ancianas que tenían un círculo de amistad más activo estaban más satisfechas con la vida".
- Así mismo se encontró que las ancianas que pertenecen a un grupo tienden a realizar actividades que impliquen estar rodeadas de gente, teniendo así la posibilidad de ampliar sus contactos sociales; contrariamente, las ancianas que no pertenecen a un grupo buscan actividades encaminadas a cubrir sus necesidades económicas, siendo ésta más importante que el tener un mayor número de contactos sociales, ya que esta es lo que les permite subsistir cotidianamente.
- Además se observó que las ancianas que pertenecen a un grupo encuentran mayor actividad de esparcimiento, relaciones sociales y sobre todo espacio de

convivencia que les permite sentirse escuchadas, apoyadas y que pueden brindar lo mismo a los demás produciéndoles un sentimiento de bienestar, pudiendo hablar de sí mismas y de sus preocupaciones enfrentando mejor sus crisis en el grupo y por lo tanto el grupo cumple con la meta de sus integrantes, que es el de estar juntos en convivencia con sus congéneres.

- Se observó que los ancianos que pertenecen a un grupo no es de ahora, sino que a lo largo de toda su vida se preocupan por tener más contactos sociales.
- El propio conocimiento de sí mismo, se enriquece más a través de las relaciones interpersonales por lo tanto la pertenencia a un grupo puede considerarse un aspecto importante a motivar a lo largo de todas las etapas de la vida.
- El tener satisfechas las necesidades de afiliación le permite al sujeto buscar la trascendencia, ayudando a los demás altruistamente. De las ancianas que no pertenecen a ningún grupo que contestaron que les gustaría pertenecer a un grupo es principalmente para conocer a personas y desarrollar actividades recreativas, pero no asisten por enfermedad o no tienen tiempo, por lo cual se observa que no es que no quieran tener más contactos sociales, sino que tienen otras necesidades o actividades que cubrir que son más urgentes.
- Por todo lo anterior se puede concluir que las personas que asisten a un grupo se sienten mejor, es decir, tienen una mejor calidad de vida.

7.3 SUGERENCIAS

- Se sugiere que se haga mayor promoción a los grupos de atención para ancianos para que esta población importante asista en mayor número a éstas instituciones y poder satisfacer algunas necesidades propias de la edad entre ellas la necesidad de afiliación.
- Ampliar esta investigación con otras variables, como por ejemplo comparando sexo, diferentes niveles socio-económicos e instituciones.
- Hacer un estudio exploratorio para realizar un perfil de personalidad de los ancianos que buscan la pertenencia a un grupo cualquiera, en comparación con los que no lo buscan.
- Comparar las necesidades de afiliación en diferentes etapas y ver como ésta influye en la calidad de vida.

7.4 LIMITACIONES

- Una de las principales limitaciones que se tuvo en la realización de ésta investigación fue el número limitado de ancianas que asisten a un grupo de convivencia, es por éste motivo que la muestra fue reducida.
- El no tener un espacio físico adecuado para la aplicación de los instrumentos, ya que se tuvo que realizar en el salón donde ellas llevan a cabo sus actividades y

ésto hacía que hubiera mucha interferencia, y el tiempo de aplicación fuera mayor.

- Las limitaciones sensoriales tales como la disminución de la agudeza visual y la auditiva que les impedía contestar solas los instrumentos y ésto hacía que la aplicación fuera personalizada y lenta.
- La asistencia un tanto irregular por los malestares físicos, propios de la edad que les impedían asistir y por lo tanto se prolongaba el tiempo de aplicación de los instrumentos.
- En cuanto a las ancianas que se tuvo que aplicar los instrumentos en sus domicilios, éstas se negaban a participar por desconfianza, ya que manifestaban temor a comprometerse, o a que se les cuestionara sobre su vida privada.
- También el desconocimiento que tienen acerca de las Instituciones que dan atención y que tienen este tipo de grupos para que asistan a ellas.
- El que no existan suficientes estudios sobre el tema de necesidades de afiliación y sobre todo en ésta etapa de la vida; esto hace que haya un desconocimiento de este tipo de necesidades y por lo tanto poder mejorar la calidad de vida de los ancianos en general.

ENTREVISTA ANEXO "A"

PARA ANCIANAS QUE NO PERTENECEN A NINGUN GRUPO

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

RELIGION:

FAMILIOGRAMA

Con quien de las personas con las que vive se lleva mejor? Por que?

Con quien no se lleva bien y por que?

Cuantos y quienes son sus amigos?

Se visitan frecuentemente? Si para que? No por que?

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Que tipo de relación lleva con ellos?

Relato de las actividades que realiza en un día de la semana y un domingo.

Actualmente pertenece a un grupo?

Le gustaría pertenecer a un grupo? Si para que? No por que?

Que le gustaría hacer en el grupo?

ENTREVISTA ANEXO "B"

PARA ANCIANAS QUE PERTENECEN A UN GRUPO DE CONVIVENCIA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

LUGAR DE NACIMIENTO:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

OCUPACION:

RELIGION:

FAMILIOGRAMA

Con quien de las personas con las que vive se lleva mejor? Por que?

Con quien no se lleva bien y por que?

Cuantos y quienes son sus amigos?

Se visitan frecuentemente? Si para que? No por que?

Que tipo de relación lleva con ellos?

Relato de las actividades que realiza en un día de la semana y un domingo

Actualmente pertenece a un grupo?

Que actividades realiza en el grupo?

Que es lo que le gusta del grupo?

Que la mantiene en el grupo?

Se siente satisfecha en el grupo?

CUESTIONARIO DE NECESIDADES DE AFILIACION ANEXO "C".

A continuación se presenta una serie de enunciados lee cada uno de ellos, y marca dentro del paréntesis una "X" según la frecuencia en que realizas cada acción.

1.- Prefiero decididamente estar solo.

siempre a veces nunca

2.- Tengo la ligera preferencia por estar en compañía de otros.

siempre a veces nunca

3.- Prefiero estar en compañía de otros.

siempre a veces nunca

4.- Prefiero decididamente estar en compañía de otros.

siempre a veces nunca

5.- Me gusta rodearme de personas que aprueban mis ideas y mis acciones.

siempre a veces nunca

6.- Me asocio a personas con un alto prestigio.

siempre a veces nunca

7.- Busco personas que me entiendan.

siempre a veces nunca

8.- Estoy con los demás para conocer sus ideas.

siempre a veces nunca

9.- La mayor parte del día estoy solo.

siempre a veces nunca

10.- Cuando tengo miedo busco la compañía de alguien.

siempre a veces nunca

11.- Disfruto mejor las situaciones en compañía de los demás.

siempre a veces nunca

12.- Rápidamente busco la compañía de otras personas.

siempre a veces nunca

13.- Me reúno con los demás para conocer sus sentimientos.

siempre a veces nunca

14.- Me reúno con personas que considero capaces.

siempre a veces nunca

15.- Me reúno con otras personas para conocer sus habilidades.

siempre a veces nunca

16.- Me asocio a otras personas cuando tengo un problema.

siempre a veces nunca

17.- Me asocio a las personas que conocen lo que yo desconozco.

siempre a veces nunca

18.- Para olvidar mis problemas me reúno con otras personas.

siempre a veces nunca

19.- Me reúno con otras personas para conocer sus opiniones.

siempre a veces nunca

20.- Me gusta realizar trabajos en equipo.

siempre a veces nunca

21.- Prefiero solucionar problemas yo solo.

siempre a veces nunca

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aguirre J. A. Tercera Edad. Ed. Karpos Madrid 1977. Pag. 23
- Anzie D. La dinámica de los grupos pequeños. Ed. Kapelusz Buenos Aires 1971.
- Beal G. Conducción y acción dinámica del grupo. Ed. Kapelusz México, 1990 . Pag. 57.
- Bize P. R.; Vallier C. La tercera edad. Ed. Elexporu Hnos. España, 1976 . Pag. 97,98.
- Camacho R. Programa educativo de salud y autocuidado en senectos institucionalizados. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología UNAM 1988.
- Camarena J.M. Casa hogar para ancianos enfermos crónicos. VI Seminario de asistencia social al anciano. D.I.F. México 1988. Pags. 178,179.
- Cofer, Ch. Motivación y emoción. Ed. Descle de Brouwer España 1981. Pags. 29, 161, 169.
- Cohen, J. Psicodinámica de la personalidad Serie de temas de Psicología 9; Ed. Trillas, México 1982 . Pags. 28-32.

- Cueli J. Reidl. L. Teorías de la personalidad. Ed. Trillas México 1989. Pags. 235, 236, 237.
- De la Fuente R. La problemática de la vejez en México. Art. de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental. México 1992 Pags. 17,18.
- Dicarpio N. Teorías de la personalidad. Ed. Interamericana, 2a. edición. México D. F., 1985.
- Doval M. Mezey R. Evaluación de la salud en el anciano. Ediciones científicas. La prensa mdica mexicana S.A. México 1980. Pag. 8.
- Elorza H. Estadística para ciencias del comportamiento. Ed. Harla. México 1987.
- Estrada L: y Col. La teoría psicoanalítica de las relaciones de objeto del individuo a la familia. Ed. Posada México 1982.
- Ey H. Tratado de psiquiatría. Ed. Masson México 1978.
- Ezquivel F. Aportaciones de la psicología en la atención de la persona de la tercera edad. Apuntes México 1993.
- Fromm E. Ética y psicoanálisis. Ed F. C. E. México 1957 . Pags. 110,111.

- Geist, H. Psicología y Psicopatología del envejecimiento Ed. Paidós Buenos Aires, 1977. Pags. 26-28.
- Goble, F. Tercera Fuerza Psicológica propuesta por Abraham Maslow. Ed. Trillas, 6a. Edición, México 1977. Pags. 49-65.
- Guerrero E. Psicología de la vejez México 1988. Pag 20-23.
- Guerrero E. El INSEN. Programas y Logros. Seminario de asistencia social, DIF. México 1988. Pags. 273-280.
- Hahn H. Von. Geriatría Práctica. Ed. Manual Moderno. México 1977. Pag. 37.
- Hareven T. La última etapa: la adultez y la vejez histórico artículo incluido en La adultez de Fromm E. Ed. F.C.E. México 1981. Pag. 300.
- INSEN Programa Nacional, Mujer, Salud y Desarrollo. Sistema Nacional de la Salud en México 1990.
- Kastenbaum R. Vejez, años de plenitud. Ed. Harla México 1980. Pags. 22,23,35,37.
- Lemon B. Bengton V. y Peterson J. An exploration of the activity theory of aging: Activity types and life satisfaction among in-movers to a retirement community. Journal of Gerontology 1972, 27(4) .Pags. 511-523.

- Martínez M. G. Programas de seguridad social a jubilados. VI Seminario de asistencia social al anciano. DIF México 1988 Pag. 246.

- Maslow H. A. Motivación y Personalidad. Ed. Paidós Buenos Aires, 1970 pags. 85,96.

- Masters, W. Johnson, V. Sexualidad Humana Ed. Grijalbo Barcelona 1966. Tomo 2 pags. 296, 297.

- Mishara B.L. Proceso de Envejecimiento. Ed. Morata Madrid, 1986. Pags. 96, 101, 104, 110, 126.

- Monedero C. Psicología evolutiva del ciclo vital. Ed. Biblioteca Nueva Madrid, 1986. Pags. 565,566.

- Morales S. M. Relación que existe entre necesidades de afiliación locus de control y auto-divulgación en adolescentes Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM 1985. Pags. 81,83, 125, 126.

- Motlis, J. El dado de la vejez y sus 6 caras. Altalena Editores, Madrid 1985. Pag. 27.

- Mullins L. C. Social relationships, Affiliative needs, and depressive mood among older person in congregate housing, the Gerontologist Vol. 31 special ISSUE. 11 October 1991. Pag. 25.

- Murial J. Libre podemos ser buenos padres de nosotros mismos. Ed. Fondo Educativo Interamericano. México 1988. Pag. 76.

- Nicola P.de Geriatría. Ed. Manual Moderno .México 1985. Pag. 31.

- Ortega G. Taller: La intervención del psicólogo en el manejo con grupos. I. M. P. México 1992.

- .300- Papalia D. Desarrollo humano. Ed. Mc. Graw Hill México 1985. Pags. 630, 633.

- Pedroza C. La psicología evolutiva. Ed. Marova., Madrid, 1976. Pags. 37,373, 375.

- Raven, B. Psicología social: Las personas en grupo. Ed. Continental S. A. México 1981. Pags. 59-61.

- Renshaw, D. C. Simposium on sexuality in late life. Journal Geriatric. Psychiatry. pags. 123-188.

- Rostschild, H. Factores de riesgo en la edad avanzada. Ed. La Prensa Médica Mexicana S. A. México 1987. Pags. 33-36.

- Schachter, S. Psicología de la afiliación. Ed. Paidos Buenos Aires 1966. pags. 12-14.

- Soberón G. Modelo del manual para el funcionamiento de la casa hogar para los ancianos. S.S.A. México 1983. pg.6.

- Sprot, W. J. Grupos Humanos. Ed. Paidos, Buenos Aires, 1979. Pg. 7.

- Vázquez R. Estudio preliminar sobre el proceso de envejecimiento. Tesis de Licenciatura de Facultad de Psicología. U.N.A.M. 1980.

- Zimberg N., Kaufman I. Psicología normal de la vejez. Ed. Paidos. Buenos Aires, 1976. pgs. 98-100.